SOIXANTE ET UNIÈME ANNÉE — N° 1 — DIMANCHE 1er JANVIER 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

• ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS •

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY

Rédaction et Administration : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) — Téléphone : TRUdaine 33-66

Soixante et unième année — N° 1 — 1er Janvier 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Propos du Jour

Partie Scientifique

Travaux Originaux

L'Actualité Scientifique

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	70 fr.	Belgique et Luxembourg..	80 fr.
Etudiants	45 fr.	Première Zone..........	95 fr.
Le Numéro..........	2 fr.	Deuxième Zone..........	120 fr.

◆ ◆

Renseignements

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 2 fr. pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Nº 1. — 75 km. Paris. Poste méd. génér. gros rapp., ch.-lieu canton, à céder de suite 150.000 tout compt. Installat. mod. dans magnif. propriété à louer ou à vendre.

Nº 2. — Ayant cessé exercer cause maladie, on cherche pour été ou automne proch. poste moyen, campag. ou proxim. littoral, Normandie de préfér. ou Bretagne. Remplacem. préalable si possible.

Nº 3. — Docteur retraité mais encore actif, cherche emploi méd. ou paraméd. Paris ou grande banlieue.

Nº 4. — Import. poste à reprend. en Moselle. Install. et appartem. en plein centre gr. ville industr. Condit. unique : loyer. Connaiss. langue allem. nécess. Urgent.

Nº 5. — Jeune doct. cherche remplacement.

Nº 6. — A vendr. 2 têtes coupées, momifiées et réduites. Provenance Pérou. Bas prix.

Nº 7. — A vend. très bon microscope allem. avec immers. d'huile. Etat neuf impeccab. Prix à débatt.

Nº 8. — Interne St-Lazare, au courant médecine générale, petite chirurgie, nombreux remplacements, ferait remplacements Paris ou banlieue.

Nº 9. — Médecin retraité demande poste de visiteur médical Paris ou banlieue. Prétentions modestes. Très recommandé par un groupe de médecins. Ecrire : Docteur Pierre Pintart, 6, rue César-Franck, Paris (XVe).

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Belle banl. proche, anc. client., sans acchts, habit. conf. Indemn. 55.000.

Environs de Fontainebleau. Bon rap., maison avec jardin. Indemn. 45.000. 30.000 cpt.

Seine. Très import. client. ouvrière, très conf. habit. Indemn. 120.000, 65.000 cpt.

2 h. Paris. Joli pays, chef-lieucanton, bonne client. payant cpt. Cond. à débattre.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de chirurgie.** *Bureau pour* 1939. — Le bureau de l'Académie de chirurgie pour l'année 1939 est ainsi composé : M. Grégoire, président ; M. Mocquot, vice-président ; MM. Robert Monod et Rouhier, secrétaires annuels ; M. René Toupet, trésorier ; M. A. Basset, archiviste.

La séance solennelle annuelle aura lieu le 25 janvier 1939.

— **Faculté de médecine de Paris.** *Chaire de clinique urologique.* — La chaire de clinique urologique de la Faculté de Paris est transférée de l'hôpital Necker à l'hôpital Cochin (service du Professeur Chevassu).

M. le Professeur Maurice Chevassu fera sa leçon inaugurale à l'hôpital Cochin, dans son service, le lundi 16 janvier 1939, à 11 heures.

— **Assemblée française de médecine générale.** — La prochaine assemblée se tiendra à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau) le dimanche 8 janvier à 9 heures, sous la présidence du Professeur Jean-Louis Faure. Question étudiée : *Le cancer de l'utérus*, diagnostic et traitement précoces.

— **Institut de médecine et de pharmacie coloniales de Marseille.** — La session de 1939 s'ouvrira le lundi 9 janvier et se terminera le samedi 25 février. Dates des examens : 27 et 28 février 1939. Droits : immatriculation, 150 francs ; bibliothèque, 60 francs ; laboratoire, 300 francs ; examen, 30 francs ; total : 540 francs.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le directeur de l'Institut de médecine et de pharmacie coloniales, Jardin Emile-Duclaux, Marseille.

— **Association de la Presse médicale belge.** — Nous sommes heureux d'annoncer qu'à l'assemblée générale de l'Association de la Presse médicale belge, notre collaborateur et ami le Docteur Raphaël Massart a été nommé membre correspondant étranger.

— **Musée Maurice Letulle.** — L'Assemblée générale du Musée Maurice Letulle s'est tenue le 5 décembre 1938 à l'hôpital Boucicaut.

Le Docteur Georges Labey, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris, a fait une conférence sur la prévention du tétanos, préconisant la vaccination par l'anatoxine tétanique.

— **Mâcon.** *Remise d'une médaille au Docteur J. Denis.* — Le 11 décembre 1938, a eu lieu à l'hôpital de Mâcon, sous la présidence du Professeur Bérard, la remise d'une médaille au Docteur J. Denis, qui quitte son service chirurgical de l'hôpital, après trente-trois années de fonctions au cours desquelles il a donné à la vie chirurgicale de cette région une grande activité.

Le Docteur J. Denis est remplacé à l'hôpital de Mâcon par son fils, le Docteur Raymond Denis.

— **Institut Pasteur.** *Conférences sur les ultravirus.* — En relation avec le cours de microbiologie de l'Institut Pasteur, M. Levaditi a été chargé d'organiser, à l'Institut Pasteur, un cycle de conférence sur *les ultravirus.*

Ces conférences, faites par MM. Levaditi, Lépine, Mollaret, Magroux et Païc, auront pour objet : La vaccine, L'herpès, Les encéphalites, La chorio-méningite, La rage, La poliomyélite, La fièvre jaune, La maladie de Nicolas et Favre, Les ultravirus de certaines maladies animales, Les ultravirus des viroses végétales, Les méthodes physico-chimiques appliquées à l'étude des ultravirus, Les considérations générales sur le comportement et la nature de ces ultravirus. Elles seront accompagnées de démonstrations.

La première conférence aura lieu le 6 janvier 1939, à 17 heures, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur.

— **Amicale des Médecins parisiens de Paris.** — L'Assemblée générale de l'Amicale des médecins parisiens de Paris s'est tenue le mardi 13 décembre 1938 à l'Hôtel de Crillon.

Une très intéressante conférence du Docteur Vimont sur le Vieux Paris avait attiré de nombreux confrères. Etaient présents les Docteurs Banzet, Bongrand, Boutet, Cadenat, Cahen, Capette, Chauvelot, Delinotte, Doin, Eloy, Fège, Gérard (Léon), Gerson, Girard (Lucien), Guillemin, Guillet, Hodanger, Mlle Jacob, Jodin, Laurent-Gérard, Le Clerc, Le Savoureux, Leven, Lutaud, Lyonnet, Mme Magat-Berger, Mock, Molina, Moullet, Ombrédanne (Marcel), Pignot, Pitsch, Poumailloux, Prost, Quiserne, Rodier, Rouhier, Soubiran, Thuillant, Trèves, Valentin, Verchère, Vidal-Naquet, Vimont, Vitry.

Le bureau pour 1939 est ainsi composé : président, Docteur Capette ; vice-présidents, Docteurs Luys et Léon Gérard ; secrétaire général, Docteur Thuillant ; secrétaire adjoint, Docteur Boutet ; trésorier, Docteur Lutaud.

Pour tous renseignements concernant cette Amicale s'adresser au secrétaire général : Docteur Thuillant, 43, rue de Rennes, Paris (VIe).

— **Hommage au Docteur Bozo,** stomatologiste des hôpitaux. — Samedi 17 décembre, les amis, collègues et élèves du Docteur Bozo se pressaient dans l'amphithéâtre de l'hôpital de la Pitié, pour rendre hommage à ce praticien, au moment où, attein t par la limite d'âge, il doit quitter son service hospitalier. Sous la présidence du Docteur Rodier, ancien stomatologiste des hôpitaux, ont pris successivement la parole : M. Tisserand, directeur de la Pitié, qui rappela les vingt-huit années de services hospitaliers du Docteur Bozo ; les Docteurs Thibaud, Ménard, Régis, président de la Société française de stoma-

tologie, Béliard, président du Syndicat général des médecins stomatologistes français, L'Hirondel, directeur de l'Ecole française de stomatologie, Bizard, Lattès, qui vinrent remémorer les services rendus par le Docteur Bozo, tant dans les hôpitaux que comme professeur et ancien directeur de l'Ecole de stomatologie : le praticien, l'éducateur, le syndicaliste, l'homme de science furent célébrés successivement.

Et ce fut le tour du Docteur Bozo, dissimulant, sous une vive émotion, la douleur d'avoir à se séparer de ses élèves, de ses collaborateurs et du service hospitalier, dont il avait été l'animateur.

Le *Concours Médical* s'associe à tous ces hommages bien mérités pour présenter au Docteur Bozo le regret qu'une limite d'âge puisse priver les malades hospitalisés de la science et du dévouement de celui qui a consacré sa vie au soulagement des malades.

P. B.

— **L'Union internationale contre le cancer** a fait frapper, à l'occasion de la « Semaine internationale contre le cancer », une médaille commémorative Pierre et Marie Curie. On peut se procurer cette médaille en adressant au trésorier, M. B. Pregel, 18, rue Soufflot, Paris (Ve), la somme de 60 francs (médaille de bronze), ou 160 francs (médaille argent).

— « *Acta* » (organe officiel de l'Union internationale contre le cancer). Le no 1 des « Acta » de 1939 sera consacré aux comptes rendus de la Semaine internationale contre le cancer (23-30 novembre 1938). 300 pages environ. Prix : 65 francs.

— **Prix de l'Académie de médecine.** — Dans la liste des prix de l'Académie de médecine, que nous publions dans ce numéro, nous avons relevé avec plaisir les noms de plusieurs de nos collaborateurs, le Professeur H. Roger (de Marseille), les Docteurs Forestier (d'Aix-les-Bains), Mougeot (de Royat), Robert Fasquelle, à qui nous adressons nos plus sincères félicitations.

— **Un « Institut vocal universel » à Paris.** — Les 32 Nations représentées au Congrès universel de la voix (Exposition 1937) ont donné à l'Association internationale Euphonia, siégeant à Paris, 92, avenue de Wagram, le mandat d'organiser un Institut vocal universel, destiné aux étudiants et professionnels vocaux de toutes nationalités.

Celui-ci instruira aussi bien les médecins voulant se spécialiser, que les techniciens du microphone ; dans les salles Pleyel, il formera des professionnels pour la conférence, le théâtre, la radio, le cinéma, la pédagogie des sciences et des arts vocaux, et poursuivra la culture des amateurs et du public sympathisant.

Des bourses d'études seront offertes aux lauréats qualifiés par des concours spéciaux.

— **Hôpitaux de Nîmes.** — *Concours de chirurgien.* — Un concours pour la nomination de deux chirurgiens adjoints s'ouvrira au mois d'avril 1939. Ce concours est ouvert aux praticiens exerçant à Nîmes avant le 30 avril 1937.

Inscriptions avant le 31 mars 1939, au Secrétariat des hospices, 5, rue Hoche, à Nîmes.

— **Mariage.** — Nous avons le plaisir d'annoncer le mariage de M. Jean GOURAND H. E. C., diplômé d'études supérieures d'Economie politique, avec Mademoiselle Juliette DAUSSET qui a été célébré dans la plus stricte intimité le 17 décembre en l'Eglise Saint-Germain-des-Prés.

M. Jean Gourand est le fils de notre confrère le Docteur Rémi GOURAND et de Madame Rémi Gourand, de Mohon (Ardennes). Mlle Juliette Dausset est la fille de notre très regretté ami, le Docteur DAUSSET, directeur de l'Institut de physiothérapie de l'Hôtel-Dieu de Paris. Nos plus vives félicitations et nos meilleurs souhaits aux jeunes époux.

J. N.

— **Naissances.** — Le Docteur et Madame J. LAZAROVICI nous font part de la naissance de leur fille *Anne-Marie.*

Ay (Marne), le 20 décembre 1938.

Nos sincères compliments.

— Le Docteur et Madame Yves PELLETEUR sont heureux de nous faire part de la naissance de leur fille *Yvette-Marie-José.*

Guiscriff (Morbihan), le 29 novembre 1938.

Nos bien sincères félicitations.

— **Nécrologie.** — LE DOCTEUR ROBERT SOREL. — Nous apprenons le décès, après une courte maladie, du Docteur Robert Sorel, ancien interne des hôpitaux de Paris, ex-chirurgien de l'hôpital du Havre. Pionnier de la décentralisation et artisan convaincu du progrès, il dota le Havre de la première clinique chirurgicale moderne de province et réforma les services chirurgicaux de l'hôpital Pasteur. Il introduisit en France l'usage des gants pour les opérations. Comme conseiller municipal il créa le premier bureau d'hygiène, il fut un des fondateurs de la Ligue havraise contre la tuberculose et le fondateur de la Fédération des sociétés anti-alcooliques du Havre. Il publia de multiples travaux médicaux et fut un des fondateurs des Archives provinciales de chirurgie. A côté de sa vie médicale, il s'intéressa aux questions sociologiques, économiques et pacifistes. Il fut un des fondateurs de la Société Turgot et du journal l'*Individualiste*. Il participa aux travaux de la Société d'économie politique et de la Société de statistique. Il était vice-président du Conseil national de la paix et vice-président de la Ligue du libre-échange. (*Le Temps.*)

Nous reviendrons avant peu sur l'œuvre du Docteur Robert Sorel avec lequel nous entretenions des rapports cordiaux depuis près de cinquante ans. Il s'était intéressé vivement aux réformes de l'Enseignement médical et même aux intérêts professionnels.

J. NOIR.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Maladies professionnelles

Décret du 9 décembre 1938 modifiant et complétant les tableaux étendant aux maladies professionnelles, la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail

(*J. O.*, 14 décembre 1938.)

Ces modifications n'auront effet que six mois après la publication du Décret, qui sera publié ultérieurement.

Sanatoriums publics

Décret du 9 décembre 1938 fixant le recrutement et la nomination par voie de concours des médecins de sanatoriums publics.

(*J. O.*, 14 décembre 1938.)

Ce décret sera publié ultérieurement.

Enseignement de la médecine

La chaire de clinique opératoire de la Faculté de médecine de Lyon (dernier titulaire : M. Cotte), est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

La chaire de clinique chirurgicale B de la Faculté de médecine de Strasbourg est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication de cet arrêté, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

(*J. O.*, 17 décembre 1938.)

Hygiène publique

Conseil supérieur d'hygiène publique de France

Par arrêté du ministre de la Santé publique en date du 16 décembre 1938, MM. les Docteurs Louis Martin, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, directeur de l'Institut Pasteur ; Jules Renault et Georges Brouardel, membres de l'Académie de médecine, conseillers sanitaires techniques, ont été maintenus, pour l'année 1939, dans les fonctions de président et de vice-présidents du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

(*J. O.*, 18 décembre 1938.)

Service de Santé militaire (*Réserves*)

HONORARIAT

Par décision du 26 novembre 1938, les officiers de réserve du Service de santé, ci-après désignés, rayés des cadres par décision présidentielle du même jour, sont placés dans la position d'officiers honoraires.

Avec le grade de médecin colonel : Georges, Pascal, Roussy, Sousselier, David de Drezigue, Chaudoye, Finck.

Avec le grade de médecin lieutenant-colonel : Larger, Loeper, Mayer, Rouvière, Busy, Grenie, Endelssohn, Lajoanio.

Avec le grade de médecin commandant : Aton, Bailliart, Barotte, Bernheim, Chrétien, Daunay, Delapchier, Dirksen, Dupouy, Jouaust, Magitot, Pietkiewicz, Pouchot de Champtassin, Roucayrol, Weber, Lemaire, Lerat, Padieu, Le Breton, Payenneville, Genevoix, Perquis, Roulland, Sourdin, Herbinet, Longin Wapler, Lhopitallier, Locard, Lutaud, Devèze, Lacouture, Mondiet, Henry, de Casteras.

Avec le grade de médecin captiaine : Bietrix, Charrier, Chatt, Coudert, Courcieras, Galup, Gely, Lomon, Solomon, Stevenin, Tronc, Gorisse, Hocquette, Merlin, Assire, Lebailly, Roblot, Berteandon, Oudot, Quemper de Lanascol, Bramard, Usquin, Diehl, Rimey, Thiébault, Chevillotte, Chochon-Latouche, Deslions, Brisard, Lemerle, Lesueur, Minot, Janicaud, Musy, Porte, Vieux-Pernon, Boudon, Oriol, Carrière, Mage, Simacourbe, Carrère, Lascazas, de Saint-Martin, Bossuet, Clejat, Darricarrère, Elicagaray, Laplaze, Soumireu-Mourat, Triquet, Dechaux, Jais, Juif.

Avec le grade de médecin lieutenant : Montagu, Marlier, Jubien, Ageorges, Wojlanski, Guille, Mauroy, Picy, Dunaud, Fauconnier, Ronchet Bonnet, Albessard, Barthes, Dupouy, Lasaygues, Casteran.

NOMINATIONS

Par décret du 11 décembre 1938, sont nommés, à la suite du concours de 1938, au grade *de médecin sous-lieutenant de l'armée active*, à dater du 31 décembre 1938, les docteurs en médecine ci-après désignés :

Grosjean, résid. à Dôle ; Pech, résid. à Montpellier ; Peillard, résid. à Lyon ; Marcaillou d'Aymeric, résid. à Aucamville (Haute-Garonne) ; Grimal, résid. à Toulouse ; Brandel, résid. à Carantec ; Lugen, résid. à Metz ; Lucquin, résid. à Nancy ; Fauvy, résid. à Rennes ; Bigorre, résid. à Thuir ; Orvoen, résid. à La Rochelle ; Larue de Tournemire, résid. à Tours ; Tisnes, résid. à Tarbes ; Bessière, résid. à Montpellier ; Lacome, résid. à Galan (Hautes-Pyrénées).

Par le même décret, ces officiers prennent rang dans le grade de médecin sous-lieutenant, sans rappel de solde, à compter du 31 ddécembre 1935, et sont promus, sans rappel de solde, au grade de médecin lieutenant, avec rang du 31 décembre 1937.

Par décision du même jour, ces officiers sont affectés, à compter du 31 décembre 1938, à l'école d'application du Service de santé militaire pour y accomplir un stage.

LÉGION D'HONNEUR

SERVICE DE SANTÉ

RÉSERVES

I. ARMÉE MÉTROPOLITAINE

Par décret du 24 déc. 1938 rendu sur la proposition du président du Conseil, ministre de la Défense nationale et de la Guerre, sont promus ou nommés, dans l'ordre national de la Légion d'honneur, au titre de la loi du 3 août 1936, *avec traitement*, les militaires des réserves dont les noms suivent :

Est promu :

Au grade d'officier

Méd. : Quentin, méd. command., 4e rég.

Sont nommés :

Au grade de chevalier

Billot, médec. capit., 7e rég. ; Lagarenne, médec. capit., rég. Paris ; Bouchard, médec. capit., 3e rég. ; Coste, médec. capit., 14e rég. ; Soubiran, médec.lieut., 18e rég. : Sabadel, médec. capit., 15e rég. ; Ménantaud, médec. command., 13e rég. ; Petithomme, médec. capit., 2e rég. ; Vicherat, médec. capit., rég. Paris ; Renard, médec. capit., rég. Paris ; Vidal, médec. capit., 17e rég. ; Périneau, médec. command., rég. Paris ; Fronteau, médec. capit., 9e rég. ; Buneau, méd. capit., rég. Paris.

Albert, méd. capit., rég. de Paris, Gérin, médecin capit., 18e rég. ; Puech, méd. capit., 16e rég. ; Dufour, méd. capit., 18e rég. ; Louvel, méd. capit., 4e rég. ; Fron, méd. capit., rég. de Paris ; Baylac, méd. capit., 17e rég. ; Veil, méd. capit., rég. de Paris ; Chrétien, méd. capit., 9e rég. ; Vinay, méd. capit., 14e rég. ; Landais, médecin capit., 11e rég. ; Piquet, méd. capit., 1re rég.

Grunberg, méd. capit., rég. de Paris ; Ducret, méd. capit., 20e rég. ; Dom, méd. capit., 13e rég. ; Daoulas, méd. capit., 11e rég. ; Auvigne, méd. capit., 11e rég. ; Boussange, méd. capit., 7e rég. ; Haushalter, méd. capit., 20e rég. ; Soulié, méd. capit., 18e rég. ; Archer, méd. comm., 1re rég. ; Hainault, méd. capit., 20e rég. ; Simon, méd. capit., 9e rég.

Salmon, méd. capit., 2e rég. ; Guittard, méd. capit. 9e rég. ; Piéri, méd. capit., 19e C. A. ; Gautret, méd. capit., 18e rég. ; Guillemin, méd. comm., 20e rég. ; Miguet, méd. lieut., 14e rég. ; Auricombe, méd. comm., 17e rég. ; Prévot, méd. capit., 14e rég. ; Baranger, méd. capit., 2e rég. ; Vaissade, méd. capit., 16e rég.

Saintorens, méd. lieut., 18e rég. ; Bouys, méd. capit., 16e rég. ; Bouchon, méd. capit., 13e rég. ,Boucheron, méd. lieut., 3e rég. ; Bourges, méd. lieut., rég. de Paris; Paret, méd. lieut., 14e rég. ; Manhès, méd. capit., 14e rég. ; Sammuller, méd. capit., 17e rég. ; Gautier, méd. lieut., 15e rég. ; Calamy, méd. capit., rég. de Paris ; Labesse, méd. capit., 13e rég.

Par décret du 24 décembre 1938, rendu sur la proposition du président du Conseil, ministre de la Défense nationale et de la Guerre, sont promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur, au titre de la loi du 3 août 1936, *avec traitement*, les officiers rayés des cadres dont les noms suivent :

Sont nommés :

Au grade de chevalier

Fonbeur-Bueli, anc. méd. lieut. ; Aloin, anc. méd. lieut.

Par décret du 24 décembre 1938 rendu sur la proposition du président du Conseil, ministre de la Défense nationale et de la Guerre, sont promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur, au titre de la loi du 3 août 1936, *sans traitement*, les militaires des réserves dont les noms suivent :

Sont promus :

Au grade d'officier

Collin, méd. lieut.-col., 20e rég. ; Triqueneau, méd. lieut.-col., 1re rég. ; Monier-Vinard, méd. lieut.-col., 5e rég. ; de Brisson de Laroche, méd. command., 13e rég. ; Antoine, méd.-lieut., col., 9e rég. ; Oster, méd. lieut.-col., 20e rég. ; Izabd, méd. lieut.-col., 17e rég. ; Barthélémy, méd. command., 6e rég. ; Renaud, méd. lieut.-col., 8e rég. ; Ameuille, méd. lieut.-col., 20e rég. ; Treille, méd. command., 19e C. A. ; Teulière, méd. command., 5e rég.

Le Cacheux, méd. capit., 3e rég. ; Dive, méd. command., 9e rég. ; Maurer, méd. command., 3e rég. ; Bureau, méd. command., 13e rég. ; Arquembourg, méd. command., 1re rég. ; Poujol, méd. command., rég. de Paris ; Gayet, méd. capit., rég. de Paris ; Colson, méd. capit., rég. de Paris ; Imbert, méd. command., rég. de Paris ; Rigaux, méd. lieut.-col., rég. de Paris ; Castéra, méd. command., 18e rég. ; Mouret, méd. command., 15e rég. ; Lubetzki, méd. command., rég. de Paris ; Clément, méd. capit., 3e rég.

Sont nommés :

Au grade de chevalier

Diot, médec. command., tr. Maroc ; Lévy, médec. capit., rég. Paris ; Clarac, médec. lieut., 18e rég. ; Aris, médec. lieut., 18e rég. ; Fabre, médec. lieut., 19e C. A. ; Gueugnon, médec. capit., 14e rég. ; Vuillecard, médec. capit., 7e rég. ; Estève, médec. capit., 16e rég. ; Ladjimi Mohamed, médec. capit., tr. du Maroc ; Bouchet, médec. capit., 16e rég. ; Champion, médec.-lieut., 1re rég.

II. ARMÉE COLONIALE

Par décret du 24 décembre 1938, rendu sur la proposition du président du Conseil, ministre de la Défense nationale et de la Guerre, sont promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur, au titre de la loi du 3 août 1936, *avec traitement*, les militaires des réserves dont les noms suivent :

Est nommé :

Au grade de chevalier

Muselli, méd. capit., 18e rég.

Par décret du 24 décembre 1938 rendu sur la proposition du président du Conseil, ministre de la Défense nationale et de la Guerre, sont promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur, au titre de la loi du 3 août 1936, *sans traitement*, les militaires des réserves dont les noms suivent :

Sont promus :

Au grade d'officier

Sarrailhe, méd. lieut.-col., 15e rég. ; Penaud, méd. command., 18e rég.

◆ ◆ ◆

Voir la suite page LI-45

PROPOS DU JOUR

NOS SOUHAITS

◆ ● ◆

A NOS LECTEURS,

« Toutes choses, a dit Montaigne, ont leur saison, les hommes et tout ; et ie puis dire mon patenotre hors de propos..................

Imponit finem sapiens et rebus honestis. » (1)

C'est la saison des souhaits, nous allons donc les formuler et tâcherons, suivant le conseil du poète, de garder sagement la mesure.

En cette époque troublée, subissant comme tous une crise angoissante dont nous ne pouvons entrevoir la fin, souhaitons d'abord que nos confrères puissent comme autrefois gagner honnêtement leur vie, et que notre profession maintienne son indépendance et sa dignité.

Souhaitons pour nos jeunes confrères, (nous n'oserions dire pour les autres) la retraite tant désirée, en espérant que, pour la constituer, elle ne leur coûtera pas trop cher.

Souhaitons que règne l'union la plus confraternelle au sein de nos syndicats et dans le Corps Médical tout entier et répétons :

Paix sur la terre aux hommes de Bonne Volonté.

(1) Le sage garde une mesure même dans les choses honnêtes. (Juvénal, cité par Montaigne).

LE PROJET DE COMITÉ DE SANTÉ DU DOCTEUR GUILLOTIN A L'ASSEMBLÉE NATIONALE EN 1790

Il n'est pas sans intérêt de consulter les documents anciens, on y trouve souvent les germes de réformes qu'on cherche actuellement à réaliser. C'est ainsi que nous croyons devoir soumettre à nos lecteurs la motion que déposa le 12 septembre 1790 sur le bureau de l'Assemblée nationale notre confrère GUILLOTIN, député de Paris, le parrain sinon l'inventeur de la guillotine. Il demandait l'établissement d'un *Comité de santé* au sein de la *Constituante* et les considérants qui plaidaient en faveur de cette innovation, méritent d'être reproduits.

***

Motion pour l'Etablissement d'un COMITÉ DE SANTÉ, par M. GUILLOTIN, médecin, député de la Ville de Paris

L'Assemblée nationale, occupée de la régénération de l'Empire dans toutes ses parties, a cru devoir, pour éclairer et accélérer la marche de ses importans travaux et en assurer le succès, en confier la préparation à divers Comités chargés d'examiner les différens objets qui leur sont soumis, et de lui présenter le fruit de leurs méditations et de leurs discussions.

Déjà, Messieurs, une méthode aussi sage a mis l'Assemblée nationale en état de produire, en quelques mois, et cependant avec maturité, des résultats aussi étonnans par leur étendue que par leur sagesse, résultats que l'on aurait à peine osé attendre du travail assidu de plusieurs années ; c'est ainsi que les citoyens ont été rétablis dans leurs droits civils et politiques, et que bientôt, ils vont jouir du bienfait d'une Constitution libre et bien organisée.

Après avoir été guéris d'un mal moral aussi cruel que celui de la servitude et de l'oppression, sans doute les citoyens doivent espérer que l'Assemblée nationale voudra bien s'*occuper de leurs maux physiques, et s'intéresser à leur conservation.*

Les Sciences et les Arts ne peuvent être chez un peuple libre les mêmes que chez un peuple esclave. La Médecine, de tous les arts malheureusement, le plus nécessaire, puisqu'il influe essentiellement sur la santé et même sur la vie des Citoyens, doit se ressentir de la Révolution. Gothique dans son enseignement, livrée au brigandage le plus affreux et le plus funeste dans son exercice, surtout dans les campagnes, sans cesse dévastées par la plus audacieuse impéritie, la *Médecine a besoin d'être régénérée pour le salut des Citoyens.*

Quand on considère que l'enseignement de cet art salutaire, sa pratique, la police des Ministres de

◆◆

santé, le service des hôpitaux, le soulagement public dans les villes et dans les campagnes, dans les maladies populaires, les épidémies et même les épizooties, l'*éducation physique des enfans dans les hospices d'enfans trouvés, dans les Maisons d'institution publique*, la Médecine légale ; enfin, tous les objets de salubrité publique doivent être soumis un jour à l'examen de l'Assemblée nationale, afin d'avoir part à une régénération salutaire, on ne peut disconvenir que, pour que l'Assemblée puisse prononcer en connaissance de cause sur une matière vaste et importante, qui intéresse aussi essentiellement la conservation des Citoyens, il est nécessaire que le travail soit préparé et présenté par un Comité.

Dans toutes les parties qui ont fait jusqu'ici la matière de vos délibérations, Messieurs, vous vous êtes attachés à vous procurer le plus de lumières qu'il vous a été possible : c'est dans cette idée qu'en formant vos Comités vous y avez appelé les hommes que vous avez cru les plus éclairés, en leur adjoignant des personnes d'un autre état dans lesquelles vous aviez remarqué des connoissances dans cette partie, où cette supériorité de lumières et de talens qui fait croire que l'homme qui en est doué est propre à tout, ou du moins qu'il n'est déplacé nulle part.

C'est ainsi que, dans le Comité militaire, dans celui de la Marine, vous avez appelé des Généraux d'une expérience consommée et des Officiers, des Administrateurs recommandables par leurs talens et par leurs lumières : vous avez formé le Comité d'Agriculture et de Commerce presqu'entièrement d'Agriculteurs et de Commerçans : des Magistrats, des Jurisconsultes, en un mot des hommes de loi, composent principalement les Comités de Judicature et de Législation, etc. ; en cela vous avez été conduits par la prudence et la raison.

Les mêmes principes de sagesse qui vous ont dirigés jusqu'à ce jour dans l'établissement de vos Comités, vous guideront encore dans la formation du Comité de santé que j'ai l'honneur de vous proposer.

Ces grands objets de salubrité publique, qui intéressent la conservation des hommes, sont connus sans doute d'un grand nombre de Citoyens qui, sans être Médecins, se sont occupés de physique et assurés de l'étude des Sciences naturelles ; mais pour l'ordinaire ces connoissances sont imparfaites, insuffisantes ; et, abandonnées à elles-mêmes, elles seroient peut-être plus propres à égarer qu'à diriger. Le médecin seul possède ces connoissances, autant qu'il est donné à l'homme de les posséder, parce que lui seul joignant la pratique à la théorie, en a fait l'étude et l'occupation de toute sa vie, et que la vie même est bien courte pour les acquérir parfaitement.

Les Médecins seuls seroient donc en quelque sorte compétens pour donner leur avis sur certains objets de Médecine, mais ils peuvent être éclairés, même dans cette partie, par des hommes de génie qui, sans en avoir fait leur état, en ont fait leur étude. De plus, comme il est des objets mixtes qui quoiqu'appartenant principalement à la Médecine, ont cependant des relations intimes avec d'autres parties, tels que les *Hôpitaux* par exemple, qui tiennent à l'Administration par la comptabilité, etc., il est utile et peut-être même nécessaire, d'adjoindre aux Médecins, dans le Comité de Santé, d'autres personnes recommandables par leurs connoissances dans les Sciences naturelles, économiques et politiques.

D'après ces vues, Messieurs, j'ai l'honneur de vous proposer d'établir un Comité de Santé, de composer ce Comité :

1° Des Médecins qui sont Membres de cette Assemblée. Leur interprète en ce moment, Messieurs, permettez-moi de vous offrir l'hommage de leurs sentiments patriotiques : tous s'empresseront à l'envi de vous donner des preuves de leur zèle ;

2° D'un nombre déterminé de Membres de l'Assemblée non Médecins ;

3° D'y réunir des Membres des autres Comités, lesquels se concerteront avec lui, lorsque la nature mixte des objets l'exigera.

En conséquence, Messieurs, j'ai l'honneur de vous proposer le projet de Décret suivant :

Décret. — L'Assemblée nationale décrète ce qui suit :

Article premier. — « Il sera établi et formé un Comité de santé, composé des Médecins députés à l'Assemblée nationale, et de six ou de tel autre nombre de ses Membres qu'elle jugera convenable, nommés au scrutin de liste dans les Bureaux. »

Art. II. — « Ce Comité s'occupera de ce qui est relatif à l'*enseignement* et à la *pratique de l'art de guérir*, des *établissements salutaires* dans les villes et dans les campagnes, tels que les Ecoles, les *Hôpitaux*, les *Maisons de santé*, etc., et généralement de tous les objets qui peuvent intéresser la salubrité publique, et il en rendra compte à l'Assemblée. »

Paris, ce 12 septembre 1790.

Signé : Guillotin.

Nous ferons remarquer que, dans son exposé des motifs Guillotin fait allusion à l'enseignement de la médecine d'alors qu'il qualifie de *gothique* et à l'exercice de la médecine, surtout dans les campagnes, dont il déplore l'*affreux brigandage*. Nos lecteurs constateront sans doute avec étonnement le passage où il est fait allusion à l'Education physique *des enfants dans les hospices d'enfants trouvés et dans les maisons d'Institution publique* (*Nil novi sub sole*). Enfin, nous notons que, dans l'article II du projet de décret, les *Ecoles* figurent en tête des établissements dont le Comité de santé doit s'occuper, même avant les hôpitaux et les maisons de santé.

Et ce projet date d'un siècle et demi, exactement de 148 ans ! Le progrès chemine lentement dans notre Pays.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

HÉMIPLÉGIE PAR PLAIE DE LA CAROTIDE PRIMITIVE

Clinique du Docteur Hardouin

Professeur à l'Ecole de Médecine de Rennes

Hier, 19 avril 1938, est entré dans mon service à l'Hôtel-Dieu de Rennes, salle Laënnec, un soldat espagnol, J... Ol. R., âgé de 20 ans, atteint d'hémiplégie gauche.

Le blessé nous raconte ainsi l'histoire de son accident : il se trouvait le 7 avril dernier près de Huerta (Espagne), quand il fut atteint par une balle de fusil qui lui transperça la base du cou du côté droit, d'avant en arrière. Se sentant blessé, il voulut revenir vers l'arrière, mais au bout d'une vingtaine de mètres, il s'écroula sur le sol et perdit connaissance pendant dix à quinze minutes, croit-il.

Il revint à lui, remarqua qu'il perdait du sang en abondance par sa blessure, et s'aperçut qu'il ne pouvait remuer, ni son bras, ni sa jambe gauche. Peu de temps après, il tombait dans le coma et resta ainsi sans connaissance pendant quatre à cinq jours. Lorsqu'il reprit ses sens, il constata à nouveau qu'il était entièrement paralysé du côté gauche.

Quelques jours plus tard, il était transporté en France et finalement il est arrivé jusqu'ici.

L'examen du blessé nous montre les orifices d'entrée et de sortie de la balle. Ils sont ponctiformes, encore un peu rosés et actuellement complètement cicatrisés.

En avant le projectile a pénétré sur la ligne médiane du cou à 5 centimètres au-dessus de la fourchette sternale. Se dirigeant alors un peu en arrière, en dehors et en bas, il est ressorti dans la fosse sus-épineuse à 8 cent. de la colonne vertébrale.

La palpation du cou faite dans la région carotidienne en suivant le bord interne du St. Cl. Mast. permet de reconnaître à 3 cent. au-dessus de la clavicule, une petite tumeur profonde, peu perceptible, des dimensions d'un gros pois, soumise aux battements artériels, sans qu'il soit possible de reconnaître chez elle des phénomènes d'expansion.

Le palper de la carotide au-dessus de ce point montre une très forte diminution des battements. Les pulsations de la temporale et de la sous-maxillaire ne sont pas perçues.

L'auscultation de la carotide ne laisse pas percevoir de souffle.

Il existe une paralysie totale des membres supérieurs et inférieurs gauches et une paralysie faciale du même côté.

Les mouvements volontaires du bras de l'avant-bras et de la main sont complètement abolis.

L'avant-bras est un peu fléchi sur le bras et les doigts sont en flexion avec contracture empêchant leur extension par mouvements provoqués. La sensibilité persiste. La recherche des réflexes périosto-radial, tricipital et bicipital montre que ceux-ci sont exagérés.

La jambe est légèrement fléchie sur la cuisse en rotation externe sans mouvements volontaires.

Réflexes : rotulien et achilléens forts,

Babinsky positif avec signe de l'éventail,

Clonus du pied très marqué.

La paralysie faciale gauche atteint seulement le facial inférieur.

Pas de troubles oculaires, ni auditifs.

Etat général bon : cœur et poumons normaux.

Tension artérielle au Pachon : 8 et 16 aux deux bras. Le malade s'alimente bien, son intelligence est intacte, sa mémoire également.

Wassermann négatif.

J'ai déjà eu l'occasion, pendant la guerre, de donner mes soins à un blessé présentant des accidents analogues.

Je résume cette observation publiée précédemment (1) :

D..., chasseur à pied blessé le 30 octobre 1914 : plaie par balle, entrée du côté droit du cou sur les bords du sterno-cléido-mastoïdien, à deux travers de doigts au-dessous de l'angle du maxillaire inférieur. Sortie du côté gauche du cou sur une ligne verticale tirée de l'apophyse mastoïde et à trois travers de doigts de celle-ci.

Aussitôt touché par le projectile, le blessé tombe à terre sans perdre connaissance. Il constate presque immédiatement que son bras et sa jambe gauches sont paralysés. Il croit, en outre avoir perdu beaucoup de sang.

Vu par moi le 15 février 1915, trois mois et demi après la blessure.

Le membre supérieur gauche est, en partie paralysé et se maintient en demi-flexion et en pronation. Ebauche des mouvements de flexion des doigts et du poignet, mais aucun mouvement d'extension. Légers mouvements de flexion du coude, d'ailleurs très limités. Quelques mouvements d'élévation du bras. Amyotrophie importante.

Au membre inférieur gauche : paralysie du sciatique poplité externe ; le malade marche en fauchant.

Réflexe rotulien exagéré à gauche. Ebauche de tremblement épileptoïde. Signe de Babinsky positif. En outre, le blessé présente à droite au niveau du cou un anévrysme de la carotide du volume d'un marron.

Quelle est la cause de l'hémiplégie chez notre blessé espagnol ?

Eliminons de suite toutes les causes d'ordre médical sur lesquelles il n'y a vraiment pas lieu de s'arrêter ici : lésions cardiaques, infections diverses, urémie, syphilis, maladies du système nerveux central, etc. Etant donné le début si net de l'affection chez ce tout jeune homme à la suite d'un traumatisme, c'est à cette cause étiologique que nous devons nous arrêter.

(1) Société de Chirurgie, 23 mai 1923.

Nous mentionnerons sans y insister la possibilité d'une hémiplégie hystérique qui peut débuter parfois brusquement à la suite d'une forte émotion ; mais dans le cas actuel, la limitation nette de la paralysie, la présence du réflexe de Babinsky, etc., suffisent pour l'éliminer.

On pourrait penser à une hémiplégie consécutive à une fracture du crâne du côté droit, que le blessé se serait faite en tombant. L'apparition presque immédiate de la paralysie est déjà peu en faveur de ce diagnostic et nous ne notons d'autre part aucun signe de fracture : pas d'enfoncement de la voûte , pas d'hémorragie par le nez ou par l'oreille, pas d'ecchymoses sous-conjonctivales.

Il existe bien de la paralysie faciale qui pourrait être sous la dépendance d'une fracture du rocher ; mais elle se trouve localisée du côté hémiplégié ; elle est par conséquent sans rapport à un traumatisme cranien qui aurait nécessairement son siège à droite puisque les lésions paralytiques sont à gauche.

D'autre part la colonne vertébrale est intacte.

Il nous reste donc à conclure que l'hémiplégie a pour point de départ la lésion profonde du cou que nous avons notée au niveau de la carotide primitive. La balle a atteint l'artère, et la lésion vasculaire est responsable de la paralysie consécutive. Nous allons voir comment expliquer la genèse des accidents.

Les plaies de la carotide se présentent à l'examen de façon fort diverses suivant la nature de l'accident qui leur a donné naissance. Souvent elles se trouvent déchirées par un gros projectile qui détruit en même temps, muscles veines et nerfs du voisinage, et leur pronostic immédiat est ici on le dévine de la plus extrême gravité.

D'autres fois elles peuvent succéder à une plaie étroite du cou et s'accompagnent habituellement d'une hémorragie considérable avec ou sans hématome périartériel, celui-ci souvent volumineux et étendu.

Enfin, parfois aussi, la blessure de la carotide est produite à la suite d'une plaie ponctiforme des téguments due à de petits éclats d'obus ou de grenade, plus rarement une balle de fusil, et ne donne lieu qu'à une hémorragie externe, interne ou interstitielle insignifiante. C'est la plaie artérielle sèche déjà signalée sur les gros vaisseaux en différentes régions du corps. Des observations en ont été rapportées par Sencert, Fiolle, Duval, Makins, etc.

Au premier abord elles peuvent laisser croire à une simple lésion des parties molles, et rendent difficile le diagnostic de plaie carotidienne, tant que des accidents consécutifs secondaires ne sont venus affirmer le siège exact de la lésion.

Les blessures carotidiennes sont rares, du moins en temps de paix. Elles ont fait cependant déjà le sujet de nombreuses études depuis les travaux d'Ehrmann, 1858-1866 qui a cherché à élucider les causes des troubles cérébraux, si fréquemment observés.

En France, Léon Le Fort en réunit 415 observations, puis en 1900 paraît le très important mémoire de Siegrist de Bâle avec une statistique de 900 cas. Plus récemment en 1918, l'excellente thèse de de Fourmestraux de Chartres (1) venait bien mettre au point à cette époque l'état de nos connaissances sur ce sujet.

Enfin, la guerre de 1914 donnait l'occasion d'observer de nombreux cas de plaies de la carotide et parmi les travaux les plus importants nous pouvons citer ceux de Sencert (2), H. Makins (3), Colledge et Saw-Dunn (4), Gatellier (5), Lexer (6), Duval (7) Fiolle (8), etc. sans compter de nombreux cas isolés qui ont permis d'étudier la genèse des accidents immédiats ou éloignés de ces lésions, et en particulier la cause habituelle des morts subites et des paralysies qui en sont si souvent la conséquence.

On n'a pas toujours cru à la gravité de la ligature de la carotide primitive ou de la carotide interne. Guinard, Picqué, Lejars pensaient que les accidents cérébraux étaient rares, malgré déjà un certain nombre de faits publiés.

Pour Lewandowsky, la ligature des artères carotides primitives chez des hommes jeunes et résistants entraîne des troubles cérébraux dans 25 % des cas.

Bientôt des statistiques importantes vinrent surabondamment prouver le danger de la ligature au moins dans certaines conditions.

Dans les ligatures pour plaies en particulier, Pilz signale 128 morts sur 234 cas. Friedlander 31 morts sur 60 cas. Siegrist 52,9 % de mortalité ; Fourmestraux 6 décès sur 11 blessés.

La ligature de la carotide ou ce qui revient au même la déchirure de la carotide entraînant l'oblitération du vaisseau provoque souvent des accidents paralytiques et le pronostic de cette complication est très sombre. De Fourmestraux en a rapporté 19 cas personnels avec 15 morts. Makins a eu quatre cas d'hémiplégie, tous suivis de mort. Personnellement j'ai publié quatre observations de ligature de la carotide primitive dont deux étaient consécutives à des plaies. Il y eut une guérison avec hémiplégie et une mort subite deux heures après l'intervention.

(1) de Fourmestraux. Thèse de Paris, 1908.
(2) Sencert. — *Journal de chirurgie*, 1919, t. I, p. 101.
(3) Makins. — *The British J. of Surg.*, t. III, 1915-16, p. 353.
(4) Colledge et Shaw Dunn. — In *Journal de chirurgie*, 1917, t. I, p. 424.
(5) Gatellier. — *Revue de chirurgie*, 1916, p. 899.
(6) Lexer. — *Deutsche Zeit. f. Ch.*, 1916, p. 439.
(7) Duval. — Société de Chirurgie, 13 juillet 1915.
(8) Fiolle. — *Revue de Chirurgie*, sept.-oct., 1918.

Des théories diverses ont été émises pour expliquer l'apparition des phénomènes paralytiques consécutifs aux plaies ou ligatures de la carotide primitives. Ce sont principalement:

L'anémie cérébrale,

La thrombose ascendante,

L'embolie.

L'anémie cérébrale serait causée par l'arrêt brutal de l'ondée sanguine carotidienne du côté oblitéré. Cette opinion a été vivement combattue par la plupart des chirurgiens. Il semble en effet difficile d'admettre une anémie notable prolongée d'une partie de l'encéphale alors que les anastomoses artérielles de la base du cerveau font si largement communiquer le système vasculaires des deux côtés. De Fourmestraux le rappelle dans sa thèse : « Une carotide liée, le sang peut passer à celle du côté opposé et à tout le cerveau de deux façons : soit par les terminaisons de la carotide du côté opposé qui ne sont que les branches de l'hexagone de Willis (anastomoses intra-craniennes) soit par la carotide externe du côté opposé si on a lié le tronc carotidien interne. L'ondée sanguine interrompue dans le vaisseau passera par la vertébrale du même côté, la cérébrale postérieure, la communicante postérieure et arrivera à la carotide du côté lié.

La communicante antérieure apportera au même point par l'intermédiaire de la cérébrale antérieure une partie du sang de la carotide opposée ».

C'est ce qui faisait dire à Ehrmann : Il n'y a pas d'accidents cérébraux quand les voies artérielles sont largement ouvertes, quand la circulation anastomotique cérébrale s'effectue d'une façon normale au niveau de l'hexagone de Willis ; et à Lejars : Chez un sujet avec un appareil circulatoire sain, l'arrêt de la circulation dans une carotide par la ligature ne détermine aucun trouble cérébral permanent. Dans des cas exceptionnels d'ailleurs les deux carotides primitives, ont pu être liées successivement sans incidents (Barnsby-Chutro).

Guinard cependant pensait que l'anémie cérébrale pouvait, dans certains cas, être expliquée d'une façon différente. Pour lui, la plupart des blessés ayant subi une forte hémorragie, la pression artérielle dans les carotides du côté sain n'est plus suffisante pour faire passer par les anastomoses la quantité de sang nécessaire au fonctionnement du cerveau du côté atteint ; d'où l'anémie aiguë et les lésions centrales consécutives. Cette hypothèse ne saurait en tous cas expliquer les accidents, dans les plaies sèches de la carotide sans hémorragie appréciable ou dans les ligatures chirurgicales faites en dehors de toutes pertes de sang.

Reste la possibilité des anomalies. Ehrmann les admet comme assez fréquentes dans les anastomoses artérielles de la base du crâne, et Savariaud a signalé dans une observation une atrésie très accusée de la carotide interne.

Il semble cependant que ces anomalies soient rarement susceptibles de gêner gravement la circulation et ne peuvent expliquer la fréquence des accidents.

La thrombose ascendante a été considérée par beaucoup de chirurgiens comme la cause fréquente, pour certains mêmes, unique des lésions cérébrales dans les plaies ou ligature de la carotide.

La thrombose a été admise par Guinard, par Siegrist, atteignant presque toujours la cérébrale moyenne et pouvant remonter haut dans l'artère sylvienne (Verneuil, Richet, Le Fort, Guinard, Lecène).

Souvent on a pu expliquer le développement de cette thrombose étendue, par l'infection de la plaie artérielle, évidemment fréquente dans les lésions accidentelles. Mais elle ne saurait se produire de cette façon dans les ligatures opératoires aseptiques.

Ce qui a fait également songer à la formation de la thrombose, c'est le fait de la durée relativement longue dans beaucoup d'observations entre le moment du traumatisme et le développement des troubles cérébraux.

Les statistiques de de Fourmestraux et l'étude de nombreux travaux parus à ce sujet, montrent sans conteste que les accidents, dans la majorité des cas, paraissent assez longtemps après la blessure ou la ligature de l'artère : 2 heures, 1 jour, 2 jours ou davantage, ce qui reste en faveur d'une lente oblitération des vaisseaux par la thrombose.

Dès 1904 Guiraud puis Picqué avaient insisté sur la rareté des accidents immédiats. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Quénu, puis Le Dentu ont apporté les faits de troubles cérébraux suivant presque immédiatement la blessure. Plus récemment Colledge et Shaw-Dunn ont publié quatre observations d'accidents cérébraux ayant entraîné une mort rapide et qui se sont développés très peu de temps après le traumatisme.

Notre observation actuelle et celle de 1914 que j'ai rapportée ci-dessus, montrent que les accidents d'hémiplégie sont apparus quelques minutes après la blessure.

Dans ces conditions il est impossible d'admettre dans tous les cas le développement d'une thrombose ascendante comme cause unique des lésions cérébrales.

L'embolie enfin a été incriminée dans beaucoup de cas, et à l'heure actuelle elle semble bien être une cause très fréquente d'hémiplégie.

Léon Le Fort, puis Delbet lui accordaient déjà une action prépondérante. De Fourmestraux au contraire la niait : « Il semble que

jamais, autant que nous puissions être affirmatif... on n'ait rencontré d'embolie ».

Cette cause pathogénique cependant paraît bien être la plus habituelle, non seulement des accidents cérébraux immédiats ; mais aussi d'après des travaux récents, de beaucoup d'accidents tardifs.

Pour Delbet il faut admettre que dans bien des cas, la majorité sans doute, il n'y a pas une thrombose continue, mais des fragments de caillots vont emboliser la cérébrale moyenne et ses branches. Certains ont même admis que les plaies incomplètes de la carotide, lésions murales, n'entraînant par l'arrêt absolu de la circulation pouvaient plus fréquemment être la cause d'embolie.

H. Makins (1916) rapporte aussi seize cas d'hémiplégie qu'il considère comme le résultat d'embolies parties de la blessure du vaisseau.

Mais le travail le plus intéressant à ce sujet est celui de Colledge et Dunn, parce que l'autopsie faite dans quatre cas rapidement mortels permet de préciser la cause exacte des lésions : « Les blessés furent vus très rapidement après la blessure : hémiplégie, stertor, mort rapide, 15, 18, 26, 72 heures après la blessure... Dans les quatre cas il y avait thrombose de la carotide primitive et de ses branches, au-dessus et au dessous de la blessure, mais ces thromboses étaient limitées ; dans un cas seulement la carotide interne était oblitérée par un caillot jusqu'à la base du crâne. Dans les trois autres elle était libre. L'examen du cerveau montra dans tous les cas une oblitération de l'artère cérébrale moyenne et de ses branches, mais toujours on trouva entre le caillot carotidien et le caillot cérébral un grand intervalle libre ce qui démontre bien la réalité de l'embolie » (1).

Le pronostic de pareilles lésions est très sévère. Nous faisons ici abstraction des graves traumatismes souvent très étendus qui entraînent la mort rapide par hémorragies ou infection consécutive. Ce sont évidemment les cas les plus fréquents sur le champ de bataille.

Mais même chez ceux qui paraissent moins gravement atteints, le pronostic reste sombre et nous avons dit le chiffre extrêmement élevé de la mortalité, survenant à brève échéance, qui frappe la plupart des blessés et, dû aux accidents cérébraux, sans compter les lésions de voisinage venant compliquer la plaie artérielle : section du sympathique, troubles oculaires, anévrysmes artériels, ou artério-veineux, etc.

Notre blessé présente seulement des accidents d'hémiplégie. Il ne paraît pas douteux, d'après les renseignements très précis qu'il nous fournit que les lésions observées sont bien sous la dépendance d'une embolie ayant entraîné une zône de ramollissement cérébral.

Ces paralysies sont en général d'un pronostic sombre. Sans doute il survient habituellement chez les blessés une amélioration progressive pendant quelques mois, mais chez la plupart il persiste des groupes musculaires définitivement paralysés, variables suivant le siège et l'étendue de la lésion cérébrale. Au membre inférieur en particulier le sciatique poplité externe est très fréquemment annihilé.

Le traitement se réduira ici actuellement à peu de chose. Les lésions cérébrales consécutives à l'embolie sont au dessus de toute thérapeutique. Du côté de l'artère, nous n'avons qu'à exercer une surveillance attentive. Il n'existe aucune trace d'infection, pas d'hématome, donc aucune probabilité d'hémorragie secondaire.

La seule lésion qui puisse encore se produire, c'est le développement d'un anévrysme artériel. Dans ce cas se poserait la question de la thérapeutique à pratiquer. Mais de toute façon le traitement de cet anévrysme, ligature artérielle ou ablation, n'aurait aucune influence sur l'évolution de l'hémiplégie. Les séquelles de paralysie dont on pourra dans quelques mois apprécier l'étendue pourront dans une mesure probablement restreinte bénéficier d'un traitement physiothérapique qui restera à discuter à ce moment.

....

A sa sortie de l'hôpital en juillet, le blessé avait récupéré une grande partie des fonctions de son membre inférieur. La marche était possible, mais toujours difficile par suite de la persistance d'une paralysie du sciatique poplité externe.

Du côté du membre supérieur, les troubles paralytiques étaient stationnaires. L'impotence fonctionnelle était complète sauf quelques mouvements des rotateurs de l'épaule. La main restait contracturée en flexion de même que l'avant-bras en demi flexion sur le bras. La lésion artérielle avait augmenté de volume pendant deux ou trois semaines jusqu'à atteindre les dimensions d'une noisette, puis la tuméfaction avait disparu et était à peine perceptible au moment du départ du blessé.

(1) *Journal de chirurgie*, 1917, t. I, p. 424.

LA CURE SANATORIALE DU TUBERCULEUX

Ses défauts — Ses avantages — Ses indications

Par P. Lagèze
Médecin des Hôpitaux de Lyon

Née de l'instinct ou tout simplement du bon sens, l'idée du traitement de la tuberculose par le repos et l'aération nous apparaît aussi vieille que le monde, puisque Pline l'ancien préconisait la cure d'altitude et l'air des forêts, et que Galien vantait l'heureuse influence du climat tempéré de la Haute-Egypte. Tout au long de l'histoire des peuples anciens et modernes nous retrouvons cette recherche du climat favorable au tuberculeux pulmonaire avec la vogue puis l'oubli de régions ou de stations thermales. Les plus illustres phtisiques des arts et de la littérature ont vanté le séjour à Naples ou Capri, en Sicile ou en Egypte, à Alger ou aux Baléares, et Laënnec lui-même, victime de la contagion que certains s'efforcent encore de nier termina ses jours dans la baie de Douarnenez.

Puis l'étude du climat de montagne au début du XIX[e] siècle en Allemagne puis en Suisse offrit de nouvelles perspectives à la cure hygiéno-diététique de la tuberculose. Au milieu du siècle dernier, Hermann Brehmer fondait en Silésie le premier sanatorium d'altitude moyenne, et c'est à l'image de cette construction que furent édifiés par ses adeptes les établissements de cure d'air qui se multiplièrent rapidement.

Actuellement l'organisation sanatoriale dispose dans les points climatiques les plus variés d'immenses établissements de plaine ou d'altitude, de véritables villes de cure dont les installations constituent autant de centres médico-chirurgicaux dotés de tous les perfectionnements modernes de la radiologie et des agents physiques. Un effort gigantesque a été accompli depuis la guerre, pour mettre à la portée de tous les bienfaits de la cure sanatoriale, complétée par les techniques les plus récentes de la collapsothérapie. Cette généralisation qui ne fut pas toujours faite avec la mesure désirable suscite maintenant d'amères critiques.

Il est frappant et souvent attristant pour le praticien qui n'est pas un homme de parti, de lire dans l'ensemble de la littérature médicale de ces dernières années les attaques d'une extrême violence dirigées contre le sanatorium. Il est inutile d'en citer les auteurs, pour ne pas engager de stériles polémiques où chacun tient avant tout à rester sur ses positions, il est peut-être plus sage de commenter les critiques et d'en tirer les enseignements qu'elles comportent. S'il est vrai que le sanatorium a causé d'immenses déceptions, c'est vraisemblablement qu'il présente des défauts au même titre que des avantages et qu'il convient par conséquent d'en peser soigneusement les indications.

Envisageons donc successivement ces trois chapitres.

Les inconvénients du sanatorium sont de divers ordres. Le premier qu'il est souvent difficile d'éviter, et qui se trouve être certainement le plus important, est l'éloignement du foyer et de l'atmosphère familiale, la transplantation brusque dans une communauté nouvelle, faite d'autres malades qui s'y trouvent depuis longtemps placés, et qui communiquent rapidement au nouveau venu l'état d'âme un peu spécial du milieu tuberculeux. On parle à cet égard de la « psychose sanatoriale », c'est sans doute un terme exagéré, mais il est incontestable que l'isolement, l'inquiétude, l'inaction complète, la sensation de la maladie dont on ne peut exactement juger le pronostic, sont autant de facteurs qui arrivent à créer chez un grand nombre de tuberculeux une sorte d'état morbide qui est fait d'égoïsme, de paresse, de rancune et de fatalisme. En réalité il faut bien dire que tout un lot de malades échappent à cette contagion un peu spéciale, ce sont tout d'abord ceux dont la force de caractère et l'ardente volonté de guérir sont les meilleurs facteurs prophylactiques de ce goût de l'oisiveté. Il y a enfin tous les tuberculeux pour lesquels il est possible d'éviter un trop long séjour au sanatorium et qui peuvent être renvoyés de temps à autre dans le milieu familial sans risque pour eux ou pour leur entourage. Cette technique des « *périodes* » sanatoriales que l'on fait accomplir au tuberculeux est de plus en plus en vogue dans les établissements privés, elle est pratiquement impossible dans les organisations populaires et c'est pourtant là qu'elle serait le plus utile, car elle s'adresserait à ceux qui sont plus spécialement sensibles à cette influence désastreuse de l'éloignement. Que deviennent en effet ces gens qui sont gardés pendant huit, dix mois ou davantage en cure sanatoriale ? Beaucoup se sont habitués à l'idée d'être soignés au point qu'ils n'envisagent plus un seul instant la perspective de la plus

modeste activité. Ils s'empressent de retourner à l'hôpital pour solliciter une nouvelle inscription pour un autre établissement et restent délibérément à la charge de la société.

Que vaut en réalité ce reproche, est-il spécifiquement l'apanage du sanatorium ? Non, on peut le faire aussi pour tous les hôpitaux, hospices ou maisons de convalescents, et nous avons tous connu de tels malades qu'on évacue d'un service en sachant qu'ils entreront le lendemain dans un autre, spécialement pendant la mauvaise saison, et ceci pendant de nombreuses années.

La meilleure prévention contre cette déformation de la personnalité est l'occupation des loisirs de la cure sanatoriale. Une réalisation digne de tous les éloges est à cet égard le sanatorium des étudiants à Saint-Hilaire-du-Touvet, où les bibliothèques, les laboratoires de physique et de chimie, l'installation météorologique, les ateliers d'arts, etc., constituent autant de foyers distincts où chaque malade trouve sa distraction dans le travail.

Une autre prophylaxie est le système de la cure intermittente, chaque fois qu'elle est compatible avec l'état des lésions, le malade venant au sanatorium pour trois ou quatre mois, puis retrouvant sa famille pendant les périodes de l'année où le climat lui est favorable, et continuant à s'y soigner avec le même horaire de cure et les mêmes indications hygiéno-diététiques qu'au sanatorium.

Un reproche d'un autre ordre se retrouve communément. Reconnaissant que la cure d'air et de repos, jointe aux applications modernes de la collapsothérapie rend les plus grands services aux malades aisés ou qui peuvent bénéficier d'un appui financier assez prolongé, on oppose le fait que cette cure ne donne aux indigents qu'une apparence trompeuse de guérison, qui s'évanouit dès qu'ils retournent dans les conditions sociales où ils vivaient avant. Ce reproche ne doit pas être adressé à la cure elle-même. Il est possible qu'un certain nombre d'indigents rechutent dans les mois qui suivent leur départ de la montagne. Mais faut-il en accuser le sanatorium ? Ne faut-il pas plutôt poser le principe que la sélection des malades qui doivent y être dirigés ne repose pas uniquement sur la discrimination de leurs lésions pulmonaires, mais encore un peu sur leur situation sociale, leur profession, le milieu dans lequel ils doivent vivre.

De même qu'il faut réserver le sanatorium aux tuberculeux qui paraissent améliorables, il faut discuter l'envoi de ceux qui se trouvent dans une situation sociale telle qu'aucun des principes d'hygiène, d'aération, d'alimentation qui ont été enseignés pendant la cure ne pourra être poursuivi par la suite. Pour ceux-là c'est moins le sanatorium qui s'impose, qu'une autre solution plus radicale et plus prolongée comportant la transplantation de la famille entière, telle qu'elle est déjà conçue dans l'Œuvre parisienne du Logement-Sanatorium groupant actuellement plus de 120 familles de tuberculeux.

Une dernière critique qui paraît au premier abord assez paradoxale, est l'abstention thérapeutique que comporte la cure sanatoriale essentiellement basée sur l'heureuse influence du repos, de l'air et de la suralimentation. Ceux qui formulent de tels reproches donnent l'impression de croire que cette triade thérapeutique, telle que Brehmer l'avait posée en 1859 reste la loi immuable qui régit tous les établissements de cure. Il n'en est évidemment rien, et les stations climatiques se trouvent être actuellement les centres où les plus récentes améliorations de la collapsothérapie sont nées, où elles donnent les plus beaux résultats, avec une simplicité d'évolution qu'on n'observe pas en dehors du milieu sanatorial. Sans avoir recours aux statistiques il suffit pour s'en convaincre de comparer ce qui advient d'une pleurésie purulente tuberculeuse au cours d'un pneumothorax artificiel dans la clientèle hospitalière d'une grande ville et en cure sanatoriale. Ce sont en réalité deux affections différentes et deux pronostics presque diamétralement opposés. On peut dire au contraire que le milieu sanatorial offre au point de vue thérapeutique des possibilités nouvelles, dans des conditions de simplicité inconnues en ville, et ceci nous amène à envisager les avantages de la cure sanatoriale du tuberculeux, telle qu'elle doit être actuellement conçue.

Ces avantages sont très nombreux, le premier est précisément le placement du tuberculeux dans une organisation de cure spécialement adaptée à sa maladie. Le départ du foyer est un événement grave au point de vue affectif et familial, c'est une décision souvent déchirante à prendre. Pour le médecin dont on attend l'avis c'est un verdict horrible à rendre dans certaines circonstances. Et pourtant quel est celui qui osera reculer quand il sait le danger de mort qui menace tous les jeunes qui entourent le malade. La perspective d'un centre de cure où rien n'est négligé dans la lutte anti-tuberculeuse n'adoucira-t-elle pas dans une certaine mesure l'immense chagrin de la séparation ? Celui qui reste seul au foyer ne sentira-t-il pas l'être qu'il aime mieux défendu contre la maladie au sanatorium qu'à l'hôpital ?

Et d'ailleurs il en est bien ainsi et c'est là le plus immense avantage de la cure, sur tout ce qui existe actuellement en dehors d'elle. Nulle part les moyens d'action dont nous disposons ne sont aussi bien centralisés qu'au sanatorium et étroitement associés aux ressources climati-

ques et diététiques. Les méthodes chirurgicales du traitement de la tuberculose pulmonaire y trouvent une place de choix, et l'intervention faite en milieu sanatorial y est obligatoirement plus simple et plus brillante dans ses résultats. L'époque où le phtisiologue devait faire descendre son malade du sanatorium en ville pour le faire opérer, est actuellement révolue. Dans toutes les stations de cure, même dans les plus modestes, il existe une ou plusieurs installations chirurgicales qui permettent de pratiquer sur place les interventions jugées nécessaires. Les techniques complémentaires de la collapsothérapie telles que pleuroscopies et sections de brides sont aisément faites partout.

Peut-on faire croire dans ces conditions, qu'un tuberculeux isolé dans un petit hôtel de montagne ou de campagne pourra s'y défendre aussi bien, malgré le bon air et la suralimentation. Que deviennent ces malades que les médecins laissent aller faire leur cure de repos au gré de leur fantaisie ? Qu'advient-il à ces isolés qui se battent seuls, en marge des autres qui restent groupés et disciplinés pour la lutte antituberculeuse ? Nous connaissons malheureusement trop le résultat de cette défense incohérente après laquelle nos malades sont revenus cavitaires, laryngés et bilatéraux, quand ils n'ont pas reçu sur place le coup final d'une poussée granulique.

Est-ce à dire que la cure sanatoriale ne connaît pas de mécomptes ? Non, mais la surveillance du malade y est aisée, la conduite de la collapsothérapie s'y trouve normalement pratiquée, le traitement de ses complications ne se heurte à aucune impossibilité matérielle.

Enfin le sanatorium permet seul d'imposer la discipline nécessaire au traitement de la tuberculose. Le malade sera contraint de se plier aux lois de l'hygiène qu'il ne respecte jamais quand il est seul, et cette règle qu'il doit suivre pendant tout son séjour laissera par la suite une empreinte salutaire, aussi bien pour la question de l'expectoration, que de l'aération, du repos à heures fixes, de l'alimentation saine et nutritive. Le fait d'apprendre au tuberculeux à se bien soigner n'est pas une petite chose, ce n'est pas non plus d'ailleurs toujours chose facile.

Pour résumer et schématiser le mode d'action du sanatorium, on peut dire qu'il représente la coordination étroite de tous les moyens actuellement connus pour traiter le tuberculeux avec discipline et continuité.

Peut-on présenter dans une formule également simple les indications pratiques de la cure sanatoriale ? C'est en réalité beaucoup plus difficile. Il y a tout d'abord les gens pour lesquels elle est inutile, et parmi ceux-ci les tuberculeux chroniques, qui ne présentent aucun indice évolutif. Encore convient-il de se méfier de cette étiquette de « Chroniques », dont on gratifie certains qui le furent en effet pendant plusieurs années, et qui font un jour une évolution indiscutable. Dans les formes fibreuses, avec ou sans hémoptysies, dûment vérifiées au point de vue du potentiel évolutif des lésions, la cure sanatoriale ne peut apporter aucun changement appréciable en quelques mois, ni même au prix d'un séjour très prolongé. Il en est de même des formes plus limitées, mais inactives et qui sont découvertes à l'occasion d'un examen radiologique.

A côté de ce premier groupe de malades pour lesquels la cure est inutile, il y a celui où elle l'est aussi parce que les ressources thérapeutiques dont nous y disposons sont insuffisantes en regard de la gravité, de l'étendue ou de l'ancienneté de la maladie.

C'est ainsi que les tuberculoses aiguës : granulie vraie, broncho-pneumonie ou phtisie galopante, pneumonie caséeuse massive et typique, ne doivent évidemment pas être envoyées au sanatorium. Par contre dans certaines lobites aiguës, lobites apicales droites par exemple, qui abandonnent si souvent le galop, pour prendre le pas dans les semaines qui suivent le début de leur évolution, la cure complétera la collapsothérapie dès que le seuil de la période aiguë est franchi. Il en est de même des spléno-pneumonies tuberculeuses, des épituberculoses qui suivent la primo-infection et qui gardent une place spéciale du fait de leur nature, elles bénéficient largement de la station de cure.

Il y a enfin le triste lot de ceux qui, mal conseillés ou hostiles à la collapsothérapie ont différé jusqu'à la dernière limite le traitement rationnel de leur tuberculose. Les uns ont été engagés dans la dangereuse fiction de l'aurothérapie qui n'a pas tenu ses promesses. Les autres, les plus nombreux, ont bien accepté de quitter la ville, mais le souci de leur réputation, la révolte de leur vanité leur a fait refuser avec énergie le sanatorium, de crainte qu'on puisse savoir qu'ils sont malades. Ils ont fui ainsi, contaminant autour d'eux les hôtels de touristes, les pensions de convalescents, et la maladie qu'ils ont tant voulu cacher a pris sa revanche. Ce sont alors des tuberculeux bilatéraux, cavitaires, compliqués d'autres localisations viscérales, laryngées, intestinales, et la cure sanatoriale qu'ils ont refusée, ne peut plus rien pour eux quand ils la réclament.

Il existe ainsi deux limites extrêmes dans le choix des lésions justiciables de la cure : celles qui sont inactives ou stabilisées, et à l'opposé celles qui sont trop étendues ou trop aiguës pour en bénéficier. Entre ces deux limites la discussion théorique est bien délicate, elle se fait en pratique selon les cas particuliers.

Mais une autre question entre également en

◆◆◆◆

ligne de compte c'est le facteur social. S'il s'agit d'un malade indigent, l'entrée dans un sanatorium départemental n'est pas toujours chose aisée et le départ est souvent différé pendant de longs mois sans que le médecin puisse être fixé à l'avance sur l'importance de ce délai, mais comme aucune autre solution n'est possible l'indication se trouve ici posée par le seul bilan des lésions et la question de leur évolutivité. Il en est de même dans les cas de clientèle très aisée où le sacrifice matériel que constitue la cure ne présente pas de difficultés.

Lorsqu'il s'agit de la classe moyenne la solution est beaucoup moins simple, surtout dans les conditions actuelles de la vie. Bien que la plupart de nos stations de cure possèdent des organisations hôtelières échelonnées selon les ressources des individus, bien que nombre de pensions fassent un effort considérable pour rester adaptées aux moyens matériels des assurés sociaux, il faut se rappeler que le séjour en cure sanatoriale risque d'être prolongé plus qu'on ne l'estimait au premier abord, que la collapsothérapie, les examens radiologiques et de laboratoire, constituent une charge qu'il est bien difficile d'alléger.

C'est malheureusement à de tels obstacles qu'on se heurte si souvent, on doit les considérer d'autant plus sérieusement que certains sont insurmontables quelle que soit la forme anatomique de la maladie.

Il n'en est pas de même des réticences ou de l'hostilité absurde du malade ou de son entourage, contre le sanatorium qui affiche à ses yeux la maladie dont il est atteint. Il est puéril de croire qu'un tuberculeux pourra quitter sa famille pour se soigner pendant tout le temps nécessaire à l'étranger ou dans un endroit quelconque, sans qu'on arrive à savoir. C'est précisément avec de tels préjugés qu'on pratique l'isolement à grande distance du tuberculeux et qu'on en fait une épave morale et sociale, alors qu'il faut multiplier au contraire tout ce qui lui permet de rester en liaison et de vivre par la pensée avec ceux qu'il a quittés.

En réalité la difficulté n'est pas là, pour le médecin tout au moins, elle est dans la décision qu'il doit prendre en face de plusieurs solutions thérapeutiques, compte tenu des lésions et de leur pronostic d'évolutivité, des risques de contamination s'il existe des enfants, des ressources matérielles du foyer et de ses conditions hygiéniques. Doit-il écarter l'entourage et garder le malade en instituant aussitôt une collapsothérapie efficace ? Doit-il au contraire envoyer le malade au sanatorium où l'effet de la collapsothérapie sera complété par une discipline plus rigoureuse de la cure et de meilleures conditions hygiéniques ? Ce sont là autant de cas particuliers qu'aucune règle ne peut fixer et que le praticien, comme le phtisiologue, devra discuter avec le souci de sa responsabilité et la fierté de sa conscience professionnelle.

« Le sanatorium tel qu'il est a rendu des services considérables. Il doit en rendre davantage encore et nous ne voyons pas comment nous pourrions le remplacer, aussi bien dans le traitement des tuberculeux que dans l'œuvre capitale de l'éducation hygiénique populaire.

« A quelque point de vue que l'on se place c'est par le sanatorium qu'il faudrait toujours commencer le traitement, la cure libre n'étant acceptable que pour le malade déjà consolidé, entraîné et éduqué. En fait c'est le contraire qui le plus souvent se produit. On vient au sanatorium en désespoir de cause lorsque toutes les tentatives et parfois les moins raisonnables ont été épuisées.

« Bien que l'opinion publique ait parcouru à cet égard un chemin important depuis trente ans, le sanatorium est encore dans certains milieux un épouvantail : on s'installe sans appréhension dans un hôtel rempli de malades, mais on ne va pas au sanatorium et le médecin hésite à en parler.

« Il reste bien à faire pour compléter sur ce point l'éducation populaire » (F. Dumarest).

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

■ ■ ■

Quelle importance clinique attribuer à l'hyperglycémie dans le diabète

D'après le Docteur H. Warembourg

Médecin des Hôpitaux de Lille (*)

La recherche de l'hyperglycémie est souvent indispensable pour confirmer le diagnostic

Distinguer le diabète vrai des prédiabètes, qui y conduisent, ou des paradiabètes, qui les côtoient, n'est pas toujours besogne facile.

Sans doute l'importance de l'examen clinique est-elle primordiale en pareille matière. Mieux que tout procédé biologique, la découverte des symptômes cardinaux de la maladie, la mise en évidence de ses complications diverses montreront que le trouble glyco-régulateur a retenti d'une façon telle sur l'organisme, que l'on peut parler de diabète vrai. Mais cette précieuse symptomatologie clinique manque malheureusement dans des cas nombreux. D'après certains auteurs, 77 % des cas de diabète seraient dépourvus de toute symptomatologie évidente.

Force est alors de recourir à des procédés moins sûrs peut-être, mais plus sensibles, de manière à installer à temps un traitement indispensable.

Le diabète vrai est toujours hyperglycémique, si du moins on considère l'*ensemble de son évolution*. Cette restriction permet de rendre compte de cas où le diabète vrai comporte, mais à certaines périodes seulement, une glycémie normale ou même diminuée. Il s'agit alors de formes avec hyperglycémies cycliques, où, à la faveur d'améliorations spontanées de la maladie, le taux du sucre sanguin peut revenir à la normale, mais seulement de façon passagère. Il en est de même dans les diabètes légers qui, à la suite d'un traitement efficace, deviennent « glycémiques et aglycosuriques ».

Mais, dans tous ces cas, l'*absence d'hyperglycémie n'est qu'un phénomène transitoire*.

D'autre part, le diabète constitue la seule affection, où l'on puisse rencontrer des *hyperglycémies à jeun élevées*, qui soient *supérieures à 3 grammes*. Car la glycémie peut atteindre 1 gr. 30 à 1 gr. 40 chez le vieillard, ou même chez certains adultes, indépendamment de tout trouble du métabolisme glucidique. On connaît certaines hyperglycémies solitaires, atteignant jusqu'à 1 gr. 60, non évolutives, ne cédant pas au régime, ou même aggravées par celui-ci, qui sont aussi très différentes du diabète par leur nature particulière.

Pour les chiffres inférieurs, si le tableau clinique manque de netteté, les renseignements donnés par la glycémie à jeun sont insuffisants, et ils doivent être complétés par la recherche plus complexe des divers tests de l'insuffisance glycolytique. Ainsi l'épreuve d'hyperglycémie alimentaire devient indispensable, quand la constatation répétée d'une glycémie à jeun inférieure ne permet pas d'éliminer le diabète à sa phase débutante. Dans ces conditions, le glucose est généralement administré en ingestion à la dose de 40 à 50 grammes, et, chez un sujet normal, l'hyperglycémie ne doit pas dépasser 1 gr. 80, d'après l'Ecole française. On peut aussi rechercher le test d'hypoglycémie insulinique, l'hypoglycémie alimentaire tardive, etc.

Pour le *pronostic*, la valeur de l'hypoglycémie à jeun est réelle, mais elle doit être appréciée avec circonspection ; seules sont à prendre en considération les variations glycémiques marquées et persistantes. Nul ne saurait nier que les très grosses hyperglycémies, à 4 ou 6 grammes par litre, correspondent en général à des diabètes sérieux ; par contre, un diabète, dont le traitement a réduit presque complètement l'hyperglycémie, doit être considéré comme étant réellement amélioré.

Quant aux modifications du taux du sucre sanguin, observées spontanément au cours de la journée, elles ne manquent parfois pas d'une signification pronostique.

On sait que la journée est marquée normalement de trois mouvements hyperglycémiques, correspondant à chacun des repas. Ces mouvements sont de moins en moins amples, à mesure qu'on avance dans la journée, par suite d'une véritable mise au point progressive du mécanisme glyco-régulateur. La courbe d'hyperglycémie alimentaire la plus haute s'effectue le matin. La courbe est nettement moins élevée après le repas de midi, mais remonte le soir à un niveau plus marqué. C'est le cas le plus fréquent,

(1) L'hyperglycémie dans le diagnostic, le pronostic et le traitement du diabète. (*Revue de Médecine*, juillet 1938.)

La persistance dans le profil glycémique journalier des trois courbes d'importance progressivement décroissante, comme chez l'individu sain, est l'indice d'un diabète léger. Il en est de même lorsqu'on voit persister une vague insulinienne post-prandiale suffisante pour prévenir l'hyperglycémie succédant à un repas léger ingéré moins de trois heures après le précédent.

La mesure de la glycémie dans la cure du diabète

La recherche de la glycémie ne semble utile qu'en des circonstances assez limitées, qui sont ainsi définies par le Professeur Rathery :

1° Au début du traitement, de manière à distinguer le diabète rénal du diabète vrai ;

2° Avant la prescription de l'insuline, qui ne saurait être utilisée en dehors de l'hyperglycémie ;

3° Au cours du traitement insulinique, lorsque surviennent des accidents d'intolérance, en cas de coma hypoglycémique ou d'insulino-résistance.

4° En cas d'insulino-résistance relative, l'étude de l'hyperglycémie dans les différentes périodes de la journée permet une plus juste répartition de l'insuline.

Cependant il ne faut pas ignorer la variabilité de la glycémie suivant le jour considéré, et même les différentes heures de la journée. Enfin, il y a fréquemment désaccord entre la glycémie et la glycosurie : quand un traitement fait régresser ces deux éléments, le pronostic est évidemment favorable ; mais il peut aussi fort bien supprimer l'acidose et la glycosurie, relever l'état général, sans que, pour cela, l'hyperglycémie subisse la moindre réduction. Toutefois la persistance d'une hyperglycémie notable, malgré un traitement bien conduit, est la marque d'un diabète grave, susceptible en particulier de se compliquer avec facilité des divers accidents, inhérents à l'hyperglycistie.

Enfin, la mesure répétée de la glycémie, au cours du diabète est capable d'apporter des renseignements d'autant plus utiles, qu'ils ne concordent pas obligatoirement avec ceux tirés de l'examen clinique ou de l'analyse chimique des urines. La régression progressive de l'hyperglycémie sous l'effet du traitement est, en particulier, un indice favorable, qu'il importe de dépister si l'on ne veut laisser dans l'ombre aucun élément du pronostic, étant entendu toutefois que l'hyperglycémie mérite de garder une importance, qu'elle partage avec les autres symptômes essentiels du diabète.

Dans quelle mesure le traitement anti-diabétique doit-il réduire l'hyperglycémie ? Certains auteurs, dans le souci de s'assurer une marge de sécurité vis-à-vis de l'hypoglycémie, préconisent de garder toujours un taux de sucre sanguin légèrement supérieur à la normale.

D'autres s'assurent, par des dosages répétés de temps à autre, que l'hyperglycémie régresse aussi bien que les autres symptômes, mais ils ne font pas de cette réduction une indication systématique, qu'il importe de réaliser à tout prix.

Le comportement de la glycémie vis-à-vis du traitement antidiabétique est, d'ailleurs, bien différent selon les cas.

Tantôt, le taux de sucre sanguin s'abaisse parallèlement à la glycosurie et à l'acétonurie, ou, plus souvent, avec un certain retard sur elles.

Tantôt il est peu modifié par le traitement, dont les effets apparaissent ainsi incomplets.

Tantôt même, il s'élève paradoxalement de façon passagère ou durable ; ce fait est exceptionnel et semble témoigner d'une gravité particulière.

Chabanier, Lebert et Lobo Onell, s'ils ne recherchent pas l'établissement habituel d'une hypoglycémie chez leurs diabétiques, font tout au moins de grands efforts pour ramener à *la normale* le taux du sucre sanguin. Le quatrième temps de leur cure d'attaque a pour but la réduction de l'hyperglycémie. Ils essayent de la réaliser, en réduisant progressivement la ration glucidique tout en gardant les mêmes doses d'insuline.

Cette façon de faire a été critiquée, en particulier, par Rathery : « Vouloir à toute force, dit-il, faire tomber la glycémie à la normale, chez un diabétique rendu aglycosurique, mais restant hyperglycémique, est une œuvre le plus souvent vaine, inutile et parfois dangereuse ». A vrai dire certains obstacles peuvent se dresser, lorsque, par la restriction glucidique, on tente de réduire l'hyperglycémie, et il est recommandé d'arrêter la progression de la cure, ou même de « faire machine arrière », lorsque apparaît l'acétonurie, ou que décline l'état général.

Effectivement, il convient de rester très prudent en cette matière. Lorsqu'on est arrivé, parfois au prix de sérieuses difficultés, à équilibrer un traitement qui supprime la glycosurie, l'acétonurie et relève l'état général, convient-il dans le seul but d'abaisser la glycémie, d'apporter à ce traitement des modifications profondes, au risque d'engendrer à nouveau l'acidose ou de troubler une fois de plus la nutrition générale ? Que la persistance d'une hyperglycémie, dans ces conditions, ait une valeur pronostique, la chose est certaine ; mais il ne semble pas qu'elle doive être l'origine d'indications thérapeutiques nouvelles. En tout cas on ne saurait envisager de telles entreprises qu'à condition de les mener avec une extrême prudence.

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Les ondes courtes dans le traitement des affections rhumatismales

MM. F. COSTE et R. MANDE rappellent que, parmi les divers procédés de pyrétothérapie physique, les ondes courtes sont actuellement en France le plus employé. Elles constituent un moyen de traitement très souple qui permet, beaucoup mieux que les méthodes chimiques ou biologiques, de régler à volonté la durée, l'intensité et la répartition des accès fébriles et d'arrêter rapidement un accès si l'état du patient le nécessite. Elles permettent en outre de réaliser une véritable pyrétothérapie locale, susceptible de rendre de grands services.

Leur application au traitement des rhumatismes est essentiellement indiquée dans toutes les complications articulaires de la gonococcie. Les formes aiguës ou subaiguës sont presque constamment améliorées ou guéries. Les formes chroniques elles-mêmes sont dans plus de la moitié des cas très favorablement influencées.

Sur les arthrites et polyarthrites non gonococciques, les ondes courtes se sont montrées aussi parfois efficaces. Mais il paraît indispensable de rappeler qu'il s'agit ici de malades fragiles, chez qui la pyrétothérapie peut provoquer une recrudescence des douleurs. Aussi est-il prudent de réserver ce traitement aux cas d'étiologie indécise, ou l'on peut suspecter l'intervention d'une gonococcie antérieure. Encore, dans ces cas, préfère-t-on aux applications générales, quelques applications locales destinées à stériliser le foyer uro-génital initial. Si toutefois, après l'échec des autres méthodes thérapeutiques éprouvées, on a décidé de recourir à l'électropyrexie générale, une grande prudence est de mise : il faut se défier des « chauffes intenses » et ne pas dépasser 38°5 à 39°.

Quant aux arthroses, elles ne semblent guère bénéficier des ondes courtes générales. Par contre, les applications locales peuvent y être utiles.

Ces indications montrent le bénéfice que l'on peut attendre de l'application des ondes courtes au traitement de certaines affections rhumatismales et tout particulièrement des différentes formes du rhumatisme gonococcique. Dans tous les cas, leurs bons résultats peuvent être encore améliorés par l'association à la pyrétothérapie générale d'applications locales sur les foyers infectieux localisés. (*Gaz. Méd. de France*, 1er novembre 1938.)

La voie artérielle en thérapeutique chirurgicale

MM. J. DE FOURMESTRAUX et M. FREDET ont utilisé depuis quatre ans la voie artérielle pour introduire dans l'organisme un agent thérapeutique, sérum ou antiseptique. Sans vouloir apporter des conclusions hâtives et se basant seulement sur les résultats de 160 injections intra-artérielles, il leur semble que cette méthode, riche en promesses fécondes, peut avoir sa place à côté de l'artériographie et peut-être de l'artério-anesthésie.

L'injection peut être faite dans toute artère dont le calibre permet la pénétration d'une aiguille de 6/10 de millimètre. Il est parfois possible d'introduire directement l'aiguille dans le vaisseau intéressé ; mais le plus souvent, l'artère doit être mise à jour après découverte chirurgicale.

Mis à part les sérums, en fait d'injections médicamenteuses, il semble que la solution la mieux tolérée soit celle de mercurochrome à 1 %. Théoriquement il est indiqué d'injecter le sérum antitétanique ou autre par la voie carotidienne interne. Quant aux agents antiseptiques, la voie artérielle apparaît bien comme théoriquement supérieure à la voie veineuse ; c'est lentement après son introduction que les tissus se libèrent de l'antiseptique employé et le laissent entrer dans la circulation générale. Si la voie veineuse garde ses indi ations, la voie artérielle plus directe agira contre les infections locales.

Pas d'incidents mettant en danger la vie du malade. Lorsqu'on emploie le mercurochrome on observe parfois une coloration des tégument, localisée aux membres intéressés ou généralisées plutôt d'assez courte durée. Après ponction, artérielle, sous condition que l'aiguille ne dépasse pas 6/10 de millimètre, l'écoulement sanglant s'arrête dès que l'aiguille est enlevée.

Dans le traitement du tétanos, cette méthode constitue une voie d'apport direct du sérum au niveau des centres inhibés par la toxine. Dans les infections aiguës des membres, les cellulites en général, la chimiothérapie par voie artérielle présente des avantages certains. Les auteurs n'ont jamais observé d'incidents graves au cours de leurs observations d'artériothérapie ; il ne faut cependant pas dissimuler que des accidents soient possibles chez des malades présentant une sensibilité vaso-motrice anor-

male comme dans la maladie de Reynaud, où la moindre excitation périphérique produit des artério-spasmes sévères. (*Gazette des Hôpitaux*, 30 novembre 1938.)

Les méthodes actuelles d'irradiation des tumeurs malignes de l'amygdale et leurs résultats

La question du traitement des tumeurs malignes (sarcomes et cancers) de l'amygdale — amygdale palatine — a subi une évolution définitive avec l'avènement des nouvelles méthodes radiothérapiques dont nous disposons à l'heure actuelle sous forme des rayons X pénétrants ou ultra-pénétrants et du radium. La radiothérapie — radium et rayons X — se présente vis-à-vis de ces tumeurs comme un moyen de cure palliative ou radicale suivant les cas examinés, réalisant la destruction partielle ou totale, temporaire ou définitive des cellules cancéreuses, d'après les doses administrées, l'étendue du néoplasme, et un certain nombre de facteurs biologiques.

Le Docteur Mathey-Cornat (Bordeaux) fait une description minutieuse des méthodes actuelles d'irradiation ; la minutie est ici obligatoire, car les techniques doivent être adaptées aux cas d'espèce, ce qui suppose une collaboration intime de la clinique et de la radiologie.

L'auteur envisage ensuite les résultats de courte et de longue durée qu'il a obtenus dans 77 tumeurs malignes de l'amygdale ou de la région amygdalienne. 60 % de ces cas n'ont pu subir que des irradiations palliatives, et 40 % des irradiations complètes, à but curatif, c'est-à-dire sur des malades reconnus aptes à subir le traitement complet du double point de vue de l'accessibilité de leurs lésions locales et de leur état général. Pour les premiers, les survies ont varié de quelques mois à un an et plus. Pour les irradiés, radicalement : 85 % de cicatrisations primaires, post-radiothérapiques, et 43 % de survies, après un an ; 33 % de survies, après deux ans : 19 % de survies, après trois ans ; 14 % de survies, après cinq ans. Les résultats dépendent d'une technique correcte, apportant de la précision à l'incidence, à la mise en place du malade, après repérage radiographique de la région à traiter, interprétation exacte des coupes histologiques de biopsie avec le pathologiste, surveillance clinique quotidienne au cours de la longue durée des irradiations, traitement local et traitement général du patient. (*Paris Médical*, 19 mars 1938.)

Le traitement de l'hémorragie cérébrale

Après avoir exposé les données actuelles sur l'étiologie et la pathogénie de l'hémorragie cérébrale, B. Kreis conclut à la prudence nécessaire dans le traitement médical de cette affection.

L'intervention d'une thérapeutique active paraîtrait particulièrement souhaitable dans les heures qui suivent l'ictus. Plusieurs méthodes méritent d'être discutées.

La saignée est un geste traditionnel et spectaculaire que se refusent rarement les médecins. Condamnée parce qu'elle ne tire pas des indications de l'ictus même, on la pratiquera cependant en cas d'élévation excessive de la maxima par rapport à son taux antérieur. Encore ne doit-elle être ni trop brusque ni trop abondante ; on la recommande sous forme de sangsues ou de ventouses scarifiées de la région mastoïdienne. Il ne faut pas en attendre une action durable sur la tension artérielle, et moins encore sur la circulation cérébrale.

La ponction lombaire est encore conseillée par quelques auteurs. Mais, si elle peut apporter une certitude diagnostique dans les cas d'hémorragie cérébro-méningée (où les signes cliniques sont, par ailleurs, assez évidents) elle peut aussi être suivie d'une reprise de l'hémorragie.

L'application d'une vessie de glace sur la tête, complétée par celle de sinapismes ou de boules chaudes aux membres inférieurs peut réaliser une décongestion locale et une dérivation périphérique ; cependant on risque, par une vaso-constriction périphérique d'engendrer des réflexes vasculaires à distance. Les résultats heureux de l'auto-hémothérapie ne semblent guère avoir été confirmés.

L'injection intra-veineuse de solution glucosée hypertonique à 40 % aiderait à la résorption de l'œdème : 40 c. c. matin et soir, les deux et trois premiers jours, puis une injection quotidienne pendant deux semaines. On ne saurait recommander sans précautions, dans l'ictus du ramollissement cérébral, une série de thérapeutiques, hypertensives, vaso-dilatatrices, anti-spasmodiques, en vue d'accroître au maximum l'irrigation cérébrale. Toujours est-il qu'on s'en abstiendra chez l'hypertendu. Enfin, le traitement antisyphilitique est d'importance considérable dans les ictus de l'artérite syphilitique. C'est dans les jours qui suivent qu'il sera facile d'instaurer la vraie thérapeutique. Celle-ci sera plus hygiéno-diététique que médicamenteuse : hydrater les malades, les nourrir, éviter la stase pulmonaire, les eschares, pratiquer aussitôt que possible la mobilisation articulaire pour éviter les arthrites.

Il ne faut pas oublier la fréquence des récidives : le repos, la cessation de toute activité professionnelle, l'interdiction de la vie sexuelle, le régime, le traitement de fond de l'hypertension constituent la seule thérapeutique prophylactique de l'hémorragie cérébrale.

Quant au traitement chirurgical il n'a pas encore été trouvé. (*La Médecine*, octobre 1938.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Vœu au sujet de la dénatalité

(M. CARNOT ; 29-11-1938)

M. Carnot approuve les conclusions adoptées lors de la « Journée médicale et pharmaceutique de Limoges pour la natalité » et il soumet à l'Académie — qui le vote — un vœu particulièrement intéressant au sujet de la dénatalité. Ce vœu, qui tend à donner des encouragements matériels aux familles nombreuses surtout *à la campagne*, est le suivant :

« L'Académie insiste sur le fait capital que l'élevage de l'enfant étant plus hygiénique, plus facile, moins onéreux et plus rapidement rémunérateur à la campagne que dans les grandes villes, ce sont surtout les allocations familiales agricoles qu'il y a lieu, d'urgence, d'organiser et d'améliorer.

« La repopulation dans les campagnes aurait aussi pour conséquence de lutter contre la désertion du sol, signalée avec angoisse par les groupements régionaux de médecins comme un autre péril non moins redoutable pour la Nation. »

Ce vœu répond à un double but particulièrement urgent à réaliser : élever plus d'enfants sains et repeupler les campagnes.

Dérivés sulfamidés et tétanos expérimental de la souris

(M. MAYER. — Présentation par M. DELÉPINE ; 8-11-1938)

De nombreux dérivés sulfamidés paraissent avoir une action antitétanique. M. Mayer a pu réussir ainsi expérimentalement chez la souris une chimiothérapie préventive efficace de l'infection provoquée par le bacille tétanique.

Réaction lumineuse paradoxale de la pupille

(MM. G. DESBOUIS et L. WIART, de Caen , 29-11-1938)

MM. Desbouis et Wiart rapportent plusieurs cas nouveaux de réaction lumineuse paradoxale de la pupille. Dans cette réaction paradoxale, le réflexe lumineux de la pupille, au lieu de se traduire par du myosis, provoque au contraire de la dilatation pupillaire. Ces malades étaient des tabétiques ou des paralytiques généraux. La réaction paradoxale se produit par l'action d'une source lumineuse intense

— M. F. TERRIEN note l'extrême rareté de faits de ce genre.

Sérothérapie préopératoire de l'appendicite et de la péritonite appendiculaire

(M. WEINBERG ; 29-11-1938)

M. Weinberg a traité, en 1919, avec le Docteur Paul Delbet, un premier cas de péritonite appendiculaire grave par le sérum antigangréneux, avec succès. La malade venait d'être opérée par M. Paul Delbet et la péritonite continuait d'évoluer, malgré l'intervention. Depuis, l'auteur a préparé un sérum antipéritonite spécial, mélange de sérum anti-gangréneux, de sérum anti-colibacillaire, et de sérum complémentaire contre les microbes secondaires (entérocoque, streptocoque, funduliformis, etc.). Il le conseille à titre de sérothérapie pré-opératoire lorsque les malades atteints d'appendicite aiguë ne peuvent être, pour des raisons diverses, opérés immédiatement. L'intervention chirurgicale conserve alors bien entendu toutes ses indications.

L'auteur rappelle qu'à la suite de ses travaux, le Docteur Pilven, de Quimper, a publié dans le *Concours Médical*, en 1929, quatre observations favorables à la sérothérapie anti-gangréneuse de l'appendicite.

Depuis 1920, d'ailleurs, un grand nombre de chirurgiens français et étrangers ont eu recours avec avantage au sérum antigangréneux polyvalent dans le traitement de l'appendicite et de la péritonite appendiculaire.

— M. H. VINCENT dit : Le sérum antigangréneux multivalent et le sérum anti-colibacillaire sont nés au Val-de-Grâce et ont été utilisés aussitôt, isolément ou associés, dans le traitement des appendicites compliquées de péritonite.

L'Académie décide de discuter à nouveau la question ultérieurement.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

Les cancers pleuro-pulmonaires primitifs observés à la Clinique médicale de Strasbourg

(MM. R. Waitz et C. Karczag ; 17-6-1938)

L'étude de cinquante cas de cancer pleuro-pulmonaire primitif permet de confirmer les notions générales qui se dégagent actuellement dans le monde entier : accroissement considérable de sa fréquence, grosse prédominance chez l'homme, très grande fréquence de quarante à soixante ans, grande fréquence de soixante à soixante-dix ans, association avec une tuberculose pulmonaire dans 17,4 % des cas, avec une syphilis dans 4 % des cas, absence d'un facteur professionnel.

Le cancer pleuro-pulmonaire se présente dans la majorité des cas sous forme d'une pneumopathie plus ou moins atypique ou d'un épanchement pleural de caractères variés ; formes suppurées dans 10 % des cas.

Le diagnostic de cancer pleuro-pulmonaire est de plus en plus souvent établi par les moyens cliniques : dans 30 % des cas, de 1926 à 1932, dans 83 % des cas de 1933 à 1936.

Les lésions du système nerveux, au cours du syndrome malin toxi-infectieux de l'enfance

(MM. Th. Alajouanine, R.-A. Marquézy, Th. Hornet et Mlle Ladet ; 20-10-1938)

Précédemment, ces auteurs ont étudié les lésions viscérales ; aujourd'hui, ils cherchent à préciser le caractère propre, l'importance et la constance des lésions du système nerveux dans le syndrome malin toxi-infectieux.

L'aspect macroscopique du cerveau attire l'attention par la congestion des méninges, qui peut être plus marquée sur certains lobes, le plus souvent sur le lobe occipital, et être plus intense dans les cas à évolution rapide. Les lésions histologiques sont des modifications des vaisseaux, des espaces périvasculaires avec distension du tissu nerveux, enfin des modifications dégénératives portant sur les cellules nerveuses. Il s'agit, en somme, d'une vaso-dilatation artério-veineuse avec stase sanguine, parfois hémorragies, et œdème du tissu nerveux. Ces modifications sont généralisées, mais prédominent dans la substance grise (noyaux gris et cortex) ; la prédominance de l'œdème et la presque constance des hémorragies au niveau des centres végétatifs supérieurs, dans le tuber, sont un des caractères remarquables ; l'œdème existe aussi dans les formations grises du mésencéphale, mais la participation bulbaire apparaît en général moins importante. Quant aux lésions du système végétatif périphérique (vague, chaîne sympathique), elles n'accompagnent pas toujours avec la même constance et la même intensité les lésions du système nerveux central.

Ces lésions sont comparables dans tous les cas, qu'il s'agisse de diphtérie, de rougeole ou de scarlatine, et, fait très important, elles sont également tout à fait comparables dans les cas de syndrome pâleur-hyperthermie post-opératoire, où le syndrome mortel n'a pas été déclenché par une infection.

Il s'agit donc dans tous ces cas de lésions d'ordre circulatoire ; on ne peut les attribuer à une infection ou inflammation qui, en raison de la rapidité de l'évolution, n'aurait pas eu le temps de s'extérioriser avec ses caractères anatomiques propres. On ne peut s'empêcher de remarquer la similitude de ces lésions avec celles des viscères, dans leur caractère élémentaire : vaso-dilatation, hémorragie et souvent œdème ; les lésions cellulaires semblent dans les deux cas secondaires aux troubles circulatoires. On ne peut actuellement dire si le point de départ de ces lésions est au système sympathique, ou aux formations végétatives supérieures.

Cancer bronchique masqué par un abcès du poumon

(MM. P. Ameuille, J.-M. Lemoine et A. Bellin ; 14-10-1938)

Dans l'observation présentée aujourd'hui, on avait par l'examen radiologique, découvert une opacité excavée de la base droite qui, avec l'ensemble clinique dont elle faisait partie, menait au diagnostic d'abcès du poumon. C'était bien du reste un abcès du poumon, mais la bronchoscopie a fait découvrir un cancer de la bronche droite, qui ne fournissait pas de signes radiologiques directs, qui était bien sans doute la cause de l'abcès et surtout la maladie principale.

On peut donc conclure : 1° que les abcès du poumon découverts à l'âge du cancer, sont souvent faits de la suppuration d'un cancer ou, comme dans notre cas, satellites d'un cancer bronchique. S. Yankauer (1929), sur plus de la moitié des suppurations pulmonaires apparues après quarante ans, trouve une tumeur maligne ;

2° Que dans tous les cas de suppuration pulmonaire, au moins chez l'adulte déjà avancé d'âge, ce doit être une pratique de routine de faire un examen bronchoscopique, qui peut avoir une grande portée de diagnostic, et une certaine valeur pour le traitement.

Emphysème pulmonaire par obstruction bronchique

(MM. Robert Debré, Maurice Lamy, Marcel Mignon et Sacha Kaplan ; 10-6-1938)

Le diagnostic de ces emphysèmes par obstruction peut être très difficile et il faut plusieurs examens pour les distinguer alors des autres affections qui réalisent des images claires, localisées : pneumothorax, kystes aériens et cavernes. Le diagnostic repose avant tout sur la constatation d'une lésion capable de provoquer la compression ou l'obturation d'une bronche. Dans deux observations, la compression bronchique par un foyer ganglionnaire tuberculeux paraît indéniable.

G. F.

Les Livres

Les Livres qui viennent de paraître...

Chez DOIN et Cie
8, Place de l'Odéon

Georges CARRIÈRE, Claude HURIEZ et M. GODRON. — **Adénopathies généralisées de l'adulte.** Un vol. 120 pages, 1939.

Librairie MALOINE.
27, rue de l'Ecole-de-médecine, Paris (VIe)

Traité d'hélio et d'actinologie. PHYSIQUE ; BIOLOGIE ; THÉRAPEUTIQUE ; RAYONS SOLAIRES ; ULTRA-VIOLETS ; INFRA-ROUGES, sous la direction de Ch. BRODY (de Grasse). Deux vol. 16 × 25, de 1.540 pages, 618 fig. et 42 tableaux. Prix : 440 francs.

Editions des Laboratoires du Docteur PLANTIER
Annonay (Ardèche)

Iconographie entérologique. 3e série. Atlas (en couleurs), planches XX à XXX.

Librairie agricole de la Maison Rustique
26, rue Jacob, Paris (VIe)

R. MOUSSU, chef de clinique à l'École d'Alfort. — **Les chats. Elevage et maladies.** Un vol. 182 p. avec gravures. Prix : 9 francs.

THÉRAPEUTIQUE

L'ingestion d'extrait pancréatique dans l'insuffisance pancréatique

On sait que c'est par l'intermédiaire du suc pancréatique que l'appareil digestif exerce ses effets les plus puissants. Non seulement le suc pancréatique transforme les matières albuminoïdes d'une manière plus rapide et plus profonde que celle du suc gastrique, mais il attaque aussi les hydrates de carbone et les graisses que l'estomac modifie médiocrement.

Ce suc pancréatique dont la sécrétion est excitée par l'arrivée du chyme stomacal acide au contact de la muqueuse duodénale est déversé en quantité importante dans le tube digestif. C'est ainsi que chez les sujets atteints de fistule pancréatique chirurgicale et qui, par conséquent ne sont pas nourris abondamment, on peut recueillir 600 et même 850 grammes de suc pancréatique par jour et il est vraisemblable que cette quantité est encore augmentée chez les sujets normaux.

Le suc pancréatique est un liquide limpide ou légèrement opalescent, un peu visqueux et à réaction alcaline. Rappelons qu'il peptonise les protéiques par sa trypsine ou diastase protéolytique, qu'il saponifie les graisses à l'aide d'une lipase en même temps qu'il les émulsionne, qu'il saccharifie les matières amylacées au moyen d'une amylase. Mais alors qu'il faut la présence de suc intestinal contenant de l'entérokinase pour que la trypsine joue son rôle, les deux autres diastases n'ont pas besoin d'être activées pour qu'elles remplissent leur fonction.

C'est ainsi qu'une graisse liquide agitée avec du suc pancréatique frais, *in vitro*, est instantanément émulsionnée, c'est-à-dire divisée en une infinité de gouttelettes très fines qui donnent au liquide une apparence laiteuse ou crémeuse. Cette émulsion est stable, c'est-à-dire que, par le repos, les gouttelettes n'ont aucune tendance à se réunir les unes aux autres de façon à reproduire une couche huileuse homogène. Si à cette graisse, on ajoute un peu de teinture de tournesol et un peu de soude, on constate qu'après quelque temps de digestion à 35-40°, la teinture vire du bleu au rouge par suite du dédoublement des graisses en acides gras libres et en glycérine. Cette action du suc pancréatique, fait important et à retenir, est augmenté par l'addition de bile.

Mis en présence d'empois d'amidon, le suc pancréatique liquéfie presque instantanément et saccharifie cette substance, sans qu'il soit nécessaire d'ajouter au préalable du suc intestinal. La bile, la salive rendues inactives par digestion avec les acides étendus ou le suc gastrique auraient une action adjuvante dans cette saccharification de l'empois d'amidon par l'amylase, mais en ce qui concerne le suc gastrique neutralisé le résultat a été contesté, car l'amylase pancréatique agit surtout en milieu acide.

Tels sont les résultats obtenus *in vitro*. Mais, est-ce que cette triple action du suc pancréatique exogène se réalise *in vivo* ? Autrement dit,

est-ce que l'absorption de suc pancréatique, soit sous forme de suc naturel, soit sous forme d'extrait, est capable de suppléer et même de remplacer une sécrétion pancréatique déficiente ?

Dans les cas d'insuffisance pancréatique totale, le transit intestinal est accéléré, les selles sont abondantes, fétides, décolorées soit par l'absence concomitante de bile, soit par la présence des graisses à leur surface. Les selles sont molles et pâteuses. Leur réaction est neutre ou alcaline.

On trouve encore un liquide jaunâtre, huileux, tachant le papier comme font l'huile ou la graisse et des amas blanchâtres de graisse solidifiée.

Quand l'insuffisance pancréatique est moins marquée, c'est à l'examen microscopique qu'on retrouve les globules arrondis de graisses neutres, de fins cristaux d'acides gras et des cristaux plus épais de savon.

L'analyse chimique permet de doser cette stéatorrhée et de se rendre compte du degré de non-dédoublement des graisses en savons et acides gras. Normalement 95 % des graisses absorbées doivent être utilisées. Dans les grandes insuffisances pancréatiques, 90 % de ces graisses sont rejetées et non dédoublées.

Les fibres musculaires de la viande digérables par la trypsine sont retrouvées intactes dans les selles soit macroscopiquement, soit microscopiquement, lorsqu'il y a insuffisance pancréatique. Elles ont gardé leur aspect normal, leur contour quadrangulaire et leur striation transversale.

L'absence de digestion des albuminoïdes entraîne de l'azotorrhée ou augmentation de l'azote fécal, la présence dans les selles de peptones et d'albumines solides.

Enfin dans les cas de grande insuffisance pancréatique on retrouve dans les selles les hydrates de carbone non dédoublés.

Dans les cas d'insuffisance pancréatique, la première idée qui vint à l'esprit, fut de donner par voie buccale du suc pancréatique. Mais, le suc pancréatique étant détruit par le suc gastrique, il importe de le donner en capsules kératinisées qui ne se dissolvent que dans l'intestin.

MM. Beazell, C.-R. Schmidt, A.-C. Ivy et P.-J. Crittenden, dans une série d'articles récents ont relaté les expériences qu'ils ont entreprises à ce sujet (1).

(1) J.-M. Beazell, C.-R. Schmidt et A.-C. Ivy. On the effectiveness of orally administered diastase in achylia pancreatica (dog). *J. Nutrition*, vol. 13, p. 29. — C.-R. Schmidt, J.-M. Beazell, P.-J. Crittenden et A.-C. Ivy. The effect of the oral administration of pancreatin on fecal nitrogen and fat loss in achylia pancreatica. *J. Nutrition*, vol. 14, p. 513, 1937.

Chez des chiens, soumis à un régime riche en amidon et n'ayant de ce fait aucune amylorrhée spontanée, ils ont exclu complètement le pancréas du duodénum. Après l'opération, l'amidon, contenu dans les selles de ces chiens, variait entre 18 et 39 % de l'amidon ingéré. L'administration orale d'extrait pancréatique à la dose de 25 grammes par jour fit disparaître l'amidon non saccharifié des selles et maintint les animaux en bon état.

Dans une autre série d'expérience, des chiens ayant subi la même exclusion du pancréas restèrent en excellent état avec un régime auquel était ajouté du pancréas cru. D'autre part chez des chiens opérés, nourris de 600 grammes de viande par jour, on ne trouva dans les selles que 13 % de l'azote ingéré grâce à l'adjonction d'extrait pancréatique en capsules kératinisées. Sous l'effet de cette médication les selles qui étaient pâteuses et molles devinrent formées et consistantes et leur volume diminua de 40 % en moyenne. Les chiens opérés reprirent du poids.

Ainsi, expérimentalement il est prouvé que chez des chiens dont le suc pancréatique ne se déverse plus dans l'intestin, on peut, grâce à l'administration par la bouche, soit de pancréas cru, soit d'extrait pancréatique, suppléer à la déficience totale d'un organe essentiel à la digestion.

Chez l'homme, sauf dans les cas d'obstruction cholédocienne par cancer des voies biliaires, par cancer de la tête du pancréas ou de calcul enclavé du cholédoque, il est rare de se trouver en présence d'une carence aussi complète du pancréas, mais on rencontre souvent en clinique des insuffisances pancréatiques légères suffisantes cependant pour apporter un trouble important de la nutrition. Dans ce cas, la médication pancréatique, par un extrait de pancréas, associé à la bile, qui favorise comme nous l'avons vu l'action de la lipase, n'est pas seulement un geste, elle a une action efficace, les expériences que nous venons de relater en témoignent. Elle peut suppléer aux trois diastases, trypsine, lipase, amylase et elle doit prendre une place importante dans la thérapeutique rationnelle des troubles digestifs et des insuffisances pancréatiques.

Le Pancrépar qui est une association d'extrait pancréatique et de bile est la médication par excellence des insuffisances pancréatiques.

Dr Viguier.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

■ ■ ■

C'EST TOUJOURS ÇA DE PRIS !

Dans le visage tourmenté de notre époque le trait essentiel et qui lui donne sa réelle personnalité, ne pensez-vous pas que ce soit l'incertitude ?

Incertains, nous le sommes, par ma foi, de tout et de tous. De la paix du monde, de la valeur de notre monnaie, de la rigueur des contrats, de la forme de gouvernement, de l'autorité des lois, de la solidité des promesses, de l'avenir de notre profession. Nous n'osons plus, ayant trop souvent été dupes, avoir foi en rien ; et nous ne nous inspirons plus confiance à nous-mêmes, car nous avons, pour notre malheur, mal prévu en beaucoup de choses !

Ainsi sommes-nous avec résignation établis dans le précaire et vivons-nous au jour le jour.

En 1814, pendant l'invasion, les paysans français avaient pris l'habitude de s'écrier, en se levant de table : « Encore un que les Prussiens n'auront pas ! » Seul le repas qu'ils venaient d'achever leur appartenait sans retour ; quant au suivant..... bien des choses en somme pouvaient l'ajourner.

Nous en sommes là en cette fin d'année ; les Prussiens n'auront pas celle qui finit (ils ont pourtant bien failli !), mais sur la prochaine leurs droits sont réservés, et nous le savons bien ! Le fisc n'a pas eu notre chemise cette fois-ci, mais qu'il ne nous la prenne pas en 1939, rien n'est moins certain. Tant bien que mal, à travers grèves et conflits sociaux, nous sommes venus jusqu'à présent ; mais attention aux soubresauts de demain. Nos parlementaires sont en vacances, et Dieu en soit loué ; mais tout hélas ! a une fin. Notre franc est à peu près équivalent à un sou ; qui sait si nous ne regretterons pas le temps fortuné où il valait encore un sou ?

Dans l'excès d'instabilité où nous vivons il nous apparaît superflu de prévoir et d'économiser ; c'est pourquoi nous transposons dans notre argot d'aujourd'hui l'expression paysanne de 1814 et nous nous écrions à tout propos en faisant une pirouette et aujourd'hui même en terminant une année : « C'est toujours çà de pris ! »

Mais, à la façon dont nous prenons les choses, il se peut que ce soit nous, en définitive, qui soyons pris. J'ai bien peur que tel soit notre sort.

***

Certes, nous sommes un peuple débrouillard et chez nous plus qu'ailleurs on trouve de ces animateurs qui aiment se jeter à corps perdu dans la pagaïe et parviennent à remettre à l'alignement des troupes qui flottent. Mais nous avons le tort d'ériger en technique usuelle un procédé cache-misère et d'admirer avec trop de parti-pris l'intelligence éclatante des improvisations. Le résultat c'est que des peuples moins primesautiers et moins confiants en eux-mêmes acquièrent un potentiel plus effectif ; et il advient qu'ils nous infligent de cuisantes leçons. Faut-il en citer des exemples ?

Non ! mieux vaut que le cordonnier n'aille pas plus haut que la chaussure, et que le médecin ne se mêlent pas des affaires de l'Etat. Il a bien assez des siennes !

Car, ne nous faisons pas d'illusions, nous ne sommes ni plus avisés ni plus prévoyants que d'autres. C'est souvent que, à l'exemple de ce Saint-Père que persiflait Mgr Duchesne et qui « menait la barque de Saint-Pierre à coups de gaffe », nous menons, nous, la nôtre à coups de gueule.

Réunis en meeting, il y a quelques semaines, deux milliers de médecins parisiens devaient examiner dans son ensemble le sort fait au Corps médical et les remèdes appropriés. Il s'y mena un tel « boucan » que les rescapés durent avouer qu'ils ne savaient pas bien de quoi il avait été question ; par contre ils furent sourds quarante-huit heures durant.

Dans la presse professionnelle quelques hurleurs attitrés poussent leur cri de guerre dès qu'il est question de changer une virgule au statut de la profession. Périssent les médecins plutôt que les principes ! Qu'ils soient satisfaits d'ailleurs : les médecins sont bien en train de périr. Sur la tombe du dernier d'entre eux on

fera graver ces mots « Je maintiendrai ». Mais personne ne saura plus ce que le malheureux avait juré de maintenir avec une si farouche résolution.

Forts de notre droit nous chicanons pendant des mois et des années pour faire rentrer une créance de dix centimes. Et lorsque nous avons obtenu qu'une carte-lettre soit envoyée à la mairie plutôt qu'à une Caisse d'assurances (notre prestige (!) était en jeu) ou que soit abolie une formule par laquelle nous nous engagions à prendre un tarif... qui est précisément le nôtre, alors nous chantons victoire ! C'est toujours çà de pris !

Notre dignité, Monsieur ! Notre liberté, Monsieur ! ! Oh ! oh ! que voilà de grands mots !

***

Je ne voudrais pas en ce jour de liesse où nous baptisons la nouvelle année distiller de l'amertume au cœur de mes confrères.

Il faut bien convenir pourtant que cette dignité et cette liberté ont fort à souffrir depuis quelques années. Nous avons beau nous démener comme des diables et jurer à la face du ciel que nous ne céderons plus un pouce de terrain. Il en va de nos serments comme de celui que fit certain ministre lorsqu'il tonitrua à travers toute la T. S. F. qu'il ne supporterait pas de voir les canons allemands menacer la cathédrale de Strasbourg. Je crois me souvenir que nous avons toléré cette atteinte aux traités et quelques autres depuis.

Qu'on ne me jette pas à la face l'épithète de « défaitiste ». Il n'y a pas de défaitisme à essayer de se rendre compte de la direction que prend notre nef entraînée par un fort courant. Cette direction n'est pas celle que nous voulions ? c'est possible, mais le courant coule et s'inquiète fort peu de nos imprécations. Sommes-nous de taille à le remonter ? J'en douterais encore si nous nous mettions, les 27.000 que nous sommes, d'un même cœur, aux avirons. Je n'en doute plus du tout et affirme que non lorsque je constate, à la dernière assemblée générale d'un Syndicat que je connais bien, 40 présents sur 323 cotisants et plus de 500 inscrits. Prétendre avec de tels effectifs que nous dicterons nos conditions est le fait d'impayables jobards.

Ce qu'il y a de certain c'est que, d'année en année, nous nous empêtrons dans un peu plus de paperasse, nous nous avilissons dans de plus nombreux fils à la patte. 1937 nous a valu la mise en batterie de l'article 19, ce crapouillot dont la gueule rébarbative nous mit fort en colère. Une grève s'ensuivit où nous laissâmes des plumes... et une bonne moitié de nos prétentions primitives (c'est toujours ça de pris !) Désormais nous remplissons les feuilles violettes de nos écritures et nous rédigeons les mémoires trimestriels en double, en triple, en je ne sais combien d'expéditions.

1939, pour don de joyeux avènement, nous apporte la carte-lettre des accidents du travail. Nous avions déjà la déclaration des maladies contagieuses, celles des maladies professionnelles, les imprimés des Assurances sociales, sans oublier bien entendu notre cher livre-journal.

Si c'est cela la liberté, qu'on me passe tout de suite le licol ! l'esclavage ne doit pas être beaucoup plus répugnant.

Nous sommes heureusement un certain nombre à penser que rien n'est plus débilitant (ni plus grotesque !) que ces capitulations successives. Et que mieux vaudrait, en politique professionnelle tout autant qu'en politique extérieure, dire une bonne fois à ceux qui nous grignotent « En définitive, que voulez-vous ? Réorganiser la médecine ? Réorganiser l'Europe ? Asseyez-vous là, causons, tâchons, vous et nous, de répudier nos vieux préjugés et de mettre sur pied quelque chose de stable. Puisque nous sommes faits pour rester côte à côte il n'y a intérêt pour personne à étrangler l'adversaire et à se boucher ensuite les narines près de son cadavre ».

Pour le moment il n'y a qu'un mort : le traditionnalisme médical. A tout prendre mieux vaut lui que nous. Car les médecins sont bien de taille à se refaire une tradition, tandis que la tradition ne sera jamais capable de faire des médecins.

Dressons le statut de la médecine nouvelle. Il est temps : d'autres que nous y pensent déjà qui connaissent le sujet moins bien que nous. Ce ne serait pas la première fois qu'ils mettraient sur pied un projet ridicule et dont, pour comble de misère, nous ferions les frais. Le jour où ils viendront nous dire « Voici ce que nous pensons faire », au lieu de pousser des cris d'orfraie et d'invoquer Hippocrate nous pourrons leur répondre « Il est mal léché votre ours ; il ressemble à vos lois, à vos budgets, du travail de gens pressés et ignorants. Voici le nôtre : c'est celui de techniciens qui ont mis la main à la pâte. Etudiez-le et nous en discuterons ».

Puisse 1939 propager parmi nos confrères ce sens de l'opportunisme et cette volonté de sauver la seule chose de la médecine qui, après tout, soit essentielle : Le goût du médecin pour sa profession. On est entrain de nous le faire passer, et c'est, à mon sens, le pire danger que nous courions.

Médecins français, répudions cette mentalité d'envahis dont le slogan désabusé est : « C'est toujours ça de pris ».

Et, sur ce, bonne année à tous !

G. LAVALÉE.

LE DROIT DE PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS PAR LES SAGES-FEMMES

Voilà plusieurs lettres, reçues coup sur coup, me demandant quels sont les droits exacts des sages-femmes, en matière de prescription de médicaments. Certains confrères me signalent que des praticiennes de leur localité ordonnent médicaments, reconstituants divers ou autres, non seulement pour traiter des maladies gynécologiques, mais pour pratiquer peu ou prou la pédiatrie, voire même pour s'immiscer dans le traitement de maladies générales présentées par des femmes enceintes ou non.

D'autres confrères me signalent que des sages-femmes de leur région font à tour de bras des injections hypodermiques d'hypophyse, pour hâter les accouchements, que ceux-ci soient normaux ou menacent de devenir laborieux.

Certains enfin se plaignent de ce que les sages-femmes refusent de faire appeler un docteur ; elles se croiraient diminuées aux yeux de leur clientèle. Aussi prescrivent-elles force produits médicamenteux, que, bien entendu, les pharmaciens s'empressent de vendre et de débiter, sans se préoccuper de savoir si les ordonnances des sages-femmes sont régulières et conformes à la loi.

Que faire contre de pareils agissements ?

Théoriquement, une sage-femme ne peut se servir d'aucun instrument, ni prescrire de médicaments. Elle ne peut donc pas, en principe, ni prescrire d'ampoules médicamenteuses, d'hypophyse par exemple, ni se servir de seringue à injections hypodermiques, puisque cette dernière est un instrument.

Cet ostracisme découle des termes précis de l'article 4 de la loi du 30 novembre 1892 : « Il est « interdit aux sages-femmes d'employer des ins- truments. Dans les cas d'accouchements labo« rieux, elles feront appeler un docteur en méde« cine, ou un officier de santé.

« Il leur est également interdit de prescrire « des médicaments, sauf le cas prévu par le « décret du 23 juin 1873 et par les décrets, qui « pourraient être rendus, dans les mêmes condi« tions, après avis de l'Académie de médecine.

« Les sages-femmes sont autorisées à prati« quer les vaccinations et les revaccinations « anti-varioliques. »

Les infractions aux règles ci-dessus sont précisées par le second paragraphe de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 : « Exerce illégalement la médecine 1°......... 2° toute sage« femme qui sort des attributions fixées pour « l'exercice de sa profession, par l'article 4 de la « présente loi. »

Les pénalités sont celles de l'article 18, à savoir une amende de 100 à 500 francs, et, en cas de récidive, amende de 500 à 1.000 francs et un emprisonnement de six jours à six mois, ou l'une de ces deux peines seulement.

Quels sont les médicaments que les sages-femmes sont autorisées à prescrire ? Le décret du 23 juin 1873 leur permet l'ergot de seigle ; le décret du 9 juillet 1890 : les paquets de sublimé 0,25 et acide tartrique ; enfin celui du 15 avril 1909 : solution de nitrate d'argent.

En ce qui concerne la délivrance des toxiques, nous savons que l'article 19 du décret du 14 septembre 1916 prévoit une liste de médicaments du tableau A que les pharmaciens sont autorisés à délivrer, sur ordonnance d'un chirurgien-dentiste, ou d'une sage-femme. Cette liste est énoncée à l'article 2 de l'arrêté ministériel du 22 mai 1917, à savoir :

Ergot de seigle,

Poudre de sublimé et d'acide tartrique (Codex),

Pommade au chlorure mercurique (Codex),

Solution d'azotate d'argent à 1/50e.

En outre, l'article 5 dudit décret autorise les pharmaciens à délivrer aux sages-femmes, pour l'exercice de leur profession et contre remise d'une ordonnance écrite, datée, signée avec doses en toutes lettres, les substances vénéneuses contenues dans la liste suivante :

Ampoules d'un centicube de solution d'adrénaline au millième ;

Extrait fluide d'ergot de seigle, en flacons de 5 grammes ;

Laudanum en flacons de 5 grammes.

Pavots.

Enfin l'article 6 de l'arrêté dispose que les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes peuvent se faire délivrer, par les pharmaciens, les substances vénéneuses du tableau C nécessaires à l'exercice de leur profession.

Les dispositions ci-dessus n'ont pas été modifiées par les décrets des 20 mars 1930 et 9 novembre 1937.

Le Tribunal civil de la Seine a rendu le 18 juin 1935 un jugement, qui se rapporte à la question qui nous occupe. Une sage-femme, attachée à une clinique d'accouchements, était l'objet d'une demande en dommages-intérêts, parce que, *proprio motu*, elle avait pratiqué toutes les deux heures une injection hypodermique d'hypophyse que la parturiente invoquait ensuite, pour soutenir qu'à cause de ces injections, l'accouchement avait été laborieux et avait provoqué un accident de la vision à l'enfant. Le Tribunal civil débouta les demandeurs, car les experts ont conclu qu'il n'y avait aucune relation de cause

à effet entre les piqûres et la dystocie. Néanmoins les juges déclarèrent, dans leur jugement, que l'hypophyse n'était pas un médicament dont l'usage était autorisé aux sages-femmes ; mais le Tribunal était compétent au civil et nullement au correctionnel ; il ne pouvait, par suite, se saisir de l'infraction, commise par la sage-femme aux dispositions de la loi du 30 novembre 1892.

Disons qu'en pratique, trop de sages-femmes font peu ou prou de l'exercice illégal de la médecine en ordonnant à leurs clientes des médicaments divers, que régulièrement elles ne devraient pas prescrire ; mais ces mêmes médicaments seront délivrés sans ordonnance médicale, par n'importe quel pharmacien.

D'autre part, l'usage et l'utilisation de la seringue hypodermique incite la sage-femme à posséder une trousse hypodermique d'urgence, où se trouvent de nombreux médicaments, qui ne figurent pas sur les listes ci-dessus énoncées par les décrets et arrêtés susvisés.

Autre question qui m'est posée : Un médecin peut-il prescrire des piqûres diverses, peut-il utiliser la sage-femme comme infirmière en médecine générale et lui faire faire diverses besognes ? Oui, certes, car la praticienne n'agira plus en contravention de la loi de 1892, ni en excédant les possibilités professionnelles, que lui a concédées l'article 4 de ladite loi. Elle sera alors l'aide, l'auxilaire du médecin, même si l'accoucheuse demeure ensuite toute seule pour terminer l'acte obstétrical normal. Elle se conformera aux ordres que le praticien lui aura donnés, au cours de la visite qu'il a faite à la parturiente ; elle utilisera les médicaments que le docteur en médecine aura formulés par son ordonnance.

Mais bien entendu, à l'instar de tous les infirmiers et infirmières, même ceux qui sont titulaires du diplôme d'Etat, institué par le décret du 25 juin 1922, les auxiliaires du médecin doivent demeurer sous la direction et la surveillance suivies du praticien, seul responsable, parce que seul directeur du traitement.

Conclusion

Disons à la décharge des sages-femmes qu'il leur est souvent bien difficile de ne pas faire d'exercice illégal de la médecine. Ce sont les clientes, qu'elles ont accouchées, qui viennent les consulter pour un trouble génital quelconque, ou pour l'enfant que la praticienne a mis au monde. Le public comprend difficilement que celle qui a présidé à l'accouchement normal, qui a, pendant une ou deux semaines, donné des soins à la mère, et à l'enfant, ne soit pas qualifiée par la loi, pour donner ultérieurement des conseils de gynécologie ou de pédiatrie.

Il faut un grand courage à la sage-femme, pour déclarer son incompétence, ordonnée par la loi et par leurs études uniquement limitées à la pratique des accouchements normaux, pour renvoyer la cliente au médecin. D'autant que la patiente pourra croire qu'il y a connivence entre sage-femme et docteur, pour rabattre ainsi les malades d'un cabinet vers l'autre.

Certains d'entre nous préconisent une mesure radicale : étant donnée la facilité des communications (téléphone, automobile, autocars), ne pourrait-on pas envisager la suppression des sages-femmes tant en ville que dans les campagnes ? Ne seraient-elles pas remplacées par des femmes, docteurs en médecine ? La santé publique ne serait-elle pas mieux protégée par ces praticiennes, aptes à pratiquer tous les accouchements, laborieux ou non, ayant également la capacité légale pour s'adonner complètement à la gynécologie, à la pédiatrie, etc. ?

D'autres confrères soutiennent que les études des sages-femmes devraient être perfectionnées, pour doter les campagnes de praticiennes qui auraient les anciennes capacités légales accordées aux officiers de santé ?

C'est une question trop importante, pour que je puisse la traiter aujourd'hui. Je préfère me borner à des considérations d'ordre immédiatement pratique et envisager quelle doit être la ligne de conduite d'un docteur en médecine, qui, pour certaines raisons, a à se plaindre d'une sage-femme, qui se livre à une thérapeutique, excédant la limite de ses fonctions légales.

Dans certains cas particuliers, lorsque la sage-femme d'une localité dépasse la mesure et fait ouvertement de l'exercice illégal de la médecine, par une pratique outrancière de gynécologie, ou de pédiatrie, j'estime qu'avant de saisir la juridiction correctionnelle et porter plainte en exercice illégal de la médecine, le praticien lésé pourrait faire intervenir son syndicat auprès de celui des sages-femmes. Si les deux groupes professionnels consentent à citer la délinquante devant ses pairs (médecins et sages-femmes réunis) on pourra lui faire toutes admonestations nécessaires pour qu'elle abandonne ses pratiques coupables et ne recommence plus.

Sinon, la parole serait au Tribunal correctionnel ; mais, à mon avis toutes ces questions professionnelles devraient rester dans le cadre de la juridiction des conseils de famille.

Dr Paul Boudin.

LA CARTE-LETTRE EN MATIÈRE D'ACCIDENTS DU TRAVAIL

■ ■ ■

Quelques observations du Docteur Fernand Decourt

La Confédération s'efforce systématiquement — opiniâtrement — de faire supprimer cette nouvelle paperasserie supplémentaire apparue dans la loi du 1er juillet 1938, modifiant celle du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, et qui doit être mise en application à partir du 1er janvier 1939.

Voici le dit 1er janvier, et rien n'indique la suppression de cette carte-lettre honnie unanimement par les médecins. Néanmoins, jusqu'à sa suppression, il est indispensable que ceux-ci obéissent à cette loi sous peine de se mettre en situation de *perdre leurs honoraires* pour les soins donnés aux accidentés du travail. Que dit la nouvelle loi, en effet, en son article 5, alinéa 4 :

« *Le praticien est tenu d'adresser à l'employeur*:

« 1° *Dans un délai maximum de quarante-huit heures, une* CARTE, *à recommander d'office par l'Administration des postes, circulant en franchise, détachée d'un carnet à souche signée du praticien, contresignée par la victime ou à son défaut par un témoin, mentionnant simplement le constat sommaire de l'accident, le nom et l'adresse de l'accidenté* ;

« 2° *Dès que les conséquences en sont connues, et au plus tard dans les huit jours qui suivent l'accident, le* CERTIFICAT, *en double exemplaire prévu par l'art.* 11.

« *Faute pour le praticien de se conformer aux dites prescriptions, le chef d'entreprise et la victime ou ses ayants droit ne sont pas tenus pour responsables des honoraires.* »

Vous avez bien lu, confrères, si vous n'envoyez pas la fameuse carte-lettre, personne n'est plus responsable des honoraires. Vous n'avez donc plus à les réclamer à quiconque, et par suite, à en toucher un sou — et cela *légalement*, comme vous le voyez.

Assez effrayé de ces dispsitions draconiennes et ne voyant pas paraître à l'horizon le moindre « carnet à souche » qui aurait dû, en conséquenc être mis par l'Administration à la disposition des médecins, j'ai demandé officieusement à la « *Réunion des assureurs* » de vouloir bien donner à la Confédération l'assurance morale que les Compagnies d'assurances ne se prévaudraient pas, dès le 1er janvier, de ces nouvelles dispositions de la loi pour refuser le paiement — *a priori* — des notes d'honoraires des médecins n'ayant pas envoyé dans les quarante-huit heures de la constatation d'accident, la carte-lettre tirée d'un carnet à souche. Et cela jusqu'au moment où ledit carnet aurait été mis à la disposition du Corps médical. A l'heure actuelle, je n'ai pu avoir encore cette assurance, car il me fut répondu qu'il fallait attendre, pour cela, l'assemblée générale de la « Réunion des assureurs ».

Il s'ensuit qu'à partir du 1er janvier 1939, il FAUT que chaque médecin envoie la carte « en franchise » c'est entendu, mais sans être encore assuré que l'Administration des postes daignera « la recommander d'office » alors que je sais, de source sûre, qu'il y a « du tirage à ce sujet »... Le plus sûr serait donc, pour éviter tout différend ultérieur, et peut-être la perte de ses honoraires — ce qui serait plutôt « roide », bien que « légal » — de la recommander soi-même, à ses frais, en attendant... Je pose ici simplement le problème sur ce dernier point (de la recommandation par le médecin) sans dire, cette fois, « il faut », c'est entendu. Mais je repète qu'il faut, en tout cas, envoyer la carte, si l'on ne veut pas encourir le danger d'être « dépouillé légalement » d'honoraires légitimement dus pour soins donnés aux accidentés du travail. *Dura lex, sed lex* !

***

Ceci dit, comment devons-nous rédiger la carte-lettre ?

Là, c'est très simple : suivre exactement les prescriptions légales ; à savoir « mentionner simplement le constat sommaire de l'accident, le

nom et l'adresse de l'accidenté ». Donc PAS DE DIAGNOSTIC, NI DE PRONOSTIC.

J'insiste sur ce point, et qu'il me soit permis d'expliquer un peu longuement mes raisons à ce sujet.

Tout d'abord, pourquoi cette idée de carte à envoyer dans les quarante-huit heures, alors que, jusqu'ici le *certificat initial* donnait tout apaisement au patron (ou à son assureur substitué) dans le désir légitime qu'il pouvait ressentir d'être *prévenu*, dès le début, qu'un de ses ouvriers était soigné — à titre d'accidenté du travail — par le Docteur X... ? Un peu « d'historique » ne serait pas inutile comme explication.

On se rappelle que dans le premier projet de la Commission sénatoriale, le certificat initial n'avait plus besoin d'être envoyé *avant quinze jours* après le début de l'accident. Je me suis laissé dire que, de cette façon, tous les accidents de moins de quinze jours, n'ayant plus besoin de certificat médical, pourraient être ainsi soustraits aux soins de médecins traitants non agréés, si je puis dire, par les patrons ou assureurs. Les soins seraient alors donnés même, au besoin, par les infirmiers de l'établissement où serait installé un dispensaire ou analogue... Je n'insiste pas sur ce point, l'indication ci-dessus me fut peut-être donnée par « une mauvaise langue » et je voudrais ne pas la prendre à ma charge. Il n'en est pas moins vrai qu'avec le certificat initial reporté au quinzième jour, le patron, dans certains cas, pourrait fort bien ignorer que son blessé était en traitement pendant tout ce laps de temps. D'où la nécessité de la carte-lettre, afin qu'il fut *prévenu* dès le début de l'accident.

Sans doute, à la suite de démarches de la Confédération (*quorum pars minima fui*), nous avons obtenu que le délai de quinze jours fut réduit à huit, au lieu des quatre dans l'ancienne loi ; Ce qui anihilait, en majeure partie, les inconvénients signalés ci-dessus, les accidents durant moins de huit jours devenant plutôt quantité négligeable. Mais l'institution de la carte-lettre ainsi établie résiste à tous nos efforts — jusqu'ici du moins. Il faut donc compter avec elle.

Cette parenthèse « historique » terminée, je reviens à ma question : comment devons-nous rédiger cette carte-lettre ?

La première chose à envisager est de ne pas la confondre, dans notre esprit, avec le certificat initial que nous rédigions, jusqu'ici, aussitôt après avoir examiné le blessé. Ce ne doit être qu'un SIMPLE AVIS de soins à donner à un blessé et pas autre chose. Donc, je répète, ni diagnostic ni pronostic.

Vous *prévenez* simplement le patron (ou l'assureur substitué) que le nommé Untel, demeurant à tel endroit, s'étant déclaré accidenté du travail, est soigné par vous « ès qualités » pour « UNE LÉSION à la jambe » ou au bras ou à la figure, etc., mais *par davantage*...

Quant au diagnostic exact et au pronostic éventuel, cela se trouvera huit jours plus tard dans « le certificat en double exemplaire prévu par l'art. 11 ». Sans quoi nous finirions par faire abolir le dit certificat, si nous inscrivions sur la carte-lettre ce qui doit être mentionné sur ce certificat.

Déjà, par nos habitudes depuis trente ans d'avoir institué — *nous-mêmes*, en fait, le tiers payant en matière d'accident du travail, nous avons abouti, dans la nouvelle loi à l'instituer en droit, supprimant ainsi « l'entente directe », qui fait partie de notre charte syndicale. N'allons, pas cette fois encore, en rédigeant notre carte-lettre comme un certificat, supprimer le certificat initial et cela lorsque, nous médecins durant la grande guerre, nous avons pu reconnaître, dans la suite, toute l'importance, pour le blessé, du certificat d'origine. Nous serions vraiment impardonnables, vis-à-vis non seulement de nous, mais de nos clients eux-mêmes.

Telles sont les observations que je tenais à faire au sujet de cette carte-lettre. Je souhaite de tout cœur que ces observations deviennent inutiles, au plus tôt, par la suppression même de cette formalité aussi ennuyeuse pour nous qu'inutile pour tous : patrons, assureurs, ou blessés du travail.

CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS

Assemblée générale des 17-18 décembre 1938

ELECTION DU BUREAU 1939

Président, Docteur Choyau ; vice-présidents, Docteur Giry et Docteur Hervy ; secrétaire général, Docteur Cibrie ; secrétaire général-suppléant, Docteur Hilaire ; trésorier, Docteur Caillaud ; trésorier adjoint, Docteur Albert.

Conseil d'administration

Membres titulaires : MM. les Docteurs Albert (Touraine), Batier (spécialistes), Baudet (région Lyonnaise, groupe 4), Berche (Nord, Oise, Pas-de-Calais, Somme), Boëlle (Seine, Syndicat des médecins de la Seine), Caillaud (spécialistes), Choyau (Charente et Poitou), Clavelier (Fédération du Sud-Ouest), Cocault-Duverger (Bretagne, Anjou, Mayenne, groupe Basse-Loire), Collette (Fédération de Normandie), Cornet A. (Fédération de Bourgogne), Cottenot (catégorisés), Deguy (Seine, Syndicat des médecins de la Seine), Dournel (Seine, banlieue Ouest-Nord), Fanton d'Andon (Seine, banlieue Est-Sud) Fichot (Massif Central), Foata (Provence, Côte, d'Azur et Corse), Fougerat (catégorisés), Giry A. (région de l'Est), Gossart (Nord, Oise, Pas-de-Calais, Somme), Grellet (Fédération de Normandie), Gruzu (Provence, Côte d'Azur, Corse), Hervy (Limousin et Périgord), Humbel (Grande banlieue parisienne), Legros (Fédération de Gironde), Luc (région Lyonnaise, groupe 2), Mandy (région lyonnaise, groupe 3) Marquis (spécialistes), Masquin (Provence, Côte d'Azur, Corse), Michel L. (région lyonnaise, groupe 5), Nordmann (région de l'Est), Panis (région de l'Est), Robert (Bretagne, Anjou, Mayenne, groupe de Haute-Bretagne), Royer (Bretagne, Anjou, Mayenne, groupe de Basse-Bretagne), Rozoy (Nord-Est), De Sardac (Fédération du Sud-Ouest), Schaeffer (Languedoc méditerranéen et Roussillon), Sénéchal (Seine, Syndicat des médecins de la Seine), Thiébaut (Fédération du Sud-Ouest), Vanverts (Nord Oise, Pas-de-Calais, Somme), Vion (Beauce, Sologne, Morvan), Volmat (région lyonnaise, groupe 1), Witas (Fédération d'Algérie et de Tunisie).

Membres suppléants : MM. les Docteurs Algan, suppléant du Docteur A. Giry ; Barbier, sup. du Docteur Luc ; Battesti sup. du Docteur Foata ; Biard, sup. du Docteur Fanton d'Andon ; Blondel, sup. du Docteur Berche ; Bobrie, sup. du Docteur Choyau ; Bourguignon, sup. du Docteur Boëlle ; Bouvat, sup. du Docteur Mandy ; Brehier, sup. du Docteur Rozoy ; Brion, sup. du Docteur Nordmann ; Caffort, sup. du Docteur Clavelier ; Chaboux, sup. du Docteur Volmat ; Cloupet, sup. du Docteur Legros ; Cœuillez, sup. du Docteur Robert ; Coppens, sup. du Docteur Vanverts ; Drouet, sup. du Docteur Deguy ; Fabignon, sup. du Docteur Gossart ; Foisy, sup. du Docteur Vion ; Franco, sup. du Docteur Royer ; Giss, sup. du Docteur Panis ; Glénard, sup. du Docteur Marquis ; Gourichon, sup. du Docteur Dournel ; Grimaud, sup. du Docteur Masquin ; Guetschel, sup. du Docteur Gruzu ; Guillaume, sup. du Docteur A. Cornet ; Guy, sup. du Docteur De Sardac ; Hartmann, sup. du Docteur Sénéchal ; Henric, sup. du Docteur Foata ; Lefèvre (Paul), sup. du Docteur Batier ; Leroy, sup. du Docteur Cocault Duverger ; Lescarret, sup. du Docteur Legros ; Loiseau, sup. du Docteur Albert ; Longuet, sup. du Docteur Nordmann ; Louis, sup. des Docteurs Collette et Grellet ; Micheleau, sup. du Docteur Legros ; Montel, sup. du Docteur Volmat ; De Morangies, sup. du Docteur Fichot ; Moutard, sup. du Docteur Caillaud ; Mosnier, sup. du Docteur Schaeffer ; Ozanon, sup. du Docteur Baudet ; Picard, sup. du Docteur Witas ; Puig, sup. du Docteur Humbel ; Renault, sup. du Docteur Royer ; Rosnoblet, sup. du Docteur L. Michel ; Saupiquet, sup. du Docteur Thiébaut ; Tourtou, sup. du Docteur Gruzu ; Verdeau, sup. du Docteur Hervy ; Welter, sup. du Docteur Panis.

ORDRES DU JOUR ADOPTÉS

Questions d'ordre général

L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, réunie le 17 décembre 1938,

réprouve toutes polémiques entre dirigeants de groupements professionnels, polémiques basées souvent sur des malentendus et qui donnent contre le Corps médical des armes dangereuses.

Elle estime que l'esprit de discussion doit avoir pour limite le souci de l'intérêt commun du respect de la Charte et de la cohésion à opposer aux coalitions adverses éventuelles.

(Présenté par le Syndicat professionnel des médecins bordelais). (*Adopté à l'unanimité*, un avis contraire, cinq abstentions).

L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, réunie le 17 décembre 1938,

Demande aux Pouvoirs publics :

a) Que la Défense passive et la réquisition des médecins soient préparées dès le temps de paix dans chaque département, en accord avec les Syndicats médicaux ;

b) Que les médecins étrangers soient requis, en temps de guerre, hors de leur résidence profession-

nelle, avec interdiction de s'installer, après la guerre, dans la région où ils auront été requis. (*Adopté.*)

La médecine de contrôle

L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, réunie le 17 décembre 1938,

Donne mission au bureau d'intervenir énergiquement et d'urgence auprès du Ministre du Travail en vue d'obtenir que les Caisses d'assurances sociales et les Unions régionales de Caisses soient invitées à ne choisir comme médecins-contrôleurs ou médecins-conseils, en ce qui concerne aussi bien l'assurance-maladie que l'assurance-invalidité et la prévention de l'invalidité, que des médecins français,

ayant au moins dix ans d'exercice effectif de la clientèle,

ne jouissant d'aucune pension civile ou militaire (à l'exception des pensions de guerre),

et choisis sur une liste présentée par le groupement syndical du ressort.

(Présenté par les Docteurs Houssiaux, Cannes; Pères, Nice ; Guetschel, Nice ; Fanton d'Andon, Grasse ; Fanton d'Andon, Seine. *Adopté à l'unanimité.*)

La loi des pensions

L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, réunie le 17 décembre 1938,

Donne mission au bureau d'intervenir en vue d'obtenir que soit rapportée la disposition de l'article 24 du décret du 30 juillet 1937, par laquelle les réformés, dont la pension a été supprimée comme injustifiée, continuent à avoir droit aux soins gratuits.

Signé : Docteurs Fanton d'Andon ,Seine ; Fanton d'Andon, Grasse ; Guetschel, Nice ; Houssiaux, Cannes ; Pères, Nice. (*Adopté.*)

Médecine des collectivités

L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, réunie le 18 décembre 1938,

Dans le but d'éviter des tractations particulières entre collectivités et médecins ou chirurgiens isolés,

Réclame des Pouvoirs publics que seules des conventions entre collectivités et syndicats médicaux départementaux puissent régler l'organisation du service médical de ces collectivités.

Présenté par le Docteur Delmas. (*Adopté.*)

Assurances sociales

L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, réunie le 17 décembre 1938,

Considérant que la loi sur les Assurances sociales ne peut donner son plein effet social que si elle est appliquée dans un esprit de collaboration loyale entre Caisses et Syndicats médicaux,

Rappelle que cette collaboration apportée par nos Syndicats, dès le début de l'application de la loi, en a permis le démarrage correct, ainsi que l'accumulation de *bonis considérables*, qu'il serait équitable de voir plus largement répartis aux ayants droit.

Prend acte de ce que, dans de très nombreux départements, les rapports les plus courtois existent entre Syndicats médicaux et Caisses, et que le même désir de servir le bien public anime les mandataires respectifs des Syndicats et des Caisses.

Offre, une fois de plus, sa collaboration et exprime le désir de voir s'étendre le système des conversations paritaires fréquentes pour la mise au point des détails ou la solution des litiges locaux.

Considérerait comme actes d'hostilité les créations, par les Caisses, d'organisations de soins qui détruiraient, en fait, le libre choix du médecin par le malade, libre choix voulu par le législateur.

Et rappelle qu'un des devoirs essntiels du Syndicalisme médical, devoir auquel il ne faillira pas consiste à préserver le droit à la vie, par le travail honnête, pour tous les médecins de France. (*Adopté à l'unanimité.*)

Médecine des accidents du travail

L'Assemblée générale de la Confédération de Syndicats médicaux français, réunie le 17 décembre 1936,

Approuve l'action menée depuis des années, par la Confédération, auprès du Parlement, au cours de la préparation de la loi du 1er juillet 1938, sur les accidents du travail ;

Remercie ses mandataires d'avoir pu obtenir :

1° La suppression du tout compris à l'hôpital et l'attribution, dans les milieux hospitaliers, d'honoraires à l'acte médical ;

2° L'attribution aux Conseils de famille syndicaux de la juridiction répressive d'abus, en matière d'accidents du travail.

Prenant acte de la nécessité reconnue par le Parlement, au moment du vote de la loi, d'une révision et d'une adaptation nécessaires,

Réclame à nouveau :

— Le retour aux dispositions de la loi du 9 avril 1898, indiquant que le tarif fixé par arrêté ministériel ne représente qu'un tarif de responsabilité patronale. Ces dispositions, rarement appliquées, représentent cependant la marque essentielle — et spécifiquement française — de la double liberté de l'accidenté et du médecin. (*Adopté à l'unanimité.*)

Les lois sociales en Alsace et Moselle

L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, réunie le 17 décembre 1938,

Réclame l'introduction intégrale et immédiate de la législation des accidents du travail en Alsace

et Moselle, réserve faite du monopole d'assurances détenu par les corporations.

(Signé : Docteurs Welter, Giss, Batier, Gerlinger, Kœnig, Feberey, Brion, Nordmann, Eber, Longuet, Panis) (*Adopté à l'unanimité.*)

Les lois sociales en Alsace et Moselle

L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, réunie le 17 décembre 1938,

Donne mandat impératif à son bureau d'envoyer immédiatement une délégation auprès du Gouvernement pour connaître avec précision ses intentions sur la non application des lois françaises aux départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle et pour venir en rendre compte à l'Assemblée.

(Présenté par le Docteur Panis. (*Adopté.*)

Les lois sociales en Alsace et Moselle

L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, profondément émue de l'inadmissible situation qui se perpétue en Alsace et en Moselle, en matière de lois sociales, a écouté, debout, l'exposé profondément émouvant qui lui a été fait par les délégués d'Alsace et de Moselle, et voté, à *l'unanimité*, l'ordre du jour suivant :

« L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, réunie le 17 décembre 1938,

Constate avec une affliction patriotique :

— que, trois mois après l'annexion de l'Autriche par le Reich, la loi allemande des Assurances sociales était intégralement appliquée dans ce pays,

— que, quatre semaines après l'annexion des provinces tchèques au Reich, la loi allemande des Assurances sociales était intégralement appliquée dans ces provinces,

— mais que, vingt ans après l'Armistice, les trois départements recouvrés croupissent encore sous le joug d'une loi d'assurances sociales périmée, même dans son pays d'origine, et dont certains principes sont inconciliables avec la doctrine libérale de l'Etat.

L'Assemblée constate par contre :

— que toutes les démarches faites auprès de l'Administration centrale, par le Corps médical, au sujet des Assurances sociales appliquées aux trois départements recouvrés, sont immédiatement révélées aux Caisses alsaciennes, avec copie des textes remis, alors que les démarches des Caisses demeurent ignorées du Corps médical,

— que la Direction des Affaires d'Alsace et de Lorraine est largement ouverte à ceux qui vivent des Assurances sociales dans les départements recouvrés, alors qu'elle demeure fermée aux représentants les plus qualifiés du Corps médical,

— que le Ministre chargé des Affaires d'Alsace et de Lorraine a, ces jours-ci, refusé de recevoir les représentants qualifiés des médecins des trois départements recouvrés, qui souhaitaient l'entretenir de modestes réformes sur lesquelles ils sont en voie d'accord avec les representants qualifiés de la classe ouvrière, et même avec l'Administration des Caisses de malades,

L'assemblée, juge une telle attitude indigne de ceux qui ont la responsabilité d'administrer le pays,

et, profondément humiliée dans son patriotisme, prie les confrères d'Alsace et de Moselle de ne point juger la France à la mesure de personnalités aussi défaillantes dans la mission qui leur est provisoirement confiée.

La question hospitalière

L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, réunie le 18 décembre 1938,

Considérant que la loi de 1851 sur l'Assistance publique, qui donne aux Commissions administratives des pouvoirs permettant la réalisation et la durée de scandales, comme celui de l'hôpital d'Annecy et celui de l'hôpital de Romans, est, à l'heure actuelle caduque et condamnée,

Donne mandat à son Conseil d'administration de réaliser toute action permettant la modification de la loi de 1851, dans le sens ci-dessous indiqué :

1° Révision de la composition des Commissions administratives avec abaissement au tiers de la représentation et de l'influence politiques ; introduction de droit de l'élément technique médical, dans les dites Commissions ; limitation de leurs pouvoirs actuellement abusifs ;

2° Etablissement du statut du personnel médical hospitalier, avec recrutement au concours ;

3° Règlementation du droit d'admission des malades ou blessés ;

4° Adoption du libre choix du praticien lorsque, dans une de ses parties ou dépendances, l'hôpital fonctionne comme une clinique privée en recevant des malades de situation aisée. (*Adopté à l'unanimité.*)

L'Assistance médicale gratuite

L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, réunie le 18 décembre 1938,

Invite les Syndicats médicaux départementaux et les Fédérations à agir, sur le plan départemental, pour obtenir que soient progressivement éliminés tous les tarifs inférieurs en matière d'Assistance médicale gratuite.

Les résultats de l'enquête publiée au *Medecin de France* permettront aux Syndicats de déterminer les tarifs minima acceptables. (*Adopté.*)

La médecine scolaire

L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux, réunie le 18 décembre 1938,

Déclare :

L'inspection médicale des Ecoles doit être organisée partout, en France, — soit avec le concours de médecins inspecteurs ne faisant pas de clientèle, —

soit avec le concours de médecins inspecteurs praticiens.

Pour ces derniers, les nominations seraient faites sur une liste proposée par le Syndicat médical du département.

Si le concours de médecins spécialisés apparaît utile, cette adjonction ne pourra être apportée que lorsque la nécessité en sera démontrée et après que l'inspection médicale générale aura été partout organisée.

Les fiches sanitaires, ou le carnet de santé, établis par le médecin de la famille ou, à défaut, par le médecin inspecteur de l'école ne devront porter aucune indication sur l'hérédité.

Elles mentionneront :

— les poids et mensurations,

— les indications générales portant sur les organes des sens, ou plus exactement sur la vue et l'ouïe,

— l'état de la dentition,

— les vaccinations effectuées et leur date,

— les maladies antérieures conférant pratiquement l'immunité (scarlatine, typhoïde, coqueluche).

Ces fiches, conservées sous la responsabilité du médecin inspecteur, seront remises à la famille à la fin des études.

En aucun cas l'Inspection médicale scolaire ne peut comporter de soins ; l'enfant reconnu comme en ayant besoin doit simplement être signalé à sa famille. (*Adopté.*)

Naturalisation des étrangers

L'Assemblée générale de la Confédération de Syndicats médicaux français, réunie le 18 décembre 1938,

Proteste contre les naturalisations excessives accordées, plus particulièrement depuis deux ans, à des docteurs ou étudiants en médecine ;

Déclare que l'ouverture très large de nos Facultés aux étudiants étrangers, sûrs de trouver en France l'accueil le plus libéral et le plus cordial, doit avoir pour but essentiel le rayonnement à l'étranger de la science et de la culture françaises, et non, sauf exceptions justifiées, l'absorption d'éléments étrangers qu'interdit chez nous une pléthore médicale s'aggravant d'année en année.

Approuve la création du Service confédéral des naturalisations.

Et donne mandat au Conseil d'administration d'agir par tous les moyens pour conserver à la Médecine française son caractère spécifiquement national. (*Adopté.*)

Pléthore médicale

L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, réunie le 18 décembre 1938,

Considérant :

les difficultés grandissantes de l'exercice, en France, de la médecine libre,

qu'un nombre excessif de médecins serait de nature à avilir l'exercice professionnel dans l'ordre moral autant que matériel,

la reprise considérable du nombre d'inscriptions aux Facultés de médecine.

Décide de réclamer et de soutenir toute proposition de loi établie en accord avec le Conseil de la Confédération et destinée à limiter, pour l'avenir, dans une mesure raisonnable, le nombre des étudiants en médecine. (*Adopté.*)

Qualification du spécialiste

L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, réunie le 18 décembre 1938,

Approuve les décisions du Conseil d'administration telles qu'elles sont indiquées dans le rapport du secrétaire généra. ;

Fait confiance au Conseil pour la mise au point, en accord avec les Ministères intéressés, du projet de loi portant qualification du spécialiste ;

Déclare, en outre, que des qualifications secondaires, dans le cadre de la médecine ou de la chirurgie générales, seront attribuées, sur proposition des Syndicats départementaux et des Syndicats départementaux et des Syndicats nationaux de spécialistes, par le Conseil de la Confédération. (*Adopté.*)

Qualification du spécialiste

L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, réunie le 18 décembre 1938,

Decide que la qualification technique du spécialiste doit être établie par les Facultés, toutes dispositions étant prises, *grâce à l'institution d'un jury* organisé de façon que les épreuves aient même qualité dans les centres universitaires *différents.*

La liste des branches spécialisées de la médecine, ainsi déterminées, doit être particulièrement limitée.

Les certificats de spécialité seront délivrés, aux docteurs en médecine après stages probatoires et examens. Certains titres hospitaliers obtenus au concours dans les villes de Faculté pourront entrer en ligne de compte pour la durée des stages.

Il sera prévu :

1° La façon de reconnaître les situations acquises ;

2° La façon, pour un médecin, d'acquérir, au cours de sa vie professionnelle, un ou plusieurs certificats de spécialité. (*Adopté.*)

Les médecins fonctionnaires partiels

Résolution. — L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, réunie le 18 décembre 1938,

Désireuse d'apporter son appui à tous les médecins considérés comme fonctionnaires partiels au service de l'Etat, des départements, des communes, des collectivités, des usines ou des organisations patronales quelconques,

Décide de mettre à l'étude des contrats-types adaptables par les Syndicats départementaux.

Ces contrats établis, et portant l'approbation syndicale, prévoyant les droits et devoirs des médecins des organisations ou collectivités sus-indiquées, formant des statuts destinés à garantir le médecin, devront être proposés et, dans la mesure du possible, imposés aux parties contractantes, à l'effet de réaliser les collaborations médico-sociales sur une base équitable, respectueuse de la dignité professionnelle et de la dignité de l'employé ou de l'ouvrier. (*Adoptée*).

Retraite Pomaret

Les représentants des Syndicats médicaux français, réunis en Assemblée générale, ont adopté hier (16 décembre 1938), à l'unanimité, le principe d'une retraite corporative, découlant du projet Pomaret, et portant les caractéristiques suivantes :

— *Versements obligatoires,* en progression ascendante les premières années, descendante les dernières années d'exercice ;

— *Retraite prise facultativement* à partir de 66 ans ;

— *Réversibilité sur la veuve* ;

— *Indemnités au décès* très fortement progressives suivant le nombre des enfants ;

— *Indemnités et secours aux invalides* obligés de cesser l'exercice avant l'âge de la retraite ;

— *Prévision d'une Caisse spéciale* permettant prêts ou secours pour ceux qui seraient dans l'impossibilité de verser la cotisation.

Cette réalisation que souhaite le Corps médical sera, pour toutes les corporations, un précieux exemple d'une incontestable utilité sociale.

LA CONFÉDÉRATION
DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DÉCERNÉS EN 1938

Prix Alvarenga de Piauhy (1.200 francs) : MM. Julio Palacio et Egidio Mazzei (Buenos-Ayres), L'atélectasie pulmonaire.

Prix Amussat (1.500 francs) : M. Arnaud (Paris), Le labyrinthe membraneux postérieur du nouveau-né (500 francs). — M. Sargnon (Lyon), Nez et œil (500 francs). — M. Piquet (Lille), Les abcès encéphaliques (500 francs).

Prix Anonyme (2.000 francs) : M. Radaody-Ralarosi (Tananarive), Du placenta et recherches histo-chimiques sur le comportement à son niveau de quelques médicaments antisyphilitiques.

Prix Apostoli (1.000 francs). — M. Louis Chauvois (Paris), D'Arsonval. Soixante-cinq ans à travers la science.

Prix Argut (800 francs) : M. Thieffry (Paris), La toxine staphylococcique.

Prix Audiffred (Un titre de rente 3 % de 24.000 francs). L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde une partie des arrérages disponibles : M. Sotirios Briskas (Paris), Dépistage de la tuberculose par la cuti- et intradermo-réaction à la tuberculine sur 14.000 enfants environ (10.000 francs). — Mlle Anne-Marie Binet (Metz), Coagulation du sang chez les tuberculeux (5.000 francs). — M. Abaza (Paris), Tuberculose, croissance et puberté (5.000 francs).

Prix Baillarger (2.500 francs) : M. Boris Kreis (Paris), La maladie d'Armstrong.

Prix Barbier (2.500 francs) : M. A.-R. Duval (Paris), Les mécanismes antitoxiques au cours des azotémies (1.000 francs). — M. Brouet (Paris), Données nouvelles sur le pneumocoque et les infections pneumococciques (1.000 francs). — M. Violle (Marseille), Etudes sur le virus exanthématique murin (500 francs).

Prix Barthélemy (3.000 francs) : M. Gorse (Paris), Considérations sur les causes et le traitement de accouchements prématurés.

Prix Berraute (Un titre de rente 3 % de 3.093 francs). L'Académie ne décerne pas le prix, mais accorde les arrérages disponibles : M. Auzépy (Paris), Les tumeurs cérébrales aiguës.

Prix Boullard (2.000 francs) : M. Witold Aubrun (Paris), Etat mental des parkinsoniens.

Prix Boulongue (6.000 francs) : Mme Coquoin-Carnot (Paris), Essai expérimental de la prophylaxie chimique de quelques maladies à ultravirus.

Prix Bourceret (1.200 francs) : M. Mougeot (Royat), Les cœurs périphériques.

Prix Brault (4.000 francs) : 1° M. Mercier (Garches), Anatoxine staphylococcique (1.000 francs). — M. Curasson (Dakar), Traité de pathologie exotique (1.000 francs). — 3° M. Parrot (Alger) : Travaux sur les leishmanioses (1.000 francs). — 4° M. Martin (Châtel-Guyon), Les colites amibiennes ; La lambiase (400 francs). — 5° MM. Blanc et Bordes (Brazzaville), Les maladies exotiques (400 francs).— 6° M. Dodero (Hanoï), Etude de la rage au Tonkin (200 francs).

Prix Henri Buignet (1.600 francs) : Mme Roy-Boutaric (Dijon), 1° Contribution à l'étude physico-chimique de quelques colloïdes hydrophiles ; 2° Contribution à l'étude du vieillissement de l'huile de ricin.

Prix Cailleret (500 francs) : M. Bioy (Paris), La lithiase pancréatique.

Prix Campbell-Dupierris (3.000 francs) : M. Henry Duvergey (Bordeaux), Dilatations pyélo-urétérales d'origine dynamique.

Prix Chevillon (3.000 francs) : M. Alfred Bensaude (Paris), Evolution cancéreuse des tumeurs bénignes du rectum.

Prix Clarens (500 francs) : M. Gervois (La Made-

leine), Le bacille de type bovin dans la tuberculose humaine.

Prix Combe (3.000 francs) : M. Jacques Mallarmé (Paris), Etude du myélogramme normal et pathologique par ponction sternale.

Prix Demarle (750 francs) : M. Olivier Gaudin (Neuilly-sur-Seine), Recherches sur l'action physiologique des pyréthrines.

Prix Desnos (3.600 francs) : M. Bruneton (Paris).

Prix Desportes (1.500 francs) : 1° M. G. Willot (Paris), Les résultats éloignés de l'opothérapie thyroïdienne dans le myxœdème infantile précoce (900 francs). — 2° M. P. Rode (Paris), Les primates de l'Afrique (300 francs). — 3° M. L. Launay (Argenteuil), Contribution au dosage et à l'étalonnage biologique de la scille (300 francs).

Prix Dieulafoy (2.000 francs) : M. Malinski (Paris), Etude clinique chez l'enfant sur quelques formes chroniques du mal de Bright.

Fondation Dreyfous (1.400 francs) : Les arrérages de cette fondation sont attribués à M. Robert Mallet (Paris), qui a obtenu la médaille d'argent au concours de l'Internat.

Prix Gustave Durante (2.000 francs) : M. Brizard (Divonne-les-Bains), Contribution à l'étude du spirochète de paralysie générale (1.000 francs). — MM. Lafon et J. Roche (Montpellier), Epreuve à l'atropine synthétique ; test des manifestations convulsives et, en particulier, de l'épilepsie (1.000 francs).

Prix Alfred Dutens (10.000 francs) : M. Vagues (Marseille), Les hépatonéphrites aiguës.

Prix Ernest Godard (1.000 francs) : Mme Loewe-Lyon (Paris), Les gastrorragies des nourrissons.

Prix Jacques Guérétin (1.500 francs) : 1° M. Henriet (Besançon) et Mme Valdejo (Pontarlier), L'infiltration anesthésique du sympathique pelvien en pratique obstétricale (700 francs). — 2° Mme Brouet-Sainton (Paris), L'estomac des hyperthyroïdiens (400 francs). — 3° M. Perreau (Angers), Les anémies des néphrites chroniques azotémiques (400 francs). — *Mention honorable* : M. Latifi (Troyes), Les fistules sigmoïdo-vésicales. — M. le médecin-commandant Baudet (Toulouse), Etude d'une forme de myosite aiguë à staphylocoques, évoluant avec une symptomatologie « froide ».

Prix Paul Guillaumet (1.500 francs) : M. Pierre Carrez (Paris), La méningite cérébro-spinale à méningocoques de la première enfance.

Prix Guinchard (8.000 francs) : Mlle Marcelle Ladet (Paris), Le syndrome malin au cours des toxi-infections.

Prix Guzman (Un titre de rente de 2.500 francs) : M. R. Heim de Balsac (Paris), Ensemble d'études anatomo-radiologiques sur l'appareil circulatoire.

Prix Catherine Hadot (3.600 francs) : M. Martin (Montfaucon-du-Lot), Le traitement de la tuberculose pulmonaire de l'enfant.

Prix Th. Herpin (de Genève) (3.000 francs) : MM. H. Roger (Marseille) et Yves Poursines (Beyrouth-Liban), Les méningo-neuro-brucelloses.

Prix Léon Labbé (3.000 francs) : MM. Massart et Vidal Naquet (Paris), Pratique orthopédique (2.000 francs). — M. Henri Fontaine (Paris), La réfection des ligaments latéraux et croisés du genou (1.000 francs).

Prix Laborie (8.000 francs) : M. Varangot (Paris), Les tumeurs de la granulosa.

Prix Larrey (500 francs) : M. le médecin colonel Chaumet (Beyrouth), Rayons X et physiothérapie dans l'armée.

Fondation Laval (1.200 francs) : Mlle Madeleine Dubois.

Prix Lefèvre (3.000 francs) : M. Montassut (Paris), Mélancolie, neurasthénie et dépression constitutionnelles.

Prix Jules Lefort (300 francs) : M. Henry Delfour (Pouillon), Contribution à l'étude physico-chimique des eaux thermo-minérales de Dax.

Prix Leveau (2.000 francs) : MM. Villey-Desmeserets, J.-F. Buvat et Mme Buvat-Pochon (Paris), Rôle des solutions hypertoniques dans le traitement de la migraine (1.000 francs). — M. Perrot (Saint-Dizier), Le problème de la lutte antituberculeuse dans les asiles d'aliénés (1.000 francs).

Prix Henri Lorquet (300 francs) : M. J. Lemant (Paris), Hyperthermie et système neuro-végétatif.

Prix Magitot (1.000 francs) : M. Jean Goulesque (Paris), L'extraction totale du cristallin cataracté par prise capsulaire pneumatique.

Prix A.-J. Marmottan (100.000 francs) : L'Académie ne décerne pas le prix, mais attribue les arrérages disponibles : M. Brunel (Paris), Les tumeurs intra-bulbaires.

Prix Maurel (800 francs) : M. Forestier (Aix-les-Bains), Ensemble de travaux sur l'arthritisme.

Prix Georges Merzbach (12.000 francs) : MM. Michel Léon-Kindberg, Lapine et Adida (Paris), Prélèvement direct et division des crachats dans la tuberculose pulmonaire.

Prix Meynot (3.000 francs) : MM. Aubry et Ombrédanne (Paris), Etude oto-neurologique et chirurgicale du vertige.

Prix Monbinne (1.500 francs) : M. André Thomas (Paris), Travaux d'histo-physiologie et de pathologie expérimentale (1.000 francs). — MM. Marcenac (Saumur) et Lemétayer (Garches), L'anesthésie générale du cheval (500 francs).

Prix Nativelle (1.000 francs) : M. Cheymol, (Sèvres) 1° Le verbénaloside, étude chimique et physiologique ; 2° Action du verbénaloside sur quelques organismes.

Prix Orfila (3.000 francs) : M. Perrault (Paris), Essai sur le traitement des intoxications alimentaires.

Prix Oulmont (1.000 francs) : Les arrérages de cette fondation sont décernés à M. Lucien Léger (Paris), médaille d'or au concours annuel des prix de l'Internat (chirurgie).

Prix Pannetier (4.000 francs) : M. Mollaret (Paris),

Interprétation du fonctionnement du système nerveux par la notion de la subordination.

Fondation Jules-Emile Péan (12.000 francs) : Les arrérages de cette fondation sont attribués à M. Lartigue (Vanves), pour l'aider à poursuivre ses études chirurgicales.

Prix Ricaux (diabète), (5.000 francs) : M. Jean Ferroir (Montrouge), L'estomac des diabétiques.

Prix Ricaux (tuberculose), (5.000 francs) : M. Bidou (Paris), Rercherches sur l'infection tuberculeuse des méninges (3.000 francs). — M. Parodi (Côme, Italie) : Etudes critiques et expérimentales sur la physiologie pulmonaire (2.000 francs).

Prix Robin (600 francs) : MM. Bodel et Dastugue (Clermont-Ferrand), Ensemble de travaux sur l'hydrologie expérimentale.

Prix Roger (2.500 francs) : MM. Broca et Julien Marie (Paris), L'année pédiatrique. — *Mention honorable* à M. Gavois (Paris), La sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson.

Prix Sabatier (600 francs) : M. Levenson (Paris), Mobilité et cils des bactéries. *Mention très honorable* à M. Albert Khouri (Alexandrie, Egypte), Les bactéries chromogènes.

Prix Saintour (5.000 francs) : MM. Sainton (Paris), Simonnet (Maisons-Alfort), Brouha (Liége), Endocrinologie clinique, thérapeutique et expérimentale.

Prix Stanski (1.500 francs) : M. Robert Fasquelle, (Paris), Le sérum antivaccin. Contribution à l'étude de son pouvoir virulicide.

Prix Tarnier (4.000 francs) : M. Palmer (Paris) Exploration fonctionnelle de la musculaire utéro tubaire de la femme.

Prix Tremblay (9.000 francs) : M. Coujard (Paris), Recherches histologiques et expérimentales sur la prostate. — *Mention honorable* à M. Ginestié (Montpellier), Innervation de la vessie.

Prix Vernois (800 francs) : M. Bourguin (Paris), Etude générale sur la protection sociale de l'enfance en France (400 francs). — M. Grenoilleau (Blois), Deux réalisations dans le cadre d'une inspection départementale d'hygiène (400 francs). — *Mention très honorable* à MM. Pierre et André Pecker (Paris), La lutte contre la maladie évitable et la mort prématurée.

Prix Zambaco (600 francs) : Mme Delanoé (Mazagan, Maroc), Traitement mixte de la lèpre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu** (Professeur : M. Paul Carnot). — *Réunions du dimanche* pour les médecins praticiens, tous les dimanches du Jour de l'An à la Pentecôte 1939, à l'amphithéâtre Trousseau. — Dimanche 15 janvier, à 10 h. 30, Professeur Paul Carnot, professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu : Hormones, vitamines et corps chimiques cyto-poïétiques ou cancérigènes. — Dimanche 22 janvier, à 10 h. 30, Docteur Jacques Caroli, médecin des hôpitaux : Les cirrhoses bronzées. — Dimanche 29 janvier, à 10 h. 30, Docteur Halbron, médecin de l'Hôtel-Dieu : Les embolies.

Dimanche 5 février, à 10 h. 30, Docteur Sainton, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu : Les dystrophies osseuses endocriniennes. — Dimanche 12 février, à 10 h. 30, Docteur F.-P. Merklen, médecin des hôpitaux : Avitaminose et hypovitaminose C. — Dimanche 19 février, à 10 h. 30, Professeur A. Baudouin, médecin de l'Hôtel-Dieu : La névralgie sous-occipitale. — Dimanche 26 février, à 10 h. 30, Docteur Cachera, médecin des hôpitaux : Les polyglobulies.

Dimanche 5 mars, à 9 heures, Assemblée française de médecine générale sous la présidence du Médecin général inspecteur Dopter : Méningites à méningocoques (épidémiologie, prophylaxie, traitement). — Dimanche 12 mars, à 10 h. 30, Professeur agrégé Chabrol, médecin de l'hôpital Saint-Antoine : La curabilité des cirrhoses du foie. — Dimanche 19 mars, à 10 h. 30, Docteur Rachet, médecin des hôpitaux : L'intestin des tuberculeux. — Dimanche 26 mars, à 10 h. 30, Professeur agrégé Henri Bénard, médecin de l'Hôtel-Dieu : Les injections intra-veineuses continues.

Dimanche 23 avril, à 10 h. 30, Professeur agrégé Bariéty, médecin des hôpitaux : La primo-infection tuberculeuse maligne de l'adulte. — Dimanche 30 avril à 10 h. 30, Professeur agrégé Lévy-Valensi, médecin de l'Hôtel-Dieu : Les ambigus : L'abbé de Choisy.

Dimanche 7 mai, à 9 heures, Assemblée française de médecine générale : Traitement des varices et de leurs complications. — Dimanche 14 mai, à 10 h. 30, Docteur Gutmann, médecin des hôpitaux : Aspects cliniques et radiologiques divers du cancer de l'estomac. — Dimanche 21 mai, à 10 h. 30, Docteur Noël Péron, médecin des hôpitaux : Traitements récents des psychoses (insulinothérapie ; Thérapeutique convulsivante).

— **Hôtel-Dieu. Cours de clinique chirurgicale.** (Professeur : M. Bernard Cunéo). — Mardi, 10 heures : Examens cliniques et présentation de malades, à l'amphithéâtre, par le Professeur. — Samedi, 10 heures : Leçon clinique à l'amphithéâtre, par le Professeur.

Opérations, à 9 h. 30, lundi (côté ouest) et vendredi (côté est) par M. Cunéo ; mardi et jeudi (côté est), par M. Bloch ; mercredi et vendredi (côté ouest), par M. Sénèque.

Consultations, pour les malades justiciables d'un traitement par les rayons X ou le radium, mardi et vendredi matin, à 9 heures. Opérations jeudi matin, à 8 heures (côté ouest) par M. le Docteur Tailhefer.

— **Clinique oto-rhino-laryngologique.** — Enseignement sous la direction de M. Fernand Lemaitre, professeur :

1° *Enseignement magistral* par le professeur. Cet enseignement sera donné dans le service de la clinique à l'hôpital Lariboisière et comprendra : *a*) une leçon clinique avec présentation des malades, le mardi à 10 heures ; *b*) des séances opératoires, les lundi, vendredi et samedi à 10 heures ; *c*) des conférences

faites à la Faculté, par M. le Docteur HALPHEN, agrégé (voir affiche spéciale).

2e *Enseignement aux stagiaires* par le professeur, les anciens chefs de clinique, les chefs de clinique et le chef de laboratoire. Cet enseignement est réservé aux étudiants en médecine de cinquième année inscrits à la Faculté et aux médecins praticiens. Il consiste dans l'exposé des notions essentielles d'oto-rhino-laryngologie, telles que doivent les connaître les médecins praticiens non spécialisés. Cet enseignement clinique avec présentation des malades sera fait les mardi, jeudi et samedi à 10 heures.

3o *Enseignement aux spécialistes oto-rhino-laryngologistes* : *a*) Enseignement d'initiation. Cet enseignement, propédeutique, réservé aux futurs spécialistes, est essentiellement technique, contrairement à l'enseignement destiné aux stagiaires, futurs praticiens. — *b*) Enseignement clinique complémentaire, sous la direction du Professeur, par MM. les chefs de clinique, chefs de laboratoire, assistants et internes du service. Cet enseignement est réservé aux docteurs en médecine, français et étrangers, et aux étudiants en fin de scolarité qui sont déjà initiés à l'examen des malades et au maniement des instruments. Il aura lieu le matin aux mêmes époques que les cours de chirurgie opératoire spéciale qui auront lieu l'après-midi. — *c*) Enseignement d'anatomie pratique, en vingt leçons ; il aura lieu toutes les après-midi et précédera les cours de chirurgie opératoire spéciale. — *d*) Enseignement de perfectionnement chirurgical, qui comprendra : deux cours pratiques de chirurgie opératoire spéciale, par le professeur et MM. les Docteurs AUBIN et MADURO, laryngologistes des hôpitaux, Yves LEMAITRE et GASTON, chefs de clinique. Chacun de ces cours aura lieu en même temps qu'une série de l'enseignement clinique complémentaire ; ils seront donnés à l'amphithéâtre des hôpitaux, tous les jours à 2 heures.

4o *Enseignement aux spécialistes stomatologistes* qui a lieu le vendredi matin à partir de 10 heures et comprend : *a*) une leçon clinique, avec présentation de malades par le Docteur Charles RUPPE, chargé de cours de stomatologie ; *b*) une séance opératoire, avec explications anatomo-cliniques, par le professeur.

Pour tous renseignements, consulter les affiches spéciales ou s'adresser au Docteur Yves Lemaitre, chef de clinique, Hôpital Lariboisière.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Concours des médecin des hôpitaux.** — Un concours pour la nomination à cinq places de médecin des hôpitaux de Paris s'ouvrira le 13 février 1939. Inscription du 9 au 23 janvier.

— **Concours de chirurgien des hôpitaux.** — Un concours pour la nomination à quatre places de chirurgien des hôpitaux de Paris sera ouvert le 6 février 1939. Inscription, 3, avenue Victoria, du 9 au 18 janvier.

— **Prix Fillioux.** — Le concours du Prix Fillioux aura lieu le 9 mars 1939. Inscription du 5 au 13 janvier.

— **Hôpital Saint-Antoine.**— *Réunions des médecins de l'hôpital Saint-Antoine.* — La première réunion de 1939 se tiendra le jeudi 26 janvier à la Clinique médicale, amphithéâtre Hayem, à 10 heures du matin, et les autres le dernier jeudi de chaque mois à la même heure.

PROGRAMME.—Jeudi 26 janvier : La goutte (Docteurs GARCIN, Mathieu-Pierre WEIL, BOULIN). — Jeudi 23 février : La leucémie aiguë (Docteurs MARCHA, TZANCK, LEMAIRE et MALLARMÉ). — Jeudi 30 mars : L'hérédité digestive (Docteurs BRÉCHOT, CARRIÉ, CAIN). — Jeudi 27 avril : Arthropathies endocriniennes (Docteurs VIGNES, SAINTON, TURPIN). — Jeudi 25 mai : L'anémie du cancer gastrique (Docteurs AUBERTIN, MOUTIER, CHEVALLIER). — Jeudi 29 juin : Splénopathies et splénites (Docteurs DE SÈZE, SOULIÉ, MAHOUDEAU).

— **Concours de l'internat.** — *Pathologie médicale* — *Question sortie* no 5. La spirochétose ictéro-hémorragique.

Questions restées dans l'urne : 1. Causes, symptômes diagnostic et traitement des œdèmes aigus du poumon ; 2. Les endocardites malignes à évolution lente ; 3. Les formes cliniques et le diagnostic de la scarlatine ; 4. Les formes cliniques et le diagnostic de la péritonite tuberculeuse ; 6. Amibiase intestinale ; 7. Diagnostic des épanchements séro-fibrineux de la grande cavité pleurale ; 8. Diagnostic des hématémèses ; 9. Signes, diagnostic et traitement de l'érysipèle de la face.

Pathologie chirurgicale.— *Question sortie no* 3. Symptômes et diagnostic des épididymites tuberculeuses.

Questions restées dans l'urne : 1. Formes cliniques et complications des fractures fermées de l'extrémité inférieure de l'humérus.— 2. Mal de Pott sous-occipital.— 4. Les épanchements sanguins de la cavité pleurale d'origine traumatique. — 5. Les anévrysmes artériels poplités.— 6. Symptômes, évolution et diagnostic de la perforation en péritoine libre d'un ulcère pyloro-duodénal. — 7. Symptômes, évolution et diagnostic des fractures fermées du cou de pied (type Dupuytren).— 8. Signes et diagnostic des hémarthroses du genou d'origine traumatique.— 9. Les péritonites aiguës d'origine appendiculaire sans le traitement.

Jurys : Anatomie : MM. Desmarest, Fey, Escalier, H. Bénard, Lallemant. — Pathologie médicale : MM. Ameuille, Tzanck, Cain, Jacquet, Caroli. — Pathologie chirurgicale : MM. Picot, Cleisz, Madier, Soupault et Couvelaire.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE) — IMPRIMERIE THIRON ET CIE
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

SERVICE DE SANTÉ

RÉSERVE

Promotions

Par décret en date du 15 décembre 1938 sont promus dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision du même jour, sont maintenus dans leur affectation actuelle :

(Rang du 25 décembre 1938)

Médecins

Au grade de médecin colonel

Les méd. lieut.-col. : Dorlang, rég. de Paris ; Mayrac, 17e rég. ; Lemaître, rég. de Paris ; Tanon, rég. de Paris ; Cotte, 14e rég.

Au grade de médecin lieutenant-colonel

Les méd. commandants : Loygue, 2e rég. ; Pierret, 1re rég. ; Delmas, 16e rég. ; Roudouly, rég. de Paris ; Joltrain, 8e rég. ; Guillaume, 6e rég. ; Hanns, 20e rég. ; Faulong, rég. de Paris ; Vincent, rég. de Paris ; Stodel, rég. de Paris ; Dumesnil, 3e rég. ; Masini, 15e rég. ; Descamps, 1re rég.

Au grade de médecin commandant

Les méd. capit. : Saint-Paul, 9e rég. ; Arnaudon, rég. de Paris ; Charbonnier, 8e rég. ; Benassy, rég. de Paris ; Boulay, 5e rég. ; Guiraud, 9e rég. ; Detré, 5e rég. ; Blaizot, 4e rég. ; Legros, 4e rég. ; Guemené, 4e rég. ; Tarin, rég. de Paris ; Picard, rég. de Paris ; Rolland, rég. de Paris ; Rousseau, rég. de Paris ; Merlo, 19e C. A. ; Lannelongue, 17e rég. ; Monbrun, rég. de Paris ; Casalonga, 15e rég.

Aspesberro, 17e rég. ; Le Rouzic, 4e rég. ; Chemery, rég. de Paris ; Chevrel, 11e rég. ; de La Vallée, rég. de Paris ; Weil, 7e rég. ; Lafont, 4e rég. ; Brun, 18e rég. ; Brehier, 2e rég. ; Fourgous, 4e rég. ; Colleu, 1re rég. ; Usse, 3e rég. ; Petitot, 3e rég. ; Bonnet, 13e rég. ; Laurent, 1re rég. ; Calvet, 17e rég. ; Lagarde, 4e rég. ; Queriaud, rég. de Paris ; Vieu, 13e rég. ; Cavailles, 5e rég. ; Jego, 4e rég. ; Feidstein, rég. de Paris ; Leguay, 4e rég. ; David, 15e rég. ; Larche, 13e rég. ; Bonnedame, 6e rég.

Gautier, 15e rég. ; Wery, rég. de Paris ; Bocquillon, 1re rég. ; Simon, rég. de Paris ; Montet, rég. de Paris ; Fructus, 9e rég. ; Chanoine-Davranches, 15e rég. ; Devulder, 1re rég. ; Anduze-Acher, 19e C. A. ; Fournes, 17e rég. ; Masselot, troupes de Tunisie ; Marey, rég. de Paris ; Leuret, 18e rég. ; Jouffrault, 9e rég. ; Monod, rég. de Paris ; Piedelièvre, rég. de Paris ; Virenque, rég. de Paris ; Lagrange, rég. de Paris ; Binet, rég. de Paris.

Au grade de médecin capitaine

Les méd. lieut. : Vagnon, 14e rég. ; François, 1re rég. ; Dessert, 13e rég. ; Balleydier, 14e rég. ; Hoarau, 14e rég. ; Ponsard, 14e rég. ; Bach, 16e rég. ; Fabier, 18e rég. ; Ritoux-Lachaud, 9e rég. ; Hedon, 16e rég. ; Champneuf, 16e rég. ; Lacroix, rég. de Paris ; Rondy, 8e rég. ; Claudel, 15e rég. ; Fournié, 17e rég. ; Lacroix, 16e rég. ; Costedoat, 18e rég. ; Fournet, 1re rég. ; Dignat, tr. de Tunisie ; Dumazet, 9e rég. ; Vaton, 11e rég. ; Bastard, 11e rég. ; Despouys, 17e rég. ; Mazet, 14e rég. ; Vergnet, rég. de Paris ; Fournier, 15e rég. ; Breul, 20e rég. ; Thery, 1re rég.

Cuffart, 1re rég. ; Lorion, 7e rég. ; Petit, rég. de Paris ; Thebault, 4e rég. ; Largeteau, 2e rég. ; Leydet, rég. de Paris ; Chapelon, 14e rég. ; Lhuissier, 4e rég. ; Colle, 15e rég. ; Kraft, 19e C. A. ; Santelli, 15e rég. (p. o.) ; Constant, 20e rég. ; Ruhlmann, 20e rég. ; Pech, 17e rég. Dufour, 14e rég. ; Spinetta, 15e rég. ; Audibert, 15e rég. ; Pagès, 16e rég. ; Kersente, 19e C. A. ; Laurette, 1re rég. ; Derien, 11e rég. ; Klotz, 20e rég. ; Kleman, rég. de Paris ; Bregi, 1re rég. ; Roby, 3e rég.

Yotte, 4e rég. ; Oumansky, rég. de Paris ; Fougères, 4e rég. ; Cabannes, 16e rég. ; Danhiez, 1re rég. ; Mans, 2e rég. ; Fulconis, 19e C. A. ; Ducas, 6e rég. ; July, rég. de Paris ; Magimel Pelonnier, 9e rég. ; Pommepuy, 17e rég. ; Chabanier, rég. de Paris ; Garrez, 19e C. A. ; Burger, 6e rég. ; Lévy, 20e rég. ; Lefournier, 4e rég. ; Leroy, 13e rég. ; Naud, 15e rég. ; Gallois, 4e rég. ; Houdart, 7e rég. ; Diamantberger, rég. de Paris ; Laennec, rég. de Paris ; Palliez, 1re rég. ; Cattan, rég. de Paris ; Marcotte, rég. de Paris ; Mage, 16e rég.

Bompart, 19e C. A. ; Cyssau, 1re rég. ; Broustet, 18e rég. ; Machavoine, 13e rég. ; Breton, rég. de Paris ; Puig, 16e rég. ; Luton, 13e rég. ; Chassaing, 9e rég. ; Loth, 20e rég. ; Caen, 20e rég. ; Job, rég. de Paris ; Novel, 14e rég. ; Karsenty, 19e C. A. ; Raton, 14e rég. ; Yankelevitch, 1re rég. ; Perrigault, 9e rég. ; Soullier, 13e rég. ; Garcin, 15e rég. ; Naveau, 16e rég. ; Hacquard, 20e rég. ; Pariente, 19e C. A. ; Magnan, 9e rég. ; Gauthier, 20e rég. ; Lesbroc, 15e rég. ; Lichtwitz, rég. de Paris.

Massad, 15e rég. ; Brunet, 9e rég. ; Grinda, 15e rég. ; François *dit* Jonchères, 18e rég. ; Borin, 2e rég. ; Dedieu-Anglade, 18e rég. ; Bargy, 4e rég. ; Sauteraud, 9e rég. ; Delabarre, 2e rég. ; Duclos, 16e rég. ; Meyer, 20e rég. ; Boury, 1re rég. ; Imbert, 15e rég. ; Hadi, 19e C. A. , Godart, rég. de Paris ; Blum, rég. de Paris ; Seligmann rég. de Paris ; Camino, 18e rég. ; Mordret, 4e rég. ; Gadrat, 17e rég. ; Baron, 8e rég. ; Viriot, 20e rég. ; Bohn, rég. de Paris ; Perot, 9e rég. ; Klein, 20e rég.

Meyer, 7e rég. ; Sevellec, 8e rég. ; Cablan, 7e rég. ; Malmejac, 15e rég. ; Dubernard, 18e rég. ; Dufieux, 3e rég. ; Meurisse, 1re rég. ; Ghozlan, 19e C. A. ; Leibovici, rég. de Paris ; Lefebvre, 3e rég. ; Assouly, 19e C. A. ; Vienne, 1re rég. ; Lacroix, 20e rég. ; Salmon, 15e rég. ; Peyri, 16e rég. ; Bertrand, 3e rég. ; Barbellion, rég. de Paris ; Teurnier, 11e rég. ; Poumailloux, rég. de Paris ; Levy, rég. de Paris ; Valin, 14e rég. ; Bocquentin, 2e rég. ; Demasles, 14e rég. ; Baudoin, 15e rég. ; Leclainche, rég. de Paris ; Lazare, rég. de Paris.

Herbeuval, 6e rég. ; Pichon, 2e rég. ; Lefrançois, 14e rég. ; Gayet, 14e rég. ; Martin, 15e rég. ; Carvaillo, rég. de Paris ; Peroz, rég. de Paris ; Lehmans, 3e rég. ; de Sèze, rég. de Paris ; Raybaud, 15e rég. ; Dercheu, 15e rég. ; Padovani, rég. de Paris ; Dreyfus-Le-Foyer, rég. de Paris ; Vacher, 14e rég. ; Romand-Monnier, 7e rég. ; Fleury, 3e rég. ; Rondepierre, rég. de Paris ; Zilberblatt, 14e rég. ; Samain, 2e rég. ; François, rég. de Paris ; Baldy, rég. de Paris ; Tulasne, 9e rég. ; Tailhefer, rég. de Paris ; Lacombe, rég. de Paris.

Roger, 4e rég. ; Aubry, rég. de Paris ; Bollet, 13e rég. ; Laffaille, 18e rég. ; Leculier, 11e rég. ; Gardes, 15e rég. , Fremiot, 7e rég. ; Kuenemann, 7e rég. ; Maduro, rég. de Paris ; Morlaas, rég. de Paris ; Masse, 18e rég. ; Degos, rég. de Paris ; Nilus, 6e rég. ; Jambon, 4e rég. ; Henriet, 7e rég. ; Peri, 19e C. A. ; Jubreaux, 6e rég. ; Puech, rég. ; de Paris ; Lenègre-Tho rin, rég. de Paris ; Matry-2e rég. ; Bonnin, 9e rég. ; Vaisse, 9e rég. ; Lancon, 5e rég. ; Munier, 6e rég. ; Cenac, rég. de Paris ; Pigot, rég. de Paris ; Baudelot, 2e rég. ; Menegaux, rég. de Paris.

• •

Association des médecins automobilistes de France

L'Association des médecins automobilistes de France a été fondée en 1929 en vue d'étudier la création d'un insigne réservé aux médecins automobilistes.

Après de très longues tractations avec les Pouvoirs publics, cet insigne depuis plusieurs années est habilité auprès de la Préfecture de Police qui l'a fait afficher dans tous les commissariats de police de Paris et de la Seine ; de plus, il est connu de toutes les Polices de France et en passe d'être officialisé par les Pouvoirs publics.

Bien entendu, un tel insigne ne saurait conférer des droits car il nous faut tenir compte des nécessités de la circulation dans les grandes villes et à Paris en particulier. C'est pourquoi il ne lui est accordé de la part de la Police qu'une tolérance aimable en ce qui concerne la circulation et le stationnement.

Mais, depuis près de dix ans qu'il orne la voiture de nos membres cet insigne est très connu de tous les usagers automobilistes et, en maintes circonstances, ils cèdent volontiers le pas à la voiture du médecin.

Enfin, il est connu aussi du public qui, à part de rares exceptions, est toujours disposé à être agréable et utile au médecin et notre insigne a rendu les plus grands services à de nombreux confrères lors des troubles sociaux qui ont éclaté au cours de ces années dernières. Certains médecins, dans ces circonstances, avaient arboré une Croix-Rouge banale ; mais très souvent le public n'en a pas tenu compte car cet emblème pouvait être employé par n'importe qui, et il le fut en effet, nous en avons la preuve, et seul un insigne bien net et précis et émanant d'un Groupement reconnu prenait à ses yeux de la valeur.

De plus, le Conseil d'administration de l'A. M. A. F. s'est efforcé de rendre service aux médecins automobilistes dans tous les domaines touchant à ce mode de transport. C'est pourquoi il a fait d'abord établir :

— Un *Service d'assurances automobile*, faisant bénéficier nos membres de conditions particulières ;

— Il a créé un *service juridique* ;

— Il a affilié notre Groupement à un *Office de contentieux* sérieux ;

— Il a créé un *Service fiscal et judiciaire* ;

— Et enfin il a organisé un *Service d'achats* qui permet aux membres de l'A. M. A. F. de se procurer, à des conditions tout à fait particulières, tout ce dont il a besoin, tant au point de vue automobile que professionnel ou familial.

Par ailleurs par une convention spéciale passée avec l'Automobile Club de l'Ile-de-France tous ses membres peuvent, moyennant une cotisation minime, être affiliés à cet important

organisme qui leur délivre toutes les pièces douanières dont ils ont besoin pour leurs déplacements à l'étranger.

Tous ces avantages sont obtenus, moyennant une cotisation annuelle minime et nous osons dire qu'un tel groupement dans lequel toutes les fonctions sont gratuites et à la direction duquel président des confrères éminents : chirurgiens, médecins ou spécialistes des hôpitaux, est une belle œuvre confraternelle.

(*Communiqué.*)

Méfiez-vous des toxicomanes

Un de nos confrères du XVIII[e] arrondissement nous prie de mettre en garde nos confrères contre les tentatives de toxicomanes qui viennent leur extorquer une ordonnnace de stupéfiants. Une dame est venue récemment lui demander une prescription d'héroïne, lui racontant une histoire tout à fait vraisemblable et donnant une adresse qui a été reconnue fausse.

Naguère, un de nos amis nous contait qu'une morphinomane était parvenue à voler un de ses blocs d'ordonnances et faisait exécuter les ordonnances de stupéfiants avec une fausse signature dans des quartiers très éloignés de son domicile. Une enquête judiciaire fut provoquée par ces agissements.

J. N.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
« Le Sou Médical »

Au cours de sa Réunion du 6 décembre 1938, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

MM. les Docteurs :

13.479 Bérard, 107, Cours Albert-Thomas, Lyon (Rhône). Parrains : Docteurs Verrière et Corajod.

13.480 Brisard, 59, avenue de la Bourdonnais, Paris (VII[e]). Syndicat des Médecins de la Seine.

13.481 Deligne, Port-Lyautey (Maroc). Amicale des Médecins fonctionnaires du Maroc.

13.482 Gauthier, Clamart (Seine). Parrains : Docteurs Durand et Ribert.

13.483 Genty, Beauvais (Oise). Parrains : Docteurs Le Paumier et Varin.

13.484 Hercovici, Nogent-sur-Aube (Aube). Parrains : Docteurs Mérat et Beau.

13.485 Laborde, Saint-Epain (Indre-et-Loire). Parrains : Professeurs Guillaume et Desbuquois

13.486 Lemaitre, Cannes (Alpes-Maritimes). Parrains : Docteurs Faure et Ribollet.

13.487 Mesplomb, Livry (Seine-et-Oise). Syndicat Médical de Seine-et-Oise.

13.488 Mouchet, Cachan (Seine). Parrains : Docteurs Encausse et Gingold.

13.489 Nicolle, Reims (Marne). Syndicat Médical de Reims.

13.490 NOTAISE, Cabannes (Bouches-du-Rhône). Parrains : Docteurs Picard et Lauvy.

13.491 POINEAU, Saint-Hilaire du Palud (Deux-Sèvres). Syndicat médical des Deux-Sèvres.

13.492 PORCHE, Saint-Jean-de-Liversay (Charente-Inférieure). Parrains : Docteurs Michelet et Girard.

13.493 POUPAULT, Dieppe. Parrains : Docteurs Champion et Maillard.

13.494 VANEECLOO-DESNOYER, Petite-Synthe (Nord). Syndicat médical de Dunkerque.

13.495 VRASSE, 2, rue de Miromesnil, Paris (VIIIe). Syndicat des Médecins de la Seine.

13.496 WALLET, 3, rue Labruyère, Paris (IXe). Syndicat médical de la Seine.

Ces admissions deviendront définitives, si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours qui suivront la présente publication (art. 5 des Statuts).

La Ligue médicale de Défense professionnelle « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 150.000 francs. Et cette garantie est portée à 1.000.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical.*

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien pécuniaire dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

CORRESPONDANCE

MUTUALITÉ FAMILIALE

Non ! elle n'a vraiment rien de commun avec une quelconque Société de secours mutuels ni (et encore moins !) avec une Compagnie d'assurances.

Exemple : un de nos adhérents étant atteint d'une maladie grave et longue nous écrit au bout de quelques mois, en nous envoyant son bulletin de santé, que notre indemnité sera la bienvenue car il se trouve dans une situation réellement précaire. Le ton de sa lettre est digne ; on sent l'homme qui se débat et serre les dents.

Cette lettre, communiquée au Conseil, l'émeut et lui paraît mériter considération. Une enquête discrète lui apprend que ce sociétaire dispose en effet de ressources minimes et que la maladie l'a injustement réduit à une détresse dont il ne peut voir l'issue.

La Mutualité Familiale dispose heureusement pour les cas exceptionnels comme celui-ci, d'une Caisse de secours dont seul le Conseil peut disposer. Il le fait avec parcimonie, soucieux, devant chaque misère, de réserver de quoi soulager une misère semblable ou plus grande encore.

Une somme de cinq cents francs a été envoyée à notre confrère malheureux, en sus de son indemnité.

Cette somme, qu'il n'attendait pas, lui a fait une heureuse surprise, et il nous en a exprimé ses remerciements.

Qu'il trouve ici nos vœux confraternels de prompte guérison.

Le Secrétaire général,
G. LAVALÉE.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Accidents du Travail

8.699. — Extraction de corps étrangers multiples dans chacun des deux yeux

J'ai recours à votre obligeance pour me renseigner sur le point suivant relatif à un accident du travail :

J'ai extrait des corps étrangers multiples sur les deux yeux (conjonctives et cornées).

Comment dois-je tarifer ? 35 francs ou bien 35 × 2 = 70 puisqu'il s'agit des deux yeux et que l'anesthésie et les manœuvres ont été doubles.

Dr H.

Réponse

Je compterais pour extraction de corps étrangers multiples d'un œil : 35 francs plus extraction concomitante de corps étrangers multiples de l'autre œil, 35 : 2 = 17 fr. 50, soit au total 35 + 17, 50 = 52 fr. 50. J'ai minoré de 50 % la deuxième extraction à cause du deuxième alinéa de l'article 10.

Dr F. DECOURT.

8.834. — Précision à propos de la visite de contrôle

Je vous joins une copie de la décision de la Commission d'arbitrage en date du 27 janvier 1934 qui vous donnera toute satisfaction au sujet de la question qui vous a été posée par un confrère sur le no 7.576 dont j'extrais la réponse parue dans le *Concours Médical*.

Dr D.

Réponse

J'avais répondu sous le titre « A propos de la visite dite de contrôle » (no 7.576) qu'il n'est guère facile de compter une majoration de « déplacement » alors que la visite de contrôle a lieu au cabinet du médecin, Et cela parce que sur

quelle base kilométrique pourrait-on fixer le montant de ces frais de déplacement ? Toutefois, il est des cas où la base est toute trouvée : quand il s'agit de ville où est indiquée une indemnité fixe de déplacement. Naturellement celle-ci ne pourrait être envisagée qu'au cas où le médecin de l'Assurance aurait choisi une heure en dehors de celle de consultation du médecin traitant. C'est ainsi d'ailleurs qu'en a jugé (précisément sous ma présidence), la Commission d'arbitrage, dans sa séance du 27 janvier 1934, à propos d'un médecin de la banlieue parisienne qui demandait les 3 francs d'indemnité de déplacement pour visite dans sa localité (art. 2) alors que le médecin-contrôleur lui avait fixé une heure dans la matinée, juste au moment où il fait chaque matin sa tournée de visites. Ce confrère, avait dû, en l'espèce ; interrompre cette tournée pour revenir chez lui à l'heure prescrite et repartir ensuite voir la suite de ses malades en cours.

Dr F. DECOURT.

8.848. — Honoraires dus aux auxiliaires médicaux

Tous les journaux syndicaux ou corporatifs publient en ce moment les nouvelles nomenclatures.

En existe-t-il une concernant la rémunération des « auxiliaires médicaux » pour piqûres, ventouses, massages, etc ?

J'ai vu quelque chose là-dessus, il y a longtemps.

Pourriez-vous me documenter là-dessus au point de vue honoraires et taux de remboursement par les Caisses ?

Dr M.

Réponse

Il n'existe pas encore de tarification d'honoraires concernant des soins donnés par des auxiliaires médicaux, mais la demande vient d'en être faite par leur Syndicat, lequel demande, si je ne me trompe l'application du tarif accident du travail aux auxiliaires médicaux.

Dr F. DECOURT.

b) *Assurances sociales*

8.647. — Encore les interventions multiples concomitantes. Réponse à deux confrères sur ce même sujet

Je viens de lire, avec grand intérêt, dans le *Concours Médical* du 16 novembre 1938 (nº 46 *bis*) votre opinion concernant la « valeur de K dans les interventions multiples en une seule séance » et sur la manière dont il faut « compter le K en cas d'interventions multiples effectuées en une même séance » (nos 7.308

et 7.309, correspondance) ; je me permets de vous adresser à mon tour les remarques suivantes :

1° Le principe même de la majoration pour intervention secondaire n'est pas toujours admis : ayant opéré, il y a un peu plus d'un an il est vrai, un malade atteint d'un même côté, de hernie inguinale et d'hydrocèle, j'ai demandé à cette époque au distingué médecin-contrôleur d'une des plus importantes Caisses de notre département de bien vouloir m'indiquer ce que je devais porter sur la feuille d'assurances sociales de mon opéré. Il me fut très obligeamment répondu que, dans des cas analogues, il était d'un usage constant de porter seulement celle des deux interventions dont le coefficient était le plus élevé, soit dans le cas particulier : hernie = K40, ce que je fis, et ce que je considérais comme normal.

Il y aurait intérêt à faire préciser les conditions dans lesquelles il est normal de ne pas mentionner d'acte supplémentaire, et celles au contraire où cette indication est tout à fait légitime.

Or — et c'est le cas visé à la question 7.308 — j'estime que, lorsque j'opère une ectopie testiculaire et que je fais la cure de la hernie coexistante, celle-ci ne peut décemment pas être tarifée à part ; pas plus que ne peut l'être l'ablation d'un appendice fait au cours d'une hystérectomie !

2° Mais il n'est pas indifférent de noter une intervention minorée de 50 % K40 : 2 ou K20. La première notation est, sans conteste, la *seule* correcte. Elle est la seule correcte en l'état actuel des nomenclatures.

Il est difficile de savoir quelles ont été « les intentions du législateur » (on peut même se demander s'il en a eu ou si elles ont été trahies), quand on voit rembourser au même tarif l'ablation d'un ongle incarné et une thoracotomie pour pleurésie purulente, avec trois semaines de soins et de pansements consécutifs.

Ce qu'il faut, actuellement, c'est utiliser exactement les indications de la nomenclature en égard des interventions pratiquées, si nous ne voulons pas être, un jour, suspectés d'avoir voulu faire obtenir à un assuré opéré un remboursement supérieur à celui auquel il avait droit !

En effet, reprenons l'exemple 7.308-7.309.

— Que ce soit CHI ou K20 = aucune espèce d'importance.

— Mais si nous inscrivons K40 + K10 + K20 = K70, le remboursement effectué par la Caisse à son assuré portera sur 15 × 70 = 1.050 francs (moins le ticket modérateur), alors qu'en réalité il aurait dû porter sur :

$$\left.\begin{array}{l} K40 = 600 \\ \frac{K20}{2} = 80 \\ \frac{K40}{2} = 300 \end{array}\right\} \text{au total 980 francs (moins 20 \%)}$$

La différence ici est minime, elle ne provient que de la deuxième intervention.

Si je reprends un exemple que vous avez autrefois donné (celui de loupes multiples : intervention tarifée pour une loupe : K20), vous demanderez à la Caisse un remboursement supérieur à celui auquel a droit votre opéré dès que le total des interventions dépassera le coefficient 40.

1° Supposons deux loupes : aucune importance que l'on note K20 + K10 ou K20 + K20 : 2, parce que vous n'atteignez que 30 comme coefficient total.

2° Mais si trois loupes : vous notez K20 + K10 + K10 = K40 = remboursement sur 600 francs, alors qu'en réalité ils ont porté sur :

$$\left.\begin{array}{l} K20 = 160 \\ + \dfrac{K20}{2} = 80 \\ + \dfrac{K20}{2} = 80 \end{array}\right\} \text{au total 320 francs}$$

3° Et s'il y avait quatre loupes :

Dans le premier cas, vous notez K20 + 3 (K10) = K50 = 750 francs.

Alors qu'il faut en réalité noter K20 + 3 K20 : 2 160 francs + (3 × 80 francs) = 400 francs.

Seule la notation correcte est celle indiquée par votre correspondant 7.308.

Je m'excuse de la longueur de cette lettre ; c'est une question intéressante, et il faudrait, comme vous le dites, arriver à un *modus agendi* reconnu normal, par tous, si possible.

Dr B.

Réponse

1° J'ai bien peur qu'en multipliant les exemples et les suppositions, nous en arrivions à ne plus pouvoir en sortir, au point de vue pratique. En somme, qu'a voulu le législateur en remboursant sur le pied de K = 8 francs au-dessous de K40 et de 15 francs au-dessus ? Aider davantage l'assuré social quand il a eu une grosse somme à débourser. Or que cette somme soit formée d'un chiffre simple (K60 par exemple) ou qu'elle résulte de plusieurs composantes (K30 + K15 + K15) c'est toujours sur la base de K60 que le malade a dû payer. Donc, c'est le total et le total seul qui doit être considéré pour baser le montant du remboursement. Quand le « total » est au-dessous de K40 on remboursera sur la base de K = 8 francs et au-dessus sur celle de K = 15 francs. Tel est, à mon avis, ce qu'indique le bon sens d'après l'esprit même les textes.

2° Quant à l'établissement des K en cas de plusieurs interventions concomitantes il n'y a aucune raison pour compter seulement l'intervention la plus importante (à moins que logiquement les autres soient incluses dans celle-ci, c'est-à-dire pouvant être comprises comme une partie intégrante de cette intervention). Il faut

donc, à mon avis, compter chaque intervention, mais puisqu'elles furent concomitantes, compter la première à tarif plein et la seconde (ou les autres s'il y en a plus de deux) à demi-tarif, ainsi que cela est inscrit d'ailleurs (officiellement cette fois et clairement) dans le tarif des accidents du travail. Telles sont les règles générales qui me semblent les plus justiciables et les plus équitables et c'est dans ce sens que j'ai répondu plusieurs fois déjà ; espérant qu'on finira par s'entendre définitivement à ce sujet pour éviter tout différend dans l'avenir.

Dr F. DECOURT.

8.818. — Ne pas confondre les différentes sortes de tarif en matière d'Assurances sociales

Je vois dans les journaux, les nouveaux tarifs de responsabilité des Assurances sociales.

Dans les petites localités, il est question de 15 francs pour le prix de la visite et 1 franc d'indemnité par kilomètre parcouru.

Cela veut-il dire que la visite est remboursée aux assurés sociaux à 15 francs net ou s'il y a une retenue de 10 %. En ce cas, ce ne serait pas un nouveau tarif.

Si le remboursement est à 15 francs net à partir de quelle date doit-il être appliqué ? Dr J.

Réponse

Ce n'est pas les tarifs de responsabilité des Caisses qui furent publiés, chaque Caisse étant libre de ce tarif, mais le tarif de réassurance, au-dessus duquel chaque Caisse ne peut fixer ses prix sans perdre le droit à la réassurance, c'est-à-dire qu'elle aura à supporter ses pertes (sans en être compensée), si elle se trouve en déficit. Quant au Tarif de responsabilité des Caisses, il est supérieur de 20 % à son Tarif de remboursement puisque celui-ci laisse à l'assuré le ticket modérateur à payer.

Donc, si vous désirez savoir ce que remboursera à tel malade la Caisse dont il fait partie, c'est celle-ci seule qui peut vous renseigner, ce qui est d'ailleurs public puisque le Tarif de responsabilité de chaque Caisse doit être « affiché dans les locaux de la Caisse » (art. 37 de l'arrêté du 30 janvier 1937 fixant le règlement intérieur type des Caisses).

Dr F. DECOURT.

O O O

ANTHOLOGIE

Le Médecin

La nuit a déployé son manteau constellé,
Et la pâle Phébé brille au ciel étoilé.
A travers les rameaux, le vent du Nord murmure,
Agitant les glaçons qui forment leur parure,
Et les petits oiseaux, engourdis par le froid,
Se sont mis à l'abri sous la paille du toit.
Seul, le sombre hibou que la faim aiguillonne,
Fait retentir l'écho de son cri monotone.
Dans cet âpre sentier qui gravit le coteau,
Et court à travers champs au sortir du hameau,
Voyez-vous se glisser une ombre au pas rapide ?
C'est du vieux Esculape un disciple intrépide,
Qui, bravant de la nuit les dangereux frimas,
Va sauver, s'il le peut, un enfant du trépas.
Pour remplir les devoirs de sa rude carrière,
Il a couru le jour de chaumière en chaumière ;
Près des foyers du pauvre ou penché sur son lit,
Il a de tristes maux écouté le récit ;
Mais sa main généreuse a séché quelques larmes,
Sa vue a dissipé de cuisantes alarmes.
Il espérait la nuit un repos mérité :
Non, il doit s'effacer devant l'humanité ;
Il lui faut oublier sa souffrance et sa peine,
Et montrer en tout temps une face sereine.
Un père de famille, accablé de douleur,
Est venu de ses soins réclamer la faveur.
Son enfant jeune encore, objet de sa tendresse,
Et qu'il voyait grandir pour nourrir sa vieillesse,
Est atteint d'un cruel, d'un implacable mal,
Et semble par la mort marqué d'un sceau fatal.
Son œil étincelant reflète l'épouvante ;
Sa respiration est courte et haletante ;
De sa voix expirante on n'entend plus l'accent ;
Sa toux offre un éclat sec et retentissant.
Crispés autour du cou, lamentable spectacle,
Comme pour arracher un invisible obstacle,
Les doigts fendent la peau de leurs ongles sanglants.
D'une froide sueur, les membres ruisselants,
Agités sans merci de mouvements fébriles,
S'épuisent en efforts impuissants et stériles,
Que ne vient point calmer un bienfaisant sommeil.
Des lèvres de l'enfant, le coloris vermeil
Est déjà remplacé par un masque livide.
L'air pénètre en sifflant dans son gosier aride ;
De moment en moment, des accès furieux
Provoquent tout à coup des transports odieux,
Et semblent annoncer que la mort implacable
Va frapper de son glaive, ô douleur effroyable !
Cet être, hier encore, occupé à ses jeux,
Et dont les premiers pas jusque là si joyeux,
Dirigés par la main d'un bienveillant génie
Paraissaient présager la plus heureuse vie.
L'homme de l'art entend ce lugubre récit.
Il reconnaît le croup, ce visiteur maudit,
L'ennemi des enfants, l'épouvante des mères,
Qui fauche sans pitié les têtes les plus chères,
Et du temps, en ce cas, connaissant tout le prix,
Il est prêt aussitôt à quitter son logis,
Pour porter au mourant les trésors de science
Qu'il acquit du travail et de l'expérience.
Ce redoutable mal, prompt à se propager,
Il n'en connaît que trop le terrible danger.
Il peut empoisonner son foyer domestique ;
Il peut y déposer un miasme toxique,
Capable de plonger dans la nuit du tombeau
Son enfant bien aimé, qu'il caresse au berceau ;
Ou bien encore, hélas ! ô misère suprême,
S'il allait être atteint et terrassé lui-même,
S'il lui fallait laisser au hasard du destin
Et sa femme éplorée et son tendre orphelin !
« Marche, noble martyr, lui dit sa conscience
« Le devoir est sacré, marche sans défaillance. »
Approchons avec lui de ce lit de douleur,

Au milieu des parents glacés par la terreur.
Un sang-froid recueilli se peint sur son visage.
Du mal, en un instant, il sonde le ravage ;
D'un profond examen, il n'a point le loisir ;
La mort étend son voile, et vite il faut agir.
Sa main, en un clin d'œil, a fixé la trachée
Et d'un fer acéré soudain il l'a tranchée ;
Puis, appliquant sa bouche avec rapidité,
Il aspire le sang et la mucosité,
Afin de prévenir une mort foudroyante.
Bonheur inespéré ! Cette porte béante
Livre passage à l'air, à cet air bienfaisant
Qui rend bientôt la vie au pauvre agonisant.
L'œil morne et sans éclat, caché sous la paupière,
S'ouvre tout étonné, savoure la lumière ;
D'une douce rougeur le front est empourpré ;
D'un sommeil accablant l'enfant semble tiré,
Et donne à son sauveur un gracieux sourire.
Le bonheur des parents ne saurait se décrire :
Et le cœur débordant de douce émotion,
Heureux d'avoir commis une noble action,
Le médecin s'éloigne en devançant l'aurore,
Prêt au premier appel à revenir encore.
Voyez-le maintenant apporter son concours
A cette jeune épouse implorant son secours.
Pour la première fois sur le point d'être mère,
Sans cesse elle gémit, pleure et se désespère.
En stériles efforts la voyant s'épuiser,
Il l'invite au repos et cherche à l'apaiser :
Puis, sachant à propos aider à la nature,
Il lui présente enfin la chère créature,
Gage de sa tendresse, objet de tous ses vœux
Qui transforme en plaisir ce moment douloureux.

Quand une épidémie à la noire livrée,
Accable sous ses coups une vaste contrée,
Que, cédant aux transports d'une aveugle fureur,
Elle sème partout le deuil et la terreur,
Quand tout un peuple fuit, glacé par l'épouvante,
Le médecin bravant jusqu'au bout la tourmente,
A son poste d'honneur demeure le dernier.
Sans souci de lui-même, aux autres tout entier,
Il se prodigue à tous, ardent, infatigable,
Et puisant sans compter dans son cœur charitable,
Il ne sait qu'inventer pour porter des secours.
Il guérit quand il peut, il console toujours.
Et, dans un noble élan consacré par l'histoire,
Au rang des immortels il se place avec gloire,
En mêlant à son sang, le sang d'un malheureux
Que la peste emportait dans des tourments affreux.

Il faut le suivre aussi sur le champ de bataille ;
Le canon tonne, éclate et vomit la mitraille :
Tranquille et sûr de lui, sous un torrent de fer,
Qui semble s'échapper des forges de l'enfer,
Il panse le blessé qui gît dans la poussière,
Et qui ferme déjà les yeux à la lumière.
Approchant de sa bouche un puissant cordial,
Il espère empêcher le dénoûment fatal.
Et, tandis qu'à genoux, pour sonder la blessure,
Il explore en tous sens d'une main ferme et sûre,
Il reçoit du mourant avec un soin pieux
Et les derniers soupirs et les derniers adieux,
Pour les porter plus tard à l'infortuné père,
Dont le fils succomba sur la terre étrangère.

Quand il veille au chevet de nos soldats blessés,
Quelle sollicitude et quels soins empressés !
Quel bonheur sans pareil se lit sur son visage,
Quand l'un d'entre eux meurtri, brisé dans le carnage,
Recouvrant, grâce à lui, la force et la vigueur,
Peut dès lors au travail demander le bonheur.
Il n'énumère point, fier de son importance,
Les services nombreux rendus par la science.
Des succès obtenus à quoi bon le récit ?
Il panse les blessés, c'est Dieu qui les guérit

N. G.

(Extrait du journal *L'Union médicale*, 4 janv. 1873.)

Soixante et unième année — N° 2 — 8 Janvier 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	70 fr.	Belgique et Luxembourg..	80 fr.
Etudiants	45 fr.	Première Zone...........	95 fr.
Le Numéro..........	2 fr.	Deuxième Zone..........	120 fr.

A travers l'Officiel

Correspondance

Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard, Timsit, (Jules) (engl. spok).
Amélie-les-Bains : Alardo, J. Bouix.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot et Rozet, (*Mais. cur. hélio-mar.*), Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : L. Bertier, Ricoux.
Beausoleil : Andoly.
Biarritz : Clavel Pierre, Lacour.
Boulou (le) : Jean Noguès.
Biskra (Sud-Algérien) : Chatenier (*ophtalm.*)
Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Trotot.
Cannes : Bourgeois-Gavardin, P.-E. Bousquet, P. Houssiaux, Joublot, Makereël, P. Roques (*Y. O. R. L.*), Monod, R. Stauder.
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-plage : E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chamonix : de Chabanolle.
Ciboure : P. Sousbielle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Brody, Chaumet, Wetterwald.
Hyères : Fohanno, Valmyre, Verrier.
Jougne : P. Charlin.
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (*chir.*), A.E. Lévy (*gynéc.*)
La Seyne : Grandjean, J.-M. Jaubert, Makereël.
Magagnose-de-Grasse : Gordon.
Mégève (Hte-Sav.) : M. Grenet, Jacqueline Grenet.
Menton : Camaret, P. de Lengenhagen, Paul Ray.
Mont-Dore : Debidour.
Monte-Carlo : S. Vivant.
Nice : Bernard, Brouxel (*Chir.*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Dormoy, Drapier, M. Faure, Gazzola, Gaudichon (*O. R. L.*), Guerry, E. Guérin, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Larue, Le Geard, (*mal. nerv.*) Lelongt Max, Liotard, Malaussène, (*Pn. art.*), Nafilyan, Nicolas, Phipps (*derm.*), Piettri, Rouvière, Sineau (*acc.*), Trutié de Vaucresson (*chi. acc.*), Vizerie.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, J. Lorber.
St-Didier : A. Masquin.
Ste-Maxime-sur-Mer : Bausset, Ficonetti.
St - Raphaël - Valescure : Bouile (*Gyn. v. u.*), Léon Clément, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux de Laroque, Tridon.
Sanary-sur-Mer : P. Gaillard.
Saujon : Dubois.
Toulon : Jamin (*chir.*)
Vernet-les-Bains : Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.
Villard-de-Lans : Bassage (*Mal. des enf.*), Hérault (*mal. enf.*), Suau (*Mal. enf.*)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Nº 10. — Étud. en méd. cherche remplacem. soit interne, sana, clinique, soit aide médec. âgé ou surmené.

Nº 11. — Infirmière 23 ans, chirurg., très au cour., salle opér. et stéirlis., diplôm. Etat, sér. référ. demande situat. clin. chirurg. S'ad. Dr Richard à Montoir-sur-Loir (L.-et-C.)

Nº 12. — Interne St-Lazare, au cour. méd. génér., pet. chirurg., nombr. remplacem., ferait remplacem. Paris ou banlieue.

Nº 13. — 75 km. Paris. Poste méd. génér. gros rapport, ch.-lieu cant., à céder de suite 150.000 tout compt. Install. méd. dans magnif. propriété à louer ou à vendre.

Nº 14. — Jne femme, très bonne secrét. sténotyp. parlant franç., espagnol, anglais, ayant été pendant 10 ans secrét. de chirurg. connu, cherche situation.

Nº 15. — Chirurgien retour Orient. cherche poste chirurg. à créer ou en associat. Paris ou banlieue.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

CABINET BREITEL ET GORET

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

35 kil. Paris. Joli pays bien desservi. Très grosse client. Méd. gle, accchts, petite chirurgie. Superbe instal. Prix 160.000.

Banl. St-Lazare. A céd. raisons santé, anc. client. bon rapport à aug. habit. conf. Prix 70.000.

Normandie. Belle client. tenue 30 ans par céd. Seul médecin. Indemn. 30.000, 1/2 cpt.

Côte d'Azur. Cause santé, client. sûre datant de 35 ans, site et climat except. rap. moyen, sans aucune fatigue. Maison conf. avec jardin. Prix 35.000, 25.000 cpt.

Renseignements

Grasse. " La Brise " : Air, soleil, repos, régimes. Dr Borg.

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Rendre un médicament agréable, c'est en doubler la valeur thérapeutique, car l'estomac qui l'accepte bien le digère mieux. Dans toutes les dyspepsies, donner des TABLETTES DE MANGAÏNE, c'est guérir vite et agréablement. Sucer 4 à 6 TABLETTES DE MANGAÏNE, par jour.

Héliothérapie. Maison santé Héllos. Dr Brody, Grasse.

ORTHO, **6, Boulevard du Temple, Paris.** Ceintures, bas, bandages, gaines, lits mécaniques, etc. Médecins et clients sont toujours satisfaits.

Établissement hydrominéral du Boulou. Foie, Voies biliaires, Maladies coloniales. Ouvert toute l'année. Renseign. : Dr Noguès, Le Boulou (Py.-Or.)

Les médecins, spécialistes ou non, les préventoria, mais. d'enf., qui s'intéress. à la rééducat. sont priés s'adress. au Dr Jullien, à Joyeuse (Ardèche).

A propos du livre : On peut tuer ton enfant

En réponse à notre article paru le 25 décembre 1938, page 3267, nous recevons la lettre suivante :

Paris, le 27 décembre 1938.

Monsieur le Directeur du « *Concours Médical*,

Je suis extrêmement surpris de lire, dans votre journal du 25-12-1938 (page 3267), un petit article signé de vous et ayant tendance à dire que je suis de mauvaise foi. C'est, d'ailleurs, la première fois de ma vie que l'on ose me dire cela !

J'estime, au contraire, que, dans mon dernier livre intitulé : « On peut tuer ton enfant » (livre dont je vous ai aussitôt envoyé un exemplaire, il y a déjà deux mois), j'ai été extrêmement chic envers vous, car je n'ai guère cité de vous que le passage où vous disiez que « la contrainte était un mauvais procédé » et que vous préfériez que cette vaccination (par la spécialité d'un laboratoire, nommée anatoxine) restât facultative (idée qui était le seul but de mon livre, donc d'accord avec vous).

Si, en effet, j'avais cité votre phrase : « Et nous sommes tellement convaincus *de l'innocuité* et de l'efficacité de cette vaccination... etc. », j'aurais été dans la juste obligation de faire suivre cette citation du texte des deux lettres suivantes, qui vous contredisaient effroyablement... :

1° La lettre que le *Concours Médical* a osé écrire au Docteur Verrier, son abonné depuis trente ans, en lui refusant l'insertion de l'article relatant la néphrite post-anatoxinique de son enfant. En voici le texte intégral :

« Paris, le 15 juin 1938,

« Mon cher confrère,

« Notre directeur, le Docteur Noir, me remet votre « lettre et votre manuscrit sur la vaccination anti- « diphtérique. J'ai dû prendre l'avis du Comité de « Rédaction ; et je suis chargé de vous dire qu'une « loi étant votée, il serait inopportun pour l'instant « de paraître mettre obstacle à son application en « publiant des cas malheureux = C'est trop tard... « ou trop tôt. En tout cas, vous pourriez les com- « muniquer au Docteur Ramon, sous-directeur de « l'Institut Pasteur.

« Quant à votre manuscrit, il ne rentre pas dans « le cadre de notre Journal, car celui-ci n'est pas « une « Revue », la « Revue » étant réservée à ce « genre de travaux, — car encore son étendue est « beaucoup trop grande, et absorberait la plus « grande partie d'un numéro, ce qui risquerait de « fort déplaire à nos lecteurs.

« Avec tous mes regrets, je vous prie, mon cher « confrère, d'agréer mes sentiments confraternels.

Signé : Docteur Fischer, Rédacteur en chef.

(Copie textuelle d'après photographie de cette lettre).

2° La lettre que le *Concours Médical* a osé m'écrire en me renvoyant par lettre recommandée une observation de mort après anatoxine, dont je demandais l'insertion. En voici le texte intégral :

« Paris, le 29 juin 1938,

« Mon cher confrère,

« Le Docteur Noir a soumis au Comité de Rédac- « tion votre lettre et votre article évidemment très « intéressant. Je suis chargé de vous dire que nous « ne pouvons, le jour où une disposition législative « vient d'être promulguée, en prendre aussitôt le « contre-pied dans notre Journal.

« Vous rappelez-vous d'où est sortie la campa- « gne contre le B. C. G. ? Tout simplement d'une « communication à la Société de pédiâtrie ? Pour- « quoi ne pas employer la même méthode ?

« Tous mes regrets et mes excuses, mon cher con-
« frère, avec mes sentiments bien dévoués.

Signé : Docteur Fischer, Rédacteur en chef.

(copie textuelle également).

Si vous le désirez, je ferai paraître dans une édition ultérieure le texte que vous me reprochez aujourd'hui d'avoir négligé, mais seulement en le faisant suivre de la photographie des deux lettres ci-dessus.

Et n'y a-t-il pas eu encore d'autres confrères à qui vous avez refusé tout article relatant des accidents d'anatoxine ? Est-ce là ce que l'on appelle de l'information scientifique impartiale ?...

J'ajoute que, si vous aviez inséré l'article du Docteur Verrier et le mien, d'autres confrères auraient ensuite envoyé à leur tour des observations d'accidents au *Concours Médical*, c'est probable, et c'est ce que vous craigniez, il me semble, beaucoup...

C'est cette impossibilité d'insérer dans un journal médical des plus lus qui m'a finalement forcé à écrire ce dernier livre (au lieu de prendre des vacances comme les autres !...) Vous êtes donc un des principaux responsables de sa rédaction et de sa parution.

Je l'ai, d'ailleurs, écrit en toutes lettres, page 77, dans une phrase qui devait être claire pour vous, sans vous attaquer publiquement, chose qui m'eût été fort désagréable :

« Et, c'est justement, les refus de publier opposés par tant de journaux médicaux, qui me donnent, *malgré moi*, l'obligation morale d'écrire ce livre. »

Je ne méritais certainement pas, de votre part, un tel remerciement pour une attitude qui était presque de la faiblesse envers vous...

Me trouvant mis en cause d'une façon que je trouve, de plus, injurieuse dans votre dernier article, je vous prie d'insérer la présente lettre recommandée, dans un très prochain numéro, à titre de « droit de réponse » et sans en changer ni supprimer un seul mot.

Veuillez agréer, mon cher confrère, mes civilités.

Docteur Paul CHAVANON.

Chargé de l'Enseignement O. R. L.
de l'Ecole française d'homœopathie

Nous prions nos lecteurs de se reporter à l'article que nous avons publié et de juger en toute impartialité.

J. NOIR.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Le Conseil d'administration de la Mutualité Familiale se réunira le mardi 24 janvier 1939, à 15 heures.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** *Leçon inaugurale.* — M. le Professeur Henri MONDOR, professeur de pathologie chirurgicale, fera sa leçon inaugurale le vendredi 20 janvier 1939, à 18 heures, au grand Amphithéâtre de la Faculté.

— **Ecole française de stomatologie,** 20, passage Dauphine, 30, rue Dauphine et 27, rue Mazarine, Paris-VIe. — *Cours et conférences publics et gratuits,* salle des conférences de l'Ecole, à 18 heures :

Les mercredis (Pathologie chirurgicale) 11 janvier : Diagnostic des adénopathies cervicales chroniques (Docteur HENAULT) ; 18 janvier : Le cancer de la langue (Docteur VRASSE) ; 25 janvier : Les épithéliomas du maxillaire inférieur (Docteur CERNEA) ; 1er février : La tuberculose des maxillaires (Docteur CHAPUT-COURIER) ; 8 février : Les sinusites maxillaires d'origine dentaire (Docteur LATTÈS) ; 15 février : Les métaux employés en prothèse dentaire (Docteur GUILLY) ; 22 février : Quelques remarques sur la technique des extractions dentaires (Docteur MARIE) ; 1er mars : Les fractures de l'étage moyen de la face (projections) (Docteur DARCISSAC) ; 8 mars : Les ostéophlegmons mandibulaires (Docteur CROCQUEFER).

Les vendredis (Pathologie médicale) 13 et 20 janvier : Les traitements de la pyorrhée alvéolaire (Docteur R. VINCENT) ; 27 janvier : Les accidents de première dentition (Docteur CAUHEPE) ; 3 février : Du rôle des vitamines en pathologie bucco-dentaire (Docteur FRIEZ) ; 10 février : Les affections bucco-dentaires au cours de la grossesse (Docteur OMNÈS) ; 17 février : Les ulcérations de la langue (Docteur THIBAULT) ; 24 février : Les stomatites ulcéro-membraneuses. Leurs traitements (Docteur RAISON) ; 3 et 10 mars : Les dystrophies dentaires de la syphilis héréditaire (Docteur LEBOURG).

— **Société de médecine de Paris.** — Le Docteur Bécart, secrétaire général, informe que les séances de la Société de médecine de Paris auront lieu, aux dates suivantes, en 1939, 60, boulevard de La Tour-Maubourg, à 17 heures (grand amphithéâtre) : vendredi 13 janvier ; samedi 28 janvier ; vendredi 10 février ; samedi 25 février ; vendredi 10 mars ; samedi 25 mars ; vendredi 14 avril ; samedi 29 avril ; vendredi 12 mai ; samedi 26 mai ; vendredi 9 juin ; samedi 24 juin ; juillet, août, septembre, pas de

séances ; vendredi 13 octobre ; samedi 28 octobre ; vendredi 10 novembre ; samedi 25 novembre ; vendredi 8 décembre ; samedi 23 décembre.

Des questions intéressant les praticiens seront traitées au cours des séances auxquelles tous les médecins sont cordialement invités.

— **Le Centre de formation des cadres de Colonies de vacances et d'Œuvres de loisirs éducatifs pour la jeunesse** organise pour la troisième fois à Paris une Session de cours et exercices pratiques destinés aux éducateurs.

Cette Session s'adresse en particulier aux élèves des Ecoles de Service social, aux infirmières et assistantes sociales, aux chefs et cheftaines de scoutisme, aux dirigeants de Patronages de jeunes gens et de jeunes filles, aux instituteurs et institutrices des écoles laïques et libres. La matière des cours porte essentiellement sur la technique pédagogique et sur les activités récréatives communes à toutes les catégories d'œuvres.

L'enseignement est coordonné par M. Jacques Guérin-Desjardins, directeur du département social des automobiles Peugeot, membre du Comité consultatif des Colonies de vacances auprès de M. le ministre de la Santé publique. Parmi les instructeurs, citons : M. Véron, professeur à l'Ecole alsacienne ; M. Georges Bertier, directeur de l'Ecole des Roches ; Mlle Levasseur, commissaire fédérale des Éclaireurs de France ; Mlle Gruny, bibliothécaire de la Ville de Paris ; Mme Léon Daum, de la Fédération des patronages de jeunes filles ; M. l'Abbé Viollet, fondateur des Œuvres du Moulin Vert ; M. André Rolland, des Éclaireurs unionistes ; M. Pierre Deffontaines, agrégé de l'Université, etc...

Cours théoriques le mardi soir, du 17 janvier au 18 avril. Cours pratiques les samedis et dimanches du 4 mars au 17 juin. Abonnement : 100 francs.

Les inscriptions sont reçues au Comité d'entente « Natalité-Famille-Education », 31, rue Guyot, Paris (XVII[e]). Tél. : Carnot 68-55.

— **Institut d'hygiène industrielle et médecine du travail.** *Préparation au diplôme d'hygiène industrielle et médecine du travail.* — Le cours de pathologie du travail du Professeur Duvoir commencera à l'Institut médico-légal le 13 janvier 1939. Les travaux pratiques de toxicologie auront lieu à la Faculté de pharmacie (Laboratoire du Professeur Fabre), à partir du 20 janvier.

Le cours d'hygiène industrielle (M. Heim de Balsac) sera fait pendant le semestre d'été à la Faculté de médecine.

Droits : 630 francs. Inscriptions au secrétariat de la Faculté.

— **Anthologie** : LE MÉDECIN. — La pièce de vers publiée sous ce titre dans notre numéro du 1[er] janvier, page 35, extraite de *l'Union médicale* du 4 janvier 1873, nous a été adressée par notre distingué confrère, le Docteur H. PERREAU, d'Ivry-sur-Seine,

que nous remercions très cordialement de l'intérêt qu'il porte au journal. J. N.

— **Hôpitaux de Limoges.** — Le Docteur Jean VINCENT, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, professeur suppléant à l'Ecole de médecine, a été nommé à la suite d'un récent concours chirurgien suppléant de l'hôpital général à dater du 1er janvier 1939.

— **Hôpitaux de Montpellier.** *Externat.* — Les épreuves du concours d'externat de 1938 se sont terminées le 16 novembre.

JURY : M. le Professeur Margarot, président ; MM. Etienne, Lamarque, professeurs ; P. Rimbaud, agrégé.

SUJET DES ÉPREUVES : 1° *Epreuve écrite d'anatomie* : *a*) Muscle sterno-cléido-mastoïdien ; *b*) Innervation sensitive de la main ; *c*) Uretère pelvien ; *d*) La cinquième vertèbre lombaire. — 2° *Epreuve écrite de physiologie* : Fonction glycogénique du foie. — 3° *Epreuve orale de séméiologie* : Séméiologie des souffles systoliques de la pointe. — 4° *Epreuve orale de petite chirurgie* : Technique de la ponction lombaire.

A la suite de ce concours ont été proposés : 1° *Externes titulaires* : MM. Yves Guerrier, Fernand Boyer, Pierre Laval, Georges Vallat, Emmanuel Ponsoye, Pierre Viallat, Mlle Madeleine Portes, MM. Célestin Bringer, Etienne Boissier, René Crassous, André Pineau, Paul Daudé, Louis Bertrand, Robert Graafland, René Bluche, André Biscaye ; 2° *Externes provisoires* : MM. Guy Verdier, Sylvio-Rosso, Louis Brunel, Guy Perrier, Joseph Fabre, de Morthon, Pierre Descous, Jean Cavaillé, Georges Allos, Alphonse Veyrier, Jacques Salager, Jean Guillaud, Mlle Edith Nougaret.

— **Naissance.** — Simone CAMBIÈS est heureuse de vous annoncer la naissance de sa sœur *Marie-Jose.*

Chatel-Guyon (villa Vélasquez), 20 novembre 1938.

Nos sincères compliments au Docteur et à Madame Cambiès.

— **Nécrologie.** — Nous apprenons avec regret la mort de M. Emile NOEL, ancien pharmacien à Cosne, décédé le 17 décembre 1938.

Il était le père du Docteur Henry Noël, du Parc-Saint-Maur, à qui nous adressons l'expression de notre douloureuse sympathie.

— **Æsculape.** — *Sommaire du numéro de décembre 1938* : La Tentation de saint Antoine (1 illustration). — Deux scènes d'infirmerie au XVIIIe siècle, par le Comte F. DE RILLY (2 illustrations). — Deux Herbiers manuscrits du XVe siècle au Musée Wellcome de Londres, par P. JOHNSTON-SAINT, M. A., F. R. S. E., conservat. du Wellcome Histor. Medical Muséum de Londres (6 illustrations). — La Mort et le chef d'Armée, dessin de GAROFALINI (1 illustration). — Une « Grande Malade » : Pauline Bonaparte, Princesse Borghèse, par le Docteur Henri PARLANGE (10 illustrations). — La Déesse Crétoise aux Pavots (2 illustrations). — Table des Matières 1938. — Supplément (4 illustrations).

A TRAVERS L'OFFICIEL

Hygiène publique

Décret du 13 décembre 1938 portant organisation en Algérie des Inspections départementales d'hygiène et des Bureaux municipaux d'hygiène

Art. 1er. — Le décret-loi du 30 octobre 1935 portant organisation des Inspections départementales d'hygiène et des Bureaux municipaux d'hygiène est applicable à l'Algérie, sous les réserves ci-après :

« Les pouvoirs de nomination appartenant en France au ministre de la Santé publique sont exercés en Algérie par le Gouverneur général.

« Celui-ci peut, par arrêtés, procéder à la création des Bureaux d'hygiène intercommunaux placés sous l'autorité directe du Préfet ou étendre les attributions du Bureau d'hygiène d'une commune à d'autres communes ne formant avec la première qu'une seule et même agglomération. Ces arrêtés seront pris après avis du Conseil départemental d'hygiène et de la Commission consultative permanente du Conseil supérieur de la santé publique. »

Art. 2. — Un décret pris sous les contreseings du ministre de l'Intérieur et du ministre de la Santé publique fixera les conditions d'extension à l'Algérie du règlement d'administration publique pris pour l'application du décret-loi du 30 octobre 1935, et notamment le statut des inspecteurs départementaux d'hygiène et des directeurs de Bureaux d'hygiène. (*J. O.*, 20 décembre 1938.)

Légion d'honneur

Sont promus ou nommés dans la Légion d'honneur, au titre du ministère de la Santé publique :

Commandeur: M. le Professeur Ramon, sous-directeur de l'Institut Pasteur.

Officiers : MM. les Docteurs Aimard, de Vichy ; Binet, Dubar et Ruaud, de Paris.

Chevaliers : MM. les Docteur Basse, d'Epinal ; Crémieux, de Marseille ; Maury, de Florac (Lozère) ; Richaud, de Bulgueville (Vosges).

Enseignement de la médecine

Rectificatif au décret portant ouverture d'un concours d'agrégation de médecine, publié dans le numéro du 4 décembre 1938.

Rectificatif au *Journal Officiel* du 16 novembre 1938 : page 13015, 1re et 2e colonne, article 2, section XIV, Pharmacie, au lieu de : « Marseille, une place ; Bordeaux, une place ; Lille, une place », lire : « Marseille, une place, Lille, une place » ; article 3, avant : « Section II, Histologie et embryologie : Lyon, une place ; Strasbourg, une place », lire : « Section I,

Anatomie et organogenèse : « Marseille, une place » ; Section XIV, Physiologie, au lieu de : « Bordeaux, une place », lire : « Bordeaux, deux places » ; article 4, au lieu de : « est également mise au concours une place dans la section de physiologie à l'école supérieure de médecine et de pharmacie d'Hanoï », lire : « sont également mises au concours, une place dans la section de physiologie et une place dans la section de médecine générale, option anatomie pathologique, à l'Ecole supérieure de médecine et de pharmacie d'Hanoï ».

Réponse d'un ministre à la question d'un parlementaire

Les médecins propharmaciens n'ont pas le droit de vendre des médicaments conditionnés spécialement pour eux

7.585. — M. Morane demande à M. le ministre de la Santé publique : 1° si les médecins dits « propharmaciens » autorisés à délivrer des médicaments à certains de leurs clients, ont le droit de prescrire et de fournir des produits médicamenteux ou de régime conditionnés à l'avance spécialement pour eux, et dont la fourniture est rigoureusement refusée aux pharmaciens, ce qui empêche ceux-ci de pouvoir exécuter ou renouveler les ordonnances qui leur sont présentées ; 2° si cette façon d'agir de la part des « propharmaciens » n'est pas en contradiction avec le décret du 17 juin 1938, qui interdit aux médecins, en général, de percevoir toute ristourne directe ou indirecte sur les produits qu'ils prescrivent. (*Question du* 26 *novembre* 1938.)

Réponse. — Le troisième alinéa de l'article 1er du décret-loi du 17 juin 1938, paru au *Journal Officiel* du 29 juin, page 7513, a formellement prohibé la vente de médicaments réservés d'une manière exclusive aux propharmaciens. Dans ces conditions, les propharmaciens ne doivent pas pouvoir trouver lesdits médicaments, et, en tout état de cause ne peuvent pas les vendre.

(*J. O.*, 16 décembre 1938.)

LÉGION D'HONNEUR

Par décret du 30 décembre 1938 (sans traitement) les militaires des réserves dont les noms suivent sont promus :

Au grade de commandeur

Debeyre, méd. col., 1re rég. ; Delherm, méd. lieut.-col., 17e rég.

×

Par décret du 30 décembre 1938 est promu *au grade de commandeur* dans l'ordre national de la Légion d'honneur (sans traitement), au titre de la loi du 3 août 1936, article 3, l'offici er dont le nom suit :

Guillot, méd. command. honoraire.

Voir la suite page LIX-113

PROPOS DU JOUR

LE MALAISE MÉDICAL ACTUEL

La grande misère des médecins de la région parisienne. A la recherche des moyens d'y remédier

La crise médicale s'aggrave. L'accroissement progressif du nombre des médecins en est la principale cause. Cela ne date pas d'aujourd'hui et il nous serait facile de démontrer que les plaintes à ce sujet remontent au moins à un siècle.

La France ne paraît pas uniquement frappée ; il en est un peu de même dans tous les pays civilisés. Mais, depuis la grande guerre, la situation économique des médecins dans certaines régions en France, en particulier dans les grandes villes, devient intolérable.

Nous avons entendu des conférenciers affirmer, en se basant sur des documents fournis par le Bureau de statistique universitaire de la Sorbonne, que si les médecins étaient en surabondance à Paris, ils manquaient dans certaines régions. En un mot la crise médicale tiendrait moins au surnombre des médecins qu'à leur mauvaise répartition. Il y a sans doute quelque chose d'exact dans cette affirmation, mais les statisticiens devraient pousser plus loin leurs enquêtes et rechercher pourquoi certains pays sont dépourvus de médecins. Ils se rendraient facilement compte que c'est parce que, en menant une vie extrêmement pénible, le praticien n'arriverait pas à y gagner sa vie.

Mais rien ne sert de discuter là-dessus, il faut établir le bilan exact de la situation dans la région la plus éprouvée, le département de la Seine, puis rechercher les moyens d'y remédier. On ne rendrait pas seulement service aux médecins parisiens s'ils étaient efficaces mais à tous les praticiens de France.

***

Le département de la Seine compte d'après le dernier recensement : 4.962.967 habitants, soit 2.829.746 pour la Ville de Paris et 2.133.221 pour les communes de la banlieue. Or 6.849 docteurs en médecine y exercent ; ce qui fait environ 1 médecin pour 728 habitants. En divisant ces 728 habitants en familles de 4 personnes, nous trouvons qu'un praticien peut avoir en moyenne 182 familles à soigner. Comme *au grand minimum* un médecin ne peut vivre à moins de 4.000 francs par mois à Paris, il faudrait que 280 francs soient inscrits dans le budget annuel des 182 familles qui formeraient en moyenne sa clientèle. Nous supposons que le médecin ne soit pas chargé de famille et que son foyer soit géré avec la plus stricte économie. Si nous considérons qu'à la rigueur 48.000 francs peuvent lui suffire, nous jugeons cette somme tout à fait insuffisante. Le Docteur Chapon avait établi en 1912 le budget d'un praticien parisien, célibataire, réduit à l'extrême simplicité, il s'élevait à 7.030 francs. Comme nous sommes bien au-dessous de la réalité en faisant remarquer qu'il faut multiplier ce nombre par 10 pour avoir son équivalent en francs actuels, nous obtenons 70.300 francs qui est loin des 48.000 francs que nous attribuons au praticien d'aujourd'hui.

Mais ce n'est pas tout ; si encore chaque praticien de la Seine était certain de compter sur 182 familles à soigner lui apportant chacune 280 francs, il pourrait en s'imposant beaucoup de privations à lui et aux siens, s'en tirer. Mais la moitié de ces familles doit être rayée de sa clientèle. Il y a d'abord les indigents et les nécessiteux, puis tous ceux (et ils sont de plus en plus nombreux) qui ont recours aux hôpitaux et aux dispensaires. 16.843 lits d'hôpital et 18.293 lits d'hospice, soit 35.036 lits sont mis par l'Assistance publique de Paris à la disposition de la Ville et de sa banlieue. Il est des institutions comme les Sourds-muets, les Jeunes aveugles, les Quinze Vingts, comme l'Hôpital Henri Rousselle de prophylaxie mentale, qui ne dépendent pas de l'Assistance Publique. Il convient d'y ajouter les hôpitaux libres. Certains comme l'Hôpital Saint-Joseph, l'Hôpital Rothschild, l'Hôpital Léopold Bellan, l'Hôpital Foch, l'Hôpital Pasteur, etc., ont une certaine importance. Dans la banlieue, signalons l'Institut du cancer de Villejuif, l'Hospice Paul Brousse, l'Hôpital franco-musulmau, l'Hôpital de Neuilly et bien d'autres. Dans chacun de ces hôpitaux publics et privés des consultations de médecine et de chirurgie et de toutes les spécialités sont régulièrement données. Tout cela n'empêche pas le fonctionnement de nombreux dispensaires. Certains, comme l'Institut Prophylactique du Docteur Arthur Vernes, comme les dispensaires de la Ligue nationale contre le péril vénérien, drainent tous les vénériens, à tel point que les praticiens ne soignent plus de syphilis récentes, primaires ou secondaires, ni de blennorrhagies.

L'Office public départemental d'Hygiène sociale et ses nombreux dispensaires, attirent les tuberculeux. L'Institut municipal d'Electro-radiologie fait double emploi avec nombre de services hospitaliers, merveilleusement installés et outillés. Ces œuvres sont reconnues d'utilité publique et subventionnées. Ce n'est pas exagéré d'estimer qu'avec les hôpitaux, elles réduisent de moitié la clientèle du médecin.

Malgré le désordre et l'anarchie qui règnent dans la répartition de ces formations sanitaires nous ne voudrions pas affirmer qu'elles ne sont pas utiles. A notre époque de crise écnomique, il n'y a pas que les indigents qui méritent d'être

s ecourus, il y a beaucoup de personnes qui gagnen leur vie ou possèdent une modeste mais suffisante aisance qui ne peuvent faire les frais qu'exige une longue maladie, qui ne sauraient honorer le chirurgien ou le spécialiste après une intervention importante, qui ne peuvent s'assurer des traitements coûteux, des examens radiologiques répétés, des recherches de laboratoires. Tous les malades de ce genre ont droit à l'aide qu'ils vont chercher à l'hôpital ou au dispensaire. Mais à côté de « ces économiquement faibles », combien de gens très aisés, même riches, s'adressent sans vergogne aux œuvres d'assistance. Ils y recourent avec d'autant moins de scrupule qu'ils payent et se figurent que c'est suffisant pour couvrir les frais qu'ils engagent. Ils savent d'autre part que les œuvres auxquelles ils ont recours, sont subventionnées par la Ville, le département et même l'Etat et ils sont des électeurs et des contribuables.

Devant cette situation qui a pour résultat la ruine des praticiens des grandes villes, en attendant qu'elle frappe les médecins de la campagne, il est urgent de chercher à y remédier.

On a proposé plusieurs moyens de parer à cet état de choses. La limitation du nombre des étudiants au P. C. B. aurait l'avantage sur une sévérité excessive des épreuves du doctorat de ne pas laisser s'engager des jeunes gens dans une profession qu'ils ne pourraient exercer et de créer des désaxés enclins à exercer illégalement. Cette limitation pourrait s'effectuer par un concours analogue à celui d'entrée des Ecoles vétérinaires ou de l'Ecole Centrale. Mais pour les médecins, il serait à craindre que la répartition continuât à être mauvaise et que les villes restâssent encombrées tandis que les campagnes pauvres seraient encore plus dépourvues.

Un de nos correspondants proposait la création de nombreux postes coloniaux. Il faisait remarquer qu'on pourrait doter notre empire colonial, peuplé de 100 millions d'habitants environ, d'un important service de santé qui résorberait l'excès de médecins qui exercent en France.

Nous avions songé, aux avantages de la médecine coloniale dans ce but et l'on pourrait trouver dans ce journal de nombreux articles (1) à ce sujet. Après nous être sérieusement documentés, nous avons pu nous convaincre que le profit que l'on pourrait tirer de la médecine aux colonies serait illusoire. Rares sont les villes de nos colonies où l'exercice libre de la médecine pourrait être fructueux, et ces villes sont suffisamment pourvues de praticiens. Les médecins contractuels et les médecins de l'Assistance indigène sont difficiles à recruter. Dans certaines colonies, l'Administration est obligée d'avoir recours à des médecins de l'armée coloniale dont le séjour dans la même région est de peu de durée. En outre pour bien remplir les fonctions de médecin dans nos colonies, il faudrait connaître la langue et les mœurs des indigènes, Aussi a-t-on créé l'Ecole de médecine d'Hanoï, les Ecoles de médecine indigènes de Pondichéry, de Tananarive et de Dakar pour instruire des médecins indigènes. Bien encadrés par des médecins français, ils remplissent les fonctions sanitaires ambulantes dans leur pays.

Comme dernière ressource, et celle-là radicale, certains jeunes médecins ont proposé comme pis-aller, la fonctionnarisation des médecins.

Il serait créé un Corps de santé civil. Ce corps de fonctionnaires, chargés de tous les services publics, serait mis par l'Etat à la disposition des populations. Il pourrait coexister avec un Corps médical libre. Il se passerait pour l'exercice de la médecine, ce qui se passe pour l'enseignement. Ne voit-on pas des institutions libres enseigner aux enfants et aux jeunes gens à côté des écoles, collèges et lycées communaux ou nationaux ? Ce Corps de santé nécessiterait une sorte de hiérarchie ; les médecins des hôpitaux importants qui seraient débarrassés du souci de la clientèle et, suffisamment payés, pourraient se livrer en toute sérénité aux recherches scientifiques.

Aucune de ces solutions ne nous satisfait et pour notre compte nous préférerions que la profession médicale ne perdît pas son caractère libéral et que sous le contrôle de ses syndicats, elle organisât des sociétés de coopération. Chacune de ces sociétés pourrait gérer des maisons de soins plus ou moins importantes, dotées d'un outillage suffisant. Nous avons développé ce projet, il y a bien des années, mais nos confrères ne nous ont pas compris. Ils attendent toujours le secours du Parlement et de l'Etat, ne se rendant guère compte que, s'ils l'obtiennent, ils y perdront leur liberté.

***

Pour pallier à la concurrence des hôpitaux et des dispensaires qui actuellement réduit à la misère les praticiens de la région parisienne, nous proposerions les mesures momentanées suivantes qui auraient l'avantage de permettre aux malades dépourvus de ressources suffisantes d'obtenir les secours thérapeutiques dont ils ne pourraient supporter les frais. Il faudrait tout d'abord obtenir la suppression des consultations externes ; seules celles des Bureaux de bienfaisance seraient maintenues, exclusivement pour les indigents. Quand la nécessité de la consultation d'un maître, d'un spécialiste serait jugée nécessaire pour le malade qui ne pourrait en faire les frais, le médecin habituel du malade le signalerait sur une ordonnance. Le malade serait alors admis à l'hôpital et une enquête sérieuse serait alors faite sur ses ressources. D'après le résultat de l'enquête, le malade serait soigné dans le service hospitalier ou renvoyé avec une consultation écrite à son médecin habituel. Selon l'importance de ses ressources, l'hôpital prélèverait tout ou partie des frais occasionnés par le traitemet,.

Nous prévoyons la foule d'objections qu'on pourrait faire à cette solution. Il pourrait se produire encore bien des abus et nous ne nous faisons pas d'illusion sur la difficulté des enquêtes, et leur valeur, mais la perfection ne saurait exister et nous pensons que ce serait réalisable.

J. Noir.

(1) Voir *Concours Médical* de 1925, 1926, 1927, 1928

PARTIE SCIENTIFIQUE

LE TRAITEMENT DES FRACTURES DU COL DU FÉMUR CHEZ LES PERSONNES AGÉES

Par M. Raphaël MASSART

Les progrès thérapeutiques réalisés, depuis quelques années, dans le traitement des fractures du col du fémur, permettent actuellement d'obtenir une consolidation osseuse du col fracturé quelle que soit la variété de la fracture. On rend ainsi une vie active normale, à des malades dont un grand nombre jadis, mouraient ou restaient infirmes. Les bons résultats sont aujourd'hui nombreux, entre les mains des chirurgiens qui s'occupent spécialement des lésions ostéo-articulaires, ils méritent d'être mieux connus, des praticiens, dont quelques-uns vivent encore avec l'idée que la fracture du fémur, lorsqu'elle brise le col en son milieu ou au voisinage de la tête, laisse une infirmité durable.

Si les variétés intertrochantériennes ou basicervicales correspondant aux fractures extracapsulaires des classiques se réparent bien par des moyens simples (car elles sont souvent engrenées) les formes intracapsulaires s'accompagnant de gros déplacements sont celles que nous aurons uniquement en vue dans cet article.

Il faut savoir que l'extension continue est un moyen de traitement insuffisant, qu'elle est responsable de bien des complications mortelles et que le traitement d'une *fracture intracapsulaire du col du fémur* réclame, dès qu'elle s'est produite, l'intervention d'un spécialiste compétent.



FIG. 1.— Vue en coupe des fragments déplacés dans les fractures transcervicales du col.

Les surfaces cruentées ne sont plus en regard, et la réparation ne peut se faire.

Les deux principes sur lesquels est basé le traitement actuel résultent : *pour la réduction de la fracture* des travaux de R. Whitman : *pour la contention des fragments* des travaux de Pierre Delbet, repris et améliorés par Smith Petersen et tous les auteurs qui se sont attelés au problème assez complexe, de l'enclouage des fragments réduits.

A) LA RÉDUCTION DES FRAGMENTS DU COL DÉPLACÉS a été admirablement codifiée par R. Whitman et on peut dire que c'est à la suite de ses travaux que nous avons commencé à obtenir des réparations osseuses et que la bonne réduction a rendu possible et pratique le vissage ou l'enclouage des fragments.

Dans une fracture intracapsulaire du col du fémur, le déplacement est toujours le même, les deux fragments soit immédiatement, soit dans les jours qui suivent, perdent le contact et se séparent, sollicités par les tractions et les actions des tendons, des muscles et des ligaments qui prennent sur eux des insertions (Cf. *figure* 1).

Plus on attend pour réduire, plus le déplacement devient important, et je fais toujours, dans les malades que je soigne, une discrimination entre les *fractures fraîches* que je vois au moment de l'accident ou dans les heures qui suivent, fractures qu'il est possible de bien réduire aussitôt et *les fractures qui datent déjà de quelques jours*, quelquefois plus, pour lesquelles on a perdu un temps précieux en tergiversations, en déplacements chez le radiographe et qui de ce fait, ont subi des déplacements importants qu rendront la réduction plus difficile.

Nous devrons prendre l'habitude lorsque nous diagnostiquons, chez une malade une fracture du col, de la remuer le moins possible, et de faire *la radio dans son lit*, ce que nos appareillages rendent actuellement commode.

La radiographie prise de face et de profil est nécessaire, pour permettre de se rendre compte exactement de la variété de la fracture et de la position des fragments.

La réduction d'une fracture du col doit être faite sous anesthésie, anesthésie légère pour laquelle un lavement de tribromo-ethanol (Avertin ou Rectanol) suffit ou ce que nous préférons actuellement deux piqûres espacées d'un mélange de scopolamine morphine éphédrine (Duna 21 ou Scophédal).

La réduction doit toujours être pratiquée sur une table orthopédique, c'est pour ne l'avoir pas fait que Delbet a vu sa méthode connaître des échecs et des résultats inconstants.

Le malade doit être solidement immobilisé

sur la table pour pouvoir faire subir au fragment externe le triple mouvement :

d'extension,
d'abduction,
de rotation interne

codifié par R. Whitman et qui produit la mobilisation et la réduction de la fracture. *L'extension* abaisse le fragment et l'amène à la hauteur du moignon du col ; la *rotation interne* met les fragments au contact. *L'abduction* les replace bout à bout (fig.2).

Ces manœuvres théoriques demandent à être contrôlées pour qu'il soit possible de leur donner l'amplitude voulue, les arrêter quand la réduction est atteinte, mais ne point dépasser l'angulation voulue (ce qui est fréquent lorsqu'on ne contrôle pas).

La radiographie donne des renseignements utiles que, pour ma part, je complète toujours par le toucher, en vérifiant avec un doigt mis au contact de la capsule la manière dont s'exécute la réduction.

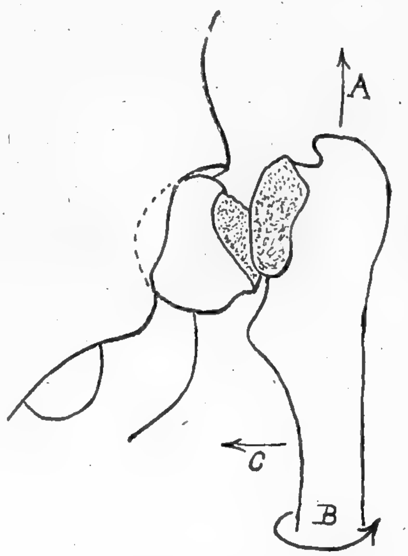


Fig. 2. — Les fragments sont déplacés dans 3 plans.
Le fémur est attiré en dedans (adduction), remonté en haut (raccourcissement), dévié en dehors (rotation externe).

La réduction d'une fracture du col, et nous ne cesserons de l'écrire, est *le temps capital de son traitement.* On a eu tort d'écrire qu'il était possible d'enclouer et de visser des fractures non réduites, c'est à notre avis *une grosse faute de technique,* qui aboutit à des échecs, à des récidives, à des infirmités durables.

Lorsque la réduction obtenue a été contrôlée à la radiographie, se pose le problème de la contention des fragments.

B) La contention. Nous avons beaucoup utilisé à une époque l'appareil plâtré et nous en avons obtenu d'excellents résultats. Si ce procédé a l'avantage d'éviter une plaie opératoire, il oblige à une immobilité sévère et longue dans un grand plâtre, ce que beaucoup de malades âgés ne supportent pas.

Les appareils plâtrés quels qu'ils soient, même à point d'appui sur le membre opposé comme R. Ducroquet l'a préconisé, sont pour des vieillards, presque toujours de vieilles femmes à la santé chancelante, des appareils de torture. Tous les cas qui m'ont donné de bons résultats définitifs m'ont obligé pour laisser le plâtre les trois mois nécessaires, à une véritable lutte avec le malade et sa famille et actuellement où beaucoup de ces plâtrés savent qu'il est possible de faire autrement, ils n'ont plus la même patience et ne gardent plus leur plâtre.

D'ailleurs tous les chirurgiens qui ont utilisé ces grands appareils ont vu survenir de temps à autre au cours de l'appareillage des complications mortelles, et le désordre moral causé à un vieillard par l'appareil, les insomnies qui en résultent sont bien pour quelque chose, dans cette issue fatale.

Actuellement la tendance est nettement pour utiliser un autre moyen de contention moins sévère et plus supportable.

La contention par prothèse endocervicale. — L'idée première de Pierre Delbet de réunir par une vis les fragments de la fracture était théoriquement excellente et c'est sa réalisation pratique qui a nécessité une mise au point à laquelle il semble que nous soyons parvenus.

L'opération doit se réduire à un acte chirurgical qui doit être bref, rapide pour être bénin et facile à supporter par un vieillard, c'est dire que toutes les techniques sanglantes, compliquées, avec ou sans ouverture du foyer de fracture, avec ou sans arthrotomie, doivent être rejetées systématiquement.

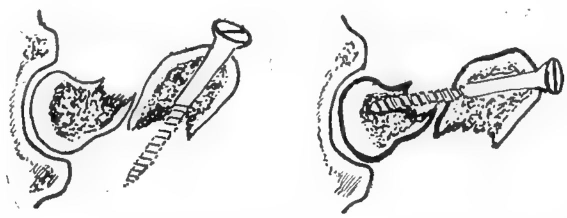


Fig. 3. — Mauvaises opérations. Lorsque les fragments ne sont pas réduits et au contact, la coaptation se fait mal ou pas, la formation du cal est aléatoire et l'ostéosynthèse est mauvaise.

L'opération ne doit pas avoir de gravité. — Il est possible de pénétrer dans le col du fémur, de réunir les fragments réduits par une prothèse endocervicale métallique (clou de Smith Petersen ou vis de Delbet) ou osseuse (greffon tibial, os purum.)

On peut le faire avec précision et avec certitude, en utilisant en plus du contrôle radiographique des moyens de contrôle secondaires, soit directs, soit indirects, qui assurent que la prothèse est en bonne place.

Les appareils de visée. — On a construit une multitude d'appareils pour donner mathématiquement (?) la direction à donner à la prothèse. Or, il n'est pas possible de parler d'exactitude avec des repères placés sur des parties molles essentiellement mobiles et déplacées encore par les manœuvres de réduction. *C'est contre cette fausse sécurité que je m'élève* et elle me fait répudier en bloc, tous ces appareils qui ne contrôlent rien et sont au contraire des causes d'erreurs. J'ai fait un assez grand nombre de forages dans l'axe du col avec une exactitude suffisante et un succès assez constant, pour qu'on ne puisse m'accuser d'adresse, ou de chance.

S'il est certain qu'un tour de main est nécessaire pour opérer exactement et vite ces fractures, il s'acquiert, comme s'acquièrent d'ailleurs tous les procédés de la médecine opératoire, sans avoir besoin de mécaniques imprécises.



Fig. 4. — Radiographie de face d'une fracture transcervicale. Femme de 68 ans huit jours après l'accident.

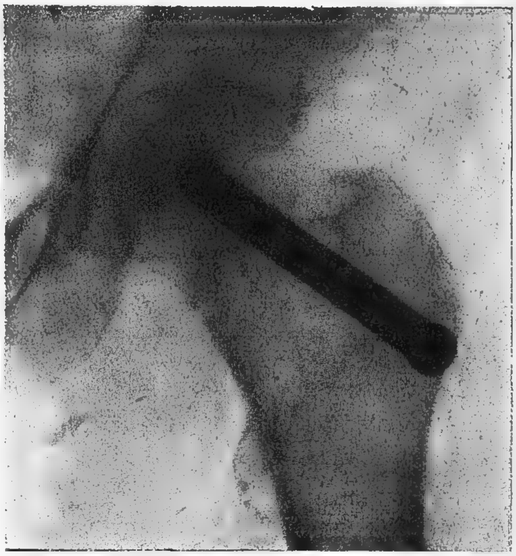


Fig. 5. — Radiographie de la même fracture réduite et maintenue par un clou de Smith Petersen.

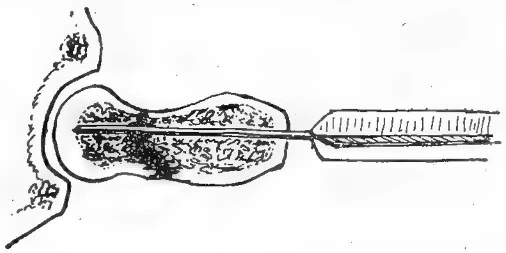


Fig. 6. — Les fragments du col sont bien réduits et au contact, une broche e Kirchner dont la position exacte a été contrôlée à la radio sert de guide au clou de Smith-Petersen.

Pour forer dans le col fracturé et tracer le chemin de la prothèse, il faut utiliser des instruments simples diminuant les causes d'erreur, j'ai pour habitude d'utiliser des tarières droites de différents calibres, dont la partie filetée a 9 centimètres, ce qui est la longueur moyenne d'un col du fémur. Ces tarières ont sur le vilbrequin sur le perforateur le gros avantage de travailler dans l'axe du col, de permettre de sentir ce que l'on fait, de conserver le contact osseux, de sentir les différences de consistance de l'os spongieux du col et de l'os compact du noyau céphalique.

Pour la direction à donner, j'utilise comme je l'ai décrit dans ma « Pratique orthopédique » le contrôle excellent fourni par mon doigt ganté, introduit dans la plaie jusqu'au relief de la tête à travers la capsule. Souvent d'ailleurs au moment où la tarière s'enfonce dans le noyau céphalique, l'index le sent remuer légèrement.

Une fois que la tarière a foré le canal je la remplace par une broche qui va jusqu'à l'extrémité du canal foré et prends un cliché radiographique (fig. 6). Sur ce cliché on contrôle aisément la direction, la profondeur, il est loisible si l'un ou l'autre sont défectueux de

faire la correction dans le plan où elle est nécessaire.

Pendant longtemps la précision de nos techniques s'en est bornée là ; la broche était remplacée par une cheville osseuse prise sur le tibia, ou par une vis ou par un segment d'os purum. L'apparition *du clou à pans de Smith-Petersen* a réalisé sur tous ces matériels un immense progrès par sa solidité, sa mise en place facile avec le minimum de déviation possible, sa facilité d'extraction.

Actuellement même, nous obtenons une précision totale dans la mise en place du clou. Nous éliminons les fausses routes produites lorsque le marteau enfonce le clou, en utilisant un clou percé sur toute sa longueur d'un canal du calibre de la broche. La broche bien en place, vérifiée radiologiquement *sert de guide à ce clou* qui s'enfonce en glissant sur la broche conductrice, en rendant toute déviation impossible quand il vient fixer et immobiliser les fragments réduits (fig. 6).

Une telle précision associée à la simplicité de l'opération nous paraît faire de cette technique celle qui doit s'imposer pour encheviller les fractures du col du fémur.

Nous sommes d'avis, au moins pendant quatre semaines de laisser la hanche immobilisée dans un léger plâtre de protection descendant au-dessous du genou. Très rapidement ensuite le genou est dégagé, pour permettre la mobilisation précoce et éviter les raideurs et les arthrites qui si souvent, rendent difficile la reprise de la marche.

Dans l'utilisation du clou à pans, il faut je pense se résoudre à en faire *l'ablatiou systématique au bout de six mois.* Il n'est pas bon de laisser en place un matériel même inoxydable et il faut le dire et le faire comprendre aux malades. Cette ablation est d'ailleurs facile et ne nécessite aucune immobilisation.

La voie chirurgicale pratique dans laquelle semble entrée maintenant la fracture intracapsulaire du col du fémur chez les personnes âgées, apparaît comme donnant des résultats supérieurs aux autres méthodes et elle a en plus l'avantage d'être beaucoup mieux acceptée et supportée par les malades que les autres techniques et en particulier le grand appareil plâtré de Whitman qui, a son époque, a constitué un grand progrès.

SUR LES RAPPORTS RÉCIPROQUES DU DIABÈTE ET DE L'ANTHRAX

On connaît bien la prédisposition que crée le diabète au développement de l'anthrax et de la furonculose. Il est de règle dans ces affections de suspecter la glycosurie et de faire une analyse d'urines, y recherchant la présence possible du sucre.

Mais, un point de vue différent doit être envisagé. Une infection staphylococcique grave, un anthrax ne peuvent-ils pas, chez un sujet jusque-là non-diabétique, provoquer un trouble de la glyco-régulation, de l'hyperglycémie, de la glycosurie transitoires ?

Au cours des infections sévères, il n'est pas rare de rencontrer un diabète momentané, comme l'ont établi MM. Marcel Labbé, Boulin et Gravailla, comme le rappelait M. Jeanneney dans un récent rapport.

A une des dernières séances de l'Académie de chirurgie, MM. Jean Gosset et Lucien Léger ont présenté l'observation d'un malade atteint d'anthrax de la lèvre supérieure avec large œdème envahissant et état général grave. Pas de signe antérieur de diabète. Un premier examen des urines montra la présence d'un corps réducteur non caractérisé. Un deuxième examen pratiqué le lendemain révéla du sucre urinaire et une glycémie de 2 grammes pour 1.000. Un mois après, le malade étant guéri de son anthrax, glycosurie et hyperglycémie avaient totalement disparu. Une épreuve d'hyperglycémie provoquée sembla indiquer cependant que le sujet avait déjà une limitation de la tolérance aux hydrates de carbone, celle-ci ayant dû s'abaisser encore sous l'influence de l'infection dont il avait été atteint.

Ainsi donc, il paraît nécessaire dans des cas analogues, de ne pas se contenter d'un simple examen d'urine pratiqué au début. Même si celui-ci est négatif, il est utile de faire des examens répétés des urines et aussi de la glycémie, en particulier si l'état général devient alarmant, témoignant d'une infection extensive. L'insulinothérapie trouve ici ses indications habituelles.

P. LACROIX.

PROPHYLAXIE DES ABCÈS PARIÉTAUX APRÈS APPENDICECTOMIE EN CRISE AIGUË

Par le Dr George PASCALIS

Il n'est pas exceptionnel, surtout chez les sujets gras, de voir se former un abcès dans la paroi au cours du septenaire qui suit l'ablation de l'appendice pendant une crise aiguë.

Ces abcès se caractérisent cliniquement par leur allure tout à fait torpide. La peau ne présente pas de modification d'aspect ; la palpation n'est pas douloureuse et c'est la température se maintenant, après la purge, aux environs de 38° qui attire l'attention.

Si l'on introduit alors avec beaucoup de douceur un stylet à la partie *supérieure* de l'incision — et ce peut être fait de manière tout à fait indolore — on voit s'écouler quelques gouttes de liquide louche ; un peu plus tard, du pus franc. On hésite à désunir et après lavage avec quelque antiseptique — éther le plus souvent — on met en place un drain ou bien l'on essaie d'un bouillon vaccin avec quelque pansement compressif. Cela réussit parfois ; plus souvent les choses traînent en longueur et l'on finit par quoi l'on eut dû commencer : écarter les lèvres cutanées de la plaie et drainer à la manière de Carrel jusqu'à ce que, la suppuration étant tarie, on puisse rapprocher avec des bandelettes adhésives.

Le plus souvent banaux et évoluant en quelques jours il arrive, du fait d'une virulence particulière, que ces abcès s'étalent sous le tégument, détruisent la graisse et entraînent le sphacèle de l'aponévrose sous-jacente. L'évolution demande alors de quinze jours à trois semaines, car il est nécessaire que le tissu mort s'élimine puis que se fasse la réparation.

Ils siègent toujours sous la peau et semblent débuter dans la gaine celluleuse qui recouvre le grand oblique. Les quelques très rares cas à point de départ plus profond, musculaire, je les ai observés chez des malades à paroi épaisse chez qui de particulières difficultés avaient nécessité le débridement de la paroi et, fait curieux, c'est toujours l'angle supérieur qui s'est abcédé, même lorsque le débridement avait été pratiqué aux deux extrémités de la plaie.

C'est par contact direct de la paroi avec un organe infecté que se fait l'inoculation : la graisse qui se défend mal, se laisse envahir après le tissu celluleux, qui se défend moins bien encore. Mais, peut-être plus fréquemment qu'il ne semble, peuvent-ils fixer une infection qui a dépassé les limites de l'appendice et a quelquefois frappé entre temps un autre viscère, le poumon par exemple. J'en ai eu les preuves bactériologiques que j'ai publiées ailleurs. L'évolution clinique, ne va pas contre cette hypothèse.

Pour éviter cette complication désagréable, car elle est sans danger, j'ai essayé préventivement du lavage pariétal à l'éther plan par plan la mise en place sous la peau d'un faisceau de crins ou d'un drain et j'ai vu après leur ablation l'abcès se produire cependant quelquefois.

Aussi ai-je pris l'habitude, après avoir fermé péritoine, muscles et aponévrose, de placer sur la peau les fils d'attente et de laisser la plaie cutanée largement écartée après avoir glissé une lanière de gaze iodoformée entre ses lèvres pour empêcher leur agglutination.

Le deuxième ou troisième jour, sur le lit, après passage à l'iode du tégument, on rapproche et on noue les fils. Avec un peu de douceur le malade ne sent rien. On touche au collargol le point de pénétration des fils et l'on panse à plat.

Depuis que j'agis ainsi je n'ai plus vu survenir d'abcès de la paroi. Je lève habituellement mes opérés le sixième jour et enlève les fils le septième ou le huitième. Il n'y a donc, du fait de cette manœuvre, aucun retard pour ceux que l'abcès aurait épargnés, un gain de temps appréciable pour les autres.

LA CLINIQUE UROLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

● ● ●

Les masques de l'hypertrophie prostatique

D'après le Professeur MARION (*)

RÉTRÉCISSEMENT AVEC RÉTENTION COMPLÈTE ; POLYPE VÉSICAL AVEC HÉMATURIES ; INFECTIONS DIVERSES

Si parfois ces symptômes, propres à désorienter le praticien, peuvent masquer l'hypertrophie prostatique chez les sujets négligents ou peu soucieux de leur état de santé, c'est que ceux-ci ne portent pas une attention suffisante aux premiers signes, qui pourraient leur révéler une atteinte de la prostate. Pareils malades mettent sur le compte de l'âge la pollakiurie, la dysurie qui les gênent, et, du moment qu'ils peuvent uriner, qu'ils ne souffrent pas, ils ne s'inquiètent pas.

Cependant, sous des aspects assez variés pour égarer de prime abord le clinicien non averti, surviennent déjà quelques complications de l'hypertrophie prostatique, en voie de développement, qui rendent aux patients la vie vraiment pénible et les forcent à venir demander conseil.

***

Voici, par exemple, la **rétention complète.** Celle-ci ne s'observe jamais chez un sujet qui urine par regorgement. Elle survient de façon aiguë ; c'est tantôt chez un malade, qui vidait complètement sa vessie, car il n'en était qu'à la période de début, purement congestive, de l'hypertrophie prostatique ; c'est encore chez un malade, à la période suivante dite « du résidu » qui, déjà, n'évacuait plus complètement le contenu de son réservoir vésical.

Le patient se voit dans l'impossibilité d'émettre la moindre goutte d'urine ; bientôt, sa vessie se remplissant, les envies d'uriner deviennent de plus en plus pressantes, douloureuses, et le malade est obligé de demander secours au médecin.

Cette rétention d'urine survient quelquefois sans raison apparente, mais plus souvent elle succède à l'une des causes suivantes : refroidissement, retenue volontaire d'urine alors que le besoin d'uriner s'était fait sentir, excès alimentaires ou de boisson ; et lorsque cette rétention est apparue, elle est définitive.

Le malade pourra se plonger dans un bain chaud, mettre des compresses chaudes sur l'abdomen, prendre des lavements, appliquer des suppositoires décongestionnants, la rétention persistera. Parfois le sujet émettra avec la plus grande difficulté quelques gouttes d'urine, mais il ne pourra pas reprendre spontanément la miction : il faut que le médecin intervienne par le sondage, et cela le plus rapidement possible, afin d'éviter que la vessie ne s'affaiblisse par distension de la fibre musculaire ; pour cela, il faut en moyenne un sondage par 400 ou 500 grammes. Les cathétérismes devront être continués, et, suivant la donnée précédente, un nombre de fois plus ou moins grand, suivant la quantité d'urine, qui sera émise dans les vingt-quatre heures.

Pareille rétention, si elle ne recevait pas une solution par le sondage, aboutirait à la mort du malade par intoxication urinaire, mais ne cesserait pas spontanément.

L'évolution de cette *rétention complète aiguë* est différente suivant les cas.

La moitié de ces malades environ pourra reprendre une miction normale. Les autres se voient définitivement dans l'impossibilité d'uriner.

Pour plus de précisions : quelques malades voient leur miction reparaître après un seul sondage ; dans d'autres cas au contraire, ce n'est qu'au bout de plusieurs jours, ou plusieurs semaines, pendant lesquels les sondages doivent être pratiqués de façon régulière, que la miction reparaît ; et ce n'est qu'*au bout de six semaines* que l'on peut dire qu'une rétention complète aiguë s'est transformée en *rétention complète chronique*. Au bout de ce temps seulement on peu parler de rétention complète chronique, qu'on devrait plutôt appeler *définitive*.

Et lorsque le malade reprend la miction, parfois c'est d'une façon intégrale, la vessie se vidant comme elle se vidait auparavant. Dans d'autres cas, au contraire, le malade reprend bien la miction, mais sa vessie qui antérieurement se vidait complètement, ne se libère plus

(1) De quelques complications de l'hypertrophie de la prostate. (*Journ. des Praticiens*, 3 septembre 1938.)

de cette façon : ou bien il est entré dans la phase de résidu ; ou bien, étant dans la phase de résidu, il voit le résidu augmenter notablement à la suite de son accident de rétention complète aiguë.

Si la *rétention complète chronique définitive* survient dans beaucoup de cas à la suite d'une poussée aiguë de rétention ; elle peut également s'observer chez des malades, que l'on sondait régulièrement pour un résidu plus ou moins abondant. Malgré les sondages, le résidu a augmenté progressivement, et il est arrivé un moment où le malade s'est trouvé dans l'impossibilité d'uriner autrement que par la sonde. En cet état de rétention complète chronique, il est entré par un autre processus que celui précédemment exposé.

Enfin on observe parfois qu'un distendu ait eu sa vessie évacuée par une sonde à demeure d'un débit ralenti, et qu'il ne puisse plus par la suite uriner *seul*, à moins de laisser de nouveau la vessie se remplir comme elle était remplie auparavant, c'est-à-dire se mettre en état de distension. A ce moment, certes il urinera seul, mais il urinera par regorgement.

Cette rétention complète aiguë ou chronique est un des accidents qui amènent le plus de malades à consulter et à demander qu'on les débarrasse de leur *hypertrophie de la prostate*. En effet, si un patient peut supporter sans difficulté son résidu, il lui est absolument impossible de supporter une rétention complète aiguë ou chronique, car la douleur vésicale que détermine cet accident l'oblige à venir trouver le médecin.

***

Les **hématuries** sont chose très fréquente dans l'hypertrophie de la prostate, bien *plus fréquente dans l'hypertrophie que dans le cancer*, contrairement à ce que l'on pense généralement.

Ces saignements peuvent se produire à la suite d'un sondage ou d'une exploration. Elles n'ont alors rien de très particulier. La muqueuse urétrale de la portion adénomateuse de l'urètre est, dans l'hypertrophie de la prostate, particulièrement vascularisée ; on peut dire même qu'elle présente parfois un véritable état angiomateux. Il n'est donc pas surprenant que le sondage, si doucement soit-il pratiqné, puisse faire saigner, et même quelquefois assez abondamment, un prostatique.

Plus intéressantes sont les hématuries spontanées, apparaissant sans cause, non précédées d'un trouble quelconque, qui ait pu les faire prévoir. Elles consistent dans l'émission d'urine sanglante au moment de la miction, et en même temps quelquefois elles s'accompagnent d'une véritable urétrorragie. Dans la plupart des cas, ces hématuries se produisent chez des infectés, et il semble que l'infection joue un rôle dans leur production, parfois cependant l'hématurie apparaît sans qu'on trouve d'urine septique.

Il est des hématuries légères, qui se caractérisent par un saignement de médiocre intensité, et qui durent très peu de temps. Le saignement s'arrête plus ou moins rapidement sous l'influence de la sonde à demeure.

Il en est d'autres, qui plus intenses, plus prolongées, s'accompagnant parfois de caillots, nécessitent un traitement pour qu'elles cessent ; et enfin, il en est qui sont d'une importance telle qu'elles provoquent dans la vessie la formation de caillots volumineux empêchant la miction, et ces hématuries sont parfois de telle importance, que la sonde à demeure, qui réussit bien dans les hématuries moyennes, devient tout à fait insuffisante : celles-ci nécessitent alors l'ouverture de la vessie et, quelquefois d'urgence, l'ablation de l'adénome qui saigne.

Lorsque les hémorragies de l'hypertrophie prostatique sont arrêtées, il est *absolument indispensable de faire une exploration vésicale*, afin de s'assurer qu'il n'y existe aucune autre lésion susceptible de provoquer le saignement, car le fait d'avoir un adénome pour un malade ne l'empêche pas de présenter, par exemple, un *polype de vessie*, et c'est lui qui saignera.

De sorte que, en présence d'une hématurie survenue chez un malade atteint d'une hypertrophie de la prostate, que l'on reconnaît par le toucher rectal, il ne faut pas non plus, sans examen, déclarer que le sang vient de l'hypertrophie de la prostate ; c'est seulement si l'hématurie est constatée nettement initiale, le sang apparaissant dans le *premier jet* de la miction, l'urine suivante étant *absolument limpide* que l'on peut affirmer que l'hématurie vient de l'adénome péri-urétral. Par contre quand le sang apparaît *pendant toute la durée* de la miction, il ne faut pas alors affirmer qu'il provient de la prostate, sans avoir éliminé auparavant d'autres causes.

Ce *principe de se rendre compte de la lésion est fondamental*. D'ailleurs, lorsqu'on est obligé d'intervenir d'urgence pour une hématurie dans de telles conditions, il est indispensable de ne pas se contenter de pratiquer une cystostomie pour évacuer les caillots ; il faut pratiquer une taille large, afin de reconnaître le point d'où provient l'hémorragie, sans quoi il sera plus tard impossible de savoir qu'est-ce qui saignait. D'autre part, l'ouverture large permettra parfois dans ces cas, d'arrêter immédiatement l'écoulement de sang

en agissant soit sur une tumeur, soit sur la prostate que l'on supprimera pour sauver la vie du malade.

Enfin, on ne doit pas oublier que les hématuries, qui peuvent fréquemment masquer une hypertrophie de la prostate, ne sont pas susceptibles, dans l'immense majorité des cas, de menacer la vie du malade ; mais il est des fois, où leur abondance est telle que, si l'on n'agit pas rapidement, on peut voir le patient succomber à cette hémorragie.

***

L'infection est une des complications les plus fréquentes de l'hypertrophie de la prostate.

Elle est parfois provoquée par les sondages ; elle est souvent spontanée.

Cette infection est rendue d'autant plus facile que le malade ne vide pas complètement sa vessie, et que la stagnation d'urine favorise grandement le développement d'une infection spontanée ou provoquée.

Les urines seules peuvent devenir septiques : résorbées par la vessie celles-ci sont susceptibles de donner lieu au syndrome de l'infection urinaire, véritable septicémie des plus graves.

Pareille infection se localise parfois sur les reins soit par voie ascendante, lorsque les uretères sont dilatés, soit par voie sanguine lorsqu'un malade atteint d'infection urinaire a fait passer dans son sang les microbes qui infectent la vessie. Ces pyélonéphrites des prostatiques sont particulièrement graves, surtout celles qui se font par voie ascendante, parce qu'elles se localisent sur des reins, altérés dans leur constitution, scléreux, et chez des malades souvent déjà atteints dans leur état général.

Dans d'autres circonstances, l'infection atteint directement la paroi vésicale, donnant lieu à des cystites d'intensité variable, aiguës, subaiguës, ou chroniques.

De même que, quand le malade présentait des hématuries, il fallait s'assurer par la cystoscopie si le sang ne provenait pas d'une autre cause que l'hypertrophie de la prostate, de même, dans les cystites chez les prostatiques, il est indispensable de voir si la cystite ne serait pas provoquée ou entretenue par des lésions variées de la vessie : cystite des calculeux, cystite néoplasique, cystite chez un malade porteur de diverticules vésicaux importants.

Enfin, il ne faut pas oublier que l'âge et l'existence d'une hypertrophie de la prostate n'excluent pas la possibilité d'une infection tuberculeuse.

Il peut également se produire par propagation des *péricystites aiguës phlegmoneuses*, des *prostatites* suppurées avec ouverture d'abcès dans l'urètre. On voit encore apparaître spontanément, chez des prostatiques, des *épididymites*, qui aboutissent souvent à la suppuration.

G. Fischer.

LA CUTI-RÉACTION TUBERCULINIQUE A L'ÂGE SCOLAIRE

Il est question actuellement de rendre obligatoire pour tous les enfants des écoles la cuti-réaction à la tuberculose et de la répéter systématiquement à intervalles réguliers, lorsqu'elle est négative, — le *virage* signalant le moment où se produit la primo-infection, et indiquant par cela même l'application des mesures de précaution et de traitement utiles.

Dans une communication au Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, MM. Ameuille et Chevalley ont montré que cette pratique systématique de la cuti-réaction à l'âge scolaire ne pourra donner des résultats réellement utiles que si elle est poursuivie en collaboration avec les médecins de famille, ainsi que l'a fait le Docteur Bohn, à Orly, par exemple. MM. Ameuille et Chevalley invitent les praticiens à s'intéresser à la cuti-réaction tuberculinique et à la pratiquer eux-mêmes. Il en rappellent la technique, qui est très simple :

Pratique de la cutiréaction tuberculinique

Matériel. — Un flacon de tuberculine brute pour usage vétérinaire de l'Institut Pasteur, un centimètre cube. Conservation indéfinie même après ouverture.

Un vaccinostyle flambé.

Technique. — Pratiquez une première scarification témoin.

Déposez à cinq centimètres de distance de la scarification témoin une goutte de tuberculine brute et faites au travers de la goutte une nouvelle scarification.

Laissez à découvert cinq minutes, puis séchez au coton.

Lisez le résultat au deuxième et au quatrième jour par la différence d'aspect des deux scarifications.

P. L.

URTICAIRE ET THÉRAPEUTIQUE THYROÏDIENNE

Par le Docteur Georges CAIN

Ancien assistant à Tenon
Ancien interne pr. des Hôpitaux et de la Maternité

Dans de précédents travaux (1) consacrés à l'énurésie et à la sympathicotonie, nous avons montré comment le traitement nerveux spécifique associé à une opothérapie bien conduite, pouvait guérir certaines affections d'une chronicité désespérante.

Lorsque les thérapeutiques usuelles ont échoué le médecin doit avoir, ce que notre regretté maître Léopold Lévi appelait *le penser endocrinologique* ; en agissant sur le terrain, en corrigeant le dysfonctionnement glandulaire le clinicien se ménage d'agréables surprises.

Ainsi en font foi les deux cas suivants où la thyroïde donnée d'une façon non classique a vraiment réussi.

Voici une belle et grande fille de 19 ans aux cheveux blonds naturels et aux yeux bleus qui nous consulte en 1934. Ses mains sont longues et minces, les ongles aux ovales parfaits, ponctués de taches blanches, sont rongés avec ténacité. Très intelligente mais lymphatique elle s'exprime lentement en cherchant ses mots. Elle présente depuis octobre 1933 une urticaire à forme d'œdème de Quincke, très prurigineuse, atteignant les bras, la figure, les cuisses et le dos, qui a débuté pendant des règles brusquement arrêtées par un deuil cruel. L'éruption est particulièrement violente après une ingestion de choucroute, de lapin, etc., et survenant brusquement au milieu de son travail, lui cause une gêne terrible.

Notre malade a été soignée par six piqûres d'autohémothérapie, puis par 12 piqûres de 1/2 c. c. d'insuline, puis par 6 piqûres d'extrait de rate, puis par des polypeptones associées à un régime très sévère (légumes et fruits).

Ce régime lui a fait perdre 3 kilogrammes (elle est actuellement à 53 kilogrammes) mais l'œdème de Quincke non influencé par ces divers traitements , survient presque tous les jours à 10 heures et à 17 heures et dure 2 heures. Le deuxième médecin qui soignait cette jeune fille l'a en désespoir de cause envoyée dans un service spécialisé où on lui a fait des piqûres d'huile soufrée qui n'ont aucune influence sur l'éruption mais produisent de tels shocks que la jeune fille abandonne son travail.

Nous prescrivons à notre première consultation du 5 janvier 1934, 6 cuillerées à café par jour de la potion suivante (méthode de Ravaut)

Hyposulfite de soude........	50 grammes
Eau de fleur d'oranger......	50 grammes
H^2O d.....................	200 grammes

Devant l'insuccès de ce traitement, nous faisons rechercher les parasites dans les selles, examiner les réactions spécifiques du sang et pratiquer un métabolisme basal. Ces trois examens ne nous éclairent en rien et nous n'attachons pas d'importance au métabolisme diminué de 10 %.

Cependant l'aspect clinique, la teinte de la peau, l'élocution, une frilosité extrême, une faible pilosité axillaire, l'onichophagie, nous font essayer la thyroïde à faible dose.

Nous donnons un centigr. par jour trois jours par semaine, puis 4, puis 5, puis 6, puis 7 par semaine selon la formule :

Extrait de thyroïde.........	un centigramme
Carbonate de chaux.........	0 gr. 20

Ensuite nous passons à 2 cent. puis 3 cent. de thyroïde par jour de janvier 1934 à avril 1934. Légère crise urticarienne le 17 février, le 18 mars, qui ne font pas interrompre à notre malade son métier de dactylo qu'elle avait repris après une interruption de cinq mois.

Mais avec 6 cent. de thyroïde, grande crise d'urticaire du 18 au 20 avril ; nouvelle crise le 20 mai après ingestion d'asperges durant un traitement au chlorure de calcium, et le 11 juin après un comprimé d'aspirine.

La thyroïde est descendue à 4 puis 3 centigr. et notre malade mange des fraises le 2 juin et des asperges le 21 juin sans dommage esthétique.

Le 3 janvier 1935 on ne signale aucune urticaire depuis 7 mois ; et la malade a mangé de tout, lapin, choucroute, asperges, etc. Son poids est passé à 57 kgr. 800. Le 8 mai 1937 revue à l'occasion de troubles intestinaux banaux, elle confirme n'avoir plus d'urticaire depuis 3 ans.

L'intérêt de cette observation réside dans le fait qu'un traitement thyroïdien a faible dose

(1) Voir en particulier *L'Hôpital*, février 1936-B ; *La Médecine générale française*, novembre 1936 ; *L'Esprit Médical*, nos 168-169.

a été tenté et réussi contre un œdème de Quincke alors que le métabolisme n'indiquait pas une telle thérapeutique. Ce n'est que l'allure générale et l'importance donnée à de petits signes (cheveux blonds, frilosité, forme des ongles) qui ont dirigé nos essais alors que les traitements classiques (désensibilisation, auto-hémo, rate, huile soufrée, hyposulfite) avaient échoué.

***

Notre deuxième cas d'urticaire œdémateuse n'apporte pas un argument aussi convaincant en faveur du traitement thyroïdien, puisque nous avons obtenu de cette façon seulement une amélioration notable, qu'une autre thérapeutique a transformée en guérison. Nous expliquerons plus loin pourquoi nous estimons que ce cas est cependant intéressant au point de vue thyroïdien.

Mme Elise D., 34 ans, vient nous voir en octobre 1937 pour un œdème de Quincke assez prurigineux, affectant la région péri-orbitaire et ayant débuté il y a deux mois. Il faut noter l'instabilité nerveuse de cette femme, chez qui les crises d'œdème alternent avec des spasmes viscéraux de la glotte et de l'estomac.

A l'examen R. O. C. + (84-68), canitie précoce, asthénie matinale, pH urinaire alcalosique, hypotension légère.

Cette malade est donc à la fois une VAGOTONIQUE, une DYSTHYROÏDIENNE et une SPASMOPHILE, ayant tendance à l'hyperalcalose, à l'hypocalcémie, à l'hyperpotassiémie (Pende) et aux spasmes viscéraux provoqués par la météorologie, les aliments et les émotions. *Il serait donc illogique de traiter cet œdème de Quincke par l'acétylcholine, l'insuline* (1), *les hormones thymiques ou spléniques, qui sont parasympathicotoniques.*

Contrairement à nos opinions antérieures, nous essayons d'abord l'auto-hémothérapie et neuf piqûres ne donnent aucun résultat. Notons à ce sujet qu'une auto-hémo de 10 c. c. déclenche un état lypothimique assez impressionnant, ce qui nous donne à penser que l'*on doit se méfier de cette thérapeutique chez les vagotoniques.*

Nous donnons alors de la belladone, que certains recommandent dans la maladie de Quincke, à raison de 10 gouttes deux fois par jour pendant dix jours et ce, sans aucun succès.

De nouvelles poussées œdémateuses géantes après ingestion de porc nous engagent à prescrire (ce que nous aurions dû faire plus tôt) un centigramme de poudre de thyroïde par jour, et après quelques semaines l'affection ne survient plus que rarement et avec une intensité très diminuée.

C'est alors qu'en février 1938 nous ordonnons un traitement préconisé par un auteur anonyme, et qui consiste en :

Trois matins à jeun et à quarante-huit heures d'intervalle prendre 30 grammes de phosphart de soude dans un verre d'eau tiède, puis de quaet d'heure en quart d'heure un verre de citronnade (2 citrons et 4 morceaux de sucre par litre d'eau tiède).

Appliquer sur la peau le mélange suivant :

Borate de soude	14 gr.
Acide phénique	4 gr.
Glycérine	7 c. c. 5
Alcool à 95°	56 gr.
He O dist. ....q. s. p	450 c. c.

La guérison totale est rapide et notre malade revue ces jours derniers nous confirme n'avoir plus eu d'œdème de Quincke depuis 10 mois, bien qu'elle ait mangé à plusieurs reprises du porc et du pot-au-feu.

***

Essayons de voir pourquoi la thérapeutique thyroïdienne dans ce second cas n'a pas répondu tout à fait à notre attente.

Cette instable thyroïdienne (Léopold-Lévi) était à la fois hyperthyroïdienne (sueurs, tachycardie, cheveux blancs, maigreur) et hypothyroïdienne (fatigue, anorexie, céphalée matutinale).

Il aurait donc fallu probablement donner de la thyroïde au 50e ou au 100e de milligr. Nous n'avons pas employé cette méthode, bien qu'elle fût logique, car il y a encore beaucoup de recherches à faire sur ces dosages quasi-homéopathiques, qui pour notre part nous ont rarement donné des résultats appréciables.

D'autre part, nous ne pouvions traiter cette vagotonie comme une insuffisance thyroïdienne par des doses plus élevées de thyroïde (Leven), puisqu'en l'occurrence il s'agissait beaucoup plus d'instabilité que d'hypofonctionnement de la glande.

Si notre malade a été guérie, elle le doit autant à l'opothérapie qu'à la transformation de son équilibre acido-basique. **Traiter une urticaire ou un œdème de Quincke revient très souvent à modifier un terrain qui, chez de tels malades, est à la fois endocrinien, vagotonique et alcalosique.**

Nous relaterons dans un prochain article un autre succès de la thyroïdothérapie dans une anorexie infantile.

(1) M. P. CHEVALLIER a guéri des urticaires par l'insuline.

ÉTUDES PHYTOTHÉRAPIQUES

Recherches expérimentales et pratiques sur le safran des Indes

(Curcuma xanthorrhiza)

Par Jean Schunk de Goldfiem

Professeur à l'Institut de Criminolologie Pratique de Paris

DESCRIPTION

La plante que nous étudions aujourd'hui est connue des botanistes sous les nom de *Curcuma longa* L., *Curcuma rotunda* L., *Curcuma tinctoria* L., *Curcuma javanica* qui indiquent soit un caractère organoleptique, soit un lieu d'origine. *Curcuma Xanthorrhiza* est le nom qui a obtenu le plus de succès auprès des médecins.

C'est une plante vivace de la famille des Zingibéracées, comme le gingembre et le galanga dont on connaît en France les rhizômes gris jaunâtre, brun noir, chagrinés à l'extérieur, jaune orangé en coupe.

Etude biochimique

L'étude biochimique de la drogue intéresse le médecin ; car c'est de la connaissance de ses constituants que découle celle des qualités thérapeutiques du produit pharmaceutique.

A l'analyse, nous avons pu nous assurer que le rhizôme de *Curcuma xanthorrhiza* L. contient un produit cristallisable, la *Curcumine* $C^{21}H^{20}O^{6}$ identifié par Daube en 1870 , de l'amidon et une essence.

Celle-ci est formée des constituants suivants :

Sesquiterpène complexe $C^{15}H^{24}$ (mélange de *Curcumène* et de *Zingibérène*)		38,0 %
Cétones calculées en $C^{15}H^{22}O$		38,0
$C^{10}H^{15}$	d-phellandrène	1,0
	d-Sabinène	0,6
$C^{10}H^{18}O$	Cinéol (ou Eucalyptol)	1,0
	Bornéol	0,5
Turménol ($C^{19}H^{28}O$)		traces

Deux produits nous intéressent surtout : la *curcumine* et l'*huile essentielle*. Celle-ci, du point de vue chimique a surtout été étudiée par N.-C. Kelkar et B.-S. Ras (*Journ. Indian Inst. Sci. Ser. A.*, t 17, p. 7) du point de vue chimie agronomique.

Pharmacodynamie

En poursuivant cette étude nous verrons que le *Safran des Indes* ou *Curcuma xanthorrhiza* a une action primaire sur l'estomac et la bile ; une action secondaire sur le foie et le sang.

Absorption. — L'absorption de la drogue, poudre ou extrait liquide se fait normalement par les voies médiates : surface cutanée et tube digestif.

Surface cutanée. — Etendue sur la peau, la drogue, surtout à l'état liquide agit de deux façons :

1° La matière colorante (curcumine) se fixe sur la peau, d'une façon analogue à ce que nous avons dit de la chlorophylle (*La Clinique*, mars-A 1938).

2° L'huile essentielle est en grande partie absorbée par la peau.

Tube digestif. — La principale absorption a lieu dans l'*intestin grêle.*

Muqueuse rhinopharyngienne et voies respiratoires — Sur la muqueuse rhinopharyngée la matière colorante se fixe comme sur la paroi cutanée.

Phénomènes d'absorption :

Curcumine : La curcumine est jaune, insoluble dans l'eau. Par contre elle est soluble dans le benzène, l'éther, l'alcool, le chloroforme. Ces solutions jaunes ont une *fluorescence verte* :

La curcumine se fixe sur les granules colloïdaux, elle s'absorbe à la matière vivante humaine et se combine ensuite chimiquement avec elle, par suite d'une attraction moléculaire.

La curcumine est une matière colorante substantive, colloïdale sujette au phénomène d'électrophorèse (entraînement par l'effet du champ électrique) elle est conduite ainsi sur la cellule sanguine et s'y fixe *réellement* en une journée environ.

La curcumine est pourvue d'un certain rôle photosensibilisateur. Par application de curcumine en poudre sur la peau on observe une augmentation de l'amplitude respiratoire, une élévation du taux de cholestérol. Ces phénomènes sont néanmoins beaucoup moins nets qu'avec la chlorophylle. A l'intérieur de l'organisme la curcumine subit en partie des oxydations qui conduisent à la formation de différents composés organiques voisins de l'acide salicylique et de l'aldéhyde benzoïque.

La tendance à la combinaison avec le glycocolle est assez faible, car il n'y a que deux groupes (OH).

La phagocytose, dans les états hépatiques, est augmentée par la présence même de ces groupes (OH) et par la production d'acide salicylique.

Alcool tertiaire (mélange de *turmérones*) $C^{15}H^{22}O$ ou $C^{15}H^{20}O$.

Cet alcool agit comme antiseptique sans avoir la toxicité des constituants du groupe benzène.

Curcumène ($C^{25}H^{24}$).

Le curcumène provoque un rinçage des voies biliaires, est doué d'un fort pouvoir bactéricide (une solution à 2 pour 100 tue les cultures de staphylocoque, de streptocoque, de colibacille, de bacille typhique). Guttenberg reconnaît au curcumène le pouvoir de dissoudre la cholestérine (ce qui provoque la dissolution des calculs *in vitro*), *d*-α-phellandrène et *d*-Sabinène ($C^{10}H^{16}$).

Le phellandrène est un principe que l'on rencontre dans de nombreuses plantes (fenouil, angélique, *eucalyptus*, conifères, anis étoilé, cannelle, labiées...)

Le phellandrène agit comme sédatif et antispasmodique. Il a la propriété de réduire les contractions de la vésicule biliaire.

Le *sabinène* est emménagogue, cordial.

L'ensemble est aromatique et stimulant.

L'odeur pénétrante du *Curcuma xanthorrhiza* est déjà un indice de sa grande activité physiologique.

Bornéol ($C^{10}H^{18}O$).

Le bornéol est un vaso-constricteur et un tonique, aphrodisiaque, antiseptique donnant au *Curcuma* un pouvoir thérapeutique particulièrement heureux dans les hépatismes paludéens et vermiculaires.

Complexe essentiel.

L'huile essentielle de *Curcuma xanthorrhiza* sous forme de complexe est antispasmodique, cicatrisante, antipyogène, tonique, carminative, diminue la quantité des gaz intestinaux. *Elle est surtout cholagogue et antidyspeptique, accélératrice du travail rénal, antitoxique.*

A la suite d'ingestion de *Curcuma xanthorrhiza* on observe un afflux de lymphe dans les tissus gastriques et hépatiques, avec protéolyse rapide.

Modifications subies par *Curcuma xanthorrhiza* dans l'organisme

Tube digestif. — Le suc pancréatique attaque l'huile essentielle et sépare ses constituants antiseptiques.

La muqueuse intestinale fixe pendant un certain temps (quarante-huit heures chez certains cobayes) la curcumine.

Tous les constituants de *Curcuma xanthorrhiza* ne sont pas assimilés définitivement. Soit qu'ils passent directement, soit qu'il y ait drainage *via* le foie, la curcumine est en majeure partie éliminée en quarante-huit heures par l'anus.

Sang — Les constituants de l'huile essentielle sont plus ou moins oxydés durant leur passage dans le sang, sauf l'alcool tertiaire et le mélange de turmérones. Mais les noyaux restent stables durant les oxydations des chaînes latérales. Il y a d'autre part combinaison d'une certaine quantité de bornéol et du cinéol avec l'acide glycuronique sanguin pour former des acides aromatiques qui s'éliminent par l'urine ainsi qu'une partie de la matière colorante.

Rétention hépatique de Curcuma xanthorrhiza. — Le foie s'empare de la majeure partie des constituants de *Curcuma longa* après absorption *per os* : l'absorption s'est faite au niveau de l'intestin grêle, les principes de *Curcuma longa* ou *C. xanthorrhiza* sont véhiculéset transformés en partie dans le sang.

Action sur les sécrétions externes (BILE). — La quantité globale des sécrétions externes est augmentée : salive, suc gastrique, suc pancréatique, etc., mais c'est surtout sur la bile que la cure de *Curcuma longa* fait sentir son effet.

Cette drogue est un cholagogue cholérétique puissant dérivant une partie de l'eau vers les voies d'excrétion intestinale et biliaire, d'où une réduction du volume des urines.

La quantité de bile formée est considérablement augmentée, doublée en volume global par l'administration de 0 gr. 8 de poudre de *Curcuma xanthorrhiza* en vingt-quatre heures.

La teneur en constituants biliaires est transformée par des mêmes doses d'une manière profonde : le taux de biliburine augmente de 30 %, la cholestérine en floculats est d issoute la quantité de dihydrocholestérol (B. cholestanol) retrouvée dans les fèces est augmentée ainsi que celle de coprostérol.

Elimination du *Curcuma xanthorrhiza*

La plus grande partie des principes de *Curcuma xanthorrhiza* sont éliminés par l'intestin après leur passage dans le foie et sont décelés macroscopiquement et microscopiquement dans les selles qui sont jaunes. Il y a d'autre part une élimination rénale rapide. Les urines de l'individu soumis à la cure de Curcuma sont jaune foncé et d'odeur spéciale, aromatique, très forte

Effet cumulatif de *Curcuma xanthorrhiza*

Une dose massive de *Curcuma xanthorrhiza* administrée en une seule fois, de la valeur de cinq doses quotidiennes détermine une accumulation par rétention élective ou de cantonnement. Comme on le voit, cet effet cumulatif est facile à éviter.

Tolérance de l'organisme vis-à vis de *Curcuma xanthorrhiza*

On ne doit pas considérer cette plante comme un toxique. C'est un aliment épice et un médicament.

La dose normale quotidienne qui, chez l'adulte est de 0 gr. 80 peut être quadruplée. Dans ce cas, on observe un phénomène cumulatif comme il a été dit ci-dessus mais il n'y a pas à proprement parler d'intoxication. Celle-ci ne pourrait venir

qu'en prolongeant ces doses massives durant plusieurs jours.

Chez le cobaye, cette intoxication expérimentale obtenue par une dose quotidienne de 40 milligrammes par kilogramme de poids vif entraîne une turgescence des cellules hépatiques, la distention de la vésicule biliaire et son blocage en trois journées. Les animaux en expérience présentent une coloration jaune des téguments. A l'autopsie on observe une infiltration de curcumine et d'huiles essentielles. Les animaux sont en quelque sorte « aromatisés ». Le foie est distendu, la vésicule biliaire remplie, augmentée de cinq à six fois son volume normal.

Hors ces cas expérimentaux on peut dire qu'à doses thérapeutiques il existe une véritable tolérance congénitale qui, chez les insuffisants du foie augmente durant huit à quinze jours en tolérance acquise d'une puissance plus étendue que primitivement. On peut du reste désensibiliser l'individu en cure en le soumettant à des doses très doucement progressives et lui faire atteindre en quinze jours environ des doses qui seraient accumulatives si elles étaient administrées dès le début.

Influence de l'état individuel sur la cure de *Curcuma xanthorrhiza*

Chez l'enfant au sein la cure de *Curcuma xanthorrhiza* sera avantageusement donnée par l'intermédiaire de la mère. Chez les enfants de 7 à 12 ans la cure de *Curcuma xanthorrhiza* est beaucoup mieux tolérée par les sujets ayant reçu la drogue en extrait hydro-alcoolique que chez ceux ayant absorbé de la poudre. C'est administré à jeun que le *Curcuma xanthorrhiza* agit avec le plus d'intensité. L'alimentation en glucides augmente les réactions thérapeutiques par accroissement de la teneur du foie en glycogène conduisant à une série de combinaisons plus massives des acides organiques.

Chez les femmes, il convient d'arrêter la cure de *Curcuma* durant les périodes caméniales en raison du pouvoir emménagogue d'une partie des principes de la drogue.

Synergies et associations médicamenteuses

L'introduction simultanée dans l'organisme de *Curcuma xanthorrhiza* et de *Aphloia thæiformis* (Thé malgache) ; de *Combretum micrantum* (Kinkélibah de Guinée), surtout aux Colonies, constitue une synergie renforçatrice. D'après nos travaux sur le thé malgache et les autres cholagogues cholérétiques ces médicaments, s'ils peuvent renforcer l'action de *Curcuma xanthorrhiza*, ne peuvent le remplacer.

L'association médicamenteuse qui nous a semblé très intéressante est celle de *Curcuma xanthorrhiza* et *Orthosiphon stamineus* connue dans le commerce sous le nom de Phyto Java. En effet, la poudre ou l'extrait hydro-alcoolique de *Curcuma xanthorrhiza* seul entraîne une dérivation de l'eau, dérivation extra-rénale. L'action diurétique intense de l'*Orthosiphon* (1) provoque le phénomène inverse : dérivation rénale, déshydratation hépatique. Il résulte de cette association que Phyto Java entraîne une diurèse au-dessus de la normale, ce qui est toujours à rechercher chez les hépatiques, une chute de tension artérielle qui concourent au traitement spécifique curcumique dans les affections hépatiques.

Utilisation thérapeutique

Forme. — De tout ce que nous venons de dire il résulte que le *Curcuma xanthorrhiza* est une excellente arme phytothérapique. La médication cholagogue a été étudiée par Chabrol par de Grailly et P. Dervillée, par G. Parturier, par A.-S. de Goldfiem, etc... Cette médication est riche de plantes : Labiées, Composées, Combrétacées, qui augmentent la sécrétion biliaire et le travail de la cellule hépatique ; qui modifient la bile en quantité et en qualité. Mais aucune de ces plantes n'agit à la fois avec autant de souplesse et de puissance que le *Curcuma xanthorrhiza* en association avec l'*Orthosiphon Stamineus* association réalisée par le *Phyto Java* en comprimés (poudre et extrait hydro-alcoolique de Curcuma et extrait aqueux d'Orthosiphon) ou en gouttes (Extrait hydroalcoolique de Curcuma et d'Orthosiphon) qui se donne à la dose de 1 à 3 comprimés ou 20 à 40 gouttes avant chaque repas (enfants 10 à 20 gouttes avant chaque repas).

Conclusions. — L'usage alimentaire et thérapeutique comme litholytique est immémorial. Nous rappellerons les observations de Koch (de Francfort) 1920-1927 sur les obstructions vésiculaires, cholélithiases et cholécystites.

Les observations de Kalk et Nissen qui se poursuivent depuis 1931 sur les *ulcus duodeni*, ictère catarrhal, cholécystites, cholécystectomies.

Depuis 1935, Henri Leclerc a étudié l'action du *Curcuma Xanthorrhiza* et publié de nombreuses observations dans le *Courrier Médical* (30 juin 1935) puis dans le *Journal de Médecine et Chirurgie Pratiques* (25 mars 1937) et le 25 mai 1938 (observations faites avec le Docteur L. Van der Elst), qui ont confirmé l'action cholérétique et cholagogue indiscutable de cette drogue. Nos auto-observations et celles de nos collaborateurs, qui sont d'ordre pharmacologique et clinique : ictères, congestions hépatiques, cholestérinémie, cellulites, nous ont permis d'étudier le mode d'action exposé ci-dessus du *Curcuma Xanthorrhiza.*

---

(1) *La Presse médicale*, 29 juin 1938.

LA STOMATITE PAR ÉLECTROLYSE ET ÉLECTRO-GALVANISME ENTRE PIÈCES DENTAIRES MÉTALLIQUES

Entre deux pièces dentaires composées de métaux différents (dentiers, couronnes en or, amalgames d'obturation, etc.) il peut s'établir par l'intermédiaire de la salive des phénomènes d'électro-galvanisme et d'électrolyse susceptibles de provoquer certains troubles locaux et même généraux. Ce n'est pas là une simple vue de l'esprit. L'électrogalvanisme buccal a été signalé il y a longtemps déjà. Sulzer, en 1677, aurait entrevu, dit-on, l'existence d'une véritable batterie galvanique dans la cavité buccale lorsque deux métaux s'y trouvaient en voisinage.

Un auteur américain, Lain (d'Oklahoma) s'est attaché à l'étude de cette question à laquelle il a consacré un mémoire en 1932. En 1937, MM. Touraine et Baudouin ont rapporté à la Société de Dermatologie trois cas de leucoplasie électro-galvanique dont l'un avait subi une dégénérescence néoplasique. Un de ses élèves, le Docteur Gabriel Jeanjean vient, d'autre part, de consacrer sa thèse inaugurale (Paris, 1938) à cet électro-galvanisme buccal, aux stomatites et leucoplasies électro-galvaniques.

En prothèse dentaire sont employés des alliages d'or et de cuivre (dentiers, couronnes, bridges, aurifications) et des amalgames d'argent, d'étain, de cuivre, de zinc (plombages, obturations). Entre deux amalgames de composition différente, entre un amalgame et une couronne en or, entre deux couronnes de teneur variable en cuivre, entre un dentier (les appareils en caoutchouc vulcanisé contiennent également des métaux) et un amalgame, parfois entre une obturation par amalgame et un instrument professionnel tenu dans la bouche (instrument de musique, clous, épingles...) formant électrodes, un courant électrique peut se produire, susceptible d'entraîner des phénomènes électrolytiques. Lain et d'autres auteurs ont mesuré ce courant avec des micro-ampèremètres. M. Jeanjean, dans le service de M. Touraine, à l'hôpital Saint-Louis, a pratiqué les mêmes mesures chez dix-neuf sujets porteurs d'appareils de prothèse dentaire. Il a noté des chiffres allant de un à dix-huit microampères.

Les phénomènes électrolytiques et les troubles déterminés par ce galvanisme buccal sont d'une fréquence difficile à apprécier. Lain, en Amérique (les appareils dentaires sont très répandus aux Etats-Unis), en a rapporté 300 cas.

Les troubles et les accidents qui ont été attribués à ce galvanisme buccal sont les suivants : une sensation de goût métallique, des hyperémies, taches congestives, dépôts de produits d'électrolyse sur les gencives et les muqueuses voisines des zones interdentaires, etc... Personnellement, je viens d'observer chez un malade un hydroa hémorragique de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes siégeant sur le voile du palais, entre un appareil dentaire et une grosse molaire obturée par un amalgame. L'électrogalvanisme buccal est peut-être intervenu dans la pathogénie de cet hydroa, mais je me garderai bien de l'assurer.

A ces accidents légers, sans conséquence notable, et qui sont sans doute souvent fugaces, il faut ajouter une lésion plus sérieuse : la leucoplasie buccale, jugale ou linguale. Les causes de la leucoplasie buccale sont d'ordre général et aussi d'ordre local (irritations, traumatismes, micro-traumatismes répétés). Parmi ces dernières, il faut maintenant signaler ces petits courants galvaniques et électrolytiques interdentaires, dont il paraît encore difficile de fixer l'ordre d'importance et de fréquence. Il est bon cependant d'avoir, pratiquement, l'attention attirée sur ce point.

On a attribué enfin à l'électro-galvanisme buccal, quelques symptômes généraux qui semblent devoir rester toutefois dans le domaine hypothétique. Les accidents locaux, du moins persistants, ne doivent pas d'ailleurs être eux-mêmes très communs, si l'on tient compte du grand nombre de sujets porteurs d'appareils de prothèse dentaire. Une certaine réserve s'impose, assurément, en cette matière, en attendant de plus amples observations ou expérimentations.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'on sera conduit à suspecter l'existence d'une stomatite, et surtout d'une leucoplasie par électro-galvanisme buccal, quelle conduite thérapeutique tenir ? Conseiller de remplacer les plombages par amalgames par des obturations aux ciments, d'utiliser pour les couronnes des alliages d'or au même titre, pour les plombages des amalgames de même composition. M. Jeanjean conseillerait volontiers au dentiste de remettre au client à qui il vient de faire une obturation par amalgame la formule de celui-ci, pour qu'une autre fois, la même formule soit utilisée.

P. LACROIX.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

L'intoxication barbiturique aiguë

Les intoxications par les dérivés de l'acide barbiturique réalisent des aspects variables, tantôt du coma, qui est le plus important, tantôt des accidents cutanées, tantôt des troubles psychiques, tantôt enfin, des troubles nerveux. A. SOCOVALA n'insiste pas sur les aspects habituels du coma barbiturique ; il n'étudie que les signes d'atteinte nerveuse nette que l'on peut observer pendant son évolution.

Cet auteur rappelle que le polymorphisme des intoxications barbituriques en rend le diagnostic difficile. On trouve, en effet, des manifestations analogues à celles-ci dans l'encéphalite léthargique, dans la paralysie générale et dans la sclérose en plaques. Et cependant les intoxications barbituriques qui présentent des manifestations nerveuses indiquent un diagnostic d'urgence. Aussi, lorsque l'anamnèse manque, il est indispensable de procéder aux examens chimiques qui donnent des réponses sûres et rapides : l'analyse des urines du malade met en évidence le barbiturique en cause.

A noter que, à côté des signes habituels du coma, il existe très fréquemment des manifestations nerveuses associées ou consécutives ; et celles-ci peuvent faire porter un diagnostic erroné, en particulier les manifestations oculaires, psychiques, cérébelleuses, les polynévrites et les contractures. On se rappellera que ces dernières doivent attirer spécialement l'attention, car leur existence semble contre-indiquer l'emploi de la strychnine. (*Languedoc Médical*, octobre 1938.)

Des soins à donner aux dents de lait

Le Docteur M. DECHAUME expose pourquoi il faut les soigner. Les dents de lait, dit-il, doivent rester en place sur l'arcade, jusqu'au moment où les dents permanentes correspondantes seront en état de les remplacer. Or, la durée de la denture temporaire est plus longue qu'on ne veut le croire ; elle varie, de 7 à 8 ans pour les incisives, jusqu'à 10 et 12 ans pour les molaires et les canines. Cette durée est nécessaire pour permettre à la dent permanente de faire sa calcification et son ascension progressive ; au maxillaire également pour continuer son accroissement.

En l'absence de soins, les caries se développent plus facilement et évoluent plus rapidement ; d'où il résulte des complications locales et générales.

L'auteur indique comment soigner, au point de vue prophylactique, les dents de lait : soins à la mère pendant la grossesse et pendant l'allaitement ; soins au nourrisson puis à l'enfant.

Chez le tout jeune enfant, nettoyage des premières dents avec un tampon de coton imbibé d'une solution de bicarbonate de soude. Ce nettoyage doit être répété plusieurs fois par jour : après les tétées de préférence. Il importe de ne pas les négliger au moment des poussées fébriles ou au cours des affections gastro-intestinales. Très rapidement, on doit apprendre à l'enfant à se brosser les dents avec du savon, le matin au réveil, à midi après le déjeuner, et surtout le soir avant de se coucher. Eviter le séjour des aliments ou pastilles sucrées dans la bouche en particulier le soir. Dès le jeune âge, soumettre l'enfant à des visites régulières pour vérifier l'évolution et l'état de la denture.

Le traitement doit être local et général. Localement on conservera le plus possible la vitalité des dents ; on nettoiera complètement la carie, car les récidives sont fréquentes. Les extractions seront réservées aux cas suivants : échec des traitements conservateurs, lorsque la dent est à l'origine d'accidents locaux (abcès, fistules) ou généraux ; persistance de la dent de lait au delà de sa limite normale, à la condition qu'une radiographie ait montré qu'il existe une dent de remplacement (*Paris Médical*, 5 novembre 1938.)

Les conditions thérapeutiques indispensables à l'amélioration du diabète infantile

Pour combattre efficacement le diabète, écrit le Professeur MAURIAC, l'idéal serait de soigner le malade dans la phase latente qui chez certains individus se manifeste par des troubles passagers du métabolisme des glucides ; le diabète n'est pas encore fixé comme il le sera plus tard.

En appliquant la cure d'insuline au diabète infantile aux premières heures de son apparition et en frappant fort on peut arriver à une amélioration de la fonction pancréatique qui approche quelquefois de très près la guérison, avec une tolérance aux hydrates de carbone presque normale ; mais une surveillance de tous les jours est indispensable et pendant des années ; le propre du diabète infantile est son instabilité ; aux périodes d'aggravation succè-

dent des phases d'amélioration inexplicables ; une adaptation continuelle du traitement est nécessaire. Mais cette allure désordonnée qui contraste avec la fixité du diabète de l'adulte prouve que le dérèglement n'est peut-être pas définitif et qu'en tout cas le système neuro-endocrinien peut retrouver son équilibre. A nous de l'aider par une cure insulinique précoce et énergique.

Dès l'apparition d'un diabète chez un enfant, le petit malade doit être placé à l'hôpital ou à la maison de santé dans un service compétent ; et comme il ne peut y rester toute son existence et qu'il n'y a pas de sanatorias pour enfants diabétiques, les chances d'amélioration ou de guérison dépendent de la conscience et de l'intelligence des parents autant et plus que de leurs ressources pécuniaires. (*La Presse Médicale*, 9 novembre 1938.)

Des accidents graves de la ponction lombaire au cours des tumeurs cérébrales

Le Docteur J. Massotte en a réuni dix-sept observations, et il résume succinctement les différentes conditions cliniques dans lesquelles les accidents sont survenus. On essaya longtemps la ponction lombaire, le malade étant en décubitus latéral ; on conseilla des aiguilles à ponction de très faible calibre, ne permettant qu'un écoulement très ralenti et minime du liquide céphalo-rachidien. Pour éviter les accidents, on indiqua également l'acétylcholine, le chlorure de calcium intra-veineux ; il est possible qu'en dehors des tumeurs intra-cérébrales, ces procédés soient efficaces, mais ici, en principe, il n'y a qu'une seule règle à appliquer : pas de ponction lombaire. Pas de ponction lombaire surtout lorsque le diagnostic de tumeur intra-cranienne est évident, lorsqu'un torticolis, une position figée de la tête, les crises spastiques, les syncopes brutales, les signes cérébelleux, la tachycardie, affirment le diagnostic de tumeur de la fosse postérieure et principalement de la ligne médiane ; enfin, pas de ponction lorsque l'examen ophtalmoscopique montre une stase papillaire mécanique ; elle n'apprendra rien et fait courir au malade un certain danger. Tous autres moyens de traitement semblent également aléatoires et dangereux au moment où la vie du malade est déjà si précaire.

En raison des conditions qui commandent l'hydrodynamique cranienne tout entière, on observe après la ponction lombaire un déséquilibre de celle-ci, qui est souvent important et relativement durable.

Les accidents graves de la ponction lombaire présentent une symptomatologie et une évolution semblables entraînant presque toujours la mort en quelques heures, quelle que soit la situation de la tumeur. La ponction lombaire est particulièrement contre-indiquée dans les tumeurs de la fosse postérieure, surtout chez l'enfant. D'ailleurs, sous les prétextes d'une syphilis gommeuse du cerveau ou de ses enveloppes tout à fait improbable, il ne convient pas de faire courir le danger d'une ponction lombaire et d'un traitement spécifique toujours long, à un porteur de tumeur cérébrale avec stase papillaire, obnubilation et surtout s'il y a des signes de localisation dans la fosse postérieure. (*Toulouse Médical*, 1er novembre 1938.)

Ictère grave hémopathique du nouveau-né

MM. Julien Marie et A. Boutet rappellent que l'ictère grave familial du nouveau-né est une affection particulière qui se traduit presque immédiatement après la naissance ; son évolution est rapidement mortelle, si l'hémothérapie intra-veineuse n'est pas réalisée. Cette maladie grave du nouveau-né, malgré l'intumescence constante du foie et surtout de la rate, ne relève pas d'une hépatite comme l'ictère grave infectieux du nouveau-né ou l'ictère syphilitique précoce du nourrisson. Cet ictère est la traduction d'une maladie du sang, d'une hémopathie constitutionnelle remarquable par la régularité tragique avec laquelle elle atteint tous les nouveaux-nés d'une famille, à l'exception du premier et souvent du second enfant. Cette affection est rare, insuffisamment connue du médecin.

Les caractéristiques de cette maladie sont les suivantes :

1° La précocité de l'ictère, qui débute dans les heures qui suivent la naissance, donc rapidement, devient intense et s'accompagne de cholurie sans décoloration des selles ;

2° L'hypertrophie spléno-hépatique, à prédominance splénique ;

3° L'hypothermie habituelle mais inconstante car on peut observer de la fièvre ;

4° L'atteinte profonde du nouveau-né, abattu, somnolent, précomateux, étant péniblement alimenté ou impossible à alimenter.

5° Les caractères de l'hémogramme, qui sont essentiellement une anémie constante, autour de deux millions de globules rouges, et la présence en nombre considérable d'hématies nucléées (10.000 à 50.000 par millimètre cube de sang) ;

6° Le caractère familial de la maladie ;

7° La guérison par l'hémothérapie.

Pour terminer, les auteurs précisent que si la seule thérapeutique réellement active est l'hémothérapie ils ont la conviction qu'elle doit être réalisée d'urgence, dès le diagnostic posé, et d'abord par la voie veineuse, par instillation continue et non par transfusion dans le sinus longitudinal. (*Paris Médical*, 5 novembre 1938.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La maladie des porchers en Franche-Comté. Inconstance de la méningite

(M. E. LEDOUX, de Besançon ; 6-12-1938)

La maladie des porchers, observée en Suisse et en Savoie, a été constatée également en Franche-Comté. Elle atteint généralement les jeunes porchers travaillant dans les établissements élevant un grand nombre d'animaux. M. Ledoux n'en a pas vu de cas chez les cultivateurs ayant dans leur étable un ou deux porcs seulement.

Dans les premières observations, celles d'Urech en particulier, les examens du liquide céphalo-rachidien n'avaient pas attiré l'attention sur les signes de méningite. Ces signes furent trouvés par contre dans des publications ultérieures (Docteur Charleux, Professeur Roch). A la vérité, les signes en question sont inconstants. La méningite a toujours été absente chez les malades du canton de Vaud. Chez deux malades de Franche-Comté, soignés par M. Ledoux, le liquide céphalo-rachidien ne présentait pas de réaction spéciale. Le terme de « méningite des porchers » doit donc être abandonné et la maladie doit continuer à être nommée : maladie des porchers.

Les débilités surrénales congénitales

(M. P.-A. CHATAGNON et Mlle CHATAGNON ; 6-12-1938)

Les auteurs ont observé un certain nombre de cas de débilité surrénale congénitale. Le symptôme essentiel par lequel elle se traduit est la fatigabilité, fatigabilité physique et psychique. Ces sujets vivent volontiers couchés d'où l'appellation d'allongés, sous laquelle ils proposent de les désigner.

L'asthénie de ces sujets se manifeste après l'effort, physique ou intellectuel, et c'est par l'épreuve de l'effort que pourra se faire le diagnostic. Etant enfant, le malade, d'apparence normale, se montre inappétent aux jeux de force et on le considère volontiers comme un paresseux. Le service militaire est aussi un test pour les débiles surrénaux, lesquels sont pris souvent au régiment pour des « carottiers ». Ces sujets sont justiciables d'une vie calme, d'une bonne alimentation, parfois du repos absolu, parfois aussi des hormones surrénales.

Sur les primo-infections tuberculeuses de la seconde enfance et de l'adolescence

(MM. D'ŒLSNITZ et RAIBAUDI. — Présentation par M. LESNÉ ; 6-12-1938)

Bien que la plupart des enfants réalisent victorieusement leur primo-infection, il n'en est pas toujours ainsi, et il serait certes utile, partant du virage des réactions allergiques, de pouvoir soumettre les collectivités scolaires à une surveillance périodique, clinique, radiologique et même biologique. La constitution de centres régionaux de dépistage et de surveillance de la primo-infection tuberculeuse aurait l'avantage, disent les auteurs, d'objectiver en temps voulu toute tendance à une reprise évolutive.

Voyage médical en Afrique noire

(M. Ch. ACHARD ; 6-12-1938)

Au cours d'une mission en Afrique noire, M. Ch. Achard a visité successivement le Congo belge. l'Afrique équatoriale française et le Cameroun.

Au Congo belge, M. Achard a pu constater l'essor donné à la colonie par le Gouvernement belge. Le Service de santé belge a rendu de grands services aux populations indigènes. Au Congo belge, le recrutement des médecins est différent de ce qu'il est dans notre colonie africaine voisine. Chez nous, la grande majorité des médecins coloniaux a la même formation. Les études sont faites à l'Ecole de Bordeaux et complémentairement à l'Ecole d'application de Marseille. Au Congo belge, beaucoup de médecins viennent de l'étranger et beaucoup ne font qu'un passage en médecine coloniale.

M. Achard parle ensuite de ce qu'il a vu en Afrique équatoriale française et au Cameroun. L'organisation sanitaire n'y diffère pas essentiellement de ce qu'elle est en Afrique occidentale française et à Madagascar. Le personnel médical indigène est, toutefois, en Afrique équatoriale française, moins accessible à l'enseignement d'une façon générale. L'avenir améliorera cette situation sans doute. Les maladies les plus importantes de ces régions restent le paludisme, la maladie du sommeil. La syphilis et la gonococcie sont fréquentes. La tuberculose est assez peu répandue, malgré l'alimentation généralement insuffisante des indigènes.

P. L.

Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres

Séance du 4 octobre 1938

La radiothérapie nerveuse en endocrinologie

J. A. Huet rapporte les statistiques des malades traités au cours de ces dernières années par une technique qui lui est personnelle. Il rappelle quelle est l'innervation de chaque territoire glandulaire et insiste sur l'importance d'irradier d'autant plus haut sur la voie de conductibilité nerveuse que les lésions sont plus anciennes. L'auteur attire l'attention sur l'opportunité de modifier l'état physiologique du substratum vasculo-nerveux de soutien périglandulaire et des relais vasculo-nerveux sexuels et pré-rachidiens.

Zona et herpès généralisé chez un leucémique et varicelle chez son petit-fils

M. Paul Durand (de Courville-sur-Eure) a observé un sujet leucémique lymphoïde, traité avec succès par la radiothérapie en novembre 1937, puis atteint en juillet 1938 d'un zona de la cuisse gauche. En concomitance avec ce zona, apparaît un « herpès généralisé » épars sur tout le corps.

Des « leucémies bulleuses et vésiculeuses » ayant été décrites, n'y aurait-il pas lieu de rechercher si dans les éruptions à type herpétique ou zostérien (et même varicelleux), il n'existerait pas des variations de la formule sanguine ? A noter encore que le petit-fils du malade a contracté la varicelle dans les dix jours et que le malade lui-même, pendant sa convalescence, a fait un érysipèle de la face par contamination d'une affection dont sa femme était atteinte.

Malgré cela, état actuel satisfaisant.

M. Houzel, rapproche de cette observation celle d'un malade qui a fait une grippe avec zona intercostal dont il paraissait guéri, lorsque trois mois après, est apparue chez lui une leucémie lymphoïde qui évolue actuellement lentement.

Or, le fils de ce malade est mort à l'âge de 10 ans, il y a quelques années, d'une leucémie aiguë qui était apparue deux mois après une varicelle banale.

M. Desaux pense que les éléments cutanés disséminés en dehors de l'éruption confluente étaient des vésicules aberrantes de zona. Il signale l'intérêt de l'inoculation, à la cornée du lapin, de la sérosité des vésicules dans le cas où le diagnostic entre l'herpès et le zona est difficilement établi.

M. Jean Meyer fait remarquer que les vésicules aberrantes, au cours des zonas sévères, sont moins rares qu'il n'est dit classiquement. Elles ne donnent lieu ni à des douleurs ni à du prurit et disparaissent sans cicatrices.

M. J.-A. Huet a eu une angine herpétique banale qui a duré trois jours et l'a laissé fébricitant pendant une semaine, puis une névralgie du trijumeau excessivement douloureuse et ne cédant à aucun analgésique. Cette affection s'est bientôt accompagnée de phénomènes méningés. Les neurologistes ont conclu à une compression par vésicules herpétiques ou zonateuses de la région du trijumeau et leur diagnostic a été : herpès ou zona méningé. Un enfant de l'entourage, en contact durant la période intermédiaire, a eu, quatre semaines après, une varicelle.

Lille

Société médicale et anatomo-clinique

Pseudarthrose du tibia traitée par greffe osseuse

(*Présentation de radiographies*)

M. J. Camelot. — Fracture des deux os de la jambe, traitée d'abord par immobilisation plâtrée puis par ostéo-synthèse. La consolidation n'a pu être obtenue que par la pose d'un greffon osseux rigide, prélevé sur le tibia opposé.

Les propriétés physiologiques et thérapeutiques du liquide de glandes du crapaud

M. Cornilleau (présenté par M. Defaux). — Après Vulpian et Claude Bernard, Phisalix et Bertrand, un certain nombre d'auteurs contemporains, notamment Italiens, Allemands et Chinois, ont établi que le venin du crapaud (*Bufo vulgaris*) possédait les propriétés suivantes : toni-cardiaque, grâce à une substance analogue à la digitaline, hypersécrétoire hémostatique et analgésique.

L'auteur s'est servi du venin de crapaud chez des malades présentant diverses localisations cancéreuses ; il a obtenu, notamment dans certains cas inopérables de cancers de l'utérus, du rectum et de la vessie, des résultats extrêmement intéressants. Il a constaté une amélioration de l'état général et une régression des signes locaux.

Un cas de rein en fer à cheval

M. Bourque. — Femme de 30 ans, souffrant de douleurs surtout épigastriques et chez laquelle le Professeur Lepoutre fit le diagnostic de « rein en fer à cheval », par le palper d'abord, par la pyélographie ensuite. L'intervention confirma ce diagnostic et permit d'enlever le rein gauche avec la plus grande partie de l'isthme. Guérison.

A propos de ce cas, l'auteur fait une étude complète de cette anomalie constituée par le « rein en fer à cheval ».

Les Congrès

• • •

RÉUNION ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE

(Paris, 13 décembre 1938)

La question des huîtres et des coquillages

La réunion solennelle annuelle de la Société de pathologie comparée a consacré son ordre du jour à la question des huîtres et des coquillages, envisagée sous ses différents aspects, alimentaire, hygiénique, économique.

L'huître comme aliment et l'huître comme médicament

Rapport de M. Hemmerdinger

L'huître doit être considérée comme un aliment de grande valeur. Une douzaine et demie d'huîtres fournissent la ration d'azote nécessaire à l'homme pour vingt-quatre heures. Elle est de moindre valeur au point de vue calorigène mais elle contient des acides aminés indispensables à l'organisme, des sels minéraux, du fer, du cuivre, du manganèse, de l'iode, du phosphore, sous une forme particulièrement assimilable, des vitamines A, B, C, D, G. A ces qualités s'ajoute une grande digestibilité. L'huître crue est digérée plus vite que la viande. Elle est, de plus, eupeptique et élève l'acidité du suc gastrique. L'addition d'alcool, de vin blanc, qui offre certains avantages gustatifs et hygiéniques, a par contre l'inconvénient de diminuer la digestibilité de l'huître. De même, la cuisson de celle-ci.

La valeur thérapeutique de l'huître se déduit de ces données. Sa digestibilité en fait un aliment très recommandable chez les dyspeptiques, qui l'acceptent avec plaisir en général dans leur régime. Sa teneur en vitamines base son indication dans le scorbut, dans les avitaminoses. Jointe à sa richesse en iode, elle en fait un aliment précieux dans la scrofule, la tuberculose, les anémies. L'iode s'y trouve sous un mode essentiellement assimilable. On peut, d'ailleurs, en quelques jours, en chargeant d'iode les parcs d'élevage, sur-ioder l'huître, dont l'ingestion devient ainsi un excellent procédé de cure iodée, ne donnant pas d'accidents d'iodisme. Contre l'anémie, l'huître se révèle un aliment supérieur parfois au foie, agréable à introduire dans le régime, ce qui n'est guère le cas pour le foie cru dans la cure de Wipple.

M. Hemmerdinger dit un mot sur la consommation des huîtres en été. L'huître consommée fraîche n'est pas plus toxique pendant les mois *sans R* que dans le reste de l'année. Peut-être est-elle moins agréable à ingérer, en raison du frai. Un règlement a été établi interdisant la vente de ces mollusques pendant les mois sans R, mais c'est uniquement dans l'intérêt de la reproduction et non pour raison d'hygiène alimentaire. Ainsi, au cours d'une grande Exposition récente, qui eut lieu l'été, il fut fait une intense consommation d'huîtres et on n'enregistra aucun accident, aucun cas de fièvre typhoïde ostréaire, malgré les mois sans R. Le principal inconvénient de l'huître-aliment est son prix : la ration calorique nécessaire à un adulte reviendrait à une moyenne de 80 francs par vingt-quatre heures, ce qui ne serait évidemment pas à la portée de tout le monde !

— M. Lesné considère, comme le rapporteur, que l'huître peut être un aliment de cure dans la tuberculose et aussi dans les scléroses vasculaires. Contre ces dernières affections, l'huître sur-iodée est particulièrement recommandable par son assimilabilité et la bonne tolérance de l'iode ainsi introduit dans l'organisme. M. Lesné croit et veut croire que l'on doit faire confiance à la grande majorité des ostréiculteurs et aux bonnes marques, mais la réglementation et la surveillance doivent être rigoureuses pour donner tous apaisements aux consommateurs.

Les maladies provoquées chez l'homme par la consommation des huîtres, des moules, des coquillages

Rapport de M. le Professeur Verge (d'Alfort).

M. le Professeur Verge divise son rapport en trois parties : 1° accidents provoqués par la consommation des coquillages ; 2° étiologie de ces processus morbides ; 3° méthodes de prophylaxie.

Les accidents en question comportent eux-mêmes deux groupes : primaires et secondaires. Les accidents primaires sont liés à des phénomènes d'empoisonnement vrai ou toxi-infectieux, nés de germes spécifiques inclus dans les huîtres, moules et autres coquillages.

Fait particulier, à la base de toute cette pathologie. Les mollusques de mer sont, d'une façon générale, de remarquables accumulateurs d'impuretés. On a constaté dans l'eau intervalvaire un nombre de germes deux à six fois plus grand que dans l'eau du bassin environnant, et, dans la substance même du mollusque, un nombre de germes beaucoup plus considérable encore. L'huître, la moule, filtrent une quantité assez importante d'eau de mer en vingt-

quatre heures et elles retiennent les impuretés et les germes de cette eau, lorsque celle-ci est polluée.

Les empoisonnements vrais par les mollusques de mer ont été caractérisés dans une épidémie bien connue, au cours de laquelle dix-neuf ouvriers ayant consommé des moules furent atteints et quatre moururent. Des recherches pathogéniques montrèrent la présence dans le foie des dites moules d'un poison particulier (mytilotoxine). Fiessinger et Ravina ont décrit des troubles analogues (phénomènes cholériformes et syndromes neuro-paralytiques) après ingestion de moules.

On n'a pas signalé d'accidents de botulisme, à la suite d'ingestion de mollusques de mer. Le botulisme est une intoxication par les conserves. Or, on ne fait pas de conserve de moules, huîtres ou coquillages, du moins en France (aux Etats-Unis, on vend des huîtres enlevées de leurs valves et mises en boîtes après cuisson).

Le groupe le plus sérieux, le plus important de ces accidents est le groupe toxi-infectieux relevant des germes qui peuvent être contenus dans l'eau intervalvaire et dans le corps du mollusque. On y a trouvé des microbes nombreux dont les plus importants sont le bacille typhique, les paratyphiques, le colibacille, etc... On a aussi rencontré, dans les huîtres de certaines côtes marines, des paratyphiques atypiques, très pathogènes, susceptibles de créer des typhoïdes graves, même chez des sujets vaccinés, le vaccin T. A. B. n'ayant pas d'effet préventif vis-à-vis de ces paratyphiques aberrants.

La réalité des fièvres typhoïdes provoquées par l'ingestion des huîtres et des autres coquillages est établie par des épidémies et des statistiques précises.

Ces fièvres typhoïdes ostréaires affectent des formes diverses : forme gastro-intestinale discrète, embarras gastrique fébrile, fièvre typhoïde classique à caractères un peu spéciaux : brièveté notable de l'incubation, virulence de l'infection, début brutal, accidents gastro-infectieux. Elle évolue en deux temps. Après une première phase, tout semble s'estomper, et au moment où l'on pense à la convalescence, on voit apparaître les signes caractéristiques de la fièvre typhoïde, la rechute. La mortalité est élevée (17 à 30 % selon les épidémies).

A côté du bacille typhique, on a signalé dans l'eau intervalvaire et le corps des huîtres, la présence du coli-bacille. A taux minime, M. Verge n'y attache pas une grande importance (le lait a souvent une certaine teneur en colibacilles). Cependant, la constatation d'une grande quantité de coli est un indice de souillure excrémentielle qui incite à se méfier alors de la coexistence du germe typhique.

Tels sont les accidents primaires dus à la consommation des huîtres, moules et coquillages. A côté d'eux se placent les accidents secondaires, de sensibilisation, créant une idiosyncrasie à l'égard de ces mollusques. Ils comportent des phénomènes de petite anaphylaxie, nausées, vomissements, urticaire, parfois arthralgies, qui cèdent après quelques heures, en général.

Dans l'étiologie de ces divers accidents pathologiques, les moules et les autres coquillages interviennent pour une part beaucoup plus importante que les huîtres. Un décret du 31 juillet 1923 oblige en effet les ostréiculteurs à parquer les huîtres dans des parcs salubres, alors que les moules et autres coquillages échappent à toute surveillance.

Ces mollusques sont-ils véritablement responsables des fièvres typhoïdes en question ? On ne saurait le nier. Les observations anciennes de Netter (18 fièvres typhoïdes sur 30 personnes), les cas de Lorient (4 gendarmes contagionnés mortellement sur 4 consommateurs d'huîtres) et d'autres plus récents en établissent la réalité.

La réceptivité varie avec l'âge (15 à 40 ans surtout), avec le sexe (les femmes sont plus souvent atteintes, étant moins communément vaccinées). L'acclimatement joue un rôle, une certaine immunisation spontanée pouvant se produire chez les autochtones du littoral, les individus de passage étant plus vulnérables à ce point de vue (fièvre typhoïde des jeunes mariés, des consommateurs de passage).

La contamination des mollusques de mer peut se produire au parc d'élevage, d'engraissement, de repiquage, quand l'eau des parcs est souillée par des eaux d'égout, d'évacuation, de voisinage ; pendant le transport (plus rare) ; à la vente, sur les trottoirs ou par la mauvaise habitude du rafraîchissement des coquillages invendus.

La résistance du bacille typhique dans les coquillages est considérable. L'expérience a montré que l'Eberth conservait son activité plus de trente jours dans l'huître. Le chiffre des accidents provoqués est certes assez impressionnant. On a pu estimer à 100.000 le nombre des cas connus de fièvre typhoïde d'origine coquillière, avec 25.000 décès. Mais, si l'on tient compte de la quantité considérable de coquillages vendus annuellement (pour les huîtres, des centaines de millions), le nombre des typhoïdes d'origine coquillière apparaît moins dramatique eu égard à cette grande consommation. Il n'en reste pas moins important.

Les méthodes de prophylaxie desdits accidents se groupent sous deux chefs principaux : les moyens visant les mollusques, ceux visant le consommateur. Tous les efforts doivent porter sur les premiers. On a préconisé la stérilisation par agents chimiques. Le vin blanc (Sauternes, Barsac), accompagnateur classique des huîtres sur les tables, a une réelle valeur d'atténuation des germes. De même le jus de citron, les sauces acides, vinaigrées. Charles Richet fils a montré qu'un contact de 10 minutes du jus de citron et de l'huître abaisse le taux des germes dans celle-ci. Les procédés biologiques utilisables, dits de dépuration doivent être simples, efficaces, ne pas altérer le goût du mollusque, ne pas élever sensiblement son prix. Peu de méthodes répondent à ces desiderata. La stabulation en eau de mer pure est souvent faite

dans des délais insuffisants et il peut y avoir à cet égard des irrégularités. La javellisation, l'iodisation, et récemment l'ozonisation de l'eau ont été recommandées. On ne saurait se prononcer encore sur la valeur de l'ozonisation. Le contrôle bactériologique, intéressant sans doute, est inopérant pour toutes les huîtres et s'adresse uniquement à l'eau de mer.

Reste le contrôle sanitaire institué par le décret du 31 juillet 1923. Il a créé la carte de salubrité mais s'applique aux huîtres seulement et il comporte d'ailleurs d'assez nombreuses défaillances d'application. Il a réalisé cependant un progrès considérable en imposant des parcs salubres et leur surveillance et a donné des résultats très appréciables, une diminution très grande des fièvres typhoïdes ostréaires. Il faudrait interdire formellement les parcs insalubres, surveiller l'usage des cartes de salubrité, étendre les dispositions du décret aux autres coquillages, aux autres « fruits de la mer ».

Dans la discussion qui a suivi le rapport du Professeur Verge on a mis en relief l'importance d'une application stricte du décret de 1923. Aucun parc d'huîtres ne devrait se trouver à proximité des ports. N'a-t-on pas signalé la présence d'un W. C. municipal, de construction récente, au voisinage d'un parc d'huîtres ! Le service de surveillance ne devrait pas se trouver arrêté parfois par des influences agissant dans d'autres buts que la santé publique. Il faudrait donner tous apaisements au consommateur, dans l'intérêt même des ostréiculteurs.

Le consommateur peut se protéger par la vaccination anti-typhique, mais combien peu d'amateurs d'huîtres ont reçu des piqûres de T. A. B., ou même pris du vaccin buccal. La protection n'est d'ailleurs pas absolue, en particulier contre les paratyphiques aberrants qui n'entrent pas dans la composition du vaccin en raison de leur multiplicité.

***

M. Ranson a présenté un rapport sur : **l'huître et le cuivre.**

Plus de trente métaux et métalloïdes se rencontrent dans les cellules vivantes et ils interviennent à doses infinitésimales. L'huître est un des produits alimentaires les plus chargés en cuivre et en certaines régions, au Portugal par exemple, on trouve des huîtres très cuivreuses.

A partir de 1 à 2 milligr par individu, l'huître peut être considérée comme cuivreuse, mais il est des huîtres qui accumulent des quantités de ce métal dix fois supérieures et au delà. Ce cuivre est puisé dans l'eau de mer et fourni par le fond de la mer et l'apport des rivières, la précipitation du sel métallique se produisant au moment du mélange des deux eaux, de rivière et de mer.

L'huître est un grand accumulateur de cuivre et aussi d'autres métaux. L'huître « cuivreuse » n'est pas comestible. C'est un mollusque malade, verdegrisé (hyperleucocytose verte). Les habitants des côtes où vivent ces huîtres ne les consomment pas, mais il est possible que certains commerçants peu scrupuleux cherchent à les vendre ailleurs, à l'étranger, à les introduire sur le littoral français par exemple. Or, il faut deux ans de stabulation à ces mollusques pour rejeter leur excès de cuivre. De telles huîtres doivent il va sans dire être écartées de la consommation.

***

M. Dufrénoy a parlé, enfin, du **verdissement des huîtres** et M. Charnier du **problème économique de l'ostréiculture.**

P. Lacroix.

Les livres qui viennent de paraître...

Librairie Maloine
27, rue de l'Ecole de Médecine, Paris

Noël Fiessinger, H.-R. Olivier et M. Herbain. — **Les diagnostics biologiques.** 4e édition entièrement revue et augmentée. Un vol. 768 p., 152 fig., 11 pl. en couleurs. Prix : 195 francs.

Herman Zondek. — **Les affections des glandes endocrines et leur traitement.** 4e édition. Traduction par le Docteur Marcel Filderman. Préface du Prof. Laignel-Lavastine. Un vol. 600 p. 168 fig. Prix : 220 francs.

L. Delherm et H. Morel-Kahn. — **Les principales positions utilisées en radiographie** (Technique, indications, résultats). Un vol. 220 pages 165 fig., 2e édition, 1939, revue et complétée. Prix 120 francs.

Dr Louis Girard. — **Atlas d'anatomie et de médecine opératoire du labyrinthe osseux.** Préface du Prof. Rouvière. 3e édition, 1939, refondue et augmentée. Un vol. 170 p., 80 fig. de H. Frantz. Prix : 125 francs.

Hervé Harant. — **Parasitologie médicale.** Un vol. de la « Collection des Petits Précis », 202 p., 95 fig. 1939. Prix : 18 francs.

Les Thèses

P. — Dr H. Netter. — **Les atrophies musculaires associées aux affections hypophysaires.** (Thèse 1938.)

L'auteur rapporte quelques observations dans lesquelles une atrophie musculaire était associée à un syndrome hypophysaire et il complète son travail par un exposé des cas semblables publiés dans la littérature médicale.

Les faits présentés, assez disparates, témoignent cependant de l'importance des troubles hypophysaires dans les syndromes endocrino-neuro-musculaires, décrits par Ch. Richet et G. Maranon.

P. — Docteur J. Robert. — **Le climat marin de Calais. Ses indications thérapeutiques.** (Thèse 1938.)

Une très grande stabilité des conditions météorologiques, une activité actinique intense caractérisent le climat marin de Calais. Il produit une stimulation organique totale, forte, profonde.

Il paraît indiqué de manière élective, dans les états anémiques simples, le lymphatisme, le rachitisme, la tuberculose ganglionnaire et ostéo-articulaire. Ses deux contre-indications majeures sont la tuberculose pulmonaire évolutive, ainsi que la plupart des états névropathiques.

M. — Dr J. Sirota. — **La thoracoplastie dans un sanatorium public d'altitude.** (*Etude de trois années*). Travail des Sanatoriums de la Seine à Hauteville (Ain). (Thèse 1938.)

Sur les trente-cinq malades opérés de la thoracoplastie, qui font l'objet de ce travail, l'auteur relève 21 guérisons, 7 améliorations, 2 décès post-opératoires, 4 décès à distance, un malade non retrouvé.

Dix-neuf de ces malades ont repris leur ancien métier et cinq travaillent dans leur foyer.

Mp. — Dr A. Baills. — **La maladie de Lobstein. Deux cas familiaux.** (Thèse 1938.)

La maladie de Lobstein ou ostéopsathyrose est une affection héréditaire et familiale, caractérisée essentiellement par une fragilité osseuse, des sclérotiques bleues et une surdité bilatérale.

Sa pathogénie était assez obscure jusqu'à ces dernières années. D'après des travaux récents, il semble qu'il s'agisse d'un trouble du développement du mésenchyme lié à un hyperfonctionnement de la glande parathyroïde.

Le diagnostic est, en général, facile à établir.

Le pronostic de l'affection est bénin au point de vue vital, grave au point de vue fonctionnel et social.

Dans les cas d'ostéopsathyrose, il faudra rechercher systématiquement les signes d'hyperparathyroïdie. La seule thérapeutique, sinon étiologique, du moins rationnelle qui ait paru efficace, est la parathyroïdectomie ou bien les irradiations sur la glande associées à un traitement fixateur du calcium.

Li. — Dr M. Gousset. — **La réaction de Bordet-Wassermann dans le sérum débarrassé de la fraction précipitable par l'acide chlorhydrique** (Thèse 1937.)

La technique du Prof. agrégé Auguste pour la réaction du Bordet-Wassermann offre l'avantage d'une plus grande sensibilité. Son apparition est plus précoce et sa disparition plus tardive qu'avec la technique ordinaire au cours de l'évolution de la syphilis. Son inconvénient est d'imposer au sérologiste un travail supplémentaire : l'élimination préalable de la fraction de sérum précipitable partiel.

P. — Docteur H. Grépinet. — **Les atrophies rénales unilatérales.** Travail de la Clinique urologique de Necker (service du Professeur Marion). (Thèse, 1938.)

L'anatomie montre qu'il existe toujours chez un individu normal des différences de volume et de poids entre les deux reins, et il n'est pas possible d'indiquer une limite au-dessus de laquelle l'organe peut être considéré comme normal et au-dessous de laquelle il serait atrophique.

Il existe deux grandes variétés d'atrophie rénale unilatérale :

1) les hypoplasies, qui sont le résultat d'une anomalie de développement du rein ;

2) les atrophies secondaires qui résultent de la réduction, sous des influences variées (inflammations, lésions vasculaires) du volume d'un rein dont le développement avait été normal.

Le diagnostic de l'atrophie rénale est souvent difficile ; les signes cliniques sont trompeurs.

Les deux éléments essentiels du diagnostic sont :

1) le cathétérisme urétéral avec examen chimique et bactériologique des urines qui indique que d'un côté le fonctionnement rénal est aboli ou très déficient ;

2) la pyélographie, qui, schématiquement, montre :

bassinet et calices anormaux en cas d'hypoplasie ;

bassinet et calices normaux en cas d'atrophie secondaire.

La distinction entre hypoplasie et atrophie secondaire reste la plupart du temps malaisée.

Il sera le plus souvent indiqué d'enlever un petit rein douloureux, infecté, dont le fonctionnement est nul ou insignifiant. Avant d'intervenir sur un rein, il faut toujours s'assurer de l'existence et de la valeur

du rein opposé : si celui-ci est atrophique, l'intervention sera nécessairement conservatrice du côté malade.

P. — Dr P. Belletoille. — **La négativation de la cuti-réaction à la tuberculine.** Essais de réactivation par l'histamine. (Thèse 1938.)

Chez l'adulte, la négativation de la cuti-réaction est fréquente : elle peut se voir au cours de nombreuses maladies aiguës ou chroniques, d'états locaux particuliers, ainsi que dans certains états physiologiques.

Au cours des formes graves de tuberculose, la négativation est un fait presque constant, qu'il s'agisse de tuberculose aiguë, de période terminale des tuberculoses chroniques, ou de poussée évolutive grave.

Chez l'enfant, au contraire, la négativation de la cuti-réaction ne constitue pas un phénomène courant, en dehors de la rougeole.

Au cours des formes mortelles de la tuberculose, il ressort de la lecture des auteurs que, dans la première et la seconde enfances, la cuti-réaction reste positive dans la plupart des cas jusqu'à la mort ou jusqu'à la période agonique, ce fait étant dû à l'absence de cachexie. Dans la troisième enfance, la négativation serait observée, surtout après la dixième année, au cours des tuberculoses traînantes, cachectisantes, plus fréquentes chez le grand enfant que chez l'enfant plus jeune.

L'auteur a eu l'occasion d'observer toutefois, dans le service du Docteur Julien Huber, six enfants présentant une tuberculose évolutive mortelle avec cuti-réaction négative dans la période terminale. Dans un cas, il s'agissait de la première enfance et dans un autre de la seconde enfance, et cela, en dehors de la période agonique.

Il ne faudrait donc pas éliminer de façon absolue le diagnostic de tuberculose évolutive, dans la première et la seconde enfances, sur la constatation de cuti-réactions négatives.

L'auteur, d'autre part, a recherché l'action de l'histamine sur les cuti-réactions à la tuberculine.

P. — Dr P. Charbonneau. — **Etude de la lutte anticholérique en Indo-Chine.** (Thèse 1938.)

L'auteur expose les étapes de la lutte anti-cholérique en Indo-Chine. Grâce aux règlements sanitaires, aux Instituts Pasteur, le choléra en Indo-Chine a été vaincu, nouvelle victoire de la civilisation française dans les pays d'Extrême-Orient.

THÉRAPEUTIQUE

Sur un cas d'ulcère duodénal traité par la Laristine « Roche »

Par le Docteur Rieusset-Pécholier (de Montpellier)

M. J. G..., 44 ans, gardien de prison. Ce malade, réformé de guerre pour séquelles gastro-intestinales de fièvre typhoïde, contractée en 1917, est vu pour la première fois en 1932.

Il se plaint d'un syndrome ulcéreux très net, consistant en douleurs tardives et sensations de brûlures apaisées par l'absorption de nourriture. Ces crises douloureuses durent plusieurs semaines de suite, puis se calment pour un certain temps. Le malade peut, tout de même, assurer son service de gardien de prison avec les fréquentes gardes de nuit qu'il comporte. L'appétit est assez régulier, les selles quotidiennes ou bi-quotidiennes sont souvent teintées en noir (melæna) ; pas de vomissements, mais douleurs vives au creux épigastrique apparaissant environ 4 heures après les repas et apaisées en général par l'absorption de lait. Les nuits sont mauvaises, les douleurs post-prandiales réveillent le malade vers 11 heures ou minuit. Les périodes douloureuses ont une durée d'une à trois semaines ; les périodes intercalaires ne sont pas indemnes de toutes manifestations douloureuses, mais ces douleurs ont un horaire moins précis. Le calme dure environ un mois à un mois et demi.

A cette époque, la base du traitement est constituée par de la teinture de belladone, du kaolin et du sous-nitrate de bismuth par voie buccale et par un régime sévère. Les médicaments calment la douleur, mais ne rompent pas la périodicité de son apparition. L'état général est suffisamment bon et le malade fait son service sans avoir à demander de fréquents congés de maladie.

Le 3 mai 1917 au soir, le malade, dont les douleurs étaient silencieuses depuis quelques semaines, est pris brusquement d'une douleur atroce dans l'hypocondre droit. En même temps apparaissent des vomissements qui deviennent progressivement bilieux et il y a un arrêt absolu des matières et des gaz intestinaux. Le malade a un facies terreux et le pouls est rapide avec une température normale. Le lendemain, les douleurs que les opiacés ne calment pas, s'accompagnent d'une forte ascension thermique et d'une accélération du pouls ; il y a une forte contracture abdominale généralisée et du tympanisme épigastrique. Le malade est hospitalisé dans un service de chirurgie.

Opération d'urgence qui montre une péritonite par perforation ; du pus s'écoule du péritoine ;

il y a des adhérences que l'on respecte et on ne cherche pas à suturer la perforation que l'on ne parvient pas à découvrir. On draine largement, on place une sonde duodénale et on remet le malade au lit avec de la glace sur le ventre et sérothérapie anticoli et antiperfringens.

Contre toute attente, le malade résiste et on assiste à une chute lente, mais progressive de la température. L'alimentation n'est tentée qu'après 4 jours par la sonde duodénale.

Les suites opératoires, un peu longues, sont entrecoupées par une greffe épidermique au niveau des larges plaies abdominales. Le malade peut sortir de l'hôpital en septembre 1937.

L'état général, à ce moment, est bon et le syndrome douloureux n'ayant pas refait son apparition, l'alimentation normale peut être reprise peu à peu ; le malade engraisse à vue d'œil et se trouverait très bien si sa paroi abdominale était solide, mais un amincissement musculaire fait redouter une éventration, la fistule duodénale persiste, laissant passage à des gaz et de la bile qui macère la peau. Cette fistule se fermera peu à peu et cette fermeture au début incommodera le malade qui ressentait du bien-être quand les gaz y trouvaient leur issue. Mais les téguments rongés par la bile reprennent peu à peu leur vitalité. Cet état euphorique dure plusieurs mois.

Fin janvier 1938, des douleurs réapparaissent en même temps que le malade recommence de maigrir. Un examen radiologique est pratiqué le 8 février 1938 ; en voici le compte-rendu :

1° Etude de l'évacuation : la bouillie, ingérée sous écran, remplit uniformément la cavité gastrique ; il n'y a qu'un très léger degré de ptose de l'organe. Dans la région pylorique, on remarque un retard appréciable des évacuations ; il semble que le contenu gastrique se heurte à un obstacle et la région pylorique paraît amputée net. Néanmoins le spasme disparaît assez vite et le rythme des évacuations s'établit assez régulier, mais la traversée duodénale est difficile et chaque bouchée paraît soumise à un laminage assez complexe.

Un second examen pratiqué 3 h. 1/2 plus tard montre un estomac complètement vide et sans liquide de stase. Le repas opaque est rassemblé dans les anses grêles et occupe la cavité pelvienne.

2° Etude des clichés : le cliché n° 1 pris en position debout et de face montre l'intégrité de la cavité gastrique ; il n'y a aucune biloculation, ni incisure. Il y a accumulation de la bouillie dans la région prépylorique qui est soumise à de puissantes contractions. Une région rétrécie spasmodiquement conduit au duodénum et on distingue une image caractéristique de niche d'ulcus.

Le cliché n° 2 pris en position debout, incidence oblique antérieure droite, décèle la persistance de la niche et la déformation de la première portion du duodénum.

Le cliché n° 3 pris en décubitus dorsal montre l'irrégularité des contours du duodénum. On retrouve l'image de niche déformée et tiraillée par la rétraction cicatricielle de l'ancienne perforation.

Conclusions de l'examen radiologique :

Ulcus de la première portion du duodénum évolutif dans une région cicatricielle avec adhérences et périduodénite.

On entreprend alors une première série de 24 injections intramusculaires quotidiennes de chlorhydrate d'histidine à 4 %, ampoules de 5 c. c. (Laristine « Roche »).

Dès la cinquième injection, les douleurs disparaissent presque complètement. Le traitement est tout de même poursuivi jusqu'à la 24e injection et est parfaitement toléré.

A la suite de ce traitement, une nouvelle période d'euphorie se manifeste et le malade se sentirait tout à fait bien si la faiblesse de la paroi abdominale, contenue tant bien que mal par une solide sangle orthopédique, ne l'empêchait pas de se considérer comme guéri. Le poids remonte, le moral est bon et le malade va et vient. Il a la malencontreuse idée d'acheter un tricycle à moteur d'occasion et dès les premiers essais fait une chute et se fracture la jambe gauche.

Pendant son séjour au lit, nécessité par cette fracture, de nouvelles douleurs d'estomac reparaissent, mais sans s'accompagner de sensation de brûlures ; l'immobilité amène une diminution de l'appétit et de la constipation.

Une nouvelle série d'injections de laristine (18 injections intramusculaires quotidiennes) est faite et vient de se terminer récemment. Le malade est amélioré, mais ne mange pas encore volontiers.

Conclusions

Il s'agit d'un ulcus duodénal grave dont la perforation faillit coûter la vie au malade.

Le traitement par l'histidine paraît avoir une action très nette sur l'élément douleur et il paraît indiqué d'en faire un emploi périodique en vue de prévenir les poussées successives qui caractérisent la maladie ulcéreuse.

◆ ◆ ◆ ◆

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

■ ■ ■

L'ART DE VIEILLIR

Bien des gens sur ce point trouveraient leur mot à dire ! Les philosophes évoqueraient la vanité des choses humaines et l'inéluctable pente qui nous reconduit à la poussière. Les moralistes prêcheraient que la vieillesse est un austère manteau de sérénité et de sagesse dont il faut savoir se parer. Et les chirurgiens esthétiques diraient tout bonnement que l'art de vieillir c'est de rester jeunes.

Un bien curieux livre (1) envisage à la fois ces points de vue divers. A travers de très pertinentes considérations biologiques il donne aux hommes une haute leçon de stoïcisme en même temps qu'il leur fait luire un espoir magnifique : parvenir à vaincre les injures du temps. Le temps ! le seul ennemi peut-être contre lequel nous demeurions désarmés.

***

Chez beaucoup de végétaux inférieurs, dit notre auteur, et par exemple chez les champignons, comme aussi chez certains organismes de la série animale tels que les Bryozoaires ou les Turbellariés existe la multiplication asexuée. Or pour M. Caullery, professeur à la Sorbonne et membre de l'Académie des sciences, tous les procédés de reproduction asexuée ne seraient que « la transformation d'un processus accidentel de réparation en un processus physiologique et normal de propagation » et les conditions étiologiques qui font reparaître la multiplication asexuée sont corrélatives de l'effacement de l'individualité et rapprochent l'animal du végétal, en réduisant les fonctions de relation, absentes chez les végétaux, où les facultés de régénération, et par conséquent de pérennité, se sont par contre considérablement développées.

Si l'on considère en parallèle la reproduction sexuée, intervient alors l'hypothèse de Weissmann que j'ai déjà eu l'occasion de développer ici, à propos des travaux de Véra Dantchakoff : lors de chaque division karyokinétique des cellules de l'œuf, la chromatine, vectrice des qualités héréditaires de l'espèce, ne se distribue pas également dans toutes les cellules ; certaines gardent, à chaque division, la quantité de plasma germinatif qui passe intégralement pour constituer le *germen*, véritable représentant de l'espèce, les autres constituant le *soma*.

Ce qui revient à dire que selon cette hypothèse, admise actuellement par beaucoup de biologistes, chaque individu fournirait dans son corps (soma) une sorte d'asile contingent et périssable à une parcelle souveraine et immortelle (germen), le chaînon qui appartient à la race.

Il en résulte que la mort des individus devient non seulement indifférente mais nécessaire à la conservation de l'espèce ; les individus ne seraient que les sommets temporaires et destinés à disparaître, étant donné que l'encombrement illimité est incompatible avec la vie aisée et normale de l'espèce.

C'est ainsi que la Nature, en accordant à l'animal supérieur l'Amour pour la continuité de son évolution, l'a affranchi de la morne pérennité végétative. Mais cet Amour nous le payons de notre vie ! Ayons la sagesse d'admettre que ce n'est pas trop cher payé.

***

De tout temps les hommes ont rêvé de prolonger leur vie, sans jamais s'aviser que le plus simple serait de commencer par ne pas la raccourcir stupidement ainsi que font beaucoup d'entre eux.

L'or potable des alchimistes, la pierre d'immortalité de Paracelse et tant d'autres palladiums trahissent leur sursaut d'horreur à la seule pensée de l'heure dernière.

Et pourtant, à parler franc, l'homme aurait mauvaise grâce à se plaindre : de tous les mammifères c'est lui qui détient la longévité la plus grande. Il ne se fait pas non plus scrupule de trancher par milliers les vies d'autres êtres pour en faire bénéficier la sienne. Ce roi de la création en est le tyran sanguinaire.

L'homme aime la vie, autant qu'il craint et déteste la mort. Et cependant quel est le but de

(1) *Vaccination contre la sénescence précoce*. C. Picado Librairie Le François, 91, boulvaed Saint-Germain, Paris.

la vie sinon l'accomplissement du cycle harmonique de notre évolution normale ? Cet accomplissement réalisé, le vieillard, rassasié de jours devrait attendre et souhaiter la mort comme il attend le sommeil à la fin d'une journée de travail : il devrait « sortir de la vie comme on sort d'un banquet » et donner à tous l'impression apaisante d'un but atteint. L'orthobiose de Metchnikoff consisterait à couronner une vieillesse exemplaire et respectée par une mort sereine. Mais n'est-ce pas là ambition de sage ?

***

Des stigmates particuliers caractérisent la vieillesse ; ils portent sur l'aspect, la physionomie, l'allure, le maintien, la démarche et apparaissent dans un ordre variable selon les individus.

Beaucoup de théories se sont ingéniées à expliquer la cause première de cette « maladie fatale ». L'une accuse la déshydratation progressive comme facteur d'une condensation protoplasmique. Une autre veut voir dans la vie des cellules un problème mécanique de croissance à force initiale déclenchante unique, renforcée pendant un temps puis progressivement freinée. Metchnikoff invoquait l'auto-intoxication intestinale. Marinesco, Ruzicka et Lumière ont été conduits à considérer la vieillesse comme le résultat d'une floculation colloïdale.

Il semble que l'on puisse faire de la fatigue, du sommeil et de la vieillesse des phénomènes de nature bio-chimique semblable, la fatigue et la vieillesse étant toutes deux dues à une accumulation d'auto-toxines et le sommeil représentant une réaction défensive de l'organisme, un phénomène d'immunité spécifique.

Marinesco professe que les phénomènes de sénescence liés à la floculation colloïdale sont irréversibles et inexorables ; outre ses propres observations et expériences il cite celles de Osterhout qui a mesuré, par la conductibilité électrique, la perméabilité des cellules aux ions et constaté que, même chez les cellules jeunes, il y a déjà une perte qui évolue fatalement vers la mort. Ainsi se trouve justifié le célèbre paradoxe de Claude Bernard : « La vie, c'est la mort ».

Et cependant certains ont prétendu rajeunir l'organisme vieilli.

Les uns veulent lui incorporer des produits extraits de glandes génitales animales, et c'est le procédé primitif de Brown-Séquard, inspirateur de toute l'opothérapie moderne. D'autres recourent à de petites transfusions de sang jeune, et d'autres encore greffent des glandes, siège d'élaboration de produits hormonaux. On peut encore citer l'opération de Steinach qui, par ligature du canal déférent, vise à provoquer l'atrophie des cellules spermatogénétiques au profit de la glande interstitielle.

Tous ces procédés ne donnent que des améliorations fugaces : un feu d'artifice au bout duquel la nuit retombe plus épaisse. Aussi Marinesco écrit-il : « Notre seul espoir serait de trouver des moyens pratiques d'ajourner la dégradation inéluctable et de reculer une échéance à laquelle il n'est pas possible d'échapper ».

***

C'est à ce problème que s'est attaché Picado.

Il est parti de cette idée que si, dans certaines conditions les tissus tolèrent la continuité d'autres tissus et peuvent même utiliser les produits élaborés par les cellules étrangères (cas de l'opothérapie et de la greffe) le phénomène de tolérance ne semble cependant pas le plus généralement répandu parmi les êtres vivants ; c'est plutôt la réponse antagoniste, base de l'immunité, que l'on perçoit d'ordinaire. Le complexe antigène-anticorps est un des phénomènes primordiaux de la vie.

Or le sérum sanguin du fait de ses protéines spécifiques, est un antigène type.

Restait à l'auteur à rechercher si la constitution antigénique du sérum varie avec l'âge. Si une telle vue se confirmait, il devenait possible de considérer la sénescence précoce comme une maladie humorale et, par des vaccins appropriés prévenir le sujet contre les déchéances organiques au lieu d'attendre que celles-ci fussent devenues irrémédiables.

En somme Picado ambitionnait, au lieu de fournir à l'organisme vieillissant une défense aussi passive et passagère que la sérothérapie (celle que donnent les transfusions, l'opothérapie ou les greffes), de susciter en lui une réaction active et durable, à la façon des vaccins.

Dans un organisme vivant la croissance s'accompagne de variations dans la composition chimique des tissus et des milieux intérieurs. C'est ainsi que les rapports protides/lipides, protides/acides gras et protides/cholestérol vont en diminuant de l'enfance à la vieillesse ; la cholestérine passe de 0 gr. 50 chez l'enfant à 1 gramme ou 1 gr. 1/2 chez l'adulte pour atteindre 2 grammes de 60 à 80 ans.

D'autre part tout organisme animal passe par des cycles hormoniques successifs : ses diverses endocrines ont un sommet de croissance qui pour chacune d'elles se trouve placé à des âges divers.

Par exemple le thymus passe, chez l'homme, de 0 gr. 145 au cinquième mois de la vie fœtale à 11 gr. 92 à la naissance, l'augmentation portant surtout sur la substance corticale. De 1 à 5 ans le poids du parenchyme augmente encore mais cette fois au bénéfice de la médullaire. Ensuite,

dès la puberté, commence l'*involution* qui se poursuit jusqu'à la vieillesse.

Au cycle thymique succède le cycle des gonades dont le sommet correspond à 25 ans et dont le terme survient notablement plus tôt chez la femme que chez l'homme.

Le cycle thyréo-surrénal est atteint à 45 ans, aux environs des 2/3 de la vie.

Le dernier serait le cycle hypophysaire.

Pour chaque espèce et souvent même pour chaque race existe une charpente de cycles hormoniques qui lui sont propres et, pour une espèce donnée, existe à chaque âge un équilibre hormonique différent. Il s'agit de véritables métamorphoses, mais si bien fondues l'une dans l'autre que les passages demeurent masqués à nos sens. Elles n'en sont pas moins indéniables.

Cet harmonieux déroulement peut se trouver troublé, déréglé par diverses conditions pathologiques qui aboutissent à une croissance soit accélérée, soit retardée.

Même chez les êtres normaux (ou apparaissant tels) l'on voit des jeunesses merveilleusement prolongées et, à l'inverse, des sénescences précoces.

Le psychisme lui-même est grandement différencié par le flux des glandes endocrines. Le cutinisme hypothyroïdien est bien connu. Inversement les troubles d'origine épiphysaire se traduisent non seulement par la macro-génitosomie précoce mais aussi par de curieuses manifestations intellectuelles. C'est ainsi que l'on a décrit des enfants de 5 ans qui parlaient de l'immortalité de l'âme et de la vie de l'au delà.

En possession de ces données d'observation, Picado s'est souvenu que le sang de la veine efférente de chaque glande véhicule les produits du métabolisme de cette glande. Par conséquant le sang d'un individu constitue sa véritable expression endocrinienne pour le moment considéré, et l'on peut dire que le sang d'un vieillard résume les diverses déviations et adultérations organiques propres à la sénescence.

A ces produits spécifiques l'organisme jeune était-il capable d'opposer une « réponse antagoniste » de vitalité et de prolongation de jeunesse ?

L'expérience montra que l'on pouvait obtenir des hétéro-anticorps sélectifs pour l'âge du sérum qui a servi d'antigène et, par conséquent, conférer à un organisme jeune ou adulte des « anticorps de vieillesse ». Le point capital de la technique est de suivre soigneusement la méthode vaccinothérapique et de faire les injections de sérum-antigène non pas journalières mais hebdomadaires. On laisse ainsi à l'organisme le délai nécessaire pour échafauder progressivement ses défenses.

Picado a choisi comme premier animal d'expérience le ver à soie ou plutôt la larve sur le point de filer son cocon ; l'injection de sang de papillon s'est traduite par l'augmentation de la longévité moyenne jusqu'à 13, 16 jours, contre 10, 31 chez les témoins. Les papillons issus de larves traitées ont vécu aussi plus longtemps.

Passant de là aux vertébrés l'auteur a injecté des lapins. Au bout de six ans, sur une douzaine de sujets en expérience, cinq survivaient ; sur la douzaine de témoins du même âge il en restait un seul. Sur les cinq survivants traités l'un a atteint huit ans, un autre neuf ans.

Picado s'est injecté à lui-même, suivant la même technique du sang de vieillards. Il ne détaille pas les résultats obtenus (est-ce modestie ?) et dit en tout cas n'avoir pas constaté d'effets nocifs.

* * *

Des philosophes comme Bergson, des biologistes comme Carrel ont déjà distingué du « temps sidéral » le « temps physiologique ou temps intérieur » pour l'évaluation duquel nous n'avons ni unité ni appareil de mesure. Ce qu'il y a de sûr c'est que biologiquement et psychologiquement « l'année intérieure » (s'il est permis de créer ce terme) d'un jeune enfant est incomparablement plus courte que celle d'un vieillard. Celui-là est le siège d'un bouillonnement vital qui impose à toutes ses cellules un rythme forcené ; celui-ci ne connaît plus que l'écoulement lent et monotone de la durée. Si bien que l'année de 365 jours n'est pas une mesure qui leur soit commune ; pour l'enfant elle traîne en longueur, pour le vieillard elle passe comme une buée du matin.

Une réelle prolongation de la vie ce serait donc celle qui parviendrait à ralentir le développement de l'enfant ; et de cela personne ne se soucie. Mieux ! plus nous allons et plus nous souhaitons et favorisons l'enfance précoce. Nous brûlons les étapes ; de gaîté de cœur nous rognons la peau de chagrin et c'est seulement lorsqu'elle n'est plus entre nos doigts qu'un déchet hors d'usage que nous songeons à la préserver.

C'est plus tôt qu'il fallait s'en soucier. Les hygiénistes, les moralistes nous prêchent la vie simple, la sagesse du retour vers la nature. Nous optons, nous, pour l'artifice et la trépidation du siècle. Tant pis pour nous !

Picado offre aux condamnés que nous sommes la perspective d'un délai, d'un simple sursis. Et c'est déjà beaucoup. Mais pour que nous en jouissions vraiment il lui faudrait aussi vacciner notre âme contre la vieillesse et ses désenchantements.

Et de cela il ne parle pas !

G. Lavalée.

ACCIDENT DU TRAVAIL CHEZ UN ENFANT (1)

Un pâtissier emploie comme domestique une enfant de moins de quatorze ans. Celle-ci est victime d'un accident du travail. Qui doit payer les honoraires du médecin traitant ? L'assureur s'y refuse, sous prétexte que l'enfant n'avait pas atteint l'âge requis pour être employée à un travail salarié. Le patron ? Il peut invoquer le même motif. Les parents ? Ils peuvent ne pas être solvables, ou soutenir que l'enfant étant placée, ils ne doivent rien, en cas d'accident du travail. Et une fois de plus, le malheureux médecin sera le dindon de la farce, à moins qu'il ne soit membre du Sou médical.

Certes, le Livre II du Code du travail, en son article 2, spécifie (loi du 30 juin 1928) que les enfants ne peuvent être employés, ni admis dans les établissements industriels et commerciaux avant l'âge de treize ans révolus. Cette disposition est applicable aux enfants placés en apprentissage dans les mêmes établissements.

Toutefois (article 3) les enfants munis du certificat d'études primaires peuvent être employés à partir de l'âge de douze ans. Mais ces enfants ne peuvent être admis dans ces établissements, lorsqu'ils ont *moins* de 13 ans, *s'ils ne* sont munis d'un certificat d'aptitude physique délivré, à titre gratuit, par l'un des médecins chargés de la surveillance du premier âge, ou l'un des médecins inspecteurs des écoles, ou tout autre médecin chargé d'un service public, désigné par le Préfet. Cet examen sera contradictoire si les parents le réclament.

L'âge de la fréquentation scolaire a été porté à quatorze ans. (Lois des 9 et 11 août 1936).

La jurisprudence s'est maintes fois rangée à ces directives légales. Je cite principalement un arrêt de la Cour de cassation, Chambre civile, du 28 juin 1932, qui décide qu'il ne peut exister de contrat de travail valable entre un chef d'entreprise et un enfant encore soumis aux obligations de la fréquentation scolaire. Par conséquent, l'accident survenu à un enfant, dans ces conditions, ne saurait être régi par la loi du 9 avril 1898 ; mais le père de la victime peut intenter au patron une action en dommages-intérêts, en vertu de l'article 1382 du Code civil.

Citons des décisions postérieures rendues sur le même sujet. Le Tribunal civil de Libourne, par jugement du 4 janvier 1934, décide la nullité du contrat de travail, en ce qui concerne un enfant de 9 ans employé aux vendanges.

La Cour d'appel de Rennes (1re Chambre), par son arrêt du 9 mai 1934, tout en reconnaissant la nullité de pareils contrats de travail, ajoute que le père de l'enfant peut invoquer l'article 1.382 du Code civil, en arguant d'une imprudence quasi délictuelle à la charge de l'employeur (accident survenu par la faute du patron, par celle d'un de ses préposés, ou par sa chose) ; mais le père doit toutefois conserver une part de responsabilité à sa charge, pour avoir engagé son fils de 12 ans comme domestique de ferme, alors que cette profession comporte certains dangers.

La Cour d'appel de Lyon (3e Chambre) par arrêt du 2 juillet 1936, se montre fort sévère, en déclarant nul un contrat de louage de services, pour un enfant, alors même que l'accident serait survenu pendant la période des vacances, motifs pris que le contrat a été conclu à une époque et pour une période, où l'enfant était assujetti à l'obligation scolaire.

Néanmoins, la Cour de cassation, Chambre civile, par arrêt du 9 novembre 1937, décide que le contrat de travail peut être considéré comme valable, si les circonstances de fait permettent d'apprécier si le mineur, employé à un travail agricole, a cependant la possibilité de fréquenter régulièrement l'école.

Marche à suivre d'ordre pratique

Le médecin, membre du Sou médical, qui ne peut pas se faire payer ses honoraires, pour soins donnés à un mineur, victime d'un accident du travail, adressera son dossier à notre Ligue. Nous étudierons avec nos avocats la situation juridique de chaque partie : le patron, l'Assurance de ce dernier, le père et les circonstances de l'accident. Après quoi, notre conseiller technique d'assurances fera une démarche auprès de la Compagnie d'assurances, pour obtenir le règlement amiable du litige. S'il échoue, notre confrère obtiendra l'appui pécuniaire, pour citer en justice patron et père, selon les responsabilités qui pèseront sur chacun d'eux.

Mais il faudrait préciser l'âge de l'enfant et savoir s'il n'a pas déjà son certificat d'études primaires, où s'il est encore assujetti aux obligations scolaires, alors que son travail le mettait dans l'impossibilité de fréquenter régulièrement l'école.

Dr Paul BOUDIN.

(1) Cet article ne concerne que les accidents antérieurs au 1er janvier 1939. Le nouveau régime étend en effet la protection légale aux salariés dont le contrat serait atteint par une quelconque cause de nullité.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations parlementaires

La Santé publique, la vaccination antidiphtérique, et les Assurances sociales devant la Chambre

Ainsi qu'il est de coutume, la discussion des différents chapitres du budget devant les chambres a été l'occasion, pour un certain nombre de parlementaires, d'exposer leurs critiques contre l'activité des divers ministères dans leur domaine respectif et leurs conceptions personnelles en ces matières. De ces interventions, et des réponses ministérielles, nous avons retenu ce qui, dans le domaine de la Santé publique et du travail, touche de près le Corps médical.

Citons tout d'abord, à propos du vote du budget de la Santé publique, l'intervention de M. le Docteur Dézarnaulds, ancien sous-secrétaire d'Etat dans le ministère Sellier, qui critiqua de manière fort pertinente à notre avis, l'organisation actuelle de ce ministère. Issu de l'ancienne direction de l'hygiène du ministère de l'Intérieur, il a, depuis cette séparation, perdu toute possibilité d'initiative en matière administrative, et ses prérogatives se réduisent surtout à la distribution des subventions. Il lui est ainsi impossible de créer ce qui doit être son véritable but : la charte de l'hygiène publique en France. Les seuls agents d'exécution sont les inspecteurs départementaux d'hygiène, qui depuis 1935 sont nommés directement par le ministre, mais dont l'action reste encore subordonnée au bon vouloir des Préfets et des Conseils généraux. Il serait donc souhaitable que les médecins inspecteurs deviennent des « fonctionnaires d'Etat, titre qui leur donnerait les pouvoirs et l'indépendance nécessaire ». A la tête de la Direction de l'hygiène, M. Dézarnaulds souhaite « un homme de haute compétence médicale » au lieu d'un fonctionnaire administratif. Abordant ensuite les crédits accordés pour l'équipement sanitaire du pays, l'orateur souligne l'importance du problème des rapports entre les Caisses d'assurances sociales et le ministère de la Santé publique. C'est à ce ministère qu'il devrait appartenir de diriger la lutte préventive contre la maladie, avec les fonds des Caisses, qui trop souvent les utilisent de manière divergente et dispersée. Il en est ainsi particulièrement en matière d'hospitalisation, et l'on voit des assurés sociaux se faire soigner dans de petites cliniques installées par les Caisses, qui font concurrence à l'hôpital public. Il faut donc coordonner tous ces efforts, et reformer le régime de l'hospitalisation publique. Enfin, rappelant l'expérience poursuivie dans le Loiret en matière d'inspection médicale scolaie, l'orateur demande le vote de la proposition de loi qu'il a déposé à ce sujet d'accord avec la Confédération des Syndicats médicaux, proposition qui respecte le rôle du médecin de famille et le secret professionnel, et permet la création du carnet sanitaire.

La question du rôle des Assurances sociales en matière de santé publique préoccupe également M. Guerret, qui rappelle que leur budget annuel, de plus de 4 milliards, dépasse et de beaucoup celui du ministère de la Santé publique (1 milliard 600 millions). Une étroite liaison devrait exister entre ces deux budgets, sous la forme d'une tutelle véritable des ministres du Travail et de la Santé publique. Deux problèmes se posent : celui d'un meilleur emploi des fonds affectés aux soins curatifs donnés aux assurés sociaux, celui d'une administration plus méthodique des réserves des assurances sociales. En ce qui concerne le premier, l'orateur souligne l'insuffisance actuelle des tarifs de responsabilité des Caisses, principalement en matière chirurgicale, et en cas de traitement en cliniques privées. Les abus de la part de certains membres du corps médical peuvent être évités par un contrôle de clinique, et l'obligation de conclure des conventions.

Quant au problème de l'investissement des réserves des Assurances sociales, il faut le résoudre par la lutte contre les fléaux sociaux. Des efforts ont déjà été tentés dans ce sens, mais de manière dispersée, et les résultats ne sont plus en proportion des énormes ressources dont disposent les Caisses. D'autre part, les milliards des Assurances sociales ont trop souvent tenté les ministres des Finances et ont dû être investis en fonds d'Etat ou prêts aux collectivités. On estime à 10 milliards les fonds qui ont été détournés de leur véritable but, la Santé publique, de 1934 à 1940. Une dernière raison du désordre actuel doit être trouvé dans l'absence de plan et de doctrine du ministère de la Santé publique en ces matières ainsi que le fait ressortir le rapport annuel de la Cour des Comptes (rapport dont nous entretiendrons nos lecteurs). L'ora-

teur conclut en souhaitant une collaboration étroite entre les organismes d'hygiène publique et les Caisses, et une participation de ces dernières à la gestion des établissements sanitaires et hospitaliers.

La loi du 24 juin 1938 rendant obligatoire la vaccination antidiphtérique fait l'objet d'une longue intervention de M. Philippe Henriot, qui attire l'attention de la Chambre sur les périls que cette obligation pourrait entraîner, rappelle les articles et ouvrages récents d'un certain nombre de médecins à ce sujet, et estime que la preuve n'est pas faite de l'innocuité du vaccin antidiphtérique et de son pouvoir immunisant. « Un seul cas douteux devrait faire supprimer l'obligation ». En tant que maire, un autre membre de l'Assemblée, M. Plard, vient dire quelles furent à ce sujet ses incertitudes et ses angoisses. « Si le Corps médical et le ministère de la Santé publique ne connaissent pas la vérité, qu'ils n'imposent pas la vaccination aux administrateurs de cités. »

M. Marc Rucart, ministre de la Santé publique, répondant aux diverses interventions, regrette tout d'abord de ne pouvoir citer les nombreuses données statistiques et techniques relatives à l'anatoxine, et rappelle que la loi a été votée après avis du Conseil supérieur de l'hygiène publique et de l'Académie de médecine, et étude des diverses Commissions. L'expérience a prouvé, à l'étranger, et en France (à Paris 30 % des enfants ont été vaccinés de 1928 à 1937 : 1928, 310 morts de diphtérie, en 1937, 87 seulement) que les avantages de la vaccination sont certainement supérieurs à ses inconvénients. En tout cas la loi ne sera applicable qu'après parution du règlement d'administration publique, qui est actuellement soumis à l'avis de l'Académie de médecine, et à laquelle les débats de la Chambre seront communiqués.

Le ministre se déclare entièrement d'accord avec M. Dézarnaulds sur la mauvaise organisation administrative du département de la Santé publique. Il regrette que sur 1.600.000 francs, 1.250.000 soient consacrés à l'Assistance (dépenses d'imprévoyance) et 150 millions seulement à la prévention. Abordant la question de la réforme hospitalière il annonce que le Conseil supérieur de l'Assistance publique est en train de la reprendre, et qu'on peut espérer aboutir à un texte mettant d'accord la Fédération hospitalière et les Syndicats médicaux. Enfin, M. Rucart, avec M. Guerret, souhaite une collaboration plus étroite avec les Assurances sociales. Cette collaboration se manifeste déjà par un crédit de 30 millions dans le budget de la Santé publique, à titre de participation des Caisses à l'armement sanitaire et hospitalière du pays. En échange il y aura lieu de prévoir la représentation des Caisses dans les Commissions administratives des hôpitaux. Enfin, le ministre annonce qu'il a entrepris une vaste enquête, il y a deux mois, sur l'équipement sanitaire du pays « en tenant compte aussi bien de l'ensemble des besoins que des ressources actuelles ».

En ce qui concerne les prestations maladies des Assurances sociales, la discussion du budget du Travail fut l'occasion de protestations nombreuses contre l'arrêté ministériel relatif au remboursement des spécialités pharmaceutiques, qui mécontente à la fois les assurés (qui en font les frais), les médecins dont la liberté de prescription se trouve ainsi limitée, et les Caisses qui se voient imposer de nouvelles complications administratives. M. Pomaret, ministre du Travail, précise à cet égard que le classement a eu lieu en tenant compte de l'écart entre le prix de vente et le prix de revient, et la manière dont la propagande est faite en faveur de ces produits. Enfin, signalons que M. Fié a demandé que les médecins-contrôleurs de Caisses, ou plutôt les médecins-conseils, soient dotés du contrat de travail qui leur manque, et qu'il soit mis fin à certaine pratique de congédiements abusifs.

Que conclure de ces débats ? C'est que le problème principal de l'heure nous paraît être la liaison entre le ministère de la Santé publique et les Assurances sociales, liaison financière et administrative pour le développement de la médecine préventive et « l'équipement sanitaire ». Certes il y aurait lieu de se réjouir d'une limitation à l'activité anarchique de trop de Caisses en cette matière. Mais ces projets font poindre également une nouvelle menace pour le Corps médical libre : l'intensification de la concurrence par les établissements publics de soins, avec l'aide des immenses réserves des Assurances sociales, et en application du « plan d'équipement sanitaire » que le ministre serait en train de dresser. Avant de penser à l'avenir et de faire de la médecine préventive, avant d'investir de nouveaux fonds dans des créations coûteuses dont le « rendement » social est souvent contestable, on pourrait peut-être songer pour utiliser ces « bonis » qui suscitent tant de convoitise à augmenter les tarifs de responsabilité des Caisses, afin de permettre aux assurés de recourir immédiatement aux « ressources actuelles » de la médecine libre ?

Jean Mignon.

RÉADAPTATION DU TUBERCULEUX AU TRAVAIL CONCEPTIONS ACTUELLES

Docteur Paul LAFOSSE

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Médecin-chef de Dispensaire antituberculeux

Tous les médecins ont vu de malheureux tuberculeux, sortant de sanatorium, forcés de retravailler immédiatement pour vivre, faire une rechute grave et rendre ainsi illusoire le bénéfice de la cure. Pour éviter cette alternative, bien des tentatives ont été faites, et, l'an dernier, la Fédération des Associations agréées des dispensaires de l'O. P. H. S. de la Seine, a entamé une campagne des plus actives pour arriver à solutionner cette question. Le Professeur Etienne Bernard, le Docteur A. Bergeron ont, dans des rapports très étudiés, exposé: le premier, les vues et les vœux des Associations agréées, le second ceux des médecins des dispensaires de la Seine, M. Guinard, a fait une minutieuse enquête auprès de tous les médecins de sanatorium de France, il a résumé les résultats qu'ils avaient obtenus, et la manière dont, avec sa profonde expérience, avec sa foi ardente, il a, à Bligny, guidé ses malades. Enfin, tout récemment, Pierre Bourgeois, dans le *Bulletin du Comité de Défense contre la tuberculose*, a montré ce qui avait été fait chez nous et à l'étranger, et ce que l'on pourrait faire.

Il faut bien le reconnaître, tous ces efforts n'ont pas obtenu le succès qu'ils méritaient. Pourquoi ? A mon humble point de vue, c'est parce qu'on ne s'est pas assez préoccupé des désirs du tuberculeux, c'est parce qu'on a voulu lui imposer des solutions qu'il ne veut pas admettre, malgré tous les trésors de patience et de persuasion qu'on a dépensés. Je ne veux citer que le « Retour à la Terre » qui a échoué complètement si j'en juge par ce que je vois dans toute la banlieue Est de Paris ! En définitive, que veut le tuberculeux ? « car, comme le dit Sir Pendrille Varrier Jones, c'est de lui qu'il s'agit, de lui qu'il faut partir, il a un but dans l'existence : guérir pour se remettre au travail », et, j'ajouterai, au travail qu'il a lui-même choisi, dans le pays où il s'est fixé, lui et sa famille. De plus, il ne veut pas paraître diminué aux yeux des siens; aussi, il veut gagner autant que s'il n'avait jamais été malade.

Il faut donc essayer de mettre sur pieds, une organisation qui permette aux tuberculeux d'achever une guérison amorcée par le sanatorium, puis de concilier leurs désirs. Les cures de travail instituées dans beauoup de sanatoriums, ont une importance considérable : elles luttent contre une mystique qui, trop souvent, s'était installée dans ces établissements : la mystique du repos absolu, sans lequel la guérison ne pourrait être obtenue. Surveillés, dirigés, les efforts progressifs, l'expérience le montre, sont au contraire, indispensables, et du point de vue physique, et du point de vue psychique. Mais, lorsque le malade revient chez lui, il n'est plus dans les conditions de vie saine, aérée, hygiénique, luxueuse même souvent du sanatorium, et il lui faut faire une deuxième étape : la réadaptation au travail dans le milieu urbain, car, s'il veut se remettre d'emblée à une activité normale et productrice, il y aura bien des chances pour qu'il fasse une rechute. A ce propos, il est absolument nécessaire d'établir une discrimination entre le tuberculeux traité par un pneumothorax et celui qui n'a pas de pneumothorax : la solidité de l'amélioration et de la guérison est très nettement plus forte chez le premier que chez le second. M. le Professeur F. Bezançon a bien voulu me dire qu'il partageait pleinement cette façon de voir.

De ce que j'ai vu, de ce que j'ai lu, de ce que je sais, une tentative suisse se rapproche de ce que, à tort ou à raison, je considère comme le but à atteindre. J'en résumerai les principes fondamentaux, avec les tempéraments que je souhaite voir apporter à l'œuvre de nos voisins. A 15 kilomètres de Zurich, a été édifié par la Ligue antituberculeuse du Canton, un centre de rééducation pour les tuberculeux sortant des sanatoriums cantonaux. C'est le médecin qui établit la liste des travailleurs qui sont occupés, les hommes, à des travaux de jardinage, de menuiserie, les femmes, à la confection de dessous, de tabliers, de recouvrage de planches à repasser..., c'est le médecin qui règle le travail, et l'arrête s'il paraît nuire à la santé. En 1935, 30.000 heures de travail ont été fournies et ont produit 40.000 francs suisses, couvrant la plus grosse partie des frais d'exploitation.

C'est là, une conception de la rééducation au travail que je pense se rapprocher de ce que je crois nécessaire et utile. Et dans notre région, je voudrais même voir un établissement analogue bien plus près de Paris, car c'est dans son milieu habituel que le tuberculeux doit être réentraîné au travail normal, autrement, il devra y refaire un nouvel entraînement. Et je vois très bien ce

centre, dans la banlieue Est, par exemple, dans un emplacement actuellement inoccupé depuis plusieurs années, à la lisière du Bois de Vincennes, et séparé seulement par l'épaisseur d'un mur, du Service des tuberculeux de l'hôpital Bégin que j'ai dirigé près de deux ans après la dernière guerre.

Ce genre de pension me paraît devoir s'éloigner de la formule hôpital ou sanatorium, laisser une liberté dirigée aux malades, et se rapprocher de la formule hospice, avec travail et sorties réglées par le médecin. Je n'insiste pas davantage sur ce projet, que l'on peut dénommer « Home sanitaire régional », et dont j'ai ailleurs (1) exposé la conception en détails. Mais on conçoit que sa réalisation nécessitera et beaucoup de temps, et beaucoup d'argent.

En attendant, il m'a paru indispensable de faire quelque chose de plus simple, de moins onéreux, et voici ce que j'ai pu organiser à Vincennes, pour le secteur du dispensaire de l'O. P. H. S. (Vincennes, Saint-Mandé et Fontenay-sous-Bois) auquel il faut adjoindre celui de Montreuil et de Champigny, dont les pneumothorax sont ou créés ou entretenus à ce dispensaire : en tout une population de plus de 300.000 habitants! L'organisation d'un atelier de couture pour femmes sortant de sanatorium par Mlle Fouché, m'a permis de persuader de la nécessité et de la possibilité de cette organisation, l'Association d'hygiène sociale agréée près le dispensaire, que préside M. le Prof. Gabriel Petit, et que, depuis des années M. Bonvoisin, Maire de Vincennes, soutient de toutes les forces, de toute l'énergie de sa volonté de lutte contre le fléau. Grâce à eux, la Municipalité, l'Association de Vincennes, et la Ligue du diminué physique, se sont associées et ont ouvert un centre de réadaptation au travail, régional, et ont pour cela utilisé les ressources que l'Association, alertée depuis plusieurs années a patiemment mises de côté.

Les sujets, qui sont occupés dans ce centre, sont uniquement choisis parmi les malades sortant de sana, par le médecin-chef du dispensaire. Il y a actuellement place pour 7 (et bientôt pour 10) : 6 hommes, 1 femme. La femme est chargée du ménage et de la cuisine. Les hommes sont occupés à confectionner des jouets en bois contreplaqué, à les colorer. Ces jouets peuvent être désinfectés en les plongeant dans une solution d'eau de Javel. (Très prochainement cet atelier sera remplacé par un autre de nature différente.) Le centre est installé dans un coquet pavillon avec jardin. Il comprend un rez-de-chaussée, un premier étage et un deuxième, mansardé. Au rez-de-chaussée : cuisine, salle à manger, salle de cure, au premier, trois pièces pour l'atelier, au second, chambre du gardien, et deux pièces servant de magasin et qui pourront être utilisées pour un développement plus considérable, si les circonstances le permettent. Les employés arrivent à 9 heures, prennent un petit déjeuner, se mettent au travail de 9 heures à 11 h. 30, se reposent de 11 h. 30 à 12 heures, déjeunent de 12 à 13 heures, font la cure silencieuse de 13 à 14 heures, travaillent de 14 à 16 heures, goûtent de 16 à 16 h. 30, et travaillent de 16 h. 30 à 18 heures. Ils touchent 12 francs par jour. L'atelier est ouvert depuis plusieurs mois, tous les malades ont parfaitement supporté le régime institué, tous ont repris de 3 à 4 kgr. sans poussées de température, sans signes cliniques radiologiques ou bactériologiques d'évolution. Sur ces 7 ainsi occupés : 1 a un pneumo-double, avec thoracoplastie partielle d'un côté, 3 ont un pneumo-simple, 1 est un ancien pneumo-double ; 2 seulement n'ont pas de pneumo. Tous les employés sont revus médicalement le samedi, car ils ne travaillent que cinq jours par semaine.

Le résultat est donc particulièrement intéressant du point de vue réaction des malades. Malheureusement, il l'est moins du point de vue économique, et il montre de toute évidence qu'une pareille organisation doit être soutenue par une œuvre puissante. . ; il est néanmoins nécessaire de remarquer que les frais d'installation ont, malgré les concours désintéressés ou de particuliers ou de maisons importantes, dont l'appui devrait d'après ce que l'on entend chaque jour, garantir la longévité de l'œuvre, pesé beaucoup dans la balance. Mais ces ateliers, l'expérience le prouve, peuvent être créés et entretenus par quelques dizaines de milliers de francs, et d'autres Associations pourront en réaliser facilement. Ils n'empêcheront pas la formation de « Homes sanitaires régionaux » ou de tout autre œuvre de nom, sinon, de but différent. Ils paraissent donc devoir entrer très simplement et très rapidement dans l'armement antituberculeux.

Enfin, ce centre de réadaptation, je ne crois pas m'illusionner, me semble avoir trouvé auprès de mes malades un accueil que j'espérais, mais que je ne pouvais croire aussi favorable, je dirai même, aussi passionné. Tous ceux qui y ont été ou qui y sont, ont fait preuve d'une activité, d'un désir de bien faire et surtout d'une crainte de voir fermer leur atelier, car ils se rendent parfaitement compte que le travail qu'ils y fournissent ne produit pas assez pour en couvrir les frais. Tous se sont faits, auprès de leurs camarades qu'ils voient aux séances de réinsufflations, des propagandistes convaincus. C'est le succès que le Centre a trouvé auprès des tuberculeux qui m'a amené à en exposer ici, l'organisation, espérant que, non seulement, d'autres dispensaires du pays pourront en édifier, mais qu'ils pourront faire mieux, pour le plus grand bien de la lutte anti-tuberculeuse.

(1) *Revue médicale française*, 1938.

QUESTIONS SOCIALES

Un nouveau paria : le médecin !

Par le Docteur FOVEAU DE COURMELLES

La rançon du progrès a multiplié les progrès qui augmentent les dangers que courent les médecins dans l'exercice de leur art ! Les contagions, les piqûres anatomiques furent de tous les temps et ne sont pas diminuées. Mais l'électro-radiologie, avec, surtout, les rayons X et le radium frappent tous les organismes, en des régions diverses et diversement. Et puis, enfin ! il y a les charges sociales de tous genres, impôts et patentes. Déclarations (j'allais dire dénonciations) et enfin un des derniers décrets-loi, et c'est de celui-ci que je veux parler, on s'en est peu ému dans le monde médical. Le vrai praticien a-t-il le temps de lire, d'écrire, de prostester et quand il le fait, c'est un véritable tour de force.

Ce décret-loi a pour but de supprimer le *compérage* c'est-à-dire tout gain, (décret imprécis en ses termes), en dehors des honoraires classiques (et souvent plus que mérités). Pas d'association avec des pharmaciens, cela très légitimement défendu et accepté de tous médecins sérieux. Evidemment la dichotomie y est proscrite, défendue, considérée comme fréquente, courante, au point qu'un fonctionnaire français des assurances sociales, nous disait récemment *Le Journal des Praticiens,* allait en parler en Belgique.

Mais ce n'est pas même tout cela que vise avec raison le fameux décret loi, c'est la *propriété scientifique.* Un médecin, un dentiste, une sage-femme, professions visées et dénommées, ne pourraient vendre, prescrire à ses malades des appareils ou des médicaments qu'ils ont inventés, qui ont fait leurs preuves et sont excellents.

La Confédération des travailleurs intellectuels C. T. I., a dès sa fondation montré la propriété scientifique, bien défavorisée par rapport, aux propriétés artistique et littéraire. Je ne parle pas de la propriété commerciale créée en 1926 et si favorisée ; quant à la propriété immobilière, elle n'existe plus guère, et « le bâtiment » s'en ressent, on ne bâtit presque plus, on répare peu et les maisons s'acheminent toutes seules vers la destruction, les propriétaires n'ayant plus les moyens de réparer.

Mais la propriété scientifique elle même est atteinte en maintes de ses manifestations. Les marques de fabrique et les brevets d'invention ne peuvent souvent être pris et protègent si peu. Nos brevets français SGDG, « sans garantie du gouvernement » n'ont nulle valeur, ne sont nullement cotés à l'étranger. Mais ils n'ont nulle autorité, nul pouvoir de protection pour maints actes de l'écrivain, de l'inventeur. Des formules, des méthodes, ne ressortissent nullement même aux brevets d'invention si imparfaits qu'ils soient. La C. T. I., dès sa fondation, s'en est immédiatement préoccupée. J'en ai souvent parlé ici, et au groupe parlementaire de défense, car Chambre des députés et Sénat ont entendu diverses idées sur cette propriété scientifique et nous assurèrent de leur sympathie et rien n'est venu... loin de là.

Et le médecin — qui devient ainsi un véritable paria — sera même le seul d'après le décret-loi, le seul, à ne pouvoir défendre son bien, son invention, à l'utiliser en somme, à en tirer quelque profit, s'il exerce la médecine, s'il pratique son sacerdoce. Il doit être exclusivement médecin et ne pas appliquer ses découvertes,ses appareils. Ce n'est pas assez qu'il donne en général son bien. Il trouve une méthode, un appareil, qu'il donne largement, souvent par le seul fait de la publier. Quand le 11 janvier 1904, le Professeur d'Arsonval, présenta à l'Institut (Académie des sciences) ma radiothérapie des fibromes, je ne songeai pas une seconde à breveter cette découverte, et pour cause, car pas brevetable du reste. Que de travaux semblables et qui profitent de suite à la collectivité, encore si elle daigne y croire, l'essayer et l'appliquer. En France, on est assez sceptique et que d'inventeurs meurent de faim, dépouillés à l'étranger, ou qui y sont estimés... appelés.. ceci plus rarement.

Mais une formule thérapeutique excellente peut prendre une marque de fabrique, un appareil, un brevet d'invention. Mais le médecin, paria nouvellement (?) créé, ne pourra en tirer nulle ressource, en la prescrivant, en l'ordonnant à ses malades. Non cela est de la malhonnêteté. Le médecin *a priori,* est malhonnête. Il lui faut un *ordre,* comme les avocats, afin de rester honnête. N'y a-t-il pas de dissemblances, la nécessité d'agir d'urgence, loin de tout secours parfois, en des fermes isolées et lointaines alors que l'avocat opère au Palais, à la face de tous. Le médecin, lui, doit souvent agir immédiatement, avec des moyens de fortune qu'il trouve ou fait sur le champ, inspiration, intuition et qu'il pourrait peut être monnayer ensuite. Mais pas ça, dit le décret-loi, tu es un paria, un hors la loi, tu ne profiteras pas de ton bien ou cesses d'exercer, tu deviendras un citoyen comme les autres, tu peux faire *alors* de la publicité, proclamer *urbi et orbi* que telle for-

mule ou tel appareil du Docteur X. (qui n'exerce pas la médecine) ou de l'abbé Y qui n'existe pas, sont les premiers du monde, guérissant tout. Ainsi tu feras vivre les journaux, les postes de T. S. F., en les payant largement ; si tu n'as pas le sou pour le faire tant pis pour toi, tu crèveras comme un chien sans maître, c'est ce que tu mérites !

Croit-on que j'exagère ?

N'avons-nous pas eu récemment un projet de loi d'un parlementaire nous voulant oisifs à 65 ans, incapables de travailler et sans rentes de l'Etat. Combien de médecins ont pu se constituer une retraite. Demandons à nos Associations, Association générale des médecins de France, Association des médecins de la Seine, Maison du Médecin, etc., et l'on y connaîtra un grand nombre de misères même des plus grandes ; et la guerre les a encore augmentées et c'est le moment choisi par ce parlementaire qui dit-on a retiré son projet devant nos clameurs indignées et effrayées.

C'est aussi le moment où, comme l'écrivait ici M. Raphaël Massart, augmentent tous nos risques professionnels, en même temps que M. Mignon revenait sur cette propriété scientifique à nous enlevée. Que de moyens de créer la suspicion contre le Corps médical, d'enlever aux malades la confiance, si grand élément de guérison, de nous retirer « le pain de la bouche » par la suppression, pour nous, de nos inventions et de leurs bénéfices légitimes possibles...

Nous défendons-nous ? Je ne l'ai pas encore constaté, pas même en ces milieux faits pour cela ? Nous continuerons à nous laisser gruger, exploiter — nous en avons donc l'habitude...

Nous aurions bien un moyen de défense, vanté, utilisé légalement même, chez les manuels, c'est la grève, mais il nous répugne, nous ne l'emploierons pas, nous sommes trop bons, quoiqu'on puisse dire contre nous, et nous continuerons à souvent mourir de misère, de fatigue, de contagions, de mutilations et cécités produites par les rayons X et le radium, etc., etc. Seuls, y échappent ou y échapperont, ceux qui ont de la chance, par clientèle, mariage, successions et pourront se « retirer ». Quant aux autres — la médecine devenant inexerçable de plus en plus, je les plains sincèrement, ne pouvant faire mieux !...

Dr Foveau de Courmelles

LE MAL D'AMOUR DANS L'ANTIQUITÉ GRECQUE

Littré dans le chapitre II des *Œuvres d'Hippocrate* conte tout ce que l'on croit savoir de la vie du Père de la médecine. Il relate l'anecdote du diagnostic de la maladie de Perdiccas, roi de Macédoine, causée par l'amour secret, qu'étant jeune, il nourrissait pour la concubine de son père. Ce récit semble être une fable, car il est absolument analogue à une légende que l'on attribue à Erasistrate où le diagnostic d'une maladie semblable fut révélé par les modifications du pouls du malade en présence de la femme qu'il aimait. Ce qui rend encore plus suspecte l'histoire de Perdiccas et d'Hippocrate, c'est que ce dernier ne tâtait pas le pouls des malades et qu'on prétend dans cette anecdote qu'il fut appelé avec Euriphon, médecin cnidien, avec lequel Hippocrate ne pouvait être en relations, car Cnide était une école rivale et ennemie de celle de Cos.

Erasistrate vivait vraisemblablement deux siècles après Hippocrate et la même légende est attribuée à ces deux médecins.

Or M. Vieillefond a publié dans le *Bulletin de l'Association Guillaume Budé* (avril 1938) les *lettres d'amour* d'Aristénète, traduites en français par J. Brenons. Aristénète sur la vie duquel on ne sait pas grand'chose, était un écrivain grec vraisemblablement du Ve siècle après J.-C. Ses lettres qui ne manquent ni d'esprit ni de grâce, contiennent parfois des anecdotes récoltées un peu partout, au point qu'on a accusé leur auteur de plagiat.

Il n est donc pas étonnant qu' il ait réédité la fable du mal d'amour diagnostiqué par un médecin. Cette lettre 13 est adressée par Eutychobale à Acestdore. En voici le résumé : Un fils, Chariclès, aimait la concubine de son père, Polycles. Un médecin, Panacios, s'aperçut de son amour, aidé en cela par le hasard plus que par les lumières de son art. En effet, tandis qu'il tâtait le pouls du malade, la concubine vint à passer et le pouls se mit à battre précipitamment. Alors, tout en continuant de tâter le pouls, Panacios fit défiler devant le lit du malade plusieurs femmes dont la concubine de son père, et put ainsi s'assurer que c'était bien elle qui provoquait un trouble chez le jeune homme. Le médecin dit alors au père qu'un amour malheureux était la cause de cette maladie et que Chariclès était amoureux de sa femme à lui, le médecin. Le père le supplia de céder sa femme au malade pour le guérir. Le médecin s'indigna. Puis, il avoua au père que c'était la concubine paternelle qui était l'objet de la passion de son fils et Polyclès qui aimait son fils plus que sa maîtresse, céda cette dernière à Chariclès pour le guérir. « Dure exigence ! conclut la lettre, mais de deux maux il faut choisir le moindre. »

On peut ainsi se convaincre que cette fable du mal d'amour qui, depuis Hippocrate se répéta jusqu'à Aristénète, pendant huit à neuf siècles, entrait bien dans le groupe des légendes que l'on attribuait aux médecins grecs. J. Noir.

VARIÉTÉS

Souvenirs d'enfance — Surmenage puéril

Par C. Moi

La croisade que certains s'en vont prêchant contre le surmenage scolaire révèle un hérétique.

L'amour, son fruit, l'enfant, ont été chantés sur tous les tons. Othello ne comprend pas l'amour à la façon de des Grieux. Rabelais ne voit pas l'enfant avec les yeux dont le couve Jean-Jacques Rousseau. Chacun voit tout à travers lui-même.

Mais de quoi s'agit-il ?

Un distingué psychiatre nous demande notre avis sur la formation de l'enfant. Répondons :

Ce n'est pas dans les livres, avec des pédagogues, entre les murs d'une classe, qu'on apprend la vie. C'est au sein de la Nature ; on en est le reflet.

La Nature dit : Tu veux être un homme, connaître la vie, regarde-moi. Je t'apprendrai tout. La mer opiniâtre ronge les rochers. Les récoltes s'annoncent belles, l'orage détruit tout. Tu ris sottement de la manne dans le désert ; et cependant, ta vigne que tu croyais gelée, revit, et cette année tu boiras du vin. Au-dessus de toi, le ciel tend sa voûte. Sous tes pieds, la terre s'étale. Les étoiles te regardent avec douceur.

Emplis de cette intuition ton cœur, tout ton cœur. Pénétré de ce sentiment, tu seras toujours toute félicité. Seulement, pour en arriver là, tes débuts seront rudes. Enfant, laisse-toi guider par moi. A travers moi, tu verras tes semblables. Le repos et le bonheur tu les trouveras dans la maison de ton père.

Tout petit, j'ai galopé dans le faubourg avec les autres galopins de mon âge, sans aucune contrainte, la bride sur le cou. Et l'humanité s'est révélée à moi. C'est en voyant le petit de l'homme tel qu'il est avant qu'on ne l'ait déformé qu'on apprend la vie. En marchant, le philosophe grec démontrait le mouvement.

Je m'en souviens, maintenant seulement, j'avais dix ans, j'aidais notre voisine à porter ses paniers. C'était une marchande de poissons, on l'appelait la mère La Lune.

Je lui demandai un jour : « Le vendez-vous cher votre poisson, mère La Lune ? » Elle me répondit : « Mon petit gars, c'est selon que le monde il est bête ». Et je vis passer une lueur dans son regard si fin, dans ses yeux toujours jeunes qui avaient su contempler la bêtise humaine qui seule donne une idée de l'Infini.

Je lui posai bien des questions : « On dit, mère La Lune, que notre voisin le père Bazouge, le boîteux, est sorcier et qu'il y en a qui viennent le consulter ». Elle me répondit : « Mon petit gars, si le père Bazouge était sorcier, il commencerait par remettre sa patte droite ». Brave mère La Lune ! !

Elle avait un concurrent qui venait de la ville vendre du poisson. C'était un aveugle, qui, escorté de sa femme et de son chien, faisait grand tapage sur la place de l'Eglise. Et notre aveugle avait coutume de dire à ses clients : « Soyez tranquille, je vois ce qu'il vous faut ».

Alors, la mère La Lune me disait : « Dans la vie, mon petit gars, rappelle-toi bien de ce que je te dis là : ce sont toujours les aveugles qui veulent guider les autres ».

Le fils de la mère La Lune qui avait servi en Afrique avait été condamné. Un jour, je jouais sur le pas de sa porte avec son petit-fils. Nous la vîmes agenouillée devant l'image de la Sainte-Vierge. Elle priait tout haut : « Le mien, disait-elle, est en prison. C'est régulier : il a délinqué Mais le Tien, qui était si pur, ils te l'ont crucifié ».

Dans le faubourg, avec les autres gars, on jouait à bien des jeux : à saute-mouton, à l'anguille, au petit coup de fion. On marchait sur les mains, on luttait, on faisait des galipettes dans le lit de la Sèvre qui est une jolie rivière ; puis, couchés dans l'herbe, immobiles et nus, on se laissait caresser par le soleil, sans connaître, il est vrai, le joli mot d'héliothérapie.

Il faut l'avouer aussi, on ignorait celui de « sport » qui fait florès près de la jeunesse moderne. Au lieu d'assister, passifs, sur des bancs à des matchs de « foot-ball », on jouait aux barres, à la galoche, à peti-petar, au cheval fondu. Que voulez-vous, on n'était pas de vrais sportifs ! Mais quand il fallait recevoir un gnon ou bouffer le nez d'un mauvais compagnon, on n'était jamais en arrière.

Le soir venu, chacun rentrait dans la maison de son père. Je vivais heureux dans la maison de mon père. Là, je racontais sans contrainte ce que j'avais vu et entendu.

Et mon père m'écoutait à sa façon. A propos de ceci, à propos de cela, il me racontait l'histoire d'Abel tué par son frère Caïn, celle d'Esaü, de Jacob, de Rebecca, des Conquérants, des patriciens, des plébéïens. J'entrevoyais les tré-

sors du temple de Salomon. J'apercevais Jules César arrivant en triomphateur à Rome. Je m'apitoyais sur la Grande Armée glacée sur la Bérésina. Je demandais si les étoiles filantes allaient vite et je comprenais qu'il y a bien des choses entre le ciel et la terre qui dépassent notre entendement. Avant de m'endormir, je pensais au fils de la mère La Lune, celui qui moisissait dans une prison ; alors, je songeais au bon larron crucifié, maintenant au Ciel près de Celui qui est venu comme un Agneau au milieu des loups.

Si je rentrais en retard, avec des vêtements déchirés, si je ne répondais pas comme je devais répondre, le lendemain je ne sortais pas.

J'entendais alors les autres crier et rire. Je les voyais courir, s'ébattre librement. J'étais enfermé. Au bout de quelques heures, je m'habituais. J'apprenais cette chose si utile à l'école de de la vie : se suffire à soi-même. Puis, je pensais au fils du zingueur, le plus petit, le paralysé des deux jambes. On l'appelait Mathurin grosses pattes. Oh ! sans méchanceté, la preuve, c'est que le jour de l' « Assemblée », son frère (1) lui apportait le bâton de sucre que notre bande avait gagné.

Je me souviens de la grande Meslie. Elle pouvait bien avoir onze ans. Un jour d'hiver, son petit frère, tout transi, pleurait. Elle nous dit en riant avec cet humour terrible qui aide certains à tout supporter : « Louis pleure ; vous ne devinerez jamais pourquoi ? Parce qu'il a froid aux pieds ». Elle sous-entendait : « Comme si ce n'est pas tout naturel d'avoir froid aux pieds tout l'hiver ! » Quand il pleuvait, eh bien, on restait trempés en attendant que nos hardes nous sèchent sur le dos.

Durant les moissons, les vendanges, on aidait les herbagers, les petits métayers. Je pouvais rentrer à la maison à n'importe quelle heure.

J'aidais à faner le foin, à le fouler. On se mettait à deux pour porter les lourdes gerbes dans le ventre de la machine à battre. Elle recrachait le blé en cadence. Quant au raisin, après l'avoir coupé, on dansait dessus la nuit dans le pressoir. On avait chaud. On avait froid. On s'endormait dans un coin, attendant que la cuve soit pleine, le vin entonné et que le métayer ferme la porte de son « magasin ».

Le véritable entraînement de la lutte pour la vie, le voilà. Après celui-là on peut tout affronter, toutes les écoles, le régiment, la guerre. Rien ne peut plus vous déformer. Tout glisse sur vous.

(1) En 1915 j'ai retrouvé ce vieux-frère là dans les tranchées d'Hébuterne. Les rafales d'obus venaient de cesser : nous n'avions plus à faire les morts. Terrés dans une petite sape, seuls tous les deux, nous tirâmes de nos musettes du pain et découvrîmes un petit pot de beurre. « Ah ! mon Charlot, me dit-il, on peut bien le dire, on est heureux : on a du pain, du beurre et pas de bombardement ».

On a une carapace. Aussi accueille-t-on avec un bon sourire ceux qui veulent faire des lois. Ils vous parlent de surmenage scolaire, de sports, de vie mondaine, de jeux, de repos, de repas à heures fixes.

Ils s'imaginent que la vie se déroulera pour leurs enfants avec la régularité d'un rouleau de pianola. Ce n'est pas ainsi qu'on aide l'apprenti-homme à supporter tous les imprévus qui l'attendent. Car c'est l'imprévu qui arrive, je veux dire les choses imprévues de l'homme.

Cette idée ne me semble nullement en contradiction avec cette maxime qui aide à vivre : « Quoi que ce soit qui t'arrive, cela t'était préparé de toute éternité et l'enchaînement des causes avait filé ensemble pour toujours et ta substance et cet accident ». C'est en pensant à cet imprévu que Solon disait à Crésus : « On ne peut parler du bonheur d'un homme qu'après sa mort, car, durant sa vie, qui sait ce qui l'attend ». La Fontaine dit plus simplement : « Un tel était planteur de choux et le voici devenu pape ». Le cas n'est pas si rare que cela : regardez certains pays actuels.

C'est l'imprévu qui arrive. Capitaine Conan, lorsqu'il était apprenti mercier dans la boutique de son père, ne se doutait certes pas qu'il serait, parmi les millions de mobilisés, un des très rares de ceux qui ont (non pas fait) mais gagné la guerre. Le général Drouot, lui, devait attendre pour travailler, que le silence se fît dans la boulangerie de son père. Alors, à la lueur du four, il préparait, tout seul, sans se soucier des surmenages scolaire ou extra-scolaire, l'Ecole Polytechnique. Il affronta le célèbre Laplace qui avoua n'avoir jamais rencontré un candidat d'une telle envergure. Drouot devint le sage de la Grande Armée, le seul à qui Napoléon demanda conseil.

L'imprévu ! l'imprévu ! Cromwell triomphait, mais un grain de sable vint se loger dans son uretère ! Le nez de Cléopâtre, s'il avait été plus court, la face du monde eut été changée ! ! ! Ce sont là, me direz-vous, des exceptions. Sans doute. J'arrive même à croire, comme vous, que Thomas Diafoirus a reçu une éducation, une instruction qui correspondent mieux, plaisent davantage à nos contemporains.

Ecoutez le père Diafoirus parler de son fils : « Monsieur, ce n'est pas parce que je suis son « père, mais je puis dire que j'ai sujet d'être « content de lui. Il n'a jamais eu l'imagination « bien vive, ni ce jeu d'esprit qu'on remarque « dans quelques-uns. Mais c'est par là que j'ai « toujours bien auguré de sa judiciaire.

« Lorsqu'il était petit, il n'a jamais été ce « qu'on appelle mièvre et éveillé. On le voyait « toujours doux, paisible, taciturne, ne disant « jamais mot, ne jouant jamais à tous ces petits « jeux que l'on nomme enfantins. On eut toutes « les peines du monde à lui apprendre à lire et

« il avait neuf ans qu'il ne connaissait pas encore « ses lettres. « Bon, disais-je en moi-même, les « arbres tardifs sont ceux qui portent les « meilleurs fruits ; on grave sur le marbre bien « plus malaisément que sur le sable, mais les « choses y sont conservées bien plus longtemps, « et cette lenteur à comprendre, cette pesanteur « d'imagination est la marque d'un bon jugement « à venir. Lorsque je l'envoyai au collège, il « trouva de la peine, mais il se raidissait contre « les difficultés et ses régents se louaient tou- « jours à moi de son assiduité au travail.

« Enfin, à force de battre le fer, il en est venu « glorieusement à avoir ses licences, et je puis « dire sans vanité, que depuis deux ans qu'il est « sur les bancs, il n'y a pas de candidat qui ait « fait plus de bruit que lui dans toutes les dis- « putes de notre école ». Et voici Thomas reçu médecin. Accompagné de son père, il examine Argan. Il trouve que « son pouls duriuscule est celui d'un homme malade ». Il fait « claquer son fouet tout comme un autre », dirait Petit Jean.

« Sois donc un simple imbécile, disait un père à son fils, j'en ai vu beaucoup réussir ». Le fabuliste n'a pas tort.

A l'école de la vie, comme à l'école des femmes, on est toujours apprenti. Arnolphe a vécu c'est un séducteur. Le pauvre homme ! Il s'imagine comprendre l'âme féminine. Angélique, elle, sort de son couvent, n'a jamais affronté le monde. Elle triomphe. Et Arnolphe a soudain une révélation. Il comprend qu'hommes et femmes ne se meuvent pas sur le même plan, n'ont la même conception de rien, ne vivent pas sur la même planète. Arnolphe ne réagit plus : c'est un sage. Imitons-le :

L'enfant vit dans un monde qui nous est fermé.

Il ne nous est pas défendu cependant de craindre pour nos enfants, une imprégnation bacillaire ou de détailler les diverses méiopragies glandulaires ou viscérales qui peuvent les affaiblir. Mais, n'est-on pas saisi d'un rire intérieur, rire divin, lorsque l'on commence à comprendre que les choses ne se passent pas « comme cela » mais bien « comme si .... ».

Tout cela, me direz-vous, ce sont des boniments.

Où est la solution ? Hélas, le problème est insoluble. Cependant, dans ce labyrinthe, je crois voir un fil d'Ariane : la Famille. Elle seule peut comprendre son enfant, elle seule sera comprise de son enfant : c'est la chair d'une même chair.

A l'Exposition de 1937, j'avais visité le long de la Seine, bien des pavillons européens. Les uns recélaient des engins de guerre ultra-modernes, d'autres exposaient leurs produits terrestres ou sous-terrestres.

Ceux-ci cherchaient à attirer le touriste en essayant de lui faire croire que, sitôt franchies leurs frontières, son noir souci ne l'accompagnerait plus. Ceux-là indiquaient des conceptions qui doivent toujours faire le bonheur de l'humanité.

Dans un palais, des badauds étaient en extase devant deux grosses boules d'où jaillissaient des étincelles soi-disant géantes, étincelles qui me parurent jeux d'enfants lorsque je songeais aux immenses zig-zags lumineux dont s'accompagne la foudre. Je sortais de tous ces bâtiments triste et désabusé. Quel malaise ! Lorsque tout à coup je pénétrai dans un pavillon plus petit que les autres. Des dessins d'enfants y étaient exposés. L'un me frappa. Il représentait une maison toute simple, avec un toit de chaume, entourée de flaques d'eau, quelques poules, un âne, une vache.

Je sentis renaître en moi la pureté lumineuse de mon enfance et ressusciter le bonheur passé.

Je venais de lire, au-dessus de l'image, tracés par une petite main mal habile, ces mots :

« Je vivais heureux dans la maison de mon père. »

CIGARETTES A L'OXYDE DE CARBONE

Une feuille de papier à cigarette pèse environ 0,04 : sa combustion fournit 1 c. c. d'oxyde de carbone, qui est absorbé en une vingtaine de bouffées, sans tenir compte de ce qui s'échappe dans l'air ambiant. La cigarette elle-même, du poids de 1 gramme, donne par sa combustion environ 20 c. c. d'oxyde de carbone, soit à peu près 1 c. c. par bouffée. Chaque bouffée étant évaluée à 500 c. c., l'oxyde de carbone est contenu dans la fumée absorbée à la concentration de 0,2 % et les bouffées à l'oxyde de carbone sont séparées par des bouffées sans oxyde de carbone. Ces chiffres sont loin de suggérer des doutes sur la toxicité de la fumée de tabac. De même, dans un air confiné, la quantité toxique de carbone n'est jamais pratiquement dangereuse.

Fumeurs, fumez donc sans crainte, au moins en ce qui concerne l'oxyde de carbone.

(*Berinische Klinik*, 11 février 1938).

Dr Ph. DALLY.

VIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

(*Francfort-sur-le-Main, 26 au 30 septembre 1938*)

PREMIÈRE PARTIE, 26-27-28 septembre

Le VIIIe Congrès international de médecine du travail, s'est tenu à Francfort-sur-le-Mein, du 26 au 30 septembre 1938, sous la présidence du Professeur Martineck, chef de service au ministère du Travail d'Allemagne.

La séance solennelle d'ouverture eut lieu dans la matinée du lundi 26 septembre.

D'importantes allocutions furent prononcées par le Professeur Martineck ; M. F. Seldte, ministre du Travail ; Docteur Wagner, chef des médecins du Reich ; Professeur Zollinger (Zurich). Le Docteur Glibert (Bruxelles), président de la Commission internationale permanente pour l'étude de la médecine du travail, s'était fait excuser. Enfin, le Docteur Krebs, conseiller d'Etat et bourgmestre de Francfort, fit une allocution sur l'histoire de la médecine dans cette ville.

L'après-midi du 26 septembre fut consacrée à la visite de l'aérodrome civil et à celle du Zeppelin qui y demeure en permanence.

***

MARDI 27 SEPTEMBRE : Séance plénière des deux sections réunies. Le sujet en est :

Importance de la prédisposition et de l'usure dans le domaine des accidents et des maladies professionnelles.

Rapports :

I. — M. SIEGMUND H. (Kiel) : *Pathologie*

La prédisposition morbide exprime la relation existant entre la constitution et certaines maladies. Il faut tenir compte non seulement des composants constitutionnels (races, famille, sexe...), mais aussi des dispositions individuelles physiologiques et pathologiques acquises par l'individu depuis sa conception. On peut également tenir compte des dispositions provenant de carences alimentaires, du milieu, du climat, du facteur « temps ». Siegmund souligne que la vitalité des tissus usés est déterminée par le rapport de l'usure matérielle et du « remplacement » ou régénération. Il donne de ces phénomènes de nombreux exemples. La prophylaxie et la thérapeutique doivent tenir compte de ces faits qui sont encore, malheureusement, actuellement difficiles à apprécier exactement.

Un contrôle sanitaire continu s'avère donc nécessaire pour la prévention des accidents et des maladies professionnelles.

II. — M. FERRANNINI (Bari) : *Médecine générale*

Ferrannini montre les actions différentes d'accidents ou d'intoxications professionnelles chez les travailleurs. Il indique que la question psychique est actuellement trop négligée en médecine du travail, et que, malheureusement, souvent l'ouvrier est prédisposé aux accidents par des infirmités mentales, des defauts des organes, des sens, ou encore, des intoxications chroniques.

Il considère deux facteurs, les plus importants, susceptibles de déterminer les accidents : la fatigue et l'âge. Il faut tenir compte également du métabolisme basal : ceux dont le métabolisme est le plus élevé se fatiguent plus vite, et, par conséquent, sont plus exposés.

FERRANNINI examine enfin les différentes maladies pouvant prédisposer l'ouvrier aux affections professionnelles.

III. — MAGNUS (Munich) : *Chirurgie*

Magnus examine à l'aide d'exemples, l'influence de la prédisposition et de l'usure · lésions des ménisques, pseudarthrose, hernies, etc., et il insiste sur les difficultés des experts, lorsqu'ils ont à tenir compte de ces facteurs.

IV. — CROUZON et DESOILLE (Paris) : *Neurologie*

Crouzon et Desoille insistent sur le fait qu'une usure rapide survient lorsqu'un individu n'occupe pas une place en rapport avec ses possibilités, d'où la nécessité d'une sélection.

En ce qui concerne la prédisposition aux intoxications, ils proposent un plan d'enquête et demandent que les médecins d'usines notent différents facteurs chez les ouvriers sains ou malades.

La question reste à étudier dans son ensemble selon Crouzon et Desoille.

V. — VON VERSCHUER (Francfort) : *Prédispositions héréditaires*

Dans certains cas la prédisposition héréditaire peut être d'une importance capitale dans la genèse ou le développement d'une maladie. Un groupe important est constitué par les affections ou les prédispositions héréditaires ne jouent qu'un rôle secondaire, mais non négligeable. Selon von Vorschuer, ce facteur cependant ne devrait pas être pris en considération pour l'indemnisation des maladies professionnelles. Par contre, les recherches d'hérédité, seraient très importantes, car elles permettraient la sélection professionnelle.

VI. — FRIEBOES (Berlin) : *Dermatologie*

La prédisposition cutanée est un facteur très important, mais il peut se modifier au cours de l'évolution normale de la vie.

Frieboes examine ensuite : les problèmes soulevés par l'état eczémateux et son appréciation du point de vue médical et du point de vue juridique, les lésions directes, les lésions conditionnées par le milieu du travail, le problème de l'interférence, etc...

Il conclut en démontrant que la prédisposition et l'usure ont un rôle de première importance pour l'étude thérapeutique et la prévention des dommages professionnels.

***

A la suite de ces six rapports, diverses communications ont été faites. Nous retiendrons notamment celles de SCHRŒDER et SCHULZE (Berlin) : « Les amputations ont-elles une influence sur l'organisme en général ? ». MAURO (Rome) : « Importance des affections du système circulatoire comme facteurs de prédispositions dans la médecine du travail » ; DOMENICI (Pavie) : Les facteurs constitutionnels dans les accidents ».

L'après-midi du 27 septembre fut consacrée à la visite des usines d'automobiles Opel, à Rüsselsheim. Le médecin-chef de ces usines, qui groupent plus de 20.000 ouvriers, fit une communication sur : « Les rapports entre l'homme et son travail dans les grandes usines ».

Dans ces usines, on a enregistré tous les troubles pathologiques (maladies et blessures), ce qui apermis d'établir la localisation de certains dangers du travail et d'en organiser la prévention.

Il note que l'on peut réduire les accidents dus au travail, en diversifiant les opérations sur les chaînes de montage. Plus les opérations sont variées et moins les troubles dus à la répétition du travail se manifestent. Le travail à la chaîne organisé rationnellement, permet un rendement maximum de travail, même aux ouvriers physiquement faibles.

Il conclut enfin au fait que le travail en groupe bien conçu, est la meilleure assurance sociale, donnant ainsi à chaque homme, la possibilité de travailler.

Mercredi 28 septembre

PREMIÈRE SECTION

Maladies professionnelles

Les lésions provoquées par les solvants industriels

Rapports :

I. — FLURY (Würzburg) : *Chimie et toxicologie des solvants*

Flury étudie la chimie des solvants, leur mode d'action, les bases théoriques de diagnostic et de traitement des intoxications par ces produits industriels.

Comme la plupart sont des narcotiques, leur action essentielle s'exerce sur les centres nerveux. Il convient de distinguer l'action directe du poison et l'action toxique secondaire. Les dommages tardifs ou éloignés peuvent être souvent marqués, surtout en cas d'action répétée et chronique. Flury examine les principales lésions causées par les solvants, s'expliquant par les différentes formes de destruction de ces produits dans l'organisme. Des produits toxiques secondaires peuvent se former (notamment : phénol, combinaisons méthylées, etc.).

L'action de ces produits peut déterminer à son tour, la libération de produits toxiques, libérés par l'organisme lui-même, (acidose, histamine, adrénaline, etc.).

Flury conclut à une répartition des solvants en six catégories : toxiques nerveux généraux, toxiques pulmonaires, toxiques du sang et des vaisseaux, toxiques du métabolisme (foie), toxiques nerveux, toxiques rénaux.

II. — BAADER (Berlin) : *Clinique des intoxications par les solvants non aromatiques*

Baader montre la difficulté d'énumérer tous les solvants selon leur parenté chimique ou par leur action élective sur tel ou tel organe. Il montre plutôt, selon sa propre expérience, des intoxications par les solvants les plus usuels. Il envisage successivement, le sulfure de carbone, le tétrachloréthane, le tétrachlorure de carbone (lésions hépato-rénales), le trichloréthylène, etc.

Baader indique que les noms commerciaux des solvants toxiques rendent difficile la prophylaxie de leurs effets ; certains produits sont des mélanges.

La toxicité des principaux solvants industriels est actuellement connue, mais il faut les porter à la connaissance des médecins, praticiens, en collaboration étroite avec les techniciens et les ingénieurs.

III. — VIGLIANI (Turin) : *Clinique des intoxications dues aux solvants de la série aromatique*

Vigliani souligne qu'il s'agit d'un problème d'une ampleur considérable. Il examine tout d'abord les différentes formes d'intoxications benzéniques (benzène, toluène, xylols). Il indique que la thérapeutique est particulièrement ingrate, car on est dépourvu de remèdes efficaces. Il recommande les injections de préparations nucléaires, les irradiations sur la moelle osseuse, l'administration de vitamine C, et surtout, les transfusions sanguines. Il indique que ces dernières pour être efficaces, doivent être suffisamment importantes et répétées. La splénectomie doit être absolument écartée.

Vigliani rappelle ensuite les mesures de prévention à adopter : capter les vapeurs nocives au lieu de production, éloigner l'ouvrier dès les premiers symptômes d'intoxication, contrôle préalable et périodique des ouvriers.

Vigliani termine en examinant les homologues supérieurs du benzène et certains solvants aromatiques qui commencent à être utilisés.

A la suite de ces trois rapports de nombreuses communications ont été faites, du plus haut intérêt. Rappelons principalement :

« *L'intoxication par bromure de méthyle* », par MM. DUVOIR, FABRE, LAYANI (Paris), qui apportent une symptomatologie nouvelle et une grosse expérience anatomo-pathologique, expérimentale et toxicologique. Le bromure de méthyle se comporterait comme un produit à affinités électives pour le système vasomoteur ; tous les individus n'étant pas cependant également susceptibles.

Comme thérapeutique, les auteurs proposent les vaso-constricteurs.

MM. HAUSSER (G.) et ARNOLDSON : « *Le dépistage du benzénisme professionnel principalement dans l'héliogravure* ».

Hausser et Arnoldson rapportent les résultats d'examens cliniques effectués sur plus de 350 ouvriers qui ont été suivis pendant plus de six mois. Ils montrent que les signes cliniques sont trompeurs, tardifs et inconstants. Seul l'examen du sang peut être d'une utilité incontestable.

Hausser et Arnoldson ont trouvé : diminution du nombre de globules rouges avec augmentation de la valeur globulaire.

Leucopénie et plus accessoirement : éosinophilie, neutropénie (surtout marquées dans les intoxications graves) et augmentation du temps de saignement. Ils indiquent qu'une première intoxication benzénique doit formellement contre-indiquer la reprise du travail en présence de benzène. Il faut absolument envisager un changement de métier, ou alors la suppression de l'emploi de produits toxiques. Cette dernière mesure ayant déjà été appliquée pour le benzène en Belgique et pour d'autres produits (céruse).

MM. HAUSSER (G.) et MOLITOR (P.) : « *Intoxications professionnelles par le toluène et les xylols.* »

Hausser et Molitor ont connu vingt et un cas d'intoxications par ces produits et constatent des résultats tout à fait comparables à ceux observés pour le benzène. Les modifications portent surtout sur le sang.

JAGIC et KHAUM (Vienne) : « *Le résultat de l'examen périodique des ouvriers en Autriche* ».

M. HETT (Erlangen) apporte une communication du plus haut intérêt accompagnée d'une importante documentation iconographique sur l'influence du benzène sur les testicules et les ovaires.

HAGEN (Düsseldorf) étudie les rapports entre le métabolisme de la vitamine C et le benzénisme chronique.

PENATI et VIGLIANI (Turin) examinent le problème des myélopathies aplastiques, pseudo-aplastiques et leucémiques dues au benzène.

M. ZUCKER (Naples) envisage des modifications du pH sanguin en cas d'intoxication aiguë par les solvants.

MM. HAUSSER (G.), MOLITOR (P.), ARNOLDSON (M.) (Paris) apportent une note relative aux intoxications consécutives à l'emploi des solvants industriels et montrent les résultats de 482 examens médicaux.

M. MATRUCHOT (Paris) examine également la toxicité comparée des principaux solvants volatils industriels et le rôle des impuretés sur la toxicité du trichloréthylène.

Enfin, Matruchot étudie le danger des inhalations continues d'oxygène ou de carbogène au cours des intoxications aiguës dues aux solvants chlorés.

Mercredi 28 septembre

DEUXIÈME SECTION

Médecine des accidents

Les blessures des nerfs périphériques à l'exception du système sympathique

Rapports :

FÖRSTER, STENDER (Breslau) examinent les lésions provoquées par action directe (instruments tranchants et contondants), puis les blessures par coup de feu, par courant électrique et par vibrations (travail avec les outils pneumatiques). Ils examinent les lésions secondaires : osseuses, vasculaires et tissulaires. Ils envisagent alors les modifications anatomiques survenues aux sections nerveuses et les processus de régénération. Ils examinent enfin, la thérapeutique et la conduite à tenir dans les principaux cas.

DOGLIOTTI (Catane) examine enfin le processus de réparation des nerfs périphériques à la suite de lésions traumatiques. On doit être très prudent dans le pronostic. Pour le traitement :

1° En cas de lésions avec interruption anatomique il faut intervenir en tous cas. Il faut intervenir au plus tard dans les huit à dix jours pour éviter la destruction des processus régénératifs déjà commencés.

2° Dans les autres lésions, on peut attendre dix jours pour établir s'il y a des phénomènes réversibles ou non. Si la paralysie persiste après dix jours d'attente avec ses caractères habituels une révision chirurgicale du foyer atteint est nécessaire pour enlever, compression, interposition, etc... Dans les cas où la continuité du tronc nerveux est très réduite, il faut sectionner tous les nerfs et rattacher les tronçons régularisés. Pendant la période de réinnervation, maintenir en activité les tissus périphériques, les muscles par des massages avec de l'électro-cinésithérapie (1).

Dr Guy HAUSSER.

(1) Le compte rendu de ce très important Congrès doit paraître sous forme de volume édité par le Secrétariat d'ici quelques mois.

Un compte rendu détaillé en sera donné dans le n° 6 (décembre 1938) et n° 1 (janvier-février 1939), des « Archives des maladies professionnelles ». En outre, la plupart des rapports et communications peuvent être consultés à l'Institut d'étude et de prévention des maladies professionnelles », 6, rue de la Douane, Paris (Xe).

LETTRE D'ALSACE

Au sujet de l'épidémie de fièvre typhoïde de Bergheim (Haut-Rhin)

Nous croyons devoir publier la lettre suivante de M. l'Inspecteur départemental d'hygiène malgré le passage que nous jugeons regrettable à l'égard de notre correspondant qui, par son passé tant que par son âge, a droit à quelque respect. M. l'Inspecteur d'hygiène prétend que notre correspondant s'occupe de choses qui ne le regardent pas. Pourquoi donc le ministère de la Santé publique fait-il alors appel à la collaboration des médecins praticiens en ce qui concerne l'hygiène et la prophylaxie ?

J. N.

Colmar, le 24 décembre 1938

Monsieur le Rédacteur en Chef
du *Concours Médical*
Paris,
37, rue de Bellefond (9e)

Monsieur,

Dans un article page 3169 de votre journal du 11 décembre 1938, votre correspondant s'occupe entre autres de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a éclaté en août et septembre courant dans la commune de Bergheim.

« Il y a eu officiellement soixante cas, avec quinze « morts. On a appris avec stupeur que la commune « de Bergheim pour alimenter sa conduite d'eau « avait amené une eau de rivière contaminée (deux « millions de bacilles coli et typhiques dans un cen« timètre cube d'eau) sans que les autorités pré« fectorales ne soient intervenues pour empêcher « l'infection. »

Si l'auteur, atteint de prurit sénil (*sic*), de logorhée (*sic*), qui s'occupe de questions qui ne le regardent pas, s'était renseigné auprès des services intéressés ou s'il avait consulté le rapport officiel adressé au Conseil général, au lieu de se baser sur les articles tendancieux des journaux politiques, il aurait appris que dès le début de l'épidémie les autorités préfectorales ont pris toutes les mesures nécessaires pour enrayer son développement : fermeture de la conduite d'eau, désinfection (à l'aide de plus de 900 litres d'eau de Javel) du réservoir du réseau, interdiction des marchés, isolement et hospitalisation, etc... Je serais reconnaissant à l'auteur-médecin de l'article qu'il nous indique encore d'autres mesures à prendre que l'on aurait omis d'appliquer. Des 54 cas, avec malheureusement 14 décès, 53 cas, survenus pendant la période d'incubation de trois semaines, étaient dus à l'ingestion de l'eau souillée de la conduite d'eau municipale ; un seul cas concerne une femme de 62 ans, qui a soigné son mari, était peut-être dû à la contagion directe. *Les Services d'hygiène ne pouvaient s'imaginer qu'une Administration municipale, pour des raisons d'économie de force électrique, ordonne l'alimentation du réservoir d'eau par une dérivation, sans aucune précaution, d'une rivière venant d'un village, centre considérable de tourisme, possédant plusieurs hôtels et villas avec écoulement des eaux résiduaires et des cabinets dans ce cours d'eau, quand il existe un puits de profondeur de vingt-deux mètres établi pour alimenter la conduite d'eau* (1).

Je compte, Monsieur le Rédacteur en Chef, sur votre esprit d'équité de publier dans un prochain numéro de votre journal, une rectification de cet article tendancieux, exempt de sentiments confraternels qu'on aurait espéré trouver chez un confrère compatriote.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur en Chef, l'assurance de ma considération distinguée.

L'Inspecteur départemental d'hygiène.

Dr Hamburger.

M. l'Inspecteur départemental d'hygiène aurait pu se dispenser d'écrire cette lettre *ab irato*, d'autant plus qu'il montre en la terminant où le bât le blesse, reconnaissant que les Services d'hygiène ne pouvaient s'imaginer, etc., etc.

Nous croyions naïvement qu'ils étaient créés pour contrôler, inspecter et prévenir.

J. Noir.

(1) Ce passage a été souligné par nous. N. D. L. R.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique des maladies du système nerveux** (Professeur : M. Georges Guillain). — Des conférences neurologiques sur des sujets spéciaux seront faites à l'amphithéâtre de la clinique Charcot (hospice de la Salpêtrière), à 10 h. 30, aux dates suivantes : Vendredi 17 janvier 1939, Docteur Ph. Pagniez : Les épilepsies parasitaires. — Vendredi 17 février, Docteur J. Lhermitte : Les accidents nerveux de la vaccination et de la sérothérapie. — Vendredi 17 mars, Docteur André Thomas : L'équilibre et l'équilibration. — Vendredi 21 avril, Docteur Ivan Bertrand : La pathologie du cervelet devant les conceptions phylo- et ontogénétiques. — Vendredi 2 juin, Docteur Petit-Dutaillis : Les compressions radiculo-médullaires par nodules fibro-cartilagineux des disques. — Vendredi 23 juin, Médecin lieutenant-colonel Pommé : L'examen neurologique en médecine militaire. — Vendredi 7 juillet, Docteur Th. Alajouanine : Les ostéo-arthropathies nerveuses.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Concours de l'externat.** — Questions sorties :

Anatomie. 1. Olécrâne ; 2. Ligament latéral externe de l'articulation du genou (anatomie descriptive) ; 3. Insertions sur le fémur des trois muscles fessiers ; 4. Enumérer les branches collatérales et les branches terminales de l'artère carotide externe ; 5. Enumérer les branches collatérales du nerf médian.

Pathologie médicale. — 1. Manière de rechercher l'existence d'une hémiplégie au cours d'un coma ; 2. Durée de la période d'incubation des maladies suivantes : oreillons, varicelle, scarlatine, rougeole ; 3. Caractères de la polyarthrite du rhumatisme articulaire aigu ; 4. Les taches rosées de la fièvre typhoïde ; 5. Examen d'un membre inférieur atteint de phlegmatia alba dolens à la période d'état ; 6. Technique de la ponction ombaire.

Pathologie chirurgicale. — 1. Sièges et caractères de l'adénopathie dans le cancer du sein ; 2. Signes fournis par l'inspection dans la fracture de Dupuytren ; 3. Enumérer les complications des varices ; 4. Signes fournis par l'examen clinique d'une coxalgie chez l'enfant à la période de début (avant l'apparition des attitudes vicieuses et des abcès).

— **Mutations dans le personnel médical**, à la date du 26 décembre 1938. — Médecins. — 1° *A l'hospice de la Salpêtrière* : A. (dédoublement de l'ancien service de M. Crouzon, décédé), M. Faure-Beaulieu, de l'hôpital Saint-Antoine et M. Lévy-Valensi, de l'Hôtel-Dieu. — B. (remplacement de M. Etienne Bernard), M. Lévesque, de l'institution Sainte-Périne.

2° *A l'hôpital Laennec* (en remplacement de M. Troisier, nommé professeur de clinique de la tuberculose) M. Pruvost, de l'hôpital Tenon.

3° *A l'Hôtel-Dieu* : A. (remplacement de M. Lévy-Valensi), M. Henri Bénard, de l'Hôtel-Dieu (mutation intérieure). — B. (remplacement de M. Henri Bénard) M. Bariéty, médecin des hôpitaux faisant fonction, de médecin chef de service ;

4° *A l'hôpital Tenon* (remplacement de M. Pruvost), M. Etienne Bernard ; (remplacement de M. P.-E. Weil atteint par la limite d'âge), M. Carrié, de l'hospice d'Ivry.

5° *A l'hôpital Lariboisière* : A. (remplacement, de M. Herscher, atteint par la limite d'âge), M. Nicaud, de l'hôpital Lariboisière (mutation intérieure). — B. (remplacement de M. Nicaud), M. Decourt, de l'hôpital Lariboisière (mutation intérieure). — C. (remplacement de M. Decourt), M. Delay, médecin des hôpitaux faisant fonctions de médecin chef de service.

6° *A l'hôpital Saint-Antoine* : A. (remplacement de M. Faure-Beaulieu), M. Boulin, de l'hôpital Saint-Antoine (mutation intérieure). — B. (remplacement de M. Boulin), M. Debray, de l'hospice Debrousse. — C. (remplacement de M. Pagniez, atteint par la limite d'âge), M. Mouquin, de la Maison Municipale de Santé.

7° *A l'hospice d'Ivry* (remplacement de M. Carrié), M. Coste, de l'hôpital Broussais.

8° *A l'hospice Debrousse* (remplacement de M. Debray), M. Garcin, titularisé.

9° *A la Maison Municipale de Santé* (remplacement de M. Mouquin), Mme le Docteur Fontaine, née Bertrand, titularisée.

10° *A l'hôpital Broussais* (remplacement de M. Coste), M. Benda, médecin des hôpitaux, faisant fonctions de médecin chef de service.

11° *A l'Institution Sainte-Périne* (remplacement de M. Lévesque), M. Cachera, médecin des hôpitaux, faisant fonctions de médecin chef de service.

(*A suivre*).

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

(Réserves)

PROMOTIONS

Par décret du 11 décembre 1938, sont promus dans le cadre des officiers de réserve de Service de santé les officiers de réserve ci-après désignés qui, par décision de même date, sont maintenus dans leur affectation actuelle :

Au grade de médecin lieutenant

Les médec. sous-lieut. de rés. : (rang 21 juin 1938) Perdu, 8e rég. ; Bernard-Bouyer, 18e rég. ; Dandrieu-Bergez, 18e rég. ; Filippi, 18e rég. ; Fournier, 18e rég. ; Freguel, 18e rég. ; Housset, 18e rég. ; Prunet, 18e rég. ; (rang 24 juin 1938) Melon, 18e rég. ; (rang 17 août 1938) Barry, 18e rég. ; Bertin, 18e rég. ; Sarthou, 18e rég. ; Schabiaque, 18e rég. ; (rang 15 oct. 1938) Lobel, 20e rég.

Par décret du 9 décembre 1938 et par application de la loi du 15 mars 1927, le rang d'ancienneté des médecins sous-lieutenants de réserve, ci-après désignés récemment libérés du service actif, est fixé ainsi qu'il suit, et par décision ministérielle du même jour, ces officiers sont, sauf indications contraires, maintenus dans leur affectation actuelle.

Les médecins sous-lieutenants (rang du 21 mars 1934) : Desreumaux, 1re rég. ; Blum, 7e rég. ; Roger, 7e rég. ; Godot, 7e rég. ; Laurens, 17e rég. ; Bourgeon, 19e C. A. ; Leonardon, 19 C. A.

(Rang du 21 mars 1935) : Darmendrail, rég. de Paris ; Fleury, rég. de Paris ; Freret, rég. de Paris ; Gauthier, rég. de Paris ; Goulène, rég. de Paris ; Orengo, rég. de Paris ; Sentex, rég. de Paris ; Mignon, tr. du Maroc, aff. rég. de Paris ; Coustenoble, 1re rég. ; Hocq, 1re rég. ; Quievreux, 1re rég. ; Franchomme, tr. du Maroc, aff. 1re rég. ; Le Bourgeois, 4e rég. ; Passouant, 5e rég. ; Cordier, 6e rég. ; Petit, 6e rég. ; Mugler, 19e C. A., aff. 6e rég. ; Belfils, 7e rég. ; Bonneau, 7e rég. ; Buck, 7e rég. ; Kahn, 7e rég. ; Meng, 7e rég. ; Millon, 7e rég. ; Quichon, 7e rég. ; Vialaron, 7e rég. ; Roussanne, 8e rég. ; Breton, 9e rég. ; Denis, 13e rég.

Fevre, 13e rég. ; Bardonnet, 14e rég. ; Calas, 14e rég. ; Christophe, 14e rég. ; Lebrun, 14e rég. ; Lyathaud, 14e rég. ; Metral, 14e rég. ; Papillon, 14e rég. ; Peillard, 14e rég. ; Robert, 14e rég. ; Sauvigne, 14e rég. ; Lafeuille, tr. de Tunisie, aff. 14e rég. ; Naveau, tr. de Tunisie, aff. 14e rég. ; Jauffret, 15e rég. ; de Saboulin-Bollenna, 15e rég. ; Santucci, 15e rég. ; Joube, 16e rég. ; Millet, 16e rég. ; Marcailhou d'Aymeric, 17e rég. ; Maury, 17e rég. ; Roquette, 17e rég. ; Timbal-Duclaux de Martin, 17e rég. ; Porche, 18e rég. ; Dufour, 20e rég. ; Heully, 20e rég. ; Patou, 20e rég. ; Ledoux, 19e C. A., aff. 20e rég. ; Nemoz, 19e C. A. ; Lataillade, 9e rég., aff. 19e C. A. ; Guilhon, 19e C. A., aff. tr. de Tunisie ; Jacques, tr. du Maroc ; Massotte, 16e rég., aff. tr. du Maroc.

(Rang du 24 mars) : Scheuer, 7e rég. ;

(Rang du 29 mars 1935) : Dupret, 6e rég.

(Rang du 6 avril 1935) : Clerfeuille, 6e rég. ; Giafferi, 7e rég.

(Rang du 9 avril 1935) : Brisson, 14e rég.

(Rang du 10 mai 1935) : Bailly, rég. de Paris.

(Rang du 11 mai 1935) : Mayonade, 6e rég.

(Rang du 15 mai 1935) : Maros, 4e rég.

(Rang du 26 juin 1935) : Fabiato, rég. de Paris.

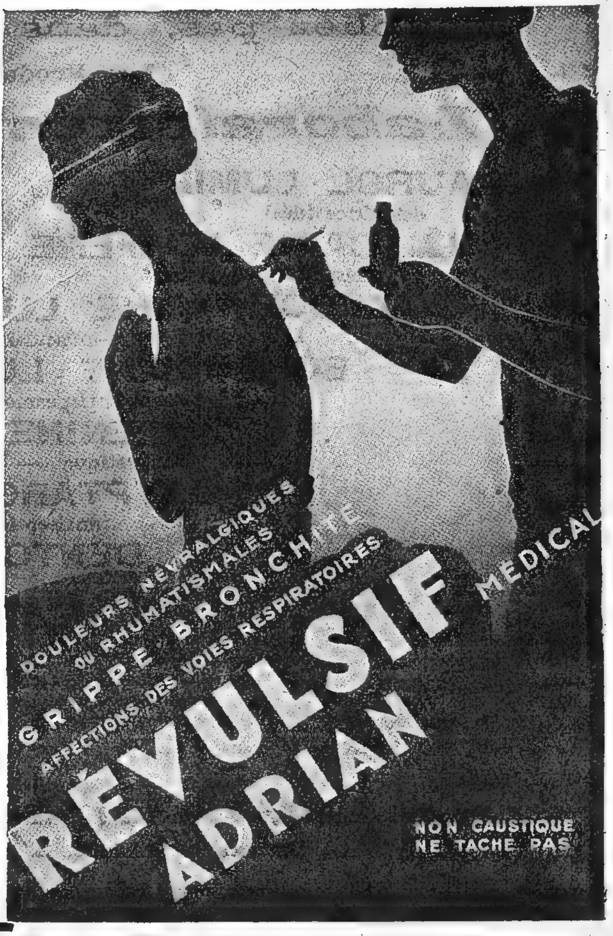
(Rang du 30 juin 1935) : Benoit, 15e rég.

(Rang du 1er juillet 1935) : Brocard, 7e rég.

(Rang du 8 juillet 1935) : Francheteau, rég. de Paris ; Rallu, rég. de Paris.

(Rang du 13 juillet 1935) : Perrin, rég. de Paris ; Auclair, 7e rég.

(Rang du 21 septembre 1935) : Auphelle, rég. de Paris ; Belot, rég. de Paris ; Bigeard, rég. de Paris ; Bosvieux, rég. de Paris ; Bourhy, rég. de Paris ; Buvat,



rég. de Paris ; Caille, rég. de Paris ; Goujard, rég. de Paris, Daunis, rég. de Paris, Dutter, rég. de Paris, Girault, rég. de Paris ; Guyot, rég. de Paris ; Leboff, rég. de Paris ; March, rég. de Paris ; Pouquet, rég. de Paris ; Tetreau, rég. de Paris ; Weiss, rég. de Paris ; Garraud, 19e C. A., aff. rég. de Paris ; Boulignat, tr. du Maroc, aff. rég. de Paris ; Grimault, tr. du Maroc, aff. rég. de Paris ; Blaire, 1re rég. ; Kuntz, 1re rég. ; Latargez, 1re rég. ; Lecomte, 1re rég. ; Plouviet, 1re rég. ; Ravaut, 1re rég. ; Vermynck, 19e C. A., aff. 1re rég. ; Christophle, 2e rég. ; Douville, 2e rég. ; Goullieux, 2e rég. ; Loiseau, 2e rég. ; Poissonnier, 2e rég. ; Pommier, 2e rég. ; Renaudin, 2e rég. ; Vivant, 2e rég. ; Cornu, 3e rég. ; Rousseau, 3e rég. ; Thomas, 3e rég. ; Vautier, tr. du Maroc, aff. 3e rég. ; Blechel, 4e rég. ; Orvoen, 4e rég.

Rey, 5e rég. ; Bott, 5e rég. ; Coste, 6e rég. ; Costerg, 6e rég. ; Daniel, 6e rég. ; Daudier, 6e rég ; Delort, 6e rég. ; Delpierre, 6e rég. ; François, 6e rég. ; Grillot, 6e rég. ; Lobrichon, 6e rég. ; Ponsot, 6e rég. ; Poteau, 6e rég. ; Rousseau, 6e rég. ; Tremollères, 6e rég. ; Verdez, 6e rég. ; Vincent, 6e rég. ; François, 19e C. A., aff. 6e rég. ; Ahr, 7e rég. ; Bovier-Lapierre, 7e rég. ; Gerber, 7e rég. ; Rayet, 7e rég. ; Tardy, 7e rég. ; Huichard, 8e rég. ; Lacoste, 8e rég. ; Poirier, 8e rég. ; Suel, 8e rég. ; Ueberschlag, 8e rég. ; Chaigneau, 9e rég. ; Puyau, 9e rég. ; Grivel, 11e rég. ; Rolland, 11e rég. ; Touboulic, 11e rég. ; Meyniel, 13e rég. ; Pech, 13e rég. ; Boiron, 14e rég. Bovier-Lapierre, 14e rég. ; Chandellier, 14e rég. ; Coutin, 14e rég. ; Devant, 14e rég. ; Pierron, 14e rég. ; Pigrenet, 14e rég. ; Savet, 14e rég. ; Trabaud, 14e rég. ; Vinet, 14e rég. ; Vitel, 14e rég. ; Van Varseveld, 1e rég. aff. 14e région (pour ordre) ; Roux, 19e C. A., aff. 14e rég. ; Dechavanne, tr. de Tunisie, aff. 14e rég. ; Eyssautier, tr. de Tunisie, aff. 14e rég. ; Guinet, tr. du Maroc, aff. 14e rég.

Antoni, 15e rég. ; Bigonnet, 15e rég. ; Devèze, 15e rég. ; Fiastre, 15e rég. ; Mariani, 15e rég. ; Mathieu, 15e rég. ; Nabos, 13e rég. ; Roux, 15e rég. ; Senez, 15e rég. ; Bonhomme, 16e rég. ; Teyssier, 16e rég. ; Alengrin, 17e région ; Castaigne, 17e rég. ; Faget, 17e rég. ; Laygue, 17e rég. ; Noël, 17e rég. ; Rey, 17e rég. ; Vaissie, 17e rég. ; Curet, 18e rég. ; Dejarnac, 18e rég. ; Fagart, 18e rég. ; Gandouet, 18e rég. ; Dauvergne, 20e rég. ; Druilhe, 20e rég. ; Escal, 20e rég. ; Etève, 20e rég. ; Flesch, 20e rég. ; Harang, 20e rég. ; Joos, 20e rég. ; Ramadout, 20e rég. ; Ravault, 20e rég. ; Bove, 19e S. A. ; Hagelsteen, 19e C. A. ; Manse, 19e C. A. ; Rucker, 19e C. A. ; Saurat, 19e C. A. ; Tabarly, 19e C. A. ; Aknin, 20e rég., aff. 19e C. A. ; Botkovitz, 19e C. A., aff. 6e rég.

(Rang du 21 mars 1936) : Tingaud, tr. du Maroc, aff. 9e rég. ; Francillon, 7e rég.

Sont promus au grade de médecin lieutenant :

(Rang du 21 septembre 1937). Les sous-lieutenants: Desreumaux, Blum, Roger, Godot, Laurens, Bourgeon, Leonardon.

(Rang du 21 mars 1938) : Papillon.

(Rang du 21 septembre 1938) : Darmendrail, Fleury, Fleret, Gauthier, Goulène, Orengo, Sentex, Mignon, Coustenoble, Hocq, Paris, Quievaeux, Franchomme, Thévenin, Le Bourgeois, Passouant, Cordier, Petit, Mugler, Belfils, Bonneau, Buck, Kahn, Meng, Millon, Quichon, Vialaron, Roussanne, Breton, Denis, Favre, Bardonnet, Calas, Christophe, Lebrun, Lyathaud, Metral, Peillard, Robert, Sauvigne, Lafeuille Naveau, Jauffret, de Saboulin-Bollenna, Santucci, Joube, Millet, Marcaillou-d'Aymeric, Maury, Roquette, Timbal-Duclaux de Martin, Toye-Lazarin, Porche, Dufour, Heully, Patou, Ledoux, Nemoz, Lataillade, Guilhon, Jacques, Massotte, Tremolières, Devant, Guinet, Senez.

(Rang du 24 septembre 1938) : Scheuer.

(Rang du 29 septembre 1938) : Dupret.

(Rang du 6 octobre 1938) : Clerfeuille, Giafferi.

(Rang du 9 octobre 1938) : Brisson.

Sur la nature des kystes observés chez le lapin

Au sujet de mon article, paru dans le *Concours* du 11 décembre, sur le kyste hydatique chez le lapin, je reçois une lettre de notre éminent confrère, le Docteur F. Dévé, de Rouen, dont les travaux sur ce sujet sont bien connus. D'après lui — et il a raison, puisque les renseignements qu'il me donne correspondent à mon observation — il s'agit non pas du kyste hydatique de l'échinococcose, mais du kyste du *Cœnurus sérialis*. Dans ce kyste en effet, les têtes de tœnia sont alignées en série (serialis). Vous pouvez donc rectifier et rassurer nos confrères chasseurs car le Docteur Dévé leur assure qu'ils eussent pu manger impunément ce kyste même cru. Qu'il soient donc rassurés, mais qu'ils évitent de le laisser manger à leurs chiens. Ils y prendraient le *Tænia sérialis* dont les œufs sont destinés au lapin si le cycle n'est pas rompu.

Enfin, le Docteur Dévé nous apprend que le lapin de choux ou de garenne porte très communément un autre kyste tout petit, gros comme un pois, dans son épiploon, c'est le *Cysticercus pisiformis*. Voilà un kyste identifié et je ne saurais trop remercier notre éminent confrère F. Dévé, de nous avoir donné son avis sur cette question, et de nous avoir permis de manger sans crainte de délicieuses gibelottes.

Dr L. LELEU.

PRIX DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES (1938)

MÉDECINE ET CHIRURGIE. — *Prix Montyon.* Trois prix de 2.500 francs : M. le Professeur Léon Binet (Paris) et M. Georges Weller, Le glutathion ; — M. le Professeur Auguste Pettit (Institut Pasteur de Paris), Sérothérapie antipoliomyélitique d'origine animale ; — M. Frédéric Trensz (Institut Pasteur d'Algérie), Travaux de sérologie palustre.

Trois mentions honorables de 1.500 francs : M. Marc Barthélemy (Faculté de médecine de Nancy), Les diagnostics chirurgicaux au lit du malade ; — M. Alfred Bensaude (Paris), L'évolution cancéreuse des tumeurs bénignes du rectum. Son importance pour la prophylaxie du cancer du rectum ; — Mlle Marcelle Ladet (Paris), Le syndrome malin au cours des toxi-infections.

Prix Barbier (2.000 francs) : M. Louis Courty (Faculté libre de médecine de Lille) et M. Manuel Ansel, Le traitement chirurgical du goitre exophtalmique et des goitres avec hyperthyroïdie.

Prix Bréant (5.000 francs) : M. Paul Remlinger (Institut Pasteur de Tanger) et M. Jacques-Ed. Bailly, Contribution à l'étude du virus de la maladie d'Aujeszky.

Prix Mège (1.000 francs) : MM. André Donatien et Félix Lestoquard (Institut Pasteur d'Algérie), Travaux concernant les Rickettsioses animales.

Prix Bellion (1.400 francs) : M. Pierre Coulouma (Faculté de médecine de Lille), La terminaison des nerfs pneumogastriques et ses variations. Etude d'anatomie descriptive comparée chez l'homme et dans la série des vertébrés, et l'ensemble de ses travaux d'anatomie.

Prix du Baron Larrey (1.000 francs) : M. Marcel Liégeois, Etiologie générale de la scarlatine, ses modes de propagation, sa prophylaxie et sa thérapeutique.

Prix Jean Dagnan-Bouveret (6.000 francs) : Mme Arthur Randoin, née Lucie Fandard (Paris), Recherches concernant la physiologie de la nutrition ; — (5.000 francs) : M. Xavier Henry (Constantine), Méthode de diagnostic du paludisme dite mélano-floculation ; — (4.000 francs) : M. Léon Delhoume (Pierre-Buffière), L'Ecole de Dupuytren : Jean Cruveilhier et Claude Bernard : pensées.

Cancer et tuberculose. — *Fondation Roy-Vaucouloux*(6.000 francs) : Les arrérages de la fondation à M. Voldemar Vilter, Recherches sur le variations de couleur chez les Amphibiens et les Poissons.

Prix Louise Darracq (6.000 francs) : M. Albert Peyron (Institut Pasteur, Paris), MM. Henri Limousin (Clermont-Ferrand), Guy Poumeau-Delille et Bernard Lafay, Travaux sur les tumeurs du testicule et l'action de la colchicine sur la tumeur chez le lapin.

Physiologie. — *Prix Montyon* (1.500 francs) : M. Maurice Fontaine (Paris), Recherches sur les Poissons et les Anguilles.

Prix L. La Caze (10.000 francs) : M. André Mayer (Paris), Travaux de physiologie.

Prix Pourat (1.500 francs) : M. Marcel Florkin (Liége), Etudes du milieu intérieur dans la série animale.

Prix Martin-Damourette (1.400 francs) : M. Roger Duffau, Avitaminoses et métabolisme glucidique musculaire.

Divers. — *Fondation Mme Victor Noury* (2.500 francs) : M. Pierre Vintemberger (Strasbourg), Travaux d'embryologie expérimentale.

Fondation Villemot (10.000 francs) : M. Michel Macheboeuf (Bordeaux), Recherches sur les phénomènes chimiques et l'immunité ; — (8.000 francs) : M. Albert Peyron (Paris), Etudes de pathologie

expérimentale et comparée des tumeurs ; — (12.000 francs) : M. Hyacinthe Vincent, Achat d'animaux d'expériences et de réactifs destinés à ses recherches sur la pathogénie de certaines maladies infectieuses et les conditions d'immunité dans ces maladies.

Fondation Cahours (2.500 francs) : Les arrérages de la fondation, à M. Raymond Guillemet (Strasbourg), Travaux de chimie biologique.

Prix Montyon (1.000 francs) : M. Grégoire Ichok (Paris), La mortalité à Paris et dans le département de la Seine.

Prix Lallemand (1.800 francs) : M. Alfred Fessard, Recherches sur les fonctions rythmiques des nerfs.

Prix Serres (7.500 francs) : M. Robert Courrier, Recherches sur la reproduction des mammifères.

Prix Estrade-Delcros (8.000 francs) : M. Justin Jolly, Travaux d'histo-physiologie.

Fondation Loutreuil (3.000 francs) : Mlle Françoise Bloch, Recherches sur les tuberculoses cutanées. — (2.000 francs) : MM. André Brizard et René Florio, Recherches sur la dermatose du cheval et du chien. — (10.000 francs) : M. Emile Marchoux, Contribution à l'achat d'un spectographe de Feussner.

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Accidents du Travail

Demande de reçu avant paiement par les agents de Compagnies d'assurances

(*Note du* Docteur Fernand DECOURT)

J'avais demandé aux confrères de m'envoyer à l'occasion, un mot précisant les cas où ils avaient reçu d'agents de Compagnies d'assurances une lettre leur demandant d'envoyer le reçu de leurs honoraires pour soins donnés aux accidentés du travail et qu'*ensuite* ils leur enverraient la somme.

J'ai reçu un certain nombre de lettres très précises — et quelques-unes très pressantes — à ce sujet. J'ai tenu avant d'en faire une sorte de « Rapport » dans le *Concours*, d'en prévenir un Directeur de Compagnie d'assurances qui, est depuis plus de vingt ans, mon collègue à la Commission ministérielle du Tarif et qui m'a toujours montré — et prouvé — la plus nette compréhension des réclamations justifiées des médecins.

Cet excellent collègue m'a demandé « de surseoir à la publication de ma note dans le *Concours* », persuadé qu'il ne s'agissait là que « de cas isolés et propres à quelques agents généraux ». Il a ajouté — ce que je tiens à relater longuement ici — qu'il avait eu l'occasion de parler à ce sujet avec plusieurs agents qui lui ont fait remarquer « qu'ils n'arrivent pas à obtenir des médecins, après réception des fonds, qu'ils leur en donnent quittance. Dès lors, ils ne peuvent plus, de leur côté obtenir de leurs « Compagnies, qu'elles les créditent des paiements ainsi effectués ».

Je répondis, ajouta mon collègue, qu'il y avait un moyen facile d'effectuer le paiement par mandat-poste, le talon servant de reçu. Mais on me rétorqua que « le talon du mandat-poste fait bien la preuve que les mandats sont partis mais non qu'ils sont arrivés entre les mains du mandataire. »

J'avoue que cette objection m'a laissé rêveur : et cependant ne peut-on demander un « avis de réception ?... » En tout cas, nous allons avoir, d'ici peu, de multiples réunions de la Commission du Tarif, j'en profiterai pour reparler de la question avec mes collègues assureurs.

En attendant, je garde soigneusement dans un dossier une note sur chacune des lettres reçues à ce sujet. Et si j'y suis obligé, je les publierai dans le *Concours* dans la suite, tout en envoyant dès maintenant chaque cas ainsi relevé à mon collègue afin qu'il en fasse part officiellement à M. le Président de la Réunion des Assureurs. Celui-ci pourra alors communiquer ces protestations à chaque Compagnie d'assurances qui aura, en même temps, d'après mes précisions, connaissance de chaque agent agissant ainsi.

Dr Fernand DECOURT.

8.861. — Des indemnités de déplacement en général

Je vous serais obligé de bien vouloir me donner votre avis sur le point suivant, concernant le tarif des indemnités de déplacement pour les accidentés du travail (tarif du 1er février 1938).

Pour une visite faite à un accidenté demeurant en dehors de la commune où j'exerce, à 5 km. de mon domicile, j'ai compté 17 + 4 + 41 = 36 francs, 17 de visite, 4 de déplacement puisque M. est compris dans les contours de banlieue qui donnent droit à cette indemnité et 15 de déplacement pour les 10 km. aller et retour, à raison de 1 fr. 50 du kilomètre.

L'Assurance rabaisse le prix à 32 francs, supprimant sans doute les 4 francs de déplacement d'indemnité de banlieue. Interprète-t-elle bien les données du tarif ou bien est-ce moi qui me trompe ?

Dr O.

Réponse

Vous avez mal compris le tarif. Le prix actuel de la visite est de 17 francs dans toute la France (art. 1er). Il s'y ajoute des indemnités de déplacement (art. 2) qui varient :

1° suivant l'importance de la localité à l'intérieur de la commune ;

2° suivant la distance kilométrique en dehors de la commune. Mais vous ne pouvez pourtant cumuler les deux cas, votre malade ne pouvant habiter à la fois à l'intérieur et en dehors de la commune.

Dr F. DECOURT.

9.061. — 1° Ostéo-synthèse à la suite d'une fracture ne se « consolidant » pas normalement ; 2° Contention en plusieurs fois d'une fracture de cuisse

Etant membre du Sou, je m'adresse à vous pour que vous me disiez quels sont les honoraires que je dois prendre pour les interventions suivantes sur des accidentés (loi de 1898).

1° Fracture des deux os de la jambe au tiers inférieur le 23 septembre 1938, le 20 je place un appareil plâtré. Celui-ci est enlevé le 3 novembre. Pas de consolidation. Je replace un nouvel appareil plâtré et fais radiographier le blessé, celle-ci démontre que la réduction pratiquée le 26 septembre 1938 a glissé et qu'aucune coaptation n'existe. J'adresse ce blessé à un chirurgien qui pratique une ostéo-synthèse par greffon tibial.

2° Fracture de cuisse le 23 juin 1938. J'appareille immédiatement en extension continue par un appareil de Thomas et Lardennois. En cours de traitement je dois remplacer deux fois cet appareillage.

Voudriez-vous être assez aimable pour me dire quels sont les honoraires que je dois prendre dans chacun de ces deux cas ?

Dr L.

Réponse

1° Vous avez fait une réduction et contention de fracture des deux os de la jambe le 23 septembre, intervention tarifée 220 francs (art. 18). Pour une raison quelconque, il n'y a pas eu consolidation et un chirurgien dut faire une ostéosynthèse en novembre. Il y a eu là une « complication » qui a nécessité une deuxième intervention mais la première n'en a pas moins été effectuée et doit être comptée. Il n'en serait pas de même si la deuxième intervention avait été effectuée peu de jours après la première, démontrant que celle-ci n'avait pas été effectuée pratiquement puisque non réduction ni contention ce jour-là.

2° La réduction et contention de fracture de cuisse est tarifée 275 francs (art. 18) sans qu'il y ait différence de prix suivant que la « contention » ait été obtenue en une ou plusieurs fois.

Dr F. DECOURT.

9.100. — Traitement d'une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus par pose d'écharpe de Mayor

Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me dire comment tarifer au point de vue accident du travail :

Réduction de fracture de la tête de l'humérus (épaule) ;

Contention par une écharpe de Mayor (pas de plâtre).

Une radiographie avait montré fracture de l'épaule avec éclatement de la tête humérale.

Dr A.

Réponse

La réduction et contention d'une fracture de l'humérus est tarifée : 220 francs (art. 18). Mais à condition que cette intervention soit effectuée « par appareil plâtré, ou silicaté ou extension continue ». Or, vous avez mis simplement une écharpe de Mayor. Dans ces conditions votre intervention ne rentre pas dans le cas ci-dessus. Comme n'est pas tarifée la réduction et contention d'une fracture de l'humérus « sans appareil plâtré silicaté ni extension », vous pouvez chercher une analogie avec la fracture de la clavicule ainsi traitée (art. 18), donc demander comme pour ce cas 55 francs.

Dr F. DECOURT.

b) Assurances sociales

9.178. — Plâtre pour pied bot après « bonne réduction » obtenue

Je soigne un enfant de dix mois qui présente un pied bot varus équin. Je lui ai fait, pour redresser son pied, environ quinze séances de massage. Puis, ayant obtenu une bonne réduction je lui ai fait un plâtre.

Cet enfant est inscrit sur la liste des bénéficiaires de l'article 59 de la loi des Assurances sociales. Avant de faire le plâtre j'ai donné connaissance à la Caisse de mon intention de procéder à une intervention, qui peut être tarifée K CHI20 sur la nomenclature des actes chirurgicaux de la Confédération des Syndicats médicaux, par analogie avec : fractures fermées, réduction et contention d'une fracture simple par appareil plâtré ou silicaté : jambe.

La Caisse me donne aujourd'hui son adhésion par lettre, en me disant : « Notre médecin-contrôleur, considère cet acte comme global ». Suis-je en droit de compter légitimement les quinze séances de massage préalables au plâtre ? L'instruction pour l'utilisation de la Nomenclature me paraît assez formelle à ce sujet puisqu'il est dit : Le prix global comporte la rémunération des aides et les soins consécutifs pendant une durée maxima de vingt jours ». Ceci me semble très clair, mais je voudrais avoir l'approbation de votre compétence dans ce cas qui peut prêter à litige, les Caisses cherchant toujours à hono-

rer le moins possible le praticien dans ces cas d'article 59.

Dr P.

Réponse

a) L'acte global comprend, dans la nomenclature, les soins consécutifs pendant vingt jours, mais non les soins antérieurs à l'intervention.

b) Je ne pense pas que vous puissiez indiquer K20 pour un plâtre du pied alors que, sous cette rubrique, est compté « réduction et contention » et qu'en l'espèce vous n'avez pas, ce jour-là ; eu à effectuer une « réduction ». Pas davantage K16 marqué pour « répétition d'un grand plâtre, corset plâtré » ce qui est tout autre chose qu'un plâtre au cou-de-pied. Je ne vois que K8 « répétition d'un appareil plâtré pour segment de membre ».

Nota : L'expression « répétition » montre bien les prix à demander quand il n'y a pas, à la fois « réduction et contention ». Je dis cela pour répondre à votre phrase disant que « ayant obtenu par quinze séances de massage, une bonne réduction, je lui ai fait un plâtre ». Lorsque, par suite, vous avez « fait ce plâtre », la réduction était déjà obtenue, vous ne pouvez donc la compter deux fois en vous basant comme vous l'aviez fait, sur l'analogie avec « réduction et contention d'une fracture ».

Dr F. Decourt.

8.765. — En cas d'accouchement d'une assurée sociale, le médecin n'a aucun lien pécuniaire avec la Caisse.

Je viens vous demander de bien vouloir m'indiquer ce que je dois faire pour me faire régler par les Assurances sociales, un accouchement (en imminence) chez une assurée française de la région de T., qui est venue résider quelques temps en Algérie.

Cette assurée a été examinée avant son départ de T., par un confrère de cette ville.

C'est la première assurée sociale que je fais, car il n'y a pas d'assurés sociaux en Algérie ; aussi vous demanderais-je de bien vouloir m'indiquer la marche à suivre dans tous ses détails.

Dr S.

Réponse

En vertu de l' « entente directe », vous avez à réclamer à votre accouchée, le prix de votre intervention suivant le tarif ordinaire de votre clientèle. Quant à elle, elle aura à fournir à sa Caisse, pour toucher le forfait maternité, qui lui est dû, les feuilles nécessaires signées de vous pour l'accouchement et du médecin de T... pour les visites prénatales. Mais ceci est son affaire et non la vôtre — sauf les signatures que vous lui donnerez naturellement lorsqu'elle vous présentera les pièces à signer, afin qu'elle puisse se faire payer, mais cela en dehors du paiement

de vos interventions qu'elle doit vous remettre comme tout malade qui a recours à un médecin.

Dr F. Decourt.

c) *Pensionnés de guerre*

8.773. — Soins donnés sans présentation de carnet par l'intéressé pour renouvellement non fait par l'Administration

Pourriez-vous, je vous prie, me faire tenir le renseignement suivant, que je n'ai pu avoir de la Préfecture sourde à toutes mes demandes ?

L'an dernier, j'ai soigné au titre art. 64, un malade qui est décédé après huit jours de maladie.

Quand je le vis, pour la première fois, son carnet ne contenait plus qu'un bon ; je le détachai. La famille portait aussitôt le carnet à la mairie et en demandait le renouvellement.

Pendant que se faisaient les formalités de remplacement, je continuais à voir le malade espérant détacher sur le prochain carnet les bons correspondant aux visites faites sans carnet.

Ce dernier arrivait en mairie, huit jours après, le jour où on faisait la déclaration de décès de l'intéressé ! !

La mairie refusait de délivrer le carnet, parce qu'un mort n'a pas besoin de carnet, disait-elle, la famille refuse de me payer prétextant que les soins incombent à l'Etat, la Préfecture à qui j'ai écrit, n'a jamais daigné me répondre. Alors ? Faudra-t-il que je fasse les frais de cette maladie ?

Vous m'obligeriez infiniment en me faisant savoir à qui je dois m'adresser pour rentrer dans mes fonds.

Dr P.

Réponse

Vous avez à envoyer à « la Commission de contrôle des soins aux pensionnés de guerre » à la Préfecture, le relevé exact des visites effectuées par vous sans avoir pu détacher les bons de visite d'un carnet absent. En même temps, vous expliquerez (ainsi que vous l'avez fait dans votre lettre) les conditions dans lesquelles vous avez dû faire ces visites, sans carnet à l'appui et aussi que vous en avez déjà prévenu la Préfecture sans avoir reçu de réponse. Vous mettrez en outre le relevé de ces visites sur votre relevé trimestriel, en additionnant ces visites anciennes avec les nouvelles et épinglant à ce relevé total, la copie de la lettre adressée auparavant à la Commission de contrôle, contenant le relevé détaillé et les explications fournies. De cette façon, la Commission de contrôle devra statuer sur le tout et, en cas de réduction de vos demandes devra vous appeler devant elle (à moins que vous préféreriez vous expliquer seulement par lettre). Car il faut que vous soyez entendu par elle, de façon ou d'autre, avant qu'elle puisse prendre valablement sa décision.

Dr F. Decourt.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

8.479. — La morsure de vipère peut être un accident du travail

Doit-on considérer comme accident du travail, une morsure de vipère dont est victime une fermière occupée aux champs à arracher des haricots ? L'Assurance refuse d'accepter le sinistre et je n'ai pas souvenir, quoique lecteur du *Concours* depuis 1892, d'un cas semblable dans votre rubrique. Mais ma mémoire peut être en défaut.

Dr C.

Réponse

La législation sur les risques professionnels ne s'applique qu'aux accidents survenus par le fait ou à l'occasion du travail. Mais ne sauraient, par contre, être mises à la charge du chef d'entreprise ou de son Assurance substituée les lésions dont viendrait à être victime un ouvrier par suite de l'action des forces naturelles telles que le chaud, le froid, le vent ou la foudre, car il s'agit là de la réalisation non point d'un risque professionnel, mais d'un risque général et sans lien avec le travail. La jurisprudence reconnaît d'ailleurs ce principe de manière constante et la Cour de cassation, Chambre des requêtes, dans un récent arrêt en date du 27 mai 1935 (*Gazette du Palais*, 4 octobre 1935) a considéré les piqûres d'insectes venimeux (en l'espèce mouche charbonneuse) comme faisant partie des phénomènes naturels étrangers au risque professionnel et ne pouvant en principe donner lieu à l'application de la loi du 9 avril 1898, même au cas où elles seraient survenues au cours du travail.

Toutefois, la responsabilité du patron ou de l'Assurance pourrait être engagée au cas où les conditions dans lesquelles le travail s'effectuait dans l'entreprise, aurait contribué à mettre en jeu les forces naturelles ou à en aggraver les effets (Jurisprudence constante, voir notamment Cour de cassation, arrêt précité).

C'est ainsi qu'il a été décidé que constitue un accident du travail, l'accident mortel survenu à un vendangeur situé à proximité d'arbres susceptibles d'attirer la foudre. Plus spécialement, le Tribunal de paix de Falaise-Nord, par un jugement en date du 27 mai 1933 (*Répertoire Commaille*, 1933.11.920) a admis au bénéfice de la loi de 1898, un moissonneur piqué par une mouche venimeuse en relevant des gerbes après le passage d'une faucheuse. En effet, le Tribunal a relevé la circonstance que la présence des insectes dans les récoltes est d'observation constante et que la piqûre d'insecte est un des risques auxquels les moissonneurs se trouvent particulièrement exposés. Il y a donc bien eu dans ce cas un

élément tenant au travail et susceptible d'aggraver le jeu normal des phénomènes naturels

Les mêmes principes jouent lorsque l'accident consiste dans la morsure d'une vipère au lieu de la piqûre d'une mouche charbonneuse. Par conséquent, si, en l'espèce le travail qu'accomplissait votre cliente était susceptible par sa nature ou par les conditions dans lesquelles il était effectué, d'attirer spécialement les vipères, elle est effectivement en droit de réclamer à son Assurance le versement des indemnités légales et le remboursement des frais médicaux.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

9.266. — A propos de la fréquentation des écoles de perfectionnement

Médecin lieutenant en 1927. J'ai fait toutes les périodes de lieutenant. Je ne suis les écoles de perfectionnement que depuis cette année.

Je croyais remplir les conditions suffisantes pour passer capitaine. J'apprends de source sérieuse qu'il est nécessaire de suivre les cours de perfectionnement depuis deux ans au moins pour être proposable.

Est-il possible qu'on exige dorénavant pour l'avancement l'assiduité aux cours de perfectionnement ? Car, dans ce cas, on peut déclarer que cet avancement est réservé aux médecins de grande ville qui seuls ont la facilité d'y assister d'une façon régulière.

Dr F.

Réponse

Tout à fait justifiée est l'observation que vous faites au sujet des possibilités de fréquentation des écoles de perfectionnement par certains médecins. L'autorité militaire a jugé comme vous et c'est ainsi que le 7 septembre 1938, elle a publié un modificatif à l'article 93 de l'Instruction du 11 juillet 1930 pour l'avancement des officiers de réserve. Il y est stipulé que les candidats devront avoir, dans les cinq années précédant l'inscription au tableau d'avancement :

soit suivi assidûment les cours de perfectionnement pendant deux années consécutives ;

soit effectué des périodes (obligatoires ou volontaires) d'une durée totale de trente jours au moins.

Si donc, n'ayant pu suivre pendant deux ans les cours de perfectionnement, vous avez totalisé trente jours de période dans les cinq dernières années, vous remplissez les conditions pour être proposé.

Ces références peuvent être communiquées aux personnes qui vous avaient renseigné.

Soixante et unième année N° 3 15 Janvier 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie Professionnelle

L'Actualité Professionnelle

Faculté de Médecine de Paris

Hôpitaux de l'Assistance publique de Paris

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	70 fr.	Belgique et Luxembourg..	80 fr.
Etudiants	45 fr.	Première Zone...........	95 fr.
Le Numéro...........	2 fr.	Deuxième Zone..........	120 fr.

Renseignements

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 2 fr. pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — ***Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)***

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, Paris 167-95.

Nº 16. — Paris. A vend. appareil à ondes courtes Walter (OB7), lampes 500 watts, état neuf, prix intéress.

Nº 17. — Région Est. Dans ch.-lieu cant. à céder poste méd. pro-pharm. seul, géré depuis 38 ans par même titulaire. Gros rendem. si success. est jeune et actif. Prix de cession intéress., facilités.

Nº 18. — Cause double emploi. Offre à prix réduit collection entièrem. neuve de « Pratique chirurgicale » illustrée de Pauchet, dernière édition, tome I à XXII.

Nº 19. — Jeune fille, brev. élém., sténo-dactylo, notions aide-infirm., cherche emploi demi-journée chez doct., clin. ou laborat. Mlle H. Jacques, 21, rue du Poteau, Paris (18e).

Nº 20. — Paris. Doct. remplaç. attitré de plusieurs confr., cherche remplacem. Voiture personn. Tél. Did. 42-22.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

La carte-lettre en matière d'accidents du travail

De nombreux lecteurs nous demandent quotidiennement de quelle manière ils doivent appliquer le nouvel art. 4, § 5 de la loi sur les accidents du travail; qui exige du médecin traitant, depuis le 1er janvier dernier, l'envoi à l'employeur, dans un délai de 48 heures, d'une carte recommandée détachée d'un carnet à souches.

La question mérite réflexions, étant donnée la sanction prévue par la loi qui est, pour le médecin, la perte de ses honoraires.

Disons tout de suite, que nous n'avons encore sur ce sujet aucune précision officielle.

Mais voici la méthode que nous conseillons actuellement à nos lecteurs. L'essentiel pour le médecin est de pouvoir prouver qu'il a fait ce qui était en son pouvoir pour se conformer à la loi, sans qu'il importe que le patron ait ou non été effectivement prévenu. Il suffit donc d'envoyer une carte-lettre ordinaire extraite d'un quelconque bloc à souches, et de la faire recommander dans les formes ordinaires, *en exigeant formellement la franchise*, tant pour le port que la recommandation, et en inscrivant sur la carte « Franchise postale. Loi du 9 avril 1898 modifiée par celle du 1er juillet 1938, art. 4, § 5 ». Cette franchise est, en effet, expressément prévue par la loi.

Nous reviendrons plus en détail sur cette question, dans un prochain numéro.

J. M.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Ligue française contre le rhumatisme.** — *La Journée du rhumatisme du 3 décembre*, qui avait dû être reportée en raison des événements internationaux, a néanmoins connu un plein succès et réuni près d'une centaine de médecins, tant français qu'étrangers.

La réunion du matin à l'hôpital Cochin eut lieu dans l'amphithéâtre du Professeur M. Labbé, sous la présidence du Professeur Laignel-Lavastine.

Celle de l'après-midi, tenue à l'amphithéâtre de la Confédération des Syndicats médicaux, fut également présidée par le Professeur Laignel-Lavastine, qui fit l'éloge funèbre du Professeur O. Crouzon, vice-président de la Ligue, et annonça qu'à l'occasion du dixième anniversaire de la fondation de la

Ligue, le Conseil avait décidé de décerner au Docteur Henri Forestier, son fondateur, le titre de président d'honneur.

Il annonça la nomination comme vice-président du Professeur Loeper et du Docteur Grenet.

Les rapports suivants furent présentés : 1° Formes prolongées et chroniques du rhumatisme blennorragique, par H. GOUGEROT, F. COSTE et P. DURET ; 2° Traitement médical des arthrites gonococciques subaiguës et prolongées, par F. LAYANI ; 3° Les thérapeutiques physiques des formes prolongées et chroniques du rhumatisme blennorragique, par J. SURMONT et Mme G. MICHON ; 4° Traitement orthopédique et chirurgical des formes prolongées et chroniques du rhumatisme blennorragique, par M. BOPPE.

Le soir, un excellent dîner, arrangé par Grangousier, réunissait plus de soixante convives à la rôtisserie de la Reine Pédauque.

— **Cinquantenaire de l'Institut Pasteur.**— La cérémonie de commémoration du cinquantenaire de la fondation de l'Institut Pasteur aura lieu le 15 mars 1939, sous la présidence du Président de la République et du ministre de la Santé publique.

— **Société d'hydrologie et de climatologie de Nancy et de l'Est.**— La Société d'hydrologie et de climatologie de Nancy et de l'Est tiendra sa prochaine séance à Nancy le mercredi 8 février 1939, à 16 h. 30, à la Faculté de médecine.

Prière aux membres de la Société de vouloir bien envoyer les titres de leurs communications avant le 5 février prochain au secrétaire général, le Professeur Louis Merklen, 96, rue de Strasbourg, à Nancy.

— **Le budget de l'Assistance publique à Paris.**— Le budget de l'Assistance publique à Paris, tel qu'il vient d'être adopté par le Conseil municipal, s'élève pour l'année 1939 à 1.009.790.000 francs. Le prix de la journée hospitalière est porté de 44 francs à 65 francs en médecine, de 46 à 67 francs en chirurgie, et pour les malades payants et accidentés du travail à 71 fr. 42 en médecine et 73 fr. 78 en chirurgie.

— **Hôpitaux de Marseille.** — Après concours, M. le Docteur Georges DUMON a été nommé médecin des hôpitaux de Marseille.

— **Hôpitaux d'Arles.** — A la suite du concours ouvert le 7 décembre 1938 devant la Faculté de médecine de Montpellier, le Docteur CHARVET a été nommé chirurgien adjoint des hôpitaux d'Arles.

— **Hôpitaux de Belfort.** — Le poste de chef de laboratoire de bactériologie de l'hôpital civil de Belfort sera vacant le 1er août 1939. Pour renseignements, écrire à la Direction.

— **Hopitaux d'Angers.** — A la suite des concours du 14 novembre 1938, ont été nommés :

Chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu d'Angers, M. le Docteur Ch.-R. MARTIN, Professeur suppléant à l'Ecole de médecine d'Angers.

Chirurgien de la Maternité, M. le Docteur R. ROUCHY, chargé du cours de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine d'Angers, ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Paris.

— **Légion d'honneur.** — Nous avons appris avec plaisir la nomination au grade de Chevalier de la Légion d'honneur du Docteur Hilaire, secrétaire général adjoint de la Confédération des Syndicats médicaux français. Nos vives félicitations.

— **Naissance.** — Le Docteur et Madame Gustave LARDET sont heureux de nous faire part de la naissance de leur fille *Marie-Josèphe*.

Salornay-sur-Guye (Saône-et-Loire), 21 décembre 1938.

Nos sincères compliments.

— **Nécrologie:** — LE MÉDECIN GÉNÉRAL PAITRE. — Le médecin-colonel, sous-directeur de l'Ecole d'application du Service de santé militaire au Val-de-Grâce, et les officiers du cadre de l'Ecole, ont la profonde douleur de faire part du décès du MÉDECIN GÉNÉRAL PAITRE, directeur de l'Ecole d'application du Service de santé militaire, officier de la Légion d'honneur, membre de l'Académie de chirurgie, survenu le 4 janvier 1939.

Les obsèques ont eu lieu à l'hôpital militaire Robert-Picqué, à Villenave d'Ornon, près Bordeaux (Gironde), le vendredi 6 janvier.

— Nous apprenons avec un vif regret la mort du Docteur Louis-Henri DESTOUCHES, directeur du *Courrier Médical*, Chevalier de la Légion d'honneur, Croix de guerre, décédé le 26 décembre 1938, à Paris. Ses obsèques ont eu lieu à Blois, dans la plus stricte intimité, le 29 décembre 1938.

Confrère très estimé, le Docteur Louis Destouches était aussi un artiste apprécié. Il avait assumé pendant de nombreuses années la direction de l'« Orchestre médical », auquel collaborait notre très regretté ami Gaston Duchesne.

Nous prions Madame Destouches et sa famille d'agréer nos sincères condoléances et l'expression de notre profonde sympathie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Jean CHIRON, des Sables-d'Olonne ; du Docteur COLLET, de Saint-Prix (Seine-et-Oise) ; du Docteur BERTHELOT, d'Embrun (Hautes-Alpes) ; du Docteur Emile GOSSELIN, de Lille ; du Docteur Moïse EUDLITZ-LANG, de Paris ; du Docteur André FREYMOND, de Bordeaux ; du Docteur H. LERAT, professeur de Clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Nantes ; du Docteur Eugène LACOUR, de Chalais (Charente) ; du Docteur Auguste VACHER, de Saint-Laurent-de-Muse (Isère) ; du Docteur GOIDIN, chirurgien de l'hôpital de Corbeil.

O O O

A TRAVERS L'OFFICIEL

Légion d'honneur

Est promu officier de la Légion d'honneur, au titre du Ministre de l'Intérieur, M. le Professeur Lebon, de la Faculté d'Alger.

J. O., 27 décembre 1938.)

Enseignement de la médecine

Décret du 23 décembre 1938 habilitant l'Ecole de médecine et de pharmacie de l'Indochine à donner aux étrangers l'enseignement conduisant aux diplômes d'Université de docteur en médecine et de pharmacie et à délivrer des diplômes d'école de sages-femmes mention « section asiatique étrangère ».

(J. O., 27 décembre 1938.)

Hôpitaux psychiatriques

Décret du 25 décembre 1938 relatif au recrutement et au statut du cadre des hôpitaux psychiatriques autres que la Seine.

Ce décret sera publié ultérieurement.

(J. O., 28 décembre 1938).

Maladies professionnelles

Commission supérieure des maladies professionnelles

Par décret en date du 15 décembre 1938, M. le Docteur Feil et M. Plantin ont été nommés membres de la Commission supérieure des maladies professionnelles, en remplacement de M. le Docteur Bordas et de M. Fleurent, décédés.

(J. O., 29 décembre 1938.)

Hygiène publique

Concours d'inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène

Par arrêté en date du 16 décembre 1938, ont été déclarés, par ordre de mérite, aptes aux fonctions d'inspecteur adjoint départemental d'hygiène et emplois assimilés les candidats dont les noms suivent :

MM. le Docteur Violet, le Docteur Lavoine, Mlle le Docteur Lafond, Mme le Docteur Fayot-Petit-Marie, Mlles le Docteur Regnault, le Docteur Solente, MM. le Docteur Dufour, le Docteur Ollé, Mlle le Docteur Guy, MM. le Docteur Villaret, le Docteur Jaujou, le Docteur Bapt, le Docteur Castaigne, Mme le Docteur Maury-Karcher, MM. le Docteur Delecourt, le Docteur Deguiral, Mlles le Docteur Legros, le Docteur Laporte, le Docteur Mosser, MM. le Docteur Eckert, le Docteur Ameur, le Docteur Cordiolani.

(J. O., 29 décembre 1938.)

Avis de concours pour le recrutement d'inspecteurs départementaux d'hygiène

Conformément aux dispositions de l'article 2 du décret du 12 août 1937, un concours est ouvert pour le recrutement :

1° D'un inspecteur départemental d'hygiène dans le département du Var ;

2° D'un directeur de Bureau d'hygiène dans la ville du Havre.

Pourront faire acte de candidature :

1° En vue d'une mutation : les inspecteurs départementaux d'hygiène, les directeurs des Bureaux d'hygiène des villes de 100.000 habitants et assimilés, qui auront été préalablement maintenus en fonctions ;

2° En vue d'une promotion de grade : les inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène, les directeurs et directeurs adjoints en exercice des Bureaux d'hygiène des villes de moins de 100.000 habitants, qui auront été préalablement maintenus en fonctions.

Les demandes seront accompagnées des documents suivants, requis pour les demandes de maintien en fonctions et pour les candidatures au poste d'inspecteur départemental d'hygiène du Var et de directeur du Bureau d'hygiène du Havre :

1° Une expédition authentique de l'acte de naissance ;

2° Un extrait de casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

3° Un certificat de nationalité française et, s'il y a lieu, les pièces établissant la naturalisation et indiquant la date d'obtention du droit d'exercer ;

4° Copie certifiée conforme des diplômes (notamment du diplôme de docteur en médecine d'une Faculté de l'Etat et du diplôme d'hygiène) ;

5° Un résumé des titres de toute nature et des fonctions remplies, avec références à l'appui ;

6° Les états des services administratifs antérieurs pouvant entrer en compte pour la constitution du droit à pension certifiés par les Administrations intéressées ;

7° Un état des services militaires ou, à défaut, une pièce précisant la situation militaire ;

8° Un exemplaire de la thèse et des études publiées;

9° Une note de renseignements sur la situation de famille ;

10° Un certificat d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté ;

11° Déclaration souscrite par le candidat et attestée par le préfet, certifiant que l'intéressé se consacre entièrement à ses fonctions, à l'exclusion de toute clientèle (autant médecine générale que bactériologie, analyses diverses, etc.).

Les demandes devront être remises au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 1er bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris, le 1er février 1939 au plus tard.

Soins aux pensionnés de guerre

Décret du 29 décembre 1938 portant nomination de membres à la Commission supérieur de surveillance et de contrôle des soins médicaux et pharmaceutiques.

Art. 1er. — Sont désignés pour faire partie de la Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux et pharmaceutiques pendant l'année 1939 comme membres titulaires :

Représentants de l'Administration : MM. le Docteur Paloque, président ; le Docteur Lesire ; Mlle Mallet, chef de Bureau au ministère des anciens combattants et pensionnés ; MM. Allix, directeur adjoint de la comptabilité publique ; Hermite, inspecteur des finances.

Représentants des bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 : MM. Robert Greslin, président de la Fédération des Associations de mutilés de l'Aisne, membre de l'Union fédérale ; Triton (Désiré), vice-président de la section départementale de l'Oise de l'Union nationale des combattants ; Dudreule, secrétaire général de l'Association des mutilés des yeux ; Gérard, membre de l'Association générale des mutilés et réformés de la guerre ; Delahaye, membre de la Fédération nationale des mutilés et réformés de la guerre.

Représentants des médecins et pharmaciens : MM. le Docteur Lenglet, de la Seine ; le Docteur Fanton d'Andon, de la Seine ; le Docteur Piot, de la Seine ; MM. Barthet, de l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques de France ; Lamarre, de l'Union nationale des grandes pharmacies de France et des colonies.

Art. 2. — Sont désignés comme membres suppléants :

Représentants de l'Administration : MM. le Docteur Magnier, chargé du service des expertises médicales au ministère des Anciens combattants et Pensionnés ; Morin, chef de bureau au contentieux du ministère des Anciens combattants et Pensionnés ; Mlle Mirande, rédacteur au ministère des Anciens combattants et Pensionnés ; MM. Hamelin, chef de bureau à la direction de la comptabilité publique ; Morin, chef de bureau à la direction de la comptabilité publique.

Représentants des bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 : MM. Devos, administrateur de l'Union fédérale ; Pezzini, membre de la Fédération nationale des combattants républicains ; Compligli, membre de l'Union nationale des mutilés, réformés et anciens combattants ; Antonbrandi, membre de l'Association générale des mutilés et réformés de la guerre ; Bois, membre de l'Union des aveugles de guerre.

Représentants des médecins et pharmaciens : MM. le Docteur Caillaud, du Loiret ; le Docteur Dournel, de la Seine ; le Docteur Fougerat, de la Seine ; MM. Lenoir, de l'Association générale des syndicats pharmaceutiques de France ; Faugier, de l'Union nationale des pharmaciens français.

(*J. O.*, 31 décembre 1938).

Service de Santé militaire

Affectations

Par décision du 16 décembre 1938, les officiers du Service de santé ci-après désignés reçoivent les affectations suivantes à compter du 31 décembre 1938.

A la région de Paris : les médecins colonels Okincze, 8e rég. ; Gruie, 13e rég.

Les méd. lieut.-col. Even, 4e rég. ; Flandin, 5e rég. ; Harvier, 5e rég. ; Laroche 8e rég. ; Simoni, 15e rég. ; Ameuille, 20e rég. ; Ledoux-Lebrard, 20e rég.

Les méd. command. Senges, 2e rég. ; Dumesnil, 3e rég. ; Plontz, 3e rég. ; Ehrenpreis, 4e rég. ; Reverdy, 4e rég. ; Braun, 5e rég. ; Lacronique, 5e rég. ; Guerrier, 7e rég. ; Zislin, 7e rég. ; Bory, 8e rég. ; Cardot, 8e rég. ; Dumas, 8e rég. ; Dupont, 8e rég. ; Frilet, 8e rég. ; Joltrain, 8e rég. ; Noël, 8e rég. ; Jousset, 11e rég. ; Ribereau, 11e rég. ; Chevalier, 14e rég. ; Roblin, 16e rég. ; Beloux, 20e rég. ; Bonnes, 20e rég. ; Delrieu, 20e rég. ; Genty, 20e rég. ; Laederich, 20e rég. ; Regnard, 20e rég.

Les méd. capit. Lanselle, 1re rég. ; Leclerq, 1re rég. ; Dubus, 2e rég. ; Viard, 2e rég. ; Boucherd, 3e rég. ; Brousseau, 3e rég. ; Lavoine, 3e rég. ; Pelardy, 3e rég. Sans, 3e rég. ; Hanriot, 4e rég. ; Kaplan, 4e rég. ; Lafont, 4e rég. ; Bouillette, 5e rég. ; Barbier, 7e rég. ; Boussange, 7e rég. ; Brissot, 7e rég. ; Hoch, 7e rég. ; Mourgeon, 7e rég. ; Quirin, 7e rég. ; Devillebichot, 8e rég. ; Denichert, 8e rég. ; Durand, 8e rég. ; Gauthereau, 8e rég. ; Proust, 8e rég. ; Sebille, 9e rég. ; Ferrand, 11e rég. ; Deschamps, 14e rég. ; Lévy, 14e rég. ; Maffei, 14e rég. ; Faure, 17e rég. ; Martimor, 17e rég. ; Delrieu, 18e rég. ; Boucher, 20e rég. ; Didier, 20e rég. ; Maleyx, 20e rég. ; Uhlrich, 20e rég.

Les méd. lieut. Chuffart, 1re rég. ; Cuvereaux, 1re rég. ; Juquelier, 1re rég. ; Lecocq, 1re rég. ; Levent, 1re rég. ; Pelce, 1re rég. ; Philippe, 1re rég. ; Corinin, 2e rég. ; Graffe, 2e rég. ; Fourrière, 2e rég. ; Gillet, 2e rég. ; Jacquemard, 2e rég. ; Peynet, 2e rég. ; Pigney, 2e rég. ; Prestaux, 2e rég. ; Vilde, 2e rég. ; Desombe, 3e rég. ; Beust, 3e rég. ; Collin, 3e rég. ; Dufieux, 3e rég. ; Duue, 3e rég. ; Grèze, 3e rég. ; Lemelletier, 3e rég. ; Leseney, 3e rég. ; Liquier, 3e rég. ; Nel, 3e rég. ; Prive, 3e rég. ; Profichet, 3e rég. ; Seguin, 3e rég. ; André, 4e rég. ; Bousser, 4e rég. ; Savoure, 4e rég. ; Auber, 5e rég. ; Baille, 5e rég. ; Boissin, 5e rég. ; Coustry, 5e rég. ; Limoge, 5e rég. ; Monceau, 5e rég. ; Perrot, 5e rég. ; Rouques, 5e rég. ; Bercivici, 6e rég. ; Berthe, 6e rég. ; Biron, 6e rég. ; Cornetet, 6e rég. ; Denoix, 6e rég. ; Le Bars, 6e rég. ; Pizon, 6e rég. ; Beringe, 6e rég. ; Tarterat, 6e rég. ; Février, 7e rég. ; Guenin, 7e rég. ; Hirsch, 7e rég. ; Jame, 7e rég. ; Piquet, 7e rég. ; Garnier, 8e rég. ; Lenfant, 8e rég. ; Richard, 8e rég. ; Rondy, 8e rég. ; Teyssier, 8e rég. ; Vogel, 8e rég. ; Bouchard, 9e rég. ; Caroli, 9e rég. ; Faucon, 9e rég. ; Fontanille, 9e rég. ; Cahinet, 9e rég. ; Goulley, 9e rég. ; Grimault, 9e rég. ; Loiseau, 9e rég. ; Marcland, 9e rég. ; Martrou, 9e rég. ; Michelet, 9e rég. ; Rollet du Coudray, 9e rég. ; Giraud, 11e rég. ; Guyodo, 11e rég. ; Rousseau, 11e rég. ; André, 13e rég. ; Dubroca, 13e rég. ; Ferrie, 13e rég. ; Gouyen, 13e rég. ; Piasio, 13e rég. ; Thévenin, 13e rég. ; Demotte, 14e rég. ; Lancon, 14e rég. ; Laquerrière, 14e rég. ; Nectoux, 14e rég. ; Penteuil, 14e rég. ; Armandon, 15e rég. ; Bargeton, 15e rég. ; Conte, 15e rég. ; Frantz, 15e rég. ; Gole, 15e rég. ; Perrier, 15e rég. ; Taberlet, 15e rég. ; Alibert, 16e rég. ; Amestoy, 16e rég. ; Calvet, 16e rég. ; Calvet, 16e rég. ; Fraysse, 16e rég. ; Gilodes, 16e rég. ; Granie, 16e rég. ; Huc, 16e rég. ; Lardat, 16e rég. ; Reverdy, 16e rég. ; Weil, 16e rég. ; Sznitkies dit Senikies, 18e rég. ; Azoulay, 20e rég. ; Bellin, 20e rég. ; Billard, 20e rég. ; Breitel, 20e rég. ; Camus, 20e rég. ; Caye, 20e rég. ; Debray, 20e rég. ; Delzant, 20e rég. ; Elkaim, 20e rég. ; Klotz, 20e rég. ; Kolpenitzki, 20e rég. ; Le Guyon, 20e rég. ; Le Quang, 20e rég. ; Martinot, 20e rég. ; Nerson, 20e rég. ; Piton,

20e rég. ; Poisson, 20e rég. ; Royer, 20e rég. ; Salvanet, 20e rég. ; Stieffel, 20e rég.

Les méd. sous-lieut. Duponchet, 1re rég. ; Deloche, 2e rég. ; Dupuy, 2e rég. ; Maroger, 2e rég. ; Tellier, 4e rég. ; Jaina, 6e rég. ; Corny, 8e rég. ; Dugay, 8e rég. ; Roch, 8e rég. ; Altman, 13e rég. ; Mariotti, 13e rég.

A la région de Paris (pour ordre) : le méd. capit. Babalian, rég. de Paris.

A la 1re région : le méd. sous lieut. Artisson, rég. de Paris.

A la 2e région : les méd. lieut. Balaye, rég. de Paris ; Carrez, rég. de Paris ; Caudron, rég. de Paris ; Gresy, rég. de Paris ; Thuillier, 1re rég. ; Demarquet, 20e rég. ; Hau, 20e rég.

A la 3e région : le méd. capit. Boissière, tr. de Tunisie.

Les méd. lieut. Deseglise, rég. de Paris ; Lobjois, rég. de Paris ; Lenclos, 1re rég. ; Demade, 2e rég. ; Sustendal, 2e rég.

Les méd. sous-lieut. Garelly, rég. de Paris ; Lobel 20e rég.

A la 4e région : les méd. lieut. François-Dainville, rég. de Paris ; Lebourgeois, rég. de Paris ; Meltz rég. de Paris ; Dupertout, 13e rég. ; Wolinetz, 14e rég. ; Bastien, 20e rég. ; Moreau, 20e rég. ; Pasquier, 20e rég.

Le méd. sous-lieut. Chevreuil, rég. de Paris.

A la 5e région : le méd. command. Jalibert, 16e rég.

Les méd. lieut. Daumezon, 20e rég. ; Duchêne, 20e rég.

Le méd. sous-lieut. Leroy, rég. de Paris.

A la 6e région : les méd. lieut. Beicbeder, 20e rég. ; Lapierre, 20e rég. ; Waegele, 20e rég.

Les méd. sous-lieut. Casile, 20e rég. ; Jeanclaude, 20e rég.

A la 7e région : les méd. lieut. Bender, 20e rég. ; Cognard, 20e rég. ; Back, 20e rég. ; Schmitten, 20e rég.

Les méd. sous-lieut. Brochard, rég. de Paris ; Bohn, 20e rég. ; Hirsch, 20e rég. ; Koegler, 20e rég.

A la 8e région : le méd. sous-lieut. de Lemos, rég. de Paris.

A la 9e région : les méd. lieut. Beley, rég. de Paris ; Boivin, rég. de Paris ; Massonnet, 20e rég.

Le méd. sous-lieut. Desaux, 20e rég.

A la 13e région : le méd. lieut. Balmelle, 16e rég.

Les méd. sous-lieut. Duport, rég. de Paris ; Lepeyre, rég. de Paris.

A la 14e région : les méd. lieut. Chatton, 16e rég. ; Nussbaum, 16e rég. ; Favet, 20e rég. ; Picard, 20e rég. ; Villard, 20e rég.

A la 15e région : le méd. command. Delemontey, 19e C. A.

Le méd. lieut. Guiraud, 16e rég.

Le méd. sous-lieut. Avezou, 16e rég.

A la 16e rég. : le méd.-lieut. Buisson, 202e rég.

Le méd. sous-lieut. Anglade, 20e rég.

A la 17e région : les méd. lieut. Prugniaud, rég. de Paris ; Glories, 16e rég.

Le méd. sous-lieut. Robin, 16e rég.

Au 19e corps d'armée : le méd. lieut. Julien, tr. de Tunisie.

A la 20e région : les méd. lieut. Haudidier, 6e rég. ; Pierquin, 6e rég. ; Frey, 7e rég. ; Girard, 7e rég. ; Manceney, 7e rég.

Aux troupes de Tunisie : le méd. lieut. Bernard, 19e C. A.

Aux troupes du Maroc : le méd. command. Pellet, 13e rég.

Le méd. sous-lieut. Pocoule, 4e rég.

O O O

Voir la suite page LIX-181

PROPOS DU JOUR

PRÉCURSEURS ET RÉALISATEURS

Les précurseurs et les réalisateurs ont chacun leurs mérites, mais le rôle des seconds nous paraît de beaucoup le plus important et le plus difficile.

Avec un peu d'imagination, il est facile d'indiquer ce qu'il faudrait faire pour répondre à un besoin ou réaliser un progrès. Mais quand on veut mettre les plus beaux projets en exécution, on se heurte à une foule de difficultés, souvent imprévues, quand ce n'est pas à l'indifférence ou à l'incompréhension des intéressés. Nous pouvons le constater dans l'histoire de toutes nos œuvres médicales et on a trop tendance d'attribuer leur origine à un des nombreux précurseurs parmi lesquels on se plaît à choisir le plus représentatif. Le plus souvent on oublie, ou l'on classe au second plan, le réalisateur plus humble qui parfois a passé sa vie à mettre sur pied une œuvre utile.

Nous pouvons en citer une foule d'exemples.

Dans un article remarquable sur l'*Evolution de la Presse médicale française*, paru dans les *Cahiers de la Presse*, M. le Professeur LOEPER, s'appuyant sur l'autorité de CABANÈS et du Professeur LAIGNEL-LAVASTINE, affirme que le grand journaliste médical, AMÉDÉE LATOUR, fut le véritable père du syndicalisme médical. Il est vrai qu'Amédée Latour, qui fut secrétaire général du grand *Congrès de medecine de* 1845, puis fondateur en 1858 de l'*Association générale des médecins de France*, déplora, surtout dans l'*Union médicale*, la situation précaire des médecins praticiens dont les intérêts professionnels restaient sans défense. Mais il ne put rien organiser pour assurer cette défense.

L'Association Générale dont il fut le secrétaire général pendant vingt-quatre ans, fut et est toujours une œuvre de Bienfaisance et de Prévoyance médicales admirable, mais ne remplit jamais et ne pouvait d'ailleurs remplir, un rôle efficace en défense professionnelle. D'ailleurs Amédée Latour, journaliste médical de haute classe, qui fut membre de l'*Académie de médecine*, n'exerça jamais la profession médicale. Si l'on s'évertuait à chercher des ancêtres au syndicalisme médical, on pourrait à plus juste titre attribuer son origine à Gui Patin et aux anciens doyens de la vieille Faculté de médecine de Paris qui menèrent une lutte acharnée, et parfois un peu ridicule, contre les médecins étrangers, les chirurgiens, les barbiers, les apothicaires et autres marchands d'orviétan.

Mais nous ne voudrions à aucun prix diminuer les mérites d'Amédée Latour qui, répondant à la demande du Comité médical de Bordeaux et de son secrétaire Jeannel, fut un grand réalisateur en fédérant dans l'Association Générale les sociétés éparses dans les divers départements. Il avait d'ailleurs de grandes ambitions pour cette création. Dix ans après la fondation de l'A. G. en 1868, n'écrivait-il pas dans l'*Union Médicale* sous le pseudonyme de *Simplice* :

« *Après un demi-siècle d'existence l'Association possèdera son hôtel, et sa maison de refuge pour les invalides de la profession et son hotellerie pour les associés de passage et son institution pour loger, nourrir, instruire et diriger dans leurs études les fils de ses associés.* »

L'A. G. bien que prospère n'a pu et n'a pas même essayé de remplir ce trop brillant programme où nous ne voyons rien apparaître qui puisse être assimilé à nos syndicats. Amédée Latour fut cette fois un mauvais prophète.

Le syndicalisme médical a de plus humbles origines. Auguste CÉZILLY, de Chantilly, venait de fonder en 1879 (il y a soixante ans) le *Concours Médical*, journal de défense professionnelle,

quand le Docteur MARGUERITTE (du Hâvre) échangea avec lui une correspondance où le projet de création de syndicats médicaux était nettement exposé. Avec l'aide du *Concours Médical*, trois syndicats virent le jour en 1881, d'abord le *Syndicat de Montaigu en Vendée*, fondé par le Docteur Gustave MIGNEN, puis celui de *Brioude* (Haute-Loire), fondé par le Docteur Elie NOIR, enfin celui d'*Aubusson* fondé par le Docteur TREILLE, de Lavaveix-les-Mines. Depuis, le syndicalisme médical eut la fortune que l'on connaît.

***

A plus juste titre nous pourrions considérer comme le précurseur du syndicalisme médical, le doyen ORFILA, un grand réalisateur, qui, en 1833, douze ans avant le grand Congrès de médecine de 1845, fonda l'*Association des médecins de la Seine*, association exclusivement bienfaisante, qui avec ses cent-cinq années d'existence, utiles et prospères, est de beaucoup la plus ancienne de nos œuvres. Orfila qui avait richement doté son Association (don de 53.200 francs en 1853) ne rappelait-il pas à son Conseil d'administration et aux médecins qu'il l'avait créée « *pour défendre leur honneur, leurs droits, leurs intérêts, leur rappeler leurs devoirs, en un mot traiter des intérêts professionnels.* » C'était en somme tout le programme syndical que l'Association des médecins de la Seine n'essaya même pas de réaliser.

***

Une autre œuvre qui compte Orfila et Amédée Latour parmi les précurseurs, que GOSSELIN, président de la Société centrale de l'A. G. et la Société d'Alger, proposèrent de créer, fut l'Asile de retraite pour les médecins. Le Docteur COURTAULT, praticien parisien, ancien médecin de marine, le fonda en 1908 sous le nom de *Maison du médecin*, qui comprend aujourd'hui son château des Charmilles à Valenton (Seine-et-Oise) et sa villa d'Antibes (Alpes-Maritimes).

***

La *Société de Secours mutuels pour femmes et enfants de médecins* (F. E. M.), qui organise tous les ans avec succès le *Bal des orphelins de la médecine*, a eu pour précurseur le Docteur LEPAGE, agrégé, accoucheur des hôpitaux, alors secrétaire général de l'Association générale des médecins de France. Mais si le Docteur Lepage a dans un rapport substantiel émit le projet de fonder cette société, nous ne saurions oublier sans injustice que c'est le Docteur BUTTE, président de la Société centrale, qui la créa et eut tout le souci de son organisation il y a une vingtaine d'années.

***

Un dernier exemple personnel marque bien la différence entre le précurseur et le réalisateur : Il y a plus de dix ans nous fîmes remarquer dans le *Concours Médical*, l'intérêt que nos œuvres pourraient retirer d'un office central analogue à celui qui fonctionne pour les Œuvres de bienfaisance, boulevard Saint-Germain. Cette idée reçut un commencement d'exécution, mais ne put pas alors se développer.

Or, il y a un an environ, à la demande du Docteur O'Followell, ce projet fut repris et le Docteur André TOUCHARD, secrétaire de la Société centrale, secondé par M. NORGUET, vient de le réaliser sous le nom de *Centre de liaison des Œuvres médicales*. Nous aurions mauvaise grâce et ce serait puéril de revendiquer pour nous l'honneur de cette fondation.

***

Nous avons tenu à rendre ici justice aux réalisateurs qui font toujours une besogne pénible, quelquefois ingrate et coûteuse, et à mettre au second plan les précurseurs ou les instigateurs qu'on a une tendance fâcheuse à faire passer avant quand ils n'ont eu d'autre mérite que d'émettre un projet sans lui donner de suite.

Rendons à César ce qui appartient à César.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE CHIRURGICALE

Diagnostic des adénites cervicales (1)

M. le Professeur agrégé WILMOTH

Sous ce terme, on devrait étudier soit uniquement les adénopathies de la nuque (région sous-occipitale), soit dans leur ensemble toutes les adénopathies du cou, car, selon Littré lui-même, le terme latin de cervix (cervicis au génitif) se traduit tantôt par la *nuque*, tantôt par le *cou* ; les adénopathies qui retiendront aujourd'hui notre attention sont les *adénopathies cervicales latérales*. Vous connaissez les limites de la région du cou ; nous laisserons donc de côté les adénopathies sous-occipitales (infections du cuir chevelu, mal de Pott sous-occipital), les adénopathies de la chaîne ganglionnaire du nerf spinal, les adénopathies de la région cervicale médiane, les adénopathies de la région sus-claviculaire (adénopathie du cancer du sein, adénopathie de Troisier dans le cancer de l'estomac dont l'importance est actuellement discutée.

Ces adénopathies cervicales, latérales portent plus souvent le nom d'adénopathies carotidiennes, mais, en réalité, la chaîne ganglionnaire qui retient notre attention s'échelonne tout le long de la veine jugulaire interne qui recouvre le canal artériel, carotide primitive — carotide interne.

Les trois termes : adénite cervicale latérale, adénite carotidienne, adénite jugulaire sont synonymes. Du point de vue strictement anatomique, on devrait dire adénopathie de la chaîne jugulaire interne. Cette chaîne ganglionnaire reçoit de nombreux lymphatiques de la cavité buccale,des téguments du cou, des organes du cou : larynx, trachée, corps thyroïde, pharynx ; elle est recouverte par le sterno-cléido-mastoïdien. Lorsque ces ganglions situés entre le sterno-cléido-mastoïdien, et la veine jugulaire interne sont infectés par les germes pathogènes, ils augmentent de volume, soulèvent les muscles, en dépassant le bord antérieur ou postérieur.

En présence d'une tuméfaction ou d'une tumeur qui soulève le muscle sterno-cléido-mastoïdien, qui fait saillie en avant de son bord antérieur ou en arrière de son bord postérieur, la première idée qui vient à l'esprit est celle d'une adénopathie et de reste plus de vingt ganglions s'échelonnent sous le sterno-mastoïdien, à la face externe de la veine jugulaire interne, depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à l'articulation sterno-claviculaire. Si le rôle de la fréquence joue, il ne faut pas oublier que d'autres tissus que le tissu ganglionnaire peuvent marquer leur place pathologique en cette région. Et il faudra tenir compte de leur aspect : tuméfaction à allure chronique, tuméfaction d'allure inflammatoire aiguë ou subaiguë, tuméfaction ayant la consistance dure du cancer, tuméfaction avec fistulisation de la peau, tuméfaction ou tumeur avec ulcération des téguments. Si bien qu'il vous faudra éliminer le lymphangiome kystique, tumeur molle, translucide, plus rare en cette région qu'au creux sus-claviculaire ; le lipome, de surface grenue et de consistance mollasse ; le fibrome dur ; la tumeur du corpuscule rétro-carotidien. Le branchiome très dur, tumeur maligne dont l'évolution est rapide, les kystes branchiaux ou amygdatoïdes (parce qu'ils présentent la structure de l'amygdale) ; une tuméfaction animée de battements : anévrysme carotidien, anévrisme artério-veineux jugulo-carotidien (il faut noter que des ganglions augmentés de volume peuvent être soulevés rythmiquement par les battements de la carotide) ; enfin, une tuméfaction ou une tumeur du lobe thyroïdien ; la confusion est possible et le diagnostic très difficile lorsque la tumeur thyroïdienne et les ganglions tributaires jugulaires font partie d'une même masse.

Vous pouvez après cette discrimination, admettre qu'il s'agit d'une adénopathie cervicale latérale, mieux jugulo-carotidienne. Vous avez fait un grand pas dans la voie du diagnostic exact, mais il vous reste à identifier les caractères clini-

(1) Leçon faite à la clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin, le 6 juin 1938.

ques de cette adénopathie et à préciser son origine.

Pous vous, il vous sera facile de dire que l'adénopathie est chronique, subaiguë ou aiguë, après avoir apprécié l'état de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Vous savez reconnaître les signes de l'infection aiguë ou subaiguë, la tuméfaction phlegmoneuse, celle qui traduit une suppuration ou une menace de suppuration. Vous examinerez la gorge, la cavité buccale, et probablement vous trouverez l'origine de l'infection, une lésion cutanée infectée de la région cervicale, plus souvent une infection aiguë de la cavité bucco-pharyngée, amygdalite aiguë, stomatite, moins souvent une lésion dentaire aiguë, les ganglions sous-maxillaires sont infectés avant les ganglions jugulo-carotidiens, la tuméfaction ganglionnaire inflammatoire aiguë ou subaiguë sous-maxillaire précédant l'adénopathie jugulo-carotidienne. Cependant vous ne devrez pas oublier que le cancer de la langue infecté peut se manifester par une adénopathie cervicale latérale aiguë.

Théophile Auger a montré qu'elle imprudence on pouvait commettre en pareil cas ; il s'agit de ne pas méconnaître le cancer lingual pour ne pas s'exposer à une grave erreur d'intervention, je veux dire l'extirpation de ces ganglions cancéreux infectés. Elle est inutile et dangereuse.

De même lorsque le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien vous observerez une fistule ou une ulcération, vous ferez preuve d'une grande circonspection. Sont fistulisées les adénopathies tuberculeuses, la confusion est possible avec une actinomycose cervicale ; sont ulcérées les adénopathies cancéreuses primitives ou secondaires. Entre une fistule et une ulcération, le diagnostic clinique est facile. Les adénopathies cervicales latérales inflammatoires d'allure aiguë ou subaiguë étant éliminées, comme peuvent être éliminées les adénopathies fistulisées d'allure chronique, tuberculeuses dans la majorité des cas comme peuvent être éliminées les adénopathies cancéreuses ulcérées, les ulcérations cutanées de l'actinomycose cervico-faciale, il vous reste à envisager l'adénopathie sous la forme d'une masse unique ou sous la forme d'un chapelet de nodosités sous le couvert d'une peau intacte. Deux diagnostics sont alors à discuter : la tuberculose ganglionnaire, l'adénopathie des maladies du sang. La tuberculose des ganglions de la chaîne jugulaire interne affecte tantôt la forme d'une grosse masse unique, le lymphome ganglionnaire tuberculeux ou adénie de Trousseau. Pensez à éliminer, et ce n'est pas toujours facile, le lymphosarcome, tantôt la forme d'un chapelet de gros ganglions étagés tout le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien. Lorsque après un examen complet, auscultation des poumons, radiographie des poumons et du médiastin, examen des crachats, vous êtes en droit d'éliminer le diagnostic de tuberculose, vous pouvez envisager le diagnostic de lymphocytome avec leucémie (leucémie myéloïde, leucémie lymphatique, leucémie aiguë), le nombre des globules blancs atteint ou dépasse le chiffre de 50.000, ou le diagnostic de lymphocytome et sans leucémie. Il s'agira dans ce cas de la lymphogranulomatose maligne (maladie de Hodgkin, Paultauf, Steinberg, le nombre des lymphocytes est normal, mais les éosinophiles sont très nombreux, il existe un prurit cutané ; en outre, apparaîtront rapidement d'autres adénopathies dans l'aisselle, dans le médiastin, aux aînes. Le diagnostic d'une adénopathie cervicale latérale est parfois facile ; il est souvent difficile ; lorsqu'on ne trouve pas de porte d'entrée à l'infection des ganglions dans les territoires dont ils drainent la lymphe, il faut soupçonner l'une des leucémies ou la maladie de Hodgkin. De toutes façons, un diagnostic, dans ces cas, ne pourra être étayé que sur un examen général complet avec étude minutieuse et souvent répétée des formules sanguines blanche et rouge ; en dernier ressort, la biopsie, non pas le prélèvement d'un fragment ganglionnaire qui serait dangereux, mais l'ablation d'un ganglion entier sera le meilleur élément du diagnostic.

LES INJECTIONS INTRA-ARTÉRIELLES DE MERCUROCHROME (1)

Par

Paul AUBRY,
Interne des Hôpitaux de Rennes
Ancien interne du Sanatorium de Kerpape

Bernard GAUTIER,
Interne des Hôpitaux de Rennes

Les injections intra-artérielles de mercurochrome sont de pratique relativement récente, puisque c'est en 1928 que Menelay, Moore et R. dos Santos font leurs premiers essais dans les infections des membres. Il faut noter cependant que déjà, à partir de 1923, le traitement des infections par les injections vasculaires de mercurochrome passait dans la pratique médicale et que, en 1926, Young publiait 680 observations dans lesquelles ce traitement avait été appliqué, tant pour des infections localisées que généralisées avec des résultats favorables dans l'ensemble. Les guérisons variaient suivant la nature des infections, de 70 à 78 pour 100.

A vrai dire, il s'agisssait dans la plupart des cas, d'injections intraveineuses. Ce n'est qu'à la suite du travail de Menelay et Moore que la voie artérielle fut choisie comme mode d'introduction du médicament.

Les faits rapportés demeurent cependant en petit nombre.

Au Congrès de chirurgie de Lisbonne, Limas rapporte 120 cas d'infections graves des membres traitées par cette méthode.

En France, Leriche, à la suite du rapport de R. Dos Santos, recommande et utilise ce procédé, puis Huet et de Fourmestraux, dans leur rapport sur les arthrites suppurées du genou au Congrès français de chirurgie de 1934, ainsi que Fredet dans onze observations, ont montré la valeur thérapeutique des injections intra-artérielles.

A la Société de chirurgie de Lyon en 1936, Santy et Friech exposent longuement les indications de cette thérapeutique nouvelle.

Puis, Valerio, de Rio de Janeiro, à la Société des chirurgiens de Paris, publie 75 cas d'infections graves, traitées par ce procédé avec des résultats thérapeutiques favorables.

Enfin, une excellente étude du Docteur Barracan parue récemment dans les *Cahiers de pratique médico-chirurgicale*, met bien au point l'étude des injections intra-artérielles de mercurochrome dans les infections graves localisées. Il montre à nouveau la simplicité et l'innocuité de la méthode et signale la valeur des résultats obtenus.

Cependant, on doit reconnaître qu'à l'heure actuelle, c'est là un mode de traitement encore peu connu et presque jamais employé dans la thérapeutique des infections.

Actuellement, les médecins praticiens les ignorent le plus souvent, et ne les pratiquent pour ainsi dire jamais. La technique en est cependant très simple, et les résultats assez satisfaisants pour en justifier l'emploi, comme le montrera la publication de quelques observations que nous avons prises à l'Hôtel-Dieu et à la clinique-hôpital Saint-Yves de Rennes, sous la direction de notre maître, le Professeur Hardouin.

I. — Technique de l'injection intra-artérielle

Nous n'essayons pas d'atteindre l'artère en aveugle, par ponction, nous préférons dégager celle-ci de la façon suivante, après anesthésie locale.

1° AU MEMBRE SUPÉRIEUR

Nous allons à la recherche de l'artère au pli du coude. Incision oblique en bas et en dehors de 4 cm., pratiquée à un travers de doigt en dedans du tendon du biceps. La peau, l'expansion aponévrotique du biceps sont sectionnées. On dissocie enfin à la sonde cannelée le tissu cellulo-graisseux jusqu'à découverte de l'artère qui bat sous le doigt.

2° AU MEMBRE INFÉRIEUR

L'injection est faite à la base du triangle de Scarpa. L'incision à cheval sur le milieu de l'arcade de Fallope est longue de 5 à 6 cm. La peau incisée, on recherche l'artère à la sonde cannelée.

L'aiguille employée est à biseau court, le mercurochrome en solution aqueuse à un pour cent, en ampoules de 10 c. c. Pendant l'injection, le patient peut ressentir une sensation de cuisson vive mais passagère dans tout le segment de membre sous-jacent.

Après l'injection, le membre se couvre de larges plaques rosées dues à des dépôts de mercurochrome. Ces plaques disparaissent en quarante-huit heures.

Telle fut la technique utilisée dans les observations suivantes.

(1) Nous devons cet article à M. le Prof. Hardouin dont les auteurs sont les élèves.

II. — Observations

Observation I. — L. P..., 34 ans. Phlegmon diffus de la main.

Le malade entre à l'Hôtel-Dieu le 9 avril avec une main énorme, en battoir, et une lymphangite remontant jusqu'au coude. Les mouvements des doigts sont impossibles. Température : 38°. Incision palmaire de 5 cm. et injection intra-humérale de 15 c. c. de mercurochrome à 1 %.

Dès le lendemain, la lymphangite, la douleur, l'œdème de la main ont disparu. Les doigts, sauf l'index, ont recouvré leurs mouvements. L'état général est bon.

Les jours suivants, un foyer se localise au niveau de l'articulation de la première et de la deuxième phalange de l'index. Le 18 avril, on incise ce foyer.

Le 7 mai, le malade quitte le service guéri. Il a récupéré ses mouvements de la main et des doigts, sauf au niveau de l'articulation de la première et de la deuxième phalange de l'index où persiste quelque raideur.

Observation 2. — Mme T..., 65 ans. Phlegmon de la gaine radiale. Mme T... entre le 13 juillet à l'Hôtel-Dieu pour un phlegmon de la gaine radiale accompagné d'un gros œdème et d'une lymphangite, remontant au-dessus du coude. Température : 40°.

Incision de la gaine sur 3 cm. au niveau du pouce Injection intra-humérale de 15 c. c. de mercurochrome.

Les jours suivants, la malade prend six comprimés de rubiazol par vingt-quatre heures. La température descend en lysis jusqu'au 19 juillet. Grosse amélioration locale. Le 20 juillet, la température remonte à 40°. Un abcès s'est formé sur la face antérieure de l'avant-bras. Ouverture de cet abcès le 25 juillet.

Guérison le 7 août. Le pouce a conservé tous ses mouvements.

Observation 3. — Mme Tr..., 72 ans. Phlegmon diffus de la main. La malade entre à l'Hôtel-Dieu le 17 avril avec une main énorme, en battoir. L'œdème remonte jusqu'au coude. Mais il est impossible de mettre en évidence une région électivement douloureuse, avec fluctuation nette. La température est à 39°5, l'état général très mauvais, la malade se plaint de violentes douleurs.

On pratique une injection intra-humérale de 12 c. c. de mercurochrome, qui détermine au niveau de la main une sensation de cuisson vive mais passagère.

En sept jours, la température descend en lysis à 37°. Le 25 avril, la température remonte brusquement et prend un type oscillant, mais localement on note une amélioration très marquée.

A partir du 3 mai, la température tombe régulièrement. Le 11 mai, elle est à 37°. L'œdème a presque disparu. L'amélioration locale est considérable, mais le 4 juin, la malade meurt subitement.

Observation 4. — Mme F. I..., 46 ans. Infection par corps étrangers. Blessée le 12 juin par une aiguille qui traverse l'éminence Thénard, atteint l'articulation métacarpo-phalangienne et se brise. Mme I... entre à l'Hôtel-Dieu le lendemain. L'interne de garde ne réussit qu'une ablation partielle de l'aiguille.

Le 14 juin apparaît une suppuration avec lymphangite remontant au coude. Température 38°6 le matin. Malgré les bains chauds donnés au cours de la journée, la température atteint le soir 39°2. On pratique le soir même une injection intra-humérale de 10 c. c. de mercurochrome. Elle s'accompagne dans l'avant-bras et le bras d'une vive douleur, bientôt suivie d'une sensation de bien-être.

Dès le lendemain, disparition de la rougeur, de l'œdème. Température 37°5. Le 19 juin, la guérison est complète. Le reste de l'aiguille n'a jamais été enlevé.

Observation 5. — M. G..., 55 ans. Phlegmon de Dolbeau. On incise ce phlegmon sur toute l'étendue du pli commissural du pouce. Injection de 10 c. c. de mercurochrome.

Excellentes suites opératoires, guérison en dix jours.

Observation 6. — M. P..., 56 ans. Plaie infectée de l'avant-bras. Blessé par chute le 26 avril, M. P... entre à la clinique Saint-Yves. Il présente une plaie de 2 cm. sur le bord cubital de l'avant-bras droit, à trois travers de doigt au-dessus de l'articulation. Le 10 mai, plaie suppurante avec collection de voisinage se drainant mal. Lymphangite jusqu'au coude. Aucune atteinte des gaines. Température 38°5. On pratique alors le débridement de la plaie et une contre-ouverture sur le bord cubital. Il s'en écoule un peu de pus.

L'injection de 10 c. c. de mercurochrome dans l'humérale amène une amélioration rapide.

Guérison le 29 mai.

Observation 7. — M. S. J..., 52 ans. Phlegmon du poignet. Deux mois avant son entrée à la clinique Saint-Yves, le malade s'était fait une plaie à la face dorsale du poignet. Il en résulte une infection à marche lente.

Le 2 mai, on constate une plaie infectée de la face dorsale du poignet. Incision dorsale et contre-incision de la région antérieure. Pus abondant. Drainage avec mèche traversant un poignet disloqué.

L'injection de mercurochrome amène une amélioration nette, mais très éphémère, et le 10 mai, on doit pratiquer l'amputation de l'avant-bras.

Entre temps, on apprend les antécédents d'arthrite chronique remontant à plusieurs années. L'examen de la pièce a montré qu'il s'agissait d'une arthrite tuberculeuse du poignet à laquelle s'était surajoutée une infection secondaire.

Observation 8. — M. A. C..., 38 ans. Plaie infectée des doigts. Le lundi 26 septembre entre à l'Hôtel-Dieu M. C... blessé le jour-même. Il présente à la main droite une section du médius nécessitant une désarticulation et une section partielle de l'index. Désinfection et régularisation par l'interne de garde. Le soir, température 38°.

Le jeudi, la plaie suppure légèrement, le blessé commence à souffrir et une lymphangite abondante envahit l'avant-bras. Température 39°. Après avoir fait sauter trois fils et administré quelques bains chauds, la température tombe le lendemain à 37°. Mais le jour suivant, les douleurs s'accentuent, empêchent tout sommeil et la température amorce une ascension régulière. Le dimanche midi, nous pratiquons une injection intra-humérale de 10 c. c. de mercurochrome à un pour cent. Le blessé éprouve de vives douleurs au niveau de la plaie pendant l'injection et pendant les deux heures qui suivent. Le soir, température 39°8. Le lundi matin, disparition totale de la douleur et de la lymphangite, température 38° ; lundi soir, température 38° ; mardi matin, 37°3, soir, 37°3 ; mercredi, 36°8. Elle s'y est maintenue.

Tous les symptômes généraux ont donc disparu en trois jours et l'amélioration locale est considérable.

Observation 9. — M. C. G..., 19 ans. Hygroma suppuré. Le malade entre à l'Hôtel-Dieu le 15 avril. Le dos du pied est rouge œdématié et présente de la fluctuation. Une lymphangite abondante remonte jusqu'au genou et s'accompagne de gros ganglions inguinaux. Température 38°5.

On pratique une incision au niveau de la zone fluctuante et une injection intra-fémorale de 15 c. c. de mercurochrome. La découverte de l'artère fut assez malaisée par suite de la présence des ganglions enflammés.

Le 18 avril, température 37°.
Guérison le 30 avril.

Observation 10. — M. A. C..., 18 ans. Plaie articulaire du genou. Le blessé entre à l'Hôtel-Dieu le 15 juillet, deux heures après son accident. Excision des bords de la plaie et mise en place de deux drains dans l'articulation. Injection de 15 c. c. de mercurochrome dans la fémorale.

Les quatre jours suivants, le blessé prend en outre huit comprimés de rubiazol par vingt-quatre heures. Les drains sont enlevés au bout de quarante-huit heures

Le lendemain de l'opération, température : 39°.

Chute de la température en lysis. Le 20 juillet elle est à 37°.

Guérison le 1er août. Les mouvements du genou sont conservés intacts.

Observation 11. — M. L..., 40 ans. Fracture ouverte de jambe. Blessé le 19 juillet 1938, à 20 h. 30. M. L... entre à l'Hôtel-Dieu à 22 heures. Il présente une fracture ouverte de jambe. Le fragment tibial supérieur qui a embroché la peau et le pantalon sort d'une dizaine de centimètres. La question d'une amputation se pose Cependant, l'on se contente de parer la plaie, d'enlever les esquilles osseuses et de mettre la jambe dans un plâtre après réduction. On pratique enfin une injection de 15 c. c. de mercurochrome dans l'artère fémorale. Le blessé n'a jamais fait la moindre température post-opératoire, mais il est atteint d'une pseudarthrose sur laquelle une légère suppuration ne permet pas d'agir encore actuellement, 6 octobre.

Observation 12. — M. E. C..., 25 ans. Plaie articulaire du genou. Victime d'un accident de motocyclette le 28 août vers 15 heures, le blessé entre à l'Hôtel-Dieu le 29 août vers 18 heures, soit vingt-sept heures après sa blessure.

Après excision des tissus contus, on retire de sous la rotule des brins d'herbe et de petits graviers. On mèche avec du sérum antigangréneux, et l'on pratique une injection intrafémorale de 15 c. c. de mercurochrome. Le blessé prend les jours suivants huit comprimés de rubiazol par vingt-quatre heures. Il ne fait aucune température, la plaie est très belle, et le 10 septembre, le malade quitte le service avec un genou dont tous les mouvements sont parfaitement conservés.

III. — Conclusions

De ces quelques observations, nous pouvons tirer un certain nombre de conclusions d'ordre pratique :

— Tout d'abord, les inconvénients de ces injections sont minimes et les contre-indications sont rares. Il en existe de deux ordres :

1° d'ordre général : chez les albuminuriques, les brightiques, les polyscléreux ;

2° d'ordre local : atteinte de l'endartère par des lésions d'endartérite ou de spasme artériel.

Encore faut-il que l'indice oscillométrique du côté malade soit très abaissé.

— D'autre part, les avantages assez considérables intéressent à la fois le médecin et le blessé :

1° C'est avant tout, après une sensation de cuisson plus ou moins vive au moment de l'injection, la disparition ou du moins une très forte atténuation de la *douleur*. Le malade éprouve une sensation de bien-être et retrouve le sommeil.

2° La *lymphangite* et l'*œdème* disparaissent très rapidement. Le mercurochrome a sur eux une action merveilleuse, comme le signalent d'ailleurs Santy et Friech, et comme nous l'avons nous-mêmes expérimenté à plusieurs reprises ;

3° Par ailleurs, l'*état général* s'améliore notablement et la température tombe en lysis ;

4° Nous notons encore une *amélioration locale* très marquée et une accélération certaine du processus de guérison, en particulier dans les plaies suppurées assez localisées.

5° Au point de vue fonctionnel, pour toutes les plaies articulaires ou les infections intéressant les tendons, le résultat final s'avère meilleur ;

6° Enfin, et ce n'est pas là le point le moins intéressant, la pratique de ces injections est, en général facile, et le médecin praticien peut assez aisément les réaliser *à son cabinet* ou au domicile de son blessé (1).

Cette méthode n'élimine pas l'acte chirurgical, ni la thérapeutique antigangréneuse et antitétanique ; mais pour les plaies contuses, les plaies articulaires, les fractures ouvertes et toutes les suppurations des membres, l'injection intra-artérielle de mercuro-chrome est un excellent adjuvant.

(1) Nous faisons quelque réserve sur la responsabilité encourue par l'opérateur en cas d'accident.
N. D. L. R.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'EMBOLIE PULMONAIRE

C'est en 1908 que Trendelenburg propose une technique opératoire pour extirper le caillot dans les embolies pulmonaires massives et libérer l'artère obstruée.

Dans un travail paru en 1932 Eichelter, faisant le récolement des 132 cas opérés jusqu'alors, trouvait un taux de mortalité de 93,2 %.

En 1935 Damblé publiait un mémoire où il mettait en relief, d'après de sérieuses statistiques la difficulté du diagnostic dans les embolies pulmonaires et mortelles, les erreurs variant de 33 à 89 %.

Revenant sur la question K. Nygaard, d'Oslo, a dépouillé dans les archives de la clinique Mayo les fiches qui s'y rapportent (1).

De 1921 à 1932, sur 175.000 grandes opérations faites dans cette clinique 289 fois l'autopsie a révélé que la cause de la mort avait été une embolie pulmonaire massive. Sur ces 289 cas le diagnostic exact avait été fait 224 fois et soupçonné 14 fois. Donc diagnostic exact (et vérifié) dans 82,35 % des cas, inexact dans 7,65 %, c'est-à-dire 51 fois.

Une étude particulière de ces 51 erreurs montre que, par ordre de fréquence, l'embolie fut prise pour : 1° asystolie suraiguë avec occlusion des coronaires ; 2° cause indéterminée ; 3° shock et hémorragie ; 4° péritonite, ; 5° œdème pulmonaire ; 6° coma ; 7° accidents cérébro-vasculaires ; 8° autres causes.

La brusquerie de son apparition est probablement le symptôme le plus constant de l'embolie pulmonaire mortelle (250 fois). Elle ne s'accompagne pas nécessairement de douleur violente, de dyspnée ou de cyanose. Si ces symptômes sont présents, ils revêtent évidemment une grande valeur diagnostique, mais leur absence n'autorise pas à éliminer l'embolie. C'est un fait que cette série a permis de vérifier.

Après le début brusque la violence des troubles circulatoires est l'un des signes les plus fréquents. La remarquable pâleur est sans aucun doute due à un spasme réflexe au niveau des artères normales et déclenché par l'embolus. Ces troubles circulatoires expliquent en outre la chute de la température qui souvent baisse jusqu'au-dessous de la normale.

L'exactitude du diagnostic paraît décroître à mesure que l'évolution se prolonge. On peut en conclure que plus l'obstruction artérielle est complète et plus le tableau est typique.

Une clinique chirurgicale qui voudrait organiser un service d'urgence pour pratiquer éventuellement l'embolectomie dans les embolies pulmonaires massives a besoin de savoir d'abord le moment du jour ou de la nuit où l'embolie a le plus de chances de se produire et la durée approximative de la survie après l'attaque.

Sur les 289 cas en question 250 fois le début put être noté avec précision. Si c'est pendant le jour, entre 6 heures du matin et 6 heures du soir, que l'embolie s'est produite le plus fréquemment, il n'en est pas moins vrai que chaque heure de la nuit en a aussi été marquée. En conséquence un chirurgien qui prétendrait traiter l'embolie par l'intervention devrait se tenir prêt à agir en permanence.

Quant à la durée de la survie, on peut dire que la moitié des malades sont morts dix minutes après le début de la crise et 60 % quinze minutes après.

Cette brièveté de l'évolution est à elle seule un obstacle assez décourageant à la pratique de l'opération de Trendelenburg.

Dans le cas de Kirschner huit minutes suffisent à faire le diagnostic et décider l'opération, sept minutes pour le transport et la préparation, quatre minutes pour le temps opératoire.

On peut donc penser qu'un service d'urgence ne devrait envisager d'opérer que les malades encore vivants treize ou quatorze minutes après le début et à condition que le chirurgien puisse être prêt à opérer immédiatement.

Dans ces conditions la série considérée comprend 106 malades sur lesquels sept auraient pu théoriquement être sauvés, d'après le taux de mortalité des statistiques.

Ces chiffres résument assez éloquemment la précarité des secours qu'on est en droit d'attendre de la chirurgie dans les embolies pulmonaires massives.

G. LAVALÉE.

(1) *Proceedings*, 14 septembre 1938.

LE VENIN DE CRAPAUD : COMPLEXE BIOLOGIQUE ET SYNERGIE MÉDICAMENTEUSE

Par le Docteur Robert Cornilleau

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris
Ancien préparateur de cours à la Faculté

C'est par l'histoire de la médecine que je suis venu à l'étude du crapaud. Ils abondent dans les vieux livres médicaux, les articles relatifs aux particularités du crapaud et aux remèdes que nos pères composaient soit avec de la poudre de crapaud desséché, soit avec de l'huile de crapaud, soit en introduisant la totalité de l'animal ou simplement son venin dans des drogues compliquées. Cette thérapeutique s'apparentait plus ou moins aux mixtures, que les sorcières imaginaient pour leurs philtres magiques. Le crapaud occupe une grande place dans l'histoire de la médecine ancienne comme dans celle de la Sorcellerie.

Il n'y a pas que les Anciens, qui aient été frappés par les vertus médicales du crapaud. Beaucoup plus près de nous, en dehors des recherches de laboratoire faites depuis Vulpian et Claude Bernard par de nombreux physiologistes, il y a eu des médecins, dont la curiosité a été éveillée par l'action thérapeutique du venin de crapaud. Par exemple, le Docteur Félix Fredault, médecin de l'hôpital Saint-Jacques, esprit original et chercheur, qui a laissé des ouvrages intéressants d'anthropologie et de philosophie médicale. Disciple du Docteur J.-P. Tessier, auquel Barbey d'Aurevilly a consacré une belle étude dans ses œuvres critiques, Fredault donnait chaque semaine des conférences cliniques à l'hôpital Saint-Jacques. C'est ainsi qu'il refit l'histoire des travaux de Sörek et de Hunter qui, au XVIIIe siècle, imprimèrent une direction nouvelle à la thérapeutique. Il s'intéressa aux venins, notamment aux venins de serpents et de batraciens, et à la médecine chinoise, qui les utilise depuis des siècles.

Je rapprochai ces faits des observations lues dans les vieux ouvrages de médecine. Je retrouvai, dans les principes de cette médication ancienne, ceux auxquels revient la médecine dans ses tendances les plus modernes, et que l'on désigne maintenant sous le nom de néo-hippocratisme.

Le néo-hippocratisme n'est pas une réaction contre les acquisitions du XIXe siècle, que nul ne songe à dédaigner, ni à minimiser, les découvertes pasteuriennes en particulier, qui ont fait faire des pas de géant à la médecine et à la chirurgie. Seulement, il les élargit, les précise, les fait rentrer dans la grande tradition médicale, qui ne méprise aucune Ecole, ni aucune théorie.

Nous savons aujourd'hui, comme Pasteur l'avait entrevu lui-même, que le microbe n'est pas tout, et que, selon l'expression de Jousset, « c'est l'organisme, qui fait la maladie, et non le microbe ». Si l'agent pathogène spécifique a une importance considérable, tout dépend, en définitive, dans la lutte engagée par le microbe contre l'homme sain, du « tempérament », c'est-à-dire de la personnalité biologique de l'individu, et puis, du « terrain », que J. Bordet a défini : « la constitution chimique individuelle, où s'attestent sûrement les lois de l'hérédité ». Et c'est J. Bordet qui ajoute : « Il n'existe probablement pas deux personnes, dont les sangs soient absolument identiques ; selon toute vraisemblance, il en va de même pour beaucoup d'autres composants complexes, cellulaires ou humoraux, de l'organisme ».

Dès lors, comme l'a écrit Leriche, « la maladie n'est pas une création subite et monstrueuse qui se greffe sur l'individu et vit en parasite sur lui. Quelle qu'en soit la cause, même quand celle-ci est un microbe ou un accident, la maladie comporte une collaboration active, quoique involontaire, du malade ; sans cette collaboration, elle n'existerait pas, ou du moins cesserait, le plus souvent, très vite ».

Bref, selon l'heureuse expression de Pierre Abrami, la médecine est entrée dans « l'ère biologique ».

***

L'intérêt qui s'attache à la médication par le venin de crapaud vient précisément de ce qu'il réalise une synergie médicamenteuse étonnante, parce qu'il est un complexe biologique. Il ne s'agit pas là d'une de ces « froides formules de la chimie synthétique », à l'aide desquelles on s'efforce de créer des produits stables et aisément maniables, correspondant aux synthèses de l'activité endocrinienne. J'utilise un venin de crapaud, qui n'est pas une solution alcoolique, et qui est pur de l'adjonction de tout autre produit. Prélevé sur le crapaud vivant, conservé dans du sérum physiologique, brassé mécaniquement par la force électrique qui le ramène à l'état colloïdal, semblable à celui des hormones, il est injecté à

l'homme, de telle sorte que cette injection représente réellement la transfusion d'un liquide vivant dans un être vivant. Le complexe biologique conserve donc ici son plein effet.

Or, le venin est pour le crapaud un facteur d'immunité. Il assure la défense de l'animal contre les infections, les intoxications et les défaillances organiques. Il le protège au besoin contre les attaques, morsures ou ingestions, d'autres animaux. Enfin, il règle ses échanges, fortifie sa résistance extraordinaire au jeûne et à toute ambiance défavorable — Ambroise Paré a raconté l'histoire de ces crapauds emmurés, retrouvés vivants, qui ne respiraient que par l'intermédiaire d'une cloison poreuse — et il accroît leur longévité, laquelle va parfois jusqu'à cent ans.

Cette immunité naturelle du crapaud, la bufothérapie a conçu l'idée de faire profiter l'homme de ses bienfaits. Dans l'intéressante communication, qu'elle a présentée le 3 mai dernier à l'Académie de médecine, Mme Phisalix, dont l'important ouvrage « *Animaux venimeux et venins* » fait autorité, a expliqué les mécanismes de l'immunité naturelle des espèces venimeuses, et elle conclut par ces lignes :

« Les espèces venimeuses se servent de leurs venins, d'abord pour leurs propres usages intérieurs, pour leurs échanges organiques et en particulier pour la création de l'immunité natutelle des adultes ; elles les emploient ainsi comme médicament et nous révèlent par surcroît la manière de nous en servir aux mêmes fins ».

Le dynamisme élevé du venin de crapaud, notamment, est incontestable. Tous les cliniciens qui l'ont expérimenté, reconnaissent qu'il relève rapidement l'état général du malade. A tel point qu'on peut le considérer maintenant comme le remède par excellence, et l'un des plus puissants, de toutes les déficiences organiques, qu'il s'agisse d'une asthénie par surmenage, d'une anémie, soit simple, soit grave, ou d'une cachexie par cancer, infection ou intoxication.

Ce dynamisme tient à la synthèse vivante des propriétés physiologiques multiples que recèle le venin de crapaud. Phisalix et Bertrand avaient réussi, en 1893, à isoler deux principes, la Bufotaline et la Bufoténine, agissant l'un sur le cœur, l'autre sur le système nerveux. Depuis lors, les travaux des physiologistes italiens, allemands et surtout chinois, ont permis de découvrir d'autres substances, génésiquement semblables, mais spécifiquement différentes, dont les propriétés sont voisines de celles de la digitaline, de l'ouabaïne, de l'adrénaline et de la pilocarpine. De plus, on a trouvé du cholestérol, une substance analgésique et une substance hémostatique. N'avais-je pas le droit de parler plus haut de complexe biologique ?

C'est ce qui explique les réactions si variées de chaque individu, selon son tempérament, à l'injection de venin de crapaud. Ces réactions, tantôt douloureuses, et tantôt indolores, ne présentent d'ailleurs aucun danger, si l'on s'en tient aux petites doses. Le résultat thérapeutique dépend des valeurs physiologiques personnelles, lesquelles sont différentes en qualité et en quantité : « valeurs de sécrétions externes, valeurs de sécrétions internes, valeurs de fonctionnement circulatoire, valeurs de vaso-motricité, valeurs d'innervation », qui constituent, selon Leriche, le tempérament, c'est-à-dire l'ensemble propre à chaque individu.

Ce qui est remarquable, c'est que, grâce à ses propriétés multiples et complexes, le venin de crapaud s'adresse, soit isolément à l'une ou l'autre de ces valeurs, soit à toutes ensemble, pour en rétablir ou en stimuler les échanges, de la même manière qu'à l'intérieur de l'organisme du crapaud, comme le fait remarquer Mme Phisalix. En somme, il revalorise l'organisme humain.

Une telle action biologique est sans doute plus facile à constater cliniquement qu'à démontrer d'une façon expérimentale, car on ne démonte pas un corps vivant comme un taxi. Mais, si nous faisons nôtre la juste affirmation de notre maître Emile Sergent, nous pouvons dire que la clinique aussi est une science, et que ses acquisitions ont force de loi.

Au surplus, l'action biologique du venin de crapaud répond exactement aux données physiologiques, que nous possédons de ses principales propriétés. La sécrétion externe et interne est excitée par les substances analogues à la pilocarpine. Le fonctionnement circulatoire, rétabli ou régularisé, tient à l'action des toxines analogues à la digitaline et à l'ouabaïne. La vasomotricité dépend de la présence d'adrénaline dans le venin. L'innervation répond aux excitations de la bufoténine sur le système nerveux.

Cette synergie médicamenteuse correspondant au rétablissement des valeurs fonctionnelles de l'individu, et le réalisant dans tous les cas où celui-ci conserve assez de possibilités de réactions, me semble une chose assez rare dans l'arsenal thérapeutique, dont nous disposons, pour mériter de retenir l'attention des cliniciens.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

Comment traiter la douleur au cours de l'évolution d'une blessure de guerre

D'après le Docteur L. GRIMAULT (*)

AVANT ET PENDANT L'OPÉRATION

Prenons un cas concret : celui d'un fantassin qui, partant à l'attaque, est blessé par un éclat d'obus, provoquant une fracture compliquée de cuisse.

Relevé sur la ligne de feu, transporté au travers des boyaux, au milieu des trous d'obus, sur des chemins défoncés, cet homme pourra, de par les cahots et les heurts, éprouver les douleurs les plus pénibles. Malheureusement, c'est encore ce calvaire, qui va devoir jouer un rôle étiologique certain dans la production et l'aggravation du « choc traumatique », cette redoutable complication, qui menace tous les blessés de guerre, et qui constitue, avec l'hémorragie et la gangrène gazeuse, une des plus terribles causes de la mortalité précoce. C'est bien à sa production, en effet, que prépare la série des souffrances endurées depuis le moment de la relève jusqu'à l'arrivée à l'ambulance, et cela au même titre que la nature de la blessure, l'hémorragie, le froid, l'état de fatigue antérieure.

Double raison pour diminuer la souffrance du sujet, dès qu'il est blessé. Que déjà les brancardiers apprennent à relever avec précautions ce fracturé de cuisse, dont ils sauront immobiliser le membre avec des moyens de fortune ; qu'ils évitent aussi, dans la mesure du possible, les secousses du transport, afin de ne pas réveiller la douleur.

Au poste de secours régimentaire ou divisionnaire, on perfectionnera de son mieux l'immobilisation pour diminuer parallèlement les causes de souffrance. D'ailleurs les blessés, restant un certain temps sous le feu de l'action, éprouveront moins la douleur, et le but sera plus facilement atteint.

Pas de narcotiques à ces différents échelons du transport, car si ces médicaments calment bien la douleur, ils provoquent également un engourdissement de tout le corps, qui perd ainsi ses moyens de régulation thermique. On devine leur action néfaste sur le blessé transporté la nuit, au froid, sur un brancard, et recouvert d'une simple couverture. Or, le froid, contre lequel on réagit mal, est une cause d'accidents pulmonaires, mais surtout il aggrave, comme dit, le choc traumatique. Donc pendant le transport, pas de narcotiques, mais au contraire des boissons chaudes stimulantes et alcoolisées.

Abordons la suppression de la douleur *au moment de l'opération.*

Nous aurons jusqu'ici supprimé, chez notre grand blessé, dans la mesure du possible les douleurs du transport jusqu'au poste chirurgical, où il sera opéré. C'est alors de la précocité et de la précision de l'acte opératoire que vont dépendre la vie du blessé et la perfection de sa guérison. En effet, autour du foyer de fracture, le plus souvent esquilleux, se trouvent des débris de vêtements, un éclat d'obus, une vaste zone d'attrition musculaire. La désinfection chirurgicale d'un tel foyer nécessitera une opération longue et complexe, et ne sera par conséquent, possible que sous le couvert de l'anesthésie générale, laquelle supprime les douleurs très pénibles et très violentes, qui accompagnent fatalement un tel acte opératoire.

Opérer sans anesthésie ou avec une anesthésie insuffisante ne serait pas sans danger. Voici, à ce sujet, un fait bien typique : on pratiquait une amputation de cuisse, sur un blessé très choqué ; vu la précarité de son état, il était endormi très superficiellement au chlorure d'éthyle ; or, au moment de la section du sciatique, une violente secousse se produisit dans le membre amputé, immédiatement suivie d'une syncope mortelle. Cette observation témoigne de la nécessité d'une anesthésie profonde, à l'instant où sont sectionnés les gros troncs nerveux sensitifs, le sciatique en particulier, qui est le plus gros nerf de l'organisme.

Chez notre blessé, atteint de fracture compliquée de cuisse, nous emploierons donc l'anesthésie. Laquelle ? Evidemment, il faudra des méthodes simples, des appareils peu encombrants, mais surtout on devra tenir compte d'un fait particulier : c'est que le blessé de guerre est toujours un hypotendu. Le comportement de la tension artérielle est donc un des éléments, qui

(*) Le traitement de la douleur chez les blessés de guerre. (*Revue Médicale de Nancy*, 1er novembre 1938.)

doivent nous guider dans la recherche du meilleur anesthésique chez le blessé de guerre.

Après quelques jours de bataille, se manifeste un véritable état d'usure ; les deux tiers des soldats non blessés ont une tension inférieure à 12, variant entre 10 et 12 ; et il faut un repos de quatre à cinq jours pour que la pression remonte à plus de 12. Mais au cours de ce temps la blessure, les douleurs du transport, le froid, seront autant d'éléments, qui aggraveront l'hypotension et conduiront à l'état de choc. La tension pourrra, dans ces conditions, tomber à 9, parfois à 8 et même à 7 ; si elle baisse encore, tant soit peu, c'est la mort !

L'idéal serait donc d'utiliser un anesthésique, qui puisse agir dans un sens favorable sur la tension artérielle, un anesthésique qui ait une action hypertensive. Il n'y en à qu'un : c'est le protoxyde d'azote, qui bénéficie en outre d'une parfaite innocuité biologique. A l'Avant néanmoins, son emploi se heurterait à de grandes difficultés, car il exige des appareils encombrants et coûteux, donc impossibles à utiliser dans les ambulances, toujours appelées à se déplacer rapidement. Il sera être réservé aux grands centres.

Par contre, le chloroforme doit être proscrit chez le blessé de guerre, en raison de son action nettement hypotensive.

Mais il est un autre groupe d'anesthésiques, qui ne modifient pas, ou modifient peu la tension artérielle : l'éther, le chlorure d'éthyle et les mélanges anesthésiques. Toutefois l'éther amène une chute légère de la pression sanguine dans les heures, qui suivent l'anesthésie ; il prédispose aux complications pulmonaires.

La faveur du chirurgien doit aller au chlorure d'éthyle pour les interventions *de courte durée* chez les blessés choqués ; il ne modifie pas la tension artérielle, et réduit au minimum le temps d'intoxication, puisqu'il agit instantanément ; on l'administre en le versant goutte à goutte sur un masque ordinaire.

Quant aux mélanges, nécessaires pour des interventions plus importantes, c'est celui de Schleich (éther 6, chloroforme 2, chlorure d'éthyle 1), qui est le plus répandu. Il ne modifie pas la tension artérielle ; il est bien moins dangereux que le chloroforme au point de vue des complications toxiques et des accidents syncopaux, et procure une anesthésie parfaite. On l'utlise en le versant goutte à goutte sur un masque ordinaire ; mais il existe aussi différents appareils pour administrer.

Cependant admettons que notre blessé de cuisse soit en même temps gazé, et présente des troubles pulmonaires. Impossible de recourir aux anesthésiques par inhalation. La même difficulté peut apparaître au cours d'une guerre moderne, où tous les blessés seraient aussi des gazés. C'est alors qu'on aura recours aux anesthésies, réalisées à l'aide de barbituriques du type évipan : matériel réduit au minimum, une seringue et quelques ampoules ; pas d'inflammabilité, d'où stockage facile, sans risques d'incendie au cours des bombardements, sommeil rapide, action brève.

Malheureusement, ces produits causent une chute de la tension artérielle. Aussi chez les blessés choqués et gazés, faudra-t-il songer aux anesthésies locales et régionales qui, bien maniées, permettent d'exécuter les opérations les plus complexes, même les résections de la hanche.

Pour terminer, un mot de la rachianesthésie qui est une anesthésie régionale segmentaire. C'est un procédé merveilleux d'anesthésie pour la moitié inférieure de l'abdomen, le bassin et les membres inférieurs. Elle est appelée à rendre de grands services en chirurgie, chez les blessés gazés, mais il faut se rappeler qu'elle est hypotensive ; donc, s'en méfier chez les choqués

Soins post-opératoires contre la douleur

Chez le blessé de guerre, ils prennent une grande importance, principalement au niveau des ambulances de l'Avant. Ici, les tentes ou baraques tremblent souvent sous le bruit du canon ou des explosions, ce qui augmente encore les chances de délire violent chez les blessés sortis tout pantelants de la bataille

C'est pourquoi, autant les *calmants* étaient proscrits pendant la période d'évacuation et avant l'opération, autant ils sont recommandés après l'opération. La morphine bien maniée, le chloral soit par la bouche, soit en suppositoires rendent de grands services.

Arrivons aux *pansements*. Si, malgré l'emploi d'appareils à traction (Miss Gasset, Thomas, Rouvillois) le blessé souffre trop, il faudra recourir aux pansements rares, aussi espacés que possible, et ne pas craindre de préparer à l'avance le sujet en lui administrant un calmant : suppositoire de chloral, etc.

C'est ensuite la question des *moignons douloureux*, s'il a fallu pratiquer une amputation.

« Ces malheureux sont souvent des malades difficiles, dont on prend assez légèrement la souffrance, auxquels on promet toujours un soulagement, qui sont opérés, réopérés, mutilés à nouveau, habituellement sans résultat, et qui, fréquemment, déçus, aigris, sombrent dans la morphinomanie, quelquefois dans le suicide.

« Il est difficile de s'orienter au travers du récit détaillé de leurs souffrances. On ne s'y reconnaît pas dans la bizarre géographie des troubles

subjectifs, dont on ne comprend pas la genèse, et la thérapeutique s'en ressent ; elle se borne à des gestes faits au hasard, sans portée durable.

« Seule la physiologie pathologique peut apporter, dans cette question, ordre et clarté. Mais bien entendu, de la présente étude l'ostéite et l'inflammation résiduelle, qui sont des causes locales et facilement curables de la douleur, seront exclues.

« Pour bien comprendre les choses ; il est nécessaire de songer à ce qui se passe normalement sur la surface de section d'une amputation à l'évolution aseptique. La peau se cicatrise, la tranche de section des muscles organise une cicatrice fibreuse, au-dessus de laquelle les muscles s'atrophient. L'os lui-même se modifie, il se raréfie; de l'os nouveau apparaît pour fermer le canal médullaire. Le bout osseux peu à peu s'arrondit. Parfois cependant, il se fait des ossifications un peu exubérantes, les artères et les veines s'oblitèrent; seuls les nerfs ne suivent pas la loi commune, ils tentent de se régénérer.

« La fibre nerveuse jouit, en effet, de cette singulière propriété que, sectionnée, elle tend, après un certain temps perdu, à reprendre sa route vers la périphérie, précédée par une prolifération de son enveloppe névroglique. Puis, comme bientôt l'espace lui manque, comme les parties molles lui bloquent toute issue, la névroglie se tasse, se pelotonne et les cylindraxes font de même. Ainsi se constitue, à l'extrémité de tout nerf d'un moignon d'amputation, cette masse plus ou moins globuleuse que nous appelons couramment un névrome, et qui est en réalité un neuro-gliome.

« Ce neuro-gliome comprend donc un pelotonnement de cylindraxes: les uns moteurs, les autres sensitifs. Les moteurs ne servent à rien. Les sensitifs, les centripètes restent toujours excitables, et continuent de conduire aux centres les excitations, qu'ils reçoivent. Or, ils en reçoivent à tout instant, du fait des actions extérieures, des contractions musculaires, des variations circulatoires. Les fibres, qui les recueillent, venaient autrefois de la périphérie. Après l'amputation, elles continuent de porter leurs excitations à leurs centres habituels. Il en résulte que normalement, un amputé a presque toujours le sentiment plus ou moins obscur de la présence de son membre absent (membre fantôme). Ce phénomène n'est pas le résultat d'une névrite. C'est un phénomène physiologique qui ne manque que rarement. »

Certains amputés ont des nerfs, qui construisent à leur extrémité des névromes plus ou moins monstrueux, pouvant mesurer sur le sciatique 8 cm. de long et 4 de large. La présence de neuro-gliome de volume anormal va transformer la sensation constante, mais non douloureuse, de la présence du membre amputé, ou une sensation douloureuse cette fois, parce que plus forte, parce que s'exerçant sur des cylindraxes moins bien protégés. L'amputé éprouvera dans le membre absent des douleurs sourdes ou vives sous forme de piqûres, de brûlures, de tiraillements.

Le début de ces phénomènes douloureux est assez tardif : en général, la douleur n'apparaît que quelques mois ou quelques années après l'amputation. Chose importante au point de vue thérapeutique, la topographie de cette douleur reste fixe ; son territoire ne change guère, la sensation ne diffuse pas.

La résection du neurone peut parfois amener la guérison.

Mais le plus souvent, après l'excision du neurone, la douleur disparaît pour quelques semaines jusqu'à ce qu'un autre neurone ait reparu. Si on sectionne le nerf à distance, en prenant soin de ne pas serrer les deux tranches, il se peut qu'il ne se forme pas de neurogliome en cet endroit et que la guérison soit définitive.

Le névrome n'explique cependant pas toutes les douleurs que peut ressentir l'amputé. Il est démontré que les excitations centripètes peuvent gagner le *ganglion spinal autrement que par le nerf sciatique, pour les amputés de la cuisse* : la plupart sont réfléchies sur la périphérie par les voies sympathiques sous la forme de phénomènes vaso-moteurs et trophiques comme un banal réflexe sensitivo-moteur. Ainsi naissent ces douleurs obscures, agaçantes, mal définissables, qui n'ont *pas de topographie fixe* répondant à un schéma. Le malade souffre dans ce qui lui reste de son membre, et non plus uniquement dans le membre absent. Ces douleurs consistent surtout en un constant agacement, en un grouillement énervant dans le moignon. Souvent ce moignon présente des troubles vaso-moteurs, il est cyanotique, il s'ulcère.

Contre ces troubles, l'énervation du neurone par neurotomie sus-jacente reste sans effet, alors que la sympathectomie péri-artérielle donne d'habitude des résultats heureux et durables. La ramisection lombaire supprime définitivement la douleur.

Ces moignons douloureux peuvent devenir le siège d'une hyperesthésie affreuse, réveillée par le moindre frôlement du moignon, et qui ne permet plus à l'amputé de s'habiller ou de se déshabiller, sans éprouver les plus vives douleurs, ce qui entraîne un état psychique pouvant conduire au suicide.

Il est possible que dans ce cas l'excitation sympathique remonte jusqu'au centre de la région thalamique, entraînant une des plus grandes douleurs, qu'un homme ait à supporter.

Il faut bien avouer que les règles thérapeutiques sont difficiles à fixer pour soulager un amputé, présentant un moignon douloureux. Il est

cependant des directives qu'il est utile de bien connaître :

Il ne faudra jamais réamputer un moignon, même s'il n'est pas correct, ni attendre qu'un amputé soit devenu morphinomane, *avant* de lui faire subir un examen complet et minutieux susceptible de fixer le mécanisme de la douleur et ainsi de pouvoir orienter la thérapeutique.

Il faudra toujours, en présence d'un moignon très douloureux réfractaire à l'aspirine et aux hypnotiques à petites doses, recourir à un moyen nouveau, simple, le plus souvent efficace et qui consiste à infiltrer à la novocaïne la *chaîne sympathique* paravertébrale. Quel progrès de pouvoir supprimer la douleur par six à huit injections par an !

Si les infiltrations échouent :

1° En présence d'un névrome, il faudra sectionner le tronc nerveux au-dessus du névrome ; il sera ensuite suturé après injection d'acide phénique dans le bout central. L'acide phénique est un fixateur des fibres nerveuses.

2° En présence d'un moignon œdémateux, douloureux, avec ulcération, c'est à la sympathectomie périartérielle et, mieux, à la ramisection qu'il faudra avoir recours.

3° Enfin, en présence de la grande algie diffuse du moignon, remontant jusqu'à la racine du membre avec souvent retentissement à distance, il faut aller droit à la moelle et faire une radicotomie, postérieure avec ablation des ganglions spinaux. Parfois même, on devra recourir à la cordotomie.

Le traitement de la causalgie

Il arrive parfois que le blessé de guerre, le plus souvent après une blessure d'un membre paraissant de prime abord insignifiante, se plaigne de douleurs vives qu'il compare à une brûlure, à un sinapisme très chaud, ou à l'effet d'une lime rougie au feu qui lui éroderait les tissus. Ces douleurs singulières s'accompagnent toujours d'un état particulier de la peau, devenue sèche, luisante, et d'un état psychique spécial.

Il est certain que la causalgie est le résultat d'un mode excessif de réaction vaso-motrice après un traumatisme. Chacun de nous a un équilibre vaso-moteur, qui lui est propre. Les individus, qui font de la causalgie, sont ceux qui auraient fait des moignons douloureux s'ils avaient été amputés, ou de l'épilepsie si le cerveau avait été blessé ou des troubles intestinaux après une appendicite. Il s'agit donc d'une maladie, fonction d'un tempérament. Ces importantes notions vont nous guider pour faire la prophylaxie de la causalgie.

Si, au cours d'une blessure de guerre, on découvre une blessure vasculaire ou nerveuse il faut immédiatement réséquer le segment artériel ou thrombosé et réparer le nerf. Ceci fait, il est avantageux d'aider à la réparation du nerf et au rétablissement de l'équilibre vaso-moteur par quelques infiltrations stellaires ou lombaires.

Lorsque la causalgie est installée, il faudra toujours commencer, si cela n'a pas été fait par une opération locale pour traiter la lésion artérielle ou nerveuse : les cicatrices vicieuses seront excisées. En cas de névrome ou de section nerveuse, le nerf sera excisé en tissu sain et la continuité rétablie par greffe nerveuse.

On complétera le plus souvent par des infiltrations stellaires ou lombaires à la novocaïne.

Ce n'est qu'en cas d'échec de cette thérapeutique que l'on songera et, en dernier ressort, à la sympathectomie périartérielle haute.

Quant aux *blessures des nerfs*, elles peuvent être parfois le point de départ de causalgie, elles sont le plus souvent à l'origine de troubles moins graves, mais causent des douleurs qu'il est important de traiter.

La blessure nerveuse peut provoquer d'abord une douleur immédiate en éclair, avec ébranlement de tout l'être. Il y a ensuite des douleurs tenaces d'apparition secondaire, parfois tardives. La radiographie montrera parfois la lésion d'un nerf par un petit éclat de grenade, malgré une plaie superficielle de minimes dimensions.

On doit intervenir d'une manière très précoce, dans les premières heures : la rétraction n'a pas encore fait son œuvre, les tissus sont souples, il est possible de désinfecter le foyer et de faire une suture nerveuse dans des conditions satisfaisantes ; le blessé est immédiatement et définitivement soulagé.

Si la réparation n'a pu être précoce, il apparaîtra, au bout de quelques semaines ou de quelques mois, des phénomènes douloureux du type brûlure, de topographie habituellement régulière et s'accompagnant de rétractions fibreuses de scléroses, de troubles trophiques cutanés unguéaux et osseux. On pense à une névrite ; cependant il n'existe pas d'inflammation du nerf. L'opération montre, au contraire, presque toujours qu'il y a eu section totale ou partielle du nerf avec cicatrice nerveuse des deux bouts. Il faudra réséquer les neurogliomes de ces deux extrémités, puis rétablir la continuité nerveuse de préférence par greffe.

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Fiche hématologique pour le diagnostic et le pronostic de la tuberculose pulmonaire

Des études phtisiologiques, tant au point de vue clinique qu'au point de vue recherche des commémoratifs, ont amené MM. Vincenti et Gaussen, à faire une part de plus en plus importante à la notion de terrain. Sans nier la contagiosité de la tuberculose, certaine chez les jeunes sujets, probablement inexistante chez l'adulte, ils pensent que la primo-infection s'établit plus ou moins tôt chez tous les enfants et qu'elle évolue sans délai en donnant des formes dites « primaires », parfois immédiatement suivies d'une poussée « secondaire », ou bien plus tard elle cause les formes dites « secondaires » de l'adolescent et de l'adulte. Il arrive encore que les phénomènes réactionnels que produit cette infection, ne sont pas assez violents pour rentrer dans le cadre de la pathologie et que le contaminé demeure un sujet à l'aspect sain. Or, indépendamment de la nocivité du bacille de Koch qui semble elle-même avoir des degrés, l'évolutivité des lésions est en rapport certain avec la résistance de l'organisme. Celui-ci réagit par le fonctionnement de toutes ses cellules et glandes. Si nous connaissions assez ce fonctionnement pour avoir ensuite une action sur lui, l'espoir ne serait pas illusoire d'arriver, par des médications appropriées, à aider le corps dans le combat qu'il mène contre le microbe.

Partant de cette idée, l'emploi des sels d'or, des lipoïdes, des sels de terres rares, des tuberculines a amené MM. Vincenti et Gaussen à chercher les indications que le laboratoire pouvait leur fournir sur les réactions de l'organisme, et cela dans une de ses formations les plus importantes : le sang, car ce liquide est facilement à notre portée, et il paraît donner un reflet assez exact de la fonction hépato-splénique, si importante chez le tuberculeux, comme de son état ganglionnaire, auquel il faut attacher une grande valeur pronostique.

Les auteurs publient aujourd'hui les résultats techniques qu'ils ont pu obtenir par l'examen de 275 sujets atteints d'affection pulmonaire.

Ils ont employé concurremment la réaction de Vernes à la résorcine ; l' « image » d'Arneth qui permet d'établir l'indice nucléaire en dénombrant les polynucléaires neutrophiles et leurs noyaux ; le Guttadiaphot ou étude au moyen de l'absorption par le papier coloré des modifications d'absorption du sang en rapport avec ses modifications physico-chimiques ; enfin, la vitesse de ces sédimentations des hématies.

Dans presque tous les cas de tuberculose, on a trouvé des résultats très voisins pour la réaction de Vernes et le Guttadiaphot, ce dernier étant plus sensible que le Vernes aux évolutions tuberculeuses, mais aussi moins spécifique. On obtient de même des résultats identiques par la formule d'Arneth et la sédimentation, résultats nettement opposés aux précédents dans les cas non évolutifs. Si les résultats des quatre recherches concordent, on a affaire à une tuberculose évolutive grave et aiguë. S'il y a discordance entre le Vernes et le Guttadiaphot d'une part, et l'Arneth et la sédimentation d'autre part, on a affaire à une tuberculose non évolutive au moment précis de l'examen, donc chronique avec meilleure résistance du sujet.

La spécificité du Vernes étant relative, et celle des trois autres tests nulle, on doit contrôler les résultats du Vernes par le Guttadiaphot et ceux de la formule d'Arneth par la sédimentation. Ces deux groupes se complètent et ils ne donnent des résultats communs que dans les cas graves.

Dans la clinique médicale courante de la tuberculose, avant de décider tout traitement, une fiche hématologique, du modèle de celle qu'ont établie les auteurs, sera particulièrement utile tant au point de vue pronostic que comme adjuvant du diagnostic de la forme de tuberculose.

En résumé, les conclusions de laboratoire ne sont intéressantes que par leur comparaison entre elles. A ce titre, leurs renseignements sont importants. Isolées, elles perdent tout intérêt ; de même elles doivent toujours être confrontées avec l'examen clinique, auquel elles fournissent simplement des données supplémentaires. (*Le Bulletin Médical*, 3 septembre 1938.)

Sur l'intrication, en clinique, des diverses manifestations de la tuberculose

MM. Jean Minet, Warembourg et Bertrand ont déjà montré que la notion d'un cycle évolutif immuable de la maladie tuberculeuse, selon la conception de Ranke, ne donnait des faits

cliniques et biologiques qu'une explication imparfaite et souvent inexacte. L'évolution tuberculeuse ne semble pas pouvoir être systématisée en stades régulièrement successifs analogues à ceux de l'infection syphilitique ; au contraire, à chaque moment de son évolution, il n'est guère de forme anatomo-clinique que la tuberculose ne puisse réaliser. Chez le tuberculeux latent ou avéré, les états d'allergie, d'hyperergie, d'anergie sont capables de s'intriquer, de se succéder les uns aux autres d'une manière irrégulière.

Le présent travail apporte les résultats d'une investigation tendant à apprécier la fréquence avec laquelle se manifestent, à des stades tardifs de la tuberculose, des accidents considérés habituellement comme l'apanage des phases précoces de cette infection.

Cette étude a porté sur 1.500 adultes tous tuberculeux en évolution.

Huit fois on a noté, au cours d'une tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse, une granulie typique avec son syndrome dramatique de dyspnée, de cyanose, de fièvre élevée, essaimage généralisé aux deux poumons de granulations caractéristiques vérifiées à la radiographie et parfois à l'autopsie.

Chez dix malades atteints indiscutablement de tuberculose ulcéro-fibreuse en évolution, on a vu apparaître des foyers congestifs bacillaires rapidement curables, développés autour de petits foyers, ulcéro-caséeux en activité et plus souvent, à distance des lésions anciennes.

Trente-sept fois on a vu évoluer, chez des sujets indiscutablement touchés par la tuberculose pulmonaire de type adulte, des pleurésies séro-fibrineuse, dont la nature bacillaire était démontrée par l'analyse biologique.

Chez neuf malades, ont été observés des abcès froids d'origines multiples et de localisations les plus diverses : dans tous les cas coexistait une tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse en activité.

Toutes ces considérations font que, dans le domaine pratique, il apparaît bien plus judicieux et plus utile de prendre comme test d'appréciation la forme anatomo-clinique réalisée, que de s'en remettre à l'âge présumé d'une maladie susceptible de vieillir et de rajeunir tour à tour selon des modalités multiples et imprévisibles. (*Paris Médical*, 12 novembre 1938.)

Diagnostic des tumeurs cérébrales

Au cours d'un exposé fort documenté, R. Thurel précise, que, d'une part, la possibilité d'une tumeur cérébrale doit être envisagée à l'origine d'un grand nombre de manifestations, et que d'autre part, l'existence d'une tumeur ne saurait être affirmée, même en présence d'un syndrome considéré comme caractéristique. Il n'est guère de syndromes neurologiques et de syndromes mentaux qui ne puissent être déterminés par le processus néoplasique, et des troubles aussi banaux que la céphalée et les vomissements, certaines modifications de la morphologie générale appartiennent à la symptomatologie des tumeurs intra-craniennes. Si, dans nombre de cas, quelques particularités cliniques orientent le diagnostic vers le processus néoplasique, il n'en est pas toujours ainsi et parfois même le tableau clinique est trompeur et en impose au premier abord pour le processus vasculaire ou pour le processus infectieux ; aussi ne saurait-on trop répéter qu'on ne pense jamais assez aux tumeurs cérébrales et cependant il serait préférable de croire à tort à une tumeur cérébrale que d'en méconnaitre l'existence.

Lorsque la clinique n'apporte pas d'emblée la certitude, il faut procéder par élimination et commencer par les causes morbides que l'on est en mesure d'éliminer, grâce à des moyens de contrôle qui ne trompent pas ; alors même que celles-ci sont plus rares que les autres, le facteur fréquence ne doit pas jouer dans le choix d'une étiologie.

Par ailleurs, la clinique ne permet pas toujours de déterminer à coup sûr le siège d'une tumeur cérébrale : nombre de tumeurs n'ont pas de symptomatologie locale, soit qu'elles occupent une zone muette, soit qu'elles infiltrent sans la détruire une zone sensible ou qu'elles la refoulent lentement et soient de ce fait bien tolérées. D'autres fois, on donne à tort une valeur localisatrice à des symptômes qui relèvent non pas de l'action directe de la tumeur, mais de son retentissement à distance par des perturbations circulatoires ou par hypertension intra-cranienne. Il ne faut donc pas demander à la clinique plus qu'elle ne peut donner, mais recourir systématiquement aux méthodes d'exploration directe et en particulier à la radiographie, avec tous ses perfectionnements : pneumo-encéphalographie, etc. (*Rev. Médicale de la Franche-Comté*, octobre 1938.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Vaccin anti-aphteux formolé

(M. BELIN, de Tours. — Présentation par M. VINCENT ; 6-12-1938)

En 1925, Vallée, Carré et Rinjard constataient que des génisses ayant reçu des produits de curetage d'aphtes traités par le formol se trouvaient immunisées. M. Belin a repris cette étude en faisant usage de complexes vaccino-aphteux. Les dits complexes constituent un vaccin susceptible de conférer une immunité qui a été appuyée par un certain nombre d'observations. Le pouvoir vaccinant du produit se conserve, au frigorifique, plusieurs années.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Rœntgenpneumomastie

(M. P. DUVAL ; 2-11-1938)

M. Pierre Duval présente des radiographies de tumeur du sein examinées par la méthode qu'a décrite Baraldi (de Rosario de Santa-Fé), en 1933, sous le nom de rœntgenpneumonastie et qui consiste à infiltrer de l'air tout autour de la glande mammaire avant la radiographie.

Anthrax de la lèvre supérieure compliqué de thrombo-phlébite du sinus caverneux

(MM. Jean GOSSET et L. LÉGER ; M. A. CHARBONNIER de Genève. — Rapport de M. TOUPET ; 26-10-1938)

Les cas de MM. Jean Gosset et Léger, et de M. Charbonnier, soulèvent l'importante question des thrombo-phlébites du sinus caverneux venant compliquer l'anthrax de la lèvre supérieure.

Le malade de MM. J. Gosset et Léger, à la suite d'un anthrax de la lèvre supérieure, présenta les signes considérés comme révélateurs de la thrombo-phlébite du sinus : œdème jugal effaçant le sillon naso-génien, gonflement des ailes du nez, œdème des paupières, exophtalmie, forte hyperthermie, état grave. Soumis à l'ensemble des traitements habituellement employés en pareille circonstance, propidon, lantol, septicémine, rubiazol, radiothérapie de l'anthrax, insulinothérapie (la glycémie atteignait deux grammes), il finit par guérir, sans que l'on ait pu discerner de façon précise les résultats donnés par chacune des thérapeutiques mises en œuvre.

Les auteurs émettent d'ailleurs, à ce propos, quelques doutes sur la réalité de la thrombo-phlébite du sinus caverneux chez leur malade, étant donnée en particulier la régression relativement assez prompte des accidents.

Les travaux de Fournié et de Terrasse ont montré qu'il existait des thrombo-phlébites des sinus ne s'accompagnant pas des symptômes classiques de cette affection, et aussi, par contre, des syndromes typiques de thrombo-phlébite sans thrombo-phlébite vraie. Ils confirment l'opinion de M. Lemierre qui en était arrivé à se demander si la protusion du globe oculaire, dans ces affections, ne pouvait pas se produire en dehors de la thrombo-phlébite du sinus.

L'apparition de l'exophtalmie au cours dudit syndrome ne constitue pas un argument péremptoire pour le diagnostic. Elle peut relever (Lardennois) d'œdème inflammatoire, de cellulite du fond de la cavité orbitaire, cellulite pouvant elle-même se résorber ou aboutir au phlegmon de l'orbite.

Cette incertitude du diagnostic clinique rend difficiles à poser les indications opératoires du traitement chirurgical, encore discuté, de la thrombo-phlébite du sinus caverneux, au cours des anthrax de la lèvre supérieure.

Phlébites et sangsues

(MM. J. DUCUING et O. MILETZKY. — Rapport de M. ROUHIER ; 9-11-1938)

MM. Ducuing et Miletzky ont essayé systématiquement, au moment surtout de sa grande vogue, vers 1922-1928, la thérapeutique des phlébites par les sangsues. Ils concluent de leurs observations cliniques et de leur expérimentation sur les animaux à l'inefficacité complète de l'hirudinisation tant préventive que curative en pareil cas. Ils ajoutent qu'à leur avis le reproche fait aux applications de sangsues d'être emboligènes n'est pas fondé. L'action de l'hirudinisation serait, pour eux, nulle, en matière de phlébites.

M. Rouhier ne souscrit pas à cette opinion. Il croit aux propriétés nettement emboligènes des applications de sangsues dans la phlébite déclarée, mais il accorde à cette thérapeutique une valeur contre les œdèmes phlébitiques. C'est pourquoi il emploie les sangsues à titre préventif pour essayer de profiter de leurs propriétés favorables, tout en esquivant leurs dangers.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Tuberculose miliaire chronique épisodique

(M. Etienne BERNARD, Mlle LOTTE et M.-C. WOLFF ; 21-10-1938)

A côté des faits classiques de tuberculosé miliaire chronique, granulie froide, où le syndrome clinique et radiologique se maintient pareil à lui-même pendant des années, il existe des cas où le processus est chronique, mais de durée limitée. L'évolution est également froide et en apparence bénigne ; après une durée variable, l'aspect micronodulaire typique se transforme : les taches fines du début évoluent vers des taches plus larges et floues, vers l'aspect de la tuberculose pulmonaire chronique banale.

Mais il est une autre façon pour la miliaire de n'être qu'épisodique. C'est la suivante : après une durée variable, l'aspect micronodulaire rétrocède et disparaît ; néanmoins, la tuberculose continue et, soit sans intervalle de temps, soit après une certain délai, on assiste à une poussée évolutive qui met en présence d'une lésion d'un autre type. Ces faits sont beaucoup moins connus ; les auteurs en communiquent une observation très suggestive.

Il s'agit, en somme, de poussées miliaires qui, au lieu de finir une histoire de tuberculose, la commencent. Celles-ci, peuvent passer inaperçues. Seuls, les examens radiologiques systématiques nous donneront une idée de leur fréquence. Au point de vue pratique, ces observations montrent qu'une miliaire peut être curable, toute réserve faite néanmoins pour l'évolution ultérieure de la tuberculose.

Septicémie à « bacillus funduliformis » d'évolution suraiguë

(MM. M. BRULÉ, P. HILLEMAND, WOLINETZ et Jacques LEMIERRE ; 28-10-1938)

Il s'agit ici d'une septicémie à « bacillus funduliformis » post-angineuse. Un Algérien de 34 ans est hospitalisé avec une angine, vingt-quatre heures après le début de sa maladie. Son état général est très grave, il se plaint de douleurs dans la région sous-angulo-maxillaire droite. Un dosage d'urée pratiqué trois jours après le début de ces accidents donne un chiffre de 1 gr. 20. Malgré l'absence des localisations caractéristiques de ce genre de septicémie, pulmonaires et articulaires suppurées, l'atteinte profonde de l'état général, l'existence de frissons, la persistance d'une fièvre élevée, on fait d'emblée pratiquer une hémoculture sur milieu anaérobie : la recherche du bacillus funduliformis a été positive. La mort est survenue le septième jour de la maladie : l'azotémie était alors de 1 gr. 75. Il faut signaler ici l'azotémie précoce qui est venue traduire une grave atteinte rénale ; dans certains cas, cette atteinte peut se traduire par une simple albuminurie.

G. F.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 7 octobre 1938

Prophylaxie post-opératoire des cancers du sein

M. M. JOLY se base sur une expérience qui englobe le traitement de 250 cancers du sein par radiothérapie pour recommander l'irradiation systématique par petites doses de rayons X données tous les trois mois, pendant deux ans, sur le champ opératoire et les groupes ganglionnaires tributaires. Chez les malades traités par cette méthode 74 % n'ont pas de récidive après cinq ans.

Histaminothérapie des rhumatismes

M. J. WEISSEMBACH rappelle d'abord que l'emploi de l'histamine dans le traitement des rhumatismes, proposé par Deutsch sous forme d'ionisation n'a pris la prodigieuse extension qu'on lui connaît aujourd'hui, qu'après que lui-même avec L. Perles eut démontré que les résultats étaient identiques si on faisait pénétrer l'histamine par une série d'injections intradermiques, méthode de choix, à la portée de tout praticien. M. Weissenbach expose, ensuite, la technique, les indications et les contre-indications de la méthode. Il insiste sur ces dernières qui sont trop souvent méconnues. Il termine en montrant que la simplicité et la remarquable efficacité de l'histaminothérapie en font le procédé de choix dans le traitement de la douleur, de la contracture et de l'impotence que commandent celles-ci au cours d'un grand nombre de syndromes rhumatismaux, dont il précise la discrimination.

Ionisation à l'histamine

M. Marcel JOLY pense que l'action analgésique de l'histamine ne se manifeste qu'à la condition que cette substance pénètre par l'épiderme. Il n'existe pas de meilleur mode de pénétration épidermique que l'ionisation. Introduite par ce procédé, l'histamine agit avec une constance parfaite sur toutes les myalgies, avec un succès moins assuré dans les névralgies, les arthralgies et certains états anaphylactiques.

Histamine et urticaire

A. CAJDOS estime que l'histamine constitue un facteur thérapeutique important dans les urticaires récidivantes. La guérison est obtenue dans plus de la moitié des cas. Se basant sur ces résultats thérapeutiques et sur les observations expérimentales, l'auteur discute le rôle de l'histamine dans la pathogénie des urticaires. Il considère cette substance avec le Professeur N. Fiessinger, comme un intermédiaire chimique entre les facteurs étiologiques les plus variés et les éruptions ortiées. Quant au mécanisme d'action du traitement à l'histamine, il s'agit très probablement d'une désensibilisation progressive de la peau.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 28 *octobre* 1938

Appendice étranglé à sa partie moyenne dans un sac de hernie crurale étranglée

M. P. SÉJOURNET, à propos de la communication de M. Hautefort, apporte l'observation d'une malade de 63 ans qui présentait une hernie crurale droite étranglée. A l'intervention, l'auteur trouva un appendice sain étranglé à sa partie moyenne. Appendicectomie. Cure radicale de la hernie. Suites normales.

Traitement chirurgical des fractures du col du fémur

M. G. VIDAL-NAQUET fait un rapport sur un travail de M. Eric Llyod (de Londres). L'auteur décrit sa technique d'enclouage des fractures du col du fémur au moyen d'un clou de Smith-Petersen modifié. Il précise les indications et les contre-indications de l'intervention. Une semaine avant l'opération, il fait une traction par broche sur une attelle de Braun. La réduction est ainsi considérablement facilitée. Dans quelques cas, il recourt à la manœuvre de Leadbetter. L'auteur utilise l'appareil de visée de Raymond Fox qui permet grâce à un contrôle radiographique de face et de profil, de mettre le clou avec le maximum de précision. Le rapporteur compare les avantages de l'enclouage extra-articulaire qui permet au prix d'un traumatisme minime une contention extrêmement solide, à l'encombrant plâtre de Whitman qui peut donner des consolidations osseuses, mais entraîne toujours des raideurs articulaires, des troubles trophiques, une importante atrophie musculaire.

Côte cervicale articulée sur la première côte dorsale

M. ROEDERER montre des radiographies d'un sujet présentant des côtes cervicales fort importantes et d'un aspect exceptionnel. D'un côté, la côte extrêmement longue croise tout le dôme pulmonaire. De l'autre côté, la côte également très longue, est articulée sur la première côte où elle a déterminé une sorte d'exostose à collerette.

Formes pseudo-occlusives et occlusives de l'appendicite aiguë

M. MASMONTEIL, à propos de quelques observations personnelles attire l'attention sur les formes pseudo-occlusives et sur les formes occlusives de l'appendicite, ainsi que sur les complications pseudo-occlusives et occlusives de l'appendicectomie. La radiologie d'urgence, sans préparation en position verticale, permet le diagnostic entre ces formes différentes, par l'absence ou la constatation de niveaux des liquides. Le diagnostic posé, l'auteur conseille dans les formes occlusives, l'iléostomie *d'emblée*, comme traitement complémentaire de l'appendicectomie.

Histoire d'une fausse appendicite

M. BOVIER apporte l'observation d'une fillette de 5 ans ayant présenté un syndrome d'appendicite aiguë. A l'intervention, la seule lésion constatée porte sur trois ganglions iléo-cæcaux, gros comme des noisettes. L'enfant était une adénoïdienne. Par la suite, elle présente des vomissements avec acétonémie et des poussées d'œdème de Quincke. L'auteur croit trouver le lien qui unit toutes ces manifestations pathologiques dans une atteinte du tissu réticulo-endothélial.

SOCIÉTÉ D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE DE PARIS

Séance du 16 *novembre* 1938

Considérations sur les hémorragies des cordes vocales (deux observations)

M. ABRAND présente deux observations de malades chez qui une hémorragie sous-muqueuse, brusquement survenue et guérie sans aucun reliquat, écarte l'idée du « coup de fouet » laryngé. Un granulome survenu dans un des cas lui paraît être une évolution, assez rare à la vérité, d'un hématome sous-muqueux évacué par ouverture.

La médication sulfamidée dans deux cas de méningite puriforme aseptique, dont l'un avec œdème cérébral aigu

MM. HUBERT et GIRARD. — Entre la méningite septique et la méningite puriforme aseptique il n'existe pas de barrière réelle ; d'insensibles degrés les réunissent.

Quand, au cours d'une otite ou d'une sinusite, le liquide céphalo-rachidien devient trouble, il est indiqué d'opérer même si ledit liquide est aseptique. Mais cela ne suffit plus ; il faut, en outre, instituer la médication sulfamidée parce que, en premier lieu, on doit penser que les germes sont en train de passer dans les méninges, si ce n'est déjà fait, et parce que, en deuxième lieu, nous savons à présent que la sulfamide a la puissance d'arrêter l'invasion streptococcique et même de stériliser les espaces méningés, une fois envahis.

L'hésitation n'est pas permise parce que l'abstention laisse subsister uu énorme danger, tandis que l'administration du médicament, soit « *per os* », soit par le canal rachidien, ne comporte qu'un risque fort problématique et des inconvénients insignifiants, tels que fatigue et anémie médicamenteuse transitoire.

Montpellier

Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier el du Languedoc méditerranéen

Myosite streptococcique du psoas

MM. Riche, Aussilloux et Soulier rapportent une observation de myosite suppurée du psoas à streptocoque. L'intérêt de ce cas réside dans les difficultés du diagnostic en présence d'un syndrome de psoïtis avec hyperthermie persistante et tout un ensemble évoquant nettement le phlegmon périnéphritique. Du point de vue étiologique il faut souligner la rareté des myosites à streptocoque. Enfin, du point de vue thérapeutique, les ponctions suivies d'injections de bouillon vaccin semblent nettement avoir favorisé le processus de cicatrisation.

Anthrax de la lèvre supérieure traité par rœntgenthérapie. Guérison rapide

MM. Massabuau, Guibal, Joyeux et Souchon rapportent le cas d'un volumineux anthrax de la lèvre supérieure dont la guérison fut extrêmement rapide après deux séances de rœntgenthérapie.

Kyste de l'ovaire ou kyste du mésentère Difficultés du diagnostic

MM. Massabuau, Guibal, Joyeux et Souchon rapportent le cas d'un kyste du méso-sigmoïde. Ils insistent sur deux éléments essentiels pour établir un diagnostic exact :

1° La grande mobilité transversale de la tumeur avec mobilité réduite dans le sens vertical.

2° L'absence de signe pathologique sur l'image hystérographique.

Toulouse

Société de médecine

Syndrome coronaire antérieur

M. P. Mériel insiste sur l'utilité de déceler précocement par l'électro-cardiogramme la sclérose de l'artère coronaire antérieure qui se traduit par un bloc de la branche droite au faisceau de His. Cette atteinte artérielle entraîne aussi une sclérose de la paroi antérieure du ventricule gauche, ce qui explique l'irréductibilité de certaines insuffisances ventriculaires gauches chez les aortiques, les hypertendus. Certains médicaments comme la digitale paraissent contre-indiqués lorsque existe ce syndrome coronaire antérieur.

Fracture comminutive du coude

MM. R. et G. Charry présentent un malade âgé de 52 ans atteint d'une fracture comminutive grave du coude droit (éclatement de la tête radiale, fracture en soufflet de l'olécrane), qui a guéri avec une mobilité à peu près totale. Dans ce cas, le danger était l'ankylose en extension, position nécessitée en cas de traitement orthopédique pour la consolidation correcte de la fracture de l'olécrane. Les auteurs ont préféré intervenir chirurgicalement, en enlevant d'abord par voie antérieure les fragments éclatés de la tête radiale, et en pratiquant ensuite par voie postérieure une ostéosynthèse de l'olécrane. La mobilisation a pu être commencée précocement, le résultat fonctionnel est excellent.

Action de la sympathectomie lombaire

M. L. Dambrin, à la suite des recherches de Tiourikoff, Fulin et Bastien sur l'action de la sympathectomie sur la teneur en sucre, calcium et potassium des tissus, a entrepris des expériences et enlevé sur neuf chiens, le sympathique lombaire d'un côté. L'auteur croit pouvoir en conclure :

1° La sympathectomie lombaire élève fortement le taux du sucre dans les vaisseaux afférents du membre correspondant ;

2° La résection du premier ganglion lombaire paraît donner des résultats bien meilleurs que celle des 2e et 3e ganglions ;

3° Peut-être dans les gangrènes diabétiques, la sympathectomie produit-elle une diminution du stockage du sucre dans les tissus, phénomène qui, s'ajoutant à la vaso-dilatation classique, ne peut que donner de salutaires effets.

Image radiologique duodénale d'interprétation difficile

MM. Laporte et Darnaud présentent une radiographie montrant une image d'aspect diverticulaire au milieu de la 2e portion du duodénum et du côté interne. Cette image sensiblement ronde communique avec la lumière intestinale par un étranglement de quelques millimètres de long : son plus grand diamètre est un peu inférieur à un centimètre. On ne peut dire au point de vue radiologique et même en s'appuyant sur l'étude clinique du malade s'il s'agit d'un petit diverticule ou d'une ampoule de Vater anormalement distendue.

Fractures par balle restées méconnues

M. J.-P. Tourneux rapporte le cas d'une homme de 45 ans, blessé en 1914 par une balle qui pénétrant par la région cervicale gauche postérieure était sortie par la région axillaire droite après avoir fracturé la clavicule. Ce blessé accusant des phénomènes douloureux ainsi que de la gêne fonctionnelle dans les mouvements de la tête et du cou, il fut procédé à un examen radiologique de la colonne vertébrale qui montra l'existence de deux fractures restées méconnues et siégeant l'une sur l'apophyse transverse de la première vertèbre dorsale et l'autre sur la première côte, au niveau de sa tubérosité.

J.-P Tourneux.

Les Congrès

XXVe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

(Marseille, 10-12 novembre 1938)

Trois questions étaient à l'ordre du jour du Congrès : la spirochétose ictérigène ; les hypochlorémies et la thérapeutique des avitaminoses de l'adulte. Elles ont donné lieu à treize rapports dont les titres suivent :

I. *La spirochétose ictérigène*

1° La spirochétose ictéro-hémorragique, épidémiologie, formes ictériques, par le Professeur J. MONGES et J. OLMER (de Marseille) ;

2° Les leptospiroses anictériques : leptospiroses méningée, rénale et fébrile pures, par le Professeur J. TROISIER et le Professeur agrégé M. BARIÉTY (de Paris) ;

3° La spirochétose ictéro-hémorragique dans la France d'outre-mer, par MM. les médecins commandants BORDES et RIVOALEN, professeurs agrégés du Service de santé colonial.

II. *Les hypochlorémies*

1° Phénomènes physiopathologiques liés aux déficits chlorés, par les Professeurs L. AMBARD, J. STAHL et D. KUHLMANN (de Strasbourg) ;

2° Les hypochlorémies médicales, par le Docteur R.-S. MACH (de Genève) ;

3° Les hypochlorémies en clinique chirurgicale, par le Professeur BOURDE (de Marseille) ;

4° L'hypochlorémie post-opératoire, par les Professeurs BIGWOOD, MAYER et VAN DOOREN (de Bruxelles).

III. *Thérapeutique des avitaminoses de l'adulte*

1° Introduction à l'étude de la thérapeutique des avitaminoses, par le Professeur J. MOURIQUAND (de Lyon) ;

2° Les bases du traitement des avitaminoses A, par le Professeur A. CHEVALLIER (de Marseille) ;

3° Sur la thérapeutique des avitaminoses de l'adulte en pays tropical (béribéri, sprue), par le Professeur TOULLEC et le Docteur RIOU (d'Hanoï) ;

4° Thérapeutique de l'avitaminose C, par le Professeur agrégé A. GIROUX et le Docteur LEBLOND (de Paris) ;

5° La thérapeutique de la pellagre, par le Docteur J. NITZULESCU, Docent à la Faculté de médecine de Jassy (Roumanie).

6° La thérapeutique des avitaminoses D de l'adulte, par le Professeur H. WILLSTAEDT (d'Upsal, Suède).

La spirochétose ictéro-hémorragique. Epidémiologie, formes cliniques

Rapport de MM. J. MONGES et J. OLMER (Marseille)

Le rat constitue le réservoir principal du virus de la spirochétose ictéro-hémorragique. A côté des morsures de rats (étiologie assez rare), l'eau, la boue, la vase, infectées par les rats contagionnés jouent un rôle épidémiologique, et l'on a pu dire qu'il s'agissait d'une affection tellurique. Le plus souvent, d'ailleurs, le mode précis de contagion humaine reste incertain. La contagion paraît se faire par la peau (spirochétoses attribuées aux bains), par la voie respiratoire (muqueuse pituitaire), digestive (ingestion d'aliments contaminés par les rats).

La maladie est beaucoup plus sporadique qu'épidémique, particularité qui soulève le problème de la réceptivité individuelle.

La spirochétose ictéro-hémorragique est une septicémie dont les manifestations prédominantes sont généralement hépato-rénales.

Les formes ictérigènes comportent une variété commune : l'*ictère infectieux à rechute fébrile*. Son incubation est variable : six à huit jours (Martin et Pettit), cinq à sept jours ou moins de treize jours (Inada). Le début est brusque, comportant un syndrome infectieux et algique (céphalée, myalgies). Au bout de 2 à 4 jours, apparaît l'ictère, souvent « rouge flamboyant », souvent sans bradycardie, et des troubles rénaux, diurèse réduite, albuminurie, cylindrurie, hyperazotémie, qu'accompagne une réaction méningée variable. Avec l'ictère, la température commence à s'abaisser pour atteindre la normale au bout de trois à quatre jours. L'ictère s'atténue mais après une phase d'apyrexie de quelques jours survient la rechute fébrile, caractéristique de la maladie, sans retour des phénomènes hépato-rénaux. La réascension thermique se prolonge près d'une semaine.

Une seconde variété, rare en France, est l'*ictère grave spirochétosique*. Les signes généraux sont intenses. La mort survient du septième au douzième jour ; peu de ces malades guérissent.

Une troisième variété, rare également, l'*ictère bénin spirochétosique*, simule l'ictère catarrhal banal. Certains signes pourront y faire penser : ictère flamboyant, myalgies, troubles urinaires, azotémie élevée, signes méningés, conditions étiologiques (bains de rivière, morsure de rat). Les recherches biologiques, le séro-diagnostic fourniront des données

plus précises. L'ictère catarrhal simple est d'ailleurs beaucoup plus commun.

Autres formes cliniques : pseudo-lithiasique, pseudo-péritonéale, etc.

Complications : cardiaques, nerveuses (sciatique, paraplégies), oculaires (hyperémie conjonctivale, iritis, etc.).

Diagnostic : recherche du spirochète dans l'urine (infidèle) ; inoculation au cobaye ; séro-diagnostic de Martin et Pettit, à partir du huitième jour de la maladie, méthode d'une grande valeur pratique.

Pronostic : très grave au Japon où la mortalité atteint jusqu'à 48 %, beaucoup moins redoutable en Europe.

Thérapeutique : diète lactée, toni-cardiaques, sérum glycosé, alcalins, sérum de Martin et Pettit, d'efficacité variable, utilisable seulement au début de la maladie et dans les formes graves.

Prophylaxie : destruction des rats. La vaccination ne paraît pas utile en Europe. Sérothérapie préventive si la contamination est indéniable.

Les leptospiroses anictériques

Rapport de MM. Jean Troisier et M. Bariéty

Les déterminations méningées de la spirochétose ont été étudiées dès 1916 par Costa et Troisier. Elles s'appuient sur le fréquent méningotropisme des spirochétidés. A côté de la leptospirose méningée, se placent peut-être d'autres modalités de la spirochétose anictérique, une leptospirose rénale et une leptospirose fébrile pure. Notons que le mot leptospirose désigne simplement une infection par le spirochète d'Inada (Noguchi a proposé le terme de leptospire pour caractériser la minceur du spirochète en question).

1° *Leptospirose méningée.* — Son début a lieu brusquement par de la céphalée, de la rachialgie, une fièvre élevée. A la période d'état, la céphalée est violente, les vomissements, les myalgies sont fréquents. On note de la raideur de la nuque, souvent un signe de Kernig, de l'herpès. L'injection irido-conjonctivale, notée ici, et rarement rencontrée dans d'autres méningites, offre une réelle valeur séméiologique. Le liquide de ponction lombaire est clair, avec peu d'albumine mais hypercytose.

Le pronostic est bénin, la maladie ayant toujours guéri. La convalescence, toutefois, est longue.

Le diagnostic s'appuiera sur l'inoculation au cobaye, du deuxième au sixième jour de la maladie, de liquide céphalo-rachidien et de sang.

2° *Leptospirose rénale.* — MM. Merklen et Gonnelle ont soulevé, dans quelques observations, l'hypothèse de l'origine spirochétosique de certaines néphrites.

3° *Leptospirose fébrile pure.* — La leptospirose peut ne se traduire en clinique que par l'hyperthermie (Troisier, Bariéty et Macroz, Kourilsky et Mamou). L'injection conjonctivale serait un signe d'orientation du diagnostic.

Phénomènes physiopathologiques liés aux déficits chlorés

Rapport de MM. Ambard, Stahl et Kuhlmann, de Strasbourg

La clinique montre qu'un déficit chloré s'accompagne de troubles pathologiques. Mais l'on peut se demander si ces troubles sont liés directement à la chloropénie ou s'ils sont provoqués par une autre cause dont le déficit chloré ne serait que le témoin.

Les rapporteurs adoptent cette dernière opinion. Ils ont étudié aussi la question des hypochlorémies sans chute du sodium et des hypochlorémies avec chute du sodium, pour lesquelles une semblable interrogation se pose.

Les hypochlorémies médicales

Rapport de M. René S. Mach, de Genève

Chez le sujet normal existe un état d'équilibre chloré et la chlorémie est fixe. Dans certains cas pathologiques, l'organisme perd par voies diverses (digestive, rénale, cutanée) plus de Na Cl qu'il n'en absorbe et il en résulte au niveau du sang un état déficitaire qui se traduit par une baisse de la chlorémie. Il faut tenir compte, en la matière, du chiffre du chlore sanguin et de la masse liquidienne sanguine totale.

D'après les travaux américains, chez un homme de 70 kilos, il y a 50 litres de liquide comportant deux parties, l'une extracellulaire (sang, lymphe, liquide interstitiel) de 15 litres, l'autre intra-cellulaire de 35 litres. La perte d'un organisme en sel se fait aux dépens du NaCl dissous dans le liquide extra-cellulaire. Par le rétablissement de l'équilibre osmotique, du liquide extra-cellulaire passe vers l'intérieur des cellules, d'où une anhydrémie.

L'auteur envisage les hypochlorémies par déchloruration, les hypochlorémies sans déchloruration et les hypochlorémies mixtes. Dans les premières se rangent les hypochlorémies par vomissements, par sténoses du pylore, par diarrhées, par sudation, de l'ascite ponctionnée, de la maladie d'Addison, etc... Dans les secondes se groupent l'hypochlorémie de la pneumonie, celle des néphrites, des brûlés, des états post-opératoires.

L'hypochlorémie en clinique chirurgicale

Rapport de M. Y. Bourde, de Marseille

L'hypochlorémie est, en clinique chirurgicale, une notion intéressante, théoriquement et pratiquement. Elle se rencontre, d'une façon particulière, dans les états de choc traumatique, les brûlures étendues, la maladie des rayons, l'occlusion intestinale, en chirurgie urinaire, etc... Il serait hasardé, toutefois, de considérer les grands syndromes observés en pareils cas comme résultant de l'hypochlorémie. La toxémie, dont la signature humorale comporte également l'hyperazotémie et l'hyperpolypeptidémie, est à

l'origine de l'hypochlorémie, celle-ci apparaissant comme la traduction de la lutte anti-toxique de l'organisme. L'hypochlorémie offre aussi un intérêt clinique général. Elle aggrave le syndrome toxique par son rôle propre dont le plus important est sans doute de troubler la fonction secrétrice rénale. D'où l'intérêt, en thérapeutique, de la rechloruration, quelquefois préventive.

L'hypochlorémie post-opératoire

Rapport de MM. BIGWOOD, L. MAYER et VAN DOREN, de Bruxelles

Pour les rapporteurs, on a exagéré la fréquence et l'importance de l'hypochlorémie post-opératoire. Il ne s'ensuit pas que la rechloruration soit une thérapeutique à rejeter, mais des recherches nouvelles seraient nécessaires pour préciser les données de ce problème.

Thérapeutique des avitaminoses de l'adulte. Introduction à la thérapeutique des avitaminoses

Rapport de M. Georges MOURIQUAND, de Lyon

Il importe de distinguer les avitaminoses des maladies par carence. Les premières répondent surtout à des données expérimentales, les avitaminoses pures n'étant obtenues que dans les laboratoires grâce à des régimes particuliers comportant la suppression d'une vitamine déterminée. Dans les maladies par carence, les éléments étiologiques sont complexes, la carence portant non seulement sur les vitamines mais sur d'autres substances minimales, sur plusieurs vitamines en même temps, sur des provitamines, des acides aminés indispensables, etc.

L'auteur envisage les précarences, les carences frustes, les avitaminoses inapparentes, les carences alimentaires, digestives, nutritives, les rapports des hormones et des vitamines.

Les bases du traitement des avitaminoses A

Rapport de M. André CHEVALLIER, de Marseille

L'avitaminose A complète présente, chez l'adulte, des signes nombreux : xérophtalmie, déshydratation cutanée, hyperkératose, hypochlorhydrie, hypotension et pigmentation de la peau rappelant l'addisonnisme. Cet ensemble de troubles, rarement observé en Europe, se voit encore dans les pays où l'alimentation est déficiente et où l'on n'utilise que les graisses végétales (les Indes).

A côté de cette forme complète, existent des états de carence incomplets, inapparents en ce sens qu'ils ne deviennent vraiment pathologiques qu'à l'occasion d'une cause occasionnelle (changement brusque de température, opération chirurgicale, etc.).

La thérapeutique, dans les carences primitives, comportera le retour à un régime comprenant des carotènes et de la vitamine A proprement dite (lait, beurre frais). Dans les carences secondaires, où l'absorption intestinale de la vitamine A est défectueuse, on administrera cette vitamine par voie parentérale.

Thérapeutique des avitaminoses de l'adulte en pays tropical : béribéri ; sprue

Rapport de M. M F. TOULLEC et M. RIOU

Le *béribéri*, observé chez l'indigène en Extrême-Orient est lié à un apport insuffisant en vitamine B, conséquence des modifications que subit le riz avant sa consommation. Le déséquilibre alimentaire dont souffre ainsi l'Annamite peut être amendé par des aliments d'origine animale (poissons, lait, viandes). L'administration de la vitamine B résume la thérapeutique spécifique.

La *sprue* atteint les Européens habitant les colonies d'Extrême-Orient. On lui appliquera un régime surtout végétarien et de fruits, des injections d'acide ascorbique.

Thérapeutique des avitaminoses C

Rapport de MM. A. GIROUD et C.-P. LEBLOND

Les avitaminoses C seront traitées par l'acide ascorbique à doses fortes, en utilisant plutôt la vitamine synthétique par voie buccale ou parentérale. L'acide ascorbique a d'ailleurs une toxicité très faible. A titre préventif, la dose de vitamine nécessaire à un adulte, qui est d'environ 50 mgr. par jour, peut être fournie par l'ingestion de deux oranges, de 30 gr. de cresson ou de 250 gr. de petits pois.

La thérapeutique de la pellagre

Rapport de M. NITZULESCU, de Jassy

La pellagre, maladie des populations pauvres, probablement avitaminosique, est fréquente en Roumanie. Le rôle pathogénique du maïs, est, dans cette affection, très probable. Aussi, la réduction de la consommation de maïs — et son remplacement par le blé — est-elle à recommander en pareil cas. Les travaux de ces dernières années sur les vitamines, l'emploi de la levure de bière, de l'acide nicotinique, semblent permettre d'espérer une thérapeutique médicamenteuse assez efficace.

La thérapeutique des avitaminoses D de l'adulte

Rapport de M. WILLSTAEDT, d'Upsal

Les vitamines D sont des agents calcifiants. On peut attribuer aux avitaminoses D un rôle dans certaines fractures anormales, l'ostéomalacie, les tétanies, les caries dentaires, etc... Les habitants des régions méridionales, ensoleillées, ont des besoins en vitamines D bien moindres que les habitants des pays du Nord.

P. LACROIX.

Les Livres

Les autres chez nous, par Emile Pouresy, lauréat de l'Institut. Un volume de 300 pages, avec un portrait, 15 francs franco, chez l'auteur, à Saint-Antoine-de-Breuilh (Dordogne). Chèques postaux : Bordeaux 81-32.

Le nom d'Emile Pourésy évoque quarante années de luttes contre l'immoralité publique et de tournées de conférences faites aux auditoires les plus divers, notamment aux jeunes soldats, en vertu d'une mission que lui avait donnée le ministre de la Guerre. Que de fois il a rappelé la dure condition que les vices des hommes font aux jeunes femmes qui en sont les victimes et les responsabilités morales qui pèsent sur les auteurs ou les profiteurs de l'immoralité ; que de fois aussi, il a insisté sur les conséquences familiales, sociales ou nationales de l'état de choses actuel !

Mais E. Pourésy n'est pas seulement un moraliste et un grand orateur populaire ; c'est aussi un observateur de la nature et un écrivain délicat. Le premier volume qu'il a consacré à la vie et aux mœurs des animaux, volume intitulé « Eux et nous », a connu un tel succès que la librairie Hachette vient d'en publier une deuxième édition (20 francs). Le volume actuel, fruit des observations de l'auteur sur le littoral de la Saintonge, est consacré surtout aux oiseaux et aux petits animaux dits sauvages, qui vivent autour des habitations humaines, dans les jardins, dans les bosquets. Sans atteindre la précision de celles de Fabre, ses constatations s'apparentent aux descriptions de celui-ci. Mais, habitué à observer l'humanité, E. Pourésy mêle à ses récits bien des réflexions sur les rapports réciproques des hommes et des petits animaux, pas toujours à l'honneur des premiers !

Les amis de la nature et des animaux auront grand plaisir à lire ce livre.

M. Perrin.

J.-B. Baillière et Fils
19, rue Hautefeuille

Dr Charles Ruppe, chargé du cours de stomatologie à la Faculté de Paris. — **Pathologie buccale**. Un vol. 282 pages avec 17 fig., 7e édition 1938. Prix : 48 francs.

Dans cette septième edition, le Docteur Ruppe a revu, modifié et complété le texte de l'édition précédente.

Chaque chapitre est établi sur le type suivant : d'abord une esquisse de pathologie générale, puis un exposé détaillé des maladies communes et enfin une étude succincte des maladies rares.

Pour ne pas surcharger le livre d'une longue bibliographie, est seulement indiqué l'article ou la thèse dans lequel le lecteur pourra trouver toutes les indications utiles pour ses recherches.

Les sept chapitres sont consacrés : aux malformations congénitales de la bouche, aux tumeurs et fistules congénitales, aux affections traumatiques, aux maladies des maxillaires, à la pathologie de l'articulation temporo-maxillaire, aux maladies des glandes salivaires et aux maladies de la muqueuse buccale.

Gaston Doin et Cie, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris (VIe)

L. Rimbaud, professeur de la clinique médicale de la Faculté de médecine de Montpellier. — **Précis de Neurologie**. 2e *édition revue, corrigée et augmentée.* Collection Testut. Un vol. in-8° de 910 pages, avec 220 figures en noir et en couleurs. Cartonné : 235 francs.

Le Professeur L. Rimbaud a bien voulu déjà nous honorer de sa collaboration et nous recommandons avec plaisir la lecture de ces pages, indispensables à la formation ou au perfectionnement de tous ceux qui veulent posséder des données complètes sur l'art de guérir.

Cet ouvrage, en sa nouvelle édition, a été mis rigoureusement au courant des plus récents progrès de la neurologie clinique. Les principales maladies de l'encéphale, de la moelle, des nerfs périphériques, les névroses, y sont très complètement étudiées.

Les études consacrées aux troubles vasculaires encéphaliques, aux tumeurs cérébrales, aux encéphalites aiguës, aux voies de la sensibilité médullaire, aux polynévrites, et à l'hystérie méritent toute l'attention. Des chapitres spéciaux ont été consacrés aux spasmes vasculaires cérébraux, aux syndromes neuro-anémiques, aux méningites lymphocytaires bénignes, aux arachnoïdites.

La partie iconographique a été renouvelée et complétée par des documents personnels.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

■ ■ ■

LA FOIRE AUX TITRES

C'est encore à la médecine collective et aux Assurances sociales en particulier, que nous allons être redevables des dispositions nouvelles et des transformations de nos formules habituelles qui vont, aboutir à *qualifier les spécialistes.*

Pourquoi tout d'un coup ce besoin de mettre une étiquette sur chacun ? Alors que depuis longtemps la spécialité existe avec ses bons et ses mauvais représentants, avec ceux qui ont passé de longues années à s'instruire et savent leur métier tandis que les autres n'ont qu'une éducation sommaire et se lancent dans la spécialité parce qu'ils sont incapables de faire de bons praticiens de médecine générale. Pourquoi avec des formations aussi différentes, sanctionnées par des concours, par des titres, par des travaux est-il nécessaire d'ajouter encore une qualification ?

L'explication est simple :

Les organisations de soins qui prévoient des examens par des spécialistes, qui paient pour ces examens des tarifs spéciaux se rendent compte d'avoir été trompés par des titres qui pour paraître ronflants ne signifiaient pas grand'-chose, elles ne savent pas reconnaître ceux qui ont de la valeur de ceux qui n'en ont point ; et c'est pour éviter de se méprendre et de voir leur confiance abusée qu'elles se tournent vers nos organisations professionnelles, vers les dirigeants de nos Facultés et de nos écoles en réclamant une qualification dont il ne soit point possible de se parer indûment.

Ainsi posé, le problème apparaît beaucoup plus simple qu'il ne l'est devenu, parce que c'est nous qui l'avons compliqué à plaisir, en cherchant des solutions qui plaisent à tous, même à ceux contre lesquels l'action est précisément entreprise.

Le spécialiste était primitivement un docteur en médecine qui après avoir suivi le cycle normal des études médicales, aboutissant au doctorat, prolongeait volontairement ces études qui au lieu d'avoir une durée de cinq à six ans en comportaient huit à dix, selon l'importance et la difficulté de la branche spécialisée qu'il voulait exercer.

La formation du spécialiste ainsi comprise avait une base solide, elle comportait avant l'étude des techniques spéciales, une connaissance approfondie des diverses branches de la pathologie générale, de la pathologie externe, de la pathologie interne, de l'anatomie, de la physiologie, et si le renom du médecin spécialiste à un moment a été grand, s'il lui a été possible de réclamer des honoraires plus élevés, c'est qu'il réalisait **le type du médecin complet,** instruit, ayant fait de solides études, et qu'il s'installait déjà avec une expérience acquise auprès de maîtres éminents.

Cette supériorité du spécialiste n'a pas été sans échapper à des esprits pratiques, pressés de réussir, qui ont compris, qu'il était facile de se dire spécialiste, en escamotant justement la partie essentielle de la formation du spécialiste, et tout ce qu'il y avait de rebutant dans des études longues et sévères. Comme aucune disposition légale ne les empêchait de le faire, comme aucun examen probatoire ne leur barrait la route, ils se sont qualifiés eux-même spécialistes, souvent en faisant état vis-à-vis de la clientèle, d'un titre qui ne signifiait rien.

Il est dommage que notre profession n'ait pas voulu assurer la protection de titres, qui représentaient pour les malades et aussi pour les collectivités un moyen commode de fixer leur opinion et de juger sinon de la valeur scientifique et morale du médecin, du moins de la qualité des études qu'il avait faites.

La défense du titre si souvent réclamée dans nos journaux, dans nos Bulletins syndicaux, Lucien Michel la réclamait encore dans un des derniers Bulletins syndicaux du Rhône ; pour lui elle suffisait à assurer la qualification du spécialiste, car que se passe-t-il en pratique ?

« ... Habituellement le médecin qui fait état d'une spécialisation en accompagne la mention, l'appuie en quelque sorte, de « titres » la justifiant. Or si beaucoup de ces titres sont non seulement réels, mais aussi de valeur reconnue, il en est trop qui sont soit de pure fantaisie, soit fondés sur des bases par trop légères, soit surtout rédigés volontairement dans un but de confusion, constituant de véritables contrefaçons et de pures escroqueries.

Ce que dit mon ami Lucien Michel est l'expression même du bon sens et la police des titres

doit être faite dès maintenant par nous tous, par nos journaux, par nos revues, par nos Syndicats qui doivent refuser d'insérer des titres de pacotille, créés uniquement pour donner le change et pour faire naître dans l'esprit du malade une confusion. Il serait facile d'en établir la liste, en se limitant strictement à ceux qui sont donnés au concours.

Les uns sont universitaires, attribués après des épreuves sévères constituant des sélections entre les meilleurs, ce sont ceux de professeur de Faculté, de professeur agrégé, de chef de clinique, ils doivent toujours être suivis du nom de la Faculté où ils ont été conquis. Les autres sont hospitaliers, leur valeur est souvent fonction de la ville où ils sont exercés, seuls ceux qui sont donnés au concours doivent être retenus, tels celui de médecin, de chirurgien, d'accoucheur, d'ophtalmologiste, d'oto-rhino-laryngologiste, d'électro-radiologiste, de stomatologiste des hôpitaux ; il serait à souhaiter que ces nominations représentent vraiment une élite et soient toujours faites parmi d'anciens internes des hôpitaux nommés au concours, car comme je l'ai maintes fois écrit, c'est le concours de l'internat aussi bien à Paris qu'en Province qui fait la sélection des étudiants au cours des études médicales et élève vraiment le niveau des études en permettant l'intimité des maîtres. S'il avait été possible d'intégrer l'internat des hôpitaux dans les règlements et les concours des Facultés, bien des difficultés qui se posent aujourd'hui n'auraient jamais été soulevées.

La défense du titre d'ancien interne est celle qui aurait dû être poursuivie avec le plus d'opiniâtreté et il est regrettable que l'Association des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris n'ait jamais montré beaucoup d'ardeur dans l'action et n'ait pas su tendre la main aux internats des villes de Faculté qui l'auraient certainement appuyée dans la lutte pour la protection du titre.

Actuellement, à côté de cet internat que je dirais *officiel*, en sont nés des multitudes, et il est exceptionnel qu'un médecin s'installant ne puisse faire suivre son nom du titre d'interne d'un hôpital quelconque.

Du point de vue professionnel cette nécessité d'un temps passé comme interne dans un hôpital est chose excellente, notre directeur l'a souvent ici réclamée comme obligatoire pour tout étudiant avant son installation, mais la confusion née de tous ces internats a rendu impossible la distinction. Pratiquement, pour un non-initié, la distinction entre la valeur de tous ces titres d'interne est devenue impossible et il faut renoncer à chercher à revaloriser ceux qui constituaient pour les malades et pour les collectivités une garantie certaine.

Se rendant compte de la dépréciation subie de ce fait par le titre d'interne des hôpitaux des grandes villes de Facultés : Paris, Lyon, Strasbourg, Bordeaux, Lille, Montpellier, Alger, Toulouse, Nancy et aussi Marseille la dernière venue, les anciens internes ont cherché à conquérir dans les services hospitaliers les fonctions d'assistants, dans les cliniques de la Faculté, les titres de chefs de cliniques et là encore nous avons assisté au pillage de ce qui pouvait encore constituer une qualification.

Les assistants sont légion, il suffit presque d'avoir assisté une fois à une leçon ou à une opération pour se parer du titre ; des étudiants qui n'ont jamais pu être externes sont assistants, alors qu'en principe ce titre était important, il signifiait l'adjoint du chef de service, son adjoint pour la direction de certaines parties du service ; il était officiellement reconnu à Paris par une lettre de service émanant du Directeur de l'Assistance publique. Actuellement est assistant qui veut, la fonction n'est pas rémunérée, elle n'est pas limitée, et chaque externe, chaque stagiaire, chaque étudiant peut se considérer comme assistant du service.

Pour ce qui est du clinicat, là encore les erzats sont nombreux, il suffit d'avoir exercé dans une de ces polycliniques ou cliniques privées qui sont légion pour se donner, comme ancien directeur de clinique, attaché à la clinique que sais-je encore ; l'imagination arrive à produire des titres si ronflants, si bien sonnants qu'on est stupéfait devant les réalisations qu'on a parfois sous les yeux. Cette foire aux titres serait ridicule, si toujours, elle ne cachait une duperie, un moyen de tromper et c'est cela dont les collectivités se sont aperçu à leurs dépens, c'est cela qu'elles dénoncent à grands cris, en réclamant la qualification du spécialiste.

La police de la profession nous devons avoir le courage de la faire nous-mêmes, nous ne devons pas attendre qu'elle soit imposée, ce qui est un peu humiliant, à tout le Corps médical.

Nos Syndicats nationaux, nos sociétés scientifiques devraient avoir le courage de porter le fer rouge où il le faut, de se séparer de ceux qui se parent de titres d'occasion, de le leur dire même avec rudesse, de ne pas les porter à des places trop en vue, d'éviter d'en faire des dirigeants.

Si parmi les médecins de valeur quelques uns ont des titres et beaucoup aussi n'en ont point, il est rare qu'on trouve des hommes éminents parmi ceux qui se parent de titres empruntés, car souvent le faux-nez cache une vilaine figure et la tromperie est vite démasquée.

En réglementant notre profession, en mettant de l'ordre dans nos valeurs médicales, nous éviterons de voir prendre contre nous des mesures administratives, et nous montrerons que nous sommes assez grands, pour nous gouverner nous-mêmes.

Dr Raphaël MASSART.

LA LUTTE CONTRE LA SYPHILIS

RÔLE DU MÉDECIN A L'ÉCOLE, A L'USINE, DANS LA SOCIÉTÉ

La mission sociale du médecin ne consiste pas seulement à soulager, sinon à guérir les maladies : il doit aussi les prévenir, surtout lorsque ces dernières, de par leur contagiosité, ou les dangers qu'elles font courir à la sécurité publique, doivent être dépistées, pour les rendre inoffensives pour le malade et pour autrui. C'est sous cet angle que nous allons étudier quel doit être le rôle du médecin, lorsque ses fonctions professionnelles l'appellent dans une collectivité publique, ou privée, pour examiner et traiter des malades avérés, ou qui ignorent leur affection morbide.

A l'école

Soit dans son cabinet, soit dans une institution publique, ou libre, le praticien constate fréquemment, tant chez les élèves que chez les maîtres, des signes de maladies transmissibles. Les plus redoutables, parmi ces dernières, sont celles qui, sans signes extérieurs apparents, permettent aux porteurs de germes de répandre la contagion autour d'eux.

Je n'insiste par sur les infections provoquées par des porteurs de bacilles diphtériques, dont le dépistage est assez aisé : je préfère n'aborder aujourd'hui que la contagiosité de la syphilis parmi les écoliers. Que d'enfants présentent des lésions des lèvres inguérissables, qu'en hiver on met sur le compte du froid extérieur. Que de maux de gorge interminables qui, cependant, découlent d'une infection syphilitique méconnue.

La propagation du tréponème se fait par ces sucettes qui passent de bouche en bouche, voire même par le crayon qui est prêté et qu'on humecte de salive pour le faire mieux écrire.

Le médecin doit donc diagnostiquer, instituer un traitement, vérifier la guérison et empêcher la diffusion des germes.

Certes, l'inspection médicale des écoles permet de prévenir les familles d'avoir à faire traiter l'enfant par leur médecin habituel ; mais que faire lorsque lesdites familles se refusent à croire à la contagiosité et s'obstinent dans une indifférence complète, en ce qui concerne le traitement à faire suivre ? Lié par le secret professionnel, le médecin traitant est souvent désarmé, tandis que le médecin inspecteur des écoles, qui représente la puissance publique, dont il a reçu le mandat de contrôler l'état de santé des écoliers, peut faire son rapport à l'autorité, dont il est le mandataire, et prévenir également le chef d'institution (proviseur ou principal de collège) pour que des mesures de protection soient prises contre l'enfant contagieux, que les parents ne veulent pas faire soigner.

Pour la protection de la santé publique, le médecin doit être un éducateur. Dans ce cas particulier, il lui appartient de se montrer persuasif, pour vaincre l'obstination de certains parents, qui se refusent à admettre que leur enfant puisse présenter des signes de syphilis héréditaire, ou acquise. La mission sociale de celui qui est le confident nécessaire des familles exige beaucoup de tact et de doigté, pour faire comprendre aux parents leurs devoirs envers leur petit écolier, aussi bien que vis-à-vis des camarades de classe.

Education sexuelle

Le médecin peut être appelé à renseigner son jeune auditoire sur les dangers des contagions vénériennes. C'est une tâche bien ardue, fort délicate, qui est appelée à rendre d'immenses services. Aussi une Circulaire ministérielle du 14 septembre 1937 prévoit-elle l'organisation de conférences aux écoliers de seize ans. Il en est de même dans les écoles normales, qui sont appelées à former les instituteurs, ces éducateurs de l'enfance. Egalement sont souvent organisées des conférences de ce genre tant au régiment que dans des sociétés sportives. Les familles même consultent le médecin pour savoir comment éclairer l'enfant, au moment de sa puberté, sur les dangers d'une contagion vénérienne.

Que peut, que doit faire le médecin, auquel est ainsi confiée une tâche délicate d'éducateur de l'enfance et de la jeunesse ?

Dans les familles, j'ai personnellement employé le procédé suivant. Je prêtais au père un petit livre sur l'éducation sexuelle, celui publié en 1920 par le Professeur Calmette. Le père laissait traîner ce livre dans la chambre de son fils, lequel ne tardait pas, par une curiosité bien naturelle, à le lire et à en faire son profit, souvent même à le prêter à des camarades de classe.

Mais, le praticien qui doit faire une ou plusieurs conférences, que doit-il dire ? Que ne doit-il pas aborder ? Cela dépend surtout de l'auditoire qu'on a devant soi : on ne parlera pas à de jeunes soldats comme on le ferait à des garçons de seize ans, voire même à des jeunes filles. En dehors d'une description plus ou moins sommaire des signes et de la contagiosité de la syphilis, ou de la blennorragie, il convient de préciser les modalités de contagion, surtout en ce qui concerne le coït.

Notre civilisation quelque peu hypocrite jette un voile pudique sur ce qui est la génération et cependant, il faut lever ce voile, vis-à-vis de ces jeunes adolescents pubères, pour leur apprendre scientifiquement ce qu'ils ne tarderont pas à connaître empiriquement (à moins qu'ils ne le sachent déjà) par des camarades plus avertis, sinon par une initiatrice porteuse de germes.

Certes, suivant la qualité de l'auditoire, il conviendra de parler à mots couverts de la copulation elle-même, de la fécondation : le système végétal, le règne animal permettent des allusions que, principalement dans les campagnes, les enfants ont déjà remarquées et sur lesquelles ils sont renseignés.

Parler de la fécondation permettra de dire les conséquences familiales et sociales des naissances illégitimes, cependant que le conférencier devra aborder les procédés d'hygiène préventive tant par l'habitude de lavages intimes, avant et après le coït, que sur l'emploi de pommades préventives, telles que celles dont le Docteur Gauducheau a donné la formule et qui, par l'utilisation du thymol et du calomel, permet de stériliser un contact infectant avant que les germes aient pu pénétrer dans l'organisme.

Cette question de l'éducation sexuelle préoccupe de plus en plus les pères de famille, qui sont reconnaissants à leur médecin de les aider à préserver le jeune adolescent contre des infections, qui souvent peuvent empoisonner toute sa vie. Voilà pourquoi les sociétés savantes et principalement la Société française de prophylaxie sanitaire et morale mettent cette question à leur ordre du jour, en attendant que les Pouvoirs Publics, faisant passer l'avenir de la race et la protection de la santé publique avant des considérations de pudeur mal comprise, puissent organiser des conférences publiques, avec programme arrêté par des éducateurs médicaux compétents, afin de mettre en garde nos jeunes gens contre toutes les infections qui compromettent la destinée de notre race et la santé individuelle de notre belle jeunesse.

A l'usine — Dans les collectivités ouvrières

Dans son cabinet, ou au domicile du malade, le médecin peut être conduit à constater des signes de syphilis contagieuse, ou des lésions tardives, principalement nerveuses de syphilis, susceptibles de provoquer de graves désordres sociaux. Dans ces cas, lié par le secret professionnel, le médecin ne peut pas révéler au chef d'entreprise la nature exacte de la maladie de l'ouvrier ou employé ; mais il doit user de toute son influence et de sa persuasion auprès de celui-ci pour obtenir que le malade puisse se soigner, afin de ne pas constituer un danger social, vis-à-vis de ses camarades d'atelier ou de ses concitoyens.

J'envisage ici la syphilis des verriers, ou les conséquences d'un tabes, d'une paralysie générale au début, constatée chez un conducteur de camion, d'autocar ou d'automobile. Chez les verriers, le passage de bouche en bouche de la canne de soufflerie permet la propagation des lésions primaires ou secondaires. Chez les conducteurs de véhicules, la diminution des réflexes, les troubles cérébraux peuvent provoquer des accidents, voire même des catastrophes.

Voici pourquoi des industriels avertis ont organisé, dans leurs usines ou grands magasins, des visites périodiques de santé et de dépistage, examens pratiqués par des médecins compétents. Disons de suite que, désignés par ces patrons, les praticiens examinateurs ne sont nullement liés par le secret professionnel au regard des ouvriers et employés, puisqu'ils ne sont pas les médecins traitants de ces salariés. Ils doivent dire toute la vérité à leurs commettants, c'est à dire aux chefs d'entreprise, pour le compte desquels ils effectuent leurs examens destinés à écarter de l'embauchage tout candidat impropre pour raison de santé au travail qu'on veut lui confier. Egalement ils doivent rendre compte des maladies, ou lésions qu'ils constatent chez certains employés, ouvriers de la firme, pour faire soigner ces derniers, ou rompre leur contrat de travail, s'ils devaient devenir un danger pour leurs camarades, ou pour autrui.

Les examens avant l'embauchage sont obligatoires dans certaines entreprises publiques ou privées, telles que la Compagnie du chemin de fer du Midi. Cela permet au chef d'entreprise de n'utiliser qu'une main-d'œuvre idoine du point de vue santé. D'ailleurs, certaines sociétés, telles que la T. C. R. P. (Société des transports en commun de la région parisienne) ont institué des examens dits d'orientation professionnelle. Les candidats aux diverses fonctions sont soumis à des épreuves diverses, qui permettent de déterminer leurs aptitudes aux emplois sollicités. C'est ainsi que les chauffeurs, qui postulent l'emploi de conducteurs et machinistes d'autobus à Paris sont examinés du point de vue des réflexes plus ou moins rapides qu'ils présentent aux sons, aux couleurs, aux bruits, voire même aux obstacles subits qui surgissent artificiellement devant eux.

Il en est de même pour les mécaniciens qui conduisent des locomotives de chemins de fer, des aiguilleurs, ou tous autres agents, dont la santé physique et intellectuelle peut avoir, si elle est déficiente, des conséquences terribles pour la sécurité des voyageurs.

Voilà pourquoi nombreux sont ceux qui estiment que des examens périodiques de santé devraient être pratiqués chez les conducteurs d'automobile. Les séquelles nerveuses de syphilis, les maladies organiques, telles celles du cœur, peuvent être la cause d'un accident, par suite d'un malaise subit, ou même d'une mort imprévue, ou d'une absence intellectuelle momentanée du conducteur.

Disons enfin que certaines Compagnies américaines d'assurances sur la vie délivrent à leurs assurés des bons gratuits d'examens complets de dépistage des maladies. Certes, ces assurés ne sont nullement contraints de passer ces visites de santé ; mais la gratuité les incite à vouloir connaître si nulle maladie cachée ne peut les menacer et diminuer la durée de leur vie. C'est donc un bon placement que font ainsi les Compagnies d'assurances sur la vie, en retardant autant que possible la date de la mort de la plupart de leurs assurés, reculant ainsi les échéances du capital à verser aux héritiers.

Ce souci de prévenir les maladies se retrouve dans la législation des Assurances sociales. Aussi bien l'article 4 § 11 de la loi du 30 avril 1930 que l'article 6, §§ 16 et 17 du décret loi du 8 octobre 1935 prescrivent aux Caisses d'inscrire dans leur règlement intérieur la manière dont seront dispensés les soins préventifs. Par ces termes, il faut entendre non seulement les soins prophylactiques, mais aussi les traitements qui ont pour objet d'enrayer le développement d'une maladie déjà déclarée. Ajoutons que l'assuré peut obtenir de sa caisse, tous les cinq ans, l'autorisation de subir un examen de santé. D'ailleurs des Circulaires et arrêtés ministériels engagent les Caisses à se tenir en liaison avec les organismes de prophylaxie et d'hygiène sociale.

Le rôle social du médecin dans la lutte et le dépistage de la syphilis

Nous avons envisagé quelques cas particuliers, dans lesquels le médecin peut être appelé, par un chef d'institution, par un chef d'entreprise, à prendre une part active dans le dépistage et la prophylaxie de la syphilis. Nous pouvons étendre la question et l'envisager sous un angle plus général, en considérant quelle est la mission sociale du médecin dans la société moderne. Guérir, soulager les individualités malades est un but très utile en soi ; mais il serait incomplet si l'on ne faisait pas entrer le devoir de protéger la collectivité.

Dans ses rapports avec les familles, avec les organismes sociaux divers, le médecin ne doit pas perdre de vue que seul il a la compétence et la science nécessaires pour enrayer la contagion de la syphilis et pour la dépister, lorsqu'elle est muette, ou cachée, ignorée même du porteur.

Au médecin de savoir convaincre le malade d'abord, puis son entourage familial, ou de travail, de la propagation possible de ce mal terrible, de ses conséquences immédiates, ou lointaines chez celui qui ne veut pas se soigner ou qui se soigne mal.

Au médecin encore la tâche délicate de diagnostiquer une syphilis ignorée, muette, qui peut être encore transmissible ou qui peut retentir si durement sur la conduite à bien d'une grossesse, sur l'enfant lui même. D'où la nécessité d'insister sur les contages sexuels, comme sur l'hérédité occulte.

Le praticien doit savoir que, pour le traitement, des mesures réglementaires ont été prises par les Pouvoirs publics, pour mettre à la disposition des praticiens des centres de diagnostic et de traitement, ou l'octroi de médicaments antivénériens, pour permettre de traiter le malade au cabinet du médecin, au domicile du client, sans ébruiter le diagnostic. Rappelons à ce sujet les termes du décret du 31 décembre 1936, sur les dispensaires et les centres antisyphilitiques.

Au médecin incombe la tache sociale d'organiser la prophylaxie, tant dans les familles que dans les collectivités privées ; ce sont ses conseils au malade, ses recommandations prudentes à la famille, ou au patron de l'ouvrier, qui permettront de circonscrire le mal et par suite la contagion.

Mais se pose alors un très gros problème : le médecin traitant est lié par les obligations très strictes de l'article 378 sur le secret professionnel : parce qu'il est le confident nécessaire de son malade, le praticien doit se taire *erga omnes* sur tout ce qu'il a pu apprendre, deviner, surprendre dans l'exercice de sa profession. Comment dès lors avertir les familles, où le chef d'industrie sur les dangers que peut faire courir un malade contagieux ?

La déclaration officielle de la syphilis, à l'instar de la plupart des maladies transmissibles, n'est pas encore obligatoire, par un texte de loi. D'autre part, l'applicabilité des peines prévues par les articles 319 et 320 du Code pénal, sur les homicides et blessures involontaires, n'est possible que dans des cas fort rares. Aussi le praticien doit-il apporter beaucoup de prudence et de réserve dans la mission sociale de prophylaxie, qui se heurte aux devoirs du silence envers l'individu contagieux.

Il faut être suffisamment persuasif pour démontrer au syphilitique lui-même, sans toutefois

l'effrayer outre mesure, de quelle manière il risque de transmettre son mal à ceux qui l'entourent. Il convient de prévenir l'autre époux, sous des prétextes divers, d'avoir à se faire examiner de temps à autre, pour s'assurer de la non-contagion conjugale ; au père d'un mineur on lui représentera la nécessité de faire énergiquement traiter son enfant ; au patron, on lui persuadera que son intérêt est de faire pratiquer des examents réguliers de santé de son personnel. Bref, il est presque impossible de dicter une ligne de conduite, car, dans ces cas bien particuliers, le médecin se trouve pris entre deux devoirs aussi impérieux l'un que l'autre : doit-il conserver absolu le silence, alors que le malade est contagieux et se refuse à tout traitement ou à toute précaution ? doit il parler, pour éviter la transmission du tréponème, en violant ainsi le secret professionnel pour protéger la collectivité ?

Ce dilemme angoissant se pose d'une manière très aiguë, lorsque le vénérien doit contracter mariage, alors qu'il est contagieux. Voilà pourquoi de nombreux hygiénistes se déclarent partisans d'un examen prénuptial des deux futurs conjoints. Certes pareil procédé est gros de conséquences ; il est d'application parfois fort difficile ; mais l'usage tend à se répandre de voir le père d'un des futurs époux prier le fiancé de se faire examiner médicalement par le médecin de la famille de sa future et vice versa. Ainsi le praticien n'est pas lié par le secret professionnel, au regard de celui des deux fiancés, dont il n'est pas le médecin traitant.

Il ne faut pas cependant exagérer la difficulté. Dans bien des circonstances, alors que le praticien, par des circonlocutions, ou des sous-entendus, prépare ses clients à l'idée de faire pratiquer des examens sérologiques, il a l'heureuse surprise de voir les intéressés accepter très volontiers cette suggestion.

La dernière guerre a singulièrement éduqué les masses sur l'utilité des diagnostics et des recherches de laboratoire. Bien des clients parlent de leurs lésions tuberculeuses, acceptent l'idée que la syphilis peut être la cause du mauvais état de l'enfant, de sa croissance défectueuse.

Une seule prudence doit être des plus nécessaires : c'est lorsqu'un des époux vient se confier au médecin, pour se faire traiter pour une affection vénérienne, contractée hors mariage. Au praticien d'avoir la prudence et la délicatesse nécessaires, pour que, sans être informé de son infortune conjugale, l'autre époux puisse ne pas tirer ombrage de la chasteté momentanée, qui fait partie du traitement, comme de certains examens, ou traitements préventifs, que, sous des prétextes divers, il est nécessaire d'instituer. C'est ici qu'intervient le secret professionnel, pour qu'une indiscrétion, une maladresse ne puisse être l'origine d'un drame familial, ou d'un divorce.

Conclusion

Jadis individualiste, se bornant au seul traitement de l'individu malade, l'art médical ajoute aujourd'hui à sa fonction sociale un rôle de préservation collective et d'hygiène sociale. Guérir les maladies, en circonscrire la contagiosité, les prévenir : voilà ce que doit accomplir le médecin.

L'homme de l'art doit devenir un éducateur, un protecteur social. Certes ce rôle est délicat, mais il convient de l'envisager dans toutes ses répercussions, au regard du secret qu'on doit au malade, dans la conduite du traitement qu'on institue, sans oublier cependant la propagation de tout contage.

Cette mission sociale sera facilitée par l'éducation des masses, pour qu'elles ne considèrent plus les maladies vénériennes comme des affections honteuses, qu'on doit dissimuler, cependant que les moyens de traitement seront mis à la disposition des patients de condition modeste.

A cette éducation collective, que nous pouvons désigner sous le nom d'éducation sexuelle, nous devons ajouter les mesures prophylactiques à prendre, tels que les examens périodiques de santé, les dépistages et autres procédés de recherches, qui permettront de traiter utilement les malades et de préserver les bien portants.

Les Syndicats médicaux et leur Confédération me semblent avoir un rôle à jouer : ils sont plus que des organismes de défense des intérêts collectifs d'une corporation : ils ont une mission sociale de conseillers d'Etat. Certes, les lois et le livre III du Code du travail spécifient que les Syndicats professionnels peuvent être consultés sur tous les points de leur spécialité.

Il convient donc de ne pas attendre l'invitation des Pouvoirs publics, mais de précéder cette dernière, en élaborant des textes, qui pourront servir de base soit à des projets de lois, soit à des règlements. Nous comptons trop sur les Pouvoirs publics et pas assez sur nous-mêmes. Nous avons une compétence indiscutable, en ce qui concerne la médecine sociale et la préservation de la santé publique. Prouvons-le par nos travaux syndicaux, afin de faire prendre aux Pouvoirs publics l'habitude de nous consulter régulièrement sur toutes les choses de la médecine.

Dr Paul BOUDIN.

N. D. L. R. — Le Professeur Gougerot avait pris l'heureuse initiative, au cours de l'année 1938, d'inviter certaines personnes à venir faire des conférences à l'hôpital Saint-Louis aux stagiaires du service de clinique des maladies vénériennes et cutanées. Le très distingué maître a voulu prouver que souvent les élèves peuvent être intéressés par des conférenciers, choisis par le « patron » et qui viennent exposer leurs idées personnelles, sur telle ou telle question, se rapportant à l'enseignement du maître incontesté qu'est M. le Professeur Gougerot.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations officielles

La santé publique et le contrôle des soins gratuits aux pensionnés de guerre devant la Cour des comptes

Le rapport au chef de l'Etat, que la Cour des comptes doit présenter chaque année pour porter à sa connaissance le résultat général de ses travaux, contient cette année (exercices 1937 et 1938) de fort intéressants renseignements sur diverses Administrations qui touchent de près le Corps médical, et sur les critiques et les projets de réforme auxquels leur activité a donné lieu.

En matière de lutte contre la tuberculose, il est tout d'abord reproché au ministère de la Santé publique d'avoir laissé se développer sans aucun plan d'ensemble et sans aucune doctrine tous les services et dispensaires d'hygiène sociale, ainsi que les sanatoriums et préventoriums. La Cour souhaite donc l'établissement d'une « carte sanitaire de la France » afin de permettre une meilleure utilisation des établissements existants ou restant à construire, et de donner leur plein effet aux sacrifices pécuniaires consentis par les collectivités. A ce point de vue, le ministère des Pensions est loin d'être exempt de toutes critiques, et l'un des meilleurs exemples d' « erreur coûteuse » en cette matière est la construction du village sanitaire de Clairvivre, destiné aux tuberculeux à 100 %, pensionnés de guerre. Cette construction « apparaît comme une entreprise mal conduite dans laquelle près de 60 millions ont été engloutis pour un résultat qui, à en juger par la situation actuelle, semble plutôt décevant ».

Mais c'est principalement au sujet du contrôle des soins gratuits aux bénéficiaires de l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919 que le Corps médical se trouve directement visé par la Cour des comptes. Celle-ci estime en effet que la progression des dépenses faites en exécution de l'art. 64 (83 millions en 1927, 107 en 1935, et environ 137 en 1936) provient d'une insuffisance de contrôle. Cette insuffisance est due tout d'abord à une mauvaise organisation des bureaux départementaux qui manquent de direction compétente et responsable ainsi que de documentation. de telle sorte que le contrôle n'est mis en action, la plupart du temps, qu'au moment de la vérification des mémoires, c'est-à-dire à une époque trop éloignée pour qu'il puisse avoir une réelle efficacité.

D'ailleurs cette activité préfectorale serait très inégale suivant les départements. Alors que l'indice départemental moyen (dépense pour cent inscrits) est de 11.089 francs en 1935, un certain nombre de départements accusent des indices de l'ordre de 18.000 francs, tandis que d'autres restent voisins de 5.000 francs.

La Cour propose donc la réorganisation des bureaux départementaux, de telle sorte qu'ils puissent « déceler les bénéficiaires ou les praticiens appelant une surveillance particulière » et que le contrôle sur place ait lieu de manière préventive et inopinée.

Pour ce faire, il y a lieu de prévoir des contrôleurs qualifiés. « Il ne semble pas nécessaire d'instituer un nouveau corps de médecins fonctionnaires ; *rien ne s'oppose à ce qu'il soit fait appel aux médecins inspecteurs d'hygiène ou aux médecins contrôleurs des Caisses d'assurances sociales.* »

D'autre part, pour faciliter ce contrôle, il serait indispensable que les préfets soient avisés en temps utiles par les praticiens « de toute circonstance susceptible d'appeler des mesures de contrôle particulières. » Dans cet ordre d'idée, *il y aurait lieu de rendre obligatoire, comme en matière d'assurances sociales* « *la déclaration* de toutes poussées aiguës devant nécessiter une série de visites ».

Enfin la Cour demande que le décret du 22 décembre 1935 sur les modalités du contrôle sur place, soit modifié afin de ne pas plus réserver aux seules Commissions tripartites le droit de prescrire des enquêtes, et d'accorder expressément ce droit aux préfets. Elle souhaite en dernier lieu qu'une *liaison étroite s'établisse* entre le Service de l'art. 64 et celui de l'*Assistance médicale gratuite.*

Dans sa réponse, le ministère des Pensions a mis les choses au point en ce qui concerne les hausses de dépenses dues à de prétendus abus. L'augmentation du chiffre global tient à ce que les circonstances économiques entraînent un chiffre croissant de pensionnés inscrits à recourir aux soins gratuits (320.000 en 1925, 465.000 en 1935). Quant à la dépense moyenne annuelle par soigné, si elle a augmenté par suite de la hausse des médicaments, des tarifs hospitaliers, etc., elle n'a pas suivi la conjoncture économique, puisque de 187 francs en 1925 elle n'est qu'à 249 en 1935. De son côté, le ministère de la Santé publique accepte que les médecins inspecteurs

d'hygiène, quoique déjà surchargés d'attributions, soient associés au contrôle des soins aux pensionnés de guerre.

Quelles leçons tirer de ces faits ? En premier lieu, il importe de combattre l'idée de la Cour des comptes d'après laquelle l'augmentation des dépenses en cette matière serait due à une insuffisance de contrôle, donc à un accroissement d'abus de la part du Corps médical. Les chiffres cités par l'Administration des pensions elle-même, sont des plus probants : alors que la Cour des comptes se réfère à la moyenne par *inscrit* (qui a augmenté par suite de la croissance des recours aux soins gratuits en raison de la crise) l'Administration dresse ses statistiques par *soigné*, et la dépense moyenne de 282 francs en 1930, n'est que de 249 en 1935, donc en baisse. On ne saurait donc accuser le Corps médical d'être la cause de l'augmentation des charges au titre de l'art. 64. Il faut observer d'ailleurs que le tarif actuellement en vigueur, *date déjà de* 1929 et devrait en toute justice *être réajusté à la nouvelle valeur de la monnaie*.

En second lieu, s'il y a des abus que le contrôle ne décèle pas, il y a aussi des *abus dans le contrôle*. Nous entendons par là que les juridictions instituées en exécution de l'art. 64 oublient par trop le respect des droits de la défense et des règles de procédure, malgré la fréquente censure du Conseil d'Etat. Il serait donc bon d'apprendre à ces juges leur métier de juge avant d'intensifier leur travail.

Enfin la liaison que la Cour des comptes voudrait voir s'établir entre le contrôle des soins gratuits de l'art. 64, celui des Assurances sociales, et celui de l'Assistance médicale gratuite, pose à nouveau le grave problème du *contrôle technique en matière de médecine sociale*. Faut-il laisser aux faits le soin de le résoudre, et étendre les attributions actuelles des médecins inspecteurs d'hygiène ou de Caisses d'assurances sociales ? Ne vaut-il pas mieux au contraire aborder de front la question, reconnaître *l'unité nécessaire* de ces divers contrôles, et donner à ceux qui en sont chargés *un statut qui consacre leur indépendance* ? C'est à cette seconde solution qu'iraient incontestablement nos préférences.

Jean MIGNON.

La Presse et les Sociétés

Tétanos post-sérique

Voici une observation intéressante de R. FAUQUEZ :

Un homme de 42 ans a le pied écrasé par la roue d'un wagon. Blessé le 28 avril, à 7 h. 40, il est, à 8 heures, opéré d'urgence ; sous anesthésie générale au balsoforme, amputation médiotarsienne atypique suivie de pansement à plat ; large débridement d'une petite plaie prétibiale que complique une importante attrition musculaire.

Pendant l'anesthésie ont été pratiquées une injection de sérum antitétanique et une injection de sérum antigangréneux.

Le 7 juin, quarante jours plus tard, on procède à une opération régulatrice, à une amputation de Pirogoff.

Le 12 juin, au matin, éclate un tétanos aigu généralisé d'emblée : trismus dont l'intensité va croissant au point que, dès 9 heures, il est impossible de desserrer les dents, dysphagie, opisthotonos, raideurs articulaires, douleurs musculaires. Le lendemain, 13 juin, les crises paroxystiques se rapprochent, deviennent subintrantes et, à 15 heures, le malade meurt en dépit des nombreuses injections de sérum et de somnifère intraveineuses pratiquées dès le début de l'attaque.

Voilà donc un cas de tétanos évoluant jusqu'à l'issue fatale en moins de trente-six heures et dont l'injection préventive n'a ni empêché l'éclosion, ni même atténué la virulence.

C'est que, comme le disait Ramon dans le remarquable plaidoyer que, le 18 mai dernier, il prononçait à l'Académie de chirurgie en faveur de la vaccination antitétanique, c'est que l'antitoxine étrangère apportée dans l'organisme, par le sérum s'élimine avec une extrême rapidité et que l'immunité passive créée par la sérothérapie préventive est, en conséquence, essentiellement éphémère. (*Annales de médecine légale*, octobre 1938.)

Hygiène et prophylaxie

EXAMEN PRÉNUPTIAL

Par M. le Docteur SICARD DE PLAUZOLLES,
Directeur de l'Institut A. Fournier

L'examen prénuptial est la garantie sanitaire du mariage. Cette question intéresse chacun des deux époux, au point de vue personnel, pour l'avenir et la prospérité du foyer, enfin pour les enfants à cause de l'hérédité.

Cette question de l'examen avant le mariage a été soulevée par les médecins des temps modernes.

Fodéré avait déjà montré le grand nombre d'enfants atteints de maladies héréditaires, et il demande l'examen des parents avant le mariage. Plus tard, au milieu du siècle dernier, Prosper Lucas trace les règles d'élection des personnes et du meilleur moment de la génération. Il souhaite une réglementation légale du mariage.

En 1848, le Comte du Chaffant, député de la Vendée, dépose un projet de loi, éliminant du mariage les tuberculeux, les syphilitiques, les individus atteints de maladies nerveuses. Malgré les parrains célèbres, Arago, Lamartine, Thiers, qui présentent le projet, on caricature dans les journaux les auteurs. On en reste là pendant cinquante années.

En 1900, le Docteur Cazalis écrit un livre important sur le mariage, émettant le vœu que les futurs époux se soumettent à un examen médical.

En 1923, Adolphe Pinard expose les motifs, qui nécessitent la préservation de la race, et dépose un projet de loi : « Tout citoyen français voulant contracter mariage, devra présenter à l'officier de l'Etat civil un certificat médical datant de quelques jours et montrant qu'il ne présentait pas de maladies transmissibles ». Ce projet souleva une vive hostilité. On lui reprocha d'écarter les femmes de l'examen médical (tout citoyen). En outre, il paraissait difficile d'apprécier l'état de l'individu d'une manière certaine.

Cependant, Pinard avait observé que certaines maladies sont introduites dans le foyer par le mari, et c'est pour ne pas compliquer les choses que Pinard voulait l'examen du mari quelques jours avant le mariage ; il écartait ainsi les syphilis, blennorragie et tuberculose. Le projet a été l'objet d'un rapport complet, mais il n'est jamais venu en discussion. Justin Godart le reprend et pose la question autrement : « Aucun obstacle ne sera apporté au mariage, même pour les malades, mais il est nécessaire d'apporter à l'officier de l'Etat civil un certificat médical, constatant que les futurs époux s'étaient fait examiner ... » sans plus. Comme les autres projets, il n'a pas été mis en discussion.

Nous pensons qu'il n'est pas nécessaire d'attendre que la législation intervienne pour demander l'examen prénuptial. Cet examen est d'ailleurs obligatoire dans les pays du Nord, Suède, Norvège et Danemark.

La question se pose surtout pour la syphilis, car il y a un nombre considérable de malades se mariant en pleine syphilis contagieuse.

Fournier, dans son livre « Syphilis et Mariage », dénonce les désastres de tels mariages. Il insiste sur le nombre considérable de syphilitiques se mariant malgré tous les avertissements.

Parmi beaucoup d'observations analogues, voici le cas d'un jeune homme qui, par trois fois, méconnaît les conseils de son médecin. Traité pour la syphilis, il annonce à Fournier, en pleine syphilis secondaire, qu'il est engagé dans un mariage prochain. Fournier tâche de le convaincre de l'immoralité et de la culpabilité d'un tel acte. Il se marie néanmoins. Quelques mois après, il demande une consultation pour sa femme, qu'il a contagionnée. Fournier donne ses soins à la femme, et demande d'éviter la possibilité d'une grossesse, expliquant qu'une grossesse, dans les conditions actuelles, se terminerait soit par un avortement, soit par la naissance d'un enfant taré. Deux mois plus tard, la jeune femme revient enceinte. Fournier évite l'avortement, mais à la naissance de l'enfant, il énonce l'obligation absolue pour la femme d'allaiter son enfant, expliquant qu'une nourrice serait contagionnée. Quelques mois après, le père amène son enfant couvert de syphilides et une nourrice avec un chancre du mamelon. Cet exemple montre suffisamment la responsabilité d'un syphilitique contagieux se mariant.

Quand un médecin se trouve en présence d'un malade, qui méconnaît les règles élémentaires de la prudence, que doit-il faire ? Il est malheureusement complètement désarmé, car il est lié par le secret professionnel. C'est ce qui a inspiré l'idée d'un examen prénuptial. Les cas analogues à l'exemple du malade de Fournier, sont beaucoup moins rares qu'on ne pourrait l'imaginer. Les ignorants, les négligents, ceux qui ne sont pas conscients de leurs responsabilités, bénéficieraient de l'examen prénuptial.

Quand un syphilitique avéré désire se marier,

dans quelles conditions un médecin peut-il le lui permettre pour donner toute sécurité à la femme, et pour qu'ils aient des enfants sains ?

Les règles de Fournier étaient les suivantes : « Le syphilitique, après s'être soigné correctement, peut se marier, s'il ne présente pas d'accidents cliniques de syphilis depuis au moins un an, c'est-à-dire environ trois à cinq ans après le début de la syphilis ?

Aujourd'hui, les médications sont plus précises. La syphilis est d'autant plus curable que le traitement est plus précoce. Une syphilis bien traitée dans la période préhumorale, dès l'apparition du chancre, permettra d'envisager le mariage dès la seconde année.

Si le traitement a lieu après le quinzième jour du chancre, à la période humorale, le traitement sera plus long et le mariage ne pourra avoir lieu que trois à quatre ans après le début.

Quand un malade ignore sa syphilis et va demander un examen prénuptial, le médecin devra se livrer à trois ordres d'examens :

1° Faire une enquête familiale ;

2° Faire un examen clinique complet du cœur des poumons, du système nerveux ;

3° Faire les examens de laboratoires nécessaires (examen sérologique, réactivation, ponction lombaire).

Nous conseillons aux jeunes femmes qui désirent se marier de prendre les devants, de se soumettre à l'examen médical complet et de demander les mêmes précautions à leur futur mari. L'examen prénuptial a un intérêt considérable ; il ne s'agit pas d'apporter des obstacles au mariage, mais, au contraire, d'aider le futur foyer.

Pour la tuberculose, le médecin agira de la même façon que pour la syphilis. Dans certains cas, de tuberculose active, en évolution, il faut déconseiller le mariage. Mais il y a des tuberculeux, auxquels on peut donner l'autorisation de se marier, en particulier ceux qui ont été atteints d'adénites tuberculeuses, de tuberculose osseuse ; ils sont en quelque sorte vaccinés contre la tuberculose pulmonaire.

Il est un cas enfin, où l'examen prénuptial obligatoire serait particulièrement utile, c'est le cas des malades qui ne veulent pas connaître leur état pour ne pas être entravés dans leurs projets.

Le certificat de bonne santé absolue est parfois difficile à donner. Si le tuberculeux a une expectoration positive, si le syphilitique est couvert de syphilides, le diagnostic sera facile. Mais il y a des syphilis muettes, et des tuberculoses en arrêt qui peuvent se réactiver. Il serait utile d'imposer après l'examen clinique prénuptial, les épreuves de laboratoires : prises de sang, ponction lombaire.

En résumé, il semble nécessaire de pratiquer l'examen médical avant le mariage, de communiquer le résultat à l'intéressé et de donner aux futurs conjoints, le sentiment de leur responsabilité réciproque.

UN APERÇU SUR L'ÉVOLUTION DE LA MÉDECINE

SES TENDANCES ACTUELLES EXPOSÉES PAR LE MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

M. Marc Rucart, prenant dernièrement la parole à l'Assemblée générale des médecins des Vosges, s'exprime en ces termes :

« On constate d'abord, du côté des malades, l'organisation de groupements importants, se chargeant de soigner leurs membres à des conditions déterminées, tels les chemins de fer, pour ne citer qu'un exemple. Ces groupements ont médecins, cliniques ou hôpitaux, auxquels doivent s'adresser obligatoirement leurs membres.

« Le libre choix est donc supprimé et il n'est pas besoin d'être un spécialiste de la question pour comprendre tout l'inconvénient d'un système, où toute émulation est pratiquement inexistante.

« Du côté des médecins, on s'achemine vers une diminution progressive du nombre des malades libres et payants. »

Le ministre reconnaît la valeur incontestable de la médecine de jadis, mais, devant l'évidence de la généralisation de la médecine de groupe, il souhaite un accord entre les deux tendances : l'une qui permet la gratuité des soins ; l'autre qui élève le niveau de ceux-ci, grâce au jeu normal de la concurrence, en rapport direct avec la notoriété des praticiens.

« Il faut, conclut le ministre, que les hopitaux ne restent pas l'apanage de quelques-uns, mais que, là comme ailleurs, tous les malades payants puissent choisir leur chirurgien ou leur médecin. »

Il espère que bientôt, la nomination des médecins ou des chirurgiens des hôpitaux de petites villes ne sera plus, comme actuellement encore, soumise à un choix dans lequel jouent peu les titres scientifiques, et beaucoup les relations locales, mais deviendra la conclusion de concours réels, passés devant un jury de professeurs de la Faculté de médecine, pour qui, seule, la valeur professionnelle entre en ligne.

Le discours de M. Marc Rucart a été fréquemment et chaleureusement applaudi.

(*Le Siècle Médical*, 1er janvier 1939).

Suggestions médicales

LA RETRAITE DU MÉDECIN

J'écrivais, en décembre 1933, dans le mémoire (1) qui fut une des causes de la création et de la mise en route de tous les organismes devant, à la Confédération des Syndicats médicaux français, collaborer à la constitution de la Retraite du médecin : « Si notre devoir est de châtier ferme ceux qui le méritent, il l'est aussi de tout faire pour que nos confrères puissent vivre et ne soient pas obligés, surtout dans leur vieillesse, d'accepter des postes où leur moralité aura à souffrir ». Tout le monde est d'accord sur ce point essentiel : *Il faut une retraite du médecin.* Les avis sont unanimes aussi, quant au taux de cette retraite : *Pour vivre honorablement il faut au médecin une retraite de* 25 *à* 30.000 *francs par an.* Le regretté président Pierre Dibos demandait même 36.000 francs

La Confédération peut-elle, seule, avec ses œuvres, constituer cette retraite ? Il faut avoir le courage de répondre : NON. Car ces œuvres entraînent de gros frais, ne peuvent laisser prévoir à l'avance leurs bénéfices et donc obligent à une variabilité de ce qu'on a appelé les *Allocations annuelles,* lesquelles vont être distribuées pour la première fois à des médecins âgés de 70 ans, et n'exerçant plus. Or, le praticien a besoin de savoir ce sur quoi il peut compter *Il ne faut donc pas, pour lui, une allocation annuelle, mais une retraite fixe* Là encore tout le monde approuvera.

On avait admis, pour l'avenir, le principe suivant : l'allocation annuelle à tout médecin syndiqué âgé de 65 ans et n'exerçant plus et à tout médecin de 70 ans, même exerçant encore. J'ai déjà fait remarquer combien cette dernière disposition était nécessaire : lorsqu'un médecin exerce encore à 70 ans, c'est qu'il est dans l'impossibilité absolue de faire autrement, qu'il a des charges, que la vie a souvent été dure pour lui et que, par conséquent, il est de ceux qui ont le plus besoin de la retraite

Tous les médecins doivent avoir droit à la retraite : elle doit donc être *corporative. Il faut éviter qu'elle soit d'Etat. Le Corps médical doit faire sa retraite de son plein gré et par lui-même.* L'Etat ne doit intervenir, à la rigueur, que pour la perception des cotisations avec les impôts.

On parle toujours, chez les médecins, de bienfaisance, de charité ! Et ceci vis-à-vis de confrères qui, bien souvent, ont trimé toute leur vie, se sont tués au travail, et qui, écrasés de charges, n'ont pu amasser de quoi se constituer une retraite. Or sent-on combien ces mots sonnent mal et combien celui de *solidarité* parlerait plus haut, plus noble et mieux. On souffre toujours à voir un confrère tendre la main. C'est pourquoi, toujours en 1933, j'écrivais : «*Donc, un consortium de Sociétés de bienfaisance ou de prévoyance médicale et une société* « les Amis des médecins », pour recevoir les dons, les legs, les subventions, etc., et *un Comité composé de délégués de la Confédération et des diverses sociétés médicales* (je verrais volontiers là, les Dibos, les Chapon, les Bellencontre, les Noir, les Fanton d'Andon et bien d'autres) *pour gérer les fonds de la Grande Caisse d'entr'aide et de retraite médicales* ». Et je reviens aujourd'hui sur ce point très important à mes yeux.

Car, qu'on le veuille ou non, tous les projets de retraite exposés jusqu'à maintenant ne donnent pas entière satisfaction à l'esprit. Tous pêchent par un côté, tous sont critiquables. Leur réalisation se heurte à toutes sortes de difficultés. Mais tous contiennent d'excellentes choses. Pour quoi ne pas essayer de les concilier ?

Il est regrettable, à ce point de vue, que la Commission d'Action syndicale qui avait été créée pour étudier les moyens de réaliser la retraite du médecin n'ait pas eu à connaître de ces projets et à voir justement comment ils pouvaient se fondre en un seul, lequel aurait été soumis ensuite au Conseil de la Confédération. Force nous est bien alors de passer par un autre canal, le Docteur Cibrie, Secrétaire Général de la Confédération, annonçant, dans son rapport pour l'Assemblée générale, que la retraite « Pomaret » est en « chantier » qu'une « première et longue réunion d'une Commission très officieuse et qui sera suivie rapidement de quelques autres, nous a permis d'envisager l'aménagement général et les incidences importantes, d'un tel projet » et que « l'Assemblée générale sera saisie de propositions très étudiées, avec, à l'appui, les calculs d'actuaires ». Or une phrase nous a frappé : « Il faut réduire au maximum l'injustice qu'il y aurait à faire bénéficier les premiers retraités de versements effectués par d'autres ». Et pourquoi ? s'il s'agit d'une retraite médicale « qui sera une des plus utiles réalisations corporatives ». Or la première qualité d'une corporation et surtout d'une corporation d'intellectuels, comme les médecins, ne devrait-elle pas être la solidarité professionnelle ?

Nous pourrions faire remarquer encore que ce sont les « vieux » ou les « presque vieux » qui ont mis en route la « Retraite du Médecin », et que

(1) *L'Hygiène Sociale,* nº 109, 10 décembre 1933.

cette retraite Pierre Dibos ou cette retraite « Pomaret » (et celui-ci l'a assez dit) doit faire de la place aux jeunes. Donc chacun trouverait son compte dans une solidarité bien comprise !

Mais passons, et apportons modestement ici notre pierre à l'édifice.

Si la retraite est corporative, elle s'étend à tous les médecins syndiqués ou non, et dans ce cas, toutes les Œuvres ou Sociétés professionnelles doivent participer à sa constitution.

On me dira : « Les syndiqués d'abord ». Et je répondrai : « Nous sommes tout à fait d'accord sur ce point. Aussi n'est-il pas question ici de désavantager, bien au contraire, ceux qui ont compris qu'être syndiqués était un devoir professionnel au premier chef. »

Donc une grande Caisse de retraites médicales derrière laquelle se trouveraient la Confédération des Syndicats médicaux français et le Consortium des Œuvres, des Sociétés professionnelles. Notons, à ce sujet, que les avocats ont, depuis le 27 mai 1938, une *Caisse centrale des retraites des Barreaux français* et que les *Vétérinaires*, le 23 septembre 1938, ont chargé le Conseil du Syndicat national de préparer la création de leur Caisse des retraites, à la suite du rapport de M. Mallet où il est dit : « Personnellement, j'aurais vu avec plaisir la C. T. I. fonder une Caisse unique avec sections autonomes pour chacune des professions affiliées... L'autonomie sera plus complète, la liberté plus grande pour fixer cotisations et pensions suivant les moyens et les aspirations de chaque groupe, en créant d'abord, au sein de chaque profession, la Caisse reconnue nécessaire. On pourra ensuite les fédérer en vue de la réassurance et de la création du fonds de majoration. »

Ceci est autre chose à réserver pour l'avenir. Et revenons à notre *Caisse de retraites médicales*. Nous ne voulons pas faire ici travail d'actuaire. Prenons donc les chiffres tels qu'ils nous sont fournis par le projet de Saint-Nazaire, lequel réclame une cotisation annuelle, pour chaque médecin, de trois mille francs.

Chaque médecin français devra donc verser, si les prévisions sont exactes, 3.000 francs par an. Et c'est ici qu'intervient notre suggestion.

Prenons le cas des médecins syndiqués et donc affiliés à la *Confédération des Syndicats médicaux français*. Celle-ci n'aurait *plus à verser d'allocations annuelles et l'on voit de suite l'emploi qu'elle pourrait faire des sommes ainsi libérées : paiement des cotisations pour des jeunes ou des vieux médecins ou pour des confrères malades ou provisoirement gênés et même bonifications pour diminuer d'autant la cotisation des médecins syndiqués*, et ceci suivant le calcul des points, ce qui inviterait tous les médecins syndiqués à se servir des Œuvres confédérales.

Même geste de la part des Œuvres, Sociétés professionnelles, etc... Association générale des médecins de France, Mutualité familiale et professionnelle du Corps médical français, Caisse mutuelle d'allocations familiales, etc., etc., et ceci répond bien à ce qu'écrivait Raphaël Massart dans le *Concours Médical* : « Il doit se créer entre l'effort de la Confédération et les efforts déjà faits pour améliorer le sort du vieux médecin une collaboration étroite et féconde, au lieu de laisser se développer, les unes à côté des autres, des œuvres qui se proposent le même but, sans qu'aucune d'elles puisse l'atteindre... Supplions tous ceux d'entre nous qui se penchent sur l'avenir des vieux médecins d'unir leurs efforts dans un merveilleux sentiment d'altruisme, pour faire aboutir une des plus belles réalisations que connaîtra jamais le Corps médical :

« La retraite du médecin ».

Ainsi le médecin syndiqué et prévoyant verra sa cotisation diminuée des versements qui pourront être faits par la Confédération ou les Œuvres ou Sociétés auxquelles il aura adhéré. Les dons, legs, les subventions pourraient servir à augmenter ces versements.

L'économie de notre projet serait donc la suivante : *Création d'une grande Caisse de retraites pour le Corps médical. Retraite de droit à 65 ans* pour tous les médecins exerçant ou n'exerçant pas.

Retraite fixée à 30.000 francs, obtenue moyennant une cotisation consentie par tous les médecins exerçant, cotisation pouvant être diminuée par les versements des organismes auxquels appartiendrait chaque confrère,

Retraite des veuves, etc.

Participation de toutes les Œuvres confédérales ou professionnelles à la constitution de la retraite.

Allègement pour les Associations, Œuvres, etc., qui au lieu de secourir de vieux médecins par une charité, le plus souvent insuffisante et humiliante, verraient la vieillesse de ceux-ci assurée d'une aisance honorable et les leurs à l'abri du besoin après la disparition du chef de famille.

Allègement pour des œuvres comme l'Association Lagoguey, pour les incurables de laquelle pourrait être envisagée une retraite anticipée.

Solidarité professionnelle jouant au maximum dans tout le corps médical, en même temps qu'intérêt pour chaque médecin d'être syndiqué et prévoyant. Donc intérêt pour tous, et même pour les Œuvres et la Confédération, de la retraite ainsi comprise en même temps que démonstration d'altruisme de la part de tous.

Voltaire n'a-t-il pas dit : « Les hommes sont faits pour se secourir les uns les autres ». Les médecins qui pratiquent si bien toute leur vie, cette maxime, ne sauraient-ils s'en servir entre eux ?

Dr Georges Boyé (de Vincennes).

LA VISITEUSE D'HYGIÈNE SOCIALE EN TANT QUE VISITEUSE SCOLAIRE D'UN SECTEUR RURAL

Par le Docteur LAMBOLEZ

Licencié ès sciences, Diplômé d'hygiène

Par définition — et il n'est pas inutile de le rappeler — la visiteuse d'hygiène est commise dans l'action de visiter, ayant pour objectif de rechercher si tout est bien en ordre au point de vue hygiène dans un lieu déterminé.

Plus encore, il s'agit d'hygiène sociale, ce qui implique le caractère d'utilité de la visite, dont le bénéfice doit s'étendre non seulement à l'individu ou à sa famille, mais à la société tout entière. Disons-le de suite, le travail demandé est délicat, souvent ingrat, il exige toujours beaucoup de tact et une connaissance approfondie de l'ambiance générale si variable d'une région à une autre, d'une agglomération à une autre.

Nous n'envisagerons ici qu'un aspect de la question : la visiteuse d'hygiène est visiteuse scolaire, et en plus : visiteuse rurale.

Quel est son rôle ; quelles sont ses possibilités d'action ? étant entendu que, pas plus que le médecin inspecteur des écoles, dont elle est la collaboratrice immédiate, aucun soin ne peut et ne doit être donné.

Etre visiteuse d'un groupe scolaire urbain est une tache aisée comparée à celle de la visiteuse d'un secteur rural comprenant vingt ou trente communes par exemple. Les déplacements nécessaires, alors que les circonstances atmosphériques peuvent créer un surcroît de difficultés, imposent une fatigue supplémentaire.

Cependant au point de vue social, il est incontestable que l'accès aux écoles, fournit à la visiteuse la plus ample moisson d'indications pour déterminer ses visites (hygiène, prévention des maladies).

Ce sera mieux encore si, indépendamment de son assistance aux consultations des dispensaires d'hygiène sociale, la visiteuse s'occupe des maternelles, des crèches, pouponnières, des consultations de nourrissons et même prénatales.

***

Plaçons-nous donc dans le cas simple d'une de nos visiteuses, chargée de la surveillance des écoles primaires de vingt-cinq communes environ.

L'emploi de son temps est organisé de la façon suivante : huit jours complets par mois sont consacrés aux écoles, ce sont des jours à dates fixes. Cela correspond à une visite bimestrielle dans chaque commune : le maire et les instituteurs sont au courant de ces déplacements.

Quatre jours environ sont réservés aux consultations des dispensaires d'hygiène sociale, auxquelles la visiteuse doit assister.

Le reste du temps, soit approximativement moitié du mois est disponible. Cela signifie qu'en dehors d'un travail nécessaire de classification et de relevés de fiches par exemple, pouvant prendre quelques jours dans ce demi-mois, la visiteuse dispose d'un temps assez important. Cette disponibilité doit être utilisée : la visiteuse se rend à l'appel de toute autorité administrative dans une commune, si nécessaire, recevant à cet effet, les indications de son médecin de circonscription.

Donc, pratiquement — et les instituteurs en particulier le savent bien — il y a toute possibilité d'avoir recours à la visiteuse (épidémie). Il faut qu'il en soit ainsi, car s'il y a des jours fixes de visites dans les communes, il arrive fatalement que des incidents surviennent alors que la visiteuse vient de passer et ne passera dans telle commune qu'à une date encore éloignée.

Une voiture est mise à la disposition de la visiteuse, elle arrive à son lieu de visite — première commune, s'il en est prévu plusieurs à visiter dans une matinée ou dans un après-midi — à quinze ou vingt minutes près — à l'ouverture des classes.

La voiture est en stationnement devant l'école, c'est-à-dire le plus souvent devant la mairie de la commune ; il est important en effet que la population se rende compte de la présence de la visiteuse et puisse la joindre. D'ailleurs, parcourir les rues — certaines rues — à pied, c'est pour la visiteuse se faire mieux connaître, c'est en quelque sorte faire œuvre de voyageur en hygiène.

La voiture rentre par un itinéraire connu, elle aura effectué un circuit déterminé passant par diverses communes, dans lesquelles la visiteuse peut être amenée à s'arrêter (visites spéciales, placements, démarches diverses).

La première visite dans une communee est donc pour l'école ; sa durée est fonction de cir-

constances multiples, pouvant s'étendre sur une demi-journée (mensuration) ou ne comporter que quelques instants, en accord avec le directeur de l'école.

Dans un prochain article nous verrons en quoi consiste l'action de la visiteuse à l'école ; bornons-nous à indiquer ce que doit faire la visiteuse en dehors de l'école.

L'enfant est en quelque sorte l'image de la famille dans le miroir qui est l'école.

C'est en se rendant au foyer domestique que la visiteuse prend contact avec le milieu familial, qu'elle peut étudier les conditions de ce milieu : c'est un premier geste vers l'amélioration à plus ou moins longue échéance, laquelle ne sera généralement obtenue qu'à la suite de visites renouvelées, persévérantes, en usant de prudence, de diplomatie.

Les exemples sont extrêmement nombreux :

Voici un enfant qui, malgré toutes les réprimandes, observations faites à l'école, est malpropre, mal habillé, pour ne parler que du plus frappant ; la visiteuse intervient — doucement ou fermement selon les cas auprès de la maman, dont la négligence, l'ignorance en matière d'hygiène est le plus souvent totale, qu'il s'agisse d'alimentation, d'habitation, de vêtement. Et cependant, il y a quelquefois des ressources suffisantes pour que la famille tout entière soit mieux tenue que cela. Peut-on dire que des conseils sont inutiles ? nous ne le pensons pas.

Voici un enfant, anormal, curable ou non. Que peut-on faire de mieux que de le signaler aux autorités administratives, qui pourront prendre les mesures nécessaires en connaissance de cause si la visiteuse a posé les bases d'une enquête sérieuse effectuée dans la famille ?

Voici encore un enfant de retour à l'école après une plus ou moins longue maladie, considéré ou même déclaré guéri. Il n'est pas indifférent pour la visiteuse de connaître — non pas le motif médical de cette absence — mais l'entourage plus ou moins immédiat de cet enfant. Donc, visite aux parents avec la plus grande discrétion, cela va de soi, en se mettant en rapport, le cas échéant, avec le médecin traitant, qui bien entendu, ne sera jamais perdu de vue en aucune circonstance.

Enfin l'instituteur signale qu'un enfant manque à l'école depuis quelques jours, les petits camarades disent qu'il a ceci ou cela ; il y a inquiétude à cet égard car s'agit-il de maladie contagieuse, ne serait-ce pas le début d'une épidémie ? La visiteuse se rend auprès de la famille. Si l'enfant n'a pas de médecin, elle peut être amenée à conseiller qu'il soit fait appel à l'un d'eux, au choix de la famille. Si l'enfant a son médecin, la visiteuse se rend auprès de ce praticien, le priant de lui donner, s'il le juge utile, les indications qui lui permettront de rendre compte de sa mission bien délimitée en hygiène et prophylaxie.

***

Dans tous les cas, la visiteuse rend compte de sa mission. S'il s'agit d'un enfant malheureux, d'un anormal, d'une famille nombreuse, un rapport d'enquête écrit, est remis au médecin de la circonscription, chargé d'étudier les cas signalés et de les soumettre à l'Administration pour solutions à apporter.

De simples compte rendus verbaux, non moins importants, sont donnés aux maires, aux médecins praticiens, certains devant plus spécialeintéresser les instituteurs (maladies contagieuses par exemple) alors qu'il peut y avoir légalement à prendre à l'école même certaines mesures, compte tenu qu'il y a toujours obligation d'observer le secret médical (l'instituteur est d'ailleurs dans la majorité des cas secrétaire de mairie).

Mais, le maire est la personnalité à laquelle la visiteuse a peut être le plus souvent recours. Dans la mesure du possible, si son temps le lui permet, elle lui rend visite (par là elle verra généralement les membres du Conseil général). Certes au point de vue hygiène, le maire connaît mieux que quiconque les besoins de ses administrés, mais à notre avis, à un acte de politesse se superpose un geste de reconnaissance : reconnaissance au nom de tous ceux qui ont bénéficié de l'intérêt, sous toutes ses formes, qu'il leur a porté lorsqu'il en a été sollicité.

En dehors même de l'école, il y a en résumé de quoi occuper une visiteuse d'hygiène. Si quelque jour il peut arriver qu' « il n'y a rien de nouveau à l'école » il est exceptionnel qu'il n'y ait rien à faire dans la commune alors que l'hygiène, la médecine préventive offrent un si vaste champ de travail.

COMITÉ PERMANENT DE L'OFFICE INTERNATIONAL D'HYGIÈNE PUBLIQUE

(Session d'octobre 1938)

Le Comité permanent de l'Office international d'hygiène publique, sous la présidence de M. l'Ambassadeur Barrère, délégué de la France, a tenu sa session ordinaire du 17 au 26 octobre 1938. Les sujets suivants ont été particulièrement examinés.

Fièvre jaune. — En Afrique, dans le Soudan anglo-égyptien, le test de protection de la souris a été trouvé souvent positif. La vaccination antiamarile a été pratiquée en grand au Brésil avec le virus pantrope 17 D, comme à Londres, où l'on a eu 3.500 vaccinés, sans un seul cas d'ictère. En Afrique occidentale française, de 1935 à 1938, l'Institut Pasteur de Dakar a constaté l'immunisation de la grande majorité des vaccinés (85 à 90 % de protections fortes).

Typhus exanthématique. — En Algérie, le typhus a atteint les Européens dans 16 % des cas ; la prophylaxie a consisté à vacciner les personnes exposées (vaccin de Weigl). Au Maroc, la bouffée de typhus a présenté un clocher en mars ; on a réalisé plus d'un million de vaccinations par la méthode de Blanc, avec des résultats très satisfaisants. Aux Etats-Unis, deux types d'infection à Rickettsia : 1° le typhus murin (typhus endémique, typhus bénin), propagé par divers rongeurs attirés par la culture de l'arachide et 2° la « fièvre tachetée » des Montagnes Rocheuses ».

Choléra. — Il a paru plus fréquent en 1938 dans certaines provinces de l'Inde ; l'augmentation de fréquence est en rapport avec deux fêtes hindoues amenant un grand mouvement de pèlerins.

Variole. — Le Comité a noté l'extrême rareté de l'encéphalite post-vaccinale, et l'utilité de la précocité de la primo-vaccination. La technique de préparation du vaccin jennerien à l'Institut sérothérapique de Milan utilise d'abord le passage d'âne à âne ; le vaccin purifié est ensuite inoculé à la génissepour utilisation.

Tuberculose. — On a noté, d'une part, la diminution très satisfaisante de la mortalité tuberculeuse aux U. S. A. (50,7 ‰) mais aussi sa progression ailleurs, dans certaines villes en voie d'industrialisation rapide. La tuberculose indigène a été étudiée en Tripolitaine (comparativement peu atteinte) ; en Ethiopie, elle paraît plus fréquente. D'Italie, on signale la rareté du bacille bovin dans la tuberculose humaine : 4 cas sur 564. En Italie également l'emploi des réactions à la tuberculine permet le dépistage très précoce chez les enfants d'âge scolaire. Le B. C. G. a été employé à New-York avec des résultats encourageants.

Dysenteries. — La forme bacillaire a été relevée en Virginie, U. S. A. (40,1 % des cas étiquetés diarrhée simple), en Grande-Bretagne, au Danemark ; la technique à la gélose citratée désoxycholatée est, très supérieure aux anciennes techniques d'identification. La dysenterie non spécifique du nourrisson étudiée dans certains hôpitaux anglais, n'est pas de nature bacillaire ; sa prophylaxie reste à l'étude.

Méningite cérébro-spinale. — Le début de 1938 a vu une poussée de méningite cérébro-spinale en Afrique équatoriale française. Quelques foyers en Erythrée. La chimiothérapie sulfamidée donne des espoirs ; la vaccination (de préférence par des souches locales) conserve toute sa valeur.

Poliomyélite. — En diminution en Suède ; légère poussée en Grande-Bretagne (juillet-octobre 1938), de même qu'en Hollande. De différents côtés on affirme la « porte d'entrée » digestive du virus.

Tularémie. — En augmentation aux Etats-Unis et en Suède ; en Laopnie, le lemming est un réservoir du virus ; les moustiques sont des vecteurs certains.

Fièvre ondulante. — Aux Etats-Unis, on combat l'avortement épizootique par l'abatage systématique des bovidés infectés.

Syphilis. — En Ethiopie elle est assez fréquente chez l'indigène avec manifestations secondaires intenses mais sensibles au traitement.

Trachome. — La lutte contre cette maladie est organisée en Algérie depuis 1934 ; le nombre des cas graves est déjà en diminution.

Paludisme. — La prophylaxie du paludisme donne des résultats favorables en Algérie. En Ethiopie, le paludisme est rare au-dessus de 1.800 mètres, inconnu à 2.000 mètres ; d'où l'indication de réduire ou même éventuellement d'omettre la « prophylaxie chimique » aux hautes altitudes. En Egypte, le rôle de certains anophèles comme vecteurs a été précisé.

Rhumatisme. — Continuation de l'enquête internationale. Incidence insignifiante en Nouvelle-Calédonie, à la Guadeloupe. Dans l'Inde Britannique, incidence appréciable, mais modérée : le rhumatisme articulaire aigu représente environ 5 ‰ des admissions dans les grands services hospitaliers.

Cancer. — Aux Indes le cancer est assez fréquent et l'organisation de la lutte anti-cancéreuse est nécessaire. Aux Etats-Unis notable augmentation de fréquence du cancer du poumon.

Intoxications. — Aux Etats-Unis, les composés arsenicaux utilisés pour la préservation du bois ne

paraissent pas constituer un danger grave pour les habitants des maisons. Il n'en est pas de même des papiers muraux. De Durban, on a signalé une intoxication pseudo-épidémique, avec symptômes de polynévrite, due à l'absorption accidentelle et répétée d'orthotricrésylphosphate dans de l'huile comestible.

Stupéfiants et toxicomanies. — L'utile fonctionnement de la Convention de 1931 ressort de la diminution du nombre et de la gravité des toxicomanies aux Etats-Unis. Les morphinomanes y sont traités par désaccoutumance rapide, sans scopolamine, ni insuline, ni autre médication. La pratique de fumer le chanvre indien cause encore quelques cas de toxicomanie. L'étude de la désomorphine, effectuée par le Comité d'experts de l'Office international d'hygiène publique a montré à la fois la rapidité d'action de ce produit et la réalité de son aptitude à engendrer des toxicomanies. Le Comité a en outre étudié : les mesures contre le rachitisme, et le contrôle des produits vitaminés ; l'organisation des Ecoles d'hygiène dans les divers pays ; les réglementations de la profession de sage-femme ; la réforme du département de l'hygiène au Mexique ; l'hospitalisation des malades mentaux et la classification de ces malades aux U. S. A. ; le développement des œuvres d'hygiène aux U. S. A. en application du *Social Security Act* (travaux sanitaires, enseignement populaire de l'hygiène) ; l'hygiène scolaire en Egypte ; un programme de protection de l'enfance dans les campagnes en Yougoslavie ; la natalité dans les campagnes françaises ; la pollution des eaux de mer par les déversements des égouts et leur auto-épuration ; les avantages de l'acide cyanhydrique pour la destruction des parasites animaux dans l'agriculture, etc.

LA PROPAGANDE DE L'HYGIÈNE EN FRANCE

En racontant, dans un des derniers numéros du *Concours médical*, comment l'Association médicale américaine aide les médecins qui veulent, par des conférences, répandre les notions d'hygiène et les progrès de la médecine, je voulais simplement donner un exemple de ce que peut faire, dans ce sens, une Association médicale désireuse d'améliorer la santé publique, ce qui est la noblesse de notre profession. Le but de ce petit exposé était de susciter, de la part de nos groupements médicaux les mêmes initiatives, et de leur suggérer qu'en dehors des questions purement professionnelles il y a un domaine que les médecins organisés peuvent et doivent maintenir, celui de la santé publique. Je sais parfaitement que, dans les Syndicats médicaux, beaucoup de bons esprits souhaitent que le médecin reste maître de la médecine et de l'hygiène ; mais ce devoir est souvent oublié, dans l'ardeur des discussions où le métier et ses nécessités prennent tout le temps et toute l'attention.

Et puis on ne sait pas, en France, rien organiser sans le secours du Gouvernement. On lui laisse le soin de tout faire ; et, comme il est fort pauvre, il se contente de conserver ce qui existe, assez chichement d'ailleurs ; il ne faut pas compter sur lui pour rien entreprendre de nouveau ou de plus vaste.

Sur quel budget pourrait-on prendre les quelques centaines de mille francs nécessaires pour répandre les notions d'hygiène et de médecine préventive qui sauveraient certainement des milliers de vies humaines ? On parle de grands travaux : est-il vraiment plus urgent de construire des routes pour que les autos puissent aller très vite, que d'empêcher les Français de mourir inutilement ? Notre immense budget n'est dépensé que pour des intérêts locaux ; les vrais problèmes nationaux, comme ceux de la santé, de la repopulation, de l'immigration, passent au second plan, au plan où il n'y a plus d'argent ; et le léger effort qu'il faudrait faire est remis à plus tard, d'année en année.

C'est pourquoi il faut applaudir aux travaux de ceux qui, par un bonheur bien mérité, ont su conserver un rôle important dans la protection de la santé nationale. Je citerai, sous cette rubrique, la Ligue contre la tuberculose, et la Société de prophylaxie sanitaire et morale. Toutes deux fournissent à ceux qui veulent intéresser les populations à l'hygiène et à la prévention des maladies, des brochures et des films de grande valeur et de grande utilité ; tous deux prouvent qu'en France on peut, quand on le veut, et quand le Gouvernement le veut, faire aussi bien qu'aux Etats-Unis. On peut seulement regretter que les efforts pour ne pas dire l'apostolat, qui les mènent, soient limités à quelques-uns seulement des fléaux qui nous menacent : la syphilis, la blennorrhagie, la tuberculose ; ce n'est qu'une partie de la lutte. Il faudrait que, sous l'égide du Comité d'hygiène, par exemple, ou de l'Académie, par les soins des Syndicats et d'autres groupements qui pourraient parler avec autorité au ministre de la Santé publique, se constitue un groupe, largement ouvert, qui se donnerait pour tâche d'amener la France au même rang que d'autres nations voisines, dans le domaine de l'hygiène et de la prévention.

Ph. DALLY.

LE MORALISTE DES FEMMES

Par le Docteur Marcel VIARD

Charles-Albert Demoustier, mort en 1802, à l'âge de 42 ans, avait une sympathie marquée, mais respectueuse pour le sexe féminin. Il se plaisait en compagnie des femmes jolies et agréables et leur faisait volontiers de la morale. C'est au lycée des étrangers et au lycée dit The Lusson qu'avaient lieu les réunions au cours desquelles notre aimable moraliste enseignait à ses chères disciples les œuvres de Socrate, de Platon, de Diogène, d'Epicure, mais surtout et d'une façon très adroite « l'Art de plaire » à toutes les époques de la vie, grâce au jeu de leur sensibilité, et de leur vertu. Il avait le grand talent de captiver l'esprit et le cœur de son intéressant auditoire par les artifices de son langage et le charme de ses sentiments. Cet écrivain qui aimait les femmes et leur était cher, leur apprenait « que les qualités de l'esprit et du cœur sont les seuls attraits qui ne vieillissent point, et que le génie et les talents éternisent les fleurs et le printemps de la vie ».

On ne peut pas dire que nous vivons à une époque où la Morale règne en maîtresse. C'est peut-être une raison pour en parler beaucoup. Mais, il faut en changer le ton ancien, monotone, ennuyeux, attristant, diminuer le nombre des sentences pédantes, adopter un ton de franchise, un langage amical, des données scientifiques s'accommodant avec les émotions les plus douces.

Tout est délicat chez les femmes ; leur organisme, leurs pensées, leur cœur. Aussi, n'est-ce point la force humaine qui les gouverne, mais, au contraire, tout ce qui est faible et naturel.

Il convient de prendre avec elles, le ton de sincérité et d'attirer leur attention beaucoup plus sur leurs vertus que sur leurs devoirs. Elles savent gré de l'intérêt qu'on prend de leur bonheur en leur montrant qu'il existe dans quelque coin caché de leur être, une qualité qu'elles négligent, parce que moins essentielle, en apparence, que les autres, par exemple l'estime. L'art de plaire, en effet, c'est en réalité l'art de se faire estimer, mais comme l'estime ne peut exister sans la culture des beaux et des bons sentiments, c'est donc en entretenant ces sentiments que les femmes plairont à coup sûr.

Certes, toutes ne le comprennent pas, le terrain sur lequel on sème est quelquefois léger et la semence souvent emportée par le souffle de la frivolité.

Car les femmes aiment peu les philosophes ; ils sont, en général trop sévères et peu sociables... Le philosophe dit ce qu'il pense, mais la femme peint ce qu'elle sent.

La voix du cœur ressemble quelquefois à celle de la raison ; mais il est facile de les distinguer. Celle de la raison est brève et se calme vite. La voix du cœur est douce et ne se fatigue jamais.

C'est pourquoi, en morale, on peut tout dire aux femmes pourvu qu'elles sentent la franchise, le naturel et le désir ardent qu'on a de leur être utile. La pudeur et le ridicule disparaissent à leurs yeux désormais ouverts aux beautés humaines, à la perfection possible.

Ce qui entrave cette perfection morale chez les femmes, c'est très souvent la vanité. Chez l'homme, c'est l'ambition, le désir de posséder toujours davantage. Mais l'ambition n'a comme objets que des buts importants, tandis que la vanité se nourrit des moindres détails et finit par dessécher le cœur.

Une des formes de la vanité, la plus pernicieuse peut-être, est celle qui consiste à vouloir briller dans la Société, uniquement par la toilette et les artifices de beauté. Ce sont des ridicules qui retombent sur les femmes elles-mêmes et les écrasent.

Mesdames, vous avez d'autres richesses que celles-là, impérissables, et que trop souvent vous ignorez. Quelqu'un a dit « pour bien employer la vie, il faudrait souvent recommencer à vivre ». C'est vrai, car la poursuite incessante des plaisirs, des satisfactions d'ordre matériel nous pousse vers un inconnu redoutable. Les yeux fixés sur ce mirage ne voient plus les objets réels, utiles à notre bonheur et qui sont pourtant à portée de notre main !

***

Vos véritables richesses sont celles que la mort ne peut ravir. Ayez un cœur pur, du courage, de la volonté, de la générosité, l'esprit de sacrifice, et la pauvreté, l'humiliation même, n'auront aucune prise sur vous.

Et si vos sœurs infortunées d'aujourd'hui, prennent votre place demain (que de fois ce retour du sort a été constaté !) ne les singez pas dans ce qu'elles avaient de frivole, d'inconstant de superficiel, et par conséquent de ridicule ! Ne vous croyez pas obligées de prendre de grands airs, de vous couvrir de bijoux, de les écraser de votre luxe passager. Soyez simples, au contraire, privées souvent de l'éducation qu'elles avaient, couvrez cette tâche avec un voile de modestie ! Soyez naturelles et franches, imitez leur délicatesse, développez toutes vos qualités à un point que nulle ne puisse vous surpasser.

Et ce corps que vous adorez pour lui-même,

regardez-le maintenant avec les yeux de votre esprit et de votre cœur. Car s'il est naturel qu'une femme ait du plaisir à se trouver belle, surtout quand c'est la vérité, n'est-il pas moins naturel qu'en constatant son joli sourire, qui exprime la douceur et la bonté, elle cherche à développer en elle ces deux qualités ? Que son front pur, lui donne le désir de l'être, que ses yeux profonds l'incitent à donner à ses sentiments cette profondeur, en particulier à la tendresse, à l'amour.

Que ses mains blanches soient destinées à soutenir un front soucieux, à essuyer des larmes, à calmer des douleurs physiques ou morales. Jusqu'à ses petits pieds, qu'ils aillent porter partout la paix, le bonheur en tous lieux ! Alors le cœur vibrant, inondé par tant de beaux sentiments, deviendra un centre attractif puissant ou iront se régénérer d'autres isolés ou meurtris, avides de beautés et de joies !

« Ainsi de vos attraits l'heureuse impression,
« Aux plus hautes vertus pourraient vous faire atteindre ;
« Et je n'aurai plus qu'à vous peindre,
« Pour faire le tableau de la perfection. »

Et puis, lorsqu'un homme recherche les consolations ou la félicité, n'est-ce pas vers la femme qu'il se tourne instinctivement ? Il est instinctif ce geste de l'enfant qui se réfugie dans les bras de sa mère, quand il a du chagrin ; et c'est également dans l'instinct de la mère de consoler l'enfant. Il semble que ces habitudes contractées dans les premières années de la vie ne puissent disparaître avec le temps. Aussi combien d'hommes adultes redeviennent dans les circonstances malheureuses de véritables enfants dans les bras d'une femme !

Plutôt que la vie factice et décevante des plaisirs multipliés et coûteux, accumulez en vous les richesses de l'esprit et du cœur ! Epicure, qui s'y connaissait bien, disait que, pour être heureux, il fallait être simple et frugal. C'était pour lui deux trésors inappréciables. Grâce à la simplicité, nous sommes insensibles à la perte de la fortune et inaccessibles à l'envie, cause de bien des tourments. La frugalité donne la force et la résistance physique, source de bien des satisfactions. Or, la volupté pure, complète, n'est possible qu'avec un corps sain, un esprit calme et des sentiments élevés !

« O quel tableau charmant que celui de ces jeunes épicuriennes recevant leurs vêtements des mains de la modestie, et leur nourriture des mains de la tempérance ; l'esprit naturel comme leur parure, le cœur pur comme l'onde qui les désaltérait, étendant leur bienfaisance en restreignant leur nécessaire, riches du superflu dont elles se privaient pour les malheureux, et se privant sans cesse pour s'enrichir tous les jours ! En parcourant les diverses saisons de la vie, leurs âmes n'en éprouvaient point les variations. Si quelquefois un sentiment plus vif, éveillait dans leur sein le feu sacré de la volupté, ce n'était point cette flamme dévorante qui dessèche et tarif le plaisir ; c'était la chaleur vivifiante du printemps, dont leur figure offrait la fraîcheur et l'image. Aussi, jouissant paisiblement des songes du passé, de la réalité du présent et des illusions de l'avenir, saisissant encore les sensations fugitives du bel âge, sentant vivement tout le prix d'une parole consolante, d'une larme essuyée, d'un désir prévenu, d'un regard de reconnaissance, d'un mot de confiance, d'un sourire d'amitié, elles arrivaient au terme de la vie, tenant encore par la main la jeunesse ; car on est jeune tant que le cœur n'a point vieilli » (Demoustier).

Ainsi, rien de nouveau sous le soleil. La vie est un perpétuel recommencement, les sages ont toujours conseillé les mêmes choses et les êtres humains sont toujours aussi insensés ! Certes, il est difficile de se débarrasser de ses instincts bas et pervers, de résister à l'appel impérieux des sens, de rester indifférent à la richesse, au luxe, au bien-être physique. Il y a pourtant un moyen de tout concilier ; c'est de donner aux choses leur valeur réelle, d'accomplir tous les actes de la vie avec mesure, de rechercher partout la modération et le progrès, d'améliorer le fonctionnement de ses organes, de découvrir le rythme de ses pensées, d'établir sa vie sentimentales sur les bases éternelles de l'utilité et de la bonté infinie !...

Les femmes, quand elles le veulent, font de rapides progrès dans cette voie parce que leur nature est, en tout, plus près de la beauté que celle de leurs imparfaits compagnons.

Ce n'est jamais en vain que l'on fait appel à la sensibilité féminine, à sa vertu. Plus que l'homme elle souffre de ses faiblesses. Il y a toujours lutte entre sa conscience et le mal, entre ses désirs sensuels et son besoin impérieux de beauté morale. Il semble que, dans ce corps, paré pour le plaisir, il se cache une âme éperdue d'idéal, toute prête à s'échapper de sa prison charnelle !

Celles qui n'ont pas encore compris leur véritable nature et leurs véritables destinées sont inquiètes, tourmentées, malheureuses. Mais, celles qui voient enfin clair en elles-mêmes, qui savent discerner la nature des sentiments opposés, contradictoires qui les bouleversent, et qui connaissent la façon de réglementer leur vie, jouissent à ce moment du bonheur le plus grand, de la volupté la plus pure et la plus complète !

Dr Marcel VIARD.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

● ● ●

Autour de la vie de Bohême, par le Docteur CABANÈS.
(106 illustrations. Editions Albin Michel, 22, rue Huyghens, Paris, 1938).

Cabanès n'a jamais dit son dernier mot. Cet érudit incomparable a laissé en mourant une mine inépuisable de documents, d'études inédites que Madame Cabanès sait grouper avec art et illustrer judicieusement et agréablement.

Le volume qui voit le jour actuellement, malgré son titre *Autour de la Bohême* est loin d'être folâtre comme les héros de Mürger. Cabanès nous y montre le revers de la médaille, les drames de la vie des romantiques, la fin douloureuse qui termina souvent leur existence de rêverie et d'insouciance.

Tout d'abord, l'auteur aborde : *Le martyrologe des écrivains : ceux qui meurent à l'hôpital*. C'est Hégésippe Moreau, le poète, qui meurt à la Charité, sans doute intoxiqué par l'opium dont il abusait. Félix Pyat fut arracher son cadavre à la table de dissection où il était appelé à finir.

C'est Armand Lebailly, poète comme Hégésippe Moreau, qui finissait à Necker en 1864.

C'est un autre poète Louis Bertrand, auteur de *Gaspard de la Nuit* qui parut après sa mort et qui, après un séjour de quelques mois à Saint-Antoine, termina à Necker sa misérable existence.

C'est Georges Destouches, secrétaire de Ponson du Terrail, qui, après plusieurs tentatives de suicide, mourut enfin aussi à Necker.

C'est Antoine Watripon, le biographe de Villon, qui écrivit dans le *Figaro* de Villemessant et fut admis à Saint-Louis au Pavillon Gabrielle où il s'éteignit. C'est Privat d'Anglemont qui, de la Pitié fut mourir à la Maison Dubois en 1859. Cette maison abrita la fin de Gustave Planche, d'Henry Mürger, de Félix Arvers, d'Alfred Assolant, etc., etc.

Les familiers du Chat-Noir, Mac-Nab, Adrien Dézamy, Albert Tréhant, le dessinateur Henricus, Cattelain le graveur, ami de Courbet, Bresdin, Lantara moururent à Lariboisière, à Necker ou à la Charité.

Le mal mystérieux dont mourut Mürger, purpura suivi d'artérite et de gangrène, était vraisemblablement d'origine syphilitique.

Après le martyrologe viennent les *oubliés* et parmi eux un romantique de marque, *Auguste de Chatillon, peintre et poète*, l'auteur de *la Levrette en paletot* et de la *Sabretache*, bouffonneries qui eurent leur heure de succès. Cabanès éclaircit quelques points restés myssérieux.

L'homme au sonnet, Félix Arvers, écrivit vraisemblablement ses vers non pour Mme Victor Hugo, mais pour la fille de Charles Nodier qui devint Mme Menessier. Duméril, médecin de la Maison Dubois, l'y soigna d'une affection de la moelle épinière, cause de sa mort.

L'auteur exerce son esprit critique sur les œuvres des caricaturistes.

L'esprit scientifique de Gavarni domine son œuvre d'historien des mœurs de 1830 à 1848 et de moraliste.

Tout autre est *le grand caricaturiste visionnaire* : *Grandville*, dont les œuvres sont souvent macabres. Du reste, l'on constate l'*obsession de la mort chez les cérébraux* et Cabanès consacre à ce sujet un chapitre copieusement documenté.

L'ouvrage se termine par une étude moins lugubre : *Les Egéries : Inspiratrices et Compagnes*, sans remonter à Cornélie et aux Gracques, à saint Augustin et sainte Monique, à Blanche de Castille et à saint Louis, à Louis de Savoie et François Ier, à Frédéric II et la Margrave de Baireuth, nous pouvons citer Eugénie et Maurice de Guérin, Lucile de Chateaubriand et son frère, Renan et sa sœur Henriette, Condorcet, Lavoisier, Lacépède, Berthelot, Curie et leurs femmes, Herschell et sa sœur Caroline, Marie Dorval et de Vigny, Victor Hugo et Juliette Drouet, Lamartine et Mme Charles, Michelet et sa femme, Balzac et Mme Hanska, Alphonse Daudet et sa femme et George Sand, ce véritable don Juan féminin. Nous ne saurions énumérer tous les couples que cite Cabanès.

Ces sujets permettaient de nombreuses illustrations. Les caricatures de Gavarni et de Grandville sont nombreuses et les portraits des Egéries et de leurs inspirés sont curieux.

Autour de la vie de Bohême n'est donc pas parmi les œuvres de Cabanès la moins intéressante.

J. NOIR.

◆ ◆ ◆ ◆

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Cliniques médicale et chirurgicale de l'Hôtel-Dieu** (Professeurs : MM. Carnot et Cunéo).— *Conférences sur les maladies de l'anus et du rectum* par le Docteur Jean Rachet, médecin des hôpitaux, les jeudis à 18 heures, à l'amphithéâtre Trousseau.

Programme des cours. — Jeudi 19 janvier : Les hémorroïdes. — Jeudi 26 janvier : Les fissures ; les névralgies ano-rectales. Le prurit anal. — Jeudi 2 février : Conception générale des rectites. Les ano-rectites. — Jeudi 9 février : Les ano-rectites (*suite*) : les localisations ano-rectales de la maladie de Nicolas-Favre.— Jeudi 16 février : Les recto-colites. — Jeudi 23 février : Le cancer ano-rectal.

— **Chaire de thérapeutique** (Professeur : M. Paul Harvier).— *Cours complémentaire* : *Traitement des affections cutanées* le vendredi et le samedi au grand amphithéâtre de la Faculté.

Vendredi 20 janvier, à 17 heures, M. le Docteur Degos, médecin des hôpitaux : Traitement des affections du cuir chevelu. — Samedi 21 janvier, à 16 heures, M. le Docteur Milian, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de médecine : Traitement du psoriasis. — Vendredi 27 janvier, à 17 heures, M. le Docteur Sézary, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Louis : Traitement des eczémas. — Samedi 28 janvier, à 16 heures, M. le Docteur Cordier, chef de clinique à la Faculté : Traitement des brûlures.

— **Cours de pathologie chirurgicale** (Professeur : M. Henri Mondor).— M. Ameline, agrégé, a commencé son cours le mardi 3 janvier 1939, à 17 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Programme. — Pathologie chirurgicale générale; Pathologie des reins.

— **Cours de pharmacologie** (Professeur : M. M. Tiffeneau).— M. le Professeur Tiffeneau a commencé son cours le 4 janvier 1939, à 16 heures, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre Vulpian.

Sujet du cours. — Médicaments du système nerveux central.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris.**— *Conférences du dimanche.*— Ces conférences, publiques et gratuites, auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Programme pour le deuxième trimestre 1938-1939. — 15 janvier, M. Pierre Bourgeois : L'organisation en France de la réadaptation au travail des tuberculeux pulmonaires. — 22 janvier, M. Laignel-Lavastine : La transformation thérapeutique de la psychiatrie depuis vingt ans. — 29 janvier, M. Cattan : Les achylies. — 5 février, M. Sénèque : Le traitement des fractures de la diaphyse fémorale de l'adulte (projections). — 12 février, M. Benda : A propos de quelques observations d'érythème noueux chez l'adulte. — 19 février, M. Funck-Brentano : Le traitement des embolies artérielles des membres. — 26 février, M. Desmarest : Les résultats éloignés du traitement chirurgical du cancer du sein. — 5 mars, M. Guy Laroche : Utilisation thérapeutique des sels de testostérone. — 12 mars, M. Sainton : Intervention sur le corps thyroïde et endocrinologie thyroïdienne (projections). — 19 mars, M. Etienne Bernard : Tuberculose et médecine sociale. — 26 mars, M. Turpin : Pathologie héréditaire et mutations.

— **Concours d'oto-rhino-laryngologiste.**— Un concours pour deux places d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le 17 mars 1939. Inscriptions du 20 au 28 février 1939.

— **Prix Civiale.** — Un concours est ouvert en 1939, entre les internes en médecine et externes en premier, pour l'attribution du prix fondé par feu le Docteur Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce prix aura une valeur de 1.000 francs.

Ce travail devra être déposé à l'Administration centrale (Bureau du Service de santé) le 14 mars 1939, au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires destinés à être présentés pour le concours des prix de l'internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise) — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

Les retraites et le médecin poète

Notre confrère, le Docteur Paul Grossier, qui, s'inspirant d'Horace et surtout de Juvénal, taquine agréablement la Muse, nous fait le plaisir de nous adresser tous les ans au premier janvier une pièce de vers faisant allusion aux actualités. Nous citerons cette année les strophes où il fait allusion à la retraite des vieux qui peut et doit s'appliquer aux vieux médecins. M. Paul Grossier est sceptique sur sa réalisation comme l'indique la strophe suivante :

De quoi ? Parler de ta retraite
Quand la France est dans le pétrin,
Quand l'Etat n'a plus de galette
Pour le travailleur souverain !
Si la crampe si fort te serre,
Va-t-en chercher en Angleterre
Les écus de la boulangère
A l'enseigne de Chamberlain.

Et plus loin faisant allusion à celui qui a une retraite :

Ne te plains pas si ta retraite
N'a pas augmenté d'un radis.
Souffre mais point ne t'inquiète,
En trente ans l'or versé jadis
A plus que décuplé ta mise.
Ton jaunet fut de bonne prise.
Les barons Rothschild et Neuflize
Partageront au paradis.

Et il termine par un bon conseil qui consiste à suivre son exemple :

Reviens à ton jardin, candide,
Au quotidien rendez-vous.
Ne souffre pas de terrain vide
Où puisse mûrir le fruit doux.
Ferme tes livres, imbécile.
Arrache l'arbuste stérile,
Pioche, détruis l'herbe inutile
Plante tes navets et tes choux.

C'est fort bien, Docteur Paul Grossier, d'engager à cultiver son jardin mais il faut en posséder un ou tout au moins avoir de quoi l'acquérir. C'est-à-dire avoir été prévoyant comme vous.

J. NOIR.

La Ligue médicale de Défense professionnelle « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 150.000 francs. Et cette garantie est portée à 1.000.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical.*

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien pécuniaire dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

Exploration dans le Maquis fiscal

Pour illustrer d'un exemple vécu l'article de Jean Mignon « En matière d'impôt sur le revenu, les médecins seront-ils livrés à l'arbitraire de l'Administration ? » et démontrer que le bon exemple de Paris est loin d'être toujours suivi en province, voici en trois actes et... quelques échanges de lettres, l'histoire fiscale d'un médecin de campagne :

PREMIER ACTE : ESCARMOUCHES. — Le Contrôleur à M. le Docteur X... : J'ai l'honneur de vous informer que je ne peux accepter votre déclaration des bénéfices professionnels et qu'*en raison de votre notoriété et de votre activité professionnelle*, j'estime que ceux-ci se montent pour l'année en cours à : 33.000 francs.

Réponse : Je vous prie de bien vouloir m'indiquer quels sont les motifs précis de votre estimation et suis à votre disposition pour toutes les explications que vous désirerez.

Le Contrôleur, après examen du Livre-Journal, tenu normalement depuis le 1er janvier 1934 et à propos duquel le Contrôleur précédent avait écrit : *L'exactitude des recettes n'est pas contestée.* J'ai l'honneur de vous informer que votre Livre-Journal ne permet pas de vérification en raison du blocage (?) journalier des recettes. *Vu l'importance de votre clientèle*, j'estime que vos bénéfices professionnels sont de 36.000 francs. Si vous jugez à propos de soumettre le litige à M. le président du C. F. vous voudrez bien le prier de m'adresser son appréciation.

DEUXIÈME ACTE : TENTATIVE DE CONCILIATION :

« *Conclusions du rapport du médecin conciliateur* : « J'estime donc que les déclarations fiscales du Docteur X... (Dépenses profess. et Livre-Journal), contre lesquelles aucun fait précis, aucune observation motivée n'a été soulevé et qui me paraissent conformes à la façon d'exercer la médecine de ce praticien, doivent être considérées comme exactes. »

Le Contrôleur : J'ai l'honneur de vous informer que je ne tiens pas compte du rapport de M. le médecin-préconciliateur à votre sujet et qu'à la suite des *renseignements que j'ai recueillis sur votre activité professionnelle*, pour rédiger le rapport en vue d'un recours éventuel devant la Commission de taxation, j'estime que vos bénéfices professionnels ne sauraient être inférieurs à 72.000 francs.

Réponse : Veuillez me communiquer le rapport du médecin-conciliateur et m'indiquer un rendez-vous pour vous fournir des explications.

Le Contrôleur : Rien ne m'autorise à cette

communication et je ne peux vous fournir aucune autre explication, votre dossier étant entre les mains de M. l'Inspecteur-principal, secrétaire de la Commission de taxation.

TROISIÈME ACTE : LA COMMISSION DE TAXATION

Lettre de convocation : J'ai l'honneur de vous faire connaître que la Commission de taxation prévue à l'art. 86 du Code général des impôts directs se réunira à la Préfecture le . . . à l'effet d'*examiner le désaccord existant entre vous et le Contrôleur.*

Après une procédure aussi... sommaire et aussi... favorable à l'accusation, rappelant fortement celle des muets du Sérail, le Mire campagnard doit se munir d'un jour de vivres et se préparer à comparoir au lointain chef lieu, devant une Commission de sept inconnus, présidée par un juge, flanqué de 4 membres fiscaux, un médecin et un contribuable. Il a dix jours pour présenter ses observations sur... un dossier qu'il n'a pu arriver à se procurer... moins bien traité en cela qu'un accusé de droit commun, qui, lui au moins, sait ce qu'on lui reproche.

Le grand jour arrivé, notre mire éberlué a la surprise d'entendre un long réquisitoire sur son « Train de vie », dont il n'a jamais été question jusque-là et qui fait intervenir non seulement ses recettes médicales mais encore ses recettes mobilières et immobilières (car il a le toupet de posséder quelques revenus extra-médicaux, une 10 Citroën, une vieille domestique et de s'offrir quelques voyage saux frais de la S. N. C. F., dont il ne peut guère tirer autre chose). Il a beau rappeler tout cela, demander quels sont les motifs précis qui l'ont fait traîner devant la Commission, sortir ses livres de dépenses et son Livre-Journal, relire le rapport de son confrère : tout cela n'a pas d'importance ; son « Train de vie » ayant été exactement mesuré par des appareils aussi précis que mystérieux, connus seulement des membres fiscaux de la Commission, et fonctionnant même à longue distance avec une parfaite précision sur des contribuables totalement inconnus de ces messieurs, ceux-ci par quatre voix contre trois fixent sans ambages — et sans doute par le même procédé — ses bénéfices professionnels à... 60.000 francs avec le motif, terriblement précis :

« Insuffisance des recettes non en rapport avec l'activité professionnelle et les éléments du train de vie du contribuable. »

Et notre Mire ligoté,
Fut proprement exécuté,
Sans autre forme de procès.
Experto crede Roberto.

◆ ◆

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 20 décembre 1938, le Conseil a prononcé les admissions de MM. les Docteurs :

13.497 BERNARD, 20, avenue Thiers, Marseille (Bouches-du-Rhône). Synd. médical de Marseille.
13.498 BUCHER, Chazay d'Azergues (Rhône). Syndicat des Médecins du Rhône.
13.499 COUSIN, Tréguier (Côtes-du-Nord). Syndicat médical des Côtes du Nord.
13.500 DE FONTREAULX, 75, rue de Miromesnil, Paris (VIIIe). Syndicat des Médecins de la Seine.
13.501 DE VULPIAN, Saint-Brieuc. Syndicat départemental.
13.502 FORGEOIS, Charenton-du-Cher (Cher). Parrains : Docteurs Martin et Vaissier.
13.503 GANDOUET, Marans (Charente-Inférieure). Parrains : Docteurs Bobin et Gandouet.
13.504 GUYONNET, Saint-Maixent-l'Ecole (Deux-Sèvres). Syndicat médical des Deux-Sèvres.
13.505 LATOUR, Chef-Boutonne (Deux-Sèvres). Syndicat médical des Deux-Sèvres.
13.506 LAYGUE, Argentat (Corrèze). Parrains : Docteurs Laygue père et Soulié.
13.507 LONGRAYE, Chambéry (Savoie), Parrains : Docteurs Baldy et Auruche.
13.508 MAJOUR, Limoges (Haute-Vienne). Syndicat médical de la Haute-Vienne.
13.509 MARIN, Mouries (Bouches-du-Rhône). Parrains : Docteurs Mevel et Devaux.
13.510 MERLEN, Dunkerque (Nord). Syndicat de Dunkerque.
13.511 ROQUETTE, Villefranche-de-Rouergue (Aveyron). Syndicat médical de l'Aveyron.
13.512 TIPHINE, Bouzonville (Moselle). Syndicat des médecins de Metz.
13.513 TISSANDIE, 60, avenue Jean-Jaurès, Paris (XIXe). Parrains : Docteurs Dérot et Périer.
13.514 VINCENT, Limoges (Haute-Vienne). Association des anciens internes des hôpitaux de Paris.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours suivant la présente publication (art. 5 des statuts).

Syndicat médical de Cannes

Extrait du compte rendu de l'Assemblée générale du 13 octobre 1938

Erratum

Dans l'extrait du compte rendu de l'Assemblée générale du Syndicat de Cannes publié dans le *Concours* du 18-12-1938, page 3248, il y a deux erreurs de chiffres :

La première, à la cinquième ligne (23.000 au lieu de 25.000) est sans importance car la différence est légère.

La deuxième, à la dix-neuvième ligne, est plus ennuyeuse (15.000 au lieu de 25.000), car la personne aux 15.000 francs de revenus peut prétendre qu'elle a des ressources faibles, tandis que celle qui a 25.000 francs de revenus est moins fondée à le faire.

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Accidents du Travail

9.187. — Réduction et contention bien effectuées, mais nécessité d'une ostéosynthèse ultérieure par raison spéciale

Le 26 juillet dernier un accidenté du travail se brise les deux os de l'avant-bras gauche au tiers moyen et au tiers supérieur.

Réduction parfaite sous écran, plâtre. Le 30 juillet radiographie de contrôle, les deux os ont glissé.

Après autorisation de la Compagnie, j'adresse le blessé à un chirurgien qui, avec le concours d'un radiographe et en ma présence, fait également sous l'écran une réduction très belle et un plâtre. Le blessé repart le soir de la clinique, repasse à l'écran, la réduction persiste. Le 26 août radiographie de contrôle avant d'enlever le plâtre ; les deux os ont glissé.

Le chirurgien demande alors l'autorisation de faire une ostéosynthèse qui a donné d'excellents résultats.

Vis-à-vis de la Compagnie, que dois-je compter pour la première réduction (qui était parfaite) et le plâtre ? (Les fractures étaient en biseau et dans la courbure de l'os radial.)

Dr J.

Réponse

Si « réduction parfaite » démontrée par radio avec contention de même par plâtre, je ne vois pas de raison contraire à ce que vous comptiez « réduction et contention par appareil plâtré d'une fracture des deux os de l'avant-bras = 165 francs (art. 18) ». Mais, tout de même, je ne vois pas qu'on puisse compter deux fois une même réduction de fracture. Aussi, pour la seconde intervention, je ne pense pas qu'on puisse compter autre chose que « réfection de plâtre ordinaire = 100 francs ».

Par contre, dans le cas spécial où fut nécessitée ultérieurement et techniquement une ostéosynthèse, j'estime que cette nouvelle intervention doit être comptée « ostéosynthèse, y compris les appareils de contention = 825 francs » (art. 20 F). Mais je répète que, pour que vous puissiez compter légitimement votre première réduction et contention par plâtre, il faut démontrer (par la radio précisément) que vous avez fait une « réduction parfaite » avec une « contention par plâtre ».

Il n'y eut donc pas là un acte médical insuffisant par lui-même, mais par les circonstances

même qui, en dehors de votre acte normal, ont nécessité une ostéosynthèse ultérieure. Ce fut donc là un « cas spécial » sur lequel néanmoins on aurait tort de généraliser.

Dr F. DECOURT.

9.361. — Radio de doigt face et profil

A la suite de difficultés rencontrées avec un médecin radiographe au sujet du règlement de ses honoraires, nous vous serions obligés de vouloir bien nous donner votre avis personnel sur le cas suivant :

Jusqu'à présent, les divers arrêtés ministériels fixant le montant des honorraires médicaux en « accidents du travail » ont toujours mentionné les honoraires pour la radiographie de doigt ou orteil, face et profil, alors que le *Journal Officiel* du 21 mars dernier indique : «doigt, un ou plusieurs, face ou profil ».

Le docteur en question se basant sur ce fait nous réclame pour une radiographie de l'index, face et profil, 50 francs, pour la première position, et 37 fr. 50 pour la seconde, conformément au deuxième alinéa des «observations ».

Si la prétention de ce docteur est fondée, l'augmentation en résultant ne nous semble pas en rapport avec celle appliquée par ce tarif aux autres radiographies, puisqu'elle correspondrait à un taux de près de 100 %.

Cie le P.

Réponse

Il y aura lieu de faire poser cette question par un délégué-assureur, dans une des très prochaines réunions de la Commission ministérielle de révision du tarif accidents du travail. De mon côté, je présenterai la thèse du médecin dont vous parlez qui se base sur l'art. 27. Observ. 2°, tandis que vous déclarez que l'augmentation invoquée ainsi, n'est pas en rapport avec celle appliquée aux autres radiographies portant « et » (et non « ou »). Il y aura lieu pour la Commission de statuer sur ce sujet.

Dr F. DECOURT.

9.403. — Pansements rares à la colle de Unna

Combien dois-je tarifer pour un accident du travail (plaie atone de jambe), botte de Unna, la première ? et au besoin les suivantes ?

J'ai confectionné ma botte avec une spécialité : bande ulcérophile Nosan après avoir prévenu la Compagnie de la nécessité du traitement (plaie incicatrisable depuis quatre mois malgré de multiples thérapeutiques y compris radiothérapie) et demandé pour le blessé le remboursement, à titre exceptionnel, de la spécialité.

D^r^ M.

Réponse

Voir art. 16 : « Pansements rares d'ulcères variqueux à la colle de Unna ou appareil sillicaté, etc. = 30 francs. Evidemment c'est 30 francs par pansement. Pour la « spécialité » employée, à traiter à l'amiable avec la Compagnie en dehors du tarif, en justifiant la nécessité de son emploi.

D[r] F. DECOURT.

b) Pensionnés de guerre

9.343. — Infiltrations anesthésiques (Leriche)

Je traite un malade (art. 64) et je voudrais savoir la tarification de :

1° Séries d'histamine intradermique.

2° Infiltrations anesthésiques para-articulaires (Leriche) avec novocaïne ou thiodacaïne (blessé atteint d'arthrite du coude). Dans les deux cas, ne pouvant prescrire de spécialités, je me sers d'échantillons du produit en question.

D[r] M.

Réponse

1° Les injections sous-cutanées ou intradermiques ne sont pas l'objet d'une tarification spéciale, étant comprises dans le prix de la consultation.

2° Les infiltrations méthode Leriche ne sont pas d'avantage l'objet d'une tarification spéciale dans le tarif des victimes de la guerre. Par contre, je vous signale que dans le nouveau tarif des accidents du travail, elles sont notées spécialement 50 francs. Vous pourriez demander au secrétaire de votre Commission de contrôle si vous pouvez les compter suivant ce tarif, par analogie.

D[r] F. DECOURT.

9.284. — Radioscopie au cours d'insufflations pour pneumothorax

Une question m'est posée par un confrère concernant l'article 64.

On refuse de payer une radiographie faite en cours d'entretien d'un pneumothorax.

Une circulaire adressée aux confrères porte en effet :

« ... Insufflation pour entretien du pneumothorax (séparée de la première et de la suivante par un intervalle d'au moins trente jours y compris un examen radiologique = 80 francs. »

D'autre part un livre existe, dû à un officier de l'Intendance et édité chez Lavauzelle ; ce livre porte en note, à propos de cet « y compris un examen radiologique » que toutes les radiographies faites

en cours de pneumo sont comprises dans ce tarif de 80 francs.

Telles sont les deux bases que l'on oppose au Service de l'article 64 au paiement d'honoraires spéciaux pour les graphies en cours de pneumo.

Mais ce mot « radiologique » de la circulaire, du Règlement est sujet à glose ; veut-il dire à la fois scopie et graphie ? Ce n'est pas sûr.

D'autre part, la note du livre sus-cité est-elle autre chose qu'une interprétation propre à l'auteur ? Peut-être pas.

Avec le confrère qui me pose cette question j'estime qu'une graphie est de temps à autre utile en cours de pneumo. Et il m'apparaît excessif de ne pas la tarifer à part.

Qu'en pensez-vous ?

Dr V.

Réponse

Le décret du 29 janvier 1935, après les modifications apportées au sujet des « insufflations pour entretien du pneumothorax » porte la phrase : « y compris un examen radiologique ainsi que vous le relatez, mais ce n'est pas une circulaire seulement, mais bien un décret qui le dit. De plus ce décret dit « radiologique », ce qui ne fait aucune distinction entre une scopie ou une graphie, et, par suite, englobe les deux cas. D'ailleurs, pour faire une radiographie quelconque, le médecin doit « en donner avis dans les 24 heures à la Commission de Contrôle » (art. 18). Le mieux serait donc pour éviter tout ennui dans la suite de demander au secrétaire de la dite Commission si on peut faire la radiographie, dans ce cas, au compte de l'Etat.

Dr F. Decourt.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

8.955. — Rechute d'un accident du travail

Le 12 mars 1938 un ouvrier à une entorse du genou.

Le 2 avril je lui délivre son certificat de guérison sans aucune incapacité permanente partielle, ni réserve d'aucune sorte.

Deux ou trois mois après apparaissent des troubles du genou en rapport sans aucun doute avec le traumatisme.

Une radio paraît nécessaire, peut-être aussi un traitement par agents physiques.

L'Assurance à qui je fais part de la chose me répond qu'elle ne saurait prendre à sa charge le nouveau traitement puisque le certificat de guérison sans infirmité à été délivré.

Je viens donc vous demander :

1º Si la Compagnie est dans son droit en agissant ainsi ;

2° Si le blessé est encore en droit de demander une indemnité pour incapacité permanente partielle.

3° Dans ce dernier cas quelle est la marche à suivre.

Dr G.

Réponse

La guérison ou la consolidation de la blessure ne sont acquises, conformément à l'art. 15 de la loi du 9 avril 1898, que lorsque l'état du blessé est définitivement fixé, c'est-à-dire lorsque l'accidenté ne ressent plus aucun symptôme qui appelle des soins médicaux ou autres et que rien ne peut plus être fait ou tenté qui puisse modifier son état et l'on doit tenir compte, non pas d'une consolidation apparente, même constatée de façon prématurée par des certificats et suivie d'une reprise du travail, mais bien de la consolidation réelle et définitive. Ainsi en a décidé un arrêt de la Cour d'appel de Dijon du 3 juin 1936 et un arrêt de la Cour d'Agen du 15 juin 1936, dont nous vous adressons copies.

D'autre part, la Chambre civile de la Cour de cassation, par un arrêt du 16 novembre 1937, a admis également qu'il ne suffit pas que la victime se reconnaisse guérie et reprenne son travail pour perdre tout droit aux indemnités temporaires.

Le fait que le travail a été possible et effectif ne saurait fixer d'une manière définitivement irrévocable la date de cessation de l'indemnité temporaire. Il ne peut appartenir qu'au juge du fond de la déterminer.

Tels sont les principes qui régissent cette matière.

Si on les applique au cas que vous nous soumettez, on constate que le 2 avril, lorsque vous avez donné à votre client un certificat de guérison sans réserve, il ne s'agissait en réalité que d'une guérison apparente, puisque quelques mois après des troubles nouveaux se sont manifestés en rapport certain, dites-vous, avec le traumatisme initial.

Comme moins d'une année s'est écoulée depuis la date de l'accident, le blessé est encore en droit de réclamer le paiement des indemnités temporaires pour les nouveaux soins dont il a eu besoin.

Puisque la Compagnie d'assurances refuse de prendre en charge la nouvelle période d'incapacité temporaire, il faut que le blessé cite son patron devant le Juge de paix du lieu où l'accident s'est produit en paiement du demi-salaire pendant la période contestée.

Si, comme il est probable, il obtient gain de cause, vous aurez à votre tour une action contre le patron responsable pour paiement de vos honoraires.

D'autre part, si votre client reste atteint d'une incapacité permanente partielle, délivrez-

lui un certificat par lequel vous constaterez l'existence de cette incapacité. Il le déposera au Greffe de la Justice de Paix, une enquête sera ouverte et ensuite le dossier sera transmis au Président du Tribunal civil qui convoquera les parties en vue d'une conciliation.

8.592. — Un facteur titulaire n'est pas bénéficioire de la loi sur les accidents du travail

Je vous serais très obligé de me donner votre avis sur le cas suivant :

Un facteur titulaire vient me demander ses soins pour un accident de travail (chute de bicyclette), je lui applique le tarif syndical minimum, soit 20 francs la consultation.

L'Administration des postes dont je suis du reste le médecin assermenté a la prétention de me faire appliquer pour le remboursement des frais à l'accidenté, le tarif des accidents du travail.

Il me semble qu'un employé titulaire de l'Etat cotisant pour la retraite ne tombe pas sous la loi de 1898, mais bien sous le droit commun.

Il s'agit d'une différence de 9 francs ce qui est bien minime, mais il s'agit surtout d'une question de principe et il me semble que nous ne devons pas permettre à une Administration de porter atteinte à nos droits.

J'ai toujous cru jusqu'à preuve contraire que seuls les auxiliaires des Administrations de l'Etat tombaient sous la loi des accidents du travail.

Dr G.

Réponse

Les agents du cadre permanent des Administrations publiques ne peuvent cumuler les avantages que leur procure le statut des fonctionnaires publics avec ceux que la loi du 9 avril 1898 réserve aux ouvriers et employés en cas d'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail.

Tout fonctionnaire placé sous le régime de la loi du 9 juin 1853 sur les pensions de retraite, c'est-à-dire soumis à une retenue sur son traitement et bénéficiaire d'une pension de vieillesse, ou en cas d'accident survenu dans l'exercice de ses fonctions, d'une rente viagère calculée d'après les règles déterminées, reste en dehors de la législation des accidents du travail, en cas d'accident survenu en service.

Le fonctionnaire, victime d'un accident dans ces conditions, reste seul débiteur des honoraires médicaux envers le médecin qui le soigne, sans que celui-ci puisse exercer aucune action directe en paiement total ou partiel contre l'Administration à laquelle appartient ce fonctionnaire.

En l'espèce, vous avez eu parfaitement raison de vous faire payer par votre client lui-même

suivant votre tarif de droit commun et il appartient à votre client de se faire rembourser dans les limites prévues par les règlements intérieurs de son Administration, sans que vous ayez à intervenir dans ce règlement, ni à vous préoccuper de savoir si finalement votre client devra supporter personnellement une partie quelconque de vos honoraires.

Il se peut qu'en fait le règlement de l'Administration des Postes prévoie le remboursement des frais médicaux sur la base du tarif des accidents du travail, mais cette circonstance ne saurait apporter aucune modification à la solution juridique du litige.

QUESTIONS DIVERSES

A un correspondant anonyme

Etant donné le caractère confidentiel de votre lettre et des questions qu'elle pose, qui sont extra-médicales et d'un intérêt trop particulier pour que nous répondions par la voie du Journal, nous vous serions obligés de nous indiquer votre nom et votre adresse. Vous pouvez compter sur notre discrétion.

Nous aurions besoin également de plus de renseignements et notamment de la copie du ou des actes à interpréter, de l'indication des liens de parenté existant entre le *de cujus* et ses héritiers et légataires.

Nous n'avons pas reçu l'envoi annoncé dans votre lette du 10 décembre.

D'une manière générale, nous ne répondons pas aux lettres anonymes et presque toutes les réponses que nous publions ont été, au préalable, adressées par lettre aux intéressés.

8.855. — Faculté de donner congé en cours de prorogation de bail

Mon loyer, par suite des prorogations expire en juillet 1940.

Désirant partir plus tôt, dois-je me contenter de prévenir le propriétaire trois mois à l'avance comme l'indiquait mon bail d'avant guerre et puis-je profiter de ces trois mois, ou ma prorogation se trouve-t-elle annulée immédiatement par suite du congé que je donne, et une simple carte-lettre recommandée suffit-elle ?

En deuxième lieu est-il exact que, locataire depuis 1907, on ne puisse me réclamer de réparations locatives par suite de la prescription trentenaire ?

Dr S.

Réponse

La prorogation légale constitue un droit en faveur des locataires qui sont appelés à en bénéficier, et non pas une charge pour eux. Ils peuvent donc, bien qu'étant en prorogation, quitter

les locaux qu'ils occupent, mais à la condition de faire connaître leur intention à cet égard, à leur propriétaire, dans les délais fixés par les usages locaux et de rendre les lieux libres à l'échéance du terme.

Rien ne s'oppose donc à ce que vous donniez congé à votre propriétaire, mais il faut que vous donniez le préavis de trois mois imposé par les usages de votre ville.

Si vous avez lieu de craindre que votre propriétaire conteste la validité du congé, il serait bon de faire signifier celui-ci par exploit d'huissier.

Dans le cas contraire, une simple carte-lettre recommandée éviterait des frais et serait certainement suffisante.

Il n'existe pas à proprement parler de prescription pour les réparations locatives, mais le Code civil prévoit expressément que cessent d'être à la charge du locataire, les réparations dues à la vétusté.

Puisque vous occupez votre appartement depuis plus de trente ans, la vétusté fera disparaître l'obligation à la plupart des réparations locatives, dont les locataires sont ordinairement tenus.

Il faudra néanmoins que vous remplaciez avant de partir les carreaux cassés, les clés de porte égarées, etc.

ANTHOLOGIE

Le Docteur

Les jouets sont rangés ; tout est calme et tiédeur.
Dans son petit lit fait de plume et de blancheur
L'enfant au front nacré sur l'oreiller sommeille
Tandis qu'à son chevet, infatigablement,
Depuis des jours entiers espère, lutte et veille
Sans se plaindre jamais, la vaillante maman.
La porte s'est ouverte avec précaution :
Le Docteur vient d'entrer ; il n'a pas de lunette,
Pas de chapeau haut de forme, ni de jaquette,
Il porte un complet bleu mais il a l'air très bon.
Il a pris dans sa main la menotte affaiblie.
Puis met l'abaisse-langue et minutieusement
Regarde : « Ha ! Ha ! Ha ! » la gorge endolorie.
— « Eh bien voilà qui est tout à fait rassurant !
Et ce matin non plus, pas de température ?
Alors, je lui ferai sa dernière piqûre. »
A ces mots, l'enfant crie et pleure et se débat :
— « Je ne veux pas ! Je ne veux pas ! Je ne veux pas ! »
Mais un si gros chagrin ne fait rien à l'affaire
Et le brave homme fait ce qu'il croit devoir faire...
Et tandis que Lison tamponne encore ses yeux :
— « Alors, dit le Docteur, c'est vrai ça ? Tu m'en veux ?
Allons ! Un beau sourire ! Embrasse-moi quand même !
Bien sûr ! c'est que, vois-tu, mon enfant, quelquefois
Il faut (c'est pour leur bien, crois-moi)
Faire un peu pleurer ceux qu'on aime ! »

Isabelle-Georges SCHREIBER,
(Octobre 1938)

Extrait de « La Farandole des métiers ».

Soixante et unième année N° 4 22 Janvier 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	70 fr.	Belgique et Luxembourg..	80 fr.
Etudiants	45 fr.	Première Zone...........	95 fr.
Le Numéro...........	2 fr.	Deuxième Zone..........	120 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard, Timsit, (Jules) (engl. spok).
Amélie-les-Bains : Alardo, J. Boulx.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot et Rozet, (*Mais. cur. hélio-mar.*), Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : L. Bertier, Ricoux.
Beausoleil : Andoly.
Biarritz : Clavel Pierre, Lacour.
Boulou (le) : Jean Noguès.
Biskra (Sud-Algérien) : Chatenier (*ophtalm.*).
Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Trotot.
Cannes : Bourgeois-Gavardin, P.-E. Bousquet, P. Houssiaux, Joublot, Makereël, P. Roques (*Y. O. R. L.*), Monod, R. Stauder.
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-plage : E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chamonix : de Chabanolle.
Ciboure : P. Sousbielle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Brody, Chaumet, Wetterwald.
Hyères : Fohanno, Valmyre, Verrier.
Jougne : P. Charlin.
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (*chir.*), A.E. Lévy (*gynéc.*)
La Seyne : Grandjean, J.-M. Jaubert, Makereël.
Magagnose-de-Grasse : Gordon.
Mégève (Hte-Sav.) : M. Grenet, Jacqueline Grenet.
Menton : Camaret, P. de Lengenhagen, Paul Ray.
Mont-Dore : Debidour.
Monte-Carlo : S. Vivant.
Nice : Bernard, Brouxel (*Chir.*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Dormoy, Drapier, M. Faure, Gazzola, Gaudichon (*O. R. L.*), Guerry, E. Guérin, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Larue, Le Geard, (*mal. nerv.*) Lelongt Max, Liotard, Malaussène, (*Pn. art.*), Nafilyan, Nicolas, Phipps (*derm.*), Piettri, Rouvière, Sineau (*acc.*), Trutié de Vaucresson (*chi. acc.*), Vizerie.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, J. Lorber.
St-Didier : A. Masquin.
Ste-Maxime-sur-Mer : Bausset, Ficonetti.
St - Raphaël - Valescure : Boulle (*Gyn. v. u.*), Léon Clément, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux de Laroque, Tridon.
Sanary-sur-Mer : P. Gaillard.
Saujon : Dubois.
Toulon : Jamin (*chir.*)
Vernet-les-Bains : Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.
Villard-de-Lans : Bassage (*Mal. des enf.*), Hérault (*mal. enf.*), Suau (*Mal. enf.*)

DEMANDES ET OFFRES

N° 21. — Maison de santé chirurgic. Paris, dem. infirmière chirurg. très au cour, salle opérat., soins en maison de chirurgie et pouvant, de plus, seconder directr, pour le personnel, achats aliment., entret. maison et réceptions.

N° 22. — Par suite décès, à vendre journal médical hebdomadaire.

N° 23. — Est. Dans chef-lieu cant. à céder poste méd. pro-pharm. seul, géré dep. 38 ans par même titulaire. Gros rendem. si success. jeune et actif. Prix intéress. Facilités.

N° 24. — On dem. méd. ayant voiture, pour visites médic. d'octobre à fin avril. Conviendr. à méd. retraité ou de ville d'eaux. Ecr. N. A. P. F. E., 4, villa d'Orléans, Neuilly-sur-Seine.

N° 25. — Pour associat. en vue success., import. clinique chirurgie générale et orthop. Sud-Ouest, cherche chirurg. pouvant faire apport.

N° 26. — A céder poste de stomatologiste. S'ad. Dr Cavallo, 64, rue Sylvabelle, Marseille.

N° 27. — P.-de-C. Etab. de santé cherche secrét. direction actif, connaiss. comptabil. et dactylog., ayant déjà exercé autorité sur personnel, très sérieuses référ. profess. et morales exigées. Adres. renseig. et photo. à M. Philippe, 52, av. J.-Magnier, à Berck-Plage.

N° 28. — Paris. A céder cab. méd. tout agencé, mobiliers, instrum. complètem. neufs, pouvant convenir à dentiste. Loyer 4.000, quartier central. Prix de cession, 15.000.

N° 29. — Infirm. diplômée d'Etat cherche emploi chez médecin, dentiste ou dispensaire, Paris ou banlieue proche.

N° 30. — Pharmac. est recherché pour recréer pharmacie à Barraux (Isère). Conviendr. à titulaire âgé ou débutant. Logement assuré avec fixe très important.

N° 31. — Médecin du Nord cherche confr. de campagne, Bretagne ou Ouest, pouvant éventuell. en cas de guerre, recevoir femme et enfants ou leur donner un logis convenable. Ecr. Dr Tellier, Maubeuge (Nord).

N° 32. — Doct. prendr. enfant en pension, à partir de 3 ans. Prix raisonnable.

N° 33. — Côte Normande. Bon poste méd., rapp. important réalisé en 1938, mais possibilités beaucoup plus grandes. A céder d'urgence 15.000.

N° 34. — Jne fille, 21 ans, sténo-dactylo, notions aide-infirm., cherche emploi chez doct., clinique, laborat. Mlle Renée Delmas, 35, rue Monge à Puteaux (Seine).

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Paris. — Très anc. client. de quart. Prix : 40.000. demi-comptant.

Proche banlieue. — Gros cabinet sans accouchem. Prix : 100.000. 75.000 compt.

15 kil. Paris. Banl. agréable, belle client. Prix : 70.000. 40.000 compt.

Grande banlieue. Très important cabinet méd. gén. habit. grand conf. Prix à déb.

Renseignements

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

C'est en vain que vous avez usé de poudres de saturation pour calmer les brûlures de votre estomac, de purgatifs pour réduire les ballonnements de votre intestin, d'antiseptiques pour diminuer la putridité de vos selles. Essayez quelques TABLETTES DE MANGAÏNE, 4 à 6 par jour, et vous verrez tous ces symptômes réunis disparaître.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

Grasse. " La Brise " : Air, soleil, repos, régimes. Dr BORG.

ORTHO, **6, Boulevard du Temple, Paris.** Ceintures, bas, bandages, gaines, lits mécaniques, etc.
Médecins et clients sont toujours satisfaits.

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 2 fr. pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Médaille du Professeur Nobécourt.** — Les amis et les élèves du Professeur Pierre Nobécourt, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, ont décidé de lui offrir, à l'occasion de sa prochaine entrée dans sa vingtième année de professorat, une médaille en témoignage de leur affection et de leur respectueux attachement.

Cette médaille sera exécutée par le maître Ch. Pillet.

Adresser les souscriptions à M. Georges Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (Compte C. P. 599). Toute souscription de 100 francs donnera droit à une réplique de la médaille.

— **Société des Chirurgiens de Paris.** — La séance solennelle annuelle de la Société des Chirurgiens de Paris, a eu lieu le 20 janvier, à 16 heures, dans la salle des Congrès de l'Hôtel de la Confédération des Syndicats médicaux.

— **Congrès des brucelloses.** (Oran 3, 4 et 5 avril 1939.) — Les brucelloses sont à l'ordre du jour du prochain Congrès de la Fédération des Sociétés des Sciences médicales de l'Afrique du Nord. Cette ques-

tion sera étudiée sous ses différents aspects : clinique, épidémiologique, bactériologique, prophylactique et thérapeutique. La liste des rapports et celle des rapporteurs ont déjà été publiées.

Rappelons que chaque rapport sera suivi d'une discussion et de communications.

Les conférences seront faites par M. le Professeur Lenormant, M. le Professeur agrégé Heitz-Boyer, MM. Azerad, médecin des hôpitaux de Paris et Delort, de Paris, M. le Professeur Laffont, d'Alger, et M. Abadie, d'Oran.

Les congressistes bénéficieront des réductions suivantes : 10 % sur la Compagnie Air-France ; 30 % sur les Compagnies françaises de navigation ; 40 % sur les chemins de fer français et nord-africains.

Des voyages touristiques ont été organisés : l'un combiné train et auto vers le Maroc. Un autre également combiné train et auto vers les départements d'Alger et de Constantine.

Renseignements : secrétaire général, Docteur René Solal, 16, boulevard Maréchal-Joffre, Oran.

— **Vacances de Pâques sur la Côte d'Azur.** — Le XIVe Voyage de Pâques de la Société médicale du Littoral méditerranéen se concentrera le samedi 8 et le dimanche 9 avril (Pâques), à Menton, où l'on séjournera jusqu'au mardi 11. On visitera l'Annonciade, Garavan, la frontière italienne, le Cap Martin et ses magnifiques jardins.

Du 11 au 15 avril, visite des stations de la Côte d'Azur, de Menton à Cannes.

Voyage en Corse (facultatif) le 16 avril.

Les séjours seront partout assurés avec le confort traditionnel à la Société médicale du Littoral méditerranéen. Les parcours seront effectués en autocars Pullmann. Les voyageurs seront accompagnés par des professeurs, des médecins, des historiens, qui assureront leur documentation, dans tous les domaines. Des permis de chemins de fer à tarif réduit, seront mis à la disposition des adhérents, avec arrêts autorisés. Les voyages de la Société médicale étant essentiellement des voyages familiaux et confraternels, les membres de la famille des médecins et les étudiants en médecine y sont admis.

Pour tous renseignements complémentaires, écrire, dès à présent, à l'Office climatique de la Société médicale, 24, rue Verdi, à Nice.

— **Association internationale de cosmobiologie.** — La troisième Assemblée de l'Association sera tenue le dimanche 9 avril, les lundi et mardi 10 et 11 avril, à Menton. Elle coïncidera avec le voyage de Pâques de la Société médicale du Littoral méditerranéen.

Les adhésions sont reçues au secrétariat général de l'Association, Docteur M. Faure, 24, rue Verdi, à Nice.

— **Parti social de la Santé publique.** — *Vœu pour que les lois d'hygiène soient imposées au public avec*

autant d'inflexibilité que les lois fiscales. — Considérant que la santé du pays est ce qui importe le plus à l'Etat, le Parti social de la Santé publique demande que les lois d'hygiène soient imposées au public avec autant d'inflexibilité que les lois fiscales ;

Que les méthodes de persuasion employées dans le passé soient abandonnées et que quiconque néglige ces lois soit désormais mis en demeure de les appliquer.

Le Parti social de la Santé publique, 8, rue de Richelieu, Paris, a fait éditer, pour aider à la diffusion de l'hygiène, une petite brochure de 8 pages intitulée : « Ton devoir est d'être propre : Pour les autres! Pour toi-même ! »

— **Syndicat des médecins de la Seine.** — Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine vient d'élire son bureau dont voici la composition pour 1939 : président, Docteur A. Boelle ; vice-présidents, Docteur Chevalley (Marc) ; Docteur Herpin ; secrétaire général, Docteur P. Barlerin ; secrétaires adjoints, Docteur Le Clerc ; Docteur Jodin ; trésorier, Docteur A. Lévy.

— **Ecole française de stomatologie.** — Un concours pour une place de professeur adjoint de pathologie stomatologique aura lieu le 15 février 1939, à l'Ecole française de stomatologie, 20-22, passage Dauphine, Paris (VIe). Inscription au secrétariat de l'Ecole, avant le 10 février.

— **Hôpitaux de Lyon.** *Externat.* — Ont été nommés, à la suite du dernier concours :

Externes titulaires : MM. Moindrot (R.), Gallavardin (L.), Mlles Franchet, Nadal ; M. Fraisse (H.) ; Mlle Pinturault ; M. De Rudder ; Mlle Ruty ; M. Bernard (Jean) ; Mlle Dumarest ; MM. Jacquet (J.), Jeune (E.), Pujol (P.), Vallery (C.), Ziegler (H.) ; Mlle Aubert (M.) ; MM. Barthes (L.), Delahousse (J.), Gignoux (R.), Sournia (J.), Sestier (J.-M.), Gonnet (Jean), Etienne (G.), Taburin (J.), De Colonjon (R.), Garde (A.), Le Borgne (A.), Emery (J.), Estragnat (P.), Malicier (G.), Leynaud (L.), Monod (P.), Arnoux (L.), Vinard (R.), Bernard (L.), Delord (M.), Confraveux (J.), Picq (A.), Teil (P.), Grosclaude (E.), Prost (J.), Legros (M.), Michel (A.), Galy (J.), Muller (F.), Schott (B.), Armand (E.), Schmuck (J.), Chabaud-Sassoulas (R.), ; Mlles Convers (P.), Rochet (S.), ; MM. Mear (Y.), Fribourg-Blanc (J.), Brachet, (P.) ; Mlle Maillefaud ; MM. Beyssac (L.), Culty (F.), Roche (F.), ; Mlle Osta (Y.) ; MM. Trouiller (J.-M.), Julliand (R.), Gonnet (Léon), Chiozza (E.), Nosny (P.), Chatanay (R.), Barthelemy (E.), Limouzin (A.).

Externes provisoires : MM. Degeorges (Cl.), Marrech (J.), Dujol (R.), Bouzoud (J.-M.), Paviot (J.), Desjardin (A.), Picard (J.), Debucquet (J.), Bellier (P.), ; Mlle Palais (C.) ; MM. Flot (P.), Horand (J.), Bouchet (F.), Pellenc (A.), Pelage (S.), Delorme (L.), Reynaud (R.), Michallet (M.) ; Mlle Houzelot (M.) ; MM. Ruzie (J.), Fervel (J.), Begou (J.), Buisson (G.),

Auzias (M.), Robert (P.), Bouvier (M.), Laquièze (A.) De July.

— **Hôpitaux d'Alger.** *Internat.* — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes : Mme Roig, MM. Morère et Faraggi (*ex æquo*), Destaing, Calleja, Duboucher, Ferri, Ricard et Stilhart.

Questions données. — Ecrit. Anatomie : Le facial (depuis son origine apparente). — Physiologie : Les phénomènes mécaniques de la respiration et leur régulation. — Pathologie interne : S et D. des péricardites aiguës. — Pathologie externe : Kyste hydatique du poumon (S. et D.).

Oral. Premier groupe : Brûlures étendues superficielles ; crises comitiales. — Deuxième groupe : Ingestion récente de caustiques ; fractures récentes de la base du crâne. — Troisième groupe : Intoxication par l'oxyde de carbone ; perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde.

Le jury était composé de MM. Cabanes, Sabadini, Aubry, Fabiani et Viallet.

— **L'Académie berlinoise de perfectionnement médical** organise, du 20 février à fin avril, une série de cours de perfectionnement médical, de 5 à 10 jours chacun, de pathologie fonctionnelle, chirurgie, tuberculose, oto-rhino-laryngologie. Droits de 50 à 150 R. M.

Renseignements au secrétariat de la Berliner Akademie für ärztliche fortbildung, Berlin N. W. 7, Robert Koch Platz (Kaiserin Friedrich-Haus).

— **Hôpitaux de Béziers.** — Un concours a eu lieu le 15 décembre 1938 devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour une place de chirurgien adjoint des hôpitaux de Béziers. A la suite de ce concours, le jury a proposé à la Commission administrative la nomination de M. le Docteur Marre.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** *Internat et externat.* — Ont été nommés à la suite des récents concours :

Internes titulaires : M. Muret, Mlles Corpereau, Hubschmann, MM. Menaut, Lavignolle, Bannel, Moulies, Prat-Rousseau, Salzard, Meynard et Tessier.

Internes provisoires : MM. Latarbe, Barroux, Pétriat, Philibert, Rouan, Connaud, de Fornel, Pujo, Daffas, L'Epée, Demarque, Pernot.

Externes titulaires : M. Bouvet de la Maisonneuve, Mlle Labarde, MM. Papet, Pinsolle, Puig, Chenilleau, Ballan, Lacadée, Bouet, Coirre, Boisot, Castaing, Mlle Joubert, Klefstad, Scapira, Babaud, Varon, Mlle Monier, MM. Texier, Laparre, Dutech, Amouroux, O'Connor, Rouyrenc, Mlles Guittet, Lemaignan, MM. Brousta-Bartéhlier, Kébir Bou Medine, Carli, Misson, David, Diacono, Huraux, Dussillol, Navarrane, Philipp, Zucarelli, Genet, Teulières, Brumpt, Doché de la Quintane, Mourier,

Marcele, Maugé, Sine, Bach, Cassat, Lucas, Sinan, Le Bas, Mlle de Blandinières, Lintilhac, Gala, Doucet, Gauron, Bouhier, Coudreau, Rippe, Ancey, André.

Externes provisoires : MM. Mathé, Dubourg, Sahlij Ali Moureddine, Escolivet, Cheval, Darasse, Ramanantsoa, Ousset, Soulié, Vialard, Mlle Briault, MM. Casassus, Blache, Pitte, Autric, Rieunier.

— **Hôpitaux de Lyon.** — Le concours de médecin des hôpitaux de Lyon vient de se terminer par la désignation du Docteur Albert GUICHARD.

— **UMFIA ou Union médicale latine.** *Prochaine conférence des Voix latines.* — M. le Docteur F. CATHELIN, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine, chirurgien en chef de l'hôpital d'urologie, membre d'honneur de l'UMFIA ou Union médicale latine, donnera le jeudi 2 février 1939, à 21 heures précises, à l'Institut océanographique, 195, rue Saint-Jacques, Paris, une conférence sur : *Rôle des latins et des médecins dans la découverte de l'Amérique*, sous le haute présidence de son Excellence M. de Souza Dantas, ambassadeur du Brésil en France.

On trouvera des cartes d'invitation chez le Docteur Dartigues, président de l'UMFIA ou Union médicale latine, 81, rue de la Pompe, Paris (XVIe) ; aux Laboratoires Henry Rogier, 56, boulevard Péreire, Paris ; à la Librairie Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe) ; à la Librairie Doin, 8, place de l'Odéon, Paris (VIe) ; à la Librairie A. Legrand, 93, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe) ; à la Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe) ; à la Librairie du Monde médical, 42, rue du Docteur Blanche, Paris (XVIe) ; à l'Academia Gaya, 2, rue des Italiens, Paris (IIe).

— **Mariage.** — Nous apprenons le mariage de Mademoiselle Fernande VEILLARD, fille de Madame Georges Veillard et de notre regretté confrère le Docteur Veillard, oto-rhino-laryngologiste, avec le Docteur Jacques BEUZART, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, chef de clinique chirurgicale à la Faculté.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée dans l'intimité le 15 décembre 1938, en l'Eglise réformée de Bellevue.

Nos plus sincères souhaits de bonheur aux jeunes époux.

— **Naissance.** — Le Docteur et Madame LE DOZE sont heureux de vous faire part de la naissance de leur fils *Jean-Luc-Georges-Louis*.

Lorient, 6 janvier 1939.

Nos sincères félicitations.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de Madame veuve Lucien DAUPTAIN, décédée à Calais, le 12 janvier 1939, dans sa 57e année. Elle était la mère du Docteur Roger Dauptain, à qui nous adressons nos sincères condoléances et l'expression de notre sympathie.

Déclarations fiscales annuelles

Avant le 1er février : Tout employeur de commis, ouvriers, auxiliaires moyennant rémunération, est tenu de remettre à son Contrôleur des Contributions directes un état donnant pour chacun : 1° les noms, prénoms, adresses, emplois pendant l'année précédente ; 2° les rémunérations reçues pendant l'année ; 3° la durée de l'emploi, si elle est inférieure à l'année et supérieure à trente jours.

Pour les personnes ne travaillant à la fois que chez un employeur la déclaration n'est exigée que si le traitement ramené à l'année dépasse le minimum exonéré (10.000).

Pour les personnes pouvant être rétribuées par plusieurs employeurs, et celles recevant des commissions, courtages, ristournes, vacations, *honoraires occasionnels* ou non, gratifications et autres rémunérations lorsqu'elles dépassent 1.000 francs pour le même bénéficiaire.

Ceux qui ne font pas les déclarations ci-dessus perdent le droit de déduire de leurs recettes les sommes ainsi versées.

Avant le 1er mars : Les déclarations :

1° De bénéfices professionnels au Contrôleur du lieu de l'exercice de la profession (même s'ils sont inférieurs au minimum de 10.000 francs, décret-loi du 12 novembre 1938 sur la contribution nationale exceptionnelle)

2° De revenu global au Contrôleur du lieu de la résidence où se trouve son principal établissement.

Ces déclarations doivent être envoyées sous pli recommandé de façon à parvenir au Contrôleur avant les dates ci-dessus indiquées.

Ceux de nos adhérents qui désireraient faire rédiger leurs déclarations par M. Martinot, notre Conseil fiscal, devront lui écrire personnellement et le plus tôt possible, 6, rue de l'Isly, à Paris (VIIIe), avec tous renseignements et s'entendre avec lui au sujet des honoraires de faveur que nécessitera ce travail.

La Ligue médicale de Défense professionnelle « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 150.000 francs. Et cette garantie est portée à 1.000.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical*.

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien pécuniaire dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Budget

Loi du 31 décembre portant fixation du budget général de l'exercice 1939

Les dispositions intéressant plus spécialement les médecins seront citées en extraits dans le supplément de janvier.

(*J. O.*, 1er janvier 1939.)

Pensions militaires

Arrêté du 30 décembre 1938 portant nomination des des médecins membres des Tribunaux départementaux des pensions pour l'année 1939.

Cet arrêté sera publié ultérieurement.

(*J. O.*, 1er janvier 1939.)

Hôpitaux psychiatriques

Decret du 28 décembre 1938 concernant le recrutement et le statut des médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques de la Seine.

Ce décret sera publié ultérieurement.

(*J. O.*, 1er janvier 1939.)

Avis de vacances de postes de médecins chefs d'hôpitaux psychiatriques

Un poste de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique autonome de Château-Picon (Gironde) est vacant par suite du départ de M. le Docteur Ducos, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Un poste de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Châlons (Marne) est vacant par suite du départ de M. le Docteur Albès, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Un poste de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Maréville est vacant par suite du départ de M. le Docteur Aubry, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Un poste de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Stephanspheld est vacant par suite du départ de M. le Docteur Spitz, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Sanatoriums publics

Deux arrêtés du 24 décembre 1938 relatifs aux concours pour le recrutement des médecins adjoints des sanatoriums publics (tuberculose pulmonaire et tuberculose chirurgicale).

Ces arrêtés seront publiés ultérieurement.

(*J. O.*, 1er janvier 1939).

Légion d'honneur

Sont promus ou nommés dans la Légion d'honneur :

Au titre du ministère de l'Intérieur :

Chevalier : M. le Docteur Laurent, de Chaumont (Haute-Marne).

Au titre du ministère de la Santé publique :

Officiers : MM. les Docteurs Bondouy, de Tours ; Bordier, de Lyon ; Busquet, de Paris ; Dambrin, de Toulouse ; Poupault, de Dieppe.

Chevaliers : MM. les Docteurs Alamartine, de Vienne ; Coste, de Marmande ; Ferriol, de Settat (Maroc) ; Fournier, de Valenciennes ; Gascoin, de Tours ; Giraud, de Beaujeu (Rhône) ; Hilaire, secrétaire général de la Confédération des Syndicats médicaux français ; Lauzier, de Dijon ; Marquézy, de Paris ; Ramonet, de Sermaize-les-Bains ; Solomon, de Paris.

Au titre du ministère de la Justice :

Chevalier : M. le Docteur Biagini, médecin des prisons de Paris et de la Seine.

Stations hydrominérales climatiques et uvales

Liste établie à la date du 1er *janvier* 1939
(*J. O.*, 5 janvier 1939)

En 1938, ont été créées :

La station climatique de Saint-Pierre-de-Chartreuse (Isère), le 4 juillet.

La station uvale de Moissac (Tarn-et-Garonne), le 7 août.

La station mixte uvale et de tourisme d'Avignon (Vaucluse), le 29 juillet.

Service de santé militaire

Affectations

Par décret du 19 décembre 1938 sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé à compter du jour de l'acceptation de la démission de leur grade, *les officiers de réserve démissionnaires* ci-après désignés, qui, par décision de même date, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant.

(Rang du 26 septembre 1935) Bertrand, ex-lieut. de rés. d'art., c. m. art. 3, aff. rég. de Paris ; (rang du 26 septembre 1936) Chassigneux, ex-lieut. de rés. d'art., c. m. art. 46, aff. rég. de Paris.

Par décret du 19 décembre 1938 les officiers de réserve du Service de santé, rayés des cadres, ci-après désignés, sont *réintégrés dans les cadres* et, par décision de même date, reçoivent les affectations suivantes :

Avec le grade de médecin capitaine : Bourgoin, aff. rég. de Paris ; Basset, aff. 9e rég.

Avec le grade de méd. lieut. : Dujardin, aff. 1re région.

Voir la suite page LIX-249

PROPOS DU JOUR

L'HUMOUR AU PRÊTOIRE

Les magistrats partagent avec les médecins le privilège de servir de cible aux traits de la comédie et de la satire. Après Aristophane dans les *Guêpes*, Rabelais plus près de nous mit en cause dans *Pantagruel*, le juge Bridoye; Racine, dans les *Plaideurs*, s'en prit à Perrin Dandin; Beaumarchais, s'il se moqua dans le *Mariage de Figaro* du médecin Bartholo, lui adjoignit le juge Brid'Oison; enfin de nos jours, le père de l'ineffable Courteline, Jules Moinaux, nous égaya de ses *Tribunaux comiques*.

Magistrats et médecins n'ont donc pas à se jalouser sous le rapport de la critique et de la satire.

Ils s'en consolent facilement et parfois non sans esprit, car si tout le monde ne peut prétendre à inspirer Aristophane, Rabelais, Montaigne, Racine, Molière, Beaumarchais, Jules Moinaux et certainement bien d'autres, il est toujours possible de se mettre en scène soi-même. Nous n'avons pas la ridicule prétention, de marcher sur les brisées de ces écrivains de talent et d'ailleurs nous avons trop le respect de la magistrature pour nous permettre de critiquer un de ses jugements, mais les juges ne notre époque ne manquent pas parfois d'humour et savent rédiger en pince-sans-rire leurs décisions. Aussi croyons-nous devoir égayer nos lecteurs en leur soumettant *in extenso* le jugement suivant ; ils en apprécieront, nous n'en doutons pas, toute la malice et l'ironie. J. NOIR.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE LORIENT
12 décembre 1938

Aff. Syndicat de Lorient c/Caro

Attendu que le sieur Caro Ambroise est poursuivi pour exercice illégal de la médecine pour avoir donné des soins continus et fait suivre des traitements à plusieurs personnes.

Attendu que Caro Ambroise, titulaire d'un brevet d'infirmier, *et d'un brevet d'infirmière versés au dossier, probablement, afin de lui permettre de donner ses soins aux malades des deux sexes, un peu grisé par ses parchemins*, s'est installé comme docteur médecin à Tiantec, oubliant qu'il n'avait pas le *diplôme essentiel*.

Attendu qu'il est absolument établi par les débats et les aveux du prévenu, qu'il a contrevenu aux dispositions des articles 3 et 16 de la loi du trente novembre mil neuf cent trente deux.

Qu'en effet, dans tous les cas soumis au Tribunal, il a visité à plusieurs reprises, le malade, a délivré des ordonnances à son nom, et plusieurs fois, a traité le malade jusqu'à complète guérison, *ignorant peut-être qu'on ne peut guérir sans diplôme spécial.*

Attendu que Caro objecte en vain, pour sa défense, que lorsque le cas dépassait ses connaissances d'infirmier, il faisait appeler un docteur ; mais qu'il n'a fait, en cela qu'imiter les vrais docteurs qui n'hésitent pas, lorsque le cas est embarrassant, à réclamer l'assistance d'un ou deux confrères, *peut être pour partager la responsabilité.*

Attendu que si Caro peut présenter au Tribunal des *certificats élogieux de plusieurs médecins*, c'est en qualité d'*auxiliaire et non de confrère.*

Attendu que le délit est parfaitement établi.

Attendu toutefois, qu'il existe en la cause des circonstances atténuantes.

Qu'il a peut-être, *plus rendu service qu'il n'a fait de mal*, les médecins étant rares à Riantec et difficiles à rencontrer surtout les dimanches et jours fériés.

Que le seul cas mortel qu'on puisse lui reprocher, celui de Le Sausse Joseph, est dû plutôt à l'état de saleté dans lequel vivait la victime, et à *l'imprudence qu'il a commise* en mettant son pied dans l'eau bouillante, ce que *Caro ne lui avait pas ordonné.*

Attendu que le Syndicat des médecins se portant partie civile, réclame une somme de quinze mille francs de dommages-intérêts.

Attendu qu'il ne saurait être question d'un préjudice matériel, mais d'un préjudice moral auquel il est dû réparation.

PAR CES MOTIFS :

Le Tribunal, statuant en matière correctionnelle et en premier ressort, déclare le prévenu atteint et convaincu, d'avoir, dans l'arrondissement de Lorient depuis longtemps non prescrit, exercé la médecine alors qu'il n'était muni d'un diplôme de docteur en médecine en prenant part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales et, notamment, à l'égard de l'enfant Le Diraison, de Bothua Emile, de Le Sausse Joseph, de Juoanno Vincent, de la dame Philippe, de la demoiselle Huel, de la dame Kermorvan, de la dame Le Boucher, de la femme Le Livec, du sieur Le Meillour, de la dame Haller, de la dame Bertic et de l'enfant Cado.

Délit prévu et réprimé par les articles 1, 16 et 18

§ 1er, de la loi du 30 novembre 1892, *statuant sur les réquisitions du Ministère public*, condamne Caro Ambroise-Joseph, à la peine de cent francs d'amende.

Et, statuant sur les conclusions de la partie civile,

Le condamne à un franc de dommages-intérêts envers le Syndicat régional des médecins du Morbihan.

Le condamne en outre au remboursement des frais liquidés à en ce non compris sept francs cinquante pour droit de poste.

Dit que dans les dépens seront compris les frais de Maître Cau, avoué, dont l'intervention a été jugée utile aux débats.

Fixe quant à l'amende et au paiement des frais envers l'Etat la durée de la contrainte par corps à un mois.

LA LOI RÉGLEMENTANT L'EXERCICE DE LA MÉDECINE VÉTÉRINAIRE

Les médecins vétérinaires ont de tous temps demandé la protection et la réglementation légales de l'exercice de leur profession.

En 1901, le sénateur Darbot parvint à enlever le vote d'une proposition de loi au Sénat. Mais cette loi ne fut pas discutée à la Chambre. Aussi le Syndicat national des vétérinaires, présidé par M. Goulay, actuellement président d'honneur, convaincu de l'inutilité de ses démarches, se buttant à l'opposition du Syndicat des maréchaux et hongreurs patentés qui leur faisait concurrence, eut l'idée de signer des accords avec ce dernier syndicat pour limiter le domaine respectif des vétérinaires et des maréchaux. Ces accords, élaborés en 1926, furent ratifiés en octobre 1927, puis torpillés en décembre 1927. Cela fut fâcheux, car les accords désignaient les actes thérapeutiques qui étaient permis aux maréchaux.

Il fallut attendre dix ans pour que la loi fut votée le 28 janvier 1938 par la Chambre des députés et par le Sénat le 31 mai 1938 (1). Les situations acquises des maréchaux-experts et hongreurs patentés furent en partie sauvegardées ; les empiriques furent autorisés à donner quelques soins spécifiés dans la loi, notamment les soins urgents en cas de coliques et de blessures. D'autre part, les personnes de *nationalité française* qui exercent la médecine et la chirurgie vétérinaires, lors de la promulgation de la loi, sont autorisées à exercer leur profession leur vie durant.

Il est certain que cette loi est acceptée sans enthousiasme par les vétérinaires de plus de trente ans, mais les jeunes en constateront les effets bienfaisants. L'agonie des empiriques sera longue, mais leur mort est certaine et ils disparaîtront peu à peu.

(1) Promulguée dans le *Journal Officiel* du 22 juin 1938.

Déjà la nouvelle réglementation de la pharmacie des substances vénéneuses empêchait le public, et partant les empiriques, de se procurer des médicaments actifs pour les animaux sans ordonnance de vétérinaire diplômé.

La récente loi obligera à des aménagements dans l'enseignement de la médecine vétérinaire. Certains avaient demandé que les Ecoles vétérinaires fussent largement ouvertes comme les Facultés et l'examen substitué au concours. Mais cette réforme n'est pas approuvée par tous. Il n'est pas douteux que beaucoup de régions sont dépourvues de vétérinaires et livrées aux empiriques (1). Il est temps que cette situation change, car l'absence de soins éclairés cause à notre cheptel des pertes annuelles qui se chiffrent environ par un milliard de francs. En parcourant la France en automobile, on est navré de voir le nombre de communes où la fièvre aphteuse est encore signalée. Aussi, nous, médecins, qui sommes à même d'apprécier les services que peuvent rendre des vétérinaires instruits à l'hygiène alimentaire, qui savent la valeur de l'enseignement qui leur est donné dans leurs écoles, félicitons MM. Bourgeois, Hébray, Péan et surtout M. Goulay qui sont parvenus, non sans peine, à arracher au Parlement cette loi sur l'exercice de leur profession.

Nous souhaitons que nos Syndicats médicaux parviennent à supprimer les chirurgiens-dentistes comme les vétérinaires ont supprimé les empiriques sans porter atteinte à ceux qui, vivant de leur profession, conserveraient le droit de l'exercer leur vie durant.

J. NOIR.

(1) Notons que, pour 40 millions de têtes de bétail, il n'y a que 2.400 vétérinaires diplômés et que les 8.000 maréchaux-experts et hongreurs patentés, bien qu'empiriques, sont un pis-aller nécessaire, comme on l'a fait remarquer à la Chambre des Députés.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CANCER DU CORPS THYROÏDE (1)

Par M. le Professeur LENORMANT

Je vous présente aujourd'hui une malade âgée de 72 ans, qui entre dans le service pour une tumeur de la région thyroïdienne, ayant commencé à apparaître, il y a deux ans. La malade a toujours habité Paris. A l'examen, le goitre n'est pas très gros, il est localisé au niveau du lobe droit, mais il y a deux caractères qui attirent notre attention : il est très dur et il présente une certaine fixité car, lorsque la malade avale, le corps thyroïde ne remonte pas nettement. La tumeur est à peu près régulière ; vers le bas, les limites sont peu nettes. La malade présente parfois un peu de gêne respiratoire, un peu de difficulté à la déglutition, et de temps en temps, des douleurs assez violentes irradiant vers l'angle de la mâchoire et vers l'oreille. Sa voix, de temps en temps est voilée. Ces troubles ne sont pas en rapport avec les dimensions et la situation de son goitre et orientent notre diagnostic vers une tumeur maligne. L'exploration du reste du cou ne donne rien d'appréciable, pas de ganglions. La radio montre une trachée déviée et refoulée du côté gauche, sans grosses lésions. L'état général de notre malade est bon.

On donne le nom de goitre, à toutes les hypertrophies du corps thyroïde, d'évolution bénigne ou maligne.

Quelle est la fréquence du cancer du corps thyroïde, par rapport au goitre bénin ?

Les statistiques varient entre 2 et 5 %. Cependant, dans une récente discussion de l'Académie de chirurgie, Petit-Dutaillis, sur 106 goitres opérés a trouvé huit cancers certains et six cancers probable.

J.-Ch. Bloch, sur 78 goitres aurait trouvé, 18 cancers certains, ce qui donnerait une proportion de 23 %. Pour nous, qui avons opéré jusqu'à présent 328 goitres, nous avons eu 247 goitres simples, 61 goitres basedowiens ou adénomes toxiques et 20 cancers, ce qui fait retomber la proportion à 6 %. Je pense que ces différences considérables dans les statistiques, sont facilement explicables. Si l'on prend comme cancers les cas prouvés par le seul examen clinique, la proportion de cancers par rapport aux goitres simples est de 5 %. Si l'on fait systématiquement l'examen histologique de tous les goitres opérés, même ceux qui paraissent simples, la proportion s'élève à 20 %.

Comme toutes les maladies thyroïdiennes, le cancer du corps thyroïde est plus fréquent chez la femme que chez l'homme ; il apparaît après 40 à 50 ans. Habituellement, le cancer se développe sur un goitre préexistant, 90 % des cas, d'après les statistiques.

En fait, il existe deux types de cancer thyroïdien :

Une forme latente de cancer thyroïdien, nous en parlerons tout à l'heure ;

Une forme classique, avec des symptômes bien visibles, dont nous allons nous occuper maintenant.

Au point de vue histologique, l'épithéliome est beaucoup plus fréquent que le sarcome qui serait très rare. L'évolution reste la même.

Siège : Le cancer occupe le corps thyroïde normal, mais il prédomine surtout au niveau d'un lobe. Parfois le cancer se développe sur un lobe aberrant ; la variété la moins rare et la plus intéressante de ces goitres malins aberrants est le cancer thyroïdien endothoracique.

Le cancer se développe d'abord à l'intérieur du lobe ; il est enveloppé dans la capsule fibreuse du corps thyroïde ; il est intra-capsulaire. A la coupe, on voit une infiltration dure, blanc-jaunâtre, marbrée, ou un kyste avec des végétations.

Puis, la tumeur se développe, elle rompt la capsule, elle envahit et infiltre. La tumeur grossit d'autant plus vite qu'elle réagit sur les ganglions qui s'hypertrophient et se fusionnent avec la tumeur.

A ce stade, des accidents secondaires apparaissent du côté : de la trachée, de l'œsophage, des récurrents et des vaisseaux.

Du côté de la trachée, les accidents mécaniques sont les plus importants à connaître. La trachée est déviée et comprimée. La déviation est le plus souvent latérale, scoliose trachéale, car le cancer siège ou prédomine au niveau d'un lobe. La compression qui, avec la déviation, existe toujours quelle que soit la nature de la tumeur thyroïdienne, est plus précoce et plus accentuée

(1) Clinique de l'hôpital Cochin, 18 janvier 1938.

quand il s'agit d'une tumeur maligne, car étant plus dure, elle presse davantage.

Le ramollissement trachéal, est dû à la dégénérescence des cartilages de la trachée. La trachée devient molle et au cours de l'exérèse chirurgicale d'un cancer thyroïdien, on pourrait assister à l'aplatissement brusque de la trachée entraînant une asphyxie mortelle. Cet accident s'observait jadis, alors qu'on opérait tardivement des cancers thyroïdiens volumineux. Nous ne l'avons jamais constaté, sur vingt cas opérés par nous.

L'envahissement de la trachée est rare et ne se voit guère dans plus de 8 % des cas.

L'œsophage peut être également dévié, comprimé, envahi. Mais cela se voit rarement, 4 % des cas environ.

En revanche, les nerfs récurrents sont très menacés, car ils remontent le long de la trachée, au contact immédiat du corps thyroïde. Ces nerfs sont entourés, étouffés par la gangue cancéreuse, il en résulte des accidents respiratoires.

Le paquet vasculo-nerveux carotidien est atteint par la tumeur qui se développe. Les nerfs et les artères, résistent assez bien. Mais les veines qui ont des parois fragiles sont particulièrement atteintes, entraînant des métastases fréquentes.

Les signes du cancer thyroïdien sont de deux ordres : physiques et fonctionnels.

Les signes physiques :

1° Avant tout, dureté homogène de la tumeur. Un goitre ordinaire peut être très dur ; parfois il est calcifié, mais la dureté n'est pas homogène ;

2° Fixité précoce qui ne s'explique pas par le volume de la tumeur ;

3° Enfin irrégularités, bosselures de la tumeur, limites imprécises.

Les signes fonctionnels apparaissent sous forme de troubles de la phonation : voix rauque continue ou par accès.

De troubles respiratoires : dyspnée progressive ou par crises, surtout la nuit (asthme goitreux). Ces troubles qui peuvent exister dans le goitre simple sont plus accentués dans le goitre malin.

Enfin, l'apparition de douleurs spontanées est un signe de malignité car un goitre bénin n'est jamais douloureux.

Quelquefois, surtout dans les goitres malins à évolution rapide, on voit se surajouter des troubles de la fonction thyroïdienne, troubles d'hyperthyroïdie : tremblements, exophtalmie.

L'examen laryngoscopique, très souvent positif, montrera la paralysie des récurrents.

L'examen radioscopique a un double intérêt. Il permettra d'apprécier la déviation trachéale, l'envahissement thoracique, l'état du médiastin.

Diagnostic. — Il existe deux formules classiques pour différencier un goitre banal d'un goitre malin :

1° Tout goitre qui augmente rapidement de volume ou qui détermine des phénomènes fonctionnels, peu en rapport avec son volume, est vraisemblablement cancéreux ;

2° Tout goitre qui apparaît après 50 ans est vraisemblablement cancéreux.

Cependant, il peut s'agir d'autre chose que d'un cancer, et, en présence d'un goitre qui pousse brusquement, il faut envisager, en dehors du cancer deux autres éventualités :

L'inflammation aiguë du corps thyroïde et l'hémorragie dans le tissu thyroïdien.

L'inflammation aiguë du corps thyroïde est une strumite aboutissant le plus souvent à la suppuration avec douleurs, troubles fonctionnels, augmentation de volume, rougeur de la peau.

L'hémorragie intra-thyroïdienne se produit spontanément. L'augmentation brusque du volume du corps thyroïde, la compression, les troubles fonctionnels intenses et d'apparition brutale permettent d'en faire le diagnostic.

Le cancer thyroïdien amène toujours la mort par des accidents respiratoires, des accidents de compression et non pas cachexie. En outre, le cancer thyroïdien est un cancer très métastatique. Les métastases se font par les lymphatiques, et surtout, par la voie sanguine.

Les métastases les plus fréquentes sont :

1° Au niveau du thorax : poumons et ganglions médiastinaux. On trouverait des noyaux secondaires dans le poumon, dans les deux tiers des cas à l'autopsie ;

2° Au niveau du squelette. Le cancer du corps thyroïde est, en effet un des quatre cancers, avec ceux du sein, du rein (hypernéphrome) et de la prostate, qui donnent fréquemment des métastases squelettogènes. Ces métastases se font de préférence, et par ordre de fréquence, au niveau du crâne, de la mâchoire, du sternum, des vertèbres.

Thérapeutique. — Elle consiste dans l'exérèse étendue de la tumeur. L'opération est d'autant plus facile, qu'elle est pratiquée au stade intra-capsulaire de la tumeur. A ce stade, faire une large thyroïdectomie, faire ensuite de la curiethérapie. Quand la tumeur a dépassé le stade intra-capsulaire la mortalité est assez élevée, 15 à 20 %.

Nous venons de décrire la forme la plus fréquente du cancer thyroïdien. Comme nous l'avons dit au début de cette étude, il existe une autre forme de cancer thyroïdien qui, pendant toute son évolution reste un cancer intra-capsulaire, limité, peu évolutif.

Dans un lobe du corps thyroïde, on trouve, à l'examen, un noyau petit, dur, qui ne change ni de volume, ni d'aspect et qui n'occasionne aucun trouble.

Le diagnostic de cancer ne peut être fait que si

le malade se fait opérer. Au lieu d'un goitre banal, l'examen histologique seul, montre la présence de cellules cancéreuses.

D'autres fois, le malade garde son noyau thyroïdien. Des années plus tard, on voit survenir ou une fracture spontanée ou une métastase. Pendant ce temps, le goitre garde toujours ses caractères de bénignité. Cliniquement, il est impossible de différencier cette forme de celle d'un goitre banal. Il est certain que ce cancer thyroïdien a une évolution relativement bénigne. Opérés, ces cancers ont des suites très favorables. Les chances de guérison sont considérables, même en pratiquant une thyroïdectomie partielle.

Pratiquement, il ressort de cette étude :

1° Qu'il faut toujours faire examiner histologiquement un goitre qu'on enlève, même s'il paraît bénin ;

2° Qu'il est plus prudent quand on opère un goitre d'allure bénigne, d'être un peu large dans l'exérèse. Mais il semble que ce serait une grosse erreur de faire systématiquement une thyroïdectomie quasi-totale dans tous les goitres même bénins comme on l'a proposé.

Enfin, quand la métastase est unique, quand la tumeur thyroïdienne est peu évolutive, il est légitime de faire les deux opérations : celle de la thyroïde et celle de la métastase.

LES APPENDICITES PELVIENNES

Docteur Jacques Maury

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Les appendicites pelviennes comprennent : d'une part, des inflammations d'appendices situés dans le bassin (ce sont les appendicites pelviennes proprement dites) ; d'autre part, des complications suppurées d'appendicites iliaques.

Les crises aiguës pelviennes ont, en général, un début analogue à celui de toute appendicite.

La douleur spontanée, dans la crise aiguë, est de localisation variable, souvent à gauche : c'est alors un signe probable d'appendicite « du promontoire ».

Les signes physiques, souvent discrets, peuvent être iliaques droits ; on les trouve fréquemment dans la région hypogastrique.

Le toucher rectal est un examen essentiel : il affirme ou confirme le diagnostic. Il permet de suivre la résorption des foyers ou l'évolution des abcès.

Les deux gros dangers à redouter dans l'évolution des appendicites pelviennes sont la diffusion péritonéale et l'occlusion intestinale.

Les aspects cliniques sont extrêmement variés : les formes du promontoire d'une part, certaines formes subaiguës d'autre part sont parmi celles où la symptomatologie peut être la plus atypique.

Le diagnostic d'appendicite pelvienne est souvent écarté du fait d'examens cliniques incomplets.

Le diagnostic différentiel ne se discute guère chez la femme qu'avec les affections gynécologiques et chez l'homme avec certains cancers digestifs.

Le pronostic de l'appendicite pelvienne est mauvais, du fait de l'absence de diagnostic précoce : dans les formes aiguës, la mortalité dépasse 20 pour cent.

Le traitement consiste dans l'appendicectomie d'urgence chez le malade vu précocement, dans la surveillance attentive « armée » du malade vu tardivement, dans l'incision des abcès suivie de l'appendicectomie secondaire à froid (1).

(1) Thèse de Paris, 1938.

UTILISATION THÉRAPEUTIQUE DU SANG MENSTRUEL

Le sang menstruel, qui servit longtemps et sert peut-être encore à composer des philtres, des breuvages réputés aphrodisiaques, va-t-il passer de cette sorte d'emploi magique à un usage thérapeutique scientifique ?

Au Congrès de la coli-bacillose, en 1934, MM. Jahiel et Besredka firent une communication sur le traitement des crises du foie d'origine ovarienne par le sang menstruel. D'autre part, à la réunion de Lyon, du 17 juin 1938, de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, MM. Thiers et P. Cuilleret ont proposé un traitement des accidents du molimen cataménial par le produit d'ultra-filtration de l'écoulement menstruel. Dans sa thèse toute récente de la Faculté de Lyon (1938), Madame le Docteur Marie-Antoinette Cuilleret a présenté onze observations de malades chez lesquelles l'ultra-filtrat de sang menstruel a été utilisé avec avantage dans des états morbides divers, déclenchés à l'occasion des règles. Son travail a été fait dans le service de dermato-syphiligraphie de l'Antiquaille (Docteur Gaté).

On connaît depuis longtemps le retour périodique de certaines affections au moment des règles. La localisation de ces troubles est souvent cutanée : érysipèle, herpès, eczéma, urticaire et œdème de Quincke menstruels. Leurs manifestations peuvent aussi intéresser divers autres appareils : le pharynx (angines), le larynx (enrouements), les voies respiratoires (asthme), les voies digestives (crises de foie, colites) ; se traduire encore par des migraines, de la cellulite (gonflement des seins), de l'hydarthrose périodique, etc.

C'est précisément pour prévenir et traiter ces différents troubles liés à la menstruation qu'ont été préconisés le sang menstruel et ses dérivés. La composition bio-chimique du sang des règles n'est pas encore entièrement définie et l'on peut penser qu'elle comprend des hormones incomplètement précisées, des éléments désensibilisateurs et peut-être des éléments insoupçonnés. Nous connaissons, d'ailleurs, à ce propos, l'action de l'auto-hémothérapie.

Quoi qu'il en soit, à la suite de MM. Jahiel et Besredka, M. Thiers, médecin des hôpitaux de Lyon, a eu l'idée d'expérimenter le traitement par le sang menstruel de certains phénomènes morbides paraissant liés à la menstruation. La préparation utilisée par MM. Thiers et Cuilleret et par Mme M.-A. Cuilleret est un ultra-filtrat de sang menstruel.

L'ultra-filtration correspond à la filtration, à travers une membrane semi-perméable aux colloïdes, d'un liquide complexe contenant ordinairement un mélange de colloïdes et de cristalloïdes. La technique employée par M. Thiers est, dans ses grandes lignes, la suivante :

On place un tampon dans le vagin au moment des règles et on le retire au bout de quelques heures. Ce tampon est traité par environ dix centimètres cubes de sérum salé isotonique, et l'opération répétée trois fois, pour obtenir un total de trente centicubes de liquide. On ajoute trois gouttes de chloroforme pour éviter toute putréfaction et l'on effectue l'ultra-filtration avec une bougie Chamberland préalablement plongée dans une solution de collodion acétique ; stérilisation par tyndallisation.

La conduite du traitement est la suivante : on commence par tâter la susceptibilité de la malade à l'aide d'une première injection, intradermique. On pratique ensuite des injections sous-cutanées tous les jours et à doses progressives, 1 /2, 1, 2 c. c., en séries de 10 à 12 injections commencées quinze jours avant le début supposé des règles.

L'auto-filtrat ne paraît pas indispensable et le stock ultra-filtrat donnerait les mêmes résultats. La préparation d'un stock filtrat demande toutefois des précautions spéciales et peut-être quelques malades auront-elles une certaine hésitation à en accepter l'emploi.

Il peut se produire des réactions focales. Dans deux observations de Mme Cuilleret, l'injection d'ultra-filtrat a déterminé, comme les règles elles-mêmes, une fois un érysipèle, une autre fois une poussée d'eczéma.

Les véritables indications sont les troubles déclenchés exclusivement à l'occasion des règles. Les résultats sont moins nets lorsqu'il s'agit d'un état morbide simplement influencé par la menstruation. D'autre part, l'ultra-filtrat semble avoir une action emménagogue.

A titre d'exemple, voici une observation (résumée) rapportée dans la thèse de Mme Cuilleret : une femme de 45 ans, atteinte de dermatose prurigineuse du visage datant de six mois, avec exacerbation cataméniale (œdème, prurit), affection ayant résisté à diverses thérapeutiques, est soumise à une double série d'injections d'ultra-filtrat cataménial. Le traitement est suivi d'un état de guérison qui se maintenait cinq mois plus tard.

P. LACROIX.

UNE AFFECTION ASSEZ RARE EN FRANCE : LA GALE DES CÉRÉALES

Par Gilbert DOUKAN

Assistant de Consultation à l'Hôpital Saint-Antoine

M. D..., 62 ans, nous est récemment envoyé pour dermatose prurigineuse atypique.

Il s'agit d'une éruption très bien circonscrite au tiers inférieur des deux jambes et sur le dos des deux mains. Elle occupe, aux membres inférieurs, une zone vaguement circulaire, interrompue à la face postérieure de la jambe. Sur les mains, elle va de l'interligne radio-carpien à la base des métacarpiens.

Éruption monomorphe dont l'élément essentiel est érythémato-vésiculeux ; éruption restreinte, puisque l'on compte une vingtaine d'éléments sur chaque jambe et une dizaine sur chaque main ; éruption mono-symptomatique car elle ne s'accompagne d'aucun trouble général ou physique, le prurit important qui l'a précédée n'étant que la traduction fonctionnelle de sa formation. Les maculo-vésicules ne forment nulle part de placard, elles sont séparées par une peau légèrement rouge et chaude. Une fine sérosité s'écoule des vésicules percées. L'évolution des éléments se fait vers la guérison par cicatrisation après un stade bref papulo-croûteux.

Le début de cette manifestation cutanée remonte à une dizaine de jours. A ce moment, apparait un prurit extrêmement vif à l'endroit même où devait apparaître l'éruption ; celle-ci débutait, d'abord aux jambes, ensuite aux mains et prenait l'aspect qu'elle a maintenant.

Le médecin avait pensé à un eczéma mais avait été étonné par une localisation que rien n'expliquait.

C'était là toute l'histoire clinique de notre malade.

Pouvions-nous ratifier le diagnostic du médecin traitant et dire *eczéma* ? Comme celui-ci l'avait remarqué, la localisation ne s'expliquait guère, encore que l'eczéma ne soit qu'un mode réactionnel de l'épiderme à des causes extrêmement diverses (irritatives notamment) qui pouvaient peut-être exister ici. Mais l'eczéma érythémato-vésiculeux vrai est moins limité d'ordinaire, les bords de sa plaque sont comme « émiettés » (Darier), sa surface est suintante et l'épreuve du papier à cigarettes mettant en relief l'existence des puits épidermiques toujours positive. Ici il ne s'agissait pas de plaque, les téguments étaient secs et la sérosité des vésicules n'était patente qu'en transperçant celles-ci.

En fait, cliniquement ces lésions rappelaient point pour point le *prurigo-strophulus*. Mais il y avait ici un rassemblement des éléments, un prurit très vif, une localisation aux dos des mains qui ne cadraient guère avec les habituels signes du strophulus qui reste exceptionnel chez le vieillard, est généralisé, peu prurigineux et généralement reconnaissant une origine interne.

La *dyshydrose* est vésiculeuse simple et ne remonte guère aux membres inférieurs plus haut que l'interligne tibio-tarsien.

Par contre cette disposition si circonscrite, ce prurit important, cette brusquerie de début évoquaient assez une *éruption parasitaire*. Non pas la gale ordinaire bien différente avec sa généralisation, ses zones de prédilection, ses sillons, ses vésicules perlées sans macule érythémateuse, mais les diverses gales animales du chat, du chien, du cheval, ayant toutes comme points communs, l'absence de sillons, leur début brusque, leur topographie spéciale (en général aux points qui ont été en contact avec l'animal parasité). Or le sujet ne possédait ni chien, ni chat, affirmait n'avoir eu aucun contact, même rapide, avec un de ces animaux et était encore plus catégorique quant à une contamination par le cheval.

C'est alors que nous lui demandons son métier. Cet homme était préposé à la garde et au nettoiement d'entrepôts d'une grande firme commerciale bien connue du public pour sa préparation d'un bouillon célèbre. Dans cet emploi, notre malade est, comme nous le lui faisons préciser, constamment en contact avec des poussières de blé, de riz et de céréales diverses. Dès cet instant nous soupçonnons la possibilité de cette parasitose, assez rare en France et généralement connue sous le nom de « *gale des céréales* ».

Les explications plus détaillées que notre malade nous donne confirment ces soupçons. En effet, son travail consiste essentiellement à ranger les sacs de froment et de diverses farines et surtout à tenir sans cesse propre le sol des salles d'entrepôt, à quoi il arrive à grand renfort de balayage. Ainsi paraît s'expliquer que les poussières de céréales soulevées par le balayage n'aient parasité que le dos des mains, la paume étant protégée par le manche du balai solidement tenu par elles. Pour l'infestation des membres inférieurs, l'explication est plus évidente. Notre balayeur porte des caleçons, longs par dénomination, mais en pratique pas assez pour recouvrir les chaussettes, si bien qu'entre la fin du caleçon et le début de la chaussette existe un espace circulaire où la peau est accessible aux poussières plus nombreuses à cette hauteur et qui correspond justement à la zone contaminée et « eczémateuse ». Pourquoi la figure, si fréquemment atteinte par les parasites de cet ordre

ne l'était pas chez notre sujet ? Mystère des sensibilisations cutanées ou moindre densité des poussières infestées soulevées à cette hauteur, il est logique de penser.

Ces très fortes présomptions cliniques demandaient une confirmation. Le laboratoire, dans ces cas n'apporte que peu de secours, cependant la numération globulaire et l'examen de la formule leucocytaire que nous demandâmes apportèrent un nouvel argument en faveur de notre diagnostic : une éosinophilie à 12,5 %. Restait la preuve décisive, la découverte du parasite. On sait que celui-ci ne se découvre pas sur la peau. C'est en effet, nous le verrons, un parasite occasionnel de l'homme et il ne fait que passer sur les téguments sans y pouvoir vivre. On le trouve sur les céréales parasitées et dans les poussières végétales que forment leur broyage. Le moyen le plus pratique pour sa recherche consiste à promener une lame de verre huilée dans les farines suspectes et à examiner les prélèvements. Nous donnons douze lames à notre malade en lui expliquant ce que nous attendons de lui. Chaque jour il opère un prélèvement que nous examinons : ce ne fut qu'au neuvième jour que nous trouvâmes le parasite. Nous avions pensé au pédiculoïdes ventricosus, agent habituel de la « gale des céréales », et nous eûmes la chance de trouver une femelle non gravide, avec son aspect caractéristique, tel que nous le décrirons plus loin.

***

La « gale des céréales » est une dermatose parasitaire, assez rarement décrite en France, courte, sans gravité et dont l'agent pathogène le plus fréquent est le pédiculoïdes ventricosus. Le prurit en est le symptôme dominant.

Historique

On fait remonter la découverte du pédiculoïdès à 1848 et on en donne la paternité à Newport. En fait presque en même temps, à Moissac, Lagrèze avait étudié une petite épidémie de prurigo chez des ouvriers manipulant le blé et avait incriminé un acare qu'il avait dénommé acarus tritici. Cet auteur n'avait pas vu de mâles, pas plus que son collègue anglais, aussi croyaient-ils à une reproduction parthénogénétique.

En 1877 enfin, Geher décrit les sujets mâles (beaucoup plus rares que les femelles, vivant sur la mère et mourant vite) et dès lors nos notions zoologiques sur cette espèce sont complètes. Elles sont d'ailleurs, à plus d'un titre, assez curieuses.

Parasitologie

Le Pédiculoïdès est décrit par la plupart des auteurs dans la famille des Trombididès. Mégnin cependant, qui a été, peut-on dire, le « spécialiste » des acariens le range, dans son petit précis « les acariens parasites » immédiatement après les Myobiés et estime qu'il forme, à lui seul, un type à part de famille. Il le dénomme, d'ailleurs Spherogyna ventricosa.

Quoi qu'il en soit, le Pédiculoïdès est un arthropode de la classe des Arachnides, de l'ordre des Acares. On le rencontre sous trois formes : mâle, femelle, femelle gravide.

Le mâle est petit, 0 mm. 12, ovale (1).

La femelle non ovigère est plus grande (0 mm. 20) à rostre cylindro-conique dont les mandibules sont modifiées en forme de stylets très aigus destinés à percer, tandis que les palpes se terminent par des crochets. L'insecte se fixe sur sa proie par ce rostre. L'ensemble de la femelle non gravide rappelle assez bien le pou vulgaire, mais allongé et microscopique.

Avec la femelle gravide, cet aspect change du tout au tout. La partie postérieure de l'abdomen grossit démesurément jusqu'à atteindre un millimètre de diamètre, elle prend une coloration orangée et l'aspect de ce disque régulier d'où émerge une pointe est caractéristique. Les jeunes Pédiculoïdès sont là, au nombre d'une quarantaine, parfois cinquante. En moyenne il leur faut une quinzaine de jours pour arriver à maturation. La femelle les « pond » au rythme de trois, quatre par jour. Le Pédiculoïdès est donc vivipare. Les jeunes Pédiculoïdès vivent sur leur mère, enfonçant leur rostre dans la vésicule ovigère pour se nourrir. En vingt-quatre heures, ils sont aptes à la reproduction. Les mâles étant en nette minorité fécondent plusieurs femelles. La copulation se fait à l'aide de ventouses copulatrices. Engelbach, dans sa thèse (2) a décrit de façon imagée cet accouplement : « les femelles » écrit-il, « attendent impatiemment la fin certaines essayant de se glisser à la place de la femelle accouplée »... Après l'accouplement, les mâles restent sur la mère et ne vont pas tarder à mourir, les femelles s'éloignent et vont vivre en parasites.

En principe, le pédiculoïdès est un acarien utile. Les femelles, en effet, s'attaquant aux larves molles des parasites végétaux (aleucite des céréales, teigne des blés, charençon) les piquent et se repaissent de leur suc après les avoir engourdies de leur venimeuse salive. Mais leurs habituelles victimes décimées, il leur faut bien chercher ailleurs une autre proie ; c'est ainsi qu'elles peuvent s'attaquer à l'homme ou aux animaux.

(1) Voir les figures *in* Megnin (les Acariens parasites).
(2) Engelbach : Thèse. Paris 1923.

Pathogénie

En pratique l'infestation se fait chez les sujets employés, de près ou de loin, à la manipulation, au transport, à la garde des farines ou des céréales. L'acare, pique l'épiderme et inocule sa salive irritante. L'élément érythémato-vésiculeux traduit la réaction des tissus à la fois à la morsure et au liquide. Mais l'insecte ne pénètre pas sous la peau et ne forme jamais de sillons. Rapidement il va mourir. Il est exceptionnel, en tous cas qu'on puisse, comme Robin et Rouyer l'ont publié, les découvrir sur le revêtement cutané.

D'après Goldberger, seize ou vingt heures heures après l'application expérimentale de parasites emprisonnés sous un verre de montre, les premiers éléments apparaissent.

Ces notions expliquent que la gale des céréales se rencontre avant tout chez les cultivateurs, moissonneurs, dockers, gardiens d'entrepôt. Naturellement, il y a, comme toujours des faits d'exception, témoin cette famille d'automobilistes dont Achard raconte l'histoire et qui, tout entière, avait été contaminée, leur auto étant rangée dans une grange infestée.

En France, toutefois, les atteintes sont relativement rares, ou tout au moins rarement reconnues. De temps à autre quelques épidémies limitées sont signalées. (Ce terme d'épidémie restant impropre, car les sujets ne se contaminent pas les uns les autres, mais vivant dans les mêmes conditions, s'infestent à la même source). On parle de la gale des céréales à Espalais, en 1849, à Bordeaux en 1850, dans la Gironde encore en 1867 et 1872, enfin au Havre, en 1919. Parfois cette parasitose a des corollaires imprévus, telle celle de 1872 qui, affolant les esprits, eur faisait croire à un « empoisonnement » des blés de la région et amena des plaintes judiciaires.

Pour notre compte, nous pensons d'ailleurs que la gale des céréales est bien plus fréquente qu'on ne pense. Que les praticiens des campagnes se souviennent des nombreuses dermatoses qui naissent avec la moisson et meurent avec elle et dont le nom change avec la contrée : gourme des céréales, eczéma des moissonneurs, maladie du battage, etc... Jeune étudiant, en remplacement dans le Cher, je me souviens d'avoir été appelé pour un blessé, j'examinais en même temps dans la grange cinq ou six moissonneurs atteints de lésions érythémato-vésiculeuses du cou, des mains et des jambes avec prurit marqué, état subfébrile, et pour lesquels j'avais fait un diagnostic ... éclectique. Rétrospectivement, je crois bien maintenant que j'eus l'occasion de voir une petite épidémie de gale des céréales.

Celle-ci est d'ailleurs bien plus fréquente en Italie, en Afrique du Nord, aux Etats-Unis. On la signale de temps à autre également en Angleterre , en Hongrie.

Symptomatologie

Le premier signe en est un prurit très violent, six à vingt heures après l'infestation du sujet. Son intensité est toujours accusée par les malades. Il empêche presque constamment le sommeil. Il existe sur le territoire où va rapidement apparaître l'éruption.

Nous ne rappellerons pas les caractères dermatologiques de celle-ci déjà étudiés au cours de notre observation. Signalons que, selon la profession, les régions atteintes varient. Parmi les plus fréquemment parasitées : le cou et le dos, les avant-bras, les membres inférieurs, la face. Toujours les éléments sont isolés. Habituellement peu nombreux, ils peuvent dans certains cas rares, se généraliser.

Le type érythémato-vésiculeux est le plus fréquent de beaucoup. On a signalé des formes dermatologiques exceptionnelles : pemphigoïde, ou purpurique. L'éruption s'accompagne parfois d'autres signes : le prurit diminue et disparaît progressivement, mais un léger malaise général peut exister (inappétence, fatigue, fébricule). C'est là une éventualité rare. Rawles, par contre, décrit chez l'enfant des températures de 39 et 40°.

Enfin le laboratoire permet de déceler une albuminurie légère et sans lendemain, dans le sang une éosinophilie (10 à 15 %) avec polynucléose.

La gale des céréales est une affection bénigne qui guérit spontanément en une ou deux semaines si le sujet est éloigné de la source contaminante. Après la guérison persistera une pigmentation légère qui s'efface lentement. Mais si la réinfection se produit la dermatose peut persister pendant des mois.

Complications

A notre avis, la gale des céréales ne comporte pour ainsi dire pas de complications en propre, les complications infectieuses banales de tout élément cutané ulcéré et infecté sont exceptionnelles. Dans l'excellente revue générale que notre ami Lafourcade a publiée en 1926 dans la *Revue française de Dermatologie et Vénéréologie* (p. 157), l'auteur signale un cas d'asthme publié par Ancona, attribué non aux poussières des céréales mais aux acares que celles-ci contenaient. Il s'agit là de faits rarissimes : en principe, la gale des céréales, répétons-le, ne comporte pas de complications.

Diagnostic

Nous ne reviendrons pas non plus sur le diagnostic. Mais nous voulons insister par contre

sur la pluralité des agents pathogènes susceptibles de produire « des gales des céréales ». Tous les auteurs s'accordent pour incriminer le pédiculoïdes ventricosus. Il n'est pas le seul. C'est ainsi que selon les cas on pourra découvrir d'autres parasites :

Le *tyroglyphus farinœ* (De Geer) : la femelle est environ de la même grandeur que celle du pédiculoïdès, le mâle est deux fois plus long et plus large que le mâle de l'espèce précédente. Cet acare qui vit sur les blés ou les matières fermentées : fromage, moisissures, peut provoquer (Moniez) une gale en tous points semblable à celle du pédiculoïdès ventricosus. De même, quoique plus rarement, on peut avoir affaire au :

Tyroglyphus siro (Linné, 1758), le vulgaire acare du fromage, qu'Aristote connaissait déjà. Les femelles elles aussi, ont les mêmes dimensions que celle du pédiculoïdès, mais les mâles sont trois fois plus larges et plus longs que leurs congénères. Les tyroglyphés présentent enfin en certaines circonstances (disette) des nymphes à cuirasse, dites hypopiales (Mégnin) qui ont pu faire croire à des parasites nouveaux d'un type spécial.

Traitement

Le traitement de la gale des céréales est assez simple. On se transmet — par tradition, en quelque sorte — une thérapeutique à base de baume du Pérou, de pétrole ou la formule préconisée par Labesse :

Benzine	60 gr.
Naphtaline	2 gr.
Ess. d'andropogon citratus	2 gr.
Huile de vaseline	30 gr.

En fait, l'acare ne vivant pas sur la peau il suffira de soins de propreté banaux ou d'une pâte occlusive quelconque pour protéger les zones cutanées pouvant être infestées et supprimer ainsi la contamination. Chez notre malade par exemple, une simple pâte à l'eau et le port d'une bande Velpeau a permis le retour à l'ordre sans désinfection des vêtements. Cependant, du fait de l'origine de cette gale d'autres questions se posent. Question prophylactique d'abord. Les farines entreposées étant parasitées, fallait-il avertir les établissements responsables et demander une désinfection massive ? Cela ne nous parut pas nécessaire.

En effet, la désinfection des farines est parfois difficile, toujours délicate. Il ne saurait être question de lavages ou d'arrosages à l'eau salée bouillante préconisés pour les graines et catastrophiques pour les farines. La combustion de soufre dans les locaux, les vapeurs de tétrachlorure de carbone ont été utilisées en chambre close. On se rend compte des difficultés techniques de l'opération. Or, rien ne prouvait que l'infestation des farines ne fût pas accidentelle portant sur quelques sacs seulement. D'autre part, la désinfection des farines entreposées n'empêcherait pas les parasites d'exister dans les farines à venir, si elles étaient contaminées avant d'arriver à l'entrepôt. Enfin, comme il n'y avait pas d'autres employés parasités, on pouvait logiquement penser que l'infestation n'était pas massive.

Nous demandâmes à notre « galeux » de changer de local avec un de ses camarades et de nous avertir s'il se produisait d'autres contaminations. Désormais, il balaie et range le soja et la poudre de viande sans ennuis.

Question sociale ensuite. La gale des céréales est en effet une dermatose nettement imputable au travail, et depuis la jurisprudence de la Cour du Havre, c'est une affection professionnelle dont la responsabilité incombe au patron. Elle rentre donc dans le cadre des accidents du travail.

***

Telles sont les principales caractéristiques de cette parasitose occasionnelle. Nous avons pensé, quoiqu'elle soit relativement rare, qu'il était intéressant d'en rappeler les modalités épidémiologiques et cliniques. Il n'est pas indifférent, en effet, de savoir la reconnaître à temps, pour en limiter, surtout à la campagne, l'extension. Ainsi — et ce n'est pas inutite — restreindra-t-on le champ des prétendus « eczémas », qualification dont on affuble trop rapidement, en pratique médicale courtante, un nombre étonnant de dermatoses.

L'INFLUENCE DE PETITES DOSES D'ALCOOL SUR LES RÉACTIONS PSYCHOTECHNIQUES ET LA CONDUITE DES VÉHICULES AUTOMOBILES

Docteur Guy HAUSSER

Assistant de la chaire de Médecine Légale de la Faculté de Médecine de Paris

Notre attention a été attirée depuis longtemps sur l'utilisation pratique de la recherche de l'alcool éthylique sur l'homme.

De nombreux travaux français, principalement ceux de MM. Balthazard et M. Lambert, dès 1921, au point de vue médico-légal, ont permis d'effectuer des recherches précises dans ce domaine.

Les différents travaux de M. le Professeur Nicloux, depuis son mémoire de 1896, ont permis, par ailleurs, d'effectuer des dosages et micro dosages avec une grande rigueur scientifique.

Par ailleurs, de nombreux auteurs de différents pays ont été amenés à rechercher l'influence de l'ingestion d'alcool sur la fréquence des accidents automobiles. Dans certains pays, même, la recherche de l'alcool éthylique est devenue obligatoire.

En France, ce principe n'a pas encore été adopté.

Cependant, il est de la plus haute importance d'être fixé sur l'influence que peut avoir l'ingestion d'alcool sur la physiologie d'un conducteur de véhicule automobile. En effet, cette ingestion pourra déterminer des troubles du comportement tels que l'individu peut devenir un réel danger pour ses semblables.

Cependant, avant de pouvoir édicter lois et règlements, il importe que nous connaissions le mieux possible les conséquences de telles ingestions.

Nous rappelons qu'actuellement, les proportions suivantes sont à peu près admises par les différents auteurs (1) :

— de 2 à 3,5 ‰, excitation psychique ;

— de 3,5 à 5 ‰, ivresse complète caractérisée par ces trois phases : excitation, titubation, dépression.

— de 5 à 6 ‰, ivresse profonde ;

— de 6 à 8 ‰, coma précédé de troubles anesthésiques partiels ;

— de 8 à 9 ‰, la mort peut survenir en vingt à quarante-huit heures ;

— de 9 à 10 ‰, dose pouvant être rapidement mortelle.

Il faut toutefois rappeler que ces chiffres sont expérimentaux et sont basés sur les résultats observés par l'ingestion d'alcool sur des chiens. Il faut faire intervenir certainement d'autres facteurs tels que l'intégrité hépatique et rénale.

Il faut noter aussi que des doses de 9 à 10 ‰ ne sont pas forcément mortelles, lorsque l'animal est assez vigoureux pour s'agiter suffisamment et éliminer, par la voie respiratoire, une quantité notable d'alcool (Dervieux).

Il faut observer que les chiffres supérieurs à une intoxication éthylique à 5 ‰ ne se rencontrent pratiquement pas en médecine légale. En effet, il est rare qu'un individu puisse conduire une automobile ou commettre un crime lorsqu'il a déjà pu absorber près de 500 c. c. d'alcool absolu.

Il reste donc la situation la plus fréquente, celle où l'individu a absorbé, dans des conditions variables, de relativement petites quantités d'alcool qui se réduiront au dosage par des résultats compris entre 0,5 et 1 1/2 ‰, ce qui correspondrait à l'ingestion d'environ 30 à 50 c. c. d'alcool absolu pour un individu moyen.

Actuellement, les méthodes de micro-dosages permettent d'obtenir une très grande précision dans les résultats du dosage.

Ce qui importe au point de vue médico-légal, c'est non pas le résultat en lui-même exprimé en quantité d'alcool ingéré, mais bien la connaissance de l'influence de cette quantité d'alcool sur la réaction de l'individu envisagé.

Il faut rappeler également que le moment du prélèvement de l'alcool est important. Les premières expériences de Grehant montraient la présence d'un « plateau », sur un graphique (*voir figure*), de 4 à 5 heures pendant lesquelles il n'y aurait pas d'élimination d'alcool. Ce plateau avait été constaté surtout lorsqu'il y avait une intoxication massive et traduisait en quelque sorte la période de coma.

Actuellement, nous avons pu constater, à de multiples reprises, que cet arrêt d'élimination d'alcool n'existait pas pour les petites intoxications. Nos résultats ont d'ailleurs été confirmés par la recherche de MM. Fabre et Kahane qui ont examiné la courbe d'élimination d'alcool dans la salive.

On peut dire que la combustion de l'alcool est assez rapide puisqu'en 12 heures près de 70 % des quantités d'alcool ingéré sont détruites,

(1) BALTHAZARD, 1921 ; DERVIEUX, SZUMLANSKI et DÉROBERT, 1933.

et en 24 heures, pratiquement, tout l'alcool est éliminé.

Il peut d'ailleurs exister divers facteurs pouvant modifier la courbe d'élimination de l'alcool :

a) La plupart des auteurs français, et notamment Balthazard et Larue, ont montré que la rapidité de combustion de l'alcool dans le sang est sensiblement la même chez les alcooliques chroniques que chez les abstinents ;

b) Nous avons pu constater, ainsi que Simonin, que la concentration de l'alcool ingéré pouvait jouer un rôle, notamment les boissons faiblement spiritueuses telles que la bière, élèveraient le taux alcoolique du sang beaucoup moins que les boissons fortement spiritueuses (eau-de-vie, liqueurs).

c) Il faut également tenir compte du rythme de l'ingestion de l'alcool ; lorsque la boisson a été prise en une fois ou à des intervalles très éloignés, la courbe d'élimination de l'alcool est celle que nous avons schématiquement représentée en « b » (*voir figure*).

Lorsque les ingestions sont fréquentes ou rapprochées, la teneur alcoolique du sang devient sensiblement la même que si toute la quantité d'alcool était absorbée en une seule fois, mais la courbe d'élimination se trouve, de ce fait, allongée.

Il nous a semblé important de rappeler ces divers facteurs qui jouent un grand rôle au point de vue médico-légal. En effet, nous le rappelons, il ne peut être question de donner aux magistrats un chiffre brut et il est nécessaire que les divers facteurs que nous avons mentionnés puissent être rappelés dans le rapport médico-légal et commentés.

Il n'en reste pas moins que les faits physiologiques sur les réactions musculaires et sensitives des individus, consécutives à l'ingestion de petites quantités d'alcool (20 à 50 c. c. d'alcool absolu), sont encore fort mal connues.

Nous avons songé à étudier les différentes réactions psychotechniques d'individus. Mais ces recherches ont été très délicates, et ne peuvent se réaliser rapidement.

En effet, nous désirons obtenir des résultats valables pour la pratique, aussi devons-nous apporter un contrôle absolu et une rigueur scientifique la plus grande dans ces recherches.

Il est nécessaire de proposer à des individus différentes épreuves, qui doivent être d'ailleurs variées, car nous nous heurtons rapidement au phénomène d'accoutumance.

Avec Wierenga nous remarquons que les aptitudes exigées chez les bons conducteurs d'automobiles sont les suivantes :

— Présence d'esprit.

— Faculté de concentrer son attention.

— Motilité précise.

— Réactions rapides et adéquates aux impulsions.

— Faculté de régler fidèlement les mouvements musculaires.

— Sensation de constituer une seule unité avec son propre véhicule.

Nous avons repris pour commencer les différentes épreuves déjà faites par le Docteur Wierenga.

1° *Epreuve de concentration* : addition de séries de nombre de 5 chiffres chacun pendant trois quarts d'heure. Nous avons tenu compte également du pourcentage de fautes pendant chaque quart d'heure.

2° *Epreuve de prévision* (épreuve de Poppelreuter) : Sur un tableau on dispose huit tuyaux de caoutchouc entrelacés se terminant à une extrémité par une petite boule de celluloïd. A l'autre extrémité, se trouve un ballonnet de caoutchouc. En appuyant sur ce ballonnet il se produit un courant d'air qui éteint le feu allumé à la boule de celluloïd. Le sujet est placé en tournant le dos au tableau. On allume le celluloïd et il doit le plus rapidement possible éteindre le celluloïd enflammé.

3° *Epreuve des verres* : Sur un plateau on dispose cinq séries numérotées de 10 verres chacun ; les numéros étant disposés irrégulièrement dans la série. Les verres sont remplis ras. Le sujet doit replacer les verres des différentes séries dans leur numéro d'ordre. On tient compte de l'importance de l'eau répandue et du temps employé.

Nous avons fait ingérer des doses variant de 15 à 50 c. c. d'alcool absolu. Le dosage fut fait de quart d'heure en quart d'heure (l'alcool était dilué dans 20 grammes environ d'eau sucrée.

Nous avons également recherché les encéphalogrammes de plusieurs sujets après de telles ingestions.

Des recherches actuellement en cours nous pouvons déjà constater qu'il existe au moins deux sortes de sujets réagissant différemment à ces ingestions.

Dans un premier groupe qui, à jeun, effectuait les épreuves d'une manière satisfaisante, nous avons constaté, surtout pendant le deuxième et le troisième quart d'heure, suivant l'ingestion un nombre accru de fautes.

Nous conviendrons d'appeler cette première catégorie d'individus des sympathicotoniques.

Dans un deuxième groupe, au contraire, nous avons constaté que le sujet à l'état normal avait, soit des réactions lentes, soit au contraire des réactions vives et avec un certain nombre d'erreurs, on voyait les résultats s'améliorer considérablement après les ingestions d'alcool dans les conditions précitées. Nous avons convenu de désigner ces individus sous le nom de vagotoniques.

Il nous semble donc jusqu'à présent qu'il

existe au moins deux types de réactions différentes consécutives à l'absorption de petites doses d'alcool.

Pour les sympathicotoniques les réactions sont vives parfois, incoordonnées avec troubles de l'attention.

Chez les vagotoniques au contraire les réactions restent normales ou même, s'améliorent.

Nous poursuivons actuellement les recherches pour vérifier ces premières données sur un grand nombre d'ouvriers, notamment des conducteurs de transport en commun (autobus) et des mécaniciens de chemins de fer.

Nous rappelons qu'il nous est très difficile d'effectuer ces recherches rapidement étant donné qu'il faut absolument trouver des épreuves qui ne soient pas susceptibles de donner lieu à des phénomènes d'habitude ou d'accoutumance.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons déjà conclure que tout au moins en ce qui concerne les doses d'alcool éthylique inférieures à 1,1 /2 pour mille et en se plaçant au point de vue médico-légal, le résultat du dosage d'alcool est insuffisant pour renseigner les magistrats et les éclairer sur la responsabilité réelle de l'individu. Il devient nécessaire d'accompagner ce dosage d'alcool de la recherche de quelques réactions psycho-techniques, dont il importera de fixer, dès à présent si possible, des standards.

Il pourra également en résulter d'autres conséquences pratiques chez les individus dont le métier consiste à utiliser journellement soit des automobiles, soit des locomotives, soit encore toutes sortes d'engins pour lesquels les qualités que nous avons énumérées (présence d'esprit ; faculté de concentrer son attention ; motilité précise ; réactions rapides et adéquates aux impulsions ; faculté de régler fidèlement les mouvements musculaires ; sensation de constituer une seule unité avec son véhicule) sont requises lors de l'examen d'embauchage de tels sujets. Il serait utile d'être fixé sur leur type de réaction vagotonique, sympathicotonique (ou tel autre vocable peut être meilleur que l'on pourra désigner ultérieurement). Il serait utile d'indiquer aux sympathicotoniques qu'une abstinence est toutefois recommandable.

Rappelons également qu'il faudra tenir compte des différents facteurs qui interviennent dans la vie courante et qu'il faut essayer de reproduire expérimentalement : le temps, l'influence de l'imprégnation alcoolique, l'influence de la concentration de l'alcool ingéré et l'influence du rythme de l'ingestion.

Nous concluons en demandant que ces recherches puissent être poursuivies dans différents pays avec le maximum de tests possible afin de pouvoir déterminer les tests standards les plus pratiques et utilisables par la suite au point de vue médico-légal.

TRAITEMENT DU FURONCLE ET DE LA FURONCULOSE

Le furoncle et la furonculose sont des affections d'une grande fréquence et souvent d'une grande ténacité. Pour lutter contre ces staphylococcies cutanées, de nombreuses médications, des méthodes très diverses ont été préconisées. Paul Renault insiste seulement sur celles que l'expérience a montré être les plus efficaces et les plus fidèles (1).

Pour le furoncle isolé, il étudie successivement le traitement abortif (destruction du follicule infecté par une pointe fine d'électro, de galvanocautère ou d'électro-coagulation ; vaccinothérapie et radiothérapie locales), le traitement de l'état général, enfin celui de la période d'état.

Contre la furonculose, il existe de multiples méthodes thérapeutiques, mais aucune d'elles ne s'est vraiment imposée ; aussi le médecin peut-il se trouver dans un grand embarras pour choisir un traitement. Très schématiquement et à titre purement indicatif, l'auteur propose la gradation suivante :

Tout d'abord et dans tous les cas : traitement local par une solution de mercurochrome à 1 %, ou par une solution de sulfate de cuivre à 5 % ou par le liquide de Ziehl ou par le bleu de méthylène à 1 % ; puis traitement général d'éventuelles maladies constitutionnelles ou infectieuses (régime, etc.). On recourt ensuite avec avantage, sous certaines précautions, à l'anatoxine purifiée de Ramon : une injection tous les deux jours par voie intradermique de une à deux gouttes d'anatoxine au voisinage d'un furoncle. Pour être réussie l'injection doit être très superficielle et déterminer l'apparition d'une petite double ortiée. Les résultats obtenus semblent au moins aussi favorables que ceux acquis par l'injection sous-cutanée des doses classiques d'anatoxine.

En cas d'insuccès, essayer l'auto-vaccin ou l'auto-bactériophage associé aux rayons ultra-violets. En cas de nouvel insuccès, essayer la chimiothérapie (sulfate de cuivre intraveineux tous les jours ou tous les deux jours, 1 c. c. pour 2 c. c. d'eau ; mettre le malade au repos à la montagne ou dans une station sulfureuse.

(1) *La France médicale*, 15 novembre 1938.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

■ ■ ■

Sur une nouvelle méthode de traitement de la diphtérie par l'administration combinée de sérum et d'anatoxine

LE BUT ET LES BASES DE LA SÉRO-ANATOXITHÉRAPIE ANTIDIPHTÉRIQUE

Cette méthode a fait l'objet, en ces derniers temps, de recherches assez nombreuses et très actives. Elle a permis d'obtenir des résultats très appréciables dans le traitement de la diphtérie soit pour éviter ses complications, soit pour immuniser des sujets atteints avant toute vaccination. Ce dernier point constitue d'ailleurs un fait important pour la prophylaxie dans les collectivités.

Son intérêt semble devoir aller grandissant dans l'avenir, et bientôt devenir d'un ordre réellement pratique. Nous croyons donc utile de parfaire dès maintenant la documentation de nos lecteurs.

Dès le début de ses recherches sur les anatoxines (ou antigènes très toxiques, rendus inoffensifs), G. Ramon avait eu la pensée d'employer ces composés, même en thérapeutique curative de certaines maladies. Cependant il ne peut être question, dit-il (1), du moins en l'état actuel de nos connaissances, de recourir exclusivement à l'anatoxine dans le traitement d'une affection telle que la diphtérie, dont l'évolution est souvent *rapide.* En effet, *l'immunité* que l'anatoxine diphtérique provoque, et à laquelle elle doit son efficacité dans la prophylaxie de la diphtérie, est relativement *lente à s'établir,* et de ce fait le malade risquerait de succomber avant d'avoir pu en tirer quelque profit pour son salut.

L'injection de sérum antidiphtérique demeure donc dans le traitement de la maladie diphtérique en évolution, la *mesure primordiale et pressante* : elle déverse dans l'organisme du malade l'antitoxine, qui lui fournit immédiatement le moyen d'entrer en lutte contre l'intoxication envahissante.

Ainsi, appliquée en temps voulu et à doses suffisantes, elle est capable d'assurer la guérison d'une angine diphtérique. Cependant, elle ne réalise qu'une immunité transitoire qui, ne dépasse pas trois semaines ; elle ne met donc pas à l'abri de rechutes ou de récidives, toujours possibles, le sujet convalescent ou guéri, surtout lorsque celui-ci reprend sa place dans une collectivité, où l'infection diphtérique règne à l'état endémique.

Cette immunité « passive » est donc éphémère ; elle protège le malade soumis au traitement sérique, durant quelques semaines ou plus, contre l'intoxication due au poison, qui est élaboré au niveau de la muqueuse malade par le bacille de Lœffler.

Les bienfaits de la sérothérapie connaissent donc des limites, et c'est l'*élimination rapide de l'antitoxine*, apportée par le sérum, qui est à l'origine des *rechutes*, apparaissant peu de temps après l'atteinte initiale de diphtérie. Il en est de même pour les *récidives* plus ou moins lointaines.

Certains cliniciens pensent, en outre, que la prompte disparition de l'antitoxine n'est pas sans influer sur la *gravité de certaines manifestations tardives* de la diphtérie, et il leur paraît indiqué, pour prévenir ces manifestations ou pour essayer d'en atténuer la gravité, de pratiquer des réinjections de sérum au cours de la maladie. Mais ces réinjections ne sont pas toujours inoffensives ; elles sont capables de causer des dommages aux organismes, déjà plus ou moins atteints par la toxi-infectiou.

On pouvait néanmoins se demander si l'anatoxithérapie spécifique associée à la sérothérapie n'était pas capable de compléter les effets de celle-ci, et d'apporter un concours utile à l'œuvre totale et définitive de guérison.

A vrai dire, dans la prophylaxie du tétanos chez le blessé, l'association du sérum et de l'anatoxine est pratiquée depuis assez longtemps ;

(1) J. RAMON. — La séro-anatoxithérapie antidiphtérique. Premiers résultats d'ensemble. (*Soc. méd. des hôpitaux de Paris,* 8 juillet 1938.

elle est aussi d'un usage courant, lorsqu'il s'agit d'immuniser contre la diphtérie des enfants non encore vaccinés et placés en milieu contaminé. Elle est effectuée à l'aide d'un procédé, qui n'a pas varié depuis le début des recherches en ce domaine : une première injection d'anatoxine diphtérique est suivie, à quelques instants, d'une injection de sérum de même spécificité, qui est faite à un autre endroit du corps ; après quoi la vaccination est continuée en se conformant à la technique habituelle.

Cependant la réalisation pratique de la séro-anatoxithérapie, mieux encore sa généralisation posait certains problèmes.

D'une part, puisque la sérothérapie d'une diphtérie en évolution exige une dose beaucoup plus considérable de sérum que la simple prévention—, la présence de cette grande quantité d'antitoxine d'origine passive ne va-t-elle pas gêner, et peut-être même empêcher, l'établissement de l'immunité active, que doit provoquer l'injection simultanée d'anatoxine ?

Les expériences ont montré qu'il n'en était rien, et que le taux de l'antitoxine d'origine active ainsi obtenu était sensiblement équivalent à celui qui fait suite à l'injection des *mêmes doses d'anatoxine sans sérum antidipthérique* ; l'injection d'une forte dose de sérum antidiphtérique faite peu après celle de l'anatoxine, n'entravait en rien la production recherchée de l'antitoxine active.

D'autre part, on a pu établir que, sans nuire à la production de l'immunité conférée, les doses ultérieures d'anatoxine pouvaient être faites à des intervalles de temps, plus ou moins éloignés.

L'anatoxithérapie associée à la sérothérapie ne contrarie donc en rien les effets de cette dernière. En réalité, la guérison, dans la plupart des cas, est survenue dans d'excellentes conditions, sans complications sérieuses.

Enfin, les recherches entreprises sur le développement de l'immunité antitoxique apportent la preuve que, chez le malade atteint de diphtérie et soumis à la séro-anatoxithérapie selon la technique indiquée, l'immunité active succède *sans interrupton* à l'immunité passive.

Quant au mécanisne de l'immunité, durant la maladie et la convalescence, l'antitoxine, *qu'elle soit d'origine passive ou active,* ou qu'elle participe de ces deux origines à la fois, garde un taux au moins suffisant pour permettre à l'organisme de lutter contre l'intoxication spécifique. Puis, au cours de l'évolution ultérieure de la maladie, l'anatoxine favorise la production de l'immunité active, qui déjà tend à apparaître spontanément à la suite de la diphtérie. Bref, les titres antitoxiques sont au moins aussi élevés, sinon plus élevés, à la suite de la séro-anatoxithérapie que ceux obtenus chez les sujets soumis à la vaccination anatoxique classique ; ils traduisent par conséquent une *immunité solide et durable.* Celle-ci doit mettre le sujet à l'abri des rechutes, des récidives, en un mot de toute atteinte nouvelle de la diphtérie.

***

Technique. Résultats

La technique généralement adoptée par les auteurs est celle de G. Ramon :

Dès que le diagnostic de diphtérie est établi, pratiquer d'abord une injection sous-cutanée de 1/10e de centimètre cube d'anatoxine diphtérique (soit brute et titrant au minimum 30 unités, soit purifiée, concentrée et renfermant, par exemple, 150 unités au centicube) ; puis, après quelques instants (20 minutes ou une heure) effectuer sous la peau, et à un endroit très éloigné, l'injection unique et massive de sérum antidiphtérique, en général 1.000 à 2.000 unités par kilogramme, suivant l'état des sujets traités, soit au total 10.000 à 60.000 unités, parfois 80.000 dans les cas très graves.

Par la suite, on note soigneusement les manifestations locales ou générales, qui peuvent surr venir, et on se base sur ces réactions pour établi la posologie de la deuxième injection d'anatoxine, que l'on doit pratiquer quarante-huit heures après la première.

Si les réactions locales et générales ont été faibles, la dose en sera de 1/2 à 1 c. c. ; elle sera suivie d'autres injections à doses progressivement croissantes : 1 c. c., 2 c. c., 3 c. c., à cinq jours d'intervalle.

Le nombre des injections, non compris l'injection préalable de 1 / 10 c. c., est donc de 4 ; il peut être augmenté ou diminué suivant les circonstances. De même l'intervalle de temps entre les injections peut varier ; mais il est préférable de l'accroître plutôt que de le réduire.

Les premiers résultats obtenus, et qui portent à l'heure actuelle sur plus de 120 cas de diphtérie ont donné lieu aux remarques suivantes.

Tout d'abord, les réactions locales ou générales, observées à la suite des injections d'anatoxine, ont été dans l'ensemble bénignes et dans tous les cas très supportables. On aurait pu craindre des réactions de plus en plus fortes avec le nombre des injections, en raison de l'état d'allergie, ainsi progressivement augmenté vis-à-vis des substances d'origine diphtérique. Il n'en a rien été ; et les réactions — peu marquées d'ailleurs — qui ont accompagné la première ou les premières injections d'anatoxine n'ont eu — en règle générale — aucune tendance à s'exagérer lors des injections suivantes, même faites durant la convalescence ou encore après ; au contraire, leur intensité a le plus souvent décru.

MM. R. Debré et Mallet (1) ont retenu de leurs essais ces premières constatations :

1° Les injections d'anatoxine au cours de la diphtérie favorisent l'établissement de l'immunité active.

2° Le développement de cette immunité active n'est entravé en rien par l'immunité passive conférée par la sérothérapie.

MM. Sohier et Ch. Jaulmes (2) ont employé la méthode avec avantage ; ils insistent sur l'intérêt que peut présenter cette méthode de traitement dans une collectivité, où la diphtérie sévit à l'état endémique.

MM. R. Martin, Delaunay et Richou (3) ont été frappés de la rareté des complications secondaires de la diphtérie chez les malades soumis à cette thérapeutique ; un second avantage réside dans ce fait qu'elle immunise d'une façon durable le sujet contre la diphtérie, contre ses récidives et ses rechutes.

Enfin, MM. Barré et Lafaille (4) constatent tout d'abord combien éphémère est habituellement l'état d'immunité, conféré par la sérothérapie dans la diphtérie ; la rapidité de l'élimination de l'antitoxine passive injectée (réaction de Schick positive dans 30 % des cas à la suite d'une première atteinte) explique ainsi les rechutes précoces, les récidives lointaines parfois observées.

Ces auteurs écrivent :

« La méthode est inoffensive et les réactions locale ou générale, qu'elle peut déterminer. ne diffèrent en rien de celles que l'on observe au cours de la vaccination antidiphtérique, et ne peuvent en aucun cas être préjudiciables au malade. Parfois les réactions sont nulles ; en général, elles sont légères ; exceptionnellement elles sont intenses, (la température pouvant atteindre 40°) mais passagères, disparaissant en douze ou vingt-quatre heures ; même dans ces cas, que nous avons observés deux fois sur vingt-sept malades, la réaction due à l'anatoxine n'a en aucune façon aggravé, même momentanément, la diphtérie et n'a entravé en rien l'action curative de la sérothérapie.

« Ce qui est acquis dès maintenant, c'est que cette méthode inoffensive, n'exposant qu'exceptionnellement à des réactions un peu vives, mais nullement dangereuses, mérite d'entrer dans la pratique médicale courante. Elle offre le grand avantage d'immuniser activement les malades et de les mettre ainsi à l'abri des rechutes et des récidives de la diphtérie.

« On est en droit, dès maintenant, d'espérer que cette immunisation active est de nature à renforcer et à compléter l'action du sérum au début de la maladie et surtout à diminuer la fréquence et la gravité des accidents tardifs, c'est-à-dire des paralysies, jusqu'ici rebelles à la thérapeutique spécifique de la diphtérie. »

G. Fischer.

---

(1) Debré et Mallet. — Séro-anatoxithérapie de la diphtérie : premiers essais personnels. (*Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 8 juillet 1938.)

(2) Sohier et Jaulmes. — La séro-anatoxithérapie de l'angine diphtérique : premiers résultats obtenus chez l'adulte. (*Ibid.*, 22 juillet 1938.)

(3) R. Martin, A. Delaunay et Richou. — La séro-anatoxithérapie des toxi-infections diphtériques en évolution chez l'homme (*Ibid.*)

(4) H. Barré et A. Laffaille. — La séro-anatoxithérapie antidiphtérique chez l'homme. (*Ibid.*)

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

La cuti-réaction tuberculinique a-t-elle une valeur pratique ?

Le Docteur FERRU expose successivement sa technique, son résultat, son interprétation, sa fidélité et son innocuité. Enfin il aborde sa valeur pratique, qui ne peut être contestée sans paradoxe ou sans parti pris, car il ne faut négliger aucun des renseignements fournis par les sciences biologiques. La cuti-réaction n'est qu'une réaction humorale moins faillible que celle de Bordet-Wassermann et qui prend un sens précis seulement dans le cadre d'une étude clinique poussée et complétée opportunément par un examen radiologique. Pour le médecin, elle est un procédé d'investigation commode et précieux qui peut éclairer son diagnostic ou orienter sa conduite. Pour l'hygiéniste l'épreuve tuberculinique permet, dans toutes les collectivités, de dépister les formes frustes, camouflées ou latentes de la tuberculose, de découvrir le tuberculeux floride qui contamine insidieusement son entourage, de surveiller les jeunes et de les mieux protéger contre les risques d'une contagion connue. Cette réaction, qui n'est pas malgré les apparences, une formule mathématique, sera d'un précieux secours, à la condition d'être interrogée à bon escient, exécutée correctement, interprétée avec esprit critique, confrontée au besoin avec un cliché radiologique et toujours avec les données souveraines de la clinique. (*L'Actualité médico-chirurgicale*, octobre 1938.)

L'insuffisance de la diurèse aqueuse

Le Professeur J. CASTAIGNE, après avoir étudié la physiologie pathologique, puis la clinique de la diurèse aqueuse, en arrive aux déductions cliniques et thérapeutiques, que l'on peut tirer de son étude.

Ambard a établi que les substances dissoutes dans l'urine sont éliminées, par l'urine, en quantité inversement proportionnelle à la racine carrée de leur concentration dans l'urine ; donc quand la diurèse hydrique est abondante, même s'il y a diminution du pouvoir des reins pour concentrer les substances qu'ils doivent évacuer par l'urine, l'élimination de ces substances sera, néanmoins, notablement augmentée par rapport à ce qui se passerait si la diurèse aqueuse eût été moindre. Par conséquent, quand celle-ci est bonne, à égalité de pouvoir de concentration des reins, la dépuration urinaire globale se fera beaucoup mieux s'il y a plus d'eau urinaire ; donc par une cure de diurèse, on pourra arriver à contre-balancer, même une rétention des substances toxiques, dues à une insuffisance rénale pure.

Que si, au contraire, cette élimination hydrique est franchement mauvaise (ni diurne, ni nocturne), elle pourra, à elle seule, être la cause d'accidents dus à des rétentions toxiques, même si les reins concentrent bien.

Toutefois, dans ces conditions, la cure de diurèse pourra encore être utile ; il y aura, néanmoins alors, indication à ne pas donner, à jeun, des doses trop élevées, mais à faire prendre l'eau d'une façon fractionnée, non seulement le matin à jeun, mais entre les repas, pendant tout le cours de la journée. (*Journal Médical Français*, septembre 1938.)

La pathogénie des œdèmes d'origine rénale

Si l'on s'en tient aux œdèmes que l'on observe au cours des différentes néphrites, le Professeur CASTAIGNE remarque que ceux-ci s'accompagnent toujours de rétention chlorée ; ils imposent donc d'une façon stricte le régime sans sel. Mais cela ne signifie pas, tant s'en faut, que ce soit la rétention du chlore ou du sodium qui constitue la cause déterminante des œdèmes : cette rétention est au contraire très souvent la conséquence d'une autre pathogénie ; et celle-ci il faut la dépister, si l'on veut instituer une thérapeutique complètement efficace. (*Journal Médical Français*, septembre 1938.)

Les azotémies avec manque de sel et leur thérapeutique par rechloruration

Il semble plus exact d'appeler ainsi les azotémies que précédemment on dénommait « par manque de sel ». Il est évident en effet, que l'azotémie exagérée apparaît à l'occasion du manque de sel ; mais on a pu montrer que la perte des chlorures n'était certainement pas le facteur intervenant pour provoquer l'élévation de l'urée sanguine. Dans ces conditions, il apparaît que l'association chloropénie avec azotémie n'est pas toutours une indication nette et absolue de la thérapeutique de rechloruration. Cependant, un fait d'observation expérimental ou clinique reste indicutable, c'est que la thérapeutique de rechloruration dans cette forme pathogénique particulière fait disparaître l'ex-

cès d'azotémie. Elle aide ainsi grandement à guérir le malade, et c'est là le point capital de la pratique médicale pour les azotémies, qui accompagnent les pertes excessives du capital chlore de l'organisme.

Il n'en est pas toujours de même pour les azotémies avec hypochlorémie qui sont dues à un trouble de la répartition défectueuse du chlore dans l'organisme. Celles-ci peuvent se rencontrer dans le coma diabétique, dans les intoxications aiguës par le mercure et l'oxyde de carbone, dans certaines maladies hépatiques (les cirrhoses en particulier) et dans certaines néphrites. Enfin, les chirurgiens connaissent bien l'azotémie avec manque de sel au cours des brûlures graves et des accidents post-opératoires.

Certes, ici, la thérapeutique par rechloruration produit des effets irréguliers et jamais certains. Dans les cas médicaux proprement dits que d'échecs, que d'aggravations, qui obligent le médecin à bien étudier la pathogénie de chaque cas particulier, à lui commander de n'employer le sel que d'une façon prudente, en surveillant chaque jour, et avec grand soin, les résultats obtenus afin de s'arrêter à temps si des accidents sont à redouter. (J. Castaigne, *Le Journal Médical Français*, septembre 1938.)

L'anévrisme du cœur

MM. Ch. Laubry et R. Heim de Balsac présentent sur ce sujet la statistique résumée de leurs observations et les aspects radiologiques les plus caractéristiques. L'exposé de ces faits montre que l'anévrisme du cœur, loin d'être exceptionnel, présente des modifications évolutives, parfois régressives, qui expliquent sa tolérance souvent étonnante et imposent sa connaissance au praticien comme au spécialiste.

Cette lésion résulte d'une destruction partielle ou totale de la paroi cardiaque à la suite d'une thrombose coronarienne. Cliniquement, celle-ci se constitue sournoisement ou dramatiquement selon que l'infarctus est « camouflé » ou bruyant. Elle évolue ensuite au milieu d'un cortège de symptômes fonctionnels, physiques ou électrocardiographiques, en rapport avec l'état des artères coronaires, avec le siège de la lésion et la résistance du myocarde. En dehors des signes banaux de lésions orificielles ou d'insuffisance cardiaque, une séméiologie physique restreinte semble appartenir en propre à l'anévrisme du cœur. Tels sont : l'existence d'une zone de battements différents de celle de l'apex et siégeant à son voisinage ; certains mouvements de rétraction de la région précordiale ; une douleur localisée, fixe, périmamelonnaire, spontanée, réveillée ou accentuée par la pression du doigt. Mais c'est à l'investigation radiologique qu'il appartient de révéler et d'affirmer l'existence de l'ectasie pariétale, en faisant apparaître son image sur l'écran ou le film. Pour cela, néanmoins, il faut d'abord que l'anévrisme soit saillant de façon à déformer les contours du cœur, et non pas développé dans l'épaisseur même du myocarde ; en ce dernier cas, aucun signe radiologique particulier : le cœur est seulement augmenté de volume. Il faut en outre qu'il ne soit pas masqué par d'abondantes adhérences, et que son siège permette à sa projection d'émerger des ombres voisines et de trancher sur une clarté telle que celle des champs pulmonaires. (*L'Orientation Médicale*, novembre 1938.)

Vaccination par voie buccale dans les pyélonéphrites à colibacilles

Mme Aïtoff et M. Daunay rappellent que la dissémination du colibacille est facilitée notamment par la constipation rebelle provoquée elle-même par une malformation de l'intestin : coudure anormale, bride, cicatricielle ou mégacôlon. Une autre cause très fréquente, c'est la compression qu'exerce le fœtus sur l'intestin au dernier mois de la grossesse. Chez le nourrisson, dont la pathologie est pour ainsi dire dominée par les maladies du tube digestif, la migration du colibacille est assez fréquente et ses localisations peuvent être variées : broncho-pneumonies, pleurésies, méningites à colibacilles.

Comme traitement, on a pu préconiser les antiseptiques chimiques associés à un régime alimentaire approprié. Mais, les auteurs ont préféré la vaccination locale, renforcée par l'absorption de bile.

Dans 32 cas de pyélonéphrites à colibacilles, ils ont employé, soit un vaccin ne renfermant que des colibacilles provenant de nombreuses souches, soit un vaccin polymicrobien, riche en bacilles coli-entérocoques, Gaertner, protéus, fœcalis lactis. Ces vaccins ont été donnés à jeun après une pilule de bile. Le vaccin polymicrobien doit être préféré au vaccin anti-colibacillaire seul quand le colibacille est retrouvé dans les urines associé à d'autres variétés microbiennes. Cette méthode de vaccination locale doit intéresser les praticiens, d'abord parce que son emploi ne présente aucun danger, ce qui est particulièrement intéressant dans les traitements de longue durée que nécessitent certaines colibacilloses, en particulier celles de la gestation. Ensuite, cette méthode donne de bons résultats alors que d'autres ont échoué ; enfin elle est utile non seulement au cours de la gestation et des suites de couches, mais encore en dehors de ces états particuliers. (*Paris Médical*, 3 décembre 1938.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les inhalations de carboxygène et d'air carbonique dans les pneumopathies anoxémiantes aiguës

(MM. HÉDERER et ANDRÉ ; 15-11-1938)

Les inhalations de carboxygène ont été préconisées en 1920 par Yandell Henderson dans le traitement de l'intoxication oxy-carbonée. Depuis lors, elles sont entrées dans la thérapeutique courante de certaines asphyxies aiguës et dans la prophylaxie de la pneumonie post-opératoire. Cette méthode a été recommandée également dans les pneumopathies aiguës (pneumonie, broncho-pneumonie) et chez les gazés pulmonaires.

Ce sont ces deux dernières indications que les auteurs ont étudiées à la lumière de recherches qui ont porté sur le rythme respiratoire, le rythme cardiaque, la saturation oxyhémoglobinée pendant l'action du carboxygène et de l'air carbonique.

L'inhalation d'une atmosphère carbonique n'a pas paru, à MM. Héderer et André, disons-le de suite, véritablement favorable chez les pneumoniques et chez les gazés pulmonaires, l'action du gaz carbonique provoquant ici une excitation respiratoire dont les effets locaux et généraux (fatigue) ne seraient pas à recommander. Se séparant de Dautrebande et de Cot, qui sont partisans de la carbothérapie dans certaines pneumopathies chimiques par gaz de guerre, MM. Héderer et André déclarent, en outre, que l'influence heureuse du carbogène dans la pneumonie a besoin d'être établie par une plus grande expérience clinique. Pour eux, ces cas d'anoxie doivent être traités par l'oxygène seulement.

Sur le traitement de la péritonite tuberculeuse dans les hôpitaux

(MM. PAGNIEZ et PLICHET ; 22-11-1938)

Il y a une cinquantaine d'années, à la suite d'une publication initiale de Spencer Wells (1882), le traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse fut en honneur. La laparotomie, dans cette affection, connut une grande vogue, appuyée sur des cas dont beaucoup au moins auraient eu probablement une évolution favorable spontanément. Puis, les succès de la cure héliothérapique firent abandonner la chirurgie et aujourd'hui la cure hygiénique et l'héliothérapie sont devenues la thérapeutique courante et classique, en France, de la tuberculose péritonéale.

MM. Pagniez et Plichet ont repris une méthode de traitement déjà connue, mais abandonnée, de la péritonite tuberculeuse : la radiothérapie. Cette méthode leur a procuré de bons résultats et elle leur paraît, à l'hôpital, réaliser un traitement pratique et efficace. Elle n'a pas d'effet fâcheux sur les fébricitants et ne provoque pas d'aménorrhée chez la femme.

Essai de détermination de la valeur fonctionnelle du foie par l'étude de l'équilibre acido-base de la bile

(MM. CHIRAY, J. DIERYCK et Mme DIERYCK 22-11-1938)

Au lieu de s'adresser à l'une seulement des fonctions du foie, pour déterminer la valeur fonctionnelle de cet organe, les auteurs ont cherché à réaliser une appréciation globale par l'étude de l'équilibre acido-base (pH, CO^2) de la bile directement recueillie dans le duodénum.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Ostéomyélite primitive aiguë de l'occipital

(MM. J. CHABAUD, HENRIONNET et FERRON. — Rapport de M. TRUFFERT ; 9-11-1938.)

Un malade ayant reçu vingt ans auparavant un coup de crosse sur la région occipitale, entre en 1936 dans le service de M. Larget. Le patient, qui a été soigné antérieurement pour surdité par otite sèche et opéré déjà de pleurésie purulente, se plaint au moment de son admission de douleurs très vives et d'une tuméfaction occipitale gauche. Température entre 38° et 40°. Opération itérative, la seconde intervention ayant été rendue nécessaire par la présence d'un long séquestre révélé à la radio, au niveau de l'occipital. Guérison.

Une telle localisation de l'ostéomyélite primitive constitue une rareté. L'affection est souvent grave, avec température élevée, douleurs profondes et incessantes, évolution extensive et terminaison fréquente par une complication méningo-encéphalique.

Du point de vue bactériologique, le staphylocoque, seul ou associé, est généralement en cause. M. Truffert pense que, dans le cas de MM. Chabaud, Henrionnet et Ferron, le traumatisme antérieur de la région occipitale a joué un rôle, une fracture mal consolidée ayant pu intervenir. Il insiste d'ailleurs sur la nécessité absolue d'un contrôle radiographique précoce à la suite de tout traumatisme crânien de quelque importance.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Rougeole bénigne d'un nourrisson de treize jours. Encéphalite foudroyante mortelle de sa mère

(MM. Jean MORNET, de Blois, et Pierre FILLOUX ; 28-10-1938)

Une femme de 26 ans accouche le 27 mai 1938 dans de bonnes conditions d'un garçon vigoureux. Le lendemain, sa jeune nièce âgée de 3 ans, commence l'éruption d'une rougeole contractée dans le village. Le 9 juin, le nourrisson, âgé de 13 jours, fait une éruption morbilleuse après un catarrhe oculonasal datant de quelques jours ; rougeole bénigne ayant évolué sans la moindre anomalie. Le même jour, le 9 juin, la mère présente du catarrhe oculonasal, et ce n'est que le 12 juin que la fièvre atteint 40°, tandis qu'une grosse éruption a envahi tout le corps. Deux jours après, chute de la température, mais le 15 juin, la fièvre remonte à 40°, puis, brusquement, sans prodromes, éclate une crise de convulsions généralisées, qui dure quelques minutes et se termine par un coma. Aucun signe de localisation neurologique ; réflexes abolis ; signe de Babinski indifférent. Le lendemain, même état ; la fièvre s'élève encore ; le coma est total et la malade meurt dans la journée.

L'intérêt de cette observation réside dans cette rougeole d'un enfant de 13 jours, qui fut contaminé *in utero* par sa mère, la veille de son accouchement : l'enfant ne présenta que treize jours après sa naissance une rougeole typique, simple et bénigne. Il peut paraître singulier que l'éruption de la mère et celle de l'enfant ne soient pas rigoureusement contemporaines, et que l'éruption de la mère ne soit sortie franchement que trois jours après celle de l'enfant.

Quant à l'encéphalite foudroyante de la mère, cette forme mortelle de l'adulte constitue une rareté, et ceci tant du fait de la plus grande fréquence de la rougeole de l'enfance que du fait de la vulnérabilité plus grande du système nerveux dans le jeune âge. A bien des égards, cette observation se rapproche de faits antérieurement connus : rougeole bénigne, encéphalite au sixième jour de la maladie, réaction méningée, discrète, échec de la sérothérapie, etc... Le début par une crise épileptiforme, sans prodromes, dès l'élévation de la fièvre, réalise une éventualité infiniment plus rare.

La tyraminémie dans l'imperméabilité rénale

(MM. Maurice LOEPER, André LEMAIRE et Jean COTTET ; 28-10-1938)

La tyramine fait partie des bases aminées qu'un rein malade ou insuffisant élimine mal ou retient dans l'organisme. C'est une substance toxique, dont l'action vasculaire et sympatho mimétique est aujourd'hui bien connue. Elle est hypertensive, vaso-constrictive, mydriatique et hyper-glycémiante. Son excès dans le sang devrait faire apparaître les réactions habituelles et spécifiques ainsi que l'exophtalmie, l'augmentation de la sécrétion lacrymale, la tachycardie, la glycosurie, la paralysie intestinale, la céphalée. Or, ces phénomènes sont inconstants dans les néphrites (affections dans lesquelles on rencontre la tyraminémie) ou ne se produisent pas avec cette régularité. La cause en est que la tyramine épuise vite son action et qu'ensuite, n'étant pas le seul corps toxique retenu, elle rencontre dans d'autres rétentions, aminées, polypeptidiques ou salines, des concurrences et des ripostes inattendues.

Chez l'homme, l'augmentation de la tyramine n'est peut-être pas aussi strictement parallèle qu'elle l'est chez l'animal à l'abaissement de la réserve alcaline. Pourtant, les taux les plus élevés de tyramine constatés accompagnent chez les néphrétiques, les réserves les plus basses. La tyraminémie des néphrétiques ne dépend donc pas seulement d'une rétention de tyramine venue de l'intestin, mais encore de la formation de tyramine par l'acidose des tissus.

La tyraminémie, qui résulte de l'altération rénale, peut à son tour exagérer cette altération.

De cette étude, on peut tirer des conclusions thérapeutiques concernant, l'une les humeurs, l'autre le foie :

1° Nécessité de l'alcalinisation des néphrétiques, qui peut s'opposer à la naissance de la tyramine ;

2° Nécessité de la purgation hépatique, qui élimine la tyramine biliaire ;

3° Nécessité d'une médication soufrée, qui facilite la conjugaison de la tyramine avec le soufre et sa détoxication. G. F.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
7-10-1938

Asthme et histamine

M. Ed. JOLTRAIN expose les rapports qui existent, entre l'asthme et l'histamine. La crise d'asthme est un phénomène d'ordre anaphylactique. Elle a à sa base la crise hémoclasique de Widal. L'histidine qui existe normalement dans notre organisme se transforme facilement en histamine ; il y a une corrélation étroite entre les phénomènes de choc colloïdoclasique et la mise en liberté des substances histaminiques. L'injection d'histamine à l'homme réalise le tableau clinique du choc hémoclasique et tout choc s'accompagne de mise en liberté de substances histaminiques. Les injections d'histamine produisent des éosinophilies, exercent sur les muscles bronchiques une action constrictive et pour certains auteurs détermineraient du broncho-spasme, décelable à la radioscopie. Certains auteurs ont trouvé, bien que ce résultat soit discutable, de l'histaminémie dans la crise d'asthme. Le rôle de l'histamine ou d'une substance voisine apparaît donc probable dans la détermination du choc hémoclasique et de la crise d'asthme dont il n'est que le prélude. L'histaminothérapie était donc logique dans l'asthme. Ses résultats toutefois ont été peu nets.

Les Livres

MASSON et Cie, éditeurs
120, boulevard Saint-Germain, Paris

Professeur P. BASTAI, de Florence, et G.-D. DOGLIOTTI. — **Physiopathologie de la vieillesse et introduction à l'étude des maladies des vieillards.** Un vol. 235 pages, 40 fig. Prix : 50 francs.

Les vieillards sont assez rarement admis dans les hôpitaux et on les observe plutôt dans les hospices, où ils trouvent des soins appropriés à leur état mais où les recherches cliniques un peu approfondies ne sont pas de règle. Il en résulte que les sujets âgés ne sont pas généralement l'objet d'observations aussi poussées que les autres malades.

MM. Bastai et Dogliotti ont comblé dans une certaine mesure cette lacune. On ne trouvera pas dans ce livre des théories sur l'origine de la vieillesse, mais une étude des problèmes de la pathologie sénile, contrôlée par les méthodes biologiques.

Les auteurs exposent les caractères généraux de la pathologie de la vieillesse, véritable introduction à l'étude des maladies des vieillards.

MASSON et Cie, éditeurs
120, boulevard Saint-Germain, Paris

La puberté. Etude clinique et physiopathologique, par Guy LAROCHE, M. BOIGEY, E. BOMPARD, A. DESAUX, R. DUCROQUET, L. DE GENNES, A. HAMMEL, T. HERNANDO, M. HIRSCH, J.-A. HUET, H. LAGRANGE, E. LAYANI, P. LE NOIR, C. LIAN, G. MARANON, E. MAY, L. MEURS-BLATTERS, Ch. RICHET, H. SIMONNET, H. WELTI. (Un vol. 350 pages. Prix : 65 francs.)

Le problème complexe de la crise pubertaire est étudié par M. Guy Laroche et ses collaborateurs en une vingtaine de chapitres consacrés : à l'évolution normale et pathologique de la puberté ; aux hormones sexuelles, aux états intersexuels et aux troubles psycho-névrotiques de la puberté ; aux troubles vaso-moteurs, cardio-vasculaires, digestifs et à la tuberculose de cette époque ; aux goitres, à l'insuffisance génitale masculine et aux troubles menstruels de la période pubérale ; à la maigreur, à l'obésité, à la cellulite pubertaire ; aux affections de l'appareil locomoteur, aux troubles oculaires et aux réactions cutanées de la puberté ; aux conditions les plus favorables d'alimentation et d'exercice physique à cette évolution pubertaire.

Le point de vue pratique et thérapeutique n'a pas été négligé. Chaque chapitre contient d'excellentes prescriptions d'hygiène et de diététique, et la recherche des meilleurs moyens médicamenteux, physiothérapiques, ou chirurgicaux qu'il convient d'utiliser pour combattre efficacement les incidents légers ou les affections sérieuses de la période pubertaire.

L'ouvrage est une excellente mise au point de cette importante question de pratique.

MASSON ET Cie, éditeurs
120, boulevard Saint-Germain, Paris

R. MONTASSUT, ancien chef de clinique à la Faculté de Paris. — **La dépression constitutionnelle.** L'ANCIENNE NEURASTHÉNIE DANS SES RAPPORTS AVEC LA MÉDECINE GÉNÉRALE. — CLINIQUE, BIOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE. Préface du Professeur Henri Claude. Un vol. de 210 pages. Prix : 45 francs.

L'étude clinique et pathogénique de l'ancienne neurasthénie peut être reprise actuellement, grâce aux progrès de la médecine générale, mais surtout de la biologie et à la faveur d'un examen complet et impartial de ses troubles physiques et moraux.

L'auteur s'est attaché au problème physiopathologique. Ses études, poursuivies depuis une dizaine d'années à l'hôpital Henri Rousselle, lui ont permis de souligner la constance des troubles de l'irrigation cérébrale, les perturbations de l'hydraulique veineuse, l'insuffisance hépatique, l'oxalémie, etc... En particulier, il insiste sur le parallélisme rigoureux entre l'excitabilité neuro-musculaire et les données récentes de la physico-chimie. Il établit l'étroite corrélation des variations de l'activité, de la sensation de fatigue et de l'émotivité avec les modifications dans le sang de la réserve alcaline, du pH, des minéraux alcalino-terreux : Ca, K et Mg, etc.

La thérapeutique découle des considérations précédentes.

MASSON ET Cie, éditeurs
120, boulevard Saint-Germain, Paris

Traitement des suppurations pulmonaires, par Victor CORDIER, avec la collaboration de P.-L. MONNIER-KUHN. Un vol. de 174 pages, avec 24 figures (Collection Médecine et Chirurgie. Recherches et applications, nº 12). Prix : 32 francs.

Une introduction à l'étude des suppurations est consacrée à la nosologie, à la pathogénie et à l'histogénie ; elle aboutit à cette conclusion que, dans tous les cas, qu'il s'agisse d'abcès, de gangrène ou de bronchectasie, ce sont toujours les mêmes processus, nécrotiques, suppuratifs et sclérosants, qui vont jouer. S'il est logique de dissocier ces trois facteurs sur les terrains anatomo-clinique et nosologique, lorsqu'il s'agit de fixer les indications du traitement, on est ramené à une vue d'ensemble, où domine la notion d'évolution, notion capitale pour déterminer l'heure de l'intervention.

Après un examen critique de la valeur des moyens thérapeutiques médicaux et chirurgicaux, les indications sont posées dans les périodes évolutives des divers types de suppurations pulmonaires.

Masson et Cie, éditeurs
120, boulevard Saint-Germain, Paris

I. Pavel, maître de conférences à la Faculté de médecine de Bucarest et A. Paunesco-Podeano. — **Affections non ulcéreuses du duodénum.** Duodénites, diverticules, stases mécaniques et fonctionnelles, tumeurs, malformations, parasites, physiologie normale et pathologique, thérapeutique. Préface de J.-Ch. Roux. Un vol. de 204 pages avec 57 figures. Prix : 50 francs.

Livre nouveau tant par le sujet que par l'apport personnel des auteurs et par les conséquences pratiques qui en découlent. Les duodénites, soient-elles à forme pseudo-ulcéreuse, à forme hémorragique ou à forme ictérique, plus fréquentes qu'on ne l'estime aujourd'hui, ont désormais une symptomatologie clinique et de laboratoire qui permet de poser un diagnostic positif et d'instituer un traitement adéquat. Elles peuvent avoir des relations pathogéniques avec les cirrhoses et peut-être avec l'ictère catarrhal.

Les stases mécaniques, les stases fonctionnelles à peine connues jusqu'à maintenant, les diverticules, sont l'objet d'une étude très détaillée. Suit enfin, l'exposé des tumeurs, des malformations et des parasites du duodénum, chapitres qui, pour être complets, n'en sont pas moins personnels. L'expérience des auteurs s'allie ici à leur érudition. L'iconographie, très riche, est presque entièrement originale.

Masson et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

René Burnand, chargé de cours à l'Université de Lausanne. — **Les syndromes d'imprégnation tuberculeuse.** Un vol. de 136 pages (Collection Médecine et Chirurgie : Recherches et applications, nº 13). Prix : 24 francs.

L'auteur, familiarisé par trente années de pratique phtisiologique avec les multiples aspects de la maladie tuberculeuse, a été frappé par l'extrême fréquence de syndromes morbides tributaires de l'infection bacillaire, mais se différenciant nettement de la tuberculose commune. Alors que celle-ci se manifeste par l'apparition de foyers lésionnels évidents, l s'agit de types cliniques jusqu'ici à peine décrits, affectant l'aspect d'une maladie générale et pour ainsi dire constitutionnelle. Les sujets se présentent comme d'éternels subfébriles, ou des déséquilibrés de la nutrition.

M. Burnand groupe l'étude de ces syndromes sous deux rubriques essentielles : l'*état bacillaire chronique* et la *patraquerie bacillaire*, formes cliniques de tuberculose dont il a déjà esquissé la description dans divers mémoires.

Ici, le virus causal se dissimule, les foyers de tuberculose n'apparaissent que comme des stigmates discrets ; ils sont souvent d'une latence absolue, et leur effacement oblige le praticien à chercher ailleurs le substratum essentiel de la maladie.

L'imprégnation bacillaire se présente souvent au praticien sous un aspect vague et confus, quand elle n'emprunte pas le masque d'une affection étrangère à la bacillose

La mise au point proposée par M Burnand comporte naturellement bien des côtés encore obscurs et énigmatiques. Mais ses descriptions cliniques sont précises.

Editions Delmas,
6, place Saint-Christoly, Bordeaux

J. Margarot et J. Terracol. — **Tuberculose et tuberculides nasales.** Un vol. de 356 pages avec 38 fig. (analyses en allemand et en anglais). « Monographies oto-rhino-laryngologiques internationales ». Prix : 60 francs.

Dans cette monographie, J. Margarot et J. Terracol, professeurs à la Faculté de médecine de Montpellier, étudient les diverses manifestations nasales de la tuberculose. Cette question est en évolution constante, et les notions des livres anciens classiques ne sont plus en conformité avec les données actuelles.

L'ouvrage est divisé en quatre parties :

La première partie envisage le problème général de la tuberculose.

La deuxième partie étudie les tuberculoses nasales avec l'étiologie et la pathologie générales, les formes anatomiques, les formes cutanées (lupus, chancre tuberculeux, tuberculose anatomique, tuberculose verruqueuse) et les lésions de la muqueuse pituitaire (lupus, tuberculomes, ulcérations, tuberculose osseuse, tuberculose des sinus).

La troisième partie décrit les formes atténuées de la tuberculose nasale : les tuberculides proprement dites (Schaumann), les tuberculoses atypiques (Pautrier), le lupus érythémateux, la maladie de Besnier-Boeck, les tuberculides douteuses, les paratuberculoses.

Enfin, dans la dernière partie, les auteurs, après l'étude du diagnostic, posent les indications thérapeutiques et décrivent les méthodes de traitement.

Les Thèses

P. — Dr S.-L. Grunberg. — **Contribution à l'étude des complications nerveuses au cours de la maladie de Nicolas-Favre.** (Thèse 1938.)

Les manifestations nerveuses de la maladie de Nicolas-Favre vont des réactions bénignes telles que la céphalée, les névrites diverses, aux accidents graves comme : méningo-myélite avec paraplégie, crises convulsives, méningo-encéphalite aiguë mortelle.

En rapprochant les données cliniques de certaines données fournies par l'expérimentation et la biologie, on est conduit à accorder au virus de la maladie de Nicolas-Favre un rôle déterminant direct dans la genèse de certaines de ces complications.

La découverte d'un microbe d'infection secondaire, et notamment du *proteus vulgaris* dans le liquide céphalo-rachidien au cours d'une de ces complications, n'exclut pas le rôle direct du virus de la lymphogranulomatose inguinale, mais soulève l'hypothèse d'une exaltation du pouvoir neurotrope dudit virus par certaines associations microbiennes.

P. — Dr Pol Le Cœur. — **La pince malléolaire, physiologie normale et pathologique du péroné.** (Thèse 1938.)

Le pied est articulé avec les os de la jambe par une pince malléolaire animée de mouvements actifs et très puissants de serrage.

Ce sont les muscles de la flexion plantaire qui sont les moteurs de la pince malléolaire, par l'intermédiaire du péroné. Cette fonction de serrage n'existe donc pas sur le pied inerte qui s'abandonne à l'examen clinique ; elle apparaît quand le pied est en action et que ses moteurs se contractent en temps utile.

Du point de vue pathologique :

1° Il faut isoler du groupe des diastasis, les diastasis sans fracture, où la fonction de pince malléolaire est partiellement conservée, et qui sont spontanément curables.

2° L'ankylose tibio-péronière entraîne des troubles de l'articulation tibio-tarsienne et constitue toujours une infirmité.

3° La perte de la force malléolaire constitue une infirmité plus grave encore, qu'elle résulte d'une perte de substance du péroné, d'une paralysie des muscles de la flexion plantaire, d'une angulation vicieuse.

Cette insuffisance de la force de la pince malléolaire fait partie des troubles moteurs des poliomyélites, et mérite un traitement particulier.

4° Dans les fractures de jambe, seul l'état du péroné permet d'expliquer l'état fonctionnel de la tibio-tarsienne. C'est au péroné que doivent se juger ces fractures. Leur thérapeutique doit éviter les altérations de la fonction tibio-péronière.

P. — Dr M. Bourhy — **Etude du sucre et du cholestérol dans la sérosité des phlyctènes.** (Thèse 1938.)

Les recherches de l'auteur semblent bien établir que la sérosité des phlyctènes est un liquide de composition bien définie dont les variations s'effectuent parallèlement à celles du sang dans les cas normaux, et tout autrement dans certains cas pathologiques. Les rapports phlycténo-hématiques sont des constantes qui se montrent différentes pour le sucre et le cholestérol. Ce fait prouve que cette sérosité n'est pas un simple transsudat, un simple sérum dilué, mais une humeur qui a une composition propre et différente de celle du sérum.

Une étude plus approfondie de la composition de cette sérosité et de ses variations permettra peut-être dans un proche avenir d'en tirer des conclusions pratiques au point de vue pronostic.

P. — Dr P. Turotte. — **Le pronostic fœtal dans l'accouchement par le siège.** Etude de la statistique de la Maternité de l'Hôtel-Dieu. (Thèse 1938.)

Dans l'accouchement par le siège, le pronostic fœtal mérite de retenir tout particulièrement l'attention. A la Maternité de l'Hôtel-Dieu, l'auteur a noté une mortalité globale de 10 %. Il faut tenir compte toutefois du petit nombre d'observations réunies et de ce que la mortalité fœtale paraît avoir été provoquée plutôt par la procidence du cordon que par les manœuvres obstétricales.

La nécessité d'une bonne technique est ici essentielle. Il convient de suivre le mécanisme naturel de l'accouchement et de n'intervenir que pour :

1° Faire l'anse au cordon ;

2° Aider au dégagement de la tête dernière par une manœuvre de Mauriceau correcte.

On s'efforcera bien entendu d'éviter l'accouchement par le siège en raison de ses inconvénients. La version par manœuvres externes reste encore, quand elle est possible, une thérapeutique prophylactique des plus efficaces.

Dans les présentations du siège faciles, la césarienne n'a pas d'indications.

THÉRAPEUTIQUE

A propos des indications de l'iodure de sodium

Certes, il n'entre pas dans notre intention de vous présenter ici comme une nouveauté une thérapeutique presque séculaire, mais peut-être serait-il intéressant, pensons-nous, de préciser tout l'intérêt que présente l'iodure de sodium dans son administration par voie parentérale.

Les iodures... quand on en parle, c'est surtout l'iodure de potassium qui est sous-entendu, et pourtant, si, de tous les iodures, c'est le plus employé, c'est probablement un de ceux qui ont le plus d'inconvénients.

On concentre sur lui toutes les qualités thérapeutiques de ces sels : sclérolytique, eupnéique, vaso-dilatateur, dépresseur de la tension artérielle, releveur du métabolisme basal, etc., on le préconise dans l'hypertension, l'asthme, l'emphysème, l'artério-sclérose, la sclérose bronchique, la sclérose coronarienne, les arythmies de la vieillesse, les anévrysmes de l'aorte. On en fait un antisyphilitique, un résolutif de l'actinomycose, etc...

Certes, toutes ces qualités, les iodures les ont, et oserons-nous même dire quelques autres, car, dans les traités classiques, il est fort peu parlé de leurs propriétés antiphlogistiques et antialgiques pourtant réelles, et qui rendent les plus grands services dans le traitement des maladies inflammatoires du système nerveux central et des algies rebelles où toutes leurs propriétés sont mises en jeu.

C'est, en effet, que ces propriétés appartiennent en propre, pourrait-on dire, à l'iodure de sodium, facilement injectable, ce qui le rend infiniment plus actif que l'iodure de potassium, sur lequel il possède par ailleurs des avantages remarquables.

L'iodure de sodium, en effet, peut être employé à très fortes doses par voie intramusculaire ou intraveineuse, ce qui permet une diffusion extrêmement rapide de cet iodique, dans l'économie, et sa fixation dans de très larges proportions sur le système nerveux qui a une très grande affinité pour lui.

Autre avantage sur l'iodure de potassium, et qui n'est pas négligeable, les accidents d'iodisme sont exceptionnels avec l'iodure de sodium. En outre, l'iodure de sodium ne présente pas la phase alcali, magistralement décrite par Germain Sée et Lapicque, et qui faisait hésiter lorsqu'il s'agissait d'administrer à hautes doses l'iodure de potassium chez les grands hypertendus.

L'absence de cette action brutale a rétréci dans une très large mesure les contre-indications de l'iodure de sodium qui sont réduites aux effets congestifs de l'iode et aux contre-indications d'ordre mécanique des injections intra-veineuses en général.

C'est donc dire que l'iodure de sodium doit être employé, non seulement dans tous les cas d'algies ou de maladies inflammatoires du système nerveux central où son administration, instaurée par von Economo, est à l'heure actuelle classique, où son action consacrée du reste par l'épreuve des ans, est remarquable, mais encore dans tous les cas où il y a lieu d'effectuer une imprégnation iodurée intensive de l'organisme, ou même simplement lorsqu'il s'agit d'administrer un iodure.

L'indolence absolue de son injection intramusculaire, l'innocuité totale de son injection intraveineuse à fortes doses, l'absence d'iodisme et de phase dépressive, son atoxicité absolue, en feront le médicament de choix dans tous ces cas, en particulier dans toutes les maladies cardio-vasculaires ou pulmonaires où son action sclérolytique et eupnéique trouve largement matière à l'exercer, où son administration par voie intramusculaire ou intraveineuse le porte d'emblée *in situ*.

Les succès obtenus seront des plus nets, et dépasseront de beaucoup en rapidité ceux dus à l'iodure de potassium.

Une seule difficulté : l'iodure de sodium n'est pas stable *in vitro*, et il libère assez rapidement de l'iode naissant.

La Naïodine, iodure de sodium stabilisé, a radicalement paré à cet inconvénient, et la pharmacopée s'est enrichie d'un iodure de sodium rigoureusement pur, stable, ne contenant aucun produit de désintégration, et qui peut être administré à doses massives, aussi bien par voie intramusculaire que par voie intraveineuse, en donnant un maximum d'effets et en rendant pour ainsi dire inexistants les incidents inhérents aux iodiques.

DE JUSPY.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

POUR L'ÉPANOUISSEMENT DE LA PENSÉE FRANÇAISE

Ce n'est pas sans beaucoup de regrets et aussi de tristesse que nous avons appris par la presse quotidienne que le Professeur René Leriche n'allait pas actuellement continuer son cours au Collège de France et qu'il n'allait pas donner cette année, une suite aux remarquables leçons que nous avons entendues, sur la chirurgie de la douleur, et sur la physiopathologie du système osseux.

Remarquables, ces leçons l'ont été, par les aperçus nouveaux qu'elles ouvraient à nos esprits, par les idées qu'elles faisaient germer, par les observations cliniques qu'elles nous apportaient et qu'elles nous permettaient de comparer et de comprendre, grâce à ce fil conducteur que Leriche avait su démêler et grâce auquel il nous conduisait sur une route facile, lui qui s'était donné la lourde tâche de dénouer l'écheveau souvent inextricable des faits.

A ces cours se sont pressés dans des salles toujours trop petites, tous ceux, quelque soit leur âge, qui aiment la médecine, qui ont de la curiosité, qui désirent s'instruire, car c'est l'admirable côté de notre profession que d'être en évolution perpétuelle. Nous avions cru que le cours de Leriche était entré dans les habitudes, qu'il allait apporter chaque année à nos cerveaux cet air frais dont ils ont besoin, pour de temps à autre oublier les conceptions trop théoriques et souvent discutables des Ecoles, et pour entretenir en nous cette liberté de critique, indispensable aux grogrès de la science.

Dans sa chaire du Collège de France, Leriche a pu, chose rare pour un homme d'action, réaliser la synthèse de tous les faits accumulés par lui depuis des années qu'il observe et que se déroule sous ses yeux de chirurgien, chef de service toute la pathologie humaine.

Cette innovation qui obligeait pendant quelques semaines un homme actif à suspendre son labeur quotidien, à s'éloigner des faits, pour réfléchir à ce qu'ils sont réellement, pour permettre des déductions, quelquefois lointaines, pour méditer des succès et des échecs; cette innovation nous paraissait un exemple à suivre et à donner.

En agissant ainsi, la France encore au premier rang, montrait l'exemple de la voie féconde où le chirurgien devait s'engager, pour faire progresser cette branche merveilleuse où le cerveau doit avoir plus de part que les mains, car il est bien certain que ce n'est plus uniquement vers la technique pure que le chirurgien doit chercher à s'améliorer. Il doit se pencher à son tour sur tous les troubles des fonctions qu'il peut observer au cours de ses opérations lui qui contrôle la vie et qui voit les organes vivre, souffrir, se modifier, se détruire.

C'est pour avoir su regarder, que Leriche est arrivé à l'étude de la médecine et de la chirurgie expérimentale.

La chaire du Collège de France qui est venue couronnner ses travaux remarquables lui paraissait si intimement liée au maintien de son activité chirurgicale, à l'observation continuelle des problèmes pathologiques, qu'il n'a vu dans l'honneur qui lui était fait qu'une possibilité plus grande de montrer que c'était dans la pratique chirurgicale quotidienne qu'il fallait établir les bases d'un enseignement utile.

Ainsi le service chirurgical apparaissait comme le complément indispensable de la chaire puisqu'il réalisait le vivant laboratoire où il était possible de continuer les travaux, les recherches, les innovations qui ont fait de sa clinique chirurgicale de Strasbourg un de ces services trop peu nombreux en France, où les chirurgiens du monde entier viennent pour s'instruire et pour remuer des idées.

Le rayonnement qui, parti de Strasbourg, s'étend sur toute la chirurgie française est immense ; il s'aperçoit de partout : le chirurgien qui a Tokio infiltre un ganglion stellaire, le chilien, l'australien qui fait une sympathectomie pense

français, il lit Leriche dans nos journaux, s'il vient en France, son itinéraire passe par Strasbourg, et pour ma part je ne suis jamais allé voir Leriche, sans y rencontrer des chirurgiens venus des quatre coins du monde.

Si la clinique chirurgicale de Strasbourg a su attirer les chirurgiens, que faut-il dire des malades ? ils viennent là de partout, les algiques, les désespérés, ceux qui souffrent sans espérance, ils vont là comme au dernier pélérinage susceptible de les guérir, et ainsi s'est constitué ce recrutement qui de partout envoie à Leriche les cas auxquels on ne sait plus que faire. C'est dans ce recrutement extraordinaire, qu'il a su démêler pourquoi les moignons des amputés étaient douloureux, et comment il était possible d'améliorer leur état, pourquoi l'anesthésie du ganglion stellaire calmait les crises des angineux, pourquoi les entorses devaient être anesthésiées puis mobilisées, pourquoi il existait après les traumatismes une maladie vaso-motrice.

Eh bien c'est précisément à cause de tout cela, et comme médecin français j'avoue avoir quelque honte à l'écrire, c'est à cause de ce merveilleux instrument de recherche qu'il a constitué, pendant quinze ans, c'est à cause de ce laboratoire humain qui vit autour de lui, se renouvelant sans cesse, que la chaire du collège de France lui devient difficile à occuper.

Est-il possible que nos traditions obligent précisément celui qui a fait un énorme effort à ne pouvoir occuper la place qu'on ne lui marchanderait point, s'il se contentait de rester inactif dans son fauteuil. Est-il possible que les traditions soient chez nous si fortes qu'il soit préférable de détruire un enseignement unique en France, apprécié de tous, utile aux médecins, aux malades, fertile aux chercheurs, plutot que de voir un homme qui en est capable et qui l'a prouvé, occuper deux chaires à la fois.

Sans doute les traditions n'avaient point prévu les moyens de déplacement rapides, les possibilités que donnent à un cerveau actif et bien organisé les grandes découvertes humaines.

Mais cependant le cas de Leriche a eu déjà des précédents et puisqu'on parle de traditions, de coutume faut-il rappeler que Laennec puis Récamier ont occupé au même temps une chaire au Collège de France et à la Faculté.

Nous sommes nombreux, parmi les praticiens de France à ne pas vouloir qu'au nom de principes trop rigides, on nous prive d'un enseigneur que nous apprécions, et qu'on essaie d'éteindre une des grandes lumières médicales que nous possédons actuellement.

En dépossédant Leriche, ou de sa chaire de clinique ou de sa chaire du Collège de France, en le mettant dans une alternative qui précisément doit aboutir à désorganiser surement son enseignement, on va montrer à tous les étrangers qui l'admirent, combien nous faisons peu de cas des personnalités que nous avons la chance de posséder, et combien nous apprécions peu les hommes qui ont su par leur seul mérite se placer au premier rang.

En d'autres époques, il se serait certainement trouvé un philanthrope, un Boucicaut, un Osiris, pour offrir à Leriche, en dehors des situations officielles, un service parisien analogue à celui de Strasbourg et pour lui donner cette tranquillité dont il a besoin pour travailler, à l'abri des combinaisons, et des intrigues, pour lui permettre d'apporter à la médecine, à la chirurgie, ses idées, ses techniques, son expérience, de guider les jeunes, de continuer à être le maître éminent que tous admirent même lorsqu'il s'y mêle un peu d'envie.

Si j'ai essayé d'exprimer ici vis à vis d'un des hommes les plus représentatifs de la chirurgie française, ce que pensent la plupart des praticiens, des hommes de science, des maîtres éminents qui aimaient à se retrouver parmi ses auditoires, j'aurais voulu pouvoir exprimer aussi la pensée de tous les malades qui ont fait le pélérinage de Strasbourg, de toute cette foule douloureuse que j'ai vue matin ou soir chercher un réconfort, une guérison, une sédation à son mal. Si amélioration ou guérison n'étaient pas toujours possibles, l'homme sensible et bon qui se cache derrière le savant leur apportait toujours le réconfort.

Ils auraient tous mieux plaidé que moi une cause qui dépasse des habitudes universitaires, des traditions respectables, car celui que nous voudrions voir continuer son enseignement dans une chaire qu'il occupe et qu'il illustre, doit aussi pouvoir continuer à consacrer son activité, son intelligence et son cœur au soulagement des douleurs humaines.

Dr Raphaël MASSART.

FAMILLES NOMBREUSES ET ACCOUCHEMENTS A PRIX RÉDUITS QUI DOIT SUPPORTER LA CHARGE DE LA DEMI-GRATUITÉ ? LE MÉDECIN ? OU L'A. M. G. ?

Je tiens à donner intégralement la lettre que nous envoie un de nos confrères (lettre 8.393), qui demande la conduite à suivre, pour faire cesser un abus, dont le Corps médical fait tous les frais — comme d'habitude, hélas !

Depuis un an environ, le Conseil municipal de ma commune a accordé l'Assistance médicale gratuite pour l'accouchement, à trois familles de cultivateurs à l'occasion de la naissance d'un troisième enfant. Le dernier cas vient de se produire, et j'en ai d'ailleurs été avisé, après la naissance.

Ces cultivateurs sont certes dignes d'intérêt, mais ne sont pas des indigents. Ils recevront du reste, comme prime à la natalité, une somme au moins égale au prix de l'accouchement normal (300 francs).

Or, le tarif de l'accouchement normal au titre de l'Assistance médicale gratuite, dans le département est de 150 francs ; il me restait donc à savoir si ces fermiers étaient plus pauvres que je ne le croyais, ou bien si le médecin (que personne n'aide à élever ses enfants), doit faire un cadeau de 150 francs à chaque famille, à partir de la troisième naissance.

J'ai posé la question à l'adjoint au maire, qui m'a répondu : « Les personnes dont vous me parlez ne sont pas indigentes ; elles ne sont pas inscrites sur la liste d'Assistance médicale gratuite, mais nous leur donnons l'accouchement gratuit, à titre d'encouragement. » Je lui ai alors expliqué le tort qu'une pareille mesure risquait de causer au médecin, si elle se généralisait, et combien il serait injuste que le médecin, écrasé déjà par tant de charges, fasse à des clients non-indigents la même générosité à lui tout seul, que la commune entière.

L'adjoint m'a suggéré que je pouvais peut-être en pareil cas faire payer à mon client, la différence entre le prix de l'accouchement à mon tarif habituel, et celui du tarif de l'Assistance médicale gratuite. Vous me rendriez grand service en me faisant savoir si je puis, en plus du bon d'Assistance médicale gratuite, demander à ces clients, et à ceux, peut-être nombreux, qui suivront, de me verser, 150 francs. (Il est bien entendu que les indigents assistés sont en dehors de cette question).

Dr L.

Réponse

Une distinction liminaire s'impose : le médecin, qui a pratiqué l'accouchement, est payé, pour ses honoraires, soit par la famille, soit par le Service départemental de l'Assistance médicale gratuite.

Dans le premier cas, le seul tarif applicable est celui de droit commun : le médecin ou la sage-femme, qui a présidé à l'acte obstétrical, demande tel honoraire que bon lui semble, en tenant compte des habitudes locales, du tarif syndical et des difficultés opératoires.

Les familles peuvent bénéficier des lois du 14 juillet 1913, modifiée par celles des 27 juin 1922 et 12 février 1924, sur l'assistance aux familles nombreuses (familles de nationalité française, ayant des ressources insuffisantes et ayant plus de trois enfants) ou de la loi du 22 juillet 1923, modifiée par les lois des 16 avril 1930 et 27 juillet 1932, concernant l'encouragement national à donner aux familles nombreuses, non assujetties à l'impôt sur le revenu après les abattements pour charges de famille.

Mais le bénéfice de ces lois n'empêche pas les ayants-droit d'honorer directement leur médecin, selon le tarif syndical, ou local. Pour que le tarif de l'Assistance médicale intervienne, il faut que la parturiente soit inscrite régulièrement sur les listes de l'Asisstance médicale gratuite. En pareille matière, on peut invoquer, les termes de la Circulaire du ministre du Travail et de l'Assistance, en date du 22 avril 1922, portant addition au règlement modèle du 21 juillet 1894, mettant en application la loi du 15 juillet 1893, sur l'Assistance médicale gratuite.

Il est possible à l'autorité communale de faire donner gratuitement les secours du médecin, du chirurgien, de l'hospitalisation, de la pharmacie ou de l'art des accouchements, dans la mesure où une famille est privée de ressources. Mais une mention particulière sur la liste d'assistance indiquera ceux des inscrits, pour lesquels la gratuité est incomplète, étant constaté qu'ils sont à même de supporter personnellement soit

une partie des frais du traitement hospitalier, soit la totalité des frais du traitement à domicile, mais pas ceux du traitement hospitalier.

L'ayant-droit à cette assistance partielle se présente au médecin comme un assisté ordinaire, avec feuille ou carnet de maladie. Le praticien est payé par le Service départemental d'Assistance médicale gratuite, lequel service recouvre directement la partie des frais laissée à la charge du demi-indigent. Mais le praticien n'a pas le droit d'exiger de son client une somme quelconque en plus du bon d'A. M. G.

De ceci résulte que la Municipalité a raison de vouloir encourager les naissances nombreuses, par des allocations et des secours ; mais à deux conditions. La première, c'est que ces secours ne doivent aller qu'aux familles vraiment dignes d'intérêt, ou qui ne sont pas inscrites au rôle de l'impôt sur le revenu, après déduction des charges de famille. Toutes autres familles n'ont aucun droit légal à une assistance quelconque.

La seconde, c'est que ce ne sont ni les médecins, ni les pharmaciens, ni les sages-femmes, qui doivent faire les frais de cet encouragement aux familles nombreuses. Que ces dernières soient régulièrement inscrites sur les listes de l'Assistance médicale gratuite, selon les dispositions de la loi du 15 juillet 1893, qu'elles soient indiquées comme ne pouvant bénéficier de l'assistance que pour les frais occasionnés par un accouchement, autrement dit qu'elles soient considérées comme ayant momentanément des ressources insuffisantes, pour supporter les dépenses d'un acte obstétrical : c'est la loi. Mais alors, tout habitant ou contribuable de la commune a le droit de formuler ses objections, contre une inscription qu'il estime abusive, en s'adressant au Juge de paix du ressort de la commune, président de la Commission cantonale, chargée de la vérification des inscriptions, proposées par la Commission d'assistance ou prononcées d'urgence, par le maire.

Assister les familles nombreuses, les encourager de toutes manières, aux frais de la Nation ; nous sommes tous d'accord ; mais on ne saurait tolérer qu'une fois encore, le Corps médical soit tout seul appelé à supporter les frais de cet altruisme social.

En cas de besoin, pour des faits particuliers, le Sou Médical, sera à la disposition de ses adhérents, pour porter le litige devant la juridiction compétente et pousser jusqu'au bout un procès de principe.

D[r] Paul BOUDIN.

ASSISTANCE MÉDICALE PARTIELLE

Modifications apportées au règlement modèle de 1894 par la circulaire du Ministre du Travail, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales du 22 avril 1926 à MM. les Préfets

Article 1[er]. — Remplacer le second paragraphe par les dispositions suivantes :

« Ce service a pour but de faire donner gratuitement aux malades, dans la mesure où ils sont privés de ressources, les secours de la médecine, de la chirurgie, de la pharmacie, et de l'art des accouchements.

« Une mention particulière sur la liste d'assistance indiquera ceux des inscrits pour lesquels la gratuité est incomplète, étant constaté qu'ils sont à même de supporter personnellement soit une partie des frais du traitement à domicile, soit une partie des frais du traitement hospitalier, soit la totalité des frais du traitement à domicile, mais non pas ceux du traitement hospitalier.

« En outre, l'admission d'urgence pourra être prononcée soit au cours d'une maladie prolongée après épuisement des ressources de l'intéressé, soit en vue d'un traitement chirurgical ou autre, reconnu indispensable, dont le coût dépasse les ressources du malade.

« Cette admission d'urgence sans rétro-activité pourra également ne comporter la gratuité que pour une partie seulement des soins à domicile ou pour le seul traitement hospitalier, ou même pour une partie seulement des soins à domicile ou pour le seul traitement hospitalier, ou même pour une partie seulement des frais de ce dernier. Ces admissions d'urgence ne seront prononcées qu'après avis du médecin appelé à donner ses soins ou des représentants de l'hôpital qui doit recevoir le malade. »

Article 4. — Ajouter à cet article.

« En cas d'admission à la gratuité partielle, la délivrance de ces pièces (carnet de tickets de visites et feuille de maladie) est subordonnée à l'une des conditions suivantes : versement par l'intéressé au Service départemental de la somme laissée à sa charge (versement total ou partiel), consignation suffisante pour répondre de son payement, ou engagement écrit de s'en acquitter à une date déterminée.

« En cas d'admission partielle au bénéfice de l'hospitalisation gratuite, d'un récépissé délivré par le comptable public compétent constatant le versement par l'intéressé de la somme laissée à sa charge ou d'une consignation suffisante pour en répondre, ou encore engagement écrit par l'intéressé de s'en acquitter à une date déterminée . »

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

La Carte-lettre et le nouveau régime des accidents du travail

Ainsi que nous l'avons déjà exposé à plusieurs reprises, l'art. 4, § 5 nouveau de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, modifiée par la loi du 1er juillet 1938, stipule que « le praticien est tenu d'envoyer à l'employeur *dans un délai maximum de* 48 *heures, une carte à recommander d'office* par l'administration des postes, *circulant en franchise*, et détachée d'un carnet à souches ». Faute pour le praticien de se conformer à la dite prescription, le chef d'entreprise, la victime ou ses ayants-droit ne sont pas tenus pour responsables des honoraires.

Ouvrons tout de suite à ce sujet, une parenthèse : de nombreux médecins s'imaginent que le nouveau régime des accidents du travail n'est pas encore entré en vigueur. En effet, disent-ils, l'art. 29 § 2 de la loi du 1er juillet a prévu la parution de règlement d'administration publique pour en régler les modalités d'application et ce décret n'a pas encore été publié. Il s'agit là d'une *erreur complète*. Certes, l'art. 29 stipule que les décrets que la loi prévoit devront être rendus au moins trois mois avant sa mise en vigueur, laquelle coïncidence avec le premier jour d'un trimestre de l'année civile. Mais il déclare également que « la présente loi sera applicable dans le délai de six mois à compter de sa promulgation » qui a eu lieu le 1er juillet 1938, et ne subordonne nullement son entrée en vigueur à la publication des décrets. Cette entrée en vigueur a donc eu lieu *automatiquement le* 1er *janvier* 1939. Signalons, d'autre part, que les décrets d'application prévus dans divers articles sont parus (décret du 7 septembre sur la fourniture des appareils de prothèse — décret du 12 septembre — décret du 30 septembre). Enfin, remarquons que l'art. 4 § 5 nouveau ne prévoyait aucun décret. Il n'est donc pas douteux que *les dispositions relatives à la carte-lettre sont bel et bien entrées en application pour tout accident survenu à compter du* 1er *janvier*. —(exception faite des accidentés des professions agricoles).

Ceci dit, reconnaissons que l'absence de toute réglementation à ce sujet est vraiment regrettable, et qu'aucune mesure n'a été prévue pour rendre pratique l'exécution de cette formalité. Nous avons fait poser une question à ce sujet au ministre du Travail et lui avons demandé si des modèles officiels de carnets de cartes-lettres seraient établis et mis à la disposition des médecins. Mais nous n'avons pas encore reçu de réponse, et il importe d'arrêter actuellement la politique à suivre pour permettre aux praticiens de conserver leurs droits à honoraire tout en poursuivant la lutte et si possible l'abrogation de l'art. 4 § 5.

Un premier point donc : il faut éviter la déchéance, que les patrons et les assureurs seraient trop contents d'opposer. Il faut donc accomplir la formalité légale, de la manière la plus littérale, c'est-à-dire *adresser au patron dans le délai voulu une carte-lettre détachée d'un bloc à souche quelconque*. Il faut en second lieu *avoir la preuve de cet envoi*, en faisant *recommander cette carte-lettre par les moyens ordinaires*, sans compter sur la recommandation d'office prévue par le texte légal, que l'Administration des postes se gardera bien d'effectuer.

Mais, second point, *il faut exiger la franchise tant pour le port que pour la recommandation*, et inscrire à cet effet sur la carte : « franchise postale. Application de l'art. 4 § 5 de la loi du 9 avril 1898 modifiée par celle du 1er juillet 1938 sur les accidents du travail ». Cette circulation en franchise est, en effet, expressément prévue par le texte légal, et l'Administration des postes *ne saurait refuser d'appliquer la loi sous prétexte qu'elle n'a pas reçu d'instructions*. La loi est formelle et, nous l'avons vu ci-dessus, ne prévoit aucune mesure d'application.

Donc, de deux choses l'une : ou bien la poste acceptera de faire l'envoi recommandé en franchise (faire au besoin, comme certains de nos correspondants, une réquisition écrite adressée au receveur d'avoir à recommander gratuitement la lettre adressée à M. X.). Dans ce cas, le médecin est nanti de sa preuve, et ses droits sont sauvegardés, même si ultérieurement, la poste, revenant sur sa décision, réclame le port de la lettre au patron, et si ce dernier refuse. Si la poste se retourne alors contre le médecin pour lui demander le remboursement de ses frais, qu'il offre un refus formel, et ne se laisse pas intimider par des menaces de poursuites devant le Juge de paix ; il a la loi pour lui.

Ou bien, la poste refuse l'envoi recommandé en franchise. Dans ce cas, le médecin doit envoyer la carte-lettre sous la forme ordinaire, c'est-à-dire en payant, afin d'avoir un reçu constatant l'accomplissement de la formalité légale. Mais, et c'est là l'avis de notre avocat au Conseil d'Etat, Mr Bernard Auger, *le médecin doit ensuite*

assigner l'Administration des Postes devant la juridiction compétente, qui est la Justice de paix, en restitution de taxes indûment perçues. Inutile de dire que le « Sou Médical » prendra à sa charge les frais de telles poursuites, chaque fois qu'il s'agira de l'un de ses adhérents, afin de faire respecter le principe de la franchise et de rappeler l'Administration au respect de la loi.

De cette manière, nous rendrons la formalité de l'art. 4 § 5, aussi désagréable que possible pour tout le monde, sauf pour le médecin, et nous pouvons espérer que nous obtiendrons ainsi la suppression ou tout au moins la modification de cette obligation aussi vexatoire qu'inutile.

Jean MIGNON.

P. S. — En dernière heure, nous apprenons que le président de la Réunion des assureurs aurait promis que les membres de son groupement n'invoqueraient pas la déchéance prévue par la loi en cas de non-envoi de la carte-lettre jusqu'au règlement officiel de cette question.

Mais, sans vouloir douter un instant de la bonne foi des assureurs, nous mettons en garde nos lecteurs contre les dangers de l'inobservation systématique de la formalité légale. En effet certains assureurs ne font pas partie de la « Réunion » et ne sont pas engagés par cette promesse. De nombreux patrons d'autre part ne sont pas assurés. Enfin cet engagement n'a aucune valeur juridique, et ne tiendrait pas, en cas de poursuites, contre le texte légal.

La Presse et les Sociétés

La mesure de la tension artérielle constitue-t-elle un acte médical ?

On sait toutes les protestations, auxquelles a donné lieu, de la part des médecins, la mesure de la tension artérielle prise sur la place publique. Jusqu'à présent, les autorités n'ont pas cru devoir donner satisfaction à leurs très justes revendications.

Le Docteur G. GAUTIER a fait une mise au point de cette question, en insistant sur le fait que jusqu'ici tous les médecins pouvaient penser que la mesure de la tension artérielle appartenait à leur art. Ils se servent, a-t-il dit, suivant leurs préférences, de différents modèles d'appareils pour déterminer la tension systolique et dyastolique, pour apprécier la tension différentielle ; ces instruments de mesure viennent compléter l'examen clinique, sur interprétation des chiffres enregistrés ; ils font partie de notre arsenal d'instrumentation. On ne peut admettre que des « opérateurs » non médecins, munis d'instruments quelconques, s'installent dans les pharmacies, dans les grands magasins, sur des tréteaux, aux carrefours, et jusque sous le porche des voies fréquentées, pour vendre à tout venant un chiffre de tension artérielle. L'expérience montre d'ailleurs que celui-ci ne correspond pas à la réalité. Pareils agissements ne peuvent donc qu'amuser les nombreux passants, qui se soumettent à cet examen dérisoire.

Jusqu'à présent, les autorités n'y ont pas vu grand mal ; ils comparent volontiers cette mesure de la tension à la prise de la température au thermomètre, ou à la pesée sur une balance, ils en font une mesure purement automatique. Or, aucune analogie entre la pesée, la prise de la température, et la mesure de la tension artérielle ; la balance et le thermomètre n'ont besoin d'aucune interprétation. Au contraire, la recherche de la tension est une véritable investigation physiologique, dans laquelle la Mn nous intéresse parfois plus que la Mx, et pour laquelle nous cherchons surtout à apprécier la pression moyenne.

Les chiffres n'ont aucune valeur sans l'interprétation médicale, et cette interprétation se fait pendant la prise de tension. Nous savons, en effet, que le degré de la Mx est très variable chez un même sujet, et que plusieurs épreuves sont nécessaires au cours du même examen soit à cause de la mauvaise position du malade, soit parce qu'il remue les doigts, etc. D'autre part, nombreux sont les sujets à pression vasculaire instable. L'emploi des sphygmomanomètres de tous systèmes est inséparable de l'examen clinique, comme la tonomérie oculaire ou la mesure optométrique de l'acuité visuelle.

Verrons-nous aussi ces investigations se pratiquer dans la rue ou dans les boutiques ? A laisser s'accréditer dans l'opinion publique que la mesure de la tension artérielle est un acte automatique, un acte extra-médical, nous risquons de voir bientôt d'habiles exploiteurs, qui entreprendront l'électro-cardiographie, la radioscopie, la recherche des différents réflexes, sans pour cela être exposés à des poursuites judiciaires, parce qu'ils n'auront pas établi un diagnostic ni prescrit un traitement.

Cependant si les autorités administratives ne considèrent pas cette mesure de pression artérielle comme un acte médical, la Société de médecine légale ne partage pas cette opinion.

MM. Gautier et Rist ont établi un rapport à présenter au ministre de la Santé publique, afin qu'il étudie à nouveau cette question. Celui-ci peut d'ailleurs, par un simple arrêté, interdire l'activité des camelots de la sphygmomanométrie.

D'autre part, cette même Société savante vient d'adopter à l'unanimité le vœu suivant :

« La Société de médecine légale de France, émue de l'audace avec laquelle des entreprises d'un caractère purement commercial ont installé dans certaines pharmacies, dans les grands magasins, dans les établissements de bains, dans le hall des gares, dans les fêtes et expositions, ou tout simplement sur la voie publique, des appareils au moyen desquels des individus dépourvus de toute connaissance médicale prétendent mesurer la pression artérielle des passants, proteste auprès de M. le ministre de la Santé publique contre cet inqualifiable abus.

« Elle fait observer que la mesure de la pression artérielle n'est pas une mesure banale et automatique assimilable à la pesée sur une balance, mais une investigation d'ordre exclusivement médical, comportant de nombreuses causes d'erreur que le médecin est seul qualifié pour apprécier et corriger. Les appareils les meilleurs et les plus simples ne donnent d'indications exactes qu'entre des mains expertes. Les erreurs qui ne peuvent manquer de se produire dans les mesures faites par des personnes ignorantes de l'anatomie et de la physiologie autant que du maniement des instruments de précision sont susceptibles de jeter le trouble dans l'esprit de ceux qu'on rassure ou qu'on alarme sur des données incorrectement établies.

« La Société de médecine légale adresse en conséquence à M. le Ministre de la Santé publique un pressant appel, et ne doute pas qu'il n'estime opportun d'interdire à des individus non médecins et par conséquent non qualifiés, d'exploiter et d'abuser le public par des mesures de pression artérielle pratiquées sans compétence et sans discernement. » (*Annales de médecine légale*, octobre et décembre 1938.)

La surveillance médicale des ouvriers dans les industries du plomb

Le plomb constitue de beaucoup la cause d'intoxication professionnelle la plus répandue ; sur vingt travailleurs obligés de s'arrêter pour une maladie ou une intoxication professionnelle, il y en a seize (soit plus de 3/4) qui interrompent leur travail pour un trouble quelconque dû au saturnisme.

Le Docteur A. Feil rappelle que pour les usines à plomb, la loi impose : une visite à l'embauchage (suivie d'une deuxième visite au bout d'un mois) et une visite périodique tous les trois mois.

La visite à l'embauchage a pour but d'écarter de la profession tout ouvrier qui présente un symptôme d'affection saturnine ou une maladie susceptible d'être aggravée dangereusement par le saturnisme (décret du 1er octobre 1913). L'auteur a déterminé ainsi qu'il suit (arrêté du 4 décembre 1934) la liste des affections susceptibles d'être aggravées par le plomb : lésions rénales ; lésions cardio-vasculaires, d'hypertension, d'anémie ; lésions organiques du système nerveux, d'épilepsie, affections hépatiques. Les ouvriers rhumatisants et ceux qui ont une mauvaise dentition pourront être embauchés, mais sous réserve de faire l'objet lors des visites médicales ultérieures d'une attention particulière.

Au cours des visites périodiques il faut chercher à découvrir chez les ouvriers les premières manifestations du saturnisme; on leur donnera des conseils pour éviter l'intoxication : ne pas manger à l'atelier, se laver la bouche avant les repas, se laver les mains, changer de vêtements après le travail, etc...

Parmi les ouvriers les plus touchés sont les tartineurs-empâteurs, les malaxeurs et les soudeurs. Chez plus de 50 % de ceux-ci l'intoxication saturnine légère certes, mais réelle, n'a été révélée que par une enquête systématique, puisque tous les ouvriers continuaient régulièrement leur travail. Aucun d'eux n'aurait figuré dans une statistique de morbidité, si on s'était uniquement basé sur les cas soignés dans les hôpitaux.

Au cours d'une autre enquête portant sur 96 ouvriers d'une usine d'accumulateurs, présents et par conséquent bien portants d'apparence, l'auteur a constaté que : 65 % avaient un liseré ; 48 % avaient des hématies à granulations basophiles : 7 % avaient eu des coliques de plomb ; 29 % avaient de l'hypertension artérielle. (*Le Médecin d'Usine*, novembre 1938.)

Informations syndicales

Un nouveau centre de diagnostic syndical le Centre de Nice

Après le centre syndical de Périgueux, après le centre de Villeneuve-Saint-Georges dont l'inauguration est encore toute récente, nous sommes heureux d'enregistrer la naissance d'un nouveau centre de diagnostic radiologique, créé à Nice par le Syndicat des électro-radiologistes, dans le cadre du Syndicat des médecins de Nice (*Bulletin des Alpes-Maritimes*, octobre 1938), à compter du 1er décembre 1938.

Ce centre est ouvert aux « économiquement faibles » et en particulier aux assurés sociaux,

à des *tarifs réduits proportionnels à leurs revenus. Trois tarifs* sont en vigueur : tarif nº 1 s'adressant aux malades dont le revenu est inférieur à 12.000, tarif nº 2 pour ceux dont le revenu est compris entre 12.000 et 24.600 francs et tarif nº 3 pour les revenus supérieurs à 24.600 mais inférieurs ou égal à 30.000 francs. Le classement des maledes dans ces trois catégories est évidemment facile à faire pour les assurés sociaux d'après leurs récépissés de versement. Quant aux clients non salariés (donc non assurés) mais d'un revenu de même importance, ils sont classés par l'*appréciation du médecin traitant d'après les « signes extérieurs » de richesse* (appartement, apparence, train de vie). Nous nous pemettrons à cet égard une critique : cette appréciation est tout d'abord extrêmement subjective et sujette à erreur. En second lieu, elle se fonde sur la dépense et non sur le revenu. Il eût sans doute été préférable de demander aux futurs clients du centre, la production de leurs feuilles d'impôt général sur le revenu, les signes extérieurs n'intervenant que comme moyen de contrôle.

Quelle est l'organisation intérieur de ce centre ? A la différence de ses deux aînés, il s'agit là, non pas d'un centre technique, mais d'un *centre, administratif*. Il est constitué par un bureau installé au siège du Syndicat, chargé d'aiguiller les malades, de leur donner des renseignements, d'encaisser les honoraires selon les divers tarifs, et de les répartir, sous déduction des frais aux médecins radiologistes. L'administration est faite par l'ensemble des spécialistes adhérents, par l'intermédiaire de deux syndics nommés pour six mois.

Le « personnel médical » du centre est composé des médecins électro-radiologistes spécialisés, membres à la fois du Syndicat national, et du Syndicat des médecins de Nice, exerçant en leur cabinet personnel.

Les malades sont envoyés au centre, par le médecin traitant qui rédige une ordonnance à cet effet. Ils sont adressés par le centre à l'un des spécialistes adhérents, *en suivant l'ordre établi par un tableau de roulement*. A la différence du service de radiologie de l'hôpital public, qui ne donnera dorénavant aux malades que l'interprétation, le rapport et la radiographie sont remis à l'intéressé. Les rapports sont faits sur papier à entête du centre, avec la signature personnelle du radiologiste.

Cette organisation soulève à notre avis, deux objections, plutôt contradictoires d'ailleurs, ce qui montre les difficultés d'une réalisation de ce genre, et le mérite de ses créateurs. En principe une organisation syndicale en faveur des « économiquement faibles » doit pour se justifier, joindre à la fois, à l'abaissement du prix de revient, les avantages techniques et moraux de la médecine libre traditionnelle. En l'espèce ces avantages nous paraissent amputés d'un élément important, à savoir *le libre-choix du spécialiste par le malade*. Le système du tableau de roulement, s'il permet de maintenir l'égalité entre les adhérents du centre, tend aussi à faire disparaître leur personnalité dans une trop large mesure. Il ne faudrait pas que l'organisation syndicale aboutisse à faire du spécialiste un simple distributeur de rapport et de radiographie.

D'un autre côté, l'abaissement du prix de revient ne peut résulter en l'espèce que d'un afflux de clientèle détournée des hôpitaux ou dispensaires, c'est-à-dire d'une augmentation du « chiffre d'affaires » pour parler un langage économique. Par contre l'organisation matérielle et technique, restant dispersée, ne permet pas d'abaisser les tarifs comme le ferait *la concentration des appareillages et des frais généraux*.

Il n'en reste pas moins que c'est principalement sur des initiatives et des créations de ce genre qu'il faut compter pour organiser et sauver le « secteur privé » de la médecine. Ainsi le syndicalisme médical fera vraiment œuvre constructive.

Jean MIGNON.

LE FONCTIONNEMENT DES HÔPITAUX A PARIS D'APRÈS LE RAPPORT DU BUDGET AU CONSEIL MUNICIPAL

Nous croyons intéressant de reproduire quelques passages du rapport de M. DE FONTENAY sur le fonctionnement des hôpitaux de Paris et leur budget, publié dans le *Bulletin municipal officiel de la Ville de Paris* du 5 janvier 1939 :

« Vous avez récemment fixé au Conseil général le prix de journée d'hospitalisation des malades admis dans nos établissements au titre de l'Assistance médicale gratuite. Je crois intéressant de revenir un instant sur le mode de calcul de ce prix de journée.

« En 1938, les prix de journée s'établissaient à 44 francs en médecine et à 46 francs en chirurgie. Le calcul du prix de journée pour 1939, selon les règles admises, c'est-à-dire d'après le prix de revient du dernier exercice connu, soit 1937, aurait donné en 1939, les chiffres de 52 fr. 42 en médecine et de 54 fr. 78 en chirurgie, mais de récentes instructions ministérielles ont prescrit d'ajouter à ces chiffres les dépenses nouvelles de cette année, à savoir l'augmentation des dépenses de personnel résultant de l'application de la loi de 40 heures, l'augmentation des traitements, et du coût de la vie, soit au total un supplément de 12 fr. 42 en médecine et de 12 fr. 78 en chirurgie.

« Nous obtenons ainsi un prix de journée extrêmement élevé, près de 64 francs en médecine et plus de 66 francs en chirurgie.

« Je note en passant que le prix de journée est établi d'une manière extrêmement stricte, et que le Directeur général de l'Assistance publique est tenu, en l'occurrence, de se conformer aux textes règlementaires qui régissent la matière.

« J'ajoute, car on nous reproche parfois de trop dépenser, que dans le prix de revient d'une journée de médecine en 1937, soit 52 fr. 42, ainsi que je viens de vous l'indiquer, les dépenses de personnel entrent dans ce total pour 31 fr. 88 et la nourriture pour 6 fr. 75 seulement !

« Certains de nos collègues nous font grief parfois d'admettre trop facilement dans les hôpitaux des malades qui pourraient se faire soigner dans une clinique privée. Ces malades sont très peu nombreux. A maintes reprises, il a été procédé, à des sondages et l'on a constaté que l'Assistance publique ne recevait que 1 % seulement de malades payants. *Sur 340.000 malades admis dans nos hôpitaux chaque année,* 3.400 *environ payent en effet intégralement le prix de journée*.

« Cependant, il n'y a pas de raison de faire de cadeaux à cette catégorie d'hospitalisés. Or, en ce qui concerne les accidentés du travail, la loi stipulait autrefois que le prix de journée était celui de l'Assistance médicale gratuite majoré de 30 % ; mais cette disposition a été supprimée et, à l'avenir, l'employeur sera tenu de payer le prix de journée applicable aux malades payants dans les salles communes.

« L'Administration a donc cherché à établir un prix de journée qui, supérieur à celui de l'Assistance médicale gratuite ne dépassât pas le prix de revient réel, c'est-à-dire en tenant compte de la totalité des dépenses hospitalières et, notamment, des frais d'amortissement des terrains et des dépenses de premier établissement des constructions d'hôpitaux.

« Or, la création d'un lit d'hôpital revient approximativement à 70.000 francs, ce qui donne à 10 % pour l'intérêt et l'amortissement, une somme de 7.000 francs environ par an, soit en divisant ce chiffre par 365, une dépense de 19 francs par jour. C'est cette somme de 19 francs que dans un mémoire spécial que je vous demande la permission de rapporter conjointement, l'Administration demande pour les malades payants d'incorporer au prix de revient, ce qui porterait ce prix de journée à 71 fr. 42 en médecine et à 73 fr. 78 en chirurgie.

« Ces prix seront également ceux qui seront appliqués aux accidentés du travail.

« Ces prix sont élevés, c'est entendu. Mais d'un autre côté, puisque notre désir à tous est de laisser entrer dans des établissements privés tous ceux qui peuvent y aller et de ne pas les attirer dans les hôpitaux, il semble que si nous demandons un prix qui se rapproche à peu près, d'après ce qu'on nous a dit, de ceux de certaines cliniques privées, peut-être recevrons-nous moins de ces malades.

« N'oublions pas, en effet, que les hôpitaux ont été créés pour les nécessiteux permanents et aussi pour ceux qui sont temporairement nécessiteux ou pour les économiquement faibles.

. . . .

Après avoir exposé que le nombre des employés de l'Administration centrale n'avait pas été sensiblement augmenté. M. de Fontenay aborde l'examen du service hospitalier :

« Les effectifs ont augmenté dans des proportions plus considérables en ce qui concerne le personnel hospitalier. En 1918, on comptait 8.622 agents hospitaliers : ils sont maintenant 18.889. Mais n'oublions pas, qu'en 1918, ces agents assuraient le service de 35.585 lits et qu'en 1938, le nombre de ces derniers est passé à 44.596. En outre, les services de traitements externes se sont considérablement développés. Enfin, la loi des 40 heures est venue augmenter encore les besoins de l'Assistance publique en personnel.

« En conclusion, l'Assistance publique est arrivée à ne pas augmenter les effectifs de son personnel dans les proportions qu'eussent autorisées l'application des lois sociales et l'amélioration du sort de ses agents, et ce, uniquement par un aménagement plus économique des cadres.

....

« On nous dit fréquemment : « Vous admettez trop facilement les malades à l'hôpital ».

« J'ai voulu aller au fond des choses et je me suis renseigné sur la façon dont on était admis dans les hôpitaux.

« Les admissions se font de deux façons, le matin dans les consultations ou, à toute heure, lorsqu'il y a urgence.

« En médecine, le consultant présente une affection caractérisée, une bronchite aiguë, par exemple, l'admission s'impose ; ou bien il vient à la consultation avec un mot de son médecin particulier ou du médecin du Bureau de bienfaisance qui demande l'hospitalisation de son malade : neuf fois sur dix, le médecin de consultation ratifie le diagnostic de son collègue et prescrit l'admission.

« Mais il y a les cas douteux pour lesquels il est nécessaire de faire quelques examens, des analyses, des radios. Il est évident qu'il vaudrait mieux — chaque fois que cela est possible — procéder à ces examens ou analyses avant de prononcer l'admission au lieu de commencer par admettre le malade, il en résulterait des économies pour l'Assistance publique.

« Si toutefois, l'opportunité d'une telle mesure ne peut qu'être laissée à l'appréciation des médecins, il n'en reste pas moins qu'un outillage sans cesse plus perfectionné des laboratoires permettrait à ces médecins, dans l'intérêt des malades dont l'admission est différée, comme dans l'intérêt de l'Administration pour les malades admis et soumis aux examens de donner leur diagnostic très rapidement et partant, d'éviter de prolonger inutilement des séjours.

....

« Il y a aussi ceux que l'on appelle les pilons : ce sont des clochards ou de pauvres diables, souvent bronchiteux chroniques qui se présentent aux consultations en plein hiver pour se faire héberger au chaud. Pour cette catégorie d'hospitalisés, il est inutile que la collectivité supporte des dépenses d'hospitalisation se montant à 65 francs par jour.

« Il me semble, Monsieur le Directeur général, que vous pourriez chercher à passer des conventions soit avec des asiles de nuit, soit avec des œuvres particulières, comme l'Armée du Salut, pour les recueillir, en ne payant qu'un prix très inférieur à celui que coûte actuellement leur hospitalisation. Nous arriverions au même but : mettre ces malheureux à l'abri de la faim et du froid durant les temps particulièrement durs.

« En chirurgie nombre d'admissions peuvent être retardées, en attendant de connaître le résultat des examens quand le médecin de la consultation est d'accord avec le médecin chef de service pour ne pas faire entrer le malade trop longtemps à l'avance.

« Celui-ci arrive par exemple le lundi matin ; le chirurgien a établi son programme d'opérations pour toute la semaine, sauf, cela va de soi, pour les cas d'urgence ; il est donc inutile de prendre ce malade le lundi alors qu'il ne pourra être opéré que la semaine suivante.

« Il y a là une liaison nécessaire à opérer entre le médecin de la consultation et le médecin chef de service en vue d'éviter des entrées prématurées.

« Dans les cas d'urgence, c'est l'interne de garde qui décide de l'admission : nous sommes un peu désarmés pour restreindre cette catégorie d'admissions, car c'est avant tout une affaire de conscience professionnelle pour l'interne de garde et, par définition, dans les cas d'urgence, l'admission s'impose la plupart du temps.

« Messieurs, j'entends quelquefois demander la fermeture d'hôpitaux. Le peut-on ?

« Un hôpital de 1.000 lits coûte annuellement dans les 14 à 15 millions. Si la fermeture de deux établissements pouvait être envisagée, il en résulterait évidemment des économies substantielles.

« Or, nous avons à certaines époques, en avril notamment, jusqu'à deux milles lits supplémentaires ou brancards et parfois davantage. Bien plus, l'année dernière, à la fin de l'hiver, l'Administration hospitalière a été obligée d'ouvrir des salles supplémentaires.

« Ce fait indique suffisamment qu'on ne peut fermer un hôpital quand, au contraire, à certaines époques, le besoin d'un établissement supplémentaire se ferait sentir.

« Un tableau de mon rapport vous montre qu'entre le nombre des lits budgétaires et celui des lits réellement occupés à différents mois de l'année, il y a des différences importantes, 2.500 à 3.000 malades en moins pendant l'été et, en conséquence, M. le Directeur général Mourier avait pris une décision que j'approuve pleinement : celle de supprimer des lits d'hôpitaux pendant la période d'été. C'est ainsi qu'ont été supprimés 3.000 à 3.500 lits dans certains services, en 1938, y compris les lits supprimés en vue de permettre la réfection de travaux de peinture.

« Je trouve que c'est une mesure excellente puisqu'elle a permis, non seulement de faire des économies d'une façon générale, mais encore de diminuer le recrutement d'agents pendant les congés du personnel. »

M. de Fontenay, rapporteur général du budget de l'Assistance publique, a donné dans son rapport des renseignements précis et l'on peut conclure que les abus dont se plaignent les médecins praticiens viennent moins de l'admission de malades aisés dans les services hospitaliers que des consultations externes et des traitements dans les services spéciaux.

J. N.

RACISME ET PATHOLOGIE COMPARÉE DES RACES

Ayant réglé l'affaire de Tchéco-Slovaquie, le Führer de toutes les Allemagnes revient à son divertissement favori. Et comme il a maintenant acquis un enviable tour de main, c'est 20.000 Juifs polonais que d'un seul coup, il jette à la porte.

Son « brillant second », italien s'essaye à lui emboîter le pas. Ces deux sourcilleux personnages veulent à tout prix (et à condition que ce prix ce soient les autres qui le paient !) épurer leurs peuples, assainir la race.

Le « racisme » est à l'ordre du jour.

A la vérité, il n'y a là rien de nouveau, ni la chose, ni même le mot. Si les Américains poussent des cris d'horreur depuis que racisme équivaut à antisémitisme, il y a belle lurette qu'eux-mêmes traitent les nègres en sujets de seconde zone et que le voisinage de ceux-ci leur est un affront insupportable. Les Anglais, libéraux et généreux dans la métropole, nourrissent pour les « natives » de leurs colonies, le mépris de purs gentlemen pour la racaille. Quant à nous, nous avons nos « bicots » nos « bamboulas » et nos « métèques ». Plus ou moins ingénuement chaque peuple fait ainsi montre d'une suffisance qui est, après tout un des éléments constitutifs du patriotisme.

Diverses publications examinent et discutent une fois de plus, ces temps-ci, la brûlante question de la race.

Ici-même, voici peu de semaines, notre directeur analysait un article de la *Revue anthropologique* où l'auteur, Mme Lucie Randoin, exposait l'influence de l'alimentation sur l'hérédité et l'évolution des races.

L'*Illustration* des 24 septembre et 1er octobre examinait longuement ce qu'il faut penser du racisme.

La Faculté de médecine de Paris a ouvert le 15 novembre, un cours libre de notre collaborateur, le Docteur René Martial, consacré à l'anthropo-biologie des races.

Il ne se passe presque pas de jours que nous n'entendions aborder le sujet.

Or, les auteurs sont loin d'être d'accord en pareille matière. Avec un pareil luxe d'arguments et une égale apparence de raison les uns soutiennent que la race est déterminée par un ensemble de caractères intrinsèques, les autres qu'elle est seulement modelée par le milieu. Qui croire ?

***

« La race, soutient Georges Lakhovsky n'existe qu'en fonction du sol où est né et où s'est développé l'être vivant. »

A l'appui de cette thèse, il cite l'exiguïté du clos où croissent les crus célèbres et dont, malgré tous les essais, on ne peut leur faire franchir les limites. Il cite l'assimilation parfaite, après quelques années, aux anciens plants bordelais des plants américains importés lors du phylloxera, et, inversement, l'impossibilité éprouvée par les Normands de prendre à l'Alsace ses fameuses mirabelles. Les volailles de la Bresse ont perdu leurs qualités ancestrales dès qu'elles ont été transportées dans le Midi ou le Massif Central.

De même, dit-il, pour les hommes. C'est affaire simplement du reste d'oscillations cellulaires et de radiations cosmiques. Il s'ensuit qu'à Berlin, à Paris, à Pékin ou à Sydney n'importe quelle race se transformera au bout de peu de générations, même sans métissage, en une race identique à celle des autochtones.

S'il reste néanmoins quelques légers caractères spécifiques cela est dû à l'influence de la nourriture. Ainsi l'Allemand reste Allemand, grâce à la choucroute ; l'Anglais garde son type sous l'influence du rosbif, le Français sans celle du pain et le Juif à cause de sa viande rituelle.

Il n'y a pas de race juive, conclut cet auteur. Et nous apprenons de lui cette notion étonnante que les seize millions de Juifs disséminés par le monde sont de faux Juifs, en ce sens qu'ils sont Juifs par la religion, mais non par l'origine. Les seuls qui puissent se réclamer de la Palestine sont les Juifs Chinois. Or, depuis le temps qu'ils ont émigré, et qui remonte à une époque ayant précédé l'ère chrétienne, ils sont devenus de pure race chinoise.

C'en est donc fait : nous ignorerons à jamais comment se présente le type Juif. Et voilà un coup à faire chanceler le führer-chancelier !

***

Un tout autre son de cloche est donné par Eugène Pittard, président de l'Institut international d'anthropologie, conservateur du Musée d'ethnographie de Genève et l'un des hommes les plus qualifiés pour intervenir dans le débat.

On confond à tort, précise d'emblée Pittard, des termes qui n'ont entre eux aucune espèce de rapport : une race n'est ni un groupe linguistique ni une nationalité. La race est un composé : ni la stature, ni l'indice céphalique ni l'indice nasal, **ni même la pigmentation de la peau ne suffisent à distinguer une race d'une autre. C'est arbitrairement que nous classons d'abord les hommes**

suivant la couleur de leur peau en Blancs, Noirs, Jaunes et Rouges. A l'intérieur de chacun de ces grands compartiments s'observent les mêmes variétés.

Ceci dit le complexe : race existe bel et bien, fait d'une communauté d'origine et de caractères semblables autant que transmissibles. Expliquer le modelé différent des individus par l'influence de milieux différents est, suivant Pittard, s'alanguir sur un oreiller de paresse.

En réalité, certaines races fossiles montrent des caractéristiques qui les apparentent à des races actuelles ; la transmission des caractères s'est maintenue pendant des millions d'années. Laissant du reste les champs mouvants de la préhistoire pour des certitudes vérifiables, ne voyons-nous pas en Amérique, les Nègres, descendants de Soudanais ou de Sénégalais qui furent importés comme esclaves, encore en possession de tous les traits distinctifs de leur race ? Ne voyons-nous pas les Juifs de Cochin, dans le Sud-Ouest des Indes, restés semblables à eux-mêmes depuis des centaines d'années ? Et les Tziganes, nomades cependant plus que n'importe qui, identiques à leurs aïeux de l'Indoustan ?

Cette conception de l'immutabilité des races (à condition, bien entendu, qu'elles soient pures de métissages) s'appuie, n'est-il pas vrai ? sur des arguments solides. Elle satisfera mieux Hitler que la souple dialectique de Lakhosky laquelle ne tendait ni plus ni moins qu'à le faire tourner en bourrique.

***

A ces idées de Pittard, la pathologie comparée des races apporte un point d'appui d'une grande valeur.

En Europe, l'*homo nordicus* (le grand dolichocéphale blond, le « « pur-sang » de Gobineau) se montre très sensible au cancer, incomparablement plus que l'*homo meridionalis*. Le brachycéphale brun ou *homo alpinus* se situe entre les deux. Mêmes constatations pour la France qui, racialement, est une image réduite du continent : le cancer décroît de fréquence du Nord au Sud.

On peut toutefois faire bien des objections à cette géographie pathologique : d'abord l'imperfection de nos statistiques ; ensuite, l'influence de facteurs autres que la race : climat, sol, habitudes alimentaires ; enfin le brassage de plus en plus accentuée des divers types dans un pays comme le nôtre qui est un véritable carrefour.

Beaucoup plus convainquante à mon avis est une étude dont je trouve l'analyse dans le livre « *Les races humaines* » de Lester et Millot. Elle a été faite aux Etats-Unis d'après les statistiques du « John Hopkins Hospital ». On peut espérer que ces statistiques faites sous le contrôle immédiat et d'après les données des médecins de l'hôpital sont, pour une fois, exactes. Elles ont trait à des Blancs et des Nègres vivant depuis de longues années côte à côte dans la même région, sous le même climat et des mêmes produits alimentaires essentiels. Il semble donc que soit réalisé ici l'optimum du slogan « Toutes choses égales d'ailleurs ».

Or, l'on constate alors chez les deux races, une contribution assez différente des maladies à la mortalité générale :

Appareil digestif......	blancs	28	%
	nègres	20,3	%
Appareil circulatoire.	blancs	25,3	%
	nègres	30,9	%
Appareil respiratoire.	blancs	14,7	%
	nègres	27,6	%
Système nerveux....	blancs	11,5	%
	nègres	9,3	%
Reins..................	blancs	8,3	%
	nègres	5	%
Organes sexuels......	blancs	6,7	%
	nègres	3,3	%
Glandes endocrines...	blancs	2,1	%
	nègres	0,75	%
Squelette...........	blancs	1,8	%
	nègres	2,8	%
Peau..................	blancs	1,2	%
	nègres	0,3	%

Les « milieux intérieurs » comme disait Claude Bernard, sont donc assez différents dans les diverses races.

Il est à souhaiter avec Pittard que des analyses comparées du sang et des divers éléments organiques soient faites en grand nombre afin d'apporter aux caractères raciaux un complément de précisions.

G. LAVALÉE.

LA NÉVROSE ET LE GÉNIE

Gustave Flaubert

Le père de Gustave Flaubert, interne de Pelletan et de Dupuytren, devint à 34 ans chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen, poste qu'il occupa jusqu'à sa mort survenue en 1846 des suites d'un phlegmon à la cuisse. Savant modeste, opérateur exceptionnellement adroit, partisan de la chirurgie conservatrice, le Docteur Flaubert, malgré des colères subites, brèves mais si violentes qu'elles terrorisaient ses élèves, était d'une sensibilité extrême.

Au sujet de Mme Flaubert, née Fleuriot, mère de l'écrivain et fille d'un médecin de campagne, le Docteur Binet-Sanglé, auteur d'une « *observation médicale de Flaubert* » porte ce jugement : « très impressionnable », avec à l'appui l'indication : « Hallucinations funèbres à la mort de sa fille ». Malgré son hyperémotivité Mme Flaubert vécut jusqu'à 77 ans ; elle avait eu six enfants dont trois moururent en bas-âge.

Le milieu hospitalier où fut élevé Gustave Flaubert et l'inévitable spectacle de misères que ses yeux y contemplèrent eurent sur sa vie entière, sur son tempérament, sa pensée, son œuvre d'auteur une répercussion profonde. Il racontera :

« L'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu donnait sur notre jardin ; que de fois avec ma sœur n'avons-nous pas grimpé au treillage et suspendus entre la vigne, regardé curieusement les cadavres étalés ; le soleil donnait dessus ; les mêmes mouches qui voltigeaient sur nous et sur les fleurs allaient s'abattre là, revenaient, bourdonnaient ! Je vois encore mon père levant la tête de dessus sa dissection et nous disant de nous en aller... »

Flaubert, dans certains de ses écrits de jeunesse — sa vocation littéraire se manifesta extrêmement tôt — exhalait un romantisme byronien et décrivait déjà la tristesse de certaines destinées accablées par la fatalité. Comme tant d'autres jeunes gens de sa génération il souffrait de cette angoisse que Brunetière a dénommée « la maladie du siècle », sorte de spleen qui conduisait parfois à de tragiques destins :

« Nous étions il y a quelques années en province, écrit Flaubert en 1848, un groupe de jeunes drôles qui vivions dans un étrange monde, je vous assure ; nous tournions entre la folie et le suicide ; il y en a qui se sont tués, d'autres qui sont morts dans leur lit, un qui s'est étranglé avec sa cravate, plusieurs qui se sont fait crever de débauche pour chasser l'ennui... »

Parmi ces « jeunes drôles » figure certainement dans la pensée du narrateur son ami Alfred Le Poittevin (1) dont le pessimisme avait détruit en lui et faussé ses sentiments naturels tout en aiguisant les dons d'observation nécessaires à sa tâche d'écrivain :

« C'est que sans cesse l'antithèse se dresse devant mes yeux, je n'ai jamais vu un enfant sans penser qu'il deviendrait un vieillard, ni un berceau sans songer à une tombe. La contemplation d'une femme me fait rêver à son squelette. C'est ce qui fait que les spectacles joyeux me rendent triste et que les spectacles tristes m'affectent peu... »

Le Docteur René Dumesnil dans sa thèse devenue classique (2) observe que l'habitude d'analyser, si elle est poussée jusqu'à la manie, (et c'est ici le cas), relève de la névrose. Flaubert, ajoute-t-il non sans quelques réticences, est, comme on dit aujourd'hui un dégénéré supérieur. De quelle dégénérescence s'agit-il ? Du vivant de Flaubert, seuls ses parents et quelques intimes savaient qu'il souffrait d'une maladie nerveuse que le public aurait toujours ignorée sans les perfides révélations de Maxime Du Camp parues d'abord dans la *Revue des Deux Mondes*, ensuite dans ses *Souvenirs littéraires*. Le *Journal* des Goncours aidant, il devint notoire que Flaubert avait été épileptique. En 1900 le Docteur Félix Regnault a révisé ce diagnostic et porté celui d'hystéro-neurasthénie. Le Docteur Binet-Sanglé n'a pas admis ce dernier :

« Que Gustave Flaubert ait été hystérique, je ne le nie pas, mais je maintiens qu'il était épileptique en même temps »... Qu'on fasse de Gustave Flaubert un hystéro-épileptique, fort bien, mais il m'est impossible de voir en lui un simple hystérique »... L'hystérie, dit encore le Docteur Binet-Sanglé on y jette pêle-mêle tous les cas embarrassants ! On ferait mieux de les classer avec soin, d'en faire la synthèse et d'essayer de les interpréter. »

Le Docteur René Dumesnil partage au contraire l'opinion du Docteur Félix Regnault et voit en Flaubert un hystéro-neurasthénique. L'apparition tardive de la maladie (à 22 ans), la sensation prémonitoire qui permettait à l'écrivain de s'étendre avant l'éclatement d'une crise, l'absence au cours de ces crises d'évacuations alvines l'incitent à penser que Flaubert n'était pas atteint du *mal sacré*. Le premier accès survint une nuit d'octobre 1843 ; Gustave rentrait en

(1) Oncle de Guy de Maupassant.
(2) *Flaubert et la médecine*, Paris, 1905.

voiture de Pont-Audemer à Rouen avec son frère (1) ;

« Aux environs de Bourg-Achard, au moment où un roulier passait à la gauche du cabriolet et que l'on apercevait au loin sur la droite la lumière d'une auberge isolée, Gustave fut abattu et tomba. Son frère le soigna sur place, espérant sans trop y croire qu'il venait d'être victime d'un accident qui ne se renouvellerait pas. D'autres attaques de nerfs survinrent ; il en eut quatre dans la quinzaine suivante. . . » Excès de pléthore, trop de force, trop de vigueur, disait le père Flaubert, et on interdisait au malade la liqueur, le vin, le café, les viandes succulentes et le tabac. On le bourrait de valériane, d'indigo, de castoreum. . . »

Maxime Du Camp décrit ensuite une crise de Flaubert :

« Tout à coup, sans motifs appréciables, Gustave levait la tête et devenait très pâle ; il avait senti l'*aura*, ce souffle mystérieux qui passe sur la face comme le vol d'un esprit. Son regard était plein d'angoisse et il levait les épaules avec un geste de découragement navrant ; il disait : « J'ai une flamme dans l'œil gauche », puis quelques secondes après : « J'ai une flamme dans l'œil droit, tout me semble couleur d'or ». Cet état singulier se prolongeait quelquefois pendant plusieurs minutes. A ce moment, cela était visible, il comptait encore en être quitte pour une alerte ; puis son visage pâlissait encore plus et prenait une expression désespérée ; rapidement il marchait, il courait vers son lit s'y étendait morne, sinistre, comme il se serait couché tout vivant dans un cercueil ; puis il s'écriait : « Je tiens les guides ; voici le roulier, j'entends les grelots. Ah ! je vois la lanterne de l'auberge ». Alors il poussait une plainte dont l'accent déchirant vibre encore dans mon oreille et la convulsion le soulevait.

« A ce paroxysme où tout l'être entrait en trépidation, succédaient invariablement un sommeil profond et une courbature qui duraient pendant plusieurs jours. »

Flaubert confia à Louise Colet que pendant les crises sa conscience disparaissait avec le sentiment de la vie, qu'il sentait alors son âme s'échapper « comme on sent son sang s'échapper par l'ouverture d'une saignée » et qu'ainsi il était sûr de savoir ce qu'est la mort. Les accès amenaient un état léthargique et Flaubert, au réveil, était longtemps encore aussi étourdi que s'il avait absorbé une très forte quantité d'eau-de-vie. Intermittentes, les crises l'épargnèrent pendant d'assez longues périodes, notamment durant son voyage en Orient. Ces rémissions, durables mais non définitives, le trompèrent et le firent croire, à tort, à la guérison. Le 18 mai 1857 il écrivait à Mlle Leroyer de Chantepie qu'il s'était guéri à force de volonté.

(1) Le Docteur Achille Flaubert qui succéda à son père comme chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen.

La cause de la mort de l'écrivain, survenue brusquement à Croisset en 1880, a fait l'objet de longues controverses dans les milieux médicaux et littéraires. Crise d'épilepsie, ont soutenu Maxime du Camp, E. de Goncourt, le Docteur Pouchet, ce dernier appuyant son opinion notamment sur la contracture des membres qui aurait empêché la réalisation du désir exprimé par la nièce de Flaubert que fût pris un moulage de la main du défunt. (Mais combien de temps après le décès cette tentative fut-elle faite ?) Hémorragie cérébrale ont estimé d'autres médecins. Parmi eux figure le Docteur Tourneux qui constata la mort et qui a précisé ses souvenirs pour le Docteur René Dumesnil. Une domestique vint l'appeler vers onze heures et demie du matin, le 8 mai 1880 ; s'étant mis en route immédiatement il arriva chez Flaubert vers midi et le trouva étendu sur un divan du cabinet de travail ; aucun désordre dans la pièce.

« Je l'examine, il a la figure vultueuse, congestionnée. Il est sans apparence de respiration. Son cœur présente encore quelques battements très faibles. Pas de bave, pas de contractures. D'après l'entourage que j'interroge, on n'a rien entendu : aucun mouvement d'agitation pouvant faire supposer l'épilepsie et ce n'est qu'en entrant dans la chambre pour apporter son déjeuner, ainsi qu'elle le faisait chaque jour, que la cuisinière s'est aperçue de l'état où se trouvait son maître. Au moment où j'entrai, sa pipe encore chaude et pleine de tabac était près de lui, à portée de sa main sur la cheminée. Je pris un marteau que je trempai dans de l'eau bouillante et je l'appliquai au creux épigastrique. Je n'obtins — bien que le marteau fût très chaud — qu'une légère aréole, mais pas de réaction. Le cœur cessa de battre. Mais j'insiste sur ce point, Flaubert n'eut aucun symptôme d'une attaque d'épilepsie. Au contraire, son athérome, son apparence apoplectique, tout me fait supposer qu'il a succombé à une hémorragie ventriculaire ».

Pour ne rien omettre il faut indiquer qu'une troisième version attribue le décès à une artérite cérébrale syphilitique. Les partisans de cette thèse prétendent que Flaubert fut contaminé en 1850 à Esneh, en Haute-Egypte, par Ruchouk-Hanem, courtisane célèbre qu'il visita en compagnie de Maxime Du Camp. Le Docteur René Dumesnil, celui de nos contemporains qui connaît le mieux Flaubert, ne s'élève pas contre cette hypothèse.

Michel RENAULT.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS-CONSEILS ET CONTRÔLEURS

(16 décembre 1938)

L'Association des médecins conseils et contrôleurs a tenu son Assemblée générale le 16 décembre 1938, sous la présidence du Professeur Vanverts.

L'Assemblée générale n'a pas discuté de questions techniques, celles-ci étant réservées aux congrès nationaux annuels.

Après s'être recueillie devant la mémoire d'un de ses administrateurs décédé, le Professeur Rivière, elle a étudié la vie de l'Association, son orientation, ses résultats, les situations financière et morale.

Elle a approuvé les comptes de l'exercice et, sur la proposition du Docteur Gruzu, a décidé de tenir le Congrès national de 1939, à Nice.

La situation de l'Association a été ainsi résumée dans le rapport moral présenté par le Docteur Perret, secrétaire général :

« Notre première Assemblée générale du 21 octobre 1933 fixait les caractères de notre Association dans ces termes :

« Médecins, nous sommes confrères des praticiens « et restons fidèles à tout ce qui fait la grandeur de « notre profession.

« Mandatés par une Administration qui nous fait « confiance, nus lui donnons notre franche collabo- « ration.

« Techniciens, nous restons sur le terrain techni- « que, nous ne sommes pas une formation de com- « bat ou de défense d'intérêt personnel.

« Notre activité a affirmé ces trois caractéristiques principales :

« 1° Le lieu de nos réunions, ici, sous le toit de la Confédération des Syndicats médicaux où se trouve déjà notre siège social est une manifestation des rapports confiants que nous maintenons dans notre tâche journalière avec les praticiens et leurs groupements professionnels et dont l'importance a été mise en valeur par notre Congrès de 1936 à Clermont-Ferrand. Votre secrétariat et celui de la Confédération des Syndicats médicaux français se voient souvent et s'efforcent d'aplanir les quelques difficultés techniques qui peuvent encore surgir entre praticiens et médecins conseils à l'occasion du contrôle des malades.

« Ensemble, et dans la mesure où cela dépend d'eux, ils cherchent des améliorations. Citons, à titre d'exemple, les travaux préparatoires à la révision de la nomenclature où chacun de nous apporte les résultats de son expérience souvent concordants.

« A chacun de nos Congrès, la Confédération des Syndicats médicaux est représentée et participe effectivement à nos travaux. Nous sommes heureux de saisir cette occasion de l'Assemblée générale pour remercier la Confédération de l'accueil cordial et de l'appui sûr que nous trouvons dans cette maison.

« 2° Aux institutions et aux Administrations chargées d'appliquer les lois sociales ou de veiller sur leur application, notre Association apporte une collaboration aussi honnête et franche que celle que chacun de nous apporte, dans sa tâche journalière, à la Caisse qui lui a confié une mission de conseil ou de contrôle. Nous sommes consultés par l'Administration, nos travaux sont étudiés discutés et généralement appréciés. Les rapports officiels reprennent nos observations techniques et en tirent des conclusions pratiques dont la portée dépasse largement l'activité du contrôle médical. L'exemple le plus typique du rôle de notre Association dans ce domaine, est la solution donnée au problème de l'appréciation de l'invalidité par le Conseil supérieur des Assurances sociales, qui poursuit aussi l'étude sur l'avenir des invalides qui a déjà retenu l'attention de notre Association.

« Nous sommes arrivés, en utilisant les propres documents de notre expérience journalière à projeter quelque lumière sur les causes de morbidité, d'invalidité et le rendement des prestations. Nous commençons aussi à réunir des statistiques sur l'avenir des invalides.

« Nous voyons aussi constamment, dans les plans d'action sanitaire et sociale, des allusions aux aperçus nouveaux que notre Association a ouverts sur le rôle social du médecin-conseil.

« Il n'est pas possible ici d'entrer dans les détails qui relèvent de la technique. Nous les citons seulement à titre d'exemple de l'activité de notre Association et de la place qu'elle a prise.

« 3° Les avis de l'Association sont d'autant plus appréciés que chacun sait que nos travaux sont faits « dans une atmosphère sereine que ne vient troubler aucune considération d'intérêt même légitime », pour reprendre les termes exacts de notre président au Congrès de Nancy.

« Ce caractère essentiel de notre Association s'affirme et n'a jamais été mis en doute même dans les critiques dont nos travaux ont été l'objet. Devant les difficultés, nous n'avons pas craint de proposer, comme conclusion de nos échanges de vues, des solutions qui compliquaient notre tâche.

« Ainsi pour l'application des prestations spéciales, de l'article 6, § 16, repoussant l'automaticité facile et reposante dans le choix des cas justifiant ces prestations, nous avons préconisé des solutions demandant du temps et engageant la responsabilité

du médecin-conseil pour chaque cas d'espèce, et ceci uniquement parce que ces solutions nous apparaissaient mieux adaptées aux besoins réels des assurés et plus conformes à l'esprit de la loi.

« En France, et surtout lorsqu'il s'agit d'une question du domaine social et médical, bien présomptueux serait celui qui croirait connaître une question, où même simplement la position d'un problème, si sa documentation porte seulement sur une grande ville et s'il n'a pas fait de sondages très précis et multiples dans des villes différentes d'importance de climat, de mœurs, dans des régions de petite ou de grande industrie et dans les milieux ruraux.

« Les travaux de notre Association sont justement appréciés parce qu'ils s'appuient sur des observations faites partout, en province plus qu'à Paris, et parce que notre méthode de travail met en présence, au moins une fois par an, des médecins dont les missions de conseil ou de contrôle sont essentiellement, diverses et adaptées aux circonstances locales.

MÉDAILLES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (1938)

Service de l'hygiène et des maladies contagieuses

1° *Rappel de médailles de vermeil* : MM. Mans, inspecteur départemental de la Somme ; Lamy, médecin inspecteur départemental de Seine-et-Marne.

2° *Médailles de vermeil* : MM. Gréhant, inspecteur départemental de l'Oise ; Martial, médecin du Bureau d'hygiène d'Alfortville ; Cazanove, directeur du Service de santé, Dakar ; Gay-Bonnet, médecin inspecteur général.

3° *Médailles d'argent* : MM. Perrier, directeur du Bureau d'hygiène de Rouen ; Martin, inspecteur départemental de l'Aisne ; Benech, inspecteur départemental de la Meurthe-et-Moselle ; Forestier, inspecteur départemental de la Gironde ; Montus, inspecteur départemental des Bouches-du-Rhône ; Drouant, président de l'Association pour la Protection des industries ostréicoles ; Mme Chauvineau, chef de bureau à l'Académie de médecine.

Médailles de bronze : MM. Hanriot, médecin inspecteur des épidémies, Paris ; Reilly, médecin inspecteur des épidémies ; Daudé, directeur du laboratoire départemental de bactériologie, Carcassonne ; Blanc, médecin inspecteur départemental (Aude) ; Hauduroy, directeur du Bureau d'hygiène de Colombes (Seine) ; Funck-Hellet, directeur du Bureau d'hygiène d'Asnières (Seine) ; Bezançon, directeur du Bureau d'hygiène de Boulogne (Seine) ; Lagleize, médecin de la Municipalité, Corbeil (Seine-et-Oise) ; Coulon, inspecteur départemental de la Corse ; Depierris, directeur du Bureau d'hygiène de Bordeaux ; Olieux, inspecteur départemental des Hautes-Alpes ; Navarre, professeur à l'Ecole de médecine de Caen ; Dupuy, inspecteur départemental (Calvados.

Service des eaux minérales

1° *Médailles d'or* : M. le Professeur Fabre, de Paris ; M. le Professeur Gerst, de Paris ; M. le Professeur Piéry, de Lyon ; M. le Professeur Giraud, de Montpellier ; M. le Docteur Moncorgé, du Mont-Dore ; M. le Docteur Cottet, d'Evian.

2° *Médailles de vermeil* : M. le Docteur Merklen, d'Aix-les-Bains.

3° *Médaille d'argent* : M. le Docteur Vauthey (fils), de Vichy.

4° *Médailles de bronze* : MM. les Docteurs Joyeux, de Bourbonne-les-Bains ; Decaux, de Vittel.

Service de l'hygiène de l'enfance

1° *Médaille d'or* : M. le Docteur Bonnenfant, président du Comité départemental de l'Enfance de l'Aisne.

2° *Rappel de médailles de vermeil* : MM. les Docteurs Felhoen, ex-médecin des hôpitaux de Roubaix ; Raffali, à Seillans (Var) ; MM. Lelièvre, inspecteur de l'Assistance publique de la Sarthe ; Pléé, inspecteur de l'Assistance publique du Nord ; Sautereau inspecteur de l'Assistance publique du Cher.

3° *Médailles de vermeil* : MM. les Docteurs Angelesco, de l'hôpital français de Bucarest ; Aublant, inspecteur d'Hygiène de Seine-et-Oise ; Barbary, inspecteur général de la Protection de l'enfance ; Florentin, à Eurville (Haute-Marne) ; Garnier (Gabriel), médecin chef du dispensaire français de Belgrade ; Ionescu, de l'hôpital français de Bucarest ; Leclainche, inspecteur général technique, ministère de la Santé publique ; Lochon, à Thonon (Haute-Savoie) ; Marza (Ch.), médecin de l'hôpital français de Bucarest ; Montagnon, à Saint-Etienne ; Nazarie, à l'hôpital français de Bucarest ; Passa, médecin général du ministère des Colonies ; Perrière, inspecteur de l'Assistance publique de Meurthe-et-Moselle ; Rauzy, inspecteur général de l'enfance au ministère de la Santé publique ; Sommelet, du Service de la Protection de l'enfance, Arc-en-Barrois ; Velciu, médecin-adjoint de l'hôpital français de Bucarest ; Emperanger, inspecteur de l'Assistance publique des Hautes-Pyrénées ; Eynard, inspecteur de l'As-

sistance publique du Rhône ; Favette, inspecteur de l'Assistance publique du Gard.

4° *Rappels de médailles d'argent* : MM. Chauffour, inspecteur de l'Assistance publique d'Indre-et-Loire ; Depruu, inspecteur de l'Assistance publique de Seine-et-Oise ; Gendre, inspecteur de l'Assistance publique de la Gironde ; Montagne, inspecteur de l'Assistance publique de la Haute-Marne ; Vaillant, inspecteur d'Hygiène du Pas-de-Calais.

5° *Médailles d'argent* : MM. les Docteurs Beaudiment, médecin commandant, ministère des Colonies ; Bellet, Le Hâvre (Seine-Inférieure) ; Bénard, médecin du Service de la Protection du premier âge du département de la Seine ; Bussière, à Montluçon ; Cathala, médecin des hôpitaux de Paris ; Caussade, Rouen (Seine-Inférieure) ; Champion, Nancy ; Christia, Pamiers (Ariège) ; Cornet, Clermont-Ferrand ; Dautheville, Chomérac (Ardèche) ; David, médecin capitaine, Iles Wallis et Futuna ; Deglaire, à Montgeron (Seine-et-Oise) ; Demirlau, à Alençon (Orne) ; Desforges, à Saint-Yorre (Allier) ; Dumontheil, Service de la Protection de l'enfance, Paris ; Giraudoux, à Cusset (Allier) ; Goujon, à Carcassonne (Aude) ; de Grenier, inspecteur de l'Assistance publique du Tarn ; Jolly, aux Sables-d'Olonne (Vendée) ; Joly, à Mende (Lozère) , Laplanche, à Dun-sur-Auron (Cher) ; Lemesle, de l'Œuvre Grancher, Bléré (Indre-et-Loire). ; Le Roy, inspecteur des Maisons de sevrage, à Paris ; Maret, à Metz (Moselle) ; Marque, médecin-colonel à Dakar, Lefèvre, médecin-colonel, ministère des Colonies ; Poirier, de l'Œuvre Grancher, Couture (Loir-et-Cher) ; Rossi, médecin principal, à Dakar ; Schneider, Foug (Meurthe-et-Moselle) ; Trouvé, à Châteaudun (Eure-et-Loir) ; Violette, inspecteur d'Hygiène des Côtes-du-Nord.

MM. Baby, inspecteur de l'Assistance publique de l'Ariège ; Barus, inspecteur de l'Assistance publique de la Corrèze ; Bourgues, inspecteur de l'Assistance publique des Hautes-Alpes ; Entraygues, inspecteur de l'Assistance publique de l'Aveyron ; Feidt, inspecteur de l'Assistance publique du Territoire de Belfort ; Hubert, inspecteur de l'Assistance publique du Calvados ; Lasserre, inspecteur de l'Assistance publique des Alpes-Maritimes.

6° *Rappels de médailles de bronze* : MM. les Docteurs Fuminier, inspecteur d'Hygiène du Lot ; Izard, inspecteur d'Hygiène de la Haute-Garonne, MM. Autissier, inspecteur de l'Assistance publique de l'Eure ; Bornet, inspecteur de l'Assistance publique de Maine-et-Loire ; Desgranges, inspecteur de l'Assistance publique de la Marne ; Dresse, inspecteur de l'Assistance publique de Loir-et-Cher ; Guenier, inspecteur de l'Assistance publique du Puy-de-Dôme ; Jupillat, inspecteur de l'Assistance publique de la Vendée ; Luperne, inspecteur de l'Assistance publique de l'Eure-et-Loir ; Ouvrier, inspecteur de l'Assistance publique des Landes ; Serre, inspecteur de l'Assistance publique des Deux-Sèvres.

7° *Médailles de bronze* : MM. les Inspecteurs de l'Assistance publique : Bousquet, de la Lozère ; Courcou, de l'Indre ; Lacay (M.), du Cantal ; Laveau, des Côtes-du-Nord ; Logier, de Saône-et-Loire ; Massiera, de la Corse ; Pontet, du Finistère ; Yves, du Morbihan

MM. les Docteurs : Igonet, inspecteur d'hygiène de Vaucluse ; Basse, inspecteur d'hygiène des Vosges ; Grenouilleau, du Loir-et-Cher ; Parade, inspecteur de l'Assistance publique de l'Aude ; Albertin, inspecteur d'Hygiènes des Pyréuées-Orientale Perpignan) ; Rouyer, inspecteur d'Hygiène de l'Oise ; Bréard, à Vannes (Morbihan) ; Calvet, à Valence (Drôme) ; Cambon, à Marseille (Bouches-du-Rhône); Cropy, à Nemours (Seine-et-Marne) ; Gumet, à Guéret (Creuse) ; Géant, 75, rue Jean-Jaurès, Noisy-le-Sec ; Lassabatie, de Rochefort (Cantal) ; Lorthalazy, à Châteauneuf (Haute-Vienne) ; Mary, de Gaillon (Eure) ; Molly, Bourbonne (Haute-Marne) ; Perros, à Sens (Yonne) ; Reboul, à Grasse (Alpes-Maritimes) ; Robert, à Issoudun (Indre) ; Sinègre, à Saint-Geniez (Aveyron) ; Rousseaux à Verdun (Meuse) ; Schumacker, médecin de l'hôpital, Belfort.

Service de la vaccine

1° Vaccination anti-variolique

L'Académie accorde, pour le Service de la vaccination antivariolique en 1937 :

1° *Médaille de vermeil* : M. Franceschini (Xavier-Jules-Georges), à Paris.

2° *Rappels de médailles d'argent* : MM. les Docteurs Leichnam (Charles-Auguste), à Paris ; Meyer (Jules), à Kaysersberg (Haut-Rhin) ; Rabant (Paul-Fernand), à Paris ; Wallert (Jules), à Saint-Louis (Haut-Rhin) ; M. Clairay (Francis), à Paris.

Médailles d'argent : MM. les Docteurs Acheray (Paul-Edouard-Joseph), à Paris ; Beauvy (Charles-Armand-Sulpice,) à Paris ; Besson (Albert), à Paris ; Besson (Jean-Baptiste), à Paris ; Crémieu (Robert), à Lyon (Rhône) ; Depierris, à Bordeaux (Gironde) ; Doucet (Paul-Marie-Léon), à Paris ; Dupuy (Jacques-Auguste), à Paris ; Finot (André-Léon-Eugène), à Paris ; Gontier (Jean), à Paris ; Linard (Jules-Athanase), à Rosny-sous-Bois (Seine) ; Payri (Pierre), à Narbonne (Aude) ; Perrier (E.), à Rouen (Seine-Inférieure) ; Picard (Louis-Charlemagne), à Paris ; Renault (Charles), à Paris ; Sasportes (Georges-Salomon), à Paris ; Soulayrol (Georges), à Marseille.

MM. Louis (Georges), à Paris ; Mazyer (Charles-Claude-Adrien), à Paris.

4° *Rappels de médailles de bronze* : MM. les Docteurs : Andraud (Louis), à Pontgibaud (Puy-de-Dôme) ; Bloch (Armand), à Neuf-Brisach (Haut-Rhin) ; M. Dang Nac Hen, à Phuly (Indochine).

5° *Médailles de bronze* : MM. les Docteurs Bompart (Edmond-Jean), à Port-de-Bouc (Bouches-du-Rhône) ; Deleuil (Marius-François-Jean-Baptiste),

à Salon-de-Provence (Bouches-du-Rhône) ; Depardieu (Henri-René), à Paris ; Dodero, à Hanoï ; Dusan (Jean), à Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Fajon (Emmanuel), à Marseille ; Fels (Jean-Baptiste), à Turckheim (Haut-Rhin) ; Gloaguen (André-Yves-Marie), à Bussangoa (A. E. F.) ; Goigoux (Franck), à Rochefort-Montagne (Puy-de-Dôme) ; Laplanche (Jean-Paul-Marie), à Paris ; Long (Henri-Marie-Pie), à Auriol (Bouches-du-Rhône) ; Maltrait (Pierre), à Arlanc (Puy-de-Dôme) ; Marx (Simon-Lucien), à Paris ; Pourrat (Marie-François-Alphonse), à Cunlhat (Puy-de-Dôme) ; Quenardel, à Namdinh (Tonkin) ; Rech (François), à Marseille ; Rio (Alfred), à la Courneuve (Seine) ; Tabouriech (Jules-Marie-Victor-Etienne), à Tarascon (Bouches-du-Rhône) ; Thomas (Louis-Marie-Saturnin), à Manzat (Puy-de-Dôme).

Mmes Baraton, née Bernard (Thérèse), à Aubervilliers (Seine) ; Chantal, née Acker (Jeanne), à Boulogne-Billancourt (Seine) ; Dauvé (Anasthasie), à à Pantin (Seine) ; Gouault (Marguerite), à Fontenay-sous-Bois (Seine) ; Lecan, née Leroyer (Jeanne), à Chatenay-Malabry (Seine) ; Lenthe, née Pontramier (Caroline), à Suresnes (Seine) ; Tauzin (veuve), née Armaud (Victoria-Alice), à Plessis-Robinson (Seine); Vaysse (Suzanne), à Bagnolet (Seine) ; Yulzari (Jeanne-Alberte), à Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Mlle Hatenu, à Fort-Bayard ; Mlle Pacconi (Gabrielle), à Paris

MM. Agnes (Fernand), à Clamart (Seine) ; Aubert (Emile), à Marseille ; Cottyn (Joseph), à Marseille ; Dang van du, à Hatinh (Inochine) ; Dao tu Thanh, à Vientiane (Laos) ; Degermann (Gustave), à Colmar (Haut-Rhin) ; Duong Tep, à Preyveng (Indochine) ; Farre (Julien), à Marseille ; Faure (Albert), à Marseille ; Gouault (Léon), à Fontenay-sous-Bois (Seine) ; Hauleux (Gabriel), à Pantin (Seine) ; Lepetit (Maurice), à Vincennes (Seine) ; Maiga (Boubakar), à Sélibaby (A. O. F.) ; Noyer (Gustave), à Marseille ; Nguyen van Lao, à Vientiane (Laos) ; Roy (Georges), à Drancy (Seine) ; Termolet (Raymond), à Billancourt (Seine) ; Vasselin, à Dieppe (Seine-Inférieure)

2° Vaccination antidiphtérique

1° *Médaille de vermeil* : Docteur Poncet (L.), à Bourg (Ain).

2° *Rappel de médaille d'argent* : MM. les Docteurs Maillard (H.), à Dijon (Côte-d'Or) ; Donato (Jean), Paris.

3° *Médailles d'argent* : MM. les Docteurs Basse (H.), Epinal (Vosges) ; Gauthier (L.), à Roman-sur-Isère (Drôme) ; Gautreau (Pierre), à Paris ; Roux (G.-G.), à Dijon (Côte-d'Or) ; Scherb (R.), à Montpellier (Hérault) ; Mlle Fontaine (Lydie-Amélie), à Ecouen (Seine-et-Oise).

MM. Langlois du Vivray, à Nice (Alpes-Maritimes) ; Lemétayer (E.), à Garches (Seine-et-Oise) ; Richou (R.), à Garches (Seine-et-Oise).

4° *Médailles de bronze* : MM. les Docteurs : Bourée (Fern.), à Châtillon (Côte-d'Or) ; Cavaniol (E.), à Alix (Côte-d'Or) ; Chauvenet, à Plombières-les-Dijon (Côte-d'Or) ; Contercin (Louis), à Martigues (Bouches-du-Rhône) ; Detouillon (Pierre), à Aignay-le-Duc (Côte-d'Or) ; Florentin (M.), à Norges (Côte-d'Or) ; Gouilly (Henriette), à Epinal (Vosges) ; Laplane (Marius-Joseph-Louis-Gustave), à Marignane (Bouches-du-Rhône) ; Le Pape (L.), à Plogastel-Saint-Germain (Finistère) ; Poisot (M.), à Beaune (Côte-d'Or) ; Ponson (Georges-Auguste), à Berre-l'Etang (Bouches-du-Rhône) ; Renardet, à Dijon (Côte-d'Or) ; Mme Mas, née Lièvremont, à Paris ; Farines (Jeanne-Marie), à Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Mlle Mingrat (Yvonne-Jeanne), à Martigues (Bouches-du-Rhône) ; M. Lucet (Antoine), à Valognes (Manche).

Bibliographie

Les médecins et les œuvres de l'esprit, par le Docteur P. Cibrie

(Conférence faite à la Journée médicale de Rouen, le 29 mai 1938).

Le *Berry Médical* a publié et édité la très intéressante conférence faite par le Docteur P. Cibrie à Rouen.

Le conférencier que nous félicitons de son érudition, a énuméré et commenté les mérites de nombreux « médecins qui acquirent une renommée d'ailleurs inégale dans les arts, certaines sciences extra-médicales, la politique et surtout la littérature ».

Nous ne pouvons citer la centaine de médecins ou évadés de la médecine dont P. Cibrie a découvert le « violon d'Ingres » ou qui se sont illustrés en marge des sciences médicales.

Il y a tout un chapitre qu'il n'a pas traité et que nous lui signalons, et qui pourrait faire le sujet d'une prochaine conférence. C'est celui des médecins archéologues et historiens. Très nombreux sont les médecins qui ont fait des recherches et des découvertes archéologiques importantes, depuis les préhistoriens, et les anthropologistes jusqu'aux historiens ; dans chaque région, et même dans chaque canton, se trouve toujours un médecin qui a écrit une histoire de la localité où il exerce.

J. N.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine** (Professeur Maurice Loeper ; Docteur André Lemaire, agrégé). — *Réunions médicales mensuelles sur des sujets d'actualité*, avec le concours des médecins de l'hôpital Saint-Antoine, le dernier jeudi du mois, à 10 heures, amphithéâtre Hayem.

PREMIÈRE RÉUNION. — Jeudi 26 janvier : *La goutte*. — Docteur GARCIN : Le rein goutteux ; Docteur M.-P. WEIL : Le rhumatisme goutteux ; Docteur BOULIN : Le colchique et la goutte.

DEUXIÈME RÉUNION. — Jeudi 23 février : *La leucémie aiguë*. — Docteur MARCHAL : Les aspects hématologiques ; Docteur TZANCK : Leucémie cryptogénique ; Docteurs LEMAIRE et MALLARMÉ : Tentatives thérapeutiques.

TROISIÈME RÉUNION. — Jeudi 30 mars : *L'hérédité digestive*. — Docteur BRÉCHOT : La prétendue appendicite familiale ; Docteur CARRIÉ : Hérédité du cancer de l'intestin ; Docteur CAIN : La débilité digestive.

QUATRIÈME RÉUNION. — Jeudi 27 avril : *Arthropathies endocriniennes*. — Docteur VIGNES : Rhumatisme et ovaire ; Docteur SAINTON : Rhumatisme et thyroïde ; Docteur TURPIN : Rhumatisme calcifiant.

CINQUIÈME RÉUNION. — Jeudi 25 mai : *Anémie et lésions gastriques*. — Docteur AUBERTIN : Formes de l'anémie du cancer gastrique ; Docteur MOUTIER : Lésions gastriques des anémies ; Docteur CHEVALLIER : Le traitement de l'anémie.

SIXIÈME RÉUNION. — Jeudi 29 juin : *Splénopathies et splénites*. — Docteur DE SÈZE : Rate et arthropathies Docteur SOULIÉ : Splénomégalie érythroblastique de l'adulte ; Docteur MAHOUDEAU : Mélanodermie splénique.

— **Clinique ophtalmologique** (Professeur M.-F. Terrien). — *Conférences de neurologie oculaire*. — MM. A. Tournay et E. Velter commenceront le jeudi 2 février 1939, à 18 heures, une série de conférences publiques et gratuites de neurologie oculaire, qui auront lieu les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure, à l'Hôtel-Dieu, amphithéâtre De Lapersonne, selon le programme ci-dessous :

1. Jeudi 2 février 1939, M. VELTER : Sémiologie des troubles oculo-moteurs associés. — 2. Samedi 4 février, M. TOURNAY : Sur l'application à la clinique neuro-ophtalmologique des explications physio-pathologiques (première leçon). — 3. Mardi 7 février, M. VELTER : Sémiologie des inégalités pupillaires. — 4. Jeudi 9 février, M. TOURNAY : Sur l'application à la clinique neuro-ophtalmologique des explications physio-pathologiques (deuxième leçon). — 5. Samedi 11 février, M. TOURNAY : Physiologie et physio-pathologie des pupilles avec application à la clinique neuro-ophtalmologique (première leçon). — 6. Mardi 14 février, M. VELTER : Sémiologie des perturbations des réflexes pupillaires. — 7. Jeudi 16 février, M. TOURNAY : Physiologie et physiopathologie des pupilles (deuxième leçon). — 8. Vendredi 17 février, M. VELTER : Sémiologie des perturbations du tonus pupillaire (par exception cette conférence aura lieu le vendredi matin 17 février, à 10 h. 30). — 9. Samedi 18 février, M. TOURNAY Physiologie et physiopathologie des pupilles (troisième leçon). — 10. Jeudi 23 février, M. VELTER : Sémiologie des hémianopsies hétéronymes. — 11. Samedi 25 février, M. TOURNAY : Physiologie et physiopathologie des pupilles (quatrième leçon). — 12. Mardi 28 février, M. VELTER : Sémiologie des hémianopsies homonymes. — 13. Jeudi 2 mars, M. TOURNAY : Les troubles visuels par perturbations cérébrales.

— **Clinique obstétricale Baudelocque** (121, boulevard de Port-Royal. Professeur : M. A. Couvelaire). — *Stage et cours de perfectionnement* du 6 février au 19 mars 1939, sous la direction du Professeur COUVELAIRE, avec l'assistance de MM. PORTES et LACOMME, agrégés ; SUREAU, LEPAGE, accoucheurs des hôpitaux ; M.-R. COUVELAIRE, chirurgien des hôpitaux ; M. POWILEWICZ, Mme ANCHEL-BACH, anciens chefs de cliniques ; MM. COEN et GRASSET, chefs de clinique ; M. JAMAIN, interne des hôpitaux.

a) STAGE CLINIQUE. — Exercices cliniques individuels (examen des femmes gravides, parturientes ou accouchées). Assistance aux accouchements et opérations, aux consultations de la policlinique et du dispensaire antisyphilitique. Assistance aux présentations de malades et aux discussions d'observations cliniques par le Professeur Couvelaire.

b) LEÇONS DE PATHOLOGIE OBSTÉTRICALE. — Ces leçons auront lieu chaque matin, à 11 heures. Elles porteront sur les sujets suivants : Diagnostic de la gestation au début. — Pathologie gravidique : vomissements, albuminurie, rétention chlorurée, rétention azotée, hypertension, apoplexie utérine, éclampsie convulsive. — Glycosurie et diabète pendant la gestation. — Hydramnios. — Gestations multiples. — Anomalies de situation de l'utérus gravide. — Hémorragies par insertion vicieuse du placenta. — Tuberculose et fonction de reproduction. — Syphilis et fonction de reproduction (diagnostic clinique et sérologique, prophylaxie et traitement). — Gonococcie et fonction de reproduction. — Infection de l'appareil urinaire pendant la gestation et la puerpéralité. — Cardiopathies et fonction de reproduction. — Déformations pelviennes. — Pathologie de la contraction utérine. — Anomalies de la dilatation du col. — Complications de la délivrance. — Infections puerpérales. — Gestations ectopiques. — D'autres sujets pourront être éventuellement traités à la demande des auditeurs.

c) LEÇONS DE TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — Ces leçons auront lieu l'après-midi, à 14 heures.

Programme. — Forceps. Extraction du siège. Version par manœuvres internes. Basiotripsie. Embryotomie rachidienne. — Dilatation artificielle du col utérin. — Hystérotomies par voie vaginale (incisions du col, césarienne vaginale). — Hystérotomies par voie abdominale (césariennes corporéales, césariennes basses, césarienne avec extériorisation temporaire de l'utérus). — Hystérectomies intra et post-partum. — Pelvitomies. — Chirurgie de la période de délivrance (délivrance artificielle, inversion utérine, transfusions). — Réparation des déchirures vaginales, périnéales et cervicales. — Chirurgie des tumeurs compliquant la gestation et la parturition.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Droits d'inscriptions : étudiants, 300 francs ; docteurs en médecine, 400 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures ou bien tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.)

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

Mutations dans le personnel médical (*suite et fin*)

CONSULTATIONS DE MÉDECINE. — 1° *A l'hôpital Broussais* (remplacement de Mme Fontaine, née Bertrand), M. JUSTIN-BESANÇON, médecin des hôpitaux;
2° *A l'hôpital Bichat* (remplacement de M. Garcin), M. WORMS, médecin des hôpitaux.
3° *A l'hôpital Broca* [consultation antivénérienne] (remplacement de M. Benda), M. KAPLAN, médecin des hôpitaux.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES. — 1° *A l'hôpital Broussais* (dès l'ouverture du service d'oto-rhino-laryngologie), M. CHATELLIER, titularisé.
2° *A l'hôpital Bichat* (dès l'ouverture du service d'oto-rhino-laryngologie), M. LEROUX (titularisé).
3° *A l'hôpital Ambroise-Paré* (dès l'affectation de M. Leroux à l'hôpital Bichat), M. AUBIN, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.
4° *A l'hôpital Claude-Bernard* (dès l'affectation de M. CHATELLIER à l'hôpital Broussais), M. BOURGEOIS, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux ;
5. *A l'hôpital Raymond-Poincaré, à Garches*, M. HUET, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.

OPHTALMOLOGISTES. — 1° *A l'hôpital Bichat* (dès l'ouverture du service d'ophtalmologie), M. PRÉLAT, titularisé.
2° *A l'hôpital Broussais* (dès l'ouverture du service d'ophtalmologie), M. HARTMANN, titularisé.
3° *A l'hôpital Cochin* (dès l'affectation à l'hôpital Bichat de M. Prélat), M. FAVORY, ophtalmologiste des hôpitaux.
4° *A l'hôpital Ambroise-Paré* (dès l'affectation à l'hôpital Broussais de M. Hartmann), M. PARFONRY, ophtalmologiste des hôpitaux.
5° *A l'hôpital Trousseau* (dès l'affectation à l'hôpital Cochin de M. Prélat), M. DOLLFUS, ophtalmologiste des hôpitaux.
6° *A l'hospice de Bicêtre* (dès l'affectation à l'hôpital Ambroise-Paré de M. Parfonry), M. HUDELO, ophtalmologiste des hôpitaux.

STOMATOLOGISTES. — 1° *A la policlinique du boulevard Ney* (en remplacement de M. Raison), M. FLEURY, titularisé.
2° *A l'hôpital Boucicaut* (en remplacement de M. Fargin-Fayolle, atteint par la limite d'âge), M. HOUZEAU, titularisé.
3° *A l'hôpital Cochin* (en remplacement de M. Gérard-Maurel), M. RAISON.
4° *A l'hôpital Hérold* (en remplacement de M. Ruppe), M. LACAISSE, titularisé.
5° *A l'Hôtel-Dieu* (en remplacement de M. Béliard, atteint par la limite d'âge), M. RUPPE.
6° *A l'hôpital de la Pitié* (en remplacement de M. Bozo, atteint par la limite d'âge), M. GÉRARD-MAUREL.

CHIRURGIENS. — 1° *A l'hôpital Cochin.* Transfert de la chaire de clinique urologique de Necker, titulaire M. le Professeur CHEVASSU, en remplacement de M. le Professeur Marion, admis à la retraite.
2° *A l'hôpital Necker* : M. GOUVERNEUR (ancien service du Professeur Marion).
3° *A l'hôpital Lariboisière* : M. FEY, en remplacement de M. Heitz-Boyer, promu à l'honorariat.
4° *A l'hôpital Saint-Louis* : M. MICHON, en remplacement de M. Gouverneur passé à Necker.
5° *Consultations de clinique à l'hôpital Saint-Louis* : M. CHIFOLIAU.
6° *A l'hôpital Bichat* : M. René BLOCH.

— **Médailles de l'internat.** — *Médecine.* Jury après acceptation : MM. Marchal, Paisseau, Etienne Bernard, Guy Laroche, Ameuille. Censeurs : MM. Mousseoir, de Sèze.
Chirurgie et accouchements. Jury (après acceptation) : MM. Gueullette, Brocq, Fredet, Rouhier, Lacomme. Censeurs : MM. Redon et Raymond Bernard.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Aliénés étrangers internés en France.** — Le nombre des aliénés étrangers actuellement internés dans les hôpitaux psychiatriques français s'élève à 4.388, dont 1.116 italiens, 982 polonais, 546 russes, 352 espagnols, etc. (*J. Officiel* du 15 décembre 1938).

— **Le « Medical Registrer » de 1939.** — Le « Medical Registrer », registre officiel sur lequel les médecins doivent être obligatoirement inscrits en Angleterre, fait connaître qu'il existe : 9.444 médecins exerçant à Londres, 27.985 en province, 6.091 en Ecosse, 3.712 en Irlande et 10.729 dans le reste de l'Empire, au total 61.109.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Les médecins diplômés d'Université ne peuvent s'installer dans les Colonies françaises

7.799. — M. Louis Aubert demande à M. le ministre des Colonies, si un docteur en médecine, n'ayant que le diplôme d'Université peut s'installer dans les colonies françaises. (*Question du 20 décembre 1938*).

Réponse. — La loi française du 26 juillet 1935 relative à l'exercice de la médecine en France, a été rendue applicable aux colonies par le décret du 18 janvier 1936. En conséquence, seuls les médecins citoyens ou sujets français ou ressortissants de pays placés sous le protectorat de la France et titulaires du diplôme de l'Etat français de docteur en médecine peuvent être autorisés à exercer la médecine dans les colonies françaises. Dans les pays placés sous mandat français, l'exercice de la médecine par des médecins étrangers « est subordonné à une autorisation accordée par arrêté du commissaire de la République, sous réserve de l'approbation du ministre des Colonies, dans un délai de six mois ». (Décret du 18 mars 1936, art. 2). Il n'existe actuellement aucune vacance d'emploi dans les territoires sous mandat.

(*J. O.*, 31 décembre 1938.)

Remboursement aux assurés sociaux des médicaments homéopathiques

7.385. — M. André Parmentier demande à M. le ministre du Travail à quel taux les Caisses primaires doivent rembourser aux assurés les produits homéopathes prescrits par certains médecins traitants (granules, gouttes et doses). (*Question du 21 octobre 1938.*)

Réponse. — Les produits homéopathiques spécialisés ne peuvent être l'objet d'un remboursement par les organismes d'Assurances sociales que s'ils ont été inscrits au laboratoire national de contrôle des médicaments. Le remboursement est fait suivant le taux applicable à la catégorie dans laquelle chaque produit a été classé, conformément aux dispositions de l'arrêté du 15 mars 1938, par la Commission prévue à l'article 6, paragraphe 9, du décret-loi du 28 octobre 1935. Quant aux produits homéopathiques magistraux, ils sont remboursés dans les mêmes conditions que les préparations magistrales allopathiques.

(*J. O.*, 20 décembre 1938.)

L'organisation locale du Syndicat médical dans la Région parisienne

Nous recevons la lettre suivante que nous nous faisons un devoir de publier :

Mon cher confrère,

J'ai lu avec le plus grand intérêt l'article du Docteur Georges Boyé, dans le *Concours Médical*, du 4 décembre 1938, sur l'organisation médicale de la Région parisienne.

Il m'apparaît en effet que nos Syndicats médicaux n'ont pas la place qu'ils devraient occuper ; ils n'ont pas assez l'oreille des Pouvoirs publics, ni un poids suffisant auprès des puissants organismes que représentent notamment les Caisses d'assurances sociales et les Mutuelles ; c'est un fait indiscutable et reconnu de tous : la dispersion des efforts et des forces en plusieurs syndicats est, sans conteste, une des causes majeures du peu de résultats qu'obtiennent nos Syndicats.

Je puis dire qu'au Syndicat médical de Seine-et-Oise nous sommes, en principe, partisans d'une Union des Syndicats médicaux de la Région parisienne qui serait :

1° Cette replique logique qu'appelle depuis longtemps l'Union des Caisses d'assurances sociales de la Région parisienne ;

2° L'organisme d'études, de travail et d'action pour toutes les questions médicales intéressant la Région parisienne.

Une fois réunis autour de la même table, les représentants des divers syndicats devront réaliser le travail le plus urgent : rapprocher et unifier leurs points de vue, actuellement beaucoup trop divergents sur les questions importantes : par exemple, la manière de comprendre la collaboration avec les Caisses, ou bien l'interprétation de l'entente directe.

Alors ayant adopté une doctrine commune et un plan commun d'action, l'Union des Syndicats médicaux de la Région parisienne aura une force puissante qui lui permettra de grouper et diriger toutes les activités médicales. Représentant réellement, sur tous les plans, le Corps médical de la Région parisienne, l'Union des Syndicats médicaux de la Région parisienne pourra se faire entendre et, ce jour-là, elle sera écoutée.

Je vous serai reconnaissant, mon cher confrère, si vous voulez bien publier cette lettre dans votre journal, le titre pourrait être :

« Vers une Union des Syndicats médicaux de la Région parisienne ».

Avec l'expression de mes sentiments confraternels les meilleurs.

Le Secrétaire adjoint :
Dr MACKIEWICZ.

Nous ne saurions qu'approuver notre confrère Le manque de coordination des efforts des Syndicats médicaux de la Région parisienne, anihile leur action. Depuis de longues années on prêche la cohésion et l'entente. Quand serontelles réalisées ? Si on y réfléchit, il n'y a pas de sérieux obstacles à opposer à une union intime que désirent la plupart des praticiens de cette région.

J. N.

Manifeste de la Ligue du Lait

La Ligue du lait a pour objet de contribuer à assurer la production et la distribution d'un *lait pur, propre et sain.*

Elle ne perd pas de vue son but, notamment en ce qui concerne les qualités hygiéniques du lait, mais elle reconnaît les difficultés de l'atteindre tout de suite.

Elle ne redoute ni le délai que lui imposent les conditions actuelles de la production du lait, ni les difficultés à vaincre ; mais elle sait qu'un problème pressant se pose, celui de donner aux enfants, aux malades, aux vieillards, un lait qui soit un aliment de bonne qualité hygiénique.

Aussi accepte-t-elle comme une solution immédiate, indispensable, que le lait délivré pour la consommation, soit pasteurisé, sous contrôle officiel. Cette pasteurisation s'entend d'une opération bien faite, dans des établissements surveillés et portant sur un *lait aussi sain et aussi propre que possible.*

La réalisation urgente de la pasteurisation contrôlée du lait livré à la consommation donnera une sécurité immédiate, à la faveur de laquelle la Ligue entend poursuivre, avec tous les hygiénistes, sa campagne d'étude, de documentation et de propagande pour la production et la consommation du *lait pur, propre et sain,* qui reste son but.

La Ligue entend dès maintenant encourager et divulguer tous les efforts qui sont faits par des producteurs, des industriels ou par des collectivités pour améliorer les qualités hygiéniques du lait, comme la délivrance du lait pasteurisé en bouteilles d'un litre au maximum, préalablement stérilisées, à fermeture inviolable, portant date et lieu de pasteurisation.

La Ligue du lait, secrétaire général : 7, rue Gustave-Nadaud, Paris (XVIe).

O O O

CORRESPONDANCE

FISCALITÉ

8.826. — Les quittances d'honoraires pour soins à un accidenté de droit commun sont assujetties au timbre

Abonné au Sou Médical, je viens vous demander un renseignement. Un de mes clients est blessé au cours d'un accident de voiture, au mois de mai. En novembre, il me règle ma note d'honoraires s'élevant à 4.000 francs et me demande un reçu pour son avocat. Je lui ai donc, sur papier libre, délivré un reçu de la somme de 4.000 francs. sans aucun timbre.

Je reçois aujourd'hui du Bureau de l'Enregistrement une feuille me réclamant 52 fr. 80 pour droits de timbre. Est-ce à moi de payer ? et que dois-je répondre dans le cas contraire ?

Dr P.

Réponse

Lorsque vous avez délivré le reçu vous auriez dû y apposer des timbres fiscaux pour une valeur alors de 2 fr. 20 (2 fr. 40 depuis le décret du 12 novembre 1938).

L'Enregistrement vous réclame maintenant 52 fr. 80 à titre de droits et pénalités. Il convient de les payer et de rédiger en même temps une demande que vous déposerez au Bureau d'Enregistrement, demande faite sous forme de simple lettre dans laquelle vous solliciterez la remise d'une partie des droits en prétextant de votre ignorance. Peut-être obtiendrez-vous un dégrèvement.

A. et S. MARTINOT,
Conseillers fiscaux

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

8.863. — Périodes obligatoires pour être promu médecin capitaine

J'ai fait mon service militaire du 19 octobre 1936 au 15 octobre 1937, cinq mois comme médecin auxiliaire et sept mois comme sous-lieutenant (titulaire du brevet de la P. M. S.) ;

2° Du 19 au 28 octobre 1937, j'ai accompli une période militaire de dix jours ;

3° J'ai été promu au grade de médecin lieutenant par décret du 16 décembre 1937 (rang du 21 septembre 1937) ;

4° J'ai été mobilisé du 24 septembre au 11 octobre 1938, soit pendant dix-huit jours.

Pourriez-vous m'indiquer par la voie du *Concours* auquel je sus abonné ce qui me reste à faire comme période jusqu'à ma promotion au grade de médecin-capitaine.

Dr H.

Réponse

Vous aurez encore une période à faire, pour compléter à deux le nombre de celles exigées en vue d'une proposition pour le grade de capitaine, sans compter le minimum exigé de six ans de grade de lieutenant.

D'autre part, durant toute la durée de vos obligations militaires et indépendamment de la question d'avancement, vous pourrez être convoqué tous les deux ou trois mois pour une période d'instruction.

9.576. — Réquisition du médecin en cas de mobilisation

Je viens vous demander quelques renseignements sur l'application de la loi de juillet 1938, ayant trait à la mobilisation civile.

Dégagé de toute obligation militaire :

1° Sous quelle forme puis-je être réquisitionné ?

2° Par quelles autorités ?

3° Dans ce cas quelles seraient mes obligations ?

4° Quelle serait ma rémunération ?

Dr L.

Réponse

C'est l'autorité civile (La Préfecture) qui pourrait vous réquisitionner soit pour assurer un service public d'hygiène, de défense passive, soit pour assurer les soins médicaux à une population civile dépourvue.

Tout citoyen réquisitionné a l'obligation de répondre à l'ordre de réquisition, sauf incapacité physique, dûment constatée.

En dehors d'un service public, qui vous assurerait une rémunération (dont le montant n'est pas fixé) vous seriez honoré par vos malades de la population civile.

Vous pouvez dès le temps de paix souscrire un engagement militaire pour le temps de guerre, en vous adressant au Bureau de recrutement. Votre aptitude physique ayant été constatée, vous recevriez une affectation à l'intérieur et conserveriez le grade que déjà vous possédiez dans l'Armée au moment de votre radiation des cadres.

9.830. — Affectation à la défense passive après cessation des obligations militaires

Classe 1909, je ne suis plus mobilisable depuis le 15 octobre dernier, mais je n'en suis pas moins, je crois, à la disposition du ministre de la Guerre, c'est-à-dire du Directeur du Service de santé pour deux années.

En quoi consiste cette disposition ? Quelle affec-

tation le Directeur du Service de santé peut-il me donner, affectation dans la ville que j'habite ou envoi à l'extérieur ? Serais-je payé et selon quelles règles ?

Voulez-vous avoir l'obligeance de contenter ma curiosité qui est celle d'ailleurs de quelques autres confrères.

Dr D.

Réponse

Vous restez pendant deux ans après votre libération normale, à la disposition du ministre de la Guerre, spécialement pour la défense passive.

Pour votre affectation, il n'y aura qu'à vous conformer à l'ordre que vous recevrez. Il semble que vous devrez être affecté à un poste de votre localité, ou bien aussi rapproché que possible.

Il s'agira d'un « ordre de mobilisation », et pendant ces deux années, vous resterez soumis aux lois et règlements militaires ; logiquement vous devez donc garder la solde de votre grade, au temps où vous étiez encore mobilisable dans les conditions habituelles.

QUESTIONS DIVERSES

9.527. — L'automobile du médecin peut-elle être saisie ?

Je vous prie de me faire savoir si l'automobile qui sert au médecin pour ses visites, est considérée comme instrument de travail, et s'il peut y avoir saisie en cas de poursuites judiciaires.

Dr X.

Réponse

Une loi du 13 avril 1932 a modifié l'article 592 du Code de procédure civile qui fait échapper certains objets à la saisie-exécution.

Aux termes des §§3 et 4 de cet article ainsi modifié, ne peuvent être saisis les livres relatifs à la profession du saisi, jusqu'à la somme de 5.000 francs à son choix, ainsi que les machines et instruments servant à l'enseignement, pratique ou exercice des sciences et art jusqu'à concurrence de la même somme et au choix du saisi.

Par conséquent, dans la mesure où la voiture automobile peut être considérée comme servant à l'exercice de la profession médicale, elle peut échapper à la saisie-exécution, mais à la condition que sa valeur n'excède pas 5.000 francs ou la valeur restant disponible après distraction de la saisie des instruments professionnels d'une valeur totale inférieure à 5.000 francs.

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Demande de reçu avant paiement (*suite*)

Cette fois, il y a mieux. Un *imprimé* provenant de l'agent d'assurance à G. de la M. et envoyé aux médecins est ainsi conçu :

A lire attentivement

Ci-joint quittance de règlement, que vous voudrez bien faire encaisser à mon bureau par le moyen qui vous conviendra le mieux.

Si vous désirez recevoir couverture directement, veuillez me retourner dès que possible la présente quittance revêtue de votre signature et, dès réception, je vous en ferai parvenir le montant par chèque ou virement si vous êtes titulaire d'un compte courant postal. Dans ce dernier cas, veuillez bien me faire connaître le numéro de votre compte.

X..., Assurances à G....

9.591. — Radiographie de doigt face et profil

Je lis dans le numéro du *Concours Médical* du 11 décembre au § 8.370 que vous proposez de demander 75 francs pour une radiographie de doigt (face et profil) :

1° Je m'étonne que le tarif n'ait prévu qu'une seule incidence pour une radio de doigt alors qu'il est évident que la deuxième est presque toujours indispensable ;

2° Il me paraît illogique de compter 50 % en sus pour celle-ci au lieu des 75 % admis pour une radiographie comparative du côté sain, d'autant plus que si on examine le tarif, on remarque que la radiographie d'un membre face et profil est sensiblement celle d'une incidence augmentée de 75 % (genou 190 contre 125, etc.) ;

3° J'ai toujours fait admettre jusqu'à présent par les Compagnies d'assurances, le tarif de 75 % en sus sans aucune difficulté.

Dr L.

Réponse

J'ai déjà pris en note et proposerai à la prochaine réunion de la Commission du tarif que la rubrique « radio du doigt ou orteil de face et de profil » soit ajoutée, puisqu'il y a omission à ce sujet.

Dr F. DECOURT.

9.609. — Le radiographe ne doit envoyer au patron ou assureur qu'une seule épreuve et non deux

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner votre avis sur la lettre ci-jointe et son post-scriptum.

J'avais envoyé à la Compagnie d'assurances, le cliché et une épreuve avec le commentaire, comme je le fais depuis quinze ans, avec toutes les Compagnies d'assurances sans qu'aucune n'ait jamais rien trouvé à redire, ni à . . , soustraire.

Dr B.

Monsieur,

J'ai l'avantage de vous adresser, sous ce pli, la quittance de vos honoraires pour les sinistres B. et V. F., dont vous trouverez le détail, s'élevant à 136 francs.

Par chèque postal, je vous couvre de ladite somme. Je vous prie de bien vouloir de retourner ladite quittance régularisée par un prochain courrier.

Avec mes remerciements anticipés, veuillez croire, Monsieur, à l'expression de mes meilleurs sentiments.

P. S. — Le montant total de la note était de 160 francs pour radiographie de l'épaule.

La Compagnie a déduit celle de 24 francs, parce que, en remettant le cliché, vous vous êtes abstenu de faire les deux épreuves que vous devez obligatoirement remettre avec une note explicative au blessé et au patron, ou à la Compagnie qui l'assure. Epreuves dont le prix est compris dans le tarif des radios.

Réponse

Le prix d'une radiographie de l'épaule est bien de 160 francs. Je ne comprends pas pourquoi la Compagnie a déduit 24 francs sous prétexte qu'elle n'a pas reçu les deux épreuves dont il est parlé dans le Tarif. Vous n'aviez en effet, à adresser au patron (ou à son assureur substitué) qu'une seule épreuve avec commentaire détaillé ce que, me dites-vous, vous avez fait. Quant à la seconde épreuve, elle doit être remise, ni au patron ni à l'assureur, mais bien « au blessé », ainsi qu'il est dit art. 27-observation 6°, *in fine*. Cette deuxième épreuve avec commentaire détaillé, est une affaire à régler uniquement entre le blessé et vous, mais ne regarde en rien la Compagnie, à moins que ce soit le blessé qui ait porté plainte à ce sujet, au cas où vous ne lui auriez pas remis la seconde épreuve et son commentaire détaillé.

Dr F. Decourt.

9.740. — Fracture du rachis

Combien tarifer l'acte suivant :

Blessé atteint de fracture lame, 3e cervicale, tête en position torticolis, redressement et immobilisation par minerve silicatée.

Dr B.

Réponse

Je ne vois dans le tarif, en l'espèce, que « fracture du rachis » : 275 francs. D'ailleurs, rien que la réfection de plâtre (type coxalgie au corset)

est tarifée déjà 150 francs. La « minerve » peut être considérée comme un « corset cervical » si j'ose dire. Vous avez fait dites-vous un redressement », avant la contention par minerve, il n'y a donc, en somme, dans les 275 francs que 125 francs de plus pour la réduction dont vous parlez.

Dr F. DECOURT.

9.570. — Visites multiples concomitantes avec le médecin patronal

Exerçant ma profession au cœur d'un bassin minier, je suis appelé à donner mes soins à de nombreux blessés, accidentés du travail. Conformément à son droit, la Direction des Mines fait procéder à des contre-visites par son médecin personnel (en accord, ou du moins par tolérance, ce qui est regrettable, le Juge de paix n'intervient pas, mais passons).

Pour le paiement de mes honoraires, la Mine prétend qu'au cours d'une séance de contre-visites, elle ne doit la majoration de 50 % que pour un seul blessé, alors qu'avec le confrère de la mine, nous en voyons toujours plusieurs.

Est-ce exact ? La chose est possible. On m'a répondu que c'était un fait de droit. De sorte que si nous voyons en contre-visite dix blessés, je n'ai le droit, aux dires de la Direction, qu'à la majoration de 50 % pour un seul blessé (je n'ai pu recueillir ce tuyau dans aucun numéro du *Concours*).

Votre avis autorisé me ferait plaisir.

Dr B.

Réponse

Voir l'art. 3 du tarif concernant : 1° la visite dite de contrôle en *a*) ; 2° la visite dominicale en *b*) ; toutes deux majorées de 50 %. Or, on lit au troisième alinéa : « Lorsque plusieurs des visites susvisées auront lieu au cours d'un même rendez-vous, le prix de la première sera seul majoré de 50 % ». La Compagnie est donc dans son droit.

Dr F. DECOURT.

9.260. — Supplément supprimé pour radio sous plâtre

Voudriez-vous me dire si l'omission du *Journal Officiel* portant tarif accident du travail (22 mars 1938) a été réparée quant au supplément dû au radiologiste pour radio sous plâtre.

L'ancien tarif spécifiait : « En cas d'appareil plâtré, il est alloué un supplément de 30 francs.

« Ces prix s'entendent pour un cliché et une épreuve, etc. »

Si le nouveau, manifestement, a omis par erreur les premières lignes, comme vous pouvez voir, et les

Compagnies d'assurances refusent le supplément normal.

Avez-vous des renseignements sur ce qui a pu être fait comme complément et réparation de cette erreur ?

Dr L.

Réponse

Le supplément pour « radio sous plâtre » a été supprimé dans le nouveau tarif, car, paraît-il, avec les progrès de la radiographie, un appareil plâtré n'a plus aucune importance dans la prise d'une radio » (*sic*). Ce ne fut donc pas par oubli, mais volontairement que cette suppression fut effectuée.

Dr F. Decourt.

7.185. — La majoration dominicale n'existe que pour la visite

Un blessé ayant son bulletin d'accident du travail, ne vient pas me trouver, en semaine, mais me fait demander le dimanche parce que son état lui paraît s'être aggravé. Je fais une incision pour abcès, une injection de sérum antitétanique, que dois-je compter pour la visite du dimanche, l'incision d'abcès, l'injection de sérum antitétanique, et les deux certificats.

Dr C.

Réponse

Vous ne pouvez compter de majoration dominicale pour les interventions. Or, ici vous ne pouvez compter visite plus intervention, ce serait le cumul interdit par l'art. 13. Il s'ensuit que vous avez à compter vos deux interventions, à savoir « incision d'abcès plus injection anti-tétanique, plus certificat initial et sa copie », en additionnant les trois choses, mais sans majoration dominicale spéciale.

Dr F. Decourt.

ACCIDENTS

9.304. — Accident de droit commun, obligation de l'auteur de l'accident

Il y a onze mois, un blessé m'est amené par un automobiliste : lésions, orchite droite plus hématurie, suite de contusion.

L'automobiliste habitant Paris me donne le nom et l'adresse de sa Compagnie d'assurances.

J'envoie ma note à l'auteur de l'accident qui m'avait laissé sa carte. Pas de réponse.

J'écris à la Compagnie d'assurances, pas de réponse : le blessé est venu me relancer à plusieurs reprises, car il a eu sa motocyclette abîmée dans l'affaire, mais : 1° le blessé n'avait pas de permis de conduire ; 2° il était dans son tort, à gauche, au moment de l'accident. Faut-il citer devant le Tribu-

nal civil blessé et auteur de l'accident involontaire ou n'en rien faire ? Dr M.

Réponse

Le fait que le blessé vous a été amené par l'automobiliste qui l'avait renversé, ne saurait suffire à lui seul pour obliger cet automobiliste au paiement de vos honoraires.

Il faudrait pour cela que l'automobiliste ait pris expressément ou tacitement l'engagement de faire son affaire personnelle du paiement de votre note d'honoraires et, qu'en cas de dénégation, vous soyez en état de faire la preuve de cet engagement par écrit ou par témoins.

Faute par vous de pouvoir apporter une telle preuve, vous n'auriez de recours que contre le blessé lui-même qui a bénéficié de vos soins....

Bien que le succès d'une telle intervention paraisse peu probable, nous pourrions d'abord faire une démarche au siège de la Compagnie d'assurances pour tenter de vous faire obtenir un règlement amiable.

Veuillez donc pour cela nous adresser une copie détaillée de votre note d'honoraires avec les noms et adresses du blessé et de l'automobiliste auteur de l'accident.

Si cette démarche échoue, nous demanderons ensuite au Conseil d'administration de la Ligue de vous faire bénéficier de l'appui de la Ligue pour exercer une action en paiement contre le blessé.

9.254. — Paiement des frais médicaux en cas d'assurance individuelle

Une assurance individuelle signée, il y a plusieurs années, garantit les soins médicaux au tarif des accidents du travail.

L'Assurance déclare se refuser à payer le nouveau tarif de 17 francs, etc.

Elle prétend que sa police étant signée au tarif ancien, le nouveau tarif ne peut lui être appliqué ? ?

J'ai l'impression que la Compagnie a raison ? ?

Dr A.

Réponse

Dans une assurance individuelle de droit commun les parties ont la faculté de fixer, comme elles l'entendent, les bases de l'indemnisation en cas de sinistre.

Si donc, il a été stipulé dans le contrat de votre client que les frais médicaux seraient remboursés sur la base du tarif des honoraires médicaux en matière d'accidents du travail qui se trouvait en vigueur au moment de la signature, la Compagnie d'assurances ne peut être tenue de supporter les majorations qui se sont produites depuis lors, dans ce tarif.

Dans ce cas, vous pouvez accepter le règlement proposé par la Compagnie sur les bases de la police, mais en prenant bien soin de faire des

réserves dans la quittance pour le paiement du solde de vos honoraires.

Il faudra ensuite que vous demandiez au blessé lui-même le paiement de la différence et s'il refuse de payer que vous portiez l'affaire en justice de paix.

9.223. — Régime nouveau d'indemnisation des accidents du travail

Nommé souvent expert médical par le Tribunal de la ville où j'exerce dans les affaires d'accident du travail, seriez-vous assez aimable de me dire s'il existe une nouvelle documentation sur le taux de l'incapacité permanente et partielle à appliquer et, dans ce cas me l'adresser ; car, d'après le Président du Tribunal cette documentation prend effet à partir du 1er janvier 1939.

Dr D.

Réponse

La loi nouvelle sur les accidents du travail qui est entrée en vigueur le 1er janvier contient les dispositions suivantes au sujet de l'indemnisation des incapacités permanentes partielles ou totales :

« Pour l'incapacité permanente et partielle, à une rente égale, pour la partie du taux d'incapacité ne dépassant pas 50 p. 100, à la moitié de la réduction que l'accident aura fait subir au salaire annuel défini à l'article 10 et à la totalité de cette réduction pour la partie de ce taux excédant 50 p. 100.

Pour l'incapacité permanente et totale, à une rente égale à 75 p. 100 dudit salaire annuel.

Le montant de la rente est toutefois porté à 100 p. 100 du salaire, si la victime est atteinte d'une incapacité totale de travail l'obligeant, pour effectuer les actes ordinaires de la vie, à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne. Ladite rente est, en outre majorée d'une somme de 3.000 francs dans les conditions de la loi du 30 avril 1931.

Le taux d'incapacité est déterminé d'après la nature de l'infirmité, suivant un barème indicatif d'invalidité, établi d'après celui en usage pour l'application de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires, modifié ou complété, s'il y a lieu, par un règlement d'administration publique pris après avis de la 4e section du Conseil supérieur des assurances privées.

Pour l'entrée en vigueur de la loi, c'est donc le barème des invalidités en usage pour les pensions de guerre qui devra être appliqué jusqu'à ce qu'il ait été modifié ou complété par le règlement d'administration publique, ci-dessus visé qui n'est pas encore décrété.

Soixante et unième année N° 5 29 Janvier 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	70 fr.	Belgique et Luxembourg..	80 fr.
Etudiants	45 fr.	Première Zone...........	95 fr.
Le Numéro...........	2 fr.	Deuxième Zone..........	120 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard, Timsit, (Jules) (engl. spok).
Amélie-les-Bains : Alardo, J. Bouix.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot et Rozet, (*Mais. cur. hélio-mar.*), Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : L. Bertier, Ricoux.
Beausoleil : Andoly.
Biarritz : Clavel Pierre, Lacour.
Boulou (le) : Jean Noguès.
Biskra (Sud-Algérien) : Chatenier (*ophtalm.*)
Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Trotot.
Cannes : Bourgeois-Gavardin, P.-E. Bousquet, P. Houssiaux, Joublot, Makereël, P. Roques (*Y. O. R. L.*), Monod, R. Stauder.
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-plage : E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chamonix : de Chabanolle.
Ciboure : P. Sousbielle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Brody, Chaumet, Wetterwald.
Hyères : Fohanno, Valmyre, Verrier.
Jougne : P. Charlin.
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (*chir.*), A.E. Lévy (*gynéc.*)
La Seyne : Grandjean, J.-M. Jaubert, Makereël.
Magagnose-de-Grasse : Gordon.
Mégève (Hte-Sav.) : M. Grenet, Jacqueline Grenet.
Menton : Camaret, P. de Lengenhagen, Paul Ray.
Mont-Dore : Debidour.
Monte-Carlo : S. Vivant.
Nice : Bernard, Brouxel (*Chir.*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Dormoy, Drapier, M. Faure, Gazzola, Gaudichon (*O. R. L.*), Guerry, E. Guérin, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Larue, Le Geard, (*mal. nerv.*) Lelongt Max, Liotard, Malaussène, (*Pn. art.*), Nafilyan, Nicolas, Phipps (*derm.*), Piettri, Rouvière, Sineau (*acc.*), Trutié de Vaucresson (*chi. acc.*), Vizerie.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet J. Lorber.
St-Didier : A. Masquin.
Ste-Maxime-sur-Mer : Bausset, Ficonetti.
St - Raphaël - Valescure : Boulle (*Gyn. v. u.*), Léon Clément, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux de Laroque, Tridon.
Sanary-sur-Mer : P. Gaillard.
Saujon : Dubois.
Toulon : Jamin (*chir.*)
Vernet-les-Bains : Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.
Villard-de-Lans : Bassage (*Mal. des enf.*), Héraut (*mal. enf.*), Suau (*Mal. enf.*)

Renseignements

Grasse. " La Brise " : Air, soleil, repos, régimes. Dr Borg.

« La Soleillette » Bandol-sur-Mer (Var). Soleil. Régime.

Rendre un médicament agréable, c'est en doubler la valeur thérapeutique, car l'estomac qui l'accepte bien le digère mieux. Dans toutes les dyspepsies, donner des TABLETTES DE MANGAÏNE, c'est guérir vite et agréablement. Sucer 4 à 6 TABLETTES DE MANGAÏNE, par jour.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

Établissement hydrominéral du Boulou. Foie. Voies biliaires. Maladies coloniales. Ouvert toute l'année. Renseign. : Dr Noguès, Le Boulou (Py.-Or.)

ORTHO, **6, Boulevard du Temple, Paris.** Ceintures, bas, bandages, gaines, lits mécaniques, etc.
Médecins et clients sont toujours satisfaits.

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 2 fr. pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Nº 35. — Jne méd. français, anc. assistant sana, au courant pneumo, radio, laborat., cherche place assistant sana, ou remplacement, ou aide médecin cabinet phtisiologie.

Nº 36. — Visiteur médical ayant voiture et bonnes références, recherche laborat. pour visiter les médec. de S.-et-O. et S.-et-M.

Nº 37. — Ondes courtes : à vendre appareil ondes multiples Lakovsky grand modèle, valeur 20.000 fr. Faire offres.

Nº 38. — Jne docteur ayant référ. cherche remplacem. Paris ou banlieue immédiate.

Nº 39. — Pour assoc. en vue success., import. clin. chirurg. génér. et orthop. Sud-Ouest, cherche chirurg. pouvant faire apport.

Nº 40. — Méd. de l'Ouest cherche confrère non mobilisable pouvant tenir clientèle en cas de guerre. Chef-lieu canton. Maison confort. (eau, chauff, centr.), jardin.

Nº 41. — Infirmière diplômée Etat cherche emploi chez médec., dentiste ou dispensaire Paris ou banlieue proche.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

CABINET BREITEL ET GORET

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

A toucher Paris. Très grosse client., affaire anc., vaste appart. Prix 120.000, 65.000 cpt.

Bourgogne. Belle région à 175 kil. de Paris. client très anc. dans petite ville. Maison agréable avec le conf., petite indemn.

Côte Varaise. Jolie stat., peu concur. habit. très conf., avec jardin bord de mer. Indem. 35.000. très pressé.

Côte d'Azur. excel. cabinet d'électro-rad. cession avec longue présentat. Prix 100.000 y compris matér.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Médaille du Professeur Frœlich.** — Les amis et les élèves du Professeur Frœlich, désireux de lui prouver leur attachement, ont décidé de faire graver une médaille à son effigie. Un Comité a été constitué dans ce but, sous la présidence d'honneur de M. le doyen Spillmann.

Une réplique en bronze de la médaille sera adressée pour toute souscription d'au moins 100 francs.

Adresser les souscriptions à M. le Docteur Corret, 142 *bis*, rue Saint-Dizier, à Nancy. Compte chèque postal : Nancy, nº 223.82.

— **Société de médecine de Paris.** — Le Bureau pour l'année 1939 est ainsi composé : Docteur Carle Rœderer, président ; Docteurs Georges Luys, Lhermitte et Joly, vice-présidents ; Docteur Bécart, secrétaire général.

— **Syndicat des chirurgiens français.** — Bureau pour 1939 : Professeur Marquis (Rennes), président ; Professeur Guyot (Bordeaux), MM. Buizard et Deniker, vice-présidents ; M. Planson (Paris), secrétaire général ; M. Ricard (Douai), secrétaire général adjoint ; M. Iselin (Paris), trésorier ; M. Sureau (Paris), archiviste.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** — *Diplôme de médecin colonial et de médecin breveté de la Marine marchande.* — La 33e série d'études pour la préparation au diplôme de médecin colonial et à l'examen de médecin breveté de la Marine marchande (novembre-décembre 1938) a été suivie par 48 auditeurs, dont 7 avaient bénéficié de bourses d'études offertes par la Société parisienne d'expansion chimique « Specia ».

Après examen, ont reçu le diplôme de médecin colonial de l'Université de Bordeaux : MM. Abdel-Aziz, Amin, Bassali, Berger, préparateur, Brunet, Casteigt, Cazenabe, Docteur Courteix, Crabit, Delaunay, Durrieu, El Akkad, Mlle Foucault, MM. Gouda, Jacques, Lafon, Mankarios, Mazaudon, Meignie, Meulet, Moura, Nicolas, Nury, Perrin, Perrineau, Rual, préparateur, Mlle le Docteur Saint-Paul, M. le Docteur Sid Kara, MM. Souffron, Tardin, Thomas, Vergez, aide d'anatomie, Walli.

Sont proposés pour l'inscription au tableau des médecins brevetés de la Marine marchande : MM. les Docteurs Barsoum, Courteix, Magnol, Marchetti, Maury, Sid Kara.

La trente-quatrième série d'études aura lieu du 3 novembre au 23 décembre 1939.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine de Bordeaux.

— **Société des amis du Muséum.** — M. le Docteur A. Gauducheau a fait le 21 janvier 1939, au

Muséum d'histoire naturelle, 57, rue Cuvier, une conférence sur : *Les conditions biologiques artificielles de la civilisation.*

— **Fédération des Syndicats médicaux de la Haute-Garonne.** — Notre collaborateur et ami, le Docteur J.-P. TOURNEUX, chirurgien des hôpitaux de Toulouse, vient d'être élu président de la Fédération des Syndicats médicaux de la Haute-Garonne.

Nous lui adressons nos plus sincères félicitations.

— **Parti social de la Santé publique.** *Vœu concernant la dénatalité.* — Constatant que les statistiques et graphiques qui permettent en chaque département, et même en chaque commune, de suivre les mouvements de la vie, et de la dénatalité si dangereuse pour le pays à l'heure actuelle, restent généralement ignorés de ceux mêmes qu'ils concernent, le Parti social de la Santé publique demande :

Que ces documents soient affichés, de manière à attirer et à retenir l'attention, dans les établissements publics, préfectures, mairies, écoles, bureaux de perception, etc.

Qu'ils soient regardés, comme les éléments les plus essentiels à l'enseignement de l'histoire nationale et locale, afin de créer l'obsession des vérités de salut qu'il importe à un peuple de garder constamment présentes à son esprit.

— **L'Exposition de Mme Louise Pascalis.** — Le vendredi 13 janvier, avait lieu, 165, boulevard Haussmann, l'inauguration de l'exposition de Mme Louise Pascalis, femme de notre confrère, en présence de M. Sarraut, ministre de l'Intérieur.

Inutile d'insister sur le grand talent de l'artiste, spécialiste remarquable dans le domaine de l'avion. Elle nous fournit de nouvelles preuves de maîtrise dans ses présentations de panneaux décoratifs, de paysages vus d'avions, dans ses études d'hydravions, dans les défilés d'escadrilles, dans ses croquis de femmes travaillant aux avions militaires. Signalons en particulier, le panneau les oiseaux de France pour la Maternité Omer-Sarraut, à Carcassonne.

Dr M. V.

— **Bal de l'Ecole du Service de santé militaire.** — Les élèves de l'Ecole du Service de santé militaire organisent un grand bal de bienfaisance, qui aura lieu dans les salons de l'Hôtel de Ville de Lyon, le vendredi 3 février 1939, à 22 heures, sous la présidence de M. le Président Herriot et de M. le Général Touchon, gouverneur militaire de Lyon.

Placé sous les auspices de la Société amicale des élèves et anciens élèves du Val-de-Grâce et de l'Ecole du Service de santé militaire de Lyon, et sous le haut patronage de M. le ministre de la Défense nationale et de la Guerre, ce bal a pour but de venir en aide à une œuvre de charité qui s'est donné pour mission de secourir les familles nécessiteuses des médecins et pharmaciens militaires morts pour la France et de contribuer à l'éducation de leurs orphelins, pupilles de la Nation.

Prix des cartes d'entrée au bal : de 15 francs (étudiants), à 50 francs (officiers généraux). Siège du Comité : 14, avenue Berthelot, Lyon. Trésorier : M. Rachou (chèques postaux, Lyon 180.36).

— **Hôpitaux de Saint-Etienne.** — M. le Docteur Jacques Bérard est nommé, à la suite du concours ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 12 décembre 1938, médecin des hôpitaux de Saint-Etienne.

— **Cannes.** — *Exonération de la taxe de séjour appliquée au Corps médical.* — A la demande du Syndicat médical de Cannes, et entièrement d'accord avec lui, le Conseil municipal a décidé de revenir sur une décision antérieure et de rétablir l'exonération de la taxe de séjour, en faveur du Corps médical en la limitant strictement.

Il décide que : seront exonérés de la taxe de séjour, les seuls docteurs en médecine, exerçant effectivement soit en France, soit à l'étranger, c'est-à-dire payant patente en France, droits correspondants à l'étranger, qui, à leur arrivée ou avant la fin de leur séjour, auront personnellement remis ou communiqué à la Commission municipale compétente (Pavillon du tourisme, Galeries fleuries), l'attestation officielle de l'exercice réel de leur profession.

Trois modalités sont admises, à l'exclusion de toute autre : 1° communication de la feuille de patente de l'année en cours ou de l'année précédente ; 2° dépôt d'une attestation portant le cachet de la mairie de la ville (arrondissement pour Paris), où le médecin exerce ; 3° dépôt d'une attestation du Syndicat médical auquel le praticien appartient.

Cette formalité n'est exigée qu'une seule fois.

Sont compris dans cette exonération : la femme du médecin, ses enfants mineurs, une seule personne en plus (gouvernante ou infirmière).

Il est bien entendu que le médecin dont le séjour par trop court ne lui laisserait pas le temps matériel de faire venir l'attestation exigée, ne pourra être exonéré.

Il est bien spécifié que la pièce exigée doit être présentée par l'intéressé lui-même. Une attestation fournie après perception de la taxe, ne pourra servir que pour un séjour ultérieur. En aucun cas, une taxe perçue ne pourra être remboursée. Cette décision est entrée en vigueur le 20 janvier 1939.

— **Concours.** — Les Laboratoires de l'Aéine organisent à la date du 16 février, un concours médico-littéraire, réservé aux docteurs en médecine exerçant en France et aux Colonies, sur le sujet suivant : « *L'anxiété pré-opératoire du malade et du chirurgien* ».

L'article ne devra pas dépasser six colonnes du Journal et doit être présenté sous forme de Nouvelle.

Le Jury sera composé des personnalités suivantes :

Jury d'honneur : Professeur Gosset, membre de l'Institut ; Professeur agrégé Basset, chirurgien

des hôpitaux ; Docteur Capette, chirurgien des hôpitaux.

Jury de sélection : Docteur Noir, directeur du *Concours Médical* ; Docteur Fischer, rédacteur en chef du *Concours Médical* ; Docteur Bayard.

Les prix seront les suivants : premier prix, 1.200 francs ; deuxième prix, 800 francs ; troisième prix, 500 francs ; aux dix suivants , un abonnement d'un an au *Concours Médical*.

Pour conserver toutes garanties d'indépendance dans l'attribution des prix, les manuscrits ne devront porter aucune signature , mais une devise qui sera reproduite sur une enveloppe contenant le nom et l'adresse de l'auteur.

Le concours sera irrémédiablement clos à la date du 15 avril et les résultats seront publiés dans un numéro du mois de mai.

Les trois meilleurs articles seront publiés.

Les manuscrits devront être adressés directement aux Laboratoires de l'Aéine, 6, place de Clichy, Paris.

— **Légion d'honneur.** — Nous sommes heureux de relever parmi les nouveaux légionnaires, le nom de M. Edouard Dehaussy, de Lille, le fabricant bien connu de spécialités pharmaceutiques, et conseiller du commerce extérieur.

Il m'est particulièrement agréable d'exprimer ici à mon vieux camarade les félicitations du *Concours Médical* et le plaisir que nous avons à le compter parmi nos amis. G. L.

— **Naissance.** — Le Docteur et Madame Roger André ont le plaisir de nous annoncer la naissance de leur fille *Christiane*.

Le Mont-Dore, 9 janvier 1939.

Nos sincères compliments.

— **Nécrologie.** — Nous apprenons la mort de M. Emile Boulanger-Dausse, administrateur délégué des laboratoires Dausse, trésorier de la Société d'Histoire de la médecine, chevalier de la Légion d'honneur, décédé le 16 janvier 1939 aux « Blandards » par Etampes (Seine-et-Oise), dans sa 72e année.

Ses obsèques ont eu lieu le 19 janvier, en l'église Saint-Gervais, à Paris.

Le *Concours Médical* adresse à Mme Emile Boulanger-Dausse et à sa famille ses condoléances émues et l'expression de sa profonde sympathie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Catoir, de Saint-Venant (Pas-de-Calais) ; du Docteur Pellet, de Nîmes ; du Docteur Paul Boyer, de Rochegrune (Drôme) ; du Docteur Iser Solomon, radiologiste de l'hôpital Saint-Antoine ; du Docteur Estrade, de Valenton.

Rectification. — C'est par erreur que nous avons annoncé la mort du Docteur Goidin, chirurgien de l'hôpital de Corbeil ; il s'agit de son père, le Docteur Georges Goidin, de Paris.

Nous prions le Docteur Em. Goidin d'agréer nos excuses et l'expression de notre sympathie.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Médecine administrative

TROIS DÉCRETS DU 6 JANVIER 1939 FIXANT LA RÉMUNÉRATION

1° *Des médecins aux Comités administratifs de revision des pensions*

Art. 1er. — L'article 3 du décret du 20 mai 1938 est annulé et remplacé par le suivant :

Art. 3. — Il est alloué par heure de travail effectif une vacation fixée à 14 fr. 50 aux médecins chargés du triage des dossiers ou de travaux spéciaux effectués obligatoirement dans les locaux de la revision et ne pouvant rentrer dans les rémunérations fixées au présent décret.

Il est alloué par heure de travail effectif une vacation fixée à 18 fr. 50 aux médecins vérificateurs.

Les médecins rapporteurs auront droit à une indemnité de 170 francs à raison de vingt dossiers examinés et rapportés devant les comités.

Art. 2. — Le présent décret aura son effet à dater du 1er janvier 1938, en ce qui concerne les médecins payés à l'heure.

2° *Des médecins examinateurs et vérificateurs de la direction du contentieux de l'Administration centrale du ministère des Pensions*

Art. 1er. — Le deuxième alinéa de l'article 1er du décret du 6 août 1937 est annulé et remplacé par le suivant :

« Par heure de travail effectif : une vacation fixée à 14 fr. 50 pour les médecins examinateurs et à 18 fr. 50 pour les médecins vérificateurs, chaque médecin devant fournir un rendement horaire minimum à fixer par décision du ministre des Pensions. »

Art. 2. — Le présent décret aura son effet à dater du 1er janvier 1938.

3° *Des médecins vacateurs de Commission consultative médicale*

Art. 1er. — Le premier alinéa de l'article 2 du décret du 12 avril 1937 est annulé et remplacé par le suivant :

« Il est alloué, par heure de travail effectif, une vacation fixée à 14 fr. 50 pour les médecins examinateurs et à 18 fr. 50 pour les médecins vérificateurs. »

Art. 2. — Le présent décret aura son effet à dater du 1er janvier 1938. (*J. O.*, 10 janvier 1939.)

Voir la suite des demi-colonnes page XXV-299

PROPOS DU JOUR

LA VIE ET L'ŒUVRE D'UN PRATICIEN : LE DOCTEUR ROBERT SOREL

Il est des hommes de haute intelligence et de grand cœur qui, sans autre ambition que celle d'être utile, dédaignant les situations officielles ou politiques qu'ils auraient pu facilement atteindre et brillamment remplir, se sont contentés au cours d'une vie laborieuse et altruiste de servir leur pays, leur profession et leurs semblables. Parmi eux nous avons jadis signalé Leredde ; aujourd'hui nous exposerons l'œuvre de son ami, Robert Sorel, dont nous venons de déplorer la mort.

***

Issu d'une famille normande qui, en dehors de lui, a compté deux illustres personnalités : Albert Sorel, le grand historien, membre de l'Académie française, et Georges Sorel, le sociologue universellement connu, Robert Sorel naquit au Havre le 4 avril 1862.

Il fit ses études secondaires à Paris, et se destina à la médecine. Externe en 1886, il devint interne en 1890. Une fois docteur en médecine en 1893, Robert Sorel fut en Angleterre et en Allemagne où il séjourna de longs mois pour se perfectionner dans la pratique de la chirurgie ; il fréquenta aussi les diverses facultés françaises.

Nous le rencontrâmes en 1892 à Bicêtre, chez notre maître Bourneville ; il y collabora au *Progrès Médical* et aux *Archives de neurologie.*

En 1893, Robert Sorel s'installa au Havre où une place de chirurgien était laissée vacante par la mort du Dr Leprévost. Sorel devint alors un des champions les plus actifs de la décentralisation chirurgicale. Il créa au Havre, en 1894, une maison de santé modèle, pourvue de tous les perfectionnements connus à cette époque.

Chirurgien adjoint, puis chirurgien en chef de l'hôpital Pasteur du Havre, il fut élu conseiller municipal et se consacra à l'amélioration de l'hôpital et à la réalisation de réformes dans le domaine de l'hygiène urbaine. On lui dut la création de nouvelles salles d'opérations, d'un pavillon pour les opérations aseptiques. et d'un pavillon d'isolement pour les enfants atteints d'affections contagieuses.

Il adjoignit aux salles de consultations des salles d'opérations pour éviter les frais d'hospitalisation à la suite de petites interventions. Le Havre lui dût encore un service d'isolement pour les tuberculeux, une station de désinfection, des ambulances pour le transport des malade, une école d'infirmières.

Ce fut grâce à Robert Sorel que le Bureau municipal d'hygiène eût à sa tête un hygiéniste bactériologiste appointé, donnant toute son activité à ses fonctions, qui fut M. Pottevin, docteur en médecine et docteur ès sciences.

Il contribua à fonder la *Ligue havraise contre la tuberculose* et la *Fédération des Sociétés antialcooliques du Havre.*

Son activité se manifesta par une collaboration régulière à la *Normandie Médicale* et aux *Archives provinciales de chirurgie* que, dans un but de décentralisation et d'émancipation des chirurgiens de province, il avait fondées avec Marcel Baudouin.

Dès le début de sa carrière Robert Sorel eut un souci jaloux de la dignité et de l'indépendance du Corps médical. C'est ce qui le porta à combattre avec vigueur un projet de création d'un Ordre des médecins qui fut repoussé par l'Assemblée de la *Société des médecins de la Seine-Inférieure.*

Homme de progrès dans tous les domaines, Robert Sorel pendant les onze années qu'il exerça au Havre, s'intéressa aux questions, de sociologie à l'ordre du jour. Il fut un des fondateurs de la *Société havraise d'éducation populaire*, fit partie de la *Société Turgot*, fut un des conférenciers les plus appréciés de l'*Université populaire.* de la *Ligue havraise pour l'arbitrage entre les Nations* et un des rédacteurs les plus enthousiastes du journal l'*Individualiste* qu'il avait fondé avec son ami Follin.

Son indépendance, son caractère indivdualiste le mit un jour en conflit avec la direction du parti politique auquel il avait adhéré Il ne transigea pas avec sa conscience, quitta le Conseil municipal où cependant il était parvenu à faire réaliser tant de progrès et abandonna le Havre où il laissait de nombreux amis, notamment Charles Nicolle, qui devint professeur au Collège de France.

Ch. Nicolle lui consacra des articles élogieux dans la *Normandie Médicale* et plus tard dans la presse tunisienne quand il fut appelé à diriger l'Institut Pasteur de Tunis.

Après un séjour assez court à Dijon où il ne put se plaire, R. Sorel fut à Nice où il continua ses généreuses campagnes, tout en prenant quelque repos. Ce fut là qu'il passa les années de guerre, remplissant les fonctions de chirurgien en chef de l'hôpital de l'Hermitage où ceux qui le connurent, notamment le médecin-chef de ce même hôpital, le Dr Fabre (d'Aix-en-Provence) estimèrent à son prix sa valeur morale et professionnelle. « Fort intelligent, très cultivé, il avait l'esprit très droit et un cœur excellent, nous a écrit. le Dr Fabre à la nouvelle de sa mort. Il était le parfait honnête homme dans toute l'acception du mot. »

Après la guerre, R. Sorel ne pouvait se résoudre à l'inactivité. En 1924, il accepta les fonctions de chirurgien du sanatorium des Grandes Dalles dont il organisa le service. Poussant à l'extrême la conscience professionnelle, il fit auparavant un stage de quatre mois au dispensaire Léon Bourgeois où il suivit les cours du Dr Rist. Il fréquenta les services de MM. Mathieu à Bretonneau, Hallopeau à Trousseau, Veau aux Enfants-Assistés, Ombrédanne aux Enfants-Malades, Mouchet à Saint-Louis et Et. Sorel à Berck-sur-Mer. Il s'initia à la radiologie et à l'usage des rayons ultra-violets chez MM. Bouchacourt à la Maison Dubois, Mohad à Trousseau, et Ménard. Alors seulement il se considéra comme capable de remplir utilement ses fonctions.

Entre temps membre assidu des Congrès scientifiques, il fut élu à l'*Association française de chirurgie*, puis fut membre fondateur de l'*Association française d'urologie* et membre fondateur de la *Société internationale de chirurgie.*

***

Les travaux publiés par Robert Sorel sont innombrables ; ceux qui ont trait à la médecine et à la chirurgie, comprennent une vingtaine de thèses, soutenues à Paris, à Lyon ou à Montpellier, inspirées par lui à ses élèves de l'hôpital du Havre.

Le *Progrès Médical*, la *Normandie Médicale*, les *Archives provinciales de chirurgie*, la *Revue médicale de Normandie*, la *Bourgogne Médicale*, le *Bulletin de la Société de médecine et de climatologie de Nice*, le *Journal des Praticiens*, et fréquemment après la guerre le *Concours Médical* publièrent ses travaux.

Comme la plupart des chirurgiens, il se livra surtout à la pratique des interventions abdominales, gynécologiques et urologiques, mais il ne cessa aussi de s'intéresser à la chirurgie des accidents et à la chirurgie osseuse.

Il s'attacha à perfectionner l'assistance hospitalière, et rappelons qu'il occupa tout particulièrement de l'assistance chirurgicale instantanée. Ce fut lui qui appliqua un des premiers le traitement ambulatoire aux fractures des membres inférieurs.

Un de ses soucis fut d'assurer aussi complètement que possible l'asepsie du chirurgien et du malade. Il inventa un stérilisateur qui porte son nom. Il pratiqua avec succès l'héliothérapie et la cure d'air. Nous ne pouvons relever toutes les communications qu'il fit dans les Congrès et dans les Sociétés savantes.

Outre ses travaux de médecine, surtout de chirurgie et de technique chirurgicale, outre les progrès qu'il fit réaliser à l'hygiène générale et hospitalière, Robert Sorel prit une part considérable aux campagnes faites pour la réforme de l'Enseignement médical. La plupart des articles qu'il publia dans le *Concours Médical* et qui furent nombreux après la guerre, ont trait à la réforme de l'enseignement de la médecine et à des questions professionnelles. Il avait adopté la formule du Congrès des praticiens, défendue par Leredde et Lafontaine ; *L'hôpital, centre d'enseignement* et les séjours qu'il avait faits en Angleterre et en Allemagne lui permettaient d'utiles comparaisons.

Le premier article de lui publié dans le *Concours Médical* le 27 septembre 1902, a trait à la réforme des études médicales et les idées de Sorel sont identiques avec celles que défendait Jeanne.

Epris de liberté, il était un partisan convaincu du syndicalisme médical, mais, ne pouvant admettre la contrainte, il fut toujours l'adversaire acharné de l'Ordre des médecins.

Il se rendait compte de l'évolution nécessaire de la profession médicale et en 1928, dans un article que nous avons publié, intitulé *Economie et médecine*, il défendait la thèse que nous avions soutenue depuis longtemps, la nécessité de coopération des praticiens pour permettre aux malades de profiter des progrès de la technique.

Il voyait juste sur bien des points encore controversés. Le dernier article que nous avons publié de lui, date du 11 avril 1937, il a trait à *l'encombrement médical.* R. Sorel fait remaruqer que cet encombrement existe actuellement dans toutes les professions intellectuelles, que pour les médecins il est surtout sensible dans les villes du fait d'une mauvaise répartition des praticiens en France et que ceux qui se plaignent de ne pas pouvoir se faire une clientèle dans les grandes villes, n'ont à s'en prendre qu'à eux-même.

***

Robert Sorel était un esprit trop vaste, trop généreux pour borner ses travaux aux choses de la chirurgie et de la profession médicale. Il consacra au grand public une grande part de son activité intellectuelle. Nous avons déjà sa collaboration aux œuvres du Havre. Il fit de nombreuses conférences et écrivit de nombreux articles sur divers sujets ayant trait à la sociologie ou à la vulgarisation de l'hygiène. Ces articles parurent dans diverses revues, notamment dans la *Paix*, la *Volonté*, le *Carnet de la semaine*, le *Monde nouveau*, les *Nouvelles littéraires*, *Vivre*, *Vouloir*, *Evolution*, le *Libre Echange*, l'*Animateur rationaliste*, le *Revue Moderne*, le *Journal des Economistes*, le *Journal de la Société de statistique*, *Le Temps*, etc., etc...

On peut se rendre compte par cette longue énumération de la somme de travail qu'a effectuée Robert Sorel. Sans doute, s'il avait été plus souple, moins convaincu, moins intransigeant dans ses principes, d'une conscience plus accommodante, il eût pu se faire une haute situation, dans le domaine de la chirurgie, de l'hygiène, même de la politique. Il préféra rester en marge à l'abri de toutes compromissions.

Pour ceux qui le connurent et qui purent l'apprécier (et ils ne sont pas sans doute très nombreux) Robert Sorel restera un praticien de grande valeur et un esprit supérieur doué d'une forte personnalité.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE CHIRURGICALE

Le cancer des lèvres

M. J.-P. TOURNEUX

Chirurgien en chef des Hôpitaux de Toulouse

Il y a une quinzaine de jours qu'entrait à la salle Saint-Pierre un homme âgé de 55 ans, exerçant la profession de charpentier, qui présentait au niveau de la partie gauche de la lèvre inférieure une petite tumeur ulcérée, plutôt gênante que douloureuse et évoluant depuis environ huit mois.

Il existait en effet, à mi-chemin entre la commissure et la ligne médiane, une tumeur du volume d'une petite cerise, faisant corps avec la lèvre, dure et mal délimitée : sa surface libre était occupée sur presque toute son étendue par une ulcération à bords irréguliers et indurés, à fond bourgeonnant, saignant au moindre contact et recouvert en partie par une croûte brunâtre. On trouvait en outre dans la région sous-maxillaire gauche plusieurs petits ganglions indurés.

Je vous ai dit tout de suite qu'il s'agissait là non d'ulcération d'origine dentaire, tuberculeuse ou syphilitique, mais bien d'une tumeur maligne, d'un cancer justiciable du traitement chirurgical. J'ai par conséquent pratiqué le surlendemain de l'hospitalisation, une exérèse en V, dépassant largement les limites du néoplasme, suivie de suture immédiate, et j'ai également procédé à l'évidement de la loge sous-maxillaire, où se trouvait tout un semis de ganglions dont certains adhéraient assez intimement à la glande. La réunion labiale s'est effectuée par première intention, espérons qu'aucune fâcheuse récidive ne viendra se manifester dans un avenir plus ou moins rapproché.

Le cancer des lèvres, épithélioma caractérisé essentiellement par son apparition presque exclusive chez l'homme et par son évolution lente sans tendance à la généralisation, constitue une des localisations les plus communes du cancer. Il peut siéger sur la lèvre supérieure, sur la lèvre inférieure ou au niveau de la commissure : la localisation labiale inférieure est de beaucoup la plus fréquente.

Le cancer des lèvres se voit presque exclusivement dans le sexe masculin, et se développe le plus souvent dans l'âge avancé : l'alcoolisme, le tabagisme et la syphilis semblent jouer un rôle assez important dans son étiologie. Parmi les causes locales, il convient de signaler tout d'abord les ulcérations labiales, liées à des lésions dentaires et à une mauvaise hygiène buccale, conditions qui se rencontrent souvent chez le paysan et dans certaines professions comme les gaveurs de pigeon. Il faut signaler aussi les irritations chroniques provoquées par les pipes à tuyau court, ou par les bouts de cigarettes chez les fumeurs invétérés, les affections de la muqueuse telles que le lupus, la syphilis tertiaire et la leucoplasie qui paraît jouer le rôle le plus important. L'action de ces différents facteurs étiologiques semble d'ailleurs confirmée par la constatations de cancer de la lèvre chez les femmes, dans les pays où celles-ci fument et boivent.

Ce cancer siège sur la partie muqueuse du bord libre de la lèvre ou à l'union de la muqueuse et de la peau ; le plus souvent il apparaît à égale distance de la ligne médiane et des commissures.

Presque toujours unique, la lésion affecte au début l'aspect soit d'une plaque de leucoplasie légèrement bourgeonnante, indurée, fendillée, soit d'une simple fissure : elle se présente ensuite sous la forme d'une ulcération, d'une petite saillie verruqueuse, ou beaucoup plus rarement d'une nodosité infiltrant la muqueuse sans l'ulcérer. Puis l'envahissement de la lèvre se fait à la fois en surface et en profondeur : le sillon naso-génien est rarement dépassé, mais la lèvre tout entière peut être envahie. Le cancer se manifeste alors, soit comme une large ulcération formant une brèche laissant apparaître les dents, soit comme un placard dur, soit comme une tumeur exubérante. La peau avoisinante est violacée, et il existe une induration des plans profonds.

Au point de vue microscopique, il s'agit presque toujours d'un épithélioma spino-cellulaire à globes cornés, la forme baso-cellulaire est extrêmement rare.

L'envahissement des ganglions lymphatiques est presque constant au sixième mois, il peut être bilatéral. Les ganglions sous-maxillaires et sous-mentaux sont plus ou moins volumineux, plus ou moins immobilisés et peuvent finalement s'ulcérer. Il convient cependant de se souvenir que toutes les adénopathies ne sont pas fatalement cancéreuses, et bon nombre d'entre elles ont leur origine dans des lésions banales de la cavité buccale ou sont dues à une infection du cancer ulcéré. Quant à la généralisation viscérale, elle est tout à fait exceptionnelle, car on n'en connaît que quelques observations.

Au point de vue clinique, le cancer de la lèvre débute tantôt par une sorte de verrue, de papillome que le sujet gratte, écorche, qu'il fait saigner et qui finit par devenir une petite ulcération dont les bords s'indurent, tantôt par une plaque de leucoplasie, qui à un moment donné s'élargit, devient irrégulière, indurée et se fissure, tantôt par un noyau sous-muqueux d'épithélioma interstitiel, ce qui est beaucoup plus rare.

Puis au bout d'un certain temps et quelqu'ait été le mode de début, on se trouve en présence d'une tumeur ulcérée de dimensions variables, dure, mal limitée, irrégulière, avec des prolongements qui font corps avec le reste de la lèvre. La surface libre est occupée dans une étendue plus ou moins considérable par une ulcération à bords indurés et épaissis, à fond bourgeonnant et malpropre, recouverte d'une croûte brunâtre dans les parties exposées à l'air, macérée au contraire lorsqu'elle est en contact permanent avec la salive et qui saigne facilement au moindre contact.

C'est cet aspect végétant du cancer qui s'observe le plus communément : les formes rongeantes, qui détruisent la lèvre, exubérantes avec grosse tumeur tomenteuse, suintante et malodorante ou chancriforme se rencontrent beaucoup plus rarement.

Toute cette évolution ne s'accompagne que de signes fonctionnels très peu marqués : il n'y a pas de douleurs bien vives, le malade éprouve, un léger prurit, de la gêne pour souffler et siffler ou de la gène mécanique pour la parole et la mastication lorsque la tumeur présente un certain volume. Les sensations de chaud et de froid peuvent être douloureuses.

Dès cette période, la palpation permet de mettre en évidence les ganglions sous-maxillaires ou sous-mentaux, augmentés de volume et indurés. Beaucoup plus rarement, par suite d'infection secondaire provenant de l'ulcération, l'adénopathie présente un aspect inflammatoire, avec rougeur et œdème.

Puis survient la période d'extension aux régions voisines : le cancer qui englobe la totalité de la lèvre, marque un temps d'arrêt à la commissure, mais ne tarde pas à atteindre la joue et le menton, qui présentent alors une induration caractéristique et une coloration violacée, qui ne peuvent laisser aucun doute sur leur envahissement. La propagation peut également s'effectuer aux gencives et au maxillaire : on note alors des douleurs atroces dues à la compression du nerf dentaire inférieur. La salivation est abondante et le malade éprouve une certaine gêne pour boire et manger : les aliments stagnent dans le sillon gingivo-labial et il se dégage de la plaie une odeur repoussante.

La cachexie est tardive : elle finit cependant par apparaître, causée à la fois par la gêne que la tumeur apporte à l'alimentation et par l'intoxication que détermine la présence, au niveau de la bouche, d'un foyer infecté dont les produits de sécrétion sont en partie avalés.

L'évolution de la maladie est cependant fort lente et la durée moyenne, lorsqu'on n'intervient pas, est d'environ trois à quatre ans : le sujet meurt souvent d'hémorragies répétées partant soit de la lèvre soit des ganglions ulcérés ou d'une affection intercurrente comme une broncho-pneumonie.

Le pronostic du cancer des lèvres est toujours très sérieux : sa gravité est intermédiaire entre celle des cancers spino-cellulaires de la face et celle des cancers de la langue ; ce sont les formes infiltrantes qui sont les plus redoutables. Je dois cependant ajouter que la gravité du pronostic a été grandement améliorée par l'intervention chirurgicale dont les succès ne se comptent plus.

Au point de vue du diagnostic, comme le cancer des lèvres n'est jamais observé avant la période d'ulcération, je crois tout à fait inutile d'insister sur les diverses productions (angiome, sarcome, tumeur, mixte) qui pourraient le simuler à la période de début.

Au stade d'ulcération, le diagnostic positif se base sur les différents signes que je vous ai énumérés : pour le diagnostic différentiel, il convient d'éliminer toutes les lésions ulcératives des lèvres.

Je me bornerai à vous signaler simplement les plaies accidentelles, les gerçures fissuraires des sujets lymphatiques, les stomatites ulcéreuses, les ulcérations herpétiques ou les aphtes, qui par leurs caractères propres et par leur évolution vous permettront facilement d'éviter une erreur.

Le chancre mou n'est pas d'observation fréquente au niveau de la lèvre : il peut être unique, ne donner qu'une douleur insignifiante et présenter une auréole périphérique congestive : mais il affecte une configuration ronde, ses bords

en talus élevés ne sont pas décollés, sa base est souple et il est le siège d'une suppuration abondante. Ce sont là des éléments d'appréciation bien suffisants pour votre diagnostic, et je ne pense pas que vous aurez besoin pour trancher la question de recourir à l'examen bactériologique et à l'inoculation.

La syphilis labiale peut prêter à des causes d'erreur à toutes ses périodes. Vous distinguerez le chancre, qui peut parfois, lorsqu'il siège à la commissure, prendre un aspect fissuraire, par l'induration marquée de sa base, par son caractère papuleux et par l'adénopathie sous maxillaire très précoce et très développé qu'il entraîne : dans le cas où il vous subsisterait un doute, la recherche du tréponème dans un frottis et la réaction de Bordet-Wassermann vous éviteront de vous tromper.

La plaque muqueuse, lorsqu'elle est ulcérée, ce qui est si courant au niveau de la lèvre, peut rappeler l'ulcération cancéreuse : mais si sa base présente bien un certain degré d'infiltration, elle est avant tout constituée par un placard légèrement saillant, devenant suivant les cas simplement érosif ou exulcéré, ses bords sont nets, elle reste toujours superficielle et la muqueuse qui l'environne n'offre aucune trace d'inflammation. Enfin la plaque muqueuse, qui dans certaines conditions peut devenir fissuraire, anfractueuse et douloureuse, ne reste jamais isolée et présente toujours une évolution très rapide.

La ressemblance entre le cancer et la gomme ulcérée peut être très accusée, toutefois la marche de cette dernière lésion est autrement rapide. Son orifice circulaire, à bords nettement taillés et non décollés, s'ouvre sur une perte de substance profonde à fond jaunâtre, bourbillonneux : elle est indolore, souvent multiple et ne s'accompagne jamais de retentissement ganglionnaire.

Une erreur que vous pourriez commettre, c'est de prendre le cancer ulcéré pour une ulcération tuberculeuse. Assurément, bien des éléments peuvent faciliter cette méprise : c'est d'abord le caractère bourgeonnant des deux lésions, c'est ensuite l'induration ou l'infiltration de la base et des bords, c'est enfin l'adénopathie concomitante. Il vous sera donc nécessaire en pareil cas, de pratiquer un examen approfondi des lésions qui vous permettra de trouver dans les caractères physiques des différences assez notables pour vous permettre un diagnostic. Les saillies mamelonnées du cancer sont plus accusées, leur grattage les fait facilement saigner et occasionne de vives douleurs, la base infiltrée donne à la pression une sensation de résistance qu'on ne trouve pas dans la tuberculose, l'infiltration ligneuse des bords ne se retrouve dans l'ulcération tuberculeuse qu'à titre d'exception et enfin l'adénopathie est toujours plus constante. Pourtant, bien qu'il faille tenir grand compte de la rareté de la tuberculose labiale, il pourra vous arriver, malgré le soin avec lequel vous chercherez à mettre en évidence ces divers éléments de différenciation, d'hésiter et de n'oser conclure : ne manquez jamais dans ces cas de recourir à une biopsie qui lèvera tous vos doutes et vous indiquera le vrai diagnostic.

Le cancer des lèvres peut être traité par des moyens chirurgicaux, des moyens physiques ou par l'association radio-chirurgicale.

Le traitement chirurgical, qu'il s'agisse d'une simple exérèse en V ou d'une ablation large de la lèvre suivie de reconstitution par lambeaux autoplastiques, a donné d'excellents résultats : il a l'inconvénient d'être mutilant lorsque la tumeur a atteint un certain volume. Il est bien évident que tous les ganglions doivent être tenus pour suspects et que leur ablation s'impose. Ce traitement n'a pour contre-indication que l'impossibilité matérielle de tout enlever ou l'extrême cachexie du malade : l'âge avancé ne constitue jamais une contre-indication puisque Jalland a opéré avec succès un vieillard de 102 ans.

Le traitement physique consiste à traiter le foyer cancéreux par des applications de radium en surface ou en puncture et les adénopathies par un collier radio-actif. Ainsi que le reconnaît Ducuing, si le radium donne de bons résultats sur la lésion elle-même, par contre, pour le traitement des adénopathies, la curiethérapie semble très inférieure au traitement chirurgical.

En ce qui concerne le traitement par association radio-chirurgicale, le foyer cancéreux est traité par le radium et les adénopathies par l'exérèse instrumentale : ce serait pour beaucoup d'auteurs la méthode de choix.

Donc, dans les cancers au début, vous pourrez donner indifféremment la préférence au bistouri ou au radium, mais dans les cas plus avancés, la préférence devra être accordée au radium, le traitement de l'adénopathie relevant toujours de la chirurgie.

Quant aux résultats, ils sont évidemment en rapport avec l'extension labiale et la propagation ganglionnaire. Lorsqu'il n'y a pas d'adénopathie, la guérison définitive s'observe dans 70 à 80 % des cas, mais quand les ganglions sont atteints ce chiffre tombe à 25 ou 30 %.

A PROPOS DU TRAITEMENT CONVULSIVANT DES PSYCHOSES

Depuis 1933 deux méthodes thérapeutiques nouvelles ont fait leur apparition en psychiatrie ; elles s'adressent particulièrement à la schizophrénie. L'une est due à Sakel, de Vienne, et utilise le shock hypoglycémique, l'autre, légèrement postérieure (1934), à von Meduna.

Celui-ci commença par recourir au camphre intramusculaire pour provoquer des convulsions. Ensuite il employa le penta-méthylène tétrazol intraveineux et le trouva plus efficace et d'usage plus aisé.

Bailey, Smith et Moersch durant l'automne et l'hiver 1937-1938, ont traité de cette façon vingt malades, à l'hôpital d'Etat de Rochester. Ils présentent actuellement leurs résultats et observations (1).

Ils ont d'abord procédé à un examen complet de leurs sujets et sélectionné ceux qui n'avaient pas eu de blessure grave de la tête et ne présentaient aucune anomalie physique. Ils ont exclu ceux qui comptaient plus de 40 ans et demandé le consentement par écrit de la famille.

Le traitement est administré deux fois par semaine ; le matin le déjeuner est supprimé. On s'efforce d'obtenir l'évacuation de l'intestin et de la vessie un court moment avant l'injection. Les patients sont tenus au lit et portent simplement un « short » pour que l'observation ne soit pas gênée. Ils sont en chambres séparées.

La solution employée est à 10 %. S'il s'agit d'une femme, la dose de début est de 2 c. c. 5 ; s'il s'agit d'un homme : 3 c. c. ; par la suite la dose s'augmente à chaque fois de 1/2 cent. cube jusqu'à ce qu'on obtienne une convulsion. L'injection est faite aussi rapidement que possible. Il ne s'ensuit aucun dommage si quelques gouttes passent accidentellement dans les tissus.

La quantité nécessaire pour obtenir une attaque convulsive est variable. Dans huit cas il a suffi de 3 c. c. ; dans seize cas il n'a pas été nécessaire d'atteindre 5 c. c. ; la dose maxima administrée en une fois fut de 10 c. c.

Une infirmière se tient à la tête du lit et dès que la bouche s'ouvre elle introduit entre les dents un abaisse-langue ouaté et relève la mâchoire inférieure. Elle surveille le patient pour l'empêcher de se blesser. Lorsque la convulsion est passée une surveillance constante demeure nécessaire ; il faut alors tourner le patient sur le côté afin qu'il n'aspire pas les mucosités et la salive dont la bouche est pleine avant que la toux réflexe soit installée. Les malades restent au lit toute la matinée et à midi prennent leur repas comme de coutume ; ils sont ensuite autorisés à se lever.

(1) *Proceedings of the Mayo Clinic*, oct. 26, 1938.

La réaction se produit de diverses façons ; ou bien le sujet tousse légèrement, ou bien il s'assied dans son lit comme frappé de terreur, ou bien quelques secousses myocloniques préludent à la phase tonique et à la perte de connaissance. Si la dose est insuffisante, cette perte de connaissance peut manquer et la drogue ne manifeste son action que par une accélération de la respiration et du pouls, une élévation de la tension artérielle et de l'excitation.

Généralement la perte de connaissance survient cinq à vingt secondes après l'injection, parfois deux secondes seulement, rarement une minute. Pendant environ cinq secondes apparaissent quelques mouvements incohérents des extrémités, puis c'est la phase tonique (quinze secondes), enfin la phase clonique (35 secondes). En même temps que les spasmes musculaires on observe une déviation conjuguée de la tête et des yeux, plus souvent latéralement que verticalement. Les pupilles sont largement dilatées et ne réagissent plus à la lumière. De vingt minutes à une heure après la crise, le sujet a totalement recouvré ses esprits.

Les phénomènes neurologiques observés sont très variables. Il arrive que les réflexes disparaissent pendant une ou deux minutes après la crise et qu'ensuite ils reparaissent inégaux et exagérés. Parfois survient un clonus marqué. Le réflexe de Babinski est souvent aboli au début puis dans les dix minutes suivantes reparaît en extension et parfois d'un seul côté. Environ quinze minutes après la crise tous les réflexes sont redevenus normaux.

Une sorte de confusion mentale suit la période convulsive, elle s'accompagne d'une démarche incertaine, ataxique, et se montre d'une durée très variable.

Dans les humeurs, les seules modifications à enregistrer consistent en une légère et peu durable augmentation de la glycémie et une leucocytose de 3 à 5.000 globules blancs. Elle est, elle aussi éphémère mais, après le retour à la normal, il subsiste une augmentation de 15 à 20 % des polynucléaires et une diminution proportionnelle des lymphocytes.

Les auteurs précisent que quelques-uns de leurs patient avaient déjà été traités par le choc hypoglycémique et que les deux méthodes donnent des résultats sensiblement pareils.

Sur leurs vingt cas ils ont obtenu six améliorations. Leur conclusion est que le traitement convulsivant ne donne rien dans les psychoses déjà anciennes mais qu'il vaut la peine de l'essayer lorsque la maladie est récente.

G. Lavalée.

ANOREXIE MENTALE ET ANOREXIE DITE MENTALE CHEZ L'ENFANT ET CHEZ L'ADOLESCENT

Par le Docteur GILBERT-ROBIN

Ancien chef de Clinique à la Faculté,
Médecin assistant à Lariboisière

Quant l'inappétence atteint son comble, va jusqu'à la perte absolue de l'appétit, on parle d'anorexie. L'enfant, jusqu'alors mangeait lentement ; dans l'anorexie mentale, il ne mange pas du tout. Bien entendu nous ne parlons que d'anorexie mentale. Dans l'anorexie tout court, pouvant être d'origine digestive, infectieuse, de cause générale ou due à un pharyngospasme, ce sont surtout les aliments solides qui sont difficiles à avaler.

***

Il n'y a pas *une* anorexie mentale ; aussi bien le traitement dépendra-t-il de la forme à laquelle on aura affaire.

1° La phobie de l'obésité entraîne souvent le plus de désastre chez les jeunes filles, bien que j'aie observé un cas semblable chez un jeune homme préoccupé de ces questions esthétiques, quoi qu'il fût de poids normal et bien découplé. J'ai eu la plupart du temps l'impression que la phobie de l'obésité, bien que constamment invoquée, n'était qu'un masque, un symbole, l'individu obéissant à des perturbations cénesthésiques profondes, en rapport avec les perturbations physiologiques de la puberté.

Dans ces cas, la persuasion, la psychothérapie, ou dans les cas les plus rebelles, l'isolement complet au lit, loin du milieu habituel, et sous la surveillance d'un médecin spécialisé, entraîne souvent la guérison. L'alimentation doit être reprise progressivement, le régime, en particulier sera, au début, exclusivement lacté.

***

Parfois l'anorexie succède à une émotion, une contrariété, un chagrin, une déception. Il peut y avoir là une sorte de bouderie morbide, avec désir d'attirer sur soi l'attention de l'entourage, et ce sont là des mécanismes qui n'ont pas échappé à Adler.

Le démontage des mécanismes doit s'opérer, de la part du spécialiste avec beaucoup de tact. Le médecin arrivera, par l'analyse à refaire, avec le sujet les étapes psychiques qui l'ont conduit à l'anorexie. La psychothérapie, ainsi conduite, des dérivations affectives, amènera la guérison définitive.

***

L'anorexie mentale s'observe également dans l'hystérie, surtout chez les filles. Le processus psychologique s'apparente à celui que nous venons de décrire. L'anorexie est, pour l'hystérique, un moyen d'attirer l'attention, et l'enfant hystérique est souvent surpris mangeant en cachette.

Ici l'intervention psychothérapique doit être presque nulle. Traiter par le mépris de semblables enfants. L'isolement, en maison de santé, fait mieux en quelques jours que tous les discours du monde.

***

Dans d'autres cas, j'ai bien eu l'impression d'une sorte de perversion localisée de l'instinct-perversion obéissant parfois à un rythme. Combien d'anorexies cessent et reviennent sans aucune raison apparente. On dirait d'un silence cénesthésique, d'une perte de résonance instinctive, localisée à l'instinct de la faim et à celui de la conservation. Cette interprétation semble démontrée dans les cas d'anorexie au début d'une démence précoce ou d'une schizophrénie affective auxquelles on doit penser toujours en présence d'un enfant ou d'un adolescent anorexique.

Mais c'est surtout dans les cas de dépression mélancolique, ou psychose cyclothymique que j'observe l'anorexie ainsi comprise. Elle peut même être le seul signe marquant la dépression, comme s'il s'agissait de mélancolie mono-symptomatique.

On traitera la dépression mélancolique (bromure de codéine-laudanum, etc.) en exigeant l'isolement.

***

Mais ce qui m'a beaucoup frappé à l'examen d'un grand nombre d'enfants et d'adolescents anorexiques, c'est la perturbation hypophysaire, arrivant à la cachexie type Simmonds.

Cette cause est souvent méconnue. On parle, à tort, d'anorexie mentale, etc... On sait que, cliniquement, la maladie se traduit par l'asthénie, la paresse intellectuelle, la somnolence, une sorte de sénilité prématurée, parcheminant la peau, la perte des poils axillaires et pubiens, l'hypotension, l'aménorrhée.

Certes tous ces signes ne se trouvent pas au complet dans la cachexie hypophysaire, et c'est bien plus souvent l'amaigrissement qui attire l'attention, Brougher considère d'ailleurs que les formes les plus fréquentes et les plus graves de l'amaigrissement sont dues au lobe antérieur de l'hypohyse.

Dans bien des cas d'anorexie chez des fillettes ou des jeunes filles, j'ai été frappé par la sénilité précoce des téguments, l'aménorrhée, l'hypotension. C'est cette constatation qui m'a poussé à me demander si bien des anorexies des enfants et des adolescents n'ont pas pour subtratum une altération primitive du fonctionnement de l'hypophyse d'autant plus que dans bien des cas l'aménorrhée précède l'anorexie. En somme, c'est à la suite de perturbations de l'hypophyse que s'installerait l'anorexie, laquelle deviendrait rapidement mentale à cause de la plasticité psychique particulière à l'enfance. A la suite de mes premières publications, beaucoup d'auteurs ont insisté sur les anorexies hypophysaires.

Dans le traitement de cette forme d'anorexie, souvent fort alarmante, on emploiera :

1° l'isolement (il est bon de ne pas transiger sur ce point, même quand l'anorexie n'est pas mentale).

2° L'insulinothérapie, associée à de grandes quantités de glucose.

3° Les extraits hépatiques et pancréatiques.

Bickel (L'insuffisance antéhypophysaire, *Presse Méd.*, 23 juillet 1936), malgré son scepticisme, conseille de renforcer la thérapeutique par le fer, le quinquina, l'arsenic.

4° Les extraits thyroïdiens et cortico-surrénaux (ces derniers pour relever l'asthénie).

5° Mais surtout les hormones gonadotropes du lobe antérieur de l'hypophyse en injections massives, de 500 à 1.000 ou 2.000 unités par jour, sont les plus efficaces dans l'anorexie. Elles doivent être associées chez la jeune fille à des injections de folliculine.

***

En somme, la thérapeutique des anorexies, varie beaucoup selon la forme à laquelle on a affaire : isolement, psychothérapie, insulinothérapie, opothérapie, surtout hypophysaire, sont à la base du traitement.

LA SIALOGRAPHIE

Etude radiologique de la lithiase sous-maxillaire

Docteur Henri GÉRÉ

L'examen clinique est souvent insuffisant pour permettre le diagnostic de la lithiase sous-maxillaire qui, dans ses formes torpides, peut simuler une adénopathie chronique. Dans la majorité des cas, en outre, il ne permet pas de préciser le nombre et le siège exact des calculs salivaires.

L'examen radiographique de l'appareil sous-maxillaire est donc d'un grand secours. Il doit être pratiqué sur un film intra-buccal et sur un film extra-buccal, de façon à donner séparément une bonne image du canal de Warthon et de la glande sous-maxillaire elle-même. Toutefois, ses résultats peuvent être négatifs en raison de la radio-transparence de certains calculs et du voisinage du maxillaire inférieur et de l'os hyoïde dont l'ombre peut masquer les productions lithiasiques.

Aussi l'injection préalable dans l'appareil salivaire par le canal de Warthon d'un liquide radio-opaque permet-elle d'avoir plus de précisions sur l'existence, la nature et le siège d'un obstacle calculeux. Cette sialographie sera particulièrement utile lorsque les calculs sont petits et nombreux ou siègent très en arrière, au niveau du prolongement antérieur de la glande et de la portion efférente du canal de Warthon.

Dans le cas de sous-maxillite lithiasique ancienne, le sialogramme donne également des précisions sur la distension des canaux excréteurs et sur l'état de destruction ou de sclérose secondaire de la glande. On a ainsi d'utiles indications sur la qualité fonctionnelle de celle-ci et sur l'opportunité de son ablation chirurgicale.

La distension du canal de Warthon au cours de l'injection du liquide radio-opaque et l'évacuation ultérieure de ce liquide suffisent parfois à entraîner le calcul jusqu'à l'ostium ombilical.

La sialographie est d'ailleurs remarquablement tolérée et le liquide iodé généralement injecté paraît avoir une action désinfectante sur la muqueuse canaliculaire et glandulaire infectée (1).

(1) Thèse de Paris, 1938.

ZONA ET VITAMINE B[1]

Par le Docteur Pierre MASQUIN, d'Avignon

Ancien chef de Clinique à la Faculté de médecine de Paris

A la suite des résultats très encourageants qui ont été signalés de divers côtés, et que nous avons nous-même constatés par l'administration de vitamine B¹ dans des cas de névrites et de polynévrites d'étiologies diverses, nous avons été conduit à tenter cette médication dans un cas de zona particulièrement douloureux. Nous avons été heureux de constater l'atténuation très rapide des algies qu'aucun autre traitement n'avait pu jusque-là juguler. Les douleurs disparurent avant même les phénomènes cutanés ; aussi nous a-t-il semblé utile de rapporter cette observation qui vient confirmer les constatations d'Heimann dont nous avons eu connaissance depuis, par un récent article de M. Coste dans la *Presse Médicale*.

Mme V..., 32 ans, sans antécédent pathologique, ressent brusquement, dans l'après-midi du 11 avril dernier, de violentes démangeaisons particulièrement pénibles au niveau du dos. Le soir, son mari remarque une petite plaque d'érythème d'aspect banal, dans la région prurigineuse. Le lendemain, même sensation cuisante : le soir, constatation de petites vésicules se détachant sur le fond érythémateux. Application d'eau de Cologne. La nuit est mauvaise : sensation de fièvre, de courbature généralisée avec rachialgie dorso-lombaire. Dans la matinée du 13, les douleurs irradient vers la périphérie, ceinturant l'hémithorax gauche, le maximum d'intensité siégeant au niveau de la colonne vertébrale.

La topographie et le caractère des douleurs coïncidant avec cette plaque d'érythème semée de petites vésicules font craindre à Mme V... qu'il s'agisse d'un zona car, une de ses employées vient justement d'être traitée pendant plusieurs mois pour cette affection et c'est cette perspective peu réjouissante qui la décide à nous consulter.

Nous voyons la malade au troisième jour de l'évolution clinique de ce zona intercostal car les craintes de Mme V... étaient bien fondées.

Placard fortement érythémateux, ovalaire, à contours irréguliers, de 10 cm. sur 5, siégeant dans la région paravertébrale gauche, au niveau de la 10ᵉ vertèbre dorsale. Sur un fond érythémateux, semis de petites vésicules dont les plus importantes ne dépassent pas la grosseur d'un grain de mil. Aucune autre vésicule sur tout le trajet radiculaire intercostal ni ailleurs, bien que les douleurs cuisantes se manifestent sur toute une bande hémithoracique, tant le jour que la nuit, avec des moments d'exacerbation lancinante. Sensation de constriction continue. Hyperesthésie au tact et à la piqûre Pas d'autres troubles neurologiques.

Nous injectons le jour-même un demi-centimètre cube de vaccin antistaphylococcique I. O. D. et décidons de renouveler ces injections tous les deux jours.

La première et la deuxième injections sont faites par voie intradermique autour de la plaque, mais nous sommes obligé d'employer par la suite la voie intramusculaire afin d'atténuer l'intensité des réactions locales extrêmement vives. Les deux premières injections ont paru, en effet, exacerber les douleurs. D'autre part entre la deuxième et la troisième injection nous remarquons, à l'intersection du trajet intercostal et de la ligne mamelonnaire, au niveau de points particulièrement douloureux, l'apparition de deux petits placards rose pâle qui ont par la suite disparu sans autre manifestation vésiculeuse qu'un léger granité de peau de chagrin. Après cette alerte, une amélioration des phénomènes cutanés se dessine et s'accentue progressivement. L'inflammation diminue d'intensité, les vésicules commencent à se dessécher, des croûtes se forment dès la troisième injection (17 avril, septième jour de l'évolution clinique). Mais les douleurs sont de plus en plus vives. Supportables la journée même de l'injection du vaccin, elles redeviennent intolérables dès le soir et ne cèdent à aucun calmant.

Devant cette situation, nous décidons d'adjoindre à ce traitement anti-infectieux des injections de vitamine B¹, espérant mieux atteindre de cette façon l'élément névritique possible, susceptible d'expliquer les violentes algies permanentes, spontanées et tenaces.

La vitamine B¹ est administrée quotidiennement par voie sous-cutanée à la dose de 1 cgr., tandis que le vaccin antistaphylococcique est continué tous les deux jours.

Les algies commencent à diminuer d'intensité dès la troisième ampoule de vitamine B¹, soit au neuvième jour de l'évolution clinique. Elles restent stationnaires ensuite jusqu'au douzième jour, puis reprennent leur marche régressive pour disparaître à la huitième ampoule (quatorzième jour).

On est alors à la septième ampoule de vaccin ; la plaque, par la suite, continue à s'améliorer mais n'a pas encore disparu alors que la malade

ne souffre plus depuis longtemps. Le vaccin a été interrompu après la huitième injection mais nous avons continué la vitamine B¹ jusqu'à concurrence de 20 cgr.

Nous pensons que l'amélioration des algies manifestée dès l'administration de vitamine B¹ n'est pas un fait de simple coïncidence mais que notre observation prouve l'influence réelle qu'exerce cette vitamine antinévritique sur les perturbations biologiques déterminées par le virus zostérien dans la fibre nerveuse.

Heimann manifeste la même façon de voir quand, à propos d'un cas de *douleur post-zonateuse*, il note l'effet antalgique de la vitamine B¹, « effet d'une rapidité telle qu'on est obligé d'admettre une action immédiate sur la fibre sensitive ».

Nous n'avons pas trouvé trace dans la littérature, et notamment dans les publications françaises, d'autres essais de traitement des douleurs du zona par la vitamine B¹, nous versons donc cette observation au débat. Elle appellera d'autres contrôles et d'autres essais car rien ne doit être négligé, semble-t-il, dans la lutte contre la douleur.

Résumé. — Cas de zona intercostal très douloureux, traité dès le début clinique par le vaccin antistaphylococcique. Augmentation des douleurs malgré l'amélioration presque immédiate des phénomènes cutanés. Au septième jour de l'évolution on commence des injections sous-cutanées quotidiennes de 1 cgr. de vitamine B¹ : diminution très nette des algies dès la troisième injection. Leur disparition totale au quatorzième jour de l'évolution clinique a précédé la guérison des phénomènes cutanés.

LES ÉCOULEMENTS SANGLANTS PAR LE MAMELON

Les écoulements sanglants par le mamelon, les mamelles saignantes comme on les appelle couramment à l'étranger, constituent un état pathologique dont l'origine et le traitement soulèvent d'importants problèmes.

L'affection se traduit cliniquement par une symptomatologie simple : la malade accuse, à des intervalles variables, un suintement séro-sanguinolent ou franchement sanglant, peu abondant en général, par le mamelon.

L'origine de ces écoulements mamelonnaires sanglants a pu être précisée, avec plus ou moins de netteté, par des examens anatomo-pathologiques et histologiques pratiqués à la suite d'interventions opératoires. On a trouvé principalement des lésions intra-canaliculaires : petite tumeur végétante intra-canaliculaire (Lecène), ectasie des canaux galactophores provoquant des hémorragies « *ex vacuo* » (Mouloguet et Rousset), maladie polykystique de Reclus, végétations dans des canaux dilatés, etc... Le point essentiel serait de fixer le caractère de bénignité, de prémalignité ou de malignité de ces lésions.

Il semble bien qu'il y ait là plus ou moins souvent une altération précancéreuse dont il faut tenir compte dans l'appréciation du pronostic. Les opinions sont d'ailleurs assez divergentes à ce sujet. Pour l'école allemande, la mamelle sanglante apparaît dans la règle comme une manifestation d'un état précancéreux commandant l'exérèse large. L'école de Vienne pense au contraire que les lésions observées sont habituellement bénignes demandant une ablation seulement localisée en général. En France, l'opinion courante est plus éclectique.

L'examen histologique lui-même ne lève pas toujours les doutes et n'assure pas toujours l'avenir. Dans une thèse récente (1), le Docteur Martin François rapporte une observation du Professeur Massabuau concernant une femme qui, cinq ans après une ablation partielle du sein pour mastite hémorragique (l'examen histologique montra diverses altérations endo-canaliculaires), fit un épithélioma avec métastases ganglionnaires.

L'étude anatomo-pathologique et l'analyse du pronostic d'après l'examen microscopique, remarque le Docteur Martin François, montrent les difficultés susceptibles d'être rencontrées par le chirurgien d'abord, l'histologiste ensuite. Dans un grand nombre de cas le laboratoire ne peut avoir une opinion ferme sur la bénignité ou la malignité des lésions en cause. En présence d'une mamelle saignante, même sans tumeur du sein bien appréciable, il faut penser aux états précancéreux ou cancéreux. L'intervention chirurgicale ou à défaut avec surveillance minutieuse s'inspireront de ces considérations.

P. Lacroix.

(1) Docteur Martin-François. — Contribution à l'étude du pronostic de l'épithélioma dendritique du sein (Montpellier, 1938.)

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

• • •

Pour quelles raisons il faut être avant tout conservateur en gynécologie

D'après le Professeur J. Carles, de Bordeaux (*)

Les troubles par carence des sécrétions ovariennes

Etre conservateur en gynécologie, c'est respecter tout autant, et même plus, l'intégrité des glandes ovariennes que celle de l'utérus, malgré le vieil adage : « tota mulier in utero », qui exprimait le bon sens clinique des anciens, frappés qu'ils étaient déjà des troubles profonds et si variés, dont s'accompagnent chez la femme toutes lésions de la zone génitale.

Les ovaires, en effet, ont une action non moins importante que l'utérus, en ce qui concerne la vitalité générale et les troubles morbides si divers que l'on peut voir apparaître chez la femme. Voici comment, dans ses principes, elle se définit clairement au cours de chaque cycle menstruel.

Au début du cycle, il y a gonflement et maturation d'un follicule de l'ovaire. Au fur et à mesure que celui-ci grossit, il sécrète une hormone : *la folliculine, hormone spéciale de la croissance utérine*, déterminant l'augmentation de volume de l'utérus, sa vascularisation, l'épaississement de sa muqueuse.

Au milieu du cycle, se produit la rupture du follicule de Graaf mûr. avec mise en liberté de l'ovule, qui se dirige à la rencontre du spermatozoïde. C'est sur la cicatrice de rupture du follicule que se développe le corps jaune, sorte de glande avec une sécrétion interne temporaire la *lutéine, hormone de la fécondation*, car elle fera proliférer la muqueuse et lui donnera sa « disposition en dentelle », favorable à la nidation de l'œuf. En même temps, elle inhibera la maturation d'autres follicules, la desquamation de la muqueuse utérine, et par suite l'hémorragie menstruelle. Deux cas sont alors à considérer, suivant qu'il y a, ou non, fécondation.

a) Quand l'œuf est fécondé, se développe aussitôt une ébauche de placenta, avec apparition d'une troisième glande à sécrétion interne ; celle ci sécrète également une hormone : c'est le *prolan, qui active* les sécrétions du corps jaune et, par suite la prolifération de la muqueuse utérine, pour lui donner le type gravide. Il existe donc, dans l'ovaire glande à sécrétion interne, trois glandes distinctes, avec trois hormones sécrétées successivement : la folliculine, la lutéine, le prolan.

b) Si l'œuf n'est pas fécondé, le corps jaune entre en régression au vingt-huitième jour du cycle : il y a un arrêt de sécrétion de la lutéine, desquamation de la muqueuse utérine, hémorragie menstruelle, et le cycle des deux ou trois sécrétions successives recommence.

Ainsi entrevues, les choses devraient être simples si, comme il était admis jadis, l'œuf en maturation réglait à lui seul les fonctions génitales féminines. Or on sait aujourd'hui que c'est la glande *hypophyse, qui est le grand chef de file* de ces phénomènes, et que non seulement les hormones des ovules sont en synergie étroite avec l'hypophyse, mais encore avec la glande thyroïde, les surrénales, les parathyroïdes.

Sur les fonctions génitales, la glande hypophyse agit par deux hormones : la gonado-stimuline A, qui règle la production de la folliculine, et la gonado-stimuline B, qui contrôle le développement de la lutéine. D'ailleurs par suite d'un équilibre et d'influences réciproques étroites entre ovaires et hypophyse : un excès de folliculine et de lutéine entraîne une diminution de la sécrétion hypophysaire, ; par contre une diminution de folliculine et de lutéine provoque une augmentation des hormones hypophysaires, et réciproquement.

Aussi, quand il y a suppression des sécrétions ovariennes, le cycle se trouve-t-il rompu. Le balancier est brisé et aussitôt les sécrétions hypophysaires sont déréglées. Des troubles graves, profonds et complexes sont à redouter.

Prenons comme exemple ce qui se passe à la ménopause. A ce moment, il n'y a plus d'ovulation, plus de règles ; il n'y a plus de sécrétions internes ovariennes et, par conséquent, plus aucune action régulatrice vis-à-vis des autres glandes hormonales. Aussitôt apparaissent des troubles thyroïdiens, du basedowisme larvé, une véritable dysthyroïdie, avec palpitations, bouffées de chaleur, transpirations, émotivité, instabilité, troubles de caractère.

Sur l'hypophyse ne s'exerce plus l'action régulatrice de l'ovaire ; d'où des troubles dans le métabolisme des hydrates de carbone, qui aboutissent soit à l'obésité, soit au contraire à la

(*) Le traitement des aménorrhées. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 19 novembre 1938.)

maigreur, souvent à une diminution de la résistance générale. Plus d'action conjuguée harmonieuse entre les ovaires et les surrénales : hypertension, hypertrichose ou divers phénomènes congestifs. Même carence du côté des glandes parathyroïdiennes, avec troubles profonds consécutifs dans le métabolisme du calcium, manifestations diverses du rhumatisme chronique : rhumatisme déformant, progressif, goutteux, arthrites sèches, morbus coxæ senilis, etc.

Si donc nous supprimons ou modifions seulement le stimulus endocrinien normal, d'origine ovarienne, apparaîtront aussitôt des troubles, du côté de *tous* les systèmes endocriniens, qui tous dépendent les uns des autres ; ce sera une diminution générale de la vitalité, qui peut aller jusqu'au marasme complet. Et quand la suppression des fonctions ovariennes est brusque, (castration opératoire ou radiologique), au lieu de se faire progressivement comme à la ménopause, il n'y a plus d'adaptation organique naturelle possible ; c'est parfois un bouleversement profond chez le sujet privé tout d'un coup d'une de ses fonctions hormonales essentielles. Toute jeune femme castrée devient alors une sorte d'infirme pour le restant de son existence.

Les troubles par lésions de l'utérus et des ovaires

Chez les femmes présentant des lésions utérines, que ce soient des rétroversions, des fibromes, ou de banales métrites chroniques, on observe les manifestations morbides des plus variées et dans les territoires, les plus inattendus.

Ce sont bien souvent des troubles du système nerveux ; ils se traduisent sous forme d'asthénie constante, de dépression, d'hypotension, d'insomnie, de névralgies, de migraines, de phobies, de déséquilibre nerveux, de mélancolie, de véritables états démentiels.

D'autres fois, ce sont dans la zone circulatoire, des désordres pathologiques : palpitations douloureuses, tachycardie, angoisse, oppression. De *fausses cardiaques* s'inquiètent surtout de leur cœur, beaucoup plus que de l'état de leur utérus, dont elles ignorent les lésions causales.

D'autres utérines ont les apparences de *fausses gastriques* : douleurs violentes, analogues aux crises gastriques du tabes ; dyspepsies, qui ne cèdent à aucun régime, avec un examen radiologique négatif montrant à peine une légère hyperkinésie gastrique ; digestions lentes, capricieuses, vomissements, douleurs sans aucun type défini.

Quelques malades ont en même temps le foie sensible, avec douleurs vives au moment des règles, qui rappellent les coliques hépatiques.

Certaines, enfin se présentent avec le masque de *fausses entéritiques* ou même de *fausses appendiculaires*, avec leurs spasmes colique ou cæcal, leurs débâcles brusques, coupées de périodes de constipation et rejet de glaires ou de membranes.

Mais *un point douloureux cœliaque tout à fait spécial existe chez toutes ces malades*, spécialement chez celles qui présentent de l'entéro-névrose ou de l'entérite muco-membraneuse. La pression profonde, à 2 centimètres à *gauche de l'ombilic*, provoque une douleur violente, angoissante. Elle traduit l'atteinte et l'inflammation du *plexus solaire*, ce cerveau abdominal, *auquel se transmet*, par excitation réflexe incessante et par voie centripète l'altération ou le déséquilibre qui frappe toute la zone utérine.

Seulement, dès que le « cerveau abdominal » souffre, *toutes* les zones organiques auxquelles il commande en subissent les fâcheux effets. Et on s'explique ainsi comment une lésion utérine se traduit à grande distance aussi bien par des troubles cardiaques, nerveux ou digestifs, par suite de la synergie étroite, qui lie dans l'organisme toutes les fonctions, apparemment les plus disparates ; on s'explique comment la déficience de l'une peut avoir vite une *répercussion profonde* sur l'état de toutes les autres.

Ce qui se constitue à distance dans l'organisme dès qu'il y a des lésions utérines se montre également chaque fois qu'il y a *troubles ou altérations du côté des ovaires*. La démonstration de ces étroites synergies est ici bien facile : il suffit de corriger la *rétroversion* causale initiale, d'opérer le *fibrome enflammé*, de guérir la *métrite* ou la lésion ovarienne, pour voir la cœlialgie constituée sous leur influence disparaitre elle aussi ainsi que tous les troubles variés concomitants.

***

Pour toutes les raisons développées plus haut il faut donc toujours *s'efforcer de conserver* jalousement la sécrétion ovarienne et, par conséquent, l'ovaire. Sans lui, pas de transmission de la vie ; sans lui, pas de vie individuelle normale. Plus que tout autre, le gynécologue doit être conservateur : il vaut mieux pour ses malades des mois d'immobilisation, de repos complet, de glace sur le ventre, que la radicale castration, qui permet certes de gagner du temps, mais amène en même temps la demi-faillite organique définitive. En gynécologie, il faut peser patiemment et mûrement ses décisions, mais ne jamais prendre hâtivement celle de mobiliser le bistouri. La grande sagesse est souvent faite, ici, d'une longue temporisation.

Et puis, le *traitement gynécologique médical* donne souvent d'excellents résultats.

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Au sujet des septicémies staphylococciques

Il faut signaler une intéressante étude du Professeur R. LERICHE qui expose avec son talent coutumier quelle devra être l'orientation des recherches futures au sujet des septicémies staphylococciques. Les microbes pathogènes ne se développent pas en raison de leur virulence propre, mais en raison du terrain. L'étude de l'homme face aux infections sera plus profitable que celle du microbe du point de vue de la thérapeutique. Les hommes ne sont pas égaux devant le microbe, et ceux qui font une septicémie la font parce que c'est eux et non parce que le microbe est particulièrement virulent. (*Gazette des Hôpitaux*, 3 décembre 1938.)

Quelques réflexions sur le diagnostic et le traitement de l'embolie cérébrale

Une rapide revue critique des éléments du diagnostic d'embolie cérébrale amène le Docteur DE SÈZE à insister fortement sur la notion de terrain. Devant des accidents cliniques à début rapide, faisant penser à une lésion cérébrale en foyer, d'origine vasculaire, c'est à l'étude du terrain qu'il faut demander les premières indications sur la nature de cette lésion. C'est d'abord en constatant l'existence d'une cardiopathie qu'on sera amené à envisager comme la plus probable l'hypothèse d'un ramollissement par embolie cérébrale. En dehors de ce cas habituel, il n'est guère qu'une seule circonstance où le diagnostic d'embolie cérébrale puisse être posé à coup sûr : lorsque les accidents nerveux surviennent au cours d'une ponction pleurale ou d'une tentative d'insufflation pour pneumothorax artificiel. L'auteur admet ici la théorie de l'embolie gazeuse, pour rejeter la théorie réflexe des accidents nerveux des thoracentèses. Pour éviter pareil accident, il faut éviter autant que possible les ponctions intra-pulmonaires. Ne pas se lancer l'aiguille à la main, à la recherche d'une collection pulmonaire douteuse ou mal repérée. Eviter l'emploi de grosses aiguilles ou de gros trocarts. Plus l'ouverture du vaisseau est volumineuse, plus le danger d'aspiration gazeuse est redoutable.

Le traitement de l'embolie cérébrale se propose, avant toute autre chose, de vaincre les spasmes vasculaires — spasme local au niveau de l'embolus, spasmes à distance de l'embolus — qui viennent aggraver les funestes effets de l'oblitération mécanique du vaisseau embolisé. Tandis que l'angiospasme local vient parfois compléter une oblitération imparfaite, les spasmes à distance sont doublement néfastes : ils étendent la menace d'ischémie bien au delà du territoire vasculaire directement commandé par l'artériole embolisée ; ils constituent un obstacle majeur au rétablissement de la circulation par la voie corticale anastomotique dans le territoire dont la circulation est menacée. Deux groupes de médicaments permettent une vaso-dilatation efficace. Ce sont d'une part, les esters vagomimétiques de la choline dans le type est l'acétylcholine, qui dilatent l'artériole en agissant sur ses nerfs. Ce sont d'autre part, les substances du groupe de la papavérine qui, en plus de leur action vaso-dilatatrice, agissent directement sur le muscle lisse artériel lui-même.

En ce qui concerne les malades atteints de ramollissement cérébral par thrombose ou par embolie, de bons résultats ont été obtenus par l'injection simultanée de 10 centigrammes d'acétylcholine et de 5 centigrammes de phénylglycolate de papavérine ; ces résultats ont été supérieurs à ceux que donne la seule injection d'acétylcholine.

Cet emploi des vaso-dilatateurs ne résume pas toute la thérapeutique de l'embolie cérébrale. Le maintien de la pression artérielle a un taux suffisamment élevé est souvent une des conditions nécessaires au rétablissement de la circulation générale dans un territoire menacé d'ischémie. C'est dire l'illogisme de la saignée chez de tels malades ; c'est dire aussi l'importance d'empêcher, chez ces malades comateux ou demi-comateux, l'inanition et la déshydratation susceptibles d'entraîner un abaissement de la tention artérielle ; chez certains cardiaques au myocarde défaillant, ou chez les sujets à tension très basse, le recours à la digitale et au strophantus, au camphre, aux sympatho-mimétiques est parfois nécessaire. On n'oubliera pas la caféine, dont le pouvoir toni-cardiaque se double d'une intéressante action vaso-dilatatrice sur les vaisseaux cérébraux.

Pour la prophylaxie des complications, veiller dès les premiers jours à la liberté des intestins et de la vessie ; nettoyer fréquemment la bouche, surveiller attentivement le siège, conseiller la mobilisation quotidienne de toutes les jointures des membres paralysés. (*Revue de Médecine*, novembre 1938.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Traitement du vitiligo par injections locales d'hormone mélanophore

(MM. MUSSIO-FOURNIER, CERVINO et CONTI. — Présentation par M. Emile SERGENT ; 20-12-1938)

On est parvenu à extraire, du lobe postérieur de l'hypophyse, une hormone appelée mélanophore, qui possède une action sur la pigmentation de la peau de certains animaux, mais dont on ignore encore les effets sur l'homme.

Chez un garçon de sept ans, porteur de plaques de vitiligo au visage, les auteurs ont pratiqué des injections intra-dermiques, dans les taches mêmes du vitiligo, d'une solution aqueuse de cette hormone, à raison de 1 c. c. deux fois par semaine. Les lésions disparurent au bout de cinq mois.

Cette observation est une observation d'attente qui soulève des problèmes que des cas ultérieurs seuls pourront résoudre.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Gangrène cutanée progressive post-opératoire

(MM. PERGOLA et ROSENFELD. — Rapport de M. WILMOTH ; 9-11-1938)

La gangrène cutanée progressive post-opératoire est une complication très particulière de certaines opérations, des interventions portant sur le tube digestif principalement (appendicites aiguës, cholécystites, perforation d'ulcère peptique) et plus exceptionnellement de pleurésie purulente, etc... A l'étranger cette complication est connue depuis 1924 (Cullen, Meleney), mais en France cinq cas seulement en ont été publiés (Tixier, Pollosson et Arnulf, Tavernier, Santy, Bec et Jaume), auxquels vient s'ajouter l'observation de MM. Pergola et Rosenfeld, qui fait l'objet du rapport de M. Wilmoth.

Le nouveau cas de MM. Pergola et Rosenfeld concerne une femme opérée de néoplasme recto-sigmoïdien, suivant la technique d'Hartmann. Trois semaines après l'intervention, on assiste au développement d'une gangrène cutanée développée au niveau de la plaie médiane, gangrène progressive, rebelle à toute thérapeutique. Mort un mois et demi plus tard. Au point de vue bactériologique, les éléments suivants ont été identifiés : streptocoques, staphylocoques, micrococcus fœtidus, diplococcus, reniformis, coccobacille de Veillon.

Le caractère de cette gangrène est d'être strictement cutanée, sèche, sans participation du tissu cellulaire sous-cutané. Son pronostic est toujours sévère et souvent fatal.

A la fin de la première ou de la deuxième semaine suivant l'intervention, le plus souvent donc après un acte chirurgical sur l'appendice abcédé ou gangrené, sur le côlon ou sur le rectum, la plaie opératoire change d'aspect et devient le siège de douleurs. Sur tout le pourtour de cette plaie, apparaissent de la rougeur et de l'œdème, au niveau desquels se montre une plage noire de gangrène à extension lente et progressive, avec douleurs assez vives. La fièvre est modérée (38°) et l'état général mauvais.

Le diagnostic est assez aisé en général, en raison du caractère extensif et exclusivement cutané de la gangrène. Toutefois, il faudra éliminer quelques complications post-opératoires à détermination strictement cutanée également (phagédénisme de la peau par les amibes, phagédénisme par les sucs digestifs).

Les opérations en cause sont généralement des opérations septiques (sur 23 cas, une seule intervention aseptique). La spécificité microbienne de cette gangrène n'est pas établie, différentes races de germes pathogènes ayant été trouvées.

Au point de vue thérapeutique, la sérothérapie, les antiseptiques n'auraient pas procuré, en général, de résultats appréciables. Tixier constate l'efficacité de deux méthodes de traitement : les badigeonnages (qui doivent être précoces), des tissus gangrénés avec la solution de nitrate d'argent à 2 p. 100 suivis immédiatement d'exposition aux rayons ultra-violets, et l'excision large, d'un seul bloc, des tissus gangrénés, au bistouri, au thermocautère, au bistouri électrique.

— M. Jean MADIER a soigné il y a onze ans un cas de gangrène cutanée post-opératoire. Après différents traitements restés sans résultat, à l'aide d'un thermocautère alimenté par l'oxygène (développant une très grande chaleur), il excisa sous anesthésie générale toute la bande malade. Le patient guérit.

— M. BARBIER a observé également, il y a six ou sept ans, un cas typique de gangrène post-opératoire de la peau, consécutive à une intervention pour cancer du côlon ascendant. La patiente guérit complètement au bout de trois semaines environ, après application de multiples agents thérapeutiques locaux (nitrate, air chaud, pommade à l'insuline, etc...). Revue récemment, la cicatrice, énorme irrégulière, reste souple et non gênante.

P. L.

Les Congrès

■ ■ ■

A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE ET A LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET DE GÉNIE SANITAIRE

La vaccination anti-diphtérique par l'anatoxine

Ses résultats après quinze ans d'applications dans le monde entier

La loi (proposition du Docteur Leculier, député) rendant obligatoire la vaccination par l'anatoxine diphtérique a été adoptée par la Chambre des députés le 20 février 1936, et par le Sénat le 2 juin 1938. Elle a été promulguée le 28 juin 1938 et l'Académie va être appelée incessamment à se prononcer sur le règlement d'administration publique de cette loi.

Pour mettre au point l'importance et la valeur de la vaccination anti-diphtérique, pour donner aux médecins toutes précisions — on sait que, de divers côtés, on a cherché récemment à jeter le discrédit sur cette belle découverte. — M. le Professeur Ramon vient de faire à l'Académie de médecine une longue communication, très applaudie, intitulée : *quinze années d'application à la prophylaxie de la diphtérie de la vaccination par l'anatoxine diphtérique.* D'autre part, la Société de médecine publique et de génie sanitaire a consacré sa séance du 19 janvier 1938, tenue à l'Institut Pasteur, à la même question, sous la forme suivante : *La vaccination anti-diphtérique par l'anatoxine... Est-elle inoffensive ? Est-elle efficace ?* De nombreux Maîtres sont venus apporter à la méthode du Professeur Ramon, l'appui de leur expérience et de leur haute autorité.

***

A l'Académie des médecine (séance du 20 décembre 1938), M. le Professeur G. Ramon rappelle que l'anatoxine diphtérique a été proposée pour la prophylaxie de la diphtérie, il y a quinze ans, au moment où l'innocuité et l'activité immunisante de cette anatoxine venaient d'être démontrées expérimentalement (*C. R.* Académie des Sciences, décembre 1923).

Cette vaccination a pris, depuis 1923, un essor considérable, en France et dans le monde entier. En France, on peut estimer, aujourd'hui, à plus de trois millions, le nombre de sujets vaccinés par l'anatoxine. A l'étranger, les chiffres sont aussi imposants. Au Canada, grâce à l'initiative du Professeur Fitz-Gérard, plus de deux millions d'enfants sur une population de dix millions d'habitants ont été soumis à la vaccination. Aux Etats-Unis, sous l'impulsion du Professeur William Park, l'immunisation antidiphtérique anatoxinique a connu un grand développement. A New-York, le nombre des vaccinés était en 1935, de un million. La méthode est d'ailleurs employée dans tous les pays et il n'est pas exagéré de prétendre que, fin 1938, plusieurs dizaines de millions d'individus ont bénéficié, de par le monde, de la vaccination au moyen de l'anatoxine diphtérique.

M. Ramon envisage successivement l'innocuité et l'efficacité de l'anatoxine diphtérique. A l'heure actuelle encore, dit-il, aucun fait n'a été cité permettant de mettre en doute cette innocuité, aucun incident n'a pu être rapporté qui puisse être sûrement attribué à un reste de poison diphtérique dans l'anatoxine. L'anatoxine, qui possède une innocuité vraie (elle a été parfois injectée à fortes doses (150 c. c.), sans inconvénient), est cependant capable de provoquer, dans certains organismes intolérants, des réactions plus ou moins vives, locales (2 à 5 % des sujets vaccinés), ou générales (5 à 10 p. 100), exceptionnellement des manifestations plus sévères (cas de purpura ou d'hématurie anaphylactiques), plus exceptionnellement encore des accidents plus sérieux, relevant de phénomènes réactionnels, d'états pathologiques concomitants ou surajoutés, mis trop facilement sur le compte de la vaccination. Si les accidents ou incidents de la vaccination ne doivent être ni ignorés ni cachés, il ne faut pas, insidieusement, les multiplier dans l'esprit du public. Quelle place tiennent-ils, ces incidents ou accidents, en regard des dix millions d'injections d'anatoxine faites, en France seulement ? Les accidents sériques sont infiniment plus fréquents, sans amoindrir pour cela la valeur de la sérothérapie, antidiphtérique et antitétanique.

Quant à l'immunité antitoxique conférée par l'anatoxine, elle est établie par de nombreux travaux (expérimentaux et cliniques), et par toutes les statistiques.

L'absolu n'est pas du domaine de la biologie, non plus que de celui de la médecine. Les cas de diphtérie observés chez les vaccinés peuvent être rapportés, certains à des techniques incomplètes et certains à des défaillances de la méthode ou de l'organisme. Ces derniers cas sont très rares et les progrès de la

vaccination (anatoxine à pouvoir antigène élevé, injection de rappel, vaccinations associées), les raréfieront encore.

En fait, partout où les vaccinations ont été pratiquées en grand nombre, la morbidité et la mortalité diphtériques ont diminué considérablement : observations de Louis Martin, Loiseau et Laffaille à l'Ecole primaire départementale de Vitry, des frères Mozer à l'hôpital maritime de Berck, de Parisot, Melnotte et Engel au préventorium de Flavigny, de Dopter, Pilod, Rouvillois, Sacquépée, Sohier, Aujaleu, dans l'armée et au Val-de-Grâce, des inspecteurs départementaux d'hygiène, Poncet, Basse, Maliard, Cléret, Poulain, des médecins d'enfants à Paris.

Les effets conjugués de la serothérapie et de l'anatoxine préventive ont fait tomber le chiffre des diphtéries, à Paris, de 1.500 en 1895 à 87 en 1937 et le pourcentage des décès par diphtérie pour 100.000 habitants de 80 à moins de 3.

Mêmes résultats en Belgique (Timbal et Nélis), en Suisse (dans le canton de Genève, la vaccination anti-diphtérique est obligatoire depuis 1932), au Canada (Prof. Fitz-Gérard), aux Etats-Unis (W.-H. Park), où en 1936, après une campagne de vaccination, on enregistrait 1.143 cas seulement de diphtérie au lieu de 10.000 antérieurement. Les résultats obtenus donnent la conviction de voir disparaître la diphtérie par la pratique systématique et mieux encore obligatoire de cette méthode de prophylaxie spécifique.

— M. Emile Sergent ajoute : la communication de M. Ramon est la réponse la plus démonstrative qui pouvait être faite à une campagne de presse qui tend à tromper le public.

— M. Robert Debré note que si la vaccination anatoxinique peut parfois donner lieu à quelques incidents, ceux-ci sont sans gravité, et n'ont aucun lien avec l'intoxication diphtérique. D'autre part, si l'on peut observer des cas de diphtérie chez les vaccinés, ils sont rares, et généralement peu graves.

— M. Jules Renault a appliqué la vaccination par l'anatoxine pendant six ans, à environ 3.000 enfants, dans son service de l'hôpital Saint-Louis. Il n'a jamais observé d'autres inconvénients que de légères réactions locales ou générales, bien connues. Que sont ces petits inconvénients en face des dangers de la diphtérie !

L'Académie acclame la communication de M, Ramon.

***

La Société de médecine publique et de génie sanitaire avait voulu consacrer sa première séance de 1939 à la vaccination antidiphtérique, qu'une loi récente venait de rendre obligatoire. Ce programme était amplement justifié par une campagne qui, d'une manière malencontreuse, venait d'être déclanchée contre cette nouvelle mesure légale, et dont les échos avaient retenti jusqu'au Parlement. Il s'agissait d'apporter à M. Ramon et aux Pouvoirs publics l'aide à laquelle ils pouvaient prétendre, et d'éclairer les praticiens, en même temps que l'opinion publique.

L'auditoire était au grand complet ; aux côtés des membres du bureau, on voyait de nombreux représentants de l'Académie de médecine, des Sociétés savantes, de l'Institut Pasteur, de l'Armée, de l'Hygiène sociale, des parlementaires délégués par les Commissions d'hygiène de la Chambre et du sénat, etc...

Lecture fut d'abord donnée de lettres : De M. Ramon, s'excusant de ne pas être présent dans le but de laisser s'exprimer librement toute opinion. De Mme le Docteur Montlaur, qui a toujours reconnu comme efficace et inoffensive la vaccination antidiphtérique, appliquée à bon escient, les accidents que l'on a pu observer résultant de grossières imprudences ou de maladies concomitantes.

M. Jules Renault commence par un historique complet de la vaccination antidiphtérique, en général, dont les premiers essais furent faits, bien avant 1914, aux Etats-Unis et au Canada. Celle-ci est reprise expérimentalement par ses soins en 1919 avec un mélange de toxine et d'antitoxine, et les mêmes résultats sont notés qu'aux Etats-Unis, en Hollande et en Allemagne.

Peu après, c'est la belle découverte française de l'anatoxine par Ramon : c'est une toxine qui grâce à un vieillissement à l'étuve, à l'addition de formol, perd toute sa toxicité. L'anatoxine est aussitôt acceptée par tous le chercheurs, en remplacement des autres mélanges immunisants ; de 1923 à 1926 les recherches continuent avec des résultats concordants. A ce moment un vœu de l'Académie de médecine demande la généralisation de la vaccination anatoxinique antidiphtérique. Le ministre de la Santé nomme une Commission d'études, dont les conclusions favorables sont adoptées par l'Académie et par le Conseil supérieur d'hygiène publique. Enfin, toutes ces longues études aboutissent au vote de la loi de 1938 qui rend obligatoire cette vaccination. Mais l'obligation n'en deviendra effective qu'après la parution d'un règlement d'administration publique, qui est actuellement à l'étude.

L'innocuité de cette méthode est aujourd'hui admise par les médecins de tous les pays. Cependant on a fait état de quelques accidents. On a d'ailleurs noté pareille réaction à l'occasion de toutes les méthodes nouvellement admises ; notamment, en 1894, on avait accusé le sérum antidiphtérique d'avoir tué des enfants. Avant de porter toute accusation contre la vaccination antidiphtérique, l'auteur propose que l'observation de tout accident signalé soit prise avec le plus grand soin, que le praticien fasse même appel à l'Inspection départe-

mentale d'hygiène. Actuellement, les Sociétés savantes n'ont pas connaissance de cas de mort par l'anatoxine.

L'efficacité de cette vaccination est démontrée dans 95 à 98% des cas ; ainsi il est admis que, dans certains cas, elle ne détermine pas l'immunisation. Malheureusement on ne connaît pas une réaction de l'anatoxine qui soit capable de révéler ces cas négatifs. Seule l'injection de toxine dans le derme, la réaction de Schick, quand elle devient négative, indique que le sujet est défendu.

Toutes ces données doivent rassurer les Pouvoirs publics, les praticiens et l'opinion.

Le médecin général inspecteur Dopter, ancien inspecteur général du Service de santé, expose avec beaucoup d'intérêt la mise en pratique progressive de la vaccination antidiphtérique dans l'armée. Cette mise en pratique, il l'a réalisée sous la poussée des circonstances épidémiologiques avec les résultats les plus encourageants, et cela depuis 1930, sans accidents appréciables. Cette longue période constitue une justification en faveur de la méthode, qu'une loi a pu rendre obligatoire dans la population civile.

Au début de 1930-1931 la vaccination n'a été pratiquée que dans les régiments éprouvés par la diphtérie, et seulement sur les jeunes soldats à Schick positif : tous les sujets vaccinés restèrent indemnes, sauf quelques cas rares, clairsemés, alors que la diphtérie continuait à manifester ses atteintes chez les anciens soldats, ou chez les recrues qui avaient pu échapper à la pratique vaccinale. En 1932, une loi rendit la vaccination obligatoire dans l'armée sous certaines conditions, qui viennent d'être indiquées. Enfin la loi du 14 août 1936 en généralisait l'obligation, sans distinguer entre les sujets réceptifs et réfractaires. La morbidité par diphtérie est tombée de 9,65 pour 1.000, proportion notée antérieurement chez les non vaccinés, à 0,82 pour 1.000 chez les vaccinés. Les cas observés chez les sujets vaccinés résultent : soit d'une anergie, qui peut apparaître sous l'influence de maladies intercurrentes ou saisonnières, soit d'une difficulté particulière de l'immunisation chez certains sujets.

Actuellement, on voit donc disparaître les épidémies sous l'influence de la vaccination. Il en est de même pour les endémies, quoique celles-ci puissent être entretenues dans une certaine mesure par le voisinage de l'élément civil ou par l'arrivée des jeunes soldats. Il existe en effet, au moment de l'incorporation une « période creuse » qui est déterminée par ce fait qu'avant de vacciner les recrues contre la diphtérie, il faut procéder à la vaccination jennerienne, et attendre la fin de ses réactions propres ; et de même pour la vaccination T. A. B. L'immunisation de la population civile ne pourra que faire disparaître progressivement cette « période creuse ».

Aucun accident grave. On a pu observer des réactions locales (œdèmes, etc...) ; on a noté aussi des réactions générales, surtout sur le foie, l'intestin, les reins ; dans 1 cas p. 1000, il peut y avoir une albuminurie avec quelques hématies ou cellules, mais jamais aucun cylindre. Les réactions n'ont donc jamais été graves ; toujours elles ont été passagères. On peut les éviter en écartant par un examen attentif les sujets prédisposés. La vaccination antidiphtérique pratiquée isolément ne donne pas de réactions plus grandes que le T. A. B. ; celles-ci semblent même atténuées si l'on associe les trois vaccinations antitétanique, antityphoïdique et antidiphtérique.

On peut donc affirmer l'efficacité et l'innocuité de l'anatoxine de Ramon.

— M. Emile Sergent montre que l'Histoire se renouvelle souvent. Il rappelle les violentes critiques qui ont accueilli jadis la vaccination jennerienne. Il évoque aussi un souvenir personnel, qui date de 1914, sur la vaccination antityphoïdique. Au début de la guerre, il voyait arriver dans ses salles d'hôpital des cas de fièvre typhoïde si nombreux qu'il pensait : à cette cadence, dans six mois, il n'y aura plus un homme disponible aux armées. Et voilà que fut mise en œuvre la vaccination antityphoïdique : en quelques semaines, la fièvre typhoïde était vaincue. Et cependant, parfois, la vaccination antityphoïdique provoque des accidents sérieux. Chez les sujets en puissance d'affection évolutive, le vaccin T. A. B. donne un coup de fouet violent à l'organisme. Malgré cela, qui songerait à nier la haute importance de la vaccination antityphoïdique.

La campagne actuelle contre la vaccination antidiphtérique part de quelques faits exagérés ou mal interprétés. Les rares accidents de cette vaccination — que l'on évitera en grande partie en ne vaccinant que les sujets en état normal — sont bien peu de chose en face des dangers de la diphtérie. Unissons-nous pour imposer silence aux détracteurs systématiques de la méthode.

— M. Lesné se demande à quels mobiles obéissent ceux qui formulent des attaques contre la vaccination anatoxinique, attaques qui troublent l'opinion publique. Se basant sur des cas mal observés, on accuse la vaccination des pires méfaits, sans preuve, privant l'enfance de la protection que l'anatoxine procure contre la diphtérie. Des médecins, même, interviennent dans ces critiques inconsidérées. M. Lesné donne lecture, à ce propos, d'un étrange certificat médical, daté de 1932, rédigé en ce sens : je soussigné certifie, attendu que l'anatoxine a tué un enfant, en a rendu d'autres sourds, idiots, que je dois considérer « l'injection dans le sang » de l'anatoxine comme contre-indiquée chez l'enfant X...

S'appuyant sur un chiffre dépassant 50.000 vaccinations, M. Lesné peut affirmer l'innocuité de la vaccination anti-diphtérique. Certes, elle provoque quelquefois des accidents bénins, un peu de catarrhe des voies respiratoires, quelques troubles digestifs, accidents d'autant plus rares et plus bénins que le sujet est plus jeune. Non seulement les enfants bien portants, mais aussi les enfants tuberculeux, coquelucheux, scarlatineux, la tolèrent bien. Profitant de

leur séjour à l'hôpital, des enfants dans ces conditions ont pu être vaccinés, sans la moindre influence sur l'évolution de leur maladie. Dans son service de tuberculeux de Brévannes, M. Chevalley a fait les mêmes constatations sur 1.800 petits malades.

Quant à l'efficacité de la vaccination, elle est démontrée, en pleine évidence, par la diminution de la morbidité et de la mortalité diphtériques dans toutes les collectivités où elle a été appliquée correctement. M. Chevalley est parvenu ainsi à éteindre totalement la diphtérie dans son service hospitalier de 1.800 enfants tuberculeux.

— M. Debré évoque le Congrès de 1931, de Londres, où l'Europe et l'Amérique s'étaient réunies pour étudier la vaccination antidiphtérique. On était encore à cette époque sous l'impression des accidents, rares sans doute, mais indéniables et graves, provoqués par les mélanges vaccinants de toxine et antitoxine, accidents rattachables à l'intoxication diphtérique

Il y avait eu des cas mortels. L'addition d'antitoxine ne détruisait pas toujours la toxine, dans sa totalité. M. Ramon, qui se trouvait à Londres avec M. Debré, présenta ses expériences et emporta la conviction en démontrant que son anatoxine avait perdu tout pouvoir toxique et qu'elle pouvait être injectée, même à doses énormes, sans jamais provoquer d'accidents rattachables à l'intoxication diphtérique. Il démontra, de plus, l'irréversibilité de cette substance, qui n'est jamais susceptible d'un retour en arrière et ne peut retrouver les propriétés de la toxine dont elle émane. Elle n'est pas un mélange, mais un vaccin nouveau.

Les accidents toxiques, avec l'anatoxine, ne sont jamais à redouter. Peuvent s'observer cependant des accidents non toxiques, légers, locaux, généraux (lipothymies émotionnelles, poussées fébriles éphémères, etc...). Les cas d'accidents graves signalés sont des observations fallacieuses ou de simples coïncidences. Il est impossible, en raison des millions de vaccinations effectuées, que quelques-unes n'aient pas coïncidé avec des incidences trompeuses.

Même chez des enfants malades, la vaccination n'a pas provoqué de réveils morbides. A l'expérience de M. Chevalley, se joint celle de l'hôpital de Berck, montrant que chez les sujets tuberculeux latents la vaccination ne réveille pas le germe tuberculeux. On n'a pas fourni la preuve qu'une autre maladie ait pu être réveillée par l'injection d'anatoxine.

Le problème de l'efficacité de la vaccination est résolu par les statistiques. L'anatoxine immunise dans 97 à 98 % des cas. Quelques sujets cependant conservent un Schick positif. Les améliorations de la technique, les injections de rappel, en deminueront le nombre.

— M. Lereboullet a étudié de bonne heure, avec ses collaborateurs MM. Joannon et Gournay, la vaccination anatoxinique. Son expérience, aux Enfants-Malades et aux Enfants-Assistés, porte sur plus de 45.000 sujets vaccinés, sans accident important (5 abcès, une hémorragie intestinale, sans suites). Il rappelle ses travaux sur l'immunisation spontanée de l'adulte contre la diphtérie. Grâce à elle, l'immunisation vaccinale de l'enfance pourra se prolonger, du moins dans les conditions de la vie urbaine, toute l'existence.

La diphtérie s'observe quelquefois chez des sujets vaccinés. Mais, parmi ces faits, il s'agit bien des fois d'angines blanches pseudo-diphtériques, d'angines banales chez des porteurs de germes : chez ces malades, le Schick est négatif.

M. Gardiol, président de la Commission d'hygiène de la Chambre des députés, estime que dans ce débat, comme dans tout débat, il faut entendre l'opposition, la voix de la contradiction. Une campagne a été déclanchée contre la vaccination et il semble bien que la loi récente sur la vaccination obligatoire ne soit pas étrangère à cette levée d'attaques. M. Gardiol se fait l'écho de ces critiques. Ces jours derniers, dans les couloirs de la Chambre, un de ses collègues lui disait : la vaccination antidiphtérique est une méthode périlleuse, on signale des décès... partout... !

Ce concept parlementaire indique bien la violence des critiques adressées à la vaccination.

Pour répondre à ces critiques, ajoute le président de la Commission d'hygiène de la Chambre, il ne suffit pas d'apporter des chiffres, des affirmations, des actes de foi. Il conviendrait, à son avis, que les cas suspects soient soumis à des enquêtes approfondies, pour démontrer leur inexistence, leur erreur, que les résultats des enquêtes soient publiés, diffusés, dans le double but d'être utile aux familles et de rendre à la méthode toute l'autorité nécessaire.

Le Parlement a besoin d'être aidé dans sa tâche, pour dire à son tour si la loi doit rester en veilleuse ou doit être appliquée avec la contrainte imposée.

— M. le Docteur Gadaud, membre de la Commission d'hygiène du Sénat, répond à son collègue M. Gardiol. Les communications qu'il vient d'entendre sont autre chose que des affirmations et des actes de foi. Ce sont des bases scientifiques rigoureusement établies. Elles sont convaincantes. Pour ce qui concerne les enquêtes demandées à propos de chaque cas critiqué, combien ces enquêtes seraient délicates, combien il serait difficile de rattacher les accidents à leurs vraies causes. Au Sénat, la défense de la vaccination a été prise tout récemment et avec beaucoup d'autorité par un de nos confrères sénateurs.

— M. Jules Renault ajoute que tous les cas d'accidents susceptibles d'être attribués à la vaccination peuvent être signalés par les médecins qui les observeraient : soit à l'Institut Pasteur (à la Société d'hygiène publique et de génie sanitaire), soit à l'Académie de médecine, soit au Ministère de la Santé publique, soit encore aux Commissions d'hygiène du Sénat ou de la Chambre. La Société d'hygiène publique en particulier les examinera en toute impartialité.

— M. BEZANÇON note un fait, à l'avantage de la vaccination anatoxinique : son innocuité chez les tuberculeux, signalée par M. Debré et M. Chevalley. On connaît les accidents que l'injection de T. A. B. est susceptible de provoquer chez cette catégorie de malades. Cette différence, en faveur de l'anatoxine, s'explique aisément, l'anatoxine ne contenant pas de corps microbiens, plus ou moins pyrétogènes. L'inconvénient en question du vaccin antityphique n'enlève rien à la valeur prophylactique de ce vaccin ; il oblige simplement a plus de précautions avec le T. A. B. qu'avec l'anatoxine. Il n'en montre pas moins une grande qualité à l'actif de l'anatoxine.

— M. CIBRIE, secrétaire général de la Confédération des syndicats médicaux, apporte son opinion personnelle, de « praticien moyen », dit-il. La Confédération a d'ailleurs ouvert un référendum sur la vaccination antidiphtérique dont les résultats seront publiés prochainement. D'ores et déjà, l'opinion générale des praticiens s'avère favorable à l'anatoxine, avec quelques améliorations de détail dans la technique générale : supériorité de la vaccination individuelle, avec ampoule individuelle. La vaccination individuelle permet de mieux connaître les contre-indications possibles, le praticien pouvant faire un examen préalable plus complet de l'enfant à vacciner : état des fonctions rénales, (albuminurie), hépatiques, etc... Convaincu personnellement de l'efficacité de l'anatoxine, M. Cibrie n'hésite pas à la recommander, souhaitant que la belle découverte de Ramon délivre les mères des angoisses que nous connaissons.

— M. Jules RENAULT est, lui aussi, partisan de la vaccination individuelle.

— M. WEILL-HALLÉ, pour répondre aux critiques répandues dans la presse, montre qu'il ne faut pas confondre conséquences avec coïncidences. L'innocuité de la vaccination paraît bien établie définitivement par les millions de vaccinations pratiquées dans le monde entier.

La technique pourra être améliorée, par l'épreuve de Schick de contrôle en particulier, épreuve dont l'emploi courant par le praticien se généralisera facilement.

— M. GODLEWSKI rappelle que la question de la vaccination antidiphtérique a été étudiée en 1934 aux « Assises de médecine générale française », auxquelles sont conviés tous les praticiens français. Les conclusions ont été si favorables que, peu de temps après, le Chef du gouvernement d'un grand pays voisin écrivit de sa propre main ces mots : il faut que nous fassions de même. De là est née la première session des Assises italiennes de médecine générale, à laquelle assistaient M. Bezançon et M. Godlewski.

— M. JOLTRAIN signale deux épidémies récentes de diphtérie dans la banlieue de Paris, qui ont disparu à partir du moment où les vaccinations ont été faites.

— M. CAMBESSEDES donne le chiffre — établi par le service qu'il dirige avec M. Tanon — des vaccinations antidiphtériques dans le département de la Seine : 1 million 300.000 vaccinés, sans accident signalé. Les enfants vaccinés étaient surveillés par les infirmières visiteuses et aussi, indirectement, par les praticiens qui auraient été consultés au cas d'accident.

— M. SOHIER présente des graphiques établissant la diminution considérable des cas de diphtérie, dans le service des contagieux du Val-de-Grâce, due aux vaccinations. Il insiste aussi sur ce fait qu'un nombre important d'angines blanches, chez les vaccinés, sont des angines simples chez des porteurs de germes (angines pseudo-diphtériques à Schick négatif).

— M. MANS, inspecteur d'hygiène de la Somme, sur plus de 4.000 vaccinés en huit ans, n'a noté aucun accident important. Au cours d'un referendum auprès des praticiens de son département, sur 126 réponses, 123 ne signalaient aucun accident, 3 seulement en indiquaient de légers.

— M. BASSE, inpecteur d'hygiène des Vosges, a recueilli les avis également favorables des praticiens de son département.

— M. LAMY, inspecteur d'hygiène de Seine-et-Marne, appuie la valeur de l'innocuité de la vaccination sur 50.000 vaccinations, (150.000 injections) faites en séances publiques dans son département. Bien que les vaccinations aient été pratiquées sans examen préalable on n'observa aucun accident important (seulement de légers incidents : quelques états nauséeux, des vomissements, exanthèmes, etc...).

Signalons enfin, les communications concordantes de MM. PONCET, inspecteur départemental d'hygiène de l'Ain, CLÉRET, directeur du bureau d'hygiène de Montluçon et POULAIN, directeur du bureau d'hygiène de Saint-Etienne.

P. LACROIX et G. FISCHER.

Les Livres

Les Livres qui viennent de paraître...

Chez Masson et Cie
120, boulevard Saint-Germain

Dr F. Bourguin, chef du service de documentation au ministère de la Santé publique. — **La protection sociale de l'enfance en France.** Préface de M. Paul Strauss. Un vol. 184 p. Prix : 38 francs.

Marc Iselin. — **Chirurgie de la main.** I. Livre du praticien. Plaies, infections et traumatismes de la main. Un vol. 320 pages, 135 fig. Prix : 65 francs.

G. Roux, prof. agrégé à la Faculté de Montpellier. — **Petite chirurgie et technique médicale courante.** Un vol. 592 p. avec 361 fig. Prix : 90 francs.

A.-B. Marfan. — **La ponction du péricarde,** en particulier par voie épigastrique. Un vol. 76 p., 3 fig. Prix : 12 francs.

Chez Maloine
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe)

Prosper Merklen, professeur à la Faculté de Strasbourg et Robert Waitz, agrégé à la Faculté de Strasbourg.— **Atlas d'hématologie.** Un vol. 210 p. 52 planches en 5 couleurs. Prix : 325 francs.

L. Pron.— **La pratique des maladies de l'estomac.** Un vol. Collection des « Petits Précis », 1938, 123, pages. Prix : 18 francs.

M. Laignel-Lavastine et N.-T. Koressios. — **Recherches sémiologiques, sérologiques, cliniques et thérapeutiques** (La sérothérapie hémolytique) **sur la sclérose en plaques.** Un vol. 370 p. Prix : 90 francs.

Librairie Maloine
27, rue de l'Ecole-de-médecine, Paris (VIe)

Traité d'hélio et d'actinologie (Physique, biologie, thérapeutique, rayons solaires, ultra-violets, infra-rouges), sous la direction de Ch. Brody (de Grasse), avec la collaboration de MM. Aimes, Bastien, Bernard, Biancani, Bordier, Brody, Collet, Dekeyser, Forgue, Gunzburg, M. D'Halluin, Huldschinsky, Jausion, Keller, Ledent, Linke, Léo, Mayoux, Meyer, Moure, Ory, Radnai, Rajka, Reyn, Rollier, Rosselet, Stoïanoff. Deux vol. 16 × 25 cm., 1.540 pages, 618 fig. et 42 tableaux, entièrement tirés sur papier couché. Les deux volumes : 440 francs.

Ce traité est à la fois une synthèse des connaissances actuelles et un exposé des tendances modernes de l'hélio-actinologie.

Pour chaque partie, le Docteur Brody a fait appel à des collaborateurs particulièrement qualifiés.

C'est ainsi que l'histoire de l'héliothérapie est traitée par le doyen des héliothérapeutes, le Docteur O. Bernhard, et l'histoire de l'actinothérapie par le Professeur Axel Reyn, ancien directeur de l'Institut Finsen, de Copenhague.

Le regretté Docteur Léo, chirurgien-héliothérapeute, y publie également son dernier travail sur la chirurgie et la lumière.

Le Professeur Rollier explique le développement de la cure solaire à Leysin et donne sa technique.

Le Docteur Huldschinsky, auteur du traitement du rachitisme par la lumière, traite cette question.

Le Professeur M. d'Halluin est le rédacteur de la partie physique et biologique.

Le Professeur I. Gunzburg, président de l'Association internationale de physiothérapie, a écrit un chapitre important sur le rhumatisme et la lumière.

Les Professeurs Forgue, Moure et Stoïanoff envisagent la question de l'actinologie dans la chirurgie, l'héliothérapie pouvant suppléer dans certains cas l'intervention chirurgicale ou s'y adjoindre utilement.

Le Professeur Aimes, chirurgien de l'Institut marin Saint-Pierre, fait un exposé objectif sur l'héliothérapie dans les affections non tuberculeuses, sur l'héliothérapie préventive et sur les accidents de l'héliothérapie.

Le Docteur Brody, directeur scientifique du *Traité*, expose la partie clinique et thérapeutique, indique ses techniques héliothérapiques, ses cures de dépigmentation et de désaccoutumance, l'association de l'hélio et de l'actinothérapie, l'application de l'héliothérapie perpendiculaire et des cures discontinues.

Les Docteurs Rajka et Radnai, promoteurs du traitement de la syphilis nerveuse par la lumière, mettent en valeur l'effet bienfaisant de l'actinologie dans la spécificité.

D'autres physiothérapeutes, les Docteurs Aimes, Bastien, E. et H. Biancani, Bordier, Collet, Dekeyser, Gunzburg, Jausion, Keller, Ledent, Linke, Mayoux, Meyer, Ory, Rosselet, etc., ont ajouté leur collaboration autorisée et donné à l'ouvrage une grande valeur didactique, scientifique et pratique.

L'illustration est particulièrement soignée, plus de 600 clichés rendent l'ouvrage vivant et montrent les résultats thérapeutiques que l'hélio et l'actinothérapie procurent en médecine infantile, dans la tuberculose ostéo-articulaire, ganglionnaire, viscérale et en dermatologie.

Ce traité s'adresse non seulement aux spécialistes, mais aussi aux médecins praticiens.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

■ ■ ■

NATURALISATIONS SCANDALEUSES

C'est une des belles traditions des Universités françaises que d'avoir toujours ouvert largement leurs portes à tous les étrangers qui sont venus y frapper. Cette heureuse coutume a permis de porter la culture française aux quatre coins du monde et toujours au cours de voyages lointains, même dans les pays où le français est à peine parlé, on retrouve avec joie et fierté un ancien étudiant en Sorbonne, un médecin élevé chez nous, un avocat qui a conquis ses grades dans une de nos Facultés.

Pour l'expansion de notre culture, si nous ne prenons pas la peine d'organiser une véritable propagande, comme tant d'autres pays le font, la manière dons nous recevons chez nous l'étranger désireux de s'instruire, suffit pour l'attirer et surtout pour le retenir. Ces habitudes démontrent assez qu'il n'y a pas chez nous la moindre xénophobie et d'ailleurs, il y a encore quelques années, ce sentiment était ignoré ; il ne faudrait point cependant que notre hospitalité accueillante soit une raison pour laisser envahir notre beau pays par une foule de réfugiés venus de partout, et pour nous obliger à prendre des mesures trop rigoureuses de défense, en refusant à tous le bénéfice de l'enseignement de nos Universités et de nos professeurs.

Depuis quelques années l'afflux étranger a été particulièrement important dans les Facultés de médecine où existe un diplôme universitaire et nous avons assisté avec stupeur à la naturalisation en masse de ces indésirables, c'est-à-dire que nous avons fait d'un grand nombre d'entre eux des médecins français.

La médecine française s'honorera toujours d'avoir retenu à elle un Orfila, un Panas, un Albarran et plus près de nous un Roussy qui ont occupé des chaires magistrales et dont la culture entièrement française leur permettait avec facilité de concourir en français, et parfois même de surclasser, leurs camarades Français d'origine. Mais ces exceptions et ces exemples ne suffisent point à expliquer les naturalisations scandaleuses auxquelles nous assistons.

Mon ami Guillaume Louis, le si distingué directeur de l'Ecole de plein exercice de médecine et de chirurgie de Tours, m'a remis dernièrement un bien curieux papier sur lequel il avait fait transcrire au hasard quelques phrases de ce français que parlent et qu'écrivent les naturalisés qui se réclament de nos diplômes.

Je les transcris à mon tour.

Le nerf faciale lui envoit des rameaux...

Le sinphise...

Le parti interne de la cuisse...

Le péritoine descend très bas jusqu'au la face postérieure...

Le parotide de le facon a formé...

Ce charabias comique écrit par des étrangers qui ont passé le baccalauréat français nous laisse croire que le jury qui leur a donné la peau d'âne n'était guère disposé à leur faire subir un échec et je me demande si au lieu d'exiger d'eux un bachot qui ne représente qu'un obstacle facile, il ne vaudrait pas mieux exiger le certificat d'études primaires, car je mets en fait qu'instituteurs et délégués cantonnaux seraient plus sévères dans l'attribution d'un diplôme français.

La barrière du bachot sitôt franchie, tous les obstacles s'abaissent, les examens de médecine dont les jurys sont trop indulgents les laissent passer en masse, sans qu'ils fassent de réponses convenables et finalement le diplôme d'Université est décerné à ces ignorants intégraux.

Leur évolution dans la vie, après le doctorat donné pour favoriser l'expansion française, sera toujours préjudiciable à la France et aux Français.

S'ils restent en France, ils parviennent à force d'intrigues, et de complaisance a conquérir le droit d'exercer, ils grossissent la masse des médecins dont Giry parlait à l'Assemblée de la Confédération et qui sont indésirables à tous les points de vue, nous les retrouvons lorsqu'on poursuit un illégal, lorsqu'on enquête sur les cliniques louches, lorsqu'on veut sévir contre la publicité éhontée. Prets à toutes les besognes pour vivre, ils font les yeux doux à tous les organismes administratifs de soins contre lesquels les bons médecins français doivent se défendre, et il arrive que, sans savoir parler ou écrire correcte-

ment notre langue, ils deviennent des salariés d'organismes français.

Si ceux-là contribuent à rendre l'exercice de la médecine plus difficile et s'ils n'honorent guère la culture française, ils ne lui portent pas le préjudice de ceux qui quittent la France. Ceux-là vont porter leur ignorance dans des colonies, des pays de libre exercice, et ils donnent une piètre idée de la formation médicale que nous donnons. Ils permettent à la contre-publicité étrangère de s'exercer à son aise et on ne manque point de comparer les docteurs sortis de nos Facultés françaises, à ceux d'ailleurs moins nombreux qui sortent des Facultés germaniques ou italiennes et qui sont des médecins plus instruits.

La facilité que nous donnons aux étrangers pour conquérir nos diplômes est une faute, ceux qui en profitent ne nous en savent aucun gré, ceux qui en sont les victimes, c'est-à-dire les malades, en rejettent la faute sur l'Université française qui forme des incapables.

L'Université française est-elle bien dans son rôle en ne montrant aucune sévérité. Les professeurs qui font partie des jurys de baccalauréat, les professeurs des Facultés et des Ecoles de médecine favorisent par leur indulgence excessive l'obtention facile des diplômes, et en agissant ainsi ils portent un préjudice certain à la valeur de notre enseignement, à celle de nos titres qu'ils les discréditent à l'étranger.

On ne saurait manquer de noter cette coïncidence : plus nous ouvrons nos portes larges à l'afflux des indésirables, moins viennent chez nous les médecins étrangers soucieux d'acquérir la culture française et de s'instruire avant de retourner chez eux. L'encombrement de nos Facultés, le peu de valeur des diplômes que nous donnons au premier venu les éloignent, et ils retournent dans les cliniques d'outre-Rhin où ils subissent l'influence profonde d'une autre culture, où les maîtres sont moins généreux de leurs diplômes.

Il est temps de mettre un frein au scandale de ces naturalisations qui à un moment se sont faites pour les médecins à la cadence de CINQ PAR SEMAINE. C'est l'appât de la naturalisation et lui seul qui amène chez nous pour le diplôme d'Université tous ces étudiants parlant à peine notre langue et auxquels l'Université n'oppose pas une barrière suffisante.

Est-il possible que ces étrangers puissent aussi facilement passer les deux parties du baccalauréat auxquelles tant de jeunes français échouent, est-il possible qu'avec l'orthographe que nous leur voyons mettre lorsqu'il leur advient de faire des copies écrites ils aient pu obtenir ce satisfecit de l'enseignement secondaire qu'est le bachot ?

Non. Là encore, la politique doit jouer son rôle, des équivalences inadmissibles sont accordées, l'appui d'un personnage influent, tient lieu de science et on arrive à croire véridique l'histoire de ce permis de chasse délivré en Europe centrale, qui avait permis à son titulaire d'obtenir une équivalence de diplôme.

Lorsqu'on montre le danger de ces naturalisations de médecins étrangers à des hommes politiques, à des professeurs, à des journalistes on nous oppose toujours que les campagnes sont sans médecins, que dans les villages, les habitants doivent faire de longs trajets pour être soignés. Cet état de fait qui existe s'explique parce que dans certaines parties de la France agricole où la population est clairsemée, où il y a de temps à autre une ferme isolée, au milieu de domaines étendues, le médecin pour vivre doit se tenir au centre de l'agglomération, là où il lui est possible d'avoir une clientèle suffisante pour amortir les frais élevés d'un moyen de transport, des instruments indispensables, d'une maison. Ce n'est point en augmentant sans raison le nombre des médecins et sans avoir établi d'abord la carte sanitaire de la France, qu'on arrivera à résoudre le problème des soins médicaux pour tous ; mais bien plutôt en facilitant les communications entre les villages, en permettant un meilleur usage du téléphone, en faisant pénétrer à la faveur de l'école et du régiment des préceptes d'hygiène. C'est par l'éducation des masses que l'état sanitaire s'améliorera, je n'en veux pour preuve que les résultats tangibles obtenus dans ces mêmes campagnes par les efforts des sages-femmes en ce qui concerne la maternité et l'enfance. Sans qu'il ait été besoin de naturaliser à tour de bras des sages-femmes d'Europe centrale ou d'Asie, nos compatriotes ont sans bruit, fait pénétrer dans les fermes, dans les métairies, les rudiments d'hygiène nécessaires à la femme enceinte, à l'accouchée, à la mère. Elles ont fait reculer les coutumes barbares qui tuaient tant de nouveau-nés et on n'est pas peu surpris en pénétrant dans ces domaines du Limousin et de l'Auvergne de voir des accouchées soignées simplement mais selon les bonnes règles de l'asepsie, et des enfants dont la nourriture est rationnellement dosée.

Le prétexte de la Santé publique donné pour naturaliser les étrangers trop nombreux et souvent indésirables est dénué de fond, nous devons en montrer le peu de valeur, et savoir agir sur nos élus, sur nos députés, sur nos sénateurs, sur nos conseillers généraux pour que cesse le scandale des naturalisations ; ce scandale qui livre la vie de notre pays, ses naissances, son hygiène, sa défense sanitaire, en temps de guerre comme en temps de paix à des hommes non seulement qui ignorent tout de nos traditions mais qui ne savent ni parler ni écrire notre langue.

Dr Raphaël MASSART.

RESPONSABILITÉ MÉDICALE EN CAS D'ENCÉPHALITE POST-VACCINALE

Nous avons reçu la lettre suivante (n° 8.366) :

Chargé par notre Société de médecine locale d'un rapport sur l'encéphalite post-vaccinale, je dois, selon la demande d'un de nos collègues, envisager la responsabilité civile du médecin en cas d'encéphalite. C'est pourquoi je me permets de vous demander votre avis.

La responsabilité du médecin est-elle engagée si le sujet vacciné est dans les conditions légales (première, onzième et vingt et unième années) ? l'est-elle davantage, si l'enfant est, comme c'est fréquent dans nos campagnes, un primo-vacciné de 6 à 8 ans, ce qui semble favoriser l'encéphalite ? Y a-t-il une jurisprudence à ce propos ? En cas de vaccination tardive le médecin doit-il exiger des parents une déclaration écrite, le dégageant de toute responsabilité éventuelle ? Pareille reconnaissance serait-elle valable ?

Je m'excuse de vous importuner, mais je sais qu'en pareille matière votre avis fera autorité.

Dr M.

Réponse

Pour que la responsabilité professionnelle du médecin vaccinateur soit engagée, il faut prouver que la complication post-vaccinale s'est produite, soit de sa faute, soit par méconnaissance des règles de l'art, soit parce qu'il n'a pas pris les précautions d'usage pour éviter l'infection.

Or, dans le cas présent, la science actuelle n'est pas très fixée sur l'étiologie même de l'encéphalite post-vaccinale. Son étiologie est douteuse. Tout ce qu'on peut dire, c'est que la vaccination peut aider l'éclosion de la maladie, qui était en germe, ou en gestation avant l'acte vaccinal.

Il faudrait donc relever à la charge du médecin, une faute d'asepsie, tant pour le nettoyage de la peau, que pour la stérilisation des lancettes et autres objets pouvant servir à la vaccination. Il faudrait prouver que le praticien a pratiqué ses opérations avec une hâte et une précipitation telles que ces négligences auraient pu favoriser l'éclosion de la maladie et sa propagation chez de jeunes sujets, présents à la séance de vaccination, ou de revaccination.

On pourrait également mettre en cause l'agent vaccinal et rechercher si l'établissement préparateur a pris toutes les précautions d'usage pour recueillir le vaccin, le préparer, puis le conditionner en tubes. Dans ces cas, le médecin traitant ne saurait être inquiété.

Il faudrait enfin rechercher une idiosyncrasie : l'enfant, tombé malade à la suite d'une vaccination, ne présentait-il pas, auparavant, une prédisposition, ou même une incubation de la maladie ? C'est ainsi qu'en cas d'abcès, à la suite d'injections hypodermiques, certains sont porteurs d'abcès, alors que toutes les précautions ont été prises par le praticien et que les ampoules utilisées étaient préparées de façon irréprochable.

Quant à rendre le médecin responsable de ce que l'enfant n'a pas été vacciné au cours de sa première année, ce serait faire supporter au praticien une désobéissance à la loi, qui n'incombe qu'aux parents, ou aux maîtres d'école, lesquels ont admis l'élève en classe, sans s'assurer qu'il avait déjà été vacciné.

Le médecin ne peut pas, par avance, faire signer par les parents un papier le mettant hors de cause, dans tous les cas. Nul ne peut échapper aux conséquences d'un acte dommageable, survenu par sa faute. Mais, dans le cas présent, le praticien peut signaler par écrit — et il gardera copie de sa lettre — qu'un enfant de sept ans, qui n'a jamais été vacciné, peut, plus que tout autre, être victime d'une encéphalite post-vaccinale et qu'en conséquence, les père et mère devront surveiller leur enfant, ou le faire médicalement surveiller.

Cette crainte de l'encéphalite ne doit pas cependant empêcher une vaccination primaire à sept ans : la loi ordonne que tout enfant soit vacciné, à des âges déterminés : obéissance à la loi, alors surtout que les parents ont été coupables de ne pas avoir fait procéder à la première vaccination, pendant la prime enfance.

Cette complication post-vaccinale, l'encéphalite, est très rare : elle ne doit pas être un obstacle à la vaccination obligatoire. Quelques accidents mortels d'anesthésie se produisent et cependant des milliers d'anesthésies sont faites chaque jour.

Si le praticien agit, non pas comme ayant été choisi et appelé par la famille, mais comme vaccinateur officiel, agissant au nom des Pouvoirs publics d'hygiène, il a le devoir de signaler, aux services compétents, qu'il fait toutes réserves pour des complications ultérieures, pouvant survenir chez tels et tels enfants, parce qu'ils n'ont pas été vaccinés au cours de leur première année.

Voici ce que nous pouvons répondre en théorie ; mais il est bien entendu que si l'un de nos confrères avait un ennui judiciaire de cet ordre, le Sou Médical étudierait immédiatement les questions de fait, pour pouvoir défendre son adhérent jusqu'au bout.

Dr Paul BOUDIN.

LE MÉDECIN STOMATOLOGISTE EST-IL QUALIFIÉ POUR APPAREILLER UN RÉFORMÉ DE GUERRE ?

Un docteur en médecine, qui pratique la stomatologie en province, nous fait part de son étonnement (lettre 9.175) à propos d'une lettre qu'il vient de recevoir du Préfet de son département. Il demanda à la Commission départementale tripartite l'autorisation d'appareiller un mutilé de guerre, par la confection d'un dentier. La Préfecture lui retourne sa demande avec la mention « seuls les chirurgiens-dentistes « sont habilités à donner aux réformés les soins « dentaires au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 ». Le praticien s'étonne à juste titre de cette interprétation de la loi, qui lui occasionne un grave préjudice. Il nous demande ce qu'il peut faire ?

Je réponds à mon confrère que les bureaux de la Préfecture se sont étrangement trompés et qu'ils ont fait dire aux textes légaux, ou administratifs, le contraire de ce qu'ils ont pendant longtemps comporté.

La loi du 30 novembre 1892, modifiée par celle du 26 juillet 1935, spécifie en son article 2 que, pour exercer la profession de dentiste, il faut posséder soit le grade de docteur en médecine soit celui de chirurgien-dentiste. Or, la prothèse dentaire fait partie de l'exercice de ladite profession. Par suite, seul un texte de loi pourrait retirer aux médecins le droit de confectionner et d'essayer les appareils prothétiques de la bouche et des dents.

Le Préfet fait certainement une confusion, basée sur ce fait que pendant de longues années, les chirurgiens-dentistes n'ont pas eu le droit ni de soigner, ni d'appareiller certains malades, bénéficiaires de quelques lois dites sociales, sous prétexte que les dites lois ne visent que les soins donnés par des docteurs en médecine.

En cette matière de soins aux pensionnés de guerre, je cite les réponses ministérielles parues au *Journal Officiel* du 11 mars 1925, celle du 7 décembre 1929 et celle du 21 mars 1930, qui décident que les mutilés qui ont besoin de soins dentaires ou d'appareillages doivent s'adresser soit au médecin stomatologiste, soit au centre de prothèse maxillo-faciale, ou au centre des édentés. En tout cas, les chirurgiens-dentistes ne sont pas habilités pour donner leurs soins aux réformés de guerre, pour les maladies de la bouche et des dents, comme pour la confection d'appareils de prothèse.

Cependant, une Circulaire du ministre des Pensions, en date du 7 avril 1932 accorde désormais aux chirurgiens-dentistes le droit de donner leurs soins au titre de l'article 64, mais à la condition expresse que, sauf cas d'urgence avérée, ils aient au préalable obtenu l'autorisation de la Commission tripartite départementale dans chaque cas d'espèce.

En conséquence, dans le cas qui m'est soumis, notre confrère peut faire remarquer au Préfet — ou le lui faire remarquer par le Syndicat médical — que ses bureaux ont confondu les grades de docteur en médecine et de chirurgien-dentiste, en imputant au premier l'interdiction de donner des soins, qui, pendant longtemps, a pesé sur le second.

Le Syndicat médical fera remarquer au Préfet que le grade de docteur en médecine octroie à son titulaire, selon les termes de l'article premier de la loi du 30 novembre 1892, le droit d'exercer toute la médecine et toutes les spécialités, qui en dépendent. Au contraire, la profession médicale de dentiste fait l'objet de l'article 2 de la loi du 30 novembre 1892. Pour l'exercer, il faut posséder soit le titre de docteur en médecine — qui peut le plus peut le moins — soit le grade secondaire de chirurgien-dentiste. Ce dernier ne permet, en effet, que les soins pour les maladies de la bouche et des dents et certaines affections des maxillaires. Mais le chirurgien-dentiste ne peut pas empiéter dans la domaine de la médecine générale, même pour soigner une affection générale, avec localisations dans la bouche, ou les dents.

Voilà pourquoi, sous la poussée de l'opinion publique et du désir de sauvegarde de la santé des malades, un courant se dessine de plus en plus intense, pour que le dentiste de demain soit titulaire du grade de docteur en médecine et non plus du grade imparfait de chirurgien-dentiste.

Dr Paul Boudin.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

SUR LA SILICOSE

IIe Conférence internationale de la Silicose

(*Genève* 19 *août*-10 *septembre* 1938)

Sur l'initiative du Bureau international du travail, et de son Comité de correspondance pour l'Hygiène industrielle, s'est tenu à Genève la deuxième *Conférence internationale de la silicose.*

Cette conférence fut présidée par le Docteur A.-J. Orenstein, médecin-chef des mines du Rand de Johannesburg (Afrique du Sud).

Le vice-président était le Professeur Langelez, inspecteur général, chef du Service médical pour la Protection du travail au ministère du Travail de Bruxelles, ainsi que le Docteur R.-R. Sayers, chef du Service de l'hygiène industrielle à l'Institut national pour la Santé publique, ministère de la Santé publique des Etats-Unis, à Washington.

Les questions à l'ordre du jour comportaient les différents points suivants :

1. Acquisitions récentes dans la connaissance de la pathologie de la silicose, y compris les recherches sur les effets, s'il y en a, des poussières non siliceuses mélangées à de la silice ou à des silicates sur la production de la fibrose pulmonaire ou de la tuberculose.

2. Pneumoconiose des travailleurs des mines de charbon et des autres travailleurs exposés à la poussière de charbon.

3. Lésions de l'appareil respiratoire (maladies ou incapacités) dues à l'inhalation de poussières dans les industries autres que celles envisagées sur les points 1 et 2.

4. Méthodes et standards du diagnostic précoce des pneumoconioses, avec ou sans infection, y compris la détermination de la teneur en silice du sang, des urines et des fèces. Valeur, s'il y en a, du diagnostic précoce de la silicose du point de vue du retrait du travail dans l'occupation incriminée (arrêt de l'évolution de la maladie).

5. *a)* Nouvelles méthodes d'analyse des poussières. Possibilité de standardisation.

b) Intensité d'exposition à la poussière. Méthodes pour l'évaluer.

c) Critères expérimentaux pour déterminer le degré du pouvoir pathogène d'une poussière.

6. Contributions, dans d'autres domaines scientifiques, essentielles pour la solution du problème des pneumoconioses.

7. Détermination de l'incapacité, et évaluation de celle-ci dans les pneumoconioses.

8. Prévention.

a) Examen d'entrée des travailleurs dans les industries à poussières, méthodes et standards de cet examen ;

b) Lutte contre les poussières en général et les poussières siliceuses en particulier ;

c) Protection individuelle ;

9. Thérapeutique spécifique de la silicose.

Résultats des recherches à effectuer sur les méthodes activant l'élimination de la silice.

10. Moyens pratiques permettant au Sous-Comité des pneumoconioses d'intervenir dans la lutte contre les poussières.

Ces différents points ont donné lieu à d'importantes discussions et d'heureuses contributions ont été apportées.

Les membres officiels de cette conférence étaient :

(a) *Liste des membres* : Badham (Australie), Gardner (Etats-Unis), Gudjonsson (Danemark), Irvine (Union sud-africaine), King (Grande-Bretagne), Langelez (Belgique), Middleton (Grande-Bretagne), Orenstein (Union sud-africaine), Policard (France), Riddel (Canada), Sayers (Etats-Unis), Tsukata (Japon), Rajchman (S. D. N.).

b) *Pour le Conseil d'administration* : Kitaoka (Suisse), Tzaut (Suisse), Andersson (Suède).

c) *Observateurs* : George (Australie), Greenburg (Etats-Unis), Hausser (France), Irwin (Canada), Quinet (Belgique), Robson (Canada), Van Beneden (Belgique), Vossenaar (Pays-Bas).

Le rapport du Docteur Middleton, médecin chef de l'Inspection du Travail de Londres a été adopté à l'unanimité. Il doit être par la suite approuvé par le Conseil d'administration du Bureau international du travail. Ce rapport définit la silicose comme étant : « un état pathologique des poumons dû à l'inhalation de bioxyde de silicium » et que « cet état peut être reproduit expérimentalement chez les animaux ».

Circulaire du Ministre des Travaux publics concernant la silicose (1er *septembre* 1938)

Une enquête entreprise dans tous les arrondissements minéralogiques a permis de constater qu'un nombre important de cas de silicose ou d'autres affec-

tions pulmonaires, provoquées par le travail en atmosphère nocive, ont pu être décelés, lorsqu'une organisation rationnelle de dépistage des affections pulmonaires avait été instituée, conformément aux dispositions de la Circulaire du 29 décembre 1936, pour les ouvriers travaillant dans les poussières ayant une teneur en silice notable.

Le Conseil général des Mines a émis sur cette question l'avis suivant, que j'ai adopté :

1° De telles organisations de contrôle médical doivent être en particulier étendues aux ouvriers travaillant dans les avancements au rocher, aux ouvriers travaillant au dépistage dans les mines de minerai siliceux, aux ouvriers travaillant dans les usines du four des mines, dans les ateliers de carrière lorsque le traitement de produits siliceux risque de provoquer une atmosphère dangereuse, etc.

2° De telles organisations ne sauraient d'autre part, être considérées comme satisfaisantes, si elles ne comportent pas d'examens radiographiques, ou, au minimum radioscopiques systématiques, si elles ne prévoient pas le renouvellement de ces examens au moins une fois par an, et de préférence tous les six mois pour les ouvriers exposés, et la tenue de fiches individuelles permettant de suivre l'évolution de l'état pulmonaire de chaque ouvrier.

3° Les ingénieurs du Service des mines devront contrôler la façon, dont ces organisations sont réalisées, et veiller à ce que les cas de maladies soumises à déclaration leur soient régulièrement déclarés.

4° Il importe que ce soient les exploitants, qui prennent en charge ces organisations. Toutefois, les ingénieurs en chef des mines devront avertir des dispositions de la présente circulaire, les Caisses de secours et les diverses organisations ouvrières des industries extractives de leur arrondissement.

La Presse et les Sociétés

Fracture de jambe et embolie pulmonaire à séméiologie atypique (pseudo-syndrome abdominal)

Parmi les complications des fractures, l'embolie pulmonaire, liée à l'existence d'un processus phlébitique plus ou moins latent, a été considérée pendant longtemps comme assez exceptionnelle. Cependant, au cours de dans ces dernières années, l'opinion des chirurgiens s'est modifiée sur ce point et, comme l'intérêt médico-légal de cette question est loin d'être négligeable, MM. Lande, Dervillée et Lange rapportent à ce propos une observation concluante, puis la font suivre d'intéressantes considérations.

Un homme de 52 ans présente, à la suite d'un accident, une fracture fermée des deux os de la jambe gauche, en un point déjà traumatisé vingt ans auparavant. Au cours de l'immobilisation de la fracture réduite en bonne position, un syndrome abdominal grave se déclare, motivant une laparotomie d'urgence qui ne révèle aucune lésion. Le sujet meurt et l'autopsie, négative en ce qui concerne l'abdomen, révèle l'existence d'un récent et volumineux infarctus du lobe inférieur du poumon gauche, tel qu'on l'observe à la suite d'une embolie.

L'état de collapsus cardiaque auquel a succombé le blessé est de toute évidence consécutif au processus embolique. Ce dernier ne peut avoir comme point de départ que le foyer de fracture récent de la jambe gauche et, dans ces conditions, il est légitime d'admettre une relation de cause à effet entre l'accident du 23 février 1937 et le décès survenu le 20 mars 1937.

Les points suivants méritent d'être retenus :

1° L'absence de signes de phlébite.

Aucune manifestation pathologique (douleur, hyperthermie) n'a été constatée au cours de l'immobilisation. A l'autopsie, après ablation de l'appareil plâtré, aucune trace d'œdème n'a été relevée. A vrai dire, les symptômes phlébitiques sont assez souvent difficiles à mettre en évidence, arrivant parfois à se superposer exactement aux symptômes propres de la fracture. D'autre part, la phlébite peut rester tout à fait latente.

2° Le syndrome abdominal.

Dans le cas rapporté, la séméiologie de l'embolie pulmonaire s'est révélée tout à fait anormale. Aucun symptôme n'a retenu l'attention du côté de l'appareil respiratoire : absence de dyspnée et d'expectoration. Par contre, la note abdominale (douleurs très vives au creux épigastrique et dans la fosse iliaque droite) a dominé le tableau clinique, à tel point qu'une laparotomie exploratrice a dû être pratiquée, commandée par des indications d'ordre séméiologique. L'existence de ces phénomènes douloureux atypiques, phénomènes qui doivent être rapprochés du point de côté abdominal de certains épisodes pneumoniques (surtout chez l'enfant), peut être expliqué par le siège très bas de l'infarctus (lobe inférieur du poumon gauche). Dans une observation de Ch. Lasserre, le sujet immobilisé pour une fracture transcervicale du col du fémur avait présenté en même temps une douleur atroce à la racine du membre et au creux épigastrique.

3° Les constatations faites au cours de l'autopsie médico-légale et, en particulier, les données apportées par l'examen histologique.

Ceci souligne une fois de plus la nécessité de l'autopsie systématique chez les victimes d'accidents, et surtout de l'autopsie aussi précoce que possible, éventuellement complétée par des examens de laboratoire. (*Annales de médecine légale*, octobre 1938.)

Variétés

CLYSTERIUM DONARE...

Nous avons tous pris cette antienne grotesque du « Malade Imaginaire » pour une bouffonnerie bien digne de faire pendant à la « Vertu dormitive de l'opium », au « manget, et bibet, et saignet, et tuat ». En l'introduisant dans son divertissement burlesque nous pensions bien que Molière l'avait lui-même dépouillée de toute crédibilité.

Or, à la lecture d'une vieille édition ornée de notes et commentaires, il se révèle que ce divertissement est une satire beaucoup plus pertinente qu'on ne croyait du langage et des mœurs médicales du temps.

La vertu dormitive est une formule de l'époque laquelle, toute cartésienne qu'elle fût, se payait volontiers de mots : elle expliquait qu'un corps était une substance parce qu'il avait une forme substantielle ; qu'il était une pierre parce qu'il avait la pétréité ; qu'il était froid parce qu'il avait une vertu frigorifique.

Le couplet du président « *Esserein omnibus — consultationibus — aneienni aviso — aut bono — aut mauvaiso* » reflète un point de déontologie qui prescrivait à tout médecin, dans les consultations, d'être de l'avis de son ancien.

De même, la thérapeutique permise était-elle étroitement délimitée. D'où le couplet « *De non jamais te servire — de remediis aucunis — quam de ceux seulement doctae facultatis — malade dut-il crevare — et mori de suo malo* ».

C'est ce que montre une savante dissertation du Docteur Ch. Morel parue dans le *Toulouse Médical* du 1er juillet 1937.

La Faculté, tout en défendant avec vivacité l'anatomie et la physiologie de Galien, avait fait bon marché de sa thérapeutique ; elle ne voulait plus de polypharmacie, ni de formules complexes. Son doyen, Gui Patin, se targuait de faire la médecine le plus simplement possible. Par quoi, il taillait des croupières aux apothicaires, coupables d'exercer clandestinement la médecine dans leur arrière-boutique et d'avoir partie liée avec Théophraste Renaudot, que lui, Guy Patin, détestait personnellement.

En outre, la Faculté répudiait les médicaments chimiques qu'à la suite de Paracelse et de Van Helmont Sylvius de Le Boé et les iatro-chimistes avaient introduits en médecine. Elle déclara par décret que le plus prôné de ces médicaments chimiques, l'antimoine, devait être classé comme « mortifère poison » et en fit condamner l'usage par le Parlement.

Repoussant à la fois, les médicaments anciens et ceux d'importation récente comme le quinquina, cette « poudre fort chaude qui ne purge en aucune façon », rejetant aussi les médicaments chimiques, la Faculté avait à peu près réduit sa thérapeutique à la saignée, à la purgation et au lavement (deinde purgare, ensuita saignare).

Mais, par exemple, on usait *larga manu* de ces trois remèdes. Botal avait posé le principe qu'il en est du sang comme de l'eau d'un puits que plus on en tire et plus il en revient de bonne ou comme du lait d'une nourrice qui devient d'autant plus abondant que le jeune enfant en prend davantage.

Au nom de quoi, on saignait les bien portants pour leur éviter de tomber malades et on saignait les malades pour les ramener à la santé.

Afin d'empêcher, chez les gens de tempérament sanguin, les embarras et ruptures de veines on faisait chaque printemps une large *saignée de précaution*, souvent quatre ou cinq dans le reste de l'année, et parfois bien davantage.

Pour toutes les maladies, les émissions sanguines étaient indiquées. « Il n'y a pas de remèdes au monde, écrivait Guy Patin, qui fassent autant de miracles que la saignée. »

On pratiquait tout d'abord, pour ébranler et remuer les humeurs peccantes, une première saignée de deux ou trois livres en ouvrant, du côté de la partie lésée, une veine du pli du coude.

Si le sang ainsi évacué était considéré comme putride ou altéré, on répétait tous les jours et parfois plus souvent cette *saignée déplétive*.

Si, au contraire, à la première saignée le sang apparaissait pur, c'est que l'humeur nocive était retenue dans une veine où elle croupissait et, pour la déloger, il fallait des *saignées révulsives*, en ouvrant des veines du côté opposé.

Par de tels procédés, on retirait en quinze jours dans les maladies inflammatoires et en huit dans les maladies putrides, dix livres de sang chez les Français et jusqu'à quinze chez les Allemands et les Flamands « qui sont plus grands et plus gros ».

On saignait les adultes, les vieillards, les enfants. Dans l'ardeur de sa conviction, Guy Patin fait saigner un nouveau-né de trois jours, et treize fois en deux semaines un enfant de sept ans atteint de pleurésie. Lui-même est saigné sept fois pour un vulgaire rhume. Et comme mourir sans saignée n'était pas mourir dans les formes, il souhaite que le Diable saigne, dans

l'autre monde, Guy de Labrosse, l'organisateur du Jardin du Roy, « un fourbe, un athée », un docteur enfin qui vient de succomber en refusant de se laisser saigner !

La purgation n'était pas moins précisément indiquée. On purgeait les bien portants pour entraîner le superflu de la pituite, de la bile et de l'atrabile ; et, en cours de maladie, alternaient suivant un juste rythme saignées et purgations. A cet effet, la Faculté n'usait guère que du séné et méprisait toutes les drogues qui viennent des Indes : la casse, le sirop de roses pâles et la rhubarbe.

Enfin, en serre-file, apparaissait le clystère lequel, suivant sa composition, était évacuant, irritant, émollient, détersif, résolutif, carminatif ou adoucissant. L'honorable François Bourgeois, chanoine de l'insigne église collégiale de Saint-Urbain de Troyes, fut, en l'espace de deux ans, lavementé 2.190 fois. A la suite de quoi, il plaida contre la garde qui lui présentait sa note, ci : 150 livres.

La scène du lavement était réputée de haute mondanité. Saint-Simon rapporte que la Duchesse de Bourgogne se fit administrer un clystère au cours d'une réception que le Roi et Mme de Maintenon honoraient de leur présence Si c'étaient là manières de duchesse...

Il est donc indéniable que Molière fut un commentateur exact des mœurs médicales de son temps. Le malheureux phtisique devait avoir eu l'occasion de les étudier longuement, et à ses dépens.

Le pire c'est que la pochade de Molière ne nous a pas servi de leçon et que s'il se révélait de nos jours un auteur comique de sa verve, il pourrait écrire pour la Comédie-Française un divertissement qui serait bien aussi drôle que celui du XVIIe siècle !

G. LAVALÉE

HÔPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux** (M. Jean Braine, chirurgien des hôpitaux, directeur des travaux scientifiques). — *Leçons de technique opératoire* (avec démonstrations sur le sujet). — Une série de dix leçons aura lieu du 27 février au 10 mars 1939, tous les jours de la semaine (sauf le samedi), de 16 h. 30 à 17 h. 30.

PROGRAMME. — Lundi 27 février, Docteur Pierre FREDET, chirurgien honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine : Traitement opératoire des fractures de la rotule. — Mardi 28 février, Professeur René LERICHE, professeur au Collège de France : Stellectomie et sympathectomies lombaires. — Mercredi 1er mars, Docteur Jean CHARRIER, chirurgien des hôpitaux : Technique de la gastrectomie avec entérectomie pour ulcus peptique gastro-jéjunal. — Jeudi 2 mars, Docteur André MAURER, chirurgien des hôpitaux : Les thoracoplasties. — Vendredi 3 mars, Docteur Jean BRAINE, chirurgien des hôpitaux : Technique de la ménicectomie du genou. — Lundi 6 mars, Docteur Marcel BOPPE, chirurgien des hôpitaux : Enclouage du col du fémur. — Mardi 7 mars, Docteur André BERGERET, chirurgien des hôpitaux : Amputations du rectum pour cancer. — Mercredi 8 mars, Docteur GÉRARD-MARCHANT, chirurgien des hôpitaux : Les voies d'accès de la hanche. — Jeudi 9 mars, Docteur Pierre WILMOTH, professeur agrégé à la Faculté : Hystérectomie élargie pour cancer du col utérin. — Vendredi 10 mars, Docteur Maurice ROBINEAU, chirurgien honoraire des hôpitaux, ancien directeur de l'amphithéâtre des hôpitaux : Technique des sutures intestinales.

Ces leçons sont gratuites. Elles sont plus spécialement destinées aux docteurs en médecine et aux internes des hôpitaux. Le nombre des auditeurs étant limité, prière de s'inscrire, si possible, avant le 20 février, 17, rue du Fer-à-Moulin (V^e).

— **Amphithéâtre d'anatomie.** (M. le Docteur Jean Braine, directeur des travaux scientifiques). — Un cours pratique d'*interprétation radiologique du squelette et des viscères* (avec projection), en dix leçons, par M. le Docteur GALLY, radiologiste de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, commencera le lundi 27 février 1939, à 9 heures, et continuera les jours suivants à la même heure.

Les auditeurs seront exercés individuellement aux interprétations de clichés et à leur comparaison avec les pièces anatomiques.

Un certificat sera délivré à la fin du cours. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (V^e).

PROGRAMME DU COURS. — Etude radiologique normale et pathologique de la tête, de la colonne vertébrale, du thorax, de l'abdomen (tube digestif), de l'abdomen (glandes annexes du tube digestif), des membres.

— **Hôpital Bretonneau.** — M. H. GRENET, médecin de l'hôpital Bretonneau, fait tous les vendredis, à 10 h. 45, une conférence clinique de médecine infantile.

— **Hospice de la Salpêtrière** (Service de M. Lévy-Valensi). — *Consultation externe* : lundi à 9 heures. — *Pavillon du Perron* : Mardi, 9 heures, Psychiatrie. — Mercredi, 10 heures (M. DE SÈZE) : Affections rhumatismales. — Vendredi, 9 heures : Neurologie (anciens malades).

Visites dans les salles : Mercredi, 9 heures ; jeudi, samedi, 10 h. 30.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE) — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Hôpitaux psychiatriques

Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Caen (Calvados) (poste créé).

Un poste de médecin chef de service à la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher) est vacant par suite du départ de M. le Docteur Vallade, appelé à un autre poste. (*J. O.*, 10 janvier 1939.)

Un poste de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Blois est actuellement vacant par suite de la nomination de M. le Docteur Schützenberger, en qualité de médecin directeur.
(*J. O.*, 11 janvier 1939.)

Un poste de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Hoerdt (Bas-Rhin) est actuellement vacant par suite du départ de M. le Docteur Delmont, appelé à un autre poste
(*J. O.*, 12 janvier 1939.)

Un poste de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais) est vacant par suite de la mise en congé de M. le docteur Tusques.
(*J. O.*, 13 janvier 1939.)

Le poste de médecin directeur est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Ravenel (Vosges) (poste créé). (*J. O.*, 14 janvier 1939.)

Enseignement de la médecine

Par décret en date du 10 janvier 1939, rendu sur la proposition du ministre de l'Education nationale et du ministre des Colonies, M. Galliard, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, a été nommé directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie de plein exercice de l'Indochine, pour une nouvelle période de trois ans, à compter du 1er octobre 1938.
(*J. O.*, 14 janvier 1939.)

Légion d'honneur

Sont promus dans la Légion d'honneur, au titre du ministère des Affaires étrangères :

Commandeur : M. le Docteur Bergeret, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Officier : M. le Docteur Blanc, directeur de l'Institut Pasteur du Maroc. (*J. O.*, 15 janvier 1939.)

Médaille des épidémies

Médaille de vermeil : MM. les Docteurs Petit, de Paris ; Delorme et Henry, du Maroc.

Médaille d'argent : Mlle le Docteur Gayraud, de Nice ; MM. les Docteurs Raybaud, de Marseille ;

Colas-Pelletier, de Paris ; Wolhueter, de Strasbourg ; M. Extragnat, externe des hôpitaux de Lyon ; MM. les Docteurs Rochaix, du Vinatier (Rhône) ; Bohin, de Safi (Maroc) ; Le Mitouard, d'Oued-Zem (Maroc) ; Ritter, de Taroudant (Maroc) ; Loubet, de Tinerhir (Maroc) ; Delort, de Tagounit du Ktaoua (Maroc) ; le médecin capitaine Vidal, de Tataouine (Maroc) ; Mme le Docteur Anderson, de Tunis ; MM. les Docteurs Fan-Ping-Tche et Ngo-Van-Phi, de Yunnanfou.

Médaille de bronze : M. Battesti, interne des hôpitaux de Marseille ; M. le Docteur Laffaille, de Bayonne ; M. Moindrot, Mlle Plottard, internes des hôpitaux de Lyon ; Mlle Mirabail, externe à l'hôpital Cochin ; M. Schapira, interne à l'hôpital Tenon ; M. Tharreire, externe à l'hôpital Bretonneau ; MM. les Docteurs Senlecq, de l'Isle-Adam ; Tavernier, de Méry-sur-Oise. (*J. O.*, 15 janvier 1939.)

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Accidents du Travail

44. — Radiographie en clinique privée

J'ai recours à votre obligeance pour vous demander un renseignement au sujet des accidents du travail. Avec la nouvelle loi, qu'est-il prévu pour les radiographies en cours de traitement en clinique ? Il est évident que maintenant au lieu du « tout compris » je compterai en plus mes honoraires d'intervention mais, pour un blessé admis en clinique et qui aura besoin de plusieurs radiographies, puis-je les tarifer à l'Assurance ? Faut-il chaque fois demannder l'autorisation ? envoyer le cliché ? Que feront les hôpitaux en pareil cas : je doute fort que pour un fracturé par exemple ils demandent chaque fois à l'Assurance l'autorisation de radiographier ?

Dr E.

Réponse

Que ce soit en clinique privée ou à domicile, il en est de même pour la nécessité de l'accord préalable, en cas de radiographie, entre le méde cin traitant et celui du patron ou assureur sub-

stitué. Quant au prix à réclamer en hôpital ou en clinique privée depuis la suppression du « tout compris », ceci va faire l'objet d'un tarif spécial ... lequel n'a pas encore vu le jour mais au sujet duquel nous allons être incessamment convoqués à la Commission ministérielle du Tarif accidents du travail.

Dr F. DECOURT.

---

51. — Examen radioscopique

Combien aurais-je dû compter à une Compagnie d'assurances pour : examen radioscopique pour réduction d'une fracture double du tibia sans radiographie ?

Dr N.

Réponse

Un examen radioscopique... pour réduction de fracture est, de façon générale, tarifé 200 francs (art. 27 D) et fut déjà l'objet de plaintes des assureurs alors par exemple, que la radiographie d'un avant-bras est tarifée 80 francs ou une radiographie de jambe 100 francs. En tout cas, en l'état actuel du Tarif, je ne vois pas d'autre tarification à relever que celle de 200 francs.

Dr F. DECOURT.

b) Accidents du Travail et Assurances sociales

9.717. — 1° Rémunération de l'aide chirurgical ; 2° Représentation en expertise ; 3° Complications après réduction effectuée normalement

1° Peut-on pour un simple renouvellement d'ordonnance sans avoir vu ni examiné à ce moment le malade, compter aux Assurances sociales le prix d'une consultation ?

2° J'ai adressé dernièrement au chirurgien un accidenté du travail (plaie de la main avec section tendineuse, articulation ouverte, etc.) et je suis allé l'assister pour l'intervention. J'ai compté à l'Assurance 80 francs pour l'aide opératoire plus mon déplacement soit 25 kilomètres à 3 francs. Puis-je le faire ?

3° Au cours d'une expertise faite par le même chirurgien pour établir le taux d'invalidité d'un blessé, la partie adverse m'avait demandé de la représenter. Puis-je compter 150 francs pour mes honoraires ou 150 francs plus le déplacement, 28 kilomètres ?

4° J'ai eu en février dernier à donner mes soins à un jeune ouvrier, accidenté du travail, atteint de fracture du bras. J'ai réduit la fracture, appliqué un appareil plâtré et adressé ensuite le blessé au chirurgien pour une radiographie de contrôle. Cette radio a montré que la fracture était réduite et main-

tenue en bonne position. Or, quelques jours après, ce blessé présentait une paralysie radiale typique et j'adressais d'urgence le blessé au chirurgien pour intervention. Bien entendu, il a fallu enlever de suite le plâtre pour suturer le radial qui était non pas sectionné mais étranglé dans des tissus, sang, etc... Les suites opératoires ont été bonnes et actuellement le blessé est à peu près guéri.

En envoyant ma note d'honoraires à la Compagnie, je me suis demandé si je devais réclamer des honoraires pour la réduction et contention de fracture : 220 francs. La paralysie existait peut-être dès le premier jour, ce qui est fort possible, j'ai pu oublier de rechercher la paralysie radiale et je me demande si je suis en droit de réclamer des honoraires pour cette intervention.

Dr M.

Réponse

1° Il ne m'apparaît pas normal que l'on déclare avoir examiné un malade en consultation si l'on a pas même vu celui-ci.

2° Vous n'auriez pas le droit en Assurances sociales de compter des honoraire pour aide à une intervention alors qu'il est dit dans la nomenclature (Instruction) : « Le prix global comporte la rémunération des aides et les soins consécutifs pendant une durée maxima de vingt jours ». Par contre en accidents du travail, il est dit dans le Tarif, art. II : « Pour les interventions chirurgicales, la rémunération de tout aide, docteur en médecine ou officier de santé, est fixée à 80 francs plus l'indemnité kilométrique s'il y a lieu ». Toutefois, si vous avez « aidé » le chirurgien en un lieu où se trouvent d'autres médecins, l'indemnité kilométrique tombe suivant le principe du « médecin le plus rapproché » (art. 2).

3° Il ne s'agit plus là du « Tarif accidents du travail ». Doit vous payer la partie qui vous a demandé de vous représenter et cela suivant tarif fixé à l'amiable.

4° Vous avez à compter votre « Réduction et contention par appareil plâtré d'une fracture de l'humérus : 220 francs (art. 18). S'il s'est dévoilé dans la suite une « complication » (ici paralysie radiale) qui a nécessité une intervention sanglante ultérieure, c'est une autre histoire pour laquelle il appartiendra au chirurgien de demander les honoraires adéquats.

Dr F. Decourt.

---

86. — Ceintures de grossesse

Je lis dans le *Concours Médical* du 25 décembre 1938, page 3314, une réponse de vous concernant la ceinture de grossesse.

Je partage complètement votre avis, car, si l'on n'y prêtait pas attention, toutes les femmes essaie-

raient de se faire payer une ceinture par les Caisses au cours de leur grossesse (et même en dehors de la grossesse). Le port d'une ceinture étant, sans doute, utile mais nullement nécessaire au cours de la gestation, les femmes doivent en supporter les frais et considérer, à la rigueur, qu'ils sont compris dans le forfait.

Toutefois il existe des cas où, en raison de la déficience de la paroi abdominale, ou pour une autre raison, le port d'une ceinture devient nécessaire et où son absence peut être la cause de douleurs et empêcher la continuation du travail. Ne croyez-vous pas que, dans ces conditions, la grossesse doive être déclarée pathologique et que la Caisse doive participer à l'achat d'une ceinture nécessaire à supprimer les troubles existants ?

Dr V.

Réponse

Au sujet d'un principe d'ordre général, il est évident qu'on peut trouver parfois des exceptions « qui justifient la règle ». Si, de façon générale, une Caisse ne peut rembourser les « ceintures de grossesse » achetées par les intéressées, il peut, en effet, y avoir des « cas pathologiques » ou s'impose médicalement le port d'une ceinture. Dans ce cas, il y aurait lieu, ce me semble, à une entente spéciale à l'amiable entre le médecin traitant et le médecin-conseil de la Caisse.

Dr F. DECOURT.

c) *Pensionnés de guerre*

107. — Pansements compliqués

J'ai l'honneur de solliciter vos lumières pour la tarification d'actes médicaux pour les pensionnésde guerre :

Pendant quinze jours, j'ai donné mes soins à un pensionné auquel on avait fait une pleurotomie pour pleurésie purulente. Voici ce que je faisais chaque matin :

1° Nettoyage du drain, de la plaie, injection intrapleurale d'huile goménolée. Pansement englobant l'hémithorax postérieur.

2° Injection intramusculaire d'huile eucalyptolée gaïacolée.

3° Injection de sérum glucosé sous-cutanée ; de temps en temps huile camphrée.

Je passais chaque fois une heure auprès du malade. A noter l'extrême fétidité du pus qui rendait le travail périlleux (j'ai en effet été atteint d'un gros furoncle de la face dorsale de la main par prospection de pus), (ceci est un détail).

Vu l'extrême faiblesse du malade qui fut emporté par une septicémie purulente, je lui faisais chaque jour une contre-visite vers 17 heures où je pratiquais souvent de l'huile camphrée ou autre.

Combien dois-je tarifer :

1° La visite du matin : une heure de présence.

2° La contre-visite du soir.

Je suis fort embarrassé et je me permets de vous consulter.

Dr C.

Réponse

On lit à l'art. 74 du Tarif : « Pansements spéciaux, prolongés, très compliqués (à soumettre à l'appréciation de la Commission de contrôle) de 10 à 30 francs ». Vous avez donc à vous adresser au confrère, secrétaire de la dite Commission — en basant votre requête sur le texte ci-dessus — et en donnant tous détails précis sur ce que vous aviez à faire à chaque pansement. Quant à votre visite du soir, il n'y a également qu'à en expliquer la nécessité techniquement. Vous pourriez proposer 30 francs pour le matin et le soir visite ordinaire. Mais sans rien mettre d'avance à ce sujet sur votre mémoire pour la visite du matin, vous réservant de compléter, d'additionner et de signer la feuille de relevé après qu'ait été donnée l'appréciation de la Commission de contrôle.

Dr F. Decourt.

ACCIDENTS

9.384. — Barèmes d'invalidité applicables aux accidents du travail

Je crois avoir lu que, pour les accidents du travail survenus après le 1er janvier 1939, le taux des incapacités permanentes sera établi d'après le barème des pensions militaires. Le *Concours Médical* peut-il me fournir ce guide-barème militaire ? (à m'envoyer contre remboursement). S'il ne le peut pas, voudriez-vous m'indiquer où je puis me le procurer, et quel est le titre exact ?

Dr M.

Réponse

D'après la nouvelle loi sur les accidents du travail entrée en vigueur le 1er janvier dernier, le taux d'incapacité, en cas d'incapacité permanente, sera déterminé d'après la nature de l'infirmité, suivant un barème indicatif d'invalidité établi d'après celui en usage pour l'application de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires modifié ou complété, s'il y a lieu, par un règlement d'administration publique, pris après avis de la 4e section du Conseil supérieur des assurances privées.

Le règlement d'administration publique prévu dans cette disposition n'a pas encore vu le jour. Seul donc le barème des invalidités pour les

pensions militaires pourra être retenu pour l'instant.

Pour vous procurer le barème des invalidités établi pour l'application de la loi du 31 mars 1919, il conviendra que vous vous adressiez à la librairie Lavauzelle, 124, boulevard Saint-Germain, à Paris.

---

122. — Hospitalisation des accidentés du travail en clinique sous le nouveau régime

A partir du 1er janvier 1939 et en application de la loi sur les accidents du travail du 1er juillet 1938, j'hospitalise à ma clinique les accidentés du travail.

Pourriez-vous me dire dans quelles conditions les Compagnies d'assurances doivent rembourser les frais pharmaceutiques ? Dois-je les facturer et les envoyer directement à la Compagnie ou bien dois-je me les faire procurer par des pharmaciens ?

La loi ne précise pas en effet les modalités de remboursement des frais pharmaceutiques.

Dr H.

Réponse

Voici quelles sont les dispositions de la loi nouvelle sur les accidents du travail en ce qui concerne les frais d'hospitalisation des victimes d'accident.

« En cas d'hospitalisation dans un établissement public, l'employeur est seul tenu au payement du prix de journée applicable aux malades payants dans les salles communes et des honoraires médicaux et chirurgicaux dus aux médecins et chirurgiens, conformément au tarif de responsabilité patronale fixé à l'alinéa 9.

« Dans le cas où l'accidenté est hospitalisé dans une clinique privée, dont les taux et conditions sont plus élevés que dans les établissements hospitaliers publics, l'employeur, seul tenu au remboursement des frais, ne le sera que dans les limites des tarifs des établissements hospitaliers publics. »

L'employeur ne peut être tenu au delà des dispositions légales. Par conséquent, il a seulement à payer, lorsque l'ouvrier est hospitalisé dans une clinique privée, le prix de journée de l'hôpital le plus voisin pour les malades payants et les honoraires médicaux et chirurgicaux sur les bases du tarif, à l'exclusion de tous autres frais et notamment de ceux correspondant aux fournitures pharmaceutiques.

ASSURANCES SOCIALES

9.759. — Prestations de l'Assurance sociale agricole

Un de mes clients, assuré social agricole depuis le 1er juillet 1931, maladie, maternité et décès, et ayant réglé régulièrement ses cotisations est atteint d'une grave maladie qui l'empêche de travailler du 12 mars au 26 juin 1938, avec période d'hospitalisation du 5 avril au 12 mai 1938.

Il n'a pu obtenir de sa Caisse aucune indemnité journalière pour la période pendant laquelle il n'a pu travailler.

Les motifs allégués par la Caisse auraient été les suivants : d'abord qu'il n'y avait pas d'argent en caisse, puis à une deuxième réclamation, qu'on avait supprimé les indemnités journalières d'octobre 1937 à octobre 1938.

L'attitude de cette Caisse est-elle régulière ? Mon client est d'autant plus digne d'intérêt qu'il est père de six enfants dont l'aînée à 13 ans.

Dr B.

Réponse

Le régime des Assurances sociales dans l'agriculture est assez différent du régime ordinaire et en particulier, la loi accorde aux Sociétés de Secours mutuels agricoles, pratiquant l'assurance sociale, une assez grande liberté.

Aux termes de l'article 7 du décret-loi du 30 octobre 1935, ces sociétés servent à leurs adhérents en cas de maladie ou d'accident, et en cas de maternité, les prestations prévues par leurs statuts.

Toutefois, ces statuts doivent être conformes à un règlement-type établi par arrêté du ministre du Travail.

Aux termes de cet arrêté en date du 3 mars 1937, article 13, l'assuré malade a droit pour chaque jour ouvrable à partir du sixième jour et jusqu'à la guérison ou l'expiration des six mois à une indemnité journalière de x francs, chiffre qu'il appartient à la Société de Secours mutuels de fixer dans la limite du maximum de 8 francs pour les hommes, de 6 francs pour les femmes et de 4 francs pour les enfants.

Le principe même de l'indemnité journalière s'impose donc obligatoirement aux Caisses et les motifs invoqués à l'égard de votre client sont donc dénués de fondement juridique.

Nous lui conseillons en conséquence, de poursuivre sa Caisse devant la Commission d'arrondissement dans les trois mois de la notification de la décision de refus. Lorsqu'une décision ayant force exécutoire aura été rendue contre cette Caisse, votre client pourra en poursuivre l'exécution par les voies ordinaires de droit commun puisque les Sociétés de Secours mutuels d'Assurances sociales régies par la loi du 1er avril 1898 sont des personnes privées et non des collectivités publiques.

Soixante et unième année — N° 6 — 5 Février 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	70 fr.	Belgique et Luxembourg..	80 fr.
Etudiants	45 fr.	Première Zone...........	95 fr.
Le Numéro...........	2 fr.	Deuxième Zone..........	120 fr.

Demi-Colonnes

Renseignements

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Nº 42. — Visiteur méd. ayant voiture et bonnes référ. recherche labor. pour visiter les méd. de S.-et-O. et S.-et-M.

Nº 43. — Pour associat. en vue success. import. clin. chirurg. génér. et orthop. Sud-Ouest, cherche chirurg. pouvant faire apport.

Nº 44. — Pet. ville Normandie, confr. mobilis. serait désir. conclure contrat remplacem. avec confr. dégagé oblig. milit., pour le cas de guerre. Gr. maison tout conf. pouvant abriter famille nombr. Etranger, israël. s'abstenir.

Nº 45. — Méd. cherche confr. mobilis. à remplacer en cas de guerre, petite ville ayant collège ou lycée, région Ouest, de préfér. de Bergerac à la Loire.

Nº 46. — Infirmière dipl. Etat cherche empl. chez méd., dentiste ou dispens., Paris ou banlieue proche.

Nº 47. — On dem. dame certain âge, veuve de méd. de préfér., ayant apport, pour collaborer direction maison santé Paris.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** — M. le Gouverneur général de l'Indochine a transmis à l'Académie une lettre dans laquelle Leurs Majestés Bao Daï et Nam Phuong expriment leurs sentiments de sincère sympathie et leurs vifs remerciements pour la médaille d'or qui a été décernée à S. M. l'Impératrice d'Annam pour les services qu'elle a rendus en 1938 à l'hygiène de l'enfance.

— **Faculté de médecine de Paris.** *Leçons sur l'anesthésie et ses techniques.* — MM. Daniel CORDIER, E. DESMAREST, Robert MONOD et Jean RÉGNIER feront du 15 février au 17 mars 1939, à l'amphithéâtre Vulpian, les mercredis, vendredis et lundis (sauf le 20 février), à 17 heures, une série de leçons sur l'anesthésie : prénarcose, narcose, anesthésies par inhalation, par voie rectale, par voie sanguine, anesthésies loco-régionales, intra et extra-durales, etc.

— **XIIIe bal de la Médecine française.** — Organisé au bénéfice des orphelins et des veuves de médecins, le XIIIe bal de la Médecine française aura lieu le samedi 4 mars 1939, dans les salons du Centre Marcelin Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique, Paris (VIIe).

A 22 heures et jusqu'à l'aube, *bal* avec de nombreuses attractions. Fernand Bouillon et son jazz. Orchestre jazz-hot. Petits soupers-musette avec l'accordéoniste Medge Marc.

A 22 h. 30 : *spectacle.* Au programme : Images du Sud-Marocain, film en couleurs du Docteur Vernier. Ninon Vallin. La danse à travers les âges. Orchestre sous la direction de M. Ernest Guillou.

A minuit : *Grand souper romantique,* sous la direction de Mlle Henri Labbé et du Docteur Edouard de Pomiane. Cécile Solas et son orchestre.

Prix des cartes (siège de la Société F. E. M., 60, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris-VIIe) : bal et spectacle, 60 francs ; pour étudiants, 35 francs ; bal, 40 francs ; pour étudiants, 25 francs ; grand souper, 100 francs ; petits soupers à la carte ; carte complète : 160 francs.

— **Médaille du Professseur Laignel-Lavastine.** — La remise de la médaille du Professeur Laignel-Lavastine aura lieu le dimanche 5 février 1939, à 11 heures, à l'hôpital de la Pitié, 83, boulevard de l'Hôpital, Paris.

— **Clinique de neuro-chirurgie.** — M. le Professeur Clovis VINCENT, titulaire de la première chaire de clinique de neuro-chirurgie, a fait sa leçon inaugurale le 26 janvier 1939, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

— **Société française de transfusion sanguine.** — M. Jeanneney, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, vient d'être élu vice-président de la Société française de transfusion sanguine.

— **Médaille du Professeur Georges Etienne.** — Les amis, les collègues et les élèves du Professeur Georges Etienne, voulant commémorer son souvenir, ont décidé de faire apposer dans son ancien service de Clinique médicale une médaille frappée à son effigie.

L'inauguration aura lieu le 25 mars 1939, à 17 heures, à la Clinique médicale B de l'hôpital central. L'exécution de la médaille a été confiée au maître-graveur Dropsy.

Les fonds peuvent être adressés dès maintenant au Comité de la médaille du Professeur Georges Etienne, 58 *bis*, rue de la Commanderie, Nancy. Comptes chèques postaux Nancy nº 191.16. Toute souscription d'une somme minimum de 100 francs donne droit à un exemplaire de la médaille.

— **Journées de la Société française de photobiologie et d'héliothérapie à Hyères** (les 19 et 20 février 1939.) — La Société française de photobiologie et d'héliothérapie tiendra ses prochaines séances à Hyères, le dimanche 19 et le lundi 20 février 1939, suivant le programme ci-dessous :

Dimanche 19 février, 11 heures : réunion à l'hôpital hélio-marin interdépartemental d'Hyères ; démonstration de cure héliothérapique directe et héliothérapique filtrée, concentrée (technique Saidman). — 12 h. 30 : Réception par l'Œuvre lyonnaise des tuberculeux : déjeuner offert à l'hôpital hélio-marin. — 16 h. 30 : Séance de travail, dans la salle de réunions de l'hôpital.

Lundi 20 février, 9 h. 45 : Départ pour l'hôpital « Renée-Sabran » de Giens ; démonstrations. — 15 heures : séance de travail dans la salle de réunions de l'hôpital Renée-Sabran.

Conférences et communications prévues : Aimes : Photobiologie ; Etienne Bernard : Tuberculose et médecine sociale ; Jausion : Photopathologie ; Guy Laroche : Histamine ; Saidman : La mesure du rayonnement ; Jaubert : Climatologie de la région hyéroise ; Félix Bérard : Résultats de l'héliothérapie et du traitement conservateur des tuberculoses dites « chirurgicales » chez l'enfant ; Armanet : Comparaison entre les résultats de la chirurgie focale ou para-focale des foyers tuberculeux, pratiquée d'une façon primitive ou après la cure hélio-marine ; Imbert : Climat marin et tuberculose pulmonaire ; Thomas : Le lipiodol en radiographie.

P. S. — Pour tous renseignements, s'adresser à M. Paul Gérardin, secrétaire médical de l'hôpital hélio-marin interdépartemental d'Hyères (Var).

— **Croisière « Bruxelles-Médical »** (Pâques 1939). — *L'Egypte et la Haute-Egypte.* — La prochaine croisière organisée par *Bruxelles-Médical*, s'effec-

tuera, à Pâques 1939, en Egypte et Haute-Egypte. Le départ de Marseille a été fixé au 31 mars 1939 et sera assuré par le paquebot de grand luxe *Félix-Roussel* (21.115 tonnes), le retour d'Alexandrie à Marseille s'effectuant à bord du *Mariette-Pacha*, sister-ship du *Champollion*, bien connu des habitués des croisières *Bruxelles-Médical*.

L'itinéraire sera le suivant : Marseille, Port-Saïd, Le Caire, Assouan, Louqsor (Vallée des Rois), Le Caire, Alexandrie, Marseille.

Le prix forfaitaire du voyage a été fixé à la somme de 65 Livres sterling en 1re classe, 54 Livres sterling en 2e classe, ce qui, au cours actuel du change, représente environ 11.570 francs français en 1re classe, 9.610 francs français en 2e classe.

Pour recevoir le programme détaillé du voyage et pour les inscriptions, s'adresser à Croisière *Bruxelles-Médical* (Pâques 1939), 29, boulevard Adolphe-Max, Bruxelles.

— Dons à l'Association générale des médecins de France. — L'Association générale des médecins de France, désireuse d'exprimer une fois de plus sa reconnaissance à ses bienfaiteurs, se fait un devoir de faire connaître les noms de ceux qui, au cours de l'année écoulée, ont eu la généreuse pensée de verser à ses caisses de secours des dons importants.

C'est ainsi que le Docteur Fr. Debat, outre ses Caisses de prêts d'honneur aux médecins malades et secours immédiat au décès pour les veuves et orphelins — fondations gérées par l'Association — a fait un don de 10.000 francs à l'occasion de sa promotion de commandeur de la Légion d'honneur ; Mlle Gille, sœur du Docteur Gille, bienfaiteur, 10.000 francs ; MM. Robert Plantier et Boisson de Chazournes, d'Annonay, 10.000 francs ; Docteur G. Roussel, de Paris, a maintenu à l'Association sa création de bourses de 10.000 francs aux familles nombreuses médicales ; Docteur O'Followell, de Paris, 950 francs.

Un legs important, dû à la générosité de Mme Chaboux, veuve du Docteur Chaboux, de Rouen, est en cours de réalisation.

— Fédération des Syndicats médicaux de la Seine. — Le Conseil d'administration de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine vient d'élire son bureau, dont voici la composition, pour 1939 : président, Docteur Biard (S. M. P.) ; vice-présidents, Docteur Fanton d'Andon (B. E. S.), Docteur Marc Chevalley (S. M. S.) ; secrétaire général, Docteur Deguy (S. M. S.) ; trésorier, Docteur J. Bongrand (S. M. S.) ; archiviste, Docteur Dournel (B. O. N.).

—Ecole française de stomatologie. *Association française des médecins stomatologistes* (20-22, passage Dauphine, 27, rue Mazarine, 30, rue Dauphine, Paris). — La spécialisation des étudiants et docteurs en médecine en stomatologie est le seul but poursuivi par l'Ecole française de stomatologie. La durée des études est de deux années scolaires. Un dispensaire,

annexé à l'école, est ouvert aux malades de la bouche et des dents, tous les jours de 9 heures à midi et de 2 heures à 18 heures.

— **Fondation ophtalmologique Ad. de Rothschild.** — Un *concours* pour la nomination à *six places d'internes* sera ouvert le 1er mai 1939.

Pour tous les renseignements, s'adresser à M. le Directeur de la Fondation, 29, rue Manin, à Paris (XIXe).

— **Hôpitaux de Lyon.** — MM. les Docteurs MATHIEU et MANSUY ont été nommés, à la suite du dernier concours, chirurgiens des hôpitaux de Lyon.

— **Hôpital de Béziers.** — M. le Docteur GAVAUDAN, ancien interne de l'hôpital de Nanterre, est nommé médecin adjoint du service de phtisiologie de l'hôpital de Béziers, à la suite du concours qui a eu lieu le 15 décembre devant la Faculté de Montpellier.

— **Nécrologie.** — M. Paul CÉZILLY. — Nous avons le grand regret d'annoncer la mort de M. Paul CÉZILLY, fils d'Auguste CÉZILLY, le fondateur du *Concours Médical.*

Licencié en droit, M. Paul Cézilly, après la mort de son père, prit pendant quelques temps part à l'Administration du *Concours Médical.* Retiré à Pont-Aven (Finistère) où il vient de mourir, M. Paul Cézilly bien que n'ayant plus d'intérêt matériel au *Concours Médical*, s'intéressa toujours à sa prospérité et entretint avec nous les relations les plus cordiales.

Nous adressons à Madame Paul Cézilly, sa veuve, à Mademoiselle Odette Cézilly, pharmacienne, sa fille, et à M. Robert Cézilly, son fils, l'expression de la plus vive sympathie du Conseil de Direction du journal. J. N.

— Nous apprenons avec un vif regret la mort du Docteur Louis LANGLOIS, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. Le Docteur Louis Langlois, qui avait bien voulu publier dans nos colonnes d'intéressants articles, était un jeune savant, auteur de travaux très appréciés.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Jean-Charles-François-Isidore LORGNIER, chevalier de la Légion d'honneur, Croix de guerre, Chevalier de l'Ordre de la couronne de Belgique, ancien vice-président de la Société de stomatologie de Paris, décédé à Saint-Omer le 20 janvier 1939 dans sa 65e année. Ses obsèques ont eu lieu le 24 janvier en la basilique Notre-Dame, à Saint-Omer.

Nous adressons à Madame Jean Lorgnier et à sa famille, nos sincères condoléances.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de Madame PARDOUX, femme de notre confrère le Docteur Pardoux, 105, rue de Belleville, à Paris. Ses obsèques ont eu lieu le 27 janvier.

Nous adressons au Docteur Pardoux, si cruellement éprouvé, nos sincères condoléances et l'expression de nos sentiments de vive sympathie.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Pensions militaires

Tribunaux départementaux des pensions

Par arrêté du 30 décembre 1938, sont nommés, pour l'année 1939, membres des Tribunaux départementaux des pensions :

Agen : M. Dichamp, docteur en médecine à Agen.
Suppléants : MM. Andrieu et Arrès-Lapoque, docteurs en médecine à Agen.

Aix : M. Xardel, docteur en médecine à Aix.
Suppléant : M. Margaillan, docteur en médecine à Aix.

Ajaccio : M. Piani, docteur en médecine à Vico.
Suppléants : MM. Colonna et Richaud, docteurs en médecine à Ajaccio.

Albi : M. Izard, docteur en médecine à Cagnac.
Suppléants : MM. Merle-Béral et Verlac, docteurs en médecine à Albi.

Alençon : M. Cauvin, docteur en médecine à Alençon.
Suppléants : MM. Chon et Bailleul, docteurs en médecine à Alençon.

Alger : M. Witas, docteur en médecine à Alger.
Suppléant : M. Bullinger-Muller, docteur en médecine à Alger.

Amiens : M. Loygne, docteur en médecine à Amiens.
Suppléants : MM. Caraven et Merle, docteurs en médecine à Amiens.

Angers : M. Henric, docteur en médecine à Angers.
Suppléants : MM. Pellegrin et Létang, docteurs en médecine à Angers.

Angoulême : M. Fournier, docteur en médecine à Angoulême.
Suppléants : MM. Decressac et Gérard, docteurs en médecine à Angoulême.

Annecy : M. Orsat, docteur en médecine à Annecy.
Suppléants : MM. Tissot et Giorgi, docteurs en médecine à Annecy.

Arras : M. Brassart, docteur en médecine à Arras.
Suppléants : MM. Woilliez, docteur en médecine à Arras, et Andrès, docteur en médecine à Saint-Pol-sur-Ternoise.

Auch : M. Lestrade, docteur en médecine à Auch.
Suppléants : MM. Szelechowski et Rivière, docteurs en médecine à Auch.

Aurillac : M. Apchin, docteur en médecine à Aurillac.
Suppléants : MM. Vermenouze, docteur en médecine à Aurillac, et Albessard, docteur en médecine à Vic-sur-Cère.

Auxerre : M. Duché, docteur en médecine à Auxerre.
Suppléants : MM. Sarrazin et Houde, docteurs en médecine à Auxerre.

Avignon : M. Garnier, docteur en médecine à Avignon.

Suppléants : MM. Bonnet et Goubert, docteurs en médecine à Avignon.

Bar-le-Duc : M. Fistie, docteur en médecine à Bar-le-Duc.

Suppléants : MM. Baudot et Joyeux, docteurs en médecine à Bar-le-Duc.

Beauvais : M. Louet, docteur en médecine à Clermont.

Suppléants : MM. Largeteau et Baranger, docteurs en médecine à Beauvais.

Belfort : M. Edouard Riss, docteur en médecine à Belfort.

Suppléant : M. Georges Levis, docteur en médecine à Belfort.

Besançon : M. Baufle, docteur en médecine à Besançon.

Suppléants : MM. Volmat et Ledoux, docteurs en médecine à Besançon.

Blois : M. Loiseau, docteur en médecine à Champigny-en-Beauce.

Suppléant : M. Montagne, docteur en médecine à Cheverny.

Bordeaux : M. Lande, docteur en médecine à Bordeaux.

Suppléants : MM. Peyri, docteur en médecine à Bordeaux et Coriveaud, docteur en médecine à Bazas.

Boulogne-sur-Mer : M. Fourmentin, docteur en médecine à Boulogne-sur-Mer.

Suppléants : MM. Cadart, docteur en médecine à Saint-Martin-les-Boulogne et de Cazeneuve, docteur en médecine à Boulogne.

Bourg : M. Saint-Pierre, docteur en médecine à Bourg.

Suppléants : MM. Joseph-Louis et Touillon, docteurs en médecine à Bourg.

Bourges : M. Bonneau, docteur en médecine à Bourges.

Suppléants : MM. Marioton et Gauchery, docteurs en médecine à Bourges.

Brest : M. Le Goaon, docteur en médecine à Brest.

Suppléants : MM. Bossé et Teurnier, docteurs en médecine à Brest.

Caen : M. Guibé, docteur en médecine à Caen.

Suppléants : MM. Desbouis et Colette, docteurs en médecine à Caen.

Cahors : M. Besse, docteur en médecine à Cahors.

Suppléants : MM. Segala et Delport, docteurs en médecine à Cahors.

Carcassonne : M. Soum, docteur en médecine à Carcassonne.

Suppléants : MM. Combéléran et Boyer, docteurs en médecine à Carcassonne.

(*A suivre*)

Voir la suite des demi-colonnes page XLI-345

PROPOS DU JOUR

AU SUJET DE NOS ŒUVRES DE BIENFAISANCE MÉDICALE NÉCESSITÉ DE LES FAIRE MIEUX CONNAITRE ET PROSPÉRER

I. L'Association des médecins du département de la Seine et la destination trop ignorée des revenus des legs Marquis, Moulin-Desnos et Soudry.

II. La Maison du médecin et son annexe d'Antibes. — Leurs besoins.

III. Une tentative intéressante de la Société départementale de la Gironde de l'Association générale des médecins de France ; une assurance chirurgicale pour les médecins sociétaires.

Un de nos plus distingués confrères parisiens du Corps médical hospitalier, sortant de la séance du Conseil d'un groupement important de médecins, nous faisait part de sa stupéfaction. De nombreux membres de cette réunion qui devraient être renseignés, discutant de la retraite des médecins, « promise » par M. le ministre Pomaret, ignoraient ce qu'était l'*Association générale des médecins de France*, son but et ses moyens d'action.

Nombreux en effet sont les praticiens qui ne connaissent pas nos œuvres de bienfaisance et qui, s'ils savaient ce qu'elles sont, le bien qu'elles font, dont eux ou leur famille pourraient en cas de malheur bénéficier, y adhéreraient aussitôt. Ils augmenteraient ainsi les ressources de nos sociétés et étendraient le rayon de leur action.

***

I. Prenons la plus ancienne de toutes ces œuvres, l'*Association des médecins de la Seine*, plus que centenaire puisqu'elle a été fondée en 1833 par ORFILA. Bien qu'elle ne secoure que des médecins ayant exercé dans le département de la Seine et leur famille, elle peut être considérée comme le modèle des Associations *charitables*. Possédant un capital important provenant de legs et dons, elle en distribue les intérêts et le produit des cotisations de ses membres (1) aux sociétaires âgés dans la détresse et à leurs veuves et orphelins.

Bien plus, un legs lui permet, mais dans une mesure infiniment plus modeste, de secourir les malheureux qui ne font pas partie de l'Association. La pension attribuée aux sociétaires a été fixée en 1938 au taux de 3.400 francs. Bien entendu ces secours, renouvelables tous les ans, ne sont donnés qu'à bon escient après une enquête, faite avec la plus grande discrétion par les soins de la Commission générale qui administre l'Association.

L'Association dispose encore de legs dont la destination a été fixée par les donateurs :

1° Le *legs Marquis* dont les revenus sont distribués aux veuves et enfants de sociétaires dont la situation est jugée intéressante et plus spécialement aux familles nombreuses.

2° *Le legs Moulin-Desnos* qui permet d'attribuer des bourses dans un lycée de Paris au profit des enfants de médecins français sans fortune suffisante.

3° *Le legs Soudry*, institué dans le but de faire à de jeunes Français, sans fortune, intelligents, ayant déjà donné des garanties de *travail*, de *bonne conduite* et de *bonne santé*, âgés de 15 ans au moins et de 28 ans au plus, quelle que soit la profession choisie ou à choisir par eux, une rente annuelle de 1.200 à 1.800 francs qui pourra être continuée jusqu'à 30 ans et même 35 ans si la Commission générale de l'Association le juge bon et utile.

Nul doute que les médecins de la Seine renseignés ne demandent à être admis à cette Association (1).

***

(1) La cotisation se monte à 50 francs par an.

(1) *Président* : M. le Professeur RATHERY, 108, boulevard Saint-Germain ; *secrétaire général* : M. le Docteur FERNET, 11, rue Sontay ; *trésorier* : M. le Docteur GENOUVILLE, 75, rue de Lille, à Paris.

II. Bien que l'annexe de la *Maison du médecin* n'ait pas été encore inaugurée officiellement, la plupart de nos lecteurs savent qu'elle est en voie d'organisation à *Antibes* ; elle donne déjà asile à quelques pensionnaires.

Nous faisons un pressant appel à nos lecteurs pour qu'ils envoient à la *Maison du Médecin*, tant pour Valenton que pour Antibes, les *romans*, les *périodiques* et les *publications illustrées* dont ils peuvent disposer (1).

Malgré les efforts que le Conseil d'administration fait pour procurer des distractions à nos pensionnaires, (un poste de T. S. F. par exemple), malgré le confort qu'il tâche de leur assurer, on peut se rendre compte de l'ennui qui pèse durement sur des vieillards qui, après une vie de labeur, souvent agitée, sont condamnés par l'âge ou les infirmités à une inaction relative et cela surtout en hiver.

Nous ne doutons pas que les directeurs de laboratoires de spécialités pharmaceutiques qui éditent souvent des revues si intéressantes et si artistiquement illustrées, ne consentent à en faire le service à Valenton et à Antibes.

Enfin quelques-uns de nos pensionnaires sont peu pourvus de vêtements et de linge ; un *vestiaire* a été organisé, grâce à l'initiative très dévouée de Madame CLAISSE, la bonne fée de la *Maison du médecin*. Pour faciliter sa tâche nous prions nos confrères d'envoyer au siège social, 51, *rue de Clichy, à Paris*, les vêtements et le linge dont ils ne se servent plus et qui pourraient être réparés et utilisés.

***

III. La *Société départementale de la Gironde*, qui fait partie de l'*Association générale des médecins de France*, a pris une intéressante initiative. Elle a prélevé une cotisation supplémentaire de 25 francs pour couvrir les frais de maison de santé des sociétaires qui sont obligés de subir une intervention chirurgicale. Les sociétaires âgés de plus de 70 ans sont exonérés de cette cotisation, ou plutôt la Caisse générale paye pour eux les frais de maison de santé en cas d'opération. Cette sorte d'*Assurance chirurgicale* fonctionne depuis un an. L'exercice de la dernière année aurait été favorable. D'après les renseignements que M. le Docteur Audouin nous a donnés au Conseil général de l'Association des médecins de France, dont il est un des membres les plus assidus bien qu'habitant Bordeaux, les sociétaires seraient en chiffres ronds 450 qui tous versent à la Caisse d'Assurance-chirurgicale 25 francs, ce qui fait 11.250 francs. Or, au cours de l'année 1938, il y a eu quatre interventions qui ont coûté à la Caisse, en frais de maison de santé, 4.076 francs. Il est donc resté 7.174 francs qui doivent être l'amorce d'un fonds de réserve pour parer aux mauvaises années qui peuvent survenir. Cette innovation a produit la meilleure impression dans le Corps médical girondin. Nous craignons que le dernier exercice tout particulièrement favorable, ne soit suivi d'années beaucoup plus coûteuses qui par le fait de soins chirurgicaux très prolongés (suites de prostatectomie, traitement de certains cancers, etc.) n'épuisent rapidement les ressources de la caisse d'assurance.

Peut-être conviendrait-il d'étudier si l'on ne pourrait limiter à un certain nombre de jours l'intervention de cette assurance chirurgicale? En tout cas, nous ne pouvons que féliciter l'initiative de la Société de la Gironde et souhaiter que son exemple soit suivi.

***

Un des rôles, et non des moins utiles, du *Centre de liaison des œuvres médicales* sera de faire connaître ces dernières et toutes leurs innovations et de les rappeler à la mémoire de nos confrères en les engageant à augmenter le nombre de leurs adhérents.

J. NOIR.

(1) Envoyer de préférence directement à : La Maison du médecin. Résidence de la Badine, boulevard de la Badine à Antibes (Alpes-Maritimes) ou au Château des Charmilles à Valenton (Seine-et-Oise).

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

MODULATIONS SUR L'ÉPIDÉMIOLOGIE

Par le Docteur P. Chavigny

Professeur honoraire à la Faculté de médecine de Strasbourg

Quand on lit en curieux un traité médical quelque peu ancien, on y rencontre, presque à chaque page, des enchaînements d'idées qui, pour les médecins de l'époque, formaient un tout parfaitement cohérent ; tous les détails leur apparaissaient comme s'appuyant les uns sur les autres, se prêtant une aide mutuelle pour constituer un corps des doctrines admises à leur époque.

Mais nous qui en faisons la lecture à la lumière des doctrines actuelles et des récentes découvertes, nous avons la surprise d'y rencontrer en une juxtaposition intime et sans transition aucune, une série d'idées dont les unes sont parfaitement justes, tandis que, quelques lignes plus loin, ou parfois à la fin de la même phrase, une idée absolument fausse ou une hypothèse tout à fait déraisonnable s'enchaîne sans qu'on sache trop pourquoi, avec ce qui précédait. Volontiers, nous nous demandons comment les médecins de l'époque pouvaient se constituer un ensemble intellectuel qui leur parût équilibré, satisfaisant, là où nous ne voyons qu'un tissu de notions absolument disparates.

Parfois aussi, en cours de lecture, on se rend compte que certaines notions médicales anciennes étaient exactement sur la lisière de découvertes qui ont été acquises seulement un grand nombre d'années plus tard. On se trouvait cependant si proche de ce qui devait être plus tard une découverte admirable, qu'on a peine à s'imaginer comment la trouvaille n'en a pas été faite plus tôt.

Le cerveau humain a une malencontreuse tendance à fonctionner sous le signe de l'unité. Il est hanté du besoin de certitude. Pour se créer cette certitude, sur un front assez étendu, commode à la quiétude de sa vie journalière, il n'hésite jamais à prendre comme régime de base les quelques certitudes indiscutables, mais clairsemées, qu'il est parvenu à s'assimiler. De là, insidieusement, il contamine de cette certitude toute une série de notions qui n'ont, avec les précédentes, que des relations de voisinage absolument fortuit dans un même cerveau.

Nous faisant alors à nous-mêmes bien douce illusion, nous ne parvenons plus à discerner par quelles transitions insensibles nous passons d'une vérité formelle à telle autre notion voisine, qui demeure cependant toute entière du domaine de l'hypothèse. Bientôt, à toutes les parties de notre savoir, nous attribuons indistinctement le même degré de certitude.

A l'époque actuelle, immense est le nombre des gens qui considèrent sans cesse comme données scientifiques des conceptions qui ne sont pourtant nullement démontrées.

Les scientifiques, — cela a été maintes fois énoncé par les psychologues les plus informés, — se sont fait une sorte de spécialité de cette certitude indûment généralisée à des choses qui sortent complètement du domaine de leur spécialité.

Le médecin pourrait, bien mieux que des gens des sciences exactes, demeurer à l'abri de généralisations aussi illicites ; l'habitude du raisonnement clinique lui est, en effet, un constant rappel de la fragilité de nos certitudes, de leur limitation stricte à quelques rares domaines.

Mais il faudrait que le médecin ne se laisse pas duper par l'étiquette pseudo-scientifique de certains raisonnements qui ont, — la chose est réelle, — un point de départ scientifique, tout en demeurant des généralisations purement hypothétiques.

L'épidémiologie, l'hygiène sont les territoires de prédilection de ces déductions ou généralisations audacieusement risquées.

Un récent fait-divers médical, d'origine américaine, survenait ces jours derniers, bien à propos pour évoquer quelques réflexions :

New-York, 13 novembre 1938 (Dépêches *N. Y. Herald*) : « La cuisinière Mary Mallon, surnommée Mary la typhoïde, vient de mourir à l'âge de 50 ans des suites d'une attaque de paralysie. Mary Mallon, qui était porteuse de germes de typhoïde, transmit la maladie à de nombreuses personnes. Signalée en 1904, elle put être identifiée en 1907. Quoi qu'elle ait été alors prévenue de prendre les précautions nécessaires, Mary, cuisinière dans un sanatorium, provoquait

en 1914 une épidémie de fièvre typhoïde. Miss Mallon fut isolée et resta en observation pendant près de dix ans, jusqu'en 1923, date à laquelle le ministère de la Santé publique lui acheta un cottage à Riverside où elle vient de mourir ».

Voilà une histoire qui est déjà extrêmement curieuse à lire actuellement, mais, combien il serait plus profitable de pouvoir la relire dans cinquante ans, à la lumière des théories épidémiologiques et autres qui auront cours à ce moment. Dans cinquante ans, les promoteurs et les grands disciples de la théorie des porteurs de germes auront disparu de la scène médicale. Ils ne seront plus là pour défendre leur découverte de prédilection. Leur œuvre leur survivra-t-elle ? C'est là tout le mystère.

En épidémiologie actuelle, la théorie des porteurs de germes jouit de la faveur la moins contestée. C'est la seule théorie qui fournisse explication suffisante à l'ensemble des faits que nous connaissons, et tels que nous les connaissons, tels que nous nous les assimilons. Elle a le grand avantage de ne jamais nous laisser dans l'embarras. Si on ne parvient pas à repérer le porteur de germes fauteur de l'épidémie, on peut toujours se dire que la recherche a été mal faite ; mais, pas un instant, il ne nous viendrait à l'idée que la théorie puisse être en défaut dans le cas considéré.

Peut-être cependant conviendrait-il de se souvenir que la théorie des porteurs de germes est une simple hypothèse, non démontrée, et même non démontrable scientifiquement.

Elle est commode. Elle donne satisfaction à toute notre curiosité scientifique ; il semble qu'elle fournisse aussi des solutions pratiques en hygiène sociale, en hygiène préventive, etc.

Pourtant, des histoires comme celle de Mary la typhoïde pourraient donner à réfléchir. Nombre de médecins connaissent un lot d'historiettes dans lesquelles la théorie des porteurs de germes a été outrageusement bernée, sans que, d'ailleurs, il en soit résulté aucun dommage connu pour la collectivité.

Que de médecins pourraient raconter des cas dans lesquels le laboratoire s'est vu dans la nécessité pratique de renoncer à tenir pour porteur de germes un individu qui, par exemple, avait déjà subi six mois d'isolement cellulaire imposé au nom de la bactériologie, etc.

En des temps déjà lointains, et en période de grande ferveur bactériologique, un très éminent et très honnête clinicien se permettait, devant ses élèves, d'émettre quelques doutes à l'encontre de la théorie des porteurs de germes. Il citait le cas suivant survenu dans sa propre famille. Un de ses jeunes neveux est atteint d'une diphtérie qui guérit merveilleusement par injections de sérum. Les nombreux frères et sœurs du malade sont examinés : tous sont porteurs de germes. On les envoie donc en isolement dans une propriété de famille, à la campagne. Un mois plus tard, nouvel examen, encore formellement positif. Donc, nouvel isolement, mais à la montagne, cette fois. Un nouvel examen positif pratiqué un mois plus tard amène à prendre décision de continuer l'isolement pendant un troisième mois, au bord de la mer.

Avec une souriante ironie, le Professeur R... citait les termes de sa consultation terminale, fournie à son beau-frère : « Le seul moyen que tes enfants cessent d'être porteurs de germes est de ne plus pratiquer d'examens bactériologiques ! » Inutile de dire si cet avis fut adopté d'enthousiasme. Et le Professeur R... ajoutait qu'aucune épidémie n'avait suivi le retour de ces enfants dont l'interruption d'études ne pouvait plus être prolongée.

Admettons que ce résultat heureux fut un effet du hasard. Mais, il y a parfois, dans la pratique, des hasards qu'on est bien obligé d'escompter.

Des histoires de porteurs de germes, je pourrais en citer d'autres dont quelques-unes bien comiques ou même fort pimentées. De telles histoires, on ne peut les publier ; on risquerait de passer pour l'esprit le plus tendancieux, le plus révolutionnaire. On semblerait vouloir ruiner de parti pris les dogmes de l'hygiène officielle. Pour un esprit attentif, ces aventures sont cependant autrement instructives que les textes en vigueur en une époque où nos notions sur la contagion de la tuberculose sont en tel péril que nul médecin ne sait bien exactement ce qu'il doit en croire, il devient peut-être un peu moins téméraire d'avancer que le mode exact de la contagion de la fièvre typhoïde n'est pas plus rigoureusement déterminé.

Il n'existe probablement pas d'argument scientifique qui permette jusqu'ici de démontrer l'innocuité sociale et épidémiologique des porteurs de germes. Par contre, et d'une façon bien autrement certaine, il n'y a aucune preuve rigoureuse, scientifique qui démontre leur rôle effectif dans la production des épidémies de fièvre typhoïde.

Très autrefois, j'ai entendu raconter et mettre au compte d'un savant infiniment sérieux, certains raisonnements épidémiologiques et bactériologiques qui faisaient la joie sans mélange de quelques étudiants d'esprit un peu indépendant :

Précisément, il s'agissait de fièvre typhoïde, le susdit, homme d'ailleurs infiniment érudit, bon expérimentateur, ayant une réelle pratique de la bactériologie, n'hésitait cependant pas à soutenir qu'il y avait identité absolue entre le bacille d'Eberth et le bacterium coli. Comme

preuve, il citait le cas d'un puits dans lequel lui-même avait versé une certaine quantité de culture de bacilles d'Eberth. Quelques jours plus tard un prélèvement de l'eau de ce puits avait décelé la présence de très nombreuses bacterium coli. Il en concluait, sans hésiter, qu'il y avait eu transformation, transmutation d'une espèce dans l'autre. Il n'était pas absolument impossible que le fait allégué fût vrai. Quant à être scientifiquement démontré, c'est autre chose et il fallait déjà une certaine finesse d'esprit pour percevoir la fissure dans ce raisonnement scientifique.

Est-il si certain que nul épidémiologiste ne puisse se trouver forcé à transiger avec ses constatations de laboratoire quand il sera en présence d'un porteur de germes qu'il sera nécessaire d'isoler rigoureusement pendant plus de dix ans.

Peut-être, lui-même, le ministre de l'Hygiène serait-il d'avis de transiger, tout au moins pour des raisons d'ordre budgétaire. Il faut être en Amérique pour se permettre de transformer les porteurs de germes en des propriétaires à la campagne. Il y aurait là une profession qui risquerait d'aboutir à la résorption totale et définitive du métier de chômeur.

Corollaire. — Cela vient une fois de plus prouver combien serait nécessaire, dans les Facultés de médecine, un enseignement des méthodes du raisonnement en médecine, de sa technique intellectuelle.

Avec l'enseignement secondaire à la fois pléthorique et écourté qu'ils ont subi, rares probablement sont les étudiants en médecine qui parviendront d'eux-mêmes, tardivement sans doute et aux frais de leur expérience personnelle, à se créer une discipline intellectuelle vraiment professionnelle.

Ils en auraient cependant besoin, car dans la mosaïque de tout ce qu'on leur enseigne, il y a sans doute encore, et tout comme pour les générations du passé, un mélange très intime de vérités fondamentales avec des hypothèses dont la survie sera bien transitoire.

TUBERCULOSES LARVÉES

Les tuberculoses larvées, à physionomie clinique non classique, empruntant le masque d'autres affections, sont une question de pathologie dont je ne voudrais aujourd'hui évoquer qu'un seulement de ses multiples aspects, celui étudié par le Docteur René Burnand sous le nom de « patraquerie tuberculeuse ».

Le Professeur Landouzy répétait volontiers, dans son enseignement, ce conseil : en présence d'un cas chronique mal déterminé, il faut toujours suspecter la syphilis et... la tuberculose !

Le Docteur Burnand, chargé de cours à l'Université de Lausanne, dans un article de la *Revue de la tuberculose* (1936) et dans un livre récent (Les syndromes d'imprégnation tuberculeuse, 1938, Masson, édit.), décrit plusieurs de ces états bacillaires chroniques sans tuberculose anatomique, dont l'un en particulier, qu'il nomme « patraquerie tuberculeuse ». Ces « patraques » bacillaires sont généralement des femmes. On constate, à l'habitude, chez elles, trois grands symptômes : l'amaigrissement, la névropathie, la dyspepsie, groupant un déséquilibre fonctionnel de plusieurs des principaux appareils de l'économie. L'examen clinique est ordinairement négatif. L'auscultation des poumons et du cœur, l'exploration des autres organes ne décèlent aucune altération appréciable. Tout paraît subjectif dans les troubles incriminés.

Bien entendu, la constatation d'un tel syndrome clinique ne suffit pas à caractériser une tuberculose larvée. La bacillose n'en est qu'une des origines. L'étiologie bacillaire pourra être incriminée, dit M. Burnand, si les conditions suivantes sont réalisées :

1° Absence, à un examen somatique total, de toute affection ou lésion débilitante étrangère à la tuberculose ;

2° Absence de tous signes d'une tuberculose en foyer actuellement évolutive ;

3° Tare tuberculeuse familiale ;

4° Découverte de stigmates (radiologiques) d'une bacillose ancienne et apparemment éteinte ;

5° Fébricule exceptionnelle, plus souvent apyrexie ;

4° Cuti-réaction positive ou exceptionnellement négative (cas invétérés) ;

5° Vitesse de sédimentation globulaire favorable.

Le traitement sera d'abord symptomatique : toniques généraux, calmants, anti-dyspeptiques. Le repos ne sera que relatif. S'il faut conseiller d'éviter les grandes fatigues, il ne faut pas tomber dans l'excès inverse : un certain exercice, un travail et une culture physique modérés sont utiles. Dans ces états bacillaires larvés, M. Burnand emploie volontiers, d'autre part, la tuberculinothérapie, les injections hebdomadaires de tuberculine diluée, pendant six à huit mois.

P. Lacroix.

LE CANCER PRIMITIF DU POUMON

Aspect clinique et diagnostic

Par le Docteur P. Lagèze

Médecin des Hôpitaux de Lyon

Le cancer primitif du poumon est incontestablement plus fréquent depuis une quinzaine d'années, si l'on en juge par le nombre et la valeur des documents anatomiques et cliniques qui lui ont été consacrés. Il est possible que les progrès des techniques radiographiques aient contribué à en simplifier le diagnostic mais les statistiques hospitalières de néoplasmes pulmonaires constatés à la table d'autopsie prouvent sans artifice qu'il s'agit là d'une affection avec laquelle on doit maintenant compter en pathologie pulmonaire courante.

Il s'en faut pourtant que sa découverte soit aisée, le cancer du poumon est un diagnostic auquel on vient, à retardement le plus souvent, et par élimination d'autres lésions plus fréquentes. Il n'existe pas pour lui de syndrome clinique immuable, mais un faisceau d'éléments de suspicion qui engagent dans cette voie.

C'est précisément sur ces signes atypiques qui font penser au néoplasme et qui sont le fruit d'un examen clinique attentif bien plus que de la lecture d'un film que je désire insister car c'est en fonction de ces symptômes aberrants que se discutera le diagnostic.

Si l'on veut d'ailleurs quelques idées générales on se rappellera qu'il est sensiblement plus fréquent chez l'homme entre 30 et 60 ans, qu'il apparaît plus volontiers sur un poumon préalablement altéré et remanié par la sclérose, et que sa localisation la plus habituelle est au voisinage du hile ou à proximité du médiastin. Mais ceci n'a qu'une valeur relative, puisqu'on l'observe aussi sur un terrain pulmonaire absolument vierge et chez les jeunes.

Ses aspects cliniques sont très polymorphes, les signes physiques, stéthoscopiques et radiologiques varient à l'infini selon le siège, la nature et l'étendue de la masse néoplasique. Par contre les signes fonctionnels se trouvent de façon sensiblement analogue dans tous les cas bien qu'aucun d'eux ne soit vraiment caractéristique du cancer. C'est plutôt leur ténacité et parfois leur intensité qui donnent l'éveil, et je veux insister tout spécialement à cet égard sur les douleurs et les hémoptysies.

La douleur thoracique est en effet un symptôme de premier plan et j'ai observé plusieurs cas dans lesquels le syndrome douloureux seul décidait le malade à se faire examiner. Elle contraste d'ailleurs avec l'indolence habituelle des autres cancers. Elle se traduit souvent par un point de côté précoce, intense, tenace et résistant aux analgésiques, dans la zone qui correspond au siège du néoplasme. D'autre fois c'est une douleur s'irradiant à distance, d'allure névralgique, sourde mais entrecoupée de paroxysmes aigus, qui ne cède parfois qu'à la radiothérapie.

Les hémoptysies constituent un second symptôme important par ses caractères et sa fréquence. Elles sont capricieuses dans leur apparition et leur abondance, elles sont surtout inattendues par rapport à la discrétion de la toux et de l'expectoration. Le classique crachat « gelée de groseilles » mérite un peu d'être oublié, car il est bien exceptionnel que l'aspect du crachoir ne soit pas celui des hémoptysies habituelles.

La dyspnée est aussi un signe assez fidèle quand elle existe, ce qui est loin d'être constant, car elle est disproportionnée en regard de la faible étendue des lésions radiologiques. Enfin lorsqu'il existe un épanchement pleural la ponction évacuatrice n'amène pas la sédation respiratoire qu'on était en droit d'en attendre.

La toux est le plus souvent banale et peu accentuée, elle peut toutefois revêtir le caractère de toux spasmodique, quinteuse, par compression bronchique ou récurrentielle.

La fièvre est fréquente, elle est presque la règle habituelle et cet état fébrile est souvent un des éléments qui orientent vers la recherche d'une lésion infectieuse aiguë ou chronique.

En regard de ces signes fonctionnels, qui je le répète n'ont rien de véritablement spécifique du cancer, les signes généraux sont nuls ou très estompés, l'amaigrissement précoce est exceptionnel et l'état du malade reste longtemps assez bon.

Son examen va mettre en évidence des signes très dissemblables selon les cas, il est nécessaire de les envisager dans chaque forme.

La forme parenchymateuse, intra-pulmonaire, est fréquente et c'est pour elle que les signes physiques sont les plus nets.

On découvre alors, en un point quelconque d'un champ pulmonaire, une zone de matité franche, qui est même quelquefois une véritable matité de bois. A ce niveau le murmure vésiculaire est très diminué, ou aboli, on n'y entend pas de souffle précis, quelquefois le parenchyme

avoisinant laisse entendre quelques râles fins congestifs. Il n'est pas rare que la percussion puisse schématiser assez facilement les limites exactes de cette zone mate qui n'atteint ni l'extrême sommet, ni l'extrême base. Enfin l'impression s'établit alors au cours d'examens successifs que le bloc s'étend progressivement, descendant jusqu'à la base, mais sans tourner dans l'aisselle.

Mais je dois ajouter que l'examen est rarement aussi facile et que bien souvent on a l'impression d'une petite zone un peu mate et obscure, sans plus. Quand elle siège à la base on est conduit à la ponction exploratrice, on constate alors que l'aiguille pénètre dans une masse dure, mais elle ne ramène aucun liquide dans cette forme parenchymateuse pure.

L'examen radiologique montre alors une ombre plus ou moins étendue dont les caractères sont les suivants. Ou bien il s'agit d'une opacité circonscrite, assez limitée, en disque irrégulier, dans un poumon sensiblement clair ou légèrement assombri autour, placée à peu de distance du hile, avec une zone de poumon sain qui sépare l'ombre dense de la paroi. Ou bien c'est une opacité massive de tout un lobe, ou même de la majeure partie d'un poumon, mais qui dépasse rarement en haut la clavicule et qui respecte en bas le cul-de-sac pleural inférieur. Les limites de cette ombre sont irrégulières et sa partie centrale est rarement homogène.

Il convient d'insister à cet égard sur la fréquence des excavations à l'intérieur de ces ombres circonscrites ou massives, images avec niveau liquide qui vont s'agrandir progressivement et qui donnent bien rarement à l'auscultation le plus petit syndrome cavitaire.

Très voisin de cette forme parenchymateuse le *cancer du hile* est plus silencieux encore. Il se traduit cliniquement par des signes d'emprunt inconstants dans leur fréquence, et qu'il doit à la compression des organes du médiastin : dyspnée violente, toux quinteuse, dysphagie, paralysie récurrentielle, etc.

Le film radiographique montre une ombre en champignon, appendue au hile, polycyclique, débordant et s'infiltrant irrégulièrement dans le champ pulmonaire, pouvant simuler assez bien une tumeur du médiastin ou un anévrysme de l'aorte.

La bronchoscopie, quand elle est possible peut montrer la compression extrinsèque de la partie inférieure de la trachée ou de la bronche souche correspondante.

Le cancer des grosses bronches est le plus latent de tous, il doit un regain d'actualité aux recherches bronchoscopiques des auteurs américains.

Il se traduit cliniquement par des signes de bronchite banale, avec des hémoptysies répétées, souvent une expectoration purulente par infection surajoutée et plus tardivement des signes d'atélectasie pulmonaire par obstruction bronchique.

C'est ici que la bronchoscopie rend les plus grands services en montrant la virole sténosante du néoplasme ou des bourgeons saillants dans la lumière bronchique dont on peut prélever un fragment pour examen histologique.

Le cancer médiastino-pleuro-pulmonaire évolue en trois étapes successives. Primitivement médiastinal et généralement latent en dehors de menus symptômes de compression, il envahit ensuite la plèvre de voisinage pour se manifester par un épanchement abondant, séro-fibrineux ou hémorragique, se reproduisant rapidement après la ponction, pour pénétrer ensuite le parenchyme pulmonaire et y proliférer.

L'examen radiologique est alors difficile à interpréter avec l'ombre médiastinale qui déborde et refoule le poumon et l'épanchement abondant qui voile les détails du parenchyme.

Mais il s'en faut que ce soient là les seuls aspects cliniques du cancer primitif du poumon. *Ses formes camouflées* sont fréquentes, soit pleurésies simples, intarissables, qui ne présentent au premier abord aucun caractère spécial, soit néoplasies entièrement ignorées et qu'on ne peut découvrir qu'à la table d'autopsie en recherchant la cause de métastases nerveuses, osseuses, hépatiques, ou d'une cachexie progressive que rien n'a pu expliquer.

Enfin je signalerai simplement ses *formes rares* : le cancer aigu à début brusque et évolution rapide ; le cancer cavitaire des lobes supérieurs, véritable ulcus rodens du poumon qui creuse progressivement tout un lobe sans se généraliser ou donner des métastases ; enfin les cancers compliqués ou associés à des lésions tuberculeuses, syphilitiques, à des abcès ou gangrènes pulmonaires.

LE DIAGNOSTIC, on le conçoit, est bien rarement fait d'emblée, on y vient en général un jour ou l'autre après avoir envisagé d'autres hypothèses. On en arrive à discuter le cancer en raison des signes fonctionnels discordants, du fait de l'aspect radiographique qui est atypique et qui déconcerte, enfin dans quelques cas, grâce aux signes associés ou aux examens complémentaires.

Les adénopathies externes, du creux sus-claviculaire ou axillaire, dures, isolées et roulant sous le doigt ont une valeur indiscutable quand elles existent, surtout si l'on peut prélever un ganglion pour examen histologique, mais ces adénopathies sont bien exceptionnelles.

L'examen des crachats ne doit pas être entièrement négligé, mais on n'accordera de valeur au point de vue cytologique qu'aux placards de cellules cancéreuses, ils sont tout à fait rarissimes.

L'examen du sang qui peut révéler une éosino-

philie importante, *celui du liquide pleural avec* l'épreuve du laquage des épanchements hémorragiques n'a pas de valeur pratique bien considérable.

L'exploration au lipiodol qui montre que l'ombre suspecte n'est pas pénétrée par l'huile opaque n'a également qu'un tout petit intérêt.

J'insiste un peu plus sur deux choses qui peuvent rendre de réels services et qu'on néglige trop souvent :

La ponction au trocart du bloc néoplasique qui permet d'en faire une véritable biopsie pour examen histologique et qui est pratiquement sans danger, et *la pneumo-séreuse* chaque fois qu'il existe un épanchement pleural. On la fera après évacuation du liquide en insufflant 500 c. c. d'air environ. On peut alors demander des radiographies en différentes positions latérales ou en Trendelenbourg qui mettent très facilement en évidence les contours et l'aspect général du bloc suspect qui reste incompressible.

Tels sont les éléments du diagnostic positif, ils permettent généralement d'arriver à dépister le cancer en évitant des thérapeutiques intempestives. Il s'en faut cependant que l'on ait, même dans ces cas, l'impression d'un diagnostic bien établi et indiscutable. Les vérifications pratiquées à l'hôpital sont à cet égard un bien salutaire enseignement et le clinicien le plus averti garde les souvenirs de ses erreurs. J'ai publié il y a quelques années avec mon maître le Professeur Cordier, l'histoire de cette cyanose chronique, véritable maladie bleue, pour laquelle on ne pouvait pas faire d'autre diagnostic que celui de sclérose intense des poumons, et qui était un néoplasme primitif diffus.

Dans les formes médiastinales en particulier, à quelles difficultés ne se heurte-t-on pas pour éliminer la granulomatose maligne ou le lymphosarcome du médiastin ? Dans les formes pleurales comment faire avec certitude le diagnostic de ces épanchement intarissables ?

Il faut le reconnaître, l'histoire clinique du cancer primitif du poumon est un véritable kaleidoscope qui fait défiler sous nos yeux l'allure torpide d'une suppuration pulmonaire chronique, le cortège bruyant des compressions médiastinales, le syndrome banal d'une pleurésie sérofibrineuse ou le tableau énigmatique d'une condensation massive avec une matité telle qu'on n'en voit nulle part ailleurs.

C'est précisément en raison de cette diversité que le praticien doit garder une suspicion en face d'une affection pulmonaire anormale qui ne fait pas sa preuve étiologique. Je reconnais que les indications thérapeutiques qu'on peut tirer d'un tel diagnostic sont encore assez limitées mais l'exigence du public est actuellement telle qu'on ne demande plus seulement au médecin de soigner mais encore de prévoir et de dire l'avenir. Quand on prononce le mot de cancer du poumon, c'est un pronostic irrémédiablement fatal que l'on porte, il convient donc de ne le faire qu'à bon escient.

PERFORATIONS DES ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX A L'OCCASION D'UN TRAUMATISME ABDOMINAL EXTERNE

Par le Docteur Paul DANIEL

Les perforations des ulcères gastro-duodénaux à l'occasion des traumatismes externes sont extrêmement rares.

Le traumatisme est d'intensité très variable. Il va du traumatisme violent au simple choc.

Ces perforations se voient surtout chez les hommes et dans le monde ouvrier.

La pathogénie de ces perforations est très complexe. Pour l'expliquer, on fait appel à deux théories :

La théorie du choc direct ;

La théorie de l'effort de défense contre le traumatisme.

L'état de réplétion de l'estomac est un facteur favorisant.

Le signe clinique qui retient surtout l'attention est la douleur. Celle-ci peut n'apparaître qu'après un intervalle libre plus ou moins long, prouvant ainsi qu'elle n'est pas contemporaine de la perforation.

Ces perforations d'ulcères gastro-duodénaux à l'occasion d'un traumatisme abdominal externe présentent un intérêt médico-légal certain lorsqu'elles se produisent au cours du travail. Elles sont régies par la loi du 9 avril 1898 (1).

(1) Thèse de Paris, 1938.

TECHNIQUE ET INDICATIONS DE L'INHALATION D'OXYGÈNE EN AVIATION ET EN MÉDECINE

Jusqu'à ces dernières années l'inhalation d'oxygène était un procédé thérapeutique auquel on ne recourait qu'en dernière heure et sans grande confiance. De fait le ballon dont nous faisions usage n'en méritait guère et c'est à juste titre que le public considérait son apparition au lit du malade comme une sorte de prélude au glas funèbre.

Actuellement la question a totalement changé de face. Pendant la guerre Haldane avait montré la valeur de l'oxygène dans le traitement des gazés ; il avait même fait construire à cet usage un masque assez bien conçu pour l'époque.

Après la guerre les chercheurs de l'Institut Rockefeller, Stadie, Binger et autres, reprirent l'étude de l'oxygénothérapie et se servirent de chambres à oxygène. Et bientôt ces chambres furent employées dans le traitement des affections broncho-pulmonaire : pneumonie, broncho-pneumonie, œdème du poumon. L'on imagina des tentes en tissu imperméabilisé qui recouvraient le lit de malade et sous lesquelles on établissait une atmosphère suroxygénée.

Mais à l'usage le procédé se révéla dispendieux (on usait d'énormes quantités de gaz) et incommode tant pour le malade qui *croyait* étouffer dans cet espace clos que pour les soignants qui disposaient tout juste d'un regard en cellophane pour surveiller leur patient.

En même temps le vol aux hautes altitudes posait aux aviateurs le problème d'une inhalation d'oxygène commode, simple, sûre et économique.

Liant ces deux ordres de préoccupations pourtant assez différentes les Américains sont parvenus à une réalisation pleine d'intérêt (1).

Grâce à une étude attentive des points d'appui osseux qu'offre la face ils ont construit un masque en gomme petit, léger, hermétique et qui ne gêne pas la vision.

Ils l'ont construit en deux modèles différents : masque nasal laissant par conséquent la possibilité de parler (pour l'aviation et les applications thérapeutiques prolongées) et masque oro-nasal, englobant la bouche, lorsque la seule respiration nasale n'est pas possible ou suffisante.

Deux tailles différentes sont prévues pour chaque modèle.

L'admission d'oxygène se fait par l'intermédiaire d'un sac de « rebreathing » analogue à celui de l'appareil d'Ombredanne.

(1) *Proceedings of the Mayo Clinic*, 12 octobre 1938.

Grâce à cet appareil est rendue possible l'inhalation d'un air contenant 50, 60 % et plus d'oxygène, et même d'oxygène pur à 100 %.

Il y avait lieu de craindre que des concentrations aussi élevées en oxygène ne produisent un effet d'irritation sur les voies respiratoires. Or une expérience déjà assez longue montre que même des nouveau-nés supportent sans dommage des concentrations de 60 %. Quant aux adultes ils peuvent tolérer des concentrations de 90 %, pendant des périodes allant jusqu'à quatre jours et coupées seulement d'une pause de quelques minutes toutes les trois ou quatre heures.

***

L'intérêt de l'inhalation des hautes concentrations d'oxygène est expliqué par quatre principes physiologiques :

1° Une concentration à 100 % d'oyxgène fait passer la quantité d'oxygène convoyée par 100 c. c. de sang (en solution dans le plasma et fixé sur l'hémoglobine) de 20 c. c. à 22 et 23 c. c., soit une augmentation de 10 à 15 %.

2° Sous les conditions normales de circulation le sang abandonne, à son passage dans les capillaires, environ un tiers de sa charge en oxygène. Si la circulation est ralentie cette quantité d'oxygène peut aller jusqu'à 80 %.

Ce ralentissement de la circulation intervient dans deux ordres de circonstances : *a*) ralentissement général par choc traumatique ou chirurgical, épuisement, débilité, lésions cardiaques ; *b*) ralentissement local par lésions traumatiques ou chirurgicales intéressant le débit artériel d'une région, infections locales, œdème.

3° L'inhalation d'oxygène pur déplace l'azote accumulé dans les cavités organiques ou les tissus. Le gaz causant le ballonnement abdominal est pour 70 % de l'azote. Après l'encéphalographie l'oxygène de l'air injecté est absorbé ; l'azote reste.

L'air étant composé de 4/5 d'azote et 1/5 d'oxygène, le sang d'un sujet respirant à l'air libre est saturé à environ 80 % d'azote au sortir des poumons. Il ne peut donc en prendre que fort peu au passage dans les capillaires de la paroi intestinale, de la dure-mère, de l'arachnoïde ou des plexus choroïdes. Mais si le patient inhale de l'oxygène pur l'azote se trouvera déplacé au passage du sang dans les poumons, la concentration en azote baissera et le sang pourra

reprendre celui qui est accumulé ici ou là, le véhiculer aux poumons d'où il évacuera l'organisme.

4° Les hautes concentrations d'oxygène ont un effet bactéricide sur certains germes. Le gaz de la gangrène gazeuse est composé en grande partie d'azote ; en s'accumulant il distend les tissus, comprime les capillaires et accroît l'anoxhémie locale. En déplaçant l'azote, l'oxygène décomprime les capillaires et rétablit la circulation.

***

S'inspirant de ces principes, les Américains utilisent de plus en plus fréquemment l'inhalation d'oxygène. A la clinique Mayo, 125 malades en ont bénéficié dans l'espace de cinq mois.

Ils emploient les hautes concentrations dans l'asystolie, à la période de début de la thrombose coronaire, dans l'angine de poitrine (où l'anoxhémie du myocarde doit jouer son rôle), dans la pneumonie post-opératoire. Dès qu'on constate un ralentissement du pouls et des mouvements respiratoires, la concentration est abaissée.

Un cas d'atélectasie massive du poumon à la suite d'une résection gastrique fut grandement soulagé.

Dix cas d'asthme sévère furent traités par un mélange d'oxygène et d'hélium, puis par l'oxygène pur. Fréquemment chez les malades réfractaires à l'adrénaline, celle-ci redevient active cinq à six heures après administration d'oxygène.

Il est même possible de donner la solution d'adrénaline par le moyen d'un pulvérisateur dans lequel arrive le mélange hélium-oxygène. Le gaz véhicule l'adrénaline jusqu'aux poumons.

L'hélium oxygéné est à employer dans tous les cas d'obstruction bronchique (corps étrangers, métastases cancéreuses).

En chirurgie l'usage le plus intéressant est la distension gazeuse sous toutes ses formes.

Le ballonnement abdominal (iléus paralytique, obstruction intestinale, ballonnement post-opératoire) est réduit en une vingtaine d'heures, et l'intervention devient beaucoup plus aisée, en même temps la pression sur le diaphragme diminuant rend la respiration plus lente et plus ample.

Les malades à qui l'on a fait une grosse opération sur les côlons (souvent pour cancer) présentent souvent une sévère anémie secondaire. Le shock chirurgical consiste en anoxhémie généralisée par chute de pression. Tous ces malades bénéficieront beaucoup d'inhalation d'oxygène.

Sur dix cas d'encéphalographie, un vit son mal de tête calmé complètement sauf au siège d'une crâniotomie antérieure. Un cas fut un échec. Les huit autres eurent en l'espace de quatre à huit heures un soulagement total de leurs nausées et de leurs maux de tête. Deux fois la radio permit de vérifier que l'air injecté avait été résorbé.

De même les nausées à la suite de l'anesthésie lombaire sont fréquemment arrêtées.

Citons enfin, parmi les affections qui indiquent l'inhalation d'oxygène, l'emphysème sous-cutané (y compris celui de la gangrène gazeuse) et le tétanos.

Les Américains, en annonçant qu'ils poursuivent leurs recherches, insistent sur le fait, qu'il est bon de mettre ici en évidence, que grâce à leur appareil l'inhalation d'oxygène devient économique et qu'elle est à la portée du praticien.

Son emploi contre le shock et la gangrène gazeuse en fait en outre un agent thérapeutique précieux en chirurgie de guerre.

G. LAVALÉE.

LE PRIAPISME LEUCÉMIQUE

Par le Docteur Henri GEORGEL

Le priapisme peut être révélateur d'une leucémie myéloïde dont il constitue alors la seule manifestation clinique.

Il est constitué par l'érection des corps caverneux, laissant le corps spongieux et le gland intacts.

Il est douloureux et ne s'accompagne ni de désir voluptueux, ni d'éjaculation.

Il est produit par la thrombose des corps caverneux.

Les traitements locaux et les calmants du système nerveux sont sans effet.

La radiothérapie semble le traitement de choix (1).

(1) Thèse de Paris, 1938.

LA PETITE CHIRURGIE AU GOUT DU JOUR

■ ■ ■

Pour éviter les troubles fonctionnels après une fracture de l'extrémité inférieure du radius

D'après M. le Professeur agrégé A. Schwartz (1)

Un exemple de résultats défectueux

Un homme fait une chute sur la main : fracture classique de l'extrémité inférieure du radius droit. Après réduction, est appliqué un appareil plâtré, qui descend en bas *jusqu'au milieu des doigts*, et qui reste en place trois semaines. Puis, on pratique des massages.

Huit mois après l'accident, le résultat peut être considéré comme définitif. Mais il est déplorable. L'extension et la flexion du poignet ont, *activement et passivement*, une amplitude de 15 degrés au maximum. La prono-supination est sensiblement normale. La flexo-opposition du pouce est limitée de moitié. Quant aux doigts, la flexion de la première phalange est nulle, celle des deux autres phalanges est normale.

Il y a donc une *ankylose* presque complète du *poignet*, et une ankylose complète, de *l'articulation métacarpo-phalangienne de tous les doigts.*

Ce résultat est évidemment un désastre, et il est dû à ce que le plâtre, en bas, a immobilisé complètement, en plus du poignet, la première phalange des doigts, et cela pendant trois semaines. Peut-être aussi n'a-t-on pas fait, après l'ablation de l'appareil, la mécanothérapie nécessaire.

***

La bonne méthode pour obtenir des résultats fonctionnels parfaits

Sa valeur est confirmée par vingt années d'application.

Une première condition est indispensable, si l'on veut faire une bonne réduction de la fracture. Il faut que cette réduction se fasse sous anesthésie, et même sous anesthésie générale. Parfois dans des conditions spéciales — âge avancé du sujet — on a pratiqué une réduction sous anesthésie locale, mais jamais on n'obtient une résolution aussi parfaite qu'avec l'anesthésie générale ; pour cette dernière, le protoxyde d'azote se recommande dans la pratique de ville.

La réduction se fait suivant le procédé classique ; mais il faut insister sur cette notion, qui est capitale :

C'est que la main doit être *amenée en supination complète* et immobilisée dans cette position.

La pronation, après l'ablation de l'appareil, on l'obtient toujours, tandis que, la supination, on ne l'obtient pas toujours, si on n'a pas pris la précaution de placer la main en supination après réduction du déplacement dorsal.

On a dit, et avec raison, que, si l'on veut que la supination persiste, il faut comprendre le coude dans l'appareil plâtré. Théoriquement, cela est exact, mais l'auteur n'a jamais pris le coude, et toujours il a obtenu une récupération absolue de la supination. Au moment où l'on enlève l'appareil, la supination n'est pas absolument complète ; il en manque un quart, même un tiers, mais quinze jours plus tard, elle est complète.

Donc, la réduction étant faite suivant la méthode classique et la main étant placée en supination complète, on applique un appareil plâtré. Il faut préférer la gouttière à l'appareil circulaire, afin de *bien voir* une partie du membre immobilisé. En haut, l'appareil devra laisser les mouvements du coude libres ; *en bas, il s'arrêtera nettement au-dessus des articulations métacarpo-phalangiennes pour permettre aux doigts de se fléchir complètement.* On recommandera au blessé de faire toute la journée des mouvements de flexion de ses doigts et de flexion complète. Le pouce également devra être libre et pouvoir se fléchir aisément.

L'appareil ne devra pas être trop serré, et il est bon, comme pour l'application d'un appareil plâtré quelconque, de revoir le malade quelques heures après la mise en place de l'appareil, afin de juger, par soi-même, de l'état du membre immo-

♦♦♦♦

(1) De la fracture de l'extrémité inférieure du radius (*Paris Médical*, 22 octobre 1938.)

bilisé, de s'assurer en particulier qu'il n'y a aucune compression nulle part, que les doigts sont bien libres et que le blessé les mobilise bien.

On laisse cet appareil plâtré douze jours en place, jamais plus, sauf quand il s'agit de fractures avec déplacement particulièrement important, et, même dans ces cas, on ne dépasse jamais quinze jours.

Lorsque la réduction a été bien faite, il est inutile, d'exagérer les positions de flexion ou d'inclinaison cubitale, comme on le fait couramment. Le déplacement n'a aucune tendance à se reproduire avec une bonne immobilisation, et ces corrections exagérées peuvent avoir des inconvénients.

Le jour même de l'ablation de l'appareil plâtré, on mobilise doucement le poignet, en faisant, prudemment, quelques légers mouvements de flexion d'extension, de rotation du poignet, et on remet le blessé entre les mains du masseur, mais en faisant les recommandations suivantes :

1° Le masseur devra mobiliser les *doigts*, le *coude*, et masser les muscles de la *main* et de l'*avant-bras* ;

2° Le blessé devra, *lui-même*, exécuter les mouvements du *poignet*.

Dans la journée, le poignet sera laissé libre, et le malade se servira de sa main, autant qu'il le pourra, pour divers actes de la vie. La nuit, il remettra sa gouttière plâtrée pour éviter qu'un mouvement intempestif puisse occasionner un dommage.

Ce traitement devra durer une *dizaine de jours*.

Après cette période, c'est le masseur — bien entendu un masseur compétent — qui fera exécuter au poignet les mouvements actifs et passifs, et généralement en une dizaine de jours, un mois en somme après le début de l'accident, le blessé aura récupéré à peu près tous ses mouvements.

Dans l'immense majorité des cas, même avec des fractures à déplacement important, un résultat fonctionnel et anatomique parfait a été obtenu. Le seul déplacement difficile, et même souvent impossible, à réduire, c'est le déplacement latéral, et il persiste, presque toujours, une très légère déformation de la région cubitale.

Les résultats de cette méthode sont tels que, par la suite il devient impossible de retrouver quel a été le côté fracturé, aussi bien quant à la forme du poignet que quant à son état fonctionnel, quel a été le côté fracturé. Et c'est ainsi que cela doit être quand le traitement a été bien fait.

G. FISCHER.

LES HÉMATÉMÈSES DES TOUT-PETITS DANS LA PRATIQUE MÉDICALE

Docteur LIÈGE

Au delà des premiers jours de la vie, où l'on observe des hémorragies du tube digestif (melæna du nouveau-né) chez les très jeunes enfants, les gastrorragies se rencontrent plus fréquemment qu'on ne le croit habituellement et dans des circonstances étiologiques très particulières. Elles sont en pratique l'apanage des toxi-infections graves.

Dans une observation personnelle (1) la toxi-infection réalisait une hépato-néphrite aiguë. D'autres toxi-infections de la première enfance, causes d'hématémèse peuvent être : des syndromes cholériformes, des otites, des mastoïdites, des broncho-pneumonies, des infections cutanées, etc... Toujours l'hématémèse possède une valeur pronostique des plus importante. Elle est un élément d'extrême gravité.

En pareil cas, il convient de traiter à la fois le syndrome toxi-infectieux et l'hémorragie.

Contre le premier, il faut faire une réhydratation massive, habituellement par les sérums. On utilise le plus souvent un mélange tiédi d'eau physiologique à 8 p. 1.000 (240 c. c.) et d'eau glucosée à 30 % (35 c. c.), pour réaliser la perfusion du sérum en goutte à goutte par voie veineuse. Cependant celle-ci est difficile à réaliser en dehors des milieux spécialisés. Plus simple est le procédé mis en œuvre par G. Lefèvre pour le cas de choléra infantile avec état d'acidose. Cet auteur utilise outre les injections de sérum glucosé à 47 %, qu'il considère comme le moins dangereux des sérums, l'eau de Vals faible *per os*, et l'eau de Vals forte par voie rectale. Somme toutes, en cas d'hémorragie gastrique, seule la voie buccale reste interdite, les autres voies, sous-cutanée, intraveineuse, rectale, peuvent être utilisées pour réhydrater le bébé.

Quant à l'hémorragie gastrique, elle n'est le plus souvent pas grave par elle-même et ne motiverait peut-être pas d'autre traitement que les médications anti-hémorragiques habituelles (calcium, coaguline, etc.) et la diète absolue, si sa liaison avec un syndrome toxi-infectieux ne devait entraîner la transfusion sanguine comme conséquence logique.

(1) *Le Progrès médical*, 21 janvier 1939.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Syndrome pédiculaire post-traumatique ; azotémie extra-rénale

Les lésions traumatiques des pédoncules cérébraux ne sont pas très fréquentes. Dans les traumatismes fermés du crâne, après commotion, on peut constater de petites hémorragies pédonculaires. A la suite d'un accident par chute d'un arbre, M. MASSIAS et NGUYEN-DINH-HAO ont observé un syndrome de Weber, et, fait curieux, accompagné d'hyperazotémie extra-rénale. La paralysie de la IIIe paire gauche (ptosis et mydriase) a été profonde et persistante par lésions internes des fibres radiculaires de cette paire. L'hémiplégie pyramidale droite croisée a été passagère, les fibres cortico-médullaires n'ayant pas été détruites. Peut-être l'azotémie extra-rénale passagère était-elle sous la dépendance d'une lésion affleurant le IIIe ou le IVe ventricule. En sept jours, un extrait de scille a pu avoir raison de ce trouble rénal. (*Rev. Med. Fr. d'Extrême-Orient*, mars 1938.)

L'évolution des idées sur le syndrome de Volkmann

Depuis la description de Volkmann, qui ne reconnaissait au syndrome de paralysie avec contracture qu'une seule cause : l'ischémie par striction du membre, — les idées ont évolué ; bien des cas de rétraction des muscles de l'avant-bras apparus après blessure, suppuration, brûlure, etc., dénommés « maladie de Volkmann » doivent être actuellement considérés comme de « faux Volkmann ».

M. L. LAIGLE décrit successivement les diverses théories invoquées pour expliquer ce syndrome particulier, et il conclut pratiquement qu'en présence de pareille affection, la conduite à tenir varie essentiellement, suivant qu'il s'agit d'un cas ancien ou récent. Il ne semble pas que l'intervention urgente s'impose toujours. D'après Leveuf les opérations sur le sympathique n'ont pas fourni de preuves suffisantes de leur efficacité. Au point de vue théorique, elles paraissent même contre-indiquées.

Dans une fracture supra-condylienne de l'humérus vue très précocement les conseils suivants sont donnés pour éviter l'apparition du syndrome de Volkmann :

Réduire la fracture avec douceur, de crainte que les manœuvres de réduction ne soient plus dangereuses pour l'artère humérale que ne l'avait été le traumatisme lui-même ; ne pas faire l'immobilisation plâtrée en flexion à angle aigu, car celle-ci favorise trop le déficit circulatoire.

Après avoir recherché systématiquement les troubles vasculaires (pouls, indice oscillométrique) et nerveux de la main et des doigts, améliorer autant que possible le régime circulatoire du membre par des injections d'acétylcholine, des bains chauds, par l'ionisation iodurée.

Lutter préventivement contre la rétraction fibreuse par la physiothérapie, la mobilisation, les appareils de redressement.

Si la fracture est compliquée, la plupart des chirurgiens pensent qu'une action immédiate constituerait le traitement préventif de la maladie de Volkmann : libérer l'artère dans le foyer de fracture, en incisant au besoin tout hématome volumineux, faire suivant les cas une sympathectomie ou une artériectomie. (*La Médecine*, novembre 1938.)

Leucémies aiguës à début agranulocytaire

Le Docteur URLICHT rappelle que la leucémie aiguë peut se présenter sous différentes formes ; frustes et atypiques, celles-ci restent facilement ignorées et peuvent nous induire en erreur.

Les formes à début agranulocytaire doivent être envisagées, bien que peu fréquentes, toutes les fois que l'on se trouve devant un syndrome hématologique se traduisant par une leucopénie portant tous les caractères d'un syndrome agranulocytaire et s'accompagnant d'un état toxi-infectieux grave, d'une angine ulcéro-nécrotique. On assistera, au bout de quelque temps, au lieu d'une baisse considérable et progressive des granulocytes, comme cela se voit dans un syndrome agranulocytaire pur, à un renversement brusque de la formule sanguine. Des symptômes de cette leucémie aiguë à début atypique vont apparaître peu à peu pour compléter le tableau clinique. Pareille affection dérive de causes infectieuses certaines.

Parfois la période finale est précédée d'une phase occulte dont les caractères sont : un abattement général, une anémie, un état subfébrile, de la température, enfin une angine ulcéro-nécrotique et une leucopénie agranulocytaire. La gravité de cette maladie est extrême ; elle échappe complètement, dans les conditions actuelles, à tous les efforts de la thérapeutique. (*Toulouse Médical*, 15 novembre 1938.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sur le traitement de l'appendicite aiguë

(M. Henri HARTMANN ; 20-12-1938)

M. Hartmann revient sur la communication de M. Weinberg relative à l'emploi du sérum antigangréneux et anticoli-bacillaire dans le traitement de l'appendicite aiguë.

Il ne faudrait pas, dit-il, que cette communication incite les praticiens à croire que, dans l'appendicite aiguë, l'intervention peut être différée. Aujourd'hui comme hier, en présence d'une appendicite aiguë, il faut opérer immédiatement.

Rapport de la Commission de la vaccine

(M. LEREBOULLET, rapporteur ; 20-12-1938)

En présentant le rapport général sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en France et en Algérie pendant l'année 1937, la Commission émet le vœu :

« Que des instructions soient données, notamment dans les maternités, pour qu'aucun certificat ne soit délivré concernant un enfant non revenu à la séance du contrôle ;

« Que soit rappelée aux médecins vaccinateurs la grande activité des préparations vaccinales actuelles et les inconvénients d'inoculations trop nombreuses et trop étendues. »

Pour éviter les réactions trop intenses, la Commission conseille, comme suffisantes, deux scarifications de un millimètre chacune et bien espacées.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

La désarticulation de la hanche dans le traitement des sarcomes du membre inférieur

(M. ALGLAVE ; 16-11-1938)

M. Alglave a traité deux cas d'ostéo-sarcome du fémur par la désarticulation de la hanche associée à l'évidement musculaire iliaque interne. Le premier malade a eu neuf années de survie et a succombé d'ailleurs à une affection inconnue. La seconde malade est morte six ans après l'opération par récidive néoplasique pulmonaire. L'auteur rappelle, à titre de comparaison, l'histoire ancienne d'une fillette de treize ans atteinte d'ostéo-sarcome du fémur chez laquelle le chirurgien traitant crut devoir s'abstenir, en raison du cas particulier et de la gravité de l'opération. La tumeur entraîna la mort au bout de quinze mois.

Les observations nouvelles plaident donc, dans cette grave affection, en faveur de la désarticulation de la hanche.

Traitement chirurgical des ptoses gastro-coliques

(MM. JOUQUAN et MIRALLIÉ, de Nantes. Rapport de M. CUNÉO ; 16-11-1938)

Le traitement chirurgical des ptoses gastro-coliques est discuté. Les résultats sont souvent décevants et les malades, généralement des femmes nerveuses, ont la revendication assez facile. Aussi, nombre de chirurgiens qualifiés préfèrent-ils en général l'abstention opératoire en conseillant le port d'une bonne ceinture abdominale, de la gymnastique destinée à renforcer la musculature, et un régime tendant à lutter contre l'amaigrissement, habituel dans cette affection.

Il faut reconnaître, cependant, que ce traitement orthopédique et médical est loin d'être toujours efficace, ce qui justifie dans certains cas l'intervention, la gastro-colopexie. M. Miraillié a opéré ainsi, suivant la technique de Finsterer, de Vienne, cinq malades dont il rapporte avec M. Jouquan, les observations. Les résultats ont été favorables.

— M. Raymond GRÉGOIRE a eu l'occasion de pratiquer huit opérations pour ptoses gastriques graves avec des suites fort différentes. Trois opérées, par suspension de la petite courbure de l'estomac à la *pars condensa* du petit épiploon, n'ont pas obtenu d'amélioration. Par contre, deux opérations de Lambret ont été suivies d'une amélioration nette.

— M. AMELINE a traité, en 1930, une malade atteinte de ptose gastro-colique qui, depuis dix ans, avec une taille de 1 m. 70, se maintenait péniblement au poids de 39 kilos. Deux ans après l'opération, engraissée et réjouie, elle conduisait sa sœur qui se présentait exactement dans les mêmes conditions cliniques et radiologiques qu'elle-même. Or, chez celle-ci, le résultat de la gastropexie fut à peu près nul. Il ne faut donc pas rejeter systématiquement, en pareils cas, l'opération, mais savoir la difficulté qu'il y a à en poser l'indication précise et tenir compte de l'incertitude des résultats.

Le bronchospasme au cours des embolies pulmonaires

(MM. Léon BINET et M. BURSTEIN ; 30-11-1938)

MM. L. Binet et Burstein ont constaté, expérimentalement, du bronchospasme au cours des embolies pulmonaires. Il faut y penser, disent-ils, pour expliquer la dyspnée de l'embolie, et expliquer aussi les bons effets de l'atropine et de l'éphédrine en pareils cas.

P. L.

Les Congrès

• • •

XXXIIIe SESSION D'ASSISES DE L'ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

L'alimentation dans les maladies infectieuses aiguës

Par Germain BLECHMANN

Le 6 novembre 1938, les Assises présidées par M. Louis MARRE, d'Orléans, se sont réunies à l'Hôtel-Dieu de Paris et ont couronné comme lauréat du XXIVe prix Debat, notre collègue RATIER, de Saint-Aignan (Loir-et-Cher).

SYNTHÈSE DES CONCLUSIONS DES ASSISES DÉPARTEMENTALES

Par Henri GODLEWSKI

La pathologie expérimentale n'a pas encore fixé les lois pouvant servir de base aux règles de diététique dans les maladies infectieuses aiguës. Aussi, la pratique médicale est individuelle et tient compte de traditions qui varient d'ailleurs suivant les régions. Toutefois ces Assises permettent de déceler qu'il y a accord général aujourd'hui sur des principes que nous retiendrons seuls ici.

On n'estime plus comme jadis que « la fièvre nourrit » et chacun est soucieux d'assurer à l'organisme les éléments nécessaires à la vie : *l'eau d'abord* ; puis, sans surcharge intempestive, hydrates de carbone et albuminoïdes, compensateurs de déperditions exagérées par la fièvre. Aussi la diète absolue, en faveur autrefois, est aujourd'hui bannie ; la diète hydrique est un minimum, mais de règle au début des pyrexies, avant un diagnostic bien établi.

Durant toute la maladie d'ailleurs, l'hydratation est aujourd'hui reconnue comme un soin capital. Elle est devenue méthodique : buccale, rectale, parentérale. Bien comprise et dirigée, elle transforme les conditions organiques fonctionnelles dont dépend l'état général du malade, son bien-être et le pronostic de l'affection.

A la période d'état, il y a aussi accord général pour une diététique différente suivant qu'il s'agit d'une maladie à déterminations viscérales ou non. Dans le premier cas, la prescription la plus générale est la diète hydro-lacto-sucrée plus ou moins prolongée suivant le cas — les restrictions alimentaires jusqu'à la convalescence, subsistant surtout pour deux maladies, fièvre typhoïde et scarlatine.

Au contraire, les restrictions sévères ne subsistent plus pour les infections aiguës banales qu'au début de l'infection, quand la nature de la maladie est encore incertaine. Et l'on convient qu'il faut élargir la diète liquide initiale, dès que la situation s'éclaircit ; en l'absence de contre-indications précises, on admet la reprise, avec une progression plus ou moins rapide, d'une alimentation reconstituante, indispensable à la convalescence. La dénutrition est redoutée, surtout en prévision d'une prolongation de l'affection, particulièrement aux deux extrêmes de la vie, chez l'enfant et le vieillard.

Enfin parmi les données les plus générales apportées à ces Assises, les médecins ont tenu à affirmer que la diététique ne peut être systématique ou doctrinale, qu'elle est, avant tout clinique, dépendant des maladies et des réactions du malade.

La diététique autrefois

M. F. CAILLET, de Tours. — Dès le XIe siècle, une diète sévère était ordonnée dans toutes les maladies fébriles, et nous la retrouvons encore au XIXe siècle, malgré les nombreux méfaits qu'on est en droit de mettre à son actif, dont le plus sérieux est d'avoir augmenté dans une proportion exagérée le taux de la mortalité des fiévreux parmi les habitants et hospitalisés de la Touraine.

M. C. BARRAUD, de Châtelaillon. — Il nous a semblé, en Charente-Inférieure, que l'alimentation au cours des pyrexies de courte durée, devait être exclusivement liquide, et consister surtout en tisanes diaphorétiques, et en bouillons. D'une façon générale, nos préférences vont au bouillon de poule et au bouillon contenant un jarret de veau, le bouillon de légumes paraissant perdre du terrain dans la faveur du Corps médical de notre département.

Par contre, les boissons alcoolisées et les grogs en particulier, sont fort utilisés au cours de la grippe.

M. Pierre BERNARD, du Bugue-sur-Vézère. — Les médecins périgourdins, sans chercher un refuge dans le doute, ce « mol oreiller » cher à leur illustre compatriote Montaigne, sont éclectiques, s'écartent de l'absolu des doctrines, et pensent que si le jeûne, préconisé par Broussais, est dangereux, l'alimentation excessive n'est pas dépourvue de périls.

Physiopathologie

M. Charles RICHET fils. — La fièvre ne nourrit pas ; elle augmente les besoins alimentaires.

M. le Prof. LEREBOULLET. — Mettre un sujet atteint de maladie fébrile aiguë, et notamment de pneumonie, à un régime alimentaire hypochloruré, c'est aller à l'envers de la logique.

M. Edmond LESNÉ. — Il est nécessaire au cours des infections de donner un régime abondamment vitaminé.

Le lait

M. Charles GODLEWSKI, de Sorgues. — Comme dans toute la Provence, l'eau bouillie (l'aigo boulido) est très en honneur dans notre région. C'est une préparation, sorte de bouillon fait avec du pain grillé, de l'ail, du poireau, quelquefois de l'oignon, de la laitue et de la sauge.

M. N. MAUGER, de Versailles. — Peut-être l'intolérance au lait que nous constatons si généralement à la ville, n'existe-t-elle pas à la campagne, où le paysan trouve à sa portée un lait frais et de bonne qualité, qui

n'est consommé par le citadin qu'après de longs transferts et parfois des mélanges, générateurs de fermentation et de toxicité.

Mais ceci redevient la grave question de la grande misère du lait en France, dont il faudra bien s'occuper quelque jour.

M. Paul DURAND, de Courville. — Je tiens seulement à dire que le lait est un aliment trop précieux dans les cas qui nous occupent, pour qu'on le dédaigne et le rejette. Evidemment, il existe des intolérances invincibles..., mais ne croyez-vous pas que l'intolérance du malade soit doublée... de l'intolérance du médecin.

Il y a aussi la façon de prendre le lait, soit pur, soit coupé d'eau, de bouillon de légumes, de thé, de café, ou bien encore aromatisé, etc... Il est néfaste de lui réserver un ostracisme immérité

M. Louis LAPLANE, de Marseille. — Nous n'avons pas de bon lait en Provence.

Les efforts très louables faits actuellement pour récolter un bon lait restent encore très limités.

La fièvre typhoïde

M. le Prof. CARNOT. — Nous avons un critère, le plus souvent excellent, pour nous guider : c'est l'*instinct*, qui se traduit d'abord par une inappétence absolue, et, plus tard, par le retour de l'appétit, voire par une véritable boulimie. Il nous semble qu'en règle générale, on peut se laisser conduire par cet instinct : pendant la période d'anorexie et de dégoût, ne donner que des boissons chaudes et sucrées, du lait, du képhir, quelques pâtes dans le lait, des jus de fruits : il est, alors, bien plus facile de faire boire un anorexique que de le faire manger, surtout s'il est dans le tuphos... : puis, lorsque l'appétit revient, ne pas attendre davantage et, même, s'il a encore un peu de fièvre et si l'infection n'a pas disparu complètement, augmenter déjà l'alimentation.

M. Emile SERGENT. — Même dans l'état de santé normale, il est des sujets qui ne mangent jamais de viande. Le régime végétarien est le régime de bon nombre de contemporains. Ce n'est pas le médecin qui est le meilleur juge du régime qui convient le mieux, c'est le patient lui-même.

M. SCHMID, de Strasbourg. — Personnellement, déjà pendant la guerre, je m'efforçais à nourrir les typhiques, malheureusement je me heurtais trop souvent à des difficultés presque insurmontables, parce que ces malades manquent totalement d'appétit. Une bonne hydratation préalable facilite incontestablement l'alimentation, et c'est là que le sucre peut être d'une grande ressource.

M. Jules COMBY. — Dans la *maladie de Bouillaud* (rhumatisme articulaire aigu), la même diète alimentaire à base de lait est de rigueur ; d'autant plus que le *traitement salicylé* par la bouche est mieux toléré avec le régime lacté qu'avec tout autre régime. Cette tolérance à l'égard des médicaments actifs, des poisons que nous sommes obligés d'employer contre les maladies aiguës, est encore plus frappante dans la *chorée de Sydenham*. Si l'on veut traiter avec succès, et avec innocuité, cette maladie par l'arsenic (*liqueur de Boudin*), on est obligé de prescrire le régime lacté absolu pendant les neuf jours que dure l'ingestion quotidienne et fractionnée de doses presque toxiques d'acide arsénieux.

M. CARNOT. — Je dirai des ictères infectieux, un peu ce que j'ai dit, à propos des typhiques : gardez-vous des extrêmes ! Ni jeûne trop poussé, ni alimentation trop copieuse ; c'est là, semble-t-il, la sagesse.

M. Pierre PIRONNEAU. — Dans le domaine des ictères infectieux, il ne s'agit plus de savoir quelle alimentation on peut autoriser, mais bien de trouver quelle alimentation, on peut faire agréer par le malade.

La scarlatine

M. Jules COMBY. — La *néphrite scarlatineuse* est la complication la plus redoutée : elle peut être tardive ; et, j'en ai la conviction, elle doit être prévenue par un régime alimentaire que beaucoup de médecins ont critiqué et abandonné. A ce régime, je reste fidèle, et voici comment je conseille de le prescrire : isolement de 40 jours (20 jours de lit, 20 jours d'appartement) ; régime lacté pendant les 20 jours de lit (modifications sus-indiquées pour le rendre acceptable) ; régime lacto-végétarien (purées, pâtes, fruits crus ou cuits, légumes, etc.), pendant les 20 derniers jours. Pas de viande crue ou cuite avant 40 jours.

Soutenant ce régime, j'ai eu le regret d'être combattu par un certain nombre de collègues.

M. Jules RENAULT. — Je pense que le régime lacté, si utile dans les cas d'albuminurie scarlatineuse, n'avait peut-être pas le rôle préventif qu'on lui attribuait : ce n'est pas l'alimentation qui donne la néphrite, c'est l'infection.

Après les deux ou trois premiers jours de la maladie, pendant lesquels je ne donne que des tisanes, c'est-à-dire de l'eau sucrée aromatisée, je passe au régime lacté, qui est continué pendant trois ou quatre jours ; puis j'ajoute des potages, des pâtes, des féculents, des confitures, des fruits, puis des œufs, de la viande, du poisson, de telle façon que le douzième jour en général, l'enfant est au régime normal d'un enfant bien portant.

Je surveille la courbe de température et j'examine l'urine toutes les 24 ou 48 heures, prêt, en cas d'alerte, à revenir au régime lacté, que je considère comme un régime de néphrite constituée, je le répète, et non comme un préventif.

CONCLUSIONS DES ASSISES NATIONALES

Complétant les données des Assises départementales, celles des Assises nationales font ressortir l'importance des notions physiologiques récentes. Elles impliquent la nécessité de compensations humorales qualitatives et caloriques pour pallier aux pertes normales de l'organisme accrues par la fièvre.

Il s'ensuit que la diète absolue n'est plus en faveur, qu'à la diète hydrique pure est substituée l'alimentation liquide variée et que l'alimentation semi-liquide, puis solide, suit plus précoce que jadis ; elle est toujours en fonction non seulement de la maladie mais des réactions du malade. L'observation des faits cliniques au jour le jour, reste la règle capitale dont doit toujours dépendre toute prescription médicale.

Les Livres

O. Doin et Cie, édit.
8, place de l'Odéon, Paris, 1938

Précis de neuro-psychiatrie infantile, par Gilbert-Robin, ancien chef de clinique neuro-psychiatrique à la Faculté de Paris, médecin-assistant à l'hôpital Lariboisière, médecin-chef de l'Assistance aux enfants nerveux, retardés et instables.

Le premier Congrès de neuro-psychiatrie infantile qui s'est tenu à Paris en juillet 1937, a montré tout l'intérêt que médecins et éducateurs portaient aux anomalies intellectuelles et caractérielles de l'enfant. Or depuis quarante ans il n'a pas été publié un ouvrage d'ensemble sur les troubles mentaux de l'enfance. Le Docteur Gilbert-Robin a tenté d'écrire un précis de neuro-psychiatrie infantile en se tenant exclusivement à un but essentiellement clinique et pratique, en utilisant toutes les méthodes en usage pour diriger ses enquêtes et déterminer ses décisions : méthodes pédagogiques, méthodes psychologiques des tests, méthodes médicales (examen physique, psychanalytique et psychologique). Il est convaincu qu'un type d'enfant bien que cliniquement défini ne répond pas toujours à une étiologie unique d'où la difficulté de baser une classification sur d'autres données que celles de la clinique.

Dans une première partie, l'auteur étudie les *types morbides d'enfants* : les *émotifs* classiques ou constitutionnels, sympathicotoniques, l'*émotif vagotonique* à froid, anxieux, l'*émotif hyperthyroïdien*, le *dégénéré emotif*, les *émotifs affectifs*. Tous ces types sont d'origine différente et l'on doit se comporter différemment à leur égard.

Il en est de même des *instables*. Il n'y a pas une, il y a des instabilités. Parfois l'instabilité est liée à un retard neurologique, parfois elle est d'origine infectieuse, hyperthyroïdienne, ou hypomaniaque. Des complexes affectifs peuvent la déterminer.

Certains enfants sont dotés d'une constitution *cyclothymique* ; à l'excitation psychique fait suite une période de dépression qui, outre l'hérédité nerveuse, offre, si on les recherche, des troubles nerveux ou glandulaires.

Après un chapitre sur les *retardés affectifs*, les éternels bébés, M. Gilbert-Robin aborde l'étude de la *psychasthénie et de la neurasthénie infantiles*. Celle-ci se présente comme une affection organique dont on ne peut déceler la preuve ; celle-là apparaît comme purement psychique et souvent chez l'enfant les deux syndromes se confondent, ces malades doivent relever d'un traitement biologique avant d'aborder le traitement psychologique. Il convient de combattre d'abord la vagotonie, la diathèse alcaline, l'insuffisance hépatique et surrénale, etc.

La *mythomanie* ne doit pas être confondue avec le mensonge. On ne devient pas mythomane si l'on devient menteur. Le mythomane est hyperimaginatif, souvent arriéré ou débile, parfois pervers. C'est parmi les mythomanes qu'on rencontre les « faux enfants martyrs » et le médecin légiste se défie toujours du témoignage des enfants.

Les enfants *hystériques* présentent un tempérament spécial caractérisé par leur suggestibilité, la mythomanie et la vanité, et les accidents paroxystiques névralgiques, astasiques, abasiques, pseudo-convulsifs, pseudo-paralytiques, etc., etc.

L'auteur passe en revue les enfants *schizoïdes*, les *rêveurs éveillés*, les *paranoïaques*, les *épileptoïdes* avec leurs impulsions et leurs accès de colère, les *perversions instinctives, névropathiques, symptomatiques*, les enfants *pervertis*. Il signale les troubles psychiques d'origine *affective* et ceux dont l'origine est *éducative* (enfants mal élevés).

La dernière partie de l'ouvrage a trait aux *névroses infantiles* (épilepsie, troubles de caractère liés à l'encéphalite léthargique).

La troisième partie traite des *troubles du rendement intellectuel*. M. Gilbert-Robin étudie le développement psychomoteur de l'enfant de 1 à 3 ans, et décrit les *test mentaux* (Binet).

Les *arriérations mentales* (idiotie, imbécillité, arriération intellectuelle, retard simple) sont tour à tour examinées sous toutes leurs formes. Un chapitre important est consacré à la *neuro-psychologie infantile*.

La quatrième partie est consacrée aux *Démences chez l'enfant*.

La *cinquième partie* est l'exposé de la *séméiologie*. Les *enfants qui ne parlent pas*, les *coléreux*, les *fugues*, le *vol* chez l'enfant, le *suicide*, l'*entêtement* et la *bouderie*, les *rires* et les *sourires morbides*, les *troubles du regard* d'origine psychique, les troubles neuro-psychiques de l'*alimentation*, l'*onanisme*, l'*incontinence* d'urine, l'*énurésie* (incontinence psychique), *encoprésie* (gâtisme), les *terreurs nocturnes* font les objets d'autant de chapitres.

La sixième partie résume le *traitement*, l'*éducation*, la *pédagogie*, l'*assistance* des enfants déficients et l'ouvrage se termine par un chapitre sur l'*Enfance délinquante*.

Cette analyse sommaire permet au lecteur de se rendre compte de l'intérêt que présente le *Précis de neuro-psychiatrie infantile* dans lequel le Docteur Gilbert-Robin a passé en revue en ses moindres détails toute la pathologie mentale de l'enfant.

J. Noir.

LE RAISIN CONCENTRÉ EN THÉRAPEUTIQUE

Nous savons que le jus de raisin est un agent de désintoxication très actif et que sa richesse en sels minéraux, glucose, lévulose, levures et vitamines lui permet d'agir efficacement sur tout l'organisme en général et en particulier sur l'intestin, le foie, la vessie, le cœur et les reins.

Nous allons donc étudier et comparer la valeur thérapeutique des deux qualités de jus de raisin : concentré ou intégral.

Admettons que le jus de raisin naturel soit stabilisé sans antiseptique, ce qui n'est pas toujours exact, car nous avons pu constater que certains d'entre eux renfermaient des quantités importante de SO^2. Admettons également qu'il ait conservé tous ses sels minéraux dans les différents traitements de stabilisation employés : chambre froide ou acide carbonique sous pression. Dans tous les cas, la mise en bouteilles avec filtrage stérile l'a obligatoirement privé des levures et des ferments qui sont fort utiles dans certains traitements.

C'est surtout parce que le jus de raisin intégral vendu en bouteilles à un prix très élevé représente une médication très onéreuse, qu'il est de moins en moins employé, car aujourd'hui, la question « dépenses » mérite d'être prise en considération dans le choix d'un traitement.

Et c'est pourquoi, de plus en plus, le raisin concentré étant conseillé au titre médical, je crois devoir donner quelques indications sur sa préparation.

A la sortie du pressoir, c'est-à-dire quelques heures après la cueillette du raisin, et *avant toute fermentation*, le jus pressé subit un traitement de clarification sommaire qui, en quelques heures, le débarrasse de la grosse lie et de toutes les impuretés.

Il passe immédiatement dans l'appareil à concentrer, qui n'est pas autre chose qu'une immense chaudière, où existe un vide constant et profond, qui permet d'obtenir l'évaporation à une température ne dépassant pas 25 à 30 degrés. Vous n'ignorez pas que le moût de raisin contient 85 à 90 % d'eau, le reste étant représenté par du glucose et des sels minéraux.

L'évaporation est continuée deux à trois heures, jusqu'au moment où titrant 36° Baumé, il renferme approximativement 800 grammes de glucose et lévulose par litre, *ce qui le met à l'abri de toute fermentation et permet une conservation indéfinie, sans aucune précaution et sans aucun antiseptique.* Il faut remarquer que le jus concentré est obtenu dans la journée même ou le raisin a été cueilli, que sous cette forme il renferme tous les éléments, *sans exception*, contenus dans un volume de jus de raisin cinq ou six fois plus grand (puisqu'il faut cinq à six litres de jus de raisin naturel pour obtenir un litre de jus de raisin concentré) et c'est pourquoi une bouteille de concentré, dont la densité est de un kilo, équivaut à environ huit kilos de raisin frais.

La concentration, nous tenons à insister à ce sujet, ne peut avoir aucune action destructive des principes actifs du raisin frais, puisque la température d'évaporation ne dépasse pas 30 degrés et c'est pourquoi on peut affirmer que le concentré renferme, *intacts et vivants*, tous les principes du raisin frais, aussi bien les sels minéraux que les levures, les vitamines, etc...

Du reste, les expériences qui ont été faites ont établi que, parmi tous les jus de raisin contrôlés, c'est le concentré qui a toujours été classé au premier rang. Il paraît inexplicable que les ferments et les levures qui sont *toujours vivants* dans le concentré ne provoquent pas la fermentation. Ce phénomène ne se produit pas pour deux raisons : la première c'est que les levures ne peuvent pas se développer dans un milieu privé d'eau, et la seconde c'est que, à la dose de 80 % en poids, le sucre glucose est un antiseptique puissant.

Si, au point de vue composition, le concentré présente une supériorité incontestable sur le jus de raisin naturel, il faut également constater que, sous cette forme, son emploi permet de réaliser une économie de 75 % sur le traitement, car une bouteille de concentré coûte environ le double d'une bouteille de jus de raisin non concentré, et elle représente, en réalité, l'équivalent de six bouteilles.

Enfin, la bouteille de jus de raisin naturel, s'altère si elle n'est pas consommée rapidement, tandis que le concentré se conserve indéfiniment au contact de l'air. De plus, le concentré qui s'emploie à la dose d'une ou deux cuillerées à bouche dans un grand verre d'eau, peut également être utilisé avec addition d'eau minérale gazeuse ou non et de tisanes.

C'est incontestablement la boisson de régime la plus indiquée chez les fiévreux, les vieillards, les opérés, les convalescents.

Pour terminer, il y a lieu de remarquer que la concentration du raisin se fait *sans aucune addition étrangère*, et il reste avant comme après l'opération un produit pur et naturel, tandis que le lait concentré renferme une dose importante de sucre additionnel.

C'est donc avec raison que le Professeur Herpin assimile le jus de raisin à un lait végétal, et que le Professeur Loeper l'appelle « un sérum vivant ».

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

■ ■ ■

RÉFLEXIONS D'UN CHIRURGIEN ANGLAIS

La place de la physiologie dans l'enseignement clinique

Tel est le sujet qu'a exposé, dans une conférence, faite à la Fondation Mayo, W.-H. Ogilvie, membre de la Société Royale de Chirurgie de Londres (1).

Nous sommes, a-t-il dit, enclins à nous figurer le développement de la science médicale comme une lente édification de savoir issue d'une expérience vieille de nombreuses années.

C'est pourtant l'inverse qui est vrai. La médecine, tout comme d'autres sciences, a commencé par des inductions *a priori* basées sur des conceptions générales de la nature de la vie et de la maladie ; c'est peu à peu qu'elle est arrivée à nos méthodes scientifiques actuelles. Ainsi a-t-elle progressé lentement de la salle de cours au lit du malade ; la chirurgie en a fait autant.

Dans mon pays nous tendons encore à considérer la médecine comme de la physiologie appliquée, la chirurgie comme de l'anatomie appliquée, et à ceux qui veulent se perfectionner dans l'une ou l'autre nous demandons de commencer d'abord par la science appropriée.

Loin de moi la pensée de diminuer l'importance de l'anatomie. Le chirurgien doit par dessus tout être expert en topographie. Son savoir anatomique doit être si sûr qu'aucun problème ne le mettra en difficulté, ancré au point de devenir une partie de son subconscient. Ce savoir il ne peut l'acquérir que par un travail long et laborieux. Mais alors qu'autrefois c'était là l'équipement scientifique total du chirurgien, aujourd'hui ce n'en est plus que le commencement, les fondations. Le chirurgien qui se soucie seulement de la structure n'avancera que dans le détail de la technique ; il ne pourra faire son travail journalier avec intelligence et discernement.

Certains peuvent être d'avis que l'intelligence et le discernement ne sont pas nécessaires à un travailleur manuel, que les limites de la technique sont atteintes et qu'il ne reste plus qu'à reproduire des procédés portés à la perfection. Toutes les opérations qui sont possibles ont sans doute été faites. Il ne s'ensuit pas, parce que de brillantes innovations ne sont plus à attendre que de nouveaux progrès soient invraisemblables. La même maladie, traitée par des chirurgiens différents et de valeur, donne lieu à des méthodes absolument divergentes. Lequel est dans la bonne voie ? Seule la physiologie peut nous éclairer à ce sujet.

La préoccupation purement anatomique, qui considère la forme et la position sans s'inquiéter de la fonction ou normale ou perturbée est responsable d'une chirurgie inconsidérée qui a sévi au début du siècle. J'en prendrai un exemple dans les viscéroptoses.

Anatomiquement tout organe qui se trouve à un niveau inférieur à son niveau normal est en ptose.

La physiologie, elle, s'inquiète de savoir comment les viscères sont maintenus en place, comment ce mécanisme normal a défailli dans la viscéroptose, jusqu'à quel point les symptômes sont dus à la mauvaise position et comment la fonction et le support normaux peuvent être restaurés. Les viscères sont maintenus en forme par le tonus de leurs parois et en position par le tonus des muscles abdominaux et du plancher pelvien. La ptose est due à l'hypotonie, et l'hypotonie elle-même dépend de centres supérieurs et, en dernière analyse, de contrôle psychologique. Le traitement de la viscéroptose tient donc tout entier dans la restauration du tonus, psychologique, abdomino-musculaire, viscéro-pariétal.

Dans le traitement des fractures, où le problème est un problème de réparation, les revendications de la forme et de la fonction ont varié à travers les âges. L'un veut un os parfaitement reconstitué, l'autre se préoccupe surtout des articulations, des muscles, de la circulation. Le premier réclame la consolidation, le second le mouvement. L'idéal est la récupération de la fonction dans un membre dont les structures disjointes sont fermement réparées ; ainsi obtient-on une bonne circulation, des muscles bien nourris, des jointures

---

(1) *Staff meetings of the Mayo clinic.*, june 22, 1938.

souples, un cal solide bientôt transformé en os réel. Cet idéal on ne l'obtient qu'avec des plâtres légers qui fixent l'os mais permettent l'usage du membre.

Le système musculaire nous offre un exemple de la tendance au savoir fragmentaire. En anatomie nous apprenons les insertions et l'innervation de chaque muscle volontaire et le regardons se contracter comme un élastique. En physiologie nous étudions le comportement de préparations nervo-musculaires sur la grenouille et de là passons aux caractères généraux des muscles lisses et striés. En chirurgie nous pensons aux muscles surtout comme à des choses qui peuvent être déchirées ou s'interposer de façon gênante. Nous allons rarement, excepté en orthopédie, jusqu'à les considérer comme les principaux constituants du corps humain ou comme un ensemble vivant. Nous savons qu'ils ont deux genres d'activité, la contraction et le tonus, qu'un muscle peut ainsi avoir de fortes contractions et un tonus grandement déficient. Les chirurgiens devraient avoir toujours à l'esprit la nécessité de préserver le tonus des muscles abdominaux lequel est perdu après une opération sur l'abdomen.

Nous ne pouvons traverser pacifiquement les muscles abdominaux ; il nous faut les sectionner. Mais nous devons diriger nos incisions de façon à ne pas constituer un dommage permanent et à gêner aussi peu que possible, pendant le processus de cicatrisation, les mouvements abdominaux. Nous devons les suturer de façon à ce que l'opéré puisse dès le début les contracter sans dommage. Une incision parfaite devrait inciser chaque plan suivant ses lignes de force, de telle façon que la contraction tende à rapprocher les lèvres plutôt qu'à les séparer. L'incision en gril est la seule acceptable. Nous devons inciser l'aponévrose du grand droit et hésiter à couper le muscle lui-même car nous laisserons ensuite une paroi solide ; les semblables s'accolent aux semblables, le tissu fibreux au tissu fibreux.

Pour éviter l'insuffisance abdominale le malade doit se servir de sa paroi sitôt après l'opération ; il doit avoir envie de s'en servir, il doit lui être permis de s'en servir et n'en encourir aucun risque. Les mouvements abdominaux sont inhibés par la douleur ; il suffit de diminuer celle-ci par un anesthésique à action lente comme le chlorhydrate de quinine et d'urée et d'agir sur les centres par la morphine.

Il servirait peu de mettre l'opéré à même de se servir de ses muscles abdominaux si nous lui interdisons de le faire. En tant que mécanisme physiologique la paroi abdominale demande à fonctionner. En tant que champ opératoire elle a besoin de repos pour se cicatriser. Une incision bien suturée a une résistance à la tension qui équivaut environ à 40 % de celle des tissus avant qu'ils soient incisés. Pendant les quelques premier jour les tissus subissent une autolyse et en même temps les sutures sont digérées. Vers le quatrième jour la résistance faiblit jusqu'à 20 à 25 % de sa valeur originelle. Dès le cinquième jour des fibroblastes se développent rapidement et la force s'accroît de telle sorte qu'au sixième jour elle est déjà de 50 % et au dixième jour d'environ 90 % de la normale. En conséquence la déchirure est surtout à craindre du troisième au cinquième jour ; ensuite elle devient improbable. Mais si la cicatrisation requiert le repos, il n'est pas nécessaire de mettre toute la paroi au repos ni d'imposer une position. Elevons-nous contre l'usage routinier du bandage circulaire et de la position de Fowler. Aussitôt que la feuille de température indique une circulation rétablie et que les accidents pulmonaires ne sont plus à craindre, inutile de prescrire une position particulière ; laissons le malade se coucher sur le dos, sur le côté, sur le ventre, ou replié, suivant sa coutume ou son envie du moment. Des réflexes naturels de protection mettront la blessure à l'abri de tout surmenage. Mais lui permettre ou lui ordonner de marcher avant le dixième jour c'est permettre à un idéalisme physiologique de l'emporter sur le bon sens.

La peau a de nombreuses fonctions dans le métabolisme, mais nous la considérons aujourd'hui seulement comme un revêtement souple et presque indestructible, se prêtant à tous les mouvements du corps. Il nous faut la traverser pour atteindre les parties sous-jacentes, mais moins nous laisserons de traces de notre passage moins nous gênerons la motilité par la suite. La chirurgie esthétique peut sembler bien éloignée de la physiologie et tout à fait hors de propos dans l'abdomen. Mais une belle cicatrice est mieux qu'un effet de l'art. C'est la trace d'une cicatrisation non seulement par première intention mais sans réaction sensible de réparation ; elle signifie qu'une opération ultérieure trouvera des tissus d'apparence et de texture presque normales et que la fonction a été restituée *ad integrum*. Nous ne pouvons faire de la chirurgie sans cicatrice qu'en opérant là où il y en a déjà une. Les plis sont des cicatrices, des intersections fibreuses allant de la peau à travers le fascia superficiel jusqu'à l'aponévrose sous-jacente. Ils sont fixes ; une incision faite dans un pli non seulement fera une belle cicatrice, car elle est naturellement affrontée, mais elle ne gênera pas ensuite les mouvements.

G. Lavalée.

On ne saurait oublier que ces idées si neuves et si intéressantes corroborent entièrement la doctrine exposée par le Professeur Leriche, il y a quelques années dans son discours du Congrès de Chirurgie.

LE RESPECT DU SECRET PROFESSIONNEL AU REGARD D'UN ENFANT MINEUR ET DE SA FAMILLE, OU DE SON TUTEUR

Le président d'une Fédération départementale des Syndicats médicaux m'expose (lettre 8.740) le litige qui s'est élevé entre lui et l'Inspecteur départemental de l'Assistance publique.

Par circulaire, ce dernier vient de demander aux médecins qui soignent des pupilles de l'Assistance, de lui faire connaître le diagnostic des affections soignées. Comme on arguait du secret professionnel, l'inspecteur répondit qu'il était le tuteur légal de ces pupilles et, qu'à ce titre, il avait besoin de connaître la nature des affections morbides, qui étaient soignées chez les enfants dont il avait la garde et la surveillance. Dans certains cas, il pourrait prendre les dispositions et décisions nécessaires pour assurer le traitement de certaines affections.

Quelle ligne de conduite syndicale arrêter ? Certes, il ne s'agit pas de directives rigides, mais plutôt de règles générales, qui, selon les cas et les circonstances, serviraient au médecin traitant, pour prendre une détermination.

Nous sommes ici en présence de ces cas de conscience, qui embarrassent fort les praticiens. Pour répondre, je tiens à dégager de suite quelques principes généraux.

Tout d'abord, le Préfet, ou son représentant, l'Inspecteur de l'Assistance publique, est bien le tuteur légal des pupilles de l'Assistance, qui sont placés dans le département. Je cite comme référence l'article 11 de la loi du 27 juin 1904 et les termes d'une Circulaire du ministre de la Santé publique et du sous-secrétaire d'Etat à la Protection de l'enfance, du 22 novembre 1936. Il y est rappelé aux Préfets qu'en leur qualité de tuteurs légaux des enfants assistés et des pupilles de l'Assistance publique, ils doivent veiller au respect de la fréquentation scolaire, à l'octroi des congés payés, lorsque l'enfant est employé dans l'industrie, le commerce, les services domestiques, ou l'agriculture. L'enfant devra être envoyé en vacances dans sa famille nourricière, ou dans une colonie de vacances.

Par ailleurs, le Service départemental d'assistance est comptable des deniers de chaque pupille et doit percevoir auprès des employeurs les sommes qui reviennent aux enfants, pour constituer leur pécule, etc.

Ceci posé, le médecin traitant doit-il révéler au tuteur, comme au père d'un enfant mineur, le diagnostic de toutes les maladies, ou affections qu'il est appelé à soigner ?

Dans l'immense majorité des cas, l'affection est banale et son diagnostic n'est pas secret de sa nature. Le praticien, qui soigne un enfant mineur, doit dire la vérité aux parents, aux nourriciers, au tuteur, pour que tout le nécessaire soit fait pour ramener le petit malade à la santé. S'agit-il de maladies transmissibles, le diagnostic doit être divulgué non seulement aux Services départementaux d'hygiène, comme le veut la loi, mais aussi aux parents, ou tuteur, pour éviter la propagation de la contagion.

Mais la situation devient plus délicate, lorsqu'il s'agit par exemple d'une maladie vénérienne. Le secret, dans ce cas, s'impose-t-il rigoureusement au médecin traitant ?

Vis-à-vis d'un mineur en bas-âge, la question est résolue d'avance : la volonté, le discernement ne sont pas suffisants, pour que le petit malade puisse avoir une personnalité et surtout des secrets. Il est en tutelle légale auprès de ses parents, ou de ses nourriciers : il faut prendre toutes mesures qui s'imposent.

Mais s'il s'agit d'un mineur, dont l'âge lui permet un certain discernement, voire même une volonté d'action et qui, spontanément, vient consulter le praticien, en lui demandant le secret sur la maladie vénérienne, qu'il aura à guérir, le médecin doit-il respecter cette jeune volonté et se taire ?

A mon avis, lorsqu'il s'agit d'un enfant mineur d'un certain âge, qui s'engage à suivre son traitement et à payer de sa poche les frais nécessités par sa maladie, le médecin doit respecter le secret de ce « mineur raisonnable ». La loi du silence s'impose. Je rappelle à ce sujet, un jugement du Tribunal civil de Bruxelles (2[e] Chambre du 28 mars 1900, *Concours Médical*, 1901, 114) qui condamne un médecin à des dommages-intérêts envers un enfant mineur qui, soigné pour une maladie vénérienne, avait omis de régler les honoraires du praticien. Celui-ci avait cru bien faire en s'adressant au père de son client, en révélant le diagnostic et la nature des soins donnés.

Mais, dans le cas qui nous occupe, si le pupille de l'Assistance, bien que « raisonnable », entend se faire soigner aux frais du service d'Assistance médicale gratuite et selon les directives du Service de protection des pupilles et enfants assistés, le médecin doit alors se conformer aux règles administratives qui lui sont signifiées pour l'accomplissement de sa tâche médicale.

En cette matière de service public, pour les soins à donner aux pupilles et enfants assistés, nous nous trouvons en présence de textes réglementaires, auxquels il convient de se conformer, ne serait-ce que pour sauvegarder les droits de l'enfant au traitement gratuit et aux autres avantages qui lui sont conférés. Mais cependant, le praticien a le devoir de ne lever le voile du secret que dans la limite stricte des besoins de la cause et de préservation de l'entourage médiat ou immédiat du jeune malade.

Est-il possible, par exemple, de pouvoir donner des soins efficaces à l'enfant, sans dévoiler le diagnostic ? le malade est-il docile et respecte-t-il les prescriptions de son médecin, pour ne pas porter préjudice à son entourage ? Le praticien se taira. Mais si l'enfant ne comprend pas la nécessité de se faire régulièrement et énergiquement soigner, s'il se refuse à prendre des précautions envers ceux qui l'entourent, si les honoraires doivent être réglés, non par le malade lui-même, mais par un tiers (père, tuteur) le médecin a le devoir de se mettre en contact avec le père ou le tuteur (surtout lorsque ce dernier argue de textes légaux, ou réglementaires), afin que les intérêts de l'enfant soient sauvegardés.

Je conclus : dans ces circonstances exceptionnelles, lorsque le praticien est embarrassé pour savoir quel est son vrai devoir, qu'il demande conseil à son Syndicat et au Sou Médical.

Dr Paul Boudin.

EXERCICE DE LA MÉDECINE SOUS UN PSEUDONYME

Il nous est demandé (lettre n° 8.736) si un praticien tout en exerçant sous son véritable patronyme, peut cependant changer de prénom. Il s'agit d'un étranger naturalisé, dont le nom patronymique peut, à la rigueur, laisser croire à une origine alsacienne, mais dont le prénom précise la race et même la religion. Ce praticien a supprimé son véritable prénom et accole à son nom un prénom bien français. La chose est-elle légalement permise, ou tombe-t-elle sous l'application de l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892, qui interdit d'exercer sous un pseudonyme ?

En l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, seul est punissable le fait, pour un médecin, de dissimuler sa véritable identité, en exerçant sous un nom autre que son nom de famille. Tel est le sens de l'arrêt de la Cour de cassation du 27 juillet 1897. Tel est également le sens à donner aux termes de l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine.

Mais, l'altération, ou la substitution d'un prénom peut-elle être punissable ? Oui, dit l'arrêt précité, si la substitution du prénom à celle du nom de famille est pratiquée par le médecin. Dans l'espèce, qui fit l'objet dudit arrêt, il s'agissait d'un dentiste qui exerçait, non pas sous son nom patronymique, mais sous son seul prénom.

Peut-on dire qu'il en est ainsi, lorsque, tout en maintenant son nom, le praticien accole à ce dernier un prénom autre qu'un de ceux de son état civil ? La question n'a pas encore été jugée ; mais il est certain que si plusieurs médecins exercent dans la région, sous le même nom de famille, une distinction doit s'établir entre eux par l'apposition des prénoms véritables.

En serait-il de même, si un praticien, exerçant dans la région, tout seul sous son patronyme, accole à ce dernier un prénom de fantaisie ? Il est à craindre que les Tribunaux n'interprètent la loi que dans son sens le plus étroit, ce qui est de règle, lorsqu'il s'agit d'une loi pénale. L'article 9 de la loi du 30 novembre 1892 défend d'exercer sous un pseudonyme : je ne crois pas qu'il soit jugé que constitue un pseudonyme l'emploi d'un prénom de fantaisie accolé au nom véritable, lorsqu'il ne peut y avoir aucun doute sur la personnalité du praticien.

Cette question a cependant une grosse importance, car de nombreux étrangers, qui obtiennent la naturalisation française, sont sans ressources. Ils acceptent volontiers les propositions de tenanciers d'officines commerciales qui, sous le nom d'Institut, de dispensaires, draînent le public, en faisant donner des soins par des médecins, ou des dentistes salariés. Non seulement les noms de ces opérateurs sont francisés, s'il y a lieu d'inspirer confiance à la clientèle, mais même ces diplômés travaillent sous l'anonymat : on se contente, sur les prospectus, de déclarer au public que des médecins ou chirurgiens-dentistes donnent leurs soins aux malades.

Pour le maintien de la moralité de notre profession, il importe que les Syndicats médicaux et dentaires puissent donner leur concours aux préfets, aux maires et même aux parquets pour que toute dissimulation d'identité puisse être poursuivie et réprimée.

Dr Paul Boudin.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations judiciaires

La responsabilité des Syndicats, des Caisses et des médecins contrôleurs ou rapporteurs en matière de contrôle technique

On sait qu'aux termes de l'article 8 du décret-loi sur les Assurances sociales, « dans le cas où il existe une convention avec la Caisse d'assurances sociales, les Syndicats professionnels contrôlent eux-mêmes, soit sur la demande de la Caisse, soit sur leur initiative, la façon dont les services techniques sont assurés ». Le règlement d'administration publique précise d'autre part, dans son article 16 que le Syndicat s'engage à exercer ce contrôle technique de sa propre initiative et sous sa propre responsabilité, ainsi qu'à déférer aux demandes spéciales d'intervention que la Caisse lui adresserait. Les Syndicats de praticiens ne peuvent, sous peine de retrait de l'habilitation, se soustraire à l'obligation d'exercer ce contrôle ».

On voit donc que le contrôle technique constitue pour le Syndicat médical, représentant la profession dans son ensemble, une véritable fonction d'ordre public. Quelle est, dans l'exercice de cette fonction, la responsabilité civile que peuvent encourir tant le Syndicat lui-même, comme personne morale, que les médecins « fonctionnaires syndicaux » ? Quelle est également la responsabilité de la Caisse d'assurances sociales ou de son médecin contrôleur dans l'exercice de son droit de mise en œuvre du contrôle technique ?

Telles sont les deux questions, fort intéressantes à la fois au point de vue du droit syndicaliste et de la défense des « justiciables » qui se sont posées récemment devant le Tribunal de Montluçon, dans le cas d'espèce suivant :

Une assurée sociale ayant demandé à sa Caisse le remboursement d'une intervention effectuée par son médecin traitant, se vit l'objet d'un refus, et la Caisse délégua son médecin à l'effet de contrôler la réalité de l'opération. Le médecin contrôleur, après examen de la malade transmit à la Caisse un rapport duquel il résultait que l'intervention pratiquée était d'un coefficient notablement inférieur à celui indiqué. La Caisse estima alors le cas assez grave pour déclencher contre le médecin traitant le contrôle technique et transmit le dossier au Syndicat. Le Conseil de famille chargea l'un de ses membres de l'instruction de l'affaire, et, sur son rapport condamna le médecin à un avertissement. Sur appel devant le Conseil national, la peine fut aggravée. Mais la Commission supérieure de contrôle acquitta l'intéressé pour le motif que « les pièces du dossier ne permettaient pas d'affirmer en toute certitude que l'opération pratiquée n'était pas une de celles dénommées K × 20 ».

C'est alors que le médecin poursuivi, jugeant que cette procédure et le refus de remboursement opposé à sa cliente portaient une grave atteinte à son honneur et à sa réputation professionnelle, cita devant le Tribunal civil à la fois la Caisse d'assurances sociales, son médecin contrôleur, le Syndicat et le médecin rapporteur devant le Conseil de famille, en 40.000 francs de dommages-intérêts, pour dénonciation calomnieuse et faute conformément à l'art. 1382 du Code civil.

Par un jugement en date du 2 décembre 1938, le Tribunal de Montluçon vient de débouter, purement et simplement le demandeur de ses diverses actions. Mais ses motifs, uniquement de fait, laissent place cependant au principe même de l'action en indemnité dans certaines conditions.

En ce qui concerne tout d'abord la Caisse « *on ne saurait lui faire grief d'avoir agi témérairement, à la légère, et sans vérifications suffisantes* » les diverses décisions rendues par les juridictions syndicales prouvant qu'il était permis de croire en toute bonne foi à la culpabilité du médecin. « A contrario », il est donc admis par le Tribunal qu'une Caisse engage sa responsabilité à l'égard d'un médecin en déposant contre lui une plainte auprès du Syndicat, soit de mauvaise foi, soit de manière téméraire et sans raison ou preuves suffisantes.

Quant au médecin-contrôleur de la Caisse, il est établi qu'en l'espèce il s'est *strictement borné à l'exercice de sa fonction, dans les formes prévues par les art.* 14 *et* 15 *du règlement d'administration publique.* Ceci veut dire que le médecin contrôleur d'une Caisse pourrait être poursuivi personnellement s'il sortait du cadre légal de sa mission où s'il agissait de mauvaise foi et dans l'intention de nuire.

En troisième lieu, le Tribunal constate pour mettre hors de cause *le Syndicat,* qu'il *s'est parfaitement conformé aux règles prévues par les art. 8 du décret-loi et 16 du règlement d'administration publique sur le contrôle technique, ainsi qu'à celles posées par les statuts du Conseil de famille départemental.* Il faut déduire de là que les administrateurs d'un Syndicat médical enga-

geraient la responsabilité civile de ce dernier, au cas où il serait commis une faute, une négligence ou une méconnaissance des règles de procédure dans l'exercice du contrôle technique.

Enfin l'action dirigée contre le rapporteur du Conseil de famille, chargé de l'instruction de l'affaire, fut déclarée irrecevable. Ce médecin « *n'ayant agi que comme membre de cette juridiction, ne pouvait voir sa responsabilité recherchée que par la procédure de prise à partie* ». Cette solution vaut bien entendu pour tous les membres du Conseil de famille, statuant en matière d'assurances sociales. Elle doit être approuvée au point de vue juridique, puisqu'elle a déjà été admise dans une hypothèse toute voisine, celle des chambres de discipline de notaires. Au point de vue professionnel, elle présente le grand avantage de reconnaître officiellement aux Conseils de famille le caractère juridictionnel, et d'accorder à leurs membres une suffisante tranquillité d'esprit. La « prise à partie » est en effet une procédure rendue volontairement difficile et périlleuse, et qui n'est ouverte par la loi aux plaideurs que dans des cas limitativement énumérés par le Code de procédure civile (dol, fraude, concussion, deni de justice, violation des formes destinées à sauvegarder la liberté individuelle, à garantir l'exactitude des témoignages, à assurer l'authenticité des jugements, etc.).

De ce jugement, rendu dans une espèce particulièrement favorable pour le Syndicat en cause, il y a lieu de tirer une leçon de principe. La loi, en donnant des droits aux Syndicats, en étendant leurs pouvoirs, leur a donné une véritable *fonction* d'intérêt public, et par là même leur a imposé des devoirs. Tout abus de ces pouvoirs, toute méconnaissance de ces devoirs, sont sanctionnés par la responsabilité pécuniaire du Syndicat.

Jean MIGNON.

La Presse et les Sociétés

Le secret professionnel dans les Assurances sociales en Allemagne

D'après le Code qui régit la profession médicale en Allemagne depuis le 13 décembre 1935, la conception du secret médical est, outre-Rhin, fort différente de la nôtre, telle qu'elle résulte de notre actuel art. 378 du Code pénal. Voici en effet, d'après un spécialiste allemand de la question (*Les Informations sociales*, 9 janvier 1939) dans quelles limites joue l'obligation au secret.

En principe la révélation *non autorisée* d'un secret d'autrui connu à l'occasion de l'exercice de la profession est interdite et sévèrement réprimée. Dans ce principe même nous trouvons une différence fondamentale avec les dispositions françaises : l'obligation au silence n'a pas un caractère d'ordre public. Il s'agit seulement d'un droit *accordé à titre privé* au malade qui *peut y renoncer*. Seul l'intéressé peut d'autre part déclencher les poursuites en cas d'infraction.

D'autre part, à ce principe sont apportées de nombreuses exceptions. Une première série a trait aux cas où le médecin *peut* communiquer le secret à autrui. Il en est ainsi tout d'abord lorsque l'*intérêt du malade* incapable de donner son consentement exige cette communication. Plus généralement le médecin n'est passible d'aucune peine lorsque la révélation est faite soit en vue de l'accomplissement d'une obligation morale, soit encore dans un *but justifié par l'opinion raisonnable du peuple et lorsque l'intérêt menacé est prépondérant*. Ces termes, vagues à souhait, ouvrent dans la protection légale une très large brèche, d'autant plus que la doctrine en donne une interprétation extensive. C'est ainsi que les commentateurs estiment que les *conditions requises sont toujours remplies dans le domaine des Assurances sociales*. En effet les organismes qui les gèrent sont chargés d'une tâche d'intérêt public et doivent protéger le peuple contre les risques de maladie et d'accident. L'intérêt personnel que peut avoir le malade à l'observation du secret par le médecin devra toujours s'effacer devant l'intérêt de l'institution d'assurances. Le médecin est toujours autorisé en conséquence à révéler le secret professionnel à la Caisse pour autant que cette révélation peut être utile à l'intérêt public.

En second lieu le médecin est obligé par la loi de communiquer le secret professionnel dans un certain nombre de cas. Il en va en principe de même en France, mais la loi allemande est à cet égard beaucoup plus extensive que la loi française. Sont visés notamment les cas d'homicide, de crime contre la sûreté publique, d'épidémies de *maladies vénériennes*, de mesures préventives contre la *procréation d'enfants atteints de maladies héréditaires*, etc.

Il reste à se demander si la santé publique n'a pas plus à perdre qu'à gagner dans cette destruction systématique de la confiance que le malade peut et doit avoir dans l'homme de l'art. C'est ce que l'expérience établira.

J. M.

LE PLACEMENT A L'ASILE

LA RESPONSABILITÉ DU PRATICIEN

Par R. BENON

Médecin de l'Hôpital psychiatrique de Nantes

L'instruction ministérielle, en date du 8 décembre 1938, de M. Marc Rucart, ministre de la Santé publique, concernant le régime des malades mentaux, va créer une situation nouvelle pour le médecin praticien et entraîner pour lui des responsabilités à l'abri desquelles il se trouvait avec la loi du 30 juin 1838. On devra amender l'enseignement des maladies mentales, vraiment trop peu spécialisé à ce jour, encore confondu avec la neurologie ou la médecine générale, malgré les périls, peu nombreux mais certains, de la psychiatrie courante. Le mode de placement est modifié. Les enquêtes près des familles, à domicile, sont supprimées.

La suppression du placement d'office

Le placement « volontaire » du malade, c'est-à-dire le placement sur la demande, donc sur la volonté de la famille, va devenir la règle, alors qu'aujourd'hui il est l'exception (5 à 10 %). Le placement d'office sur réquisition du maire ou du commissaire de police va disparaître, sauf pour les inculpés reconnus aliénés. Au Quartier des maladies mentales de Nantes il fut supprimé par M. le Préfet Bouju du 15 mars 1922 ou 20 février 1928, puis rétabli sur la demande du Conseil général avec l'approbation tacite d'un médecin chef de service. La suppression du placement d'office est fort juste, car, réservé aux aliénés dits indigents, il était une indignité, une ignominie, nous l'avons assez répété. Que va-t-il résulter de ce fait ? L'aliéné désormais entrera à l'asile avec la même facilité à peu près qu'un malade ordinaire entre à l'hôpital, sur le vu d'un simple certificat médical. Ce certificat, qui sera la pièce essentielle, devra être rédigé avec soin, avec plus de soin, dirons-nous, qu'il ne l'est aujourd'hui dans un trop grand nombre de cas. Et il devra être rédigé, toujours, conformément à la loi de 1838, c'est-à-dire qu'il doit comporter trois parties (1) :

1° Les constatations médicales mentales : maladie ou syndrome, peu importe dans la réalité ;

2° L'énoncé des *particularités* de la maladie : sujet dangereux pour lui ou pour les autres ; sujet exigeant des soins spéciaux, etc. ;

(1) V. R. BENON. *Vingt leçons de psychiatrie*, Paris, 1938. Editeur Vigné, 72 pages.

3° La conclusion : nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir renfermée.

Les actes, les réactions impulsives du patient doivent, le plus souvent, être relatés sous la forme conditionnelle ou bien en indiquant que ce sont les renseignements fournis par l'entourage. Dans aucun cas, le praticien *ne doit insister* spécialement près de la famille en vue de l'internement comme pour l'obliger à placer le malade : il fera observer le danger couru par le sujet, par les siens ; il donnera des conseils fermes, détaillés, de surveillance, jour et nuit, par équipes de deux personnes. Il attendra ; il soignera et reverra le malade. Il ne dira pas qu'il n'y a rien à faire. Il s'appliquera au traitement. L'entourage doit se rendre compte par lui-même que le séjour du patient chez lui ou chez ses parents est réellement impossible. En résumé lorsqu'il s'agit d'un internement :

a) Il ne faut pas se hâter, sauf si le danger est évident et de notoriété publique ;

b) Le consentement total du milieu où se trouve le malade doit être acquis.

Le placement à l'asile pour *soins* spéciaux, demandé spontanément par la famille, par le sujet même, existe, mais il est une rareté : nos établissements sont encore trop mal installés, et trop d'aliénés guéris gardent de trop tristes souvenirs de nos maisons de santé. Quant au transport du malade, de son domicile à l'asile, il devrait être assuré par la direction de l'hôpital psychiatrique. Il y a des entrées de malade tragiques, et bien indignes : une instruction ministérielle ferait cesser de suite cet autre scandale. Le service social, quand il existera, sera une aide précieuse au moment de l'internement.

La responsabilité du praticien

La responsabilité du médecin praticien en cas d'internement, du fait de la suppression du placement d'office des aliénés, se trouve aggravée. Le certificat médical, seul, déterminera l'entrée à l'asile : la requisition du maire ou du commissaire de police, actuellement indispensable, sera désormais inutile. L'intervention de l'autorité administrative couvrait le médecin ; maintes fois même il arrivait que le maire ne donnait pas suite au certificat médical ou con-

testait l'opportunité de l'internement. La nouvelle instruction ministérielle honore et élève la fonction médicale sociale, mais elle augmente les risques. Il va falloir tout de même apprendre aux étudiants à rédiger un certificat de placement à l'asile dans les règles qui conviennent, règles parfaitement indiquées par la loi de 1838.

L'instruction ministérielle du 8 décembre 1938 supprime avec raison les enquêtes à domicile sur le fait de l'aliénation mentale, et elle indique que ces enquêtes seront effectuées auprès de la direction de l'hôpital psychiatrique. La famille sera appelée à témoigner, et sans doute aussi parfois le médecin praticien puisqu'il sera, du fait de son certificat, la cause directe de l'internement du patient. Certains praticiens, ils sont rares, refusent systématiquement de rédiger des certificats d'internements : ils ont tort, d'autant qu'ils peuvent appeler avec eux un confrère ; ils ont tort, car en cas de réactions dangereuses du patient ils peuvent être appelés par la justice à expliquer leur attitude : il y a des cas de psychiatrie d'urgence comme il y en a de chirurgie d'urgence ; la profession médicale, comme d'autres, a ses obligations impérieuses, pressantes. Il faut savoir que l'arrêté préfectoral concernant le placement définitif de l'aliéné n'est pris qu'au bout de quinze jours. Il en résulte que, durant ces deux semaines, c'est le certificat du praticien qui entraîne le séjour du malade à l'asile des aliénés, et que par conséquent le praticien pourrait avoir à rendre compte de son geste et de sa décision.

***

L'intérêt et l'importance sociale de la médecine vont grandissant au cours du temps, mais aussi les responsabilités médicales. La suppression du placement d'office des aliénés, parfaitement justifiée, du point de vue médical et du point de vue moral, augmentera la responsabilité du praticien en matière d'internement des malades aliénés. En outre la disparition des enquêtes à domicile par l'autorité administrative fait que le certificat médical devient la pièce essentielle du placement. Il ne faut donc pas qu'on puisse insinuer ici que le certificat remplace la lettre de cachet. On voudra nous permettre de redire, pour l'enseignement du praticien, que les simples anomalies mentales ne sont pas des maladies mentales.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les secrets de l'Histoire, par le Docteur CABANÈS. Flammarion, édit., 26, rue Racine, Paris, 1938

Il est des secrets dans l'histoire, le Docteur Cabanès a cherché à en élucider quelques-uns. S'il n'a pu dissiper pour certains le mystère, il a exposé aussi complètement que possible les données du problème, laissant au lecteur le soin de trouver la solution. L'éditeur Flammarion a réuni dans un des volumes de la collection *Toute l'histoire* un certain nombre d'études posthumes de Cabanès.

L'énigme du Masque de velours (et non du Masque de fer) est l'objet du premier chapitre. Après avoir énuméré tous les faits et les pièces officielles, l'auteur conclut que le mystère reste entier.

Pourquoi Vatel s'est-il suicidé ? En examinant les faits et les hypothèses, Cabanès conclut avec la Grande Mademoiselle, que c'était parce que le prince de Condé, de nature coléreuse, lui avait fait des reproches violents.

Le coup de canif de Damien est exposé dans ses détails et ses suites. Louis XV fut très légèrement blessé par Damien, agent prétendu des Jésuites, dont il est permis de mettre en doute l'équilibre mental. Les détails de l'affreux supplice qui mit fin à ses jours sont minutieusement décrits.

Quel était le sexe du Chevalier d'Eon ? Ce n'est plus un mystère, le Chevalier d'Eon était un homme, l'autopsie le démontra. Mais il est étrange qu'il ait persisté pendant aussi longtemps à se faire passer pour une femme et à se travestir.

Le coup de pistolet du gendarme Merda qui, le 9 thermidor, aurait blessé Robespierre est mis en doute par certains qui prétendent que le dictateur aurait tenté de se suicider.

Louis XVII est-il mort dans la prison du Temple ? Après l'examen de tous les arguments pour ou contre, Cabanès est convaincu que le Dauphin ne s'est pas évadé mais est mort en prison.

Une mort d'Impératrice : c'est celle de Joséphine à la Malmaison en 1814. On fit courir le bruit d'un empoisonnement, l'autopsie faite par Béclard établit qu'une broncho-pneumonie était la cause de la mort.

Le drame de la Chavonnière dont Paul-Louis Courier fut victime, ne constitue plus un mystère. Le pamphlétaire fut assassiné à l'instigation de l'amant de sa femme par son garde-chasse.

Louis-Philippe est-il le fils d'un geôlier ? Cette légende de substitution d'enfant a résulté des affirmations délirantes d'une folle.

La grossesse historique est celle de la duchesse de Berry accouchée d'une fille pendant sa détention au château de Blaye.

Le dernier chapitre, intitulé *Frère d'Empereur*, est le secret peu mystérieux de la naissance du duc de Morny, fils de la reine Hortense et de Flahaut, et demi-frère adultérin de Napoléon III.

J. N.

CERTAINES « ACTUALITÉS » CINÉMATOGRAPHIQUES SONT NUISIBLES A LA SANTÉ DU PUBLIC

Ce n'est pas des scènes discutables du point de vue de la Morale dont nous voulons parler. Depuis de nombreuses années déjà, tout a été dit et écrit sur les inconvénients de toute nature qu'il y avait à représenter devant certaines catégories de spectateurs, notamment les jeunes, des films trop réalistes ou trop bassement terre-à-terre.

Les simples réflexions que nous soumettons au jugement du lecteur concernent uniquement quelques actualités et certains documentaires.

Le rôle d'informateur du Cinéma est un fait incontestable et heureux. Grâce à l'habileté, à la science et très souvent à l'admirable courage des reporters, il nous est désormais possible de suivre chaque semaine les grands événements du jour, de les vivre d'une manière plus complète et plus intense. Aussi serait-il de mauvaise aloi de reprocher à nos écrans de nous faire vibrer d'une émotion légitime et normale. Par contre, il semble bien que le système nerveux des spectateurs ne soit pas toujours suffisamment ménagé et que bien des inconvénients de santé découlent de la vue d'une certaine catégorie d'actualités dont le caractère macabre et horrifiant par lui-même n'avait pas besoin d'être encore souligné.

Citons impartialement quelques exemples lointains et récents. Est-il franchement nécessaire que les émotifs, les femmes, les enfants assistent à la carbonisation d'aviateurs victimes d'un accident ? Les scènes d'émeute et de révolution doivent-elles nous être montrées jusqu'à la mort pénible de certains combattants ?

Le reportage d'une guerre européenne ou asiatique s'enrichit-il beaucoup pour le spectateur de la vue des blessés et agonisants ? Les visions de cadavres ne se répètent-elles pas trop souvent depuis quelques années ? Le désespoir des parents des victimes d'une catastrophe minière ou maritime ne mériterait-il pas d'être aussi l'objet de plus de discrétion ? Il y a des détails atroces qui sont complètement inutiles et dont pourtant la fréquence augmente sans cesse.

Pensons en outre que, depuis la merveilleuse invention du « Talky », notre ouïe est aussi fortement impressionnée que notre vue.

Le résultat de cela se constate facilement. Chacun n'a pas été sans remarquer une fois ou l'autre — ou même plusieurs fois — que quelques spectateurs détournaient la tête de l'écran à ces passages vraiment trop pénibles. Et combien de fois n'avons-nous pas entendu dire à des gens simplement normaux que ces images leur étaient physiologiquement désagréables.

Quant aux jeunes et aux personnes plus sensibles, leurs réflexions sont édifiantes à ce sujet.

Certains médecins se sont déjà un peu émus de la répercussion que pouvait avoir la vue de ces actualités trop émotionnantes sur le bon fonctionnement du système neuro-végétatif. Toute la gamme des troubles du sympathique, petits et grands, a pu être constatée depuis le simple accès passager de tachycardie jusqu'à un état d'émotivité plus persistant. Dans certains cas, des sujets se sont plaints du retour sans cesse renouvelé de l'image pénible. Chez des enfants, on a vu des cauchemars, de petits accès de terreurs nocturnes dont le thème initial était l'actualité impressionnante.

En admettant que bon nombre de ces sujets soient des individus prédisposés, des déprimés constitutionnels latents, des émotifs de naissance décrits par Dupré, d'autres étaient des sujets en parfait état de tonicité nerveuse et de régulation neuro-végétative. Un exposé de cas plus précis n'ajouterait rien à ces constatations générales que chacun pourra illustrer de faits personnels.

La composition des actualités est une question qui mériterait d'être envisagée médicalement, d'une manière plus approfondie et peut-être que les responsables de la Santé publique auraient aussi un mot à dire. Ce mot serait d'autant mieux accueilli des grandes exploitations cinématographiques que les réserves présentes ne sont qu'un hommage à leur souci de renseigner chaque jour davantage et d'une manière toujours plus complète une clientèle fidèle et reconnaissante. La suppression de certaines scènes dans les actualités n'enlèverait aucun intérêt à l'ensemble du reportage hebdomadaire et le bon équilibre nerveux des spectateurs n'aurait pas à souffrir de la vue et de l'audition de scènes impressionnantes et inopportunes.

Dr Pierre LABIGNETTE.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôpital Lariboisière.** — *Cours théorique et pratique de broncho-œsophagoscopie.* — Le Docteur AUBIN, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, fera, avec le concours de ses assistants, un cours de broncho-œsophagoscopie, qui aura lieu du 28 avril au 5 mai inclus.

I. COURS THÉORIQUE : Six leçons théoriques seront faites par le Docteur AUBIN à l'hôpital Lariboisière, dans le service de clinique oto-rhino-laryngologique du Professeur Lemaître. Elles commenceront chaque jour à 10 heures. Première leçon (le 28 avril) ; Technique de la laryngoscopie directe, de la bronchoscopie, de l'œsophagoscopie et de la gastroscopie. — Deuxième leçon (le 1er mai) : Corps étrangers des voies aériennes et digestives, diagnostic clinique, endoscopique et radiologique. — Troisième leçon (le 2 mai) : Problèmes mécaniques soulevés par la technique de l'endoscopie transbuccale et de l'extraction des corps étrangers des voies aériennes et digestives. Multiplicité des procédés d'extraction. — Quatrième leçon (le 3 mai) : Sur l'aide apportée au médecin par l'endoscopie dans le diagnostic des suppurations et des néoplasies des bronches et des poumons. Thérapeutique endoscopique de la bronchectasie et de l'abcès du poumon. Technique des prélèvements de sécrétions et des biopsies. — Cinquième leçon (le 4 mai) ; Application de l'endoscopie au diagnostic et au traitement des maladies de l'œsophage. — Sixième leçon (le 5 mai) : Examen de malades atteints d'affection broncho-pulmonaires et de l'œsophage. Présentation de résultats. — Le samedi 29 avril sera consacré uniquement, en raison de la fermeture de l'amphithéâtre des hôpitaux, à des présentations de malades et de résultats : les séances auront lieu à l'hôpital Lariboisière.

II. COURS PRATIQUES. — Le cours pratique comportera, six leçons pratiques ; trois sur le cadavre, trois sur le chien vivant. Chaque élève fera lui-même tous les exercices et toutes les manipulations sous la direction et le contrôle du Docteur Aubin.

Le programme est le suivant :

a Sur le cadavre : Première séance (le 28 avril) : Démonstration de la position du malade. Technique d'introduction des instruments. Anatomie endoscopique. Points de repère. Laryngoscopie. Bronchoscopie, œsophagoscopie. Gastroscopie. — Deuxième séance (le 1er mai) : Corps étrangers des voies aériennes. Technique des différents procédés d'extraction. — Troisième séance (le 2 mai) : Corps étrangers des voies digestives.

b Sur le chien vivant : quatrième, cinquième, sixième séances (les 3, 4 et 5 mai) : Même programme que sur le cadavre ; applications au chien vivant.

Ces travaux pratiques auront lieu à l'amphithéâtre des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin, tous les jours de 14 heures à 16 h. 30.

Ce cours comportera au maximum douze auditeurs Droits d'inscription : 500 francs. Se faire inscrire, 17, rue du Fer-à-Moulin, jusqu'au 26 avril.

— **Concours de chirurgien des hôpitaux.** — (ADMISSIBILITÉ). *Jury* : MM. Okinczyc, Sénèque, Martin, Cadenat, Heitz-Boyer, Baumgartner, Bréchot.

Censeurs : MM. Leibovici, Thalheimer, Mouchet, Fèvre.

Lecteurs : MM. Merle d'Aubigné, Welti, Blondin, Redon, Jean Gosset, Funk-Brentano, Huard, Sauvage.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Le Premier Congrès international latin d'Eugénique,** réuni à Paris du 1er au 3 août 1937, a choisi la Roumanie pour sa prochaine réunion. En conséquence, l'Union des Sociétés roumaines d'Eugénique fait connaître que le IIe Congrès international de la Fédération latine d'Eugénique aura lieu à Bucarest fin septembre 1939 (ou éventuellement, début d'octobre).

La date a été choisie de sorte que les vacances puissent être utilisées pour la participation à d'autres manifestations scientifiques. Ainsi aura lieu à Bucarest, du 29 août au 14 septembre, le Congrès international de sociologie ; à Istamboul, du 18 au 25 septembre, le Congrès international d'anthropologie. Le voyage d'Istamboul en Roumanie est facile et agréable, grâce aux services qui ont lieu chaque semaine sur la Mer Noire par les bateaux très confortables du Service maritime roumain.

Les questions discutées seront les suivantes :

1° Moyens de prophylaxie des maladies héréditaires,

2° Valeur comparée des différents mobiles d'accroissement des populations.

3° Hérédité et sensibilité aux infections et aux intoxications.

4° Hérédité des aptitudes intellectuelles,

5° Rôle des mutations en eugénique,

6° Hérédité et endocrinologie.

Les personnes désirant présenter des communications sur les sujets ci-dessus indiqués sont priées de l'annoncer jusqu'au 1er mars 1939 au plus tard.

Le Congrès finira par une ou plusieurs excursions ainsi que par des visites effectuées à diverses institutions scientifiques, artistiques et sociales.

La taxe de participation est de 500 lei par personne ; les participants recevront en échange les travaux imprimés du Congrès.

Des facilités de transport et de séjour en Roumanie seront assurées par le Comité organisateur.

Secrétariat général : Professeur-Docteur G.-K Constantinesco, Institut national zootechnique, 63, Str, Doctor Staicovici, Bucarest, 6, Roumanie.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Stations hydrominérales climatiques et uvales

Par décret en date du 12 janvier 1939, M. le Docteur B. Mothe, secrétaire général de la Fédération thermale et climatique française, secrétaire général de l'Union des établissements thermaux de France, administrateur délégué de l'Union thermale pyrénéenne, est nommé membre de la Commission permanente des stations hydrominérales, climatiques et uvales, en remplacement de M. le Docteur Durand-Fardel, décédé.

(*J. O.*, 17 janvier 1939.)

Service de santé militaire

Avis de concours pour l'emploi d'élève de l'Ecole du Service de santé militaire

Un concours sera ouvert le 26 juin 1939, à 8 heures, pour l'emploi d'élève de l'Ecole du Service de santé militaire.

Les candidats devront faire parvenir directement au ministre de la Défense nationale et de la Guerre (direction du Service de santé, 1er bureau), une demande d'inscription établie sur papier timbré. S'ils sont présents sous les drapeaux, leur demande devra être adressée par la voie hiérarchique.

Le registre d'inscription sera ouvert le 17 avril 1939 et clos le 27 mai 1939 à midi.

Peuvent prendre part à ce concours :

A. — Section médecine (troupes métropolitaines)

1° Les étudiants aspirant au doctorat en médecine, bacheliers de l'enseignement secondaire, pourvus du certificat d'études physiques chimiques et biologiques, ou inscrits régulièrement en vue de l'obtention dudit certificat ;

2° Les étudiants en médecine pourvus :

a) De quatre inscriptions valables pour le doctorat ;

b) De huit inscriptions valables pour le doctorat ;

c) De douze inscriptions valables pour le doctorat.

B. — Section médecine (troupes coloniales).

Les étudiants aspirant au doctorat en médecine bacheliers de l'enseignement secondaire, pourvus du certificat d'études physiques, chimiques et biologiques, ou inscrits régulièrement en vue de l'obtention dudit certificat.

Le nombre d'élèves à admettre est fixé ainsi qu'il suit :

Section médecine (troupes métropolitaines) : soixante-dix (étudiants P. C. B. ou étudiants en médecine).

Section médecine (troupes coloniales) : quinze (étudiants P. C. B.).

Pour tous renseignements, s'adresser :

Soit au ministère de la Défense nationale et de la Guerre (direction du Service de santé, 1er bureau) ;

Soit aux directeurs du Service de santé des régions;
Soit au directeur de l'Ecole du Service de santé à Lyon.

(*J. O.*, 20 janvier 1939.)

Enseignement de la médecine

M. Benoit, agrégé, est nommé à compter du 1er janvier 1939, professeur d'histologie et embryologie à la Faculté d'Alger (dernier titulaire : M. Courrier).

Par décret en date du 16 janvier 1939, rendu sur le rapport du ministre de l'Education nationale, le titre de professeur sans chaire est conféré, à compter du 1er janvier 1939, à MM. Ribet et Houel, agrégés pérennisés près la Faculté d'Alger.

(*J. O.*, 22 janvier 1939.)

Assurances sociales

Arrêté du 17 janvier 1939 fixant le tarif limite des Caisses d'assurances sociales pour le remboursement des appareils et des frais pharmaceutiques autres que les médicaments.

Le ministre du Travail,

Vu le décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales, modifié par le décret-loi du 14 juin 1938 et notamment l'article 6 (§§ 10 et 18) ;

Vu l'article 8, alinéa *d*, du décret du 19 mars 1936 portant règlement d'administration publique pour l'application du décret-loi du 28 octobre 1935 ;

Vu l'avis du Conseil supérieur des Assurances sociales,

Sur le rapport du conseiller d'Etat, directeur général des Assurances sociales et de la Mutualité,

Arrête :

Art. 1er. — Le tarif-limite des Caisses primaires d'assurances maladie-maternité et des Unions régionales desdites Caisses pour le remboursement du prix des appareils et des frais pharmaceutiques autres que les médicaments est, sous réserve de la participation légale de l'assuré, le tarif interministériel pharmaceutique fixé par les arrêtés du ministre de la Santé publique en date des 31 mai et 30 novembre 1938, en ce qui concerne le tarif des analyses médicales, le tarif des appareils d'orthopédie et de prothèse, le tarif des accessoires et des pansements et le tarif de l'optique médicale.

Art. 2. — L'application ci-dessus prévue du tarif interministériel pharmaceutique, comme tarif-limite de responsabilité, n'implique pas notamment, en ce qui concerne les accessoires et les pansements, l'obligation pour les organismes d'assurance de rembourser, sans distinction, tous les articles énumérés par ledit tarif.

Art. 3. — Les arrêtés du 12 janvier 1937 fixant les tarifs-limites de responsabilité pour le rembourse-

ment aux assurés sociaux des appareils orthopédiques et des appareils d'optique médicale sont abrogrés.

Art. 4. — Le conseiller d'Etat, directeur général des Assurances sociales et de la Mutualité, est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal Officiel* de la République française.

(*J. O.*, 21 janvier 1939.)

Groupement de défense des assurés sociaux de la région parisienne

ORDRE DU JOUR DU 21 JANVIER 1939

Le Groupe de défense des assurés sociaux de la région parisienne, 47, rue Bonaparte, à Paris :

Ayant pris connaissance du nouveau tarif de responsabilité mis en vigueur par l'Union des Caisses de la Région parisienne à partir du 1er janvier 1939 ;

Constate avec satisfaction que pour les consultations et les visites médicales, le relèvement des tarifs atteint le maximum prévu par l'arrêté ministériel du 7 octobre 1938, fixant le tarif limite de réassurance ;

Regrette par contre que pour les soins donnés dans les hôpitaux et dans les maisons de santé privées, une réglementation draconienne aboutit en fait à priver les assurés des remboursements prévus par le tarif limite de réassurance, remboursements auxquels la situation financière florissante des Caisses leur permettrait pourtant de prétendre ;

S'élève contre l'insuffisance du nouveau tarif de responsabilité de l'Union des Caisses de la Région parisienne en ce qui concerne la maternité, aucun remboursement n'étant prévu pour les consultations prénatales et postnatales, malgré les prescription de l'arrêté ministériel du 7 octobre 1938 ;

Demande à la Commission régionale tripartite de Paris de bien vouloir prendre la défense des intérêts des assurés en n'approuvant que les parties du tarif de responsabilité conformes à l'arrêté ministériel du 7 octobre et en en rejettant toutes les autres et notamment celles qui tendent à priver les assurés de certaines garanties pour l'obtention des prestations ou pour le remboursement de celles-ci ;

Et décide que le présent ordre du jour sera communiqué au ministre du Travail et aux élus du département de la Seine.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
« Le Sou Médical »

Au cours de la Réunion du 3 janvier 1939, le Conseil a prononcé l'admission de MM. les Docteurs :

13.515 Anglade, Pont-l'Abbé-Picauville (Manche). Syndicat des médecins de la Manche.
13.516 Besombe, Villeparisis (Seine-et-Marne). Syndicat médical.
13.518 Benoit, Roquemaure (Gard). Parrains : Docteurs Sabatier et Mathieu.
13.519 Bougouin, Berthelemy (Deux-Sèvres). Syndicat médical des Deux-Sèvres.
13.520 Bussel, Fismes (Marne). Parrains : Docteurs Nouvian et Leclère.
13.521 Cayla, Laguiole (Aveyron). Syndicat des médecins de l'Aveyron.
13.522 Chabeaux, 31, rue Jeanne-d'Arc, Nancy (Meurthe-et-Moselle). Syndicat de Meurthe-et-Moselle.
13.523 Chailloux, Tauxigny (Indre-et-Loire). Syndicat de Tours.
13.524 Courrier-Chaput (Andrée), 4, rue des Eaux, Paris (XVIe). Parrains : Docteurs Bonamy et Dechaume.
13.525 Dejarnac, Jonzac (Charente-Inférieure). Parrains : Docteurs Bernardin de Jonzac et Maupetit de Libourne.
13.526 Delavenne, Saint-Gobain (Aisne). Syndicat de Laon.
13.527 Driquez, Oued Fodda, Alger. Syndicat professionnel des médecins de colonisation d'Algérie.
13.528 Duprey, 85 *bis*, rue Jeanne-d'Arc, Rouen (Seine-Inférieure). Syndicat des médecins de Rouen.
13.529 François, 60, rue de Mon Désert, Nancy (Meurthe-et-Moselle). Syndicat médicalde Meurthe-et-Moselle.
13.530 Frimigacci, La Redoute (Alger). Parrains : Docteurs Pons, Leychard.
13.531 Grimault, Compiègne (Oise). Syndicat médical de l'Oise.
13.532 Houradou, Rochefort-sur-Mer. Syndicat médical de la Charente-Inférieure.
13.533 Husset, Avallon (Yonne). Parrains : Docteurs Autissier Henri et Pierre.
13.534 Jacquet, Reims (Marne). Syndicat médical de Reims.
13.535 Larthomas, Sainte-Foy-la-Grande (Gironde). Syndicat de Libourne.
13.536 Lepagnole (Bernadette), 1, place Vintimille, Paris (IXe). Association française des femmes médecins.
13.537 Le Rochais (R.), Angers (Maine-et-Loire). Syndicat médical d'Angers.
13.538 Maricot, Pont-Audemer (Eure). Syndicat de Pont-Audemer.
13.539 Mounaud, Thoissey (Ain), Syndicat médical de Bourg-Trévoux.
13.540 Onfroy (Denise), Ecouis (Eure). Syndicat médical de l'Eure.
13.541 Perol, Avignon (Vaucluse). Fédération médicale de Vaucluse.
13.542 Petit, Libourne (Gironde). Syndicat médical de Libourne.
13.543 Pouffary, La Rochelle (Charente-Inférieure). Syndicat de la Charente-Inférieure.
13.544 Poulain, Amiens (Somme). Syndicat et Association.

13.545 RABANT, 15, rue Poulet, Paris (XVIIIe). Syndicat des médecins de la Seine.
13.546 RENAUDIN, Bouzy (Marne). Syndicat médical d'Epernay.
13.547 ROBIN, Charolles (Saône-et-Loire). Parrains : Docteurs Dellac et Murard.
13.548 ROUX, Langogne (Lozère). Parrains : Docteurs Forestier (Adrien) et Forestier (André).
13.549 SAUVY, 2, boulevard Victor-Hugo, Grasse (Alpes-Maritimes). Syndicat médical de Grasse.
13.550 STEINBERG, Gérardmer (Vosges). Parrains : Docteurs Valot et Laneuville.
13.551 VIAL, Nancy (Meurthe-et-Moselle). Syndicat de Meurthe-et-Moselle.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours qui suivront la présente publication (art. 5 des Statuts).

La Ligue médicale de Défense professionnelle : « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 150.000 francs. Et cette garantie est portée à 1.000.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical*.

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien pécuniaire dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

A propos de la carte-lettre à envoyer par le médecin traitant d'un accidenté du travail au chef d'entreprise

I

7.858. — M. Georges LÉVY expose à M. le ministre du Travail que l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifiée par celle du 1er juillet 1938, sur les accidents du travail, exige du médecin traitant d'un accidenté l'envoi au chef d'entreprise, dans les quarante-huit heures « d'une carte à recommander d'office par l'Administration des postes, circulant en franchise et détachée d'un carnet à souches, mentionnant le constat sommaire de l'accident, le nom et l'adresse de l'accidenté », et demande s'il a été établi un modèle officiel de carte-lettre, et, dans ce cas, quelle est l'autorité ou l'Administration chargée de mettre ces carnets à souches à la disposition du Corps médical, et ajoute que la possibilité de prouver l'exécution de cette formalité présente une grande importance pour les médecins, son inobservation étant sanctionnée par la perte de tout droit à honoraires. (*Question du* 22 *décembre* 1938.)

Réponse. — L'Administration procède actuellement à l'étude des modalités pratiques d'application de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifiée par la loi du 1er juillet 1938, sur les accidents du travail. (*J. O.*, 21 janvier 1939).

N. B. — Cette question a été posée au ministre sur notre demande. Nous ne pouvons que regretter que la réponse n'y apporte aucune solution alors qu'elle préoccupe un grand nombre de nos lecteurs.

Nous avons reçu à son propos les deux lettres suivantes :

II

Si cela vous intéresse, comme il est probable, voici comme je m'en suis tiré, à propos de la fameuse carte-lettre (accidents du travail). En l'absence de modèle officiel, une carte-lettre quelconque portant la mention que vous avez indiquée : « franchise postale. Accidents du travail. Loi du.... etc. », suffit. Présentée au bureau de poste, elle est refusée. J'ai prié la receveuse de demander des instructions téléphoniquement. Ce qu'elle a fait et ce matin elle m'informe que dorénavant elle acceptera la franchise et la recommandation d'office.

Il ne pouvait en être autrement. D^r P.

III

Au sujet de l'application des nouvelles modalités de la loi sur les accidents du travail, voici un fait simple et que je qualifierai de grotesque, concernant la carte-lettre d'information.

J'ai dans mon cabinet un artisan et son ouvrier, tous deux blessés du travail ce matin, tous deux assurés. J'envoie (par poste avec demande de franchise et de recommandation), au patron ici présent et blessé, une carte-lettre, signée de son ouvrier comme témoin, l'informant qu'il est blessé légalement et venu à mon cabinet ! !

Je lui envoie également une deuxième carte-lettre l'informant que son ouvrier qu'il a conduit lui-même à mon cabinet est blessé, carte que je lui fais signer comme témoin.

Et voilà à quoi nous sommes astreints pour perdre notre temps.

J'ai dû fabriquer de toutes pièces mes deux cartes-lettres, m'inspirant des conseils du *Concours Médical* du 15 janvier 1939, page VII-129.

Vous pouvez disposer de ma lettre comme vous l'entendrez.

O Tempora ! D^r A.

A propos d'une note sur l'insomnie

Par M. le Docteur Chauvet

Dans le numéro 38, de septembre 1937, a paru une note sur l'insomnie et son traitement par le Sedormid ; cette note a paru sous le nom du Docteur Chauvet.

Un certain nombre de confrères m'ayant écrit à ce sujet, je dois les informer que je ne suis pour rien dans la rédaction de cette note, et que, précisément pour éviter des confusions, créées par homonymies, tout ce que j'écris est publié, non pas sous le nom de Chauvet tout court, mais sous celui de Stéphen-Chauvet.

CORRESPONDANCE

MUTUALITÉ FAMILIALE

Un de nos sociétaires, adhérent à la combinaison retraite, a choisi la modalité à capital réservé spécial. C'est-à-dire que les cotisations versées pour la constitution de la retraite, à l'exclusion des frais de gestion, sont remboursées aux ayants droit, quelle que soit la date du décès du sociétaire. Toutefois ce remboursement n'a lieu que sous déduction des arrérages de rente déjà versés si le décès survient après l'âge de la retraite.

Notre sociétaire meurt assez brusquement et avant même d'avoir commencé à toucher la rente pour laquelle il avait cotisé. Sa famille ignorait-elle ce geste de prévoyance ? ou, dans son désarroi a-t-elle oublié qu'un capital se trouvait ainsi mis à sa disposition ? Toujours est-il que plusieurs mois se passent sans qu'elle fasse la moindre réclamation.

Mais rue de Bellefond se trouvent concentrées les archives des diverses filiales du *Concours Médical*. Le « Sou » étant prévenu, lui, du décès de notre confrère, note cette information qui vient à la connaissance des services de la Mutualité.

Et c'est ainsi que la veuve a, par l'intermédiaire du notaire chargé de la succession, touché la somme de vingt-cinq mille francs. Quel que soit son état de fortune (et l'opulence est plutôt rare dans notre profession), il est vraisemblable que ces quelques billets n'auront pas été inutiles dans une famille endeuillée et désorganisée par la mort de son soutien naturel.

Le Secrétaire général,
G. LAVALÉE.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

Accidents du Travail

333. — Certificat de guérison signé sans voir l'intéressé

J'ai délivré, il y a quelques jours un certificat de guérison pour accident du travail sans revoir le blessé qui était d'ailleurs guéri et qui a depuis, repris son service. Je me trouvais de passage dans ce village assez éloigné de ma résidence, et pour éviter à son fils, un voyage long et inutile, la mère a insisté pour que je lui délivre le certificat de guérison : c'est ce que j'ai fait.

Or, en adressant aujourd'hui la note d'honoraires à la Compagnie d'assurances, je me demande si j'ai agi de façon correcte envers la Compagnie et si celle-

ci me doit le prix d'une consultation que je n'ai pas faite. Cependant, j'ai délivré un certificat de guérison tarifé 17 francs avec la consultation. Que dois-je faire ?

Je me suis d'ailleurs bien promis de ne plus me mettre dans la même situation si l'occasion se renouvelait.

Dr X.

Réponse

Evidemment, vous avez eu tort de signer un certificat sans voir l'intéressé. Et comme le certificat simple de guérison est « compris » dans le prix de la dernière consultation, je ne vois pas que vous puissiez le compter autrement qu'en comptant une consultation, ce qui serait un tort nouveau puisque vous n'avez pas fait ladite consultation.

Dr F. Decourt.

---

243. — Le chèque postal pour paiement aux médecins par les agents d'assurances

« ..... Enfin, il y a encore mieux, et qui répond à votre desideratum d'un avis de réception, — c'est le recours aux chèques postaux.

Je suis personnellement titulaire d'un compte de chèques postaux, cela me permet de vous dire (car je pense que vous n'êtes pas au courant puisque vous n'y faites aucune allusion) :

1° Que mes notes indiquent ce fait (que j'ai un compte) ;

2° Que cela permet aux Compagnies ou à leurs agents de me payer par virement de compte à compte. En ce cas, ils sont toujours avisés par le retour du talon (que leur fait le bureau de chèques), de l'accomplissement du virement ;

3° Si moi je n'avais pas de compte postal, il suffirait aux Compagnies ou à leurs agents, de s'en faire ouvrir un (c'est d'une simplicité enfantine), et alors ils pourraient me payer par un chèque nominatif qui leur ferait recevoir egalement, par le retour du talon, l'avis du paiement effectué.

Tout cela est tellement simple que je m'étonne de voir encore chercher midi à 14 heures, et cela d'autant plus que le système des chèques postaux permet d'effectuer toutes ces opérations de son bureau sans attente devant un guichet.

(Mais vous allez peut-être croire que je touche un pot de vin pour faire de la réclame au système des chèques postaux...)

Dr D.

Réponse

J'ai moi-même depuis de longues années un compte postal, mais tous les confrères n'en ont pas — loin de là. C'est pourquoi je n'avais pas parlé de virement. En effet, les agents de Compagnies doivent toujours avoir un compte postal ou pouvoir s'en faire ouvrir un aisément. Auquel

cas, par « chèque d'assignation » nominatif, ils recevraient par le retour du talon, l'avis du paiement effectué. Nous sommes bien d'accord à ce sujet et c'est implicitement ce que j'avais dit. De cette façon, les Compagnies n'auraient plus aucune excuse pour demander quittance avant paiement. Puisque vous ne pensez pas que je l'ai suffisamment précisé, je vais faire paraître la présente réponse dans le *Concours*.

Dr F. Decourt.

QUESTIONS DIVERSES

228. — Le forfait pour les charges de loyers prorogés

Je reçois du gérant de mon propriétaire la carte-lettre recommandée suivante :

Monsieur,

« En conformité avec les dispositions de la loi du « 31 décembre 1937, art. 11, je viens dénoncer le « forfait concernant les charges afférentes à votre « location et ce à partir du terme de juillet 1939.

« Le dit article met à votre charge la différence « entre le montant des dépenses d'éclairage et d'eau « en 1934 et celui de 1938 ainsi que celle des impôts « (sauf part de l'Etat) entre ceux de 1925 et ceux de « 1938.

« Ces différences calculées par rapport aux loyers « de 1914 représentent, sauf erreur ou omission, un « pourcentage de 45 %.

« Je tiens à votre disposition la justification de ce « pourcentage.

« En conséquence le montant des charges sera « porté à partir du 1er juillet 1939 et pour les douze « mois suivants à la somme de 1.125 francs soit « par trimestre, une augmentation de 93 fr. 75 sur les « charges que vous payez actuellement.

« Chaque année et suivant la loi, l'ajustement des « charges sera fait sur les dépenses de l'année « précédente et sera applicable à partir du mois de juillet.

« Agréez, Monsieur, etc....

Pourriez-vous me dire :

1° Si cette augmentation est légale.

2° Si elle vous paraît justifier, étant donné l'importance de l'immeuble et la répartition aux autres locataires.

3° Quelle sorte de justification pourrais-je exiger ?

D^r P.

Réponse

L'alinéa 7 de l'article 11 de la loi du 1er avril 1926, modifiée par la loi du 29 juin 1929, a été

modifiée à son tour de la façon suivante par la loi du 31 décembre 1937 :

« En sus de ces pourcentages (relatifs à l'augmentation sur le principal des loyers), les impôts mis par la loi à la charge du locataire, les majorations d'impôts grevant depuis le 1er avril 1926 et celles qui pourront grever l'immeuble loué au cours de la prorogation ; impôt cédulaire foncier non compris, et les prestations en nature autres que celles qui existaient déjà en 1914 et qui étaient comprises à ce moment dans le prix du bail, pourront être réclamées par le propriétaire dans la mesure où il justifiera de leur montant, lequel sera réparti entre tous les occupants de l'immeuble, propriétaire compris s'il y habite, au prorata du loyer de 1914 ».

« En ce qui concerne les impôts et prestations qui, en 1914, étaient compris dans le prix du bail, le propriétaire peut réclamer la majoration qu'ils ont subie depuis cette époque. Pour le remboursement desdits impôts et prestations en nature, il peut être établi d'accord entre les parties, un forfait qui ne peut dépasser 30 % du montant de la valeur locative de 1914. »

La loi du 31 décembre 1937 ajoute à cette dernière disposition que cet accord pourra être dénoncé par l'une ou l'autre des parties sous réserve d'un préavis de six mois. Il est donc certain que votre propriétaire a le droit légal de renoncer au forfait qui avait été convenu jusqu'ici pour le remboursement de ces charges. Mais, il doit, pour cela, vous donner un préavis de six mois.

Par conséquent le forfait actuel ne pourra expirer au terme de juillet que si la lettre recommandée du propriétaire vous est parvenue avant le 1er janvier 1939.

Dans le cas contraire, la dénonciation du forfait ne prendra effet que pour le terme d'octobre.

Mais la loi n'a prévu que deux systèmes possibles pour le remboursement des charges, ou bien le remboursement sur justification, ou bien le forfait qui ne peut excéder 30 % de la valeur locative de 1914.

Votre propriétaire ayant dénoncé le forfait, il lui appartiendra à l'avenir de vous donner justification précise de toutes les charges dont il vous réclamera le remboursement.

Il ne saurait être question de substituer un pourcentage de 45 % au pourcentage de 30 % jusqu'à présent pratiqué.

Il faudra qu'à chaque terme votre propriétaire justifie des charges dont il vous réclamera le remboursement en vous produisant un état des charges actuelles, un état des charges en 1914 et la façon dont la répartition de la différence a été effectuée, compte tenu de la valeur locative des divers appartements de l'immeuble en 1914.

Soixante et unième année N° 7 12 Février 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie Professionnelle

Faculté de Médecine de Paris

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	70 fr.	Belgique et Luxembourg..	80 fr.
Etudiants	45 fr.	Première Zone...........	95 fr.
Le Numéro..........	2 fr.	Deuxième Zone..........	120 fr.

Demi-Colonnes

Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard, Timsit, (Jules) (engl. spok).

Amélie-les-Bains : Alardo, J. Bouix.

Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.

Bandol : Charmot et Rozet, (*Mais. cur. hélio-mar.*), Marçon.

Beaulieu-sur-Mer : L. Bertier, Ricoux.

Beausoleil : Andoly.

Biarritz : Clavel Pierre, Lacour.

Boulou (le) : Jean Noguès.

Biskra (Sud-Algérien) : Chatenier (*ophtalm.*)

Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Trotot.

Cannes : Bourgeois-Gavardin, P.-E. Bousquet, P. Houssiaux, Joublot, Makereël, P. Roques (*Y. O. R. L.*), Monod, R. Stauder.

Cap-d'Ail : Lyons.

Carnac-plage : E. St-Martin.

Cassis-sur-Mer : Agostini.

Chamonix : de Chabanolle.

Ciboure : P. Sousbielle.

Fréjus : Turcan.

Grasse : Bossuet, Brody, Chaumet, Wetterwald.

Hyères : Fohanno, Valmyre, Verrier.

Jougne : P. Charlin.

Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (*chir.*), A.E. Lévy. (*gynéc.*)

La Seyne : Grandjean, J.-M. Jaubert, Makereël.

Magagnose-de-Grasse : Gordon.

Mégève (Hte-Sav.) : M. Grenet, Jacqueline Grenet.

Menton : Camaret, P. de Lengenhagen, Paul Ray.

Mont-Dore : Debidour.

Monte-Carlo : S. Vivant.

Nice : Bernard, Brouxel (*Chir.*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Dormoy, Drapier, M. Faure, Gazzola, Gaudichon (*O. R. L.*), Guerry, E. Guérin, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Larue, Le Geard, (*mal. nerv.*) Lelongt Max, Liotard, Malaussène, (*Pn. art.*), Nafilyan, Nicolas, Phipps (*derm.*), Piettri, Rouvière, Sineau (*acc.*), Trutié de Vaucresson (*chi. acc.*), Vizerie.

Pau : Bajac, Carcy, Cornet J. Lorber.

St-Didier : A. Masquin.

Ste-Maxime-sur-Mer : Bausset, Ficonetti.

St - Raphaël - Valescure : Boulle (*Gyn. v. u.*), Léon Clément, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux de Laroque, Tridon.

Sanary-sur-Mer : P. Gaillard.

Saujon : Dubois.

Toulon : Jamin (*chir.*)

Vernet-les-Bains : Ponson.

Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.

Villard-de-Lans : Bassage (*Mal. des enf.*), Héraut (*mal. enf.*), Suau (*Mal. enf.*)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — ***Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)***

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du **Concours Médical,** ***Paris*** **167-95.**

Nº 48. — Confr. Gironde céderait pour prix du port seulement, collection complète du *Concours Médical* depuis 1917.

Nº 49. — Pet. ville Normandie, confr. mobilisable serait désireux conclure contrat remplacem. avec confr. dégagé obligat. milit. pour le cas de guerre. Grande maison, tout confort, pouvant abriter famille nombreuse. Etranger, israël. s'abstenir.

Nº 50. — Cas guerre, serais désireux conclure arrangem. en vue remplacem. avec confr. français non mobilisab. Petite ville. Bretagne méridion.

Nº 51. — Remplacem. par Dr français, non naturalisé, remplaç. habituel de plusieurs confr. Voiture personn., libre de suite. Ecr. ou téléph. Did. 42-22.

Nº 52. — Pour associat. en vue success. import. clin. chirurg. génér. et orthop. Sud-Ouest cherche chirurg. pouvant faire apport.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret

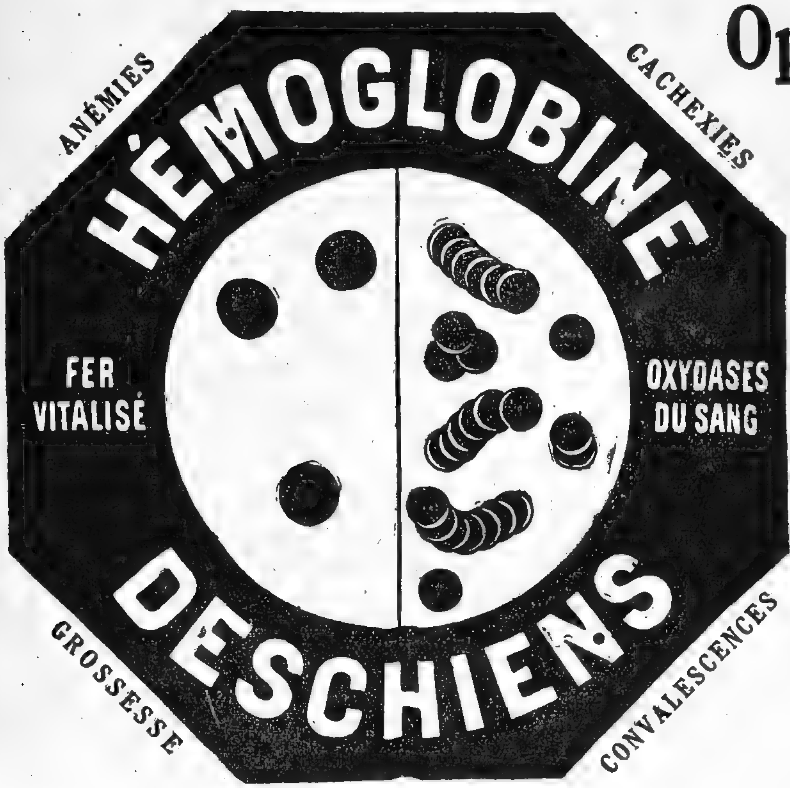
1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Paris. client. de quartier, gros rapport, appart. 6p. Loyer 7.000. Indemnité 70.000, 40.000 cpt.

Seine. Import. client. sans A. M. G. ni accouchem., 5 p. Prix 100.000.

20 minutes Paris, ville agréable, méd. gle et gastro-entérol. gros chiffre de recettes au compt. petit hôtel partic. grd confort. Indemn. 75.000, 50.000 cpt.

Bourgogne. Joli pays, bon poste rural ancien, avec maison conf. Indemn. 8.000 f.



Renseignements

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 2 fr. pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Elections.* — MM. CASTEX, de Buenos-Aires, et NOLF, de Bruxelles, sont élus associés étrangers.

— **Légion d'honneur.** — Le Docteur Jean MALLET (de Souillac), chevalier de la Légion d'honneur. — Nous sommes heureux de féliciter un de nos plus anciens abonnés, le Docteur Jean Mallet qui vient d'être décoré de la Légion d'honneur.

Le Docteur Jean Mallet, retiré depuis une dizaine d'années aux environs de Souillac (Lot), a très longtemps exercé à Paris dans le XIIIe arrondissement. Médecin de l'Assistance à domicile, il avait été chargé d'organiser des consultations de petite chirurgie au dispensaire de la rue Bobillot ; médecin inspecteur des Ecoles, de la Crèche du XIIIe, de l'Asile de nuit de la rue du Château des Rentiers, membre de la Commission d'hygiène, vice-président du Comité de protection de l'enfance, il avait pris une part très active à l'organisation de l'apprentissage dans son arrondissement.

Le Docteur J. Mallet était très estimé et aimé de ses confrères. Il avait été président de la Société médicale des Bureaux de Bienfaisance, membre du Conseil d'administration du Syndicat des médecins de

la Seine et président de la Société des médecins du XIIIe arrondissement. Tous ceux qui ont eu l'avantage de le connaître, seront heureux de la croix donnée à ce vieux praticien qui, modeste et désintéressé, a attendu d'être plus qu'octogénaire pour voir officiellement reconnaître les services sociaux qu'il a rendus.

— **Une décision ministérielle concernant l'impression des thèses de doctorat.** — Le ministre de l'Education nationale (Enseignement supérieur, deuxième bureau) communique :

Il m'a été rendu compte que les bibliothèques universitaires se trouvent souvent dans l'impossibilité de déterminer le nom principal des auteurs de thèses de doctorat, lorsque ces auteurs, d'origine étrangère, particulièrement les Orientaux, portent plusieurs noms et prénoms. En outre, certains docteurs font précéder leur nom de la lettre M. abréviation de « Monsieur », mais qui parfois est aussi la première lettre d'un prénom.

Pour répondre au vœu des bibliothécaires, j'ai décidé :

1° que le nom principal devra figurer désormais en caractère gras d'un corps de caractère plus grand que celui qui est employé pour les noms et prénoms secondaires ;

2° que tout M majuscule devant le nom de famille qui n'est pas l'initiale d'un prénom, devra être dorénavant supprimé.

MM. les étudiants sont informés que les exemplaires de thèses qui ne seraient pas rigoureusement conformes à ces indications seront refusés par la bibliothèque de la Faculté de Paris.

— **Hôpitaux de Paris.** — *Concours de médecin des hôpitaux.* — *Jury* (tirage au sort) : MM. Brodin, Tzanck, Weill-Hallé, Prosper Emile-Weil, Brulé, Mme Bertrand-Fontaine, MM. Gandy, Garnier, Babonneix, Gutmann, Maurice Renaud, Cathala et Binet.

— **Faculté de médecine d'Alger.** — M. le Professeur Leblanc est maintenu dans ses fonctions de doyen de la Faculté de médecine d'Alger, jusqu'à la fin de son enseignement.

— **Journées gynécologiques de Bordeaux** (11 et 12 mars 1939). — La Société française de gynécologie se réunira les 11 et 12 mars pochain à Bordeaux sous la présidence de M. le Professeur Guyot, assisté de M. le Professeur Jeanneney, chargé de l'organisation de cette réunion.

Samedi 11, matin : Séance opératoire dans les services des Professeurs Guyot et Papin (hôpital Saint-André) ; après-midi : Séance opératoire dans le service du Professeur Jeanneney, tansfusion de sang conservé, projection de film.

Dimanche matin : Visite de la ville de Bordeaux sous la conduite d'un professeur de la Faculté

des lettres ; à midi : déjeuner au « Splendid Hôtel » ; à 15 heures : séance scientifique à la Faculté de médecine.

La Société française de gynécologie invite cordialement tous les médecins, en particulier les médecins de la région du Sud-Ouest s'intéressant à la gynécologie, à assister à ces journées.

Prière de s'inscrire auprès du Professeur Jeanneney 22, rue Castéja, Bordeaux, ou du Docteur Maurice Fabre, secrétaire général de la Société, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris (IXe).

Des bons de transport à prix réduit pourront être délivrés aux participants. Aucun droit d'inscription à verser.

— **Les médecins de Toulouse à Paris.** — La première réunion de l'année 1939 de la S.A.M.T.P. a eu lieu le 28 janvier dernier à la Taverne du Nègre. Etaient présents : les Docteurs Flurin, Babou, Esclavissat, Bory, Foures, Doazan, Digeon, Lévy-Lebhar, Molinéry, Groc, Bourguet, Quériaud, Mont-Refet, Bandelac de Pariente, Cambiès, Caraven, Mazet, Delater, Montagne, Gisclard, Faulong, Laffon, Armengaud, Clavel, Soubiran. S'étaient excusés : les Docteurs Louet, Mirabail, Busquet, Aubertot, Dupau, Tailhefer, Constantin, Delherm, Aujaleu et M. Vitry.

Au dessert, le Docteur Bandelac de Pariente donna quelques éclaircissements sur la question espagnole, si brûlante d'actualité : il intéressa très vivement ses auditeurs qui l'applaudirent chaudement. Puis, prirent successivement la parole les Docteurs Groc, Molinéry, Doazan et Mont-Refet. Excellente soirée de camaraderie affectueuse et vibrante. La prochaine réunion aura lieu fin mars prochain.

— **Paris.** *Société des médecins de l'Assistance médicale.* — La Société des médecins de l'Assistance médicale, dans sa dernière séance, a procédé au renouvellement de son bureau pour 1939 : présidente, Mme Lamy-Ogliastri ; vice-présidents, MM. Morin et Couturier ; secrétaire général, M. Guérin ; secrétaire adjoint, M. Gerson ; trésorier, M. Brussin ; secrétaires des séances, MM. Raphel et Laplanche.

— **A la poursuite des « illégaux » de la médecine.** — Sous ce titre, la revue *Je Sais Tout* entreprend une campagne contre le charlatanisme médical. Dans son numéro de février 1939, M. Jean Bodon, conte, à la suite du Docteur Gilbert Charette, la savoureuse histoire d'une marchande de poisson qui devint « guérisseuse », en soufflant, pour la cure... des hémorroïdes !

M. Bodon se propose de combattre, dans l'esprit du public, les « illégaux » de la médecine, à la fois par le côté comique et par le côté dangereux du charlatanisme.

— **Union des Caisses primaires d'assurances sociales de la Drôme.**— Un poste de médecin-contrôleur adjoint de l'Union des Caisses d'assurances sociales va être créé dans la Drôme. Pour tous renseignements s'adresser au président de l'Union des Caisses, cour Saint-Ruf, à Valence. Les demandes de candidature devront être accompagnées de l'âge des intéressés, de leurs titres scientifiques ou universitaires, de leur *curriculum vitæ*, aptitude au service militaire, références, etc., et être déposées avant le 10 mars 1939. Entrée en fonctions début avril.

— **Hôpitaux de Marseille.** — Les concours de l'*internat* et de l'*externat* se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes titulaires : M. Mouren ; Mlle Blanc ; MM. Buerle, Abignoli ; Mlle Seillon ; MM. Dalmas, Marcorelles, Tristani, Olive, Desanti ; Mlle Cheyron ; M. Roche.

Externes en premier : MM. Michel, Julien, Dieulangard.

Externes : MM. Gastaut, Bourret, Liscia, Boittelle, Salvadori, Arnaud, Pierre, Gérard, Lazzaretti, Blanc ; Mlle Roux ; MM. Sauvet, Bousquet (*ex æquo*), Dufau, Aouchiche ; Mlle Bard ; MM. Cabasson, Delaage, Griffoni et Toci.

— **Hôpital de Bône.** — Un concours sur épreuves s'ouvrira à Alger le 8 mai, pour le recrutement d'un médecin bactériologiste adjoint à l'hôpital de Bône. Inscriptions jusqu'au 17 mars 1939.

— **Hôpital de Cherchell.** — Le 24 avril 1939 aura lieu, à Alger, un concours pour un poste de médecin adjoint à l'hôpital de Cherchell. La liste d'inscription sera close le 3 mars 1939.

— **Hôpital Notre-Dame de Bon-Secours.** — Un concours sur titres est ouvert pour le poste de chef de service adjoint, à la Maternité de cet hôpital. Inscriptions jusqu'au 15 février 1939, 66, rue des Plantes, Paris (XVe).

— **Hôpital du Puy.** — M. le Docteur Jean Jouen, à la suite d'un concours présidé par le Docteur Belot, radiologiste des hôpitaux de Paris, a été nommé radiologiste de l'hôpital du Puy.

— **Réunion médico-chirurgicale de morphologie.** — La prochaine réunion aura lieu le mercredi 15 février, à 21 heures, à l'amphithéâtre de l'Ecole d'anthropologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine.

— **Hôpital Notre-Dame de Bon-Secours.** *Internat.* — Un concours pour quatre places d'internes titulaires et quatre places d'internes provisoires sera ouvert le lundi 20 mars 1939, à l'hôpital Notre-Dame de Bon-Secours, 66, rue des Plantes (XIVe).

Les épreuves sont au nombre de deux et toutes

deux théoriques : une écrite comprenant trois questions (anatomie avec ou sans physiologie, pathologie interne et pathologie externe) ; une orale comprenant deux questions (pathologie externe et pathologie interne).

Les internes titulaires en fonction reçoivent un traitement annuel de 5.600 francs la première année, 5.900 francs la deuxième et 6.200 francs la troisième. Ils reçoivent, en outre, une indemnité de nouriture de 3.600 francs par an.

Pour les renseignements et demandes d'inscriptions s'adresser au bureau de la Direction, 66, rue des Plantes, les lundi, mardi, mercredi et samedi matin de 10 h. 30 à 12 heures ou les mardi et samedi après-midi de 15 à 17 heures jusqu'au 11 mars inclus, dernier délai d'inscription.

— **Nouveaux journaux médicaux espagnols.** — Depuis la fin de l'année 1938, un certain nombre de journaux de médecine paraissent en Espagne.

L'Espagne nationaliste publie la *Semana Medica Espanola* (directeur : Docteur Cortezo), la *Revista de Sanidad e Higiene Publica*, la *Revista Espanola de Medicina y Cirurgia de Guerra*, la *Revista de Medicina y Cirurgia* et la *Medicina Espanola*.

L'Espagne républicaine publie la *Revista de Sanidad de Guerra*.

— **Huitième réunion scientifique de la Société médicale d'Aix-les-Bains.** — Le dimanche 21 mai 1939, aux Thermes nationaux d'Aix-les-Bains, aura lieu la VIII[e] réunion scientifique de la Société médicale d'Aix-les-Bains, consacrée aux « rhumatismes de l'épaule ».

Le rapport sera présenté par le Docteur Robert Merklen.

La réunion est ouverte à tous les médecins. Ceux qui auraient des communications à présenter voudront bien en avertir, avant le 1[er] mai 1939, le Docteur Lelong, secrétaire général de la Société, 9, rue de Liége, Aix-les-Bains, et, si possible, en envoyer un court résumé.

A l'issue de la réunion, un déjeuner sera offert par la Municipalité d'Aix-les-Bains.

— **Distinction honorifique.** — Le Docteur Raymond Molinery, secrétaire général de l'Umfia (Union médicale latine) vient de recevoir la Croix de Chevalier de l'ordre de Léopold.

Notre confrère et ami s'est rendu, à diverses reprises, en Belgique, pour participer à différents Congrès internationaux.

Tout récemment, le Docteur R. Molinéry fut appelé par la Société belge d'hydrologie, de climatologie et de balnéologie pour donner à Bruxelles une conférence sur la nécessité de la création et de l'organisation du thermo-climatisme social.

C'est à ce titre que Molinéry a reçu cette haute distinction au sujet de laquelle nous sommes heureux de lui adresser nos très amicales félicitations.

—**Naissances.** — Le Docteur et Madame S. Wechsler sont heureux de faire part de la naissance de leur second fils *Patrick-Jean-Jacques.*

Persac (Vienne), le 1er février 1939.

Nos sincères compliments.

— Le Docteur et Madame Jean Fritz ont la joie de nous annoncer la naissance de leur fils *François-Robert.*

Berguent, 18 janvier 1939.

Toutes nos félicitations.

—**Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Auchier, de Saint-Jean-de-Liversay (Charente-Inférieure) ; du Docteur Edouard Boinet, professeur honoraire à la Faculté de Marseille ; du Docteur Brandès, de Lézardrieux (Côtes-du-Nord) ; du Docteur Michaël Dhoste, de La Rochelle ; du Docteur Donneaud, de Villeurbanne (Rhône) ; du Docteur Jean Dubosc, des Jacquets (Lot-et-Garonne) ; du Docteur Joseph Gelibert, de Demnat (Maroc) ; du Docteur Paul Lamblin, d'Auxerre ; du Docteur Robert Le Houx, de Montrichard (Loir-et-Cher) ; du Docteur Nahan, assistant de radiologie des hôpitaux de Paris ; du Docteur Rerolle, de Salornay-sur-Guye (Saône-et-Loire) ; du Docteur Simonin, d'Antony (Seine) ; du Docteur Maurice Tombareau, chirurgien des hôpitaux de Rouen ; du Docteur Ernest Théodore, de Strasbourg ; du Docteur Jean-Baptiste Vallois, professeur honoraire à la Faculté de Montpellier.

DÉCLARATIONS FISCALES

AVIS IMPORTANT

Messieurs les docteurs qui reçoivent à la fois des salaires de certains groupements et des honoraires de leur clientèle, doivent inscrire séparément dans leur déclaration ces deux sources de revenus, afin que la taxe nationale de 2 % ne soit calculée que sur les honoraires, les salaires l'acquittant par prélèvement.

En outre, nous rappelons à nos lecteurs qu'ils doivent faire avant le 1er mars prochain :

1° les déclarations des bénéfices professionnels au Contrôleur du lieu de l'exercice de la profession (même s'ils sont inférieurs au minimum de 10.000 francs : décret-loi du 12 novembre 1938 sur la contribution nationale exceptionnelle) ;

2° les déclarations de revenu global au Contrôleur du lieu de la résidence où se trouve leur principal établissement.

Ces déclarations doivent être envoyées sous pli recommandé de façon à parvenir au Contrôleur avant les dates ci-dessus indiquées.

Ceux de nos adhérents qui désireraient faire rédiger leurs déclarations par M. Martinot, notre Conseil fiscal, devront lui écrire personnellement et le plus tôt possible, 6, rue de l'Isly, à Paris (VIIIe) avec tous renseignements et s'entendre avec lui au sujet des honoraires de faveur que nécessitera ce travail.

La leçon inaugurale du Professeur Mondor

La foule qui se pressait dans le grand amphithéâtre de la Faculté, le nombre plus grand encore de ceux qui, attirés mais non élus, venaient obstruer les couloirs et battre les portes semblaient apporter au nouveau professeur, après l'élection unanime du corps professoral, l'unanime approbation de ce choix. Nulle discordance, nulle arrière-pensée, nul retard dans l'adhésion d'une assemblée aussi nombreuse, aussi diverse : hommes de lettres éminents, artistes, professeurs, applaudissaient l'un des leurs et l'on ne sait qu'admirer plus de la variété de talents et de disciplines, unie chez le même homme, ou du respect qu'impose dans chaque domaine l'étendue du savoir et de l'expérience, le poids et l'élégance des travaux. Celui qui n'a renoncé à aucune des joies de l'esprit, qui a trouvé dans ces incursions d'éclatantes amitiés et de précieux témoignages, est aussi celui des professeurs agrégés de la Faculté de médecine, dont l'élection s'imposait par les voies les plus normales pour les raisons les plus fermes. A lui seul l'eût commandée, son livre des diagnostics urgents, classique aussitôt que né, étonnante rencontre de l'esprit le plus délié, de la prose la plus aisée, et de la plus riche matière. Une telle réussite trouve sa source et sa justification dans une rare qualité d'esprit, la très haute intelligence, don des dieux qu'appréciait si fort son maître Lecène, alliée à l'indispensable appui d'une mémoire étonnamment vaste et précise. Un accord aussi rare éveille une comparaison lointaine, qu'appuient une indéniable ressemblance, la naissance dans une même province et ceux qui connaissent la sanguine de Romat s'étonneront moins de l'alliance de ce beau et original visage, de la diversité de ses dons, de la vigueur d'un pinceau volontiers redoutable.

Renonçant de propos délibéré à la traditionnelle leçon sur l'orientation de son enseignement, préférant agir plutôt que promettre, le professeur Mondor s'est plu à évoquer ses maîtres, ses condisciples. Il le fit avec un souci de la vérité, qui les rendaient extraordinairement vivants ; plus que nature, pourrait-on dire de ceux qui étaient là, car ils se tenaient calmement assis, tandis que le discours les rendait « au naturel ». Mais nul n'en était peiné : le Professeur Hartmann, peint dans ses violences, s'y reconnaissait de bon cœur et, qui sait, peut-être avec nostalgie. Mais le propos du Professeur Mondor allait plus loin qu'une évocation saisissante de l'homme et de ses travers. Il sut faire de ses maîtres l'éloge qu'ils eussent aimé moins chargé de fleurs que pénétré de la compréhension que seule apporte une attentive amitié. Il sut lever le masque posé par l'âge et les renoncements sur certains visages, et seule une exquise discrétion lui permit de le faire sans blesser. Il rendit à son maître Lecène, esprit

d'exceptionnelle étendue, un hommage d'autant plus émouvant qu'on y percevait le désir de s'effacer et d'entraîner la conviction de l'auditoire dans une admiration commune et passionnée. Quel disciple, que ce maître admiré, qui sut faire applaudir, plus que lui, le maître qu'il aima.

G. L.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Médaille d'honneur des épidémies

Par arrêté en date du 23 janvier 1939, la médaille d'honneur des épidémies en or a été décernée, à titre posthume, à M. le Docteur Nahan (Louis), de l'hôpital Saint-Louis, décédé des suites d'une maladie grave contractée dans l'exercice de ses fonctions.

(*J. O.*, 21 janvier 1939.)

Hôpitaux psychiatriques

Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique du Vinatier (Rhône) (poste créé). (*J. O.*, 21 janvier 1939.)

Familles nombreuses médicales

Les familles médicales sont souvent de belles familles nombreuses. En voici quelques exemples donnés par *Médecine et Famille*, Bulletin de l'Association que préside le Docteur Labey, l'éminent chirurigen honoraires des hôpitaux de Paris :

Famille de dix-sept enfants: Docteur J.-B. Mancel, Moyon (Manche).

Famille de seize enfants : Docteur Jean Roy, Tours (Indre-et-Loire).

Familles de quinze enfants : Les Docteurs Le Borgne, Granville (Manche) ; Hadot, Pouxeux (Vosges).

Famille de quatorze enfants : Docteur Jaouen, Kerlouan, par Lesnevent (Finistère).

Familles de treize enfants : Les Docteurs J. Bonnamour, Lyon (Rhône) ; André Cauchois, Rouen (Seine-Inférieure) ; Louis Chateau, Arras (Pas-de-Calais) ; Auguste Long, Courthézon (Vaucluse) ; R. Pierson, Buzancy (Ardennes) ; Pierre Vallette, Marseille (Bouches-du-Rhône).

Familles de douze enfants : Les Docteurs Bidou, Neuilly (Seine) ; Biot, Lyon (Rhône) ; Mme Veuve

Voir la suite page LIX-411

PROPOS DU JOUR

LA CHAIRE DE MÉDECINE DU COLLÈGE DE FRANCE
APERÇU HISTORIQUE

L'interruption du cours du Professeur Leriche à la chaire de médecine du Collège de France, interruption très regrettable et dont le motif ne nous paraît pas très légitime, attire l'attention sur cette chaire et nous avons cru intéressant d'écrire à son sujet un bref aperçu historique.

Ce fut le 24 mars 1529 que François Ier, réalisant un projet qu'il méditait depuis quinze ans, créa les lecteurs ou professeurs royaux pour enseigner les trois langues latine, grecque et hébraïque. Cette fondation fut faite sans bruit pour ne pas trop effaroucher l'Université de Paris jugée alors insuffisante. Les professeurs se constituèrent en corporation ; ils reçurent, trop souvent irrégulièrement, des appointements prélevés sur le budget de la Maison du Roi.

Jusqu'en 1610, on ne songea pas à donner un édifice à la nouvelle institution. Les cours se firent dans les collèges, surtout dans le Collège de Cambrai qui reconstruit de vintle Collège royal, ou dans celui de Tréguier. D'autres chaires ne tardèrent pas à être instituées.

En 1542, le roi y fonda l'enseignement de la médecine et confia la chaire au Florentin Vidus Vidius, son médecin, qui jouissait d'une immense réputation. Vidus Vidius remplit les fonctions de lecteur royal en médecine jusqu'en 1548.

En 1550 la chaire fut occupée par Jacques Dubois, dit Sylvius, originaire d'Amiens, « le médecin le plus couru et le plus avide de l'époque ».

Les guerres civiles troublèrent le fonctionnement de la corporation des lecteurs royaux. Si bien que Goupyl qui succéda à Sylvius dans la chaire de médecine, mourut, dit-on, de chagrin, les soldats ayant détruit les manuscrits de ses travaux. Charles IX cependant protégea le Collège et créa en 1568, une seconde chaire de médecine en faveur de Simon Baudichon. Les lecteurs en médecine se succédèrent pendant la fin du XVIe siècle, mais leur réputation ne dépassa pas leur époque. Signalons L. Duret, médecin de Henri III, trés aimé et estimé de ce monarque, qui voulut conduire lui-même à l'autel sa fille lors de son mariage et lui donna en cadeau la vaisselle d'or et d'argent qu'il avait fournie pour le repas des noces.

Au début du XVIIe siècle on vit surgir la dynastie des Akakia (traduction en grec de leur vrai nom Sans Malice) qui se distingua à la Faculté et donna trois lecteurs royaux. Signalons Jean Martin qui avait été médecin de Marguerite de Valois, première épouse d'Henri IV, la reine Margot ; Simon Piètre, fils d'un doyen de la Faculté et issu d'une famille de médecins ; Jacques d'Amboise, primitivement chirurgien, qui entreprit plus tard des études pour devenir maître ès arts, fut élu deux fois recteur de l'Université et à ce titre prêta au nom de cette dernière serment de fidélité à Henri IV ; il se fit ensuite recevoir docteur en médecine et devint lecteur royal. Citons encore l'anatomiste Jean Riolan, médecin de Marie de Médicis qui obtint du grand aumônier de France, à qui le roi avait primitivement confié le soin de nommer les professeurs, d'appeler à sa succession dans la chaire de médecine du Collège de France, le célèbre doyen, Gui Patin.

Avant Gui Patin, qui enseigna au collège de 1654 à 1672, nous relevons dans la liste des lecteurs en médecine le nom de Jacques Cousinot, qui fut attaché au Jardin du roi dont le beau-père Bouvard, premier médecin du roi, fut le second Surintendant.

Gui Patin, dans une curieuse lettre à Falconet du 2 mars 1655, rend compte de sa première leçon au Collège royal :

« Enfin, écrit-il, j'ai fait une harangue le premier de ce mois. Elle a duré une heure entière ; mais elle n'a pas été ennuyeuse, à cause que c'était un fil perpétuel de l'histoire du Collège royal depuis l'an 1529, par son premier instituteur François Ier, laquelle institution a été entretenue par ses successeurs, gouvernée par les grands aumôniers de France. Après cela, j'ai parlé des anciens professeurs qui ont illustré ce collège... et ceux qui vivent encore, comme M. Riolan à qui je témoignai ma gratitude de m'avoir choisi pour son successeur.

« J'y vis quelques moines blancs et même quatre enfants du bienheureux Père Ignace (quatre Jésuites) (1) ; je ne sais comment ils sont venus

(1) Gui Patin avait les Jésuites en horreur.

sans être invités. Un de nos médecins me vient de dire qu'hier il revint du Collège de Cambrai avec un de nos compagnons antimoniaux, auquel ayant demandé son avis sur ma harangue, le docteur répondit que le latin était bon (1), mais qu'il y avait trop de fatras ; que je l'avais trompé, qu'il s'attendait que je parlerais contre l'antimoine, mais je n'en avais rien dit. »

Constatons qu'après trois siècles la coutume des leçons d'ouverture n'a guère changé et que les programmes de ces leçons restent sensiblement les mêmes.

Après Gui Patin qui cumulait l'enseignement au Collège royal et à la Faculté de médecine, la chaire de médecine est occupée par Nicolas Andry qui fut aussi doyen de la Faculté et contradicteur courtois du célèbre Hecquet ; puis Piton de Tournefort que Fagon avait appelé au Jardin du roi, assura les deux dernières années de sa vie (1706-1708) l'enseignement au Jardin du roi et à la chaire de médecine du Collège dont il avait été nommé professeur au retour de son voyage dans le Levant. Et.-Fr. Geoffroy qui lui succéda, physicien, pharmacien et médecin, deux fois doyen de la Faculté de médecine, occupa en même temps la chaire de chimie de Fagon au Jardin du roi. Il en fut de même de Jean Astruc, médecin de Louis XV, docteur de Montpellier et de Paris, compatriote de Florian ; sa grande réputation le fit élire Capitoul de Toulouse, il partagea son activité entre la Faculté et le Collège royal.

Il en fut de même de Ferrein qui fut doyen de la Faculté.

***

Pendant la Révolution, le Collège royal devint le Collège de France et fut un des rares établissements qui ne suspendit pas ses cours durant la Terreur. Portal qui enseignait au Collège depuis vingt-cinq ans, ayant été nommé professeur au Muséum, crut devoir abandonner la chaire de médecine, mais sur les protestations de ses élèves le ministre l'obligea à enseigner dans les deux établissements à la condition qu'il consacrerait quelques leçons aux maladies qui attaquent le plus communément les gens de guerre. Cependant pendant la Terreur, Poissonnier, professeur de médecine au Collège, arrêté comme suspect, subit une courte détention avec trois autres de ses collègues.

(1) Le latin était la seule langue employée.

Corvisart et Hallé enseignèrent à la fois au Collège de France et à l'Ecole de médecine durant le Directoire et l'Empire.

Laënnec succéda à Hallé et occupa à la fin de sa vie à la fois la chaire de médecine au Collège et celle de clinique médicale à la Faculté. Il en fut de même de Récamier pendant la Restauration.

Magendie qui vint ensuite eut pour successeur son élève Claude Bernard qui occupait déjà une chaire de physiologie à la Faculté des sciences, créée spécialement pour lui ; au bout de quelques années, il céda sa chaire de la Sorbonne à Paul Bert, accepta une chaire au Muséum et assura jusqu'à sa mort l'enseignement au Collège de France et au Muséum. D'Arsonval qui avait été son préparateur et son suppléant, le remplaça. Pour faciliter ses savantes recherches fut créé pour lui et édifié par souscription nationale le laboratoire de Nogent-sur-Marne.

Ch. Nicolle, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, succéda à d'Arsonval à qui son grand âge imposait la retraite. Charles Nicolle, malade, fut suppléé, puis à sa mort remplacé par l'éminent chirurgien Leriche, professeur à la Faculté de Strasbourg. Leriche pendant deux ans illustra l'enseignement de la médecine au Collège de France de ses découvertes chirurgicales qui lui ont donné une réputation mondiale. Aussi ce n'est pas sans stupéfaction que, dans l'article que R. Massart a écrit naguère sur la suspension de son cours, nous voyons évoquer les traditions du Collège de France pour l'obliger à choisir entre sa chaire de médecine au Collège et sa clinique de Strasbourg.

Toute l'histoire du Collège de France depuis sa fondation (et en particulier celle de la chaire de la médecine) dément cette légende et montre que s'il est une tradition bien établie, à toutes les époques, sous tous les régimes, c'est bien la collaboration de ses professeurs aux diverses institutions d'enseignement supérieur : Facultés, Muséum national d'histoire naturelle, Ecole des Hautes-Etudes, etc...

Le fait pour M. Leriche d'être un chirurgien justement célèbre qui attire à la Clinique chirurgicale de Strasbourg tous les étrangers qui désirent connaître les derniers progrès de la chirurgie française, ne nous semble pas suffisant pour priver le Collège de France de l'enseignement d'un grand et vrai savant.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA DENT DE SAGESSE INFÉRIEURE ET SON ABLATION

Par le Docteur G. Mahé

Stomatologiste honoraire des Hôpitaux

Il ne s'agit pas ici d'ébaucher une monographie de la dent de sagesse inférieure, mais seulement d'exposer quelques considérations qu'il est intéressant pour le médecin praticien d'avoir présentes à l'esprit dans le triple intérêt de lui-même, de ceux qui le consultent et des confrères spécialistes avec lesquels il peut se trouver en contact, immédiat ou médiat, à propos de cette dent.

Rappelons d'abord quelques notions très générales qui constituent la base du sujet.

On sait que « la dent de sagesse » est chez l'homme occidental actuel, l'*homo sapiens*, un organe irrégulier.

Dans les races primitives, la IIIe molaire est une molaire comme les autres, identique aux autres dans son anatomie, sa physiologie, et sa pathologie. On trouve même des cas où le « plateau triturant » présente une surface progressivement *croissante* de la Ire à la IIIe molaire.

Il n'en est plus de même — et depuis fort longtemps déjà — pour l'Européen. Le plateau triturant molaire n'est plus égal que chez quelques sujets assez exceptionnels.

Dans la plupart des cas, il est *décroissant* de la Ire à la IIIe molaire. Et à cette diminution morphologique s'ajoutent, pour cette dernière dent, un certain nombre de signes dont la réunion a fait conclure qu'elle était en voie de disparition et que c'était là un des signes les plus certains de l'évolution dont l'homme est considéré comme étant jusqu'ici le terme définitif.

Ces signes, ajoutés à la réduction de volume, sont la croissance irrégulière, l'apparition tardive, l'absence au moins apparente et les anomalies de direction.

C'est ce dernier seul qui nous tiendra ici. C'est de lui seul que découlent des conséquences pratiques, mais elles sont graves. Disons de suite aussi que ces anomalies ne se rencontrent guère qu'au maxillaire inférieur. Il est tout à fait exceptionnel qu'on ait à compter avec elles à la mâchoire supérieure.

Elles ont en effet une cause essentiellement anatomique, constituée elle-même tout entière par le rapport angulaire qui réunit le corps de la mandibule à sa branche montante, réunion qui est précisément le point d'implantation de la IIIe molaire.

On sait quelle réduction notable, la mandibule présente chez les types supérieurs de l'espèce humaine. Un coup d'œil suffit pour s'en rendre compte par comparaison avec une mâchoire de nègre, et la différence paraît énorme si l'on considère une de ces mâchoires préhistoriques dont on peut se demander si elles sont vraiment « humaines » ou « hominiennes ».

Or la dent de sagesse inférieure est le lieu géométrique où se réalise pratiquement le problème de phylogénie qui n'est pas définitivement tranché. Il se résume en cette formule très prosaïque que *la dent de sagesse inférieure manque souvent de place pour pousser.*

Dans nombre de cas, la ligne oblique interne et la ligne oblique externe, qui remontent toutes deux pour se réunir à la pointe de l'apophyse coronoïde, se détachent du corps horizontal du maxillaire immédiatement en arrière de la IIe molaire, ne laissant au « triède » ainsi formé à peu près aucune portion horizontale et ne réservant par là qu'un espace absolument insuffisant, et parfois pas d'espace du tout, pour l'éruption d'une molaire. En ceci réside toute la question.

Il peut arriver, il n'est même pas très rare qu'il arrive que la dent de sagesse manque par agénésie. C'est une solution éminemment favorable et que la nature eût bien dû réaliser en équilibre parfait avec la réduction de la mandibule. Mais c'est loin d'être une règle constante et il arrive trop souvent qu'une IIIe molaire normale ait à faire son éruption dans un espace insuffisant. C'est cette conjonction qui est la cause des *accidents d'éruption de dent de sagesse* dont les ennuis sont bien connus, mais dont la gravité réelle n'est peut-être pas encore suffisamment perçue, car il y a là une cause de *mort* un peu

plus fréquente qu'on ne le croit généralement.

On connaît le tableau devenu classique de ces « accidents » inflammatoires, muqueux, ganglionnaires, osseux, nerveux, dont on trouvera une bonne description dans les ouvrages de Frey et de Rousseau-Decelle et Raison. Il convient, je crois, d'ajouter à l'énumération précédente les *accidents septicémiques* qui semblent — point important et qui est la cause première du présent exposé — n'avoir été que peu ou pas connus de nos prédécesseurs immédiats et qui, aujourd'hui dominent de beaucoup la question.

Le mécanisme de ces accidents est assez bien exprimé par les schémas suivants, empruntés à Capdepont et déjà reproduits par Frey. Je ne crois pas qu'ils expliquent d'une façon absolue *tous* les cas : il y a certainement place à quelque chose de plus. Mais on peut les tenir comme représentant une bonne explication globale dont il n'y a pas dans la pratique intérêt à s'écarter.

En général, l'absence de place se complique d'une anomalie concomitante de position de la dent, demeurée incluse dans l'os et incapable d'effectuer son éruption. L'axe de cette dent n'est plus parallèle à l'axe normal des autres molaires, c'est-à-dire, en gros, vertical. Il est plus ou moins *oblique*, obliquité qui peut aller à approcher presque l'horizontale — qui peut se produire non seulement dans le sens sagittal, de beaucoup le plus fréquent, mais également dans le sens frontal — et qui, dirigée très généralement d'arrière en avant et de bas en haut, peut également se rencontrer dans le sens opposé, compte même non tenu de situations *véritablement aberrantes qui échappent à toute classification.*

La cause des accidents est donc généralement *double* : il y a presque toujours simultanément *inclusion* et, par le fait de l'obliquité, *butée* de la dent incluse contre la IIe molaire qui constitue *plus que l'os*, l'obstacle à l'éruption.

Il serait oiseux de discuter ici si les accidents doivent être dits « d'inclusion » ou de « désinclusion », mais il faut s'arrêter sur cette considération que l'*obstacle est beaucoup plus la IIe molaire que l'os lui-même.* Elle n'est certes pas absolue, et on a pu observer le tableau complet des « accidents de dent de sagesse » dans des cas où cet obstacle n'existait pas. Mais il faut ajouter que ces cas sont absolument exceptionnels et que, dans la très grosse majorité des circonstances, l'obstacle est là.

***

Ceci étant exposé, quelle est la conduite à tenir en présence de ces accidents ?

La première chose à faire, qui s'impose aujourd'hui d'une façon absolue, c'est d'avoir de bonnes, de *très bonnes* radiographies de la région.

On a sérieusement proposé l'opération préventive systématique en vue de prévenir les désastres que l'appendicite donne encore de loin en loin. On pourrait d'une façon plus anodine et aussi justifiée, poser en principe que tout sujet qui n'a pas fait l'éruption normale de ses dents de sagesse, à l'âge normal (15 à 18 ans) devrait être radiographié et porter sur lui son dossier radiographique.

Il peut y avoir en effet des accidents assez tapageurs, mais provoqués par une dent en position normale et dont l'éruption normale demeure la probabilité à peu près absolue.

Dans de tels cas, la temporisation est légitime, à moins que les accidents n'aient revêtu d'emblée une forme directement menaçante. Cette temporisation « armée » comporte les mesures antiseptiques banales, les débridements, la bactériothérapie sous les diverses formes, avec, cela va sans dire, l'abstention opératoire.

Au contraire dans tous les cas où la déviation axiale de la dent est telle qu'on peut affirmer que sa sortie normale est *impossible* (il existe malheureusement des cas mixtes dont l'interprétation formelle est délicate), il n'y a rien à gagner à le méconnaître. Tout au plus peut-on espérer « avoir la chance » — ce qui sort du domaine de la science — que cet accident passé ne se renouvellera plus : la menace est là, la certitude en est incontestable et rien ne permet d'affirmer que la prochaine poussée ne sera pas beaucoup plus grave que la présente. Dans ces cas là, l'intervention s'impose.

Quelle sera-t-elle ? Devra-t-elle être faite à chaud ou à froid ? Telles sont les deux questions qui sont à examiner. Sans m'abstenir de dire un mot de la seconde, je m'attacherai cependant plus particulièrement à la première.

Deux interventions sont possibles. Je commencerai par celle qui est, chronologiquement, la seconde.

Celle-ci exigée presque en règle par la jeune école stomatologiste, et d'ailleurs pratiquée par elle avec une incontestable maîtrise, c'est l'*extraction chirurgicale de la dent incluse.*

Si l'on se reporte au schéma de Capdepont, on voit immédiatement qu'il en est une autre possible : c'est la *suppression de l'obstacle* sur lequel bute cette dent, c'est-à-dire *de la IIe molaire.* C'est la solution qu'ont adoptée les praticiens de l'époque qui a précédé la nôtre, ceux au moins d'entre eux qui osaient prendre la décision de faire quelque chose d'autre que des débridements et des cautérisations.

Je dirai un peu plus loin qu'il en existe une troisième, dont on ne parle guère et qui place la question sur le terrain d'une prophylaxie à longue portée.

Il n'entre pas non plus dans le cadre de cette étude restreinte de décrire par le menu la tech-

nique de l'ablation chirurgicale qu'on trouvera parfaitement exposée dans l'ouvrage de Chompret.

Il n'y a à en retenir ici que l'essentiel : une bonne anesthésie locale, intervention à la gouge et au maillet, creusement dans l'os compact d'une brèche suffisante pour permettre l'énucléation de la dent, ou comme cette brèche est très rarement suffisante à permettre cette énucléation *facile*, exercer les manœuvres de luxation surajoutées qui constituent peut-être le plus gros traumatisme de l'intervention et qui en sont toujours au moins une bonne moitié.

C'est une opération traumatisante, qui laisse une plaie osseuse ouverte dans le milieu septique qu'est la bouche et qui se pratique généralement dans une situation infectieuse, déclarée ou *latente*, dont les conséquences ne peuvent être jamais prévues d'une façon certaine.

Disons que dans 98 % des cas, mettons 99, les suites finales sont bonnes, à travers une période qui peut aller de la non-réaction à peu près totale à la situation alarmante. Mais il y a le centième cas, et celui-là, c'est la mort.

Il est difficile d'établir valablement la situation et d'échapper à des contestations qui peuvent être très âpres, à cause de l'absence totale de statistiques.

Nous avons en effet, en stomatologie, une habitude déplorable : nous ne publions pas nos échecs. Comme nous sommes peut être les seuls du Corps médical à agir ainsi, on est amené à en chercher la raison. C'est peut être que *l'art dentaire*, que la stomatologie s'est annexé en le prolongeant, a été depuis la Révolution — qui avait détruit la très remarquable équipe de praticiens qui le représentait à la fin de l'Ancien régime — une profession qui s'est considérée et qui s'est fait gloire d'être exclusivement manuelle : lorsque l'élément médical s'y est réintroduit, elle a lutté contre lui de toutes ses forces. Une conséquence directe d'une telle manière de comprendre les choses est que *l'échec c'est la maladresse, l'insuffisance d'habileté*. Et cela, on ne l'avoue jamais.

Et lorsque la stomatologie s'est annexé l'art dentaire, il lui est arrivé ce qui arrive à tous les conquérants : elle a pris pas mal — mais pas toujours le meilleur — de ceux qu'elle prétendait dominer. Nous commençons à peine à apercevoir des lueurs d'une réaction contre cet état d'esprit.

Le fait est là : sans être heureusement considérable, le nombre de morts consécutives aux accidents de dent de sagesse et aux opérations faites à ce propos est très notablement supérieur à ce que pourrait croire un observateur étranger qui n'aurait comme documents que notre littérature.

C'est avec intention que j'ai dit à l'instant : morts consécutives aux accidents *et* aux opérations.

C'est que — là encore, je suis extrêmement gêné par l'inexistence de documents précis et contrôlables — j'ai l'*impression*, très nette en ce qui me concerne, que les morts par « accidents de dent de sagesse » abandonnés à eux-mêmes sont sensiblement plus rares que les morts consécutives aux ablations chirurgicales de ces dents. Historiquement, en tout cas, la chose paraît exacte. Il a été exceptionnel, rarissime d'enregistrer de ces désastres (il y en avait, et j'en ai connu) dans la période précédente, et ils se sont révélés de plus en plus nombreux au fur et à mesure que la pratique de l'ablation chirurgicale s'est généralisée.

Je crois qu'il y a là un véritable danger. Beaucoup de praticiens très honnêtes, abordent cette intervention, jadis réservée à des chirurgiens éprouvés, *ayant une éducation chirurgicale complète*, parce que le silence dans lequel on tient les résultats mauvais, ne leur permet pas de croire à la gravité réelle de l'intervention. Certaines choses, cependant, qui ne sont pas sans danger, entre des mains exercées à la pratique chirurgicale vraie, peuvent en présenter un très réel entre d'autres mains dont la pratique courante est celle des soins de dents ou l'exécution de la prothèse dentaire — même celle dite « de cabinet ». Et ceci, il me faut le dire très expressément, sans que ni la conscience, ni le soin de l'opérateur puissent être le moins du monde incriminés. Il y a certes à cela des exceptions. Il ne s'agit que de s'entendre sur ce point qu'elles sont et doivent être tenues pour des exceptions.

Je risque peut-être à cette déclaration des oppositions passionnées. Mais, sans enquête particulière, je connais maintenant trop de morts pour ne pas considérer que c'est pour moi un devoir de prendre la responsabilité de la faire.

Les causes d'ailleurs d'une telle situation ne sont pas impossibles à trouver. Nous avons déjà vu la principale : *le gros traumatisme osseux* dans une région le plus souvent déjà infectée et dans un milieu impossible à désinfecter. Il en est une autre dont le rôle adjuvant n'est pas minime à mon sens. C'est l'*anesthésie*.

C'est un problème difficile. L'anesthésie générale, qui serait peut-être la moins dangereuse ici, ne perd cependant pas en ce cas ses risques ordinaires, compliqués un peu de la difficulté d'administration, dans une opération spéciale où la canule de Trendenlenburg et les moyens similaires sont à peu près inconnus. En plus, elle a le gros, le très gros inconvénient, de compliquer gravement la manœuvre opératoire déjà difficile par elle-même. Pratiquer cette intervention, sur une tête « montée sur pivot », dénuée de toute rigidité et tournant en tout sens, multiplie par

un indice qui peut être élevé, la difficulté et la durée de l'opération.

Aussi l'anesthésie locale est-elle à peu près exclusivement pratiquée et c'est elle qui me paraît incriminable dans les accidents dont il est question.

Elle peut se pratiquer sous trois formes :

a) L'anesthésie de tout le nerf maxillaire inférieur pratiquée selon la technique de A. Sicard, à la base du crâne, au point d'émergence du nerf, au trou ovale.

b) L'anesthésie dite « tronculaire » pratiquée sur le nerf dentaire inférieur au niveau de l'épine de Spix.

c) L'anesthésie purement locale de la région opérée.

I. — L'anesthésie à la base du crâne échapperait probablement à la responsabilité que je dénonce, parce que le liquide injecté n'aurait aucun rapport avec le champ opératoire.

Mais en fait, elle est exceptionnellement pratiquée et se trouve en outre non praticable dans tous les cas.

Un praticien de l'art dentaire qui n'en a pas l'habitude courante hésitera presque toujours à y recourir — et il faudra le louer de cette prudence.

Elle peut, en outre n'être pas praticable en certains cas, qui sont les plus susceptibles de donner des craintes.

C'est lorsque les phénomènes inflammatoires périphériques ont pris une telle extension que les repères anatomiques dont la reconnaissance exacte est indispensable ne peuvent plus être reconnus avec certitude et lorsque l'état général du malade est tel qu'on hésitera à porter à la base du crâne un liquide dont la toxicité n'est pas totalement négligeable.

II. — L'anesthésie « tronculaire » peut théoriquement réclamer le même bénéfice de ne pas intoxiquer le champ opératoire. Et celle-ci est accessible au praticien de bonne classe. Mais ce qui n'est pas toujours accessible, c'est le point où doit être fait l'injection, le *trismus*, qui est un phénomène à peu près constant des accidents de dent de sagesse, pouvant être, et étant souvent tel qu'il est illusoire de chercher à repérer l'épine de Spix.

Ajoutons enfin que cette anesthésie est très souvent incomplète, et que, dans le cas d'une intervention aussi longue que celle-là, on a besoin d'une insensibilité aussi parfaite que possible.

Dans un très grand nombre de cas, l'opérateur aura à *compléter* son anesthésie « tronculaire » par une pure et simple infiltration de champ opératoire. Le bénéfice éventuel de l'injection à l'épine de Spix sera une *certaine* diminution de la dose injectée localement, compensée d'ailleurs par l'élévation de la dose totale reçue par le sujet.

III. — En dernière analyse, l'infiltration du champ opératoire demeure la méthode de beaucoup la plus employée dans ce cas.

Or, c'est celle que je crois directement et gravement susceptible d'être incriminée.

Le nombre d'alcaloïdes auxquels on peut faire appel est assez nombreux. Pratiquement, en France du moins, on n'en a guère utilisé que deux : la cocaïne et la novocaïne.

A cause de son pouvoir toxique, qui est réel, mais qui a peut-être été un peu exagéré, la cocaïne a été pratiquement abandonnée. Reste à peu près seule la novocaïne. Or, c'est un point sur lequel je me sais en contradiction avec un très grand nombre de mes confrères. Je tiens la novocaïne *seule*, comme un anesthésique de valeur assez faible si on la compare à la cocaïne. C'est pourquoi en pratique on ne l'utilise guère qu'associée à l'adrénaline.

J'ai fait ailleurs (1), le procès de celle-ci dans les accidents consécutifs précisément à l'extraction courante des dents — le seul point où je puisse prétendre à quelque compétence, mais qui, je le sais, a des équivalents dans les autres pratiques chirurgicales. Ce n'est pas le lieu de le rééditer ici. Je dirai donc simplement que je la tiens pour responsable de ces accidents qui, dans la pratique courante sont heureusement peu graves, s'ils sont fâcheusement désagréables.

C'est cette action nocive, qui peut s'exercer avec des doses infimes, à laquelle s'ajoute dans le cas présent, le multiplicateur incommensurable de l'infection préexistante et du traumatisme osseux grave. L'opération pratiquée dans ces conditions pourrait se définir : *l'ouverture d'une brèche osseuse dans un milieu infecté, non désinfectable, et auquel on supprime les moyens normaux de la défense cellulaire et organique.*

Ce n'est pas toujours ainsi, bien heureusement ! Mais il y a des cas où c'est exactement ainsi, et ce sont ceux qui se terminent par la mort. En réalité, il faut l'*immunité* bien connue (celle qui a permis l'extraction courante des dents, dans des conditions de saleté incroyables à une époque où, selon le mot de Velpeau, « une piqûre était la porte ouverte à la mort ») et non absolument expliquée, de la région buccale à l'infection pour qu'il n'en soit pas ainsi dans 99 % des cas. La proportion est heureusement inversée. Peut-être demeure-t-il téméraire de courir le centième risque lorsqu'on n'y est pas absolument obligé.

Pour moi, j'ai la conviction — qui me fait écrire ici — que dans les cas de mort que je connais l'emploi de l'adrénaline a été la cause — occasionnelle, si l'on veut subtiliser sur les mots — mais *la cause* du désastre.

En face de quelle situation, nous sommes

(1) *Semaine Dentaire*, 9-I-38.

donc ? Il faut opérer. L'anesthésie, une bonne, une excellente anesthésie est indispensable. Nous n'avons pas une méthode parfaite et sans danger de réaliser à coup sûr cette anesthésie.

Pour la plupart des médecins praticiens, l'extraction d'une dent est chose insignifiante, à peine digne de leur considération. Voici au moins un cas où cette manière de voir n'est pas de mise.

En présence d'une telle situation, il n'est donc pas illégitime de se demander si l'extraction chirurgicale, qui tend à devenir systématique, des dents de sagesse bloquées en position oblique est vraiment le seul, et même le meilleur moyen, de résoudre le problème qu'elles posent ? ou si, au contraire, étant donné le risque que cette opération comporte, il ne convient pas de la réserver aux cas — il en existe — où elle s'impose réellement ?

Nous voici par là ramenés à la méthode antérieure du débloquage par la suppression de la seconde molaire, qu'explique et démontre bien le seul schéma de Capdepont ?

C'est là une opération facile, simple, banale et sans risque. Il apparaît bien que la dent de sagesse, libérée par là, cessera de donner les accidents qui sont liés, non pas, comme on le croit trop facilement, à l'infection en quelque sorte passive développée autour d'un « corps étranger » contenu dans l'os, mais à l'action mécanique très active exercée à l'intérieur de cet os par un organe d'une part soumis à un dynamisme physiologique et d'autre part, bloqué par un obstacle immuable.

En fait, c'est ainsi que les choses se passent et j'ai toujours eu une sédation rapide des accidents lorsque j'ai pratiqué cette opération : preuve clinique que l'infection passive n'est que *surajoutée* à un phénomène dynamique.

De quelles objections est passible cette manière de faire ?

I. — D'abord d'être trop simple. Je n'insiste pas. Pour beaucoup de praticiens, c'est une infériorité irrémissible. Un artiste dirait que c'est « de petit métier ». Et il aurait raison. Rien de brillant à agir ainsi. Le premier venu s'en tire admirablement.

II. — Ensuite de priver le patient d'une dent qui peut être parfaitement saine et dont l'ablation en soi n'a pas de raison.

Ceci est également vrai. Il y a seulement à distinguer la vérité absolue de la vérité relative. Ce sera ici de considérer, aussi objectivement que possible, et de mettre en balance la perte d'une dent et, sinon même le risque de mort qui est de faible pourcentage heureusement, au moins les conséquences graves d'une opération « shokante » qui, elles, sont la règle.

Il y a ensuite à ne pas oublier que *la grande opération ne met pas sûrement à l'abri du même risque.*

Il n'est pas extrêmement rare, en effet, que la IIe molaire ne doive être sacrifiée au cours de l'ablation chirurgicale de la dent de sagesse, soit que les manœuvres opératoires l'aient luxée, ou, ce qui arrive encore, fracturée, soit même que son sacrifice ait été indispensable pour achever l'énucléation de la dent incluse.

III. — Enfin de n'être pas toujours suffisante et de ne pas mettre à l'abri de l'extraction ultérieure de la dent de sagesse elle-même.

Cet énoncé est encore vrai. Il y a, en effet, certains cas où — soit que le début ancien des accidents ait permis la constitution d'un foyer osseux qui ne peut guérir tant que l'épine irritative n'a pas été enlevée, soit qu'ils aient pris d'emblée un caractère suraigu — l'ablation de la IIe molaire ne suffit pas à tout faire rentrer dans l'ordre. Il y a *toujours* une sédation, et généralement très accentuée, des accidents aigus, mais ceux-ci peuvent se prolonger en suites chroniques auxquelles seule l'ablation de la dent de sagesse, avec curetage du foyer peut mettre un terme définitif.

Cela encore est vrai, quoique en réalité *d'une extrême exception*, d'un pourcentage tellement faible que vraiment il ne doive pas entrer pratiquement en ligne de compte.

Mais surtout, ce qu'il faut ajouter, ce qui tient à l'essentiel du présent exposé, c'est que cette ablation seconde de la dent de sagesse est généralement d'une extrême facilité et qu'elle n'a jamais rien de comparable à l'opération laborieuse qu'est son énucléation chirurgicale. Ne voulut-on considérer l'extraction de la IIe molaire que comme un *temps préparatoire* à l'extraction de la IIIe, qu'elle demeurerait une conception parfaitement défendable — opération d'infiniment peu d'envergure assurément, mais non moins certainement de tout repos.

Cet exposé a été en vérité un peu long. Je crois qu'il était nécessaire pour poser la question dans sa lumière vraie et pour la mettre à l'abri d'objections vraiment trop faciles si le mal-fondé n'en était pas préventivement établi.

Les conclusions pourront par contre être assez brèves :

I. — Consulté sur l'opportunité d'une extraction de dent de sagesse dont l'éruption donne des accidents, le médecin devra s'abstenir de tout avis tant qu'il n'aura pas entre les mains une radiographie bonne et complète de cette dent.

Si celle-ci montre une dent qui n'a pas encore fait son éruption, mais qui est en position correcte pour la faire avec toutes les apparences de trouver pour cela la place suffisante, il conseillera l'abstention aidée par les petits soins ordi-

naires : propreté de la bouche, asepsie soignée — mais sans médicaments trop « actifs » — de la région intéressée, petits débridements successifs. Au besoin des radiographies périodiques permettront de contrôler le pronostic.

Il s'opposera donc aux opérations brillantes dont la nécessité est absolument douteuse dans de tels cas.

Ce n'est qu'en cas de renouvellements trop constants des accidents avec une stagnation trop prolongée de la dent que la question d'intervention se posera.

II. — Celle-ci se pose au contraire si la radiographie montre une dent placée dans de telles coditions qu'elle *ne peut* certainement pas faire son éruption.

Mais même dans ce cas, s'il ne s'agit encore que d'une première poussée, et légère, la satisfaction d'avoir fait d'emblée le diagnostic, n'implique pas nécessairement l'intervention opératoire.

Nombreux sont, en effet les sujets qui portent toute leur vie une dent incluse sans le savoir, et dans les commémoratifs desquels, on peut trouver en cherchant bien un avertissement de ce genre auquel on n'a pas donné sur l'heure sa signification exacte.

Je ne dis pas qu'il faudra *toujours* laisser passer la première alerte, car il en est qui doivent être écoutées immédiatement. Je dis seulement que la règle à ce sujet n'est pas absolue. C'est là affaire de jugement et de discernement. C'est une question de diagnostic et de pronostic dans chaque cas particulier.

III. — L'intervention étant jugée nécessaire, à quelle modalité s'arrêtera-t-on ?

J'en ai dit suffisamment, je pense, pour montrer, que, pour moi, l'ablation chirurgicale de la dent de sagesse est loin de s'imposer d'une façon absolue. Mais il est assez difficile de poser *a priori* des règles précises pour en décider. Ici, encore les conditions cliniques interviendront pour guider, et il faut bien dire aussi que chacun concluera selon son tempérament personnel. Cependant, quelques points particuliers peuvent être dégagés ici.

C'est ainsi que si la IIe molaire a déja été sérieusement éprouvée par la carie, la suppression préalable ne peut vraiment pas être sérieusement refusée.

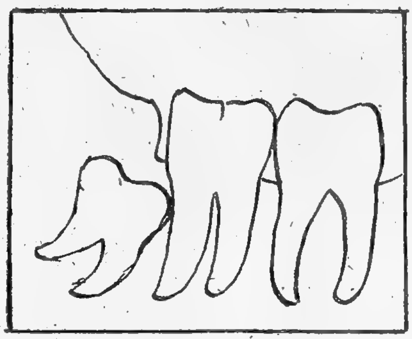
Un cas plus particulier, et assez fréquent, est celui où la IIe molaire étant saine, c'est la Ire qui est déjà fortement atteinte et compromise dans sa durée prolongée. Pour apprécier ici la conduite à tenir, il faudra tenir compte de facteurs plus subtils :

— *L'âge du sujet.* S'il n'a pas dépassé 25 ans, on peut encore espérer que l'espace libéré par l'ablation de la Ire molaire sera lentement et progressivement occupé par une migration atypique de la IIe, qui libérera d'autant la IIIe. Si l'âge est plus avancé, il faudra au moins compter que ce mouvement sera *fort long* à se réaliser.

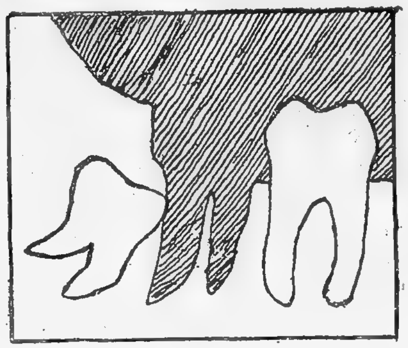
— Par conséquent, la plus ou moins grande *rapidité* avec lequel le résultat devra être obtenu entrera ici en ligne de compte.

— Il en sera de même de la *densité*, au moins apparente du maxillaire.

— Enfin la *position exacte* de la dent incluse sera un facteur important : la déviation angulaire peut être tellement accentuée qu'il n'y ait que



A



B

Fig. I (*d'après Capdepont*)

A) Dent de sagesse inférieure en position oblique, à peu près empêchée de faire son éruption normale, susceptible de donner lieu à des « accidents » indéfiniment répétés, et dont l'extraction « chirurgicale » représente une opération traumatisante, exposant le sujet à des complications graves, SUSCEPTIBLES MÊME D'ÊTRE MORTELLES, *en dépit des précautions les plus minutieuses.*

B) L'extraction préventive (après constatation radiographique de la situation) libère la dent de sagesse incluse et lui permet une éruption normale et sans incidents.

peu à escompter de ce moyen, la migration successive des molaires n'étant jamais totale.

— *Dans tous les cas*, l'ablation de la IIe molaire, si elle n'est pas une garantie absolue pour l'avenir, comporte une espérance suffisante d'amélioration définitive pour qu'aucune objection formelle puisse être élevée contre elle. Si l'extraction ultérieure de la dent de sagesse s'impose néanmoins, cette seconde opération en sera, dans le plus grand nombre de cas, plus facile et moins « shokante ».

— Par conséquent, ce n'est guère que la gravité réelle des accidents, leur répétition réitérée, une position tellement anormale de la dent incluse qu'il est manifestement impossible qu'on puisse résoudre autrement le problème posé, ou celle du populaire d'il y a cinquante ans : pour lui c'est une vétille à peine digne de sa considération, et le praticien qui l'exécute lui apparaît un peu comme le barbier-chirurgien aux docteurs-régents de la vieille Faculté. M. Beltrami a très bien dit ce qui convenait sur ce point. En particulier, ce qui vient d'être exposé ici suffira à montrer que l'extraction des dents de sagesse inférieures n'est ni la plus facile, ni la plus anodine des opérations de petite chirurgie. Que le médecin appelé dans ce cas se garde donc d'appréciations désobligeantes, hautaines et tranchantes à l'égard du spécialiste qui est intervenu. Elles ont grand risque d'être injustes et presque toujours incompétentes. Certaines réserves dédaigneuses ne sont



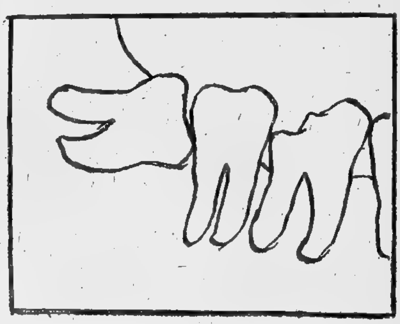


FIG. II

Dent de sagesse inférieure incluse en position horizontale et dont l'éruption est IMPOSSIBLE.

En présence d'un accident aigu rendant indispensable une intervention immédiate, celle-ci ne peut plus être que l'extraction chirurgicale. Outre les risques généraux rappelés pour la figure I, elle comporte pour la deuxième molaire des chances extrêmement grandes de disparition (fracture, luxation, extraction indispensable).

D'autre part on voit que la première molaire est fort délabrée. Son avenir est donc très limité et le sujet (20 ans) sera, *après une opération* GRAVE, *démuni de toute molaire* à cette machoire.

Si le dentiste — au lieu de mettre son point d'honneur de « technicien » à conserver à tout prix cette dent profondément altérée dès l'âge de 12 ans — avait considéré la situation « en médecin », il l'aurait *enlevée*. En vertu de la loi bien connue de migration post-antérieure des dents, la deuxième molaire serait venue occuper la majeure partie au moins de l'emplacement de cette première molaire. Par là la dent de sagesse aurait été largement libérée et aurait pu faire une éruption, en position anormale, mais *physiologiquement* normale. Si l'anomalie de position eût nécessité ultérieurement son avulsion (ce qui n'est nullement certain) celle-ci n'eût plus représenté qu'une opération relativement simple et sans danger.

encore un reliquat de racine laissé par une extraction antérieure incomplète, que l'ablation chirurgicale est, pour moi, nettement indiquée.

III. — Le médecin peut être appelé *après l'opération*, à propos des suites de celles-ci.

Dans ce cas-là, son premier devoir est d'être extrêmement sobre et prudent dans ses appréciations. C'est un conseil qui n'est nullement superflu. Dans une étude qui n'est pas très vieille (1), M. Beltrami, de Marseille, a longuement et justement insisté sur ce point. Trop volontiers, le médecin de pratique générale a conservé de l'extraction des dents une opinion assez analogue à

même pas de mise ici. Un défaut de tact en ces circonstances peut jeter sur un praticien qui ne le mérite aucunement un discrédit dont il aura peine à s'affranchir totalement. Si le médecin ainsi consulté acquiert par son enquête la conviction qu'une anesthésie adrénalinique trop parfaite peut être incriminée en la circonstance, qu'il en avertisse discrètement l'opérateur. En ceci, il fera œuvre utile.

J'ai dit plus haut qu'entre l'extraction de la IIe molaire et l'ablation chirurgicale de la IIIe molaire, il y avait place pour une autre façon, non de traiter les accidents provoqués par cette dernière, mais de les prévenir dans la plupart des cas.

A dire vrai, cette question demande à être

(1) *Sud médical et chirurgical*, 15 août 1937, 558. Voir également *Semaine Dentaire*, 7 novembre 1937, 935.

traitée à part et je ne ferai que la mentionner au terme d'une étude déjà longue.

C'est l'extraction *précoce* de la Ire molaire, ou « dent de six ans ».

Entendons-nous bien. Il ne s'agit pas ici d'extraction préventive systématique. Une telle manière de faire ne saurait s'envisager que si nous disposions de repères certains permettant de prévoir à coup sûr avant la douzième année, ce que sera vers la vingtième le développement de la mandibule et l'orientation de la dent de sagesse. Jusqu'ici nous ne les avons pas.

Mais, dans la pratique, la question se pose d'une autre façon.

La Ire molaire est, en effet, très souvent une dent de faible résistance et atteinte prématurément de carie délabrante. Les vieux praticiens qui avaient bien reconnu cela avaient en effet proposé et pratiqué même l'extraction à peu près systématique de cette dent, dès qu'il était manifeste qu'elle était de mauvaise qualité. La jeune école, très fière des progrès que la technique odontologique a réellement faits depuis quarante ans, s'est targuée de ne pas s'incliner devant une telle situation et flattée de la transformer par les applications de cette technique perfectionnée. Matériellement, et immédiatement, elle y a réussi. Mais, je crois bien que physiologiquement c'étaient les anciens qui avaient raison. D'ailleurs, ceux-ci avaient fort bien vu ce côté du problème et c'est très expressément qu'ils invoquaient la prophylaxie des accidents de dent de sagesse comme une des indications essentielles de la suppression précoce de la Ire molaire défaillante.

Je considère quant à moi que c'est certainement une faute de conception — qui est de règle à l'heure actuelle — de conserver à tout prix cette dent atteinte de déchéance organique précoce, alors qu'une possibilité existe toujours que la IIIe molaire à sortir ultérieurement ait une difficulté et même une impossibilité de trouver sa place normale.

Enlever systématiquement la Ire molaire même saine pour prévenir d'hypothétiques accidents provoqués ultérieurement par la IIIe molaire est une évidente exagération difficilement défendable à l'heure actuelle.

Mais conserver systématiquement, en ne voyant que la manœuvre technique à réaliser, cette dent alors qu'elle est manifestement défaillante ne paraît pas une exagération plus défendable, à cause de la possibilité toujours présente de ces accidents. Pour moi, je considère qu'une couronne d'or posée sur cette dent avant l'âge de 15 ou 18 ans — opération de pratique courante aujourd'hui — constitue, même si l'exécution en est parfaite, un véritable non-sens médical.

ENDOMÉTRIOMES EXTRA-GÉNITAUX

Les endométriomes, curieuses tumeurs composées de muqueuse utérine aberrante, dont la caractéristique est de saigner à l'époque des règles, ont été récemment à l'ordre du jour de l'Académie de chirurgie. Ils sont ou génitaux ou extra-génitaux et dans ce dernier cas se développent principalement sur l'intestin, l'ombilic, les cicatrices de laparotomie.

Deux cas particulièrement intéressants ont été rapportés, l'un par MM. L. Bazy, S. Blondin et P. Chêne, l'autre par Lardennois.

La malade de M. Louis Bazy se plaignait de pertes sanguines anales mises d'abord sur le compte d'hémorroïdes et attribuées ensuite à un cancer du rectum, la rectoscopie ayant révélé la présence d'une petite tumeur ulcérée sur la paroi antérieure du rectum. L'examen histologique de la lésion, par l'aspect de muqueuse utérine de celle-ci, montra qu'il s'agissait d'un endométriome, les pertes sanguines coïncidant d'ailleurs avec les règles. Dans la suite, ces pertes s'espacèrent, la malade approchant de la ménopause.

Dans l'observation de M. Lardennois, une jeune femme opérée d'hystérectomie avait vu apparaître quelques années plus tard dans la cicatrice de la paroi abdominale une petite tumeur de la grosseur d'une cerise, saignante également à chaque époque menstruelle. Elle et son entourage s'étaient inquiétés de cette apparition inattendue qui aurait pu éveiller un certain esprit revendicateur. M. Lardennois pratiqua, par une incision losangique, l'exérèse de la néoplasie dont la structure se révéla celle de la muqueuse utérine. S'agissait-il d'une greffe opératoire ou d'une métastase sans rapport avec l'opération ?

Quoiqu'il en soit, il est utile pour le praticien d'avoir présente à l'esprit l'existence de ces endométriomes extra-génitaux qui peuvent égarer le diagnostic.

Chez la femme jeune, le traitement sera l'exérèse ou, au cas de lésions difficilement opérables, la stérilisation (opératoire ou radiologique) des fonctions ovariennes, la tumeur régressant, en effet, au moment de la ménopause, naturelle ou provoquée. Chez la femme au voisinage de la ménopause, l'expectation surveillée suffira en général.

P. Lacroix.

UNE VARIÉTÉ D'ENCÉPHALITE ÉPIZOOTIQUE DU CHEVAL TRANSMISSIBLE A L'HOMME

Par J. LANGLE

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Ancien chef de laboratoire à l'Hôpital Trousseau

Les maladies des animaux sont fécondes en enseignements pour le médecin : depuis les recherches modernes sur la grippe, l'homme ne saurait plus se désintéresser de la pathologie du cochon, puisqu'il semble bien que cette affection si répandue ait des rapports étroits avec l'influenza porcine ou Hog Flu (1). Si l'on ajoute foi à de récents travaux américains (2), le cheval, lui aussi, pourrait être porteur d'un virus pathogène pour l'homme, et ce virus serait responsable de certaines encéphalites atypiques et graves observées surtout chez des enfants..

Pendant ces dernières années ont été observés dans différentes régions des Etats-Unis d'Amérique de très nombreux cas d'encéphalite épizootique chez les chevaux et les mulets.

Les études entreprises de divers côtés ont permis d'isoler des centres nerveux d'animaux morts de cette maladie ou sacrifiés peu avant leur mort, deux virus distincts : un virus occidental correspondant aux cas observés en 1931 en Californie dans la vallée de San Joaquin (Meyer-Haring-Howitt) et dans l'état de Minnesota en 1934 et 1937, — un virus oriental identifié au cours des épizooties des Etats de Maryland, Delaware, Virginie, New-Jersey et Massachusetts. Ces épizooties ont, dans certaines régions pris une énorme extension, puisque dans le Minnesota en 1937, sur 737.000 chevaux recensés, 41.159 ont été atteints et 9.200 sont morts de cette maladie.

Les réactions immunologiques ont permis de préciser que les virus reconnus responsables de ces deux variétés d'encéphalite équine sont distincts l'un de l'autre, distincts aussi de celui de la maladie de Borna du cheval anciennement connue, de celui de la stomatite pustuleuse du cheval connue également, de ceux enfin de l'encéphalite humaine épidémique de Saint-Louis, de la poliomyélite, ou de la chorioméningite lymphocytaire. Or, pendant que sévissaient ces épizooties ont été observés chez l'homme et surtout chez l'enfant, quelques cas d'encéphalite aiguë atypique graves, souvent mortels et paraissant bien imputables aux mêmes virus équins (24 cas en tout). C'est là, semble-t-il, le premier cas connu d'une maladie du cheval transmissible à l'homme.

Qu'il s'agisse du virus de l'est ou du virus occidental, les symptômes qu'ont présentés les malades ont été analogues : cette méningo-encéphalite aiguë a presque toujours un début brusque avec céphalée, vomissements, vertiges, étourdissements, auxquels s'ajoutent bientôt des signes méningés : raideur de la nuque, signe de Kernig, et, comme dans la maladie de von Economo-Cruchet, de la somnolence, des myoclonies, du nystagmus, de la diplopie. L'aphasie, diverses paralysies sont aussi signalées dans plusieurs observations. Une fièvre élevée avec polynucléose sanguine est aussi de règle. La ponction lombaire montre un liquide céphalo-rachidien louche, hypertendu, avec réaction cellulaire allant de 7 à 1.500 éléments, à prédominance tantôt de lymphocytes tantôt de polynucléaires.

Notons que, dans aucune des observations publiées les auteurs ne disent s'ils ont ensemencé sur les milieux habituels le liquide céphalo-rachidien. Souhaitons qu'ils n'aient pas omis cette épreuve capitale pour la rigueur des conclusions.

* * *

A l'inverse de ce qu'on a pu observer pour l'encéphalite épidémique de Saint-Louis, cette nouvelle encéphalite frappe surtout les enfants ; elle s'en distingue également par sa gravité beaucoup plus grande ; enfin, fait un peu troublant, cette encéphalite a été constatée plusieurs fois concurremment avec la coqueluche.

Par ses lésions anatomiques, cette encéphalite, aux dires des histologistes ayant examiné

(1) Voir à ce sujet la Revue générale de A. BÉCLÈRE dans *La Presse Médicale*, 16 janvier 1937 et 21 août 1937.

(2) C. M. EKLUND et Alex BLUMSTEIN : The relation of human encephalitis to encephalomyelitis in horses. — Conrad WESSELHŒFT, Edward C. SMITH et Charles-F. BRANCH : Human encephalitis. Eight fatal cases with four due to the virus of equine encephalomyelitis. — Isolation from human beings of equine encephalomyelitis virus (Editorial). — Les trois articles dans le *Journal of the American Medical Association* du 5 novembre 1938. Ils contiennent de nombreuses autres indications bibliographiques.

les centres nerveux des sujets morts de cette maladie, se distingue aisément de l'encéphalite de von Economo, et de l'encéphalite vaccinale.

Ces lésions étudiées se rapprochent au contraire de celles des encéphalites de Saint-Louis et du Japon, mais avec un caractère de gravité plus grand. Ce sont des lésions d'encéphalomyélite aiguë très disséminées consistant en congestion vasculaire intense avec manchons lymphocytaires nombreux (spécialement dans la substance grise de la moelle cervicale), en infiltration cellulaire avec « nids lymphocytaires », en désintégration cellulaire avec chromatolyse, pycnose et neuronophagie.

Les recherches de laboratoire entreprises à l'occasion de ces encéphalites humaines, sont du plus grand intérêt. Pope et Feemster, Webster et Wright injectent à des souris de trois semaines, dans le cerveau, 0 c. c. 03 d'une suspension glycérinée à 10 p. 100 de cerveau d'homme mort de cette affection. Quarante-huit heures après, les souris ont le poil hérissé, deviennent somnolentes, présentent des secousses musculaires, et meurent vers la 72e heure. Des cultures de leur sang et de leurs organes restent stériles. Les émulsions glycérinées des cerveaux de ces souris, injectées à d'autres souris, ont pu reproduire, dans les mêmes délais, les mêmes troubles, et quatre passages successifs ont pu être ainsi réalisés, même après filtration de l'émulsion cérébrale.

Fait intéressant, les souris peuvent aussi être infectées par simple instillation nasale. Ce virus de l'encéphalite équine s'est montré pathogène aussi pour le singe et le cobaye à condition d'employer de fortes doses en injection intra-cérébrale ; cette inoculation produit chez ces animaux, après 48 heures, étourdissements, faiblesse, prostration, et amène la mort en 72 ou 96 heures ; leur sang et leur liquide céphalo-rachidien se montrent infectieux pour la souris de même que les cerveaux des animaux malades sacrifiés. Le lapin serait lui aussi sensible à ce virus, injecté intracérébralement à doses massives. Cette réceptivité particulière de la souris, du singe, du lapin, du cobaye, caractérisant le virus oriental de l'encéphalite du cheval, le distingue nettement des autres virus connus atteignant les centres nerveux humains.

Les épreuves sérologiques et immunologiques ont permis aux auteurs américains dans plusieurs cas, d'identifier le virus équin dans les centres nerveux de sujets morts d'encéphalite.

D'une part Ter Brœck, à deux reprises, met en présence *in vitro*, le sérum d'un malade atteint de cette encéphalite atypique, et un échantillon de virus équin ; il y a bien neutralisation puisque le mélange injecté à la souris se montre inactif.

D'autre part Webster et Wright, du Rockefeller Institute, ont réalisé l'épreuve inverse : Ils mélangent *in vitro* 0 c. c. 3 de sérum de lapin immunisé contre l'encéphalite du cheval, avec 0 c. c. 3 d'une émulsion virulente de cerveau d'enfant mort d'encéphalite. Des dilutions à des taux variables de ce mélange sont ensuite injectées dans le cerveau de plusieurs souris ; les résultats montrent que ce sérum antivirus protège la souris contre 1.000 à 100.000 doses minima léthales pour la souris, de suspension cérébrale humaine. Une expérience de contrôle avec un sérum de lapin normal prouve que celui-ci n'apporte aucune protection.

Le sérum d'un lapin préparé avec un virus équin de la souche occidentale, alors que, dans les expériences relatées, il s'agit du virus oriental, se montre aussi totalement inefficace et n'empêche pas l'infection chez la souris, ce qui montre l'étroite spécificité de ces différents virus.

Cette identification du virus équin dans les centres nerveux de malades morts d'encéphalite a pu être réalisée dans quatre cas sur huit par Conrad Wesselhœft, Edward C. Smith et Charles F. Branch. Ces auteurs signalent que les centres nerveux doivent être recueillis et mis dans la glycérine aussitôt que possible après la mort ; un prélèvement trop tardif empêcherait l'épreuve de réussir.

Un dernier point intéressant de ces recherches américaines, c'est que la transmission de la maladie du cheval à l'homme semble se faire par des moustiques du genre Aedes, variétés Aegypti ou dorsalis, ou sollicitans, ou albopictus, etc... La réceptivité des souris domestiques enfin incline à faire penser que ces animaux jouent peut-être pour cette encéphalite épizootique du cheval, le rôle de réservoir de virus.

LA RÉÉDUCATION DES TOUT PETITS

Par le Docteur G. de PARREL,

Président de l'Œuvre de la Réadaptation de l'enfant

Ce qui caractérise la seconde enfance, c'est la souplesse et l'adaptabilité remarquables des tissus et des fonctions. Chez l'enfant qui semble normal à tous égards, il y a intérêt à utiliser cette plasticité naturelle pour entraîner les organes de la parole, les articulations, l'attention visuelle, tactile et auditive. Alexis Carrel a écrit très justement : « C'est le temps de l'enfance qui est le plus riche. Il doit être utilisé de toutes les façons imaginables. Au lieu de laisser en friche les premières années de la vie, il faut les cultiver avec le soin le plus minutieux. »

Ce qui est vrai pour l'enfant qui se développe selon les cadences habituelles, se révèle d'une nécessité absolue chez celui qui ne paraît pas progresser selon les rythmes accoutumés. Un tel sujet arrêté ou entravé dans son développement a droit à des soins spéciaux qui ne relèvent plus d'un simple entraînement méthodique, mais de techniques spéciales qui ressortissent à ce que nous appelons la *médico-rééducation*.

Le grand principe à suivre, c'est d'entamer cet effort de réadaptation, dès que le déficit sensoriel, moteur ou psychique a été reconnu. Pour les petits sourds, par exemple, cet effort doit être entrepris vers l'âge de 2 ans. Le plus tôt sera le mieux et de la précocité de l'intervention rééducative dépend le succès.

La condition préalable à l'application de ce principe est évidemment le dépistage précoce des perturbations, des retards ou des déséquilibres qui se manifestent avec plus ou moins de discrétion. Le médecin de famille devrait jouer un grand rôle dans ce dépistage puisqu'il connaît les antécédents de l'enfant et son potentiel morbide. Sachant ce qui peut se produire, il est bien placé pour découvrir les symptômes avant-coureurs d'un arrêt ou d'une déviation de l'une ou l'autre des fonctions qui participent au développement et à l'harmonie physiologiques de l'enfant. Mais les parents ne font pas toujours appel au médecin si leur bébé n'a pas de symptômes de maladie aiguë ; ils ne savent pas toujours observer avec précision leur enfant et noter les anomalies de son comportement.

Les signaux d'alerte

S'agit-il d'un bébé de 2 ans à 3 ans ? Les parents s'inquiètent de ne pas l'entendre babiller ou de le voir indifférent à son entourage ; ils constatent qu'il ne répond pas aux appels qu'on lui lance ou qu'il ne manifeste pas cette curiosité des mains ou cette tendance à l'imitation des gestes qui sont un des charmes du jeune enfant ; ils se rendent compte qu'il ne s'essaye pas à marcher, qu'il ne porte pas son regard vers la personne qui lui parle.

Leur inquiétude devient anxiété si ces fâcheux indices se confirment lorsque survient le troisième anniversaire de la naissance : l'enfant se révèle incapable de prononcer de courtes phrases, d'obéir aux commandements, de reconnaître ses proches et de leur sourire, d'exécuter les mouvements habituels de marche, de mastication, de préhension.

Ce n'est pas à la grand'mère, à la tante ou à la voisine que les parents devraient demander conseil en semblable éventualité, mais au médecin. Car, avant tout, il faut éviter les pertes de temps et les fausses manœuvres.

Le médecin de famille — qui ne manque pas, dans certains cas, de s'aider de l'avis d'un spécialiste — parvient à se faire une opinion sur la cause des symptômes : l'enfant est mal-voyant ou mal-entendant ; il présente une maladresse ou une inertie de ses membres ; son articulation et son vocabulaire sont déficitaires ; il se montre incapable d'observer, d'imiter et de comprendre ; il est indifférent aux événements qui se passent dans son champ sensoriel.

Quelle que soit la forme de la déficience ainsi dépistée, l'intervention d'un technicien de la rééducation s'impose. L'enfant doit être mis en observation. En même temps, le médecin prescrit le traitement qui répond aux faits cliniques observés.

Cette coopération du médecin et du rééducateur est indispensable au succès. Plus elle est étroite, plus elle est précoce, meilleurs sont les résultats.

L'enfant sourd se classe premier dans cette course à la réadaptation

Pour l'enfant demi-sourd ou sourd-muet, le temps gagné par cette réadaptation précoce a une valeur inestimable. Dès qu'il a atteint l'âge de 2 ans, il doit être initié à de petits jeux éducatifs destinés à solliciter son attention visuelle et tactile, son adresse manuelle. Le rééducateur a pour mission de tirer profit, dès qu'il en entrevoit la possibilité, de l'incomparable malléabilité des muscles et des organes de la parole (lèvres, langue, mâchoire inférieure, voile du palais, etc.), pour préparer les mouvements d'articulation et

d'émission. En même temps, il attire les regards de l'enfant vers son visage afin que le petit sourd prenne l'habitude de comprendre les mots et les petites phrases par le jeu des organes externes de la parole et de la mimique. C'est le premier stade vers la démutisation et la lecture sur les lèvres.

Sans plus attendre, le rééducateur s'efforce d'établir le bilan auditif du sujet. La plupart des sourds-muets possèdent des reliquats acoustiques. Tout comme les demi-sourds, ils doivent être soumis à des exercices méthodiques de développement et d'entraînement de l'ouïe. Trente années d'expérience, nous autorisent à affirmer que cette éducation de l'oreille joue un rôle éminent dans la récupération de l'enfant sourd parce qu'elle favorise grandement l'enseignement de l'articulation et de l'émission, qu'elle contribue puissamment à rendre la parole naturelle et vivante.

A l'âge où d'autres petits sourds moins favorisés entrent dans les classes enfantines des écoles spéciales pour y être démutisés, ceux qui ont reçu des soins précoces, dès l'âge de 2 ans, savent articuler correctement et lire sur les lèvres ; leur vocabulaire est étendu, leur adresse manuelle développée, leur attention visuelle et tactile bien disciplinée. Ils sont en possession d'un capital important qui leur rendra beaucoup plus aisées les acquisitions pédagogiques ultérieures.

Les petits enfants qui parlent mal ou qui ne parlent pas

Les sourds-muets ne parlent pas parce qu'ils n'entendent pas. Les demi-sourds parlent mal parce qu'ils entendent mal. Mais il y a aussi les enfants qui ne parlent pas ou qui parlent mal sans que leur audition soit altérée. Ceux-là doivent être confiés à des techniciens de la rééducation dès que le retard ou le trouble de la parole a été constaté. C'est encore aux jeux éducatifs qu'il faut avoir recours pour alerter l'attention de l'enfant ; puis, on procède à l'entraînement des différents organes de la parole par des mouvements préparatoires à l'articulation, par des massages manuels ou électriques, par des exercices devant la glace. Au fur et à mesure qu'on les démutise ou qu'on rectifie leur parole on étend leur vocabulaire par la présentation d'images ou d'objets groupés par catégories phonétiques. C'est un travail de longue patience à entreprendre, offrant de grandes analogies avec celui en usage chez les demi-sourds et les sourds-muets. Mais les résultats sont plus rapides en raison de l'utilisation du contrôle auditif.

Bien souvent les petits mal-parlants sont des débiles ou des incoordonnés de la motricité ou des sujets dont l'articulé dentaire est défectueux par retrait de la mâchoire inférieure et chute de la langue en arrière (glossoptose). Leur réadaptation ne saurait être obtenue que par des exercices réglés de coordination motrice et de rééducation respiratoire sans préjudice du redressement de la statique maxillo-faciale par le port d'appareils amovibles du type monobloc du Dr Pierre Robin. L'âge optimum pour cette rénovation plastique et fonctionnelle se place vers quatre ans.

Les retardés du langage

Profondément atteints dans leurs mécanismes cérébraux, inattentifs, dispersés, maladroits, ces retardés du langage forment le groupe si nombreux des déficients de l'intelligence et de la motricité. Dès qu'ils ont été dépistés, il faut se porter à leur secours. Le point capital de l'effort de réadaptation à déployer, c'est la sollicitation de la parole. Tâche complexe entre toutes, parce que toute standardisation, toute routine doit en être exclue. Un rééducateur digne de ce nom doit mettre la main à la pâte, au sens exact du terme ; il doit construire le langage en faisant appel à tous les artifices du métier, à toutes les ressources de l'ingéniosité et de l'imagination. Il doit se garder du danger d'un usage abusif des matériels éducatifs qui ferait obstacle à l'effort personnel du maître et de l'élève. Ce n'est pas avec des jeux d'encastrement ou de construction qu'on déclenche les mouvements de l'articulation et qu'on enseigne le vocabulaire à un enfant retardé. Chaque chose en son temps et à sa place. L'initiation au langage et au vocabulaire passe avant tout ; pour la réaliser le maître s'acharne à fixer l'attention de l'enfant sur les mouvements de l'articulation en même temps qu'il lui présente l'objet ou l'image correspondant au mot ou à la phrase à l'étude ; il utilise largement le travail devant la glace ; il place en position la langue ou la mâchoire inférieure.

La seule condition requise pour les premiers essais de rééducation, c'est la possibilité de fixer — ne fût-ce que par intermittence — l'attention du sujet sur les gestes qu'on accomplit devant lui, notamment les gestes de la parole, et sur les objets et les images qu'on lui présente. Le médecin, par l'application des traitements appropriés, contribue puissamment à la récupération de l'enfant. L'hormonothérapie joue un rôle primordial dans cette œuvre de rénovation.

Conclusion. Le rééducateur peut entrer en action aussitôt qu'on soupçonne un déficit fonctionnel chez un enfant. La période comprise entre 2 ans et 6 ans est la plus favorable. C'est une notion de haute utilité qu'il faut répandre parmi les jeunes mamans, les assistantes sociales, les jardinières d'enfants. Le médecin de famille est de toute évidence le conseiller le mieux placé pour alerter les parents, provoquer les examens indispensables et organiser les traitements médico-rééducateurs qui s'imposent.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

Ce que pratiquement le médecin doit savoir... afin d'éviter des accidents et des complications dans les fractures du rachis

D'après le Docteur H. LAFFITTE (de Niort) (1)

TOUT FRACTURÉ DU RACHIS EST UN PARAPLÉGIQUE EN PUISSANCE

Les fractures du rachis semblent se multiplier non seulement par suite du développement de l'automobilisme, mais encore parce qu'on fait maintenant rentrer dans leur cadre beaucoup de petites lésions révélées seulement par la radiographie, et qui, antérieurement, étaient ignorées ou méconnues.

Dès le point de chute, certaines précautions s'imposent pour conjurer un désastre dans les limites du possible. Ce sont des notions de pratique courante, qu'il n'est pas inutile de rappeler ; elles gardent toute leur importance, même après l'intervention du chirurgien ; elles englobent même jusqu'aux soins tardifs.

Les premières difficultés se présentent pour le **transport** d'un blessé du rachis depuis le lieu de l'accident jusqu'au lieu du traitement. Des manœuvres empressées peuvent avoir souvent des conséquences redoutables et, là plus qu'ailleurs, il faut apporter une prudence et une précision indispensables. La pensée que « tout fracturé du rachis est un paraplégique en puissance » doit dominer l'esprit de tous ceux, qui sont appelés auprès d'un blessé, à qui un accident d'automobile ou une chute d'un lieu élevé ont « cassé les reins ou rompu le cou ».

Sur le lieu de l'accident, le canal protecteur de la moelle ayant été rompu le plus souvent par un mouvement de flexion, il faut, avant tout, *éviter* l'exagération de cette flexion. La plicature, l'angulation du tube osseux articulé doivent être réduits et non augmentés. *Donc, ne jamais asseoir le blessé.* L'adosser contre un pan de mur, le mettre sur une chaise en lui faisant avaler, de force, un verre d'eau-de-vie ou de café pour le remonter est une détestable habitude. *Ce qu'il faut faire, c'est étendre le blessé bien à plat,* soit sur le dos, soit mieux encore, peut-être, à plat ventre si la lésion a porté sur le rachis dorsal ou lombaire, en lui soutenant alors les épaules avec un vêtement roulé. Si la lésion est cervicale, il faut caler latéralement la tête, et maintenir le cou moyennement tendu.

N'oublions pas non plus, que le blessé est schoké. *Le seul moyen de lutter contre cet état de schock est de le couvrir avec tous les éléments chauds, qui pourront tomber sous la main.* On peut ne pas disposer d'huile camphrée, de caféine, mais on peut toujours trouver quelques couvertures, des vestes, des pardessus, qui empêcheront le blessé de souffrir du froid. Cette élémentaire précaution est habituellement négligée par tous les sauveteurs volontaires. Il faut combattre cette sensation pénible de froid, non seulement auprès des traumatisés sur un champ de neige ou sur le bord d'une route trempée par un orage, mais auprès de tous les grands blessés.

En résumé : *étendre le malade bien à plat et le couvrir en attendant du secours,* sans le bouger de l'endroit même de l'accident, car s'il est toujours dangereux de l'asseoir sur une chaise, à plus forte raison est-il encore plus risqué de le prendre sous les aisselles et par les pieds pour le déposer ailleurs.

Il s'agit, maintenant, d'un problème nouveau : *le transport du blessé.*

On ne transporte pas un fracturé du rachis comme un fracturé de l'avant-bras ou même de jambe. Le problème est beaucoup plus compliqué.

Il faudra posséder soit un brancard assez bas, soit, mieux encore, une sorte de plateau constitué par deux planches réunies par deux traverses, sur lesquelles on aura déposé deux oreillers. Cet instrument de transport, facile à réaliser extemporanément, permettra la manipulation sans risques du blessé depuis le lieu de l'accident jusque sur la table radiographique. Si l'on disposait d'un grand cadre — gouttière de Rouvillois, ce serait encore mieux.

(1) Quelques notions de pratique courante sur les fractures du rachis. (*L'Actualité médico-chirurgicale,* novembre 1938.)

Pour déposer le blessé sur ce plateau, ou sur ce brancard, il faudra procéder de la façon suivante : d'abord, doucement, très doucement, rouler le malade sur le côté, puis approcher le plateau le plus près possible du blessé, tout contre lui, l'y maintenir et dérouler alors le blessé sur le plateau avec les plus grandes précautions. On peut le mettre soit sur le dos, soit sur le ventre, en prenant les précautions signalées plus haut.

Lorsqu'il s'agira d'une lésion cervicale, il faudra, en plus, qu'un aide maintienne ses deux mains plaquées contre les joues, les doigts accrochés au rebord du maxillaire et fasse une traction *douce* de la tête, en évitant les mouvements d'hyperflexion ou de latéralité. De trop nombreuses compressions brutales du bulbe ou de la partie supérieure de la moelle ont entraîné des morts rapides sur le lieu même de l'accident.

Le malade fixé sur son plateau est transporté par des moyens quelconques dans un lieu d'hospitalisation. On peut dire qu'à ce moment précis la tâche des premiers sauveteurs est terminée.

Elle est loin d'être négligeable. Que veut-on qu'un chirurgien fasse devant une paraplégie flasque ? Il n'est plus temps, alors, de parler de corriger la lésion. Le mal est fait et irrémédiablement établi. (1)

Une seule question peut encore se poser : *doit-on ou non faire de la morphine* ? On risque, en employant la piqûre calmante, de rompre la vigilance musculaire salvatrice et de provoquer, au cours de cahots inévitables du transport, des modifications dans les rapports osseux qui peuvent alors avoir des suites fâcheuses.

La mise à plat ? Oui. De l'huile camphrée ? Oui. De la douceur, beaucoup, et peu de calmants. Une bonne plaque horizontale, et voilà comment on peut résumer toute la thérapeutique si importante des premiers instants.

Au centre de traitement, quel que soit l'état du blessé : qu'il ait manifestement des signes de lésion médullaire importante, qu'il n'en ait aucun, qu'il ait une grosse lésion osseuse ou une petite, la première chose à faire est de le radiographier de face et de profil. Ramener le blessé chez lui, sans cliché, peut être la source d'ennuis ultérieurs certains, même si les lésions sont légères.

Si l'on fait abstraction des renseignements cliniques relatifs aux lésions médullo-radiculaires et elles sont d'un pronostic sérieux dans la plupart des cas, les signes cliniques, en dehors d'une douleur vague dans le rachis, sont peu caractéristiques. Seule, la radiographie permet de faire un bilan des lésions et d'établir une thérapeutique adéquate.

Bien entendu, il conviendra, tout d'abord, d'examiner sur la table même du radiographe le blessé et de se rendre compte de l'intégrité, ou non, du système radiculo-médullaire. D'emblée, il faut savoir si l'on a affaire à un traumatisme, *avec ou sans lésion nerveuse*. C'est une question de traitement et surtout de pronostic.

On pourra observer tous les types de lésions nerveuses, depuis la simple douleur névralgique intense en rapport avec une compression à tirail-

(1) Le Docteur A. Sicard, à son tour, rappelle que le traitement d'une fracture du rachis commence à la place même, où le traumatisme est survenu, que son pronostic se joue sur le lieu même de l'accident et pendant le transport, que des premiers soins enfin dépend bien souvent le sort ultérieur du blessé. Il rapporte notamment une observation personnelle, qui est particulièrement instructive :

« Je fus appelé comme chirurgien de garde un soir de novembre 1937 à l'hôpital Beaujon auprès d'un blessé qui venait d'être amené avec une paraplégie complète. Alors qu'il roulait la nuit à bicyclette, il avait été violemment tamponné par une poutre dépassant de l'avant d'un camion dont le conducteur ne l'avait pas aperçu. Le dos avait été heurté directement et le blessé projeté à terre. *Ce blessé se releva seul, fit quelques pas*, mais, comme il souffrait beaucoup dans la région lombaire, alla s'étendre sur le bord de la route. Il m'affirma qu'il avait pu, à ce moment-là, remuer encore facilement les jambes. On arrêta une voiture. Deux passants soulevèrent le blessé *en le prenant sous les épaules et sous les genoux* et le placèrent, avec beaucoup de difficultés, sur la banquette arrière de l'automobile. Cette manœuvre fut effroyablement douloureuse, arrachant des cris. C'est au moment où le blessé franchit la portière étroite qu'il ressentit dans les membres inférieurs des « décharges électriques ». Ses jambes furent alors « comme mortes ».

« Après un trajet d'une dizaine de kilomètres, pendant lesquels il se maintint assis à grand'peine avec l'aide de quelqu'un, il arriva à Beaujon où l'interne de garde porta le diagnostic de fracture du rachis et me demanda un avis thérapeutique. Il existait des signes d'interruption complète de la moelle avec une saillie très douloureuse de la dixième vertèbre dorsale et une cyphose accentuée à ce niveau. Je fis faire une radiographie qui confirma le siège de la fracture et montra un décalage latéral de 2 cm. de D10 sur D9, avec une angulation de 20° environ et une saillie intra-rachidienne D10. La fracture fut réduite tout de suite par extension continue et suspension du blessé en position dorsale ; un corset plâtré prenant les épaules fut appliqué. La réduction me sembla correcte ; il persistait cependant encore un léger décalage latéral.

« Il n'y eut, dans les jours qui suivirent, aucune modification des signes cliniques. On dut le lendemain placer une sonde à demeure. Des escarres fessières et talonnières apparurent et le blessé mourut de broncho-pneumonie au quinzième jour sans qu'il y ait eu la moindre récupération nerveuse.

« Comme il s'agissait d'un accident médico-légal, je ne pus vérifier la lésion moi-même, mais je sus que l'autopsie avait été pratiquée et qu'on avait constaté une moelle « complètement écrasée » au niveau d'une fracture de la 10e vertèbre dorsale. Il est bien certain que ce malheureux blessé a été victime du zèle intempestif de ceux qui ont voulu le secourir et qu'en quelques secondes une fracture sans doute curable est devenue une lésion mortelle. »

(*Le Bulletin Médical*, 21 janvier 1939.)

lement des racines, jusqu'à la paraplégie flasque, qui traduira peut-être cliniquement une section de la moelle, en passant par tous les intermédiaires d'altérations plus ou moins marquées de la moelle. Contrairement, à ce qui se passe si les lésions sont légères, il devient difficile de porter un pronostic, quand les manifestations sont graves. Pour une paraplégie flasque, qui équivaut à une section de la moelle, les chances de guérison sont extrêmement minimes ; mais il faudra savoir patienter des jours, voire des semaines, avant de se rendre compte si le malade pourra recouvrer ou non l'usage de ses membres.

La radio permet de classer les lésions :

1° *Lésions légères.* — Il s'agit tantôt d'un rebord écorné, le plus souvent en avant, tantôt de fissures trabéculaires plus ou moins visibles. Parfois, les vertèbres paraissent saines, et cependant l'examen d'un espace montre une *lésion du nucléus* : soit son écrasement avec pénétration dans la vertèbre, soit son issue en avant ou en arrière. Ces lésions, avant la radiographie, n'étaient pas classées dans les fractures du rachis ; elles constituaient le chapitre de ces « entorses » ou « tour de reins », qui laissaient toutefois des traces pénibles durant des semaines ou des mois.

2° *Lésions moyennes.* — Ce sont les lésions typiques. Il s'agit de la vertèbre écrasée classiquement par le mouvement d'hyperflexion de la colonne vertébrale, avec un rebord antérieur réduit à néant, une face postérieure plus ou moins conservée. Le canal médullaire est peu modifié ; la moelle est le plus souvent intacte.

3° *Lésions graves.* — Elles correspondent le plus souvent à des troubles médullo-radiculaires observés cliniquement. Ce sont presque toujours des fractures avec écrasement d'une vertèbre et luxation d'un élément.

Le traitement et les soins ultérieurs

1) Aucune altération médullaire, mais névralgies, troubles parétiques.

Il s'agit essentiellement des lésions légères et de la plus grande partie des lésions moyennes. Sauf quelques exceptions, ces fractures sont dues à une hyperflexion, avec un maximum de fréquence au niveau de la région dorso-lombaire et des dernières cervicales.

Il faudra corriger cette hyperflexion et la maintenir par un appareil plâtré. Si les lésions légères, qu'il ne faut nullement négliger, sont parfois justiciables d'une gymnastique médicalement conduite, parfois il est préférable de recourir au plâtre ; en tout cas, la réduction, qui précédera son application, fera cesser tout tiraillement radiculaire, possible pour les lésions moyennes. Celles-ci relèvent essentiellement de la thérapeutique de l'hyperlordose, qui a transformé l'avenir de ces malades, en leur rendant au bout de quelques mois leur intégrale capacité fonctionnelle. Dans ces deux cas, le plâtre fera disparaître les douleurs, névralgies, troubles parétiques, accompagnés parfois d'altération des réflexes.

Dans l'immense majorité de ces cas, le plâtre suffit, et il n'est point besoin de recourir à la chirurgie. On pourra rendre la réduction moins douloureuse, en anesthésiant les parties fracturées (injection d'un centimètre cube de morphine) ou en infiltrant la région par de la novocaïne à 1 p. 200. La réduction se fait sous le contrôle de la radiographie. Quand le canal aura repris son aspect normal, on fera un plâtre. Cependant, une bonne réduction peut être empêchée, par exemple, par l'accrochage d'une apophyse articulaire, qui rend indispensale la méthode sanglante.

Il vient d'être question de l'application d'un corset avec point d'appui sus-pubien et thoracique, puis contre-appui dorso-lombaire, en une région correspondant à la zone fracturée. S'il s'agit de la région *dorsale*, le corset montera jusqu'à la racine du cou. Si c'est la région cervicale, qui est intéressée, on appliquera une minerve.

Il faudra se méfier, pour l'application de cette minerve, des mouvements intempestifs et des fausses réductions. Le plus souvent, il faudra faire une extension progressive et douce pour mettre les vertèbres en place sans créer de traumatisme nouveau (ce qui est quelquefois arrivé) immobiliser alors en correcte position, ce qui n'est pas toujours facile, un rachis particulièrement sensible.

Soins ultérieurs. — Alors que d'une façon systématique on imposait aux fracturés du rachis une immobiliastion plâtrée pendant plusieurs mois, on *a tendance, maintenant, à diminuer le plus possible cette immobilisation et à réduire le séjour au lit dans des proportions notables.*

Pour conserver la valeur musculaire des masses sacro-lombaires, il y aura lieu de permettre un peu de marche, voire même des mouvements légers actifs de flexion, d'extension du tronc, ainsi que le port d'un sac de sable sur la tête. Sans aller jusqu'à proposer une gymnastique systématique sans appareillage des cas moyens,— lorsque le tronc est bien bloqué, le malade ne court absolument aucun risque à se livrer à de légers mouvements.

Dès la prise du plâtre, le *malade n'est plus un objet fragile.* Il est beaucoup plus transportable. Appareillé, il devient un convalescent.

Soins tardifs. — Au bout de trois ou quatre

mois, le plâtre sera enlevé ; on recourra au corset de toile et à la gymnastique. Le corset de toile est porté six mois, et lorsque neuf mois se sont écoulés, on permet la reprise intégrale du travail.

2) **Avec lésions médullaires.**

Les fractures du rachis, avec lésions médullaires, sont graves, en raison de la paraplégie flasque sensitivo-motrice, qui les complique ; celle-ci s'accompagne d'abolition des réflexes, d'escarres rapidement enflammées et consécutives, le plus souvent, à une section de la moelle. Cependant, la paraplégie flasque n'est pas un signe de certitude absolue d'une section totale de la moelle. Certains cas d'œdème médullaire peuvent provoquer un tableau clinique d'arrivée très impressionnant, qui disparaîtra ultérieurement.

L'exploration radiographique montrera le plus souvent des lésions importantes à savoir : écrasement de la vertèbre, s'accompagnant fréquemment de luxation.

Voici les grands principes du traitement chirurgical : redresser le canal ; libérer les racines ; écarter les points de pression ; essayer ultérieurement d'empêcher les cals exubérants, petites luxations pouvant secondairement provoquer des troubles au moins aussi importants que ceux survenus au cours des premières heures. Il semble à peu près établi que l'hyper-lordose, et la mise dans un appareil plâtré, suivant la technique de Böhler, soient sans danger, et que, par la tentative de réduction avec immobilisation, on ait tout à gagner et rien à perdre.

Si le résultat n'est pas favorable, on aura le droit de proposer l'acte chirurgical : laminectomie pour libérer le névraxe. Elle est à conseiller lors qu'apparaissent des signes d'aggravation : priapisme précoce, œdème des membres inférieurs, troubles trophiques persistants. « Comme il n'y a pas d'espoir autrement, on peut toujours l'essayer, mais il faut savoir modérer ses espoirs. »

Quant aux *complications*, elles intéressent au moins autant le médecin que le chirurgien. En effet, le praticien peut suivre son malade, et constater certains troubles lésionnels qui relèveront de sa thérapeutique. « Les troubles trophiques sont fréquents. Il faudra veiller avec soin à ce que les infirmiers entretiennent minutieusement la peau, diminuent les points de pression et conservent une asepsie absolue sur tout le territoire particulièrement fragile : fesse, trochanter, talon. Les complications pulmonaires ne sont pas non plus rares, depuis la simple congestion des bases jusqu'à la congestion vraie, ou même broncho-pneumonie, qui est, d'ailleurs, d'un pronostic redoutable. Les troubles urinaires s'observent surtout dans les cas graves qui s'accompagnent de rétention. Une chose est à craindre avant tout : l'infection. Pour l'éviter, il y aurait intérêt, d'après certains, à faire une cystotomie précoce. Sans aller jusqu'à la faire le lendemain de l'accident, il ne faudra pas attendre que la répétition des cathétérismes entraîne une cystite ou même une cystalgie désagréable. Quitte à refermer une bouche sus-pubienne quelques mois après, il vaudra mieux avoir recours à la dérivation des urines.

* * *

Ce qu'il faut retenir, c'est que, dans au moins un tiers des cas, les fractures du rachis ont un pronostic extrêmement réservé, sinon mortel, par suite des lésions nerveuses irrémédiables survenues au moment de l'accident et quelquefois même du transport.

La chirurgie permet une certaine récupération, mais, dans l'ensemble, ce qui n'aura pas été gagné par la réduction et l'immobilisation plâtrée sera difficilement obtenu par l'intervention proprement dite.

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

L'épreuve du nitrite d'amyle chez les hypertendus

On sait que cette épreuve a été préconisée pour l'étude des bradycardies : en cas de bradycardie sinusale, le cœur s'accélère immédiatement ; en cas de bradycardie par dissociation auriculo-ventriculaire (syndrome de Stokes-Adams) le rythme du cœur n'est pas modifié. Cette épreuve en pareils cas a semblé plus pratique que l'épreuve de l'atropine parce que ses résultats sont d'une part plus nets, d'autre part plus rapides, et d'une observation presque immédiate. La tachycardie et l'hypotension provoquées par le nitrite d'amyle sont de peu de durée et rapidement le pouls et la tension reviennent à leur chiffre antérieur.

MM. Ch. Aubertin et S. Wester concluent de leur étude que chez les hypertendus cette épreuve présente quelques caractères particuliers suivant les variétés de l'hypertension. Ainsi, chez les athéromateux hypertendus, la chute de la tension maxima est un peu moins marquée que chez les hypertendus solitaires et ne dépasse guère sept centimètres ; la minima tomberait de trois, deux, quelquefois un centimètre et serait assez peu durable. Chez les hypertendus, avec insuffisance cardiaque, l'épreuve est en principe à éviter. (*L'Orientation Médicale*, novembre 1938.)

Un nouveau traitement de l'acidose diabétique : l'acide succinique

On sait que les glucides peuvent, comme les corps gras, amener dans leur dégradation la production de corps cétoniques. Ce trouble serait dû à un dysfonctionnement du système catalyseur, défavorable aux phénomènes normaux de l'oxydation, et en particulier à un défaut d'acide succinique.

Le Docteur Lyonnet rappelle les résultats obtenus jusqu'à présent par l'administration d'acide succinique ou de succinate de chaux suivant la méthode de Koranyi et Szent-György ; s'il est encore très difficile de se faire à l'heure actuelle une opinion bien justifiée, on peut dire que l'acide succinique, s'il agit sur l'acidose, reste sans effet sur l'hyperglycémie du diabète, sur la glycosurie. Le gros intérêt de cette préparation serait de pouvoir se passer de piqûres et de diminuer les doses d'insuline. (*Lyon Médical*, 2 octobre 1938.)

Sur un cas de néphrite cantharidienne traitée par la scille

L'observation de MM. Massias et Phan-Huy-Quat a trait à une intoxication de 40 cantharides absorbées sur le conseil d'un médicastre pour le traitement d'une blennorragie. Rapidement apparut une hématurie avec hyperazotémie (2 gr. 43), hyperglycémie (1 gr. 78) et 0 gr. 70 d'albumine. L'administration d'un extrait de scille a rapidement amélioré le syndrome hyperazotémique et les signes cliniques. (*Rev. Méd. Fr. d'Extrême-Orient*, mars 1938.)

Carences alimentaires et pathologie interne

Ch. Richet, bien qu'en cette question un certain nombre de points restent encore obscurs ou hypothétiques, croit pourtant pouvoir affirmer le fait suivant : parmi les troubles observés chez les sujets soumis à des régimes de restriction, ou ayant souffert de diarrhées prolongées ou atteints de cirrhoses, il en est qui sont dus à une insuffisance d'un ou de plusieurs des éléments spécifiques de la nutrition. Il est possible que le même élément se retrouve dans certaines complications du diabète, dans certains cas d'anémie pernicieuse, peut-être dans d'autres manifestations sanguines.

La thérapeutique peut bénéficier de ces notions. D'une part il sera nécessaire d'utiliser de façon prophylactique ou thérapeutique les vitamines ou les acides vitaminés chez tel ou tel malade ; d'autre part, une attention particulière doit être portée sur le régime alimentaire. Le médecin, qui prescrit ce régime, ne doit pas se borner à calculer la ration qui serait à la fois adaptée à l'affection clinique, et suffisante pour un sujet normal ; pour pouvoir remédier à une carence éventuelle, il devra augmenter la ration des aliments médicaments qui contiennent ces principes énergétiques et spécifiques. (*La Presse Médicale*, 3 décembre 1938.)

Comment se transmet la paralysie infantile

Le Docteur Babonneix fait une historique de la question, en rappelant l'opinion qu'il avait émise à ce sujet dès 1924, époque à laquelle il concluait à la propagation d'homme à homme dans l'immense majorité des cas. Il n'était pas éloigné de croire, au cours d'une épizootie con-

comitante, que des animaux pouvaient contaminer l'homme.

A la suite de l'épidémie alsacienne de 1930, les auteurs ont retenu la contagion interhumaine et la transmission hydrique. Ce dernier mode, supposant une origine digestive de l'infection, est basé sur de nombreux arguments d'ordre clinique, épidémiologique et anatomique.

Sur 140 cas personnels, l'auteur en cite un certain nombre dont l'étiologie offre quelque intérêt : contagion par un convalescent ; contagion par des porteurs de germes ; apparition chez des personnes de l'entourage de troubles divers attribuables, sans doute, au virus de la poliomyélite antérieure aiguë ; apparition au cours d'une épidémie ; coexistence d'une épizootie. (*Gazette des Hôpitaux*, 3 décembre 1938.)

Tension artérielle et pression atmosphérique

L'expérience personnelle du Professeur R. Fabre et de Mlle G. Rougier montre que la tension artérielle des individus normaux ne varie pratiquement pas avec la dépression barométrique, tout au moins dans les limites de vitesse et de dépression que l'on atteint actuellement.

Pour les montagnards, malgré le travail mécanique considérable qu'ils fournissent le plus souvent, le peu de fréquence de l'hypertrophie et de la dilatation cardiaques s'explique par le fait que, en réalité, la tension artérielle s'abaisse en valeur absolue avec l'altitude. (*Gaz. Hebd. des Sc. Médicales*, 15 janvier 1939.)

A propos de quelques observations récentes d'évolution atypique du cancer

On admet généralement que le cancer est d'abord une lésion locale, qui se propage par développement continu, de proche en proche, dans les tissus voisins, puis dans une deuxième phase d'extension régionale, va former, par voie lymphatique, des foyers ganglionnaires. Enfin, dans une troisième phase de généralisation, par transport métastatique, peuvent se développer en des points éloignés et multiples, des tumeurs secondaires reproduisant la structure du néoplasme primitif.

Le Docteur G. Bonnal ne pense pas que cette règle soit absolue. La présence, chez un cancéreux, de diverses localisations néoplasiques ne doit pas impliquer forcément une relation d'interdépendance entre ces diverses localisations l'une étant la tumeur initiale, les autres des tumeurs secondaires, ganglionnaires ou métastatiques. Il pourrait y avoir, chez le même malade, soit en même temps, soit successivement, des néoplasies autonomes sans rapports entre elles.

L'auteur rapporte, à cet égard, plusieurs observations intéressantes. C'est notamment un homme, qui a eu successivement, en sept ans, cinq localisations cancéreuses, trois à la langue (base droite, région antérieure gauche, puis pointe de la langue), une à la lèvre supérieure, une à la joue gauche. Il ne peut s'agir ici de la propagation directe par continuité : les diverses lésions sont éloignées les unes des autres et séparées entre elles par des tissus sains. Peut-on attribuer ces localisations successives à une généralisation de la lésion primitive par métastases. Evidemment non. Les métastases sont des tumeurs secondaires, développées à distance, par voie sanguine ; or, ici les lésions sont voisines les unes des autres, et le processus de propagation sanguine n'apparaît pas.

Il y a là une multiplicité de lésions cancéreuses voisines les unes des autres, dont l'apparition successive peut être comparée à l'essaimage de localisations diverses, que l'on constate fréquemment dans certaines affections générales, comme la tuberculose.

Dans une autre observation, c'est en pleine santé apparente, quinze mois après la guérison clinique d'un épithélioma du col utérin qu'apparaît une adénopathie cancéreuse sus-claviculaire, sans aucun signe d'envahissement des ganglions hypogastriques ou lombaires. Comment expliquer ce long intervalle libre de quinze mois ?

Bref, la théorie classique du cancer maladie locale, si utile du point de vue thérapeutique, puisque c'est de la précocité du traitement que dépend généralement la guérison, est en opposition avec ces cancers multiples et indépendants apparaissant chez le même malade.

Par contre, cet essaimage des lésions, leur apparition après guérison de la localisation antérieure, leur propagation parfois paradoxale, mettent en relief l'importance aussi vraie pour le cancer que pour les infections microbiennes, des facteurs généraux, du terrain, d'une prédisposition ou d'une résistance individuelle au processus cancéreux, entités que la clinique établit mais dont nous ne faisons qu'entrevoir les éléments. (*Le Sud Médical et Chirurgical*, 15 décembre 1938.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les hémorragies rétiniennes chez le nouveau-né

(MM. PÉHU et BONAMOUR, de Lyon ; 20-12-1938)

Les hémorragies rétiniennes (constatées à l'ophtalmoscope) sont assez fréquemment observées chez le nouveau-né. Elles ne paraissent avoir aucun lien démontrable avec l'acte obstétrical lui-même et le traumatisme plus ou moins étendu que parfois il entraîne. Elles n'ont qu'une valeur séméiologique minime et disparaissent vite après la naissance. On pourrait toutefois faire quelques réserves sur le pronostic éloigné visuel de ces hémorragies.

Sur la recrudescence récente de l'alcoolisme en Normandie

(M. F. DEVÉ ; 20-12-1938)

Depuis quelques années, en Normandie, les médecins ont noté une recrudescence nettement accusée de l'alcoolisme. Le Professeur Née, par exemple, dans le service spécial des « isolés » de l'Hôtel-Dieu de Rouen, a eu à traiter en 1935, 1936 et 1937, 220 cas de delirium tremens, avec une mortalité de 56 %. Ces « malades » buvaient de l'alcool (eau-de-vie, calvados), des apéritifs et aussi du vin. Bon nombre d'entre eux étaient... des chômeurs, dont le plus clair des allocations allait chez... le débitant (disons le « bistrot » pour employer un terme plus explicite).

La situation n'est, hélas, pas particulière à la Normandie. On pourrait en dire autant, probablement, de nombre d'autres régions.

La Société de médecine de Rouen, justement émue de cette situation, a rédigé un tract qu'elle fait publier dans l'espoir d'atténuer cette recrudescence de l'alcoolisme. Elle y demande, entre autres mesures, la diminution du nombre des débits, la réglementation du commerce des boissons alcoolisées en s'inspirant du modèle scandinave, la fermeture des débits dans certaines circonstances spéciales (grèves, élections, etc.), l'organisation des loisirs, la propagande par la T. S. F., le cinéma, la presse, etc.

— M. SIEUR rappelle la forte mortalité qui frappe les alcooliques, en dehors même des accidents alcooliques proprement dits aigus ou chroniques. Il ne pensait pas être si bon prophète lorsqu'il émettait à la tribune de l'Académie, la crainte que l'application de la loi de quarante heures à tous les travailleurs sans distinction ne fut pour eux une occasion de passer une partie plus grande de leur temps dans les débits.

La Suède et la Norvège ont interdit la vente au détail de boissons alcooliques titrant plus de 14°. En Allemagne, il est défendu de servir des boissons alcooliques dans la matinée et les jours de paiement des salaires.

— M. VINCENT craint bien que les faits révélés par M. Devé ne s'appliquent plus ou moins à toute la France... L'alcoolisme est devenu depuis deux ans un danger national.

Danger des cures d'amaigrissement non médicales

(MM. Et. BERNARD, J. WEIL et Mlle LOTTE ; 20-12-1938)

L'embonpoint n'est pas à la mode et le temps n'est plus où la beauté féminine se parait d'un engraissement non limité. Aujourd'hui, la femme veut maigrir...

Il y a danger à maigrir sans discernement, sans conseils médicaux, sans surveillance autorisée. M. Et. Bernard et ses collaborateurs en rapportent cinq exemples concernant des jeunes filles ou des femmes qui, dans un but d'amaigrissement, se soumirent à des régimes de carence rigoureux et excessifs, jusqu'au jour où apparut, chez elles, une tuberculose évolutive grave. Entre autres : une fillette de douze ans, vivant dans de bonnes conditions hygiéniques et alimentaires, piquée au vif un jour parce que ses camarades d'école l'ont trouvée grosse (ce qui était d'ailleurs inexact) et l'ont appelée « grosse patate », entreprend de son propre chef une cure d'amaigrissement (suppression du pain, diminution de la viande, etc.). Elle maigrit, effectivement, mais un mois plus tard, apparaissent les premiers signes d'une tuberculose sévère.

Vaccins anti-rabiques phéniqués

(MM. P. REMLINGER et J. BAILLY ; 10-1-1939)

MM. Remlinger et Bailly ont fait, chez le lapin et le chien, de nouvelles recherches expérimentales sur la valeur comparative des vaccins anti-rabiques phéniqués et des moelles desséchées. Leurs expériences établissent que la protection assurée par les uns et les autres est du même ordre approximativement. Ainsi, les chiens vaccinés avec les moelles ont été préservés dans la proportion de 75 % et les chiens ayant reçu le vaccin phéniqué dans la proportion de 70 %. La valeur intrinsèque des deux méthodes étant sensiblement identique, il convient de les juger sur la facilité de leur application, élément nettement en faveur des vaccins phéniqués, lesquels d'autre part — avantage inappréciable — peuvent être expédiés au loin et être injectés dans les dispensaires, voire au domicile du médecin.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

La dissociation auriculo-ventriculaire iso-rythmique rhumatismale

(MM. Ch. Laubry et J. Lenègre ; 4-11-1938)

Il s'agit là d'un trouble de conduction trop souvent méconnu. La dissociation auriculo-ventriculaire iso-rythmique n'est qu'une des nombreuses variétés des troubles rythmiques et électro-cardiographiques observés au cours des maladies infectieuses en général, et des rhumatismes articulaires aigus en particulier. Elle tient une place à part dans le vaste cadre des dissociations auriculo-ventriculaires.

Cette variété, de connaissance relativement récente, est l'apanage des sujets jeunes : enfants, adolescents, adultes jeunes. Presque toujours, il s'agit d'un rhumatisme franc, avec température élevée. La dissociation peut apparaître à toutes les périodes de l'infection rhumatismale, le plus souvent très tôt, à l'acmé de la phase fébrile, parfois à son décours ou à l'occasion d'une récidive.

Rien n'est plus difficile que de reconnaître cliniquement la dissociation iso-rythmique, parce qu'elle est à la fois latente et silencieuse. Elle ne donne lieu à aucun symptôme fonctionnel, tout au plus à de banales palpitations ; les vertiges sont rarement signalés. L'auscultation cardiaque n'est guère évocatrice : le rythme varie entre 60 et 100 suivant les malades ; il est à peine irrégulier. Et, si l'on remarque l'arythmie, on peut aisément croire à une arythmie respiratoire, ou à la présence d'extra-systoles qui ne seraient pas suivies d'un repos compensateur. Ces faux-pas « traduisent un phénomène souvent observé dans les dissociations iso-rythmiques. On ne trouve qu'exceptionnellement des symptômes plus explicites de dissociations auriculo-ventriculaire : éclats intermittents du premier bruit, systoles en écho, dissociation radio-jugulaire. Il est important de remarquer que, dans plus de la moitié des observations, il n'existe aucun cas d'atteinte valvulaire. C'est dire que le diagnostic serait presque toujours impossible sans le secours des électro-cardiogrammes. Ceux-ci mettent en évidence la rupture des connexions auriculo-ventriculaires habituelles. Oreillettes et ventricules battent au même rythme ou à peu près au même rythme, mais indépendamment les uns des autres.

L'évolution de la dissociation auriculo-ventriculaire iso-rythmique est toujours très brève. Les efforts, l'injection intraveineuse d'atropine font disparaître le trouble de façon immédiate, mais passagère. Puis, en quelques jours, parfois du jour au lendemain, les connexions auriculo-ventriculaires se rétablissent soit spontanément, soit sous l'influence du salicylate qui semble avoir, dans ce cas particulier, les effets les plus heureux et les plus rapides. A noter que cette affection atteste cependant l'atteinte cardiaque et témoigne d'une myocardite septale légère, fugace, frappant avec prédilection le tissu Hisien.

G. F.

Société de médecine de Paris

Séance du 4 novembre 1938

Un traitement nouveau des arrêts de développement sexuel chez les adolescents

Prof. N. Pende, de Rome. — Les enfants depuis la naissance et surtout les adolescents peuvent présenter un syndrome qui est caractérisé par un engraissement exagéré avec poids et hauteur souvent excessifs et un retard grave du développement sexuel, quelquefois cryptorchidie complète ou incomplète, bilatérale ou monolatérale, pénis trop petit, phimosis, adiposité exagérée des seins chez les mâles, visage enfantin persistant avec très petit nez et très petite bouche et yeux enfantins même à l'âge pubère. Ce syndrome très fréquent et qui résiste beaucoup à l'opothérapie même la plus moderne, avait été confondu jusqu'à présent avec la dystrophie adiposogénitale de Frölich.

Les observations du Professeur Pende ont montré que le facteur pathogénique essentiel et décisif est l'hypertrophie de la glande thymus, et que le traitement électif est la rœntgenthérapie du thymus, avec une technique fixée par Pende sur plusieurs centaines de cas. Cette rœntgenthérapie détermine rapidement un changement général somatique et psychique du sujet, surtout l'évolution rapide des organes et des caractères sexuels secondaires, avec amaigrissement, croissance en hauteur, apparition de la puberté. Des projections nombreuses démontrent les résultats brillants de ce traitement qui vient combler une lacune dans la thérapeutique jusqu'à présent très difficile de ces patients.

Traitement de l'insuffisance surrénale par l'hormone mâle

Le Professeur Maranon se basant sur les faits cliniques histologiques et biologiques qui démontrent l'existence dans l'écorce surrénale d'une hormone très proche de l'hormone testiculaire (ou peut-être l'hormone testiculaire même), a traité avec cette hormone testiculaire trois cas de maladie d'Addison typiques et cinq cas d'insuffisance surrénale non addisonienne. Les résultats ont été très encourageants ; les symptômes mélanodermiques n'ont pas changé, mais la tension artérielle, l'asthénie, l'inappétence, l'impuissance sexuelle se sont notablement améliorés. Dans deux autres cas récents observés à la clinique du Docteur Richet, le traitement testiculaire a été suivi de mêmes résultats excellents.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

Séance du 16 *décembre* 1938

Pleurésies aiguës avec épanchement, jugulées par l'oxyaminothérapie

Il s'agit de deux cas, les seuls que j'ai eu à soigner depuis longtemps, où la guérison fut d'une rapidité exceptionnelle.

1° Mlle F..., 16 ans, belle apparence, bonne santé habituelle. Elève studieuse qui, depuis la rentrée, se couche tard et se lève tôt pour ses devoirs et ses leçons. Comme antécédents familiaux on me signale un frère un peu plus âgé, maigre et tousseur habituel.

A ma première visite, le 22 décembre 1937, je constate une pleurésie droite pouvant remonter, d'après les commémoratifs, à trois jours, avec un épanchement d'un litre certifié par une radiographie immédiate. Température aux environs de 39°. Le traitement consiste en injections sous-cutanées d'okamine cystéinée tous les deux jours, et des comprimés de 0,25 de cryogénine à 8 heures, 12 heures, 16 heures, qui sont d'ailleurs supprimés au bout de deux jours.

En 48 heures, apyrexie complète. Le 26 décembre, c'est-à-dire quatre jours après ma première visite, alimentation normale. L'épanchement se résorbe en quelques jours. Le 31 décembre, la malade a l'autorisation de se lever. Elle fait sa première sortie le 7 janvier et part le 15 à Nice pour un séjour d'un mois, par précaution.

Je l'ai revue récemment en parfaite santé, ayant repris ses études normalement depuis la fin de février.

2° Mlle A..., 15 ans, embonpoint notable, mais trop pâle, toujours fatiguée, tousse facilement. Une radio faite sur ma demande il y a quelques années n'a rien révélé. Un grand-père éthylique est décédé de tuberculose pulmonaire. Une sœur aînée est morte à l'âge de huit mois, de méningite tuberculeuse.

A mon retour à Paris, le 24 octobre dernier, je trouve une enfant malade depuis une semaine, modérément fébrile (elle n'a atteint 39° qu'une fois), n'ayant pas perdu l'appétit. Un confrère venu le 18 a supposé une grippe légère et fait garder le lit. Mon examen ne me donne aucune explication de l'état fébrile ; la toux est minime, sans caractère ; aucune souffrance, alimentation et digestion bonnes. Mes appréhensions anciennes quant à la possibilité d'une éclosion tuberculeuse m'obligent à des réserves formelles. Pendant trois jours aucun changement. La cryogénine à dose réfractée est sans action sur la température. Le 28 on me téléphone que la malade souffre du côté droit. Je constate à la base droite une matité pas absolue prolongeant assez haut la matité du foie ; ni souffle, ni râles ; la respiration s'entend, mais très diminuée. Je conclus à une pleurésie diaphragmatique avec épanchement. Je prescris l'okamine cystéinée en injections sous-cutanées de deux en deux jours. Aucune autre médication.

Le 30 octobre, le point de côté a disparu, la matité a diminué. Néanmoins la température se maintient quelques jours autour de 38° sans gêner l'appétit ni les digestions. Je lui permets de se lever le 4, et de sortir le 9 novembre. Le 10, elle va chez le radiographe. L'épreuve radiographique confirme entièrement mon diagnostic. La malade continue à aller très bien. Jamais, affirme la maman, elle n'a eu aussi bonne mine et la sensation d'une santé aussi parfaite. Elle est partie à Cannes hier, 15 décembre.

Voici donc deux jeunes malades dont la pleurésie aiguë avec épanchement a évolué si vite qu'elles ont pu faire leur première sortie quinze jours à peine après le début de la maladie.

J'ajouterai, comme confirmation éclatante de l'activité de cette solution amino-acide, un troisième cas relatif, non plus à la plèvre, mais au péritoine.

En août 1937, séjournant à Vals, je fus prié de voir un malade habitant Aubenas, qui semblait être arrivé au terme d'une évolution bacillaire envahissante et progressive remontant à deux ans et demi. Homme de 38 ans, émacié, pâli, anorexique, essoufflé à ne pouvoir faire quatre pas sans être obligé de s'arrêter ; les deux poumons entièrement envahis par une tuberculose à forme scléreuse, ayant débuté par de la pleurésie, d'abord à droite puis à gauche. Depuis trois mois, péritonite tuberculeuse avec ascite importante, environ deux à trois litres. Pronostic fatal à brève échéance, soit par méningite terminale, soit par cachexie. Malgré cela je conseille l'okamine cystéinée.

Quinze jours après la première injection, le ventre a repris ses dimensions normales et sa souplesse ; la respiration est plus facile, l'appétit est revenu, les digestions sont convenables ; et je me laisse aller à l'espoir que mon pronostic va être démenti.

Je n'ai pas revu le malade, mais je sais qu'il a regagné une quinzaine de kilos, qu'il ne tousse pour ainsi dire plus, et qu'il a repris ses occupations. Je crois qu'il serait difficile de m'objecter ici qu'il s'agit d'une évolution naturelle.

Or ces trois cas, si différent que soit le dernier des deux premiers, viennent affirmer la quasi-certitude de modifier l'évolution de la tuberculose presque dans tous les cas, par l'oxyaminothérapie *employée hardiment*, d'autant plus qu'elle n'offre ni danger, ni contre-indication.

Dr Dani HERVOUET.

Montpellier

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN

L'insuline-protamine-zinc. Considérations cliniques

MM. BAUMEL et A. VEDEL ont expérimenté ce produit sur plusieurs malades, en clientèle et en milieu hospitalier. Voici leurs conclusions : injection

sous-cutanée unique très bien tolérée. Diminution de la ration I.-P.-Z. par rapport à celle de l'insuline ordinaire (40 pour 100 dans un cas) pouvoir hypoglycémiant de l'I.-P.-Z. progressivement croissant, qui paraît être la conséquence d'une certaine accumulation. Dose maxima correspond à la moitié de la dose optima d'insuline ordinaire, disparition progressive de l'acétonurie sous l'influence de l'I.-P.-Z.

L'I.-P.-Z. facilite donc le traitement du diabète, ne nécessitant qu'une injection quotidienne, à une heure pratique, avec une ration moindre d'insuline (la moitié).Maniée prudemment, avec des dosages fréquents de la glycémie, elle paraît sans danger.

Etude expérimentale des effets de l'insuline-protamine-zinc chez le chien dépancréaté

MM. A. Loubatières et G. Heymann ont étudié chez le chien totalement dépancréaté les effets de l'I.-P.-Z. et ceux de l'insuline ordinaire sur la glycémie et la glycosurie. Ils donnent une série de courbes comparatives et aboutissent aux conclusions suivantes :

Une seule dose d'I.-P.-Z. par voie sous-cutanée maîtrise le diabète du chien dépancréaté aussi bien que deux doses d'insuline ordinaire administrées l'une le matin, l'autre le soir. L'I.-P.-Z. présente son maximum d'action entre la quatrième et la dixième heure après l'injection. Quand les repas sont administrés pendant cette période, ils ne provoquent ni hyperglycémie importante ni glycosurie. L'action de l'I.-P.-Z. se prolonge pendant plus de vingt-quatre heures. Des injections quotidiennes d'I.-P.-Z. peuvent entraîner des accidents hypoglycémiques très graves. Il est donc nécessaire au cours d'un traitement prolongé de diminuer progressivement les doses.

(Travail du Laboratoire de physiologie de la Faculté de Médecine de Montpellier).

Sur quelques particularités des accidents hypoglycémiques présentés par les animaux traités par l'insuline-protamine-zinc

MM. A.-L. Loubarières et J. Braussy rapportent l'observation d'un chien totalement dépancréaté traité pendant plusieurs jours par l'I.-P.-Z. qui a présenté des accidents hypoglycémiques d'une extrême gravité. Les convulsions ont continué à se produire, même après des administrations massives et prolongées de glucose par voie intra-veineuse et alors que le taux du sucre dans le sang était très élevé. Elles ont laissé comme séquelle un syndrome de type cérébelleux auquel correspondaient des lésions congestives et des altérations des cellules de Purkinje.

(Travail des Laboratoires de physiologie et d'histologie de la Faculté de Médecine de Montpellier).

Un cas de conjonctivite des piscines

MM. Ch. Dejean et P. Artières. — Il s'agit d'un militaire fréquentant régulièrement les piscines publiques. Il a présenté une première poussée conjonctivale un an auparavant ; actuellement il est affecté d'un développement folliculaire très important des culs-de-sac supérieur et inférieur à droite et à gauche. Les troubles fonctionnels légers du début ont disparu. L'habitude qu'a le malade de nager la tête sous l'eau explique la contamination simultanée des deux yeux.

Un cas de maladie de Mikulicz

(*Présentation de malade*)

MM. Dejean et Vergues. — Homme de 35 ans en excellente santé présentant une augmentation de volume des glandes lacrymales et parotides. Examen somatique et humoral complètement négatif. Ce malade a eu les oreillons dans son enfance.

Blépharochalazis et double lèvre supérieure

(*Présentation de malade*)

MM. Dejean et Viallefont relatent la curieuse et rare association chez un jeune homme de 16 ans de malformations intéressantes ; on n'en connaît qu'une douzaine de cas publiés.

Quelques cas d'hyperazotémie après hémorragies digestives et épistaxis abondantes

M. H. Serre. — Il s'agit de quatre observations confirmant l'existence d'hyperazotémie dans les hémorragies abondantes d'origine digestive (deux gastrorragies, une entérorragie) ou secondairement accumulées dans le tube digestif (épistaxis).

Le taux moyen de l'azotémie dans ces cas, est de 0 gr. 84 pour 1.000. Apparue 24 heures après l'hémorragie, l'hyperazotémie disparaît d'ordinaire huit à dix jours plus tard.

Dépourvue de traduction clinique et de valeur pronostique nette, elle ne comporte pas d'indication thérapeutique spéciale. Sa connaissance évite de porter à tort le diagnostic d'hémorragies d'origine urémique. Elle relève d'un facteur constant : l'hyperuréogénèse par résorption sanguine et de deux facteurs inconstants : oligurie et insuffisance rénale fonctionnelle.

Les Livres

Les Livres qui viennent de paraître...

EDITIONS SPES
17, rue Soufflot, Paris

HENRI SARRETTE. — **Confessions d'un malade.** Un vol. 86 p. Prix : 5 francs.

Les Fiches de pratique médicale. (FISCHIER DESFOUR) 17, rue Ecole de Droit, Montpellier. Abonnement 1939. Janvier 1939.

Imprimerie Vanin-Fauré à Saint-Gaudens

D[r] R. PONSAN. — **Une méthode de traitement de la surdité, à Luchon.** Une broch. 18 p. 1939.

ENCYCLOPÉDIE MÉDICO-CHIRURGICALE
18, rue Séguier, Paris (VI[e])

Recueil périodique de l'Encyclopédie médico-chirurgicale, paraissant 30 fois par an, à raison de deux cahiers pour chacune des matières (1938).

Cahiers spécialisés : Glandes endocrines, nutrition, n° 4. Ce cahier comprend : Fascicules de fonds (blancs). Régulations endocriniennes d'origine hypophysaire et maladies de Simmonds et de Cushing (A. Lichtwitz). — Fiches intercalaires (roses). — Bibliographie récente (vert).

Librairie MALOINE
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VI[e])

Noël FIESSINGER, professeur à la Faculté de médecine, Henri-René OLIVIER, ancien chef de laboratoire à la Faculté et Maurice HERBAIN, ex-interne en pharmacie des hôpitaux. — **Les diagnostics biologiques.** 4[e] édition entièrement revue et augmentée. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine (prix Desportes 1930), et par l'Académie des Sciences (mention honorable 1930). Un vol., 768 pages, 152 fig., 11 pl. en couleurs. Prix : 195 francs.

La nouvelle édition que les auteurs viennent de faire paraître est considérablement agrandie.

En bactériologie, sont analysés les nouveaux milieux de cultures, en particulier pour le bacille tuberculeux, les nouvelles techniques de sérologie pour le diagnostic de la syphilis, le diagnostic du kala-azar, les cuti, intradermo-réactions, la préparation des vaccins. L'hématologie se modernise par une révision technique et par l'analyse des sédimentations globulaires, des groupes sanguins, par une étude technique des myélogrammes, splénogrammes et adénogrammes.

Les explorations fonctionnelles de l'estomac se complètent par une précision des analyses de suc gastrique, par la recherche de l'acide lactique ; de l'intestin par le dosage des acides organiques et de l'ammoniaque.

L'exploration de la fonction respiratoire réserve un chapitre important au dosage de l'oxygène et de CO^2 du sang avec tous les perfectionnements modernes.

L'exploration des fonctions de nutrition développe les techniques de métabolisme de base, de l'étude de la réserve alcaline et du pH sanguin, et complète les dosages de l'acidose cétonique et des glycémies. Dans les métabolismes partiels, les dosages d'uricémie sont revus, de même pour les esters du cholestérol, et sont complétés le dosage du fer du sang, de l'oxalémie et de l'oxalurie, de la phosphorémie, de la calcémie, de la glutathionémie et de la lactacidémie.

L'exploration fonctionnelle du foie est mise au courant des recherches les plus récentes sur la bilirubinémie, la cholalémie, la polypeptidémie, les concentrations galactosuriques fractionnées, la fibrinémie, la réaction de Takata-Ara et la cholécystographie. L'exploration des reins est complétée par l'étude de la méthode des dilutions-concentrations et de la méthode de Rehberg, de la natrurie, de la pression osmotique des protides. Les fonctions de reproduction sont mises au courant des recherches les plus récentes sur les hormones gonadotropes et sur la folliculino-sécrétion.

Une table des constantes organiques, des poids atomiques, et un chapitre des réactifs et solutions titrées termine le volume.

C'est dire combien cette nouvelle édition des diagnostics biologiques s'inspire des recherches les plus récentes. Par ses chapitres techniques, elle intéresse le praticien de laboratoire et le chercheur biologique ; par ses applications diagnostiques elle reste éminemment utile au médecin.

CANCÉROLOGIE

● ● ●

Peut-on dire que la folliculine soit susceptible de déterminer le cancer aux doses thérapeutiques ?

Nombreux sont les travaux qui, depuis les expériences de Yamagiva et Itchikawa en 1915 sur le cancer expérimental du goudron, ont été entrepris, et les études qui ont été faites sur le rôle des substances œstrogènes dans la détermination du cancer.

Car on sait depuis quelques années que les carbures cancérigènes et les hormones œstrogènes possèdent un facteur commun qu'on retrouve dans leur formule : la structure cyclique phénanthrène qui forme d'ailleurs le squelette de certaines substances biologiques semblant, à première vue, n'avoir aucun lien entre elles.

De là à penser que les diverses hormones œstrogènes pouvaient être susceptibles de provoquer le cancer,il n'y avait qu'un pas. Et rapidement, on tenta de vérifier cette hypothèse. Des expériences réussirent qui sont trop présentes à l'esprit de chacun pour que nous y insistions ; rappelons seulement qu'on arriva, dans certaines conditions, à provoquer chez les souris par imprégnation de folliculine dès leur naissance, des carcinomes mammaires.

Faut-il pour cela en déduire que la folliculine est capable de provoquer le cancer ?

Des conditions dans lesquelles ces expériences ont été faites, on ne peut tirer qu'une seule conclusion précise : c'est que si la folliculine joue un rôle certain dans l'apparition du cancer, cette action se borne à en avancer la date.

En outre, l'hormone cancérigène a une action élective sur certains tissus. Dans toutes les tentatives de cancérisation par la folliculine on n'a jamais pu déterminer que des cancers mammaires ou génitaux, c'est-à-dire des tissus normalement contrôlés par l'hormone.

Toutes les tentatives de badigeonnages de la peau avec la folliculine pour tenter de déterminer un carcinome cutané, par analogie avec les badigeonnages au goudron, ont échoué.

Enfin, un des auteurs qui se sont le plus occupés de la question concluait, d'ailleurs fort prudemment, qu'il était nécessaire pour que ces expériences réussissent qu'un facteur héréditaire entre en jeu. Une question de terrain vient donc rétrécir encore le champ de la cancérisation par la folliculine.

Tout ceci se passe dans le domaine expérimental, et on peut maintenant se poser la question suivante : peut-on logiquement, sans autres renseignements, *transposer le résultat de ces expériences à l'espèce humaine*, ou, en d'autres termes, peut-on dire que la folliculine est susceptible, même dans le champ très étroit des résultats obtenus chez la souris, de déterminer un cancer dans l'espèce humaine.

Rien ne nous autorise à l'affirmer.Mais, même si, des données expérimentales en notre possession, on veut tirer des conclusions valables pour l'espèce humaine, la seule que l'on puisse formuler est la suivante : étant donné l'imprégnation massive qu'il a été nécessaire de réaliser par des doses extra-physiologiques de folliculine pour obtenir l'apparition d'un cancer chez la souris, *il nous semble impossible que les doses thérapeutiques, mêmes fortes, soient susceptibles de déterminer un cancer dans l'espèce humaine.*

Des doses très élevées de folliculine sont d'ailleurs rarement nécessaires.

Dans l'immense majorité des cas, des doses moyennes et même des doses faibles suffisent lorsque la folliculine fait partie d'une synergie médicamenteuse à effets convergents. *Car si la folliculine est l'hormone sexuelle essentielle, elle n'est qu'un élément des hormones ovariennes, et l'extrait d'ovaire total garde donc, à côté d'elle, toute son efficacité.*

Mais il convient, dans nombre de dysendocrinies génitales, de stimuler les fonctions endocriniennes en général, et en particulier la thyroïde qui joue un rôle, également dans la physiologie sexuelle. Cette stimulation peut être utilement faite par un iodotanin, dont nous connaissons l'action spécifique sur les fonctions de la thyroïde.

Une préparation renfermant tous ces éléments sera d'un grand secours dans le traitement de l'immense majorité des dysendocrinies génitales chez la femme.

Cette préparation a été réalisée sous le nom d'opo-iodamélis « F » qui, dans toute l'étendue de son champ d'action, a donné les résultats qu'on en attendait.

J. VERGENNES.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

■ ■ ■

LE VRAI RÔLE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Il faut savoir gré à notre ami Frédéric Dupont, député et conseiller municipal de Paris, d'avoir précisé ce rôle en quelques phrases heureuses qui méritent d'être mises intégralement sous les yeux de tous les médecins. Si le nouveau directeur de l'Assistance publique suivait les tendances de son prédécesseur ce serait grand dommage pour la médecine parisienne qu'il s'agisse aussi bien de la médecine de clientèle que de la médecine scientifique ; le conseiller Frédéric Dupont l'a mieux compris que notre confrère Mourier dont les initiatives, si elles ont momentanément favorisé un petit nombre de médecins du corps hospitalier, ont été dans l'ensemble désastreuses pour l'ensemble de la profession.

***

« IL S'AGIT DE REMETTRE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A SA PLACE », nous dit Frédéric Dupont.

Gâtée par l'Assemblée municipale, favorisée par les textes, soutenue par la personnalité de son directeur général et de son rapporteur général M. de Fontenay, l'Assistance publique depuis quelques années a, on peut le dire, écrasé l'ensemble du système médical de la France.

L'Assistance publique est devenue un Etat dans la ville, je dirai même davantage un Etat dans l'Etat. Elle fabrique ses outils, son matériel : elle soigne non seulement les pauvres, mais les riches ; elle fabrique ce qu'elle consomme et va même jusqu'à fournir le fromage de gruyère à la buvette de notre Assemblée (*Sourires*).

Je crois qu'il y a là une tendance fâcheuse et coûteuse, car cette Assistance publique qui attire de plus en plus les malades, constitue chaque jour un monopole plus coûteux, d'abord parce qu'elle soigne à perte et ensuite parce qu'elle ruine les médecins, les maisons de santé, les fournisseurs patentés, qui justement sont ceux qui paient des impôts permettant de verser à l'Assistance publique la subvention qui lui est nécessaire.

On peut dire que l'Assistance publique comme Ugolin se dévore elle-même puisqu'elle ruine ceux qui contribuent à la prospérité du pays si nécessaire aux impôts, eux-mêmes si nécessaires aux subventions versées à l'Assistance publique.

....

Je crois que cette tendance de l'Assistance publique est contraire aux intérêts de la science française. Il est indispensable pour les progrès de la science, qu'il y ait encore des initiatives privées, qu'il y ait une émulation entre les médecins. Or l'ASSISTANCE PUBLIQUE TEND A RUINER TOUT CE QUI N'EST PAS ELLE.

D'autre part cette tendance est contraire aux textes, à la loi, car si vous examinez les textes qui sont la charte de l'Assistance publique, vous verriez que l'Assistance publique n'a jamais été prévue pour les malades payants.

C'est ainsi que vous voyez dans la circulaire ministérielle du 31 mars 1925, l'article 25 qui constitue le statut essentiel de l'Assistance publique.

« De concert avec les Bureaux de bienfaisance, l'hôpital peut assister à titre de malades externes, sans les hospitaliser, les malades susceptibles de recevoir ce genre de traitement. »

De concert avec les Bureaux de bienfaisance, dit expressément la circulaire.

D'autre part, si vous prenez l'art. 35 de la loi du 15 juillet 1893 vous constatez que c'est sur cet article que sont basés les arrêtés ministériels pour prévoir le paiement de certaines personnes soignées à l'Assistance publique et vous constatez d'autre part que cet article 35 prévoit l'Assistance médicale gratuite :

La Ville de Paris est autorisée à avoir une organisation spéciale d'assistance médicale gratuite..........

Et à l'art. 4 vous voyez :

« Les malades aptes à bénéficier de l'assistance médicale gratuite.... »

Donc, l'Assistance publique n'a pas été constituée par le législateur pour faire un monde à part, pour soigner tout le monde, les riches et les

pauvres : elle a été constituée pour se consacrer exclusivement aux soins à donner aux malheureux et aux malheureux seulement.

. . . .

L'Assistance publique ou supprime ou ruine les médecins et chirurgiens payant patente et soigne à perte, non seulement les malheureux, mais les malades aisés voire même les riches.

Cela ne peut durer. Je le déclare avec d'autant plus d'aisance que je m'adresse à un nouveau directeur général que l'expression de ma pensée ne peut mettre en cause.

Il est grand temps de changer l'esprit de la maison : de faire cesser cette attitude hautaine à l'égard de ceux qui courent le risque, de ceux qui ne sont pas dans des secteurs abrités, de ceux auxquels on fait payer des impôts qui servent à financer les affaires de leur bourreau, c'est-à-dire de l'Assistance publique.

. . . .

Il ne s'agit pas de rester dans sa tour d'ivoire, de mépriser tous les autres, de tâcher de faire venir à soi de plus en plus les malades et de les soigner dans des conditions de plus en plus onéreuses, mais il s'agit de collaborer et tout d'abord de ne plus soigner ceux qui pourraient se faire traiter ailleurs.

. . . .

Nous ne devons pas tant augmenter les tarifs que guider vers les médecins et vers les cliniques privées, tous ceux qui ne doivent pas aller vers l'Assistance publique. Cette Assistance ne doit soigner gratuitement que les malheureux.

***

Ce magnifique plaidoyer de Frédéric Dupont pour le médecin, nous aurions aimé que nos confrères appartenant à l'Assemblée municipale aient eu l'idèee de le faire, ou même de le soutenir, nous l'attendions d'eux, qui ont à un moment de leur carrière partagé nos inquiétudes comme nos difficultés et qui semblent avoir tout oublié parce qu'une élections les a détachés du Corps des médecins praticiens.

Il faut suivre Frédéric Dupont et avoir le courage de reconnaître que médecins, chirurgiens, spécialistes des hôpitaux ont partagé l'erreur de leur directeur général, que tous ont désiré des organisations modèles, des services luxueux, que tous ont vu avec plaisir affluer à leurs consultations une clientèle qui n'aurait jamais dû aller dans la maison des pauvres et aujourd'hui qu'ils sont les victimes d'un état de choses qu'ils ont permis parce que leurs clientèles de cabinet ont été détournées vers l'hôpital c'est encore vers cette administration qu'ils se tournent pour en obtenir une retraite ou une fonctionnarisation.

C'est Frédéric Dupont qui est dans le vrai en partant en guerre contre ces monopoles qu'ont peu à peu établi nos hôpitaux de Pari, smonopoles quj gagnent à leur tour la province, monopoles qui, avec la complicité des dirigeants des Assurances sociales (autre Etat dans l'État) cherchent à étouffer toutes les intiatives privées et toute médecine libérale.

Si le programme réalisé au cours de ces dernières années par l'Assistance publique a permis des constructions élégantes et même luxueuses, avec lesquelles les constructions dues à l'initiative privée ne peuvent plus rivaliser, le Corps médical à quelques exceptions près, n'a pas trouvé avec les formules nouvelles à tendances trop commerciales, les facilités de travail qu'il avait autrefois et qui avaient fait le grand renom de la clinique française.

Les riches à l'hôpital ont leurs exigences, les autopsies si utiles à la vérification des diagnostics y sont devenues plus rares, les examens répétés par le chef, les internes, les élèves, sont rendus difficiles avec le système des petites chambres qui reçoivent à peine deux ou trois personnes et laissent tout le service dans le couloir. Des stagiaires restent des heures entières dans les couloirs à giberner, à bavarder, à fumer, alors qu'autrefois dans la grande salle les moins attentifs recevaient malgré tout la parole du maître.

Qu'aurait été l'enseignement au lit du malade cher à Potain, cher à Widal, avec ces petites chambres à cloisons vitrées où peuvent à peine se remuer le chef de service et son assistant.

L'énergique intervention de Frédéric Dupont doit nous faire ouvrir les yeux sur la voie néfaste où s'est engagée notre conception de l'hôpital, nous devons nous rendre compte qu'on nous a endormis pendant des années en nous parlant de réalisations merveilleuses alors qu'elles ont été mauvaises pour la formation du médecin, mauvaises pour l'évolution de la science médicale française, mauvaises socialement puisqu'elles ont ruiné les fécondes initiatives privées et les clientèle des meilleurs et des plus méritants d'entre nous.

Je voudrais que dans ce journal qui compte tant de lecteurs victimes d'un état de choses que dénonce Frédéric Dupont, sa voix soit entendue, que chacun de nous agisse sur ses élus pour leur montrer les dangers de la politique hospitalière suivie jusqu'ici et la nécessité d'un retour à la formule féconde d'autrefois : L'HÔPITAL AUX ASSISTÉS.

Dr Raphaël MASSART.

CONVENTION COLLECTIVE POUR LA CRÉATION D'UN DISPENSAIRE

Un Syndicat dentaire me consulte (lettre 8.031) pour savoir s'il doit accepter les propositions des Caisses d'assurances sociales, qui, dans une grande ville, voudraient fonder, avec le Syndicat, une clinique ou dispensaire pour soins dentaires à donner aux assurés sociaux. Notre correspondant demande si ces tractations sont possibles, quelles pourraient en être les modalités, les dangers ?

En l'occurrence, les Caisses proposent de prêter un local, mais chargeraient le Syndicat d'organiser à ses frais, la partie matérielle et technique tant des salles d'examen et de traitement que de l'atelier de prothèse.

Si le Syndicat refuse son concours, il est probable que le dispensaire sera créé avec un, ou plusieurs dentistes salariés. Si le Syndicat accepte, ce sera drainer vers cette clinique des malades qui déserteront les cabinets des praticiens de ville ; quant aux honoraires, ils risquent d'être encore avilis, vu qu'on aura tendance à ne régler le praticien que selon le tarif de responsabilité des Caisses.

Le Syndicat est-il qualifié pour contracter pareillement ? Existe-t-il des précédents ? Si oui, les Syndicats en sont-ils contents ?

La question qui m'est ainsi posée est très grosse de conséquences. Aussi me sera-t-il permis d'en faire part à la Confédération des Syndicats dentaires. En attendant, voici quel est mon avis tout personnel.

Je tiens d'abord à dégager les grands principes généraux, précisés par la législation des Assurances sociales, à savoir dans quelles conditions les Caisses peuvent-elles créer des centres de diagnostic et de traitement ; puis avec quels Syndicats elles peuvent contracter. Après quoi, nous examinerons les diverses modalités de fonctionnement d'un tel dispensaire.

Principes généraux

Selon la législation sur les Assurances sociales, et notamment le paragraphe 14, alinéa 2 de l'article 6 du décret-loi du 28 octobre 1935, « l'organisation et le fonctionnement technique « des établissements fondés par les Caisses sont « réalisés par les Conseils d'administration des « Caisses, après avis des Syndicats médicaux « intéressés, lorsque les Syndicats ont passé une « convention collective avec les Caisses. Celles-ci « doivent demander par lettre recommandée « l'avis des Syndicats intéressés, lequel doit être « « donné dans un délai d'un mois. En cas de « désaccord, ces Syndicats peuvent, dans le « délai fixé ci-dessus, saisir la Commission tri- « partite prévue à l'article 8, paragraphe 4 ci- « après laquelle statue dans un délai de deux « mois. »

En second lieu, quels sont les Syndicats de praticiens, qui sont habilités à discuter, ou à traiter avec les Caisses ? Ce sont ceux, dit l'article 6 § 5, alinéa 3, du décret-loi de 1935 précité, qui ont été habilités par leurs groupements nationaux, en l'espèce, soit la Confédération des Syndicats médicaux, pour le Syndicat national des mécdeins stomatologistes, soit la Confédération des Syndicats dentaires, pour les groupements de chirurgiens-dentistes.

Voies et moyens

Une Caisse pressent un Syndicat habilité, aux fins d'établir un contrat collectif, pour la création d'un dispensaire de soins. Etudions tour à tour les éléments de pareille convention.

1° Les apports

Deux modalités à envisager : ou bien la Caisse fournit le local, aménage celui-ci du point de vue meubles meublants, recrute et paie le personnel infirmier, alors que, de son côté, le Syndicat fait les frais de l'installation professionnelle, du matériel de la salle d'examens et de soins, ainsi que de l'atelier de prothèse. En outre, il réglementera les conditions du roulement des dentistes, et recrutera les mécaniciens en prothèse dentiste.

Ou bien, dans une seconde modalité, le Syndicat installera lui-même une clinique syndicale, dont il assumera les frais d'organisation et de fonctionnement et contractera non seulement avec les Caisses, mais avec le département, pour l'admission des malades bénéficiaires des lois d'assistance, avec les Assurances contre les accidents du travail, pour les victimes du travail, puis avec l'Etat, pour les soins à donner aux réformés de guerre, lorsque les motifs de pension mettent les soins dentaires à la charge de l'Etat, enfin avec les Sociétés de secours mutuels.

2° Le fonctionnement de la clinique

La convention collective devra prévoir quels seront les praticiens qui seront admis à donner leurs soins dans la clinique. Ce dispensaire sera-t-il ouvert à tous les praticiens qui en feront la demande, après avoir souscrit à toutes les obligations contenues dans ledit contrat collectif et en respectant les termes des différentes lois applicables, concernant les diverses catégories de malades admis ? Le dispensaire ne sera-t-il accessible qu'aux seuls praticiens adhérents au Syn-

dicat contractant ? Existera-t-il un roulement ? des jours attribués à tels et tels praticiens ? Dans quelles limites les malades auront-ils le libre choix de leur praticien, parmi les confrères acceptant de participer au fonctionnement de la dite clinique ?

Le contrôle

En ce qui concerne le contrôle dit administratif, c'est-à-dire la vérification des droits des malades aux prestations qu'ils sollicitent, chaque collectivité intéressée organisera son contrôle selon son bon vouloir.

Mais en ce qui concerne le contrôle technique le Syndicat contractant en sera chargé, aussi bien pour les assurés sociaux que pour tous autres malades admis, à un titre quelconque, à se faire soigner dans le dispensaire.

4° Compétence du Conseil de famille

Le Syndicat doit faire admettre, tant par les Caisses d'assurances sociales que par toutes autres collectivités publiques ou privées, qui enverraient des malades au dispensaire, que les litiges, survenant avec un praticien, seraient de la compétence du Conseil de famille et justiciables, le cas échéant, des sanctions inscrites soit dans les statuts du Syndicat, soit dans diverses lois, telles celles des Assurances sociales et, à partir du premier janvier 1939, pour le fonctionnement de la nouvelle législation sur les accidents du travail.

5° Quels tarifs appliquer ?

La mystique de l'entente directe a présidé à l'élaboration, d'abord de la législation sur les accidents du travail, lors du vote de la loi du 31 mars 1905, modifiant la loi du 9 avril 1898, puis pour la discussion de la loi du 5 avril 1928, 30 avril 1930, sur les Assurances sociales, lois modifiées par le décret-loi du 28 octobre 1935.

En théorie, le praticien conserve le droit absolu de demander à son malade tels honoraires que bon lui semble ; mais le dit client se fait rembourser, par qui de droit, selon un tarif auquel le praticien doit demeurer totalement étranger.

Jusqu'au premier janvier 1939, en ce qui concerne les victimes d'accidents du travail, le praticien demeura en droit de se faire payer par le blessé. Si ce dernier a choisi son praticien, il n'était remboursé par son chef d'entreprise, ou l'assureur de ce dernier que jusqu'à concurrence d'un tarif fixé par arrêté du ministre du Travail. A maintes reprises la jurisprudence a consacré ce principe de l'entente directe.

Mais, lors de l'application de la loi du premier juillet 1938, c'est-à-dire le premier janvier 1939, désormais ce sera le chef d'entreprise qui sera seul tenu des honoraires des praticiens, selon les chiffres du tarif ministériel. On a fait remarquer au cours des débats parlementaires, que, dans la pratique et dans l'immense majorité des cas, les praticiens avaient volontairement renoncé au bénéfice de l'entente directe et qu'ils s'adressaient à l'assureur du chef d'entreprise responsable, en ne réclamant que des honoraires conformes aux chiffres du tarif ministériel. Une fois de plus, le Corps médical a démontré que les mystiques, qui exaltent les praticiens, lors des assemblées générales des Syndicats ou des Confédérations, sont ensuite abandonnées par veulerie, ou par la loi du moindre effort.

De même en matière d'assurances sociales. La loi accorde aux praticiens le droit de réclamer leurs honoraires selon leur tarif personnel ; mais l'ayant-droit n'est remboursé, par la Caisse, que selon un tarif de responsabilité, établi en tenant compte des tarifs des Syndicats. Et cependant, dans bien des cas, la mystique de l'entente directe est abandonnée : le praticien a tendance à ne réclamer de son malade que, soit parfois le tarif syndical local, soit surtout le tarif de responsabilité remboursé par les Caisses aux assurés sociaux.

Ici encore, la routine et la loi du moindre effort conduiront peu à peu le Corps médical à se laisser imposer ce tarif très bas de responsabilité des Caisses et à renoncer au principe de l'entente directe.

Or, dans une convention collective, le Syndicat peut décider que les honoraires, dus aux praticiens, qui accepteront de donner leurs soins dans le dispensaire, seront ainsi déterminés : tarif syndical minimum, pour les assurés sociaux ; tarif de responsabilité fixé par arrêté ministériel, pour les victimes du travail (à partir du premier janvier 1939) ; tarif départemental pour l'assistance médicale pour les malades privés de ressources et porteurs d'un bon d'Assistance médicale gratuite ; tarif ministériel, pour les victimes de la guerre, tarif syndical pour les mutualistes.

La convention déciderait si lesdits honoraires seraient versés au syndicat, sur mémoires collectifs présentés tous les mois, ou tous les trimestres aux collectivités contractantes, ou si chaque praticien resterait libre de recouvrer ses honoraires, selon les diverses réglementations en vigueur pour le fonctionnement des lois applicables aux malades qui fréquentent la clinique.

Bien entendu, tous les litiges seraient de la compétence du Conseil de famille.

Conclusions

Je viens d'exposer des directives d'ordre très général, pour déblayer le terrain de la discussion. Il faut partir de cette opinion, c'est que devant la complexité des soins à donner et des diagnostics à poser, concernant les ressortissants de nom-

breuses lois, dites sociales, les dirigeants des organismes qui doivent supporter les frais et honoraires dus aux praticiens soit en totalité, soit en partie, ont tendance à réaliser des économies, en faisant donner des soins en série, dans des établissements de cure et de diagnostic.

Cette tendance se manifeste depuis quelque dix années, pour l'organisation et la transformation des hôpitaux publics, par la création de dispensaires multiples, où les soins sont donnés à tarif très bas.

D'où la conséquence : ou bien les Syndicats se laisseront imposer des règlementations, auxquelles ils n'auront pas voulu participer, lors de leur élaboration. Ils protesteront, ils tiendront des meetings ; mais le résultat sera le même : le Corps médical sera conduit peu à peu et progressivement vers un asservissement, vers un salariat.

Ou bien les Syndicats entendront organiser la médecine de l'avenir, en tenant compte des besoins actuels. Ils créeront eux-mêmes, ou accepteront de créer, de concert avec des organismes divers, des établissements de diagnostic et de cure ; ils participeront à l'organisation technique et passeront des contrats collectifs d'une certaine durée.

L'idéal, à mon avis serait de voir les Syndicats faire l'effort pécuniaire nécessaire, pour créer eux-mêmes des dispensaires syndicaux et contracter ensuite avec des tiers, pour les modalités d'admission aux soins, des divers bénéficiaires de lois sociales.

Dr Paul BOUDIN.

DE DEUX JUMEAUX, QUEL EST L'AINÉ ?

Pareille question ne semble avoir qu'un intérêt rétrospectif, du moment où le droit d'aînesse est aboli en France. Néanmoins, elle vient de nous être posée (lettre 8.158) et je m'empresse d'y répondre, d'abord du point de vue juridique, puis du point de vue de nos connaissances en embryologie.

Du point de vue légal et juridique

Entre autres déclarations à faire pour la rédaction de l'acte d'état civil, l'article 56 du Code civil prescrit la mention de l'heure de la naissance. A ce sujet, nous lisons dans les Pandectes françaises :

« Article 122. — Lorsque l'officier de l'Etat civil est appelé à dresser les actes de naissance des enfants jumeaux, il doit, sous peine de commettre une contravention grave, dresser un acte spécial pour chacun d'eux, en ayant soin d'indiquer lequel est sorti le premier du sein de la mère. Celui-ci étant considéré comme l'aîné, l'acte qui le concerne doit être inscrit le premier : (Cour de cassation, 17 avril 1843 ; *Dalloz* 1844-2-25 ; Huteau d'Origny, p. 154 et 155 ; Hallevillet, p. 37 ; Rieff, p. 383 ; Gruère, n° 157).

Cette disposition de l'Etat civil paraît la meilleure et conforme au bon sens : l'aîné est celui qui est venu au monde le premier.

Du point de vue embryologique

Certains soutiennent, sans pouvoir en donner la preuve, ni la référence, que l'aîné, qui est le premier conçu serait celui qui sort le second du sein de la mère.

Il n'en est rien. Les accoucheurs font une distinction suivant qu'il n'y a qu'un œuf ou deux.

Deux enfants dans le même œuf par superfétation ont été conçus en même temps. Mais c'est un fait assez rare et qui paraît procéder d'une infection syphilitique des parents.

S'il y a deux œufs, les enfants peuvent voir le jour consécutivement à peu d'intervalle, mais parfois dans un état différent de maturité. Il peut donc y avoir superfécondation, à des dates différentes.

Si les enfants ont été conçus en même temps, par fécondation simultanée de deux ovules, l'évolution et la maturation des deux œufs se fera simultanément sans que la science puisse actuellement décider quel est l'ovule qui a été fécondé le premier. Il est probable qu'il y a eu superfécondation dans le même temps et sans intervalle.

Si au contraire, la superfécondation est le résultat de deux rapports différents, il se peut que la maturité des deux fœtus soit différente : alors qu'un viendra au monde à terme, l'autre sera un prématuré et présentera quelques signes, tels qu'ongles mal formés, teint jaunâtre de la peau, etc.

En tout cas, redisons que le problème n'a plus qu'un intérêt rétrospectif, étant donné que le droit d'aînesse a été aboli en France et qu'il importe peu de savoir de deux jumeaux quel est l'aîné ?

Dr Paul BOUDIN.

LES ASSOCIATIONS SPORTIVES ET LE PROBLÈME DE LEUR RESPONSABILITÉ

Sous ce titre, M. Raoul Rabouille, docteur en droit, avocat à Valenciennes, vient de publier un volume de 144 pages. qu'on peut trouver dans la collection des thèses de la Faculté de droit de Lille (1937-38) et à la librairie Danel.

Le problème envisagé ne touche pas directement les médecins, dont les expertises se font toujours dans les mêmes conditions, en ce qui concerne le pourcentage d'invalidité, les séquelles, et l'appréciation de l'état mental du responsable de l'accident. Mais il les intéresse indirectement, parce que tout ce qui touche au sport rentre dans le cadre de leurs préoccupations, et parce que beaucoup d'entre eux sont les conseillers techniques d'associations sportives, désireuses de ne pas s'écarter des principes physiologiques et de procurer à leurs membres, en même temps que d'agréables distractions, le maximum de développement physique et d'équilibre corporel.

Le Code civil ne s'occupe guère des sports, qui se réduisaient à bien peu de choses en 1804, et il ne fournit qu'un texte, celui de l'article 1966, dans lequel il est question de « jeux propres à exercer au fait des armes, courses de chariots, jeu de paume et autres jeux de même nature, qui tiennent à l'adresse et à l'exercice du corps ». Cette formule très générale, comme la qualifie R. Rabouille, a été complétée par une jurisprudence, dont les règlements du Comité national des sports, ou des Fédérations sportives nationales et internationales, ont orienté les décisions, ainsi que les règles du bon sens et du droit commun. Les généralités du début de l'ouvrage sont intéressantes à lire pour éclairer la question, notamment en ce qui concerne la situation légale des Associations sportives.

La responsabilité des Associations doit être envisagée aux deux points de vue : responsabilité pénale et responsabilité civile.

En principe, il n'y a pas de responsabilité *pénale* pour les personnes morales, et l'Association sportive ne peut être pénalisée comme telle ; mais cette règle générale comporte des atténuations, car des sanctions pénales peuvent frapper le joueur, auteur d'un accident, ou le président même de l'Association. Le Tribunal peut aussi prononcer la dissolution de l'Association. Ce point de vue est, en fait, beaucoup moins important que celui de la responsabilité civile, auquel R. Rabouille a consacré de plus longs développements, appuyés sur une solide et importante bibliographie, et sur une étude critique minutieuse de la jurisprudence.

La question de la responsabilité *civile* des Associations sportives présente aujourd'hui un intérêt considérable. Les grandes sociétés, qui participent à des compétitions sportives, telles que les championnats de France ou les matches internationaux, sont fixées sur ce qu'elles ont à faire et s'entourent de toutes les précautions nécessaires pour éviter tout accident, aussi bien dans les grandes manifestations spectaculaires que dans les développements de leur activité intérieure. Mais il existe, à côté d'elles, trop de petites associations ou sociétés sportives qui ne connaissent point les dangers auxquels elles s'exposent ; un accident survient bien souvent, qu'elles sont tenues de réparer dans toutes ses conséquences malheureuses. Leur responsabilité civile peut être retenue en raison de leur rôle dans l'organisation des compétitions sportives, et aussi en raison des actes de leurs membres ou de leurs joueurs (surtout quand il s'agit de joueurs professionnels).

L'auteur en étudie les modalités contractuelles ou délictuelles, et précise notamment comment la Société peut être responsable vis-à-vis des spectateurs ou des joueurs, comment elle doit assurer la police des terrains, piscines, abords, emplacements réservés aux spectateurs, etc... La responsabilité de l'Association sportive ne peut être dégagée que par des cas fortuits, par la faute de la victime ou par le fait d'un tiers.

L'assurance est devenue, pour les Associations sportives, une nécessité de toute urgence, aussi bien pour couvrir la responsabilité éventuelle de l'auteur de l'accident que pour permettre à la victime d'obtenir une réparation certaine. Il s'agira d'assurance responsabilité, d'assurances individuelles des risques sportifs et d'assurances pour les fautes des préposés de la société et les accidents causés ou subis par ceux-ci.

Des mesures matérielles prises, il reste aux Associations un devoir, que nos Sociétés françaises ne négligent pas, c'est de prendre toutes les dispositions possibles pour « faire du sport un facteur puissant de développement physique, intellectuel et moral pour les individus et pour le pays ».

Cette phrase de Raoul Rabouille montre que ses *lecteurs trouveront* dans son livre, non seulement le reflet des textes juridiques et de la jurisprudence, mais aussi une très noble conception du sport et les devoirs des Associations sportives.

Professeur Maurice PERRIN.

A PROPOS DU PROJET PORTMANN

LE « NUMÉRUS CLAUSUS » EST-IL LA VRAIE SOLUTION DU PROBLÈME MÉDICAL AU POINT DE VUE ÉCONOMIQUE ET SOCIAL ?

Parmi les ordres du jour votés par l'Assemblée de la Confédération, il en est un particulièrement important pour l'avenir de la profession, traitant de la pléthore médicale. En décidant de « *réclamer et de soutenir toute proposition*, établie en accord avec le Conseil de la Confédération, et *destinée à limiter pour l'avenir, dans une mesure raisonnable, le nombre des étudiants en médecine* », l'Assemblée donne un regain d'actualité au projet de loi bien connu, présenté par le sénateur Portmann. On sait que l'essentiel de ce projet réside dans le *droit donné au ministre de l'Education nationale* « *d'arrêter chaque année*, en tenant compte des besoins à prévoir, *le nombre des étudiants autorisés à prendre la première inscription* de doctorat en médecine d'Etat, et le nombre des étudiants *admis à passer de première en deuxième année* ».

Contrairement à l'opinion dominante et même orthodoxe, nous estimons qu'il s'agit là d'une *grave erreur* au point de vue professionnel et social, et nous allons nous efforcer de le démontrer.

***

Ce projet, au premier abord, se recommande par une apparente logique : pour maintenir ou augmenter les parts d'un gâteau la solution est évidemment de limiter ou de diminuer le nombre des participants. Mais cette idée simpliste sur laquelle se fonde le « numérus clausus » suppose implicitement un certain nombre de postulats, dont on peut dire au minimum qu'ils sont des plus contestables.

Ceci revient en effet à considérer la médecine comme un corps isolé au milieu de la société, arrivé à son plein développement, et vivant de sa vie propre sans communication avec l'extérieur. Ou bien alors il faut admettre que c'est la société elle-même, ses besoins médicaux, ses facultés de faire vivre le Corps médical, qui sont *stabilisés une fois pour toutes*. Il faut bien en effet pour que le raisonnement tienne debout que le gâteau reste constant.

Ceci implique en second lieu que les candidats médecins éliminés au premier ou au deuxième échelon trouveront devant eux d'autres débouchés (on me répondra que ceci ne regarde plus les médecins, mais aucun législateur digne de ce nom ne pourra ne point s'en préoccuper — et l'on veut une loi). Autrement dit, et nous revenons à notre première hypothèse, il faut que la *pléthore se manifeste particulièrement en médecine*, par suite d'une erreur des jeunes qui se précipitent vers cette profession encombrée, délaissant d'autres champs qui ont besoin de leur activité.

***

Qui osera sérieusement soutenir que ces deux hypothèses sont réalisées ? La médecine, la pratique médicale, en pleine transformation, voient sans cesse de nouveaux domaines, de nouvelles spécialisations s'ouvrir devant elles. Les besoins sociaux, loin de rester constants, s'augmentent chaque jour et attirent bien plus que jamais l'attention des Pouvoirs publics. Enfin la pléthore, loin d'être le triste privilège de la médecine, se manifeste dans toutes les professions intellectuelles (le problème du chômage des travailleurs intellectuels a été étudié au Conseil national économique le 20 décembre 1937 et ses conclusions font ressortir la généralité du mal). Nos contradicteurs ne manqueront pas de nous dire alors : mais nous nous plaignons d'un abus de « travailleurs intellectuels ». Il faut détourner les jeunes de ces professions ! Vers quoi voulez-vous donc qu'ils se tournent ? Le chômage technologique dans l'industrie et le commerce est trop connu, pour que nous y insistions. Quant à l'agriculture, il faut être singulièrement éloigné des problèmes économiques pour estimer qu'elle « manque de bras ». Voulez-vous en effet payer l'essence plus chère et avoir un excédent de blé plus considérable encore à détruire (pardon ! à « résorber ») dans les années à venir ?

***

De bons apôtres nous diront : mais nous ne voulons pas seulement maintenir, conserver. Nous comprenons fort bien que la vie n'est pas constante. Ce que nous désirons, c'est une *adaptation rationnelle*, et non pas anarchique comme aujourd'hui, de la « production médicale » aux besoins. Par quels procédés, au moyen de quelle statistique, ou de quel graphique le ministre de l'Education nationale sera-t-il capable de prévoir, cinq ans à l'avance, les besoins médicaux ? Si l'on trouve un pareil ministre, qu'on le nomme tout de suite Président du Conseil : son don de seconde vue nous sera utile en d'autres domaines !

***

Le grand argument des tenants de la limitation est la *statistique*. La France a actuellement notoirement plus de médecins pour un même nombre d'habitants qu'il y a vingt-cinq ou cinquante ans. La France a un médecin pour 1.600 habitants, alors que la Pologne n'a qu'un médecin pour 3.100 habitants, etc... Si ce petit jeu de chiffres amuse on pourrait également remarquer que les nègres de l'Afrique centrale n'ont qu'un médecin pour 10.000 habitants (par exemple). Mais la France n'est pas l'Afrique centrale, et le propre même de la civilisation est l'accroissement des besoins. D'autre part, si, il y a cinquante ans, un médecin praticien pouvait à lui seul traiter ses malades il n'en est évidemment plus de même aujourd'hui. Le domaine exploré de la médecine, en s'agrandissant sans cesse, exige sans arrêt de nouvelles spécialisations. Et ces spécialisations font de la médecine actuelle *un travail d'équipe*. S'il faut aujourd'hui trois ou quatre médecins pour soigner le même nombre de malades qu'autrefois, la simple manipulation des chiffres nous permettrait aisément d'établir que loin d'être affligé de pléthore, le Corps médical souffre actuellement d'une insuffisance de quantité. Une fois de plus les statistiques auraient montré ce qu'on veut bien leur faire montrer.

***

Le projet *Portmann a-t-il des chances d'aboutir* ?

Voici ce que pense de mesures de ce genre M. Ingrand, rapporteur au Conseil national économique :

« *a*) Parmi les mesures qui ont été proposées pour limiter la « production » de travailleurs intellectuels, il en est une, appliquée dans certains pays, qui doit être systématiquement écartée : c'est celle qui correspond au « numérus clausus », à la limitation du nombre des étudiants, soit par la fixation d'un maximum arbitraire, soit par l'élévation du coût des études ou de leur durée.

« Dans le même ordre d'idées, il faut combattre la tendance qui conduit à considérer que la diffusion de l'enseignement et de la culture réalisée notamment par l'école unique, est la cause d'une « surproduction » de travailleurs intellectuels, et, par suite, de leur chômage. Cette conception s'apparente à celle qui recherche un remède au chômage manuel dans la lutte contre le machinisme. »

Nous y ajouterons les conclusions prises par le Conseil dans sa session du 20 décembre 1937 :

« II. *Mesures de limitation de la demande*

« Sans limiter l'instruction, sans nuire à la recherche scientifique ni à la culture désintéressée, tous les efforts doivent tendre à *améliorer la qualité professionnelle.*

« A. — L'enseignement loin d'être réduit, doit être largement ouvert. Mais il importe, d'une part de relever le niveau minimum des études dans les établissements d'enseignement supérieur et de l'enseignement du deuxième degré et d'inculquer à la jeunesse que le diplôme ne saurait constituer un titre de créance sur la collectivité. »

Enfin le Gouvernement actuel s'est déclaré formellement hostile au « malthusianisme économique », *dont la limitation du recrutement des médecins ne serait qu'un aspect particulier* ; un décret-loi du 12 novembre dernier déclare nul tout accord professionnel tendant à restreindre la production.

***

Admettons cependant que le ministre de l'Education nationale soit doué du pouvoir d'ouvrir ou de fermer à son gré le robinet des étudiants en médecine. Quelles en seraient les conséquences ? Ayant scientifiquement prévu le nombre de postes médicaux à pourvoir, le ministre n'aura pas le droit de se tromper et sera moralement responsable à l'égard des nouveaux diplômés de la rentabilité de leur clientèle. De là, à *instituer un contrôle* sur la distribution des praticiens, sur l'organisation de la médecine privée, il n'y a qu'un pas aisé à franchir. Mais le contrôle ne suffit pas, et les erreurs qu'il fait ressortir exigent le pouvoir de les réparer. Il faudra donc *règlementer*, non plus le recrutement, mais l'installation, mais la répartition même des médecins. *Qui peut dire alors où ce pouvoir règlementaire s'arrêtera* ?

Le propre d'une profession libérale n'est-il pas la liberté, et cette liberté n'est-elle pas viciée à son origine même en cas de « numerus clausus ». Ce n'est pas seulement le fait d'un hasard si cette mesure n'est appliquée actuellement que dans des pays à « régime totalitaire ».

***

Lorsqu'on parle de lutte contre la pléthore médicale, on soulève immédiatement un autre problème, celui des *médecins étrangers ou naturalisés.* Leur exercice sur notre sol est un fait socialement regrettable, mais il nous force à constater une fois de plus que la France, pays de faible natalité, doit avoir une politique d'immigration. La solution du problème des étrangers, c'est une politique de *forte natalité.*

Mais que veut dire « forte natalité », dans toutes les classes et notamment dans les classes bourgeoises, sinon *augmentation du nombre des étudiants*, dans toutes les branches des Facultés et dans la médecine en particulier ? Lorsqu'ils se présenteront aux portes des professions, ces jeunes que nous demandons leur fermera-t-on ces portes au nez, et cherchera-t-on alors les moyens de les « résorber » ?

***

En tout cas le fait est là, le Corps médical souffre d'un malaise économique. « *La limitation aura pour conséquence d'assurer aux médecins une existence plus facile et plus digne et d'élever leur niveau scientifique* » (Rapport du projet Portmann). On pourrait observer que l'auteur de cette phrase fait bon marché de la facilité et et de la dignité d'existence de ceux pour lesquels ne sera point prononcé le sacramentel « dignus est intrare ». Nous ne nous arrêterons pas à cet argument sentimental et nous ferons remarquer que *ce n'est pas l'existence d'un problème médical, mais bien l'efficacité de la solution proposée, que nous contestons.*

En effet la transformation du Corps médical en une caste fermée, protégée par la loi contre la concurrence des jeunes, amènerait peu à peu les médecins à relâcher leur effort, à ne plus compter sur eux-mêmes, et sur leur valeur personnelle, à perdre enfin le goût de l'indépendance qui est l'âme même du médecin traditionnel. En définitive ce nouveau privilège créé par la loi, s'il leur garantirait peut-être une vie plus facile, ne serait pour rehausser ni leur prestige ni leur valeur scientifique. Il nous conduirait sans doute vers une médiocrité générale pour le plus grand dommage de la médecine et des malades.

***

Mais cessons la critique, et cherchons à construire. Lorsqu'on parle de pléthore, on fait implicitement une comparaison entre le nombre, la « production » des médecins, et les besoins médicaux. L'on constate un déséquilibre en faveur des médecins. Pour rétablir l'équilibre, il est un autre moyen que la diminution de la « production » médicale, c'est l'*augmentation de la consommation.* Autrement dit, et si nous reprenons notre comparaison primitive, pour que les parts du gâteau restent les mêmes, en augmentant le nombre des participants, il suffit d'augmenter le gâteau. La solution du problème médical, la solution du problème national, n'est pas de réduire la production, de limiter le nombre des médecins, mais d'accroître le revenu national, *d'accroître le revenu du Corps médical.*

Très bien me direz-vous, mais en attendant la « consommation » baisse et la clientèle payante, telle une peau de chagrin, se réduit sans cesse. C'est qu'ici une distinction fondamentale s'impose : celle des *besoins solvables* et *des besoins réels.* Il est incontestable que pour des causes nombreuses à la fois externes et internes au Corps médical (développement de la technique, hausse du prix de revient) le nombre des malades pouvant payer eux-mêmes leur traitement diminue. Mais à côté, un domaine s'agrandit sans cesse lui aussi, et ses limites sont loin d'être atteintes, celui de la *médecine sociale.* Tant que tous les malades ne recevront pas effectivement tous les soins nécessités par leur état, en bénéficiant de tous les perfectionnements de la science et de la technique moderne, tant que tous les habitants ne recevront pas effectivement les soins préventifs et les conseils d'hygiène nécessaires au maintien et au développement de leur santé, qu'on ne nous parle pas de restrictions et de limitation dans le domaine médical.

***

Tout ceci est excellent, mais alors qui paiera ?

Les grands pourvoyeurs du revenu médical seront tout d'abord, l'Etat, les collectivités publiques (*assistance publique*) et l'*assistance privée* (œuvres, dispensaires et hôpitaux privés) pour les indigents. Mais surtout, et c'est là la formule d'avenir, ce sera l'*assurance-maladie*, qu'elle soit sociale ou privée (Assurances sociales, Sociétés de secours mutuels, Caisse chirurgicale mutuelle, Mutuelle totale). Médecins qui furent hostiles à l'assistance, à l'assurance, ne voyez-vous pas que par essence même, les impôts, les dons, les cotisations facultatives ou obligatoires, qui alimentent les fonds de l'assistance, les fonds de l'assurance, sont destinés à *vous revenir* sous forme d'honoraires ?

***

Oui, mais il faut que le Corps médical lutte pour que, dans leur cheminement, les impôts, les dons, les cotisations, ne soient pas détournés de leur but, ne s'embourbent pas dans des immobilisations coûteuses et souvent inutiles, ou ne servent pas à combler les déficits du Trésor, mais viennent « irriguer » l'ensemble de la médecine privée. Ses armes : *le Syndicat, les conventions collectives.* Sa victoire : le *libre-choix*,

Si l'on concentre l'effort du Corps médical sur ce véritable terrain, et si l'on exige que la médecine reste le privilège du qualifié, *le problème de la pléthore médicale sera bien près d'être résolu.*

***

Poussons maintenant les choses à l'extrême. Admettons que, par organisation, par prévention, la médecine soit en mesure de satisfaire, et satisfasse effectivement tous les besoins médicaux réels. (Souhaitons d'autre part qu'aucun événement extérieur ne vienne créer de besoins médicaux nouveaux). Ce résultat ne saurait en lui-même être considéré comme un mal, puisqu'il serait la preuve que le but recherché par la science médicale et l'hygiène serait enfin atteint. Mais cet état stationnaire des besoins médicaux impliquerait-il le « numerus clausus » ?

Remarquons avant de répondre, que notre passage à la limite vaut, non seulement pour la médecine, mais pour toutes les professions, et que la stabilité des besoins en face du nombre croissant des producteurs se poserait de manière générale. Autrement dit la pléthore serait comme maintenant un phénomène non particulier à la médecine, et aucun débouché ne s'offrirait aux jeunes pour rétablir l'équilibre.

Dans ce cas, la solution qui consisterait à réserver l'exercice des professions libérales à un nombre limité de personnes travaillant à plein, et à payer des allocations de chômage à une jeunesse désœuvrée serait au point de vue social une véritable absurdité. La seule mesure raisonnable serait au contraire la répartition des loisirs et du « travail intellectuel » entre tous les qualifiés, c'est-à-dire en langage juridique et professionnel les conventions collectives et le libre choix généralisé. Mais, nous dira-t-on, chaque médecin verra de ce fait son revenu diminué. En aucune manière puisque, si les besoins resteront constants, les ressources destinées à les couvrir croîtront dans la mesure où l'abondance se généralisera, et les tarifs d'honoraires pourront s'élever.

A ceux qui nous taxeraient d'utopie, nous rappellerons qu'il ne s'agit là que d'une limite, que nous avons voulu envisager pour montrer que notre raisonnement restait logique même dans ses conséquences les plus extrêmes.

***

Convenons cependant que par « pléthore » nous n'avons entendu jusqu'à présent que son facteur principal, le déséquilibre général du Corps médical par rapport aux besoins, envisagé comme cas particulier du chômage des professions intellectuels, lui-même cas particulier du chômage général. A côté de cette pléthore, il peut fort bien exister, à l'intérieur même des professions intellectuelles ou du Corps médical, des déséquilibres partiels et temporaires, et le raisonnement du « gâteau constant » peut être valablement tenu, car cette constance n'est plus une chimère si l'on ne considère qu'un court laps de temps.

Dans ces hypothèses, il n'y a peut-être pas assez d'ingénieurs agronomes (par exemple), il y a peut-être trop de médecins urbains, trop de vieux médecins, trop de médecins à monopole. *Il n'y a pas trop de médecins.*

La solution sera alors une orientation professionnelle bien organisée par un bureau universitaire de statistiques agissant en liaison avec les syndicats professionnels tant à l'entrée qu'à la sortie des études, une meilleure répartition géographique ou technique, l'institution d'une retraite corporative. Ce ne sera certainement pas la limitation de la production médicale dans son ensemble. *Ce ne sera pas le « numerus clausus ».* Ce que nous voulions démontrer.

***

Et puis enfin il y a dans ces projets de limitation quelque chose de choquant : on veut bien, on tolère qu'il y ait un certain nombre de médecins, comme s'il s'agissait de parasites, comme si un médecin, de même que tout homme qui connaît son métier, n'était pas une *véritable richesse humaine.* Oui, me direz-vous, mais à condition qu'il n'y ait pas trop de médecins. Je vous répondrai : à condition que nous ne manquions de personne ailleurs. Or, c'est le cas. Il ne peut y avoir trop de tout, et l'abondance des forces productives, auprès des gens de bon sens, n'a jamais passé pour un mal.

Ce n'est pas au moment où l'on nous demande de tendre nos énergies, d'augmenter le potentiel du pays, afin qu'il continue de mériter dans le monde la place qu'il y occupe, qu'il faut limiter, restreindre, détruire l'abondance, et recréer la pauvreté.

Jean MIGNON.

Hygiène et Prophylaxie

LES CHIENS DANS LA RUE

AUCUNE MESURE EFFICACE N'EST ENCORE PRISE POUR ASSURER LA PROPRETÉ DE PARIS

Et cependant il n'en est pas ainsi dans une certain nombre de capitales ou de grandes villes à l'étranger.

Déjà nous avons eu l'occasion d'exposer ce problème d'hygiène publique, et de préconiser quelques solutions, cependant faciles à adopter et réellement efficaces (1). Le Docteur M. Clerc nous a révélé (2) les nombreuses doléances du public, de certains élus, les plaintes qu'ils ont pu formuler officiellement, et les réponses reçues qui montrent l'inertie de cette « bonne » Administration. Ce qu'il y a de plus regrettable, c'est que celle-ci est au courant de la lutte entreprise avec succès dans certaines villes étrangères ; mieux encore, c'est qu'elle possède tous les moyens légaux pour réussir, mais... qu'elle ne s'en sert pas, qu'elle ne sait pas s'en servir !

Du point de vue privé, on le sait, le fait de cohabiter dans un appartement avec des chiens présente des dangers réels, comme la contagion éventuelle de quelques maladies : gale, tuberculose, teigne, kala-azar, helminthiases, echinococcose, rage. Mais les propriétaires de chiens, qui les admettent dans leur intimité, le font à bon escient. Ils ne peuvent que se nuire à eux-mêmes : affaire d'hygiène individuelle.

En revanche, au point de vue de la collectivité, le fait pour les propriétaires de chiens de les faire s'exonérer sur les trottoirs et d'exposer la masse des passants à patauger dans leurs matières devient une affaire d'hygiène publique. Si les dangers encourus par eux sont moins graves qu'ils ne le sont déjà pour ceux qui cohabitent avec eux, on doit encore envisager une contamination éventuelle de tuberculose et surtout d'echinococcose. Cette atteinte possible à la santé des autres personnes ne peut laisser indifférents les Pouvoirs publics communaux.

L'opinion publique s'émeut, à juste titre, et s'irrite de voir les trottoirs des villes couverts de matières fécales déposées par les chiens. Ces matières, surtout par les temps de pluie, si fréquents dans nos climats, sont plus ou moins délayées et largement étalées ; elles deviennent ainsi moins visibles et, piétinées, sont transportées dans les appartements aux semelles des chaussures, ou encore elles peuvent provoquer des glissades ; elles ont parfois entraîné des chutes compliquées de fractures. Par temps de sécheresse, les inconvénients sont en apparence diminués, car les matières sèchent vite. Mais alors, écrasées ou non, elles tombent rapidement en poussière, et peuvent être respirées par les passants, ou semées par le vent sur les aliments non-protégés, pour être ingérées avec eux.

Que n'employons-nous la coutume arabe de nous déchausser dès notre porte ouverte, et de mettre des babouches d'appartement !

Messieurs les toutous sont-ils donc si nombreux à Paris ? En 1936, il habitaient la capitale au nombre de 56.090, et rapportaient au fisc la coquette somme de 2.961.100 francs. Rien n'est à dédaigner... Il faut dire que l'augmentation de la taxe de luxe (40 à 80 francs) en avait réduit le chiffre de 7.376 par rapport à 1934 ; ce qui ne constituait d'ailleurs pas un grand succès pour l'hygiène. On ne doit cependant pas oublier, que pour toute la France le chiffre s'est élevé de 3.812.154 en 1913 à 4.447.022 chiens en 1936.

Revenons aux moyens préconisés pour parer aux inconvénients des souillures de la voie publique. Peut-on interdire la rue aux chiens des villes ? Mis à part les propriétaires de jardins, de cours, où pourraient être conduits les chiens, les autres personnes, moins grandement logées, garderaient leurs animaux dans leurs appartements, et seraient seules gênées par leurs excréments. Il en résulterait une réduction considérable des chiens ; les passants des rues seraient protégés.

Une taxe prohibitive serait à préconiser. A Berlin, elle existe progressive : 365 francs pour le premier chien, 730 francs pour le second, 1.095 francs pour le troisième, 1.460 francs pour le quatrième et les suivants. Réussirait-on par ce moyen à diminuer sérieusement la gent canine des villes ? C'est peu probable, car ce sont surtout les gens fortunés, qui constituent le plus grand nombre des propriétaires.

Certains spécialistes affirment qu'il est possible de faire prendre aux chiens, comme aux chats, l'habitude de se libérer dans un endroit déterminé de l'appartement : caisse, plat, etc... Le moyen n'apparaît pratique que pour les animaux de petite taille. Les grands et les moyens éliminent, en effet, de telles quantités

(1) Le *Concours Médical*, 25 juillet 1937, p. 2230.
(2) Les souillures des villes par les chiens. (*Annales d'hygiène*, mai 1933.)

d'urine et de matières fécales que l'on ne pourrait sans inconvénient les garder dans les appartements, où il faudrait fréquemment vider et nettoyer les récipients.

Signalons encore : la pelle et le rateau imposés aux propriétaires pour ramasser aussitôt les excréments et les jeter au ruisseau ; les vespasiennes pour chiens ; les endroits sablés spéciaux.

Reste la défécation sur les bords du trottoir.

C'est la formule anglaise. Elle consiste à obliger les propriétaires de chiens à les tenir toujours en laisse dans la rue, et, lorsqu'ils voient que le chien va se libérer, à le tirer et à le garder au bord du trottoir. De cette façon les trottoirs restent propres. Toute personne, qui contrevient à ce règlement, est passible d'une amende de 40 shillings au maximum. La même méthode existe à Genève, à Hambourg, à Rome, etc.

Cette règlementation, la meilleure, devrait être le complément aux articles 2 et 4 du règlement sanitaire de la ville de Paris, ainsi conçus :

ART. 2. — « Il est interdit d'abandonner, de déposer ou de jeter sur tout ou partie de la voie publique (chaussées, trottoirs, allées, contre-allées, ruisseaux ou canivaux, etc.), ainsi que dans les édifices d'utilité publique (urinoirs, fontaines, etc.) ou sur les bancs des promenades, tous papiers, imprimés ou non, journaux, prospectus, cartonnages, boîtes, enveloppes et généralement tous objets ou matières susceptibles de salir ou d'obstruer tout ou partie de la voie publique.

« Il est également interdit d'y jeter, déposer ou abandonner des pelures, épluchures et résidus de fruits et de légumes et, d'une façon générale, tous débris ou *détritus d'origine animale* ou végétale susceptibles de provoquer des chutes. »

ART. 4. — « Il est interdit d'uriner sur la voie publique, en dehors des urinoirs installés à cet effet. »

Lorsqu'on analyse attentivement le texte de ces articles, on voit que, si quelques dizaines de mères de famille décidaient de faire faire leurs petits besoins à leurs enfants au milieu des trottoirs, elles se verraient dresser procès-verbal comme responsables de leurs enfants. Comment admettre que le même texte permette à 56.000 chiens d'uriner et de déféquer à leur aise sur les mêmes trottoirs de Paris, c'est-à-dire d'accomplir impunément le même délit sous le regard de leurs propriétaires responsables et des agents de police. Il y a là une inégalité flagrante de traitement, pour une souillure pire, et les articles 2 et 4 devraient être modifiés de façon à devenir applicables aux possesseurs de chiens rendus responsables du dépôt de leurs ordures, avec la dérogation en leur faveur qu'elles pourraient être déposées dans les ruisseaux et caniveaux.

Dans l'état actuel de la question, voici ce que répond l'Administration, interrogée par nos édiles sur ces faits : « Aucun texte spécial ne leur est consacré... Il paraît d'ailleurs suffisant de recourir, pour assurer leur répression aux règlements relatifs à la circulation des chiens sur la voie publique » (*Bull. munic.*, 13 mai 1931).

Ou encore : « La solution de cette question n'est pas facile à Paris. Mais je peux donner l'assurance que la règlementation qui oblige les chiens à être tenus en laisse ou à être muselés, comme celle qui oblige à enlever de la rue les chiens errants, est strictement appliquée » (Préfet de Police, 30 décembre 1935).

Ou bien : « Question particulièrement délicate ?.. Je ne crois pas qu'il y ait un Arrêté à Londres, mais il existe des recommandations... Je ne demande pas mieux que d'étudier la question, et de faire appel de même à la sagesse des Parisiens » (Préfet de Police, 28 décembre 1937).

Quant à une augmentation du nombre des cantonniers : « Sans dépenses considérables, en excédent des crédits ouverts, les trottoirs ne peuvent être balayés, pour la plus grande partie, qu'une fois par jour ; les dépôts faits après le passage du cantonnier ne peuvent être enlevés que le lendemain » (30 juillet 1936).

Or donc : agents, ayez l'œil et verbalisez. Balayeurs, balayez bien et plus souvent !

Concluons, avec le Dr Clerc, que « certains moyens d'assainissement seraient inefficaces, d'autres impopulaires. La seule mesure à introduire dans le règlement sanitaire consisterait dans l'interdiction de la défécation des chiens, ailleurs qu'au bord des trottoirs. Ce ne serait cependant qu'un moyen palliatif, car le seul vraiment efficace consisterait dans l'interdiction des chiens dans les appartements des villes. »

Enfin, la *Société d'hygiène publique, industrielle et sociale*, dans sa réunion du 20 mai 1938, après avoir constaté les faits, émet le vœu suivant :

« 1° Il serait possible de faire appel à la bonne volonté des propriétaires de chiens, à un esprit de discipline tel que le nécessite la vie en commun, au sentiment de la solidarité sanitaire qui unit les habitants d'une même ville pour que d'eux-mêmes ils s'efforcent de suivre les mêmes pratiques que dans certains pays et qui consistent à conduire tout au bord du trottoir, près du ruisseau, le chien qui manifeste un besoin d'exonération ;

« 2° Il y aurait lieu après qu'un délai suffisant aurait été accordé aux propriétaires de chiens pour qu'une telle pratique soit acceptée et entrée dans les mœurs, d'obliger à tenir les chiens en laisse et de rendre applicables au dépôt des excréments de chiens sur les trottoirs, les articles 2 et 4 du règlement sanitaire de la Ville de Paris, qui interdisent de déposer sur les trottoirs, tous objets ou matières susceptibles de salir, ou des détritus d'origine animale ou végétale, ou enfin, qui interdisent d'y uriner. »

G. FISCHER.

AU SIÈCLE DU GRAND ROI

La cécité de La Rochefoucauld

Par le Docteur Etienne GINESTOUS

Lauréat de l'Institut
Lauréat de l'Académie de médecine,
Ancien interne des Hôpitaux de Bordeaux

A la bataille du faubourg Saint-Antoine, le 2 juillet 1652, François VI de La Rochefoucauld, lieutenant du prince de Condé et grand chevalier de la Fronde, fut grièvement blessé, et il fut blessé aux yeux.....

Quelle fut la nature de cette blessure ? Quelle fut sa gravité ? La Rochefoucauld fut-il simplement aveuglé... ou conserva-t-il une cécité définitive ? Sur ces questions de diagnostic et de pronostic rétrospectifs, les documents de l'histoire laissent une grande incertitude.

Dans ses mémoires, La Rochefoucauld (1) nous donne de sa blessure la description suivante :

« Le duc de Nemours reçut treize coups sur lui ou dans ses armes et le duc de La Rochefoucauld une mousquetade qui lui perçant le visage au-dessus de ses yeux lui fit à l'instant perdre la vue, ce qui obligea le duc de Beauford et le prince de Marcillac à se retirer pour emmener les deux blessés... »

La grande Mademoiselle qui vit le défilé des blessés en cette journée raconte ce qui suit :

« Je trouvai dans la rue de la Tixerandie le plus affreux spectacle qui se puisse regarder : c'était le duc de La Rochefoucauld qui avait un coup de mousquet qui lui prenait au coin de l'œil d'un côté et lui sortait par l'autre entre l'œil et le nez, de sorte que les deux yeux étaient offensés ; il semblait qu'ils lui tombassent, tant il perdait de sang par là. Tout son visage était plein et même il soufflait sans cesse comme s'il eut craint que celui qui entrait dans la bouche ne l'étouffât. Son fils le tenait par une main et Gourville par l'autre ; car il ne voyait goutte ... ».

Donc, le fait est historique : La Rochefoucauld fut emporté de la bataille, aveuglé par sa blessure.....

Aveuglé aussi par la jalousie amoureuse et son désir de tirer vengeance de la traîtrise de Madame de Longueville que, pendant cinq années, il avait tant aimée et qui venait de se laisser séduire par les charmes du duc de Nemours, blessé à ses côtés... Cette détresse morale contribua peut-être pour une part à diminuer sa douleur physique. Toujours est-il qu'il tourna en plaisanterie, la blessure dont la gravité risquait de lui faire perdre pour toujours la vue. Au temps de l'amour fidèle de Madame de Longueville, il lui avait dédié les deux vers :

«Pour mériter son cœur, pour plaire à ses beaux yeux
« J'ai fait la guerre aux rois, je l'aurais faite aux dieux ».

Pour la punir de sa tromperie, il retourna contre elle ses rimes. Gourville dans ses mémoires (1) raconte que La Rochefoucauld tournant son malheur en plaisanterie fit graver un portrait de Mme de Longueville avec ces deux vers :

« Faisant la guerre au Roi, j'ai perdu les deux yeux,
« Mais pour un tel objet, je l'aurais faite aux dieux ».

D'après Ant. Saint-Marc (2), la verve vengeresse inspira à La Rochefoucauld des rimes encore plus caustiques à l'égard de Madame de Longueville.

« Pour ce cœur inconstant qu'enfin je connais mieux,
« J'ai fait la guerre au Roi, j'en ai perdu les yeux ».

A la lecture de ces premières narrations de la bataille du faubourg Saint-Antoine, il apparaît que La Rochefoucauld en sortit pour toujours aveugle. Sur la foi de cette documentation, les historiens ont reproduit le fait.

Voltaire (3) dans le *Siècle de Louis XIV*, rapportant les détails de la bataille du faubourg Saint-Antoine, dit que La Rochefoucauld ayant reçu au front une balle morte « il perdit à l'instant et pour toujours la vue des deux côtés ». Cette croyance en la cécité définitive de La Rochefoucauld s'est propagée à travers les temps dans les écrits de l'histoire, même ceux de notre époque : Bourdeau (4), Victor Cousin (5), qui dit que La Rochefoucauld « atteint d'une balle qui lui perçant le visage au-dessous des yeux, lui avait à l'instant fait perdre la vue ».

Cependant, celui qui, au vu de ces premières attestations, leur accorderait la valeur d'un certificat d'origine de cécité risquerait fort de commettre une grave erreur d'interprétation.

(1) LA ROCHEFOUCAULD. — Mémoires. (Edition Gilbert et Gourdault, 1874, p. 409.)

(1) GOURVILLE. — Mémoires, par Léon Lecestre, t. I p. 78.

(2) Ant. SAINT-MARC. — Bordeaux sous la Fronde, 1650-1653. Etude historique 1859.

(3) VOLTAIRE. — Siècle de Louis XIV. Ch. IV. Guerre civile, pp. 296 et 311. Edition Beuchot.

(4) J. BOURDEAU. — La Rochefoucauld, p. 62. Hachette et Cie, 1895.

(5) Victor COUSIN. — Madame de Longueville. Etude sur les femmes illustres et la société du XVII[e] siècle,

Gourville (1) dans ses mémoires est, en effet plus réservé. Il dit : « M. de La Rochefoucauld reçut un coup qui, par miracle, ne lui perdit pas les deux yeux » et, en note, il est indiqué : « La Rochefoucauld resta cependant quelque temps aveugle. « M. Maurice Paléologue (2), dans une conférence récente est plutôt dans la vérité historique — lorsqu'ayant décrit la bataille du faubourg Saint-Antoine — parlant de la blessure de La Rochefoucauld, il ajoute : « Après de longs mois consacrés à la guérison de sa blessure, il reconstitue mélancoliquement sa vie ... ». De cette guérison — nous dirions aujourd'hui de cette consolidation de la blessure, — nous trouvons dans la correspondance (3) qui a été conservée de La Rochefoucauld des indices qui prennent la valeur d'une preuve. Dans certaines lettres, écrites dans les mois qui suivirent la bataille du faubourg Saint-Antoine, il est fait assez rarement, il est vrai — allusion à la blessure oculaire dont fut atteint La Rochefoucauld. Dire que sur ces données épistolaires — éparses et assez imprécises — il est possible de rétablir le bulletin de santé du frondeur mutilé, serait vouloir en tirer une déduction exagérée. Il est cependant permis, en demeurant dans la vérité historique, d'y trouver des indications de valeur incontestable. C'est dans cet esprit que nous dépouillerons la correspondance de La Rochefoucauld.

Dans la *lettre* 22, à Lenet (4),

à Paris, ce 7 août 1652 (35 jours après la blessure), il est écrit :

« ..... *L'œil gauche* de M. de La Rochefoucauld « ne s'avance guère ... ».

Quelques semaines après... dans *la lettre* 24, à Lenet, datée de Paris, ce 21 août 1652.

« Mgr le duc de La Rochefoucauld est en « aussi bonne disposition de sa santé et de ses « *yeux* qu'on le peut souhaiter et même il a sorti « aujourd'hui ce qu'il n'avait point fait... »

Au mois d'octobre, la *vue* donnait des inquiétudes à La Rochefoucauld. Les craintes sont exprimées dans la lettre 35 à Lenet, de Paris ce 13 octobre 1652. « ..... Il y a deux jours, que « M. de La Rochefoucauld dit à Monsieur le « Prince : « Si j'étais en autre état que je suis, « je ne vous demanderais pas ce que vous dési« rez que je fasse, car je saurais bien ce que « j'aurais à faire ; mais encore que je coure « grande risque de ma *vue* (1), je ne laisserai « pas de vous suivre, si vous plaît... »

Dans ces premiers documents, apparaît simplement la préoccupation du blessé quant à sa vue... La lettre 37 à Lenet écrite de Paris, le 16 octobre 1652 fait ressortir la gravité du mal et la nécessité de recevoir des soins. La Rochefoucauld, vaincu mais non soumis, est menacé d'expulsion de Paris... Cela risque de lui être funeste ; hors de Paris, il ne pourra être soigné. Et c'est cela qu'il exprime dans cette lettre 37 :

« M. de La Rochefoucauld demeurera ici, « auprès du duc d'Orléans, tant qu'il y pourra « subsister et priera Monsieur d'Orléans qu'étant « demeuré ici auprès de lui de la part de Monsei» gneur le Prince, il lui fasse la grâce de deman« der un passe-port pour pouvoir être six mois « chez lui ou à Paris *pour se faire traiter de ses « yeux... Les médecins ont découvert depuis peu « qu'il perdait son œil gauche insensiblement* ; ils « lui proposent mille remèdes fâcheux, et ils ont « commencé aujourd'hui à les faire ; mais cela « est si importun qu'il n'en fait pas la moitié... »

Quels étaient ces remèdes ? Nous l'ignorons.

LaRochefoucauld obtint-il l'autorisation qu'il sollicitait ? Peut-être... Mais certainement ce ne fut pas sans difficulté.

Dans une lettre de Gourville à Lenet (2) (23 octobre 1652), il est dit :

« Le Roi tint son lit de justice (le mardi)... « On fit commandement à Mgrs de Beaufort, « de La Rochefoucauld et Rohan et autres par« ticulièrement nommés de sortir de Paris dan« le jour. Mgr de La Rochefoucauld fit représen« ter à la Reine l'état auquel il est, par M. de « Turenne ; que s'il sortait de Paris, *il perdrait un « œil, et hasarderait même les deux*, et que si la « Reine lui faisait la grâce de le laisser à Paris « pour se faire traiter, aussitôt qu'il pourrait, il « s'en irait passer l'hiver chez lui pour achever de « se guérir, et qu'il n'en partirait point sans en « donner avis à la Cour... La Reine dit qu'elle « le vouloit bien et qu'il lui faisoit pitié ...

« Comme les choses parurent aller de mieux en « mieux, on vouloit une déclaration de ne plus « aller dans le parti de Monseigneur le Prince. « M. de La Rochefoucauld dit qu'il donnerait « une déclaration qu'il n'entreprendrait rien « contre le Roi... Mais que si on lui deman« dait d'autre, on pouvait bien, sans autre for« malité, le mettre dans la Bastille où il se ferait

(1) GOURVILLE. — Mémoires, par Léon Lecestre, t. I, p. 78.

(2) Maurice PALÉOLOGUE. — La Rochefoucauld, amoureux de Madame de Longueville. Conférence à l'Université des Annales, 1er février 1937. *Conferencia*, 15 mars 1937, p. 332.

(3) Gilbert GOURDAULT. — Œuvres de la Rochefoucauld, t. III, 1881.

(4) Pierre Lenet, ancien président, puis procureur général du Parlement de Dijon était l'homme d'affaires et le financier du parti de Condé. De nombreuses lettres de La Rochefoucauld lui sont adressées. Si elles ne portent pas la signature de la Rochefoucauld, c'est qu'elles furent écrites sur la dictée. Les lettres adressées à Lenet portent au bas : « A M. Lenet, à Bourdeaux ».

(1) Dans l'original devant *vue*, écrit *veuhe*, il y a *vie* effacé.

(2) T. X., fol. 100 et 101. Cette lettre ne porte pas au dos la mention de La Rochefoucauld, ce qui permet de penser qu'elle fut écrite sans autre inspiration par Gourville.

« traiter, ne pouvant en façon du monde prendre « la campagne. »

De La Rochefoucauld ne fut pas mis à la Bastille où il se serait fait traiter (quel traitement ?) et l'état de son œil lui obtint la permission de demeurer à Paris. Dans une lettre portant la date du 27 octobre 1652 (t. X, f. 116) adressée par Marigny à Lenet, il est donné — pour la première fois — des précisions sur la nature du mal.

« M. de La Rochefoucauld a permission de « demeurer ici à cause de son indisposition ; il « s'est formé *une taie sur un œil* et si, dans quatre « mois, *lorsque la cataracte* sera mûre, l'opération « ne réussit, il faudra qu'il compte sur un œil. »

Taie... Cataracte... peut-être l'une est-elle confondue avec l'autre... peut-être existait-il comme c'est possible l'une et l'autre ?... Nous ne savons...

La Rochefoucauld eut-il, malgré la permission accordée de demeurer à Paris, la possibilité de se faire traiter et opérer ainsi qu'il est indiqué, c'est peu probable. Car. la parole donnée ne fut pas tenue. La lettre suivante (fol. 182) du 10 novembre 1652 écrite de la main de Gourville en fait foi :

« Nonobstant la parole que la Reine avait « donnée à M. de Turenne pour que M. de La « Rochefoucauld demeurât ici pour se faire trai- « ter, il a eu néanmoins avis qu'on le voulait « faire arrêter, ce qui l'obligea mercredi de cou- « cher hors de chez lui, et le lendemain, on obtint « qu'il irait à une lieue de Paris pour huit ou dix « jours, sur le rapport que M. Valot (1), médecin « du Roi, et les autres oculistes firent qu'il per- « drait les yeux, s'il se mettoit présentement en « campagne, sortant d'une grande fluxion et lui « ayant été depuis, fort peu, appliqué des ventou- « ses derrière les oreilles ... ».

La Rochefoucauld qui avait refusé l'amnistie que le Roi avait accordée à son entrée à Paris le 21 octobre 1652 dut s'exiler.

« Toujours souffrant de sa blessure, dit Bourdeau (2), emmailloté de coiffes, de bonnets, une « paire de lunettes sur ses yeux malades, il se rendit à Damvilliers en Lorraine dont le marquis de Sillery, son beau-frère était gouverneur. »

Dans une lettre 42 à Lenet, datée de Paris 1652... il est écrit au sujet de la cataracte dont La Rochefoucauld était atteint :

« *Sa cataracte* augmente de jour à autre *et sa* « *vue en diminue continuellement*. Nous sommes « après pour traiter avec un nommé Lasnier, ocu- « liste, afin qu'il vienne à Bruxelles lui *abattre la* « *cataracte* lorsqu'elle sera en état d'être abat- « tue ... »

Fut-il opéré, ne fut-il pas opéré de cette cataracte — qui nous paraît avoir eu les caractéristiques d'une cataracte traumatique ? Nous ne savons. Sur ce point nous avouons n'avoir rien trouvé soit dans les documents, soit dans les ouvrages de l'histoire.

Lasnier (Rémi) a un nom célèbre dans les annales de l'ophtalmologie ; il démontra que le siège de la cataracte était dans le cristallin et pour la guérir, il procédait par abaissement « renversant le cristallin de son trône ». Sa thèse sur ce sujet fut soutenue le 16 mars 1651 (1) et il est naturel qu'on ait songé à lui pour opérer le grand blessé La Rochefoucauld. Mais nous savons aujourd'hui quel est l'avenir des opérés de la cataracte par abaissement, et nous pouvons affirmer que, fut-il opéré, La Rochefoucauld ne dut pas en tirer grand bénéfice.

***

Nous nous présentons devant le tribunal de l'Histoire avec cette documentation certainement imparfaite, cependant suffisante pour permettre un jugement sur pièces ... Le duc de La Rochefoucauld sortit de la bataille du faubourg Saint-Antoine le 2 juillet 1652 grand blessé de guerre... de la guerre de la Fronde.

Les témoignages sur ce point ont la valeur d'un certificat d'origine... A la lecture des correspondances qui ont été conservées, et qui constituent des pièces justificatives, il apparaît que la blessure oculaire dont fut atteint La Rochefoucauld présenta à son début des caractères de gravité qui s'atténuèrent par la suite.

On put penser, à cause de l'hémorragie immédiate qui se produisit et qui fut la terreur de la grande Mademoiselle, que de La Rochefoucauld aveuglé, était définitivement aveugle. L'évolution du mal fut moins sévère. Si on put redouter dès les premières heures après la blessure que les deux yeux ne fussent atteints, au mois d'octobre 1652, par conséquent trois mois après, les lettres en font foi, un seul œil le gauche, était gravement lésé... atteint de taie, de cataracte. Qu'il ait été ou qu'il n'ait pas été opéré, — l'abaissement que pratiquait Lasnier n'inspire guère espoir — la vision de l'œil gauche était définitivement abolie. Le duc de La Rochefoucauld fut borgne. Il ne fut pas aveugle.

Il ne lui restait qu'un œil, mais il n'en fallait pas davantage à cet ancien chevalier de la Fronde, au cœur désabusé et mélancolique, pour trouver plaisir au commerce des femmes aimables et cultivées et préparer dans le salon de Madame de Sablé ses immortelles *maximes* (2).

(1) VALOT. — plus exactement Vallot (Antoine) — était né à Reims en 1594, mort à Paris, le 9 août 1671.

(2) BOURDEAU. — La Rochefoucauld, p. 73, 1895.

(1) LASNIER. — Cristallina per paracentesim praeter oculi axim transfixio an cataracte tuta curatio ?

(2) Je remercie très cordialement M. Masson, conservateur de la bibliothèque municipale de la ville de Bordeaux, des conseils qu'il m'a donnés au cours de la préparation de ce travail.

BIBLIOGRAPHIE

■ ■ ■

Vers l'amour et l'au delà, par le Docteur Dani HERVOÜET

Le Docteur Dani HERVOUET a réuni dans une plaquette les sonnets qu'il a composés, certains sont d'hier, mais le second est daté de 1882.

La plaquette est intitulée : *Vers l'amour et l'Au delà.* Nous reproduirons le sonnet intitulé : *Printemps de la vie, dédié au Docteur Henri Barth* :

Les organes secrets en puissance d'agir,
Ont versé dans le sang leurs magiques hormones ;
Et voici que s'émeut, s'embellit et s'ordonne
Le printemps de la vie, avec tout l'avenir.

Double et vierge printemps que l'amour éperonne ;
Elle attend le beau prince idéal à chérir ;
Et lui ne rêve que séduire et conquérir,
Car le principe mâle en son cerveau claironne !

Oh ! la douceur des mots, des baisers, des serments
Que suggère aux amants la fée Endocrinie,
Semeuse de beauté, de force et de génie !

Mais dans l'intime étreinte et ses affrontements,
Tant de rêves de la nuptiale vêprée
Défaillent, chair blessée, âme désemparée

Le poète dans ce sonnet n'a pas oublié qu'il est médecin.

J. NOIR.

Histoire de la rue Rollin, par F. CADET DE GASSICOURT, conservateur adjoint honoraire à la Bibliothèque nationale.

(*Le Progrès de l'Oise*, impr. à Compiègne.)

M. Cadet de Gassicourt qui est le descendant d'une célèbre lignée de chimistes, de pharmaciens et de médecins illustres qui est lui-même un grand érudit, a, dans une conférence de la Société *La Montagne Sainte-Geneviève et ses abords*, fait l'historique de la rue Rollin, une des plus anciennes rues du quartier latin.

Dénommée tour à tour Chemin du Moulin à Vent, rue de Montauban (Sauval), rue Tiron (Jaillot), rue du Puits de fer (Corrozet), rue des Morfondus, cette rue située en dehors de l'enceinte de Philippe-Auguste, allait de la porte Bordet à la rue Saint-Victor (rue Linné). Elle portait en 1816 le nom de rue Neuve Saint-Etienne-Saint-Marcel (La Tynnà). Devenue rue Rollin par décret du 27 février 1867, elle fut coupée en 1859, lors de la percée de la rue Monge à ce niveau. Le tronçon qui longeait les Arènes prit le nom de rue de Navarre. Il est probable que la plus grande partie de la rue Rollin recouvrait les ruines des Arènes, plus vastes que les restes qui ont été restaurés.

Ronsard aurait habité la rue des Morfondus. Sur la partie, devenue rue de Navarre, était le couvent des Filles de la Congrégation où *Manon Phlipon*, devenue en 1780 *Madame Roland* avait été élevée.

Au n° 2 de la rue Rollin, une plaque indique que *Bl. Pascal* mourut dans cette maison en 1662. M. Maurice Dumolin a démontré que c'était une erreur. Après la mort de Pascal, sa sœur *Gilberte Périer*, loua cette maison. Pascal est bien mort chez elle alors qu'elle habitait rue des fossés Saint-Victor dans une maison qui occupait l'emplacement du n° 67 de la rue du Cardinal Lemoine.

Au n° 4 était la maison des Morfondus où en 1623 habitait *Jean Hubert*, maître apothicaire. De 1781 à 1786 *Bernardin de Saint-Pierre* y logea et y écrivit *Paul et Virginie.*

Au n° 8 vécut pendant un demi-siècle jusqu'à sa mort (1741) *Charles Rollin*, ancien principal du Collège de Beauvais et recteur de l'Université de Paris, membre de l'Académie des Inscriptions et Belles-Lettres, le célèbre auteur du Traité des Etudes.

Au n° 10, s'élevait le couvent des *Pères de la Doctrine chrétienne* qui s'étendait jusqu'aux fossés Saint-Victor.

Au n° 14, séjourna *R. Dercartes* avant 1629, date de son départ pour la Hollande.

Au n° 19 était l'hôtel de *Lefebvre de Caumartin*, évêque de Vannes, puis de Blois.

Notons que de vastes jardins dépendaient des maisons de cette rue, notamment de la maison de Rollin.

J. N.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

La batterie d'accumulateurs

Sur les voitures modernes, la batterie d'accumulateurs est l'un des organes capitaux. Elle commande en effet le démarrage, la marche du moteur, l'éclairage, les avertisseurs, essuie-glace et divers autres accessoires. L'automobiliste n'est en conséquence jamais trop renseigné sur son fonctionnement et son entretien.

En s'élevant au-dessus de son intérêt particulier, la Société des accumulateurs *Fulmen*, dont la création remonte à 1892, a édité un ouvrage remarquable sur cette question, traitée dans un sens général et objectif où des conseils extrêmement utiles sont donnés pour l'emploi des accumulateurs de toutes marques.

La haute qualité des accumulateurs *Fulmen* due à quarante-six années d'expérience et la compétence de ses ingénieurs confèrent une valeur incontestable à ce guide, dénommé « *Manuel pratique des batteries de démarrage* » que l'on aimerait pouvoir citer très largement. Le cadre réduit de cette Chronique ne permet malheureusement que d'en extraire les passages les plus intéressants pour les usagers de l'automobile :

La première partie du guide explique, pour les profanes, ce qu'est un accumulateur et comment, il est fabriqué.

Rappelons-le en quelques lignes :

Les accumulateurs employés sur les voitures automobiles sont généralement du type dit « au plomb ». Ce sont, en fait, des *piles*, c'est-à-dire des générateurs chimiques d'énergie électrique, régénérables par le passage d'un courant de sens inverse de celui qui est débité, produit par une dynamo génératrice.

Un bac contient des *plaques* ou *électrodes* en contact avec un liquide appelé *électrolyte* dont la réaction sur les matières supportées par les plaques produit un courant électrique.

La deuxième partie du guide étudie l'entretien des batteries. C'est évidemment, celle qui a la portée la plus pratique pour nos lecteurs. Nous nous y référerons donc plus longuement.

Le rôle de l'automobiliste doit être aussi réduit que possible. Moins il « tripotera » sa batterie, mieux elle marchera. Mais ceci ne signifie pas qu'il doit s'en désintéresser, loin de là. Ses interventions doivent être fréquentes, soignées, mais limitées à des opérations très simples.

Voyons quelles sont ces opérations.

Installation des batteries sur la voiture. — Bien que les batteries doivent être protégées contre la pluie, la boue et la poussière, il convient qu'elles soient bien ventilées. Il ne faut donc pas les enfermer trop hermétiquement.

Leur fixation sera solide, mais en évitant toute traction ou torsion qui pourrait les déformer.

Si les batteries peuvent se déplacer dans leurs compartiments, il s'en suivra certainement usure et rupture des pièces d'attache et de liaison avec le circuit électrique.

Les câbles doivent être suffisamment longs et flexibles afin d'éviter le tirage. Il faut que les pièces qui doivent être réunies soient rigoureusement propres.

Les connexions doivent être disposées pour relier la borne + de la batterie avec le + de la génératrice, la borne — de la batterie avec le — de la génératrice.

Additions d'eau. — L'addition d'eau est l'opération la plus fréquente qui incombe à l'automobiliste *Quand faut-il ajouter de l'eau ?*

Le niveau ne doit pas descendre au-dessous de l'arête des séparateurs afin que les plaques ne soient jamais découvertes. Il faut donc ajouter de l'eau quand le niveau du liquide a baissé au-dessous de sa position normale. La fréquence des additions d'eau dépend du travail de la batterie.

L'eau peut être ajoutée à tout moment par temps chaud, Par temps froid, il vaut mieux la mettre pendant la charge ; l'eau resterait à la partie supérieure si le liquide n'était pas remué par le bouillonnement et pourrait se congeler.

Pour ces additions, il convient de n'employer que de l'eau distillée, ou à défaut, de l'eau de pluie. Les eaux ordinaires contiennent des chlorures et des sels alcalins et terreux qui désagrègent les plaques.

Electrolyte. — Les additions d'eau étant destinées à maintenir la composition et la quantité du liquide contenu dans le bac, nous amènent à parler de l'électrolyte, nom donné à ce liquide.

L'électrolyte de l'accumulateur au plomb est une solution d'acide sulfurique pur dans l'eau pure, qui, à 15° centigrades et en fin de charge, ne doit pas dépasser 30° Baumé.

Si la densité dépassait 30° B. les négatives se sulfateraient notablement à circuit ouvert, avec dégagement de bulles d'hydrogène.

Un accumulateur au repos qui laisse dégager des gaz se sulfate et perd lentement sa charge.

Pour ramener la densité à 30° B. soutirer avec une pipette une petite quantité d'électrolyte et la remplacer par de l'eau distillée ou de l'eau de pluie.

L'électrolyte devant être une solution très pure d'acide sulfurique, l'addition ultérieure de tout autre produit doit être absolument prohibée.

Certains produits sont parfois recommandés soit pour améliorer le rendement, soit pour éviter la sulfatation ou la détruire. Ils contiennent des sels de soude, de magnésie, d'alumine, de zinc, de cuivre, etc... L'addition de ces produits à l'électrolyte est inutile et produit le plus souvent des effets désastreux.

Dans l'électrolyte, l'eau seule, s'évapore. L'acide reste. Il faut donc n'y ajouter que de l'eau exempte d'acide. Il n'est jamais nécessaire d'ajouter de l'électrolyte neuf, à moins qu'il ne s'agisse de remplacer du liquide perdu par renversement, fuite ou toute autre cause.

Le transport, la conservation ou les transvasements d'eau ne seront jamais faits dans des récipients métalliques, plomb excepté. On peut employer des récipients en verre, en faïence, en ébonite ou en bois.

Nous terminerons le résumé de ces conseils en signalant les dangers, pour les batteries, d'un manque ou d'un excès de charge, dont les fluctuations sont indiquées par l'appareil de contrôle du tableau de bord, sans nous y étendre, en raison de la quasi-impossibilité pour l'usager non-spécialiste d'y remédier par lui-même.

Et enfin, nous recommandons à nos lecteurs de lire attentivement le tableau récapitulatif ci-dessous qui leur évitera bien des dépenses et des ennuis. C'est le vœu de la Société Fulmen. C'est aussi le nôtre, ils n'en douteront pas !

Fautes commises	Accidents qui en résultent
Négligence dans les additions d'eau pour refaire les niveaux. Addition d'eau acidulée au lieu d'eau pure pour refaire les niveaux.	Effets désastreux dus à l'action, dissolvante d'électrolyte trop concentré : transformation de la matière négative en boue grisâtre qui quitte les grilles, et désagrégation prématurée de la matière positive.
Surcharge exagérée.	Dilatation et usure rapide des positives.
Insuffisance de charge résultant souvent d'une faute d'entretien de la dynamo.	Sulfatation irréductible et baisse de capacité.
Mauvaise fixation de la batterie.	Rupture des bacs et fuite d'acide. Destruction de un ou plusieurs éléments. Ebranlements des bornes terminales.

Marcel Toussaint.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique gynécologique** (Hôpital Broca, 11, rue Broca. Professeur : M. Pierre Mocquot). — *Cours de perfectionnement sur la stérilité.* — M. le Professeur Pierre Mocquot, assisté de M. R. Palmer, chef des travaux de gynécologie, R. Moricard, chef de laboratoire et P. Lejeune, ancien chef de clinique obstétricale, fera ce cours du 20 au 25 février 1939. Le cours commencera le lundi 20 février, à 9 h. 15. Un certificat d'assiduité pourra être délivré aux élèves qui en feront la demande.

Programme. — Lundi 20 février, 9 h. 30, M. Palmer : Examen d'une femme stérile. Technique de recherche du pH vaginal et cervical et des biopsies d'endomètre. — 10 h. 30 : Opérations par M. Mocquot ; Consultation par M. Palmer.

Mardi 21 février, 9 h. 30, M. Lejeune : Stérilités d'origine utérine et vaginale. Insémination. — 10 h. 30 : Consultation par M. Mocquot ; Electro-coagulations par M. Lejeune. — 11 h. 30, M. Moricard : Stérilités d'origine ovarienne. Exploration cyto-hormonale (*projections*).

Mercredi 22 février, 9 h. 30, M. Palmer : L'hystérosalpingographie dans la stérilité. — 10 h. 30 : Hystérosalpingographies manométriques.

Jeudi 23 février, 9 h. 30, M. Palmer : Stérilités d'origine masculine et par incompatibilités. — 10 h. 30 : Consultation d'endocrinologie gynécologique par M. Moricard ; Opérations par M. Palmer.

Vendredi 24 février, 9 h. 30, M. Palmer : L'insufflation utéro-tubaire kymographique. — 10 h. 30 : Consultation de stérilité par M. Palmer.

Samedi 25 février, 9 h. 30, M. Palmer : Traitement médical de la stérilité féminine. — 10 h. 30 : Examen de malades par M. Mocquot ; Electro-coagulations par M. Lejeune. — 11 heures, M. Mocquot : Indications chirurgicales dans la stérilité féminine.

Le droit à verser est de 150 francs. S'inscrire à la Faculté de médecine, au secrétariat, les lundi, mercredi et vendredi de 14 heures à 16 heures (guichet nº 4), ou bien tous les jours, de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf le samedi), à la salle Béclard (A. D. R. M.).

— **Hôpital Cochin. Clinique urologique** (Clinique Guyon). — Professeur : M. Maurice Chevassu, avec la collaboration de MM. Henri Bayle et Maxime Leroy, chefs de clinique ; Fritz Busser, Max Canoz et André Pelou, chefs de laboratoire ; E.-L. Gautier, assistant de consultation ; Pierre Lazard et Pierre Boulard, assistants de cystoscopie ; François Moret, assistant de radiodiagnostic.

Programme de l'enseignement. — De 9 h. 1/2 à 10 heures, tous les jours : Démonstrations d'urologie pratique. Six petits groupes passant alternativement une fois par semaine : au service de cystoscopie (Docteur Lazard et Docteur Boulard) ; au service d'uréthroscopie (Docteurs Gautier, Lazard et Boulard) ; au service de radio-diagnostic (Docteur François Moret) ; au laboratoire d'anatomie pathologique (Docteur Fritz Busser) ; au laboratoire de cyto-bactériologie (Docteur Canoz) ; au laboratoire de chimie (M. André Pelou). — De 10 heures à 11 heures, quatre fois par semaine : lundi, mardi, jeudi et samedi, leçons cliniques, par le Professeur Maurice Chevassu et ses collaborateurs ; deux fois par semaine : mercredi et vendredi, Démonstrations opératoires, par le Professeur Maurice Chevassu. — De 11 heures à 12 heures, tous les jours : Exercices cliniques au lit du malade, sous la direction des chefs de clinique.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Buillard, Saint-Maixent (Deux-Sèvres) ; Mme Jean Camus, Paris ; les Docteurs Eugène Chataing, Allevard-les-Bains (Isère) ; P. Oblin, Saint-Lô (Manche) ; H. Riberolles, Châtel-Guyon (Puy-de-Dôme) ; Paul Trégouet, Malestroit (Morbihan).

Familles de onze enfants : Docteur Emile Amieux, Paris ; Mme Chesneau, Nantes (Loire-Inférieure) ; les Docteurs Deberripon, Lille (Nord) ; C. Denarié, Chambéry (Savoie) ; Joseph Giulani, Lyon (Rhône) ; Le Clech, Lanildut (Finistère) ; Fr. Leuret, Bordeaux (Gironde) ; M. Monsaingeon, Paris ; Victor Parent, Saint-Loup (Haute-Garonne) ; Sersiron, Nolay (Côte-d'Or) ; Thibaudet, Chatillon-sur-Chalaronne (Ain).

Familles de dix enfants : Les Docteurs J. Marcel Archimbaud, Aubenas (Ardèche) ; Beauchesne, Montfort-sur-Bisle (Eure) ; Bouché, Rostrenen (Côtes-du-Nord) ; G. Boumard, Angers (Maine-et-Loire) ; E. Boury, Cerisy-la-Salle (Manche) ; Prof. Emile Camelot, Lille (Nord) ; les Docteurs Etienne Chardin, Saint-Dizier (Haute-Marne) ; J. Clerc, Saint-Pierre-d'Alligny (Savoie) ; M. Dekester, Lille (Nord) ; Fernand Delouvrier, Versailles (Seine-et-Oise) ; Deschamps, Paris ; Druais, Montauban (Ille-et-Vilaine) ; Gaillard, Lyon (Rhône) ; Joseph Gignoux, Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône) ; Gonnet, Saint-Etienne (Loire) ; Mme Gourdet, Nantes (Loire-Inférieure) ; les Docteurs Grelier, Montaigu (Vendée) ; Grisoli, Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Lanos, Le Havre (Seine-Inférieure) ; Laroche, Périgueux (Dordogne) ; J. Lefebvre, Roquetoire (Pas-de-Calais) ; V. Lherminez, Raimbecour (Nord) ; Longin, Dijon (Côte-d'Or) ; de Lorgeril, Pleugueneuc (Ille-et-Vilaine) ; Mulliez, Hersin-Coupigny (Pas-de-Calais) ; A. Clivieri, Château-Gontier (Mayenne) ; Pierre Pasqueron de Fommervault, Nieul-l'Espoir (Vienne) ; H. Philippon, Brest (Finistère) ; Paul Robert, Chambéry (Savoie) ; Williate, Lille (Nord) ; Zeller, Masevaux (Haut-Rhin).

Ces 61 familles médicales ont 682 enfants.

Fédération des Syndicats médicaux de la Seine

Extension du régime des Assurances sociales aux familles des employés de la S.N.C.F.

Communiqué de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine

La Caisse de prévoyance des Assurances sociales des familles des employés de la Société nationale des Chemins de fer français, 11, rue Laborde, à Paris, prend dès à présent, toutes dispositions pour rembourser aux ayants droit les prestations médicales, conformément au décret-loi du 6 août 1938, avec effet rétroactif du 31 mars 1937.

Nous informons les médecins que des pièces justificatives pourront leur être présentées.

Ces pièces sont :

1° Les ordonnances datées, signées du médecin et tarifées par le pharmacien. (Ordonnances que l'intéressé a pu conserver).

2° Une attestation signée du médecin (de préférence sur papier à en-tête), précisant la date, la nature et le coefficient de l'acte médical, ainsi que la qualité (mari non agent, femme, enfant) de la personne à laquelle celui-ci a été dispensé.

Cette pièce ne constituant pas un reçu, n'est pas justiciable du timbre, au reste le reçu, s'il en était délivré un, en serait exempt également.

3° En outre l'agent sera porteur d'une « demande de prestations... » (imprimé fourni par les services de la S. N. C. F. à ses employés) sur laquelle le médecin n'a rien à inscrire.

Exemple :

Je soussigné, docteur en médecine, atteste avoir donné mes soins à l'enfant Dupont (Maurice), 1, avenue de la Liberté, à Courbevoie,

le 5 avril 1937 : une visite ;
le 5 mars 1938 : une consultation ;
le 20 juillet 1938 : un acte C5 ;
le 30 juillet 1938 : un acte K10.
tous actes dont j'atteste également le paiement.

• •

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Accidents du Travail

281. — Le prix des radioscopies

Il s'agit d'un accident du travail : un blessé m'est amené d'urgence ayant été victime d'un traumatisme violent au niveau du poignet (chute sur le poignet d'un bac pesant) : impotence fonctionnelle complète, douleur très vive, gonflement du poignet.

Devant l'intensité des symptômes, je pratique séance tenante une radioscopie (c'était le seul moyen que j'avais d'avoir un diagnostic précis et rapide).

J'en avertis immédiatement la Compagnie en lui faisant parvenir le certificat ainsi que le compte rendu de l'examen radioscopique. Le blessé a guéri rapidement et sans incapacité permanente et partielle.

Dans ma note d'honoraires, j'avais tarifé cet examen de radio-diagnostic : 200 francs.

Je reçois à l'instant une lettre de la Compagnie ainsi conçue :

« Nous vous serions obligés de nous dire sur quel article du tarif ministériel du 18 février 1938, vous vous êtes basé pour chiffrer cette intervention. Il ne

peut être question d'appliquer le tarif prévu au paragraphe *a)* de l'article 27, puisqu'il ne s'agit pas d'un examen radioscopique pour intervention, reduction de fracture, repérage de corps étrangers ou injection de substance opaque ou gazeuse.

«Le tarif, qu'à notre avis, il serait équitable d'appliquer en l'espèce serait la moitié du prix prévu à l'article 27, paragraphe A, pour radiographie avec fourniture de deux épreuves du poignet de face et profil, soit 100 : 2 = 50 francs ».

Si le prix de 200 francs peut paraître à première vue un peu fort, bien que très justifié, celui de 50 francs me paraît fixé à l'arbitraire.

Avant de répondre à la Compagnie, je serais heureux de connaître votre façon de penser sur ce cas litigieux.

Dr D.

Réponse

La Commission ministérielle du Tarif va se réunir vers fin janvier et précisément la question des radioscopies à 200 francs est portée à l'ordre du jour, comme incompatible avec la réalité dans certains cas : exemple : radiographie de l'avant-bras : 80 francs, tandis que sa radioscopie serait de 200 francs ? Il y a là quelque chose d'anormal à rectifier. D'autant plus que, dans votre cas, il n'y a pas eu une « radioscopie pour intervention » dit la Compagnie, ce qui est la vérité... comme après la radio effectuée. Prendre comme prix d'une « scopie », la moitié d'une « graphie » de même région, me semble *a priori* exagéré comme réduction. En attendant la rectification du tarif, il m'apparaîtrait normal que vous preniez le même prix que pour une radiographie.

Dr F. Decourt.

185. — Le tarif des soins à l'hôpital

Je suis chirurgien d'hôpital ; puis-je compter aux Compagnies autre chose que l'acte opératoire, durant le séjour de l'opéré à l'hôpital. Je n'ai lu, nulle part, d'indication nette à ce sujet.

Dr B.

Réponse

La Commission ministérielle du Tarif va se réunir prochainement. Les questions de « soins à l'hôpital », seront étudiées ensuite par la Sous-Commission, puis présentées (ensuite encore) à la Commission plénière, qui statuera. Le Tarif ainsi établi sera applicable naturellement à partir du 1er janvier 1939. Il s'ensuit que je ne puis, à l'heure actuelle, répondre à votre question.

Dr F. Decourt.

345. — Déplacement dans une même commune

J'ai fait à P..., plusieurs visites à un accidenté du travail, en mai 1938, qui habite en dehors des limites de l'octroi, à plus de trois kilomètres du centre de la ville.

La Compagnie d'assurances me refuse l'indemnité horo-kilométrique de 1 fr. 50 que je lui réclame, sous prétexte que le blessé habite sur le territoire de la commune.

Suis-je en droit de maintenir ma réclamation ?

Dr P.

Réponse

Sur le territoire d'une même commune, le médecin peut compter des frais de déplacement si le blessé et lui « habitent deux agglomérations différentes, et que la distance entre les deux domiciles est supérieure à un kilomètre... Cette indemnité ne pourra toutefois excéder l'indemnité attribuable au médecin le plus rapproché. »

Donc, dans votre cas, il faut : 1° qu'il y ait un « espace libre », si je puis dire, entre les deux domiciles ; 2° que le blessé habite à plus d'un kilomètre de tout médecin.

Dr F. DECOURT.

310. — L'anesthésie générale n'est tarifée que si elle est effectuée par un médecin autre que l'opérateur

Je viens vous demander comment tarifer en accidents du travail les actes suivants :

Sur l'avis du chirurgien nommé par l'Assurance avec mon assentiment, il a été convenu que, pour mécaniser les doigts d'une main atteinte de raideur de toutes ses articulations (depuis le poignet à tous les doigts), je devais lui donner tous les jours (pendant cinq ou six jours), une courte anesthésie générale au kélène ou au chloro-kélène et faire manœuvrer de force lesdites articulations pendant les quelques minutes de la résolution complète.

Je suis obligé de faire ceci à son domicile, bien entendu.

Veuillez me donner votre avis et combien demander par séance ?

Dr D.

Réponse

L'anesthésie générale n'est tarifable que lorsqu'elle est donnée par un autre que l'opérateur puisque (art. 12), il est dit : «... le médecin anesthésiste reçoit les honoraires fixés à l'article 11 ci-dessus ». Je ne vois donc pas sur quelle base vous pourriez demander — si vous êtes à la fois l'opérateur et l'anesthésiste — des honoraires spéciaux. D'ailleurs, il est bien précisé dans la

note 1 du même article 11 « ... l'anesthésie, quel que soit son mode, ne comporte d'honoraires que si elle est pratiquée par un médecin autre que l'opérateur ». Dr F. DECOURT.

b) Assurances sociales

551. — Visites et frais de déplacement en cas de grossesse et accouchement chez une assurée assistée

Mme B..., à terme d'une grossesse est très souffrante et est visitée le 11 et 12 octobre, d'où deux visites et deux déplacements.

Elle me rappelle le dimanche après-midi 16 octobre vers 15 heures, souffre beaucoup, est revue vers 20 heures, continue de souffrir ; piqûre de morphine. Pas de symptômes d'accouchement, d'où deux visites dimanche et deux déplacements. Enfin, le lundi, l'accouchement commence le matin et finit vers 13 heures, d'où accouchement et déplacement, il y quatre visites post-natales avec déplacement.

Y a-t-il lieu de compter ainsi : deux visites et deux déplacements, plus deux visites dimanche et deux déplacements, plus un accouchement (quel prix ?) y compris les visites consécutives, mais cinq déplacements d nt un pour l'accouchement, quatre pour les visites consécutives. Le kilomètre étant compté 1 fr. 20, tout à l'Assistance médicale gratuite.

Je serais très heureux d'avoir votre avis avant d'adresser les mémoires à la Caisse.

Dr B.

Réponse

1° Toute votre affaire repose sur l'art. 9 du décret-loi du 30 octobre 1935 disant *a*) alinéa 1 que « la prestation fixée par le Tarif de responsabilité de la Caisse et représentant l'ensemble des frais médicaux et pharmaceutiques relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites » ; *b*) alinéa 3 : « En cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques, l'assurance-maladie court à partir de la constatation de l'état morbide ».

Il faut donc, au sujet de vos visites avant l'accouchement, justifier en cas de différend qu'il y eut « grossesse pathologique » et nécessitant des soins relevant de l'assurance-maladie (avec feuille de maladie spéciale à ce sujet). Quant aux visites après l'accouchement, ce furent sans doute, les visites ordinaires aux suites de couches et comprises donc (dans le tarif de responsabilité des Caisses) dans la prestation forfaitaire indiquée à l'alinéa 1.

2° Tout ceci pour un assuré ordinaire, dans votre cas, il s'agit d'un assuré assisté. Or, il est dit, comme vous savez, que ce qui est payé au médecin sont les honoraires même du tarif de responsabilité de la Caisse (pas du tarif de remboursement). C'est donc bien au point de

vue tarification, suivant les alinéas 1 et 3 ci-dessus que vous devez vous baser pour établir votre mémoire.

3° En ce qui concerne vos frais de déplacement, vous pouvez vous baser, pour les réclamer, sur l'arrêté du 7 octobre 1938, fixant le tarif limite de réassurance des Caisses et où il est dit : Chapitre V, alinéa 3 : « Le tarif de réassurance, en ce qui concerne les frais de déplacement du médecin ou de la sage-femme, en cas d'accouchement, au domicile de l'assuré est celui fixé pour les frais de déplacement du médecin en matière d'assurance-maladie ». Visites comprises — ou non — dans le forfait d'accouchement, vous avez donc quand même à réclamer tous vos frais de déplacement.

Dr F. DECOURT.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

503. — Nouvelles bases de calcul des rentes des accidents du travail

Voulez-vous, je vous prie, me faire savoir comment se calcule la rente d'un blessé du travail, actuellement.

Cela doit avoir changé depuis les nouvelles lois, la base de la rente étant auparavant de 8.000 francs seulement. Dr C.

Réponse

La loi nouvelle sur les accidents du travail a élevé les bases de calcul des rentes pour les accidents survenus depuis le 1er janvier 1939 dans les conditions suivantes :

« Les salariés dont le salaire annuel dépasse 15.000 francs, majorations ou allocations pour charges de famille non comprises, ne bénéficient de ces dispositions pour les rentes que jusqu'à concurrence de cette somme. Pour le surplus, et jusqu'à 25.000 francs, ils n'ont droit qu'au quart des rentes stipulées à l'article 3. Au delà de 25.000 francs, ils n'ont droit qu'à un huitième, à moins de conventions contraires élevant le chiffre de la quotité. »

D'autre part, voici quelles sont les nouvelles dispositions concernant l'indemnisation de l'incapacité permanente partielle ou totale :

« Pour l'incapacité permanente et partielle, à une rente égale, pour la partie du taux d'incapacité ne dépassant pas 50 %, à la moitié de la réduction que l'accident aura fait subir au salaire annuel défini à l'article 10 et à la totalité de cette réduction pour la partie de ce taux excédant 50 % ;

Pour l'incapacité permanente et totale, à une rente égale à 75 % dudit salaire annuel.

Le montant de la rente est toutefois porté à 100 % du salaire, si la victime est atteinte d'une

incapacité totale de travail l'obligeant, pour effectuer les actes ordinaires de la vie, à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne. La dite rente est en outre majorée d'une somme de 3.000 francs dans les conditions de la loi du 30 avril 1931.

Le taux d'incapacité sera déterminé d'après la nature de l'infirmité, suivant un barème indicatif d'invalidité, établi d'après celui en usage pour l'application de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires, modifié ou complété, s'il y a lieu, par un règlement d'administration publique pris après avis de la 4e section du Conseil supérieur des assurances privées.

579. — Accident survenu à un ouvrier qui se rend à son travail

Un jeune ouvrier boulanger se rendant à son travail un dimanche après-midi fait une chute de bicyclette et se fracture le radius.

Le patron fait une déclaration d'accident du travail, mais la Compagnie d'assurances refuse de prendre l'accident en charge, prétextant que cet accident n'avait pas eu lieu sur le lieu du travail.

Je vous prie de bien vouloir me dire qui, du patron ou de la Compagnie d'assurances a raison.

Dr A.

Réponse

En principe, la responsabilité de l'employeur, en vertu de la loi du 9 avril 1898, ne court que du moment où l'employé se trouve au lieu et au temps du travail.

En conséquence, un accident ne peut être considéré comme survenu par le fait ou à l'occasion du travail, lorsqu'il est arrivé avant que l'ouvrier, qui en a été la victime, soit parvenu sur le lieu du travail ou après qu'il s'en est éloigné.

Spécialemenl, un ouvrier est sans droit pour invoquer les dispositions de cette loi à raison d'une chute qu'il a faite en se rendant de son domicile à son chantier, du moment que ce trajet ne peut être considéré comme un prolongement du travail.

En conséquence, la Compagnie d'assurances est dans son droit strict en refusant de considérer comme un accident du travail, l'accident dont votre client a été victime en se rendant par ses propres moyens à son travail.

585. — La gelure peut être un accident du travail

Je vous serais très obligé de bien vouloir me faire savoir jusqu'à quel point, on peut considérer une gelure d'un orteil comme étant un accident du travail.

Il s'agit en l'espèce du cas d'un livreur de charbon qui, par les grands froids est resté sur sa voiture pendant de longues heures. Dr A.

Réponse

En principe, la législation sur les accidents du travail ne s'applique pas aux accidents dus à l'action des forces de la nature. Il est fait toutefois exception à cette règle, lorsque les circonstances et les conditions mêmes du travail ont aggravé les effets d'ordre physique ou l'action des forces de la nature (Cour de cassation, 15 juillet 1933).

C'est ainsi qu'un arrêt de la Chambre des requêtes de la Cour de cassation du 20 décembre 1933 a admis qu'une congestion causée par le froid éprouvé au cours du travail, dont les résultats ont aggravé le danger résultant de la rigueur exceptionnelle de la température, constitue un accident du travail, lorsqu'il y a relation de cause à effet entre celui-ci et le décès de la victime.

Dans l'espèce que vous nous signalez, l'ouvrier a bien été exposé par les conditions mêmes dans lesquelles son travail était effectué à l'action particulièrement rigoureuse d'un froid exceptionnel.

Dans ces conditions, nous estimons qu'il y a bien eu accident du travail et que c'est à tort que la Compagnie d'assurances refuse de reconnaître l'accident.

Il faut donc que votre client fasse trancher la question par la juridiction compétente, c'est-à-dire par le Juge de paix du canton sur le territoire duquel l'accident s'est produit, en citant devant lui le patron responsable en paiement du demi-salaire.

Si l'ouvrier obtient gain de cause, vous aurez à votre tour une action contre le patron en paiement de vos honoraires dans les limites du tarif.

488. — Accident survenu au cours de l'incapacité résultant d'un accident antérieur

Un blessé, accidenté du travail s'était fracturé le col du fémur il y a trois mois. Nous l'avons pris en clinique, nous l'avons soigné, il est sorti, il y a trois mois. Il était en convalescence et n'aurait pu reprendre le travail avant plusieurs mois.

Il boitait, était maladroit de sa jambe.

Hier, il a glissé et s'est fracturé la cuisse en son milieu du même côté que la fracture précédente.

Comment peut-on considérer ce blessé ? Il est certain que sa maladresse provient de la fracture du col du fémur accident du travail.

La fracture de cuisse sous-jacente peut-elle être considérée comme une conséquence de la première fracture, ou bien est-elle un accident complètement indépendant à déclarer aux Assurances sociales ? Dr G.

Réponse

Un accident, bien que survenu en dehors de l'exploitation, peut, dans certains cas exceptionnels, être considéré comme la conséquence d'un accident du travail antérieur. Par exemple, un ouvrier qui s'est cassé la jambe dans un accident du travail et a été guéri sans toutefois être complètement en état de reprendre son travail se fait une nouvelle fracture juste au même endroit en glissant sur un terrain plat. On peut admettre, en pareil cas, que cette deuxième fracture est due beaucoup plus à une insuffisance de consolidation de la première blessure qu'à la chute elle-même ; mais, c'est à la victime qu'il appartient de faire la preuve de la relation de cause à effet, entre sa nouvelle fracture et l'accident antérieur (Sachet, Traité des accidents du travail, n° 459).

Il semble donc qu'en l'espèce la seconde fracture doit être considérée comme la conséquence d'un accident du travail antérieur.

En cas de refus des indemnités légales par l'Assurance, la question doit être tranchée par le Juge de paix du canton de l'accident.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

464. — Situation d'un ancien sursitaire militaire

Abonné au *Concours Médical* et membre du Sou, je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner votre avis sur ma situation militaire. Je suis né en 1890, j'ai été appelé au régiment, comme sursitaire, en septembre 1913, avec la classe 1912. Je suis médecin-capitaine depuis le 31 décembre 1926, marié sans enfant. Pourriez-vous me dire :

1° Si je serai rayé des cadres avec la classe 1910, c'est-à-dire au 15 octobre prochain. Cette radiation est-elle automatique ? ou bien, dois-je faire une demande ? à qui ? sous quelle forme ? à quelle date ? une personne se disant bien renseignée, m'a affirmé que je ne serai pas rayé des cadres avec ma classe, mais avec les officiers de mon grade (à 56 ans, je crois, pour un capitaine et plus tard encore si je suis nommé commandant) ;

2° Une fois rayé des cadres peut-on être rappelé en cas de mobilisation ? avec quel grade ? pour quel emploi ?

3° Peut-on demander l'honorariat du grade ? En quoi cela consiste-t-il ? Etant médecin honoraire, peut-on être rappelé en cas de mobilisation ? Est-on toujours proposable pour la Légion d'honneur ? Sous quelle forme faire la demande d'honorariat, a-t-on des chances d'obtenir satisfaction ?

A votre avis, quel serait le plus avantageux : honorariat ou radiation ?

Dr X.

Réponse

L'article 23 de la loi du 31 mars 1928 (Recrutement de l'armée) spécifie notamment :

« Les jeunes gens qui ont obtenu des sursis d'incorporation sur leur demande, suivent le sort de leur classe d'âge, à partir du moment où ils ont rempli leurs obligations dans le service actif et dans la disponibilité».

Sursitaire vous serez donc libéré, avec les hommes de votre classe 1910, le 15 octobre 1939. Cette radiation est automatique, à moins que vous ne demandiez à être maintenu dans les cadres au delà de la limite égale. En ce cas, vous seriez maintenu, capitaine, jusqu'à l'âge de 58 ans. Une fois dégagé de toutes obligations militaires, vous restez pendant deux ans à la disposition de la Défense passive (loi de 1938). Passé ce délai, vous ne pouvez plus être rappelé par l'autorité militaire en cas de guerre.

L'honorariat n'est accordé qu'aux officiers de réserve restés dans les cadres au delà de la limite légale, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de 58 ans pour les capitaines.

Rayé des cadres, vous ne pouvez plus être proposé pour la Légion d'honneur que si vous continuez à rendre des services à l'armée (Instructeur à l'éducation physique. Conférencier aux Ecoles de perfectionnement, etc.).

---

388. — Sur l'assiduité aux Ecoles de perfectionnement

J'ai lu votre réponse n° 9.266, page 124 du *Concours Médical* du 8 janvier, à la lettre du Docteur F... au sujet des rapports qu'il y a entre l'assiduité aux Ecoles de perfectionnement, et l'avancement des officiers de réserve. Une question identique, parue dans le *Concours*, il y a deux ou trois ans, et posée par un député, M. La Cour Grandmaison avait reçu une réponse, à peu près identique, du ministre de la Guerre d'alors.

J'ai écrit à cet honorable parlementaire une lettre lui prouvant qu'il n'en est rien ; car, il n'en est rien, et le plus grand compte est tenu, pour l'avancement des officiers de réserve, de l'assiduité aux Ecoles de perfectionnement, sans que l'autorité militaire fasse une différence entre les médecins de grandes villes, et les médecins de chef-lieu de canton ou de villages.

Cependant, pour les premiers, la fréquentation des Ecoles de perfectionnement est une distraction, une occasion de se retrouver entre confrères, et pour les seconds, c'est une difficulté, pour ne pas dire une impossibilité manifeste.

J'ai fait moi-même la guerre de 1914-1918, (dans l'infanterie), j'en suis revenu légèrement gazé, davantage touché au point de vue cardiaque, encore plus au point de vue péritonéal et intestinal. J'ai été, nommé lieutenant peu de temps après la paix, ai fait dès qu'on me les a « proposées », mes deux périodes de 21 et 15 jours, soit 36 jours, pleins, et j'ai eu l'occasion de savoir de source « sûre » (à la Direction du Service de santé même), qu'il me fallait pour passer capitaine, les présences aux Ecoles de perfectionnement, alors que des médecins que j'ai vu commencer leurs études à 18 ans, en 1919, pendant que je prépa-

rais ma thèse, ont déjà leur troisième galon, mais habitent la grande ville ! ! ...

Morale : Il est parfaitement inutile de se dévouer au régiment et dans le métier militaire... Insérez ma lettre. Je ne suis pas le seul.

Dr P.

Réponse

Contrairement à ce que vous semblez penser, cette question de l'assiduité aux Ecoles de perfectionnement, préalablement estimée indispensable pour l'avancement, vient d'être à nouveau résolue par une récente Circulaire ministérielle. On a voulu tenir compte, en effet, des difficultés (et même de l'impossibilité) qu'éprouvaient certains médecins éloignés des grands centres à suivre ces cours de perfectionnement. Pour eux, on a remplacé l'assiduité par un certain nombre de jours de périodes d'instruction ; mais, comme il fallait que cette exigence nouvelle permit de se rendre compte au mieux de la valeur des candidats, on a exigé que ces jours de périodes « en remplacement », soit effectués dans les cinq dernières années, précédant l'inscription au tableau.

Si, d'autre part, vous avez vu inscrire au Tableau des confrères n'ayant pas été assidus au cours de perfectionnement, c'est que, après différents ordres et contre-ordres, l'assiduité n'était exigée que depuis les deux dernières années.

QUESTIONS DIVERSES

338. — Frais de justice criminelle

Ayant été requis par M. le Juge d'instruction, avec deux autres médecins, à l'effet d'examiner au point de vue physique et mental trois jeunes garçons de 8 à 10 ans, élèves de l'Ecole communale, coupables d'avoir commis de menus larcins à l'étalage d'un magasin, je viens vous prier de vouloir bien me dire quels honoraires chacun de nous est en droit de réclamer.

Dr B.

Réponse

Le tarif des frais en matière criminelle fixé par le décret du 5 octobre 1920, alloue à chaque expert, régulièrement commis des honoraires de 50 francs ou de 40 francs suivant qu'il habite dans les villes où siège un Tribunal de 1re classe ou dans les autres localités, pour un examen au point de vue mental dans les cas simples.

Mais le dernier alinéa de l'art. 26 du tarif permet au magistrat commettant d'allouer des honoraires plus élevés en cas d'expertise présentant des difficultés particulières.

Il appartient à l'expert qui demande le bénéfice de cette disposition de justifier des difficultés qu'il a pu rencontrer dans l'exercice de sa mission.

FISCALITÉ

102. — Amortissement en cas de changement d'automobile

Voulez-vous me donner un conseil au point de vue fiscal. J'ai acheté une nouvelle voiture 60.000 francs, j'avais encore 7.000 francs à amortir de la vieille voiture.

Cette vieille voiture m'a été reprise pour 20.000 comment dois-je calculer mes amortissements ?

Dr T.

Réponse

Vous avez revendu votre vieille voiture, 20.000 francs. Il restait à amortir 7.000 francs. Vous avez donc réalisé un bénéfice de 13.000 francs que vous devez porter en recettes. Votre nouvelle voiture vous coûte : 60.000 francs, son amortissement peut se faire en cinq ans au moins, soit par an, 12.000 francs. Si vous en changez souvent vous pouvez réduire le nombre des années. Mais, il faut considérer que le prix dépasse celui des voitures ordinaires des docteurs et que l'on pourra répartir l'amortissement et toutes les dépenses d'automobile en dépenses personnelles non déductibles, et dépenses professionnelles déductibles.

A. et S. MARTINOT
Conseillers fiscaux

23. — L'indemnité de congédiement est-elle un revenu imposable ?

Doit-on déclarer comme revenu la somme versée à titre de dédit pour un congédiement rapide ?

Par exemple, engagé à 3.000 francs par mois, congédié du jour au lendemain pour une raison quelconque avec trois mois de préavis soit 9.000 francs. Ces 9.000 francs sont-ils imposables ?

Dr X.

Réponse

L'indemnité accordée pour brusque renvoi est considérée comme imposable si elle est simplement destinée à remplacer le traitement pendant la période de préavis (arrêts du Conseil d'Etat des 19 juillet et 20 décembre 1926).

Si au contraire, la somme versée a pour but de compenser un préjudice, par exemple : renvoi après quarante-cinq ans de services, accompagné du versement d'un capital il n'y a pas lieu à imposition (arrêt, 3 mars 1937).

Dans votre cas, il semble bien qu'il s'agisse du versement du traitement de trois mois à comprendre dans vos rémunérations de l'année.

A. et S. M.

Soixante-et-unième année — N° 7 *bis* — 15 Février 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

SERVICE DE PROPAGANDE DU " CONCOURS "

Les docteurs en médecine et les étudiants qui en feront la demande recevront gracieusement le *Concours Médical* pendant deux mois, afin de leur permettre de se rendre compte des services que ce journal peut leur rendre.

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteur en Médecine	70 fr.	Belgique et Luxembourg..	80 fr.
Etudiants	45 fr.	Première Zone	95 fr.
Le Numéro............	2 fr.	Deuxième Zone..........	120 fr.

LA DÉFENSE PROFESSIONNELLE INDIVIDUELLE par le SOU MÉDICAL

■ ■ ■

La garantie totale des adhérents du Sou, abonnés au *Concours Médical*, est portée à UN MILLION

Ce qu'est le Sou Médical

Le Sou Médical ne couvre pas simplement ses adhérents contre le risque de la responsabilité civile, pour une faute imputée à tort ou à raison à la pratique médicale. Ce risque ne correspond d'ailleurs qu'à une très minime partie des misères, que les confrères sont exposés à rencontrer au cours de leur carrière. Il y en a bien d'autres : troubles de jouissance quelconque, aussi bien d'une fonction médicale que d'un logement professionnel ; mésententes confraternelles ; dénigrement et diffamation, difficultés avec le fisc, etc., etc.. Une Compagnie d'assurances n'en a cure. Seul, le Sou Médical peut, grâce à ses conseils juridiques de premier ordre et à son organisation, aider ses membres à vaincre et à surmonter des difficultés de ce genre.

En outre, il ne faut pas oublier qu'en cas de poursuite devant les différentes juridictions, notre Ligue assure, en plus du paiement éventuel de la somme garantie par elle, tous les frais de procédure ; d'où une nouvelle supériorité de son action sur celle des Compagnies d'assurances.

L'élévation de la garantie

Les événements économiques et sociaux de ces dernières années ont entraîné une notable dépréciation monétaire. Les Tribunaux ont donc tout naturellement tendance, à l'heure actuelle, à adapter les indemnités, qu'ils allouent, au nou-

veau « pouvoir d'achat » du franc, et le risque de responsabilité professionnelle s'en trouve ainsi nominalement accru.

Si l'on ajoute à ceci l'augmentation absolue des dommages-intérêts accordés, par suite du caractère de plus en plus poussé des moyens de diagnostic et de thérapeutique modernes qui sont à la disposition du médecin, on comprendra que l'Assemblée générale du *Sou Médical* ait jugé indispensable d'adopter une élévation de 100.000 à **150.000 francs** de la garantie offerte par la Ligue.

Pour les mêmes raisons, le *Concours Médical* a décidé, lui aussi, de majorer les avantages qu'il assure à ses abonnés, membres de la Ligue, en élevant son complément de garantie, de telle sorte que la garantie totale (*Sou et Concours*) se montera à UN MILLION

Nous rappellerons, qu'à côté de la garantie de la responsabilité médicale proprement dite, notre Ligue permet également, depuis quelques mois, à ses membres de s'assurer contre *la responsabilité* qu'ils peuvent encourir *du fait de leurs aides* dans leur cabinet, ainsi que *du personnel et du matériel de leurs cliniques*, par simple adhésion individuelle à un contrat-groupe conclu auprès d'une Compagnie sérieuse, et pour des primes très modiques (25 francs par aide occupé au cabinet du médecin, et 10 francs, par lit pour les cliniques, pour une garantie de CINQ CENT MILLE francs — 30 francs par aide et 15 francs par lit pour une garantie de UN MILLION).

Fixation du chiffre de la cotisation

Les dépenses de notre Ligue peuvent être classées en trois catégories : les indemnités accordées par les Tribunaux aux victimes d'accidents professionnels, les frais judiciaires des affaires soutenues par la Ligue, et enfin les frais d'administration.

Nous avons déjà exposé plus haut la question des indemnités et des dommages-intérêts.

Quant aux frais judiciaires les statistiques intérieures du *Sou Médical* font ressortir, comme prix de revient moyen de chaque affaire, une somme supérieure à celle de 1937. Ceci tient principalement à l'augmentation des droits d'enregistrement, et aussi des honoraires des auxiliaires de la justice.

Quant aux frais généraux et d'administration, ils ont suivi la hausse du coût de la vie.

Nous nous sommes trouvés (après avoir reculé cette échéance le plus tard possible) dans l'obligation de demander à nos adhérents un effort supplémentaire, afin que les cotisations qu'ils nous versent, soient adaptées au coût actuel de la vie. A vrai dire, il ne s'agit même pas là d'un sacrifice complémentaire sans contre-

partie, puisque nous avons augmenté de manière substantielle le chiffre de notre garantie, et que nous l'avons consolidée par un contrat de réassurance. En se fondant sur les indices des prix de 1936 et 1938, le Conseil de la Ligue vient d'adopter une augmentation de 30 %, ce qui porte à 130 francs la cotisation de 1939.

***

Confrères, venez donc au « Sou Médical » qui, *en plus* de tous les avantages énumérés plus haut, pour CENT TRENTE FRANCS de cotisation par an, vous offre une garantie de CENT CINQUANTE MILLE FRANCS. Celle-ci peut même être portée à UN MILLION, si, d'autre part, pour 70 francs, vous vous abonnez au journal *Le Concours Médical*, organe de premier ordre pour les informations scientifiques et professionnelles.

N'oubliez pas non plus la *garantie complémentaire*, qui vous est offerte pour vos aides, le personnel et le matériel de vos cliniques.

Vous trouverez plus loin, page XLII, un bulletin d'adhésion, qu'il vous suffira de remplir et de nous adresser sans retard.

Dr G. FISCHER,
Secrétaire général adjoint.

◆ ◆ ◆

A quel âge un médecin de lycée peut-il être mis à la retraite ?

Un de nos lecteurs nous expose (lettre no 7.607) qu'il vient d'être brusquement remplacé dans ses fonctions de médecin d'un lycée de jeunes filles, parce qu'il a atteint l'âge de 63 ans. On lui a laissé entendre qu'il était fonctionnaire et, comme tel, devait être mis à la retraite à l'âge de 60 ans. Cette assertion est-elle juste et valable ?

Le médecin d'un lycée n'a pas la qualité de fonctionnaire : il ne saurait être tenu pour tel. Il a loué ses services à l'Administration de l'établissement, qui l'a nommé, après approbation de l'autorité supérieure, c'est-à-dire l'Inspecteur d'Académie, ou le recteur (décret du 7 août 1916).

Ces praticiens sont chargés de visiter et de soigner les élèves, pour lesquels les parents conservent cependant le droit de faire appeler un autre médecin, lorsque leur enfant, élève interne, ou demi-pensionnaire, tombe malade dans l'établissement et a besoin de soins.

Si le médecin est en outre chargé de besognes d'inspection d'hygiène, il ne peut que faire des rapports, sans pouvoir prendre de décision personnelle.

Voilà pourquoi le médecin d'un lycée n'est pas considéré comme un fonctionnaire, mais comme un praticien ayant accepté un contrat de louage de services avec un établissement d'éducation. En ce sens, une réponse ministérielle est parue au *Journal Officiel* du 8 février 1928.

Par suite, les règles applicables pour la mise à la retraite de certains fonctionnaires ne sauraient s'appliquer à un médecin de lycée. Il faut au contraire se reporter aux termes de son contrat, qui le lie à l'établissement et voir s'il fixe une limite d'âge, ou si sont prévus des motifs de retrait d'emploi. Sinon, on peut considérer une mesure de mise à la retraite sans motifs valables, comme étant une révocation imméritée, qui doit permettre une réclamation à réparation et servir de base à une action en justice.

Dans le cas particulier, il importe de connaître les termes exacts du contrat, ou de la lettre de nomination à l'emploi de médecin du lycée, ainsi que les termes de la lettre par laquelle le praticien a été avisé de sa mise à la retraite. Avec cette documentation, il sera possible de lui indiquer la ligne de conduite à suivre.

Dr Paul Boudin.

O O O

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) *Accidents du travail*

441. — Désaccord entre le médecin traitant et le médecin patronal

J'ai recours à vous pour la solution d'une question qui m'est souvent posée et à laquelle je voudrais donner une réponse absolument inattaquable au point de vue juridique.

Voici le fait :

Le médecin traitant juge qu'un blessé du travail a besoin d'un traitement spécial (chirurgie, radiothérapie, électrothérapie, etc., etc.), il l'envoie au spécialiste choisi, la Compagnie est avisée, elle fait contrôler ledit blessé par son médecin contrôleur.

Ce médecin refuse le traitement proposé et en conseille un autre ; naturellement le médecin traitant et le spécialiste défendent leur opinion qu'ils estiment la bonne.

Comment doivent-ils faire pour défendre à la fois leur droit d'exercer la profession et l'intérêt du blessé ?

Faut-il aller devant le Juge de paix et faire nommer un expert ? Et si, pendant ce temps (parfois

long), l'état du blessé s'aggrave, qui en portera la responsabilité ?

Faut-il simplement provoquer l'avis amiable d'un troisième médecin et passer outre au refus de la Compagnie ?

D[r] C.

Réponse

Il n'y a rien dans la loi en cas de désaccord entre le médecin patronal et le médecin traitant pour la bonne raison que, en vertu du libre choix, le médecin traitant est seul juge du traitement à faire suivre à son malade. Par contre, en ce qui concerne le tarif de responsabilité patronale (question non plus d'ordre technique, mais monétaire), il doit y avoir accord à propos des points que vous nous signalez entre les deux médecins. D'après l'alinéa 3 de l'art. 27 du tarif, s'il y a désaccord, l'alinéa 5 du même article dit : « En cas de divergence, il sera procédé conformément à l'art. 9 ci-dessus ». Or, cet art. 9 dit : « . . . En cas de divergence, on recourra à l'avis d'un troisième médecin, choisi d'accord avec le blessé, le médecin traitant et le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué. Dans les cas urgents, le médecin traitant décide, puis avise aussitôt le patron ou son assureur substitué de l'opération effectuée et des causes de l'urgence.

D[r] F. DECOURT.

468. — Le tarif de cinq francs par kilomètre parcouru

Voulez-vous avoir la bonté de me donner votre avis compétent sur l'application du tarif accident du travail dans les deux cas suivants :

1° Pansements à domicile pour phlegmon de l'avant-bras. Distance kilométrique, 6 km. en tout par très mauvaise route : très fort enneigement ; obligation d'employer des chaînes, de rouler en deuxième ou en première pour prendre quelques côtes. N'est-ce pas le cas d'appliquer le tarif 5 francs au kilomètre, ou dois-je me contenter de 1 fr. 50.

2° Aide opératoire à l'hôpital le plus proche, soit V. à 22 kilomètres. N'ai-je pas le droit d'ajouter aux 80 francs d'honoraires l'indemnité de déplacement.

En vous remerciant sincèrement de votre réponse, je profite de l'occasion pour vous faire part de ma petite expérience au sujet de votre note parue dans le *Concours* du 8 janvier 1939 : demande de reçu avant paiement, etc... L'Union me paye directement de Paris pour chèque postal et se contente du talon de la poste.

Les Travaux français me payent soit par chèque et ne demandent pas d'acquit ; soit par leur agent qui me fait signer en versant les espèces. La Zurich, verse par chèque postal et attend que je lui renvoie la quittance.

Le Syndicat de garantie des Grandes Industries rue Pelouze, à Paris, verse par chèque postal et se

contente du talon. Les autres, L'Abeille, Mutuelle du Mans, Compagnie d'Assurances générales, etc., ne versent les honoraires, que lorsqu'elles ont reçu l'acquit. Les agents régionaux sont honnêtes. Seul un agent m'a barboté deux notes, parce que je refusais de lui donner un acquit avant versement. J'ai été volé.

Il ressort de tout cela, qu'il est absolument inadmissible qu'il y ait des agents qui ne se contentent pas du récipissé de la poste. Nous ne devons pas être exposés à des aléas fréquents, parce que les Compagnies et leurs agents ne font pas un effort administratif pour s'entendre.

Dr C.

Réponse

1o Le tarif de 5 francs par kilomètre parcouru n'est applicable que lorsque « le médecin est obligé de parcourir plus d'un kilomètre à pied » (voir annexe du tarif, *in fine*).

2o Vous ne pouvez faire payer un déplacement quelconque que suivant le tarif du « médecin le plus proche ». Or, à V., il y a certainement un médecin (autre que l'opérateur lui-même)...

3o Les précisions que vous me donnez dans votre lettre concernant les « demandes de reçus avant paiement » sont très intéressantes et j'en envoie copie au secrétaire général de la Réunion des assureurs pour lui montrer qu'il y a des Compagnies (ce n'est pas le seul cas) qui se contentent des reçus de la poste.

Dr F. Decourt.

---

b) Assurances sociales

287. — Ablation d'un kyste de l'ovaire

Nous nous voyons obligés de recourir encore une fois, à votre grande obligeance ; nous vous serions vivement reconnaissants de vouloir bien nous indiquer, par assimilation, quel serait le coefficient de grande chirurgie applicable à l'ablation d'un « kyste de l'ovaire », cette intervention ne nous paraissant pas nommément désignée à la nomenclature des actes de chirurgie.

Caisse primaire X.

Réponse

Il me semble que l'ablation d'un kyste de l'ovaire est comprise dans la rubrique indiquée K.20 = Chi : laparotomie pour lésions de l'utérus et des annexes (cancer utérin excepté).

Dr F. Decourt.

Voir la suite de la correspondance page XXXV-471

PROPOS DU JOUR

L'ENCOMBREMENT MÉDICAL
A LA RECHERCHE DES MOYENS POUR Y PALLIER

■ ■ ■

Dans la deuxième édition de son intéressant ouvrage : DU MÉDECIN DES VILLES ET DU MÉDECIN DE CAMPAGNE, *Mœurs et Science* (1), qui date de 1840, c'est-à-dire presque exactement un siècle, le Docteur MUNARET écrit, page 11 :

« Le chiffre des médecins diplômés suit, d'une année à une autre, une progression effrayante pour les malades ; et, pour ne pas aller chercher des preuves trop éloignées de notre époque, à Paris et pendant la seule année 1839, on a constaté un excédent de soixante-quinze médecins sur les années précédentes, déduction faite des morts et des absents. D'après les calculs comparatifs de M. Eymard et de M. Joly, entre la population et le nombre des médecins en France, un médecin n'avait en 1829, que cent malades par an, ce qui lui donnait dix malades environ par mois et un malade tous les trois jours. Dans l'espace de onze années, le nombre des médecins, relativement au chiffre de la population, s'est augmenté au point de ne donner aujourd'hui qu'un malade à chaque médecin, tous les cinq jours environ. L'on a même calculé, mon ami, que, dans le cas où on ne recevrait aucun médecin pendant dix ans, il y en aurait encore assez pour le nombre des malades. Mais vainement l'on exigera de plus longues études et l'on soumettra les aspirants au doctorat à des examens plus multipliés et plus sévères, on ne fera qu'accroître le nombre des officiers de santé (Richerand). »

Paul BROUARDEL, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Paris, constatait en 1903, soixante-trois ans plus tard, que le nombre des médecins augmentait dans des proportions vraiment inquiétantes et après avoir étudié cette situation dans le premier chapitre de son ouvrage : *La profession médicale au commencement du XXe siècle* (2), il conclut « qu'on ne se méprenne pas d'ailleurs sur le sens de ces observations. Il ne s'agit pas seulement de sauvegarder les intérêts d'une profession. La Société a maintenant les mêmes intérêts que les médecins. Elle est en danger, si elle n'a pas un corps médical digne de toute sa confiance. Elle ne l'aura que si celui-ci n'est pas exposé à subir les compromissions que suggèrent les difficultés de la vie. Le malade n'est pas compétent pour apprécier la valeur d'un médecin ; il se livre à lui ; la puissance des charlatans le démontre tous les jours. Que la Société prépare donc, dans son intérêt à elle, une génération de docteurs en qui scientifiquement et moralement elle puisse avoir toute sécurité. »

On voit que la maladie sociale que nous appelons la pléthore médicale, ne date pas de notre époque. Elle ne règne pas encore spécialement dans notre pays. Brouardel signalait que, à la fin du XIXe siècle, les Universités allemandes délivraient 1.350 diplômes de médecins quand elles n'en délivraient que 800, dix ans auparavant, et qu'il en était de même en Italie et en Autriche-Hongrie.

En 1889, la population Suisse atteignait près de trois millions d'habitants et 1.530 médecins exerçaient dans la Confédération helvétique.

En 1908, la population comptait plus de trois millions et demi et les médecins étaient 2.230. En 1926, pour près de quatre millions d'habitants, il y avait 3.100 médecins.

Il en est de même en Belgique où l'encombrement est certes moins grand qu'en France, mais préoccupe néanmoins les médecins belges, puisque leur *XXIe Congrès de médecine professionnelle*, tenu à Bruxelles en 1930, discuta longuement sur les moyens de remédier à ce danger.

Comment pallier à cette situation ? Jusqu'ici aucun des moyens proposés ne s'est montré efficace et ceux qu'on envisage sont loin d'être à l'abri de critiques justifiées.

Munaret dit qu'à son époque on songea à exiger de plus longues études, de multiplier les examens et de les rendre plus sévères.

Le résultat fut de multiplier le nombre des officiers de santé et celui qu'on obtiendrait fatalement de nos jours où il n'y a plus d'officiers de santé, serait d'augmenter considérablement les charlatans et les illégaux.

P. BROUARDEL rappelle qu'en 1894, il obtint du ministre de l'Instruction publique, SPULLER, de traiter la question à la tribune du Sénat. Ce dernier, dans un remarquable discours, montra à quelles déceptions s'exposaient les jeunes gens

(1) Paris, Germer-Baillière, libraire-éditeur.
(2) J.-B. Baillière, édit. 1903.

qui embrassaient la carrière médicale. Ce discours, résumé en une Circulaire, fut adressé aux proviseurs des lycées et aux chefs d'institution pour détourner leurs élèves des études médicales. Le résultat fut assez sensible immédiatement, du moins à Paris, mais l'amélioration fut éphémère. Le Docteur DARDELIN, de Saint-Brévin-les-Pins, il y a quelques années, rédigea un tract qui exposait très bien la question et qui fut envoyé, par ses soins, dans les lycées et les collèges aux professeurs de philosophie.

Comme pour la Circulaire Spuller, le tract de Dardelin donna d'appréciables résultats, mais il aurait fallu prolonger cette action et l'effet favorable qui suivit n'eut pas de continuité.

Les lois nouvelles, empêchant les étrangers d'être trop facilement et trop tôt naturalisés, exigeant que la naturalisation datât de dix ans avant de donner la plénitude des droits de l'exercice de la médecine aux praticiens d'origine étrangère, ne sont pas toujours rigoureusement appliquées, peuvent être trop facilement tournées et n'ont qu'un effet restreint.

On en arrive au point que certains esprits, cependant très libéraux, comme le sénateur professeur Portmann, songent à limiter par une loi le nombre des étudiants auxquels les Facultés de médecine seraient ouvertes. On introduirait en France le système du *numerus clausus*.

Les partisans de ce système prennent comme exemple les Ecoles vétérinaires et l'Ecole centrale des Arts et Manufactures en France. Ses adversaires montrent la difficulté de fixer au début des études le nombre des médecins qui seraient nécessaires cinq ou six ans plus tard. Ils font remarquer que la pléthore médicale existant surtout dans les villes, il faudrait prendre des mesures, une fois l'étudiant devenu docteur, pour lui imposer un poste, ce qui nous conduirait à une sorte de fonctionnarisation.

Nous avons reçu à ce sujet une lettre d'un médecin yougoslave qui a fait ses études à Paris, le Docteur DELTCHO P.-A. ZOGRAFSKY, de Skoplјé, qui nous expose ce qui existe dans son pays et dans d'autres nations balkaniques :

« Je ne veux, ni ne dois, nous écrit-il, critiquer ce qui existe en France, permettez-moi néanmoins de vous exposer comment la question de la distribution des praticiens est réglée dans les pays balkaniques (Loin de moi l'idée de vous les donner en exemple !)

En Yougoslavie et en Bulgarie, tout nouveau médecin, sorti de la Faculté locale ou d'une Faculté étrangère, après avoir subi une rigoureuse sélection, consistant en un examen d'Etat, où 30 à 40 % des candidats sont ajournés à trois ou six mois, est dirigé sur un canton ou une bourgade de moins de 10.000 habitants.

Le système a donné de bons résultats en Bulgarie et est récent en Yougoslavie, mais de bon augure.

Le jeune médecin exerce seul (un vétérinaire et un pharmacien sont installés dans les mêmes conditions). Il est médecin des indigents et ne tarde pas à soigner les paysans aisés. Il reçoit une indemnité annuelle de 1.500 francs français actuels. Il reste à son poste deux, trois, quatre ans.

Assez souvent, il réussit à gagner beaucoup et reste définitivement où il exerce. Belgrade et Zagreb sont frappées de congestion médicale plus que Paris.

Il y a quelques années, il y avait un médecin pour 450 à 600 habitants. »

Notre confrère doute que le système qu'il nous a exposé, qui peut être appliqué dans son pays où règne une puissante autorité centrale, puisse s'appliquer facilement en France, pays où la liberté est grande, « belle chose en elle-même d'ailleurs, mais parfois décevante ».

Une chose le frappe, c'est l'engouement des Français pour l'hôpital qui dans son pays n'est l'asile que de la plus extrême indigence, malgré tous les avantages qu'y trouvent les malades pour y être bien examinés et bien soignés. Cette horreur de l'hôpital existait jadis chez nous dans le peuple surtout à la campagne.

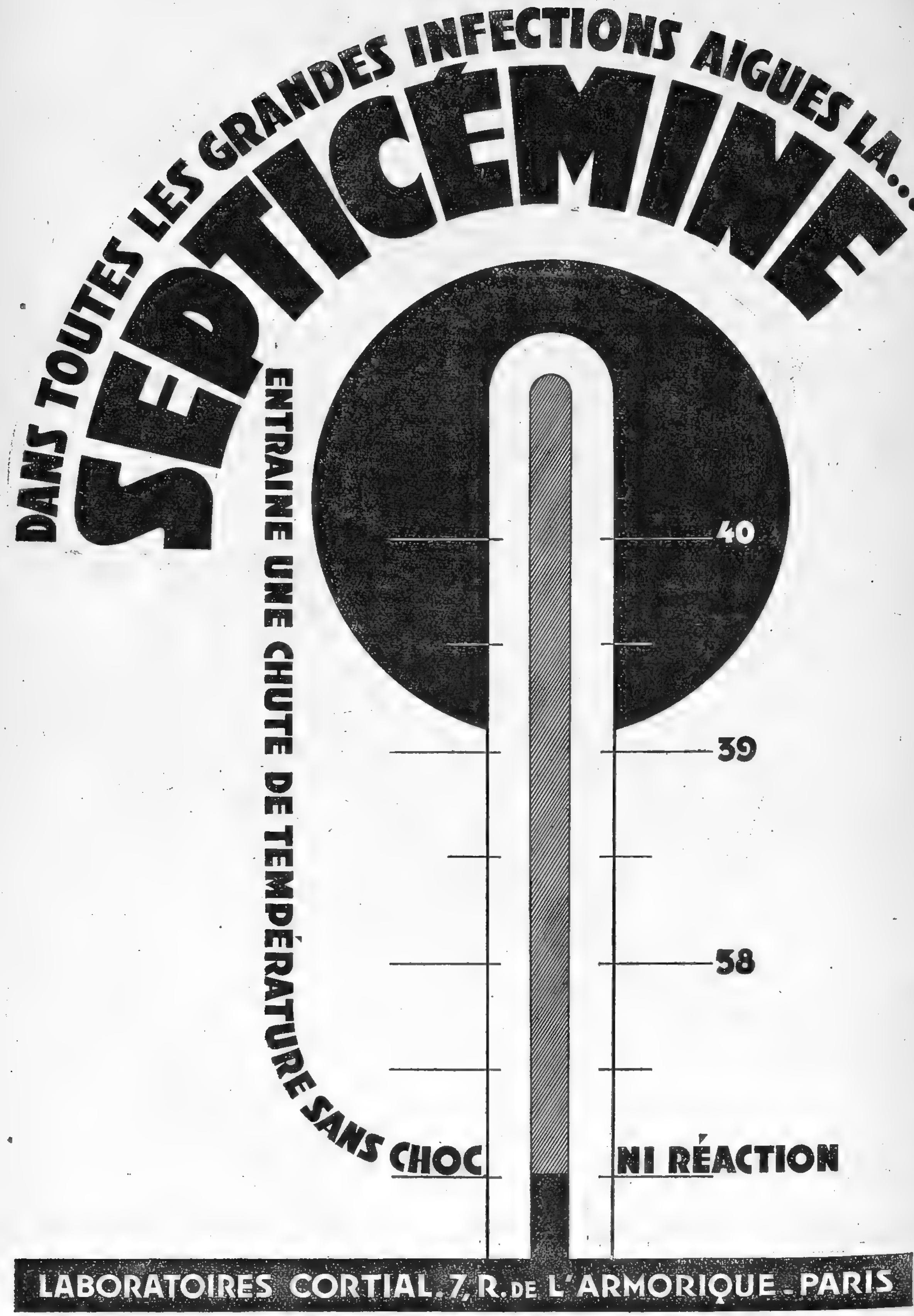
Nous remercions le Docteur ZOGRAFSKY de sa lettre et nous sommes du même avis que lui. Nous doutons qu'on puisse acclimater en France le système qui réussit dans les pays balkaniques.

D'autres personnes voient le salut dans le développement de la médecine sociale en créant pour cela des postes médicaux rétribués nombreux. P. BROUARDEL avait eu à peu près cette idée, il y a trente-cinq ans. Il faisait remarquer que déjà le nombre des malades diminuait sensiblement et que les médecins de plus en plus en surnombre pourraient être appelés à remplir des fonctions prophylactiques appointées, l'objet de la médecine de soins diminuant de plus en plus. Ce serait la fonctionnarisation de la médecine progressive et plus ou moins déguisée.

Enfin, d'autres ont proposé de multiplier les médecins coloniaux, la même proposition avait été faite en 1930 au Congrès de médecine professionnelle belge. Nous avons jadis étudié la question et nous avons acquis la conviction que cette mesure donnerait de maigres résultats dans la plupart de nos colonies dont les gouvernements ont été obligés de créer des Ecoles indigènes à Hanoï, Pondichéry, Tananarive et Dakar.

Conclusion : Tous les moyens que nous avons énumérés peuvent être tentés comme mesures palliatives, mais nous craignons qu'ils n'aboutissent en fin de compte qu'à nous faire faire un pas de plus vers la fonctionnarisation ou le salariat que nous aurions voulu à tout prix éviter.

J. NOIR.


DANS TOUTES LES GRANDES INFECTIONS AIGUES LA...
SEPTICÉMINE
ENTRAINE UNE CHUTE DE TEMPÉRATURE SANS CHOC NI RÉACTION
40
39
38
LABORATOIRES CORTIAL. 7, R. DE L'ARMORIQUE . PARIS

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LES SEPTICÉMIES A PNEUMOCOQUES

Par M. J.-P. Tourneux

Chirurgien des Hôpitaux de Toulouse

Ainsi que l'a fort justement dit Maurice Bariéty, la notion de septicémie à pneumocoques est pour ainsi dire contemporaine de la découverte du germe lui-même. C'est en effet dans le sang d'un lapin inoculé avec la salive d'un enfant mort de la rage que Pasteur, Chamberland et Roux trouvèrent en 1881 le micro-organisme entouré d'une auréole, que deux ans plus tard Talamon décrivait sous le nom de coccus lancéolé, l'ayant isolé des crachats, du bloc pneumonique et du sang d'un sujet mort du pneumocoque.

L'agent des pneumococcies, le pneumocoque se présente ordinairement sous la forme d'un diplocoque encapsulé, Gram positif, se développant bien sur les milieux au sang et sucrés et en gélose. Parfois, ses caractères morphologiques peuvent se modifier : on peut en effet observer des dispositions en chaînette de trois à quatre éléments, ou des formes cocciques, ce qui rend parfois le diagnostic très malaisé. On s'appuie alors pour l'authentifier sur le pouvoir de la bile et des solutions de sels biliaires de lyser ses cultures, sur ses propriétés fermentatives en présence de certains milieux sucrés, de l'insuline, et sur l'inoculation à la souris, véritable réactif du pneumocoque.

Mais le pneumocoque ne se présente pas, comme certains autres germes, sous un aspect unique et toujours identique : au contraire, on connaît une multiplicité de types de pneumocoques souvent très difficiles à distinguer les uns des autres, tant au point de vue de la morphologie que de celui de leurs caractères de culture.

Les recherches de Nicolle et de ses élèves avaient établi quatre groupes de pneumocoques ; Neufeld et Hendel, auteurs américains, et en particulier Cooper et ses collaborateurs, tout en maintenant l'individualité des trois premiers types, tous de virulence élevée, sont arrivés à dissocier le groupe IV qui comprendrait 29 types différents de pneumocoques, peu pathogènes, dont certains ont pu servir à expliquer la présence du pneumocoque chez l'homme sain ainsi que l'évolution nosologique et épidémiologique des affections pneumococciques dans l'appareil pulmonaire.

Ces recherches ont servi à mettre en évidence aussi leur nature physico-chimique : on a isolé dans les différents types de pneumocoques d'une part une substance nucléo-protéide, support du corps microbien, et de l'autre des polysaccharides constituants de la capsule du pneumocoque, spécifiques de l'espèce et du type.

Neufeld avait montré qu'en mettant en présence un pneumocoque et un sérum de lapin immunisé avec la même souche, on déterminait le phénomène de gonflement de la capsule ; actuellement, en mettant en présence une souche quelconque de pneumocoque avec les trente-deux sérums de lapin agglutinants, spécialement préparés dans ce but de diagnostic, on obtient avec un de ces sérums le gonflement de la capsule du pneumocoque examiné, Ce gonflement, résultant vraisemblablement de la précipitation du polysaccharide capsulaire spécifique, qui détermine des modifications de son volume et de l'état réfractométrique, est rigoureusement spécifique, car il ne se produit avec aucun des sérums hétérologues, et si l'on oppose sur une même lame plusieurs types de pneumocoques avec un seul sérum homologue, une partie seule des germes présente le gonflement de la capsule. Ce sont là des notions de la plus haute importance, tant au point de vue du diagnostic qu'au point de vue thérapeutique.

Au sujet **de l'étiologie**, on doit considérer trois modes possibles d'envahissement de l'organisme, l'inoculation immédiate, la contagion directe et l'exaltation de virulence de pneumocoques saprophytes.

L'inoculation immédiate est exceptionnelle : elle peut s'observer dans les laboratoires de bactériologie, comme dans la salle d'opérations, (intervention de pleurésie purulente ou d'oto-mastoïdite à pneumocoques.)

La *contagion directe* est particulièrement nette chez l'enfant et se manifeste dans les hôpi-

taux à mauvais isolement. Elle s'effectue par la toux, les éternuments qui projettent dans l'air des gouttes virulentes : les facteurs météréologiques, spécialement l'état hygrométrique de l'air, joueraient un rôle assez important.

L'exaltation de virulence des pneumocoques saprophytes a été assez discutée. On sait que le sujet bien portant héberge constamment des germes dans les voies respiratoires supérieures : les types I et II se trouvent dans 1 à 4 %, le groupe III (p. mucosus) dans moins de 10 % et le groupe IV dans 50 à 80 % des cas. Dans la pneumonie de l'adulte au contraire, le groupe IV n'a pour ainsi dire aucune valeur comme agent pathogène, tandis que les types I et II occupent une place absolument prépondérante avec des pourcentages de 60 à 90 % : il en serait de même d'après Witthe dans les empyèmes métapneumoniques. Par contre, dans l'enfance, on constate une fréquence à peu près égale des types I et II chez les malades comme chez les bien portants, tandis que le groupe IV participe avec plus de 85 % aux affections pulmonaires du type broncho-pneumonique spontané ou métastatique.

En somme, comme l'indique M. Wolf, en matière de pneumococcies, toutes les formes d'infection primaires, pneumonie lobaire aiguë, péritonite, méningite et otite moyenne offrent une prédominance des types hautement virulents I, II et III, tandis que les infections à caractère plutôt secondaires comme les bronchites, les conjonctivites, les méningites secondaires et la broncho-pneumonie sont presque toutes dues aux germes du groupe IV. Il y a donc un type de pneumocoque qui caractérise les infections essentielles, un autre qui correspond plutôt aux microbes de sortie.

De ces constatations découlent des conclusions épidémiologiques d'un très grand intérêt. Il existe des infections pneumococciques à type primaire, qui se présentent comme toutes les autres infections à caractère épidémiologique. Le germe, hautement virulent est transmis d'un malade ou d'un porteur à un autre sujet, et celui-ci réalise la maladie, une pneumococcie primitive, à condition qu'à l'infection s'ajoute un état favorable de l'organisme : comme cette deuxième condition n'est pas régulièrement réalisée, les pneumococcies primitives, qui ont un caractère épidémiologique indéniable, restent dans l'ensemble plutôt rares.

A l'opposé se trouvent les infections à type secondaire, celles où le plus souvent ou presque toujours le pneumocoque du groupe IV est un germe de sortie. L'ubiquité de ce germe, sa présence à peu près constante dans les voies respiratoires des sujets normaux expliquent son rôle pathogène, et montrent la quasi impossibilité de pouvoir supprimer ce mode d'infection.

***

Cliniquement, il convient tout d'abord, comme le fait observer Bariéty, de souligner certains caractères propres aux septicémies à pneumocoques : d'une part la fréquence de l'atteinte pulmonaire, d'autre part le polymorphisme symptomatologique qui découle de la nature du terrain, de la virulence du germe, ainsi que des localisations secondaires.

On peut dire, un peu schématiquement, qu'il existe deux grands types de septicémies : des septicémies pures et des septicémies à localisations viscérales prédominantes, ces dernières beaucoup plus fréquentes que les premières.

Les *septicémies pures* se présentent sous deux aspects : une forme grippale ou pseudo-typhique et une forme pseudo-palustre.

La forme pseudo-typhique ou grippale succède souvent à une rhino-pharyngite banale. Après quelques jours d'enchifrènement, accompagné de lassitude générale, sans élévation nette de température, surviennent brusquement des signes impressionnants : céphalée violente, grands frissons, fièvre à 40°. Puis se produisent un certain nombre de symptômes abdominaux particuliers, vomissements, diarrhée, subictère avec légère augmentation de volume du foie, grosse rate et parfois dicrotisme du pouls.

En dépit de la gravité de ce tableau clinique, l'évolution est en général plutôt bénigne, et la guérison survient en une quinzaine de jours ; mais il n'en est pas toujours de même, et l'on peut voir apparaître à un moment donné une complication viscérale, ce qui explique la nécessité de rechercher avec soin toutes les métastases possibles, dont les plus communes sont l'arthrite, la pleurésie, l'endocardite, et la méningite à pronostic plus ou moins redoutable.

La forme pseudo-palustre, presque exceptionnelle, est surtout connue par l'observation rapportée par Chabrol, Cottet et Duchon. Pendant soixante-dix jours, ces auteurs observèrent chez une femme un accès palustre avec ses trois stades caractéristiques, fièvre, frisson, sueurs, alors que les recherches de laboratoire avaient nettement mis en évidence le caractère pneumococcique de l'affection. Malgré la longueur de l'évolution, la guérison finit par survenir.

Dans les septicémies avec localisation viscérale prédominante, la localisation pleuro-pulmonaire occupe la scène dans la majorité des cas ; Bariéty envisage quatre éventualités.

Dans un premier cas, un sujet présente une pneumonie lobaire franche aiguë, et la défervescence devrait régulièrement apparaître au huitième jour. Mais cette dernière ne se produit pas, la température continue à osciller pendant plusieurs jours et finalement l'examen met en évidence une pleurésie purulente début de la

septicémie. Cette métastase peut d'ailleurs être suivie d'autres localisations.

Dans un deuxième cas, la défervescence s'est faite normalement et l'on s'attend à la guérison, lorsque au bout d'un temps variable allant de huit à trente jours, la température remonte et l'on constate l'existence d'une localisation viscérale pneumococcique avec septicémie.

Dans un troisième cas, (pneumonie infectieuse infectante de Germain Sée), la localisation pulmonaire est bien primitive, mais elle reste complètement noyée dans un tableau de septicémie grave.

Enfin dans le quatrième cas, les signes pulmonaires, tout en restant primitifs, évoluent presque sourdement sous forme de petits foyers d'allure très bénigne, lorsque éclate brusquement la septicémie.

Les différentes localisations viscérales qui se manifestent à la suite de l'atteinte pulmonaire primitive, constituent soit des complications locales, pleurésies purulentes enkystées ou de la grande cavité, soit des complications à distance, bénignes comme les arthrites et les néphrites, graves comme les péritonites ou redoutables comme les péricardites, les endocardites, les myocardites ou les méningo-encéphalites.

Mais à côté de ces formes, que l'on peut qualifier en quelque sorte de pulmonaires, dans une série d'autres, l'atteinte du poumon ne se fait que secondairement ou même pas du tout. C'est ainsi que l'on a signalé des méningites et des péritonites à pneumocoque s'accompagnant d'autres lésions viscérales à l'exclusion du poumon, et que notre ami J. Calvet a rapporté un certain nombre de cas d'oto-mastoïdites à pneumocoques se compliquant de méningite, d'arthrite purulente, de myocardite et de pleurésie purulente sans que le poumon ait été atteint.

Le **pronostic** des pneumococcies est extrêmement variable et dépend de trois éléments, microbe, terrain et forme clinique.

En dehors de la notion de *virulence du pneumocoque*, qui dépend surtout de son potentiel capsulogène, il faut tenir grand compte du moment où l'hémoculture devient positive : une hémoculture positive au début ne semble pas d'un pronostic fâcheux, mais il n'en est plus de même d'une hémoculture positive tardive, surtout si elle prend un caractère constant et répété. Il est en outre bien évident que la quantité de germes, trouvés après ensemencement, entre également en ligne de compte : au-dessus de 200 au cent. carré, le pronostic semble désespéré.

La question de *terrain* présente également une importance considérable, car il explique en quelque sorte l'évolution : aux deux âges extrêmes de la vie, chez le nourrisson comme chez le vieillard, à l'âge moyen chez le colonial transplanté, chez l'individu taré, qu'il s'agisse d'un hépatique, d'un cardiaque, d'un rénal, d'un diabétique ou d'un alcoolique ou au cours d'une grossesse, les pneumococcies présentent toujours une extrême gravité. Dans la deuxième enfance et chez l'adulte jeune exempt de tare, les septicémies pneumococciques ont un meilleur pronostic, car le terrain est plus résistant. La localisation au poumon est généralement prédominante, et seule la dissémination à tout l'organisme constitue un facteur de gravité.

Enfin, dans *l'ordre clinique* suivant Bariéty, les septicémies pures seraient moins graves que les septicémies à localisation viscérale, comme les formes prolongées seraient moins redoutables que les formes suraiguës. Il convient également de tenir grand compte de la date d'apparition de localisations viscérales (car l'évolution est plus favorable en cas de localisation tardive) de leur nombre, de leur répétition et de leur nature : certaines métastases telles que les arthrites et les pleurésies sont en général peu graves, d'autres comme les endocardites et les méningites ont un pronostic presque fatal.

Il est bien évident que le **diagnostic** des pneumococcies doit présenter des différences considérables. A côté de cas extrêmement simples, où la nature de l'affection s'impose en quelque sorte et où la constatation du microbe causal n'apporte qu'une sorte de confirmation, il en est d'autres, où le problème devient beaucoup plus complexe et délicat et où seul l'examen bactériologique permet de reconnaître la véritable cause de la septicémie.

Nous ne croyons pas devoir insister sur le diagnostic différentiel des diverses formes septicémiques, pures ou avec localisation viscérale ; nous nous bornerons à envisager le diagnostic bactériologique, dont l'importance et la nécessité ne se discutent plus, car, comme l'a fort judicieusement fait observer J. Calvet, non seulement il indique la cause et la nature de l'affection incriminée, mais encore il fournit de précieuses indications thérapeutiques.

Pour rechercher l'agent pathogène, on peut s'adresser à trois milieux organiques différents, le sang, les crachats, le pus de provenance pleurale, méningée ou otique.

L'hémoculture, faite en bouillon T, à pH ajusté à 7,5 après stérilisation, est positive en moins de vingt-quatre heures, parfois en sept à huit heures, dans les conditions favorables. On compte malheureusement de très nombreux cas complètement négatifs, soit du fait d'absence momentanée de germes dans le sang, soit du fait de l'insuffisance des milieux de culture.

Lorsqu'il s'agit de pus ou de crachats, en dehors des épreuves classiques, culture en bouil-

◆◆◆

lon T, lyse par les sels biliaires, agglutination macroscopique, etc., c'est à l'examen direct d'un frottis que l'on doit s'adresser : la présence du pneumocoque sera décelée par la coloration de Gram, et sa variété par la réaction spécifique du gonflement de la capsule, sous l'action de l'un des trente-deux sérums agglutinants, préparés dans ce but de diagnostic.

Dans certains cas, ce dernier résultat ne peut être obtenu, surtout s'il s'agit de crachats riches en mucus. Il convient alors de procéder à l'inoculation intrapéritonéale d'une souris, que l'on ponctionnera de la troisième à la sixième heure. On obtiendra un exsudat extrêmement riche en germes, dont l'identification sera des plus aisées. Le diagnostic peut donc être obtenu dans un laps de temps allant de trente minutes à trois et six heures.

***

Au sujet du **traitement** des pneumococcies, nous ne croyons pas bien utile de nous étendre sur l'importance des mesures prophylactiques, particulièrement chez l'enfant (cure de cavum, soins dentaires, éducation respiratoire, etc.), comme nous signalerons simplement la nécessité de l'intervention chirurgicale dans certains cas déterminés, oto-mastoïdites, pleurésies purulentes, abcès du poumon.

De même, nous nous bornerons à rappeler les bons effets obtenus par un certain nombre de traitements : médication symptomatique, injections intraveineuses d'alcool dilué, de benzoate de soude, de carbone animal, injection intrarachidienne de bile, injections sous-cutanées, intraveineuses, intrarectales et intrafocales de métaux colloïdaux, oxygénothérapie (ballon, obus, tubes nasaux, tente de Binet), ondes courtes, transfusion sanguine, et nous n'insisterons que sur trois méthodes, qui paraissent être appelées à jouer le rôle le plus important la vaccinothérapie, la sérothérapie et la chimiothérapie.

La vaccinothérapie (vaccins grippaux de Minet et de Carrion, vaccin 10 D polyvalent n° 3, amphovaccins de Ronchèse, vaccins de Duchon) qui, d'après certains auteurs tels que Bordet, Mouriquand et Sergent, ne donnerait que des résultats inconstants, est au contraire chaudement préconisée par d'autres comme Michaux, G. Rosenthal et surtout J. Minet qui estime que cette méthode s'est peu à peu imposée à la presque totalité du corps médical. L'impossibilité de pouvoir réaliser un auto-vaccin et la nécessité de posséder un vaccin immédiatement injectable ont fait porter le choix sur des stock-vaccins renfermant des pneumocoques, staphlocoques, streptocoques, entérocoques et pyocyaniques dans des proportions définies : l'injection est faite par voie sous-cutanée d'abord de un demi puis d'un centimètre cube, et cette dose doit être continuée jusqu'à la défervescence. Cette méthode, qui d'après Wright, agirait surtout par l'exaspération des fonctions leucocytaires et l'élaboration de substances allogènes, a procuré de forts beaux résultats dans plusieurs épidémies pneumococciques particulièrement sévères.

La sérothérapie antipneumococcique, telle qu'on la peut appliquer en ce moment dans notre pays (sérum de l'institut Pasteur), ne semble pas en dépit de l'opinion très favorable de Lauze, avoir une action bien manifeste sur l'évolution des pneumococcies.

Les récents travaux des auteurs américains sur la constitution chimique du pneumocoque ainsi que sur la catégorisation de ses différentes variétés paraissent au contraire avoir permis de mettre en œuvre aux Etats-Unis et en Allemagne une sérothérapie spécifique réellement efficace. L'identification du germe une fois obtenue par le laboratoire (crachats, pus, sang, liquide céphalo-rachidien) au moyen du procédé du gonflement de la capsule, le sérum correspondant est injecté par voie veineuse à fortes doses allant de 100 à 200 c. c. par jour. Les résultats seraient des plus favorables, car d'après les statistiques américaines, la mortalité des pneumococcies serait tombée de 25 à 11 %.

La chimiothérapie, dont on connaît les brillants résultats dans les streptococcies, a été également préconisée dans le traitement des pneumococcies, et dès que les effets bactéricides des produits azoïques (rubiazol) et des produits sulfamidés (1162 F, 46 R P, 693) ont été révélés, différents auteurs ont tenté d'appliquer cette méthode au traitement des affections pneumococciques.

Les remarquables recherches de Levaditi et de ses élèves sur l'action des dérivés à base de soufre dans les pneumococcies expérimentales ont montré que ces corps agissaient efficacement en modifiant le milieu intérieur, afin de le rendre inapte à favoriser la segmentation normale et la capsulogénèse du microbe, et en assurant la destruction plus ou moins totale du germe grâce à l'intervention des phagocytes.

Cette méthode, qui permet donc les plus grands espoirs, mais qu'il convient de ne manier qu'avec une certaine prudence en raison des accidents possibles (névrite optique, anémie hémolytique aiguë, agranulocytose, acidose) n'a encore été utilisée que dans un petit nombre de cas : les bons résultats obtenus dans quelques pneumococcies très graves par Cattan, par Beaumont, par Russel Cecil, etc., paraissent nettement en faveur de l'emploi de cette méthode de traitement, qui s'effectue par ingestion de six à huit comprimés dosés à 0,50, soit 3 à 4 grammes par vingt-quatre heures, et doit être poursuivie pendant un certain nombre de jours.

LE TRAITEMENT DES SEPTICÉMIES PUERPÉRALES

Par le Docteur P. BALARD
Chirurgien en chef de la Maternité de Bordeaux

Par septicémie puerpérale, on entend généralement (chez les accouchées ou après un avortement) un syndrome infectieux grave à point de départ génital, et s'accompagnant de la présence de germes pathogènes dans le sang.

Il est cependant des septicémies puerpérales graves, cliniquement avérées, dans lesquelles les hémocultures se montrent négatives, tout au moins au moment où celles-ci sont pratiquées, qu'il ne faut cependant pas confondre avec des bactériémies fugaces (après un curettage ou une injection intra-utérine par exemple), sans que soit réalisé le tableau clinique de la septicémie.

Il est encore des septicémies puerpérales qui présentent une autre porte d'entrée que les voies génitales, car l'auto-infection, d'origine amygdalienne par exemple, est indéniable. Elle prend une gravité toute particulière chez les accouchées, du fait de leur sensibilité spéciale vis à vis des infections : l'anergie gravidique constitue à cette période de la puerpéralité le témoignage de la déchéance défensive de l'organisme et explique la gravité singulière de toutes ces infections.

Du point de vue **clinique**, la septicémie puerpérale est réalisée par un syndrome infectieux général d'allure particulièrement sévère, apparaissant précocement chez une accouchée (soit d'emblée dans les premières quarante-huit heures, soit après un stade très court d'endométrite), sans aucune espèce de localisation.

Nous éliminons ainsi de son cadre les thrombophlébites pelviennes suppurées, anciennement décrites sous le nom de septico-pyohémie, dans lesquelles l'infection est primitivement localisée aux veines du petit bassin et ne devient générale que secondairement, et d'abord par intermittence, au fur et à mesure que se désagrège le caillot purulent pour se disséminer dans la circulation et aller coloniser en un point quelconque de l'organisme.

Ces infections ont parfois une **évolution** tellement rapide qu'elles laissent le médecin désarmé. Souvent elles évoluent en deux à trois semaines, sans paraître influencées par les essais thérapeutiques les plus divers. Parfois enfin, fort heureusement, elles tournent court ou finissent par guérir après plusieurs semaines, grâce à une thérapeutique active, peut-être aussi par suite d'une virulence microbienne relativement moindre ou d'une défense organique particulièrement active.

Le **pronostic** de la septicémie puerpérale est, en effet, décevant. On en est réduit, pour se faire une opinion, à l'étude journalière des symptômes cliniques et des réactions de laboratoire. Il est donc sans cesse en évolution.

Du point de vue clinique, l'accélération du pouls, l'hypotension, les frissons répétés, la sécheresse de la langue, l'intensité de la dyspnée, la cyanose des extrémités, le subictère sont d'un mauvais pronostic ; tandis qu'une localisation secondaire franche et unique (*phlegmatia alba dolens*, arthrite suppurée), la réaction nette et rapide d'un abcès de fixation, l'apparition d'accidents sériques tardifs après sérothérapie, constituent des éléments favorables.

Du point de vue des recherches de laboratoire, les hémocultures constamment positives, surtout s'il s'agit de streptocoque hémolytique ou d'association avec des anaérobies, sont d'un pronostic presque à coup sûr fatal. Il en est de même si l'intradermoréaction au filtrat de streptocoque est nulle ou faible, si l'on constate dans la formule sanguine une augmentation marquée des éléments neutrophiles, si, d'autre part, le nombre des thrombocytes est plus petit que 100.000, si la sédimentation des leucocytes se produit avec adhérences et agglutination, et enfin si la bilirubinémie est en augmentation progressive.

Il y a là, semble-t-il, un ensemble de tests suffisants pour établir le pronostic. Il n'en est rien. Tous les expérimentateurs n'ont pas manqué de faire de prudentes réserves, et les cliniciens savent bien que le pronostic le plus assuré peut se montrer en défaut.

Dans le pronostic de l'infection puerpérale, il faut, en effet, tenir compte d'une série d'impondérables, d'un élément auquel on ne prête peut-être pas toute l'attention suffisante, c'est l'état du terrain et des défenses organiques de l'accouchée.

Cette notion a été mise en évidence par le Congrès de la Fièvre puerpérale de Strasbourg (1923), qui a permis de poser en aphorisme que « beaucoup plus qu'une question microbienne l'infection puerpérale est une question de terrain ». C'est le coefficient puerpéral de Jeannin.

Cette notion de terrain ne comporte pas seulement l'étude des lésions antérieures des organes, la connaissance de leur fonctionnement et de leur déficience éventuelle réalisant un lieu de moindre résistance, mais aussi la considération des propriétés biophylactiques de l'individu, qui font, qu'indépendamment de toute tare organique, telle malade réagit différemment de telle autre (Tzanck).

Ces considérations, jointes à la notion bien établie du polymorphisme microbien de l'infection puerpérale, montrent qu'il ne peut y avoir de **traitement** vraiment spécifique et infaillible de la septicémie puerpérale, que la guérison peut être obtenue par des thérapeutiques très diverses, toutes capables d'exciter les moyens de défense de l'organisme et qu'il faut se défier de tout esprit systématique établissant, après quelques essais heureux, la valeur supposée héroïque et définitive de telle médication.

Il ne faudrait pourtant pas que ces réflexions, basées, d'une part, sur la prudente réserve et le doute méthodique de règle dans l'expérimentation scientifique, comme aussi sur l'expérience, hélas décevante, acquise dans un service d'infectées puerpérales, amènent le praticien à un pessimisme outrancier et le laissent sans espoir devant de pareilles malades.

Tout au contraire, « *les insuccès de la thérapeutique sont dus* bien souvent, dans ce cas, *à l'irrésolution de l'accoucheur* qui, désorienté et hésitant, passe successivement d'une médication à une autre » (Laffont), sans méthode et sans idée directrice pour régler sa thérapeutique.

Certes, dans des cas donnés, il est des médications qui sont plus spécialement indiquées, mais il n'y a pas à l'heure actuelle de traitement spécifique et univoque des septicémies puerpérales. On ne peut donc compter sur une seule méthode ou un seul médicament pour la combattre ; tout au contraire, il faut placer sa confiance dans une *série de mesures méthodiquement instituées et toutes convergentes, soit pour combattre directement le microbe, soit pour renforcer les défenses organiques* et permettre à la malade d'en triompher naturellement.

De toutes façons, la haute gravité des infections puerpérales et l'impossibilité d'établir dès le début le pronostic, nous obligent à une thérapeutique énergique. « *Vite et fort* », telle doit être en ce cas la devise du praticien.

Devant une infection survenant chez un accouchée, il faut *d'abord et avant tout* penser à l'infection puerpérale et n'admettre un autre diagnostic (infection intestinale, grippe, typhoïde, etc...) que sur des signes cliniques irrécusables.

Aussitôt l'infection soupçonnée, tout doit être mis en œuvre, comme s'il s'agissait d'une forme particulièrement sévère, afin de ne pas se laisser devancer par les évènements, et pour contribuer à la défense naturelle de l'organisme, avant que celui-ci ne soit sidéré par l'infection.

Comme moyens d'attaque ou de défense, on utilisera en principe des doses importantes et des procédés énergiques. L'âge habituellement jeune des sujets, le fait qu'il s'agit d'une infection accidentelle survenue brusquement dans un organisme sain, autorisent cette thérapeutique maxima. La gravité habituelle de ces infections chez les accouchées nous oblige enfin à ces procédés héroïques, *les insuccès étant dus bien souvent à la timidité du praticien tout autant qu'à ses hésitations.*

***

Médications d'attaque et de défense

Ce sont les deux rubriques sous lesquelles on peut envisager les diverses thérapeutiques utilisées contre l'infection puerpérale. Une telle discrimination n'a pas seulement pour but d'apporter un peu d'ordre dans la longue énumération des méthodes employées, mais elle vise également à montrer le mécanisme d'action de chacune d'elles; elle prétend surtout attirer l'attention sur les procédés de défense, trop souvent négligés et qui constituent en définitive le plus sûr des moyens thérapeutiques contre cette redoutable complication.

Médications d'attaque

1° Chimiothérapie. — Les produits chimiques utilisés contre l'infection puerpérale sont aussi nombreux que variés : c'est dire, en conséquence, leur efficacité relative.

L'uroformine et la septicémine ont le grand avantage d'être des médicaments inoffensifs et de pouvoir être employés dans la généralité des cas sans aucune contre-indication organique. Ils sont particulièrement actifs contre le coli-bacille et c'est là précisément la raison tout à la fois de leur succès prôné par certains, tout comme de leur faiblesse relative dans la septicémie puerpérale vraie.

Ces médicaments ont donné de brillants résultats dans de nombreux cas observés en clientèle, où manquaient les tests de laboratoire et où vraisemblablement il s'agissait de pyélonéphrite méconnue ou compliquée d'état septicémique dû au colibacille.

Actifs dans la septicémie puerpérale de gravité moyenne, laquelle guérit vraisemblablement par le jeu normal des défenses organiques, ils sont *à eux seuls* insuffisants dans la forme grave.

Quoi qu'il en soit, ces produits sont d'un maniement simple et peuvent justement rendre service, lorsqu'on ne peut vérifier par le laboratoire un diagnostic clinique, hésitant entre une pyélonéphrite grave avec poussées septicémiques ou une septicémie puerpérale vraie d'origine microbienne indéterminée.

Nous n'avons personnellement aucune expérience des injections intraveineuses de sublimé, de sulfate de cuivre ammoniacal, pas plus que de bichlorhydrate de quinine, vantées par certains auteurs.

Les arsénobenzols, surtout le sulfarsénol ont été particulièrement étudiés à Bordeaux. Les résultats obtenus n'ont pas été tous concordants et ne se sont pas maintenus aussi satisfaisants qu'on l'espérait au début. Les premiers essais thérapeutiques faits avec une particulière conviction ont été excellents. Mais ils procédaient tout autant de la prophylaxie que de la thérapeutique. Et, à cet égard, ils comportent un enseignement de la plus haute importance. Il semble démontré que, dans les formes courantes de l'infection puerpérale, quel que soit le traitement employé, tous les médicaments ont sensiblement la même valeur, à la condition d'être utilisés vite et fort, ce qui était le cas pour le sulfarsénol, au début de son emploi, nous pouvons nous en porter garant.

Restent un certain nombre de cas, dans lesquels les microbes sont particulièrement virulents, et aussi ceux dans lesquels un organisme taré ou affaibli ne peut faire les frais de la défense. Ainsi s'explique que les essais thérapeutiques ultérieurement poursuivis avec ces médicaments ne se soient pas maintenus avec la constante efficacité qu'on semblait leur reconnaître au début.

On relève, en outre, avec ces médicaments, quelques troubles organiques et, en particulier, des hématuries qui ne permettent pas de les employer sans discernement chez toutes les malades.

Le « mercurochrome et la trypaflavine ne paraissent pas jouir de propriétés plus actives que les autres médicaments » (Jeannin). On doit du reste se méfier de ces deux produits qui sont très toxiques pour le rein.

On a utilisé récemment les injections intraveineuses d'alcool, qui amènent après une période de délire un sommeil profond et un abaissement le plus souvent critique de température. On attribue ces résultats à une action bactéricide. Nous n'avons pas d'expérience personnelle de cette médication.

La dernière acquisition de la chimiothérapie consiste dans l'utilisation des sulfamides. Nous avons employé très largement le rubiazol (d'abord chlorhydrate, puis carboxyl de sulfamido-chrysoïdine), au début par voie buccale et intraveineuse associées, puis seulement par voie buccale. Nous l'avons utilisé à la fois à titre préventif et à titre curatif.

Notons en passant que le rubiazol n'agit peut-être pas directement comme médicament d'attaque, mais plutôt par l'intermédiaire du système réticulo-endothélial. Pour Levaditi, en effet, il empêcherait l'encapsulation des streptocoques, facilitant ainsi la phagocytose et aidant l'organisme à se défendre.

Au point de vue prophylactique, le rubiazol nous a donné, comme à Lacomme et à Le Lorier, les meilleurs résultats et autorise les plus grands espoirs.

Au point de vue thérapeutique, les sulfamides ont une action dans la mesure où ces produits sont utilisés plus précocement, mais on n'en obtient pas, hélas ! des résultats infaillibles, même en les associant à d'autres médicaments.

Sur les médications chimiothérapiques intraveineuses habituelles, le rubiazol a, comme avantage, de pouvoir être administré par voie buccale, surtout pour le praticien qui ne peut toujours être à heure fixe auprès de la malade, ou lorsque la voie intraveineuse s'avère difficile. Il constitue surtout un médicament non toxique : nous l'avons personnellement employé à très fortes doses, sans le moindre accident, il peut donc être donné à toutes les malades, sans discrimination.

2° Médications de choc. — Les modifications humorales entraînées par les médications de choc ne doivent-elles pas faire rentrer ces procédés thérapeutiques dans le groupe des agents de défense organique tout autant que dans les médicaments d'attaque contre les microbes ? Il se peut ; mais, en réalité, nous ne savons pas très bien le mécanisme d'action, souvent fort heureux, entraîné par le choc hémoclasique, à la condition toutefois que l'organisme soit en état de le supporter.

Les métaux colloïdaux et, en particulier, l'électrargol, le collargol, ainsi que les injections de peptones ont donné en apparence de très bons résultats, malgré les risques (mort subite et hémorragies multiples) dont les accusent certains auteurs.

Ces risques, en tout cas, ne nous autorisent à utiliser ces procédés qu'au début de l'infection, à un moment où l'état cardio-vasculaire de la malade est suffisant pour lui permettre de résister au choc que l'on veut justement provoquer. Or, l'incertitude du pronostic de l'infection puerpérale ne nous autorise pas à conclure d'emblée à une gravité telle qu'on ne puisse affirmer que l'organisme n'eût pas fait de lui-même les frais de la guérison, sans la rapporter nécessairement à la médication de choc utilisée au début des accidents infectieux. D'autre part, à une période, où le pronostic s'avère à coup sûr d'une très haute gravité, l'état de la malade ne permet plus l'emploi de ces médications de choc. Il est donc difficile d'avoir une opinion définitive sur la valeur de ce procédé

Ainsi donc, de toutes les médications d'attaque, pas une ne se montre héroïque et ne justifie *à elle seule* la confiance absolue du praticien.

Médications de défense

1° Hygiène générale. — Il importe d'abord de s'occuper de l'hygiène générale de ces malades, souvent mal comprise et parfois difficile à assurer en clientèle, si bien que les infectées puerpérales doivent être traitées en milieu hospitalier ou bien être pourvues à domicile d'une garde compétente, susceptible d'administrer à tous instants les médications nécessaires.

L'alimentation est indispensable. Il ne peut être question, comme nous l'avons vu hélas trop souvent, de laisser ces malades à la diète hydrique sous prétexte qu'elles font de la fièvre. On leur donnera tout au con-

traire, même dans les formes les plus graves, des boissons abondantes, du lait s'il est bien toléré, des potages, du jus de viande, des jaunes d'œuf, quelques légumes verts, des entremets sucrés, des fruits cuits et crus, du jus de fruits frais, du vin et plus volontiers, à notre sens, le vin rouge vieux, à cause de son tannin, que le classique champagne.

Des *toni-cardiaques* seront administrés régulièrement à doses fractionnées, sous toutes les formes : sérum sous-cutané, huile camphrée, strychnine, adrénaline, caféine, etc...

Les émonctoires seront également surveillés. On favorisera la diurèse par les boissons, le sérum sous-cutané. On veillera à l'évacuation intestinale avec des lavements plutôt qu'avec des purgatifs énergiques, (du reste, dans les formes particulièrement graves, les malades présentent de la diarrhée toxique que l'on doit respecter). A la fois comme toni-cardiaques et pour activer les émonctoires, nous prescrivons volontiers les pilules de scille, scamonée, digitale.

Le bon fonctionnement de la peau sera assuré par des frictions avec un mélange d'alcool camphré et d'alcool de Fioraventi. Enfin, les soins généraux d'hygiène (en particulier bouche, dents) seront méthodiquement assurés en même temps que l'aération de la chambre dans laquelle devra être maintenue une température constante.

2° Augmentation de la leucopoïèse. — On a essayé de provoquer une hyperleucocytose artificielle par l'injection d'acide nucléinique. Le procédé s'est montré inefficace.

L'abcès de fixation, bien que très critiqué par certains, est par contre utilisé par un grand nombre d'auteurs avec la plus grande conviction. On discute, il est vrai, sur son mode d'action. Certains, autrefois, admettaient qu'il active directement la leucopoïèse et augmente ainsi la phagocytose. On tend à croire aujourd'hui qu'il se contente de traduire en les extériorisant sur un point donné les défenses naturelles de l'organisme ; si bien, qu'au lieu d'être un procédé thérapeutique, il serait seulement un moyen de contrôle des réactions défensives de l'organisme.

Même réduit à cette humble fonction, l'abcès de fixation doit être utilisé. Il entretient, en effet, chez l'accoucheur, la foi dans la valeur de la thérapeutique instituée. Dans un cas grave, lorsque l'abcès réagit, nous avons ainsi un espoir de guérison et, au lieu d'abandonner la partie, nous sommes incités à continuer la lutte par tous les moyens à notre disposition.

Personne, en effet, ne songe à nier la valeur pronostique de l'abcès de fixation. On lui reproche seulement la brutalité de son action, ce qui est excessif. A ses détracteurs, nous reprocherons de le mal connaître, de l'utiliser seulement trop tard, dans les cas désespérés, alors qu'aucune méthode thérapeutique ne peut avoir d'action et qu'on ne peut raisonnablement alors apprécier sa valeur. Nous leur reprochons enfin de reculer devant de simples douleurs locales, sans le moindre danger général, alors qu'ils n'hésitent pas devant des procédés thérapeutiques, comme certaines injections intraveineuses qui provoquent des frissons et des réactions organiques éminemment pénibles, et qui sont parfois susceptibles d'entraîner des syncopes et des accidents mortels.

L'abcès de fixation n'est jamais nuisible. Il est peut-être utile. Il sera donc largement employé.

Ceux, plus pusillanimes que nous, qui repoussent l'abcès de fixation, utilisent avec la *pyoformine* un procédé similaire. La pyoformine consiste, en effet, dans l'association de septicémine et de pus d'abcès de fixation provoqués chez des chevaux. Sous cette action, l'organisme verrait se produire une augmentation de la leucopoïèse.

Nous avons utilisé cette méthode basée sur le renforcement des dépenses organiques, mais qui a vis à vis de l'abcès de fixation, le défaut de ne pas traduire d'une façon tangible la valeur de ces réactions défensives et qui, par conséquent, ne nous est d'aucun secours dans l'établissement du pronostic.

La *transfusion sanguine simple*, conseillée par Abrami et Tzank, n'agirait pas seulement pour combattre l'anémie et comme moyen général de relèvement de l'organisme, mais, par suite du pouvoir biophylactique du sang injecté, elle aurait une action directe pour déclancher les réactions de défense inhibées par l'infection.

La transfusion est particulièrement indiquée dans les formes subaiguës, cachectisantes, lorsque le syndrome anémique paraît particulièrement en cause et dans la forme métrorragique de l'infection puerpérale.

3° Immunothérapie. — La pratique des hémocultures a nécessairement conduit à utiliser les procédés spécifiques modernes employés contre toute infection : la sérothérapie et la vaccinothérapie.

La *sérothérapie* s'adresse principalement au streptocoque. Il faut parfois y associer d'autres sérums, en particulier pour les anaérobies.

Quoi qu'il en soit, pour le streptocoque, qu'il s'agisse du sérum de Marmoreck, du sérum de l'Institut Pasteur, du sérum de Vinaver, ou du sérum polyvalent de Leclainche et Vallée, tous se sont révélés plus ou moins rapidement en défaut.

Plus récemment enfin, le sérum de Vincent a connu d'emblée une très grande faveur. Utilisé du point de vue thérapeutique (son prix élevé ne permettant pas en effet de l'employer largement à titre préventif, pour une simple menace d'infection et encore moins à titre absolument prophylactique.....), il ne nous a pas paru justifier complètement l'enthousiasme du début. Les résultats que nous en avons obtenus tiennent sans doute à l'époque souvent tardive où nous avons seulement pu l'employer.

Les deux seuls cas (sur dix-huit) d'infection à streptocoque hémolytique, où nous ayons eu des succès avec cette médication, sont des cas où l'hémoculture s'est montrée une seule fois positive (peut-être du reste justement par suite de l'utilisation du sérum de Vincent) et où surtout nous avons eu la chance de pouvoir appliquer très précocement cette médication.

Ceci nous ramène au grand principe formulé au début de ce travail : « vite et fort », si l'on veut avoir du succès.

Pour apprécier la valeur thérapeutique d'un de ces sérums, et, d'une façon générale, des diverses autres médications, il faut une très longue suite de cas, pour éviter de faire porter l'expérimentation sur des séries heureuses, en rapport avec une virulence momentanément atténuée des germes, et aussi parce que, dans les infections puerpérales, il y en a environ les deux tiers qui guérissent plus ou moins spontanément et, peut-on dire, quelle que soit la médication employée. C'est la mortalité résiduelle qu'il faudrait arriver à supprimer.

Au reste, sur ce point particulier, Bordet a écrit : « Sous l'action de la sérothérapie prolongée, les streptocoques se réveillent, se multiplient, en donnant naissance à des individus doués d'aptitudes virulentes très prononcées, présentant l'aspect et les dimensions normales et entourés d'une forte capsule protectrice. »

Aussi bien, sommes-nous d'avis d'utiliser parallèlement la sérothérapie spécifique et le rubiazol, puisque

IODISATION INTENSIVE
TOUS RHUMATISMES CHRONIQUES par

IODHÉMA

Communications à la Sté Médicale des Hôpitaux de Paris des 21 Juin 1923 et 18 Juin 1926)

Iodoalcoylate d'Hexaméthylène Tétramine

3 FORMES : Méthyle — Benzyle — Mixte

AMPOULES : Voies veineuse ou musculaire - **FLACONS** : Voie gastrique, 2 cuil. par jour

Laboratoires GALLINA, 4, rue Candolle — PARIS (V^e^)

LE PANSEMENT DE MARCHE

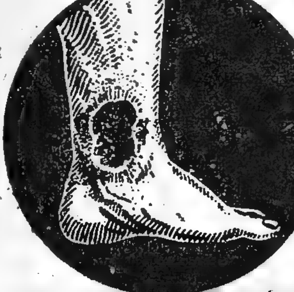
ULCÉOPLAQUE-ULCÉOBANDE

du Docteur MAURY

CICATRISE RAPIDEMENT

les **PLAIES ATONES**
et les **ULCÈRES VARIQUEUX**
même très anciens et tropho-névrotiques

sans interrompre ni le travail ni la marche
CICATRISATIONS ABSOLUMENT CERTAINES



Dans chaque boîte : 6 pansements **Ulcéoplaques** pour 24 jours.

Deux dimensions :
Ulcéoplaques N° 1 (5 cm. x 6 cm.)
Ulcéoplaques N° 2 (7 cm. x 9 cm.)

Formuler :
1 boîte **Ulcéoplaques** (N° 1 ou 2).
1 **Ulcéobande.**

LABORATOIRE SEVIGNÉ. 76 rue des Rondeaux. PARIS (XXe)

L'AMPHO-VACCIN PULMONAIRE A INGÉRER

à base de pneumocoques, pneumobacilles, cocco-bacilles de Pfeiffer, micrococcus catarrhalis, streptocoques, staphylocoques, entérocoques, bacilles pyocyaniques,

permet une bactériothérapie efficace et continue, sans choc ni phase négative.

ce dernier médicament empêchant l'encapsulation du treptocoque, faciliterait la phagocytose et sans doute aussi l'action de la sérothérapie.

Le *sérum de convalescent* a été employé avec un certain succès, malheureusement il est difficile d'avoir sous la main, à point nommé, une donneuse convalescente.

L'immuno-transfusion est susceptible des mêmes critiques. Elle a été néanmoins grandement préconisée mais nous pouvons affirmer qu'elle ne donne pas que des succès.

La *vaccinothérapie* enfin a été employée. Mais les réactions qu'elle provoque, parfois intenses, exigent un état général satisfaisant de la malade, ce qui ne permet de l'utiliser qu'à une période relativement précoce.

Il y a, en outre, dans la vaccinothérapie, une phase négative qui laisse quelques heures la malade sans défense vis à vis de l'infection. Enfin, la spécificité rigoureuse est nécessaire pour son emploi, sinon on risque de perturber les défenses organiques et « de favoriser les surinfections à allure vraiment aiguë par des germes infectants dont le traitement vaccinant ne s'est pas préoccupé ». (Duchon).

Pas plus que les médicaments d'attaque, les médications de défense, isolées ou associées, ne peuvent avoir la prétention de juguler les septicémies puerpérales.

***

La critique serrée que nous avons cru devoir faire de toutes ces médications surprendra peut-être un débutant et risque de le décourager. Ce serait mal comprendre notre but. Nous avons essayé, tout au contraire, de mettre en évidence certains points de cette thérapeutique qui nous semblent bien établis.

En matière d'infection puerpérale, le clinicien ne doit pas être l'homme d'un seul médicament, puisqu'il n'existe pas, à l'heure actuelle, ni médication vraiment spécifique, ni traitement héroïque de ces septicémies.

Il doit placer sa confiance tout particulièrement dans les procédés de défense de l'organisme, même les moins spécifiques, qui sont trop souvent négligés, et s'efforcer d'intensifier ces réactions défensives.

Sous peine de déboires, la thérapeutique devra être toujours aussi précoce que possible et c'est pourquoi aux méthodes curatives de l'infection, si souvent décevantes, nous devons donner la préférence à la prévention, beaucoup plus efficace, et qui doit être l'objet des préoccupations constantes de l'accoucheur.

En tout cas, lorsque l'infection est déclarée, elle doit être traitée méthodiquement, avec la plus grande énergie, avec une surveillance de tous les instants, avec tous les moyens appropriés, en s'aidant de toutes les ressources du laboratoire et des méthodes biologiques les plus modernes, qui ne sont du reste facilement applicables qu'en milieu spécialisé.

Le clinicien se souviendra enfin que, si en matière d'infection puerpérale, on se montre particulièrement exigeant sur les méthodes employées et sur les résultats obtenus, alors qu'on admet une certaine impuissance de la thérapeutique vis à vis des autres infections, c'est que l'esprit se refuse à admettre que la parturition, génératrice de vie, puisse jamais devenir une occasion de mort.

LA PATELLECTOMIE TOTALE

La patellectomie, l'ablation totale de la rotule, est une opération assez couramment pratiquée, à l'étranger, comme traitement des fractures de la rotule.

Une question importante se pose à ce propos. L'ablation de la rotule laisse-t-elle la possibilité d'une marche normale ? Les suites, au point de vue fonctionnel, sont-elles satisfaisantes ?

En France, peu de chirurgiens ont eu recours à cette opération. M. Antoine Basset vient de rapporter deux observations, de M. Mialaret et de M. Jacques Hepp : les fractures comminutives de la rotule traitées par patellectomie totale. Les résultats ont été satisfaisants. Le malade de M. Hepp, par exemple, peut étendre entièrement, fléchir presque complètement le genou, et parcourir chaque jour de nombreux kilomètres sans fatigue. Une course de plus de quelques mètres, toutefois, lui est impossible.

L'ablation de la rotule paraît donc un acte opératoire moins déraisonnable qu'on ne l'imaginerait, sans que l'on puisse cependant parler à son propos de *restitutio ad integrum* fonctionnel. Cette intervention pourra se justifier dans certains cas rares de fractures de la rotule à fragments nombreux et écartés, difficilement coaptables. M. Raymond Grégoire a vu, une fois, le Docteur Debrez, de Liége, la compléter avantageusement par la greffe d'une rotule de cadavre conservée dans l'alcool.

Quoiqu'il en soit, une déduction intéressante est à retenir de cet ensemble de faits : on peut marcher, et de façon très satisfaisante, sans rotule.

P. LACROIX.

TRAITEMENT MODERNE DES STAPHYLOCOCCÉMIES

Par le Docteur Ed. JOLTRAIN

Ancien chef de clinique à la Faculté

On connaît la gravité des septicémies à staphylocoques dorés ou citréus qui, au cours de notre longue carrière médicale, nous ont donné encore plus de déboires thérapeutiques que les septicémies à streptocoques. Leur traitement actuel a très largement profité des découvertes récentes, la mortalité a diminué dans de notables proportions. Le praticien est aujourd'hui armé contre cette redoutable affection et nous voudrions, dans un résumé succinct, montrer l'état actuel de la question au point de vue clinique et thérapeutique.

Qu'il nous soit permis tout d'abord d'insister sur une question à notre avis primordiale, celle du **terrain** sur lequel vient ordinairement se greffer la staphylococcie locale, cutanée ou muqueuse, porte d'entrée de la septicémie. Nous verrons ensuite comment le milieu humoral, le déséquilibre neuro-végétatif et le mauvais fonctionnement du système endocrino-hépatique favorisent le passage du microbe dans la circulation générale.

Importance du Terrain

Ce n'est aujourd'hui un secret pour personne que nous portons tous, sur notre peau et sur nos muqueuses, du staphylocoque blanc ou doré. Qu'on examine des expectorations, de la salive, le raclement d'une peau, une plaie cutanée en apparence aseptique, après une simple coloration au ramg et l'on trouvera les grappes caractéristiques du staphylocoque. Si on cultive sur gelose ou sur bouillon, on aura dans les vingt-quatre heures de nombreuses colonies.

Un fait qui est certainement moins connu, mais que nous avons eu souvent l'occasion de vérifier, c'est qu'un porteur sain de germes staphylococciques, quelle qu'en soit la variété, peut même faire une bactériémie passagère sans grand fracas clinique et souvent même sans que rien, dans sa vie, puisse l'avertir de ce passage. Si on fait systématiquement des cultures d'urine avec toutes les précautions d'aseptie désirables, c'est-à-dire par sondage, et si l'on pratique des hémocultures en série, on verra souvent se développer des colonies qui ne laissent aucun doute sur le passage du staphylocoque dans le sang. Nous avons observé ces faits chez les acnéïques, les furonculeux et même de simples porteurs d'inpétigo staphylococcique ou de folliculite.

On ne constate aucun frisson, il n'y a pas d'élévation de température, aucune modification de l'état général, la rate n'augmente pas de volume, il n'y a pas de phénomènes urinaires et les urines même sont claires, bref aucun signe de septicémie.

Il faut un terrain particulier pour aider au développement du microbe, à sa pullulation dans le tissu cellulaire ou dans les lymphatiques, à la formation d'abcès de la matrice unguéale, du follicule pileux, de la glande sébacée de la peau, de l'amygdale, des ganglions ou même de plusieurs tissus rappelant le phlegmon. C'est ce terrain, autant que la localisation de la porte d'entrée, qui détermine le plus souvent l'aspect de la manifestation clinique, depuis la tourniole et le panaris jusqu'au pemphigus staphylococcique, au furoncle, à l'anthrax, à la lymphangite et au phlegmon.

Ce terrain, comme une longue habitude de clinique nous l'a démontré, est avant tout déterminé par le déséquilibre psychique et moral, le chagrin, les graves soucis, en un mot tout ce qui détermine ce que nous avons appelé le *choc émotif* préparatoire.

Nous avons été les premiers avec René Benard a démontrer qu'une émotion était susceptible à elle seule de déterminer un choc hémoclasique, c'est à dire un véritable bouleversement sanguin et humoral.

C'est chez une femme en état de mal asthmatique nous contant qu'une grande émotion a été l'origine de sa première crise d'asthme, que nous démontrons qu'une peur provoque l'hémoclasie. Celle-ci se traduit par une chute des leucocytes, une éosinophilie, une chute importante de la pression artérielle, des troubles de la coagulation, de la sédimentation des hématies, du pH, des ions calciques, de la réserve alcaline, bref une hémoclasie prélude de l'attaque d'asthme.

Nous devons noter qu'au cours d'expériences nouvelles, nous pouvons, au cours du choc, observer une élévation de température, une modifica-

tion des albumines du sang devenues dialysables, un passage d'albumine dans les urines et, deux faits particulièrement importants pour la constitution du terrain : *la présence de pigments, de sels biliaires et d'urobiline* dans les urines, une *augmentation du taux de la cholestérine dans le sang, une hypertension réactionnelle, de l'adrénalinémie et une élévation passagère de la glycémie.*

Ainsi donc il est prouvé, et les anciens cliniciens en décrivant l'ictère émotif et en insistant sur l'influence du moral dans la pathogénie des maladies l'avaient bien pressenti, que les soucis, les émotions sont souvent à la base d'un mauvais fonctionnement du foie, d'une glycosurie ou d'une glycémie passagère, d'un trouble glandulaire.

Il est évident que de même un déséquilibre neuro-glandulaire, une insuffisance hépatique, une hyperexcitabilité sympathique peuvent aider à créer l'hyperémotivité, l'accoutumance, l'anaphylaxie, la sensibilité ou l'idiosyncrasie.

C'est un fait bien connu que le siège d'un furoncle ou d'un anthrax dans une région riche en lymphatiques, comme la lèvre supérieure ou l'aile du nez favorise, la lymphangite, la phlébite des sinus, la méningite et la septicémie.

Nous ne saurions trop insister sur la nécessité pour un praticien, devant une manifestation staphylococcique quelle qu'elle soit, d'interroger avec patience son malade (quels renseignements précieux l'interrogatoire nous fournit !) d'activer le fonctionnement de son foie, de son pancréas, de ses glandes endocrines, d'interroger son système neuro-végétatif et de doser le taux du sucre dans les urines, s'il y en a, ce qui est rare, et dans son sang.

C'est alors qu'avant même ou en même temps que l'on instituera une thérapeutique spécifique, il faudra agir sur le foie pour le mieux faire fonctionner par tous les moyens usuels, sur les glandes endocrines pour régler leur débit par hormones et vitamines, sur le pancréas et la glycémie par l'insuline, sur le système végétatif pour le calmer par les médications du sympathique. Il ne faut pas hésiter, s'il y a de la glycémie, à frapper fort par 100 unités d'insuline, au risque d'observer des phénomènes d'hypoglycémie faciles à combattre.

Voilà pour le terrain.

***

Traitement de la lésion locale porte d'entrée de l'infection

Passons maintenant **au traitement** préventif de la septicémie, c'est-à-dire à l'attaque de la lésion, porte d'entrée. On ne saurait trop insister sur la nécessité de conseiller au malade, à son entourage souvent dangereux et aux médecins, de se méfier de toute intervention susceptible en favorisant la vaso-dilatation lymphatique et vasculaire (capillaires, veines et artérioles). C'est le grattage, le pincement, l'expression et à plus forte raison l'usage de l'aiguille, de la pince, du galvano-cautère même et du bistouri *qui sont le plus souvent à l'origine* des accidents graves et septicémiques dans le furoncle ou l'anthrax de la lèvre ou du nez.

Nous avons assisté à assez de désastres et de morts pour ne pas craindre d'affirmer que le traitement du furoncle de la lèvre ou de l'aile du nez *doit être médical et non chirurgical.* La formule doit être : « *Surtout n'y touchez pas* ». Pulvérisations chaudes, à la rigueur séances de radiothérapie pour atténuer les douleurs, le moins de pansements occlusifs possible, pas de liquides corrosifs. Nous ajouterons même : il faut ne faire qu'un usage prudent des vaccins et des bactériophages et, au risque de nous attirer des reproches de collègues qui ont publié des succès thérapeutiques remarquables, il convient d'être très réservé pour les injections locales, même si elles sont loin du milieu infecté.

Je n'en saurais dire autant bien entendu des abcès sous cutanés, d'un phlegmon de l'amygdale, de certains anthrax du dos ou des régions fessières, d'adénites suppurées, où le *traitement chirurgical* peut conserver ses indications précises. Je crois seulement que, même dans ces cas, il vaut mieux tenter tout d'abord le traitement médical et, à moins d'indications particulières, si l'on ne peut faire l'ablation totale du foyer infectieux, éviter les interventions où l'on ouvre trop de portes à la septicémie.

Nous avons l'intention, mon ami Desmarest et moi, de fixer à ce sujet des règles plus précises.

***

Traitement médical

Passons maintenant au traitement médical. Nous ne voudrions pas condamner d'une manière absolue les vaccins polyvalents, les auto-vaccins, les bactériophages qui ont permis à certains d'incontestables succès. Nous croyons seulement qu'il faut se garder des traitements systéma-

tiques employés dans tous les cas, sans examen clinique approfondi préalable et sans tenir compte du terrain. Nous pensons aussi qu'à l'heure actuelle, il est des méthodes qui paraissent donner un pourcentage élevé de succès, parfois même si inattendus dans des cas désespérés, qu'on doit leur donner la préférence. Les méthodes thérapeutiques modernes sont encore très nombreuses, mais nous voudrions pour les praticiens et pour clarifier la question, nous borner aux deux principales. C'est d'une part l'emploi de *l'anatoxine et la sérothérapie anti-staphylococcique.* C'est, d'autre part, la *chimiothérapie par les sulfones et sulfamides.*

Nous savons d'ailleurs que dès maintenant chez l'animal la réunion des deux méthodes a été essayée par M. Ramon, qui a obtenu de nombreux succès en joignant la chimiothérapie à la vaccination anti-staphylococcique par l'anatoxine.

Séro-Anatoxithérapie

Les anatoxines ont été, on le sait, d'abord réservées à la prévention des maladies infectieuses. La mise en évidence, grâce aux travaux de Burnet, d'une toxine staphylococcique que devait conduire Ramon, d'après son principe général de préparation des anatoxines, à appliquer l'anatoxine anti-staphylococcique au traitement des affections dues au staphylocoque. L'efficacité de cette anatoxine dans l'évolution des affections et principalement des staphylococcies cutanées a été affirmée au cours de ces dernières années. On y a ajouté ensuite l'emploi de la sérothérapie et c'est comme nous allons le voir la séro-anatoxithérapie qui nous a permis d'obtenir des résultats extraordinaires dans des cas que nous avons observé et rapportons. M. Ramon croit que la séro-chimio-anatoxithérapie permettra de rendre dans l'avenir de plus grands services encore.

Nous nous permettrons d'illustrer sa valeur par quelques observations résumées qui nous paraissent les plus démonstratives.

Sans vouloir ici faire la bibliographie, nous dirons que l'on a pu publier dans ces dernières années des cas absolument typiques de septicémies à staphylocoque, s'il n'y a pas de localisations endocarditiques, qui se sont terminées par la guérison à la suite de l'emploi simultané de l'anatoxine et du sérum anti-staphylococcique.

Voici une observation des plus typiques :

Observation 1. — Un homme de 68 ans présente au niveau du pied une lésion staphylococcique qui bientôt prend l'allure phlegmoneuse et s'accompagne d'arthrite suppurée de l'articulation.

De grands frissons apparaissent, la température s'élève à 40°, une hémoculture se montre positive et cela malgré une amputation pratiquée d'urgence.

Nous sommes appelés auprès du malade et conseillons avec le chirurgien traitant une série d'injections d'anatoxine et de sérum anti-staphylococcique qui nous sont obligeamment fournis par M. Ramon, à l'Institut Pasteur de Garches.

La séro-anatoxithérapie staphylococcique fut appliquée sur ses conseils dans ce cas de la façon suivante :

Injection préalable de 1 /10e de centimètre cube d'anatoxine dans le tissu conjonctif sous cutané. Après un quart d'heure et, à un autre endroit du corps, on pratique une injection de 40 à 100 centimètres cubes (la dose varie suivant le poids du malade) de sérum.

Après un intervalle de deux jours, on pratique une injection de un demi centimètre cube d'anatoxine, puis à intervalle de quatre jours une injection d'anatoxine aux doses successives de 1 c. c., 2 c. c., 3 c. c., etc...

Les jours suivants quelques abcès se montrent qui sont les preuves de la septicémie, puis tout rentre dans l'ordre et le malade guérit.

Nous avons eu également l'occasion d'observer un cas un peu différent, mais tout aussi intéressant, où une septicémie à staphylocoque a cédé à la chimiothérapie et à l'anatoxine.

Observation 2. — Il s'agissait d'un malade auprès duquel nous avons été appelés en consultation par le Docteur Flamant.

Atteint d'un phlegmon d'origine gangréneuse, ayant envahi les piliers et une partie du voile, cet homme hépatique de longue date et ayant eu de gros soucis, offrait par conséquent un terrain de résistance moindre.

La température était très élevée, une grosse adénopathie accompagnait l'angine gangréneuse. De grands frissons étaient apparus et l'ensemencement du sang montrait du staphylocoque doré.

Il y avait en outre de la glycosurie et une glycémie élevée. Nous avons institué un traitement intensif par le Rodilone et par l'insuline à 80 unités pendant quelques jours.

Le malade a guéri complètement.

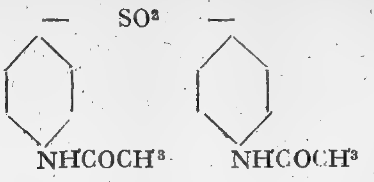
Nous pourrions citer d'autres observations analogues.

Nous n'avons eu à enregistrer des échecs complets que dans les cas d'endocardite à staphylocoques.

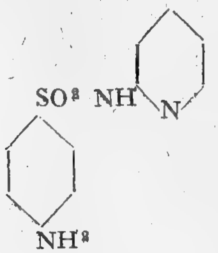
Sulfones et Sulfamides

C'est jusqu'à présent la chimiothérapie qui nous a donné les résultats les plus intéressants. La chimiothérapie avait déjà fait ses preuves avec le zinc-stovarsol, préconisé par Tanon. Donné à doses progressivement croissantes et décroissantes pendant huit jours au début, cette union du zinc et de l'arsenic donne d'excellents résultats. Nous avons surtout employé les sulfones et les sulfamides. Depuis que cette médication est entrée dans la pratique courante pour toute une série d'infections et, en particulier, depuis qu'elle a été dirigée contre le gonocoque et le streptocoque, nous avons vu sortir toute une série de produits pharmaceutiques étrangers et français.

Pour notre part nous ne retiendrons que deux produits dont voici les formules chimiques :



Rodilone. Di (p. acétylaminophényl) sulfone



Dagenan p. aminophényl sulfamidopyridine.

et qui portent le nom de Rodilone et de Dagenan.

On sait l'inconvénient des sulfones et des sulfamides, et surtout du premier de ces deux produits, qui ont une tendance à donner une teinte violacée des tissus, qu'il ne faudrait pas confondre avec la cyanose vraie. Cette teinte violacée, d'autant plus marquée qu'on augmente les doses, fut considérée comme due à la sulfhémoglobine qui se forme dans l'organisme. Le phénomène est probablement plus complexe et dû à la formation locale d'un véritable pigment. Le diparacétylaminophényl sulfone ou Rodilone se prescrit à la dose de 3 grammes par jour, c'est-à-dire de 6 comprimés de 0 gr. 50 au début, puis dès que le malade va mieux on peut descendre à 4 puis à 2.

Le paraminophényl-sulfamido-pyridine ou Dagenan, moins toxique, peut se donner à la dose de 5 à 6 grammes, c'est-à-dire de 10 à 12 comprimés par jour. Il semble moins provoquer la teinte violacée des téguments. On connaît actuellement les contre-indications et les accidents toxiques des sulfamides, nous rapporterons seulement quelques observations des plus typiques.

Observation 3. — C'est une jeune femme atteinte d'un anthrax de la lèvre supérieure avec une traînée de lymphangite tout le long du nez et jusqu'au niveau de l'œil avec œdème considérable de la face, céphalées très violentes. De grands frissons sont apparus dans la journée. Une hémoculture a montré du staphylocoque dans le sang et on retrouve du staphylocoque doré dans les urines. Il y a du délire, les urines sont rares et albumineuses. Malgré tous les traitements employés, vaccins, radiothérapie locale, injections intraveineuses d'urotropine, l'état paraît désespéré.

Une glycémie s'étant montrée à 1 gr. 35, nous instituons un traitement insulinique à 100 unités, une prise de sucre en grande quantité, et injection de sérum glucosé pour éviter les accidents hypoglycémiques. Nous donnons en outre à la malade 6 comprimés par jour pendant deux jours, puis 4 comprimés les jours suivants, de Rodilone. Nous faisons chercher à l'Institut Pasteur de l'anatoxine, puis du sérum antistaphylococcique, mais rapidement l'état s'améliore, la température tombe, la malade guérit par la seule chimiothérapie.

L'intensité particulière de la teinte violacée au niveau de l'anthrax et sur les traînées lymphangitiques et la persistance assez longue de cette teinte pendant des semaines qui suivent, sont les seuls faits à rapporter. Ils plaident en faveur de la théorie pigmentaire.

Il ne nous paraît pas douteux que dans ce cas, la guérison est due au traitement de l'état général par l'insuline, et de l'infection par le Rodilone.

Voici d'autres observations sur le traitement à titre préventif.

Madame X..., se présente avec un panaris du doigt à type de tourniole. Température à 38°7, gonflement, chaleur et douleurs vives avec sensation de battement.

On fait prendre à la malade 4 comprimés de Rodilone.

Dès le lendemain la température tombe, la teinte violacée apparaît *loco dolenti*, le pus se collecte et une goutelette sort par la matrice de l'ongle, la guérison est complète en trois jours sans recourir à une intervention chirurgicale qu'on jugeait, deux jours auparavant, ne pouvoir être évitée et que l'on conseillait aussi large que possible.

Nous avons, depuis, observé un cas de furoncle du nez, un de la lèvre supérieure et deux panaris, qui ont suivi la même évolution avec le Dagenan. Il en est de même d'un cas de pyélonéphrite avec cystite à staphylocoque et d'un cas de septicémie à hémoculture positive (staphylocoque doré).

Il faut au contraire bien faire remarquer que, chaque fois que la lésion se localise à l'endocarde le pronostic nous paraît fatal, qu'il s'agisse d'endocardite aiguë à staphylocoques, infectieuse, embolisante et infectante, ou qu'il s'agisse d'une simple endocardite lente, le staphylocoque s'étant greffé sur une endocardite rhumatismale ancienne. Ni la sérothérapie avec vaccinothérapie par anatoxine, ni la chimiothérapie ne nous ont paru produire la guérison.

Nous avons observé il y a cinq ans un cas où à la suite d'injection intraveineuse de trypaflavine, la fièvre était tombée, le malade avait pû reprendre ses occupations. Trois mois après, une rechute provoquait la mort subite par embolie.

Nous avons employé le Dagenan avec des injections intramusculaires d'extrait hépatique dans un cas d'endocardite à staphylocoque avec une anémie de 1.200.000 de globules rouges. La température a nettement cédé au médicament et tombait à 37°2, alors qu'elle était entre 38°5 et 39°8 depuis de longues semaines, l'anémie a diminué (2.200.000 globules rouges) et l'état général s'est amélioré. La maladie a repris son cours et une embolie pleuro-pulmonaire s'est produite. Toutes les thérapeutiques, depuis le fer associé aux extraits gastriques et hépatiques jusqu'à la transfusion de sang, n'ont eu qu'une action modérée sur l'anémie, mais le malade qui reste soumis au traitement par le Dagenan intrarectal vit encore, bien que le souffle mitral subsiste.

Conclusions

De tous ces faits il semble qu'on doive tirer des conclusions utiles au praticien.

1° Devant toute staphylococcie et à plus forte raison en cas de staphylococcémie il faut étudier le terrain d'évolution et le combattre par des moyens énergiques et rapides. Toute glycémie élevée sera traitée par l'insuline.

2° Les meilleurs traitements actuels sont sans conteste l'usage simultané de l'anatoxine, de Ramon, du sérum anti-staphylococcique et la chimiothérapie par les sulfones et sulfamides.

Les progrès dans cette voie, et en combinant sérothérapie, vaccination par l'anatoxine et chimiothérapie permettront, dans un avenir prochain, de concevoir un traitement préventif et curatif des infections à staphylocoques.

UN CAS D'HYPERTENSION GUÉRIE PAR L'AMYGDALECTOMIE

Il s'agit d'un jeune garçon de 9 ans. On l'examine à la Clinique Mayo (1) parce qu'il a des convulsions et une néphrite. Les antécédents héréditaires et personnels, en particulier les circonstances de la naissance ne fournissent aucun détail intéressant.

La maladie actuelle début par une crise d'appendicite en juin 1937 : intervention d'urgence. Le lendemain éclate une scarlatine avec l'éruption typique, la langue rouge, l'angine. De l'antitoxine scarlatineuse est injectée dans les veines et provoque une légère réaction au bout de dix jours (urticaire, douleurs articulaires, fièvre). Tout rentre dans l'ordre en l'espace de trois jours, mais le 21 juillet, trois semaines après l'apparition de la scarlatine, le température monte à 39° ; en même temps surviennent des nausées, des vomissements et une douleur épigastrique. L'analyse des urines révèle des cylindres granuleux en grand nombre et de l'albumine, mais pas de globules rouges.

Le traitement consiste en sérum glucosé intraveineux, deux transfusions et un régime hautement hydrocarboné avec peu de protéines. Taux d'urée sanguine normal.

Le soir du 26 juillet l'enfant perd soudain connaissance, se cyanose. Le pouls est faible et rapide. En reprenant conscience il est aveugle pendant quatre à cinq minutes, mais une heure plus tard la vision est redevenue normale. Les maux de tête persistent pendant deux jours ; quatre jours après, la malade présente une série de convulsions sévères, généralisées nécessitant l'injection intra-veineuse de calmants. La tension sanguine n'a jamais dépassé 20 c. c. de mercure. C'est à ce moment qu'il est amené à la clinique.

Garçon bien développé, pâle, paisible. La tension est alors à 14 /10, le pouls à 100 et la température à 37°2. La gorge montre une rougeur diffuse, les ganglions cervicaux sont engorgés et les amygdales cryptiques et infectées. Les réflexes sont exagérés, mais on ne trouve pas de signes d'irritation méningée. Les fonds d'yeux sont normaux ; une ponction lombaire pratiquée le jour suivant donne issue à un liquide céphalo-rachidien, qui contient simplement 8 lymphocytes et 5 polynucléaires par millimètre cube.

Les recherches de laboratoire, faites par la suite, dénotentune formule globulaire d'anémie secondaire, la présence de globules rouges et d'albumine dans l'urine, un taux d'urée sanguine de 20 à 24 ctgr., une excrétion de phénolphtaléine de 60 % en deux heures.

La tension sanguine prise toutes les trois heures, jour et nuit, pendant six jours donne une lecture maxima de 16 /13 et une minima de 13 /10 (celle-ci prise pendant le sommeil).

Un régime est institué, avec le repos au lit. Mais l'état du malade montre peu d'amélioration.

C'est alors qu'on envisage l'amygdalectomie, ressource à laquelle on a fréquemment recours en cas de néphrite.

Les amygdales et les végétations adénoïdes sont enlevées le 11 août.

Trois ou quatre jours après la tension sanguine est tombée à 10 /6, l'urine n'est plus albumineuse et ne contient plus de globules rouges. La densité est passée de 1.027 à 1.032. L'état général de l'enfant est remarquablement amélioré et il sort neuf jours après, en bonnes conditions. Quinze mois après sa santé demeure bonne.

Il semble résulter de cette observation que la scarlatine, dont le point de départ usuel est le pharynx (angie rouge), crée (ou peut créer) au niveau des amygdales un foyer d'infection, dont la persistance entretient la néphrite, et que l'amygdalectomie, en supprimant ce foyer, serait le meilleur mode de traitement de la néhprite scarlatineuse.

Notion précieuse que des observations ultérieures devraient vérifier et qui aurait une valeur inestimable pour l'avenir des scarlatineux atteints de néphrite.

G. Lavalée.

(1) *Proceedings*, 7 décembre 1938.

LE DIAGNOSTIC D'UNE HÉMOPTYSIE

Par le Docteur P. LAGÈZE

Médecin des Hôpitaux de Lyon

Rien n'est parfois plus embarrassant que de rapporter immédiatement une hémoptysie à sa cause, car ainsi que le disait Jaccoud, « ce peut être soit une hémorragie de l'appareil respiratoire, soit l'irruption dans les voies aériennes du sang provenant d'un organe voisin ». On conçoit par cette définition toutes les hypothèses qu'un tel accident peut soulever.

En réalité ce diagnostic est souvent assez simple, car l'hémoptysie n'est pas un événement banal, et la plus élémentaire règle clinique veut qu'on l'envisage toujours comme un accident de tuberculose pulmonaire, et le plus souvent traduisant une lésion évolutive, en dehors bien entendu des cas qui relèvent d'une affection connue.

Il est classique de répéter que deux écueils sont à éviter : voir partout la tuberculose, et la nier trop facilement. En pratique on admet que 90 % des hémoptysies franches sont tuberculeuses, mais il faut ajouter qu'il existe un grand nombre de petites hémoptysies fractionnées, intermittentes, dans lesquelles la part de la tuberculose est loin d'être aussi considérable.

Diagnostic positif

Toutes les hémoptysies ne se présentent pas en effet de façon identique. *Il en est de foudroyantes* : on est appelé précipitamment pour un malade qui vomit le sang à pleine bouche, qui se cyanose et qui étouffe. Il est mort quand on arrive quelques minutes après. Ce sont des hémorragies par ulcération d'une artériole pulmonaire importante chez un tuberculeux cavitaire, plus rarement c'est l'ouverture dans la trachée d'un anévrysme de l'aorte. De toutes façons, c'est un accident qui prend d'emblée une allure telle que toute tentative thérapeutique est illusoire.

D'autres sont des hémoptysies franches, et l'on entend par là le crachement de sang rouge, d'abondance moyenne, qui inquiète le malade et qui l'immobilise. Il se renouvelle dans les heures qui suivent, et cesse en un ou plusieurs jours. C'est alors qu'il convient d'insister sur ce qu'on a constaté les jours précédents au point de vue de la courbe thermique, des signes généraux, de l'amaigrissement, pour dépister l'ensemble des symptômes qui traduisent la poussée de tuberculose évolutive.

Enfin les hémoptysies à minima se caractérisent par leur faible abondance, leur irrégularité ou leur intermittence, le fait qu'elles ne semblent obéir à aucune règle et que bien souvent le malade ne s'en préoccupe que fort peu ou tout au moins ne s'en alarme pas. Celles-ci sont bien plus rarement tuberculeuses que les précédentes.

Diagnostic différentiel

Quel que soit le type clinique de l'hémoptysie on ne doit prononcer ce nom qu'après avoir éliminé avec certitude les autres hémorragies, qui peuvent la simuler.

Il y a d'abord les épistaxis dégluties ou les mucosités hémorragiques ramenées du cavum par la toux. Dans les cas douteux on fait moucher le malade, on pratique un examen du rhinopharynx et la cause de l'accident hémorragique devient évidente. Il en est de même des saignements bucco-pharyngés et des gingivorragies.

Les varices de la base de la langue ne doivent être acceptées que lorsque la constatation d'une rupture veineuse ne prête à aucune équivoque, ce qui est très rare. Un tel diagnostic cache trop souvent un examen pulmonaire superficiel qui n'a donné aucun renseignement, et l'on est tout étonné de trouver quelques mois plus tard des signes d'infiltration étendue.

L'hématémèse est bien rarement une cause d'erreur, car c'est un sang tout différent que le malade évacue dans ses vomissements. Dans tous les cas où un doute persiste, l'examen radiographique des poumons sera fait systématiquement, et une lésion capable d'une hémorragie aussi abondante ne risque guère de passer inaperçue au contrôle radiologique du parenchyme.

Il reste la question des hémoptysies simulées ; elles ne sont pas aussi exceptionnelles qu'on pourrait le croire, surtout chez les jeunes. Dans certains cas le stratagème saute aux yeux du fait de l'aspect même du sang, qui est intimement mélangé à une salive rosée et qui vient des gencives par succion. D'autres fois c'est par un détail qui choque que l'on est amené à suspecter l'authenticité de l'hémoptysie.

Diagnostic étiologique

Mais on peut dire, que dans la presque totalité des cas, la constatation de l'hémoptysie est la

chose la plus aisée du monde, il n'en est plus de même lorsqu'on doit en préciser la cause.

En pratique la situation se présente de la façon suivante : ou bien le malade et un tuberculeux conu, et c'est sur les conséquences de cette hémoptysie que le médecin est interrogé, ou bien il ne s'agit pas d'un bacillaire avéré et le praticien doit envisager toutes les causes possibles, en gardant l'arrière pensée de la tuberculose, si rien ne vient l'en dissuader.

S'IL S'AGIT D'UN TUBERCULEUX CONNU, bien des questions vont être posées ; des indications thérapeutiques générales en dehors de celles de l'hémoptysie elle-même seront à décider ; enfin le pronostic de la maladie sera discuté à nouveau, et peut-être autrement qu'il n'avait été précédemment envisagé.

Dans les tuberculoses aiguës, qu'il s'agisse de granulie vraie, de bronchopneumonie tuberculeuse ou de pneumonie caséeuse massive, l'hémoptysie est rare ou reste au second plan en regard des autres signes fonctionnels, de la fièvre et de la gravité de l'état général. C'est ici un accident inconstant, il n'ajoute rien au diagnostic, il est dans la note de ce que l'on observe par ailleurs.

Dans la tuberculose ulcéro-caséeuse commune, il en est tout autrement. L'hémoptysie est habituellement franche et d'abondance moyenne, elle traduit en fait la poussée évolutive, elle est souvent le signe d'alarme qui va bouleverser la vie sociale du tuberculeux. Il est incontestable en effet qu'un certain nombre de gens présentent un infiltrat sous-claviculaire, ou interclaviculo-hilaire, qui paraît inactif et que l'on qualifie volontiers de tuberculose abortive ou latente. On surveille ce malade de temps à autre, l'ombre reste inchangée, et la vie normale est autorisée avec quelques restrictions pour les sports ou l'exposition au soleil. Un tel sujet est à peine un malade et, si ce n'était un examen radiologique soigneux, rien ne permettrait de suspecter l'intégrité pulmonaire. Puis survient une période de surmenage prolongé, de mauvaise hygiène, de soucis, l'amaigrissement apparaît le premier, la perte des forces est rapportée à toute autre chose, la température du soir n'est jamais contrôlée et la toux est inévitablement expliquée par l'abus de la cigarette. Tous ces signes, qui traduisent la poussée évolutive, passent à peu près inaperçus lorsque brutalement l'hémoptysie surprend le malade en plein travail. Il appelle en hâte son médecin et le film, fait quelques jours plus tard, montre une ombre cavitaire au sein de l'ancien infiltrat. C'est alors un bacillaire évolutif pour lequel on doit discuter aussitôt la collapsothérapie et la cure sanatoriale.

Chez le tuberculeux éduqué qui a déjà passé par le sanatorium ou qui s'y trouve, l'hémoptysie n'est jamais l'occasion d'une telle surprise, souvent même on l'attend quand les signes prémonitoires s'accusent progressivement. C'est ainsi que l'aspect de la courbe thermique qui monte insensiblement, celui de la courbe de poids qui varie en sens inverse, l'exagération de la toux, de l'expectoration, des douleurs thoraciques ont déjà conduit le malade devant l'écran. Une ombre nouvelle a été constatée dans une zone précédemment claire, une petite cavité dans les examens en oblique ou sur les tomographies a été repérée sur un infiltrat préalablement homogène. La cure a déjà été modifiée et transformée en repos complet au lit avant que l'hémoptysie survienne. Elle ne surprend alors personne, mais c'est pourtant souvent à l'occasion de cet accident qu'on décide un pneumothorax bilatéral ou qu'on fait retourner le malade au sanatorium.

Dans la tuberculose fibreuse le pronostic est tout différent du fait même des lésions anatomiques de sclérose très vascularisée. Différents types cliniques peuvent être observés. Certains malades ont un aspect floride et souvent même congestif, parfois avec un certain degré d'hypertension artérielle à 18 ou 19, ils toussent un peu mais sans expectoration bacillifère, leur état général est excellent, l'apyrexie est complète. Les signes d'auscultation, nombreux et étendus, sont ceux d'un bronchitique avec sclérose pulmonaire et emphysème. Le film montre une tramite très dense issue des hiles et se ramifiant dans les deux champs pulmonaires. Sans cause précise ou à l'occasion d'un écart de régime, d'une dénivellation brusque, ces malades présentent à intervalles parfois assez rapprochés d'abondantes hémoptysies qui ne comportent aucun caractère de gravité. Il est même classique de dire que de telles hémorragies les soulagent, ce qui est peut-être exagéré. La vérité est qu'il n'existe pas le moindre symptôme de poussée évolutive et que les examens répétés après l'hémoptysie restent entièrement négatifs.

D'autres malades sont aussi des fibreux mais également des cavitaires avec géodes grandes ou petites, uniques ou multiples. S'ils se rapprochent du type précédent en ce que leurs hémoptysies font généralement plus de bruit que de mal, ils sont susceptibles de faire une reprise évolutive ou une dissémination post-hémoptoïque, d'où un pronostic plus réservé. On doit chez de tels malades surveiller attentivement l'état pulmonaire et redoubler de précautions en rétablissant la cure de repos et d'aération.

Au cours de la collapsothérapie par le pneumothorax artificiel, l'apparition d'hémoptysies peut tenir à différentes causes. La première chose à redouter, et qui est celle qu'on néglige trop souvent, est l'apparition d'un foyer récent dans le côté opposé. Ce n'est que lorsque le poumon préalablement sain aura été soigneusement

— **Concours**. — *Le Laboratoire de l'Aeïne* organise à *la date du 16 février*, un *concours médico littéraire*, réservé aux docteurs en médecine exerçant en France et aux Colonies, sur le sujet suivant : « *L'anxiété pré-opératoire du malade et du chirurgien* ».

L'article ne devra pas dépasser six colonnes du Journal et doit être présenté sous forme de Nouvelle.

Le Jury sera composé des personnalités suivantes :

Jury d'honneur : Professeur Gosset, membre de l'Institut ; Professeur agrégé Basset, chirurgien des hôpitaux ; Docteur Capette, chirurgien des hôpitaux.

Jury de sélection : Docteur Noir, directeur du *Concours Médical* ; Docteur Fischer, rédacteur en chef du *Concours Médical* ; Docteur Bayard.

Les prix seront les suivants : premier prix, 1.200 francs ; deuxième prix, 800 francs ; troisième prix, 500 francs ; aux dix suivants, un abonnement d'un an au *Concours Médical*.

Pour conserver toutes garanties d'indépendance dans l'attribution des prix, les manuscrits ne devront porter aucune signature, mais une devise qui sera reproduite sur une enveloppe contenant le nom et l'adresse de l'auteur.

Le concours sera irrémédiablement clos à *la date du 15 avril* et les résultats seront annoncés dans un numéro du mois de mai.

Les trois meilleurs articles seront publiés.

Les manuscrits devront être adressés directement au Laboratoire de l'Aeïne, 6, place de Clichy, Paris 9e.

---

examiné que l'on devra chercher la cause de l'hémorragie du côté collabé. C'est souvent d'ailleurs une caverne irréductible dans le moignon pulmonaire qui l'explique ; on ne la découvre pas toujours à l'écran radioscopique malgré de multiples incidences latérales ; elle devient évidente sur les tomographies.

D'autres fois c'est une bride qui tire sur le parenchyme et qui provoque après chaque insufflation une petite hémorragie. Enfin la piqûre du poumon par le trocart n'entraîne qu'un saignement bien discret et transitoire.

S'IL NE S'AGIT PAS D'UN TUBERCULEUX CONNU, le médecin se trouve dans l'obligation de procéder par éliminations successives après un examen général soigneux et une enquête méthodique des circonstances d'apparition de l'hémoptysie et des signes associés.

On peut alors schématiquement classer de telles hémoptysies de la façon suivante :

1° LES HÉMOPTYSIES DE CAUSE ÉVIDENTE.

C'est le cas du malade, victime *d'un traumatisme thoracique* avec fractures de côtes, ou plaie pénétrante. Se méfier toutefois des hémoptysies traumatiques qui durent ou qui se renouvellent, et la vérification radiographique des poumons peut alors ménager des surprises.

Dans les *maladies sanguines* : purpura hémorragique, hémogénie, états hémorragipares secondaires à des maladies infectieuses, l'existence d'autres hémorragies jointe à l'examen du sang met en évidence le syndrome hémocrasique.

Au cours d'un vomique, que l'hémoptysie la précède ou l'accompagne et que la vomique soit le fait d'une pleurésie purulente ou d'une collection sous-diaphragmatique, l'expectoration sanglante est ici facile à identifier.

L'inhalation de gaz toxiques, irritants, ou caustiques est également une cause évidente.

2° LES HÉMOPTYSIES SURVENANT « A CHAUD » DANS UNE AFFECTION PULMONAIRE AIGUË FÉBRILE.

Avant toute autre idée, celle de la tuberculose doit guider les examens cliniques et radiologiques, l'analyse de l'expectoration étant faite après homogénéisation et renouvelée les jours suivants. Il peut s'agir en effet d'un début aigu traduisant une lobite apicale ou même un infiltrat précoce banal, la fréquence relative de ces accidents aigus doit être actuellement bien connue. D'autres fois c'est une tuberculose de primo-infection qui éclate bruyamment chez un adolescent ou un adulte jeune, dont la cuti-réaction était auparavant négative, ou une typho-bacillose avec large infiltration du parenchyme qui peut s'accompagner ou être précédée d'un érythème noueux, ou encore une spléno-pneumonie tuberculeuse qui traduit souvent une réaction périfocale bruyante autour d'une lésion qui évoluera secondairement pour son propre compte quand la spléno-pneumonie s'estompera progressivement.

Tous les types anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire peuvent revêtir de tels débuts aigus avec hémoptysie discrète ou franche, simulant une congestion pulmonaire ou une pneumonie bâtarde, et le médecin ne doit pas se laisser égarer par un tableau bruyant qui n'est pas celui qu'on a coutume de décrire dans le début habituellement insidieux de la tuberculose pulmonaire chronique.

Mais l'examen du malade peut orienter le diagnostic vers d'autres affections et la tuberculose n'explique pas toutes ces hémoptysies survenant « à chaud ».

L'abcès du poumon en revendique un certain nombre, elles sont presque toujours contemporaines de la vomique ou lui succèdent immédiatement, quand les signes cavitaires apparaissent à l'auscultation. Toutes les modalités hémorragiques peuvent s'observer selon le degré de vascularisation du foyer de suppuration pulmonaire, depuis l'expectoration purulente simplement striée de sang jusqu'à l'hémoptysie véritable et abondante qui peut cesser pour reparaître ensuite.

La gangrène pulmonaire primitive avec ses signes généraux d'emblée graves et son expectoration putride s'accompagne souvent d'hémoptysies à la période de gangrène ouverte. En réalité c'est une affection rare et rapidement mortelle à complètement séparer des suppurations pulmonaires fétides à évolution chronique.

L'infarctus pulmonaire aigu tel qu'on l'observe chez certaines opérées du petit bassin, chez des phlébitiques ou des accouchées, se présente aussi comme un accident brutal, violemment dyspnéique et douloureux, au cours duquel l'hémoptysie franche n'est pas exceptionnelle. L'auscultation montre alors une large zone soufflante entourée de râles crépitants.

La pneumonie hémorragique avec expectoration véritablement sanglante et abondante est une forme clinique assez rare qu'on ne rencontre guère que dans l'hypertension avec gros cœur. Elle ne semble pas d'ailleurs comporter un pronostic plus grave, dans la mesure ou la défaillance du myocarde peut être évitée.

3° LES HÉMOPTYSIES SURVENANT « A FROID » AU COURS D'UNE AFFECTION BRONCHO-PULMONAIRE CHRONIQUE.

Celles-ci sont certainement plus fréquentes que les précédentes et leur apparition pose encore la question de leur nature tuberculeuse.

La tuberculose torpide des vieillards depuis longtemps bronchitiques ou emphysémateux, est souvent révélée par une hémoptysie. L'examen

bactériologique de l'expectoration puis la radiographie montrent alors des lésions étendues et qui étaient restées insoupçonnées.

Il en est de même de celle des gazés, des silicoses ou autres pneumokonioses, *de la tuberculose des diabétiques,* et de toutes celles dont un passé broncho-pulmonaire masque pendant longtemps les lésions ulcéro-caséeuses que l'hémoptysie vient dévoiler.

En dehors de la tuberculose d'autres affections peuvent s'accompagner de telles hémorragies.

La dilatation des bronches est peut-être la plus importante, soit qu'il s'agisse de petites hémoptysies fractionnées, intermittentes, qui accompagnent l'expectoration purulente du matin, soit qu'on observe de véritables hémorragies qui ont permis d'individualiser des formes hémoptoïques de ces bronchectasies. Il suffit d'observer sur une coupe histologique le nombre considérable de néoformations vasculaires à la périphérie des lésions pour concevoir la fréquence de ces hémoptysies.

Le cancer du poumon, surtout le cancer primitif, est presque toujours accompagné d'hémoptysies espacées dans le cours de son évolution. On peut même dire que la constatation d'une expectoration franchement sanglante, jointe à des douleurs intercostales atypiques et rebelles, doit orienter dans le sens du néoplasme.

Enfin le kyste hydatique du poumon garde depuis Dieulafoy la réputation d'une affection hémoptoïsante. Il est bien rare actuellement que ce soit l'hémoptysie qui donne l'alarme, comme le signalait cet auteur, et l'image radiologique est bien plus fréquemment le premier élément qui va poser la discussion du kyste.

4° Les hémoptysies des affections cardio-vasculaires.

Elles ne méritent pas une place spéciale par leur fréquence, car elles sont relativement rares, mais en raison de leur nature différente.

Le rétrécissement mitral en explique une bonne part, surtout quand il amorce la défaillance cardiaque et que les bases pulmonaires s'encombrent, deviennent congestives. Il est probable qu'un certain nombre des hémoptysies qu'on observe dans ces conditions relèvent d'infarctus latents, sans douleur thoracique appréciable.

L'anévrysme de la crosse donne classiquement des hémoptysies pendant la période assez brève qui précède la rupture ; ce sont les hémorragies de fissuration assez exceptionnelles.

L'œdème aigu hémorragique du poumon n'est pas non plus d'observation courante. Il se traduit par une expectoration mousseuse, abondante, mais très franchement rouge, et alternant avec le rejet de sang presque pur,

5° Les hémoptysies isolées et inexpliquées par l'examen clinique.

C'est ici la dernière éventualité, il ne s'agit pas d'un tuberculeux connu, il n'existe aucun symptôme d'affection pulmonaire aiguë ou chronique, ni de maladie cardio-vasculaire.

S'agit-il de l'accident initial et révélateur d'une tuberculose, qui va poursuivre ensuite son évolution progressive. S'il existe une zone suspecte à l'auscultation ou à la lecture du film, le malade doit être gardé en observation pendant un délai suffisant pour que l'analyse bactériologique poussée jusqu'à l'inoculation au cobaye parvienne à lever les doutes. Si tous les examens sont négatifs, si rien ne peut être retenu en faveur de la bacillose, peut-on aller plus loin pour identifier cette hémoptysie ?

Les hémorragies trachéales ne sont pas exceptionnelles et répondent à des lésions différentes, telles qu'elles ont été décrites à Lyon par V. Cordier et P. Mounier-Kuhn à la suite de leurs très nombreux examens bronchoscopiques. Il peut s'agir d'une trachéite ulcéreuse d'origine inflammatoire, avec une ou plusieurs ulcérations qui saignent quelque temps et qui se cicatrisent. Leur cause est encore mal déterminée.

Ce sont d'autres fois des néoformations vasculaires qui sont en cause, petites lésions bien limitées de capillarite hémorragique de la muqueuse trachéale ou même angiome de l'éperon sur la bifurcation bronchique.

Enfin la trachéite hémorragique diffuse ne présente aucune lésion circonscrite, mais un état spécial de la muqueuse qui saigne au moindre contact.

C'est vraisemblablement des lésions de cet ordre, qui sont souvent décrites sous le nom de *broncho-spirochétoses de Castellani,* dont l'individualité clinique peut être contestée, dans nos pays tout au moins.

Enfin certaines hémoptysies ne peuvent entrer dans aucune subdivision de ce cadre pathogénique, tous les examens sont répétés sans fournir aucune indication valable, leur nature reste entièrement mystérieuse.

Mieux vaut ne pas s'obstiner à vouloir leur attacher un diagnostic. Mieux vaut attendre en surveillant le malade, que d'incriminer une hypertension n'expliquant probablement rien, ou de parler *d'hémoptysie cataméniale,* complémentaire ou supplémentaire chez la femme, s'il n'existe pas un rapport chronologique précis entre l'expectoration sanglante et le rythme menstruel.

Toute hémoptysie inexpliquée par l'examen clinique, radiologique et bactériologique doit laisser un doute en faveur de la tuberculose, et engager le médecin à revoir son malade pour contrôler soigneusement l'évolution ultérieure.

LA CLINIQUE PHTISIOLOGIQUE AU GOÛT DU JOUR

● ● ●

Quelques caractéristiques de la tuberculose chez les vieillards

D'après le Docteur A. Patoir (*)
Médecin des Hôpitaux de Lille

Ses différents masques : le tousseur et cracheur, le cachectique, le pseudo-néoplasique

La plupart des auteurs considèrent la tuberculose pulmonaire comme aussi fréquente dans la vieillesse qu'à l'âge adulte ; dès lors, ils n'hésitent pas à affirmer que bien des catarrheux sont des tuberculeux méconnus, constituant pour leur entourage un danger grave.

Les données suivantes sont utiles à se remémorer, afin de déceler au mieux la tuberculose à l'âge sénile et d'apprécier les risques de contagion.

Chez le vieillard, la primo-infection est exceptionnelle. Chez lui, presque toujours la bacillose n'est que la continuation ou le réveil d'une infection, dont les premières manifestations remontent à l'enfance, à l'adolescence, ou même à l'âge adulte. On en trouve la trace par une cutiréaction positive ; ou bien, par l'interrogatoire, par l'examen clinique, on découvre le souvenir comme aussi les traces d'abcès froids, de pleurésie, de congestions pulmonaires. Parfois le passé est jalonné de manifestations bacillaires d'ordre divers, marquant l'existence de nombreux réveils. Parfois encore, les premiers incidents n'ont été suivis d'aucune extériorisation de la maladie ; c'est seulement dans la veillesse qu'une tuberculose, semblant définitivement éteinte, s'est réveillée sous l'influence de surmenage de tout ordre, de privations alimentaires, de facteurs moraux dépressifs, de troubles gastro-intestinaux amenant un état de moindre résistance, de maladies générales (alcoolisme chronique, cancers, etc.).

La tuberculose des vieillards est toujours grave. De façon fréquente elle évolue rapidement, et cela sous les masques les plus divers : dans certains cas, on retrouve cependant des aspects classiques de l'affection, qui diffèrent peu de ceux de l'adulte.

Voici quelques considérations sur ces *masques* de la tuberculose.

C'est tout d'abord une *forme bronchitique à symptomatologie banale*. Le sujet serait atteint d'un catarrhe, qu'on aurait tendance à rattacher aux infirmités de l'âge. Il s'agirait donc plus d'un « patraque » que d'un malade, ce qui caractérise cette forme, banale à première vue, où cependant seul l'examen des crachats fait poser le diagnostic de tuberculose. C'est cette forme, qui « donne à la phtisie une allure tellement trompeuse que bien souvent elle la fait inaperçue » (Hirtz).

Bien des auteurs l'ont considérée comme la forme la plus fréquente de tuberculose du vieillard, et ils lui ont attribué une redoutable contagiosité, due à sa latence, à son masque trompeur, à sa longue durée.

Que de fois, dit Labesse, ne voit-on pas porter le diagnostic de bronchite chronique et emphysème, alors qu'un examen bactériologique ultérieur met en évidence une tuberculose pulmonaire indiscutable. C'est qu'en effet ces vieux tousseurs, réchauffant leur catarrhe tous les hivers, possèdent un état général, qui reste bon, et les fait ressembler bien plus à des bronchiteux banaux qu'à des tuberculeux. Leur température est le plus souvent normale ; mais elle peut s'élever à 37°5, 38° — rarement plus — au moment des poussées bronchitiques. Les signes pulmonaires se réduisent à des modifications de la sonorité et des vibrations, en rapport avec l'emphysème et la sclérose ; et à des signes banaux d'auscultation : sibilants, ronchus, respiration rude, diminution du murmure vésiculaire. Or, la richesse des constatations radiologiques contraste avec la pauvreté des signes physiques. Enfin les auteurs insistent sur la pauvreté de l'expectoration en bacilles, venant compliquer la difficulté du diagnostic.

Une *forme broncho-emphysémateuse* constitue, avec la forme asystolique deux aspects chroniques de l'affection. Dans cette tuberculose sénile, qui est fréquente, les signes et les lésions de bronchite chronique et d'emphysème prédominent ; ils sont antérieurs ou consécutifs aux lésions bacillaires actuelles.

L'aspect extérieur de ces malades est celui

(*) La tuberculose des vieillards. (*Revue de médecine*, novembre 1938.)

de tuberculeux : sujets amaigris, pâles, toussant et expectorant des bacilles de Koch, se plaignant de lassitude, d'anorexie, de digestions pénibles. Au début et au déclin des poussées évolutives, la température est peu élevée ou nulle. Pendant les poussées, et surtout à mesure que les lésions ulcéro-caséeuses progressent, la température s'élève et peut atteindre 39°, 39°5. Enfin les signes de bronchite et d'emphysème, généralisés ou localisés, n'empêchent pas la perception, lors d'un examen attentif, des signes de tuberculose pulmonaire : craquements, râles bulleux, souffle caverneux, etc.

Quant à la *forme asystolique*, elle est bien spéciale au vieillard. En effet, chez l'adulte la tuberculose retentit peu sur le myocarde : c'est, de toutes les affections pulmonaires chroniques, celle où le cœur est le moins touché. Chez le vieillard, au contraire, la sclérose, toujours importante, aboutit dans certains cas à l'insuffisance cardiaque droite, et la tuberculose peut prendre alors le masque d'une cardiopathie banale.

Le malade est très dyspnéique cyanosé ; ses membres inférieurs sont légèrement œdématiés ; son foie est gros et douloureux. L'auscultation du cœur révèle l'existence d'un souffle systolique au foyer tricuspidien, ou d'un bruit de galop à ce niveau. A la radiologie, les signes de stase pulmonaire sont évidents. Cependant, les images de sclérose et de lésions bacillaires en évolution montrent que les lésions cardiaques ne sont que secondaires.

Sous l'aspect d'une « *poussée cachectisante de la cinquantaine* », la tuberculose atteint avec prédilection le vieillard (25 sur 79 bacillaires). Il s'agit d'un fléchissement brutal de l'état général, qui marque soit le début, ou mieux le réveil de la tuberculose chez le vieillard, soit la transformation brusque d'une tuberculose à évolution lente et torpide en une tuberculose grave et rapidement évolutive. Des sujets âgés de 50 à 60 ans, d'aspect précocement sénile, pâles, amaigris, viennent consulter parce que depuis quelque temps ils se sentent très fatigués, n'ont plus d'appétit, dorment mal la nuit, et ont vu leur poids diminuer de 10 à 20 kilogrammes en quelques mois.

Ces malades se plaignent de points douloureux thoraciques et de dyspnée, toussent et crachent. Leur expectoration est tantôt inexistante ou très réduite, tantôt abondante, mucopurulente, bacillifère. La température est d'abord peu élevée (37°5) avec de petits clochers à 38° ; mais, le plus souvent, à mesure que l'affection évolue, elle s'élève et prend le type hectique.

Au début, l'examen physique et radiologique révèle l'existence de lésions fibro-caséeuses discrètes, de quelques nodules miliaires à contours flous, au milieu d'un parenchyme fortement sclérosé. Puis ces lésions progressent rapidement, et bientôt se manifestent par des signes stéthacoustiques et radiologiques de plus en plus évidents. La terminaison habituelle de cette variété de tuberculose est la mort survenant en quelques mois ou quelques années.

La *forme pseudo-néoplasique* est une tuberculose sénile latente, où les signes digestifs prédominent et s'accompagnent d'une cachexie plus ou moins rapide, réalisant le tableau d'un néoplasme de l'œsophage ou de l'estomac.

Du point de vue anatomo-pathologique, ce peut être une granulie, une tuberculose aiguë à forme bronchopneumonique ; mais le plus souvent la forme pseudo-néoplasique cache des lésions ulcéro-caséeuses banales.

La tuberculose laryngée et les grosses adénopathies, qui l'accompagnent parfois, expliquent la dysphagie, les régurgitations.

Quant aux signes gastriques, ils sont le plus souvent dus à une médiastinite tuberculeuse, comprimant les nerfs pneumogastriques et phréniques, et retentissent ainsi sur le fonctionnement de l'estomac. Souvent encore, l'anorexie, les crises douloureuses et les vomissements ont pour origine une atteinte hépatique, fréquente dans la tuberculose sénile.

Ces malades ont le faciès pâle ou terreux, émacié, les conjonctives décolorées. Leur amaigrissement est considérable. L'anémie peut être très marquée et se trouver au premier plan du tableau clinique. Fréquemment la température est peu élevée : elle oscille aux environs de 38°. Les signes pulmonaires sont en général réduits. La toux et l'expectoration ne présentent aucun caractère spécial, et peuvent même manquer. Les hémoptysies sont peu fréquentes, elles en imposent même parfois pour une hématémèse. Les signes physiques sont le plus souvent réduits à des symptômes de sclérose banale avec bronchite chronique et emphysème, masquant les signes de bacillose évolutive.

Le diagnostic de cette forme se fait surtout par la radiologie et l'examen des crachats ; cependant les données radiologiques ne constituent pas une preuve absolue contre le cancer, mais seulement contre le cancer digestif, très souvent soupçonné.

La connaissance relativement récente que nous possédons de cancers pulmonaires fréquents incite à interroger la bactériologie, et au besoin la biopsie par bronchoscopie. Il faut donc éviter de poser trop rapidement le diagnostic de cancer du tube digestif, chez les sujets âgés présentant de la cachexie et des troubles digestifs, et pousser jusqu'au bout l'examen pulmonaire clinique, radiologique et bactériologique.

Le diagnostic

Les plus grandes difficultés de diagnostic se rencontrent dans la forme bronchitique, en raison de ce que ses manifestations sont insidieuses et trompeuses, et de ce que, seul, elle laisse aux malades une santé *relative* et la facilité de gagner leur vie jusqu'à un âge avancé.

Aussi, c'est elle surtout qui joue un rôle important au point de vue social. Alors que les autres formes cliniques font des vieillards, ceux qui en sont atteints, des grabataires, ne pouvant contaminer qu'un entourage assez restreint, elle seule confère au vieux tousseur sa qualité redoutable de porteur de germes. Il s'ensuit que, bien plus que la question de la fréquence de la tuberculose chez le vieillard, ce qui importe au point de vue social, c'est la fréquence de cette forme bronchitique, fréquence très discutée parce que le diagnostic en est très difficile.

Aussi, le véritable intérêt de la tuberculose sénile réside-t-il dans son diagnostic. Celui-ci repose *sur une triple investigation clinique, radiologique et biologique,* dont tout vieillard tousseur et cracheur *doit* être l'objet.

Néanmoins et contrairement à ce qui se passe en cas de bronchite banale, c'est souvent l'amaigrissement progressif, rapide, s'accompagnant d'asthénie et d'anorexie, qui attire toutd'abord l'attention. Les vieux tousseurs non tuberculeux présentent, au contraire, un état général relativement bien conservé, même au cours des recrudescences de leur catarrhe.

L'*examen clinique* est insuffisant, dans la plupart des cas, car le vieux tuberculeux ne présente habituellement que des signes banaux de bronchite et d'emphysème, tout au plus quelques sous-crépitants, lorsqu'il s'agit d'une granulie ou d'un début d'évolution des lésions, et encore sont-ils masqués par les précédents. Seules des lésions évolutives étendues, des lésions ulcéro-caséeuses laissent percevoir les signes classiques du ramollissement aussi bien que chez l'adulte.

Les *signes radiologiques* ont aussi une très grosse valeur diagnostique, et, chez le vieillard, on trouve des images extrêmement étendues et intenses, qui facilitent grandement le diagnostic.

Un écueil à signaler : certains de ces signes sthétacoustiques et radiologiques sont uniquement des signes de lésions-séquelles, de sclérose, indiquant sans doute souvent une atteinte bacillaire ancienne, mais ne permettant pas de faire du vieux tousseur, ancien bacillaire, un individu actuellement atteint d'une tuberculose pulmonaire en évolution, et par conséquent susceptible de contaminer son entourage.

C'est ici que l'*examen bactériologique* des crachats possède une valeur indiscutable pour le dépistage d'une tuberculose pulmonaire en activité. Seule la constatation de bacilles de Koch dans l'expectoration peut permettre de poser à coup sûr le diagnostic, à condition que, grâce à des examens répétés, on décèle les cracheurs intermittents de bacilles. Ne pas oublier la centrifugation nécessaire pour découvrir les expectorations paucibacillaires. Certes, on ne peut nier d'autre part la valeur d'une cuti-réaction positive, mais celle-ci n'a aucune valeur pour reconnaître une tuberculose en évolution.

Bref, devant la constance et la concordance des résultats fournis par ces divers procédés d'investigation, il semble bien que lorsque la clinique et le laboratoire sont tous deux négatifs, rien ne permette d'affirmer la nature bacillaire, et surtout le caractère évolutif des pneumopathies chroniques du vieillard.

***

Quelques indications thérapeutiques, spéciales a la tuberculose des vieillards

Le traitement de la phtisie sénile présente des indications et surtout des contre-indications bien particulières.

La *cure hygiéno-diététique* est dans la majorité des cas le seul mode de traitement applicable au vieillard tuberculeux, les autres procédés étant le plus souvent contre-indiqués. Elle comprend trois éléments d'importance à peu près égale : le repos, le régime alimentaire, et la cure climatique.

Le *repos* est le premier point indispensable au vieillard tuberculeux. Il semble plus nécessaire encore que chez l'adulte, en raison de l'état du cœur, souvent déficient. Il doit se faire à l'abri du vent et du soleil, au lit ou de préférence sur une chaise-longue. Il sera absolu chez les fébricitants. Chez les tuberculeux apyrétiques, en

dehors des poussées, des promenades de courte durée en terrain plat pourront alterner avec les heures de repos.

La *cure d'air* n'a pas moins d'importance. La principale question est de bien choisir le climat. En effet, si la plupart des tuberculeux jeunes supportent à peu près toutes les températures, on ne peut en dire autant des tuberculeux âgés. Ceux-ci sont assez souvent des fibreux, ou bien ils présentent, à côté de leurs lésions ulcéro-caséeuses, des lésions étendues de sclérose avec emphysème et bronchite chronique ; certains enfin sont des athéromateux, des cardio-rénaux. Pour tous ceux-là, la haute montagne est à déconseiller. On choisira donc pour les tuberculeux âgés des stations de faibles altitude ou de plaine où règne une température modérée, en évitant toutefois la proximité immédiate de la mer, les plateaux éventés, les vallées humides néfastes aux rhumatisants.

Quant au *régime alimentaire*, il ne doit pas, comme on le croyait jadis, constituer, sous prétexte de suralimentation, un gavage par les œufs, la viande, les corps gras. Il ne doit pas non plus tomber dans l'excès contraire de la sous-alimentation, en arguant d'une tension élevée ou d'insuffisance hépatique. L'alimentation devra donc être légère mais suffisamment nutritive ; on devra tenir compte, mais sans exagération, de l'état du foie, des reins, du tube digestif, si souvent déficient chez le vieillard tuberculeux.

La *chrysothérapie* présente des contre-indications, qui prennent une grande importance chez le vieillard : atteinte rénale ou hépatique ; entérocolite, syndromes dysentériques, entérite tuberculeuse ; affections cutanées. Cependant, devant l'impossibilité où l'on se trouve de pratiquer la collapsothérapie chez le vieillard, il est permis de tenter (lorsque l'état général ne s'y oppose pas) le traitement aurique qui, s'il ne donne pas toujours des résultats probants, peut, même en employant des doses modérées, provoquer dans certains cas, une amélioration notable.

Enfin le *pneumothorax* chez le sujet âgé doit plus tenir compte, dans ses indications, de l'état vasculaire que des lésions pulmonaires. On ne doit le tenter que lorsque le myocarde est capable de supporter le surcroît de fatigue, que lui impose ce traitement, compte tenu de l'existence éventuelle d'une hypertension. On a souvent la fâcheuse surprise de voir s'effondrer brutalement un myocarde apparemment suffisant jusque-là.

Malgré tout, la collapsothérapie peut et doit être tentée chez certains sujets robustes, aux poumons peu atteints par la sclérose, et présentant des lésions bacillaires limitées et unilatérales. Les insufflations bilatérales et controlatérales ne devront jamais être pratiquées chez les sujets âgés.

Les mêmes causes d'échec — poumons sclérosés, système cardio-vasculaire déficient — auxquelles viennent se joindre les troubles digestifs, restreignent considérablement les possibilités de la *phrénicectomie* chez le vieillard. La symphyse pleurale, les synéchies diaphragmatiques, viennent ajouter à ces causes générales des facteurs locaux d'échec de la méthode. Aussi, les indications en sont-elles très limitées : sujets robustes, peu séniles, présentant des lésions limitées entourées d'un parenhyme à peu près sain. Ces cas restent exceptionnels et la phrénicectomie n'est guère pratiquée après 50 ans.

Quant à la *thoracoplastie*, rien n'engage à la pratiquer chez les sujets âgés, alors que les adultes supportent déjà difficilement le choc opératoire qu'elle comporte.

En un mot, les méthodes collapso-thérapeutiques sont le plus souvent inutiles ou contre-indiquées par l'état général, et surtout par l'insuffisance fréquente du système cardio-vasculaire.

La *médication adjuvante* est la même que chez l'adulte. On emploiera utilement les extraits hépatiques et surtout les médicaments cardiotoniques, indispensables pour soutenir le myocarde souvent défaillant des vieux scléreux. Cette médication adjuvante, jointe à la cure hygiéno-diététique, sera le plus souvent, le seul moyen de prolonger, sinon de guérir, les vieux bacillaires.

G. FISCHER.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Guérison spontanée de xanthélasma (auto-observation)

Par le Docteur M.-E. GINESTOUS

Depuis plusieurs années, cinq ans au moins, s'était développée sur la paupière supérieure de mon œil gauche, une plaque de xanthélasma... Elle avait les caractères ordinaires des néoformations de cette nature ; saillante et assez volumineuse, elle était assez disgracieuse.

Nous en étions là, lorsque des incidents autrement graves — heureusement bien terminés, suppléèrent à l'acte opératoire.

Le 1er août dernier, à la suite d'une ingestion imprudente alimentaire, j'ai été atteint de troubles gastro-intestinaux sérieux, qui réveillèrent de vieilles lésions endormies, lesquelles, il y a trente années (1906-1909), avaient provoqué des manifestations de la plus grande gravité (hématémèses).

Les troubles n'allèrent pas, cette fois, comme il y a trente ans, jusqu'à l'hématémèse, mais j'eus cependant du melæna. J'avais et cela depuis longtemps, une teinte subictérique. Une analyse d'urines révéla pendant vingt-quatre heures, des traces d'albumine qui disparurent rapidement, mais, à aucun moment, il n'y eut de pigments biliaires.

Je fus mis au repos absolu, pendant cinq jours à la diète hydrique, ensuite à un régime alimentaire moins sévère, auquel je me soumets toujours. Il me fut fait aussi dix-neuf injections intra-musculaires de laristine (histidine). Quel ne fut pas mon étonnement lorsque, le 20 août, relevant d'une crise gastro-intestinale aussi sérieuse, je constatai que le xanthélasma palpébral, qui existait encore au début du mois d'août, avait entièrement disparu ; il n'y en avait plus trace.

Ce fait personnel peut apporter une contribution à l'étude pathogénique du xanthélasma. Les rapports de cette néoformation palpébrale, avec les affections hépatiques, ont été depuis longtemps signalés. Bazin, en 1869, dans une de ses cliniques, cita un cas avec ictère de xanthélasma généralisé, auquel il a donné le nom de molluscum cholestérique. Hutchinson, le premier, dans un travail d'ensemble, fit ressortir le rapport fréquent du xanthélasma avec les affections hépatiques ; depuis lors, de nombreuses publications ont confirmé cette coexistence, et différentes hypothèses pathogéniques ont été émises pour l'expliquer (Potain, Quinquaud, Chambard). Mais ce sont surtout les travaux de Gilbert et Lereboullet qui ont démontré que le xanthélasma dérive d'un état de cholémie plus ou moins marqué et que, sans ictère, il n'existe pas. Jabin-Dudognon, dans une thèse inspirée par Cabannes, dit que le xanthélasma se rencontre surtout chez les hépatiques, et en particulier chez les cholélithiasiques et chez les diabétiques. Cette lésion cutanée est formée par de la cholestérine, et coïncide toujours avec une hypercholestérinémie notable.

Cependant pareille pathogénie ne fut pas admise sans conteste. Notre auto-observation ne permet pas, à elle-seule, de résoudre cette question pathogénique. Nous ne retiendrons qu'un seul fait — un seul — celui-là indéniable : le xanthélasma palpébral, dont nous étions atteint depuis de nombreuses années, a disparu spontanément au moment de la régression des phénomènes gastro-duodénaux graves dont nous étions atteints. Pareille guérison spontanée n'a jamais été signalée ; nous n'en avons trouvé aucun autre fait dans la littérature. Bien plus, notre auto-observation paraît contredire sur ce point les affirmations des auteurs, notamment celle-ci, extraite de la thèse de Dournay, sur « xanthélasma et cholémie », inspirée par le Professeur Gilbert, où il est dit : « le xanthélasma ne régresse pas ou à peine, et ne disparaît pour ainsi dire jamais spontanément ». (*Gaz. Heb. des Sc. Médicales de Bordeaux,* 1er janvier 1939.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Endométriome ombilical

(MM. H. MONDOR et MAZINGARBE ; 11-1-1939)

L'endométriome ombilical est une variété extra-génitale des formations endométriales, sortes d'utérus accessoires, d'utérus aberrants (Letulle).

MM. Mondor et Mazingarbe en rapportent un cas observé à l'hôpital Bichat. Il concerne une femme de trente-huit ans qui avait constaté, quatre mois auparavant, l'apparition spontanée d'une petite grosseur juxta-ombilicale indolente. Depuis deux mois, à chaque période menstruelle, la tumeur était le siège d'un écoulement sanguinolent qui se prolongeait pendant toute la durée des règles. Enlevée chirurgicalement, cette tumeur qui avait le volume d'une cerise environ, présentait à l'examen histologique plusieurs îlots de muqueuse cylindrique identifiable à la muqueuse utérine.

L'endométriome ombilical n'est pas une affection très rare ; M. Mondor a pu en compter 73 observations. La symptomatologie est caractéristique : allure cyclique des phénomènes et surtout existence d'un écoulement sanglant durant la période menstruelle. Parmi les causes d'*ombilics sanglants*, l'endométriome tient une place importante. Dans le cas de MM. Mondor et Mazingarbe, plusieurs symptômes notés par d'autres auteurs (coloration bleuâtre, sensibilité et augmentation de la tumeur pendant les règles) manquaient.

La localisation ombilicale de l'endométriome peut être unique ou s'associer à d'autres localisations génitales ou extra-génitales.

— M. Louis BAZY classe en quatre catégories les diverses formations endométriales. Les endométriomes aberrants rentrent dans une de ces catégories. Ils siègent en un point quelconque de la cavité abdominale (cloison recto-vaginale, paroi intestinale ou rectale, ombilic, canal inguinal, etc.). Ces formations méritent, comme l'a montré Letulle, le nom d'utérus accessoires, aberrants. On peut les comparer aux pancréas accessoires, aux rates accessoires, etc.

Ablation de la parotide avec conservation du facial

(M. LERICHE, de Strasbourg ; 11-1-1939)

M. Leriche a eu l'occasion d'employer deux fois le procédé du Professeur Pierre Duval d'ablation totale de la parotide avec conservation du nerf facial. Dans les deux cas, le résultat a été excellent. Il s'agissait de tumeur mixte récidivée après énucléation. Puisque l'on peut enlever toute la parotide en conservant le facial, une telle opération se montre nettement supérieure à la simple exérèse de la tumeur. L'intervention, toutefois, offre plus de difficultés.

Tumeur masculinisante de l'ovaire

(M. LUZUY, de Blois. — Rapport de M. Pierre BROCQ ; 11-1-1939)

M. Luzuy rapporte un cas — le premier cas observé en France, apparemment — de tumeur masculinisante de l'ovaire. Il concerne une jeune fille de 16 ans atteinte d'aménorrhée et de divers troubles morphologiques : hypertrichose (collier de barbe au niveau de la mâchoire), seins petits et aplatis, saillies des muscles, etc... Au toucher vaginal, on ne perçoit pas de corps utérin, ni de grosseur ovarienne. Cependant, à la demande de la famille, et n'ayant rien trouvé dans la fosse lombaire ni à la zone turcique, M. Luzuy intervient et pratique une laparotomie ; il découvre et enlève une tumeur ovarienne droite de la grosseur d'une mandarine (où l'examen histologique a révélé des cellules du type des cellules interstitielles du testicule). Six mois après l'intervention, les règles étaient revenues normales, l'hypertrichose avait disparu, les seins s'étaient développés et le corps s'était féminisé.

L'observation de M. Luzuy rentre dans le cadre des *tumeurs mâles*, appelées par les Allemands « *arrhénoblastomes* ». Elles ont été étudiées en France par M. Douay et par M. Varangot.

La symptomatologie de ces tumeurs comprend les signes suivants : aménorrhée, atrophie des seins, hirsutisme, rudesse de la voix, appétit génital souvent conservé et parfois attirance vers le sexe féminin. Par le toucher vaginal, on note un utérus infantile et on peut constater l'existence d'une tumeur ovarienne. Cette dernière constatation est importante, le syndrome de masculinisation n'appartenant pas aux seuls arrhénoblastomes de l'ovaire. Il s'observe aussi dans les cas de tumeur et hyperplasies du cortex surrénal et d'adénome basophile de l'hypophyse. On doit donc, en pareille circonstance, non seulement rechercher la tumeur ovarienne, mais aussi explorer les fosses lombaires et la région hypophysaire.

Le mécanisme de la masculinisation provoquée par ces tumeurs semble bien être sous la dépendance d'une activité endocrinienne, exercée par l'hormone mâle, la testostérone. Après ablation de la tumeur, l'ovaire sain qui était maintenu au repos, retrouve ses fonctions.

— M. CHEVASSU reconnaît l'intérêt des questions soulevées par M. Brocq. Il fait, toutefois des réserves sur l'interprétation des coupes de la tumeur enlevée par M. Luzuy. On y voit des cellules du type des cellules interstitielles du testicule, mais l'aspect de celles-ci se rapproche de l'aspect de certaines cellules de la surrénale et les surrénales accessoires ne sont pas exceptionnelles dans la sphère ovarienne.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

● ● ●

CURES, SINÉCURES ET INCURIE

Comme il venait d'opérer un hypospade et qu'il voulait lui faire comprendre la nécessité de ne pas rêver, pendant quelques jours, à... certaines choses capables de provoquer une congestion locale, Morestin le conseilla paternellement « méditez de préférence sur la pluralité des mondes, et, comme lecture, rien d'autre que le *Journal Officiel* ! »...

Morestin avait raison : le « Journal Officiel de la République française » est le quotidien le plus vertueux et le plus digne de respect. S'il lui arrive d'imprimer des balourdises ou des propos saugrenus, c'est que son malheureux destin l'appelle à servir d'exutoire aux délibérations de nos « honorables ».

Il contient par bonheur des travaux beaucoup plus sérieux et qu'on ignore généralement car les Français, même récemment opérés d'hypospadias, ne lisent guère le *Journal Officiel*.

C'est ainsi que le numéro du 15 décembre dernier publie un volumineux rapport de la Cour des Comptes sur la gestion des différents ministères. Cet éminent corps de contrôle n'y va pas par quatre chemins pour mettre ostensiblement le nez de nos ministres dans leurs... oublis. Il n'appartient certes pas à un journal de médecine de relever les infractions commises par les Colonies ou par les Postes et Télégraphes. Mais tout ce qui concerne la Santé publique est nôtre et aucun des 28.000 médecins français n'est de trop pour examiner la façon dont le ministère gère ce patrimoine commun.

***

La tuberculose est certes un grand péril social. Mais la façon dont la France mène sa lutte contre ce péril est un cataclysme pour le budget. Nous avons ici, à plusieurs reprises, dénoncé le scandale des sanatoriums et la malfaisance de ces établissements. Pour ma part j'ai narré les scènes d'orgie qui se déroulent dans un sana de la grande banlieue parisienne ; et, récemment, j'ai recueilli des témoignages aussi suggestifs sur une station d'altitude où plusieurs de mes clients sont en traitement. Il est inouï et répugnant que des malades pris en charge par la collectivité conçoivent la cure de cette façon ; il est triste que les médecins directeurs se croient désarmés pour sévir contre ces sabotages.

La Cour des Comptes relève quelques traits d'autre sorte mais dont l'immoralité et le résultat en ce qui concerne les finances sont identiques.

L'indemnité de soins aux tuberculeux de guerre s'élève actuellement à 10.000 francs. Elle est allouée, on le sait, aux tuberculeux à 100 %, *jusqu'à guérison*, et à la double condition que les bénéficiaires se soignent sous la surveillance des organismes anti-tuberculeux et qu'ils cessent tout travail.

Ces prescriptions devaient, dans l'esprit du législateur, permettre aux curables de se guérir, aux incurables de passer leurs dernières années dans la sécurité matérielle et morale. Pour tous l'indemnité de soins était temporaire.

« Or, précise le rapport général du Comité de contrôle financier près le ministère des Pensions, loin de décroître le nombre des bénéficiaires n'a fait qu'augmenter dans les dernières années et il était encore de 23.866 à la fin de 1937. Le pourcentage des suppressions s'est abaissé de 13,9 à 10,3 de 1936 à 1937. Les extinctions n'ont été que de 515 en 1937 contre 806 en 1936. Ces divers faits paraissent résulter du maintien abusif de cette indemnité à certains pensionnés n'ayant plus besoin de soins.

Une enquête ayant été menée par l'inspection générale des Services administratifs a révélé des errements que la Cour des Comptes relate en mettant en cause les médecins chefs de dispensaires antituberculeux. Elle ne porte pas contre nos confrères d'accusations graves, et leur reproche seulement d'examiner les tuberculeux réformés de guerre de façon assez superficielle, ou d'hésiter à s'ériger en contrôleurs des Commissions de réforme.

Par contre elle souligne que les malades cherchent à éluder les examens trimestriels de con-

trôle soit en arrivant en fin de consultation, soit en obtenant le visa par un « débrouillage » quelconque.

En conséquence, conclut la Cour des Comptes, la surveillance médicale se révèle inefficace dans certaines régions. Plusieurs départements n'ont prononcé aucune suppression de l'indemnité (pour guérison) depuis 1930.

Le contrôle de la cessation du travail est tout aussi déficient. Au reste certaines dérogations ayant été permises à l'occasion de cas particuliers des abus n'ont pas tardé à se produire. Presque tous les départements présentent des cas de malades exerçant normalement leur profession tout en continuant à percevoir l'intégralité de leur indemnité... *et utilisant cette indemnité aux dépenses les plus diverses, quelquefois même au détriment de leur santé.*

On voit que la Cour des Comptes formule ici le même reproche que j'articulais ci-dessus à certains malades de sanatoriums. L'effort financier de la collectivité est tourné en dérisoire subvention au vice.

Aussi propose-t-elle une série de mesures : réserver l'indemnité de soins aux classes mobilisées pendant la guerre (il y a longtemps que les médecins ont réclamé contre l'abusive extension de la législation de guerre aux classes postérieures) ; décharger les médecins de dispensaires de la responsabilité du contrôle technique et créer à cet effet, une Commission spéciale qui ne pourrait accorder l'indemnité de soins que pour une période limitée, 3 ou 5 ans, par exemple. Et enfin étudier les modalités d'une réglementation permettant aux tuberculeux une reprise progressive de leur activité.

Ici encore de nombreux médecins applaudiront qui protestent depuis longtemps contre le dogme de l'oisiveté imposé aux tuberculeux. On se gausse aujourd'hui de cet autre dogme, indiscuté de nombreuses années durant, et qui s'appelait : la suralimentation. Les promoteurs avaient raisonné sur le tuberculeux comme sur une chaudière de chauffage central ; plus on la bourre et mieux elle remplit son office.

La prescription impérative et généralisée du repos n'est-elle pas aussi « primaire » dans sa conception ? Un tuberculeux non fébrile guérira aussi bien, et sans doute mieux, en se livrant à certains travaux *choisis pour lui* qu'en se rongeant dans l'inaction. En tout cas il est certain que le travail vaudra mieux pour lui que la noce. Les « embrasés » à propos desquels s'énerva toute une littérature étaient surtout et sont encore des oisifs qui, ne sachant comment tuer le temps, prennent le parti de se tuer eux-mêmes.

***

Dans ses remontrances au ministère des Anciens combattants et pensionnés la Cour des Comptes aborde ensuite un point épineux : la construction du village sanitaire de Clairvivre.

On a beaucoup parlé de Clairvivre ; je me souviens même d'avoir vu un film qui en détaillait les paradisiaques attraits. Et puis on en parla beaucoup moins. Un chacun pouvait croire que le clair village poursuivait sa carrière et que, comme les heureux il était sans histoire. La vérité est assez différente ; si Clairvivre n'avait pas d'histoire, c'est qu'il était mort. Et d'une mort tant soit peu crapuleuse. Qu'on en juge !

Une subvention de 52 millions ayant été accordée en 1930 à la Fédération nationale des blessés du poumon et des chirurgicaux, celle-ci entreprit de réaliser un village sanitaire sur l'exemple de certaines œuvres étrangères.

L'Office national des mutilés et réformés, en allouant cette subvention, avait précisé que les travaux à exécuter ne devraient pas dépasser 40 millions et que le reliquat de 12 millions serait réservé à la mise en fonctionnement. En outre les 40 millions ne seraient versés que par fractions, chacune après justification de l'emploi de la fraction précédente.

Ces dispositions précédentes semblaient présager un contrôle efficace et une défense réelle des deniers publics. Hélas !

La Fédération commença par éluder autant qu'elle le put les obligations auxquelles elle s'était engagée par écrit ; en même temps elle donnait aux travaux une extension dépassant l'avant-projet assez vague qu'elle avait produit.

Elle acquit pour 465.000 francs des terrains qu'une enquête de l'Enregistrement démontra avoir été payés trois ou quatre fois trop cher.

La construction entreprise sans études suffisantes, nécessita d'importants travaux imprévus. Dès 1932 les dépenses engagées atteignaient 43.750.000 francs. Par la suite la totalité de la subvention de 52 millions se trouva engloutie et il devint nécessaire d'en voter deux autres, l'une de 4.300.000 francs, l'autre de 3.500.000 francs. Et ces 20 millions nouveaux ne permirent encore pas d'achever tous les travaux ; ils ne permirent même pas de payer toutes les dépenses engagées. On ignore actuellement combien coûte exactement Clairvivre, car la Fédération s'est farouchement opposée à tout contrôle. Même (et c'est un comble !) le programme d'achèvement et de fonctionnement du village n'a pu être établi, la Commission spéciale s'étant heurtée à l'opposition systématique de la Fédération.

Car, au bout de tout cela, le village sanitaire ne fonctionne pas. Il n'a pour ainsi dire jamais fonctionné !

Cent-cinquante tuberculeux vinrent en effet, au début de 1934, occuper avec leurs familles les pavillons construits à leur intention ; mais à la suite d'incidents violents et en protestant contre le règlement ils ne tardèrent pas à s'en aller.

A l'heure actuelle les bâtiments, n'abritent plus guère que quelques anciens combattants et un certain nombre de bénéficiaires des Assurances sociales ou de l'Assistance publique. La plupart des pavillons sont inoccupés, plusieurs abandonnés.

Clairvivre est une vaste propriété à l'usage exclusif de la Fédération qui en use à sa guise et sans aucun contrôle, et qui le gère de telle façon que l'exercice de 1937 s'est soldé par un déficit de près de 700.000 francs.

Soixante millions y ont été engloutis. Personne ou presque n'en profite. Et si l'Etat, à qui le domaine doit faire retour en 1948, veut trouver à ce moment autre chose que des ruines, il devra encore porter à sa charge l'achèvement des constructions.

***

Pour flanquer cette magnifique gabegie de quelques exemples de moindre envergure mais tout aussi instructifs le rapport de la Cour des Comptes cite le sanatorium de Bullion, édifié en exécution d'un legs fait à l'Etat par Mme Boursin et entériné par décret du 20 juillet 1923.

Mme Boursin avait eu l'intention que fût fondé sous son nom un sanatorium pour enfants dans divers immeubles possédés par elle à Saint-Cloud. Comme la situation de ces immeubles ne convenait pas à un sanatorium, il fut décidé, par jugement du 25 juin 1929 (déjà six ans de passés !) d'aliéner la propriété et de transporter la fondation à Bullion (Seine-et-Oise).

Entre temps le sanatorium pour enfants était devenu (en projet !) un « Centre national de puériculture » devant comporter une pouponnière de 100 lits pour nourrissons traités par le B. C. G. et un sanatorium pour 100 enfants (le rapprochement paraîtra sans doute insolite à ceux qui croyaient, sur la foi des traités, que les vaccinés par le B. C. G. devaient être éloignés de toute contamination possible).

Comme, à y regarder de plus près, l'équilibre financier de cet hétéroclyte établissement semblait devoir être difficile, on renonça à la pouponnière ; puis l'Etat tenta de refiler l'exploitation au département de la Seine qui ne montra aucun empressement à accepter cette mission de confiance.

Si bien que, dix-sept ans après la mort de la testatrice les vœux qu'elle avait exprimés ne sont pas encore réalisés.

Et pourtant, du haut de son céleste observatoire, la digne Mme Boursin doit contempler avec attendrissement son sanatorium.

Car il existe ce sanatorium, il existe bel et bien ! Et la pouponnière aussi, elle existe ! Ayant bazardé les immeubles de Saint-Cloud l'Etat avait touché quelques millions. Il fit la réflexion que Mme Boursin attendait depuis une dizaine d'années de voir son nom flamboyer au fronton d'un édifice et que le plus urgent était de contenter Mme Boursin. Il donna donc l'ordre de commencer les travaux.

Lorsqu'un particulier fait construire il est généralement décidé sur l'usage qu'il fera de la bâtisse. L'Etat procède d'autre façon ; il veut d'abord qu'on empile des briques ; le jeu consiste ensuite à déterminer ce qu'on en fera.

Donc le sanatorium et la pouponnière sont terminés ; ils sont chauffés, éclairés ; ils sont même pourvus d'une directrice et d'un économe qui y logent depuis la fin de 1935. Tout est fin prêt, et rien n'a été négligé puisque les dépenses d'entretien et de personnel se sont élevées pour 1937 à 120.000 francs.

Il ne manque au sanatorium de Mme Boursin qu'un accessoire futile et dont il est presque malséant de constater l'absence dans un ensemble aussi majestueux : il manque les malades. Il n'est jamais entré un enfant dans ce sanatorium d'enfants ; c'est à croire que le seuil leur en est interdit.

Le domaine de 75 hectares est entièrement improductif. Il ne reste sur les fonds du legs qu'un reliquat de 700.000 francs environ, alors que les dépenses à envisager pour achever l'aménagement, supprimer les installations désormais inutiles de la pouponnière et acheter le mobilier ne seraient pas inférieures à 4 millions.

Sans doute faudra-t-il, par surcroit, remplacer ou remettre à neuf la directrice et l'économe rendus hors d'usage par une longue et cruelle oisiveté.

***

Il faut lire (cela en vaut la peine) dans le même numéro du *Journal Officiel* les réponses des divers ministères aux sévères admonestations de la Cour des Comptes. Ils ne sont pas flambards, les uns ni les autres, et leur défense est digne de collégiens : « Ce n'est pas moi, M'sieur, c'est lui ! » Le ministère des Anciens combattants incrimine les Finances ; les Finances incriminent les Pensions ; la Santé publique se lave les mains de l'incident de Clairvivre et rejette toute la responsabilité, en ce qui concerne Bullion, sur le département de la Seine. Et maintenant, bonnes gens, tachez d'y voir clair, si vous l'osez.

Bien plus que ce sordide mouchardage interministériel, de belles et bonnes sanctions satisferaient le Français moyen qui se demande à quoi servent les prisons.

Et il s'étonne, ayant lu en serrant les poings, le magistral réquisitoire de la Cour des Comptes, que le *Journal Officiel* de la République Française ne dise pas, comme conclusion naturelle, où et quand seront jugés les concussionnaires.

G. LAVALÉE.

LE RÉGIME LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE ACTUEL DES HÔPITAUX

Etant donnés les différents projets, qui tendent à la modification du régime administratif actuel des hospices et hôpitaux, le Conseil de direction du *Concours Médical* a entrepris une étude générale de ce vaste problème de l'hospitalisation. Juristes entraînés aux questions de Droit médical et médecins mettent en commun leurs connaissances, au sein du Conseil, pour essayer de déblayer le terrain, mettre en lumière certaines idées générales, pour aboutir si possible à la solution de certains problèmes particuliers tels que l'admission des malades payants, le recrutement du personnel médical, etc.

Pour le *Concours Médical*, il s'agit de faire une étude complète très objective, dénuée de toute conception préconçue, en dehors de toutes contingences locales, ou d'intérêt privé, pour essayer d'aboutir à une conclusion d'économie sociale. L'hospitalisation doit-elle devenir un système national, d'intérêt public ? Doit-elle fonctionner dans des limites bien précisées par une loi à intervenir ?

Mais, avant d'entreprendre un travail d'analyse, qui aboutira ensuite à la synthèse de ce que doit être l'hospitalisation tant au regard de la science moderne que des facultés de payement des malades, il convient de préciser le régime légal actuel des hôpitaux publics : avant de demander la modification d'une loi, il s'agit de bien connaître ce qu'ordonne ladite loi. C'est ce que je vais exposer dans l'article ci-dessous.

Définition

1° QUE FAUT-IL ENTENDRE PAR LE VOCABLE « hôpital » ?

Par le terme hôpital, il faut entendre un établissement destiné à recevoir des malades, en vue d'un traitement, ou d'un diagnostic.

2° L'HOSPICE

L'hospice ne reçoit pas de malades ; il est destiné à l'hospitalisation des vieillards, des infirmes, ou incurables. Lorsqu'un pensionnaire a besoin de soins, au cours d'une maladie intercurrente, il est transféré à l'hôpital.

3° HOPITAL-HOSPICE

L'hôpital-hospice est un établissement mixte, qui dans une partie de ses locaux, admet des malades et dans une autre, des vieillards. C'est le cas de beaucoup d'établissements de petite localité.

4° L'HÔPITAL PUBLIC

L'hôpital, ou l'hospice constitue un établissement public lorsque son fonctionnement et son administration sont établis conformément aux dispositions de la loi du 7 août 1851. Le Préfet a la tutelle de l'administration et le Conseil d'administrtaion est présidé de droit par le Maire.

Un hôpital public peut être créé par une commune, par un bureau de bienfaisance, par des dons et legs, voire même par un particulier. Si cet établissement public est de peu d'importance, c'est le maire qui gérera ce bien des pauvres : sinon une Commission administrative sera désignée comme il sera spécifié ci-après.

5° L'HÔPITAL PRIVÉ

Le vocable « hôpital » ne signifie pas forcément « établissement de bienfaisance ». Certaines maisons de santé privées emploient ce terme dans leur dénomination sociale, car, à côté de malades payants, de condition aisée, elles peuvent admettre des malades de condition plus modeste, pour lesquels paie un tiers (Assurances sociales, blessés du travail, etc.).

Créé par l'initiative privée, l'hôpital privé échappe complètement aux directives de la loi du 7 août 1851. L'Administration est autonome, elle demeure indépendante de la tutelle préfectorale : elle fonctionne comme une maison de santé ordinaire, c'est-à-dire comme établissement commercial.

Au surplus, la loi du 14 janvier 1933, relative à la surveillance des établissements de bienfaisance privée, spécifie, en son article premier dernier alinéa, que peut être consdéré comme ayant créé un établissement de bienfaisance tout particulier, ou toute association, hospitalisant normalement au moins dix assistés. Cette restriction législative diminue donc singulièrement le nombre des établissements, qui peuvent revendiquer la qualification d'établissement de bienfaisance privée.

Administration d'un hôpital public

NOMINATION DES ADMINISTRATEURS

Selon les termes de la loi du 21 mai 1873, modifiée par celle du 5 août 1879 et par le décret-loi du 5 novembre 1926, article 60, la Commission administrative se compose du Maire, président de droit, et de deux conseillers municipaux désignés par le Conseil municipal et de quatre

membres nommés, en toute autonomie, par le Préfet.

La durée des fonctions des membres désignés par le Conseil municipal suit le sort de cette assemblée communale. Les membres désignés par le Préfet sont en fonctions pour quatre années et peuvent être réinvestis dans leur mission.

Incompatibilités

Certaines incompatibilités peuvent exister entre le mandat de membre de la Commission administrative d'un hôpital public et d'autres fonctions. Elles ont été indiquées, dans leurs grandes lignes, par la loi du 21 vendémiaire an III, qui décide que tout citoyen ne peut pas exercer des fonctions pour lesquelles il peut être appelé à se contrôler lui-même.

La loi du 5 avril 1884 sur l'organisation municipale, en son article 33, précise quelques rares incompatibilités en ce qui concerne les fonctions municipales.

Au sujet des médecins de l'hôpital, il a été reconnu, par deux arrêts du Conseil d'Etat, des 3 août 1908 et 17 mai 1934, qu'aucune incompatibilité n'existe entre les fonctions de médecin rétribué de l'établissement et le mandat de membre de la Commission administrative dudit hôpital. Un décret-loi du 30 octobre 1935 est cependant venu interdire ce cumul de fonctions ; mais hâtons-nous de dire qu'à la suite d'un vote du Conseil supérieur de l'Assistance publique de France, une Circulaire du ministre de la Santé publique, en date du 7 février 1936, invita les Préfets à ne pas appliquer ledit décret-loi et à ne pas obliger les médecins à avoir à choisir entre leurs fonctions médicales rétribuées à l'hôpital et celles d'administrateur dudit établissement.

Fonctions de la Commission administrative

Par leurs délibérations, les membres de la Commission administrative d'un hôpital public doivent gérer le bien des pauvres, constitué par le patrimoine de l'hôpital, utiliser les dons et legs charitables, arrêter les règlements intérieurs et de santé, assurer le fonctionnement et la surveillance des services divers, etc., etc... Ils agissent selon les droits que leur accordent les articles 7 et 8 de la loi du 7 août 1851, modifiée par la loi du 9 février 1927.

D'une manière générale, nous pouvons dire que la Commission administrative jouit des pleins pouvoirs d'administration intérieure ; elle décide de l'emploi et de la gestion des fonds ; elle peut louer, vendre, aliéner les biens, etc... Mais, elle demeure placée sous le contrôle et la tutelle du Préfet, car, dans certains cas, les délibérations doivent être soumises à l'approbation préfectorale. Tel est le cas des modifications à apporter au règlement intérieur et de santé, qui doit autant que possible se conformer au texte d'un règlement modèle, élaboré par le Conseil supérieur de l'Assistance publique de France et publié par le ministre de la Santé publique. Actuellement, c'est le règlement modèle du 31 mars 1926 qui est en vigueur.

Régimes spéciaux

Les hôpitaux de l'Assistance publique de Paris sont régis par la loi du 10 janvier 1849, qui réglemente le service des soins à l'hôpital, dans les hospices, ou à domicile pour les individus privés de ressources. L'Administration générale est placée sous la surveillance d'une Commission dite Conseil de surveillance, qui a en quelque sorte une tutelle sur la gestion des hôpitaux analogue à celle que la loi de 1851 accorde aux Préfets pour les hôpitaux publics de chaque département.

En ce qui concerne les hôpitaux civils de la ville de Lyon, leur gestion est réglée par l'Ordonnance royale du 30 juin 1845 et par la loi du 26 juin 1920. Cependant, la législation du 7 août 1851 s'applique dans le régime général d'administration.

Règlement intérieur et de santé

Disons à nouveau que les Commissions administratives ont un pouvoir souverain pour réglementer l'administration intérieure de chaque établissement public, dont elles ont la charge, notamment en ce qui concerne le fonctionnement du service médical et pharmaceutique. Mais hâtons-nous de dire que cette souveraineté est tempérée par l'obligation d'obtenir l'approbation préfectorale, non seulement pour l'établissement dudit règlement, mais aussi pour chaque modification qui doit y être apportée. Néanmoins, certains actes d'autoritarisme, ou même de brimades envers des membres du corps médical hospitalier, ont fait l'objet de nombreux procès soutenus avec l'aide du Sou médical, non seulement devant les Tribunaux administratifs et le Conseil d'Etat, mais aussi devant la juridiction de droit commun.

Admissions des malades et hospitalisation

1° Hospitalisation entièrement gratuite

Seuls, les bénéficiaires de l'article premier de la loi du 7 août 1851 sont admis à l'hôpital, entièrement à la charge de l'établissement public. Il s'agit des individus privés de ressources, tombés malades dans une commune où fonctionne un hôpital : aucune condition de domicile ne peut être exigée par l'admission.

2° Hospitalisation payante aux frais d'un tiers

L'immense majorité des malades, soignés dans un hôpital, ne demeure pas à la charge pécuniaire de l'établissement. Les bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite, Français privés de ressources, les victimes du travail, les pensionnés de guerre, les assurés sociaux ne supportent pas eux-mêmes en totalité, les dépenses nécessitées par leur hospitalisation : c'est un tiers, collectivités, ou individualité, qui rembourse l'hôpital pour les journées d'hospitalisation qui comprennent, ou non, les dépenses médicales, chirurgicales et pharmaceutiques.

Même dans le cas prévus par l'article premier de la loi du 7 août 1851 précité, l'hôpital peut obtenir le remboursement des frais qu'il a avancés, par le département ou par l'Etat (article 25 de la loi du 15 juillet 1893.)

3° Malades de condition modeste

Contre payement du prix de journée applicable à l'Assistance médicale gratuite, des petites gens peuvent être admises à leurs frais à l'hôpital pour y recevoir les soins nécessités par leur état. Cependant, l'extension de l'assistance partielle permet à ces personnes de condition modeste de demander le secours du bureau d'assistance de leur domicile de secours, dans la mesure où elles sont momentanément privées de ressources, en apportant la preuve qu'elles sont hors d'état de supporter la totalité des frais occasionnés par leur hospitalisation. Ce sera le service départemental d'assistance qui prendra en charge la totalité, ou une partie seulement des frais de séjour dans l'hôpital.

4° Cas d'urgence

Les blessés de la rue, ou d'automobile peuvent être admis dans un hôpital, sans remplir les formalités d'usage et quelle que soit leur situation de fortune.

Mais l'article 5 de la loi du 7 août 1851 accorde à la Commission administrative de l'hôpital public un droit de recours contre toute personne, qui peut être responsable des frais de séjour, lorsque l'hospitalisé n'est pas bénéficiaire d'une loi quelconque.

5° Malades payants

Nous pourrions dire que tout malade admis dans un hôpital, doit être considéré comme étant un payant, soit par ses propres moyens, soit à la charge d'un tiers quelconque. Même dans le cas d'individus privés de ressources, c'est le Service départemental d'assistance, institué par la loi de l'Assistance médicale gratuite, qui reprend en charge les frais d'hospitalisation. De sorte que l'établissement public revêt la forme d'une institution publique d'hospitalisation, dispensant les soins et l'hébergement, à des prix divers, selon les conditions de fortune des individus et selon les modalités de certaines législations sociales.

Pour des motifs d'ordre divers : absence de maisons de santé à proximité du malade, déficience, ou carence de l'iniative privée, surtout en ce qui concerne les maisons de santé de médecine, ou de contagieux, absence de clinique privées à bon marché, élévation des frais d'opérations, ou de traitements spéciaux, les malades aisés ont appris à connaître le chemin de l'hôpital. L'hébergement et les soins y sont dispensés à meilleur compte que dans un établissement privé : les frais généraux y sont diminués du fait que l'établissement public ne supporte pas les impôts et taxes commerciales qui frappent les maisons de santé ; il n'a pas de loyer d'argent à payer, car l'hôpital a été créé par des dons, legs, fondations et subventions ; il ne paie pas ses médecins et chirurgiens, au regard des services rendus, mais leur accorde une faible indemnité, sous prétexte de les associer à une œuvre de bienfaisance et de philanthropie.

Dans certaines localités, les médecins et chirurgiens de l'endroit sont autorisés, par la Commission administrative, à considérer l'hôpital comme étant leur propre maison de santé. Dans d'autres régions, l'Administration accorde à son corps médical le privilège de soigner les payants hospitalisés, avec droit aux honoraires. C'est ainsi une compensation accordée aux médecins et chirurgiens des hôpitaux, qui donnent gratuitement, ou presque leurs soins aux hospitalisés privés de ressources.

Enfin, ailleurs, c'est parce que le Corps médical local ne peut pas, ou ne veut pas supporter les frais de l'installation spéciale fort coûteuse de salles d'opérations modernes, installations de radiologie et de radiothérapie, etc., que les malades sont dirigés par les médecins eux-mêmes vers l'hôpital, qui a obtenu des subventions pour organiser lesdites installations.

Disons, d'une manière très rapide, que l'admission des malades payants à l'hôpital est réglementée par l'article 28 du règlement modèle des hospices et hôpitaux, du 31 mars 1926, mais cette réglementation est bien peu souvent observée.

Enfin spécifions que, dans le cas d'hospitalisation payantes, le médecin ou chirurgien de l'établissement ne peut pas réclamer directement ses honoraires à l'hospitalisé qu'il a soigné ; il doit passer par le canal de la Commission administrative qui arrête un tarif de soins, après avis du Corps médical de l'établissement (Règlement modèle des hospices et hôpitaux du 31 mars

1926, arrêt du Conseil d'Etat du 21 février 1936, Circulaire du ministre de la Santé publique du 28 septembre 1936).

6° CONSULTATION EXTERNE

Dans beaucoup d'hôpitaux, surtout ceux des grandes villes, ont été créés des services de consultations, dans lesquels, sans avoir besoin d'être hospitalisés, les malades du dehors peuvent se faire examiner, ou se faire traiter soit en médecine, soit en chirurgie, soit dans un service de spécialité médicale. Ces consultations sont dispensées gratuitement aux malades privés de ressources, bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuites. Elles sont accordées contre une rémunération forfaitaire très faible à tout venant qui n'est pas inscrit sur les listes des indigents.

Théoriquement, ces consultations servent au dépistage : tel malade reconnu atteint d'une affection, qui a besoin de soins lesquels ne peuvent pas être donnés à domicile, reçoit un billet d'admission dans l'établissement ; tel autre, qui n'a pas besoin d'être hospitalisé, reçoit des conseils et des feuilles d'ordonnances. Ces dernières sont si nombreuses que fréquemment elles sont imprimées d'avance.

Fixation du prix de journée d'hospitalisation

La Commission administrative n'a pas le droit de fixer, comme bon lui semble, le prix de journée, c'est-à-dire les sommes qu'acquittent les hospitalisés, ou les tiers qui doivent supporter ces frais. En principe, le prix de base est celui qui doit être réclamé au Service départemental d'assistance, pour les journées d'hospitalisation des bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite.

Selon les dipositions de la loi du 13 juillet 1936 et du décret du 22 mars 1937, qui ont modifié la législation et la réglementation antérieures sur ce point, le bilan annuel de chaque hôpital public doit faire figurer au chapitre de l'actif toutes les recettes de quelque nature qu'elles soient (revenu du fonds de dotation, dons, sommes payées par les malades ou par les collectivités et même, dans certains cas, le revenu du potager, etc.). Au débit, les dépenses de tous ordres.

De ce bilan doit ressortir le prix de journée établi de telle sorte qu'en se faisant rembourser ce prix de journée le plus bas applicable au service de l'Assistance médicale gratuite, l'hôpital ne fasse ni bénéfice, ni perte.

Ce prix de journée est soumis à l'approbation du Préfet. En cas de désaccord entre ce magistrat et un hôpital, le litige est soumis à la section permanente du Conseil supérieur de l'Assistance publique de France, qui, sur ce point, a qualité de juridiction administrative.

D'après l'article 28 du règlement modèle, ce prix de journée minimum, applicable à l'Assistance médicale gratuite et aux gens de condition très modeste, peut être augmenté pour l'hospitalisation des malades de condition plus aisée, ou pour les bénéficiaires de certaines lois sociales. Il peut également comporter, ou non, les frais médicaux, chirurgicaux et de spécialités.

En matière de dépenses pharmaceutiques, ces dernières sont très souvent englobées dans le prix de revient forfaitaire de la fournée d'hospitalisation.

Choix et nomination du Corps médical hospitalier

La loi du 7 août 1851, en son article 11 et le Règlement modèle, en son article 14 reconnaissent aux Commissions administratives des hôpitaux publics le droit souverain de nommer leurs médecins, chirurgiens et spécialistes comme bon leur semble. Il en résulte une très grande diversité dans les modalités de nomination : dans les grandes villes, un concours est institué ; dans d'autres localités, le concours ne comporte qu'une présentation de titres ; ailleurs — et c'est le cas de la plupart des établissements — la Commission nomme sans concours.

Faisons remarquer que d'après son règlement, chaque Commission peut autoriser tel et tel candidat à se présenter au concours. Les résultats de ce dernier sont la plupart du temps une présentation à l'agrément de la Commission administrative qui, seule a le pouvoir de nomination.

D'où des conflits, qui ont eu leur répercussion jusque devant le Conseil d'Etat, lorsque la Commission administrative émet la prétention de ne pas nommer le premier sur la liste dressée par le jury, mais d'investir le second des fonctions briguées par les concurrents.

Quant à la nomination sans concours, elle a donné lieu à des abus, selon que les passions politiques ou confessionnelles sont entrées en jeu. Le Sou Médical a dû défendre souvent certains de ses adhérents, victimes de certains abus.

Une fois nommés, les médecins et chirurgiens restent en fonctions, jusqu'à ce qu'ils soient atteints par la limite d'âge. Ils peuvent être révoqués ; mais la loi précise que la décision de la Commission administrative doit être soumise au Préfet. Celui-ci prononce la révocation après en avoir référé au ministre de la Santé publique et lui avoir transmis le dossier.

Ajoutons qu'une révocation ne peut être prononcée sans que l'intéressé ait eu connaissance de son dossier. En ce sens se sont prononcés plusieurs arrêts du Conseil d'Etat, faisant application aux médecins d'hôpitaux des dispositions de l'article 63 de la loi du 22 avril 1905.

Les médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris sont, suivant les termes de l'article 6 de la loi du 10 janvier 1849, nommés après concours. Leur nomination est soumise à l'approbation du ministre de l'Intérieur (actuellement ministre de la Santé publique). Ils ne peuvent être révoqués que par le même ministre, sur l'avis du Conseil de surveillance et sur la prroposition du Préfet de la Seine.

Situation juridique du Corps médical hospitalier

La jurisprudence administrative tant des Conseils de préfecture que du Conseil d'Etat tend le plus en plus à considérer les membres du Corps médical des hôpitaux comme de véritables fonctionnaires d'un établissement public. C'est ainsi que de nombreux arrêts ont décidé qu'à l'instar des autres fonctionnaires publics, les médecins et chirurgiens d'hôpitaux ne peuvent être l'objet d'une sanction disciplinaire, voire même être révoqués, sans avoir eu au préalable communication de leur dossier.

En matière d'honoraires, l'arrêt du Conseil Conseil d'Etat du 21 février 1936 et la Circulaire ministérielle du 28 septembre 1936 interdisent aux médecins et chirurgiens d'hôpitaux de pratiquer l'entente directe avec les malades payants : étant des fonctionnaires, ils ne peuvent avoir aucune tractation, en dehors de la Commission administrative, qui seule a qualité pour arrêter les conditions d'admission et d'hospitalisation de ceux des malades qui ne sont pas bénéficiaires d'une loi sociale quelconque.

Enfin, en matière de responsabilité professionnelle la jurisprudence administrative du Conseil d'Etat et également celle de la Cour de cassation décident que, parce qu'il est en quelle que sorte un fonctionnaire d'établissement public, ce sont les Tribunaux administratifs et non ceux de droit commun (Tribunal civil et Cour d'appel) qui doivent être juges du litige. D'ailleurs la Commission administrative doit être assignée également comme étant civilement responsable des actes du Corps médical qu'elle a nommé et investi de fonctions hospitalières.

Sur ce chapitre, il faut que les magistrats fassent le départ entre la faute administrative et la faute professionnelle. La première peut être mise à la charge du médecin et à celle de la Commission administrative : celle-ci doit en effet veiller au bon fonctionnement intérieur de l'hôpital ; les fautes d'ordre scientifique et professionnel semblent, à première vue, demeurer à la charge exclusive des médecins ou chirurgiens des hôpitaux, puisque le Docteur en médecine tient de son diplôme une indépendance complète, pour la pratique de l'artde guérir.

Cependant la jurisprudence tend à admettre que, parce qu'il est onctionnaire, le médecin d'hôpital doit être couvert par son employeur, l'hôpital, en cas de aute ne se détachant pas de sa onction. C'est la Commission administrative qui a nommé son Corps médical ; c'est elle qui a seule qualité pour admettre les malades et pour discuter les conditions de cette hospitalisation ; c'est elle qui, moyennant un prix de journée or-aitaire, distribue soins et hébergement. Par suite, la responsabilité du médecin d'hôpital incombe à l'établissement public, de même que la aute du onctionnaire public retombe à la charge de l'Etat.

Les impôts et les lois sociales du travail

Parce qu'établissement public et considéré comme institution de bienfaisance l'hôpital échappe à de nombreux impôts et taxes, qui frappent les établissements privés et les maisons de santé. Il est de principe administratif, maintes fois affirmé par le Conseil d'Etat, en de nombreux arrêts, que l'établissement public ne saurait faire acte de commerce et faire concurrence à l'initiative privée lorsque celle-ci n'est ni déficiente, ni en carence pour l'hospitalisation des malades quels qu'ils soient.

Mais certains se demandent si ce n'est pas faire acte de commerce que de vendre — même sans réaliser de bénéfice — l'hébergement, la nourriture et les soins à qui peut payer ces frais ? Par son fonds de dotation, par les subventions publiques qu'il reçoit, par les dons et legs en faveur des pauvres, l'hôpital public n'a-t-il pas une fonction sociale d'assistance et de bienfaisance bien précise ? Ne doit-il donc pas fermer ses portes aux classes aisées ?

Voilà pourquoi les impôts et taxes de nature commerciale qui frappent les maisons de santé privées ne sont pas appliqués aux hôpitaux publics alors cependant qu'ils hospitalisent largement des malades payants et des personnes qui sont de condition aisée.

Quant aux loi du travail, elles sont applicables aux hôpitaux publics dans leur grande majorité : repos hebdomadaire, accidents du travail, loi des 40 heures.



VALS SOURCE LA REINE

TRAITEMENT DE L'ARTHRITISME

La **Reine de Vals** réunit un ensemble de qualités qui permettent de la considérer comme l'idéal dans le traitement de l'arthritisme et de ses manifestations.

Elle possède une minéralisation moyenne, elle peut être employée indéfiniment sans qu'on ait à craindre avec elle ni la fatigue, ni l'intolérance, ni la fameuse cachexie alcaline.

La **Reine de Vals** est assez chargée en acide carbonique, et elle doit à cette particularité de posséder une saveur fraîche et piquante qui la rend remarquablement agréable à boire, en l'exonérant de ce goût savonneux reproché à juste titre à tant de ses similaires bicarbonatées sodiques. Elle lui doit en outre, une parfaite digestibilité en même temps qu'une action eupeptique marquée, grâce à quoi les fonctions du tube gastro-intestinal sont favorablement influencées et s'accomplissent normalement.

Enfin, la **Reine de Vals** renferme, en dehors du bicarbonate de soude, une certaine dose de magnésie et de fer qui lui

Tournez s. v. p.

communiquent une puissance réellement reminéralisatrice.

Ajoutons, pour être complet, que la **Reine de Vals** se comporte comme un véritable sérum naturel, propre à effectuer un utile lavage du sang, à renforcer le pouvoir phagocytaire du globule blanc et à provoquer une diurèse particulièrement salutaire.

Pour toutes ces raisons, elle réalise admirablement la prophylaxie de la diathèse arthritique, en tant que prédisposition aussi bien que le traitement proprement dit des manifestations de cette diathèse, quelque indication particulière d'ailleurs que chacune d'elles puisse comporter.

A titre *préventif*, la **Reine de Vals** peut être bue aux repas, pure de préférence.

A titre *curatif*, qu'il s'agisse de la cholélithiase, du diabète, du rhumatisme chronique, de l'obésité, etc., elle demeure toujours la boisson type du régime alimentaire que nécessitent ces modalités pathologiques. En outre, il est bon, mais ici affaire d'espèces, d'en administrer aux malades, un verre le matin à jeun, un second verre au bout d'une heure si possible, un verre avant les deux principaux repas, le reste de la bouteille pouvant être consommé au repas.



VALS SOURCE LA REINE

La **Reine de Vals** se trouve chez tous les marchands d'eaux minérales et dans toutes les pharmacies. On peut s'adresser directement à l'Administrateur-Délégué de la Société, LA REINE DE VALS, à Vals-les-Bains (Ardèche).

QUESTIONS MÉDICO-SOCIALES

Les conditions de curabilité de la tuberculose pulmonaire*

(L'avenir du tuberculeux et l'avenir de la tuberculose)

Par le Docteur L. JULLIEN

Médecin général du cadre de réserve

Nous ne pouvons jamais promettre à un tuberculeux qu'il guérira ; nous ne pouvons jamais lui affirmer qu'il est guéri. Nous pouvons seulement constater qu'il a été guéri, lorsque, plusieurs années après sa dernière poussée évolutive, il meurt d'une affection sans lien direct avec sa tuberculose.

Cette pensée n'est pas la manifestation d'un pessimisme stérile et désabusé, négateur des progrès réalisés au cours de ces vingt dernières années dans le diagnostic précoce et dans le traitement de la tuberculose. Ces progrès, qu'il serait ridicule de nier, ont considérablement accru le nombre des tuberculeux dont on peut dire qu'ils ont été guéris. Ils ont illuminé d'espérance le présent et l'avenir jusqu'alors si sombres de nos malades ; ils n'ont pas pu leur apporter la certitude d'une guérison définitive qui dépend de facteurs complexes. Parmi ces facteurs, les uns — d'ordre biologique — échappent encore à notre discernement et à notre action ; ce sont les mêmes qui ont permis la première poussée évolutive : fréquence et richesse des contages, sur lesquelles, une fois la maladie installée, nous ne pouvons plus rien ; virulence du germe, nature du terrain cellulo-humoral offert au bacille par le malade. Les autres facteurs sont d'ordre social et ils sont intervenus aussi dans l'éclosion des premières manifestations cliniques. Mais ceux-ci nous les connaissons bien et il ne tient qu'au législateur de réaliser les indications, que sa pratique journalière et ses observations quotidiennes ont permis au médecin de poser. C'est vers la disparition de ces facteurs sociaux que doit tendre la lutte antituberculeuse. D'abord placer l'enfant, l'adolescent et le jeune adulte dans des conditions d'existence lui permettant de résister au premier assaut du bacille ; ensuite, fournir au malade, plus ou moins provisoirement guéri, des conditions de vie professionnelle et extraprofessionnelle lui permettant de rendre définitive cette guérison précaire, qui est due aux progrès de la phtisiologie.

Faute de cette double action d'ordre social, préventive et consolidatrice, les espoirs permis à nos efforts thérapeutiques s'écrouleront dans le désenchantement des récidives et dans l'effondrement financier d'organisations sanatoriales qui n'auront pu réaliser, péniblement et chèrement, que des guérisons sans lendemains.

On peut théoriquement concevoir une guérison intégrale réalisant non seulement la disparition sans cicatrice de la lésion locale, mais encore le nettoyage complet de l'organisme avec élimination de tous les bacilles et dislocation de la symbiose bacillo-cellulaire, point de départ des évolutions tuberculeuses. Mais il ne s'agit là que d'une vue de l'esprit ; notre thérapeutique actuelle ne recherche — et n'obtient souvent — qu'une cicatrisation des lésions locales ou simplement leur stabilisation plus ou moins inactive. Ces cicatrisations ne deviendront solides et définitives avec le recul des années, que si le malade retrouve au sein de la collectivité des conditions de logement, de nourriture et de travail susceptibles de maintenir et d'accroître son potentiel de résistance aux réactivations bacillaires. On obtiendra à ce prix seulement ce qu'on peut appeler *la guérison sociale de la tuberculose* qui permettra au tuberculeux, non seulement de survivre à ses lésions, mais aussi de reprendre une activité productrice au lieu de se trouver en face du dilemne : ou mourir de misère ou vivre en parasite de la nation en s'enlisant dans sa tuberculose transformée en prébende.

La curabilité de la tuberculose ne pose donc pas seulement un problème sanatorial. Les crédits dont peuvent encore actuellement disposer l'épargne française et les administrations publiques ou privées qui ont pris en charge la santé nationale ne doivent donc pas être investis dans les constructions sanatoriales sur lesquelles s'est jusqu'à présent concentré l'effort réalisateur. Ils doivent maintenant être employés à accroître la résistance des sujets encore indemnes, à dépister et à soigner précocement les lésions, et enfin à consolider les résultats acquis par la cure hygiéno-diététique et le traitement médico-chirurgical. Faute de ce juste équilibre entre les diverses catégories d'efforts nécessaires, les résultats resteront précaires et hors de proportion avec les sommes engagées et les dévouements mis en œuvre.

L'avenir du tuberculeux dépend de la rapidité du traitement et, par suite, de la précocité du diagnostic : précoce il a pour condition le dépistage systématique et périodique chez tous les enfants, adolescents et jeunes adultes, même d'apparence saine et chez les personnes de tous âges en contact fréquent avec les enfants. Ainsi seront décou-

verts des foyers familiaux et extrafamiliaux de contagion ; ainsi seront révélées des lésions occultes ne s'étant pas encore manifestées par des symptômes pulmonaires et des altérations de l'état général. Ainsi également, sont rattachés à leur véritable cause des troubles fonctionnels et des symptômes pulmonaires et extra-pulmonaires d'origine actuellement trop souvent méconnue. Les chances de guérison moins lente et plus complète sont ainsi multipliés, ainsi que les probabilités de récupération totale de la capacité de travail après traitement et guérison.

Mais toutes ces chances ne s'accroîtront que dans la mesure où s'amélioreront les conditions de vie urbaine et rurale pour les enfants comme pour les adultes. La destruction d'un îlot insalubre rend disponible quelques lits de sanatorium ; la construction d'une école aérée rend inutile la création d'une école de plein air. Il est à tous points de vue préférable d'utiliser les crédits en vue de diminuer nos besoins sanatoriaux plutôt que d'engager des dépenses pour créer de nouveaux établissements de cure, sans tout mettre en œuvre pour diminuer le nombre des malades susceptibles d'en avoir besoin.

Les frais considérables entraînés par les soins à donner aux tuberculeux, qu'ils soient à la charge des malades ou de la nation, seront hors de proposition avec les résultats obtenus si la cure ne tend pas à préparer l'avenir des malades en faisant succéder à la phase de repos, et, simultanément à la continuation du traitement médico-chirurgical, une phase de réadaptation au travail destinée à fournir au malade des moyens et des raisons de vivre. Le traitement de la tuberculose ne sert à rien si, ayant sauvé la vie du malade, il ne lui fournit pas les moyens de la gagner, faisant un invalide pensionné par la collectivité.

Cette réadaptation, très complexe, restera très difficile à mettre au point tant que nos organisations de cure seront conçues dans le cadre désuet du département. Elle pourra trouver des conditions de réalisation plus large et plus facile le jour où la prophylaxie et le traitement de la tuberculose seront entrepris dans le cadre professionnel et syndical par des organisation intéressées à récupérer le plus tôt et le plus complètement possible les malades dont les soins et les invalidités seront à leur charge.

Guéri ou stabilisé, et ensuite réadapté à une activité professionnelle en rapport avec ses possibilités physiques et mentales, l'ancien malade n'évitera les récidives qu'à la condition de vivre dans un milieu lui permettant de trouver l'emploi rémunérateur de son activité, et de vivre une vie familiale saine dans un logement aéré, non surpeuplé, avec une nourriture de résistance.

Les « villages sanitaires », d'inspiration anglo-saxonne, ne peuvent être qu'une réalisation partielle de ce programme. De l'avis même de ceux qui les ont créés, ils ne peuvent pas prétendre résoudre tout le problème de l'avenir de tous les tuberculeux guéris. Ils ne représentent qu'une expérience destinée à démontrer — et y parvenant — que le tuberculeux guéri ou stabilisé peut reprendre une vie active sans risques pour lui et sans dangers pour son entourage, pourvu que lui et sa famille soient placés dans des conditions d'existence répondant à toutes les exigences de l'hygiène et d'une vie saine, sous réserve que le travail auquel le tuberculeux se sera adapté soit en rapport avec ses capacités physiques plus ou moins complètement récupérées. Les villages sanitaires représentent une solution trop onéreuse, pour être généralisée. De plus, ils font vivre le tuberculeux récupéré en dehors de l'activité générale du pays, dans un milieu fermé où l'emploi rémunérateur de son activité reste fatalement très restreint. Ils ne sont habitables que pour des pensionnés ou des retraités. *Ce n'est que dans le cadre général de la nation que le tuberculeux guéri doit trouver les conditions de vie qui lui sont nécessaires.*

Ainsi se ferme le cycle ; ces conditions d'existence sont exactement les mêmes que celles que doit trouver l'homme sain pour conserver sa résistance au bacille. *Prévention de la tuberculose et consolidation des tuberculoses guéries sont conditionnées par une meilleure organisation de la cité et de la vie collective.*

Protéger l'enfant et l'adolescent contre les contagions massives et répétées de leur entourage, leur assurer un programme d'éducation physique et intellectuelle susceptible d'augmenter leur résistance à ces contagions ; dépister systématiquement chez eux les premières atteintes du mal et s'efforcer d'en faire avorter l'évolution ; assurer aux adultes des conditions de travail, de logement, de nourriture et de vie collective capables de leur permettre de résister aux contagions accidentelles ou aux réactivations.

Il est vain de construire de nouveaux établissements de cure si on ne réalise pas cette autre partie du programme, de beaucoup la plus importante. *La lutte antituberculeuse ne se borne pas à un plan de dispensaires et de constructions hospitalières.* Elle est, avant tout un problème d'organisation générale du travail, un problème d'urbanisme et de logements surtout pour les familles nombreuses, un problème d'alimentation et d'utilisation rationnelle des budgets individuels et collectifs ; enfin, un problème d'éducation générale de la nation.

Le « social » prime ici le « médical ». Ainsi l'avenir du tuberculeux sera moins sombre et le champ de la tuberculose en France sera limité dans un avenir qu'on pourra espérer prochain.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations judiciaires

La Cour de Bordeaux contre le syndicalisme

Le syndicalisme est tenu sans conteste, à l'heure actuelle, par la plus grande partie des médecins, comme l'instrument le plus propre à la défense et à l'organisation de la médecine libre. Or l'un de ses buts principaux, le libre choix et l'essentiel de sa force, à savoir la discipline de ses membres, viennent d'être remis en question devant la juridiction bordelaise, à propos d'un différend qui oppose depuis plus de trois ans le Syndicat professionnel des médecins de Bordeaux à l'Union mutualiste de la Gironde.

L'origine de ce différend fut, de la part du Syndicat, le désir fort légitime d'introduire, par convention collective, le *libre-choix* du médecin dans la Mutualité. L'Union mutualiste s'y étant refusé, et ayant dénoncé la convention antérieurement conclue, l'assemblée syndicale par une délibération du 15 octobre 1936, décidait *d'exclure et de mettre à l'index* tout médecin qui accepterait de collaborer avec le Pavillon de la Mutualité. Certains membres ayant contrevenu à leur devoir syndical, firent l'objet des sanctions prévues, et poursuivirent alors le Syndicat devant la justice afin d'obtenir l'annulation de la décision d'exclusion, et l'allocation de dommages-intérêts. L'Union mutualiste exerça également une action analogue afin d'obtenir réparation du préjudice causé à son fonctionnement par la décision syndicale et la création d'une société de secours mutuels concurrente.

Le Tribunal de Bordeaux, par un jugement du 3 janvier 1938, condamna le Syndicat et son action, par des motifs aussi embrouillés que contradictoires, se réduisant principalement à ces deux affirmations : le *libre-choix n'est pas une règle de la déontologie médicale, d'autre part sa violation n'est pas susceptible de porter atteinte aux intérêts professionnels des médecins.* Cette décision ne paraissant guère digne de commentaires, nous l'avions passé sous silence, mettant notre espoir en la compétence et l'impartialité de la Cour de Bordeaux, saisie par le Syndicat en appel, avec l'appui du « Sou Médical » et de la Confédération.

Nous ne mettrons pas en doute la compétence de la Cour, mais nous pensons que l'arrêt rendu par elle le 4 janvier 1939, confirmant le jugement attaqué, n'est pas pour renforcer la confiance que l'on peut avoir en son impartialité. La lecture de cet arrêt laisse en effet très nettement l'impression que les magistrats bordelais ont vu dans le syndicalisme une *puissance nouvelle et dangereuse* susceptible de porter atteinte aux prérogatives du pouvoir judiciaire, et à laquelle il importait de faire sentir ce pouvoir pendant qu'il en était temps encore.

Le débat devant la Cour s'est en effet élevé, et s'est placé principalement sur le terrain du *pouvoir disciplinaire des syndicats sur leurs membres*. La Cour veut bien reconnaître tout d'abord qu'on ne saurait nier aux syndicats le pouvoir d'exercer leurs fonctions règlementaires et disciplinaires dans le souci légitime des intérêts matériels et moraux de la profession qu'ils sont chargés de défendre. Mais elle commence par s'étonner hypocritement qu'on puisse parler de *stricte discipline*, au point de vue philosophique, en matière médicale, alors que l'activité des syndicats médicaux tend principalement à défendre les *traditions individualistes d'une profession libérale.* Comme si, placé entre la domestiquation et la fonctionnarisation, le médecin ne devait pas considérer comme un « moindre mal » la discipline syndicale que lui permet de conserver le maximum de liberté compatible avec notre actuelle organisation sociale !

Ceci dit, la Cour se préoccupe de réduire le plus possible le pouvoir de principe qu'elle a dû reconnaître aux syndicats. Ce pouvoir repose juridiquement sur *le contrat* formé entre le syndicat personne morale et le médecin qui y adhère, et les clauses de ce contrat sont celles des *statuts*. Seule une violation d'un texte formel de ces statuts peut donner lieu à une sanction. Or restreindre aux seuls statuts les obligations des membres est une évidente absurdité, car il est impossible d'y inclure à l'origine tout ce que les problèmes nouveaux exigeront dans la suite. En l'espèce les statuts prévoyaient en outre *l'obligation pour le syndiqué d'observer les décisions prises par l'Assemblée générale annuelle « conformément aux statuts »*. Par une acrobatie de raisonnement, la Cour n'en a pas moins prétendu que la décision du 15 octobre 1936 relative au libre-choix n'était pas obligatoire, car elle n'avait pas été prise « conformément aux statuts » puisque *le principe du libre-choix n'était pas inscrit formellement dans leur texte*.

Il était pourtant évident que ce « conformément aux statuts » ne visait que la régularité de la réunion de l'Assemblée et des conditions de son vote.

Mais ce n'est pas tout. Le *droit disciplinaire* du syndicat ne peut s'exercer que dans le domaine de sa spécialité, et à condition de ne pas porter atteinte aux *droits supérieurs de l'Etat, aux droits des tiers* ou aux *droits intangibles de ses propres membres.* Et là nous voulons citer intégralement la Cour : « *à moins de vouloir reconnaître l'omnipotence absolue du syndicat, les médecins ne sauraient, quelque répugnance qu'ils aient jusqu'ici paru en avoir, nier le pouvoir de contrôle s'imposant à eux comme à tous, en l'absence au surplus de tout conseil de l'ordre, sans pour cela qu'ils se croient offensés dans leur dignité et leur indépendance* ».

Ce pouvoir de contrôle auquel le Cour tient tant (en se rappelant sans doute certaine campagne sur les projets de l'Ordre des médecins), elle reconnaît elle-même qu'il ne peut que s'exercer sur la *légalité* et non sur *l'opportunité* de la mesure prise. Il n'en est pas moins vrai qu'immédiatement après, elle se livre à une analyse complète des motifs d'ordre généraux et personnels qui ont conduit le syndicat à sa décision du 15 octobre et conteste non pas seulement sa forme mais aussi son opportunité. Appliquant les principes du droit administratif, elle considère que le syndicat ne peut user de ses pouvoirs que dans *l'unique souci de la défense professionnelle.* Or en l'espèce la décision était *illégitime* parce que dirigée contre une œuvre d'utilité publique avec l'intention de lui nuire, entachée de *détournement de pouvoir* parce que ne visant qu'un cas particulier et n'étant pas « générale et égale pour tous comme la loi », entachée *d'excès de pouvoir* enfin parce que violant les droits primordiaux et réservés de ceux qui en étaient l'objet.

Il faut s'élever vigoureusement contre cette intrusion déguisée des Tribunaux dans la politique syndicale et professionnelle et cette tentative de « discipliner » les syndicats. Certes on ne saurait nier aux Tribunaux un pouvoir de contrôle sur les décisions des syndicats, mais ce contrôle doit se borner à examiner la régularité de la procédure suivie, et à rechercher si les statuts et les droits de la défense ont été respectés. Il est bien certain en effet que toute décision de *défense* professionnelle suppose une *lutte* du syndicat contre une force hostile, à laquelle cette défense ne peut manquer de porter préjudice, en mettant obstacle à son développement. Il est également certain que cette lutte ne peut être poursuivie sur le plan général et théorique, les syndicats n'étant pas des législateurs, et qu'elle a lieu dans chaque cas particulier où le problème se pose. Il est certain enfin que cette défense suppose une discipline, donc une restriction de la liberté des combattants. Reconnaître aux syndicats une fonction de défense professionnelle et un pouvoir disciplinaire, et exiger ensuite, pour la légitimité de cette action, le respect de la liberté de chacun, c'est poser un principe et réduire immédiatement à néant toutes ses possibilités d'application.

Il restait enfin un dernier point à examiner : le syndiqué était obligé de par les statuts de se conformer *aux règles de la déontologie médicale. Le libre-choix fait-il partie de ces règles* ? La Cour reconnaît que ce principe a été inscrit, grâce aux syndicats, dans les lois sur les accidents du travail, les pensions, les assurances sociales. Mais dit-elle cette règle est demeurée plus théorique qu'effective, et n'est pas appliquée dans les hôpitaux, et les établissements de soins publics ou privés. Elle est rarement respectée dans les Sociétés de secours mutuels ou les Compagnies d'assurances. *Cette règle ne s'impose, donc pas comme règle positive.* Ceci dit la Cour, par une logique impeccable, en déduit « qu'il est ainsi bien établi que le libre-choix n'est pas de *droit naturel* ».

Comme si justement le propre du droit naturel n'était pas sa différenciation d'avec le droit positif, comme si toute la question n'était pas de faire entrer peu à peu ce droit naturel préexistant dans la législation, dans la pratique et dans les mœurs ! Qui peut nier que la faculté pour un malade de choisir en toute indépendance le médecin auquel il se confie ne fasse partie de ses droits élémentaires de la personne dont il importe d'assurer le respect. Le libre-choix est inscrit dans la déontologie médicale, parce qu'il permet au médecin de conserver l'indépendance nécessaire à l'exercice de son art, et de « répondre ainsi entièrement à la confiance du malade », conformément au préambule même du Code confédéral de déontologie.

Tous les motifs, même les moins sûrs, ont donc été bons pour permettre à la Cour de condamner le Syndicat, suspect en tant que tel, dont la victoire eût accru la force, dont la défaite assurera le repos des magistrats inquiets. Nous espérons que la Cour suprême, à laquelle cet arrêt va être déféré, montrera, ainsi qu'elle l'a déjà fait en cette matière, la largeur de ses conceptions sociales, et, contrairement à ces juges à courte vue, fera confiance au syndicalisme, à cette force jeune, appelée à devenir créatrice et organisatrice, et dont nul ne peut méconnaître impunément la vitalité.

Jean MIGNON.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

■ ■ ■

Extrait des procès-verbaux du Conseil d'administration

Au cours de sa réunion du 17 janvier 1939, le Conseil a prononcé les admissions ci-après :

MM. les Docteurs :

13.573 Avezou, Evreux (Eure). Syndicat médical de l'Eure.
13.574 Avramoff (Olga), Argenteuil (Seine-et-Oise). Syndicat des médecins d'Argenteuil.
13.575 Cahier, 132, boulevard Montparnasse, Paris (XIVe). Syndicat médical de la Seine.
13.576 Condamin, Villefranche-sur-Saône (Rhône). Syndicat des médecins du Rhône.
13.577 Dardaillon, Avignon (Vaucluse). Syndicat médical d'Avignon.
13.578 Desplanques, Ablis (Seine-et-Oise). Parrains : Docteurs Arsonneau et Doubrère.
13.579 Dorey, 142, rue Lecourbe, Paris (XVe). Syndicat médical de la Seine.
13.580 Dupuy, Constantine. Syndicat des médecins de Constantine.
13.581 Findji, 21, rue de Lisbonne, Paris (VIIIe). Parrains : Docteurs Almès et Friedmann.
13.582 Franck, 116, boulevard Suchet, Paris (XVIe). Parrains : Docteurs Galand et Dinet.
13.583 Friedmann, 2, rue Armand-Moisant, Paris (XVe). Association des anciens internes des hôpitaux de Paris.
13.584 Grandrie, Pont-l'Evêque (Calvados). Syndicat médical du Calvados.
13.585 Henriet, Brieulles-sur-Bar (Ardennes). Parrains : Docteurs Guérin et Pierson.
13.586 Labiche, Louviers (Eure). Syndicat médical d'Evreux.
13.587 Langle, Fontenay-sous-Bois (Seine). Syndicat de Fontenay.
13.588 Nicol, Fourville-la-Campagne (Eure). Parrains : Docteurs Guérin et Hurabielle.
13.589 Ponsot, Précy-sous-Thil (Côte-d'Or). Parrains : Docteurs Fleurot et Florentin.
13.590 Rivollier, 35, avenue du Maréchal-Foch, Nice (Alpes-Maritimes). Syndicat des médecins de Nice.
13.591 Saimovici, Mitry-Mory (Seine-et-Marne). Syndicat de Seine-et-Marne.
13.592 Terrier, Cannes (Alpes-Maritimes). Syndicat médical de Cannes.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours qui suivront la présente publication (art. 5 des Statuts).

Les Docteurs B., C., N. et S. font don à la caisse auxiliaire de la Ligue, pour bons offices, des sommes ci-après : 50, 100, 20 et 50 francs.

Le Conseil leur adresse ses remerciements.

Les Docteurs B. et D. ont obtenu, avec l'alppui de la Ligue, la condamnation d'un journal local qui les avait diffamés, à leur payer respectivement 2.000 et 3.000 francs de dommages intérêts et à deux fois 100 francs d'amende. Sur appel des adversaires, ces jugements ont été confirmés par la Cour d'appel.

Indépendamment des amendes, multipliées par 11 et des frais correctionnels, cette affaire a coûté au journal diffamateur la somme totale de 12.079 fr. 65 en principal, intérêts et frais. Le règlement venant d'être effectué par l'avoué, le Conseil ordonnance le versement de 2.116 fr. 95 au Docteur B. en principal et intérêts et au Docteur D. 3.175 francs.

Le Docteur D. a obtenu, après expertise, la condamnation de son débiteur au paiement de ses honoraires, s'élevant à 3.650 francs. Mais, l'adversaire venant d'interjeter appel, le Conseil décide de continuer l'appui de la Ligue au Docteur B. pour défendre à cet appel.

Le Docteur T. a donné ses soins à la victime d'un accident d'automobile et n'a pu jusqu'ici, malgré ses réclamations, obtenir le paiement de ses honoraires, qui s'élèvent à 190 francs. Il craint que le blessé ne se soit arrangé avec l'auteur de l'accident et demande l'appui de la Ligue pour le poursuivre.

Le Conseil décide de la faire bénéficier de cet appui.

Le Docteur N. a hospitalisé dans sa clinique un ouvrier qui avait été victime d'un accident au cours de son travail et qui lui avait été adressé par sa patronne. Mais il a appris au bout de plusieurs mois que l'Assurance ne couvrait pas le sinistre, l'ouvrier n'ayant pas sa carte d'étranger. Le Docteur N. a alors fait transporter le blessé à l'hôpital et réclamé à la patronne le paiement de ses honoraires, qui s'élèvent à 5.024 fr. 50. Ne pouvant obtenir satisfaction, il demande l'appui pour poursuivre.

Le Conseil décide de le faire bénéficier, à cet effet, de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ FAMILIALE

La question de l'incapacité partielle

A diverses reprises cette question a été déjà examinée dans cette chronique et l'article 9 des statuts qui prévoit la non-indemnisation pour l'incapacité partielle a été longuement commenté.

Il faut pourtant y revenir une fois encore puisque chaque jour ou presque nous recevons des lettres de ce genre :

« Je ne suis pas encore guéri ; tout ce que je puis faire pour le moment c'est quelques consultations au cabinet. Mon état ne me permet pas de sortir. Dans ces conditions ai-je droit à mon indemnité-maladie ? »

Et nous sommes obligés de répondre « Non, dès lors que vous avez repris un travail régulier de consultations l'indemnité de 75 francs par jour ne vous est plus due. Le cas est littéralement prévu par l'article 9 des statuts ».

Sur quoi il nous arrive de lire des ripostes aigres-douces. Pour couper court à tout malentendu de ce genre reprenons la question par le début.

Les anciens statuts prévoyaient l'indemnisation de *toute* incapacité de travail par maladie ou accident. Aucune distinction n'avait été faite alors entre l'incapacité totale et l'incapacité partielle .

(C'est du reste pour réserver les droits des sociétaires de l'ancien régime que l'article 13 actuel stipule :

Les engagements pris à l'égard des membres des combinaisons B, MA., MA^3 et MA^4 sont maintenus dans les termes et conditions des anciens statuts.

Donc pour ceux-ci le droit à indemnité pour incapacité partielle est indiscutable.)

En 1936 lorsque fut fondée la combinaison MA^{75} et que, concomitamment, fut entreprise la révision des statuts, un distinguo d'importance apparut aux membres du Conseil et souleva une discussion.

Le travail quotidien du praticien de médecine générale et du spécialiste est entièrement différent. Un praticien qui, à la suite d'un accident, traîne encore la jambe ou, à la suite d'une grippe, « pique » un 38°5 le soir ne peut sortir en ville ; tout en clopinant ou en buvant des bols de tisane, il donnera bien quelques consultations chez lui. N'empêche qu'il perd à ce *modus vivendi* les trois quarts de son activité. Pour lui l'indemnité est méritée.

Par contre le spécialiste de radiologie ou d'ophtalmologie n'exerce sa profession que chez lui. Le fait de ne pouvoir sortir ne le gêne guère. Pourtant s'il souffre encore de sa jambe ou s'il a de la fièvre il se dira à bon droit non guéri et de la meilleure foi du monde réclamera son indemnité.

En toute justice lui est-elle due ? Non. Car l'indemnité (le mot le dit assez) est prévue pour compenser un dommage matériel (la perte des honoraires). Le dommage matériel n'existant pas, le droit à indemnité tombe.

Placés devant ce dilemne : ou verser des indemnités abusives ou créer parmi les adhérents des catégories qui prêteraient le flanc aux chicanes et aux réclamations, les membres du Conseil trouvèrent plus expédient de prendre une ligne de démarcation nette et sans discussion possible. Ou le médecin travaille ou il ne travaille pas. S'il ne travaille pas : indemnité. S'il travaille, peu ou prou : rien du tout.

Il va sans dire que par travail nous entendons un travail régulier, prévu d'avance comme est, par exemple, la consultation ordinaire d'un médecin. Le fait de poser trois agrafes sur un cuir chevelu ouvert ou de sonder un rétentionniste qui, tout geignant, s'est traîné jusque chez vous (le cas est arrivé) parce qu'il ne veut être sondé par nul autre ne saurait raisonnablement être considéré comme une reprise de travail. Il s'agit alors d'une urgence à laquelle tout médecin pare toujours de son mieux tant qu'il n'a pas la mort dans les dents.

J'espère que voici définitivement réglée cette épineuse question de l'incapacité partielle.

G. LAVALÉE.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

FISCALITÉ

215. — Pensions et retraites à déclarer comme revenu

Pour l'impôt sur le revenu, dois-je déclarer : Légion d'honneur, pension d'invalidité, retraite du combattant, retraite mutuelle du combattant ? Dr H.

Réponse

Pour l'impôt général sur le revenu vous avez à déclarer : le traitement de la Légion d'honneur, la retraite mutuelle du combattant.

Vous n'avez pas à déclarer : la retraite du combattant servie par l'Etat (art. 197 à 199 de la loi du 16 avril 1930) ; la pension d'invalidité servie en vertu de la loi du 31 mars 1919, à l'exclusion de la partie des pensions mixtes visées à l'art. 60, § 2 de ladite loi, qui correspond à la durée des services.

A. et S. MARTINOT
Conseillers fiscaux.

282. — Amortissement du prix d'achat d'une automobile

Abonné du *Concours*, j'ai recours à vous pour savoir quelle somme je dois amortir pour mon auto, lors de ma déclaration d'impôts pour l'année 1938.

Je me suis installé, le 1er janvier 1937. J'avais acheté le 30 novembre une Citroën, payée 18.900 francs. Je l'amortis sur cinq ans et note dans ma déclaration pour l'année 1937 :

Amortissement de l'auto, 1/5e de 18.900 = 3.780

Le 7 octobre 1938, j'achète une Renault de 28.200 francs. Avec ma Citroën (qui a pourtant 54.500 kilomètres), je redonne 8.000 francs.

Quelle somme dois-je amortir ?

Dr N.

Réponse

Vous avez acheté fin 1936, une Citroën .... 18.900 fr.

vous l'amortiriez en cinq ans ou 60 mois, soit par mois :

18.900 : 60 = 315 francs

Pour 1937, l'amortissement est égal à 18.900 × 12 : 60 = ... 3.780

vous avez conservé en 1938 votre Citroën pendant neuf mois, soit un amortissement de 18.900 × 9 : 60 = 2.835

total amortissements Citroën .... 6.615 6.615 fr.

il restait à amortir au moment de la reprise .... 12.285 fr.

La reprise a été d'après votre lettre égale à 28.200 moins 8.000, égal 20.200 fr.

Vous avez donc gagné sur l'amortissement effectué .... 7.915 fr.

que vous devez porter en recette sur votre livre-journal.

En 1938, vous devrez déduire de vos bénéfices :

1° L'amortissement Citroën pendant 9 mois indiqué plus haut, soit .... 2.835 fr.

La Renault achetée le 7 octobre devra être amortie :

28.200 × 3 : 60 .... 1.410 fr.

Total de l'amortissement en 1938 4.245 fr.

en 1939, l'amortissement sera de :

28.200 × 12 : 6 = ...	5.640 fr.
en 1940	5.640 fr.
en 1941	5.640 fr.
en 1942	5.640 fr.
en 1943	4.230 fr.

A. et S. M.

BAUX ET LOCATIONS

434. — Droits aux prorogations de bail

Je vous serais très obligé de vouloir bien me conseiller au sujet de mon loyer d'habitation et des locaux professionnels.

Mon bail, qui partait du 1er janvier 1930 est terminé le 1er janvier 1939 (ce dont je ne me suis aperçu que ces jours-ci).

Mon propriétaire n'y avait pas non plus fait attention et c'est moi qui le lui ai fait remarquer en lui demandant de le renouveler pour neuf ans aux mêmes conditions.

Mon loyer était de 1.700 francs plus, à ma charge, les impôts et toutes les réparations petites et grosses.

Mon propriétaire me répond en me proposant le prix de 2.500 francs tout en laissant à ma charge, réparations et impôts. Je trouve excessive la majoration et lui propose le prix de 2.000 francs.

Je vous prie de vouloir bien me dire si mon propriétaire est fondé à me demander cette majoration de 47 % et si une loi ne fixe pas un pourcentage d'augmentation des loyers.

D'autre part, mon propriétaire peut-il refuser de renouveler mon bail ?

Que me conseillez-vous ?

Dr B.

Réponse

Aucune loi n'oblige actuellement un propriétaire à renouveler le bail d'un local affecté à un usage d'habitation ou professionnel. Mais vous pourriez être appelé à bénéficier depuis le 1er janvier 1939, date de l'expiration de votre bail, des prorogations instituées par la loi du 31 décembre 1937, au cas où cette loi et celles qui l'ont précédée seraient applicables dans votre commune, c'est-à-dire si celle-ci compte plus de 4.000 habitants ou bien se trouve distante de moins de 5 kilomètres d'une ville de 10.000 habitants ou bien encore si elle a vu croître sa population municipale d'au moins 5 % entre les deux derniers recensements.

En admettant que l'une de ces trois conditions soit remplie, encore faut-il que la législation spéciale des loyers n'ait pas été abrogée dans la localité par un décret en Conseil d'Etat rendu après avis du Conseil municipal et du Conseil général ; si la législation spéciale est en vigueur dans votre commune, il faudrait nous faire connaître qu'elle était la valeur locative des locaux que vous occupez au 1er août 1914, pour que nous puissions vous indiquer jusqu'à quelle date vous pouvez prétendre à la prorogation.

Par contre, si la législation spéciale des loyers n'a jamais été ou a cessé d'être en vigueur dans votre localité, vos rapports avec votre propriétaire sont uniquement régis par le droit commun. Dans ce cas, aucune taxation légale ne peut être invoquée par vous, et il est absolument indispensable que vous vous mettiez d'accord avec votre propriétaire pour la détermination du nouveau loyer, si vous désirez rester dans les lieux.

---

418. — Taux limite des loyers à l'expiration des prorogations

J'ai entendu parler d'une loi des loyers de décembre 1937 (7 décembre ? Je ne suis pas sûr de la date exacte), qui fixe le plafond des loyers : 400 % du loyer de 1914 ?

Est-elle applicable à un locataire qui a un bail de trois ans partant de juillet 1936, c'est-à-dire qui est actuellement en cours de location ?

Peut-on se procurer le prix du loyer payé en 1914, en s'adressant à l'Enregistrement. Ce dernier est-il tenu de fournir le renseignement demandé comme l'est le Bureau des Hypothèques ?

Quelles formalités faut-il accomplir, si le loyer a dépassé 400 % pour se faire rembourser le trop perçu et ne pas payer, en tout cas ultérieurement ce qui dépasse les 400 % ?

Dr C.

Réponse

La loi du 31 décembre 1937 a fixé, en effet, le plafond des loyers jusqu'au 1er juillet 1943, au loyer de 1914 multiplié par quatre pour les simples locaux d'habitation et par 4,25 pour les locaux à usage professionnel, compte tenu des impôts et prestations à l'exception toutefois du chauffage et de l'ascenseur.

Mais les locataires, entrés en jouissance en 1936, qui ont accepté de payer un loyer supérieur à la taxation légale alors en vigueur et supérieur également au loyer de 1914 multiplié par 4 ou 4,25, ne peuvent plus exercer actuellement l'action en réduction au taux légal.

En effet, la loi leur donnait pour cela un délai de six mois, qui a commencé à courir du jour du paiement de la première quittance de loyer abusivement majorée. S'ils ont laissé passer ce

délai sans agir, ils sont actuellement définitivement forclos.

Pour connaître le loyer d'avant-guerre, il faut demander le renseignement en justifiant de sa qualité de locataire au bureau de l'Enregistrement du quartier. Si le Receveur refuse de donner spontanément ce renseignement, il faut présenter requête sur papier timbré au Juge de paix pour être autorisé à en avoir communication.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

681. — Accident survenu à un élève à l'école

Deux enfants se bousculent, volontairement ou involontairement, devant l'école au moment où l'instituteur porte à sa bouche le sifflet, qui va les appeler à entrer en classe, un matin à 8 heures moins deux.

L'un des enfants tombe et se fracture une jambe.

Il n'est pas pour moi question d'honoraires dans cette affaire où comme ailleurs, le médecin traitant n'a à connaître que son client sans s'occuper des responsabilités.

Mais le problème qui se pose est le suivant : en considérant bien que l'école devant l'entrée de laquelle a eu lieu l'accident est l'école privée du Familistère X..., qu'elle se trouve dans un enclos « propriété privée », et que les familles des deux enfants appartiennent à la Société.

a) Peut-on prétendre que les enfants groupés devant l'école, et qui jouent en attendant l'heure d'entrée, doivent déjà être surveillés dans les minutes qui précèdent l'entrée en classe ? Auquel cas, le tiers responsable serait la Société du Familistère X... ou son assurance substituée.

b) Ou bien le responsable n'est-il que l'enfant qui a blessé son condisciple ? Autrement dit ses parents.

Ceux-ci, qui sont de mes amis, m'ont demandé mon avis qui sera évidemment le vôtre.

Dr D.

Réponse

La loi du 5 avril 1937 a modifié l'art. 1384 du Code civil, qui rend les instituteurs responsables des dommages causés par les élèves placés sous leur garde. La loi nouvelle a précisé qu'en ce qui concerne les instituteurs, les fautes, imprudence ou négligence involontaire, invoquées contre eux comme ayant causé le fait dommageable devront être prouvées conformément au droit commun par le demandeur à l'instance.

Dans l'espèce que vous nous soumettez, il apparaît bien que l'instituteur chargé de la garde dans les locaux de l'école et avant de rentrer en classe, a commis une imprudence ou une négligence en ne s'opposant pas à la bousculade entre deux élèves, qui a entraîné la chute d'un enfant

avec comme conséquence une fracture de jambe.

Dans ces conditions, une action en responsabilité peut être intentée contre l'instituteur et la Société propriétaire de l'école par le père de l'enfant qui a subi le dommage, mais c'est à lui qu'il appartiendra d'apporter la preuve de la faute ou de l'imprudence et de la négligence de l'instituteur.

A priori, nous pensons que cette faute peut être prouvée, mais pour se prononcer définitivement, il serait nécessaire d'avoir une connaissance plus approfondie du dossier.

En tout cas, l'action serait de la compétence du Tribunal civil.

---

571. — Accident survenu à un ouvrier en déplacement

Un de mes clients, contremaître dans une usine de la région, a eu un accident (chute d'une fenêtre d'hôtel avec fracture du crâne), se trouvant en déplacement — en dehors des heures régulières du travail. L'accident peut-il être imputé à un accident de travail, du fait que l'ouvrier, se trouvait obligatoirement à l'hôtel, séjournant pour son travail, en dehors de sa résidence habituelle.

Dr S.

Réponse

Suivant le traité des accidents du travail du conseiller à la Cour de cassation Sachet, lorsque des ouvriers ou employés sont appelés à faire des déplacements de longue durée, comme un voyageur de commerce par exemple, ces déplacements comportent des heures de repos et des heures de travail.

Par suite le seul fait d'être en voyage n'implique pas nécessairement la présence au lieu et à l'heure du travail, et un accident survenu au cours d'un voyage n'est régi par la loi du 9 avril 1898 que si l'ouvrier qui en est victime démontre qu'il a été blessé pendant son travail, par exemple à un lieu où l'avait appelé l'exercice de sa profession. Ainsi, victime d'un accident dans l'hôtel où il était descendu, il ne peut avoir droit aux indemnités légales de la loi du 9 avril 1898, si au moment où il a été blessé, il était libéré de toutes obligations professionnelles. En ce sens, Cassation civile, 31 mars 1919.

Puisqu'en l'espèce l'accident est survenu en dehors des occupations professionnelles de la victime cet accident ne peut, à notre avis, être considéré comme un accident du travail.

9.352. — Accident survenu à une domestique dans un escalier de la maison du patron

Je soigne une bonne à tout faire payée au mois, blanchie et nourrie ; elle prend son service le matin à 7 h. 1/2 et le finit le soir à 9 heures. Le patron ne pouvant la coucher, cette bonne couche en ville dans une chambre payée par la bonne.

Un dimanche à 2 heures, cette bonne ayant terminé son service (nettoyage de vaisselle), le patron lui dit qu'elle peut prendre quelques heures de liberté et revenir faire son service à 6 heures du soir.

En quittant son patron à 2 heures, cette bonne fit une chute dans l'escalier de la maison du patron, chute qui détermina une grosse contusion du genou avec fêlure de la rotule.

Le patron qui n'est pas assuré contre les accidents du travail refuse de reconnaître cet accident et dit à sa bonne de se mettre aux Assurances sociales ; ce qu'a fait cette bonne, en attendant de savoir si elle peut réclamer cet accident comme relevant de la loi de 1898.

Dans ce cas, quelle marche dois-je lui conseiller de suivre pour obtenir la réparation du dommage causé au titre des accidents du travail et non des Assurances sociales ?

Dr L.

Réponse

En principe, la responsabilité de l'employeur, en vertu de la loi du 9 avril 1898, ne court que du moment où l'employé a pénétré sur le chantier, s'est mis à la disposition de son chef et a effectivement pris possession de son service.

En conséquence, un accident ne peut être considéré comme survenu par le fait ou à l'occasion du travail, lorsqu'il est arrivé avant que l'ouvrier, qui en a été la victime, soit parvenu sur le lieu du travail ou après qu'il s'en est éloigné.

Spécialement, un ouvrier est sans droit pour invoquer les dispositions de cette loi à raison d'une chute qu'il a faite en se rendant de son domicile à son chantier, c'est-à-dire en un moment où il n'était qu'un simple passant et non un ouvrier au service du patron.

Pour apprécier si le patron peut être en l'espèce considéré comme responsable de l'accident dont sa domestique a été victime, il convient de rechercher si, en fait, au moment où l'accident s'est produit, la domestique avait quitté son service où se trouvait, au contraire, encore placée sous l'autorité et la surveillance du patron.

Si l'escalier, où la chute s'est produite, est un escalier commun à plusieurs locataires et ne dépendant pas de l'appartement, on peut considérer qu'au moment où la domestique se trouvait dans cet escalier, elle était hors des lieux

de travail et que par conséquent, la responsabilité du patron ne peut être engagée.

Si, au contraire, il s'agissait d'un escalier intérieur propre à l'appartement ou à la maison, cet escalier constitue une dépendance des locaux où le travail était effectué et, par conséquent, le patron est responsable.

Il y a là, une question de fait très délicate à résoudre.

Si le patron refuse de reconnaître sa responsabilité, il faut que la victime le cite devant le Juge de paix du canton, où l'accident s'est produit, en paiement du demi-salaire, et le Juge de paix dira s'il y a ou non accident du travail.

9.398. — Présomption admise pour un accident survenu au cours du travail

Un ouvrier qui était occupé à mettre au four des lingots de zinc, travail qu'il accomplissait journellement, s'affaisse subitement, sans vie.

Sa mort peut-elle être considérée comme résultant d'un accident du travail alors qu'il n'y a eu aucun traumatisme, aucun effort violent ou anormal ; le geste d'enfourner des lingots de zinc n'exigeant qu'un effort modéré ?

Il me semble que, dans ce cas, il n'y a eu ni l'action soudaine d'une violence extérieure, ni un effort violent. Ces deux causes ont été en fait absentes.

Je serais cependant très heureux d'avoir votre avis à ce sujet.

Dr B.

Réponse

Suivant la jurisprudence maintes fois affirmée de la Cour de cassation et notamment un arrêt de la Chambre civile du 25 mai 1936, publié dans la *Gazette du Palais*, du 4 septembre 1936, tout accident survenu au temps et au lieu du travail doit être considéré comme accident du travail, et il incombe au chef d'entreprise de faire la preuve contraire.

C'est ainsi que, lorsqu'un ouvrier a été, au cours de son travail, trouvé étendu mort au lieu où il travaillait, cette constatation suffit pour qu'il y ait lieu à l'application de la loi du 9 avril 1898. Il en résulte, en effet, une présomption que l'accident est survenu par le fait ou à l'occasion du travail ; les ayants droit n'ont pas à apporter la preuve d'une relation de cause à effet entre l'accident et la mort.

Le cas qui vous intéresse est presque exactement semblable à celui, qui a fait l'objet de l'arrêt de cassation précité. Par conséquent, les ayants droit de la victime peuvent se fonder sur cette jurisprudence pour demander au chef d'entreprise responsable et à la Compagnie d'assurances le paiement des rentes prévues par la loi du 9 avril 1898.

Soixante et unième année — N° 8 — 19 Février 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -



TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	70 fr.	Belgique et Luxembourg..	80 fr.
Etudiants	45 fr.	Première Zone...........	95 fr.
Le Numéro...........	2 fr.	Deuxième Zone..........	120 fr.

Demi-Colonnes

Renseignements

Ortho, **6, Boulevard du Temple, Paris** Ceintures, bas, bandages, gaines, lits mécaniques, etc. Médecins et clients sont toujours satisfaits.

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Estomac douloureux, souvent guéri, amélioré toujours, constamment calmé par les TABLETTES DE MANGAÏNE.
Et sucer lentement de 4 à 6 par jour.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

Grasse. " La Brise " : Air, soleil, repos, régimes. Dr Borg.

Rhumatismes. L'« UROPHENYL » en est la thérapeutique moderne et efficace. 2 à 6 cachets par jour. — Laboratoire Crouy, à Vernon (Eure).

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Nº 53. — Méd. franç. cathol. désire trouver poste propharm. Normandie, avec maison agréab. à louer ou acheter.

Nº 54. — Sud-Est. A céder raisons études enfant, poste de méd. génér. dans chef-lieu canton, tenu 6 ans par titul., bon rapport. Méd.-chef du dispens. anti-tub. Villa moderne 8 p. et dépend., chauf. cent. Loyer 6.000, bail. Prix 40.000 compt.

Nº 55. — J. fem., 29 ans, excel. éduc., cap. rédiger tt courrier (courant, recouvrem., etc.), transcrire à la machine dans parfaite présentat. : rapports, thèses, conférences, tenir fiches clients, cherche pour le soir un secrétariat. Travaille à domic. ou chez elle. Machine portative.

Nº 56. — Pour assoc. en vue success. import. clin. chirurg. génér. et orthop. Sud-Ouest, cherche chirurg. pouvant faire apport.

Nº 57. — Méd. franç. expérim., méd. génér., chirurgie externe, accouch., dentist., cherche à succéder à confr. désirant se retirer et qui le présenter. à sa client. Sauf dans le nord et dans l'est.

Nº 58. — Echangerais timbres neufs ou anciens avec confr. France et colonies. Dr A. Gaudichon, Pacy-sur-Eure (Eure).

Nº 59. — Jeune méd., au courant client., cherche bon poste médec. génér., région parisienne.

Nº 60. — A céder poste méd. génér. 50 km. Paris, prix à débattre. Chiffre intéress.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

CABINET BREITEL ET GOBBT

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

50 kil. Paris. Vallée de la Seine, anc. poste, bon rendem., proximité centres. Indemn. 45.000.

Belle banlieue, 1/4 d'heure Paris. Import. client., habit. très confort. Prix : 70.000.

Paris, après décès, quart. très peuplé, titul. instal, dep. 20 ans, 7 p. Loyer 10.000, petite indemnité.

Trois heures Paris. Grde ville industr. Méd. gle, sans acchts. Très gros rapport actuel, confrère rester. en collabor. apport 35.000.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de chirurgie.** *Séance solennelle du 25 janvier* 1939. — L'Académie de chirurgie a tenu sa séance solennelle annuelle le 25 janvier 1939. Nous donnons ci-après deux échos de cette séance, pris, l'un dans le discours de M. Chevassu, l'autre dans le bel éloge de Walther prononcé par M. Louis Bazy.

M. le Professeur Chevassu, président de l'Académie, a rendu un légitime hommage aux « mains du chirurgien », mains éduquées, mains habiles que guident de longues études et une longue préparation intellectuelle, scientifique et technique. M. Chevassu raconte, à ce propos, la touchante anecdote suivante : un malade, opéré de volumineux cancer du rein et guéri de cette grave affection, fit un jour, deux ans après l'opération, une visite de reconnaissance à son chirurgien. Entré dans son cabinet, il s'avance vers lui, les larmes aux yeux, prend ces mains qui lui ont conservé la vie, et, longuement, laissant couler ses larmes, il les embrasse avec ferveur...

Des belles pages lues par M. Louis Bazy sur la vie de Walther, nous détachons quelques lignes qui expriment toute la sensibilité du chirurgien en face du malade qui lui a confié ce bien unique qu'est la santé :

« La grandeur du chirurgien, dit M. Louis Bazy, est faite aussi des alarmes et des soucis qu'il ressent pour ceux dont sa main a bouleversé les chairs, comme si l'intervention faisait passer quelque chose de la sensibilité de l'opéré dans celle de l'opérateur. Le chirurgien connaissait tout à l'heure, dans sa salle d'opérations, l'ivresse du triomphe. Il apparaissait comme le champion de la vie. Dans la chambre de l'opéré, il redevient un pauvre homme que ronge l'inquiétude. »

Ce sont là deux aspects de la vie chirurgicale. Le *devoir*, sentiment porté à un si haut degré chez le médecin et le chirurgien, n'est souvent pour eux qu'une longue inquiétude et une incessante réflexion.

P. L.

— **Académie de médecine.** *Election.* — M. Pagniez est élu membre titulaire dans la section de médecine.

— **Journées médicales franco-yougoslaves** (Paris, 2, 3 et 4 mars 1939). — Pour la participation à ces Journées s'inscrire à l'A. D. R. M. (Faculté de médecine, salle Béclard) ou auprès du Docteur André Ameline, trésorier 37, rue Vaneau. Cotisation : 100 francs, ou 200 francs (avec le banquet).

— **Société centrale de l'Association générale des médecins de France.** — Dans sa dernière assemblée, la Société centrale de l'Association générale a procédé au renouvellement de son Bureau qui se trouve ainsi composé : président, Docteur Le Lorier ; vice-président, Docteur Babonneix ; secrétaire, Docteur

André Touchard ; trésorier, Docteur J. Bongrand ; vice-secrétaire, Docteur Davesne.

A l'issue de l'assemblée, le Docteur Darras, président depuis vingt ans, a été nommé par acclamations président d'honneur.

En outre, ont été élus membres de la Commission administrative, MM. Henry Deschamps, Monsaingeon et Rouèche.

— **Société des chirurgiens de Paris.** — Le prix fondé par Maurice Cazin, ancien président fondateur de la Société, dont les arrérages s'élevaient à quatre mille francs, a été attribué pour l'année 1939 à M. le Docteur Marcel Hugueny pour son mémoire sur *les tumeurs osseuses radiosensibles* qui a reçu 3.000 francs et à M. le Docteur J. Bottin pour son mémoire sur *le métabolisme de l'eau en chirurgie.*

— **Société de médecine militaire française.** — Bureau pour 1939 : président, M. le médecin général inspecteur Savornin ; vice-présidents, M. le médecin général inspecteur Lemoine (métropole), M. le médecin général inspecteur Lecomte (colonies), M. le médecin général Brugère (marine), M. le pharmacien général Mancier ; secrétaire général, M. le médecin colonel des Cilleuls ; secrétaire général adjoint, M. le médecin lieutenant-colonel Jame ; secrétaires des séances, MM. les médecins capitaines Coudane et Aujaleu ; trésorier, M. le médecin lieutenant-colonel Poy.

— **La Société médicale des praticiens** a donné son banquet annuel le 10 février 1939. Les luxueux salons du Pavillon Dauphine avaient été choisis pour cette fête, qui réunissait plus de 150 confrères autour de tables, décorées avec un goût parfait. Menu succulent composé dans le plus pur style gourmet, vins de choix avaient développé une atmosphère de franche gaîté. L'animateur habituel de ces réunions, passé Maître en la circonstance, notre confrère toujours aimable Docteur René Pecker, nous charma par son allocution, puis ce fut le discours du Docteur Rœderer, vice-président, remplaçant le président Vigouroux, qu'une malencontreuse indisposition retenait à la chambre. Quelques mots encore du Docteur Sénéchal et la remise d'une médaille d'honneur au Docteur du Pasquier, ancien président de la Société.

La soirée se continua dans un salon voisin par une partie artistique, qui fut particulièrement appréciée : Lysana, et ses partenaires, jouaient, chantaient, dansaient quelques scènes fort évocatrices de « Rythme de France ». A citer la présentation mouvementée de « Vent et la mer », particulièrement dessinée dans la furie de ses vagues.

Le *Concours Médical* avait été fort gracieusement convié à toutes ces réjouissances ; il en adresse ses bien vifs remerciements à la Société médicale des praticiens.

— **Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.).** — L'Assemblée générale annuelle de l'Association pour le développement des relations médicales aura lieu le mercredi 22 février, à 17 heures, dans la salle du Conseil de la Faculté de médecine sous la présidence de M. Marc Rucart, ministre de la Santé publique.

Ordre du jour. — Allocution de M. le Doyen Tiffeneau. — Compte rendu moral par le Professeur Hartmann. — M. Henry Bordeaux de l'Académie française : « Le médecin aux colonies. — Allocution de M. Marc Rucart, ministre de la Santé publique.

— **Hôpitaux de Paris.** — *Prix de l'internat* 1939 (*Médecine*). Ont obtenu la Médaille d'or, M. Grossiord ; la Médaille d'argent, M. Fauvet. Accessit, M. Meyer (Jean-Pierre).

— *Jury du concours de l'internat* (oral) : MM. Monier-Vinard, Lemaire, Pierre Bourgeois, de Brun du Bois-Noir, Hamburger, Soupault, Metivet, Girode, Cantonnet, Sureau.

— **Internats de Brévannes, Sainte-Périne, Chardon-Lagache, Hendaye, et hôpital Raymond-Poincaré.** — Le concours pour la nomination aux places d'internes à l'hospice de Brévannes, à l'Institution Sainte-Périne et à la Fondation Chardon-Lagache, à l'Asile des enfants à Hendaye, à l'hôpital Raymond-Poincaré, à Garches, s'ouvrira le 14 avril 1939.

Inscriptions, 3, avenue Victoria, du 10 au 20 mars 1939.

— **La Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris** tiendra sa séance solennelle le 6 mars 1939, 12, rue de Seine, sous la présidence de M. le Professeur Rathery.

La séance du matin aura lieu à 10 heures. Elle sera consacrée à l'exposé et à la discussion des rapports suivants : Docteur Cattier : Le problème de l'état ionique de l'atmosphère ; Docteur Uzan : L'aéro-ionisation artificielle.

La séance d'après-midi débutera à 16 heures précises.

Les rapporteurs seront : M. le Professeur agrégé L. de Gennes : Formes cliniques de la goutte.

Les Docteurs P.-N. Deschamps, Flurin, Françon, Mathieu de Fossey, Merklen, Violle : Le traitement des goutteux aux stations hydro-minérales françaises.

Les médecins étrangers à la Société qui désireraient assister à la séance sont priés d'en informer le secrétaire général, Docteur Sérane, 40, rue Jasmin, Paris (XVI[e]).

— **Hôpital Foch** (Les Médaillés militaires, 60, rue Vergniaud, Paris-XIII[e]). *Thérapeutique et hydro-*

climatologie pratiques. — Conférences médico-chirurgicales ouvertes à tous les médecins et étudiants en médecine et faites par les médecins de l'hôpital Foch, le dimanche matin, dans la salle des conférences de l'hôpital. — PROGRAMME : 19 février, 9 h. 30, M. BRIN : Les indications générales des cures thermales en dermatologie ; 10 h. 15, M. MALLEIN : Traitement hydro-minéral des eczémas ; 11 heures, M. LORTAT JACOB : Le traitement des nævi-vasculaires. — 26 février, 9 h. 30, M. DE SÈZE : Traitement du rhumatisme chronique ; 10 h. 15, M. MATHIEU DE FOSSEY : Traitement hydro-minéral des formes cliniques de la goutte viscérale ; 11 heures, M. STIEFFEL : Traitement hydro-minéral de la colopathie spasmodique.

5 mars, 9 h. 30, M. THIROLOIX : Hypertension : indications opératoires ; 10 h. 15, M. LE GAC : Traitement chirurgical de l'angine de poitrine (avec film) ; 11 heures, M. BERTIER : Angine de poitrine et son traitement thermal. — 12 mars, 9 h. 30, M. DEVRAIGNE : Traitement de la stérilité conjugale ; 10 h. 15, M. FOUQUIAU : Pyélonéphrites et leur traitement hydrominéral ; 11 heures, M. SÉGARD : Les grands traits du visage de l'asthme et leur traitement 39. — 19 mars, 9 h. 30, M. DENIKER : Traitement des appendicites ; 10 h. 15, M. LERAY : Conceptions actuelles de la thérapeutique des obésités ; 11 heures, M. TAUZIN : Traitement hydro-minéral des diarrhées chroniques. — 26 mars, 9 h. 30, M. Louis LAMY : La cure hélio-marine (avec film) ; 10 h. 15, M. GAY : Le traitement hydro-minéral des fractures ; 11 heures, M. QUISERNE : Traitement hydro-minéral des phlébites.

23 avril, 9 h. 30, M. ANTONELLI : Le rein diabétique ; 10 h. 15, M. SERANE : Azotémies et thérapeutique hydro-minérale ; 11 heures, M. COTTET : Insuffisance rénale et cure de diurèse. — 30 avril, 9 h. 30, M. Gaston DURAND : Traitement des typhlo-cholécystites ; 10 h. 15, M. BAILLET : La douche dans le traitement des affections digestives ; 11 heures, M. MACÉ DE LÉPINAY : Le traitement hydrominéral des goitres exophtalmiques.

7 mai, 9 h. 30, M. LEROUX-ROBERT : Traitement médical des vertiges auriculaires ; 10 h. 15, M. AUBRY : Traitement chirurgical des vertiges auriculaires (avec film) ; 11 heures, M. FLURIN : Cures hydro-minérales en oto-rhino-laryngologie. — 14 mai, 9 h. 30, M. DUFOURMENTEL : Thérapeutique des lésions traumatiques du nez ; 10 h. 15, M. GASTINEL : Traitement des septicémies ; 11 heures, M. DE MARTEL : La chirurgie du crâne (avec film). — 21 mai, 9 h. 30, M. André SICARD : Traitement des varices ; 10 h. 15, M. BENASSY : Métabolisme et utilisation de quelques vitamines chez l'enfant ; 11 heures, M. MOULONGUET : Chirurgie et radiations gamma dans le traitement des cancers.

4 juin, 9 h. 30, M. COUTELA : Les douleurs et leurs traitements dans les affections oculaires ; 10 h. 15, M. A. MACE DE LÉPINAY : Les retards de la puberté

et leur traitement ; 11 heures, M. Paul Descomps : Quelques notions de diététique dans les affections hépato-biliaires. — 11 juin, 9 h. 30, M. Pierre Bourgeois : Les traitements d'appoint dans la tuberculose pulmonaire ; 10 h. 15, M. Naveau : Les stations climatiques françaises pour tuberculeux pulmonaires ; 11 heures, M. Jullien : La place de la climatologie dans le traitement des diverses formes cliniques de la tuberculose pulmonaire.

— **Ministère de la marine marchande.** — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin breveté de la marine marchande, réservé aux Docteurs en médecine français, aura lieu à Marseille les 30 et 31 mars 1939.

S'inscrire avant le 1er mars 1939 auprès du directeur de l'inscription maritime à Marseille.

— **Mariage.** — Nous apprenons le mariage du Docteur Joseph Wambergue avec Mademoiselle Berthe Mangez.

La cérémonie a eu lieu le jeudi 16 février 1939 en l'église de Mons-en-Barœul (Nord).

Nous adressons au Docteur et à Madame Joseph Wambergue nos plus sincères souhaits de bonheur.

— **Naissance.** — Le Docteur et Madame A. Ebner sont heureux de nous annoncer la naissance de leur fils *Jean-Michel*.

Laons (Eure-et-Loir), 7 février 1939.

Nos sincères félicitations.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Paul Vassor, décédé subitement en son domicile, à Vendôme, le 5 février 1939, dans sa 64e année. Il était le père du Docteur Louis Vassor, chirurgien de l'hôpital de Montmorillon.

Nous adressons à notre confrère, le Docteur Louis Vassor, et à sa famille l'expression de notre profonde sympathie.

La remise d'une médaille au Professeur Laignel-Lavastine

La remise de la médaille frappée à son effigie au Professeur Laignel-Lavastine, médecin de l'hôpital de la Pitié, a donné lieu à une belle cérémonie à l'amphithéâtre de l'hôpital de la Pitié, sous la présidence de M. Tiffeneau, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

M. le Docteur Gallot qui avait pris l'initiative de cette manifestation de sympathie pour son maître, a donné la longue liste des personnalités qui se sont excusées et a lu une lettre charmante du Recteur, M. le Professeur Roussy.

Le Président de l'Académie de médecine,

M. le médecin général inspecteur Sieur, dans une allocution dont la simplicité n'excluait pas le sentiment, a rappelé comment pendant la guerre, il avait fait la connaissance du Professeur Laignel-Lavastine et l'avait mis à la tête d'un centre neuropsychiatrique où il avait rendu de grands services.M. Tisserand, directeur de la Pitié, que M. Laignel-Lavastine a retrouvé dans les divers hôpitaux auxquels il a été attaché, a exprimé les sentiments d'affection et d'estime qu'il avait pour lui, affection et estime bien partagées, car après son discours M. Laignel-Lavastine lui donna l'accolade. Un inspecteur général de l'Assistance publique, délégué par le Directeur général, M. Serge Gas, vint ensuite transmettre les félicitations du chef de l'administration de l'Assistance. M. Tiffeneau, doyen de la Faculté, rappela ses relations déjà anciennes avec le Professeur, qui datent du concours après lequel ils furent tous les deux nommés agrégés. Un interne du service de l'Hôpital de la Pitié se fit l'interprète de la reconnaissance de tous ses camarades et de tout le personnel du service qui assistait au grand complet à la cérémonie.

M. le Docteur Tricot-Royer, d'Anvers, président d'honneur de la Société internationale d'Histoire de la médecine, vint à son tour porter le tribut de félicitations et de remerciements de la Société internationale au professeur d'Histoire de la médecine de la Faculté de Paris, qui a contribué dans une large mesure à la prospérité de cette société dont il est le vice-président.

M. Albert Buisson, membre de l'Institut, grand officier de la Légion d'honneur, clôtura la série des discours en épinglant la rosette d'officier de la Légion d'honneur à la boutonnière du héros de la fête.

M. Laignel-Lavastine répondit avec émotion, ayant un mot aimable pour chacun, il rappela ses origines médicales et termina en souhaitant que son petit-fils, un gracieux bambin qu'il fit monter à ses côtés sur l'estrade, devienne un jour médecin.

Rappelons que M. Laignel-Lavastine, continuant la tradition de ses beaux-parents M. Hérard, M. et Mme Reynier, Mme Thion de la Chaume, etc., qui ont rendu de si grands services au château des Charmilles à Valenton où nombre de vieux médecins ont goûté depuis vingt-cinq ans les charmes d'une placide retraite, est vice-président de la Maison du Médecin.

J. Noir.

Voir la suite page LIX-533

PROPOS DU JOUR

AU SUJET DE LA TENTATIVE D'ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE SOCIALE PAR LE COMITÉ DE SALUBRITÉ DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE EN 1790

Nous avions cru intéressant, il y a quelques semaines, de reproduire le projet de décret du Docteur GUILLOTIN pour la constitution d'un Comité de santé à l'Assemblée nationale en 1790. Notre distingué confrère le Docteur L. MERLE (de Niort), directeur des Services d'hygiène des Deux-Sèvres, a eu à ce propos l'obligeance de nous faire parvenir la thèse qu'il avait inspirée au Docteur Henry INGRAND, soutenue en 1934 à la Faculté de Paris, intitulée : *Le Comité de salubrité de l'Assemblée nationale Constituante* (1790-1791). *Un essai de l'Enseignement médical, des services d'Hygiène et de Protection de la Santé publique.*

M. H. Ingrand fait un exposé critique approfondi des travaux du Comité de santé de Guillotin que le décret de la Constituante du 12 septembre 1790 créa sous le nom de *Comité de salubrité.* Les dix sept médecins, députés de l'Assemblée, et dix-sept commissaires non médecins y siégèrent sous la présidence de Guillotin. Jean Gabriel GALLOT, médecin de Montpellier, à Saint-Maurice-les-Girard en Poitou, en était le secrétaire.

Gallot rédigea un mémoire qui fut publié sous le titre : *Vues générales sur la restauration de l'art de guérir*, qu'il lut à la Société de médecine en séance publique le 21 août 1790, et qui était en quelque sorte la préface du projet que VICQ D'AZYR rédigea pour la *Société royale de médecine* qui le présenta à l'Assemblée nationale, projet intitulé : *Nouveau plan de Constitution pour la médecine en France.* Nous avons analysé ce plan dans deux articles consacrés à Vicq d'Azyr (*Concours médical* du 6 avril et du 4 mai 1927).

Nous retiendrons du mémoire de Gallot et des travaux du Comité surtout ce qui concerne l'enseignement et l'organisation de la médecine en général.

D'abord il fut décidé que le même enseignement serait donné aux médecins et aux chirurgiens, que, pour rompre avec l'esprit rétrograde des Facultés, les professeurs s'exprimeraient en langue française et que le titre de docteur serait supprimé.

Quatre grandes Ecoles étaient prévues pour la France. Gallot proposait en outre un enseignement de la médecine dans le chef-lieu de chaque département pour doter le Pays de médecins, trop peu nombreux dans les campagnes à cette époque et arracher la population aux méfaits des empiriques et des charlatans. L'exercice de la médecine ne serait pas permis avant 25 ans.

On finit par se rendre compte de la difficulté que présenterait ainsi l'instruction des élèves et on décida qu'une école pourrait être ouverte là où existeraient des hôpitaux de cent lits pour permettre un enseignement clinique suffisant. Le Comité, suivant les idées que défendait la Société royale de médecine, décida que les Ecoles de médecine grandes et petites seraient installées dans l'enceinte des hôpitaux. Une importance plus grande était donnée aux chaires de médecine pratique, soit deux cliniques pour les malades internes, deux pour les malades externes, une pour la clinique gynécologique et les accouchements. Les professeurs de ces chaires ne pouvaient être nommés qu'après dix ans d'exercice.

Les Ecoles devaient être pourvues de deux amphithéâtres, un pour les leçons et démonstrations d'anatomie, d'opérations de chirurgie, d'accouchements et à proximité devaient être installées des salles de dissection et de conservation ; un cabinet de pièces anatomiques, physiologiques et pathologiques ; un arsenal complet de tous les instruments de chirurgie anciens et modernes ; un garde meuble et tout ce qui est nécessaire à ces enseignements.

L'autre amphithéâtre devait être réservé à la physique médicale, à la chimie, à la pharmacie et à la matière médicale.

Les professeurs devaient être nommés au concours par un jury composé de professeurs de l'Ecole, et de juges élus par tous les médecins de la ville.

Nous voyons l'importance que le Comité don-

nait à l'anatomie; ce qui ne saurait nous étonner, Vicq d'Azyr étant un anatomiste de premier ordre.

A la Faculté de Paris, l'enseignement de l'anatomie avait été jusque-là purement théorique et livresque. On ne disposait qu'assez rarement d'un cadavre de supplicié et les étudiants ne disséquaient jamais.

Le but du Comité, outre le désir de démocratiser la médecine et de donner à son enseignement une base rationnelle fondée sur l'étude de l'anatomie et de la clinique, était de pourvoir de médecins ayant une certaine instruction pratique les petites villes et les campagnes. Nombre de cahiers des Etats généraux avaient d'ailleurs formulé ce désir. Aussi, s'inspirant de ce qui existait déjà en Alsace, le Comité de Salubrité décida la création de médecins de canton élus par les Assemblées communales. Les candidats devaient faire la preuve de trois années de pratique médicale ou de deux années de stage dans un hôpital et la liste des candidats devait être dressée par l'Agence de Secours départementale sous l'autorité de laquelle le médecin cantonal devait être placé. Ces médecins étaient élus à vie et ne pouvaient être révoqués que pour des motifs sérieux. Ils devaient avoir un traitement de 500 livres, somme insuffisante qui les mettait dans l'obligation d'exercer . Après vingt ans d'exercice, ils avaient droit à une retraite égale à le moitié de leur solde et après vingt-cinq ans égale à leur solde entière. Ils devaient remplir les fonctions de médecins de l'Assistance gratuite, devaient assurer la protection maternelle et infantile, veiller sur la santé des enfants trouvés, des pupilles de l'Assistance et sur les nourrices. Ils devaient pratiquer les vaccinations. Ils devaient faire un rapport sur l'état sanitaire de leur canton. Ils devaient être en outre médecins de l'Etat civil, dresser les statistiques démographiques, guider les déclarations des familles sur les causes des décès. Ils devaient encore remplir les fonctions d'inspecteurs d'hygiène et contrôler tout ce qui avait rapport avec la santé publique (eaux, aliments, établissements insalubres, hôpitaux, écoles, prisons, etc).

On voit le rôle très étendu et très important que ces médecins fonctionnaires auraient été appelés à remplir et le Comité de Salubrité paraît avoir prévu toutes les tâches que la médecine sociale de notre époque essaye de remplir. D'ailleurs ces services de protection de la santé publique avaient été ébauchés par quelques intendants de provinces du Royaume à l'instigation de la Société royale de médecine et de Vicq d'Azyr.

Sur un rapport de Talleyrand le Comité de Constitution adopta la partie qui avait trait à l'enseignement, supprimant cependant les Ecoles départementales qui auraient végété par manque d'élèves et de professeurs et auraient donné lieu à trop de médiocrités. Il fut décidé qu'on créerait des Ecoles secondaires dans les hôpitaux les mieux organisés du Royaume et que l'Ecole de médecine serait toujours installée dans l'enceinte même de l'hôpital. L'institution des médecins cantonaux devait être soumise à l'examen du Comité de Mendicité. Mais l'Assemblée nationale Constituante se sépara avant d'avoir pu discuter et adopter le projet de décret du Comité de Salubrité.

On peut se rendre compte par ce trop succinct résumé que les tentatives d'organisation de l'enseignement médical, de l'exercice de la médecine, de l'Hygiène et de la médecine sociale étaient envisagées assez nettement par les Comités de l'Assemblée Constituante. Nous remercions M. le Docteur Merle d'avoir attiré sur ce sujet notre attention et M. le Docteur Ingrand de nous avoir permis de noter dans sa thèse très intéressante ce que nous considérons comme le plus important dans l'essai de réforme qu'entreprit le Comité de Salubrité. Sans doute le médecin cantonal aurait eu de nos jours une tâche écrasante, car il aurait cumulé toutes les fonctions d'assistance et d'hygiène, n'empêche que les constituants du Comité de Salubrité avaient déjà il y a un siècle et demi des idées très nettes sur ce qu'exigeait la protection de la santé publique.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'ANGÉIOTHÉRAPIE PAR VOIE ARTÉRIELLE

Par J. DE FOURMESTRAUX et M. FREDET

Chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Chartres

Dans un récent travail inspiré par leur maître, Hardouin (de Rennes), ses internes Aubry et Gautier (1) ont exposé ici les résultats obtenus par eux, dans douze cas d'infections sévères des membres traités par injections intra-artérielles de mercurochrome.

La voie artérielle en thérapeutique chirurgicale, ou même en thérapeutique tout court, nous paraît riche en promesses fécondes.

Nous l'utilisons avec une fortune diverse mais généralement heureuse depuis cinq ans. Trois cents observations nous ont donné quelque expérience de cette question. Il nous paraît utile, en raison de la large diffusion du *Concours*, de ne pas admettre sans une légère critique, quelques conclusions des élèves de notre ami Hardouin.

***

Une première remarque ; mais elle est d'importance. Aubry et Gautier, pleins d'enthousiasme, n'hésitent pas à conseiller ce qui leur paraît le point le plus intéressant. La pratique de ces injections dans le cabinet du praticien ou au domicile du blessé ». Qu'ils permettent à leurs aînés de ne pas partager l'enthousiasme de leur jeunesse ardente. La voie artérielle en thérapeutique chirurgicale *constitue une méthode séduisante, mais elle n'est pas sans danger*, et dans sa sagesse prudente la rédaction du *Concours Médical* leur fit avec juste raison observer combien pouvait être grave, parfois, la responsabilité encourue par l'opérateur (2). Ils permettront à notre expérience de remettre la question au point. Dans un travail antérieur (3) nous avons exposé avec quelques détails l'essentiel de la méthode, nous les résumerons rapidement.

(1) *Concours Médical*, p. 141 à 143, 15 janvier 1939.
(2) *Loc. cit.*, *Concours Médical*, p. 143, 15 janvier 1939.
(3) DE FOURMESTRAUX et FRÉDET. — La voie artérielle en thérapeutique chirurgicale. (*Gazette des Hôpitaux*, 3 novembre 1938, p. 1529).

Historique

C'est une méthode qui n'est pas absolument nouvelle. Avant la guerre, Goyanes, avec des résultats médiocres, en conseilla l'emploi semble-t-il, le premier, comme essai de traitement des lésions tuberculeuses des membres. En France, P. et J. Fiolle, en avril 1914, émettaient à la Société de chirurgie de Marseille, la possibilité d'employer cette voie, dans le traitement de la gangrène gazeuse. A la même époque, Leriche, sur les conseils de Courmont, injecta dans un cas de tétanos confirmé, du sérum dans la carotide. Depuis lors, étendant les données de cette technique, dont Reynaldo dos Santos, de Lisbonne, s'était fait l'ardent défenseur, Leriche a utilisé le sérum dans la gangrène gazeuse, le mercurochrome ou le violet de gentiane, avant certaines amputations, pour permettre de faire l'opération en dehors de la zone septique. L'injection de cocaïne d'autre part dépasse, par ses effets, une simple action anesthésique ou chimiothérapique. La simple injection de sérum artificiel ne nous donne-t-elle pas des effets thérapeutiques nouveaux et paradoxaux... ; mais ceci est une autre question... En France, utilisée d'abord à Strasbourg, à Chartres, l'angéiothérapie a surtout été employée par les chirurgiens portugais, et dans un très bel article du *Journal International de Chirurgie*, notre collègue Raynaldo dos Santos, de Lisbonne, rapporte la longue série des résultats obtenus par lui, et ses assistants, par l'injection aortique (voie dorso-lombaire). Au Congrès de chirurgie de 1933, Lamas présentait de nombreuses observations de malades traités par lui et son élève Ramos. A la même tribune, l'un de nous apportait une statistique moins importante mais présentant cependant un réel intérêt. L'année suivante avec Huet (Congrès de chirurgie, 1934). Rapport sur le traitement des arthrites suppurées du genou, nous considérions comme logique, l'utilisation de la voie artérielle dans les infections synoviales fémoro-tibiales. Dans l'ordre médical, les Américains utilisent la voie carotidienne dans le

traitement des méningites. Mac Mahon 1930, Crawford 1931, Mendel 1932, Leriche puis Arnaud dans les endocardites malignes ont, en partant d'une idée fort logique, injecté du sérum avec un agent médicamenteux, dans le ventricule gauche. L'un de nous utilisa la même technique. Le résultat comme celui de nos collègues fut décevant.

Technique opératoire

a) Pour la voie aortique directe, il convient de se reporter aux travaux de Santos et nous en avons exposé le schéma dans notre dernière publication (1). Nous devons dire que cette technique qui théoriquement ne présente pas de graves contre-indications, nous est apparue dans les quelques cas où nous y avons eu recours, moins simple qu'à nos collègues portugais.

b) L'injection dans les carotides nécessite la découverte chirurgicale.

c) Artères des membres. Il existe deux procédés suivant que l'aiguille peut être introduite ou non directement dans le vaisseau intéressé. Cette ponction est parfois facile et R. Fontaine (2) demandait dans un récent travail que le chirurgien s'entraîne à la pratique de l'abord de l'artère comme autrefois les médecins ont dû s'entraîner à la pratique des injections intra-veineuses. Nous avons recours plus souvent qu'au début de notre pratique à l'abord direct. Sur un malade maigre ou athéromateux, c'est une manœuvre de petite chirurgie ; mais une réaction inflammatoire existe souvent : l'adénite et la périadénite, surtout au niveau du triangle de Scarpa, rendent difficile le repérage au doigt et parfois même la découverte chirurgicale rapide. L'injectionpeut être faite dans toute artère dont le calibre permet la pénétration d'une aiguille de 6/10e de millimètre, peu importe la forme du biseau, l'essentiel est que l'aiguille soit très fine, l'injection poussée lentement ; mais avant d'injecter il faut veiller à bien obtenir le jet saccadé et rythmé qui indique qu'on est en pleine lumière artérielle, et après l'injection veiller à ne retirer l'aiguille qu'une fois la seringue bien vidée. L'atteinte pariétale de l'artère n'est pas indifférente. Après la ponction l'hémostase est réalisée par simple compression.

La solution à injecter

Après Leriche, nous avons injecté du sérum à haute dose dans la carotide chez six tétaniques. Nous pensons qu'il faut faire une première injection massive, notre dernier malade, fait impressionnant, guérit simplement après une seule injection de 120 cm. de sérum purifié (enfant hospitalisé dans le Service de notre collègue Foulon qui voulut bien suivre le malade). Les injections de sérum antigangréneux nous ont donné des résultats médiocres. Des injections d'acécoline dans des cas de gelures et de gangrènes semblent en revanche avoir eu une action utile (observations inédites). Les injections médicamenteuses ont, en général, été pratiquées avec du violet de gentiane, de la gonacrine, de l'argent colloïdal et surtout avec une solution de mercurochrome. Il semble que celle-ci soit la mieux tolérée et ne provoque que des réactions vaso-motrices légères dans le territoire vasculaire intéressé. Nous utilisons la solution à 1 ou 2 pour cent. Nécessité d'employer un produit d'une stabilité chimique absolue, la solution de mercurochrome de Young à 2 % en ampoules de 10 c. c. paraît la plus facile à manier.

Au cours de recherches expérimentales faites avec Bargeton, Huet (1) a pu constater que si l'idéal était d'injecter des solutions isotoniques ; les solutions hypotoniques sont infiniment moins nocives que les solutions hypertoniques. Celles dont le pH est le plus voisin du pH sanguin sont les mieux tolérées. La solution hydro-alcoolique de violet de gentiane à 1 %, le sérum hypertonique à 20 % déterminent dans le domaine expérimental des coagulations périphériques du membre injecté, et des réactions vaso-motrices brutales.

La solution de mercurochrome à 1, 1,50 et 2 % hypotonique et peut être employée sans inconvénients graves. Il convient cependant de ne pas oublier que si le mercurochrome est en général peu toxique, des accidents ont été signalés après la large application cutanée. A la Société de chirurgie de Marseille a été rappelée l'histoire clinique d'accidents survenus lors de son emploi en pansements dans des brûlures étendues.

Mode d'action de l'angéiothérapie artérielle

S'il s'agit de sérum, et nous envisageons surtout le cas pour du tétanos, la toxine se fixant au niveau des centres nerveux, il est logique d'agir directement sur ces derniers. Il y a quarante ans Roux conseillait d'injecter le sérum antitoxique dans le tissu cérébral après trépano-ponction. Les Américains ont employé une technique proche dans les infections méningées sévères, nous ne croyons pas que cela soit aussi logique. Les cas publiés sont trop peu nombreux et trop disparates pour permettre des conclusions précises. Si l'on utilise un antiseptique, l'angéiothérapie

---

(1) *Gazette des Hôpitaux, loc. cit.*, 1938.

(2) R. Fontaine. — L'artériographie des membres (*Journal international de chirurgie*, de 1937, n° 6, p. 561).

(1) Huet et Bargeton. — Sur les effets des injections artérielles. (Mémoire de l'Académie de Chirurgie, 1936.)

artérielle apparaît comme théoriquement supérieure à la voie veineuse.

C'est lentement après son introduction que les tissus périphériques se libèrent de l'agent médicamenteux employé et le laissent entrer dans la circulation générale. Dans les veines, dilué *rapidement dans la masse sanguine, il ne parvient au foyer morbide qu'avec une concentration faible.* Ne peut-on penser d'autre part, que la traversée pulmonaire ne changera pas sa composition première par oxydation, ou tout autre mode d'action dont le mécanisme paraît difficile à préciser...

Accidents ou incidents observés

La pratique de l'artériothérapie ne saurait être considérée comme absolument exempte de dangers. Goinard (1) après injection d'une solution hydro-alcoolique de violet de gentiane dans l'humérale, a observé dans un très mauvais cas du reste, une gangrène humide de deux doigts. Cunha Lamas, dont la pratique est très étendue, dût chez un malade présentant une artérite syphilitique faire une ligature artérielle pour réaliser l'hémostase. Si nous n'avons pas observé jusqu'à ce jour d'accidents mettant la vie du malade en danger, nous avons chez un homme athéromateux présentant un ulcère de jambe rebelle à tout traitement, constaté après injection de 10 c. c. d'une solution de mercurochrome à 1 %, l'existence d'une légère dilatation pulsatile de la fémorale. Il est probable que quelques gouttes de liquide avaient dû pénétrer dans une paroi artérielle particulièrement friable. Cet incident met en évidence la nécessité de substituer, autant que possible, la découverte chirurgicale à l'élégante ponction transcutanée. L'apparition d'une diarrhée profuse avec poussée fébrile pendant quarante-huit heures n'est pas absolument exceptionnelle. Ce sont des phénomènes transitoires qui ne s'accompagnent pas de modification de l'urée sérique, de la glycémie, ni des tests humoraux. Aubry et Gauthier relatent « Qu'après l'injection le membre se couvre de larges plaques rosées dues à des dépôts de mercurochrome ». Ceci est loin d'être la règle. Cette coloration peut se produire sous deux modalités et être, soit généralisée à tout le corps, ou seulement étendue au membre intéressé. Généralisée, nous l'avons observée seulement deux fois chez des malades dont le taux d'urée sérique était de 0,64 et de 0,62. Il semble que cette coloration témoigne alors d'un degré réel d'imperméabilité rénale. Quant à la coloration localisée au membre injecté, nous l'avons notée dans plusieurs cas d'artérite oblitérante et dans deux cas de gangrène gazeuse. Elle paraît devoir être réalisée quand il existe un obstacle sérieux au courant sanguin artériel et que le liquide injecté ne peut se rendre aux capillaires.

Nous ne l'avons jamais vue persister bien longtemps. Elle ne dure, en général que quelques dizaines de minutes. Il importe de ne pas confondre cette coloration avec une lymphangite réticulaire due à la lésion initiale.

Résultats obtenus

L'artériothérapie a été utilisée dans des éventualités si dissemblables, qu'il est difficile d'établir le bilan de sa valeur exacte. C. Lamas ponctionne l'aorte et y injecte de la gonacrine ou du mercurochrome par une technique qui entre ses mains ne présente pas de difficultés apparentes. Cette aorto-thérapeutique lui aurait donné des résultats impressionnants chez une cinquantaine d'infectés abdominaux (contusions avec perforations, pyélonéphrites, perforations d'ulcères gastriques, etc.). Nous n'avons pas une pratique suffisante de cette méthode audacieuse pour apporter ici une conclusion ferme. Nous pensons cependant que la ponction de l'aorte par la voie dorso-lombaire surtout quand on l'aborde au niveau de la douzième dorsale ne présente pas de difficultés spéciales. Nous l'avons employée cinq fois, quatre cas ont été positifs, nous avons une fois manqué l'artère. Nos observations se résument à la ponction des carotides et des artères des membres. La fémorale est ponctionnée soit directement ou après découverte classique. La situation ou le faible calibre des autres artères fait qu'il semble plus simple et plus facile de les injecter après découverte chirurgicale. Dans les plaies articulaires les résultats en général sont excellents, sous condition évidemment que l'exérèse normale des tissus attrits et infectés soit faite. Dans les arthrites suppurées résultats médiocres, dès le moment où les cartilages diarthrodiaux sont ulcérés, et dès que se produisent des fusées purulentes (1).

Dans les infections étendues, les cellulites diffuses, l'action est efficace et réelle. L'angéiothérapie ne constitue pas toute la thérapeutique, mais permet de limiter l'acte chirurgical. La chute de la température, la sédation des accidents locaux nous ont paru tout à fait probants dans un cas de parotidite grave, dans plusieurs cas de phlegmons des gaines où le drainage habituel put être relativement restreint. Dans les fractures ouvertes et infectées les résultats sont en général bons. En présence d'une fracture ouverte nous pratiquons maintenant une injec-

(1) P. Goinard. — Injections antiseptiques intra-artérielles. (*Presse Médicale*, 16 janvier 1935, p. 73.)

(1) Huet et de Fourmestraux. — Arthrites suppurées du genou. Rapport au Congrès français de chirurgie, 1934.

tion en amont du foyer, ce qui n'exclut en aucune façon l'intervention habituelle.

Quand il existe une oblitération artérielle certaine dans les gangrènes par artérite, l'angéiothérapie ne peut amener aucun résultat complet. Elle a cependant l'avantage de permettre l'amputation en zone relativement saine et les conclusions de Leriche nous paraissent tout à fait justifiées quand il déclare inutile la nécessité d'opérer d'urgence ces dernières, alors que la désinfection intra-artérielle permet une intervention retardée et limitée. L'un de nous s'est attaché (1) à l'étude du mode d'action de l'angéiothérapie artérielle dans les ulcères variqueux rebelles à toute thérapeutique. Quand la voie artérielle reste perméable au voisinage de l'ulcère, les résultats sont vraiment excellents.

La plupart de nos injections ont été faites en circulation libre sans compression artérielle au-dessus de la lésion. Dans un travail récent, R. Santos(2) conseille l'emploi systématique de l'injection en vase clos, en circulation réduite, par compression en amont, ce qui a l'avantage de maintenir l'agent médicamenteux plus longtemps au contact des tissus intéressés. Le garrot ou le brassard pneumatique placé à la racine du membre est laissé en place quinze à vingt minutes.

A l'appui de cette pratique d'artério-thérapeutique avec circulation réduite, Santos rapporte une vingtaine d'observations dont quelques-unes sont tout à fait intéressantes.

De cette courte étude, il nous paraît possible de conclure que l'angéiothérapie par voie artérielle ne constitue pas une panacée universelle dans le traitement des infections diffuses ou localisées, elle constitue une méthode simple qui peut rendre des services certains. Nous n'avons pas une expérience suffisante de l'angéiothérapie par voie aortique, c'est une méthode neuve que l'on ne saurait rejeter.

Nous n'avons jamais observé d'incidents graves, ils sont cependant possibles. Il faut songer à l'existence d'une sensibilité vaso-motrice anormale comme dans la maladie de Raynaud, avec ses artério-spasmes sévères. Dans les cas douteux, suivant le conseil judicieux de Louis Bazy il importe de pratiquer une intradermo-réaction à l'adrénaline. S'il survient une plaque livide, longue à disparaître, s'abstenir de toute manipulation artérielle, qu'il s'agisse d'artériographie ou d'angéiothérapie.

(1) M. Fredet. — Traitement des ulcères de jambe par injection artérielle de mercurochrome. (Congrès de Chirurgie, 1936.)

(2) R. Dos Santos. — Les injections artérielles avec stase dans la thérapeutique des injections. (Mémoires Académie de Chirurgie, 1937, p. 1399.

LES FORMES MALIGNES DE LA CHORÉE DE SYDENHAM

Par le Docteur Pierre Maury

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

On entend par formes malignes de la chorée de Sydenham, toutes les chorées graves par elles-mêmes, en dehors des complications cardiaques, pulmonaires, nerveuses ou infectieuses surajoutées.

Ces formes se présentent sous deux aspects : ou bien la chorée est maligne d'emblée, c'est le cas le plus rare. Il correspond souvent à une forme choréique de l'encéphalite léthargique caractérisée par des lésions anatomiques d'encéphalite infectieuse ; ou bien la chorée est secondairement maligne : sur une chorée jusque-là banale vient se greffer un syndrome d'aggravation caractérisé avant tout par une agitation considérable, des troubles mentaux importants, des signes généraux graves avec hyperthermie.

L'examen anatomique ne montre aucune lésion spécifique susceptible d'expliquer les phénomènes terminaux. Les lésions constatées sont diffuses, touchant non seulement le cerveau, mais tous les organes, faites avant tout de vasodilatation aiguë et de congestion avec hémorragies.

Ces symptômes et ces lésions ne sont pas propres à la chorée maligne, mais sont communs à la chorée maligne, au rhumatisme cérébral, au délire aigu, à certaines encéphalites psychosiques. Ils rappellent par plus d'un point les symptômes et les lésions du syndrome malin des toxi-infections, attribué récemment à une atteinte du système neuro-végétatif.

La mort dans la chorée maligne est presque toujours due à une extension des lésions encéphalitiques, au cours de laquelle se trouvent touchés les centres neuro-végétatifs hypothalamiques ou bulbaires (1).

(1) Thèse de Paris, 1938.

LES TROUBLES GASTRIQUES DE L'APPENDICITE CHRONIQUE

Par le Docteur A.-R. Salmon

Ancien chef de Clinique médicale à la Faculté de Paris
Attaché de gastro-entérologie à l'Hôpital Saint-Louis

Dans un précédent travail, paru à la *Revue de Médecine* (avril 1935) nous avions exposé notre opinion sur le traitement de l'appendicite chronique et nous étions arrivé aux conclusions suivantes :

1° L'appendicite chronique nécessite pour être affirmée l'examen radiologique ;

2° L'appendicite chronique relève d'abord du traitement médical ; jamais elle ne doit être opérée hâtivement ;

3° Près de 95 % des malades opérés d'appendicite chronique après un examen incomplet souffrent autant, ou même plus, qu'avant l'intervention.

Les trois années qui viennent de s'écouler n'ont pas modifié notre opinion ; nous voudrions simplement préciser aujourd'hui certains points de cette thérapeutique médicale à laquelle nous attachons une si grande importance.

***

La symptomatologie de la soi-disant appendicite chronique est extrêmement polymorphe : on y rattache n'importe quel symptôme du moment que celui-ci accompagne un point de Mac Burney douloureux. Or, il faut le répéter, la constatation d'une douleur à la pression de la fosse iliaque droite n'est pas suffisante à elle seule pour affirmer le diagnostic et armer la main du chirurgien. Nous l'avons retrouvée, cette zone sensible, au cours des colites, des cholécystites, des ptoses coliques et rénales. En fait, l'appendicite chronique vraie pure, est presque une rareté.

Notre attention a été attirée, depuis notre premier travail, par un syndrome fréquent : association d'un signe physique, douleur au Mac B., avec des troubles fonctionnels gastriques ; c'est ce que l'on serait tenté d'appeler : appendicite chronique avec troubles gastriques.

Une telle étiquette serait fausse à notre avis ; les examens clinique et de laboratoire, l'étude radiologique, l'épreuve thérapeutique montrent qu'il s'agit en réalité, d'une association de colite avec une gastrite, les deux étant le plus souvent liées à une légère infection à colibacille. Nous serions porté à écrire qu'à côté du syndrome entéro-rénal de la colibacillose il y a place pour un syndrome entéro-gastrique.

Les troubles gastriques éprouvés par ces malades revêtent le plus souvent la forme de la dyspepsie hypersthénique ; ils s'accompagnent d'hypersécrétion avec hyperchlorhydrie plus ou moins nette, comme le montre l'étude du chimisme gastrique après épreuve à l'histamine. La radioscopie révèle une hyperkinésie gastrique marquée, ou dans quelques cas une atonie avec notable aérogastrie. Les phénomènes douloureux n'ont ni le rythme ni la régularité de ceux de l'ulcère, mais ils sont moins capricieux et irréguliers que ceux des gastro-névroses.

L'examen intestinal montre, outre le point douloureux de la fosse iliaque droite, une alternance de zones de spasmes et d'aérocolie sur tout le trajet du côlon, l'angle splénique étant généralement le siège d'une énorme bulle gazeuse.

Les troubles généraux sont assez discrets, mais il n'est pas rare de constater une petite fébricule vespérale, la température dépassant exceptionnellement 38°5.

***

On pourrait objecter qu'il s'agit simplement d'une colite, voire même d'une appendicite chronique, avec troubles gastriques réflexes.

Nous n'ignorons pas la fréquence des retentissements viscéraux au cours des affections abdominales ; une épine irritative dans le territoire sympathique peut entraîner des perturbations fort lointaines. Nous sommes persuadé de la réalité des faits que, voici quelques années Oddo décrivit magistralement sous le nom de « sympathèses abdominales ».

Mais dans le cas qui nous occupe, l'épreuve thérapeutique détruit complètement l'objection. Les troubles gastriques des malades envisagés ne sont guère influencés par l'ésérine ou l'atropine, alors qu'ils sont guéris, ou tout au moins très soulagés par le pansement bismuthé. Ceci est nettement en faveur d'une douleur gastrique organique et contre la nature fonctionnelle réflexe du phénomène. Le carbonate de bismuth a une action sédative remarquable sur les douleurs des gastrites, qu'elles soient ou non ulcéreuses ; son pouvoir protecteur de la muqueuse irritée a une double origine : constitution d'un revêtement uniforme et largement réparti et, de plus, déclenchement d'une abondante sécrétion de mucus. A ce point de vue, en nous basant sur les constatations faites au cours de tubages gastriques, nous estimons que son pouvoir mucogène est plus grand que celui des mucines.

En administrant pendant quelques jours le carbonate de bismuth, de préférence associé à d'autres carbonates alcalins, à la dose de 20 gr. par jour, environ, on obtient une sédation remarquable des troubles gastriques soit-disant réflexes de l'appendicite chronique : c'est la preuve de l'existence d'une gastrite à leur origine et non d'un « réflexe ».

***

En terminant, donnons de ce que nous avançons une autre preuve thérapeutique : chez beaucoup de malades opérés d'appendicite chronique on constate, après l'opération, la persistance de troubles gastriques identiques à ceux qu'ils avaient autrefois ; s'il s'agissait d'un réflexe, il devrait disparaître avec l'ablation de « l'épine irritative », or, il n'en est rien. C'est que la gastrite persiste avec tous ses symptômes ; ceux-ci, comme auparavant, relèvent du carbonate de bismuth. Mais souvent interviennent alors d'autres troubles dus à la formations de longues adhérences opératoires bridant les organes abdominaux et pouvant atteindre l'estomac : c'est même la fréquence de cette pénible complication qui justifie notre plaidoyer pour le traitement médical prolongé de l'appendicite chronique.

DEUX CAS CURIEUX DE CONCEPTION ET DE GROSSESSE

Par M. PIQUAND

I. — Mme G..., âgée de 28 ans, entre à l'hôpital de Montluçon, en juillet 1935, avec des signes de péritonite aiguë. L'examen montre dans le flanc droit une masse arrondie, nettement fluctuante, grosse comme une tête de nouveau-né dont l'extrémité inférieure semble en rapport intime avec l'utérus. La température est de 40°5, le pouls à 140; la malade se plaint d'une vive douleur sous-ombilicale plus marquée du côté droit et a des vomissements.

Nous portons le diagnostic de kyste de l'ovaire à pédicule tordu. A l'ouverture du ventre, nous trouvons effectivement un kyste de l'ovaire droit avec pédicule court tordu ; l'appendice très enflammé adhère à la partie supérieure de la poche. Nous pratiquons l'enlèvement du kyste avec ablation complète des annexes du côté droit et appendicectomie. Les suites opératoires sont simples et la malade quitte l'hôpital vingt-deux jours plus tard.

Deux ans après, en août 1937, elle revient avec des accidents très analogues aux précédents ; seulement cette fois, la masse un peu plus grosse siège nettement du côté gauche. Nous portons à nouveau le diagnostic de kyste de l'ovaire tordu, et de fait, à l'opération, pratiquée immédiatement, nous trouvons un kyste à pédicule tordu, développé aux dépens de l'ovaire gauche, qui a complètement disparu. Après enlèvement de la masse et des annexes gauches, nous examinons la matrice, qui paraît un peu grosse, mais cependant normale. La malade, en parfait état, quitte l'hôpital vingt-cinq jours après l'opération.

Trois mois après, elle revient, nous annonçant qu'elle a un troisième kyste. A l'examen, nous ne trouvons pas de kyste, mais un col ramolli et un utérus fortement augmenté de volume. Au deuxième examen, pratiqué un mois plus tard, il fallut bien se rendre à l'évidence : notre malade était enceinte, et elle accoucha d'un beau garçon huit mois après notre deuxième intervention. Voilà une femme qui est devenue enceinte alors que son ovaire droit était enlevé depuis deux ans, et que son ovaire gauche était très altéré.

II. — Il y a une dizaine d'années, se présentait à la consultation de l'hôpital de Montluçon une femme enceinte avec bassin rétréci oblique ovalaire, coxa vara et scoliose très étendue. L'accouchement normal était évidemment impossible et nous dûmes pratiquer une opération césarienne. D'ordinaire, en pareil cas, je fais toujours la ligature des trompes, mais, cette fois, je ne pris pas cette précaution, car la femme était déjà un peu âgée, et surtout son aspect semblait si difforme qu'une deuxième grossesse paraissait bien improbable.

Je me trompais et quinze mois après, ma cliente me revenait enceinte de nouveau. Deuxième césarienne, suivie, cette fois, de ligature des deux trompes. Cela n'empêcha pas que, dix-huit mois plus tard, la brave dame nous revenait enceinte pour la troisième fois. Nouvelle césarienne, et résection partielle des deux trompes.

Je croyais bien être tranquille, cette fois, et cependant il n'en était rien, car, deux ans plus tard, ma fidèle cliente revenait enceinte pour la quatrième fois. Quatrième césarienne, au cours de laquelle je constatai avec un peu d'étonnement qu'une des trompes s'était reconstituée très raccourcie, très épaissie, irrégulière et bosselée, mais encore capable de laisser passer un ovule. Je pratiquai cette fois l'ablation complète des deux ovaires et des deux trompes ; il y a maintenant quatre ans d'écoulés, et j'espère que cette opération sera tout de même la dernière (1).

(1) *Société des sciences médicales de Gannat*, 9-10-1938.

L'ÉCHINOCOCCOSE DU LAPIN DE GARENNE EXISTE-T-ELLE ET REPRÉSENTE-T-ELLE UN DANGER D'INFESTATION POUR L'HOMME

Par le Docteur Raymond MARTIN (Addis-Abeba)

Diplômé de l'Institut de Médecine coloniale de Marseille
Ex-interne de l'Hôpital Saint-Joseph

Dans une courte note publiée dans cette revue (11 décembre 1938), le Docteur L. Leleu a signalé la présence d'un kyste hydatique dans un lapin de garenne et il pense que ce fait représente un risque particulier d'infestation pour l'homme, par ingestion de scolex.

Cette note nous inspire quelques critiques que nous allons exposer.

En premier lieu, l'ingestion de scolex peut-elle constituer un mode de contamination ? Nous ne le pensons pas. Comme le rappelle fort justement notre confrère, Devé a montré la possibilité de kystes secondaires, mais, comme la définit lui-même Devé, l'échinococcose hydatique secondaire est « une affection liée à la greffe de germes échinococciques mis en liberté par la rupture de kystes hydatiques primitifs » et c'est cette définition qui est reproduite dans les traités classiques. Cette échinococcose secondaire a depuis longtemps été observée en clinique, mais sa réalité n'a été démontrée que par les recherches expérimentales de Lebedeff et d'Andreef (1889), puis par celles d'Alexinsky (1898) et surtout par les travaux de Devé qui a suivi dans tous ses détails l'évolution du scolex introduit dans l'organisme des animaux de laboratoire et a montré la transformation vésiculeuse du scolex. Mais dans ses recherches, Devé, ainsi d'ailleurs que tous les expérimentateurs qui se sont attachés à la question, a infesté ses animaux d'expérience en leur injectant du sable hydatique, ce qui constitue à proprement parler une greffe Et en clinique, les seules modalités étiologiques à retenir pour l'échinococcose secondaire sont : la rupture spontanée d'un kyste, une intervention chirurgicale imparfaite ou une ponction.

Cependant Bacigalupo (1933) aurait provoqué une échinococcose secondaire du lapin et du cobaye par ingestion de scolex, mais ces expériences ont été contredites par Devé (1933) qui n'a jamais observé de réencapsulement des scolex et qui conclut que l'ingestion de scolex ne peut aucunement provoquer la formation de kystes hydatiques.

Dans un travail sur le réencapsulement des larves d'helminthes, dans lequel ils étudient le phénomène dans les différents ordres de vers parasites, Joyeux et Baer (1934) concluent ainsi: « en l'état actuel de nos connaissances, le réencapsulement n'est connu que chez des larves dont le scolex est libre, non protégé par un involucre ou une vésicule caudale » ; le réencapsulement d'une larve kystique, polycéphale, comme celle du tænia échinocoque ne semble donc pas possible.

Le seul mode d'infestation connu est l'absorption d'œufs de tænia échinocoque dont les embryons hexacanthes libérés dans l'estomac vont perforer la paroi gastrique ou intestinale et cheminer par voie veineuse ou lymphatique jusqu'à ce qu'ils s'arrêtent dans un organe (le plus souvent le foie) dans lequel ils se transformeront en kyste hydatique.

D'ailleurs, si la contamination par ingestion de scolex était à retenir le fait que le lapin est généralement consommé bien cuit suffirait à nous rassurer, le risque d'infestation se réduirait à la possibilité d'une souillure des mains de la personne dépouillant le lapin et encore faudrait-il que le kyste soit rompu. Mais, nous avons vu que l'ingestion de scolex ne constitue par un mode d'infestation à retenir. La manipulation d'un kyste hydatique, même rompu, au cours du dépouillement d'un lapin ne présente donc aucun danger direct pour l'homme.

Nous précisons aucun danger direct, car, au retour d'une journée de chasse, le chien ira quêter à la cuisine sa part du gibier à la capture duquel il aura consciencieusement collaboré.

Si un scolex, accidentellement absorbé par la cuisinière est digéré et ne présente pour elle aucun danger, il n'en est pas de même chez le chien, dans l'intestin duquel le scolex va se développer. Et au bout de quatre à dix semaines, les tænias échinocoques qui expulseront chacun tous les dix jours environ un anneau mûr contenant 500 œufs, constitueront un danger certain, non seulement pour la cuisinière, mais encore pour toute la maison et même pour les étrangers.

Mais, ce danger est-il réel ; car une deuxième question se pose : la larve vue par notre confrère était-elle bien un kyste hydatique ? C'est ce que nous allons discuter.

Les hôtes habituels du kyste hydatique sont le porc et les herbivores domestiques, en particulier le mouton. En dehors de ces hôtes, le kyste hydatique a été signalé chez l'homme, chez divers mammifères domestiques ou sauvages et peut-être chez des oiseaux, mais avec un

fréquence beaucoup moindre. En ce qui concerne le lapin, dans un travail récent (1938), Joyeux, passant en revue les larves de tænias parasitant les lépodries, classe l'échinocoque parmi les larves exceptionnellement hébergées par les rongeurs de cette famille. En effet, si l'expérimentation a montré la grande réceptivité du lapin domestique à l'ingestion de sable hydatique, l'infestation spontanée de cet animal n'en constitue pas moins une rareté. Quant au laipn de garenne, son infestation par le kyste hydatique n'a pas encore été signalée ; et l'intérêt de la trouvaille de notre confrère aurait été plus grand s'il avait confié l'étude de la larve à un parasitologue, un examen microscopique et des mensurations des scolex auraient précisé le diagnostic.

Le siège lombaire de la tumeur, serait en faveur de l'hypothèse d'un kyste secondaire, il aurait par conséquent été intéressant de rechercher l'existence d'un autre kyste viscéral, malheureusement le Docteur Leleu, se borne à mentionner que « le foie était en mauvais état ».

Et nous sommes amenés à nous demander s'il s'agissait d'un kyste hydatique ou d'un cœnure, larve du *Tænia serialis*, parasite à l'état adulte du chien, du loup et du renard et à l'état larvaire de diverses espèces de léporidés domestiques et sauvages. Le cœnure serial, qui doit son nom à la disposition en séries linéaires de ses scolex sur la paroi des vésicules est fréquent chez les lapins de garenne, beaucoup plus que chez les lapins domestiques, particulièrement en Angleterre où les garenniers désignent les animaux infestés sous le nom de « bladdery rabbits ». Les renards porteurs de tænias fréquentant les mêmes parages que les lapins de arenne, on conçoit facilement les multiples possibilités d'infestation de ces derniers qui broutent l'herbe souillée par les œufs provenant des déjections des renards.

D'autres arguments d'ordre anatomique sont en faveur de l'hypothèse d'un cœnure, en effet, la région lombaire est un des sièges habituels de ces tumeurs qui sont le plus souvent sous-cutanées, et enfin, notre confrère signale la présence de vésicules filles endogènes. Or ces vésicules sont rares dans les kystes hydatiques de mammifères (à l'inverse de ce qui se passe dans les cas de kystes humains) et sont presque constantes dans les cænures.

Nous estimons donc que la larve observée par le Docteur Leleu était très probablement un cœnure.

Nous retiendrons donc que les scolex hydatiques sont inoffensifs pour l'homme, que d'ailleurs la présence de kystes hydatiques chez le lapin a un caractère d'exceptionnelle rareté qui s'oppose à la fréquence des cœnures chez ce même animal. Si nous ajoutons qu'à côté du *Cœnurus serialis*, le lapin héberge souvent le *Cysticercus pisiformis*, larve du *Tænia serrata* du chien, nous serons arrivés à la conclusion pratique de cette étude.

En effet, nous pouvons dire que, si les larves de tænias hébergées par les lapins sont inoffensives pour l'homme, elles ne le sont pas pourle chien chez lequel elles évoluent en adultes. Il faudra donc s'abstenir de donner à ce sympathique auxiliaire du chasseur les déchets du gibier à poil, car ce serait mal récompenser son intelligente collaboration. Si nous voulons agir avec discernement et mettre en pratique les données de la parasitologie, nous donnerons au chien les déchets du gibier à plume et au chat les déchets du gibier à poil.

LE SYNDROME D'ADIÉ

C'est ce syndrome pupillaire que certains auteurs allemands et anglo-saxons ont dénommé « le faux Argyll-Robertson » ou « l'Argyll-Robertson non syphilitique » ou « la pupille myotonique ».

Il consiste en : absence du réflexe à la lumière (à la fois direct et consensuel), retard du réflexe à la convergence et à l'accommodation.

Ce type de pupille est généralement unilatéral ; la pupille est plus grande que normalement.

Il n'est pas tout à fait vrai de dire que le réflexe à la lumière est absent. En fait il ne répond pas à une excitation ordinaire, mais une lumière vive maintenue pendant un moment provoque une contraction lente (laquelle peut donc passer inaperçue si les conditions sus-dites ne sont pas remplies).

Fréquemment le syndrome d'Adie s'associe à l'absence d'un ou plusieurs réflexes tendineux, en particulier l'achilléen et le rotulien.

Par contre ne coexiste aucun autre symptôme nerveux. Il s'agit peut-être (c'est une simple hypothèse) d'un trouble du système autonome. Le patient n'accuse souvent aucune gêne, et c'est au cours de l'examen général que le syndrome est découvert.

Le point important est que les analyses de sang et de liquide céphalo-rachidien sont restées entièrement négatives. *Le « faux Argyll-Robertson » n'est donc pas d'origine syphilitique,* et comme un examen hâtif pourrait fort bien donner le change et conduire à un traitement qui serait inutile du reste, inopérant, il semble profitable aux praticiens de leur signaler ce traquenard afin qu'ils n'y tombent point (1).

G. LAVALÉE.

(1) D'après « *Proceedings of the Mayo Clinic* », 11 janvier 1930.

AU CHEVET DES PATIENTS

L'hystéropexie contre les rétro-déviations utérines

La mise en pratique de cette opération, fait observer le **Professeur R. Condamin** (1), doit résulter de l'application d'une méthode générale qui est la suivante : après une fracture ou une luxation, qui, somme toute, présentent pas mal d'analogie avec l'affection que nous envisageons, on se préoccupe en premier lieu, avant l'application du plâtre, d'un silicate ou d'une arthrodèse, de tout remettre en place, et la *fixation définitive ne vient qu'après ce temps préliminaire indispensable.*

D'ailleurs comme le disait Fochier : « Dans les déviations postérieures et dans les prolapsus, par l'hystéropexie, *on fait trop ou trop peu* ».

On fait *trop* pour une rétroversion simple, peu ancienne, sans lésion de voisinage.

C'est évidemment le cas où l'on accepterait le plus volontiers le traitement définitif soit par le pessaire, soit par la ligamentopexie.

Cependant, en y regardant de près, par un examen de précision, on constate que l'utérus est toujours augmenté de volume, mais assez peu si la déviation s'est effectuée seulement par effort (analogie avec une hernie de force), par surmenage physique, ou altération musculaire du périnée.

L'hystéropexie fera trop, en immobilisant un organe qui peut encore être refoulé tantôt en avant sous la poussée d'un rectum trop distendu, tantôt en arrière quand la vessie est trop pleine.

D'ailleurs s'il s'agit d'une femme un peu âgée, la lésion sera souvent parfaitement tolérée, et il ne faudra rien faire.

Mais si la femme est en période d'activité sexuelle, elle est susceptible d'avoir des pertes leucorrhéiques ; ses règles peuvent traîner, être trop abondantes ; parfois elle éprouvera des douleurs de rein très pénibles sous l'influence de la marche, de l'effort. C'est dans ces conditions, que se recommande l'emploi d'un pessaire judicieusement choisi et appliqué, mais après réduction bien complète : une période de repos avec prédominance de la position étendue sur le ventre, quelques exercices de « prière musulmane » et tout rentrera dans l'ordre. Mieux encore feront quelques séances de massage gynécologique portant principalement sur la partie postérieure de l'utérus, comme moyen décongestionnant, et surtout sur le tissu fibro-conjonctif déformé par pression ou par raccourcissement. Ces massages seront accompagnés de columnisations bien faites, avec tampons glycérinés et refoulement en bloc sur les tampons dans le sens de la déviation.

Plus gros pourra être un utérus, par défaut d'involution utérine, après un accouchement où l'on avait prescrit un repos sur le dos, à peine entrecoupé de quelques séances de position asisse après le douzième jour, et lever au vingt et unième : l'utérus sera à peu près fatalement entraîné en arrière par son poids.

Même *traitement préparatoire* pour tout remettre dans son état normal, et puis *redressement définitif*, qui d'ailleurs est bien peu de chose.

On fait *trop peu*, dans les cas suivants ;

1° Rétroversion d'origine inflammatoire, avec ou sans salpingite.

Dans ces formes de rétroversion à évolution lente mais progressive, sous la dépendance d'une lésion inflammatoire de l'utérus, des trompes ou des ligaments larges, — il subsiste presque toujours après la période de traitement du processus infectieux, période comportant toujours une longue phase de repos en position dorsale associée ou non à d'autres thérapeutiques dites médicales ou de petite gynécologie, — il subsiste des rétractions fibro-conjonctives plus particulièrement postéro, rétro ou latéro-utérine, constituées par des épaississements scléreux d'une grande résistance.

Croire qu'en pareille occurrence on pourra, par quelques fils directs utéro-pariétaux ou indirects par l'intermédiaire des ligaments antérieurs, d'abord ramener en avant et surtout maintenir dans cette position un utérus à statique disloquée, et dont le réseau architectural de soutènement fibro-conjonctif est complètement modifié, serait une erreur absolue. Même malgré des sections ligamenteuses, un très proche retour à la rétroposition antérieure est probable, avec cette circonstance aggravante que l'on aura créé de nouvelles brides cicatricielles avec les tissus scléreux sectionnés.

Le redressement progressif par massage et

(1) Traitement rationnel des rétro-déviations utérines. (*Lyon médical*, 15 janvier 1939.)

columnisation en agissant par pression et redressement des trompes amènera souvent une guérison suffisante de la salpingite. Seulement quand celle-ci sera bien assurée, s'imposera la question de la ligamentopexie. La faire d'emblée, c'est couder les trompes enflammées, augmenter la difficulté de l'évacuation de leur contenu.

Parfois la thérapeutique, des lésions inflammatoires, rendra la salpingectomie obligatoire. Si le Douglas n'est pas trop rétracté, la ligamentopexie pourra compléter l'opération dans la même séance, mais il faudra s'attendre à voir la déviation se reproduire, si l'on n'exerce pas une surveillance suivie, qui consistera à aider l'action redressante des fils par quelques séances de columnisation, de six en six mois.

2° Rétroposition de la douglassite avec antéflexion.

Dans ces cas de douglassite, séquelles d'une ancienne appendicite opérée ou non, ou d'une cholécystite chronique, la lésion capitale se caractérise par une rétroposition avec antéflexion du corps utérin, tandis que l'isthme est fortement attiré en arrière par les infiltrations fibro-conjonctives des ligaments utéro-sacrés.

La manifestation pathologique caractéristique de cet état de chose est avant tout de la dysménorrhée pendant la période parthénogénitale ; à celle-ci plus tard viendront s'ajouter fréquemment une dyspareunie, plus ou moins accentuée suivant les dimensions de l'organe génital du partenaire et la stérilité.

Dans ces conditions l'hystéropexie fait également trop peu, car les rétractions fibreuses ont finalement raison des fils qui racourcissent les ligaments ronds, et cela, soit immédiatement après l'opération, soit plus généralement quelque temps après. Même en sectionnant les brides, qui provoquaient la coudure, on n'obtient qu'un résultat passager, car cette section sera suivie d'une nouvelle rétraction cicatricielle, pire que la première.

Le *traitement préalable* est donc absolument nécessaire. Il sera souvent un peu long et devra précéder le traitement définitif, auquel il sera bon d'adjoindre la dilatation aux tiges de Hégar de l'orifice interne toujours rétréci. Se contenter de cette dilatation comme traitement de la dysménorrhée sans toucher aux rétractions qui ont produit la coudure, serait ne rien faire de définitif.

***

A PROPOS DU POLYMORPHISME DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE : SES FORMES EXTRA-INTESTINALES

Il faut toujours avoir présente à l'esprit la possibilité d'une infection éberthienne ou paratyphique anormale, quand on se trouve devant une infection aiguë, fébrile, qui ne fait pas sa preuve, et demander au laboratoire un diagnostic, que seul il peut donner.

Ainsi s'exprime le Docteur **J. Thiodet** (1) en rapportant trois observations de localisations anormales de l'infectoin typho-paratyphique.

C'est tout d'abord le début sous la forme d'une *pneumonie*, avec pneumocoques dans les crachats. En général, les signes de pneumonie tiennent la première place tout d'abord ; puis ils s'effacent devant les signes de fièvre typhoïde. Ici la localisation pulmonaire avait même fait suite à une localisation *hépato-biliaire*, qui s'était traduite par un ictère infectieux de haute gravité ; cette association de deux localisations viscérales est exceptionnelle.

Dans une deuxième observation, la localisation pulmonaire s'est manifestée par un syndrome de splénisation avec réaction *pleurale*, ayant évolué parallèlement à l'infection éberthienne ; les taches rosées sont apparues tardivement. Enfin, comme la maladie semblait toucher à sa fin, on a noté une suppuration de la *parotide*.

Enfin, ce fut une néphrite aiguë, ce néphrotyphus s'étant traduit par une *hématurie* totale isolée. Cette forme offrait un caractère très particulier. Les manifestations intestinales manquaient, et l'attention ne fut attirée vers l'infection éberthienne que par la fièvre, la dissociation du pouls et de la température. Le diagnostic ne peut d'ailleurs être établi, en pareils cas, que par l'hémoculture et le séro-diagnostic, ou par l'isolement d'un bacille typhique dans les urines.

G. Fischer.

(1) *L'Algérie médicale*, janvier 1939.

LA GRIPPE HUMAINE ET LES CHATS OU AUTRES ANIMAUX DOMESTIQUES

La relation de la grippe humaine avec les infections analogues des animaux domestiques pose un problème des plus importants.

Une *prophylaxie* rationnelle de cette infection a déjà été réglée par une Circulaire ministérielle en date du 10 janvier 1937 ; mais celle-ci devrait être complétée par d'autres mesures, s'il était démontré que la grippe est transmissible de l'homme à l'animal et ré iproquement, comme les travaux ou observations de date récente semblent le prouver.

A l'appui de cette thèse, le Docteur Delécourt (1) vient d'observer dans son propre milieu familial des faits très suggestifs, en ce qui concerne le chat. Ce sont les suivants.

Un ménage est atteint d'une affection fébrile à début brusque, accompagné de courbature et d'asthénie : le mari d'abord ; quatre à cinq jours après, sa femme ; puis, le vingtième jour, le chat de la maison. Celuici est une bête de prix, qui ne sort jamais de la maison ; il vit donc absolument isolé de ses congénères, mais, par contre, se trouve en contact étroit avec ses maîtres.

Depuis quelque temps, ce chat avait paru prostré, éternuant fréquemment, cherchant à s'isoler. Un jour, à partir de deux heures du matin : plusieurs vomissements bilieux, température 40°. Le jour suivant s'installe une diarrhée fétide sans glaires, ni muco-membranes. Un traitement approprié est institué. Le soir, 38°4 ; mais le lendemain, la température remonte à 39°5, et elle oscillera durant quelques jours autour de 40°. Le 7e jour, angine ; le 11e jour, râles humides prédominants à la base droite. Dans le jetage du nez, de la gorge, des yeux, on isole à l'état de pureté un pneumocoque très sensible à l'action de la bile. L'épisode pulmonaire se termine en dix jours par une sorte de crise. Guérison.

A moins qu'il ne se soit agi d'une simple coïncidence, dans le temps, de maladies différentes, il semble bien probable qu'une contagion se soit produite ici de l'homme à l'animal. Et, selon toute vraisemblance, on avait effectivement observé chez l'un et chez l'autre, les symptômes de la grippe : début brutal par un catarrhe oculonasal, de la céphalée, de la fièvre avec le V grippal (décrit par Teissier et Combemale), troubles nerveux (courbature, asthénie), complications pulmonaires. Il faut noter d'autre part, que le complexe symptomatique observé chez ce chat n'a jamais été constaté dans aucune des maladies classiques communes chez cet animal.

(1) *La Pratique médicale française* (décembre 1938).

Cette contagion d'un état grippal de l'homme au chat ne constitue pas un cas isolé. Les recherches bibliographiques ont démontré l'existence de faits analogues. Aussi faut-il attirer l'attention sur leur réalité, méconnue le plus souvent jusqu'ici, sur leur fréquence, sur leur existence chez la plupart des animaux qui se trouvent au contact de l'homme, et enfin sur les conséquences qu'il y a lieu d'en tirer, au point de vue de la prophylaxie.

Dès 1899, le médecin-major Grysez et le vétérinaire Martin ont pu être les témoins d'une épizootie (pneumonie infectieuse ou influenza du cheval) frappant trente *chevaux* d'un régiment d'artillerie, et de l'évolution parallèle d'une épidémie grippale ; cette dernière apparaissait un mois après et atteignait d'abord les hommes en contact avec ces chevaux, puis le reste du régiment. La similitude des symptômes observés leur permit d'établir l'identification des deux épidémies. Ces mêmes auteurs ont relevé, en outre, dans les statistiques de leur régiment, de 1889 à 1899, des épidémies du même type, étiquetées sous des noms quelquefois différents, et qui frappait d'abord les chevaux, puis les hommes à des intervalles d'environ un mois, chaque épizootie s'étant accompagnée d'épidémie humaine parallèle, alors que l'absence d'épizootie coïncidait avec l'absence d'épidémie chez les hommes de troupe.

On se rappelle également une pandémie grippale qui, en 1918 dans l'Etat d'Iowa, coïncida avec une épizootie *porcine*, qui présentait avec l'épidémie humaine une extraordinaire similitude du tableau morbide (Kohen).

On sait aussi que le virus grippal de l'homme peut transmettre au *furet* une infection, qui rappelle entièrement la grippe humaine (Dujarric de la Rivière et Chené).

En résumé, si dans tous les cas rapportés, il n'est pas toujours possible de mettre en évidence, avec précision, comme l'ont fait dans leur observation MM. Grysez et Martin, le rôle primordial des animaux dans la genèse des épidémies de grippe, il est indéniable qu'un certain nombre d'animaux, au premier rang desquels il faut pla-

cer les animaux domestiques, *chien, chat, cheval, porc*, sont susceptibles de contracter cette maladie et même de faire les formes les plus graves.

Dès lors, il est admissible de supposer qu'ils peuvent la transmettre à leur tour, soit en souillant de leurs excréta les lieux ou les objets appartenant à l'homme, soit en émettant par la toux ou les éternuements, des gouttelettes de Flugge, créant ainsi une atmosphère éminemment contagieuse où le virus, à des doses extrêmement faibles, est susceptible de contaminer l'homme par voie nasale, pulmonaire ou oculaire. Ils sont, en outre, capables de la propager parmi leurs congénères et d'étendre ainsi les foyers que nous cherchons à circonscrire.

***

Pour le Docteur Delecourt la *prophylaxie* à mettre en œuvre à l'égard des animaux domestiques devra poursuivre plusieurs buts :

1° Préserver les animaux sains de la contamination grippale.

2° Isoler de leurs congénères les animaux malades et les traiter précocement.

3° Prendre des précautions pour éviter qu'ils ne contaminent l'homme.

Dans l'intérêt de la prophylaxie humaine il serait également souhaitable que certaines épizooties équines : gourmes, pneumonie infectieuse ou influenza fussent obligatoirement déclarées, dès qu'elles prennent des caractères nets de diffusibilité et de gravité.

Ces déclarations, centralisées aux services vétérinaires départementaux, pourraient ensuite être transmises aux services d'hygiène départementaux et municipaux. Une collaboration étroite permettrait de coordonner efficacement les efforts de ces différents services.

Il serait peut-être même possible, en présence d'une épizootie manifeste, de prévoir l'éclosion probable d'une épidémie parmi la population, et de la prévenir, en édictant à celle-ci des recommandations.

Ce seront, d'une part, des mesures d'hygiène individuelles, notamment des pulvérisations antiseptiques de la gorge et des fosses nasales, des bains oculaires de solutions boriquées ou autres, la propreté des mains, etc... D'autre part des précautions spéciales seront imposées à ceux qui possèdent ou soignent des animaux domestiques. On prescrira en particulier, d'écarter les enfants de leur voisinage en les empêchant de jouer avec eux, surtout si les bêtes malades toussent, éternuent, présentent du coryza, des suintements nasaux. Les personnes appelées par leur profession à se trouver en contact avec des chevaux ou des porcs (vétérinaires, cultivateurs, cavaliers, palefreniers, porchers, maréchaux ferrants, etc.) prendront des mesures de prophylaxie comme vis-à-vis de la grippe humaine.

En dehors des ces mesures de prophylaxie collective, il convient, en pareilles circonstances d'épizootie, de renforcer les moyens de défense de l'organisme humain pour éviter l'appariton de cas graves, qui résultent souvent d'une exaltation possible de la virulence microbienne, ou de l'association d'autres germes pathogènes.

Cette indication devient particulièrement pressante chez les prédisposés à la grippe : sujets affaiblis, convalescents. On conseillera une bonne hygiène générale, une alimentation saine et réconfortante, une médication tonique et reconstituante, et une hydrothérapie rationnelle pour favoriser, grâce à un bon fonctionnement de la peau, l'élimination des microbes, qui auront pu envahir l'organisme. On devra, d'autre part, rechercher une diurèse abondante, réaliser un véritable lavage de l'organisme grâce à une hydratation suffisante. Dans ce but, on recommandera l'usage du lait, les boissons abondantes, les eaux minérales alcalines. A ce titre l'eau de la Reine de Vals sera tout à fait indiquée; car, d'une part, elle se révèle comme essentiellement diurétique, d'autre part, grâce à sa teneur optima en alcalins et en acide carbonique, elle sera particulièrement efficace contre l'acidose et la coli-bacillémie.

Il faut, en effet, toujours redouter ces complications dans l'infection grippale, soit en raison de sa localisation intestinale du début, soit en raison de la forme intestinale grave, qu'il deviendra ainsi possible d'écarter d'une manière préventive.

Dr George.

LA MALADIE DE LANGDON-DOWN OU LES PROBLÈMES DU MONGOLISME

D'après le Docteur Maurice BOURGIN,

Ancien interne de l'Hôpital Franco-Musulman (1)

Langdon-Down en 1866 individualisa l'imbécillité mongolienne, dont on a voulu retrouver le type dans certaines figures du *Satyre et ses enfants* et des *Gourmands* de Jordaens (Musée de Bruxelles) et dans certaines *Néréides* de Broaklin.

La qualification de mongolienne provient de la bride de l'angle interne de l'orifice interpalpébral, bien que l'absence de saillie des pommettes fasse différer notablement le facies de ce genre d'idiots du visage énergique des Mongols aux pommettes saillantes.

Le mongolisme est relativement rare. Les garçons semblent y être plus prédisposés que les filles. Leur très faible vitalité fait qu'on les observe surtout avant l'âge de 5 ans et 90 % seraient morts avant 25 ans.

La face du mongolien est sans expression, sans rides, sans pli ; elle est aplatie. Le visage très petit par rapport au crâne et aussi au corps, est large et rond. Dès la naissance on constate de nombreux plis autour des yeux, de la commissure des lèvres, qui, lorsque le sujet veut rire, donnent à la physionomie une expression clownesque. Les joues sont plates, il n'y a pas de pommettes ; le pli naso-labial manque le plus souvent. Le plan géno-malaire n'a pas l'obliquité normale. Le nez est réduit à un bouton sur un visage plat. La racine du nez manque à sa partie supérieure. Sous ce nez est une bouche bée, petite et ronde avec des lèvres livides, éversées, souvent avec bec-de-lièvre. Le maxillaire supérieur est hypoplasique, l'inférieur est saillant et prognathe. Les yeux sont caractérisés par l'étroitesse et l'obliquité de la fente palpébrale et par l'épicanthus qui les bride. La flexion en S du rebord de la paupière, surtout supérieure, est ordinaire. Les globes oculaires sont petits. La blépharo-conjonctivite et la dacryocystite sont fréquentes. La cataracte survient souvent. Les oreilles mal formées sont parfois asymétriques, le lobule est adhérent, et peut manquer. La peau est rouge, squameuse, parfois ichtyosique, eczémateuse. La langue est grosse, plicatoire. Le malade bave.

La voûte palatine est en ogive. Le palais osseux est souvent fendu. Les gencives forment des bourrelets.

L'apparition des dents est tardive (18 mois à 2 ans), elles percent régulièrement. La dent de 6 ans n'apparaît guère qu'à 9 ans. Les dents sont dystrophiques, trop petites, pointues, cannelées.

Les cheveux sont fins, secs, abondants, parfois ondulés, jamais crêpus, de couleur châtain-cendré. La tête est petite et ronde, brachycéphale à l'excès. Les tempes sont aplaties, de même la région occipitale. Le mongolien est microbrachycéphale. Les fontanelles sont ouvertes et se ferment tardivement.

L'hypotrophie staturale, même le nanisme est la règle. La peau est pâle, vieil ivoire, flasque, lâche, flottante, œdémateuse, sèche, rugueuse. Les poils axillaires et pubiens apparaissent tardivement. Souvent on constate une touffe de poils à la région interscapulaires et lombosacrée, témoin possible d'une spina bifida occulte. La tâche dite mongolienne est tout à fait exceptionnelle.

Les os sont minces. Cyphose dorso-lombaire fréquente, ossification incomplète des côtes, aplatissement des omoplates.

Les mains sont courtes et larges, carrées, épaisses, massives, en battoir, cyanotiques. Les doigts sont courts et épais bien qu'effilés aux extrémités. Le pouce et l'auriculaire sont peu longs, surtout l'auriculaire en forme de parenthèse. Le pouce est petit, mal implanté. Les pieds sont courts, larges, grossiers, les orteils peu développés, souvent en marteau. Le gros orteil est séparé largement des autres qui souvent chevauchent.

Notons l'hypotonie musculaire et une grande laxité ligamentaire qui permettent aux mongoliens des positions singulières et des mouvements clownesques, qui facilitent l'apparition de ptoses viscérales, de prolapsus rectal, de hernies. Chez eux la constipation est la règle, elle est opiniâtre. La respiration est difficile et ils sont prédisposés aux affections broncho-pulmonaires du fait de l'étroitesse de la cavité rhino-pharyngienne.

Le système cardio-vasculaire est défectueux. L'hypotension est ordinaire. Des troubles psychomoteurs apparaissent dès la naissance.

Les deux caractères essentiels du développement psychique des mongoliens sont un constant retard sur les individus du même âge et l'inéluctable limitation qui les arrête au niveau mental de quatre ans au maximum.

On ne peut guère confondre le mongolien qu'avec certains myxœdémateux.

(1) Thèse de doctorat 1938. (Imp. Couderc, Nérac).

Outre les malformations du crâne on constate chez les mongoliens un arrêt de développement du cerveau sur la ligne médiane, une hypoplasie manifeste intéressant le mésencéphale et surtout la partie diencéphalique du prosencéphale où se trouvent les centres supérieurs du système nerveux autonome vago-sympathique.

Le mongolisme serait une malformation congénitale par arrêt de développement, une maladie congénitale. On ne saurait établir de lien entre cette maladie et la syphilis.

On pourrait supposer au mongolisme une origine génétique. Mais cela expliquerait mal le fait que les mongoliens soient assez souvent les enfants de mères épuisées par des grossesses successives. D'autres auteurs attribuent cette maladie à une lésion de la muqueuse utérine.

Les dysendocrinies, l'épuisement des géniteurs, la naissance tardive (tardillon), les manœuvres anticonceptionnelles ratées, l'âge de la mère ont été tour à tour invoqués dans la pathogénie de cette affection. On a prétendu qu'elle était une maladie conceptionnelle. Aucune de ces hypothèses n'est satisfaisante et l'étiologie du mongolisme est encore obscure.

Toutes les thérapeutiques, opothérapiques et autres sont restées sans résultats. L'éducation pédagogique et psychomotrice semble faiblement efficace grâce à l'instinct d'imitation des mongoliens, mais les progrès sont très limités. Le Docteur Maurice Bourgin a relevé dans sa thèse 205 observations. Il y ajoute une bibliographie très importante et il a écrit certainement le mémoire le plus complet sur la maladie de Langson-Down, bien que ses conclusions laissent au mongolisme une origine encore mystérieuse.

J. Noir.

PSYCHIATRIE

Traitement de la confusion mentale par la vitamine C

Par André Merland, Médecin-chef, et Henri Ollivier, Interne
au Centre d'Hygiène mentale de Marseille

Nous avons utilisé la vitamine C, dont on connaît l'action antitoxi-infectieuse, dans la thérapeutique des états confusionnels et en particulier, de ceux qui s'accompagnaient de troubles digestifs et toxi-infectieux importants.

Nous avons employé l'acide ascorbique lévogyre ou vitamine C cristallisée (laroscorbine) sous forme injectable quotidiennement (en ampoules de 2 cc. dosées à 0 gr. 10) par voie intramusculaire, chez 27 de nos malades femmes présentant un syndrome de confusion mentale avec atteinte de l'état général, état saburral des voies digestives, fétidité de l'haleine, inappétence, anémie, état subfébrile, etc., soit dans sa forme asthénique, soit dans sa forme onirique.

Sur les 27 observations qui s'offraient à notre expérimentation nous avons enregistré 24 résultats satisfaisants. Trois malades seulement n'eurent pas leur état modifié. Mais, signalons tout de suite que ces trois cas étaient des confusions mentales chroniques évoluant depuis longtemps chez des sujets très cachectiques.

Dans les 24 cas, où la vitamine C a agi favorablement, l'action bienfaisante sur l'état général a été des plus rapide, des plus nette, et nous l'avons retrouvée sur chaque malade. En même temps que l'asthénie s'en allait, l'anémie régressait, les troubles digestifs disparaissaient, l'appétit revenait, leur poids augmentait ; à ce sujet, nous avons observé chez six d'entre elles des transformations physiques remarquables et surprenantes par leur rapidité. Nous avons même vu une jeune femme augmenter de 13 kilog. en un mois et demi.

Au point de vue mental, 19 de nos malades ont été considérablement améliorées ou guéries ; 5 sont restées sans changement. La confusion mentale proprement dite diminuait notablement et cet effet se faisait sentir rapidement. Dès la cinquième injection, nos sujets paraissaient retrouver leurs sentiments ; leur désarroi intellectuel était moins grand. Bientôt conscience et lucidité reparaissaient.

Chez les confuses mentales avec onirisme, l'agitation motrice et l'excitation cérébrale diminuaient. Dès la troisième injection, l'effet se produisait et les malades devenaient plus calmes ; l'insomnie disparaissait. Chez trois d'entre elles seulement, la vitamine C a paru donner une recrudescence passagère de l'agitation, mais ceci n'amoindrissait en rien son heureuse action sur l'état physique. D'ailleurs, chez ces trois malades, les troubles confusionnels se sont amendés en quelques semaines.

En résumé, d'après les résultats que nous avons obtenus, la vitamine C a eu une action rapide et favorable dans 90 % des cas de confusion mentale. Il semble qu'elle ait exalté, puissamment et d'une manière presque immédiate, les moyens de défense de l'organisme au moment où ceux-ci fléchissaient. Son action s'est manifestée par un relèvement de l'état général et secondairement par une amélioration et par une disparition des troubles confusionnels.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Maladies de Simmonds et de Cushing

Le Docteur A. LICHWITZ fait une étude complète de ces deux syndromes pluriglandulaires et il confirme le rôle primordial de l'hypophyse dans la régulation endocrinienne, rôle que d'ailleurs l'étude de l'acromégalie et de multiples travaux expérimentaux avaient déjà permis de soupçonner.

Mais, et c'est là l'intérêt essentiel de ces deux affections, la multiplicité des réactions glandulaires montre une fois de plus que les glandes à sécrétions internes ne fonctionnent pas isolément et qu'elles constituent un véritable système avec des inter-réactions multiples et extrêmement complexes, faites à la fois d'hyperfonctionnement, d'insuffisance et surtout de neutralisation ou d'exaltation d'une fonction glandulaire par une autre.

Si ces syndromes glandulaires nous montrent comment les différentes glandes fonctionnent les unes par rapport aux autres, ils sont singulièrement décevants quand il s'agit d'interpréter la physio-pathologie de chaque symptôme.

Nous croyons connaître les fonctions de chaque glande ; or, en pathologie polyglandulaire on voit apparaître des symptômes nouveaux, dont on ignore le point de départ et qu'on ne rencontre pas dans les insuffisances monoglandulaires.

En d'autres termes, il est très vraisemblable que les manifestations des syndromes polyglandulaires ne sont pas le résultat d'une simple addition des différents troubles glandulaires. La combinaison de plusieurs systèmes glandulaires crée vraisemblablement des manifestations nouvelles que la pathologie monoglandulaire qui était la seule que nous connaissions jusqu'ici, ne nous a pas appris à connaître. (*Encyclopédie Médico-chirurgicale*, 1938, n° 13.)

Données biologiques sur une conception génétique des tumeurs malignes

MM. les Professeurs CORNIL et POURSINES, le Docteur PINORI adoptent les conclusions suivantes :

« 1° Les lois de l'hérédité actuellement expliquées biologiquement par la théorie des gènes inclus dans les chromosomes sont, dans une certaine mesure, applicables aux données statistiques du cancer, données fragmentaires qui nécessitent encore de vastes investigations dans le domaine de l'expérimentation comparée et humaine.

2° Le cancer se transmet comme un caractère régressif.

3° Histologiquement et biologiquement le cancer nous apparaît comme étant le résultat d'une mutation cellulaire. C'est un changement du potentiel de la cellule qui évolue en cellule néoplasique.

Mais cette mutation paraît être le résultat de deux facteurs conjugués : un facteur héréditaire et un facteur occasionnel. Le facteur héréditaire, transmis selon les lois de la génétique, est constitué par l'instabilité de certaines gènes aptes à la mutation. (*Sud Médical et Chirurgical*, 15 décembre 1938.)

Le syndrome malin dans les infections

Cette expression traduit bien la grave modification que peut subir la maladie, la soudaineté de son apparition et la rapidité de son évolution. Le Professeur A. BERNARD rappelle tout d'abord que le syndrome malin apparaît tantôt au début, tantôt au cours de l'évolution ou pendant la convalescence des infections. Il s'agit bien d'une aggravation subite, foudroyante du tableau clinique, qui conduit rapidement le malade à la mort. Alors que l'évolution suivait un cours normal, soudain, sans cause apparente, l'aspect clinique change et en quelques heures, le malade devient un moribond. Des symptômes alarmants se manifestent et se développent avec une rapidité effrayante.

On s'est rendu compte que, dans ces conditions, l'invasion de l'organisme par un microbe y suscitait des réactions défensives qui troublaient la structure des tissus et des humeurs, d'où il résultait quelquefois une défaillance mortelle.

Tous les maladies infectieuses, fièvre éruptives, septicémies, les intoxications mêmes, peuvent produire le syndrome malin. Mais, c'est au cours des fièvres et dans certaines infections du nourrisson qu'on l'a surtout étudié. Il est des signes avant-coureurs qui doivent éveiller l'attention, et faire pressentir l'éclosion du syndrome malin. C'est d'abord l'hyperthermie que l'on met sur le compte de la maladie ; mais ce sont surtout les troubles digestifs : les vomissements d'abord alimentaires, puis muqueux, bilieux, verts et porracés, incoercibles ; fréquemment la diarrhée les accompagne, verte et ensuite jaune-claire

et très fétide. Surviennent aussi des fissures, des ulcérations avec tuméfaction des lèvres.

En quelques heures l'aspect du malade change. A l'hyperthermie, qui parfois s'exagère encore, s'ajoutent deux ordres de symptômes : les signes nerveux et les troubles circulatoires.

L'asthénie principalement est frappante. C'est un malade qui, il y a quelques heures encore, s'intéressait aux choses qui l'entouraient, conversait avec son entourage, et qui tout à coup se retranche de la vie et se plonge dans une torpeur voisine du coma. Parmi les troubles circulatoires, l'hypotension est le symptôme dominant. Souvent la Mx s'effondre proportionnellement plus que la Ma. Il en résulte une diminution de la différentielle, indice d'une circulation fortement compromise. En même temps, on constate que le pouls est faible, petit, rapide, filiforme. Ces troubles vasculaires, à prédominance périphérique, ont des conséquences qui s'observent sur le revêtement cutanéo-muqueux. Ces manifestations cutanées frappantes traduisent extérieurement une modification grave de la circulation. Habituellement la face est d'une pâleur blafarde, avec un certain degré de cyanose, quelquefois d'un gris terne, avec par places des marbrures violacées. On peut également observer des érythèmes.

L'étude de la fièvre est très importante. Dès l'installation du syndrome malin, on constate, en même temps que la pâleur des téguments une moiteur froide de la peau, qui peut faire penser à une chute de la température. Mais, en réalité, si on prend la température rectale, on s'aperçoit que la fièvre est très élevée : il y a discordance entre la température centrale et la température périphérique.

Du côté des viscères on peut noter des crises d'œdème aigu du poumon, des altérations rénales, une insuffisance hépatique, des convulsions. D'ailleurs l'anatomie pathologique révèle une congestion intense de tous les viscères et du système nerveux ; on peut même observer des ruptures vasculaires et des foyers hémorragiques.

Le système neuro-végétatif est le lien anatomique et pathogénique, que l'on trouve à la base du syndrome malin. D'ailleurs l'expérimentation et les interventions chirurgicales, portant sur le mésocéphale, peuvent produire des désordres thermiques et circulatoires généralisés à tous les viscères, analogues à ceux observés dans le syndrome. Bref, toute lésion, toute irritation portant sur le système neuro-végétatif, soit sur le centre végétatif supérieur (diencéphale) soit sur l'une quelconque de ses zones périphériques (ganglion cervical, nerf splanchnique) peuvent donner les symptômes identiques , où dominent les désordres de la régulation thermique et de la régulation vaso-motrice. (*Journ. des Sc. Médicales de Lille,* 1er janvier 1939.)

La cellulite

La cellulite consiste dans l'infiltration du tissu cellulaire interstitiel par des empâtements, des indurations et des nodosités qui déterminent des troubles multiples dont le plus important est la douleur. Abandonnée à elle-même, elle prépare des infirmes de tous âges. Elle doit avoir une place de choix, à côté du rhumatisme, parmi les grandes manifestations cliniques de l'arthritisme. Rare chez l'enfant, elle touche surtout l'adulte et principalement la femme à l'âge critique. Les facteurs qui favorisent son apparition sont : les infections (colibacillose, grippe, tuberculose, syphilis, etc.) ; les intoxications, l'insuffisance fonctionnelle du foie, la constipation chronique ; le surmenage physique ou intellectuel ; les troubles endocriniens, etc.

Le Docteur R. Dubois rappelle que pour mettre en évidence la cellulite, il faut saisir la peau et sa doublure entre le pouce, l'index et le médius de chaque main et les faire rouler entre les doigts. On sent alors : soit un épaississement œdémateux, de fermeté élastique, donnant la sensation d'un empâtement presque toujours douloureux. Soit une infiltration dure en forme de placards irréguliers. La peau paraît être doublée d'un véritable capitonnage ; elle est adhérente aux plans profonds. Cette induration parcheminée, mal délimitée, plus ou moins douloureuse, laisse percevoir à la palpation une crépitation fine, neigeuse, parcheminée, amidonnée. Elle est l'expression d'un stade plus avancé du processus cellulitique.

Quant aux symptômes subjectifs, le principal d'entre eux est la douleur qui peut être spontanée (fatigue, mouvement, etc.) ou provoquée.

Cliniquement, mis à part la cellulite périviscérale et la cellulite pelvienne, on observe différentes localisations de la cellulite. Elle peut siéger au niveau de la nuque, du thorax, de la région précordiale (palpitations, gêne respiratoire), de l'abdomen, de la région dorso-lombaire, des membres inférieurs ou supérieurs.

Le diagnostic repose sur la constatation objective de l'œdème, des placards et des nodules cellulitiques par le palper soigneux et méthodique des tissus sous-cutanés.

Le traitement local consistera en galvanisation, courants de haute fréquence, rayons infrarouges, ondes courtes, et massages (effleurage, friction, pétrissage, etc.

Cependant, un traitement général est également nécessaire. Il faut combattre l'obésité, la diathèse goutteuse, les troubles hépatiques, intestinaux, endocriniens, nerveux ; enfin on luttera contre l'auto-intoxication provoquée par la sédentarité. (*L'Actualité Médico-chirurgicale,* décembre 1938.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

Le traitement chirurgical de la crise aiguë d'appendicite

(M. Pierre Duval ; 17-1-1939)

Les chirurgiens restent émus par la communication de M. Weinberg sur la sérothérapie pré-opératoire de l'appendicite et de la péritonite appendiculaire.

Après M. Hartmann, M. Pierre Duval rappelle que toute médication qui, en présence d'une crise aiguë d'appendicite, pourrait faire retarder l'opération, est dangereuse. Loin de laisser croire qu'il y a une thérapeutique extra-opératoire de cette crise, il faut, dit-il, persuader et le public et les médecins qu'il n'y a qu'un seul traitement de l'appendicite aiguë : l'opération d'urgence et précoce.

En dix-sept ans, à l'hôpital de Vaugirard, il a été opéré dans le service de M. Pierre Duval, 1663 cas d'appendicite aiguë. La mortalité globale qui était de 7 % jusqu'en 1934, est tombée à 1,5 % et à 4,4 % de 1934 à 1938, à la suite de la campagne faite auprès des médecins de cette circonscription hospitalière en faveur de l'intervention précoce.

Si l'on envisage, dans la statistique en question, la mortalité suivant le temps écoulé entre le début de la crise et le moment de l'opération, on trouve : sur 140 opérés dans les vingt-quatre premières heures, un mort (par embolie foudroyante) ; sur 248 cas opérés dans les vingt-quatre à quarante-huit premières heures, trois morts ; sur 274 cas opérés au troisième jour ou après, douze morts.

La sérothérapie dans l'appendicite aiguë ne saurait être considérée comme un traitement « pré-opératoire ». Elle n'est indiquée qu'à titre adjuvant, complémentaire, après l'opération, qu'elle ne doit jamais retarder.

Académie de chirurgie

Gangrène progressive, cutanée et thoracique, suite d'interventions pour abcès gangréneux du poumon

(M. Baumgartner ; 30-11-1938)

A propos des gangrènes cutanées post-opératoires dont il a été longuement question, ces temps derniers, à l'Académie de chirurgie, M. Baumgartner rapporte un cas de gangrène cutanée et thoracique, progressive, ayant succédé à une intervention pour abcès gangréneux du poumon. L'ulcération, de la grandeur d'une paume de la main, intéressait la peau, les muscles de la paroi et même les côtes, mettant à nu le poumon. Des prélèvements montraient la présence abondante de streptocoques, staphylocoques, et bacilles fusiformes. Mort au bout de deux mois et demi.

Résection de la rotule pour fracture

(M. Mialaret. — Rapport de M. A. Basset ; 30-11-1938)

M. Mialaret a pratiqué une résection de la rotule pour fracture ouverte de cet os. C'est une intervention assez rarement effectuée dans les traumatismes du temps de paix, du moins en France. Les chirurgiens anglo-saxons préconisent, en effet, la patellectomie comme traitement de choix des fractures transversales fermées les plus banales de la rotule. Les chirurgiens français adoptent généralement une tendance plus conservatrice, un cerclage de la rotule, par exemple, après nettoyage minutieux de l'articulation dans le cas de fracture ouverte.

Le résultat, chez la malade de M. Mialaret, a été satisfaisant, prouvant que l'ablation complète de la rotule est compatible avec un bon fonctionnement ultérieur du genou. Mais, l'auteur n'a nullement l'intention de préconiser la patellectomie habituelle dans le traitement des fractures ouvertes ou fermées de la rotule.

Luxation antérieure de l'atlas sur l'axis avec fracture de l'apophyse odontoïde

(M. Polony, de Belfort. — Rapport de M. Desplas ; 16-11-1938)

Un homme de 30 ans, tombe sur le front au cours d'un accident de bicyclette. Il présente de la raideur du rachis cervical avec contracture des muscles de la région. La radiographie montre une luxation antérieure de l'atlas sur l'axis et une fracture de la base de l'apophyse odontoïde. M. Polony pratique la réduction suivie de verrouillage par greffons articulés suivant la méthode de B. Desplas. La réduction a été pratiquée par le procédé lent à la Bohler (lit incliné à 35°, tête en hyperextension, fronde de Glisson et traction de 10 kgr. sur les membres inférieurs). Les suites ont été des plus satisfaisantes.

— M. Petit-Dutaillis estime que l'opération est trop récente (elle date de dix mois) pour que l'on puisse juger du résultat définitif.

— M. Desplas ajoute que l'opéré a pu être incorporé dans un service équivalent au service militaire, ce qui montre bien le peu d'incapacité restante.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

L'évolution cyto-bactériologique de deux pleurésies suppurées à streptocoques traitées par les dérivés sulfamidés

(MM. Noël Fiessinger, Michel Aibeaux-Fernet et Robert Tiffeneau ; 4-11-1938)

Les deux observations rapportées sont des exemples curieux de l'action remarquable des sulfamides dans le traitement des suppurations à streptocoques. Dans l'une, le liquide pleural, à mesure que ces streptocoques perdaient leur vitalité, de suppuré qu'il était devenait clair ; à noter la rapidité de l'action thérapeutique : la maladie, qui avait débuté le 26 avril 1938, était complètement guérie un mois plus tard et cela sans intervention chirurgicale.

Dans l'autre observation, au contraire, le liquide conservait, en l'accentuant même, sa purulence avec la même perte de vitalité de ses éléments microbiens. On avait prescrit tout d'abord la sulfamide à la dose de quatre comprimés de 0 gr. 50 par jour ; ensuite, on avait donné la chrysoïdine à la dose de quatre comprimés de 0 gr. 20 par jour ; l'efficacité de ce dernier corps n'étant pas accompagnée d'incidents toxiques, on put en poursuivre l'administration pendant dix à douze jours.

Un caractère commun réunissait ces deux cas : la persistance de l'état fébrile et des réactions infectieuses, même quand on était bactériologiquement certain de la stérilisation des foyers infectieux. Il y avait cependant une différence marquée du processus cytologique. La fièvre avait persisté comme si la résorption de pus dans le premier cas, d'exsudat dans le deuxième, s'accompagnait d'un processus fébrile. Ainsi à une fièvre septique aurait succédé une fièvre aseptique, véritable fièvre de résorption.

A remarquer que :

1° La thérapeutique employée fut d'un caractère strictement médical : diète, enveloppements sinapisés du thorax et surtout chimiothérapie. Les ponctions pratiquées furent simplement exploratrices ; à aucun moment, on n'eut l'impression qu'on serait obligé de recourir à une thoracentèse. Or, dans les deux cas, il s'agissait de pleurésies purulentes ; il y a quelques années, le traitement chirurgical eut paru indispensable. Ces faits sont actuellement connus, et il paraît inutile d'insister sur l'efficacité remarquable et surprenante de ce traitement chimiothérapique ;

2° Le mode de guérison parut ici très spécial : ce fut la précession de la guérison bactériologique sur la guérison clinique, et ce fait doit être rapproché d'une constatation semblable observée dans d'autres infections streptococciques, l'érysipèle et la méningite purulente à streptocoques. Dans les deux observations, il ne semble pas tout d'abord que l'état général fut modifié : la fièvre, la tachycardie, l'oligurie persistent : cependant, il ne se manifeste aucun phénomène d'ordre suppuratif ; pas de signes locaux de purulence, pas de diarrhée, pas de sueurs, peu d'oscillations fébriles. De même, les signes stéthacoustiques demeurent inchangés : la zone de matité et de silence respiratoire ne diminue pas. L'action thérapeutique porte — dans ce premier temps — sur le liquide pleural ; elle consiste en un fait essentiel : la disparition du microbisme. La diminution de la viscosité, l'éclaircissement, puis la disparition du microbisme sont les phases successives de la guérison, que l'on est autorisé à affirmer sur des cultures négatives, comme dans la méningite purulente. La fièvre ne baissera que secondairement à ces modifications liquidiennes, mais le mode réactionnel de guérison sera différent dans les deux cas. G. F.

Société de médecine de Paris

(4-11-1938)

L'insuffisance surrénale aiguë

M. le Prof. Emile Sergent, tout en rappelant les caractères du syndrome d'insuffisance surrénale aiguë dans ses types essentiels, s'attache particulièrement à montrer, à l'occasion de cette étude, le rôle de l'observation clinique dans le progrès des sciences médicales. C'est par la découverte de la « maladie bronzée » qui porte aujourd'hui son nom, qu'Addison en 1855 suggéra aux physiologistes, l'idée du rôle jusque-là ignoré des capsules surrénales. Si l'année suivante, Brown-Séquard démontre en effet que les capsules surrénales « étaient indispensables à la vie », il ouvrit à son tour une voie nouvelle aux investigations des cliniciens et des physiologistes en montrant que la destruction totale des capsules surrénales entraînait l'apparition d'accidents aigus, rapidement mortels, évoquant l'idée d'une intoxication et d'un troubles profond de la tonicité cardio-vasculaire. L'insuffisance surrénale aiguë se dégageait ainsi, avec toute sa netteté ; elle prit, dans le cadre clinique, sa place définitive et indiscutée et les physiologistes, après avoir discuté l'origine et la valeur de l'adrénalinémie, se rallièrent avec Gley, à une interprétation générale plus large et plus rationnelle du rôle des glandes surrénales. Ici encore, la clinique remplit donc sa mission, en apportant les résultats des observations que livraient à ses investigations les états pathologiques, c'est-à-dire les « expériences spontanées ».

L'hémocrinothérapie

M. Fildermann fait un exposé rapide de cette méthode qu'il applique depuis vingt ans avec succès dans un grand nombre d'affections d'étiologie endocrinienne, et dans d'autres dont les rapports avec les endocrines ne sont pas classiquement admis. L'efficacité et l'innocuité de la méthode ont été démontrées par un grand nombre d'observations présentées par l'auteur dans différentes sociétés. Parmi les affections les plus fréquentes dans lesquelles l'efficacité de la méthode est constante, l'auteur cite surtout les staphylococcies, les artérites, l'hypertension, les eczémas, l'obésité.

Les Congrès

● ● ●

Xe CONGRÈS FRANÇAIS DE STOMATOLOGIE

(*Paris — octobre 1938*)

PREMIER RAPPORT

Adénites géniennes

Professeur X.-J. Dubecq, de Bordeaux

L'auteur reprend les conceptions anatomiques des classiques, pour adopter en définitive les conclusions des travaux de Rouvière et Sassier sur la question. Il existe quatre groupes ganglionnaires *faciaux* : maxillaire inférieur, buccinateur, naso-génien ou sous-orbitaire et malaire.

Ces formations ganglionnaires sont d'ailleurs rares. Les plus fréquemment rencontrées après injection des lymphatiques sont les maxillaires inférieurs (12 %), les plus rares les malaires (1 %). Elles sont des *relais facultatifs* placés sur le trajet des lymphatiques émanés des téguments de la face, des parois de la cavité buccale et de la région gingivo-dentaire.

L'étude clinique est, comme il reste classique, divisée en deux grands groupes, les adénites spécifiques et les adénites non-spécifiques, et basée sur de nombreuses observations.

Adénites spécifiques. — Trente-six observations, dont les adénites bacillaires représentent la majorité (58 %). Les néoplasmes figurent pour 19 %.

Rarement les adénites bacillaires sont isolées : dans la plupart des cas, elles font partie d'une polyadénopathie cervico-faciale. D'autre part, si, dans 32 % des cas, elles ne semblent pas sous la dépendance de lésions bucco-dentaires, dans 60 %, on peut trouver ces lésions à leur origine.

Le traitement dentaire strict apporte la guérison dans 40 % des cas. Quant au traitement local de l'adénite, l'auteur préconise les traitements ayant depuis longtemps fait leur preuve : ponction évacuatrice et injections modificatrices, curettage ou excisions, agents physiques.

Il signale l'injection dans la masse d'adénite d'un solution éthérée de chlorophylle formolée, employée par Moure, Baude et Renault.

Adénites non spécifiques. — Si l'on tient compte des seuls cas où la certitude diagnostique clinique ou histologique a été établie, ces adénites sont vraiment peu fréquemment rencontrées en pratique.

Comme élément de certitude clinique, il faut placer au premier plan, l'observation des signes de début et particulièrement « l'indépendance de la tuméfaction des plans profonds et du plan cutané ».

En particulier, la « queue d'adénite » sur laquelle insistait Lebedinsky est le plus souvent une traînée de cellulite et non pas une lymphite.

Très nombreux sont les foyers de cellulite, abcédés ou non, qui sont étiquetés couramment adénites géniennes.

Sur 120 observations, 36 ne sont pas bucco-dentaires, et 44 des autres ne présentent pas ces signes de certitude.

DEUXIÈME RAPPORT

Docteur Lebours, de Paris

Les dystrophies dentaires de la syphilis héréditaire

Dans ce rapport extrêmement dense et fouillé, l'auteur passe en revue toutes les dystrophies et stigmates dentaires susceptibles de mettre sur la piste d'une syphilis héréditaire et esquisse un classement des valeurs de ces différents signes.

Les symptômes dentaires valent ce que valent tous les signes dystrophiques de l'hérédo-syphilis. *Aucun n'est pathognomonique* et leur signification ne peut être appréciée que dans le cadre de la clinique, médicale.

Toute dystrophie dentaire quelle qu'elle soit appelle une étude complète anamnestique, clinique et sérologique, du patient et de sa famille — et les stigmates dentaires doivent être regardés comme les images visibles et permanentes des altérations viscérales qui se sont déjà constituées, qui sont en voie d'évolution ou qui peuvent survenir.

Le chronologie et l'étendue de ces dystrophies apportent d'utiles indications sur la gravité de la maladie.

Les dystrophies dentaires actives et les stigmates, les troubles de la dentition, les agénésies folliculaires et les malformations dentaires acquièrent *toutes*, alors une signification précise en permettant de faire le diagnostic, voire d'établir un pronostic.

Il importe d'analyser l'époque d'apparition, la nature et le groupement des dystrophies :

— plus près de la naissance est située une dystrophie, plus elle a de chance d'appartenir à une syphilis active. Plus elle est éloignée plus elle semble relever d'une syphilis dystrophique avirulente ;

— les stigmates complexes : amorphisme, syndrome dentaire d'Hutchinson, appartiennent presque exclusivement à l'hérédo-syphilis ;

— plus les altérations *dentaires sont nombreuses* et diverses, plus probable est la syphilis héréditaire.

QUESTION MISE EN DISCUSSION

Docteur HÉNAULT, de Paris

Les thérapeutiques biologiques en stomatologie (pyorrhée exceptée)

L'auteur fait un rappel succinct des notions biologiques nécessaires à la compréhension de cette thérapeutique et souligne les caractères particuliers de chacune des méthodes envisagées.

Il divise les malades à traiter en quatre catégories :

1° *Sujets gravement infectés*, diffusion extrême, toxémie (angine de Ludwig, phlegmons gangréneux diffus cervico-faciaux, septicémie).

Ici, la *sérothérapie* doit être mise en œuvre, car il faut apporter des anticorps de toute urgence.

Au cas d'affections à anaérobies, on adjoindra toujours au sérum spécifique des sérums polyvalents, notamment le sérum anti-streptococcique de Vincent.

C'est dans les septicémies à streptocoques que la transfusion, ou mieux l'immuno-transfusion trouve son indication la plus précise.

2° *L'organisme sérieusement touché* réagit cependant (ostéophlegmon mandibulaire diffus).

Il y a intérêt à pratiquer sur ces malades, une injection de sérum avant d'instituer une thérapeutique de choc (propidon, lait, électrargol).

3° *Il existe un foyer buccal limité, le malade se défend bien.* — L'acte chirurgical est au premier plan d'emblée, suivi accessoirement d'instillations, d'antivirus ou de bactériophages. Secondairement, s'il y a lieu : auto-vaccin ;

4° *Infections chroniques.* — Auto-vaccins. Les doses injectées seront des doses fortes, les injections espacées. Bactériophage.

L'auteur rappelle l'intérêt de la vaccinothérapie préventive avant une intervention.

COMMUNICATIONS

Choix de l'intervention dans le traitement chirurgical des déformations mandibulaires. — M. LANDAIS. — Grâce à un articulateur spécial, après réalisation d'une maquette, qui permet de placer la mandibule dans sa position pathologique et dans sa position corrigée, le moyen est donné de choisir dans chaque cas l'opération la meilleure.

Cellulite génienne d'origine salivaire. — M. DECHAUME. — Trois cas semblables : au-dessus de l'orifice atrésié du canal s'est installée progressivement une dilatation. La stase, puis l'infection dans la poche ont provoqué une réaction cellulaire péricanaliculaire.

Traitement des stigmates inesthétiques des suppurations cervico-faciales d'origine dentaire. — M. GALTIER étudie l'emploi des agents physiques, et de la chirurgie (greffes de peau totale libre, greffes graisseuses, suture intradermique, tatouage).

Traitement chirurgical de l'obtusisme mandibulaire. — MM. PONT, PEYRUS, QUINTERO, POTEL. — Après l'âge de 18 ans, les auteurs proposent la résection cunéiforme du maxillaire inférieur au niveau de l'angle et blocage en bon articulé, comme pour une double fracture angulaire.

Kyste fissuraire intra-osseux. — MM. CADENAT et LABRY. — Ces kystes du bloc osseux incisif, indépendant du système dentaire, prennent place à côté des kystes de la région palatine médiane antérieure et des kystes mucoïdes congénitaux du seuil narinaire.

Considérations sur les kystes mucoïdes du plancher des fosses nasales. — M. le Professeur LEMAÎTRE.

Biotropisme. — M. MILIAN expose sa théorie séduisante du biotropisme et ses applications à la stomatologie.

Les pyorrhées alvéolaires. Paradentose. Conjonctivo-épithéliose. — M. TELLIER.

Aperçu de chimiothérapie antibactérienne par les dérivés sulfamidés. — MM. J. TRÉFOUEL et René MARTIN insistent sur la posologie, les diverses voies d'administration, les dosages du 1162F dans les tumeurs et l'organisme. Ils soulignent l'intérêt que ce médicament est appelé à avoir en stomatologie.

Le syndrome de pulpite radiculaire. — M. KRIVINE. — La pulpite radiculaire se caractérise par une disparition des réactions normales de la pulpe, avec retard des douleurs causées par les agents thermiques et apparition de signes d'arthrite.

Sur le diagnostic de certains épithéliomas de la région glosso-laryngée. — M. JOURDAN cite un cas où la tumeur du haut larynx fut révélée par un radiogramme de profil de l'axe aérien (Docteur BACLESSE).

Régénération osseuse de la branche montante du maxillaire inférieur. — M. DUCLOS. — Après les grandes ostéites, une branche montante se réforme presque toujours grâce à la gaine ostéo-périostique, mais il faut améliorer la forme en guidant la mandibule sans la bloquer.

Après les résections pour tumeurs peu malignes, fragments ostéo-périostés et muscles désinsérés peuvent créer un ostéome utile, à forme de branche montante rudimentaire Mobilisation précoce.

Considérations sur la tuberculose buccale. — MM. Ch. RUPPE, CERNÉA, M. CHAPUT. — A côté de la tuberculose des maxillaires par voie sanguine et presque toujours mandibulaire, peuvent être notés des cas rares de tuberculose par voie buccale chez des phtisiques, se produisant par l'intermédiaire, soit de lésions dentaires, soit de lésions muqueuses

Pour rares que soient ces faits, il y a lieu, cependant de les connaître, de surveiller attentivement chez les tuberculeux avérés les plaies alvéolaires.

Lorsqu'une géode en communication avec le milieu buccal paraît revêtue d'une membrane suspecte, il convient de faire un prélèvement, aux fins d'une étude histologique et d'examiner médicalement le sujet.

Le lupus engendre parfois une fonte du rempart alvéolaire. L'ulcération tuberculeuse est capable

d'entraîner une destruction osseuse plus ou moins considérable.

Pour ce qui est de la tuberculose de la langue, la plus fréquente des manifestations buccales de la bacillose, il faut se méfier des formes pseudo-tumorales qui peuvent donner le change. Il y a lieu de bien distinguer la forme superficielle, sputogène, qu'il est possible de traiter au début par des cautérisations ou par l'exérèse et à un stade plus tardif par la radiothérapie, et des formes hématogènes plus rares, massives, à évolution rapide, qui ne relèvent que de la radiothérapie.

Algies faciales et fêlures dentaires. — M. Chenet revient sur l'existence de névralgies faciales très intenses, pour une cause dentaire souvent difficilement décelable (fêlure).

Dent de sagesse à racines inversées en « bec d'aigle ». — MM. Ginestet et Paoli. — Elle oblige pour l'extraction à une brèche osseuse cunéiforme à sommet postérieur.

Chronologie de la calcification des dents permanentes. — M. Thibault. — L'histologie et la radiographie ont permis de préciser que la calcification des incisives centrales supérieures et inférieures et de la latérale inférieure se fait au cours du quatrième mois. La latérale supérieure au cours du onzième ou douzième mois. Les canines vers le sixième mois. La première molaire après la naissance, contrairement aux données anciennes.

Rôle de l'acide carbonique et de l'oxygène au cours de l'anesthésie au protoxyde d'azote. — M. J. Carré.

Malposition maxillo-dentaire. Monobloc armé. — M. Gornouec. — Perfectionnement très efficace qui permet de gagner un temps précieux dans la conduite du redressement et multiplie les indications de l'appareillage mobile.

Canine incluse et troubles nerveux. Kystes paradentaires sinusiens. Formations kystiques palatines. — M. Ardouin.

Les avantages de la vaccination locale en stomatologie. — Mlle Aïtoff. — Par injections, instillations, pansements à titre préventif ou curatif.

Cancer du maxillaire supérieur chez les jeunes. — M. Péri.

Empreintes à la cire plastique et équilibre fonctionnel de certains appareils. — MM. Ponroy, Boutroux et Cabrol. — Procédé à la cire jaune de Carrière permettant la meilleure adaptation des prothèses complètes, notamment de celles du maxillaire inférieur, dans les cas de plancher buccal.

Traitement simplifié de la sinusite maxillaire suppurée chronique d'origine dentaire par le drainage alvéolaire suivi de cautérisations antrales à l'acide trichloracétique. — M. Darcissac.

La bruxomanie. Ses accidents dentaires et péridentaires. Son traitement prothétique. — M. Chateau.

Curiethérapie en stomatologie. — MM. Degrais et Gornouec.

Les Livres

Thiron et Cie, imprimeurs, Clermont (Oise)

Docteur Dani Hervouet. — **Les acides aminés en phtisiothérapie.**

Le Docteur D. Hervouët a réuni en un petit volume, dont la lecture est très instructive et intéressante, les articles et les communications où il expose et défend sa méthode de traitement de la tuberculose par les acides aminés. La plupart de ces articles ont été publiés dans le *Concours Médical* et les communications ont été faites à la Société médicale des praticiens. L'ouvrage se termine par une conférence faite au Comité français des écoles de plein air en mars 1936 sur la collaboration de l'Inspection médicale et de la Direction aux écoles de plein air. Notons que le Docteur Dani Hervouët est médecin-inspecteur des écoles de la Ville de Paris.

Librairie Maloine

27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe)

Hervé Harant. — **Parasitologie médicale.** Un vol. 202 p., 95 fig. ou photos. Collection « Les Petits Précis », 1939. Prix : 18 francs.

Dans la préface de ce nouveau Précis, l'auteur expose les idées directrices, qui ont inspiré sa rédaction : importance des méthodes de diagnostic et de dépistage et des programmes de prospection dans le traitement et la prophylaxie des maladies parasitaires.

Le premier chapitre est consacré aux arthropodes parasites ou vecteurs de virus : acariens, insectes ; les moyens de lutte appropriés sont indiqués à chaque occasion. C'est l'introduction nécessaire au chapitre II relatif à l'épidémiologie des maladies transmises par ces arthropodes : maladies à bactéries, à rickettsia, et à ultra-virus ; spirochétoses (chapitre III) ; protozooses (chapitre IV), les affections à protozoaires sanguicoles nécessitant des méthodes de diagnostic et de dépistage indiquées dans les chapitres précédents, les affections à protozoaires intestinaux amorçant au contraire l'étude de procédés utilisés en helmintologie (chapitre V).

Enfin, une très courte revue des notions essentielles concernant la mycologie médicale termine l'ouvrage.

Ce précis constitue un utile mémento non seulement pour l'étudiant, mais pour le praticien hygiéniste ou thérapeute.

Les Thèses

Mp. — Dr R. Peyronnier. — **La péritonite par perforation, complication de la lymphogranulomatose de l'intestin.** (Thèse 1938.)

La maladie de Hodgkin, essentiellement ganglionnaire, peut réaliser de multiples formes et intéresser notamment le tractus gastro-intestinal.

Dans les formes non compliquées, la lymphogranulomatose intestinale ne possède qu'un tableau clinique vague et la diarrhée serait son signe le plus fidèle.

Parmi les complications susceptibles de survenir au cours de cette localisation, il faut signaler, outre les obstacles au transit (obstruction subaiguë, invagination chronique), les péritonites aiguës par perforation dont l'auteur rapporte un exemple, le troisième publié, à sa connaissance.

Du point de vue du diagnostic, seul l'examen anatomo-pathologique peut apporter une preuve certaine de la nature des lésions.

N. — Dr J. Fabre. — **Contribution à l'étude du métabolisme de la vitamine C chez le vieillard.** (Thèse 1938.)

Dans le service de clinique des maladies des vieillards dirigé par le Professeur P.-L. Drouet, M. Fabre a fait un travail documenté d'où il conclut que l'hypovitaminose C est très fréquente chez le vieillard ; dans la majeure partie des cas, cette hypovitaminose est d'origine endogène, liée à un touble de fixation de la vitamine par les tissus séniles. Parallèlement aux troubles de fixation, il faut envisager, chez le vieillard, un trouble de l'élimination en rapport probablement avec une insuffisance rénale. Dans ces conditions, il est nécessaire de pratiquer le dosage de la vitaminen, on seulement dans l'urine, mais dans le sang. L'auteur s'est servi de laroscorbine soit sous forme d'ampoules, soit sous forme de comprimés et il a fait ses dosages avec des comprimés de dichlorophénol-indophénol.

On sait quelle est la technique utilisée généralement. La préparation de la solution titrée est obtenue en faisant dissoudre un comprimé de dichlorophénol dans 100 c. c. d'eau distillée. Cette solution est versée dans une burette de Moor. On prélève ensuite avec une pipette graduée 10 c. c. d'urine fraîchement émise. On la verse dans une fiole conique et on l'acidifie en ajoutant 1 c. c. d'acide acétique glacial. On fait couler goutte à goutte et rapidement la solution de dichlorophénol-indophénol jusqu'à ce qu'une teinte rose apparaisse et se maintienne pendant trente secondes environ.

Cette méthode simplifiée permet de calculer les C-hypovitaminoses qui sont infiniment plus fréquentes qu'on ne pense chez les vieillards, chez les adultes et surtout chez les enfants.

P. — Dr G. Rousseau. — **Pneumothorax spontané au cours des pneumopathies aiguës non tuberculeuses de l'adulte.** (Thèse 1938.)

Le pneumothorax peut s'observer à titre de complication au cours de toutes les pneumopathies aiguës de l'adulte. Sans être fréquente cette éventualité est loin d'être une curiosité.

A côté des formes totales ou étendues, à début brutal et qui ne sauraient passer inaperçues, il est des formes bien plus discrètes, localisées, à symptomatologie atténuée et que des examens radiologiques plus fréquemment pratiqués permettraient de découvrir plus souvent.

Dans 25 % à peine des cas, le pneumothorax reste pur. Dans 75 %, il y a hydro ou pyopneumothorax.

C'est une complication grave, entraînant 40 % de décès, la gravité étant sous la dépendance :

des phénomènes asphyxiques ou asystoliques du début ;

de la suppuration pleurale secondaire.

P. — Dr R. Henriet. — **Contribution à l'étude de la mortinatalité**, d'après des statistiques recueillies à la Maternité de Lariboisière. (Thèse 1938).

L'auteur conclut que : le plus grand nombre de mort-nés est fourni par des prématurés ; il meurt plus d'enfants à la naissance que sous trois jours ; il meurt plus de garçons que de filles.

Ceci tout d'abord parce qu'il « naît » plus de garçons que de filles et aussi peut-être parce que les garçons étant très souvent plus gros que les filles augmentent ainsi singulièrement les causes de dystocie.

En tête des causes de mortinatalité on trouve, et de loin la syphilis ; viennent ensuite par ordre de fréquence décroissante : les présentations dystociques, les interventions obstétricales, enfin d'autres causes diverses.

Les principaux remèdes à apporter à la mortinatalité se résument, comme le dit le Professeur Couvelaire, en : assistance médicale pendant la gestation, assistance obstétricale pendant la parturition, assistance sociale.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

■ ■ ■

LES « VIOLONS D'INGRES » DU MÉDECIN

Evidemment c'est au pied du mur qu'on connaît le maçon, devant son chevalet qu'on juge le peintre et au lit du malade le médecin. Mais le professionnel n'est pas tout l'homme ; il en reste une part, bien intéressante aussi à découvrir, et que le travail journalier n'exprime pas. Monsieur Ingres, comme parlaient ses contemporains, si glacial dans sa peinture, ne révélait sa sensibilité que l'archet en main. Pareillement dans un médecin bien d'autres personnalités cohabitent souvent avec le disciple d'Hippocrate. Et je ne crois pas verser dans le paradoxe en déclarant qu'un homme ne s'apprécie réellement qu'en dehors de sa profession. Même s'il l'exerce, cette profession, de façon remarquable, elle lui impose une vision stéréotypée du monde. C'est piètrement réduire son champ et mal juger le monde que ne pas s'accorder de fugues vers l'amateurisme. Peut-être l'efficience professionnelle en sera-t-elle amoindrie. Pasteur n'aurait pas révolutionné la biologie s'il n'avait pensé constamment à ses expériences en cours. Mais avec tout le respect que, chétif, je dois à Pasteur je me permettrai de dire que, à travers les récits de ses biographes, on distingue une sorte de génie monstrueux accolé à un être à peu près inculte, ne s'intéressant à rien. L'humanité a tiré son bénéfice du premier ; mais c'est au second qu'avait surtout affaire son entourage.

A ceux donc qui n'hébergent pas un génie de ne pas non plus tolérer en eux l'autre personnage. C'est leur seule chance de rattraper un peu de la distance qui les sépare d'un Pasteur.

***

Parlant à une promotion de médecins militaires qui sortait de l'Ecole le Docteur L.-B. Wilson, directeur honoraire de la Fondation Mayo, a traité cette question des loisirs du médecin avec une bonhomie pleine d'humour (1).

C'est le moment, pense-t-il, dès maintenant, avant de franchir la porte de l'Ecole, de songer à l'emploi des loirsirs laissés par la profession.

Pas de fantaisies ? pas de curiosités errantes ? tout pour la médecine ? C'est une opinion. Il est certain que le domaine de la médecine est vaste, qu'il a de quoi satisfaire même un esprit de premier ordre, d'autant que, tout compte fait, personne n'a jusqu'à présent fait autre chose, en cette matière, que jouer sur le rivage d'un océan inconnu.

Qu'il fasse donc uniquement de la médecine, celui dont c'est le goût : il peut en faire sa vie durant sans se rebuter. Toutefois attention au moment où l'esprit devient moins alerte, où l'on mord à la vie avec moins d'entrain. Attention à l'âge de la retraite, au détour de la soixantaine.

Lorsqu'on vieillit et qu'on considère les gens de son âge, on est frappé de constater que presque tous s'adonnent à des occupations très éloignées de ce que fut leur activité professionnelle. La pêche, le golf, les collections de meubles ont leurs enthousiastes. Mais les bons esprits se montrent plus volontiers curieux de comprendre le développement et l'état présent des civilisations humaines. Ce n'est pas à dire que le golf ou la pêche à la ligne ne soient des plaisirs charmants pour des gens d'âge ; n'empêche que l'histoire du golf constitue une étude assez restreinte, et l'on peut admettre que le poisson mord aujourd'hui sensiblement comme il devait faire il y a mille ans.

Nouez conversation avec ces retraités qu essaient de s'entretenir intellectuellement en portant leur intérêt sur d'autres champs que leur profession : vous serez frappé par la désolation et l'aridité du terrain où ils s'évertuent à édifier leur nouvelle personnalité. Ce terrain serait beaucoup moins ingrat s'ils en avaient commencé plus tôt la culture.

La physique ou la chimie ont progressé trop vite pour qu'un médecin, si son travail ne l'a pas tenu en relations avec ces sciences, puisse aujourd'hui espérer en comprendre même le langage. Il n'en va pas de même des sciences biologiques : leurs phases principales gardent un point de départ classique et familier à ceux dont

(1) *Proceedings*, 21 décembre 1938.

le temps d'études remonte fût-ce à un demi-siècle. Il nous est loisible à tout moment de reprendre l'étude des oiseaux, des arbres, des fleurs, des pierres, des coquillages. Mais plus tôt nous nous y mettrons et mieux cela vaudra. Le précepte vaut aussi pour les arts, la peinture, la musique, la littérature.

Si attrayantes soient ces études, il est à remarquer que, passé le milieu de la vie, l'homme s'intéresse davantage à la sociologie. Pourquoi est-ce justement à elle que le médecin marque le moins de curiosité ? Sans doute parce qu'il a été trop longtemps et trop exclusivement requis par les sciences physiques et biologiques. C'est, à mon avis, regrettable pour lui. Le rôle négligeable de la profession dans l'actuel tourbillon des théories sociales est à coup sûr le résultat du discrédit dans lequel elle les tient depuis longtemps. La médecine a été, dans ce dernier quart de siècle, enrégimentée, mécanisée ; d'où le malheureux statut social du médecin, car ni l'instinct ni l'instruction ne suffisent à former le jugement sur les problèmes sociaux. La rectitude de ce jugement n'est du reste pas si commode à acquérir. L'homme, en effet, mène les autres animaux et très sincèrement veille à leurs intérêts... aussi longtemps que ceux-ci coïncident avec ses propres intérêts. S'il se met à envisager les intérêts des autres hommes et qu'il constate une divergence avec les siens, il se produit alors, on ne sait comment, une petite déviation en faveur de ces derniers.

En réalité c'est seulement en se familiarisant avec l'histoire de la civilisation et des principales expériences sociales faites par l'humanité que l'on acquiert un jugement de valeur en matière de sociologie. Il faut aussi connaître, pour en tenir compte, les particularités géographiques, la nature du sol, les caractéristiques physiques et intellectuelles du peuple, son mode d'alimentation, ses goûts, ses arts, sa science, sa religion, ses régimes politiques successifs avec leurs réussites et leurs faillites.

Et l'on s'aperçoit alors que l'étude capitale pour l'individu, en dehors de la profession dans laquelle il sert l'humanité, c'est l'étude des phénomènes naturels, de l'ordre social et de la place qu'il y tient lui-même.

Comment la mener cette étude ? A coup sûr il est plus savoureux, de remonter si possible, jusqu'aux sources et de se faire une opinion originale. Mais à combien cette satisfaction est-elle permise ? D'où la nécessité d'accepter l'entremise d'autres chercheurs ; ce qui permet, d'ailleurs, de nouer connaissance avec certains esprits dont la vie, l'ambiance et l'idéal sont ainsi révélés. En conséquence il faut lire.

***

Concédons que le médecin, qu'il soit praticien ou spécialiste, doive premièrement se tenir au courant de ce qui concerne sa profession, en second lieu des sciences connexes à cette profession, et seulement ensuite des arts et des sciences sociales. Comment explorer ces trois vastes territoires ?

Le territoire professionnel est couvert d'une inextricable forêt de littérature. Il y en a une petite partie intéressante et le reste est insipide. Pour quelques travaux de valeur le plus grand nombre est sans conséquence. Autant le spécialiste doit être à l'affût de toutes les nouveautés dans sa spécialité, autant, en médecine générale, il s'évitera bien des lectures inutiles en attendant que la récente découverte ait été confirmée. Qu'il prenne une vue d'ensemble de la littérature médicale dans les revues de presse et qu'il néglige délibérément les communications aux Sociétés savantes.

Le grand problème consiste à sélectionner les articles qu'il vaut la peine de lire. Trop d'écrivains médicaux sont totalement dénués de pudeur et ne reculent pas devant d'ébouriffantes hypothèses. C'est perdre son temps que réfuter pareilles fantaisies ; il faut apprendre à « flairer » les conclusions et à tirer au large si elles sentent l'ersatz.

Un souhait est à formuler : qu'il y ait plus de médecins familiers avec les critères de la vérité scientifique, et plus aussi de médecins connaissant leur langue et capables de se faire comprendre exactement de leurs lecteurs. Beaucoup, se sentant faibles en la matière, se réfugient dans les termes techniques ; c'est à peu près comme si un béquillard disputait une course à pied (Notre confrère Wilson étant Américain, ses remarques acerbes ne concernent, bien entendu, que l'Amérique. En France.....).

(N. D. L. R.).

***

Venons-en aux sciences naturelles, moins familières au médecin. Il se demandera comment les aborder. A mon avis en commençant par les contacts personnels qu'il peut avoir avec ces sciences plutôt qu'en s'astreignant à partir des notions élémentaires pour progresser vers les phénomènes qu'il a observés. Pareillement, en médecine, n'a-t-on pas fini par reconnaître que l'étudiant s'intéresse davantage à l'anatomie et à la physiologie si l'on fait ressortir leurs rapports avec la clinique ?

Il n'est pas d'endroits sur terre où l'on ne trouve à observer de passionnants phénomènes naturels. Pourquoi tant d'entre nous ne savent-ils pas les voir ? Parce que, je crois, nous nous en remettons de plus en plus aux descriptions toutes faites, et particulièrement au cinéma. Nos

écoles de tous grades ont voulu depuis peu faire de l' « éducation visuelle » Bonne idée en principe ; en fait : mauvais résultats. On projette sur l'écran des phénomènes naturels que le spectateur n'aura peut-être jamais l'occasion d'observer ; et des phénomènes cruciaux qui se passent dans son voisinage immédiat sont passés sous silence.

Le médecin bien pénétré des principes de sa profession ne commettra pas cette faute. Il tiendra les yeux grands ouverts sur le milieu où il vit. Partout il rencontrera des roches, des plantes, des insectes, des oiseaux, des quadrupèdes dont il puisse faire son étude de dilection. Riverain d'un fleuve ou d'un lac il aura encore à explorer le monde aquatique. Sur le littoral ce seront les étoiles qui lui découvriront l'univers visible.

Bien entendu un médecin n'a pas le temps de lire ni l'argent pour acheter tous les livres qu'il désire. La seule méthode est de passer en revue, dans une bonne bibliothèque, tout ce qui a paru dans le domaine qui l'intéresse, et dans l'ordre inverse de la date d'édition, d'abord les ouvrages récents, les plus anciens ensuite. La sélection se fera d'elle-même ; ayant pris connaissance de centaines, au bout du compte il en achètera un ou deux.

Il est relativement facile à un amateur d'acquérir certaines connaissances sur l'industrie, particulièrement sur la grosse industrie. J'irai jusqu'à dire qu'il serait difficile de n'en pas avoir tant la publicité moderne nous poursuit partout. Mais il est des connaissances que la publicité ne diffuse pas. Ainsi, si l'on s'intéresse à la pathologie du travail dans les diverses industries, il y a là de quoi occuper une vie entière pour bien posséder la question ; ne la connaîtrait-il que superficiellement le médecin y trouvera un grand intérêt et une utilité certaine pour son diagnostic.

Celui qui en a le goût, pourquoi ne se livrerait-il pas au travail manuel ? Il s'est créé, ces cinq ou six dernières années, des quantités de machines pour travailler chez soi le bois ou le fer. On peut fabriquer ainsi des objets d'usage courant et aussi se vouer à l'art de l'artisan. Croyez-moi : une chaise faite par vous ne sera plus seulement un meuble pour s'asseoir mais aussi une chose que vous prendrez plaisir à regarder.

***

Nos deux plus populaires moyens de diffusion, le phonographe et la T. S. F. ont apporté au monde une facilité inconnue jusqu'à eux d'écouter de la bonne musique. On peut objecter que la même facilité s'offre à la musique de basse qualité. Mais au total il est probable qu'ils ont plus fait pour développer le goût de la bonne que la patience vis-à-vis de la mauvaise. Par malheur les livres de critique musicale sont encore ou si visionnaires ou si hautement scientifiques qu'ils demeurent imperméables au citoyen moyen.

Situation semblable en peinture et en sculpture. Certes les œuvres d'art classiques se rencontrent par milliers dans la plupart des grandes villes mais déshonorées par une intolérable promiscuité. On se sent pris de malaise devant ces espèces de cauchemars encadrés que perpétrèrent des simples d'esprit ou des malins avides de publicité. Reste un avantage en faveur de la peinture et de la sculpture modernes : l'amateur qui se met en tête d'en faire n'a nul besoin de savoir dessiner ni modeler. Et il lui arrivera néanmoins de traduire son impression sans trop insulter à la vérité. La preuve c'est que presque tous nos confrères peintres amateurs ont à leur actif un ou deux tableaux dont on peut dire en hochant la tête « Eh ! pas si mauvais ! »

La photographie compte un grand nombre de pratiquants enthousiastes qui choisissent leurs sujets avec goût et se tirent à leur honneur des manipulations consécutives. Le point épineux c'est que beaucoup ignorent les règles de la composition picturale et mettent leur point d'honneur à faire tenir le plus de détails possibles dans leur format de papier glacé ; ce qui porte terriblement sur les nerfs de leurs amis.

Il existe encore de bonne litérature, et le praticien peut assez facilement acquérir le goût de la belle langue. Certaines gens éprouvent le besoin d'être secoués par des histoires de guerre ou de crimes pour se tenir éveillés le soir ; la question se pose de savoir s'il ne vaudrait pas mieux carrément dormir que perdre son temps à lire d'horrifiantes aventures écrites en style de mirliton. L'intérêt de la littérature classique c'est de révéler dans une forme délicieuse la pensée d'auteurs célèbres, par conséquent la pensée la plus représentative de leur temps. Nul n'a le droit d'ignorer les grandes œuvres des autres époques et des autres pays. Il existe d'excellentes anthologies de toutes les littératures : il faut les lire.

..... Savez-vous qu'il est heureux le médecin qui continue à se plaire dans la religion chrétienne de son enfance ? Pour lui la Bible et les gloses ajoutées au long de dix-neuf siècles sont une source de méditations qui satisfont l'âme. Quant à celui qui s'insurge contre elles au nom de la biologie, par exemple, qu'il fasse donc plus ample connaissance avec les autres philosophies comme aussi avec les changements d'attitude de certains savants à l'égard de la religion avant d'abandonner définitivement l'enseignement de son enfance.

***

Rien n'est plus instructif, si l'on voyage ou séjourne à l'étranger, que d'étudier les mœurs et

coutumes comme aussi les gouvernements des divers peuples. Mais dans les opinions que de divergences ! Celui-ci admire dans le gouvernement de la Chine sa pérennité et ne voit pas les faiblesses du système qui soulève contre lui l'intervention des voisins. Beaucoup d'Américains se pâment d'admiration devant le Fascisme ou le Nazisme ; ils ferment les yeux sur les défauts de ceux-ci en faveur du relèvement qu'ils ont valu à leurs peuples. C'est surtout à propos de la République Soviétique que les opinions sont le plus contradictoires ; pour les uns c'est la vedette (la « star ») des nations ; pour les autres elle va droit à l'holocauste social. Il y a probablement plus d'accord dans l'admiration pour le statut social de la Suède. La preuve c'est le succès, au printemps dernier, du livre « Le juste milieu : la Suède » ; en trois mois il a battu les records de l'édition, romans mis à part.

Quels que soient vos goûts personnels, vous devez, comme tout citoyen intelligent, vous tenir au courant des plans généraux, des réussites et des échecs de chacune de ces expériences. Vous devez les juger à la lumière de l'histoire des civilisations. Il y en a peu qui n'aient déjà été tentées. Les raisons pour lesquelles elles succombèrent vous les retouverez aujourd'hui chez les peuples qui s'en sont engoués.

..... Un conseil pratique : tout le monde ne peut pas se faire servir ses repas dans sa bibliothèque. Ayez au moins le meilleur de votre documentation à portée de la table où vous mangez. Car c'est à table qu'on aborde le plus souvent les questions comportant des réponses précises.

Nous voici avec beaucoup de pain sur la planche ; tellement de pain que même si vous vivez vieux vous ne mangerez pas tout. Mais mettez-vous y tout de suite. C'est une sensation merveilleuse, croyez-moi, après la longue et astreignante discipline des études de se sentir les coudées franches, de pouvoir à son gré parcourir un bouquin en commençant les pages au milieu ou scruter au microscope chaque mot de chaque ligne, et même les renvois, bref de faire ce qui vous plaît.

Roger Bacon a dit : « L'étude fait d'un homme la meilleure compagnie pour lui-même ». Pas seulement pour lui-même, mais aussi pour sa famille et son entourage.

Ainsi parla notre confrère L.-B. Wilson. C'est un sage.

G. LAVALÉE.

L'AVENIR DE L'ENSEIGNEMENT DE L'ANATOMIE DANS LES ÉCOLES DE MÉDECINE

Sous ce titre M. le Docteur ANTHONY, professeur d'anatomie comparée au Muséum national d'histoire naturelle, montre le danger que peut courir l'enseignement de l'anatomie dans les Ecoles de médecine (1).

Pour être nommé professeur suppléant dans les Ecoles de plein exercice et les Ecoles préparatoires il faut passer un concours, or, d'après les décrets d'août 1938 pour être professeur d'anatomie dans une de ces écoles il suffit d'être docteur en médecine ou docteur ès sciences naturelles, inscrits sur la liste d'aptitude à l'enseignement supérieur.

Or on peut devenir docteur ès sciences avec une licence composée de trois certificats : physique générale, botanique et géologie. De sorte qu'un docteur ès sciences naturelles pourra enseigner l'anatomie à des étudiants en médecine, sans avoir étudié, nous ne dirons pas l'homme mais même l'animal.

(1) Voir le *Journal des Praticiens* du 11 décembre 1938, page 2373.

On peut objecter que le cas ne se produira pas souvent. Or il peut se produire. Au début de nos études dans une Ecole préparatoire, nous avons eu comme professeur de physique un médecin très intelligent et très distingué qui avait obtenu d'être nommé à cette chaire pour avoir le titre de professeur à l'Ecole. Or ce médecin qui eût pu faire un excellent professeur de clinique ou de pathologie, étant ancien interne des hôpitaux de Paris, ignorait tout de la physique. Les jeunes étudiants qui venaient de passer leurs baccalauréat ès sciences, connaissaient infiniment mieux la physique que leur maître et se moquaient de ses bévues. Pour la physique, la chose n'avait pas alors grande importance, mais pour l'anatomie, c'est tout autre chose. L'enseignement de l'anatomie descriptive est à la base des études médicales de première importance et un des avantages des Ecoles de médecine est de permettre aux étudiants d'étudier l'anatomie et de disséquer plus facilement que dans les Facultés qui sont encombrées.

J. NOIR.

LA PROPRIÉTÉ DES FICHES ET OBSERVATIONS MÉDICALES DANS UN ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER

Par sa lettre 8.790 un de nos confrères me demande s'il peut se considérer comme étant le seul propriétaire des fiches, qu'il a rédigées au cours de ses fonctions dans un établissement. Non seulement il y a inscrit des renseignements d'état civil, signalétiques, familiaux, mais il a noté au jour le jour les résultats de ses examens cliniques, les données des recherches de laboratoires, de radio, etc.

Il estime que ces fiches ont un caractère strictement confidentiel, et qu'elles ne sauraient être consultées par un tiers, qui n'est pas médecin, serait-ce même le directeur de l'établissement.

S'il vient à quitter l'établissement, devrait-il abandonner ces documents, dont le directeur réclame la propriété ? Doit-il au contraire s'appuyer d'une part sur le respect du secret professionnel, d'autre part sur son travail personnel, qui constituerait une propriété scientifique à son profit ?

La propriété des fiches et dossiers dressés et tenus à jour par les médecins traitants donne lieu à des controverses, qui peuvent se résumer ainsi. D'une part, l'établissement hospitalier, clinique, dispensaire, ou autre, prétend que le praticien est son subordonné, son salarié, Par conséquent, tout le travail de ce dernier, travail accompli dans l'établissement, demeure la propriété de celui-ci. Le praticien ne saurait donc emporter avec lui ces fiches médicales, qui peuvent ultérieurement servir à l'Administration, soit pour des statistiques, soit pour retrouver la trace d'un séjour antérieur.

De son côté, le médecin excipe des obligations du secret professionnel. Tout ce qu'il a consigné sur ses fiches médicales, il ne l'a connu que parce qu'il est un confident nécessaire, parce que le client se confie complètement à celui qui doit lui donner des soins. Le secret professionnel étant d'ordre public, les fiches doivent rester secrètes *erga omnes*. D'autant qu'elles constituent le fruit du travail scientifique du praticien, qui peut se servir de cette propriété scientifique pour des travaux, des rapports, des communications aux sociétés savantes.

Certes, les directeurs d'un établissement peuvent répondre qu'eux aussi sont liés par le secret professionnel. Par arrêt du 8 décembre 1864, la Cour de cassation a décidé que les infirmiers, gardes-malades, qui assistent un médecin au chevet d'un malade sont assujettis à la loi du silence sur ce qu'ils ont pu voir, entendre au cours de leur service.

Dans le même sens, une décision du Comité consultatif de l'Assistance publique du 13 février 1902 a spécifié que les directeurs d'hôpitaux sont au même titre que les infirmiers soumis aux dispositions de l'article 378 du Code pénal.

Rappelons que, par arrêts des 16 mars 1893 et 30 avril 1907, la Cour de cassation a décidé que le fait d'être admis dans un hôpital général, où sont soignées toutes sortes de maladies, n'est pas secret de sa nature et qu'e conséquence, un directeur d'hôpital, interpellé par le Juge d'instruction, à l'effet de déclarer si à telle date un prévenu était soigné dans l'établissement hospitalier, ne peut pas se retrancher derrière le secret professionnel.

Mais il en serait différemment si le malade avait été admis dans un hôpital spécial, où ne sont traitées que des maladies bien caractérisées et spéciales : le secret s'imposerait alors à tout le personnel de l'établissement (Cour de cassation, Chambre criminelle, 14 mars 1895).

Le propriétaire d'un home d'enfants, voire même d'un préventorium ne peut donc pas se dire suffisamment astreint au secret professionnel, à cause de ses fonctions, pour prétendre connaître la teneur des fiches médicales, partant pour en revendiquer la propriété. Il n'a pas à connaître ni les antécédents personnels, ni les antécédents héréditaires de chaque enfant, ni l'état individuel de santé de chacun des petits pensionnaires. Seul un docteur en médecine appelé à donner des soins aux enfants après le départ du praticien, qui a rédigé les fiches, a qualité pour connaître la teneur de ces dernières, en admettant que le règlement de l'établissement puisse contraindre le médecin, lors de sa passation de service à un autre confrère, d'abandonner ses fiches et de les laisser à son successeur.

En réalité, nous pourrions dire que trois sortes de fiches doivent être établie.

En premier lieu, une fiche signalétique, indiquant l'état civil de l'enfant, les nom et adresses des père et mère, les renseignements sur le logement et son hygiène, l'état de santé des proches, les conditions économiques et le genre de vie, les ressources de la famille, les secours qu'elle a pu recevoir, etc.

En second lieu, la fiche médicale, strictement confidentielle, établie par les soins du médecin traitant, sur laquelle sont consignés les antécédents héréditaires et personnels de l'enfant, ceux de ses frères et sœurs, l'état actuel et le résultat de tous les examens cliniques ou de spécialités successivement pratiqués.

En troisième lieu, les fiches de laboratoire, principalement en ce qui concerne le résultat de l'examen des crachats ou des prélèvements sérologiques, ou divers.

La première catégorie de fiches doit rester la propriété de l'Administration et être placée sous la garde de cette dernière. La seconde, garantie par le secret professionnel médical, demeure sous la garde du médecin traitant, qui ne doit communiquer les fiches qu'à un autre médecin traitant. La troisième, également confidentielle, reste sous la garde du directeur médical du laboratoire.

Si rien dans le règlement hospitalier n'impose au médecin traitant d'abandonner ces fiches lors de son départ, il faut admettre que ce praticien doit les emporter ou les détruire, pour deux raisons. La première, ce sont des documents secrets de leur nature. La seconde, ils sont le fruit du travail personnel du praticien, le résultat de ses investigations, de son sens clinique d'observations. Ces fiches sont souvent rédigées dans un but scientifique, pour servir un jour soit à une communication aux sociétés savantes, soit à un ouvrage, à un article.

Si le règlement de l'établissement contraint le médecin à les transmettre à son successeur, cette cession se fera en mains propres, ou la clef de l'armoire les contenant sera remise de praticien à praticien. Nulle autre personne n'a le droit de connaître le contenu de ces fiches. Mais, parce qu'il sait que la propriété matérielle de ces documents lui échappera un jour, le praticien pourra faire des relevés, qui lui permettront ultérieurement de faire toutes communications utiles, tant dans les sociétés que par les journaux scientifiques et professionnels.

Un jugement du Tribunal civil de la Seine, qui malheureusement n'a pas été frappé d'appel (5 décembre 1928) décide que les fiches dressées par un médecin appartenant à un hôpital, à une clinique, ou tout autre établissement, demeurent la propriété dudit établissement et non celle du praticien. Certes, on peut soutenir que le praticien d'hôpital est en quelque sorte un fonctionnaire de l'établissement, qu'un médecin attaché à une clinique privée est lié à cette dernière par un contrat de louage de services, qui en fait un préposé ; par suite, le travail scientifique et professionnel de l'homme de l'art appartient à son employeur.

Ce raisonnement a sa valeur ; mais il se heurte aux obligations impérieuses d'ordre public, qui découlent des termes de l'articles 378 du Code pénal ; le médecin est lié par le secret *erga omnes*, même à l'égard du directeur de l'hôpital, ou de la clinique, lorsque ce directeur n'est pas lui-même médecin résidant et pouvant, en cas d'urgence, être appelé à donner ses soins à un de ses pensionnaires.

A la lumière de ces considérations juridiques générales, on peut apprécier les circonstances de fait, ainsi que la valeur des règlements de chaque établissement.

Comme conclusion, qu'il me soit permis de faire remarquer que le système administratif, qui régit toujours la direction des hospices, hôpitaux, ou maisons de santé se ressent encore trop des directives autoritaires et centralisatrices du second Empire. Le temps n'est plus où la fonction essentielle de l'hôpital était d'héberger les pèlerins et les malheureux. Aujourd'hui, l'hôpital n'est plus une Hostellerie de Dieu, pour les indigents, mais un hôtel spécialisé, à destination des soins à donner aux malades. Voici pourquoi les anciens errements doivent être abandonnés, alors qu'ils placent les hommes de l'art sous la férule de philanthropes, mais incompétents dans les choses de la médecine.

Une étroite *collaboration* devrait remplacer le régime autoritaire institué en 1851 : aux administrateurs l'administration intérieure de l'établissement ; aux médecins la fonction de soigner. Placés sur un pied d'égalité, réunis dans un Conseil d'administration élargi, chacun apportera ses compétences, dans le but unique de soulager l'humanité souffrante.

Nous ne verrons plus alors se poser ces questions de préséance, ou de subordination, qui avaient peut-être leur raison d'être en 1851, mais qui ne sont plus aujourd'hui en harmonie avec la destination actuelle des établissements destinés à soigner les malades, que ceux-ci soient riches, ou privés de ressources.

Dr Paul BOUDIN.

L'ACTUALITE PROFESSIONNELLE

Informations judiciaires

Imposition des médecins disposant à la fois de traitements et de bénéfices non-commerciaux

Depuis le développement de la médecine sociale, il est très fréquent pour les médecins de disposer à la fois d'indemnités fixes ou non, relevant en principe de la cédule des traitements et salaires (taux 8 %), et de bénéfices professionnels provenant de l'exercice en clientèle relevant de la cédule des professions libérales (taux 16 %). On sait que cette hypothèse est réglée par l'art. 101 du Code des impôts sur les revenus, d'après lequel le contribuable « est imposé pour l'ensemble de ses revenus et bénéfices, déterminés suivant le mode propre à chaque catégorie, *sous une cote unique établi au titre de celui des impôts cédulaires auquel correspond le chiffre de revenu le plus élevé* ».

Etant donné la différence de taux, la détermination du revenu le plus élevé présente donc une importance primordiale. Une première difficulté d'application est de savoir quels sont les revenus qu'il y a lieu de comparer. Sont-ce les revenus bruts, ou au contraire les revenus nets après déduction des frais ? La réponse est donnée par le texte légal lui-même : la comparaison porte sur les *revenus calculés suivant le mode propre à chaque catégorie* c'est-à-dire les revenus *nets*.

Mais le calcul de ces revenus nets pose de nouveaux problèmes. En effet, parmi les frais professionnels du médecin, quels sont ceux qui se rattachent au traitement, quels sont ceux qui se rattachent aux honoraires ? Cette discrimination peut être en fait fort délicate. Et par un jeu savant de répartition des frais entre les deux sources de revenu il peut être facile de faire passer le contribuable d'une cédule à l'autre.

Ce cas s'est posé dans les circonstances suivantes : un médecin-vétérinaire recevait à titre de fixes une somme d'environ 15.000 francs et le montant de ses honoraires s'élevait à 50.000. Il justifiait de 37.000 francs de frais professionnels. Le Contrôleur, en imputant les frais sur chaque revenu proportionnellement à son chiffre, entendit imposer ce praticien pour le tout à la cédule des professions non-commerciales et établit l'avertissement en ce sens. Sur les avis de M. Martinot, conseil fiscal de son Syndicat (et, est-il utile de le rappeler, du Sou Médical), le contribuable entreprit la voie des réclamations, et porta son affaire successivement devant le Conseil de Préfecture et le Conseil d'Etat.

Par un arrêt du 21 novembre 1938, que nous remercions M. Martinot d'avoir bien voulu nous communiquer, le Conseil d'Etat a formellement donné tort à l'Administration et a fixé de manière très nette la solution du problème. *Pour déterminer le montant net du traitement*, il y a lieu de s'en référer, dit l'art. 101, aux dispositions particulières à cette cédule ; on doit donc appliquer purement et simplement l'art. 64 du Code des impôts directs. Or d'après cet article, *on ne doit retenir comme frais professionnels qu'une somme égale à* 10 % *du traitement brut*. Cette évaluation est forfaitaire, et la déduction des frais réels n'a lieu que si le contribuable justifie de leur montant. *C'est donc au contribuable et à lui seul qu'il appartient de rechercher si les frais engagés pour les fonctions donnant lieu au traitement dépassent ou non le forfait.*

Quant à la cédule des professions libérales, si l'Administration n'admet pas le chiffre de dépenses déclaré, elle doit soumettre ce différend à la Commission de taxation prévue par les dispositions propres à cette cédule.

Comme en l'espèce les traitements diminués de 10 % se trouvaient légèrement supérieurs au bénéfice net non commercial, et que les dépenses déductibles n'avaient pas été réduites par la Commission de taxation, l'*imposition devait avoir lieu pour le tout à la cédule des traitements et salaires.*

Nous conseillons donc à nos lecteurs qui se trouvent dans une telle hypothèse de ne pas chercher à diminuer leurs traitements par l'imputation d'une partie de leurs frais réels, mais de *se borner à leur appliquer la déduction forfaitaire de* 10 %. Au contraire il y aura lieu d'appliquer aux honoraires l'intégralité des dépenses justifiées (pour autant qu'elles ne s'appliquent pas uniquement aux traitements bien entendu). De cette manière, l'intéressé pourra dans bien des cas bénéficier pour le tout de la cédule particulièrement avantageuse des traitements et salaires.

Une dernière observation à ce sujet : *la contribution nationale extraordinaire de* 2 % est perçue par voie de précompte sur les traitements, dès lors qu'ils dépassent 6.000 francs. Mais à notre avis le précompte ne doit pas être exercé sur les traitements revenant à des médecins, qui, par suite du montant de leur bénéfice net non commercial sont imposés pour le tout à la cédule des

professions libérales. En effet le revenu taxable à cette cédule supportera, pour le tout également, cette contribtion de 2 %. *Il y aurait donc double imposition.* Au cas où, par erreur, le précompte aurait eu lieu néanmoins, l'intéressé pourrait, obtenir par voie de réclamation présentée avant le 1er avril 1940, la restitution des droits qu'il a supportés indûment. Jean MIGNON.

Informations officielles

Le Ministre de la Santé publique donne enfin son avis sur le décret-loi relatif au compérage

On sait qu'un décret-loi du 17 juin 1938 relatif à l'exercice de la médecine et de la pharmacie a interdit, en des termes très généraux, le compérage médico-pharmaceutique, et que ses rédacteurs, dépassant le but, ont paru prohiber en réalité tout rapport pécuniaire entre médecin en exercice et pharmacien, quel qu'en soit le motif, *dès lors que les intérêts reçus par le médecin, d'une manière directe ou indirecte, sont proportionnels ou non au nombre des unités prescrites ou vendues.* Nous nous sommes donc demandé si le législateur *assimilait ainsi au compérage le fait pour un médecin inventeur d'une formule médicamenteuse* et propriétaire de la marque de ce produit, de tirer un bénéfice légitime de sa *propriété scientifique*, dès lors que ce médecin continuait à exercer, donc à prescrire. Notre inquiétude avait été partagée par beaucoup de nos lecteurs, et nous avions fait poser à ce sujet une question écrite au ministre de la Santé publique. La réponse a paru à l'*Officiel*, il y a quelques temps déjà, mais elle était de nature purement dilatoire.

Par une lettre publiée dans le *Médecin de France* du 1er janvier dernier, le ministre vient enfin de sortir de sa réserve et de faire connaître son point de vue sur le décret-loi du 17 juin 1938.

Ces déclarations sont, *dans une certaine mesure seulement*, rassurantes pour les médecins-inventeurs. Voici leur passage essentiel à ce sujet : « Il faut donc qu'il y ait prescription pour qu'il y ait délit. L'inventeur d'un médicament ou appareil qui touche des droits d'auteur sur son invention ne saurait tomber sous le coup de la loi, *dès lors qu'il ne prescrit pas lui-même son produit.* Si, cependant, dans l'exercice normal de sa profession, il est amené à prescrire en conscience le médicament ou l'appareil dont il est l'inventeur, il va de soi que *cette prescription accidentelle ne saurait suffire à constituer le délit.* Il en serait autrement bien entendu si l'inventeur d'une formule de médicament ou d'appareil prescrivait couramment ledit produit et voyait par ce moyen augmenter ses droits d'auteur. Il pourrait facilement en effet y avoir abus, et ce serait là un moyen facile de tourner la loi. *Il appartiendrait éventuellement aux Tribunaux de déterminer dans chaque cas d'espèce s'il y a ou non infraction* ».

Un premier point important résulte de là : l'intention des rédacteurs du décret était moins large que leur texte, et ce qu'ils entendaient prohiber c'était la ristourne fondée sur la prescription et non pas sur la vente en général. Certes le décret-loi parle d'unités *prescrites ou vendues*, mais il s'agissait d'atteindre par là les renouvellements d'ordonnances faits directement par le pharmacien. Toutefois la prohibition légale ne se limite pas comme certains commentateurs l'ont soutenu, à la ristourne contre-partie d'une *obligation de prescrire.* Elle vise aussi les cas où le médecin *a intérêt à prescrire systématiquement*, sans y être obligé, dès lors que la preuve de cette prescription systématique (et non *accidentelle*) peut être rapportée. Autrement dit, si, d'après l'interprétation ministérielle, le médecin-inventeur peut continuer à cumuler l'exercice de sa profession et la perception de ses droits d'auteurs il n'en est pas moins *limité sérieusement dans sa liberté de prescription*, et se trouve placé en réalité sous un régime de suspicion et de surveillance spéciale. Il est en quelque sorte présumé faire du compérage, dès lors que la prescription de ses propres produits dépasse, non pas la normale, mais l'exception. Ce statut précaire n'a évidemment rien d'enviable, et l'intéressé dépend de l'appréciation souveraine, trop souvent capricieuse, des Tribunaux.

Tel est son sort dans l'hypothèse la plus favorable. Mais, rappelons-le, cette opinion ministérielle n'a point de valeur juridique, et ne saurait à elle seule faire jurisprudence. Les Tribunaux ne doivent en effet statuer que d'après le texte légal, sans avoir à s'arrêter au rapport préliminaire ou aux Circulaires ultérieures. Tant qu'une jurisprudence ne se sera pas instituée, il sera impossible de donner en toute certitude un avis à ce sujet. Combien nous aurions préféré, à cette méthode de textes hâtifs et mal rédigés, suivie de Circulaires rectificatives, une interprétation légale du décret-loi excluant formellement de la prohibition la propriété scientifique du médecin !

Jean MIGNON.

CHRONIQUE DES MALADIES PROFESSIONNELLES ET DE L'HYGIÈNE INDUSTRIELLE

■ ■ ■

Le ministre du Travail a déposé un projet de loi tendant à supprimer la Commission supérieure des maladies professionnelles, qui avait été instituée en vertu de la loi du 25 octobre 1919 (*Journal Officiel* du 22 décembre 1938, page 1989). Cette suppression accélérera les travaux, et seule subsiste la Commission d'hygiène industrielle qui, jusqu'à présent, effectivement, faisait effectuer les rapports préalables tendant à l'inscription de nouveaux tableaux à la suite de la loi de 1919 sur les maladies professionnelles.

***

Le ministère des Travaux publics a prescrit une enquête dans tous les arrondissements minéralogiques afin de dépister la silicose en France. Une importante circulaire a été rédigée dans ce sens. En voici le texte :

« Une enquête entreprise dans tous les arrondissements minéralogiques a permis de constater qu'un nombre important de cas de silicose ou d'autres affections pulmonaires provoquées par le travail en atmosphère nocive ont pu être décelées lorsqu'une organisation rationnelle de dépistage des affections pulmonaires avait été instituée, conformément aux dispositions de la Circulaire du 29 décembre 1936, pour les ouvriers travaillant dans les poussières ayant une teneur en silice notable.

« Le Conseil général des Mines a émis sur cette question l'avis suivant que j'ai adopté :

1° De telles organisations de contrôle médical doivent être en particulier étendues aux ouvriers travaillant dans les avancements au rocher, aux ouvriers travaillant au dépistage dans les mines de minerai siliceux, aux ouvriers travaillant dans les usines du four des mines, dans les ateliers de carrière lorsque le traitement de produits siliceux risque de provoquer une atmosphère dangereuse, etc...

« De telles organisations ne sauraient, d'autre part, être considérées comme satisfaisantes si elles ne comportent pas d'examens radiographiques, ou, au minimum, radioscopiques systématiques, si elles ne prévoient pas le renouvellement de ces examens au moins une fois par an et de préférence tous les six mois pour les ouvriers exposés, et la tenue de fiches individuelles permettant de suivre l'évolution de l'état pulmonaire de chaque ouvrier ;

« 3° Les ingénieurs du Service des Mines devront contrôler la façon dont ces organisations sont réalisées et veiller à ce que les cas de maladies soumises à déclaration leur soient régulièrement déclarés.

« 4° Il importe que ce soit les exploitants qui prennent en charge ces organisations. Toutefois, les ingénieurs en chef des Mines devront avertir des dispositions de la présente Circulaire les Caisses de secours et les diverses organisations ouvrières des industries extractives de leur arrondissement. »

***

Le *Concours Médical* a déjà publié, au fur et à mesure, les résultats des travaux de la Commission d'hygiène industrielle du ministère du Travail et de la Commission supérieure des maladies professionnelles. Ces résultats, après examen par le Conseil d'Etat, viennent de faire l'objet d'un très important décret. En date du 9 décembre 1938 et publié au *Journal Officiel* du 14 décembre 1938, il présente un intérêt considérable pour le Corps médical. En effet, il constitue la plus importante extension de la loi de 1919 sur les maladies professionnelles réalisée jusqu'à ce jour. Quatre anciens tableaux ont été modifiés et augmentés, ce sont ceux qui concernent le tétrachloréthane, le benzolisme professionnel, le phosphorisme professionnel et les dermatoses causées par l'action de la trichloronaphtaline. En outre, huit tableaux nouveaux ont été introduits dans la loi. Ils concernent le tétrachlorure de carbone, les dérivés chlorés de l'éthylène, les dérivés nitrés et chloronitrés des carbures benzéniques, le dinitrophénol, les amines aromatiques, le brai de houille, le sesquisulfure de phosphore et le charbon professionnel.

Comme on peut le constater, les nouveaux tableaux, dans leur grande majorité, ont rompu avec l'ancienne tradition d'énumérer limitativement les professions visées. En effet, en raison des transformations incessantes de l'industrie, il en fut souvent d'omises, ce qui était injuste. Désormais la plupart des tableaux indiquent, comme pour le benzolisme : « la manipulation et la fabrication des produits toxiques sous toutes leurs formes » avec une nomenclature de travaux purement indicative. Ces tableaux entreront en vigueur six mois après leur promulgation, c'est-à-dire le 14 juin 1939. Nous les reproduisons ci-après.

3° Intoxication professionnelle par le tétrachloréthane

Délai de responsabilité : un an

MALADIES ENGENDRÉES par le tétrachloréthane	TRAVAUX INDUSTRIELS SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER L'INTOXICATION DES OUVRIERS par le tétrachloréthane
Ictère......................... Cirrhose........................ Polynévrites................... lorsque les affections ci-dessus énumérées sont causées par le tétrachroréthane.	Préparation, emploi, manipulation du tétrachloréthane et des produits en renfermant, à l'exclusion des opérations effectuées à l'intérieur d'appareils : soit rigoureusement clos en marche normale, soit fonctionnant en dépression.

4° Benzolisme professionnel

Maladies causées par le benzène et ses homologues (toluène, xylènes, etc.)

Délai de responsabilité : un an. — Réduit pour les accidents aigus à trente jours

MALADIES ENGENDRÉES par l'intoxication benzolique	TRAVAUX INDUSTRIELS SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER L'INTOXICATION BENZOLIQUE DES OUVRIERS
Purpura hémorragique benzolique... Anémie progressive avec leucopénie, agranulocytose et mononucléose... Syndromes neuro-anémiques d'origine benzolique.................... Troubles gastro-intestinaux benzoliques accompagnés de vomissements à répétition............... Accidents aigus benzoliques (coma' convulsions), en dehors des cas considérés comme accidents du travail.	Préparation, emploi, manipulation du benzène et de ses homologues, des benzols et autres produits renfermant du benzène ou ses homologues, notamment : Fabrication, extraction et rectification des benzols. Emploi du benzène et de ses homologues pour la préparation de leurs dérivés utilisés notamment dans les industries des matières colorantes, des parfums, des explosifs, des produits pharmaceutiques. Emploi des benzols comme dissolvants des matières grasses, du caoutchouc, des résines, etc., notamment dans les travaux ci-après : Extraction des huiles et graisses ; dégraissage des os, peaux, tissus, teinture-dégraissage. Préparation de dissolution de caoutchouc, emploi de ces dissolutions ou bien des benzols dans la fabrication ou la réparation de pneumatiques, chambres à air, boyaux, tissus caoutchoutés, vêtements, chaussures, chapeaux, ornements en plumes, etc. Fabrication et application de vernis, peintures, encres pour hélio-gravure enduits pour fils et tissus, etc. Dans tous ces travaux sont exclues les opérations effectuées à l'intérieur d'appareils rigoureusement clos, de telle sorte qu'aucune odeur de de benzol ne soit perceptible.

NOTA. — 1° Le benzénisme n'est qu'un cas particulier du benzolisme, couvert par cette expression.

2° L'application d'un vernis sur le tain des glaces dans les miroiteries n'est qu'un cas particulier d'application des vernis, couvert par la formule générale.

3° L'application d'enduit pour fils et tissus couvre notamment l'encollage de la rayonne et la fabrication de certains simili-cuirs.

5° Phosphorisme professionnel

Maladies causées par le phosphore blanc

Délai de responsabilité : un an

MALADIES ENGENDRÉES par l'intoxication phosphorée	TRAVAUX INDUSTRIELS SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER L'INTOXICATION PHOSPHORÉE
Nécrose phosphorée..............	Préparation, emploi, manipulation du phosphore, notamment dans les travaux ci-après : Fabrication du phosphore blanc. Fabrication et épuration du phosphore rouge. Préparation des composés du phosphore (phosphures métalliques, sesquisulfure, dérivés chlorés, etc.) à partir du phosphore blanc. Fabrication des bandes à pâte de phosphore blanc pour le rallumage des lampes de mineur. Fabrication de jouets à détonation avec emploi de phosphore blanc.

9° Dermatoses causées par l'action de la trichloronaphtaline

Délai de responsabilité : trente jours

MALADIES ENGENDRÉES par la trichloronaphtaline	TRAVAUX INDUSTRIELS SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER LES MALADIES
Acné chronique ou récidivante due à la trichloronaphtaline.	Préparation et emploi de la trichloronaphtaline, notamment dans la fabrication des condensateurs électriques.

11° Intoxication professionnelle par le tétrachlorure de carbone

Délai de responsabilité : trente jours

MALADIES ENGENDRÉES par le tétrachlorure de carbone	TRAVAUX INDUSTRIELS SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER L'INTOXICATION DES OUVRIERS par le tétrachlorure de carbone
Ictère......................... Néphrite aiguë................... Accidents aigus encéphaliques en dehors des cas considérés comme accidents du travail............ lorsque les affections ci-dessus énumérées sont causées par le tétrachlorure de carbone.	Préparation, emploi, manipulation du tétrachlorure de carbone et des produits en renfermant, notamment : Emploi du tétrachlorure de carbone comme dissolvant, en particulier pour l'extraction des matières grasses et pour la teinture-dégraissage. Emploi des lotions à base de tétrachlorure de carbone, dans les salons de coiffure. Remplissage d'appareils extincteurs. Sont exclues les opérations effectuées à l'intérieur d'appareils soit rigoureusement clos en marche normale, soit fonctionnant en dépression.

12° Intoxication professionnelle par les dérivés chlorés de l'éthylène.

Délai de responsabilité : trente jours

MALADIES ENGENDRÉES par les dérivés chlorés de l'éthylène	TRAVAUX INDUSTRIELS SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER L'INTOXICATION DES OUVRIERS par les dérivés chlorés de l'éthylène
Dermites chroniques ou récidivantes......................... Brûlures......................... Accidents aigus encéphalitiques en dehors des cas considérés comme accidents du travail............ corsque les affections ci-dessus énumérées sont causées par les dérivés hlorés de l'éthylène.	Préparation, emploi, manipulation des dérivés chlorés de l'éthylène et des produits en renfermant, notamment : Utilisation comme matière première dans l'industrie chimique. Emploi comme dissolvants des matières grasses, en particulier dans les travaux ci-après : Extraction des huiles : Dégraissage des os, peaux, cuirs ; Teinture-dégraissage ; Dégraissage des pièces métalliques. Préparation et application de vernis, de dissolution de caoutchouc, etc. Sont exclues les opérations effectuées à l'intérieur d'appareils, soit rigoureusement clos en marche normale, soit fonctionnant en dépression.

13° Intoxication professionnelle par les dérivés nitrés et chloronitrés des carbures benzéniques

Délai de responsabilité : intoxications subaiguës ou chroniques, un an
Accidents aigus et dermites, trente jours

MALADIES ENGENDRÉES par les dérivés nitrés et chloronitrés des carbures benzéniques	TRAVAUX INDUSTRIELS SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER L'INTOXICATION DES OUVRIERS par les dérivés nitrés et chloronitrés des carbures benzéniques
Manifestations consécutives à l'intoxication subaiguë ou chroniques (cyanose, anémie, subictère).......... Accidents aigus (coma) en dehors des cas considérés comme accidents du travail .... Dermites chroniques ou récidivantes causées par les dérivés chloronitrés.	Préparation, emploi, manipulation des dérivés nitrés et chloronitrés des carbures benzéniques, notamment : Fabrication des dérivés nitrés et chloronitrés du benzène et des homologues. Fabrication des dérivés aminés (aniline et homologues) et de certaines matières colorantes. Préparation et manipulation d'explosifs. Sont exclues les opérations effectuées à l'intérieur d'appareils rigoureusement clos en marche normale.

14° Intoxication professionnelle par le dinitrophénol

Délai de responsabilité : trente jours

MALADIES ENGENDRÉES PAR L'INTOXICATION par le dintrophénol	TRAVAUX INDUSTRIELS SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER L'INTOXICATION des ouvriers par le dinitrophénol
Intoxication aiguë ou subaiguë déterminées par le dinitrophénol (cyanose, oppression, fièvre, associées ou non, à des manifestations pulmonaires aiguës (1). Manifestations digestives (vomissements, colique avec diarrhée, anorexie (1) Dermites chroniques ou récidivantes produites par le dinitrophénol	Préparation, emploi, manipulation du dinitrophénol, notamment : Fabrication du dinitrophénol et de ses dérivés. Fabrication de certains colorants noirs sulfurés. Préparation et manipulation d'explosifs. Sont exclues les opérations effectuées à l'intérieur d'appareils rigoureusement clos en marche normale.

(1) La réaction de Derrien (présence d'aminonitrophénol dans les urines) étant le procédé de diagnostic indispensable des intoxications par le dinitrophénol.

15° Intoxications professionnelles causées par les amines aromatiques

(*Aniline, ses homologues, leurs dérivés chlorés, nitrosés, nitrés, sulfonés ; phénylhydrazine, benzidine et homologues, phénylénediamines et homologues, aminophénols, naphtylamines*)

Délai de responsabilité : accidents aigus et dermites, trente jours. — Intoxications subaiguës ou chroniques, un an. — Tumeurs de la vessie, cinq ans

MALADIES ENGENDRÉES PAR L'ANILINE et les autres amines aromatiques ci-dessus mentionnées	TRAVAUX INDUSTRIELS SUSCEPTIBLES de provoquer l'intoxication des ouvriers par l'aniline et les autres amines aromatiques ci-dessus mentionnées
Accidents aigus (coma), en dehors des cas considérés comme accident du travail Manifestations consécutives à l'intoxication subaiguë ou chroniques (cyanose, anémie, subictère) Dermites aiguës chroniques ou récidivantes causées par l'aniline et les autres amines aromatiques (eczéma, œdème aigu) Lésions vésicales produites par l'aniline et les autres amines aromatiques (cystite, hématurie, tumeurs bénignes et malignes)	Préparation, emploi, manipulation des amines aromatiques, notamment : Fabrication de l'aniline et autres amines aromatiques. Préparation, au moyen d'amines aromatiques, de produits chimiques, matières colorantes, produits pharmaceutiques, accélérateurs de vulcanisation du caoutchouc, etc. Teinture des fils, tissus, fourrures, cuirs, etc., en noir d'aniline ou autres colorants développés sur fibre. Teinture de cheveux au moyen de produits à base de paraphénylène-diamine ou homologues. Sont exclues les opérations effectuées à l'intérieur d'appareils rigoureusement clos en marche normale.

16° Maladies professionnelles provoquées par le brai de houille

Délai de responsabilité : épithéliomas, cinq ans. — Lésions oculaires et dermites, trente jours

MALADIES ENGENDRÉES PAR LE BRAI de houille	TRAVAUX SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER ces maladies
Epithéliomas primitifs de la peau Lésions oculaires Dermites chroniques ou récidivantes Lorsque ces affections sont provoquées par le brai de houille	Manipulation ou emploi de brai de houille, notamment : Piquage, chargement, déchargement, manutention du brai de houille. Fabrication d'agglomérés, au moyen du brai de houille.

17° Dermatoses causées par l'action du sesquisulfure de phosphore

Délai de responsabilité : trente jours

Maladies engendrées par le *sesquisulfure de phosphore*	Travaux industriels susceptibles de provoquer ces maladies
Dermites aiguës, chroniques ou récidivantes dues au sesquisulfure de phosphore (phosphorides).	Manipulation et emploi du sesquisulfure de phosphore notamment dans les usines fabriquant ce produit et dans les manufactures d'allumettes.

18° Charbon professionnel

Délai de responsabilité trente jours

Désignation des maladies	Travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Pustule maligne.................. Œdème malin.................... Charbon gastro-intestinal......... Charbon pulmonaire..............	Travaux susceptibles de mettre les ouvriers en contact avec des animaux atteints d'infection charbonneuse ou avec des cadavres de ces animaux.
En dehors des cas considérés comme accidents du travail.	Manipulation, chargement, transport soit de peaux, poils, crins, soies de porcs, laines ou aux autres dépouilles susceptibles de provenir de ces animaux, soit de sacs, enveloppes ou récipients contenant ou ayant contenu de telles dépouilles.

***

Une série de cours sur les maladies professionnelles a débuté à partir du 13 janvier 1939, de 15 h. 30 à 16 h. 30, et de 17 heures à 18 heures, sous la direction du Professeur agrégé Duvoir. Ces cours se poursuivront les vendredi et samedi de chaque semaine, jusqu'au mois d'avril. Cinquante cours sont prévus.

Le programme de ce cours comporte les généralités sur la médecine du travail, les maladies professionnelles causées par les agents physiques, chimiques, végétaux et animés, les syndromes anatomo-cliniques réalisés par les maladies professionnelles, la pathologie du travail suivant les races et les professions, son importance pour l'embauchage, la sélection professionnelle, les sports des travailleurs.

Ces cours sont complétés par l'examen clinique de sujets atteints de maladies professionnelles.

Pour tous renseignements, s'adresser soit à l'Institut médico-légal, soit au secrétariat de la Faculté de médecine.

Au moment où la loi de 1919 vient d'être considérablement augmentée, la nécessité de ces cours et la diffusion des renseignements qui y sont communiqués sont de toute première importance.

Dr Guy Hausser.

VARIÉTÉS

UN ACCOUCHEMENT EN GÂTINE

Quinze décembre, quatre heures du matin. Un coup de sonnette : « Y vous faut aller à la Brocolière tout d'suite, ol est pour l'accouchement ! »

La Brocolière ? Attendez donc ! Une des quatre cent cinquante fermes isolées de ma clientèle, et dont la moitié au moins finissent en ière. Quant on est à demi-réveillé, il est permis d'hésiter un instant. Ah ! j'y suis... une grosse et rude commère de quarante ans qui en est à son quatrième bébé, une « sœur farouche » aurait dit Jules Renard. Diable, il faut faire vite !

Avant son premier, je lui avais laissé prévoir, à cause de ses trente-cinq ans, un accouchement lent, probablement pénible. Ah ! bien oui, je suis arrivé dix minutes après le bébé lequel reposait sur un sac, par terre, au milieu de la chambre. La mère, à quatre pattes par dessus, n'osait bouger, encore reliée par le cordon à sa grosse fille.

L'année d'après, nous avons pu la forcer, son mari et moi, et après une véritable séance de jiu-jitzu, à terminer dans son lit un accouchement rapide.

A la Saint-Michel suivante, d'après la coutume qui fait « *se remuer de maison* (1) » un bon nombre de fermiers, elle a déménagé au diable : cinq kilomètres de route plus un demi dans un chemin creux défoncé, inabordable aux autos, et où les vaches s'embourbent si profondément en hiver qu'elles laissent derrière elles la trace ondulante de leurs pis imprimée dans la boue grasse.

Elle en a profité, la mâtine, pour mettre au monde son troisième bébé, et par terre, naturellement, avant même que le garçon de ferme envoyé à bicyclette ne soit arrivé chez moi. Son mari l'avait installée après coup, en m'attendant, sur une pile de sacs rangée tout contre l'âtre, et la grand'mère me dit pour s'excuser d'avoir paré au plus pressé : « *O m'plaisait qu'indirectement* (2), mais i ai fait mon grand signe de croix, i m'suis recommandée à sœur Thérèse, *pi i ai copé l'cordon dau meu qu'i ai pouvu* ! (3) ».

A présent, la Simca, agile et bien close, file dans le brouillard. Après un dernier tournant de la route, il s'agit de compter les « virées » (4), toutes pareilles la nuit, les chemins creux. N'ai-je pas dépassé la bonne ? Non ! voilà mes repères. Juste avant le chemin, une barrière *accotée d'un « têtard* » (1), c'est là ! L'auto garée, j'empoigne la valise, et, en bottes de caoutchouc, la lampe électrique au poing, je patauge consciencieusement

Parfois, on peut « passer par les adrets », de petits sentiers de piétons qui doublent le chemin creux de l'autre côté de la haie, ou bien qui raccourcissent en coupant quelques champs, avec accompagnement d' « *échaliers* » (2) et de planches branlantes sur des ruisselets.

Ici, il faut suivre le vrai chemin. Voilà enfin la cour de ferme, bossuée, dans l'ombre, de son fumier et de quelques « chirons » (3) arrondis. Le mari m'attend dans le carré lumineux d'une porte : « *Ah ! Tchio coup, v's avez bé l'temps d'arrive* » (4).

Le logis est formé de deux bâtiments accolés à angle droit. Il comporte deux chambres contiguës mais non communicantes. De sorte qu'il faut sortir de l'une et faire quelques pas dehors en traversant le fond de l'angle droit, pour pénétrer dans l'autre. Dans la chambre principale, cuisine, salle à manger, dortoir, dorment les trois enfants couchés tête-bêche dans un lit. A côté, le lit habituel des parents.

De peur de réveiller ses « *drôles* » (5), la mère a préféré émigrer pour la cérémonie dans la seconde pièce, temple du désordre et de la saleté. Les poutres du plafond disparaissent sous les épis de maïs pendus en bouquets, hors de portée des rats.

Heureux sont-ils encore, ici, d'avoir deux chambres. Dans nombre d'anciennes fermes, vieilles gentilhommières inchangées depuis les XIVe ou XVe siècles, une seule, vaste et haute salle accueille toute la famille. Aïeux, parents, enfants, gendres, brus, bébés, parfois la fille de ferme ou une vieille tante qui a quelques sous, tout le monde vit, pêle-mêle entre quatre ou cinq grands lits, autant d'armoires rustiques bien

---

(1) Déménager.
(2) Ça me plaisait assez peu.
(3) Puis j'ai coupé le cordon du mieux que j'ai pu.
(4) Embouchures des sentiers sur la route.

---

(1) Soutenue par un arbre coupé à trois mètres de hauteur et surmonté d'un bouquet de rejetons.
(2) Courtes échelles disposées de chaque côté d'une haie et permettant de l'enjamber.
(3) Blocs de granit parfois énormes et souvent en forme de ballons, qui émergent du sol en grand nombre dans certaines contrées.
(4) Ce coup-ci vous arrivez bien à temps.
(5) Drôle » » garçon. « Drolière » fillette.

cirées dénommées « *chabinats* » (1) des berceaux, un vaisselier, une horloge pansue, venue de lointains héritages, une longue table centrale avec ses bancs et tout l'attirail de cuisine. En commun on y mange, dort, engendre, accouche et meurt, avec, du reste, une sorte de pudeur discrète, de bonne entente intéressée qui ne sont pas sans grandeur.

Mais revenons à notre ferme. Dès l'entrée, je suis pris à la gorge et aux yeux par l'épaisse fumée du feu de bois qu'on vient d'allumer dans l'âtre. C'est un fait : dans les fermes de Gâtine, toutes les cheminées fument dès que les portes sont fermées. De sorte que les nuits d'accouchement, en hiver, se passent en alternatives de suffocations, portes closes, et de gel, portes entr'ouvertes.

Ici, à force de courants d'air, l'atmosphère commence à s'éclaircir. A la maigre lueur de la lampe à pétrole, je distingue la future maman. Placide, souriante, elle est assise sur une chaise basse et se chauffe au foyer : « Oh ! fait-elle, i cré bé qu'ol est pas pour tout de suite ! O m'comporte ren comme aux autes fois. I ai grand pou qu'o vire long ! » (2).

Rassuré par ces bonnes paroles, je commence à réclamer et à rassembler mon matériel habituel. L'eau bout déjà dans la crasseuse marmite de fonte qui pend à la crémaillère et qui fleurera encore la soupe aux choux quand on la découvrira. Deux casseroles, qu'il faut d'abord débarrasser de leur reste de fricot, serviront, la petite à faire bouillir ou rebouillir après chaque usage le doigtier de Legueu, la grande, le tube de caoutchouc et la canule pour une éventuelle mais bien peu souhaitable injection, les ciseaux, deux pinces, le fil et une seringue armée, à tout hasard. Tout cela va bouillonner sagement sur les braises du « *potagha* » (3).

C'est toujours très compliqué de se laver les mains dans une ferme de Gâtine. Pas de cuvette, évidemment. En général, c'est la plus grande casserole du ménage qui est promue à cette dignité, ou bien un saladier hâtivement vidé de son contenu. Si l'unique carré de savon n'a pas été oublié au lavoir du bout du pré depuis la dernière lessive, si la chèvre ne l'a pas dévoré sur l'appui de fenêtre extérieur, on a des chances de le découvrir au bout de la planche à fromages qui pend du plafond, ou sur l'escalier du grenier. Et dans quel état !

A présent, un coup d'œil sur le lit qui doit, théoriquement, recevoir tout à l'heure la parturiente. Par grand hasard, la grand'mère l'a réussi, sans intervertir l'ordre expliqué les autres fois : des sacs à blé sur la couette, puis le drap, puis un lit de journaux si l'on en trouve, et enfin un drap plié en huit que l'on remplace après la naissance.

De temps en temps, la femme se lève, fait quelques pas, nous aide dans nos préparatifs, sort à la cour pour se soulager, et il faut l'interroger avec insistance pour qu'elle consente à avouer quelques rares « *bouillards* » (1). « Mais, dit-elle, *ol est ren. Faura qu'ol aille pire pour aller meu* (2) ».

Il est temps aussi de préparer les « *langerons* (3) » et les « drapeaux » (4) du bébé. Avec la grand'mère sourde et boiteuse, nous bouleversons sans grand succès les « chabinats » de l'autre chambre, à la lueur, tantôt d'une lampe pigeon sans verre, tantôt d'une lanterne-tempête. Le mari n'est d'aucune utilité, car, comme tous les hommes d'ici, il n'entend rien aux « *abriures* » (5) féminines et il ne sait sûrement pas mettre seul, le dimanche ou les jours de foire à Parthenay, son col ni surtout sa cravate.

Les épingles à maillot restent introuvables. Il faut déchirer un vieux linge pour préparer le pansement du nombril. On sort aussi une chemise usagée pour « *attraper le drôle* » (6), une autre pour changer la mère, un essuie-mains pour la « ceinturer », un « *débarbouillou* » (7) pour sécher le bébé, un autre qui remplacera les serviettes hygiéniques, luxe souvent inconnu, et, enfin quelques mouchoirs de poche qui joueront, pour le savonnage de la mère et de l'enfant, le rôle de coton hydrophile si j'ai négligé d'en apporter.

Ce coton, c'est encore une denrée à peu près inexistante ou résolument inutilisable en campagne. On m'a déjà offert, ailleurs, la ouatine retirée des épaulières d'une vieille jaquette, un plastron d'ouate taché d'iode et de crasse depuis la bronchite du dernier hiver et soigneusement mis en réserve pour le prochain, un fond de paquet de cinquante grammes « que j'avais acheté en 1912 » (*sic*). Enfin, un mari empressé m'a un jour apporté entre ses gros doigts et après de longues recherches dirigées depuis le lit par la voix autoritaire de la femme, le tampon de coton rose sur lequel reposaient les boucles d'oreilles, au fond d'une petite boîte de bijoutier.

Pendant tous ces préparatifs, si longs à décrire,

(1) Cabinets, dans le sens de « buffets à compartiments », comme au XVII[e] siècle.

(2) Ça ne me fait pas du tout le même effet qu'aux autres fois. J'ai très peur que ça dure longtemps.

(3) Prononciation patoise du « potager », sorte de foyer à charbon de bois que l'on trouve dans un coin de toutes les cuisines.

(1) Pour brouillards, douleurs paroxystiques peu durables mais récidivantes « do bouillards de coliques ».

(2) Ce n'est rien. Il faudra que ça aille pis avant d'aller mieux.

(3) Pièces de maillot, langes.

(4) Couches.

(5) Vêtements, couvertures, également couvercles.

(6) Placer le bébé sitôt la naissance.

(7) Serviette éponge.

mais qui n'ont guère duré plus d'un quart d'heure le doigtier est bouilli, et j'envisage de faire coucher la femme pour un premier examen et un savonnage à l'eau bouillie javélisée, que je sais, par expérience, ultra nécessaire. Je flambe la casserole-cuvette et ne vais pas tarder à passer ma blouse. Le mari et la mère sont ailleurs, occupés à d'obscures besognes. La femme, elle, continue à se chauffer, tranquille et silencieuse, à deux reprises, tout à l'heure, elle s'est levée et, le pot à bout de bras sous les jupons elle a « *tombé un peau d'eau* » (1).

Une troisième fois, elle répète ce geste. Je perçois à peine une expiration nasale un peu soufflante et prolongée qui me fait tout de même dresser une oreille méfiante, et soudain : « *Ta ! fait-elle, ol est rendu ! !* » (2).

Dans un grand clapotis, l'enfant vient d'être précipité, tête première et de haut, cordon rompu au fond du pot, au milieu d'un déluge d'eaux, de sang, de matières et d'urines. Soulagée, la mère pose sur la pierre du foyer le vase d'où déborde un arrière-train gigotant, et retombe assise sur sa chaise : « *Ol est quand même ben meu comme tcheu qu'dans t'cho lit !* » (3).

Sans prendre le temps, bien sûr, d'enfiler ma blouse, je vole empoigner par les pieds la grosse fille qui glougloute et asphyxie dans l'ordure, et je réclame de l'aide à grands cris. Pinces sur les deux bouts du cordon. On confie l'enfant à la grand'mère qui l'enroule dans la chemise et le présente sur ses genoux à la flamme que le mari, pas du tout affolé, attise à grands coups de « *buffou* » (4). On aurait préféré un garçon, mais, conclut philosophiquement la grand'mère : « *Meu vaut une drôlière venue qu'un drôle à v'ni !* » (5). Vite, il s'agit de coucher la mère, Mais voilà bien une autre histoire ! « *A c'l'heure qu'ol est fa* (6) i pourrais bé r'tourner coucher par là. Ol *achalerait* (7) moins la grand'mère ». Et pendant qu'elle reste assise avec une mare de sang coagulé, heureusement modeste, sur la terre battue, entre les pieds, on redéménage en hâte la literie inutilisée, sacs, journaux, etc., pour refaire le lit dans l'autre pièce. Deux fois, la lampe pigeon se souffle au vent des draps déployés. Puis, soutenue sous les bras, la pince de Kocher brinquebaliant au bout du cordon, la bonne femme traverse la chambre et l'angle de la cour. Au pied du lit, elle quitte ses « *chausses* » (8) et ses jupons souillés qui tombent en rond par terre, et elle se hisse, avec notre aide, au sommet de ses trois paillasses.

(1) Uriné quelques gouttes. — (2) Là, c'est arrivé. — (3) C'est quand même bien mieux comme ça que dans ce lit-là. — (4) Soufflet, du verbe buffer, souffler et par extension, être asthmatique. — (5) Il vaut mieux une fille venue qu'un garçon à venir. — (6) Maintenant que c'est fait. — (7) Fatiguerait, agacerait. — (8) Bas.

Ouf ! la situation tend à s'éclaircir. Savonnage, hélas tardif ! de la mère qui ne me dit tout de même pas comme telle primipare suffoquée devant une telle débauche jamais entrevue, même en rêve ; « Ben ! comme vous m'lavez ça ! ! ! ». Délivrance, derniers soins, bouillotte aux pieds glacés... A l'autre, maintenant, que l'on entend« *couiner* » (1) par là-bas, à travers toutes les portes ouvertes sur la fraîcheur du petit matin de décembre. La grand'mère l'apporte pour être rapidement lavée dans le saladier. Les trois enfants, réveillés, jacassent et montrent des têtes ébouriffées aux deux bouts de leur lit. Le père allume une flambée dans l'âtre, puis s'en va traire ses vaches.

La toilette est finie. Le bébé pesé avec la romaine dans un « drapeau » épinglé aux quatre coins, repasse maintenant aux mains de la grand'mère qui complète le maillot avant de déposer le petit paquet dans le lit de la maman. Le berceau d'osier ne sera descendu du grenier que plus tard. Cela porte malheur de le préparer avant. La vieille horloge sonne six heures. C'est bientôt l'heure du laitier.

En effet, par la porte toujours ouverte à cause de la fumée, on entend au loin la corne du laitier qui fait sa tournée et s'arrêtera bientôt, sur la route, à la hauteur du chemin creux.

Le père revient avec ses seaux de lait fumant. Rapidement, tout le monde y compris la maman, trinque avec un diurétique bol de café longuement bouilli dans le petit pot de terre qui ronronnait par là dans l'âtre. Il a bien besoin, ce pauvre breuvage, d'être corsé d'un filet « *d'eau-de-vie fait faire* » (2), un rèche mélange d'alcools de pommes, de prunes et de « poirillons ». Une rincette dans le fond du bol, un dernier coup d'œil au pouls et au globe de sûreté et en route ! Le mari pose sur ses épaules le joug qui l'aide à soutenir ses deux grands seaux ; je reprends ma valise et nous voilà partis dans le petit jour d'hiver. A la route, le laitier qui tourne déjà à l'écrémeuse le lait d'une voisine, apprend la nouvelle. A midi, toute sa clientèle, la connaîtra. Un coup de démarreur : « Au revoir, à demain ! » Demain soir, je trouverai la femme debout, ayant déjà fait son beurre et en train de repasser le bonnet de baptême....

Et je pense, en dérapant dans le bas côté boueux : « Encore quatorze accouchements prévus d'ici le quinze février. J'ai le temps d'en voir de drôles, de bien tragiques aussi, parfois ; de belles nuits blanches en perspective ! »

Dr A. Thomas.

(1) Crier comme une petite bête. — (2) Eau-de-vie fabriquée sur place avec les fruits de la récolte personnelle, d'après le privilège des bouilleurs de cru.

MUTUALITÉ FAMILIALE

■ ■ ■

Réunion du Conseil d'Administration du 24 janvier 1939

Présents : MM. Noir, président ; Vimont et H. Mignon, vice-présidents ; Lavalée, secrétaire général ; Fischer, trésorier ; J. Mignon, trésorier adjoint ; Boudin, Massart, M. Mignon, membres.

Excusés : MM. O'Followell, Hervouet, Chevallier.

La séance est ouverte à 15 h. 30.

Lecture est donnée du procès-verbal de la précédente séance, publié dans le *Concours Médical* du 4 décembre 1938.

Le procès-verbal est adopté et le Conseil passe à l'ordre du jour.

Indemnités maladies-accidents

Sur le rapport du Secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes :

MM. Serre (Indre-et-Loire), 3.650 francs ; Turlais (Maine-et-Loire), 330 francs ; Jullien (Ardèche), 920 fr. 30 ; Orliac (Lot-et-Garonne), 726 francs ; Bernard (Pas-de-Calais), 605 francs ; Carton (Somme), 319 francs ; Chevallier (Vendée), 1.056 francs ; Dreneau (Vendée), 1.485 francs ; De Marcillac (Sarthe), 450 francs ; Michelet (Gironde), 110 francs ; Nurdin (Haute-Saône), 407 francs ; Pujo (Côte-d'Or), 3.190 francs ; Seillon (Var), 330 francs.

MM. Goniondski (Isère), 660 francs ; De la Fuye (Seine), 3.355 francs ; Lablancherie (Indre-et-Loire), 451 francs ; Gondre (Haute-Garonne), 121 francs ; Long (Vaucluse), 209 francs ; Bouilloc (Isère), 407 francs.

MM. Boudey (Gers), 297 francs ; Cat (Bouches-du-Rhône), 711 fr. 25 ; Copreaux (Saône - et - Loire), 362 fr. 90 ; Barbot (Bouches-du-Rhône), 748 francs ; Courtot (Belfort), 616 francs ; Gaudiot (Jura), 1.595 francs ; Liabot (Saône-et-Loire), 132 francs ; Pescarolo (Seine), 165 francs ; Potié (Nord), 209 francs ; Roubion (Alpes-Maritimes), 762 fr. 55 ; Thiers (Drôme), 264 francs.

MM. Archambaud (Eure), 330 francs ; Balatre (Aisne), 330 francs ; Beaupère (Saône-et-Loire), 330 francs ; Bézy (Haute-Garonne), 330 francs ; Bigeon (Manche), 330 francs ; Cadilhac (Yonne), 330 francs ; Copréaux (Saône-et-Loire), 330 francs ; Delucq (Gers), 330 francs ; Devars (Drôme), 330 francs ; Duhamel (Lot-et-Garonne), 330 francs ; Gardette (Seine-et-Oise), 330 francs ; Gaudichon (Eure), 2.236 fr. 60 ; Gobert (Marne), 330 francs ; Goniondski (Isère), 660 francs ; Gouriou (Finistère), 440 francs ; Guyot (Haute-Marne), 480 fr. 30 ; Houques (Gironde), 330 francs ; Huchon (Côte-d'Or), 330 francs ; Lambey (Oise), 1.683 francs ; Leroy (Manche), 660 francs ; Mainsbrecq (Loir-et-Cher), 660 francs ; Mathieu (Seine-Inférieure), 330 francs ; Mazeroux (Nièvre), 330 francs ; Mendel (Seine), 330 francs ; Molinéry (Seine), 330 francs; Morvan (Finistère), 660 francs ; Moulinié (Tarn), 330 francs ; Nicolas (Puy-de-Dôme), 660 francs ; Orsini (Corse), 495 francs ; Pareau (Gironde), 660 francs ; Poueydebat (Basses-Pyrénées), 330 francs ; Rault (Ille-et-Vilaine), 660 francs ; Renoult (Calvados), 660 francs ; Rilhac (Haute-Vienne), 330 francs ; Robert (Yonne), 330 francs ; Rossigneux (Rhône), 330 francs ; Roure (Savoie), 330 francs ; Roy (Nièvre), 330 francs ; Ruppe (Seine-et-Oise), 3.922 fr. 30 ; Serbat (Lot-et-Garonne), 1.686 fr. 40 ; Serfaty (Seine), 660 francs ; Sexe (Haute-Saône), 330 francs ; Suttel (Haute-Loire), 330 francs ; Thomas (Loire-Inférieure), 1.012 francs ; Traby Pyrénées-Orientales), 330 francs ; Turlais (Maine-et-Loire), 330 francs.

Retraites

Le Conseil alloue ensuite les pensions de retraites suivantes à :

MM. Abeilhou (Pyrénées-Orientales), 1.200 francs ; Arago (Seine), 1.200 francs ; Arin (Maine-et-Loire), 1.200 francs ; Aurand (Rhône), 1.200 francs ; Averseng (Haute-Garonne), 1.200 francs ; Balmette (Indre-et-Loire), 1.200 francs ; Bargy (Allier), 1.200 francs ; Bartoli (Bouches-du-Rhône), 1.200 francs ; Baudron (Loiret), 1.200 francs ; Beck (Rhône), 1.200 francs ; Binet (Doubs), 1.200 francs ; Boisseau (Alpes-Maritimes), 1.200 francs ; Bonnefous (Aveyron), 1.200 francs ; Boudaut (Haute-Garonne), 1.200 francs ; Carlotti (Eure-et-Loire), 1.200 francs ; Casset (Alger), 1.200 francs ; Chaffal (Alpes-Maritimes), 1.200 francs ; Chailloux (Maine-et-Loire), 600 francs ; Chambon (Calvados) ; 1.200 francs ; Bretheau (Indre-et-Loire), 2.400 francs ; Chapiet (Loire-Inférieure), 360 francs ; Charézieux (Seine), 1.200 francs ; Charpentier (Seine), 1.200 francs ; Chassy (Bouches-du-Rhône), 595 francs ; Chevalot (Moselle), 360 francs ; Chevalot (Mme) (Moselle), 360 francs ; Cohan (Seine-Inférieure), 449 francs ; Contal (Vosges), 491 francs ; Couaillac (Gironde), 2.400 francs ; Cousin (Loire), 2.400 francs ; Dasque (Hautes-Pyrénées), 1.200 francs ; Debidour (Seine), 600 francs ; de Lacombre (Basses-Alpes), 2.400 francs ; Dieuzaide (Gers), 240 francs ; Dubocquet (Nord), 1.200 francs ; Dubois (Seine-Inférieure), 1.200 francs ; Dupont (Vienne), 1.200 francs ; Durozoy (Seine-et-Oise), 1.200 francs ; Foata (Var), 1.200 francs ; Frigaux (Oise), 1.200 francs ; Garrigues (Seine), 1.200 francs ; Genet (Rhône), 2.400 francs ; Gibert (Allier), 1.200 francs ; Giralt (Pyrénées-Orientales) ,1.200 francs ; Gombert (Eure), 480 francs ; Grandou (Basses-Pyrénées), 1.200 francs ; Guéry (Vendée), 1.200 francs ; Guillard (Aube), 1.080 francs ; Guilmard (Orne), 1.200 francs ; Guirauden (Hérault), 2.400 francs ; Guny (Somme), 135 francs ; Hadot (Vosges), 2.400 francs ; Hamon (Loiret), 1.200 francs ; Hervé (Gironde), 1.200 francs ; Hervoit (Seine-et-Marne), 1.200 francs ; Hervouet (Seine), 1.200 francs ; Houdart (Côtes-du-Nord), 1.200 francs ; Jolis (Gers), 1.200 francs ; Lacomme (Saône-et-Loire), 1.200 francs ; Lamotte (Gironde), 566 fr. 30 ; Lapeyre (Lozère), 720 francs ; Laroche (Dordogne), 1.200 francs ; Laufer (Seine), 1.200 francs ; Laugier (Alpes-Maritimes), 1.200 francs ; Lecerf (Eure), 1.200 francs ; Lestra (Rhône), 1.200 francs ; Liber (Nord), 1.200 francs ; Louart (Pas-de-Calais), 1.200 francs ; Lyons (Alpes-Maritimes), 1.200 francs ; Maksud (Eure-et-Loir), 360 francs ;

Maksud (Mme) (Eure-et-Loir), 360 francs ; Martial (Seine), 487 francs ; Massoulard (Seine-et-Oise), 1.200 francs ; Mathieu (Haute-Marne), 1.200 francs ; Matignon (Gironde), 600 francs ; Métais (Charente-Inférieure), 1.200 francs ; Meyer (Seine), 1.200 francs ; Micolier (Rhône), 1.200 francs ; Mignon (Seine), 1.200 francs ; Monier (Mme) (Pas-de-Calais), 1.200 francs ; Moran (Seine), 1.200 francs ; Mourre (Var), 187 francs ; Noir (Seine), 120 francs.

MM. O'Followell (Seine), 360 francs ; Orsini (Corse), 600 francs ; Ousset (Haute-Garonne), 1.200 francs ; Papegaey (Marne), 600 francs ; Pardoux (Seine), 480 francs ; Patron (Vaucluse), 1.200 francs ; Pelissié (Lot), 360 francs ; Pic (Rhône), 600 francs ; Pic (Mme), (Rhône), 600 francs ; Pierrhugues (Var), 1.200 francs ; Piollet (Puy-de-Dôme), 399 fr. 60 ; Ploton (Loire), 1.200 francs ; Prat (Alpes-Maritimes), 1.200 francs ; Quenay (Seine), 1.200 francs ; Rambaud (Vendée), 600 francs ; Rayrolles (Cantal), 567 francs ; Reygasse (Haute-Garonne), 1.200 francs ; Richard (Seine), 1.200 francs ; Rilhac (Haute-Vienne), 1.200 francs ; Robinet (Seine-et-Oise), 1.200 francs ; Roche-Imbard (Bouches-du-Rhône), 1.200 francs ; Roi (Charente-Inférieure), 1.200 francs ; Rozoy (Ardennes), 1.200 francs ; Saint-Orens (Landes), 120 francs ; Saint-Orens (Mme) (Landes), 120 francs ; Savatier (Seine), 1.200 francs ; Siguan (Bouches-du-Rhône), 1.200 francs ; Tremoulet (Saône-et-Loire), 1.200 francs ; Triquenaux (Nord), 600 francs ; Truelle (Seine), 2.400 francs ; Valot (Maine-et-Loire), 600 francs ; Vimont (Seine), 120 francs ; Vitry (Hérault), 1.200 francs ; Voutier (Savoie), 1.200 francs ; Wegbecher (Indre-et-Loire), 1.200 francs.

Pensions aux veuves

Mmes Barret de Nazaris (Lot-et-Garonne), 150 francs ; Gillette (Calvados), 150 francs ; Chevreux (Seine), 150 francs ; Delthil (Yonne), 60 francs ; Gallois (Côte-d'Or), 150 francs ; Gelain (Nord), 450 francs ; Lefebvre-Blanchard (Nord), 450 francs ; Lepage (Seine), 150 francs ; Rousselot (Haute-Marne), 150 francs.

Ratifications d'admissions

Sur le rapport du Secrétaire général constatant qu'aucune protestation ne s'est élevée au sujet des admissions provisoires en date du 25 octobre 1938, le Conseil prononce les admissions définitives suivantes :

MM. Cabanié (Maroc), Jourdan (Manche), Besseyrias (Yonne), Mme Besseyrias (Yonne), M. Leleu (Nord), (Mme Leleu (Nord), M. Mauuary (Marne), Mme Mauuary (Marne), M. Raphael (Seine-et-Marne), M. Salmon (Aisne).

Admissions provisoires

Sur la présentation et le rapport du Secrétaire général, le Conseil prononce à titre provisoire, les admissions suivantes :

M. Cadier (Basses-Pyrénées), Mme Cazes (Saône-et-Loire), M. Daull (Belfort), Mme Daull (Belfort), MM. Delort (Oran), Drecq (Meurthe-et-Moselle), Dugoin (Seine), Fischer (Ain), Gaquière (Charente), Godard (Manche), Guisoni (Alger), Lhoste (Sarthe), Marinet (Drôme), Martin (Gard), Montagne (Pas-de-Calais), Pichon (Ardèche), Puymartin (Haute-Vienne), Sucret (Aveyron), Voirin (Hautes-Alpes).

Ces admissions seront définitives au 1er avril 1939, si aucune protestation n'est parvenue à cette date au Conseil.

En raison de la hausse des tarifs postaux, et pour compenser les frais de retour en même temps que pour simplifier les écritures, M. Jean Mignon, trésorier adjoint, propose de majorer suivant le tarif ci-dessous, les sommes réclamées aux sociétaires pour le recouvrement postal de leurs cotisations :

au-dessous de 100 francs	7 francs
de 100 à 200 francs	11 francs
200 à 400 francs	13 francs
400 à 500 francs	14 francs
500 à 600 francs	16 francs
600 à 700 francs	17 francs
700 à 800 francs	18 francs
800 à 1.000 francs	19 francs
1.000 à 1.500 francs	20 francs
1.500 à 2.500 francs	25 francs
2.500 à 3.500 francs	27 francs
3.500 à 5.000 francs	30 francs

La proposition est adoptée.

Est adoptée une proposition du Secrétaire général relative à la propagande de la Mutualité familiale. Comme le « Sou Médical » envoie tous les ans une lettre-circulaire à chacun de ses adhérents, il sera inclus dans cette lettre une courte notice exposant les diverses combinaisons de la Mutualité familiale. Cette propagande directe, par lettre personnelle, présentera le double avantage de ne pas avoir le sort malheureux d'un quelconque imprimé et de ne nécessiter aucun frais de port.

M. Jean Mignon, trésorier adjoint, expose ensuite quelques projets d'emploi de fonds et de vente de titres. Des instructions précises lui sont données sur ce point par le Conseil.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 16 h. 30.

Le Secrétaire général

G. LAVALÉE

Un don de 75 francs est fait à la Caisse auxiliaire par le Docteur Bézine, du sanatorium de Saint-Martin-du-Tertre. Nous lui adressons nos remerciements.

LA DÉCEVANTE HISTOIRE DE JOBERT DE LAMBALLE

Fils d'un pauvre maçon chargé de famille Jobert semblait destiné au destin médiocre du petit peuple.

Or l'opiniâtreté, l'ardeur au travail de l'enfant, sa facilité à assimiler les rudiments du grec et du latin, éveillent l'attention d'un vieux prêtre, l'abbé de Soulaville. Celui-ci consulte un médecin, le Docteur Bedel, et lui explique que l'ambition du petit est de devenir médecin.

Il faut croire que, dans les années 1800, les médecins n'étaient pas plus satisfaits de leur profession qu'ils ne le sont aujourd'hui. Car Bedel, aux premiers mots, lève les bras au ciel et maudit avec virulence la vie de galérien réservée à ceux qui soignent leurs semblables.

Après quoi il prend le jeune Jobert sous sa protection et commence à lui apprendre l'anatomie tandis que l'abbé de Souleville se charge du latin et du grec. Instruction à la diable, de bric et de broc, dont les insuffisances empoisonneront Jobert toute sa vie, car il était fier, susceptible et, à la différence de beaucoup, se rendait compte de ses insuffisances. Cette clairvoyance est un funeste présent des dieux !

Paris ! Jobert tire le diable par la queue ; certains jours il a faim. Mais loin de le rebuter l'adversité l'aiguillonne.

En 1826 il écrit un mémoire sur les plaies intestinales, reprend la question en 1829 et démontre le principe fondamental des sutures intestinales : adossement des séreuses. Principe qui demeure la clef de voûte de la chirurgie intestinale moderne.

Adjuvat, thèse de doctorat sur « Les hémorroïdes et quelques observations ». L'ascension commence.

En 1828 il est chirurgien des hôpitaux, en 1830 agrégé, en 1831 chirurgien consultant du roi.

Les travaux se succèdent sur les plaies d'armes à feu, sur les cautérisations du col utérin, sur les fistules vésico et utéro-vaginales qu'il est le premier à avoir guéries. Son renom est mondial ; il se voit constellé de décorations françaises et étrangères.

Simultanément il essuie des avanies qui aigrissent son caractère : en 1836 il se présente à la succession de Dupuytren et est évincé. Il fait une expérience conjugale courte et malheureuse. Et lorsqu'il est élu à l'Académie des Sciences, Chomel, qui y siégeait également, faisant allusion à la rusticité de son nouveau collègue, eut ce mot méchant qui, paraît-il, fit rire tous les contemporains « A quand l'Académie française ? ».

En 1864, la fortune abandonne décidément Jobert. En opérant une femme atteinte de syphilis il se blesse à l'index, s'inocule et moins de trois ans après meurt dans la maison d'aliénés du Docteur Blanche.

C'était un homme bon et, de plus, une belle âme. Son biographe (1) rapporte de lui ce trait émouvant : Devenu en 1840 membre de l'Académie de médecine il eut pour collègue un vieux médecin, autrefois célèbre, et qui, n'ayant plus de clientèle, se trouvait dans une gêne voisine de la misère. Désirant lui venir en aide sans porter atteinte à sa dignité Jobert eut une idée d'une délicatesse charmante. Chaque semaine il s'organisa pour faire appeler le vieux maître en consultation. Et jamais celui-ci ne soupçonna le stratagème ni que c'était Jobert lui-même qui faisait les frais de son déplacement.

On peut pardonner à de tels hommes, n'en déplaise à Chomel, de ne pas être fleuris de rhétorique.

G. LAVALÉE.

(1) Docteur Robert LE SAGE, thèse de Paris, 1938.

Bibliographie

Près d'eux, par Henry GOUDARD. Préface d'Henry Bordeaux. (Editions Stock, 1938)

Henri Goudard est un jeune confrère qui a dans ce recueil de nouvelles peint admirablement l'âme paysanne de sa Creuse natale, car *Eux* sont les paysans qu'il comprend mieux que nul autre car il a vécu *Près d'eux*.

Nous ne pouvons analyser les quelque vingt nouvelles qui composent l'ouvrage et dépeignent tour à tour le charme simple et sain de l'enfant, puis les tares, les déformations, les vulgarités, les appétits, les bassesses qui plus ou moins entachent l'homme des champs au cours de son existence.

Nous attirons surtout l'attention des médecins sur *Remèdes de bonnes femmes* où Catissou, guérisseur du village, dévoile les secrets de la thérapeutique paysanne que complète l'énumération des *saints guérisseurs creusois*, saint Léobon, saint Marien, saint Goussand, saint Pardoux, saint Valéry, saint Sylvain, saint Cormély. Chacun a son histoire et son sanctuaire et M. Henry Goudard pourrait écrire sur eux toute une *Légende dorée*.

Nous remercions et félicitons le Docteur Henry Goudard qui a su nous donner sous une forme charmante un véritable recueil de folklore de la Marche et du Limousin.

J. N.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **XLIIIe Session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française.** — La XLIIIe Session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française se tiendra à Montpellier du 21 au 26 septembre 1939.

Président : M. le Professeur H. Roger, de la Faculté de médecine de Marseille ; vice-président, M. le Professeur A. Porot, de la Faculté de médecine d'Alger ; secrétaire général : M. le Professeur P. Combemale, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Bailleul ; secrétaire annuel : M. le Docteur Hugues, médecin-chef du quartier d'hospice de Font-d'Aurelle, près Montpellier ; trésorier : M. le Docteur Vignaud, de Paris.

Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XLIIIe session :

Psychiatrie : *Les anorexies mentales*, par M. le Docteur Alb. Crémieux, chef de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de médecine de Marseille.

Neurologie : *Les problèmes neurologiques et psychiatriques immédiats et tardifs des traumatismes craniens*, par M. le Docteur Paul Schmite (*in memoriam*), et M. le Docteur Jean Sigwald, ancien chef de clinique neurologique à la Salpêtrière, Paris.

Médecine légale psychiatrique : *Des conditions de sortie des aliénés délinquants ou criminels*, par le Docteur Pierre Léculier, médecin-chef des hôpitaux psychiatriques.

N. B. — Les inscriptions sont reçues par le Docteur Vignaud, trésorier, 4, avenue d'Orléans, Paris (XIVe), c.-c. postal, Paris, 456.30. Le prix de la cotisation à la session est de 100 francs (membres adhérents). Les membres inscrits avant le 10 août 1939 recevront les rapports dès leur publication.

Pour tous renseignements, s'adresser au Professeur P. Combemale, route d'Ypres, à Bailleul (Nord).

— **VIIe Congrès français de gynécologie** (Lille, 27 au 30 mai 1939, fêtes de la Pentecôte). — Président d'honneur, M. le Professeur de Snoo (Utrecht) ; président, M. le Docteur Bender (Paris) ; secrétaire général, M. le Docteur Maurice Fabre (Paris). — Comité local d'organisation : président, M. le Professeur Delannoy (Lille) ; commissaire général : M. le Professeur Paucot (Lille).

Question à l'ordre du jour : *La parthénologie*. rapporteur général : M. le Docteur F. Jayle (Paris).

Cette question qui sera traitée pour la première fois dans un congrès fera l'objet d'un certain nombre de courts rapports : 1o Embryologie de l'appareil génital féminin (M. Noel, Lyon) ; 2o Réactions chimiques vaginales sur la fillette et l'adolescente (M. Vanverts, Lille) ; 3o Bactériologie de l'appareil génital depuis la naissance jusqu'à la puberté (M. Vanverts, Lille) ; 4o Les imperforations de l'hymen et les absences congénitales du vagin (M. Favreau, Lille) ; 5o Tumeurs du sein chez la fillette et la jeune fille (M. Bender, Paris) ; 6o Variations du taux de la folliculine dans l'urine et le sang des jeunes filles avant, pendant, au moment, après la puberté (M. Turpault, Paris) ; 7o Vascularisation et disposition des organes génitaux internes avant la puberté (MM. Cordier et Devos, Lille) ; 8o Tumeurs de l'appareil génital interne (utérus et annexes) sur la jeune fille impubère (M. Delannoy, Lille) ; 9o Influences de la syphilis héréditaire sur les fonctions ovariennes (M. Paucot, Lille) ; 10o Anatomie macroscopique et microscopique des muqueuses de l'appareil génital chez le fœtus, la fillette et la jeune fille (M. Figarella, Marseille) ; 11o Remarques sur l'anatomie du bassin et des organes génitaux féminins avant la puberté (MM. Cordier, Devos, Renier, Lille).

Ce Congrès coïncidera avec « l'Exposition du Progrès social » et sera accompagné de nombreuses distractions : fêtes, réceptions, excursions sur les plages du littoral et en Belgique, visite du sanatorium de Zuydcoote, etc.

Pour tous renseignements et inscriptions s'adresser à M. le Docteur Maurice Fabre, secrétaire général de la Société française de gynécologie, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris (IXe).

— **XVIe Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie médicales** (Strasbourg, Faculté de médecine, 8, 9, 10 et 11 octobre 1939). — Bureau du Congrès : présidents, MM. les Professeurs Danjon, doyen de la Faculté des sciences ; Sartory, doyen de la Faculté de pharmacie ; Forster, doyen de la Faculté de médecine ; secrétaire général, M. le Professeur Vaucher, Institut d'hydrologie et de climatologie, 1, place de l'hôpital, Strasbourg ; secrétaire général adjoint permanent, Docteur F. Françon (Aix-les-Bains), 55, rue des Mathurins, Paris (VIIIe) ; secrétaires généraux adjoints, Mlle le Docteur Jeanne Bruner, assistante à l'Institut d'hydrologie thérapeutique et climatologie, 1, place de l'Hôpital, Strasbourg ; M. le Docteur A. Jacob, chef de clinique, clinique médicale A, 1, place de l'Hôpital, Strasbourg.

Rapports : I. *Rapport d'hydrologie thérapeutique* : Le traitement hydrominéral des dermatoses (Professeur Pautrier, Strasbourg, Clinique dermatologique, hôpital civil ; Docteur Flurin, Cauterets). — II. *Rapports d'hydrologie* : Perméabilité et eaux minérales (Professeur Dodel et Dastugue, Clermont-Ferrand). — III. *Rapport de climatologie* : Indications et contre-indications des sports d'hiver (Professeur Piéry, Lyon). — IV *Rapport de géologie* : Les eaux minérales des régions pétrolifères (M. Schneegans, professeur à l'Ecole nationale supérieure du pétrole et des combustibles liquides, Strasbourg). — V. *Evolution de l'outillage thermal français pendant les vingt dernières années* (M. Urbain, maître de recherches, chef de travaux à l'Institut d'hydrologie de Paris).

Correspondance et renseignements : secrétariat général, Institut d'hydrologie thérapeutique et climatologie, 1, place de l'Hôpital, Strasbourg ; secrétaire général, M. le Professeur Vaucher, même adresse.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Internat des hôpitaux de Paris

(ADMISSIBILITÉ)

Liste alphabétique des candidats admissibles

MM. Albert (André), 27 ; Albou, 26 ; Alhomme, 26 ; Alloiteau, 33 ; Alpérine (Georges), 26 ; Amado (Georges), 30 1 /2 ; Ancelin (André), 28 1 /2 ; Mlle Antoine (Clotilde), 34 ; MM. Arnaud (Aimé), 27 1 /2 ; Audoly (Paul), 35 ; Auquier (Louis), 30 ; Aurégan (Maurice), 35.

MM. Bach (Charles), 34 ; Barbier (Pierre), 38 1 /2 ; Barré (Yves), 32 1 /2 ; Bastin (Raymond), 40 1 /2 ; Bauchart (Jean), 38 ; Baudon (Jacques), 30 ; Béna (Michel), 27 ; Bergeron (André), 28 ; Bernard (Pierre), 39 ; Bernard (Pierre-Maurice), 27 ; Berthon (Pierre), 34 ; Bertier (Jacques), 29 ; Bessière (Maurice), 32 ; Blanc (Guy), 33 1 /2 ; Blancard (Jacques), 35 1 /2 ; Blanchon (Pierre), 41 1 /2 ; Blondé (André), 28 ; Bolivar (Juan), 30 ; Bonvallet (Jacques), 38 ; Bouche (Jean), 38 ; Bouillié (Raymond), 26 1 /2 ; Boulay (André), 27 ; Bourdin (Jacques), 37 ; Mlles Bourget (Geneviève), 35 ; Bournisien (Marthe), 37 ; MM. Brac (Jean), 29 ; Braillon (Philippe), 28 ; Brenier (Jack), 37 ; Mlle Brisac (Colette), 33 1 /2 ; M. Butet (André), 34.

M. Cachin (Yves), 37 1 /2 ; Mme Cachin née Dicky, 29 ; MM. Cahn (Léon), 30 ; Caldier (Lucien), 28 ; Camus (Jean), 29 1 /2 ; Capron (Pierre), 29 ; Carlotti (Jacques), 32 1 /2 ; Caufment (André), 28 1 /2 ; Mlles Caulliez (Madeleine), 26 1 /2 ; Chaillet (Nicole), 35 ; MM. Chappellart (Pierre), 29 1 /2 ; Chartrain (Emile), 31 ; Chessebeuf (Louis), 27 ; Ciaudo (Denis), 39 1 /2 ; Mlle Corre (Lucienne), 31 ; MM. Cossart (René), 30 1 /2 ; Courchet (Adolphe), 36 ; Courjaret (Jacques), 32 1 /2 ; Courtenay-Mayers, 26 1 /2 ; Crépin (Guy), 30.

MM. Danion (Jean), 27 ; Danset (Pierre), 32 ; Darricau (Aimé), 40 ; Daumet (Henri), 34 1 /2 ; Davy (André), 32 ; Debost (Jérôme), 26 1 /2 ; Debusschère (Frédéric), 37 ; Delatour (Jacques), 28 ; Delouche (Gaston), 28 ; Demassieux (Jean), 32 1 /2 ; Démétriadès (Mario), 27 ; Denizet (Pierre), 31 ; Mlle Depître (Claire), 33 1 /2 ; MM. Deslandes (Edouard), 35 ; Devieux (Félix), 27 1 /2 ; Devimeux (Pierre), 32 ; Didier (Raymond), 26 ; Mlle Doumic (Alice), 28 ; M. Dubel (Guy), 30 1 /2 ; Mlle Dubois (Laure), 33 1 /2 ; MM. Ducournau (Jean), 33 1 /2 ; Dufresne (Pierre), 30 ; Duhamel (Georges), 30 ; Dupont (Victor), 28 1 /2 ; Durupt (Lucien), 36.

MM. Edelmann (Gilles), 39 ; Eman-Zadeh (Agha) ; 33 ; Enel (Jacques), 34 1 /2.

M. Ferrand (Guy), 28 ; Mlle Fillon (Colette), 28 ; MM. Flabeau (Fernand), 38 1 /2 ; Fortin (Pierre), 32 1 /2 ; Mlle Fossier (Jeanne), 27 ; MM. François (Armand), 33 ; Frinault (Georges), 33 ; Fronville (Pierre), 29.

MM. Galand (Maurice), 29 ; Galey (Jean), 26 ; Galmiche (Paul), 39 ; Mlle Garnier (Marie), 34 ; MM. Gauthey (Maurice), 28 ; Gertzberg (Victor), 26 ; Gibrat (Achille), 27 ; Godlevsky (Guy), 27 ; Gorin (Raymond), 36 ; Goury-Laffont, 42 ; Mlle Granier (Régine), 28 ; MM. Granjon (André), 41 ; Grel (Pierre), 26 ; Mlle Grould (Paule), 31 ; M. Guichard (Raoul), 29.

MM. Hadengue (André), 31 1 /2 ; Hagège (Elie), 31 ; Haguet (Jean), 29 1 /2 ; Mlles Hahn (Marie), 42 ; Haller (Renée), 36 1 /2 ; MM. Haquin (Charles), 30 ; Hébert (André), 33 ; Hemeury (Jean), 33 ; Henrot (Henri), 39 ; Hermann (André), 29 ; Hervet (Emile), 32 ; Mlle Heulot (Raymonde), 30 ; MM. Hewitt (Jean), 31 ; Hiverlet (Emile), 26 ; Horvilleur (Pierre), 35 1 /2 ; Hussameddin (Diavid), 35.

MM. Isal (Paul), 35 1 /2 ; Isorni (Philippe), 42 1 /2.

MM. Jardel (Gérard), 35 1 /2 ; Joinville (Eugène), 28 ; Jomier (François), 26 1 /2 ; Joublin (Jean), 45 ; Joussemet (Raoul), 34 1 /2 ; Mlle Jurain (Odette), 30.

M. Kaeppelin (Marie), 33 ; Mlle Kahn (Madeleine), 38 1 /2 ; MM. Kartun (Paul), 31 1 /2 ; Klein (Michel), 31 ; Koskas (Moïse), 43 ; Kreisler (Léon), 32 1 /2 ; Kropff (Georges), 31.

MM. Labayle (Jean), 28 ; Lacour (Jean), 26 ; Lambert (Léon), 31 ; Lamy (Robert), 29 ; Landau (Pierre), 27 ; Lang (Paul), 28 ; Lanvin (Michel), 27 ; Laroche (Claude), 36 ; Lasry (José), 45 ; Léandri (Lucien), 26 1 /2 ; Le Brigand (Jean), 40 1 /2 ; Le Brigand (Henri), 38 ; Lecointe (Pierre), 33 ; Mlle Lefèvre (Jacqueline), 45 ; MM. Léger (Michel), 28 1 /2 ; Legrand (Marcel), 31 ; Lelièvre (Jean), 32 ; Leprat (Serge), 29 ; Lhermet (Georges), 31 ; Libert (Raymond), 26 ; Lichnewsky (René), 44 ; Liénard (Jean), 28 ; Mlle Lipmann (Charlotte), 36 ; M. Loubrieu (Jean), 31.

MM. Mage (Jean), 36 ; Maignan (Charles), 33 ; Marchal (Louis), 30 ; Marzet (Alexis), 32 1 /2 ; Mathias (Jean), 26 ; Mattei (Marc), 27 ; Maurice (Pierre), 29 1 /2 ; Mayaud (Jean), 32 ; Medvedeff (Michel), 30 ; Mlle Mendras (Marie), 40 ; M. Métropolitanski (Jacques), 29 ; Mlle Meugé (Yvonne), 27 1 /2 M. Michon (Jacques), 27 ; Mlle Meunier (Andrée), 44 ; M. Moch (Bernard), 38 ; Mlle Monghal (Thérèse), 30 1 /2 ; MM. Monod (Claude), 32 1 /2 ; Monod (Marc), 27 1 /2 ; Mlle Moreau (Jacqueline), 32 1 /2 ; M. Msélati (Edmond), 29 1 /2.

MM. Nataf (Aaron), 38 1 /2 ; Nehlil (Jacques), 28 1 /2 ; Nomdedeu (Henri), 26.

MM. d'Oelnitz (Michel), 36 ; Orfali (Joseph), 39 1 /2.

MM. Paley (Jean), 39 ; Parsy (Gilbert), 33 1 /2 ; Pergola (Frédéric), 33 ; Pérol (Etienne), 33 ; Petit (Jacques), 27 ; Piard (André), 26 1 /2 ; Pluvinage (Roger), 41 ; Poirier (René), 26 ; Polliot (Louis), 30 ; Poussier (François), 38 ; Pradelle (Roger), 29 ; Prochiantz (Alek), 33 ; Pruvot (Georges), 27.

MM. Radzievsky (Georges), 29 1 /2 ; Renault (Pierre), 33 ; Reynaud (Jean), 29 ; Richet (Gabriel), 35 ; Rie (Georges), 36 ; Roblin (Jean), 30 ; Roger (René), 34 ; Rognon (Lucien), 35 1 /2 ; Roman (Marc), 28 ; Rometti (Alde), 31 1 /2 ; Ronsin (Michel), 29 ; Mlles Rosenkowitch (Esther), 30 ; Rosental (Louise), 31 ; MM. Rosey (Jean), 29 1 /2 ; Royer (Eugène), 32 1 /2 ; Ruel (Henri), 34 1 /2.

M. Saltet de Sablet (Maurice), 32 ; Mlles Samuel (Hélène), 29 ; Saulnier (Micheline), 31 ; MM. Scebat (Lucien), 38 ; Scherrer (Jean), 26 1 /2 ; Schneider (Maurice), 33 1 /2 ; Mlle Schweisguth (Odile), 34 ; MM. Sebag (Abraham), 27 ; Seviléano (Eugène), 27 1 /2 ; Seyer (Jean), 36 1 /2 ; Sicard (Jacques), 29 ; Sriber (André), 26 ; Staub (Michel), 32 ; Stépanoff (Anatole), 29.

MM. Tahar (Lucien), 28 ; Ternier (Alexandre), 29 ; Thaon (Michel), 29 1 /2 ; Thierry (Jean), 26 ; Tola (Ricardo), 29 ; Tostivint (René), 34 ; Toufesco (Nicolas), 33 ; Mlle Tourneville (Renée), 27 ; MM. Tran-Van-Hoa, 28 ; Tricard (Armand), 27 ; Tricot (Robert), 35 ; Tubiana (Raoul), 35.

M. Umdenstock (Robert), 26.

MM. Verliac (François), 31 ; Verriez (Charles), 40 1 /2 ; Viguié (Roger), 34 ; Vila (Roger), 26.

MM. Weyl (Jean), 28 ; Wolff (Jacques), 28.

M. Xambeu, 27.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Lutte anticancéreuse

Centre régional anticancéreux de Marseille

Par arrêté du 3 février 1939 :

M. le Professeur Lucien Cornil, doyen de la Faculté de médecine de Marseille, a été nommé directeur du Centre régional anticancéreux de Marseille, en remplacement de M. le Professeur Léon Imbert, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Marseille, démissionnaire.

M. le Professeur Léon Imbert, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Marseille, a été nommé directeur honoraire du Centre anticancéreux de Marseille. (*J. O.*, 4 février 1939.)

Service de santé de la Marine militaire

Avis relatif au concours d'admission à l'Ecole principale du Service de santé de la Marine en 1939.

1° Un concours aura lieu les 4, 5 et 6 juillet 1939, pour 1939, pour l'admission à l'Ecole principale du Service de santé de la marine à Bordeaux.

2° Pourront prendre part à ce concours :

a) Les étudiants en médecine réunissant quatre, huit, douze ou seize inscriptions valables pour le doctorat en médecine, et accomplissant leur scolarité sous le régime institué par le décret du 6 mars 1934 ;

b) Les étudiants en pharmacie justifiant : soit d'une année d'études dans une école annexe de médecine navale, soit d'une année de stage régulier pour le diplôme de pharmacien (sous réserve de produire, avant le 13 novembre 1939, le certificat de validation (stage), soit de huit ou de douze inscriptions.

3° Le nombre des élèves à admettre est fixé en principe comme suit :

1° Ligne médicale

a) Candidats titulaires de quatre inscriptions : quarante, dont vingt-cinq pour les troupes coloniales et quinze pour la marine :

b) Candidats titulaires de huit, douze et seize inscriptions : vingt-sept, dont douze pour les troupes coloniales et quinze pour la marine. Les douze places offertes pour le compte des troupes coloniales seront, en principe, réservées aux candidats à seize inscriptions. Les quinze places marine seront réparties entre les concurrents à huit, douze et seize inscriptions, suivant une proportionnalité qui tiendra compte, pour chaque groupe du nombre de candidats et de la valeur moyenne des épreuves.

2° Ligne pharmaceutique

a) Candidats justifiant d'une année de stage : dix dont six pour les troupes coloniales et quatre pour la marine ;

b) Candidats titulaires de huit inscriptions : cinq, dont deux pour les troupes coloniales et trois pour la marine ;

c) Candidats titulaires de douze inscriptions : neuf, dont cinq pour les troupes coloniales et quatre pour la marine.

4° Les dossiers de candidatures devront être adressés au ministère de la Marine (direction centrale du Service de santé, 13, rue de l'Université), à partir du 20 mai 1939.

La liste d'inscription sera close le 2 juin 1939 au soir, terme de rigueur.

Renseignements complémentaires

Les pièces à produire à l'appui des candidatures sont indiquées ainsi que la réglementation du concours et le programme des épreuves à l'instruction relative à l'admission à l'Ecole principale du Service de santé de la marine en 1939.

Cette instruction sera incessamment mise en vente à la librairie Vuibert, 63, boulevard Saint-Germain, à Paris ; elle pourra, en outre, être consultée :

A la direction centrale du Service de santé, 13, rue de l'Université, à Paris.

Dans les Préfectures des départements, les Facultés de médecine et de pharmacie, les Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Dans les directions du Service de santé de la marine des cinq ports de la métropole et de Bizerte.

A l'hôtel du commandant de la Marine à Alger.

A la direction de l'Ecole principale du Service de santé de la marine à Bordeaux.

(*J. O.*, 4 février 1939.)

A propos de la loi réglementant l'exercice de l'Art vétérinaire

Nous recevons de M. Goulay, docteur-vétérinaire, la rectification suivante que nous nous faisons un plaisir de publier :

Permettez-moi de vous signaler deux petites erreurs et une omission qui se sont glissées dans votre article concernant la loi règlementant l'exercice de la médecine-vétérinaire, paru dans le *Concours Médical* du 22 janvier 1939, page 206 :

1° A la septième ligne, au lieu de « *Syndicat national des Vétérinaires* », lire : « *Syndicat des vétérinaires de la Seine* ».

2° A la fin de la phrase qui précède le dernier alinéa de votre article : ce n'est pas nous qui sommes « parvenus à arracher la loi au Parlement », ce sont les dirigeants actuels du *Syndicat national* dont nous avons été les précurseurs, il y a dix ans.

3° Omission : en plus de mes anciens collaborateur, Bourgeois, Hebray, Péan, figurait notre ami Lepinay un des fondateurs de la *Société de pathologie comparée*.

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) *Accidents du Travail*

604. — Radiographie d'un doigt

A la suite d'une lettre que vient de m'adresser M. le Docteur Coufet, avec lequel nous avons établi le tarif actuel des accidents du travail, je m'empresse de vous informer que c'est bien par erreur que le doigt a été mentionné en « face ou profil » à 50 francs. Nous avions arrêté, en effet, d'un commun accord, que le doigt serait tarifé « face et profil » seulement.

Le tarif comporte encore quelques petites erreurs ou omissions, et je pense qu'il serait nécessaire maintenant de s'entendre définitivement avec la Commission des Assureurs sur ces différents points.

Dr Aimé
Secrétaire général
du Syndicat des médecins
électrologistes et radiologistes

Réponse

C'est bien par erreur que la radiographie du doigt a été mentionnée « face ou profil » = 50 francs. Nous avions arrêté, en effet, d'un commun accord, que la radiographie d'un doigt serait tarifée « face et profil » = 50 francs.

Dont acte. D'ailleurs cette erreur sera réparée quand nous allons reprendre les réunions de la Commission du tarif. Dr F. Decourt.

612. — Traitement par « air chaud »

Je vous serais obligé de vouloir bien m'indiquer si le refus, par une Compagnie d'assurances, de me payer les quatorze séances d'air chaud, effectuées dans un cas d'entorse, accident du travail, est justifié.

Aucun avis de traitement sus-indiqué n'a été donné de ma part pendant la durée de l'incapacité. Aucun contrôle ne fut effectué.

En cas de refus persistant quel recours avoir ?

Dr M.

Réponse

Je ne vois indiqué le traitement par « air chaud » qu'à l'art. 28 (Kinésithérapie). Or ce n'est pas là le « traitement à tarif spécial » dont il est parlé à l'art. 7 puisque le prix de ce traitement est au même tarif que la consultation simple. Vous n'aviez donc pas à donner « l'avis préalable » ordonné par cet art. 7.

D'autre part, il faudrait néanmoins, en cas de différend, justifier techniquement ces quatorze séances d'air chaud pour une entorse.

Dr F. Decourt.

807. — Libellé du certificat de guérison

Dans le *Concours* du 15 janvier, page 188, réponse 8.956, il est question de litiges susceptibles d'être suscités par un avis de guérison suivi de rechute, en matière d'accidents du travail.

Les imprimés d'avis de guérion que je possède portent :

« La guérison est réalisée sans infirmité et le travail pourra être repris le... »

Pourrais-je vous demander s'il y a, à votre avis, quelque inconvénient, pour éviter ce genre de complications, à substituer à ce texte le suivant :

« La guérison apparente est réalisée..... » ?

Dr F.

Réponse

Il est évident qu'en mettant « guérison apparente » l'avenir est réservé. Personnellement, j'ai toujours mis : « Le blessé... pourra reprendre son travail le... ». Je n'ai jamais eu d'observation à ce sujet. En tout cas, même après un certificat de guérison signé du médecin traitant, il peut toujours y avoir une rechute et c'est au médecin qu'il appartient de la signaler au plus tôt, dans l'intérêt même de son blessé.

Dr F. DECOURT.

822.— a) Visite dite de contrôle ; b) Potion calmante en accidents du travail ; 3) Désaccord sur le traitement, etc.

Je fais appel à vous pour élucider quelques cas :

1° Je reçois d'une Compagnie d'assurances la lettre ci-jointe. En l'occurrence, ceci a peu d'intérêt, le blessé étant guéri et ayant repris son travail. Cependant au cas où le fait se reproduirait, je désirerais savoir si la Compagnie est dans son droit : La contre-visite ne doit-elle pas être faite au domicile du blessé ou au cabinet du médecin traitant prévenu quarante-huit heures à l'avance ? Dans le cas où la Compagnie serait dans son droit, que puis-je demander comme indemnité (déplacement et perte de temps) pour aller assister à la contre-visite de mon client ? D'autre part qui doit supporter les frais de train et de métro du blessé ?

2° Comment interpréter « prévenu quarante-huit heures à l'avance ». En général je reçois l'avis la veille de la contre-visite et daté de l'avant-veille. Est-ce régulier ? C'est parfois un peu court pour déplacer certains rendez-vous.

3° Étant voisin d'un terrain de sport, j'ai assez souvent l'occasion de soigner des accidentés couverts par la M... — au tarif accidents du travail. Ces accidents se produisent évidemment surtout le dimanche. Dois-je compter une majoration — laquelle — pour les actes de petite chirurgie (réduc-

tion de luxations, points de suture agrafes, injection de sérum antitétanique, etc.).

De même, pour les accidents du travail y a-t-il majoration pour les actes de petite chirurgie pratiqués le dimanche ?

4° Un traumatisé de la cage thoracique (accidents du travail) a des douleurs exacerbées par une toux d'origine indépendante de l'accident. L'Assurance doit-elle supporter la médication béchique ?

5° Un accidenté du travail est atteint par suite du traumatisme d'une maladie de Pellegrini-Skieda. D'accord avec le radiologue et le chirurgien, je demande l'autorisation de faire faire de la radiothérapie.

Le médecin-contrôleur reconnaît l'origine traumatique, envisage une incapacité permanente partielle future, mais refuse le traitement, sans en proposer d'autre. Il me semble qu'il prend une bien grosse responsabilité. Le blessé va peut-être attaquer la Compagnie. Quelle conduite dois-je tenir ?

6° Quelle majoration doit-on appliquer en cas d'actes de petite chirurgie pratiqués le dimanche ou la nuit aux assistés médicaux gratuits (Seine-et-Oise) ?

Que puis-je demander pour les deux cas suivants :

a) Saignée, plus intraveineuse d'ouabaïne, plus ventouses scarifiées, plus injections variées intramusculaires, plus surveillance de 1 h. 1/2. Ceci la nuit (Assistance médicale gratuite de Seine-et-Oise).

b) Deux intraveineuses de sérum glucosé chaud, plus cinq intraveineuses de solucamphre, plus injections intramusculaires variées avec surveillance de 2 heures du matin à 7 heures du matin (Assistance médicale gratuite de Seine-et-Oise).

Je m'excuse de vous poser tant de questions, mais étant nouveau, dans la profession médicale, je me trouve fréquemment embarrassé.

Dr R.

Réponse

1° La loi dit que le médecin patronal doit « avoir accès hebdomadaire auprès du blessé » et non le faire venir à son cabinet. Pour ne pas se déranger le Docteur P. V. trouve plus commode d'agir autrement et, pour suivre la loi qui l'oblige à « prévenir le médecin traitant », il vous a envoyé la lettre que vous me communiquez demandant simplement que vous « priiez votre blessé de se rendre à sa convocation ». Mais tout cela est en dehors de la loi et si le blessé ne se dérangeait pas, la Compagnie ne pourrait exciper de son droit de suspendre le paiement de l'indemnité journalière « faute par la victime de se prêter à cette visite... » (art. 5, avant-dernier alinéa).

2° « ... prévenu deux jours d'avance » dit le même article 5, en parlant du médecin traitant. C'est donc à l'arrivée seulement de la lettre que celui-ci est « prévenu », le délai ne part donc pas de la date la lettre.

3° Un accident sportif n'est pas un « accident du travail » mais un accident de droit commun. Vous avez donc à en réclamer les frais médicaux à l'intéressé et suivant votre tarif de clientèle ordinaire.

4° Il est évident que s'il y a à ordonner des calmants pour douleurs consécutives à l'accidenté du travail, les frais pharmaceutiques incombent au patron ou à son assureur substitué.

5° S'il n'y a pas accord entre le médecin traitant et le médecin patronal, pour une radio ou analogie, l'art. 27. Observations, alinéa 5 dit : « En cas de divergence, il sera procédé conformément à l'art. 9, ci-dessus ». Or l'art. 9 dit : « En cas de divergence, on recourra à l'avis d'un troisième médecin, choisi d'accord avec le blessé, le médecin traitant et le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué. Dans les cas urgents, le médecin décide, puis avise aussitôt le patron ou son assuré substitué de l'opération effectuée et des causes de l'urgence.

6° Le tarif d'Assistance médicale gratuite varie avec chaque département. Donc s'adresser dans ce cas au Syndicat régional qui vous donnera le tarif d'Assistance médicale gratuite dans votre département.

Dr F. DECOURT.

b) *Assurances sociales*

600. — Prestations diverses pour accouchement

J'ai accouché en décembre la femme d'un assuré social, accouchement qui s'est terminé par un forceps. J'ai indiqué sur la feuille d'Assurances sociales : dystocie D_1. J'ai fait cinq visites consécutives. La Caisse propose le forfait de 240 francs en remboursement. Or je lis sur le supplément du *Concours* d'octobre 1938 (page 7 et suivantes) que le montant devrait être :

Consultations prénatales..	75 fr. (petite localité)
Frais d'accouchement domicile	325 fr.
Dystocie D_1	150 fr.
Prestation de visites post-natales	75 fr.
	625 fr. (au lieu de 240).

J'ai demandé des éclaircissements il y a quinze jours, au médecin de la Caisse ; bien entendu, ce confrère n'a même pas daigné me répondre ! Quelle doit être la conduite de mon client ?

Dr D.

Réponse

1° Le tarif de responsabilité est variable suivant la Caisse intéressée. C'est là une question

d'ordre régional sur laquelle je ne puis naturellement vous donner de précisions. En tout cas, voici les prestations de l'assurance-maternité d'après le tarif de réassurance des Caisses (d'ordre national) pour villes au-dessous de 200.000 habitants : *a*) consultations prénatales 75 francs ; *b*) 325 francs pour l'accouchement et les douze jours consécutifs ; *c*) majoration pour forceps : 150 francs.

c) Prestations pour période post-natale, 75 francs, mais celle-ci n'est accordée que « dans la limite des dépenses réellement effectuées, conformément au barème défini par le règlement intérieur de la Caisse ».

2° Le tarif de responsabilité de la Caisse doit être affiché dans les locaux de la Caisse ainsi que les modifications ultérieures, s'il y a lieu (art. 37 de l'arrêté du 3 janvier 1937 fixant le règlement intérieur type des Caisses).

3° En cas de différend d'ordre pécuniaire entre la Caisse et l'assuré, ce dernier doit porter plainte devant la Commission d'arrondissement par lettre recommandée adressée au président dans un délai de trois mois à compter de la date de réception de la notification de la décision (art. 36, alinéa 1er du décret-loi du 28 octobre 1935).

Dr F. DECOURT.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

152. — La gelure peut être un accident du travail

A nouveau, je viens abuser de votre amabilité en vous priant de me dire si le cas d'un ouvrier d'usine atteint en plein travail par une congestion dûe au froid alors qu'il était occupé à réparer un moteur d'usine endommagé par le gel lors de ces dernières journées de basse température, est ou n'est pas justiciable de la législation sur les accidents du travail. La Compagnie d'assurances prétend que seule l'assurance sociale doit jouer.

Dr G.

Réponse

En vertu de la jurisprudence, toute lésion, dont le travail même normal a été la cause ou l'occasion, doit être considérée en principe comme un accident du travail.

Mais, d'autre part, échappent à l'application de la loi du 9 avril 1898, les accidents dus à l'action des forces de la nature, à moins que les conditions, dans lesquelle le travail était effectué, aient exposé la victime à l'action de ces forces dans des conditions particulières.

D'après les circonstances dans lesquelles la congestion s'est produite, il semble bien qu'il s'agisse en l'espèce d'un accident du travail. En

effet, pour effectuer le travail qui lui était commandé, l'ouvrier a dû rester, pendant un certain temps, exposé à un froid particulièrement vif.

Dans ces conditions, nous serions d'avis que l'ouvrier poursuive le patron responsable en paiement de son demi-salaire pendant la durée de l'incapacité temporaire. Nous vous rappelons que cette action est de la compétence du Juge de paix du canton sur le territoire duquel l'accident s'est produit.

Si, comme il est probable, l'ouvrier obtient gain de cause, vous aurez à votre tour une action en paiement de vos honoraires contre le patron responsable dans les limites du tarif.

---

777. — Délai d'envoi de la carte-lettre au patron

Les articles du *Concours Médical* ne précisent pas un point assez important et que nous avons discuté entre confrères voisins.

La carte-lettre doit-elle être expédiée dans les deux jours après l'accident, ou le délai de quarante-huit est-il à prendre après la remise du bulletin de visite ? Il contient l'adresse du patron et l'indication qu'il s'agit d'un accident couvert par la loi de 1938 ou 1898 (et laquelle !)

Dr P.

Réponse

Suivant les nouvelles dispositions de l'art. 4 de la loi sur les accidents du travail, le praticien est tenu d'adresser à l'employeur, dans un délai maximum de quarante-huit heures, une carte à recommander d'office par l'Administration des postes, circulant en franchise, détachée d'un carnet à souche, signée du praticien, contresignée de la victime ou à défaut par un témoin, mentionnant simplement le constat sommaire de l'accident, le nom et l'adresse de l'accidenté.

Bien que la loi ne se soit pas explicitement prononcée sur le point de départ de ce délai de quarante-huit heures, nous estimons, quant à nous, qu'il ne peut commencer à courir que du moment où le blessé est venu trouver le médecin, muni du bulletin de visite délivré par le patron.

On peut concevoir, en effet, qu'un blessé du travail tarde à se faire soigner et ne vienne trouver le médecin que plus de quarante-huit heures après la délivrance du bulletin de visite. Dans ce cas le médecin traitant se verrait privé de tout recours contre le patron responsable, en raison d'une faute commise par le blessé seul, si le délai pour l'envoi de la carte-lettre partait du moment de la délivrance du bulletin de visite.

Soixante et unième année — N° 9 — 26 Février 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	70 fr.	Belgique et Luxembourg..	80 fr.
Etudiants	45 fr.	Première Zone...........	95 fr.
Le Numéro..........	2 fr.	Deuxième Zone..........	120 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard, Timsit, (Jules) (engl. spok).
Amélie-les-Bains : Alardo, J. Bouix.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot et Rozet, (*Mais. cur. hélio-mar.*), Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : L. Bertier, Ricoux.
Beausoleil : Andoly.
Biarritz : Clavel Pierre, Lacour.
Boulou (le) : Jean Noguès.
Biskra (Sud-Algérien) : Chatenier (*ophtalm.*)
Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Trotot.
Cannes : Bourgeois-Gavardin, P.-E. Bousquet, P. Houssiaux, Joublot, Makereël, P. Roques (*Y. O. R. L.*), Monod, R. Stauder.
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-plage : Etienne St-Martin, René Saint-Martin (*Mais. cur. hélio-mar.*)
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chamonix : de Chabanolle.
Ciboure : P. Sousbielle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Brody, Chaumet, Wetterwald.
Hyères : Fohanno, Valmyre, Verrier.
Jougne : P. Charlin.
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (*chir.*), A.E. Levy (*gynéc.*)
La Seyne : Grandjean, J.-M. Jaubert, Makereël.
Magagnosc-de-Grasse : Gordon.
Mégève (Hte-Sav.) : M. Grenet, Jacqueline Grenet.
Menton : Camaret, P. de Lengenhagen, Paul Ray.
Mont-Dore : Debidour.
Monte-Carlo : S. Vivant.
Nice : Bernard, Brouxel (*Chir.*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Dormoy, Drapier, M. Faure, Gazzola, Gaudichon (*O. R. L.*), Guerry, E. Guérin, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Larue, Le Geard, (*mal. nerv.*) Lelongt Max, Liotard, Malaussène, (*Pn. art.*), Nafilyan, Nicolas, Phipps (*derm.*), Piettri, Rouvière, Sineau (*acc.*), Trutié de Vaucresson (*chi. acc.*), Vizerie.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet J. Lorber.
St-Didier : A. Masquin.
Ste-Maxime-sur-Mer : Bausset, Ficonetti.
St - Raphaël - Valescure : Boulle (*Gyn. v. u.*), Léon Clément, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux de Laroque, Tridon.
Sanary-sur-Mer : P. Gaillard.
Saujon : Dubois.
Toulon : Jamin (*chir.*)
Vernet-les-Bains : Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.
Villard-de-Lans : Bassage (*Mal. des enf.*), Héraut (*mal. enf.*), Suau (*Mal. enf.*)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

N° 60. — Envir. 100 km. Paris, céderais client. créée récemm., départ cause famil. Bail 3, 6, 9. Indemn. 15.000.

N° 61. — Paris. Cause départ, à céder contre pet. indemn. d'install., cabin. méd. installé dans quartier populeux et passant. Rez-de-chaus. conviendr. à spécialiste ou cliniq. consultat.

N° 62. — Urgent. Jne méd. actif et dévoué, prochain. libér. serv. milit., cherche à s'installer début mai région Centre-Ouest.

N° 63. — Dr. 40 ans, dispos. comptant, cherche poste méd. génér. Nice, Cannes ou environs. Chiffre d'aff. minimum 80.000. Ecr. Dr P. T., chez M. Piétri, 24, boulev. St-Michel, Paris.

N° 64. — Confr. envoi contre remboursem. timbres aviat. hongrois, série non oblit. : 10, 20, 36, 40, 52, 60, 80 fil. et 1, 2, 5 pengos (val. catal. 110 fr.) pour 50 frs.

N° 65. — Paris. Achèterais client. méd. ou de spécial. dans 7e arrond. ou bordure. Reprendrais aussi fixe seul : Cies d'Ass., dispens., usine, A. T., chem. fer, etc., Paris ou banlieue.

N° 66. — Poitou. Méd. âgé céderait urgence dans sous-préfect. cabinet Y. O. R. L. suscept. rendem. intéress. par jeune méd. actif. Légère indemn. compt. à débatt.

N° 67. — Région Nord. A prendre, poste de méd. contrôl. Cais. Prim. Ass. Soc. Conviendrait à méd. retraité. Adresser demandes avec âge, situat. titres et toutes référ.

N° 68. — A vend. : Pulsataire de la C. G. R., dernier modèle, 200 kv. 10 millis et Sphérix Siémens 1938, état neuf. Un grand pied Belot en parfait état.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

CABINET BREITEL ET GORET

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Paris, quart. popul. bien desservi, très anc. client. sans accouch., bon rapport actuel, appart. 4 p. Prix : 40.000 avec présent.

1/2 heure Paris, centre mi-industr. mi-agric. Très import. client. méd. gle, accouchem., petite chirurg., belle et grde maison conf. Prix à déb.

Seine, client. d'un très gros rendem. sans accouchem. ni A. M. G., appart. avec conf. Prix : 90.000.

Agréable station balnéaire de l'Océan, client. assurée toute l'année, titul. exerce dep. 15 ans, céd. condit. intéressantes.

Renseignements

Association des infirmières diplomées de l'Etat Français, recon. d'util. publ. *Gardes à domicile et tous autres postes*, Médec., Chirurg., Maternités, Mais. de Santé, 6, r. de Berri. Tél. (jour et nuit). Elys. 03-02.

Etabliss. hydrominéral du **Boulou**.Foie.Voies biliaires. Maladies de la nutrition. Maladies coloniales. Ouvert toute l'année. Renseign. Dr Noguès, Le Boulou (Pyr.-Orient.).

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

« La Soleillette » Bandol-sur-Mer (Var). Soleil. Régime.

Le manganèse, grand producteur d'oxygène, purifie tout, aseptise tout, désodorise tout. Dans l'organisme, il remplit le même rôle que dans l'hygiène : il nettoie, aseptise, tonifie le tube digestif. La Tablette de Manganèse est le seul produit pouvant rendre ce service. Sucez quotidiennement, et lentement, 4 à 6 tablettes.

Grasse. " La Brise " : Air, soleil, repos, régimes. Dr Borg.

Ortho, **6, Boulevard du Temple, Paris.** Ceintures, bas, bandages, gaines, lits mécaniques, etc. Médecins et clients sont toujours satisfaits.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** — *Elections.* — MM. Gallavardin, de Lyon, et Pautrier, de Strasbourg, sont élus correspondants nationaux dans la première division (*médecine et spécialités médicales*).

— **XIXe Salon des médecins, dentistes, pharmaciens et vétérinaires.** — Le vernissage du XIXe Salon des médecins, dentistes, pharmaciens et vétérinaires a eu lieu le 19 février en présence du ministre de la Santé publique. Le Salon (Maison des Expositions et des Arts, 214, faubourg Saint-Honoré) restera ouvert jusqu'au 5 mars inclus, de 10 à 12 heures et de 14 à 19 heures.

— **Société médicale de Reims.** — Notre distingué collaborateur, le Docteur Maurice Jacquet, professeur à l'Ecole de médecine et médecin des hôpitaux de Reims, vient d'être élu secrétaire de la Société médicale de Reims.

Le Bureau de cette Société, pour 1939, est ainsi composé : président, A. Jacquinet ; vice-président. Deroche ; secrétaire, M. Jacquet ; trésorier, A, Wicolle ; archiviste, L. Langlet.

Notons une très intéressante rubrique des comptes rendus de cette Société, la rubrique : *maladies régnantes*, qui renseigne les praticiens sur les affections momentanément épidémiques dans la région.



— **IIIe Congrès international des sanatoria et maisons de santé privés.** — L'Union internationale des sanatoria et maisons de santé privés a décidé que son IIIe Congrès, faisant suite à ceux de Budapest en 1936 et de Paris en 1937, aurait lieu cette année en Allemagne.

Il se tiendra à Baden-Baden du 23 au 28 avril.

En outre des communications particulières, quatre rapports seront présentés et discutés. Ils ont pour objet :

1° Cure de l'encéphalite léthargique de type parkinsonien, par le Professeur Panegrossi (délégation italienne).

2° Travaux scientifiques des médecins allemands dans les maisons de santé privées : *a*) Cure des troubles nerveux par les méthodes de choc : hyperthermie électrique, insuline, cardiazol ; *b*) Cure des maladies nerveuses par les sucs de fruits ; *c*) Thérapeutique par le travail ; *d*) Traitement post-opératoire dans les sanatoria.

3° L'assurance du risque chirurgical dans le cadre national et international, par le Docteur Fromenteau (délégation française).

4° Collaboration entre hôpitaux publics et maisons de santé privées réalisée en Suisse, par le Docteur Beiswanger (délégation suisse).

Les personnes désireuses d'obtenir des renseignements sur ce Congrès sont priées de s'adresser soit directement au Comité d'organisation : Kongressleitung der U. I. S. P., Uhlandstrasse 171. Berlin W15, soit au secrétaire général de la Fédération des maisons de santé de France : Docteur Bussard, 8, avenue du 11-Novembre, à Bellevue (Seine-et-Oise).

— **Faculté de médecine de Montpellier.** — M. le Professeur A.-P. Dustin, pro-recteur de l'Université libre de Bruxelles, a été désigné par le Gouvernement belge pour remplir à la Faculté de médecine de Montpellier, pendant l'année académique 1938-1939, une mission de professeur d'échange.

— **Fondation Chauveau.** — La Faculté de médecine de Lyon vient de décerner le prix Chauveau 1938, section médicale (2.000 francs), à M. le Docteur Jourdan, chef des travaux de physiologie à la Faculté de médecine de Lyon, pour son mémoire sur les benzodiazones, en tant que modificateurs de l'activité du système sympathique.

Le prix Chauveau sera attribué en 1939 à la Section vétérinaire et sera affecté à soulager une infortune sociale d'un membre de la profession vétérinaire.

Nous rappelons que les candidatures aux prix annuels de la Fondation Chauveau, sont reçues jusqu'au 20 octobre chaque année aux secrétariats de la Faculté de médecine et de l'Ecole vétérinaire de Lyon qui fourniront sur demande toutes les indications nécessaires.

CRINO-TENSYL

Régulateur de la tension artérielle, de la circulation et de la nutrition générale

Une thérapeutique MODERNE PRATIQUE EFFICACE

INDICATIONS

Hypertension artérielle - Artériosclérose et présclérose, troubles circulatoires et spasmes vasculaires - Pléthorisme, obésité, arthritisme, etc. Troubles de la ménopause — et de la cinquantaine —

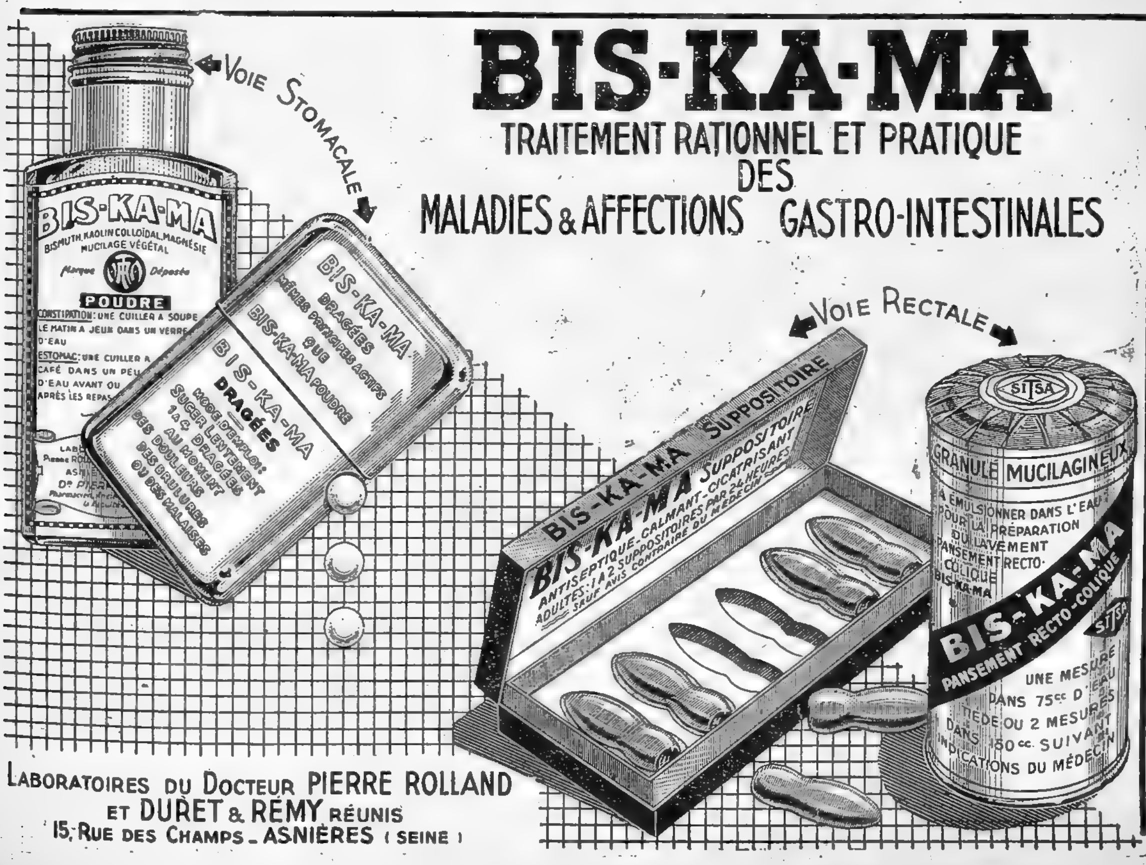
POSOLOGIE

Cure normale : 2 comprimés au début de chacun des trois repas pendan trois semaines — **Cure d'entretien** ; 1 comprimé au début de chacun des trois repas, 15 jours par mois

LABORATOIRES FOURNIER FRÈRES
7, Rue Biscornet — PARIS (12e)

BIS-KA-MA

TRAITEMENT RATIONNEL ET PRATIQUE DES MALADIES & AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES



LABORATOIRES DU DOCTEUR PIERRE ROLLAND
ET DURET & RÉMY RÉUNIS
15, RUE DES CHAMPS - ASNIÈRES (SEINE)

— XXV[e] anniversaire de la Société de chimie biologique. — La Société de Chimie biologique célébrera, à la Maison de la Chimie, les 25 et 26 mai 1939, le 25[e] anniversaire de sa fondation.

Les adhésions sont reçues jusqu'au 1[er] mai par M. René Fabre, secrétaire général, 149, rue de Sèvres, Paris. Ch. post. 1748-26. Cotisation (banquet compris) : 60 francs.

— Syndicat des journalistes médicaux français. — Au cours de sa récente Assemblée générale, le Syndicat a constitué comme suit son bureau pour 1939 : président, M. Loir (du Havre) ; vice-présidents, MM. R. Molinéry et Porcheron (de Marseille) ; secrétaire, M. R. Jodin ; secrétaire adjoint, M. Pierre Labignette ; trésorier, M. L. Mathé ; archiviste, M. Darras ; membres du Conseil d'administration, MM. Paul Boudin, Chapon, de Fourmestraux (de Chartres) et O'Followell.

Le Docteur Albert Garrigues qui, depuis de longues années, assurait les fonctions de secrétaire général avec une ponctualité et un dévouement dont nous ne saurions trop le féliciter, a demandé à être déchargé du secrétariat. Nous lui exprimons nos sincères regrets et notre reconnaissance.

Nous sommes persuadés que le Docteur R. Jodin qui le remplace, mettra toute sa jeune activité au service du Syndicat.

J. N.

— Société d'hydrologie et climatologie de Bordeaux. — La Société d'hydrologie et de climatologie de Bordeaux tiendra son Assemblée générale le samedi 29 avril 1939, à la Faculté de médecine.

La réunion sera suivie d'un banquet et la journée de dimanche 30 avril sera consacrée à une excursion.

Les médecins qui désirent présenter des communications, et prendre part aux discussions, sont priés d'en aviser, dès maintenant, le Docteur J. Courbin, secrétaire général, 92, rue de Saint-Genès, à Bordeaux.

— Société odontologique de France. — Bureau pour 1939 : président, M. Clavier ; 1[er] vice-président, M. Marseillier ; 2[e] vice-président, M. Marmasse ; secrétaire général, M. Boucher ; secrétaire général adjoint, M. Fouques ; trésorier, M. Corbineau ; trésorier adjoint, M. Rodier ; secrétaire des séances, M. Dupont.

— IX[e] Congrès national de la tuberculose. — Le IX[e] Congrès national de la tuberculose se tiendra à Lille, les 11, 12 et 13 avril 1939.

Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes :

I. *Question biologique* : Caractères distinctifs et rôle des divers types bacillaires autres que le bacille humain dans l'infection tuberculeuse. Rapporteurs : MM. Boquet (Paris), Gernez (Lille) et Nègre (Paris).

II. *Question clinique* : Les exsudats puriformes et purulents du pneumothorax thérapeutique et leur traitement. Rapporteurs : MM. Bernou (Chateaubriant), Fruchaud (Angers), d'Hour (Lille), Léon-Kindberg (Paris) et Robert Monod (Paris).

III. *Question médico-sociale* : La prophylaxie antituberculeuse par les examens systématiques des collectivités. Rapporteurs : MM. Berthier (Marseille), Codvelle (Val-de-Grâce), Courcoux (Paris), Mattei (Marseille), Olmer (Marseille) et Vaucher (Strasbourg).

Les adhésions sont reçues au siège du Comité National de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe). Cotisation : 100 francs (compte de chèques postaux, Paris : 511-39).

Les membres du Congrès bénéficieront de bons de transport à tarif réduit, pourront participer aux visites, excursions, et recevront les volumes du Congrès.

Les mêmes avantages (sauf l'envoi des volumes) seront accordés aux membres de la famille des congressistes et aux infirmières-visiteuses en fonction, qui s'inscriront comme membres avec le versement d'une cotisation réduite à 60 francs.

— **Médaille du Professeur L.-M. Pautrier.** — Un Comité de collègues, d'amis et d'élèves vient de se constituer à l'effet d'offrir au Professeur Pautrier une médaille en l'honneur de sa vingtième année d'enseignement à Strasbourg. Cette médaille, dont l'exécution a été confiée au Maître Pommier, sera remise à M. Pautrier à l'occasion de la séance spéciale de la Réunion dermatologique de Strasbourg, le 14 mai 1939. Toute souscription d'une somme minimum de 100 francs donne droit à la remise d'un exemplaire de la médaille.

Adresser les souscriptions au Docteur Frédéric Woringer, Clinique dermatologique, Strasbourg. Compte chèque postal : Strasbourg 114.38.

— **Faculté de médecine de Marseille.** — *Clinicat.* — Ont été nommés, pour l'année sclaire 1938-1939 :

Chefs de clinique titulaires. MM. Jouve : Clinique médicale (Prof. Olmer) ; Sarradon : Clinique médicale (Prof. Mattei) ; Vacher-Collomb : Clinique médicale (Prof. Audibert) ; Llucia : Clinique chirurgicale (Prof. Fiolle) ; A. Lena : Clinique chirurgicale (Prof. Bourde) ; Grosperrin : Clinique urologique ; Boudouresques : Clinique neurologique ; Casalta : Clinique obstétricale ; Masson : Clinique oto-rhino-laryngologique ; Gary : Clinique chirurgicale infantile ; Bernard : Clinique médicale infantile ; Dusan : Clinique dermatologique ; Donnet : Clinique gynécologique ; Sardou : Clinique exotique.

— **Société de chirurgie de Marseille.** — Sont élus membres du bureau pour 1939 : président, M. Bossy ; vice-président : M. Arnaud ; trésorier, M. Silhol ; secrétaire général : M. Paoli ; secrétaires des bulletins, MM. J. Dor et Darcourt ; secrétaire des séances, M. Bouyala.

— **Faculté de médecine de Nancy.** — Les concours suivants sont ouverts à la Faculté de médecine de Nancy entre les étudiants français ou anciens étudiants français de ladite Faculté.

Prix Alexis Vautrin : Mémoire sur un sujet de gynécologie, y compris la gynécologie cancéreuse. 1er prix : 3.000 francs ; 2e prix : 900 francs.

Prix Joseph Rohmer : Mémoire sur un sujet d'ophtalmologie. Prix : 2.700 francs.

Prix Grand'Eury-Fricot : Mémoire sur la tuberculose pulmonaire aiguë ou chronique. Prix : 1.450 francs.

Prix Ritter : Mémoire sur un travail original de chimie médicale et fait dans un laboratoire de la Faculté de médecine de Nancy. Prix : 450 francs.

Prix Heydenreich-Parisot (*médecine et chirurgie*) : Concours entre les étudiants de la Faculté de médecine de Nancy et les docteurs en médecine (immatriculés ou inscrits à la Faculté au cours de l'année scolaire). Travail original sur un sujet de médecine et de chirurgie. Prix : 450 francs l'un.

Les mémoires devront être déposés au Secrétariat de la Faculté de médecine avant le 1er juillet 1939.

— **Hôpital Saint-Michel** (33, rue Olivier-de-Serres, Paris). *Internat.* — Un concours pour l'internat du service de gastro-entérologie (Docteurs Delort et Renaudeaux) s'ouvrira fin mars 1939. Ce concours comporte une épreuve d'admissibilité (sur titres) et une épreuve d'admission (écrite). Conditions : être de nationalité française et catholique. Les femmes ne sont pas admises à concourir. Avantages : logement, nourriture et indemnité mensuelle de 300 francs.

Le registre d'inscription sera ouvert du 10 au 20 mars 1939. Adressez les demandes à Mme la Supérieure de l'hôpital Saint-Michel, 33, rue Olivier-de-Serres.

Le concours de l'internat du Service de gastro-entérologie est doté de deux prix : un prix du concours, de 500 francs ; un prix du service, de 1.000 francs. Ce dernier prix est remis aux internes qui ont obtenu un certificat de satisfaction et après une année entière de service.

— **Hôpital Sadiki de Tunis.** — Trois places d'internes sont vacantes à l'hôpital Sadiki, à Tunis. Traitement : 9 à 11.000 francs, plus avantages en nature. Conditions : nationalité française ou tunisienne, vingt inscriptions. Adresser les demandes à M. le directeur de l'hôpital Sadiki à Tunis, en joignant les pièces ci-après : une expédition dûment légalisée de l'acte de naissance ; les pièces justifiant la scolarité ou les diplômes et titres ; les pièces établissant la situation du candidat au point de vue militaire.

— **Un voyage original.** — L'Office de Tourisme et d'Expansion Française (O. T. E. F.) met à l'étude un projet de voyage en Algérie et au Sahara, compor-

tant une partie du circuit à dos de méhari, en suivant les pistes chamelières (de Touggourt à Ghardaia), camping et cuisine nomades.

Au cours de ce circuit, la rencontre de campements d'Ouled-Naïls permettra d'organiser des manifestations d'un caractère nettement local avec danses des femmes et des hommes n'ayant rien de commun avec les manifestations pour touristes auxquelles il est donné d'assister habituellement.

Ce périple doit donner satisfaction aux amateurs de pittoresque et d'ethnographie et à tous ceux désireux de sortir des sentiers battus... de s'évader.

Les lecteurs intéressés par ce projet pourraient en informer les organisateurs, l'O. T. E. F., 116 *bis*, avenue des Champs-Elysées, Paris.

— **Fiançailles.** — Nous apprenons avec plaisir les fiançailles de Mademoiselle Odile HARDOUÏN, fille du Professeur Hardouïn, de Rennes, et de Madame Hardouïn, et de Monsieur Bernard GAUTIER, interne des hôpitaux de Rennes.

Nous prions notre éminent collaborateur, le Professeur Hardouïn, et sa famille, d'agréer nos bien vives félicitations pour cet heureux événement.

— **Naissances.** — Le Docteur et Madame Michel CASTIER sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Thérèse*.

Beauval (Somme), le 11 février 1939.

Sincères félicitations.

— Michel, Nicole et Jacqueline RIGAL, et le Docteur Maurice RIGAL ont la joie de nous faire part de la naissance de leur petite sœur et petite-fille, *Chantal*.

Strasbourg, 14 février 1939.

Nos compliments au Docteur Rigal et à sa famille.

— Le Docteur et Madame Bernard MÉNÉTREL ont le plaisir d'annoncer la naissance de leur deuxième fille, *Sophie*.

Paris, 5, avenue Montaigne.

Toutes nos félicitations.

— **Nécrologie.** — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de Madame MIGNON, mère des Docteurs Henri Mignon, vice-président de la Mutualité familiale du Corps médical français, et Marcel Mignon, et grand'mère de notre collaborateur, M. Jean Mignon.

Nous adressons aux Docteurs Henri et Marcel Mignon, à M. Jean Mignon et à leur famille, l'expression de notre douloureuse sympathie.

— Nous apprenons le décès de M. le Professeur GODECHOT, doyen de la Faculté des sciences de Montpellier, directeur de l'Institut de chimie de Montpellier, correspondant de l'Académie des sciences, officier de la Légion d'honneur.

Le Professeur Godechot était le beau-père de notre confrère, le Docter André Viniezki, de Chazelles-sur-Lyon (Loire), à qui nous adressons nos sincères condoléances et l'expression de notre vive sympathie.

Voir la suite page LIX-597

PROPOS DU JOUR

L'HUMOUR AU PRÉTOIRE

Nous avons publié récemment un jugement du Tribunal de Lorient condamnant pour exercice illégal de la médecine un guérisseur à 100 francs d'amende et 1 franc de dommages-intérêts au Syndicat médical. Ce jugement dans ses considérants était des plus humoristiques.

Le Syndicat a fait appel. La Cour de Rennes, jugeant que l'humour était ici hors de saison, a réformé le jugement et porté à 2.000 francs les dommages-intérêts attribués au Syndicat.

Nous croyons devoir reproduire ici le début de la plaidoirie du très distingué avocat qui a représenté le Syndicat de Lorient à la barre de la Cour d'appel :

« Si un monument de justice devait être apprécié « sur son humour, je ne me permettrais pas de por- « ter la main sur le chef-d'œuvre d'esprit et d'iro- « nie, qui, après avoir reconnu treize cas d'exercice « illégal de la médecine, par la même personne, dans « la région lorientaise, accorde généreusement un « franc de dommages-intérêts au Syndicat des méde- « cins de cette région. Je n'ai jamais vu paradoxe « si amusant.

« Mais, ce paradoxe qui amuse, c'estun jugement « pourtant !.. Aussi, comme avocat, plaidant depuis « si longtemps devant le Tribunal de Lorient, j'ai « été quelque peu vexé de le voir reproduit *in extenso* « dans un journal, qui dit ne pas vouloir en changer « une virgule, pour égayer ses lecteurs, le présente « comme un morceau semblant extrait de la Comé- « die et qui continue en particulier les Tribunaux « comiques de Jules Moinaux.

« C'est un jugement pourtant ! et l'inconvénient « de ces rédactions qui craignent d'être trop bana- « les et trop lourdes, c'est qu'elles abandonnent « précisément les poids et mesures de la justice ; « qu'ainsi elles déforment les faits et le sens de la « loi, dans le souci qu'elles ont de dégager l'esprit « qu'inspire la cause, et non pas l'esprit de la loi « qui doit s'y appliquer.

« La loi du 30 novembre 1892 (art. 16) a voulu « protéger les médecins et cela à cause des malades. « Si les médecins, depuis Molière, ont le privilège de « défrayer la comédie et la satire, la loi ne veut pas « qu'on traite légèrement tous les actes qui peuvent « porter atteinte à leur monopole. L'exercice illégal « de la médecine, peut faire sans doute, illégalement « et occasionnellement des guérisons. On peut guérir « son prochain, sans être muni de diplôme. Mais le « plus sûr moyen de le guérir ou du moins de ne pas le « tuer, est encore d'avoir fait des études pour cela, « études contrôlées par l'Etat, jugées suffisantes par « lui. »

Nous sommes bien de l'avis de l'éloquent défenseur des médecins de Lorient. Si nous avons cru devoir présenter d'une manière plaisante le jugement du tribunal, c'était pour nous mettre à l'unisson de ses considérants et ne pas dramatiser l'affaire outre mesure.

Néanmoins nous pensons que les décisions de justice doivent être prises au sérieux et qu'il n'est ni de l'intérêt des magistrats, ni de celui des médecins, encore moins de celui des malades, de plaisanter au sujet de la répression de l'exercice illégal de la médecine.

J. Noir.

Voici en outre l'arrêt de la Cour d'appel in-extenso :

Arrêt du 31 janvier 1939
rendu par la Chambre des Appels de police correctionnelle

Aff. Syndicat des Médecins du Morbihan (section lorientaise) C/Caro.

La Cour,

Considérant que les faits reprochés à Caro constituent le délit d'exercice illégal de la médecine.

Qu'il a, par ses agissements, causé un préjudice matériel et moral aux médecins de la région lorientaise dont leur syndicat est fondé à demander réparation ;

Considérant que le Tribunal a sous-estimé ce préjudice en n'accordant à la partie civile qu'un franc de dommages-intérêts.

Considérant que la Cour trouve, dans les documents de la cause, les éléments d'appréciation nécessaires pour lui permettre d'évaluer ce préjudice à 2.000 francs.

Par ces motifs

Reçoit le Syndicat régional des médecins du Morbihan, section de Lorient, en son appel.

Au fond y faisant droit,

Elève à deux mille francs le chiffre des dommages-intérêts que Caro devra verser au dit syndicat, en réparation de tout préjudice.

Le condamne en conséquence au paiement de cette somme ainsi qu'aux dépens d'appels dans lesquels seront compris les frais de Me Testard, avoué, dont l'intervention a été reconnue nécessaire à la cause.

BIOLOGISTES ET CHIRURGIENS PRÉCURSEURS ET ÉMULES ITALIENS ÉNUMÉRÉS PAR UN CHIRURGIEN FRANÇAIS SOUS LE CIEL LATIN (1)

Certes le geste est élégant, surtout en cette période de crise qui affronte la France et l'Italie. Mais il y a tant et tant de points de contact dans toutes les branches de l'activité intellectuelle entre les deux nations qu'on ne peut s'empêcher d'approuver le Docteur de Fourmestraux, l'éminent chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chartres, de les avoir soulignés en ce qui concerne la chirurgie. Il n'y a aucune différence entre la chirurgie italienne et la chirurgie française. « Que nous le voulions ou non, affirme M. de Fourmestraux, nous demeurons des latins épris de la lumière et des lignes droites de la beauté romaine. »

Avec une certaine coquetterie, l'auteur met en relief les biologistes et les chirurgiens italiens dont il fait souvent les précurseurs de nos gloires biologiques et chirurgicales les plus incontestées.

C'est le médecin napolitain *Troja* qui, avec *Duhamel* et soixante ans avant *Flourens*, démontre les propriétés régénératrices du périoste. C'est *Larghi* en 1847 qui, avant *Ollier*, en démontre la valeur pratique. C'est *Monteggia* qui de 1802 à 1812, trente ans avant *Velpeau*, affirme le rôle important de la voie veineuse dans l'infection purulente. C'est *Scarpa* dont les travaux au commencement du XIXe siècle sont traduits par *Delpech* et *Ollivier*. C'est *Mascagni*, *Spallanzani*, *Scarpa* qui en 1796 adhèrent à la Société médicale d'émulation, fondée par *Bichat*. *Paletta* fut l'émule de *Récamier* dans l'hystérectomie pour traiter le cancer utérin.

Bien avant *Kœberlé* et *Péan*, l'Italien *Paolo Assalini* a imaginé la pince hémostatique. Ce fut *Dupuytren* qui désigna *Regnoli* pour succéder à *Vacca* dans la chaire de clinique chirurgicale de l'Université de Pise.

Faut-il évoquer les noms fameux de *Santorini*, de *Morgagni*, de *Caldani*, de *Cotugno* qui découvrit le liquide céphalo-rachidien ? Faut-il rappeler que comme *Roux* et *Delpech* en France, *Baron*, de Rome, *Riberi*, de Turin, *Branca* et *Tagliacozzi* se distinguèrent en pratiquant des opérations autoplastiques ; *Porta*, de Pavie, et *Buffini*, de Milan, imaginèrent un appareil pour faciliter l'anesthésie par l'éther. *Malagodi*, de Pise, comme *Roux* et *Lallemand*, améliora la technique de la cure des fistules vésico-vaginales. *Rizzoli*, de Pise, se servit d'un écraseur analogue à ceux de Chassaignac et de Maisonneuve. *Zanetti*, suivant les conseils de *Nélaton*, a extrait le projectile fiché dans l'astragale de Garibaldi. *Agostino Bassi* a marché sur les brisées de *Pasteur* et *Bassini*, comme *Lucas-Championnière*, en France, introduisit en Italie la méthode de *Lister*. *Putti* et ses élèves donnèrent une orientation nouvelle aux techniques orthopédiques.

Le tableau des orientations nouvelles de la chirurgie a été peint magistralement par *Mario Donati* à la Sorbonne en 1935 et de savants et habiles chirurgiens, comme *Leriche*, ne nous permettent pas de trouver actuellement de bornes à la chirurgie nouvelle. Mais il faut se garder en chirurgie du dogme égalitaire et démocratique. Les chirurgiens doivent constituer une élite, une aristocratie et il faut se souvenir de la phrase qu'a écrite *Gœthe* un jour : « Il n'y a rien de plus effroyable que l'ignorance agissante. »

J. NOIR.

(1) J. DE FOURMESTRAUX. — Evolution de la chirurgie sous le ciel latin (Extrait des écrits médicaux en l'honneur de la XXVe année de l'enseignement du Professeur Mario Donati).

A PROPOS DU CINQUANTENAIRE DE LA FONDATION DE L'INSTITUT PASTEUR

Une des plus anciennes Sociétés médicales de France, la *Société des Sciences médicales de Gannat*, dont j'ai l'honneur d'être depuis une trentaine d'années membre correspondant, a reproduit dans un élégant tirage-à-part à l'occasion du Cinquantenaire de la fondation de l'Institut Pasteur, le compte rendu de la séance du 5 avril 1886 où sur la proposition de son Président, mon regretté et éminent ami, le Docteur P. Fabre, de Commentry, appuyée par Messieurs Mignot, Trapenard, Sahut, Lagout et Mallat, une subvention symbolique fut votée au nouvel Institut.

Dans la séance suivante du 5 juin 1886, fut lue une lettre de remerciements de M. Pasteur.

Ces choses, au bout de cinquante ans, méritent d'être rappelées et nous félicitons la Société des Sciences médicales de Gannat d'évoquer ces temps héroïques de l'Evolution de la médecine.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL BROUSSAIS — LA CHARITÉ

● ● ●

LA MÉTHODE DANS L'EXAMEN CLINIQUE

Par le Professeur Maurice VILLARET (1)

Messieurs,

Au début de la reprise de mes leçons cliniques que je poursuivrai devant vous chaque Vendredi, au hasard des malades entrés dans nos salles, il me paraît nécessaire de vous soumettre quelques réflexions générales sur la technique fondamentale et si particulière de notre profession : *l'examen du malade,* et de vous exposer comment il vous sera possible de poursuivre rationnellement les trois étapes du diagnostic vers ce que j'ai appelé *la marche du symptôme à la maladie.*

Cette étude préalable de la *méthode en clinique* est d'autant plus justifiée que je m'adresse d'abord à vous, Messieurs les étudiants de première année, qui venez de franchir pour la première fois les portes d'un service d'enseignement hospitalier, et qui vous sentez sans doute parfois déroutés par ce premier contact avec un monde nouveau. Les obstacles auxquels vous allez vous heurter ne doivent pas vous décourager. Nous les avons tous connus, et, j'ose le dire, nous ne cessons pas de les connaître.

A l'homme qui entreprend de se pencher sur le lit de souffrance de son semblable, tout est d'abord difficulté. Toutes les incertitudes, toutes les servitudes, toutes les inconnues inhérentes à l'art médical, le père des médecins, Hippocrate, les avait déjà magnifiquement formulées, et je ne puis mieux faire à cet égard que de placer au début de votre apprentissage médical le premier des aphorismes de l'Ecole de Cos :

« La vie est courte, l'art est long, l'occasion est prompte à s'échapper, l'empirisme est dangereux, le raisonnement difficile ; il faut non seulement faire soi-même ce qui convient, mais encore être secondé par le malade, par ceux qui l'assistent et par les choses extérieures ».

Aussi vos maîtres se doivent de faciliter vos premiers pas, et c'est dans cet espoir que je vais vous proposer un guide dans les étapes successives de l'examen clinique. Ce fil d'Ariane, vous le trouverez dans une attitude intellectuelle : *l'objectivité.*

***

Vous rappelerai-je tout d'abord que le premier stade de l'examen du malade est celui du recensement des différents signes pathologiques qu'il présente : c'est l'ÉTAPE SÉMIOLOGIQUE.

Dans cette collection, ce « catalogue » de matériaux élémentaires que vous devez accumuler au lit du malade, déjà parfois avant de l'avoir abordé directement, l'appréciation objective des faits est de toute nécessité ; elle dépend de certaines règles dont il convient que je vous expose les principales :

La plus essentielle est la recherche *du signe de certitude.* Avant tout, proposez-vous ce que recherchait déjà notre grand Laënnec, le créateur de la méthode anatomo-clinique, et qu'il exprimait ainsi : « Reconnaître sur le vivant un cas pathologique à des signes certains, autant que possible physiques et indépendants des symptômes, c'est-à-dire du trouble variable des actions vitales qui l'accompagnent ».

De cette règle générale, il s'en suit comme corollaire que vous accorderez toujours plus de valeur à une constatation positive, qui exprime une existence, qu'à un signe négatif, qui peut ne signifier qu'une insuffisance de nos moyens d'investigation.

Deuxième règle que vous ne devez pas oublier : Vous jugerez toujours d'un signe non pas d'après son importance apparente mais selon la *précision de sa signification.* Il n'y a, en médecine, ni grand, ni petit symptôme, mais des tests qui ont une valeur d'analyse plus ou moins spécifique. Pour emprunter un exemple à la neurologie, est-il plus petit détail symptomatique que l'extension du gros orteil provoquée par le frôle

---

(1) Clinique du Vendredi recueillie par le Dr René FAUVERT, chef de clinique.

ment de la plante du pied ? Et, cependant, ce signe, décrit par mon maître Babinski, interrogeant électivement une voie réflexe précise, est le témoin décisif de toute atteinte pyramidale, le plus précieux peut-être de la pathologie nerveuse.

Ces préceptes, vous ne manquerez pas de les appliquer aux renseignements fournis par les *examens de laboratoire*. Comme tout autre symptôme, ils doivent donc être analysés et interprétés, soumis au crible de votre critique. Le temps n'est plus où l'on pouvait croire, comme Wassermann dans l'enivrement des premières recherches sérologiques, qu'il suffirait d'une goutte du sang d'un malade pour qu'on fût fixé à la fois sur le diagnostic et le traitement de son affection.

Il en est de même pour les *explorations radiologiques*, et l'un des plus pénétrants analystes de la littérature moderne a dû sans doute à sa parenté médicale de l'exprimer avec bonheur, dans une phrase où nous élaguerons les nombreuses incidentes qui lui sont familières :

« Il est rare », dit Marcel Proust dans le Côté de Guermantes, « que des documents aient plus que la valeur d'un cliché-radiographique, où le vulgaire croit que la maladie d'un patient s'inscrit en toutes lettres, tandis qu'en fait, ce cliché fournit un simple élément d'appréciation qui se joindra à beaucoup d'autres sur lesquels s'appliquera le raisonnement du médecin et d'où il tirera son diagnostic ».

***

Après cette première étape purement analytique du recensement des symptômes, rappelez-vous, Messieurs, que vous n'avez fait qu'ébaucher votre marche vers le diagnostic. Vous allez maintenant avoir la tâche de grouper les matériaux, ainsi recueillis et reconnus, en un édifice cohérent. Vous apprendrez à constituer des « SYNDROMES ».

Qu'est-ce qu'un syndrome ? C'est un groupe de signes qui ont une signification commune, un même substratum anatomique ou physiologique.

Permettez-moi de commenter devant vous cette définition par quelques exemples :

Voilà un premier sujet atteint d'une affection respiratoire ; l'examen physique de son thorax décèle une zone de matité, dans l'étendue de laquelle les vibrations vocales sont augmentées et le murmure vésiculaire aboli. De cette triade symptomatique, vous conclurez à l'existence d'une condensation parenchymateuse du poumon.

Voici un second malade orthopnéique, les lèvres violacées, les membres inférieurs infiltrés d'œdèmes. L'auscultation nous révèle des râles de congestion aux deux bases pulmonaires. Sa pression veineuse, comme je l'ai montré, est très élevée. Vous reconnaitrez là le syndrome d'asystolie du cœur droit.

Pas de meilleurs exemples de *syndrome anatomo-clinique* que ces deux tableaux pathologiques.

Vous pouvez aussi avoir à construire des *syndromes physio-cliniques* : je ne saurais mieux faire que d'en emprunter des exemples aux travaux du grand clinicien que fut Widal. Je ne vous apprendrai rien en vous rappelant que le chef de l'école de Cochin a rénové la compréhension pratique des néphropathies en en groupant, schématiquement sans doute, les signes en quatre groupes syndromatiques :

— Syndrome urinaire, où l'albuminurie, la cylindrurie, l'hématurie microscopique témoignent de l'atteinte lésionnelle des vaisseaux et des cellules nobles du rein ;

— Syndrome de rétention chlorurée, basé sur le rôle du sodium dans la production des œdèmes ;

— Syndrome de rétention azotée, groupant tous les troubles toxiques dus à l'augmentation dans l'organisme de l'urée et des déchets azotés ;

— Syndrome d'hypertension artérielle, où rentrent les accidents cardio-vasculaires des néphrites.

***

Une fois les symptômes patiemment accumulés, une fois ceux-ci groupés sous forme de syndromes, ne croyez pas, Messieurs, que votre tâche est terminée.

Dans des étapes ultérieures, vous voilà, en effet, amenés à grouper à leur tour ces syndromes pour constituer d'abord des COMPLEXES ANATOMO ET PHYSIO-CLINIQUES, puis, s'il se peut, aboutir à l'ultime sommet du diagnostic en précisant l'ÉTIOLOGIE, sans laquelle il n'y a pas de connaissance parfaite des maladies.

Pour bien me faire comprendre, reprenons ensemble les exemples que je vous ai choisis entre bien d'autres :

A la notion de condensation parenchymateuse du poumon, l'examen des caractères macroscopiques et microscopiques des crachats vient ajouter celle d'alvéolite fibrino-leucocytaire : Nous arrivons donc au diagnostic d'un complexe anatomo-clinique particulier : la pneumonie. Mais, seule, la découverte de l'agent étiologique nous fournira le diagnostic complet et nous permettra d'individualiser vraiment une maladie ;

— pneumonie franche aiguë, s'il s'agit du pneumocoque ;

— pneumonie tuberculeuse, si le bacille de Koch est en cause ;

— voire, sous d'autres climats, pneumonie pesteuse.

Il en est de même pour les néphropathies. Après la simple séméiologie, après la constatation du syndrome, le pathologiste va pouvoir aboutir à l'élaboration de complexes anatomo-cliniques :

— néphrites inflammatoires ;

— néphrites dégénératives ou néphroses ;

— néphro-angio-scléroses.

Mais, malheureusement, dans ce chapitre de la pathologie, les certitudes étiologiques ne viennent que bien rarement parachever le diagnostic.

***

Messieurs, les étapes cliniques de votre diagnostic sont franchies. Vous avez eu parfois la chance d'aboutir au terme de votre progression et de caractériser la maladie en précisant la pathogénie et l'étiologie des accidents.

Cette progression de l'investigation clinique doit aboutir maintenant à sa conclusion normale : la SANCTION THÉRAPEUTIQUE.

C'est alors qu'il vous appartiendra de préciser les indications du traitement, car elles vont couronner en quelque sorte tout l'édifice que vous aurez ainsi édifié. Or, nous allons voir qu'à chacune des étapes du diagnostic peut correspondre une réponse particulière de la médication :

Souvent, en effet, les troubles fonctionnels et généraux doivent être corrigés par des prescriptions purement *symptomatiques*. N'oubliez pas, en effet, que le rôle du médecin n'est pas seulement de guérir, en s'adressant à la cause, mais aussi de soulager, en visant le symptôme pénible.

Ainsi, dans la pneumonie, les sédatifs de la toux, les expectorants, les applications révulsives sont des armes dont vous devez user.

Mais n'oubliez pas que la médication symptomatique ne doit pas être aveugle. Soumise à votre critique, elle évitera la faute commune de combattre une réaction utile parce qu'elle est un moyen précieux employé par la nature pour lutter contre un processus morbide. Et ce n'est pas tout à fait sans raison qu'un pathologiste célèbre du XVIIe siècle mettait en frontispice d'un de ses ouvrages, un mire consultant un in-folio sur lequel se lit ce simple mot : « Expecta ».

Au stade suivant, l'analyse des syndromes et des complexes anatomo-cliniques peut entraîner une thérapeutique *pathogénique* : vous citerai-je le régime déchloruré dans les néphrites œdémateuses, la digitaline dans l'insuffisance cardiaque ?

Enfin, la connaissance de l'étiologie aboutit parfois à un traitement *spécifique* souvent héroïque. Ne suffit-il pas que je vous rappelle la cure de l'amibiase par l'émétine, de la syphilis par l'arsenic, le mercure et le bismuth ?

***

Telle est, Messieurs, schématiquement indiquée, la méthode clinique que je vous propose, et, pour mieux vous en montrer l'utilité et les bienfaits, rien ne me paraît plus lumineux que de l'illustrer par une série de tableaux cliniques tirés de l'HISTOIRE DE LA PATHOLOGIE HÉPATIQUE, qui constitue, vous le savez, la principale spécialisation de ce service.

C'est à mon maître Gilbert qu'on doit l'application fructueuse de cet esprit d'objectivité au domaine des affections du foie, avant lui si confus et si imprécis.

C'est grâce à la discipline méthodique de son Ecole qu'il m'est possible maintenant de vous brosser à grands traits le tableau de la pathologie hépatique, sous son double aspect d'analyse et de synthèse.

A la base, l'étude des FAITS ÉLÉMENTAIRES :

Par l'*interrogatoire*, vous reconnaîtrez l'existence des symptômes douloureux sous-hépatiques et hépatiques, avec leur siège dans l'hypocondre droit ou à la région épigastrique, avec leurs irradiations caractéristiques classiques, ou moins connues dans l'épaule, la région cervicale ou le membre supérieur du côté droit.

L'*inspection* du malade, à elle seule, vous apportera une série de renseignements capitaux : Dès l'abord, c'est le faciès amaigri, parcouru de varicosités, marqué de xanthelasma, mais surtout l'existence d'un ictère ou d'un subictère cutané et muqueux. Puis, en découvrant le patient, c'est l'écheveau plus ou moins compliqué d'une circulation collatérale abdominale, dans laquelle je me suis efforcé, avec Gilbert, d'apporter plus de clarté ; c'est enfin, la distension abdominale due à une ascite plus ou moins abondante, dont la *percussion*, associée à la mesure de la pression liquidienne que j'ai préconisée, précisera l'importance, la mobilité, de même qu'elle repérera le bord supérieur du foie et de la rate.

C'est par la *palpation*, par contre, que vous devez repérer le bord inférieur du foie : à l'aide du signe du glaçon, en cas d'ascite ; ou bien, par les différents procédés, dont celui de Gilbert me paraît le meilleur, car il est basé sur la situation

superficielle de la glande hépatique sous la paroi abdominale. De la même façon, vous apprécierez la consistance et la régularité de la face antérieure de l'organe, sa mobilité ou son immobilité pathologique.

Enfin, la recherche de points et de zones douloureuses portera systématiquement sur les régions de la vésicule et de la région pancréatico-cholédocienne.

L'*examen des humeurs* organiques présente, lui aussi, une particulière importance en pathologie hépatique. L'exploration de la diurèse met en évidence les anomalies du rythme urinaire que nous avons étudiées avec Gilbert sous le nom d'opsiurie, d'anisurie, d'isurie. Dans les urines elles-mêmes, on recherche la présence d'urobiline ou de pigments et de sels biliaires. Dans le liquide d'ascite, l'examen cytologique, chimique, les réactions de Rivalta, de Gangi, du collargol, que je me suis efforcé de codifier, précisent le caractère mécanique ou inflammatoire de l'épanchement.

Le bilan complet d'une affection hépatique nécessite aussi un certain nombre de *dosages des éléments du sang* (mesure de la cholémie et de la cholalémie, évaluation de la cholestérolémie, de la protidémie, de l'azotémie) de même que l'établissement de la formule hémoleucocytaire.

Enfin, les *examens radiologiques* apportent un précieux appoint à cette accumulation de documents en précisant la morphologie du foie, l'état physique et fonctionnel des voies biliaires et de la vésicule.

Cette moisson de renseignements sémiologiques une fois terminée, vous allez avoir ensuite à les grouper en gerbes, EN SYNDROMES, que vous étudierez successivement :

— D'abord, vous envisagerez les *syndromes morphologiques*, c'est-à-dire les atrophies hépatiques, les hépatomégalies, les ptoses et les malformations.

— Ensuite vous porterez votre attention sur les *syndromes fonctionnels* :

Ce sont, en premier lieu, ceux qui concernent la *sécrétion exocrine* avec les différentes modalités *d'ictère* : ictères par rétention, où à la présence de pigments biliaires dans les urines s'ajoute la décoloration des matières ; ictères sans rétention, soit par hépatite, soit par hyperhémolyse.

Ce sont, d'autre part, les syndromes de perturbation de la *sécrétion endocrine* :

Je ne veux pas insister ici sur le chapitre contesté de l'hyperhépatie. Par contre, les insuffisances hépatiques ont une importance de premier plan :

A leur maximum, c'est l'ictère grave, avec ses stigmates cliniques et biologiques si particuliers Mais combien plus fréquents sont les états d'insuffisance fonctionnelle frustes et dissociés dont les méthodes d'explorations actuelles ne nous donnent encore malheureusement que des mesures imparfaites.

Il faut ensuite envisager le foie en tant que réservoir vasculaire, et vous grouperez, à leur tour, les différents *syndromes circulatoires hépatiques* :

Le syndrome d'hypertension portale prend souvent une importance de premier plan, et j'en ai précisé les différents éléments : l'ascite ; les circulations collatérales pariétales ; la splénomégalie ; les hémorragies gastro-intestinales et les hémorroïdes ; les troubles urinaires : opsiurie anisurie, isurie, oligurie.

A la stase portale, s'associe corollairement un syndrome d'hypophléborrhée sus-hépatique, avec, comme principaux signes, l'hypotension artérielle et veineuse, dont j'ai fixé les modalités et la pathogénie.

Enfin, a syndrome de stase vasculaire passive il faut opposer les congestions actives vasomotrices de la circulation hépato-portale de retour, sur lesquelles j'ai insisté à nouveau récemment avec MM. L. Justin-Besançon et René Fauvert, en précisant le mécanisme de ce barrage sus-hépatique que j'avais mis naguère en évidence.

Une fois ces grands syndromes hépatiques groupés directement, il vous faudra, dans une étape déjà plus évoluée, les confronter avec les constatations anatomo-pathologiques. Cette discipline vous permettra de définir, par une nouvelle progression du diagnostic, les COMPLEXES ANATOMO-CLINIQUES, dont je me borne à vous citer quelques exemples, tirés du chapitre des *cirrhoses* :

C'est ainsi que l'association d'un syndrome morphologique de sclérose hépatique atrophique, d'un syndrome marqué d'hypertension portale, d'un syndrome d'insuffisance hépatique progressive et très accusé, contrastant avec un syndrome ictérique peu marqué, réalise le tableau d'une cirrhose du type Laënnec.

Au contraire, une sclérose hypertrophique, une hypertension portale moins accentuée, comportant ces balancements régionaux entre l'ascite et les hémorragies gastro-intestinales sur lesquels j'ai insisté avec Gilbert, une insuffisance hépatique moindre et non nécessairement progressive, caractérisent la cirrhose du type Hanot et Gilbert.

L'addition au tableau précédent d'un syndrome prédominant d'ictère pléiochromique avec

splénomégalie oriente, par contre, vers la maladie de Hanot.

Mais la définition de ces états pathologiques ne sera pas complète si elle ne comporte la connaissance de leur ÉTIOLOGIE. C'est là le dernier stade, et souvent le plus difficile, de la marche vers le diagnostic.

Pour les cirrhoses, à côté du rôle prépondérant de l'alcool, dont vous acquerrez malheureusement dans les salles de malades la preuve quotidienne, je ne peux insister sur les difficultés d'appréciation quant à l'influence, isolée ou associée, de multiples autres facteurs : la syphilis, la tuberculose, le paludisme, l'insuffisance cardiaque, les intoxications, les infections et les carences diverses.

Et c'est seulement après ces différentes mises en œuvre de la discipline méthodique qui vous a mené du fait au syndrome et du syndrome au complexe anatomo-clinique que les CONCLUSIONS THÉRAPEUTIQUES de cette investigation méthodique s'imposent. Vous apprendrez à les connaître aux successives étapes de votre exploration :

Les *traitements symptomatiques*, vous les appliquerez, par exemple, aux troubles digestifs, à la diarrhée.

Les *traitements pathogéniques* seront réalisés par la paracentèse abdominale, qui combattra la manifestation majeure de l'hypertension portale, par l'injection d'extrait hépatique à hautes doses par voie intra-musculaire et même intraveineuse, dont j'ai montré l'utilité dans la lutte contre l'insuffisance hépatique.

Les *traitements étiologiques*, enfin, s'adresseront à la cause des accidents, lorsque vous aurez pu la déceler : par la suppression du toxique, quand elle peut être obtenue ; par le traitement anti-syphilitique, anti-paludéen, anti-saturnin, quand ces affections ou intoxications peuvent être incriminées : par les médications tonicardiaques, enfin, lorsque l'insuffisance du cœur droit est en cause.

***

Messieurs, j'espère vous avoir suffisamment précisé, au moins pour un chapitre de la pathologie, ce que j'entends par méthode clinique objective. C'est par l'application quotidienne de ces quelques règles que vous arriverez à prendre, ce qui doit être votre but dans ce service, de bonnes observations des malades qui vous seront confiés.

Vous n'y parviendrez cependant qu'à une dernière condition ; c'est que vous sachiez exprimer ce que vous aurez constaté. Ici encore vous devez vous plier à certaines règles :

Ayez d'abord un vocabulaire exact. Nous nous attacherons constamment, mes collaborateurs et moi, aux définitions de terminologie médicale élémentaire, et votre premier effort doit être, j'y insiste, de vous familiariser avec cette langue nouvelle pour vous qui constitue la clef de toutes vos connaissances ultérieures.

En second lieu, j'exigerai de vous un style précis : habituez-vous d'emblée à définir exactement les symptômes et, en particulier, leur chronologie : par exemple, l'horaire des douleurs digestives, leur topographie. Ne dites pas, entre autres imprécisions : le foie déborde de plusieurs travers de doigt, mais bien : il mesure tant de centimètres sur telle ligne de repère.

Ayez, enfin, le souci d'ordonner vos constatations méthodique en les présentant dans un ordre logique.

Et ne croyez pas qu'en vous demandant cette clarté d'exposition qui est le propre de l'homme cultivé et de l'esprit français, je vous convie à un vain snobisme littéraire. Une langue correcte est le témoin d'un bon esprit. Notre Montaigne le soulignait déjà lorsqu'il louait à peu près en ces termes ses auteurs anciens favoris : « Quand je vois ces belles et braves façons de s'exprimer, je ne dis pas que c'est bien écrire, je dis que c'est bien penser »... « Bien penser » « Bien conduire sa raison », voilà, en effet à quoi se résument les règles de l'examen clinique. Que sont-elles, en effet, sinon l'application à notre discipline particulière de cette Méthode que Descartes définissait en disant qu' « elle consiste toute dans l'ordre et la disposition des choses »...

S'attacher, comme je vous le recommande, à la définition et à la compréhension des éléments séméiologiques, n'est-ce pas « tourner toutes les forces de son esprit vers les choses de moindre importance et les plus faciles, et s'y arrêter longtemps, jusqu'à ce qu'on se soit accoutumé à avoir l'intuition distincte et claire de la vérité ». Et, certes, ce conseil de Descartes s'adresse bien particulièrement à vous qui faites vos premiers pas dans une terre inconnue.

« Faire des dénombrements si entiers et des revues si générales que l'on soit assuré de ne rien omettre », n'est-ce pas le but même d'un bon examen séméiologique ?

Et, enfin, « conduire par ordre ses pensées, en commençant par les objets les plus simples et les plus aisés à connaître, pour monter peu à peu, comme par degrés, jusqu'à la connaissance des plus composés », n'est-ce pas là, merveilleusement définie, la démarche même de notre méthode, qui s'élève progressivement de la connaissance des symptômes jusqu'à l'édification des syndromes et des complexes anatomo-cliniques,

pour finalement aboutir par l'étiologie au diagnostic définitif des maladies ?

***

Messieurs, tel est donc notre instrument de travail. Mais la position de l'esprit médical est plus complexe encore, et il m'est impossible, dans cette ébauche d'initiation clinique, de ne pas vous montrer que nos procédés d'appréciation ne sauraient être, en médecine, uniquement quantitatifs. Certes, il faut compter, certes il faut peser, certes il faut mesurer tout ce qui est mesurable. Mais, sous peine de n'être qu'un simple manœuvre scientifique, le médecin ne peut accepter tels quels les résultats de ses techniques. Il doit les soumettre à une critique « *qualitative* ».

Pour les évaluer, non pas isolément, mais dans leurs rapports réciproques, pour interpréter les faits particuliers en fonction de leur ensemble, pour les apprécier à leur importance réelle, à leur valeur « humaine », l'intelligence du médecin se réfère, non pas à des critères extérieurs techniques et scientifiques, mais à des jugements de valeur qu'il tire de son propre fond. Et c'est ici que prend tout son sens la nécessaire distinction pascalienne entre « l'esprit de géométrie » et « l'esprit de finesse ».

C'est vous dire que l'éducation intellectuelle du médecin doit dépasser le simple dressage scientifique et atteindre à cette formation générale, fille de la culture, qu'il est bien difficile de définir autrement que comme un « humanisme ».

***

Messieurs, je m'arrête au seuil de ce chapitre qui déborderait le cadre d'une simple leçon d'ouverture.

Puissè-je, du moins, vous avoir fait comprendre la nécessité de la méthode en clinique et vous avoir suffisamment indiqué ce que doivent être nos disciplines intellectuelles.

Puissè-je vous avoir montré comment, en médecine, comme dans ses autres domaines, l'esprit, par ses dissociations, ses classifications, ses jugements de valeur, impose à la masse confuse des faits une hiérarchie qui est de l'homme même, et justifie à travers les siècles la pensée fameuse d'Anaxagore :

« Au commencement, tout était ensemble,
Puis vint l'entendement, qui mit tout en ordre ».

LA RADIOTHÉRAPIE DES FURONCLES

Docteur Flavien BERTHOD

Des travaux nombreux et importants ont été faits depuis la découverte de Rœntgen sur la radiothérapie des processus inflammatoires, plus particulièrement dans les pays de langue allemande et en France.

En dépit de toutes les recherches effectuées jusqu'à ce jour, le mode d'action des rayons X n'est pas encore élucidé et les opinions à ce sujet sont extrêmement diverses.

Les techniques utilisées, toutefois, en ce qui concerne la radiothérapie des furoncles, se basent sur quelques principes actuellement admis de tous : petit nombre d'irradiations, très faibles doses, rayonnement peu pénétrant.

Pour irradier un furoncle, il faut intervenir tôt, seul l'élément inflammatoire étant modifié par les rayons qui sont sans action sur la collection purulente. Si on irradie avant que le pus ait commencé à se former, la guérison du furoncle par résorption est de règle.

Il nous paraît que plus l'inflammation est considérable, plus l'œdème environnant le furoncle est important, plus la douleur est vive, meilleur est le résultat qu'on peut attendre de la rœntgenthérapie.

La radiothérapie des furoncles offre des avantages importants sur tout autre mode de traitement par son indolence, sa simplicité d'application et la constance de ses résultats. En particulier, dans la localisation des furoncles au massif facial, la très grande diminution des risques de thrombose veineuse et la presque disparition de la mortalité qui en est la conséquence en font la méthode thérapeutique de choix (1).

(1) Thèse de Montpellier, 1939.

LES SÉRUMS DE CONVALESCENTS DANS LA PRATIQUE MÉDICALE INFANTILE

Docteur R. LIÈGE,

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Chef de Clinique médicale infantile à la Faculté

Méthodes vaccinales, sérums d'origine animale ou humaine se partagent à l'heure actuelle la prophylaxie et le traitement d'un certain nombre de maladies infectieuses de l'enfance.

Vaccins et sérums d'animaux ne sont réalisables que lorsqu'on connaît l'agent pathogène de la maladie à combattre ; l'utilisation des sérums de convalescents est venue combler une lacune, en permettant au médecin de protéger les collectivités, et dans certains cas de traiter des malades même lorsque 'agent pathogène de la maladie est encore inconnu.

En pratique, pour certaines maladies de l'enfance telles la scarlatine, la poliomyélite, nous avons à notre disposition un sérum animal et un sérum humain. Pour d'autres telle la coqueluche on dispose soit de la méthode vaccinale, soit du sérum de convalescents.

Dans des maladies qui telles la rougeole et les oreillons ont leur maximum de fréquence dans l'enfance ou dans l'adolescence, et dont nous ignorons l'agent pathogène, seul, à titre prophylactique ou à titre thérapeutique peut être employé le sérum de convalescents.

Vaccins, sérums animaux sont délivrés très aisément aux malades sur prescriptions médicales, mais il est également possible, dans les limites de l'approvisionnement hélas trop souvent réduit, de se procurer des sérums de convalescents, lorsque le besoin s'en fait sentir.

Il existe à l'heure actuelle en France des centres de sérums de convalescents (1), où en indiquant le nombre et l'âge des malades à protéger ou à traiter, on peut se procurer rapidement ces sérums.

Contre la rougeole, nous n'avons ni vaccin ni sérum animal. De ce fait et du fait de la constance des résultats obtenus, cette fièvre éruptive est le triomphe du sérum de convalescents.

La rougeole est une maladie fréquente, et les stocks de sérums de convalescents de rougeole sont souvent restreints en raison de la difficulté d'approvisionnement, ils doivent être économisés.

Les injections de sérum de convalescents de rougeole ayant la propriété d'éviter ou d'atténuer la maladie sont en principe réservées :

1° *Aux enfants des services hospitaliers.*

On les utilisera lorsqu'une rougeole se déclare dans le voisinage d'un enfant n'ayant pas encore fait cette maladie et atteint d'une affection déjà grave par elle-même, pour qui la rougeole constituerait une complication sérieuse dont le jeune malade pourrait ne pas faire les frais.

2° *Aux femmes enceintes*, exposées au contage, qui sont réceptives vis-à-vis de la rougeole, et pour qui celle-ci créerait une possibilité d'avortement ou d'accouchement prématuré.

3° *Aux nouveau-nés.*

Lorsque la mère a la rougeole au moment du terme et que l'enfant ne présente pas d'éruption à la naissance.

4° *Aux enfants de six mois à 3 ans* (Avant six mois l'enfant est le plus souvent protégé contre la rougeole par l'immunité que lui transmet la mère) ; lorsque ces enfants sont atteints de troubles digestifs ; chez les débiles, chez les hérédo-syphilitiques, chez les rachitiques : on évite ainsi qu'ils ne viennent grever lourdement la mortalité de la maladie.

La rougeole a une période d'incubation fixe et l'effet des injections de sérum de convalescents chez des enfants suspects d'avoir contracté la maladie est presque mathématique ; il dépend du moment où sont pratiquées ces injections.

Lorsque l'on peut fixer la date de contamination probable d'un enfant et que l'on injecte du sérum dans les cinq premiers jours de l'incubation, l'injection supprime pratiquement la rougeole et l'on réalise la *séro-prévention absolue.*

Les doses de sérum à injecter sont les suivantes d'après le Professeur R. Debré :

4 c. c. pour un enfant au-dessous de 1 an ;
5 c. c. pour un enfant de 1 à 2 ans ;
5 à 8 c. c. pour un enfant de 2 à 5 ans ;
10 c. c. pour un enfant de 5 à 10 ans ;
15 c. c. pour un enfant au-dessus de 10 ans.

---

(1) *Voici la liste des principaux centres et le nom de leurs directeurs :*

Strasbourg : Docteur Lœwenberg ; Bordeaux : Docteur Leuret ; Toulouse : Docteur Stillmunkès ; Lyon : Docteur Courmont ; Rennes : Docteur Bourdinière ; Dijon : Docteur Charpentier ; Montpellier : Docteur Lisbonne ; Nantes : Docteur Ballet ; Angers : Docteur Papin ; Lille : Docteur Marnier ; Marseille : Docteur Violle.

La durée de l'immunité ainsi conférée ne dépasse pas trois ou quatre semaines et si l'enfant est de nouveau en contact après l'injection de sérum avec un rougeoleux, il faudra lui faire une nouvelle injection pour qu'il ne contracte pas la maladie. Si l'on intervient du cinquième au huitième jour la rougeole apparaîtra mais elle sera modifiée, et l'on aura réalisé la *séro-atténuation*. Les modifications de la maladie consistent en allongement de la période d'incubation allant jusqu'à douze, quinze jours et plus ; diminution ou suppression du catarrhe, raccourcissement de la période fébrile, diminution de l'intensité de l'éruption.

Après le huitième jour qui suit le contage, la maladie n'est plus modifiée, toutefois au niveau de l'injection l'éruption n'apparaît pas.

A titre thérapeutique le sérum de convalescents s'emploiera dans les *rougeoles malignes*. C'est la meilleure arme que l'on puisse utiliser contre *l'encéphalite morbilleuse* dont on connaît la gravité habituelle (1).

L'agent pathogène de la *coqueluche* est connu, aussi disposons-nous contre cette maladie d'une méthode vaccinale et du sérum de convalescents, la sérothérapie animale n'étant pas rentrée dans la pratique médicale. Celui-ci est utilisé à titre prophylactique.

La méthode est intéressante à mettre en œuvre dans les crèches, les pouponnières en raison de la gravité de la maladie chez les tout-petits.

Les doses à utiliser sont les suivantes :

3 c. c. avant 3 ans ;
3 à 6 c. c. entre 3 et 6 ans ;
6 à 8 c. c. chez les grands enfants.

Lorsque l'injection est pratiquée avant la fin de la période d'incubation, elle empêche l'éclosion de la maladie dans 80 % des cas. A la fin de la période d'incubation le sérum transforme la maladie en une coqueluchette. Pendant la période d'invasion, il reste inefficace.

Dans la *scarlatine*, le sérum de convalescents peut être utilisé à titre prophylactique, à titre thérapeutique et peut rendre d'inappréciables services pour le diagnostic de cette fièvre éruptive.

A titre *prophylactique* on l'utilise chez les femmes enceintes et dans les services de chirurgie en raison de la gravité habituelle des formes chirurgicales de la scarlatine, et chez tous les enfants dont l'état de santé est précaire et à qui la scarlatine fait courir un grave danger.

L'injection doit être faite précocement.

(1) R. Liège. — Encéphalite morbilleuse à type apoplectique. Société de pédiatrie, séance du 16 juin 1936.

Les doses habituellement injectées sont les suivantes :

10 à 20 c. c. pour un jeune enfant ;
20 à 30 c. c. pour un adulte.

L'immunité acquise est temporaire et ne dure qu'une vingtaine de jours.

A *titre thérapeutique*, le sérum de convalescents étant un sérum antitoxique, sans action sur les complications suppuratives a des indications qui se limitent aux *scarlatines malignes*, où on l'utilisera dès le début de la maladie ou dans les *scarlatines secondairement malignes*.

Il a été utilisé avec succès dans *l'encéphalite scarlatineuse* (1).

La précocité de l'injection écrit Stillmunkès (2), a une importance capitale « en raison de l'existence dans la scarlatine d'une période critique et fugace où la toxine n'est pas encore définitivement fixée sur les tissus et centres vitaux. Durant ce laps de temps qui ne s'étend pas au delà du cinquième jour la toxine est libre et peut être neutralisée par l'antitoxine ».

D'après ce même auteur avec les petites doses, les échecs sont fréquents.

La nécessité d'employer des doses élevées ajoute-t-il, 100 à 150 c. c. et de renouveler les injections, fait qu'en pratique dans les scarlatines malignes on recourt plus volontiers soit à l'immuno-transfusion (lorsque l'on a la chance d'avoir sous la main un donneur universel convalescent de scarlatine ayant dépassé le quinzième jour et n'ayant pas atteint le quatrième mois), soit au sérum animal. Ce dernier est obtenu par l'injection au cheval de toxines de streptocoques scarlatineux et délivré par l'Institut Pasteur.

Dans les éruptions scarlatiniformes dont le diagnostic est si souvent difficile, la recherche du phénomène de l'extinction de Schultz Charlton après injection intradermique d'un centimètre cube de sérum de convalescent rend de grands services. Cette injection se fait au point où l'exanthème est le plus intense et de préférence à la poitrine. S'il s'agit de scarlatine, l'exanthème s'efface entièrement au bout de six à douze heures sur une zone dont les limites sont sinueuses mais très nettes ; ce phénomène ne se produit pas dans les éruptions scarlatiniformes, car cette réaction est due à la neutralisation dans le derme de la substance érythrogène qui provoque l'éruption.

L'agent pathogène des oreillons est encore

(1) J. Mornet et Vizin. — Un cas d'encéphalite de la scarlatine. Société médicale des hôpitaux de Paris, 6 mars 1936.

(2) Stillmunkès. — Les sérums de convalescents. Un vol. Doin et Cie, éditeurs.

inconnu. La maladie présente un caractère extensif souvent inquiétant dans les écoles et dans les casernes. Elle peut être grave soit du fait de la méningite ourlienne primitive ou secondaire, soit du fait de l'orchite. Elle ne peut être utilement attaquée que par le sérum de convalescents. Celui-ci peut préserver le malade de l'orchite, mais ne modifie pas l'évolution des parotidites aussi la sérothérapie a-t-elle moins d'intérêt chez les enfants que chez les adolescents.

Les doses utilisées sont de 10 à 20 c. c.

Contre cette redoutable maladie qu'est la *poliomyélite* nous disposons d'un sérum animal (sérum de Pettit) et du sérum de convalescents.

L'un et l'autre se disputent la faveur des médecins ; d'aucuns les mettent sur le même plan ; beaucoup préfèrent à l'heure actuelle le sérum de Pettit.

Le sérum de convalescents de poliomyélite peut être utilisé à titre prophylactique ou comme agent thérapeutique.

L'injection intramusculaire est le mode d'administration le plus habituel.

Pour être efficaces les injections doivent être faites précocement et répétées quotidiennement.

Les doses varient suivant l'âge de l'enfant, et la gravité du cas (entre 20 et 50 c. c.), mais le polymorphisme de la maladie rend l'interprétation des résultats très difficile.

Il existe d'autres maladies contre lesquelles le sérum de convalescents peut être utilisé. Il ne saurait en être question dans cet article consacré aux maladies que l'on rencontre avec fréquence dans la pratique de la médecine des enfants et dont la gravité nécessite souvent le recours à des traitements spécifiques. Il convient de connaître les modalités d'applications des sérums de convalescents et les résultats que l'on en peut attendre.

TÉTANOS ET SYNDROMES TÉTANIFORMES

En 1932, le Professeur Pierre Lombard (d'Alger) appelait l'attention de l'Académie de chirurgie sur certains syndromes cliniquement semblables au tétanos authentique et qui, à son avis, sont des pseudo-tétanos. Le même auteur a pu recueillir depuis cette époque six cas nouveaux de ces pseudo-tétanos, qu'il vient de présenter le (31-1-1939) à l'Académie de médecine.

Chez les six malades en question (des enfants de 5 à 13 ans), la symptomatologie a été, plus ou moins complètement, la suivante : trismus, raideur de la nuque, contracture des membres, crises d'opistothonos, fièvre. Le diagnostic d'entrée à l'hôpital était : tétanos. Les malades présentaient d'ailleurs des plaies contuses variées considérées comme foyers de germination du bacille de Nicolaïer et la maladie a été quatre fois mortelle malgré la sérothérapie. Dans tous ces cas, cependant, des fragments de plaies excisés ont été inoculés à des cobayes sans déterminer chez l'animal l'apparition du moindre symptôme tétanique. M. Pierre Lombard estime que ce dernier critère permet d'établir une discrimination entre le tétanos authentique et les syndromes tétaniformes.

Escherich a déjà signalé des faits du même ordre sous le nom de pseudo-tétanos et le Professeur Sergent (*Monde Médical*, 1938), a rapporté l'histoire d'une tétanie dont certains épisodes simulaient le tétanos le mieux caractérisé.

Ces syndromes tétaniformes trouveraient leur origine dans des troubles divers, qu'il y aurait à préciser, troubles endocriniens, humoraux, etc. : insuffisance parathyroïdienne et hypocalcémie, par exemple, intoxication guanidique, etc.

Escherich et Marfan ont défini, chez l'enfant surtout, un terrain spasmophile, générateur de réactions neuro-musculaires bien connues (tétanie, spasmes viscéraux...). M. Jacques Decourt qui, depuis quelques années, a longuement étudié cette question chez l'adulte, a envisagé la réalité d'une véritable diathèse que l'on pourrait appeler diathèse hypocalcique (1).

Quoiqu'il en soit, est-on autorisé à dire que les troubles de l'hypocalcémie, de l'insuffisance parathyroïdienne peuvent aller dans certaines circonstances jusqu'à donner toute la symptomatologie classique du tétanos avec trismus, crises d'opistothonos, fièvre... ? Il convient d'être prudent en telle matière où la gravité de l'état du malade ne permet guère de le priver de la thérapeutique classique du tétanos, et où les éléments d'appréciation n'ont pas de caractère suffisamment pathognomonique. Chez les malades de M. Lombard, les signes de tétanie (signes de Chvostek et de Trousseau) manquaient généralement. Jusqu'à plus ample informé, il apparaît sage de considérer comme exceptionnels les pseudo-tétanos donnant l'ensemble clinique des contractures du tétanos. Il est bon de remarquer, toutefois, que les deux patients de M. Lombard qui ont guéri, avaient été soumis à une thérapeutique complémentaire, calcique et parathyroïdienne.

P. LACROIX.

(1) Jacques DECOURT. Sur le traitement médical des spasmes viscéraux. *Paris Médical*, nº 49, 7-12-1935. — Tétanies larvées chez l'adulte. Synthèse. VIe année, nº 4, avril 1938.

TUBERCULOSE OSSEUSE ET TUBERCULOSE ARTICULAIRE

Par M. le Professeur agrégé Wilmoth (1)

Il y a des points communs entre le développement d'une ostéite et d'une arthrite tuberculeuse. Le point de départ est le *follicule tuberculeux.*

Celui-ci est constitué par une cellule géante, centrale, irrégulière, à la périphérie du protoplasma se trouve une couronne de gros noyaux. Autour de cette cellule géante, se groupent en couronne des cellules épithélioïdes. Enfin, excentriquement encore, c'est la zone lymphoïde.

Ayant comme point de départ ce follicule, la tuberculose donne au niveau des os et des articulations des lésions différentes. Elle peut déterminer :

— des granulations grises (c'est assez rare) ;

— des abcès caséeux dans l'os (c'est rare aussi);

— une géode ou caverne qui contient un séquestre (cas peu fréquent) ;

— un spina ventosa, séquestre entouré d'un épaississement périostique, presque toujours au niveau des petits os longs : mains, pieds, mais aussi clavicule et péroné ;

— la carie sèche, par destruction de l'os, surtout au niveau de la tête humérale sans suppurations ni fongosités ;

— enfin, un abcès froid ossifluent, abcès par congestion ce qui est le cas le plus fréquemment rencontré.

***

L'*abcès froid ossifluent* est migrateur ; on pensait autrefois que c'était la pesanteur qui les faisait progresser loin de leur foyer d'origine. Mais si on fait l'examen d'un abcès ayant comme point de départ une vertèbre, par exemple, on voit que cet abcès est composé d'une partie centrale formée d'un pus bien lié, avec des fongosités, et d'une partie périphérique formée membrane très épaisse renfermant des follicules tuberculeux ; c'est la zone active de l'abcès, c'est par sa membrane externe qu'il progresse.

Quelle est l'*évolution* de cet abcès d'origine osseuse ?

Il est exceptionnel qu'il se sépare de l'os qui lui a donné naissance. Il contracte des adhérences avec les aponévroses, les muscles ; il envahit la peau qui rougit, s'amincit, s'ulcère, ainsi est constituée la fistule tuberculeuse. Or celle-ci met la vie du malade en danger car il faut redouter l'infection secondaire. Aussi doit-on ponctionner précocement un abcès tuberculeux, pour éviter la fistulisation.

***

Au niveau de l'articulation, la même lésion fondamentale se retrouve avec le follicule tuberculeux.

L'articulation atteinte de tuberculose peut présenter deux points de départ : épiphysaire et synovial. Les lésions osseuses sont plus fréquentes. Il se produit une caverne intraosseuse. Le cartilage peu à peu va s'éroder, et il finira par y avoir communication entre la cavité osseuse et l'intérieur de l'articulation.

Il se produira un épanchement citrin : c'est l'hydrops tuberculosus. A un moment donné, la synoviale va s'épaissir considérablement et il y aura des fongosités à l'intérieur de la synoviale.

Que vont devenir les surfaces articulaires ?

Quand une articulation est malade, la réaction de l'organisme tend à l'immobilisation de l'articulation par contracture musculaire. Mais cette contracture n'est pas équivalente au niveau des différents groupes musculaires. Le genou sera en flexion, car les muscles fléchisseurs en arrière sont plus contractés que le quadriceps en avant. Le plateau tibial et l'extrémité du fémur seront en contact en arrière ; il y aura ulcération progressive des deux surfaces osseuses qui aboutira à une luxation pathologique.

Enfin il faudra toujours redouter, dans la tuberculose articulaire, plus encore peut-être que dans la tuberculose osseuse, la fistulisation avec tous les dangers d'infection secondaire qu'elle comporte.

(1) Leçon faite à la clinique chirurgicale de l'Hôpital Cochin.

CELLULITES, DERMALGIES ET INFLUENCES MÉTÉOROLOGIQUES

Par R. Barthélemy

Ancien Chef de Clinique à la Faculté

Depuis les travaux d'ensemble d'Alquier, Hartenberg, Guy Laroche, on connaît un peu mieux qu'avant-guerre la cellulite en France, où pourtant quelques auteurs et surtout Wetterwald avaient attiré l'attention sur la lésion effective de tant de douleurs « sine materia ».

Mais si la généralisation est utile pour comprendre la génèse de la cellulite quel que soit son siège, il paraît excessif de confondre dans une même description les cellulites de la peau et les cellulites profondes, en particulier celle de la face interne du bassin qui va jusqu'à simuler la salpingite ou jouer les pseudo-tumeurs pelviennes (Le Lorier).

Nous nous occuperons ici exclusivement des premières, pour lesquelles Parturier et ses collaborateurs, notamment Ricoux dans sa thèse récente, indiquent les caractères suivants : augmentation d'épaisseur, de consistance et de sensibilité du tissu sous-cutané, diminution de sa mobilité par adhérence soit à la peau, soit aux plans profonds. Malaise ou douleur franche, spontanés ou par pincement, empâtement visible ou seulement palpable, par nodules ou en nappe, et, au cas d'adhérences à la peau, aspect ponctué en creux de la peau d'orange, tels en sont les éléments cliniques. Ils peuvent se combiner de diverses façons, être séparément plus ou moins marqués et simuler ainsi quantité d'affections nerveuses.

Parfois un caractère très accentué donne une allure toute particulière à la cellulite. Ainsi Le Lorier, Lenglet ont observé des malades porteurs d'une cellulite fibroïde *en ficelle*, véritable cordon sous-cutané consistant et rétracté sur lequel le plissement du tégument à la main donnait, comme dans certains cancers, ce phénomène de la peau d'orange.

Plus souvent, on n'observe ni à l'œil ni à la main de modifications de la peau. Mais les nodules isolés ou confluents de la cellulite sont difficiles à mobiliser sous la peau, et très fréquemment ils adhèrent aux couches fibreuses normales soit par une large base, soit par un pédicule nettement palpable. Dans ce dernier cas, on peut trouver de véritables grappes de nodules piriformes appendues à des massescapsulaires, ligamenteuses ou aponévrotiques. Un malade suivi par nous depuis longtemps est ainsi porteur de grappes sacro-iliaques, sus-épineuses, péritrochantériennes, etc. Cette disposition, plus encore que celle des granules fibreux échelonnés en chapelet le long desgaines vasculo-nerveuses des quelles ils dépendent d'une façon évidente, montre bien la parenté tissulaire de ces éléments morbides. Il semble donc qu'une origine exclusivement lymphatique ne soit pas acceptable pour eux et que ce soit dans l'intimité du tissu conjonctif qu'ils se constituent peu à peu.

Stase circulatoire simple, stase lymphatique simple apparaissent insuffisantes pour engendrer le « trouble trophique considérable » que représente la cellulite.

En faveur de cette opinion plaide le fait que l'observateur peut constater dans bien des cas autre chose que ces simples phénomènes d'*éclusage*, de barrage spasmodique ou non des circulations sanguine ou lymphatique.

Il existe en effet de véritables crises fluxionnaires brusques, tantôt douloureuses, tantôt indolentes, ou encore de subites poussées douloureuses qui ne peuvent être expliquées par un banal afflux de liquide aux effets purement hydrauliques. Ce qu'on connaît des brutales modifications électro-chimiques des milieux organiques chez les sujets qui souffrent d'*instabilité humorale* satisfait beaucoup mieux l'esprit en face des accès douloureux ou fluxionnaires dont la cause locale est vraiment insaisissable, qu'une simple crise vaso-constrictive.

L'assimilation histologique de la cellulite, à structure fibro-lipomateuse, avec la maladie de Dercum (Trémolières, Tardieu et Merklen), avec les nodules sous-cutanés des rhumatisants chroniques (Pr. Merklen, Waitz, Warter) indique aussi qu'il faut englober ces divers troubles parmi les syndromes de *précipitation* qui trouvent leur maximum d'expression clinique dans la goutte, mais qui comportent toute une gamme de manifestations à caractère fluxionnaire plus ou moins tranché.

Que la précipitation, dans beaucoup de cas, soit bénigne et transitoire, ne laissant aucun sédiment définitif du style tophus, xanthome, lipome, etc. Qu'elle soit dans d'autres, lente, insidieuse, inapparente et indolente, il n'en existe pas moins chez de nombreux malades, un processus qui n'est guère expliqué par l'épithète angiotonique, neurotonique, etc.

Les brusques poussées « hypertoniques »

peuvent être causées par quelque chose qui n'est pas toujours d'origine interne ou infectieuse.

En effet quantité de sujets se plaignent de leur peau douloureuse, ou, quand ils savent qu'ils ont de la cellulite, se plaignent de « leur cellulite » brusquement et exclusivement à certaines périodes et quand il fait un temps spécial.

Ces sujets sont constamment des instables humoraux, d'origine hépatique, gastro-colo-entéritique ou endocrinienne surtout. Ils ont eu de l'entérite dans l'enfance, une ou plusieurs jaunisses, de l'appendicite chronique, une aérogastrie, une aérocolie considérables, de petits œdèmes fugaces, de l'hypotension, de la frilosité, des accès de fatigue inexpliquée, des variations de caractère subcyclothymiques, etc.

Ils ont des crises de prurit généralisé ou périgénital, des bouffées de chaleur, des transpirations intermittentes, des périodes d'insomnie.

Et brochant sur le tout, ce sont des douloureux par accès. Leurs douleurs ne sont d'ailleurs pas toujours exclusivement dermalgiques ou cellulitiques, mais souvent aussi périarticulaires ou périneurotronculaires. Ils ont du lumbago, du torticolis, des douleurs coxales, scapulaires, etc., le tout aussi *inattendu* que fugace et variable d'une heure à l'autre, ce qui les rend paradoxalement capables, au cours d'une même journée ou d'heures successives, de boîter et de courir, de monter un escalier marche par marche comme un enfant ou quatre à quatre, et ce qui fait attribuer, comme pour Voltaire, au caprice ou au goût de se rendre intéressants leurs douleurs réelles mais « volages ».

Or l'observation et l'analyse poussées de ces déconcertants phénomènes montrent que, dans la région parisienne tout au moins, ces sujets sont d'excellents baromètres, supérieurs par leur sensibilité à l'instrument de physique. Sauf au cas de dépressions barométriques extrêmement brusques et rapides comme il s'en est produit plusieurs fois en 1938, ils ressentent en effet leurs douleurs cellulitiques *avant* les dépressions barométriques (de quelques heures à vingt-quatre ou trente) et avant l'apparition des nuages et de la pluie d'ouest.

Les nodules ou les traînées de cellulite peuvent alors rester sans modification objective, mais la plupart du temps ils sont plus volumineux, plus tendus et plus durs qu'en période de latence indolore. Ainsi les a-t-on parfois confondus avec des cordons ou des amas lymphatiques.

Et voici où nous voulons en venir. Si le phénomène précède une dépression constatable au baromètre, c'est peut-être qu'il est dû à autre chose qu'à cette dépression et bien plutôt à une action iono-électrique que les physiciens modernes ont mise en évidence à l'origine des perturbations atmosphériques. Certains malades ont brusquement des placards douloureux ou ultra-sensibles de la peau, du cuir chevelu, cela sans écart de régime ou autre cause décelable. Ils ont brusquement, et pour quelques minutes ou pour quelques heures, une névralgie plus profonde. On constate qu'il y a un rapport précis avec un de ces brouillards parisiens qui, comparables maintenant à ceux de Londres, roulent lentement leurs ondes d'un quartier à l'autre, ou avec un foyer d'orage. N'est-il pas logique, bien qu'encore audacieux, d'incriminer les sources incroyables d'énergie que constituent ces météores, ou d'autres phénomènes plus insoupçonnés, plus lointains, plus cosmiques mais non moins puissants ?

Que les poussées dermo-cellulitiques puissent en dehors des dérèglements météorologiques, se produire sous l'influence d'un dérèglement plus banalement terrestre (écart de régime, infection, traumatisme réel ou émotif, etc.), nous le reconnaissons bien volontiers, et cela même, bien entendu, pour la grande majorité des cas.

Mais il existe dans la nature des faits comparables à ceux que nous venons d'évoquer, avec des conséquences plus graves, chez l'homme et chez l'animal. Il est curieux de citer à ce propos l'anecdote de l'éleveuse de vers à soie, racontée par Paul Arène dans ses contes et nouvelles de Provence : « Mes vers à soie... Déjà ils grimpaient le long des brindilles ; les plus braves filaient déjà... quand est survenu cet orage. Alors, au premier coup de tonnerre, j'ai vu les pauvres bêtes redescendre et *venir mourir* sur la litière... »

LA CLINIQUE CARDIOLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

■ ■ ■

Ce que pratiquement le médecin doit savoir... du traitement chirurgical de l'angine de poitrine

D'après le Professeur Ch. LAUBRY (1)

« Syndrome douloureux dans son essence et par sa dénomination même, l'angine de poitrine avait naturellement droit d'entrée dans le domaine chirurgical ». On peut se demander cependant si, en poursuivant la douleur avec ténacité, si même en arrivant à la supprimer, on ne va pas à l'encontre d'une réaction naturelle, pénible à la vérité, mais qui arrête le malade sur une pente dangereuse. L'auteur a souvent enregistré de ces avertissements salutaires ; bien plus, il connaît des morts subites provoquées par des efforts inopinés que les douleurs antérieures, momentanément disparues grâce à des interventions chirurgicales, rendaient impossibles.

« Il y a donc un juste milieu à observer entre l'infirmité que donne la douleur, les thérapeutiques qu'elle comporte, et les ménagements bienfaisants, dont elle est responsable. Sans compter qu'il y a, contre elle, d'autres calmants que le bistouri. »

Deux méthodes chirurgicales : l'une contre la carence circulatoire, l'autre contre l'élément douleur, plus spécialement par la voie nerveuse.

LE BISTOURI POUR REMÉDIER A LA CARENCE CIRCULATOIRE

« Pour guider son esprit et sa main, le chirurgien a besoin de certitude. Pour lui, l'angine de poitrine doit nécessairement correspondre à un mécanisme précis et univoque... Il n'a d'yeux et de préoccupation que pour la *circulation coronarienne*, par exemple, cherchant à tout prix à triompher de son insuffisance, soit brutalement et directement en créant des anastomoses avec les circulations de voisinage, soit indirectement en cherchant à modérer le travail du *cœur*, et en rendant moins exigeants les métabolismes périphériques ».

Les *greffes* du myocarde sont une méthode de revascularisation et répondent au désir d'améliorer la circulation coronarienne. Elles supposent des anastomoses cardiaques insuffisantes, et cherchent, pour les coronaires, des voies d'apport supplémentaires. Elles les trouvent dans les anastomoses extracardiaques : soit en greffant sur le cœur deux lambeaux de péricarde (*opération de Beck*), soit en rattachant au muscle cardiaque une portion d'épiploon au travers du diaphragme (*opération de O'Schangnussy*).

Ces deux interventions, d'une mortalité assez élevée pour la première, ne réussissent que dans un nombre de cas assez limité. Or, rien n'est moins prouvé que le fait de voir toutes les angines ressortir à l'insuffisance coronarienne thrombosante. Celle-ci n'intervient même que dans un nombre de cas restreint, lorsque le tracé électrique de l'électro-cardiogramme indique manifestement un infarctus, et même qu'il en marque la localisation. L'omentopexie est plus simple que la greffe de Beck et n'est pas grevée de mortalité, cependant le nombre de cas traités est encore infime pour pouvoir se prononcer sur ses résultats définitifs ; la suffisance de la circulation anastomotique, au bout de quelques mois, reste pour le moins douteuse. N'écartons cependant pas les greffes d'une manière systématique ; mais réservons-nous et attendons.

Quant à la *thyroïdectomie*, elle « repose sur un principe douteux et sur un enchaînement de raisons vraisemblables, séduisantes, mais des plus discutables ». Certes, la diminution du métabolisme basal, qui est la conséquence de l'acte opératoire, entraîne une diminution de l'activité périphérique, et ainsi le travail du cœur s'en trouve soulagé. Mais, il ne faut pas oublier que l'ablation du corps thyroïde entraine des conséquences circulatoires, qui ne sont pas négligeables ; sans compter les risques de l'opération, on signale : la myocardie par insuffisance thyroïdienne, les risques d'un myœdème post-opératoire, etc... Dans ces conditions, n'est-il pas osé de risquer une infirmité pénible pour en éviter une autre, sans compter que, pour la pallier, il faut un traitement qui risque de provoquer à nouveau des crises angineuses ?

(1) *Le Bulletin Médical*, 24 et 31 décembre 1938.

LES INTERVENTIONS NERVEUSES DANS LE BUT PRINCIPAL D'ÉCARTER LA DOULEUR

Elles ont encore des visées plus hautes et se proposent en même temps, aussi bien d'interrompre les réflexes initiateurs de la crise que d'instituer un régime circulatoire favorable, qui en diminue la fréquence. Cependant, s'adressant malgré tout et en même temps à la douleur elle-même, elles risquent davantage le succès.

Danielopolu cherche à supprimer le réflexe presseur. Pour le point de départ de la douleur angineuse est une inadaptation d'un cœur à la fatigue causée, d'une part, par la carence circulatoire et, d'autre part, par l'accumulation des déchets du métabolisme. Mais la crise elle-même est dominée par le réflexe presseur, c'est-à-dire par l'ensemble des phénomènes, qui se répercutent sur l'appareil cardio-vasculaire tout entier, provoquent une vaso-constriction et une élévation de la pression sanguine. Ce sont les toxines de fatigue, qui déterminent par irritation centripète ce réflexe, et qui sont le point de départ du cercle vicieux, dont naît la crise. Ces filets sont disséminés dans tous les éléments de l'innervation extrinsèque du cœur ; cependant il faut ménager les filets centrifuges, qui sont vaso-dilatateurs, et c'est la section des centripètes, qu'on doit envisager.

La technique consiste donc à supprimer le sympathique cervical, à sectionner les rameaux communicants, au niveau des 6e et 7e cervicales et première dorsale, le nerf vertébral et les filets descendants du vague cervical. On épargne le ganglion stellaire. L'opération est choquante ; on la fait d'abord à droite ; si besoin, on la renouvelle à gauche.

Quant à Leriche, il cherche à obtenir chirurgicalement les effets sédatifs que donne la trinitrine. Il enlève le ganglion étoilé, qu'il considère comme un des centres importants, et une des premières étapes du réflexe sensitivo-moteur, qui aboutit à la douleur angineuse. L'opération se fait à gauche sous anesthésie. Elle est simple ; bien réglée, elle n'est pas dangereuse. Des centaines de malades ont été opérés : 26 % de guérisons avec disparition totale des crises ; 15 % de très grosses amélioration, avec persistance de quelques crises, mais retour à la capacité de travail ; 26 % de persistance des crises sans possibilité de travail et stabilisation des crises ; 26 % d'échecs ; 7 % de résultats inconnus.

La ganglionectomie thoracique cherche surtout à supprimer le maximum des voies nerveuses, par où s'irradie la douleur. Il s'agit d'une opération sévère, qui n'a guère eu d'adeptes.

On lui substitue actuellement l'*alcoolisation*. Celle-ci procède des injections para-vertébrales de cocaïne ; elles sont utiles et efficaces. Comme l'action de la novocaïne est assez éphémère, on lui a substitué l'alcool. Cette intervention est d'une technique délicate ; elle demande un long apprentissage. Pour que l'alcoolisation soit efficace, il faut que l'aiguille vienne au contact du nerf intercostal et du rameau communicant correspondant. On évite l'accident assez fréquent qu'est la piqûre de la plèvre en gardant, avec la pointe de l'aiguille, le contact osseux du corps vertébral. Sur 40 observations, J. White accuse 70 % de résultats satisfaisants ; 17 % de favorables ; 9 % d'indifférents et 8 % d'échecs, parmi lesquels deux morts. A ce propos, l'alcoolisation a pu guérir des malades, en ce sens que, dans leur lit, au repos absolu depuis plusieurs semaines, ils n'avaient plus de crises angineuses ; cependant ils se remettaient difficilement d'une pleurésie récidivante post-opératoire. A-t-on le droit de substituer une infirmité chronique à une autre souvent intermittente et plus tolérable.

CE QU'IL FAUT RETENIR, c'est que les succès des chirurgiens ne dépassent pas ceux des méthodes inspirées par l'esprit médical, qui, plus que l'esprit chirurgical, reconnaît les nuances ; éclectique en son essence, il possède la faculté de mieux s'adapter aux contingences des cas particuliers. Dans cet ordre d'idées, les résultats très consciencieux obtenus chez les angineux par les ondes courtes ou par la radiothérapie sont-ils sensiblement différents des résultats chirurgicaux les plus favorables ?

Sans jeter le discrédit sur l'intervention chigicale, on peut admettre qu'elle constitue une ressource, mais une ressource suprême et limitée. Elle reste subordonnée aux échecs enregistrés, aux infirmités parfois réelles et incurables qui en résultent, enfin à l'absence de tout risque opératoire. C'est pourquoi, le Professeur Laubry, quand elle s'impose, quand il a un choix à faire, adopte franchement la méthode de Leriche.

Mais entre l'intervention et le traitement purement médical, voire même physiothérapique, il y a une place pour une autre intervention non sanglante, souvent efficace : les *injections locales de novocaïne* au niveau du ganglion stellaire. Leur technique est aussi simple que celle d'une injection intraveineuse. Il s'agit moins depénétrer dans le ganglion lui-même que d'inonder d'une solution de cocaïne, à un pour cent, la région immédiatement antérieure. Dix minutes après l'opération, l'apparition d'un syndrome de Claude-Bernard Horner avertit de sa réussite. Les suites ne sont jamais fâcheuses ; sédations et accalmies sont nombreuses, les unes transitoires, les autres persistantes, exigeant des injections répétées mais toujours acceptées facilement, et pratiquées sans le moindre inconvénient. Dans certains cas, il y a eu des échecs, mais le bistouri aurait-il été plus heureux ?

G. FISCHER.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Infiltrations de novocaïne et mobilisation active immédiate de fractures para-articulaires

Qu'il s'agisse d'entorse ou de raideurs articulaires post-traumatiques, les résultats obtenus par cette méthode ont été des plus encourageants. En 1936, Leriche et Frœhlich ont même rapporté trois cas de fractures articulaires : deux au niveau du coude, une de la rotule, qu'ils avaient traitées par des infiltrations de novocaïne suivies de mobilisation immédiate. Un succès complet avait couronné leur traitement. Le cas de fracture de la rotule était particulièrement démonstratif car il s'agissait d'un vieillard de 76 ans qui, après deux infiltrations, avait pu se lever, marcher, la consolidation étant obtenue en un mois.

Depuis lors, le Docteur L. LAMBERTA a eu l'occasion d'appliquer ce traitement dans une quinzaine de cas : fractures du col de l'humérus, fractures de doigts, d'orteils, des métacarpiens ou des métatarsiens, fractures du poignet. Dans le cas des métacarpiens et métatarsiens, les plus nombreux d'ailleurs, les déplacements étaient le plus souvent minimes ou nuls. Cependant l'auteur a été frappé par la rapide disparition des troubles physiopathiques (œdème, modification thermique, douleur). Il rapporte les observations de quatre cas de fractures du col de l'humérus et il insiste non seulement sur la rapidité mais encore sur la qualité de la guérison, grâce aux infiltrations de novocaïne. Or, nous connaissons tous les résultats fonctionnels médiocres que donnent les traitements habituels de ces fractures, surtout si l'on a affaire à des sujets âgés.

Il est à remarquer que la méthode ne doit s'appliquer que lorsque les conditions anatomiques et le siège de la fracture n'exigent ni maintien rigoureux d'une réduction difficile, ni suppression de tout effort et de toute pression. (*Liège Médical*, 15 *janvier* 1939).

Traitement médicamenteux de l'obésité

M. R. SALMON démontre que le traitement médicamenteux de l'obésité comporte trois grandes variétés de méthodes, qui sont les cures hydro-minérales, les prescriptions hygiéniques et les thérapeutiques médicamenteuses. Ces dernières, trop souvent négligées sont cependant de première importance.

L'opothérapie thyroïdienne est parfois utile, mais trop souvent dangereuse ; l'opothérapie ovarienne est peu active ; c'est l'opothérapie anté-hypophysaire qui semble la plus utile.

De l'abondant arsenal chimiothérapique, seule la médication dinitrée semble devoir être retenue. Il faut utiliser la dinitrophényl-lysidine, dont la tolérance clinique est en général satisfaisante et la marge de sécurité supérieure à celle de la thyroxine.

Jamais l'auteur n'a eu à déplorer le moindre accident en s'en tenant à la dose classique de 2 mgr. 5 de nitrophénazine, pour 10 kilos de poids corporel, sans jamais dépasser la dose de 25 milligrammes par jour. Dans ces conditions on obtient une action véritablement physiologique de la nitrophénazine, action tout à fait comparable à celle de l'exercice physique.

Le meilleur traitement de l'obésité consiste donc à combiner les différents moyens dont nous disposons : cures hydro-minérales (Brides, Châtel-Guyon, Vichy ou Vittel), régime légèrement réduit, exercice physique modéré et progressif, dinitrophényl-lysidine, à laquelle on associera le lobe antérieur d'hypophyse et l'extrait hépatique (association opo-dinitrée), dans les cas d'obésité où le facteur endocrinien est important.

L'abcès de fixation en thérapeutique dermatologique

Le travail de M. FAVRE, P.-J. MICHEL et G. CHANIAL rapporte quatre cas d'application de cette méthode de « dérivation » à des affections dermatologiques. Chaque fois une évidente amélioration a été obtenue, l'injection d'essence de térébenthine (pour laquelle il n'est pas nécessaire d'avoir obtenu une oxydation très prolongée par le vieillissement), a été faite à la paroi abdominale dont le tissu cellulaire se prête bien au développement que peuvent prendre les collections purulentes. L'abcès n'a été ouvert que le plus tard possible, lorsqu'il était parfaitement collecté. L'évolution et les suites des abcès ont toujours été des plus simples ; la douleur provoquée a été calmée par l'application de pansements humides chauds, qui favorisent d'ailleurs la maturation de la collection.

Les auteurs ont eu recours d'une manière empirique à cette méthode ; il s'agissait de dermatites bulleuses polymorphes ; ils y recourront de nouveau en présence de dermatoses graves, que les médications habituelles n'auront pu modifier, et pour la cure desquelles on cherche à *provoquer, par des procédés thérapeutiques*

divers, des modifications humorales, des réactions générales salutaires. En somme, l'abcès de fixation est un perfectionnement de la méthode séculaire du séton et du cautère. L'expérience et le temps nous fixeront sur la valeur exacte de l'abcès de fixation en thérapeutique dermatologique. (*Paris Médical*, 21 janvier 1939.)

Les modifications de la réflectivité sympathique par l'orthostatisme

MM. J. Euzière, E. Fassio et R. Lafon établissent, en conclusion de leur travail, que l'orthostatisme est un facteur important d'excitabilité du système vago-sympathique. Cette excitation porte de façon prédominante ou unique sur l'un des deux systèmes ou sur les deux à la fois. En somme : excitabilité sympathique, excitabilité vagale, excitabilité vago-sympathique, telles sont les trois modalités de réponses que l'on peut obtenir sous l'influence de l'orthostatisme. Il est intéressant de noter que dans la majorité des cas l'orthostatisme agit sur le sinus carotidien en provoquant des phénomènes réflexes inverses à ceux déclenchés par l'excitation des systèmes sympathique et parasympathique.

Connaissant l'état sympathique du sujet en clinostatisme on ne peut présager du sens des réponses que l'on obtiendra en position debout car nombreux sont les facteurs qui sous l'influence de cette position, modifient l'excitabilité de base des systèmes sympathique et vagal.

Devant un tableau clinique en discordance avec l'état sympathique constaté en clinostatisme, il sera nécessaire d'explorer la réflectivité sympathique en position debout. Des réponses nouvelles donneront alors peut-être l'explication de ces discordances apparentes. (*Montpellier Médical*, novembre 1938.)

Arthrite chronique de la hanche due au colibacille

Les observations d'arthrite chronique de la hanche dues au colibacille, sont assez exceptionnelles ; certaines d'entre elles sont d'ailleurs sujettes à caution. La netteté du cas rapporté par le Docteur J. Graber-Duvernay permet de penser qu'il est ici difficile de nier le rôle du colibacille.

Chez une femme, âgée de 36 ans, au cours d'une pyurie à colibacille, avec fièvre élevée, apparaît une polyarthrite, dont les poussées sont exactement synchrones à celles de la pyurie et succèdent à celles-ci. Sous l'action conjuguée de la thérapeutique causale anticolibacille et du traitement des manifestations articulaires, les poussées infectieuses s'espacent et finissent par disparaître. Pas complètement cependant. La hanche gauche, la dernière articulation touchée, reste très sensible. Contre elle les ressources de la thérapeutique s'épuisent en vain. La radiothérapie, après une amélioration sans lendemain reste finalement sans effet. Par contre, le traitement thermal agit très vite, plus encore par son action de désintoxication que par son influence locale directe sur la hanche malade. Mais, en pleine cure, les urines se troublent de nouveau, contiennent des colibacilles à l'examen direct, et quelques heures plus tard, survient une nouvelle poussée au niveau de la hanche gauche : aucun doute qu'il ne s'agisse encore de la même étiologie que précédemment.

Assez particulier est le caractère des douleurs. Celles-ci sont vives, existent dans le décubitus, sont même parfois exacerbées la nuit et empêchent alors le sommeil. L'affection a évolué par poussées paroxystiques très rapprochées, les intervalles ne dépassant guère une semaine. Ces constatations cliniques rappellent étrangement ce qu'on observe dans les arthrites chroniques de la hanche d'origine gonococcique. Là, comme ici, l'acuité des douleurs traduit, entre autres, l'existence d'un processus de décalcification. Effectivement, la radiographie révèle dans les deux cas une ostéoporose très importante intéressant col, tête et cotyle.

Que l'arthrite déformante soit due au gonocoque ou au colibacille, la thérapeutique doit tendre vers un double but : 1° stériliser le foyer d'infection ; 2° s'efforcer de réparer les désordres anatomiques. Pour cela il faut un régime approprié et une saine hygiène ; enfin on doit lutter contre le processus de décalcification par des séries répétées de gluconate de calcium par voie endoveineuse. Ce dernier traitement a permis, au bout de trois mois de diminuer considérablement les douleurs chez la malade traitée par l'auteur. (*Lyon Médical*, 18 décembre 1938.)

Expérience clinique des diverses anesthésies

Le Docteur Christophe expose son expérience qui porte sur 12.000 cas, et, après une étude critique de tous les modes d'anesthésie, il estime tout d'abord qu'il ne faut pas donner de chloroforme, et ne faire qu'exceptionnellement la rachianesthésie. Si l'éther reste le grand anesthésique, il est en train de perdre sa prééminence en faveur de l'évipan. On emploie beaucoup moins le protoxyde d'azote, l'éthylène ou le cyclopropane depuis l'avènement des anesthésiques intraveineux. Cependant, le protoxyde d'azote administré sous pression intratrachéale constitue une des nécessités primordiales de la chirurgie endo-thoracique. (*Liége-Médical*, 11 et 18 décembre 1938.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La sérothérapie anti-colibacillaire, complément de l'intervention chirurgicale dans les appendicites graves ou compliquées

(M. H. VINCENT ; 17-1-1939)

L'intervention chirurgicale précoce est et reste l'axiome du traitement de l'appendicite aiguë. M. Vincent ajoute que, dans les formes malignes ou compliquées, après l'opération, la sérothérapie anti-colibacillaire, seule ou associée à la sérothérapie anti-gangréneuse et parfois anti-streptococcique, apporte au chirurgien un complément de sécurité plus grande, et au malade une protection très efficace contre la toxi-infection microbienne.

Certaines races coli-bacillaires interviennent dans les formes toxiques de l'appendicite, dans les appendicites avec épanchements péritonéaux troubles ou purulents, dans les appendicites graves ou compliquées en un mot. Beaucoup plus rarement et en proportion notablement moindre, on isole, en pareil cas, outre l'entérocoque, des micro-organismes anaérobies.

L'aptitude du B. *coli* à acquérir rapidement une forte virulence est remarquable. Un grand nombre de coli-bacilles qui parasitent le tube digestif de l'homme ont un pouvoir pathogène minime, mais ce pouvoir peut s'exalter assez rapidement. En présence d'un malade atteint d'appendicite compliquée de péritonite, il convient de considérer le colibacille comme le facteur infectieux essentiel, celui dont on doit avant tout se préoccuper. De nombreux chirurgiens ont, en conséquence, fait usage dans les appendicites graves soit du sérum anti-colibacillaire seul, soit de ce dernier avec adjonction de sérum anti-gangréneux multivalent.

M. Vincent rappelle les nombreuses statistiques favorables à la sérothérapie anticoli ou mixte chez les appendiculaires dont l'état reste grave après l'opération, souvent après opération trop tardive. Cette sérothérapie est d'ailleurs de pratique courante et pour ainsi dire habituelle en pareil cas.

Appliquée actuellement par un grand nombre de chirurgiens, la sérothérapie doit être poursuivie aussi longtemps que l'opéré est en danger. Dans les formes sérieuses ou malignes de l'appendicite, dans ses formes toxiques ou septicémiques, on injectera d'emblée 50 c. c., 60 c. c., 80 ou même 100 c. c. de sérum anti-colibacillaire. On diminue les doses à mesure que les symptômes régressent.

L'abdomen ouvert, *un aide* prélève quelques gouttes de sérosité péritonéale ou de pus en un point éloigné de l'appendice. Suivant la réponse du laboratoire, on poursuivra les injections de sérum anti-coli seul, ou on lui associera le sérum anti-gangréneux polyvalent, parfois le sérum anti-streptococcique.

— M. WEINBERG souhaiterait que les nombreux chirurgiens qui emploient à titre complémentaire la sérothérapie chez leurs opérés d'appendicite aiguë fassent connaître les sérums, les doses employés et les résultats obtenus. En France, les publications sur cette question sont peu nombreuses, la sérothérapie étant assez généralement considérée comme un adjuvant non discuté, un fait acquis, dans la thérapeutique de l'appendicite aiguë.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Estomacs biloculaires congénitaux

(M. OKINCZYC ; 11-1-1939)

La biloculation gastrique est, d'une façon générale, une malformation acquise, habituellement consécutive à un ulcus. L'étiologie congénitale, que l'on discutait encore il y a trente ans, pour la rejeter d'ailleurs, n'est plus guère invoquée de nos jours. Doit-on affirmer qu'elle n'existe pas ? M. Okinczyc ne le croit pas et, parmi les cas de biloculation qu'il a observés, il en a rattaché deux à une origine congénitale.

Au point de vue thérapeutique, ou bien la biloculation congénitale ne donne lieu à aucun trouble et reste ignorée, ou bien le malade souffre et sa découverte radiologique a la même conclusion chirurgicale que celle des estomacs biloculaires acquis..

Embolies pulmonaires réelles et supposées

(MM. P. AMEUILLE, J. FAUVET et A. MONSAINGEON 30-11-1938)

M. Ameuille et ses collaborateurs ont pratiqué l'autopsie de huit sujets morts subitement ou rapidement dans des circonstances où l'on pouvait s'attendre à une embolie pulmonaire. L'étude anatomopathologique du poumon a été faite par une méthode précise : l'injection cadavérique des artères pulmonaires. Or, sur ces huit cas, quatre fois on a trouvé une embolie visible et quatre fois on n'a pu déceler aucune embolie directement démontrable. D'autre part, ayant observé quatre sujets atteints de phlegmatia alba dolens et morts sans avoir présenté de symptôme d'embolie, les auteurs ont trouvé à l'autopsie deux fois des embolies anciennes et organisées (embolies latentes).

Au point de vue pratique, l'incertitude du diagnostic que ces faits établissent permet de conclure qu'il est un peu hasardeux de se lancer, au moment dramatique où paraît s'imposer le diagnostic d'embolie pulmonaire, dans une tentative de recherche et d'extirpation chirurgicale du caillot. P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Intolérance arsenicale, puis intolérance sérique mortelle chez un prématuré

(MM. J. CATHALA, P. MARTROU et L. GRAS ; 4-11-1938)

Ce fait clinique est assez troublant, car il donne à penser que les interventions prophylactiques les plus courantes peuvent avoir des conséquences funestes.

Un prématuré débile est soumis à un traitement arsénical, parce que la syphilis peut être en cause. Il présente des phénomènes d'intolérance quarante-huit heures après une injection de sulfarsénol. Ceux-ci néanmoins sont traversés heureusement. Quelques jours plus tard, reconnu porteur de bacilles diphtériques, il reçoit 5.000 unités de sérum anti-diphtérique et succombe au cours d'accidents sériques. Ceux-ci ont été les suivants : troubles gastro-intestinaux à début brutal, contemporains d'un exanthème de la face, collapsus précoce, coïncidence d'une injection de sérum. Tout cela appartient au cadre des grands accidents de l'intolérance sérique. Tout au plus pourrait-on penser à un exanthème morbilleux, mais l'enfant n'a été en contact avec aucun rougeoleux.

Ce drame s'explique par d'autres considérations : puisqu'il s'agit d'un prématuré débile, on peut penser que sa résistance viscérale a été précaire, et peut-être à réponses vago-sympathiques anormales. Il a été soumis dès sa naissance à un traitement arsenical continu, qu'il ne supportait plus, puisque précisément sont survenus des accidents d'intolérance à la médication. Il n'est pas aventureux de penser que, bien que n'ayant jamais reçu aucune injection sérique, cet organisme ne se trouvait pas à l'égard d'une albumine hétérogène en injection parentérale dans les conditions de résistance habituelle. De fait, les auteurs ayant éprouvé quelque appréhension avaient fait un Besredka avant d'injecter la dose totale.

Certes, nous ne pourrons que continuer à faire des traitements arsenicaux aux bébés syphilitiques, et des injections de sérum aux petits diphtériques. Mais ces gestes ne sont pas absolument anodins, comme on pourrait être tenté de le croire.

Mais qu'une intoxication arsénicale préalable soit de nature à modifier les conditions habituelles de la sensibilisation aux albumines hétérogènes, et les caractères des accidents sériques, voilà qui, du point de vue théorique, ne paraît pas sans intérêt.

G. F.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(4-11-1938)

Action freinatrice de l'hormone œstrogène sur l'hypophyse antérieure

M. le Professeur BERNARD, après s'être occupé de l'action excitatrice de l'hormone folliculaire, s'est consacré ces dernières années, aux effets inhibiteurs de cette hormone. Partant de l'observation clinique d'où il résulte que les hautes doses de folliculine peuvent suspendre ou retarder le cycle menstruel et des constatations opératoires montrant la dégénérescence du corps jaune provoquée par l'absorption de fortes doses de cette hormone, des expériences sur l'animal ont amené l'auteur à constater que ces effets résultent de l'inhibition de la fonction gonadotropique de l'hypophyse antérieure. Subsidiairement, l'auteur a constaté sur des coqs et des rats, l'arrêt de développement des caractères sexuels secondaires et aussi de la croissance. Il y a donc inhibition de l'hormone somatrophique aussi. Cliniquement, on n'a pas constaté la formation de tumeurs malignes même après administration prolongée de hautes doses. Par contre, l'auteur a vu des modifications de la muqueuse utérine et du col de l'utérus allant jusqu'à l'érosion.

Etude du terrain en endocrinologie

Mlle Hélène VACHER rapporte une observation montrant le rôle du terrain en endocrinologie. Il s'agit d'une fillette dont les antécédents syphilitiques sont prouvés, qui, à 12 ans, ne parle pas, ne marche pas, mesure 0m. 98 et pèse 17 kilos. Après seize mois de traitement, par des extraits thyroïdiens à doses progressives, puis d'hypophyse totale et de thymus, les résultats sont les suivants : l'enfant a grandi de 14 centimètres et demi, grossi de 3 kgr. 150 ; elle marche seule et parle comme une enfant de 8 ans.

Les cachexies endocriniennes

M. L. DE GENNES montre qu'à côté de la cachexie hypophysaire qui peut être rattachée à une lésion presque constante du lobe antérieur de l'hypophyse, il existe un certain nombre de cas dont le tableau clinique est analogue, mais où l'on ne trouve aucune lésion de la pituitaire. L'auteur rapporte plusieurs observations anatomo-cliniques dans lesquelles on a pu identifier des lésions importantes des ovaires, du corps thyroïde et de la cortico-surrénale, en même temps qu'une hypertrophie des îlots de Langerhans, contrastant avec l'intégrité de l'hypophyse. Il insiste sur la fréquence de ces cachexies glandulaires dont le diagnostic avec l'anorexie mentale est fort difficile et ne peut être établi le plus souvent que par l'épreuve thérapeutique.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 18 novembre 1938

Occlusion intestinale par péritonite encapsulante. Opération. Résection de la membrane. Guérison

M. BARBET fait un rapport sur un travail de M. THIBOUMERY (de Saint-Malo). Occlusion aiguë du grêle, chez un homme de 26 ans ayant déjà eu une ébauche d'accidents du même genre. Sans diagnostic

préalable précis, l'intervention montre la membrane caractéristique de la péritonite encapsulante bridant la partie tout initiale du grêle. Exérèse patiente de la membrane et de ses prolongements cloisonnants. Guérison simple. L'examen histologique ne montre pas trace de lésions tuberculeuses.

De la conduite à tenir en présence d'une grossesse survenue neuf mois après l'ablation d'un ovaire néoplasique (Epithélioma Wolfien)

M. Gouguet de Girac. — A l'occasion d'un cas de grossesse (actuellement de trois mois passés) survenue chez une jeune femme quelques mois après l'ablation d'un ovaire atteint d'épithélioma wolfien la question se pose de la conduite à tenir : laisser évoluer la grossesse ou l'interrompre malgré qu'elle soit bien supportée jusqu'à présent, compte tenu de ce que la femme a déjà un enfant actuellement âgé de 21 mois. En raison de l'extrême gravité du pronostic de l'épithélioma wolfien qui ne permet guère une survie au-delà de 30 à 36 mois, le plus long délai connu n'atteignant pas 5 ans ; en raison de ce que la grossesse s'accompagne de l'hypersécrétion, d'une substance avérée cancérigène ; en raison des fatigues que la grossesse, les couches, les soins au nouveau-né imposent à la femme, alors que les chocs physiques sont réputés aggraver tout état cancéreux, il apparaît que laisser évoluer la grossesse entraîne le risque d'accélérer la récidive du cancer. Donc : interruption. Avortement ou hystérectomie ? Hystérectomie qui a le double avantage de supprimer la sécrétion de la folliculine et d'interdire toute nouvelle grossesse.

Un cas de typhlite avec appendicite.

M. Bovier. — L'auteur apporte un cas de typhlite accompagnant une appendicite, le tout évoluant en 15 jours et d'une façon tellement torpide que la malade ne s'est jamais alitée. Pensant à une tuberculose cæcale, même pièce en main, l'auteur a pratiqué une résection du cæcum qu'il juge injustifiée puisque le laboratoire n'a pu constater que des lésions d'inflammation banale. L'auteur pense que cette évolution normale doit être rapprochée d'un syndrome de Raynaud que présente la malade depuis trois ans, les conditions circulatoires devant être troublées dans tout l'organisme. Il suggère que ces conditions circulatoires défectueuses pourraient expliquer les accidents emboliques et les gangrènes progressives de la peau.

Maladie de Lobstein

M. Haller présente un malade atteint de syndrome de Lobstein qui a eu une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus traitée par la méthode de Leriche. Le résultat obtenu est parfait et l'épaule a retrouvé sa physiologie normale.

Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres

Séance du 3 novembre 1938

Etude radiologique de l'évolution de cancers de l'épiglotte

M. Nemours-Auguste étudie deux cas de volumineuses tumeurs bourgeonnantes du repli aryépiglottique, envahissant les parois latérales du pharynx, le sinus piriforme, l'épiglotte, obstruant le vestibule, pour bien montrer l'importance de l'examen radiologique comme complément de l'examen direct, lorsque la masse tumorale cache à la vue l'étendue des lésions en profondeur. Les radiographies stéréoscopiques sont surtout à conseiller. Même dans les cas avancés, la fonte peut aller jusqu'à l'aspect normal, mais ici, la récidive est presque de règle.

Il faut déplorer que les malades soient adressés au spécialiste pour diagnostic, le plus souvent bien trop tard et recommander la plus grande circonspection devant un enrouement, une dysphagie, une otalgie accompagnée ou non de ganglions sous-maxillaires ou cervicaux.

Ce que la clinique peut et doit demander à l'électrocardiographie

M. J. Yacoel étudie dans une revue d'ensemble les progrès insoupçonnés que cette toute récente méthode d'investigation a permis de réaliser dans tous les domaines de la physiopathologie du cœur. Il signale :

Que dans les lésions valvulaires bien compensées, les graphiques électriques n'ont qu'un intérêt secondaire, sauf dans le rétrécissement mitral où la courbe est souvent très caractéristique.

Que parmi les malformations congénitales, seule la dextrocardie avec l'hétérotaxie (inversion des cavités cardiaques) donne une courbe pathognomonique dite « courbe en miroir ».

Que dans toutes les variétés d'arythmies si fréquentes dans les lésions valvulaires décompensées, cette méthode déjà si riche en enseignements sur les troubles les plus subtils du rythme du cœur se trouve être aussi un guide précieux en ce qui concerne les indications thérapeutiques.

Que ces courbes fournissent, par ailleurs, des renseignements très suggestifs, non seulement dans l'insuffisance cardiaque grave et avérée, mais aussi dans tous les états de méiopragie cardiaque fruste pouvant encore échapper à un simple examen clinique.

Que dans les lésions coronariennes et dans l'infarctus du myocarde en particulier, les courbes sont d'un secours incomparable, tant au point de vue diagnostic que pronostic, grâce à l'aspect si particulier des perturbations électrocardiographiques qui les caractérisent.

Que les courbes électriques en permettant d'observer et de suivre pas à pas l'action pharmaco-

dynamique des divers médicaments cardiaques et d'en déduire leurs indications ou contre-indications se trouvent être aussi un guide précieux pour orienter la thérapeutique et déterminer dans chaque cas particulier les traitements les plus adéquats.

Diagnostic précoce de la grossesse par la réaction pupillaire de Berkovitz : Une cause possible d'erreur

M. L. Pouliot. De juin 1933 à janvier 1937, 51 réactions pupillaires positives n'ont comporté aucune erreur. Mais, du 22 janvier 1937 au 12 juin 1937, 10 réactions positives ont donné 6 erreurs.

Fortement déçu l'auteur est resté un an sans employer ce procédé de diagnostic. Du 15 juin 1938 au 10 septembre, il a repris ses expériences et sur 7 réactions positives, il n'a pas eu une seule erreur.

Dans les deux séries favorables, la solution de citrate de soude additionnée au sang de la gestante présumée provenait soit de la Pharmacie centrale des hôpitaux, soit d'un même laboratoire privé.

Dans la série défavorable, les ampoules de citrate de soude provenaient d'un autre laboratoire.

Il y a tout lieu de penser que la réaction pupillaire de Berkovitz peut être faussée par les impuretés du citrate de soude.

Crises vésicales à répétition avec pyurie et colibacillurie sans colibacillose. Autosérothérapie dirigée

M. H. Pretet rapporte le cas d'une jeune femme de 30 ans, sensibilisée de longue date (urticaire, coryza spasmodique) qui présente depuis plusieurs années de violentes crises vésicales à caractère spasmodique avec « leucocyturie » massive et colibacillurie sans pollakiurie.

D'abord freinée par deux cures à Châtel-Guyon, elles reparaissent après une troisième cure et se répètent sur un rythme accéléré. Débutant le plus souvent dans la quatrième semaine du cycle ovarien, ces crises paraissent liées à un syndrome hyperfolliculinémique.

Les observations faites au cours de crises prolongées concernant l'action variable de l'autosérothérapie confirment l'opinion de Ferrier sur cette méthode.

L'autosérothérapie « dirigée », le sang étant prélevé à un moment déterminé du cycle ovarien, est alors instituée à titre curatif d'abord, puis à titre préventif. L'effet est immédiat. Le traitement est suspendu après cinq mois, au moment où une modification complète des empreintes plantaires est constatée. L'état de guérison se maintient depuis 11 mois.

Toulouse

Société de médecine

Les insulines à absorption ralentie

M. Darnaud. L'insuline dont on a disposé jusqu'ici agit de façon trop brutale et trop brève. Il s'en suit que chez les diabétiques les mieux traités, la glycémie présente de fortes variations durant le nycthémètre et que la maladie est très mal neutralisée la nuit. Même en fractionnant les doses et en multipliant les injections on ne supprime pas ces inconvénients. L'auteur montre les avantages des insulines à absorption ralentie, qui permettent de restreindre le nombre des injections et d'assurer une meilleure stabilisation de la glycémie.

Ostéite fibro-kystique du maxillaire

M. Castay. Soldat sénégalais présentant un épaississement très marqué du maxillaire inférieur gauche, dureté homogène, indolence complète, remonte à 2 ans. La radiographie révèle un aspect soufflé des deux branches montantes avec modification de la structure osseuse : nombreuses vacuoles claires, aspect polykystique diffus, conservation parfaite de la corticale osseuse.

Le diagnostic d'ostéite fibro-kystique localisée fut porté : comme le sujet présente un Wassermann positif et des tibias en fourreau de sabre, la question se pose s'il n'y a pas une relation entre cette affection et la syphilis.

Niche de la petite courbure de l'estomac

M. Castay présente un cliché radiographique montrant une volumineuse niche de la petite courbure chez un sujet âgé de 59 ans en état de cachexie. Etant donné l'âge du malade, sa cachexie, le volume de la niche, dont les contours sont flous, il est permis de penser qu'il s'agit sans doute d'une niche néoplasique comme le Docteur Guttmann en a relaté des cas.

Le rôle de la phlébite dans l'éviscération post-opératoire spontanée

M. Duguing retient la mauvaise qualité de la cicatrisation et la distension abdominale parmi les différents facteurs qui entrent en jeu pour expliquer l'éviscération post-opératoire spontanée précoce. Ces deux facteurs seraient sous la dépendance d'accidents de phlébite, qui déterminerait la mauvaise cicatrisation permettant la désunion de la plaie et qui entraînerait la distension intestinale causant l'extériorisation des anses.

Les Thèses

P. — Dr P. Valleins. — **Contribution à l'étude du saturnisme hydrique.** (Thèse 1938.)

Le saturnisme hydrique est dû à l'ingestion quotidienne d'eau d'alimentation qui s'est chargée de plomb dans les tuyaux de distribution.

Le plus souvent, il s'agit d'accidents atypiques : affaiblissement général de l'organisme, anémie, phénomènes parétiques, crises douloureuses abdominales.

Les facteurs qui favorisent l'attaque du plomb des canalisations par l'eau sont les suivants : le faible degré de minéralisation et la pauvreté en chaux de l'eau ; la présence de nitrates et de chlorures ; la longue durée du contact avec les canalisations.

Il semble que le meilleur moyen d'éviter ces accidents est de minéraliser l'eau par adjonction de chaux et élévation de son pH.

Pour Pellé et Arthus, cette méthode met à l'abri de toute attaque des tuyaux de plomb par l'eau.

P. — Dr P. Isidor. — **Essai d'étude morphologique de certaines formes d'interaction utéro-placentaire** (Thèse 1938.)

Dans son travail inaugural, fait au laboratoire d'anatomie pathologique du Professeur Leroux l'auteur étudie les modifications des fibres musculaires au cours des rétentions cotylédonnaires, des rétentions môlaires et des chorio-épithéliomes. Sont envisagés : l'histo-physiologie de la fibre musculaire lisse, les rétentions môlaires et cotylédonnaires, les chorio-épithéliomes, les léiomyosarcomes.

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement de l'asthme et de ses équivalents par le Pressyl

Par M. Jean Jugand

Ancien interne des hôpitaux

Les préparations à base d'adrénaline et surtout d'éphédrine ont rendu aux asthmatiques les bons services que l'on sait.

La pressédrine a, comme ces deux excitants du système nerveux sympathique, une action nette sur les spasmes bronchiques. Mais la pressédrine présente des avantages énormes sur l'adrénaline et l'éphédrine :

Sur l'adrénaline : elle est beaucoup plus maniable et agit par toutes les voies d'introduction.

Sur l'éphédrine : elle est beaucoup moins toxique et agit beaucoup plus longtemps.

Dans le pressyl l'action sympathomimétique est renforcée par celle de la camphramine sur les centres bulbaires et sur les phénomènes cardio-pulmonaires si fréquents au cours des crises d'asthme.

L'intérêt des observations qui suivent est de montrer, en plus de l'excellent effet de l'association camphramine-pressédrine, dans la dyspnée paroxystique, les avantages de son emploi chez les asthmatiques hypotendus, cardiaques et emphysémateux.

I. — L'asthme pur

Dans les crises de moyenne et faible intensité, le pressyl, par voie buccale, est suffisamment efficace pour calmer la dyspnée. L'effet sédatif a même été obtenu dans quelques-uns des cas suivants avec les faibles doses de 2 à 3 comprimés par jour alors que la posologie peut, sans inconvénient, être élevée à 6 et même 8 comprimés dans les vingt-quatre heures. On ne note pas de tremblement ni de palpitations.

Mr. F..., asthmatique, a des crises fréquentes très violentes. Alors que ce malade se trouve en proie à un accès de moyenne intensité, il prend un comprimé de pressyl ; 15 à 20 minutes après, la dyspnée est déjà très atténuée ; une demi-heure après, elle a disparu. Le soir même, après le repas, une nouvelle crise de moyenne intensité survient ; avec un nouveau comprimé de pressyl, le malade en est débarrassé en 20 minutes et peut passer une bonne nuit.

Mr C..., asthmatique, ayant de nombreuses petites crises journalières qu'il calme par l'emploi de divers médicaments, constate que le pressyl lui procure le même soulagement sans provoquer de palpitations ni de tremblement.

Mme M... Cette malade, atteinte d'un asthme sévère

a de fréquentes crises au cours de la journée, surtout, à l'occasion d'un effort. Quand elle prend un comprimé de pressyl au début d'un accès, celui-ci avorte. Elle préfère le pressyl aux médicaments qu'elle a utilisés auparavant, parce qu'il lui paraît plus efficace et parce qu'il ne lui procure aucun trouble. Elle prend couramment deux ou trois comprimés par jour.

II. — L'asthme chez les hypotendus

Dans tous les cas où la pression artérielle et où le malade ressent quelques malaises cardiaques : gêne précordiale, légère angoisse, palpitations à l'effort, etc., l'effet eupnéique du pressyl se double d'un effet sédatif de ces troubles.

Mr R... Ce malade est atteint d'un asthme sévère qui se manifeste par plusieurs crises violentes au cours de vingt-quatre heures. En même temps que ses crises, il éprouve une gêne précordiale. Sa pression à l'appareil de Vaquez est particulièrement basse : 95-80.

Il prend 2 puis 3 comprimés de pressyl par vingt-quatre heures. Le deuxième jour, la pression est remontée à 105-80, le quatrième jour, elle est à 130-90. Les crises d'asthme se produisent encore, mais elles sont très atténuées et ne s'accompagnent plus de douleurs précordiales. En outre, l'état général est bien meilleur ; le malade se trouve tonifié. Malgré l'arrêt du pressyl, la pression reste à 120-90.

M. F... Asthme anaphylactique. Crises fréquentes causées par la farine. Pression au Vaquez : 95-75. La prise de pressyl au moment des accès les calme instantanément. La pression artérielle remonte à 107-70.

III. — Les crises d'asthme pur ou compliqué d'insuffisance cardiaque

Dans les crises rebelles ou subintrantes c'est évidemment l'injection sous-cutanée qui peut seule donner la sédation recherchée. Dans le but d'agir plus rapidement, une partie de l'ampoule peut être injectée par voie intraveineuse ; le reste injecté par voie sous-cutanée, permet de prolonger la durée de l'effet.

Mme P..., 36 ans, est asthmatique depuis dix ans. Il s'agit d'un asthme bronchique avec sclérose et emphysème pulmonaire.

En décembre 1936, l'état de Mme P... s'aggrave : crises subintrantes, myocardite, tachycardie à 140, hypotension (9-6), insomnie, anorexie complète. La malade a maigri et est continuellement assise sur son lit avec, à proximité de sa main, son nécessaire à injections et la poudre à brûler.

Au début de janvier, nouvelle aggravation. Le cœur réagit mal à la digitaline, l'oligurie s'installe, avec, dans les urines, des traces d'albumine. Il n'y a pas d'œdèmes périphériques, les lèvres sont cyanosées.

La famille est informée du pronostic sévère. Pour combattre l'hypotension et agir sur la dyspnée asthmatique, une ampoule de pressyl est injectée. Cette thérapeutique est renouvelée le soir.

Pendant la nuit, la malade dort deux heures, ne se fait pas d'autres piqûres et ne brûle qu'une fois de la poudre. Le lendemain, les injections sont renouvelées à raison de deux par vingt-quatre heures et ce même traitement est continué pendant huit jours.

Peu à peu l'amélioration s'installe : au quatrième jour, la tension est à 12-8, le cœur a repris son régime normal à 73 pulsations par minute, les crises d'asthme se sont espacées de plus en plus sans autre traitement que le pressyl et quelques fumigations de datura, belladone jusquiame.

Au dernier jour du traitement, la malade s'est levé, de 10 à 18 heures. Sa pression artérielle est à 13-9.

Mr G..., 38 ans, plombier, est examiné par nous le 14 janvier 1937. En décembre 1936, il eut pour la première fois, pendant la nuit, une crise de dyspnée violente qui céda à une injection d'adrénaline pratiquée par l'un de nos confrères appelé d'urgence. Il eut ensuite une ébauche de crise qui avorta à la suite d'une ingestion de comprimés d'éphédrine. L'examen complet ne montre rien de particulier.

Le 17 janvier, au soir, Mr G... est pris brusquement d'une dyspnée intense. Les expirations sont courtes, sifflantes, les inspirations sont bruyantes et longues. Les mouvements respiratoires sont peu accélérés. A l'auscultation, on entend de nombreux râles sibilants et ronflants.

On injecte, par voie intramusculaire, une ampoule de pressyl : la sédation de la dyspnée est obtenue en une dizaine de minutes. Le malade revu le lendemain a passé une nuit calme.

Une nouvelle crise le surlendemain nécessite l'injection de deux ampoules de pressyl qui amène une sédation complète.

Le malade quitte l'hôpital quatre jours plus tard n'ayant pas eu de nouvelle crise.

IV. — Les crises asthmatiformes des cardio-pulmonaires

La clinique rencontre fréquemment des sujets âgés qui présentent, avec de la dyspnée asthmatiforme, un certain nombre d'autres manifestations pathologiques plus ou moins complexes et imbriquées ; ce sont des malades chez qui s'associent de légères défaillances cardiaques et des accidents pulmonaires chroniques : bronchite, emphysème, sclérose pulmonaire.

Le pressyl répond à tous les besoins de la thérapeutique de ces malades puisqu'il agit directement sur le spasme bronchique par la pressédrine et qu'il excite les centres respiratoires et remonte le cœur par la camphramine.

Mr M..., 66 ans, examiné le 12 décembre 1936, est depuis vingt ans, sujet aux bronchites tous les hivers.

Depuis trois ans, d'autres troubles sont survenus. Une dyspnée d'abord peu accentuée est devenue par la suite permanente, avec des paroxysmes qui ont pris l'allure de crises d'asthme. C'est à l'occasion d'un de ces paroxysmes que Mr M... a été récemment hospitalisé.

Lors de notre examen, Mr M... va mieux : sa dyspnée est faible mais s'exagère à l'effort. Il y a de l'emphysème pulmonaire. Le pouls est normal. Les bruits du cœur sont un peu sourds. La tension artérielle est à 10-7.

Quelques jours après, à l'occasion d'une poussée de bronchite, avec température à 39°, la dyspnée prend exactement le type d'une crise d'asthme. Le pouls est rapide et petit. Nous injectons une ampoule de pressyl. La dyspnée revient alors à son intensité habituelle, le pouls se ralentit. Le soir, nouveau paroxysme dyspnéique et nouvelle injection de pressyl qui agit aussi heureusement que la première.

Le lendemain, le malade reste dyspnéique. La tension artérielle est à 11-7. Le traitement est continué pendant sept jours, date à laquelle sa poussée aiguë de bronchite étant terminée, le malade n'a pas présenté d'autres crises.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

● ● ●

RÉALITÉS HOSPITALIÈRES

Nos yeux commencent à s'ouvrir sur les réalités effarantes de l'« hôpital toutes classes » et après les aperçus que j'ai donnés sur le rôle actuel de l'Assistance publique de Paris, je voudrais tourner mes regards vers la banlieue, où depuis dix ans, nous avons vu s'épanouir une floraison d'hôpitaux modernes et coûteux, en général fort bien équipés, destinés à recevoir riches et pauvres.

Naïvement nous pouvions croire que dans ces organisations le système coopératif allait fonctionner et qu'en somme les malades riches ou aisés de la banlieue, heureux d'être soignés ou opérés sans aller à Paris, aideraient par leur contribution à soulager les budgets et à apporter aux pauvres plus de bien-être. L'économie qu'on réalise est la seule raison justifiant un « hôpital toutes classes » dont les services généraux peuvent s'adapter à toutes les catégories d'hospitalisés sans entraîner de dépenses importantes, au contraire.

Une étude récente publiée dans le numéro de janvier 1939, du *Bulletin syndical de Seine-et-Oise*, par les Docteurs Marc Breton et Robert Hollier sur ce qui se passe en Seine-et-Oise, nous fait entrevoir tout autrement la question. Elle nous a paru mériter d'être exposée dans ses détails, à tous nos lecteurs.

Les budgets hospitaliers de la banlieue se sont enflés et ont monté dans des proportions telles que le prix de remboursement de la journée de chirurgie dans l'un de ces hôpitaux, atteint 85 fr. 40, bien que ce ne soit là qu'un *prix fictif*, très différent du *prix de revient journalier réel* qui est encore plus élevé.

Quand on réalise qu'actuellement beaucoup de cliniques privées, accablées de charges, peuvent faire des prix analogues et quelquefois inférieurs, on se demande où nous conduit la politique hospitalière actuelle qui affame le Corps médical, sans faciliter pour cela le séjour à l'hôpital des économiquement faibles. D'ailleurs toutes les collectivités se plaignent de ces tarifs excessifs et on est en droit de se demander si les principes directeurs qui ont présidé à l'équipement sanitaire de la banlieue étaient bien établis et si les municipalités ne se sont pas lancées, fautes d'études sérieuses, dans des aventures dont l'issue était facile à prévoir, Loin d'être adaptés pour un rendement effectif, les hôpitaux de la banlieue ont trop de lits. Bien que les malades de médecine et de chirurgie ne viennent pas aussi nombreux qu'on l'avait pensé, on continue à bâtir les hôpitaux projetés et à agrandir ceux qui existent ; les Commissions administratives pour essayer d'équilibrer leur budget, pour utiliser leurs locaux, pour masquer l'inopportunité de leurs établissements gardent inutilement les malades, bien au delà du temps nécessaire à leur guérison, imposant ainsi des dépenses superflues aux collectivités, qu'il s'agisse de départements, de communes, de Caisses d'Assurances sociales, ou de Compagnies d'assurances.

Continuant leur étude, nos confrères Breton et Hollier nous montrent que *les prix de journée établis sont faux*, que les écarts entre les prix payés dans le service de médecine, dans le service de chirurgie, ou à l'hospice ne correspondent pas aux grosses différences qui existent entre les dépenses entraînées par chacune de ces catégories d'hospitalisés.

Si l'hébergé coûte peu, parce qu'il suffit de lui donner à coucher et à manger le malade de chirurgie coûte cher, sa journée revient de 125 à 150 francs et c'est pour étaler la dépense, qu'on garde longtemps en chirurgie des malades dont la place n'est pas à l'hôpital et qu'on grève les remboursements des tiers payants de journées inutiles.

Envisageant ensuite les diverses catégories de malades soignés dans les services de chirurgie, les constatations sont instructives.

L'accidenté du travail paie un tiers de plus que le malade de l'Assistance médicale gratuite,

c'est-à-dire que pour un hôpital dont le prix est de 74 francs, l'accidenté du travail paiera 99 francs.

Si ce blessé reste huit jours, *l'hôpital perdra* chaque jour la différence entre le prix de revient réel que nous avons fixé entre 125 et 150 francs et le prix de journée demandé 99 francs, ce qui fera de 250 à 400 francs. Mais si son séjour se prolonge, qu'il n'ait plus besoin de soins, s'il devient un hébergé *l'hôpital gagnera* la différence entre 99 francs et ce qu'il coûte réellement.

Nos confrères rapportent à ce propos l'histoire édifiante de deux accidentés le même jour, ayant des lésions analogues, traités par le même opérateur, dont l'un soigné en clinique est resté 63 jours, est parti guéri et a coûté 3.500 francs, alors que l'autre, hospitalisé sept mois et demie, a coûté 16.000 francs payés par sa Compagnie à l'hôpital.

Les malades payants admis dans les hôpitaux sont pour la plupart des commerçants, des fonctionnaires aisés, des cultivateurs au cheptel nombreux ; ils y entrent librement puisqu'ils paient le prix de journée.

Mais payant, ils cherchent à raccourcir au maximum la durée de leur séjour et il en résulte chaque fois pour l'hôpital une perte sèche de 500 à 600 francs. Ainsi c'est *aux riches* que l'hôpital fait la charité, c'est pour les riches que les budgets sont mis en déficit.

Les assurés sociaux sont pour Breton et Hollier la cause principale du déficit hospitalier car si sur les 125 francs prix réel d'une journée chirurgicale le malade paie 46 francs, les Assurances sociales ne donnent que 28 francs et l'hôpital garde à sa charge plus de 50 francs.

Les assurés sociaux, comme les payants prolongent rarement leur séjour, et ainsi ce sont les communes qui subissent la charge de la part la plus importante alors que les Caisses qui ont touché pour assurer le risque maladie, thésaurisent et distraient des sommes considérables du risque qu'elles devraient couvrir.

Ces coûteuses expériences méritent d'être connues de tous, d'être étalées au grand jour, pour montrer l'incohérence du système hospitalier actuel où on a dépensé sans compter, sans se soucier de savoir si le système préconisé était viable, et s'il reposait sur des bases financières saines.

On en arrive ainsi à penser que le système de l'hôpital-hospice si répandu en province est le seul, quelque injuste que cela puisse paraître, qui permette d'équilibrer les budgets, car les gains réalisés sur les vieillards qu'on héberge, permettent de combler les déficits des services de médecine et de chirurgie.

En réalité nous devons chercher pour l'hôpital à nous rapprocher des gestions économiques des installations privées, où rien n'est gâché, où toute dépense est examinée de près avant d'être engagée, où les prix de revient sont sérieusement étudiés.

En y réfléchissant, on en arrive à l'idée que j'ai maintes fois exprimée que le Corps médical et surtout le Syndicat doit avoir plus de place, plus d'autorité dans les gestions hospitalières.

Il doit pouvoir contrôler l'utilité des constructions prévues, des achats proposés, ne pas permettre que des architectes, des marchands de matériel intéressés à l'importance des dépenses et incapables d'en apprécier l'utilité fassent le siège de Commissions administratives souvent ignorantes des besoins réels.

Il doit pouvoir contrôler les hospitalisations abusives qui font qu'on garde plusieurs mois et sans nécessité médicale des femmes enceintes ou des opérés.

Il doit pouvoir donner son avis sur tous les abus qui s'étalent au grand jour et qui risquent de compromettre une politique hospitalière engagée sur une mauvaise voie.

Les déficits considérables auxquels aboutissent les conceptions actuelles, où ceux qui engagent les dépenses, ne sont pas ceux qui règlent la note, risquent de ruiner des organisations qui, bien gérées, apporteraient une aide importante à l'amélioration de la santé publique, et c'est à ce titre que nous, représentants du Corps médical, nous prétendons avoir notre mot à dire.

D[r] Raphaël MASSART.

LES MÉDECINS DES HÔPITAUX DE PARIS ONT-ILS DROIT A UNE RETRAITE ?

Un de nos confrères nous demande quels sont les articles du règlement de santé de l'Assistance publique de Paris concernant la retraite, que peuvent toucher les médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux de la capitale.

Je m'empresse de lui donner satisfaction, en reproduisant les termes du Règlement de 1938.

Page 5, article 16, note 2 : « Des allocations « individuelles sont attribuées, après avis du « Conseil de surveillance, par arrêté du Direc- « teur général de l'Administration, aux médecins « chirurgiens et spécialistes, chefs de service des « hôpitaux de Paris, auxquels l'honorariat a « été conféré dans les conditions réglementaires. « Ces allocations sont réversibles pour moitié au « profit de la veuve de l'ayant droit. »

Voici maintenant les conditions requises, pour obtenir l'honorariat.

Article 16 : Le titre d'honoraire peut être conféré après vingt ans de service, aux chefs de services, aux électro-radiologistes chefs de service central, au pharmacien en chef, et aux pharmaciens des hôpitaux atteints par la limite d'âge.

La durée des services militaires accomplis dans l'armée française, pendant la guerre (1914-1918) entrera en compte dans le calcul des services valables, en vue de l'admission à l'honorariat.

Les propositions du Directeur général de l'Assistance publique, à l'effet de conférer le titre d'honoraire à des chefs de service, ou à des pharmaciens, sont soumises, avec l'avis du Conseil de surveillance et à celui du Préfet de la Seine, à l'approbation du ministre de la Santé publique.

Le titre de médecin, ou de chirurgien honoraire de l'établissement auquel ils ont été attachés, peut être accordé, dans les mêmes conditions, au chirurgien en chef de l'hôpital de Berck, nommé au concours par application de l'article 89 et aux médecins des établissements situés hors Paris nommés par le Directeur général de l'Administration en vertu des dispositions de l'article 14 de la loi du 7 août 1851.

Les propositions à l'effet de conférer l'honorariat sont, dans ce cas, soumises, avec l'avis du Conseil de surveillance, à l'approbation du Préfet de la Seine.

Je dois faire remarquer qu'il ne s'agit, dans l'espèce nullement de retraite, mais simplement d'une allocation annuelle, qui peut être accordée ou refusée et dont le montant n'est pas fixé d'avance.

Une retraite est un droit à pension viagère, qu'on se constitue soi-même par des versements de primes ou par des retenues sur les traitements. Si la retraite existait pour les médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris, ces praticiens n'auraient pas besoin d'abord d'obtenir l'honorariat, puis demander ou solliciter une allocation. De droit, ils toucheraient leur pension de retraite à un âge déterminé à l'avance et après un certain nombre d'années de service. La somme à toucher annuellement serait fixée pour chaque ayant droit.

En tout cas, cette allocation annuelle, accordée aux médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris, qui ont obtenu l'honorariat, est un commencement, qui peut soulager certaines infortunes imméritées. L'Administration de l'Assistance publique de Paris a eu un geste généreux de reconnaissance envers ceux qui, presque gratuitement, l'ont assistée dans sa mission de bienfaisance, envers les déshérités et les vaincus de la vie.

D'ailleurs, la jurisprudence tend de plus en plus à assimiler le personnel médical des hôpitaux à de véritables fonctionnaires d'établissement public. Aussi est-il possible d'envisager la création d'une retraite de droit, alors que les hôpitaux ne limitent plus leur activité aux soins à donner aux seuls malades privés de ressources.

Dans certaines villes de province, l'hôpital fait fonction de maison de santé payante. Il serait juste que partie des bénéfices soit affectée à la constitution d'une pension de retraite, non seulement pour les médecins et chirurgiens des hôpitaux, qui ont consacré leur science, leur temps et leur dévouement au service des pauvres, mais aussi pour soulager l'infortune de certaines veuves, alors que le médecin a disparu trop rapidement, vaincu par le travail intensif qu'il a dû fournir pour obtenir et conquérir ses grades hospitaliers.

Dr Paul BOUDIN.

PROTHÈSE DENTAIRE — COMPÉTENCE DES TRIBUNAUX CIVILS OU DE COMMERCE ?

Un chirurgien-dentiste a une difficulté avec un de ses clients (lettre 9.127). Celui-ci est revendicateur. Il soutient que son appareil ne lui convient pas, bien qu'il ait été refait, puis retouché. Il refuse donc de payer le praticien et prétend que le litige doit être porté à la connaissance du Tribunal de commerce. L'argument que lui a suggéré son homme d'affaires, c'est que le dentiste est un commerçant, puisqu'il transforme des matières premières brutes en vue de la confection d'un produit manufacturé : le dentier. Bien entendu, ledit client se réserve de porter devant un autre Tribunal la question des honoraires professionnels, dus pour la mise en état de sa bouche : extraction de dents, obturation de quelques autres, etc.

De cette manière, client et homme d'affaire espèrent effrayer le praticien, qui redoutera d'avoir à supporter des frais de justice assez élevés, alors qu'il est ainsi traîné dans le maquis de la procédure — pour ne pas dire de la mauvaise foi.

Livré à ses seules ressources, le praticien consultera un avocat, qui ne pourra peut-être pas le renseigner, sur ce point de Droit médical, à savoir si le Tribunal de commerce est compétent, ou non. D'où les nombreuses questions qui sont posées au Sou Médical.

Dans l'exercice de ses fonctions médicales, un docteur comme un chirurgien-dentiste ne peut pas être considéré comme exerçant une profession commerciale. Pour la profession de dentiste notamment, un stomatologiste, ou chirurgien-dentiste n'est pas commerçant lorsqu'il transforme des matières premières, pour la confection d'un appareil de prothèse. Ce dernier constitue un traitement, car, à côté de la confection matérielle, qui peut être exécutée par un mécanicien en prothèse dentaire, ou par un façonnier, le praticien doit cependant essayer l'appareil du point de vue fonctionnel et y faire apporter toutes les modifications, ou retouches nécessaires, pour que le rendement soit aussi parfait que possible.

Seul pourrait être considéré comme commerçant le dentiste qui ferait du travail de prothèse à façon pour ses confrères — cas extrêmement rare, (Commission supérieure de Cassation 1er août 1934).

Or, si un client récalcitrant refuse de payer non seulement les soins de la bouche et des dents, prémonitoires à la confection et à la pose d'un appareil, mais aussi le prix de ce dernier, les Tribunaux civils devront nommer un expert, médecin stomatologiste, ou chirurgien-dentiste, selon qu'il s'agit de soins donnés par un docteur, ou par un chirurgien-dentiste, qui dira si, du point de vue technique et fonctionnel, le client a raison, ou sort de se plaindre.

Maintes fois la question a été jugée. En tout cas, les Tribunaux de commerce sont incompétents.

Citons les décisions suivantes, qui ont affirmé que le chrurgien-dentiste n'est pas un commerçant, même pour la prothèse dentaire : Cour d'appel de Rennes, 15 juin 1933 ; Cour d'appel d'Agen, 23 décembre 1921 ; Cour d'appel de Besançon, 16 mars 1923. Par arrêt du 27 octobre 1938, la Cour de cassation, Chambre sociale, a décidé à son tour que le dentiste ne saurait être considéré comme un commerçant, même vis-à-vis de ses employés et ouvriers, qu'il utilise dans son atelier de prothèse dentaire, alors même qu'il achète certaines matières premières pour les utiliser avec bénéfice dans la pratique de son art, si de telles opérations ne sont réalisées qu'à titre d'accessoire nécessaire à sa profession. La Cour suprême décide encore que le fait de posséder plusieurs cabinets dentaires ne saurait conférer au dentiste le caractère de commerçant, si ces cabinets restent sous sa direction personnelle et professionnelle, alors même que le praticien fait une réclame tapageuse, comme le ferait un commerçant.

Mais si le dentiste exploite, à titre de propriétaire, grâce à des opérateurs, une série d'établissements dentaires, cette entreprise, assortie concurremment de procédés commerciaux (enseigne, réclame lumineuse, publicité, dépôt de marques) est exclusive de l'exercice personnel d'une profession libérale. Ce dentiste peut donc bénéficier des lois sur les loyers commerciaux (Com. sup. Cass., 7 mars 1935).

De même est considéré comme un commerçant le dentiste qui fabrique des spécialités et qui tout en exerçant sa profession, vend lesdits produits à tout venant sur le vu d'articles de réclame (Cour d'appel de Paris, 7e Chambre, 24 octobre 1908).

De tout ceci, nous devons retenir la morale suivante ; c'est qu'à la mauvaise foi de nos clients, à leurs tendances revendicatrices de plus en plus nombreuses, aux arguties de leurs hommes d'affaires, nous devons opposer un cabinet de contentieux médico-juridique, qui prendra la défense de nos confrères et saura opposer des conclusions motivées, s'appuyant sur une documentation judiciaire abondante.

C'est ce que le Sou Médical a su organiser depuis 1897, date de sa création.

Dr Paul BOUDIN.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations judiciaires

Le « merveilleux traitement » sympathicothérapique et son auteur, devant la Cour de Paris

On sait que le Docteur Vidal, dont le nom évoque immédiatement le « merveilleux traitement » et la sympathicothérapie, avait été poursuivi avec deux de ses assistants devant le Tribunal correctionnel de la Seine par les Syndicats médicaux de la Seine, de Brest et de Meurthe-et-Moselle, à la fois pour escroquerie et pour complicité d'exercice irrégulier de la médecine. Par un jugement du 21 décembre 1937, le Tribunal tout en « stigmatisant comme il le mérite les honteux procédés d'exercice du Docteur Vidal, qui rabaissent l'art médical au charlatanisme », avait relaxé les prévenus sans peine ni dépens, en arguant qu'il appartenait au Corps médical seul ou aux Pouvoirs publics de faire cesser de tels agissements, et que le délit d'escroquerie ne pouvait être retenu. D'autre part le jugement était muet sur le délit d'exercice irrégulier de la médecine qui bénéficiait de la loi d'amnistie.

Sur appel, la Cour de Paris (9e Chambre), par un arrêt du 12 décembre 1938, et sur plaidoiries de Me Raymond Fontaine et de Me Rebeyrolles représentant les Syndicats en cause, vient d'infirmer le jugement entrepris et d'accorder au Corps médical la satisfaction de principe qu'il attendait.

Rappelons tout d'abord les faits : le Docteur Vidal, à partir du moment où il décida d'exploiter la méthode de « sympathicothérapie » ou « reflexothérapie », se livra à une abondante publicité dans la grande presse, et étendit à la province sa réclame « tapageuse et éhontée » (Cour de Paris, *dixit*). Dans le but d'accroître ses ressources et comme il ne pouvait être partout, il envoya des assistants aux noms bien français tels que Fuchs et Hanoune, pour se substituer à lui. Les annonces qui les précédaient étaient rédigées de façon à laisser supposer à la clientèle que le praticien qui se rendait dans sa ville était bien le Docteur Vidal lui-même ; les ordonnances étaient généralement rédigées, sur du papier à en-tête du Docteur Vidal, et des honoraires très élevés étaient exigés des malades. Des « succursales » de cette sorte fonctionnèrent notamment à Brest et à Nancy.

Deux inculpations, nous l'avons dit, avaient été retenues à l'origine contre Vidal et ses assistants, celui d'escroquerie, et celui d'exercice irrégulier de la médecine.

En ce qui concerne l'escroquerie, la Cour, suivant en cela le Tribunal de la Seine, précise tout d'abord qu'on ne saurait considérer comme telle l'application de la méthode sympathico thérapique, qui *ne constitue pas « une entreprise imaginaire susceptible de faire croire à des espérances chimériques » mais est un traitement médical dont les juges n'ont à apprécier ni la valeur ni les résultats.* Il faut à notre sens approuver cette sage prudence, et les Tribunaux de droit commun n'ont en effet nulle compétence pour accorder leur « approbation » à telle ou telle méthode thérapeutique. La répression du charlatanisme ne pourrait être le fait que d'un Ordre des médecins ; encore serait-il très dangereux de lui accorder le pouvoir de contrôle scientifique et technique de ses justiciables.

Ce qui par contre relève de l'appréciation du Tribunal, et de la sanction de la loi, c'est la manière même dont la clientèle est recrutée et soignée et dont les honoraires sont fixés et perçus. La Cour a estimé en l'espèce qu'il y avait escroquerie parce que les assistants du Docteur Vidal, en se présentant dans les villes où ils exerçaient après la publicité de Vidal, en affichant le nom de Vidal sur la porte de leur cabinet, en rédigeant des ordonnances à en-tête de Vidal, « *ont pris un faux nom et recueilli des honoraires élevés que la clientèle n'aurait pas consenti à verser à des inconnus* ».

C'est en vain que le sieur Vidal a argué de sa bonne foi puisqu'il est établi qu'il a annoncé lui-même sa présence simultanée en plusieurs localités fort éloignées les unes des autres. Il a donc été condamné, en tant que complice mais animateur et principal bénéficiaire, à 3.000 francs d'amende, et ses assistants, auteurs principaux mais « comparses besogneux » à 50 francs chacun.

Quant au *délit d'exercice illégal de la médecine*, il consiste en ce que les sieurs Fuchs et Hanonne ont violé l'art. 9 de la loi du 30 novembre 1892 *sur l'enregistrement du diplôme, et l'interdiction d'exercer sous un pseudonyme.* Certes, ces faits sont amnistiés en raison de la loi du 12 juillet 1937. Mais l'action civile n'en subsiste pas moins, et la Cour a par suite reconnu recevable et fondée la demande des trois Syndicats en cause. Elle a donc alloué à chacun d'eux 5.000 francs de dommages et intérêts en réparation du préjudice moral direct et certain que le Corps médical de leurs diverses circonscriptions a subi du fait des agissements délictueux du sieur Vidal et de ses complices. Jean MIGNON.

La Presse et les Sociétés

Le chauffage des habitations du point de vue physiologique et hygiénique

Les physiologistes et les ingénieurs ont montré que l'impression de chaleur produite par une ambiance dépend, non seulement de la température sèche de l'air (qui est mesurée par le thermomètre ordinaire), mais aussi de son humidité et de sa vitesse, ainsi que de la température des parois sur lesquelles le corps humain rayonne sa chaleur. Aussi, des ambiances, à tempéraure sèche nettement différente, peuvent-elles conduire à la même sensation de chaleur. Une atmosphère à 25°, saturée d'humidité est aussi chaude qu'une atmosphère à 33° et à 20 % d'humidité. Cette même atmosphère à 25°, saturée d'humidité et animée d'un vent de l'ordre de 3 mètres à la seconde, est aussi rafraîchissante qu'une atmosphère immobile saturée à 20°.

On a donc étudié et déterminé ce que pourrait être la température effective, ou effectivement ressentie. En ces dernières années on a beaucoup étudié le chauffage par panneaux rayonnants. On a pu comprendre ce fait, apparemment surprenant, que des personnes immobiles aient froid dans un local ou l'air est à 40° et les parois à 13°, et qu'elles éprouvent au contraire une impression de confort quand l'air est à 3° et les parois à 28°. Chaque ambiance est donc affectée d'une « température résultante », qui caractérise la sensation de chaleur qu'elle procure.

M. Missenard, qui vient d'exposer cette question, envisage notamment, dans son étude, les températures dites de confort et leur signification physiologique.

Le chauffage artificiel, explique-t-il, est habituellement justifié par la nécessité de la défense contre les maladies *a frigore*. Or, le rôle du chauffage dans l'apparition de ces maladies est certainement plus complexe qu'on le supposait, et il semblebien que, contrairement au but poursuivi, il soit à l'origine de leur plus grande fréquence. Ces maladies, dites *a frigore*, sont, en effet, plutôt des maladies de refroidissement que des maladies de froid proprement dit. Or, le chauffage artificiel accroît les chances de refroidissement, en multipliant les écarts de température que peut subir le corps humain ; et, pour supporter ces brusques variations thermiques, il faut des organismes, dont la thermo-régulation soit particulièrement souple et puissante. Si bien que, loin de tendre vers ce but, les procédés de chauffage moderne s'éloignent de plus en plus de la solution rationnelle, en ce sens que les progrès techniques permettent de maintenir une température intérieure constante avec une grande précision, alors que les anciens foyers domestiques, et plus encore les antiques cheminées provoquaient de très sensibles variations de la température, variations qui sont nécessaires au maintien de l'entraînement de la thermorégulation.

Dans le même ordre d'idées, c'est une erreur de maintenir une température aussi régulière que possible. Il importe, au contraire, d'exercer la thermo-régulation de l'individu, en faisant varier les conditions thermiques dans certaines limites. L'amplitude de ces variations pourrait être croissante au cours de l'hiver : 2° en octobre, 3° en novembre, 4° en janvier. Il est un moyen plus simple encore d'entraîner l'organisme à cette thermo-régulation effective, dans la mesure où les occupants ne séjournent pas trop longtemps dans une même pièce. Il faut, pour cela, chauffer les locaux intermédiaires et secondaires, comme les corridors et les vestibules, à des températures sensiblement inférieures à celles des pièces : 17 ou 18° pour ces dernières 12 ou 13° pour les pièces intermédiaires. Ainsi, les personnes contraintes de passer assez fréquemment d'un local à l'autre se trouveront exposés à des écarts convenables de températures.

En tout cas, il est absolument indispensable de limiter supérieurement la température en hiver, et d'éviter qu'elle ne dépasse pour les êtres sains, 18 à 19°. Le degré hydrométrique devrait être maintenu aux environs de 50 %.

L'entraînement de la thermo-régulation par variation de la température intérieure n'évitera peut-être pas toujours les refroisdissements lors d'un passage brusque de l'intérieur à l'extérieur, même s'il y fait très froid. Il convient donc de prendre des précautions vestimentaires, lors de ces changements d'ambiance, notamment pour les enfants plus particulièrement sensibles au froid ; pour eux, il serait bon de surchauffer au préalable les vêtements dans les vestiaires ; l'action refroidissante de l'ambiance extérieure serait ainsi retardée par l'accumulation de calories dans ces vêtements. (*La Presse Médicale*, 8 octobre 1938.)

G. F.

A PROPOS DU CŒUR FORCÉ

Par le Docteur Robert Jeudon

Membre du Conseil supérieur des Sports

L'examen « sur le stade » avant et après la performance, et la surveillance des athlètes en période d'entraînement, permet de confirmer et d'approuver les termes généraux et les conclusions apportés par MM. Brouha et Dill, au Congrès intern. de médecine sportive de 1937.

Il y a lieu, cependant, de préciser, à mon avis, les points suivants : le terme trop souvent employé de « cœur forcé » qui constitue l'épouvantail du médecin non informé, de l'Université et des familles, doit être ramené à ses justes proportions. « Le cœur forcé », c'est-à-dire en état d'asystolie et d'insuffisance cardiaque définitive, est une exception. Nous ne l'avons observé que trois fois sur plus de 1.500 athlètes, et ceux-ci auraient dû, s'ils avaient été médicalement contrôlés avant les épreuves, en être éliminés, car leur cœur avait été touché antérieurement par des affections étrangères au sport, tels qu'un rhumatisme aigu grave ou une maladie infectieuse (fièvre typhoïde, scarlatine.)

Ce qui existe c'est une hyperexcitabilité cardiaque, le plus souvent passagère, mais parfois définitive, dont l'apparition ou l'aggravation semble en rapport direct de cause à effet avec une dure épreuve pratiquée à un moment où l'athlète, fatigué ou surentraîné, aurait dû s'abstenir.

Ce qui existe également, c'est cette augmentation du volume du cœur que certains auteurs ont appelée « hypertrophie providentielle » et qu'on constate si souvent chez les coureurs à pied, les nageurs ou les cyclistes. Lorsqu'il s'agit d'athlètes ayant dépassé la trentaine et dont la carrière de champion a été chargée, cette hypertrophie est souvent définitive. Elle est d'ailleurs fort bien supportée du fait qu'elle s'accompagne de bradycardie, si bien que le débit total conserve son taux normal. Mais chez des sujets jeunes cette hypertrophie et la bradycardie qui l'accompagne, diminuent au repos, pour reprendre avec l'entraînement et ainsi de suite, pendant de longs mois, avant de s'installer définitivement. Comme pour le foie, en d'autrescirconstances, nous sommes en pareil cas, en présence d'un « cœur accordéon ». Il faudra voir ces hommes au seuil de la vieillesse pour avoir une opinion définitive sur l'avenir de ces cœurs hypertrophiés. Jusqu'à nouvel ordre, ils nous semblent fort bien compensés et n'entraîner aucune gêne appréciable à leurs propriétaires.

Reste la question de la pression artérielle. En général l'effort athlétique se traduit par une augmentation assez sensible, pouvant aller jusqu'à 4 ou 5 c. m. de mercure, de la pression maxima. La minima reste en général stationnaire. Il nous semble que lorsque le retour au calme s'effectue en moins de trois ou quatre heures, le sujet doit être considéré comme apte à la compétition. C'est d'ailleurs la règle générale. Que, si, au contraire, ce retour au calme se fait attendre six heures ou davantage (auquel cas il s'accompagne le plus souvent de l'hyperexcitabilité ci-dessus signalée) il doit être considéré comme pathologique et constituer une contre-indication. Le temps de retour à la pression est un test important de l'aptitude à la compétition sportive.

***

Si je me suis permis, à titre de sportif pratiquant et dirigeant, au moins autant qu'au titre de médecin, de préciser ces quelques notions, c'est parce qu'il me semble que l'excessive sévérité de la plupart des médecins contre le sport de compétition provient d une mésentente fondamentale de conception avec les entraîneurs et les sportifs, et qu ils oublient trop cette vérité élémentaire que nous voudrions, autant qu'eux, faire pénétrer dans l'esprit des jeunes qui rêvent de sport, et que voici : la compétition sportive, tout comme la compétition intellectuelle, n'est pas à la portée de tout le monde, elle nécessite une éducation longue et progressive. Tout comme il est d'usage de travailler son solfège ou sa grammaire avant d'aborder le piano ou la littérature, il est nécessaire de « faire ses classes » en matière d'éducation neuro-musculaire avant de prendre le départ d'une course. Il n'est pas dangereux (sous réserve d'une surveillance qu'il appartient au médecin sportif et à l'entraîneur d'exiger) de faire tenter des records à un athlète sélectionné et bien entraîné. Ce qui est dangereux (et, à supposer que le « cœur forcé » existe, c'est là qu'on le trouverait), c'est de laisser prendre le départ d'une dure épreuve à un débutant qui n'a subi à cet effet aucune préparation sérieuse, et qui joue à la grenouille qui veut se faire aussi grosse que le bœuf. Le sport est une chose sérieuse, qui, tout comme la musique ou les Beaux-Arts, a sa technique et sa discipline. C'est parce qu'on l'oublie trop et qu'on laisse faire du sport n'importe comment et par n'importe qui, que l'on observe parfois des accidents.

LE PLACEMENT A L'ASILE — LA RESPONSABILITÉ DU MÉDECIN

Nous recevons de M. le Docteur Roger Got, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Navarre, Evreux (Eure), la lettre suivante, que nous nous empressons de publier :

Le 6 février 1900

Je lis dans le *Concours* du 5 février, sous le titre « Le placement à l'asile, la responsabilité du praticien » un article de M. le Docteur Benon qui me paraît devoir inquiéter à tort nos confrères praticiens. En effet :

1° La circulaire ministérielle du 8 décembre 1938 améliore grandement les modalités matérielles du placement volontaire, sans changer les dispositions de la loi de 1838. Une circulaire ne saurait modifier une loi. Donc la responsabilité du médecin praticien est exactement ce qu'elle était avant la parution de la circulaire.

2° « Le placement d'office sur réquisition du Maire ou du commissaire de police va disparaître, sauf pour les inculpés reconnus aliénés » écrit M. Benon ; c'est inexact. Tout aliéné, même non inculpé, déclaré dangereux pour l'ordre public et la sûreté des personnes peut toujours être placé *d'office* (comme auparavant).

3° Enfin, le certificat d'internement n'entraîne pas automatiquement le séjour du malade à l'asile durant deux semaines. Dès *le lendemain de l'entrée* le médecin chef de service rédige un certificat immédiat ou de vingt-quatre heures) conformément à la loi.

Vous penserez avec moi que nos confrères praticiens ont le droit d'être renseignés exactement ; ils ont assez de responsabilités et de soucis par ailleurs.

CLIMATOLOGIE MÉDICALE

Un de nos plus distingués confrères, le Docteur Louis Barot qui fut avant la guerre maire de la ville d'Angers et secrétaire général du Syndicat médical de la région, a lu à la Société de médecine et à la Société des Etudes scientifiques d'Angers une *Note sur la climatologie médicale de la Vallée de la Loire et plus spécialement de sa région moyenne (Anjou-Saumurois-Touraine)*. Son travail est suivi de tableaux succincts des moyennes météréologiques annuelles prises par M. Cheux de 1870 à 1913, communiquées par M. Georges Esnault, ingénieur, directeur de la station météréologique de Baugé. Nul n'était plus qualifié pour faire cette étude climatique que le Docteur Louis Barot, président de la Société angevine de géographie et de la Fédération des Syndicats d'initiative de la Vallée de la Loire.

Le Val-de-Loire d'après l'ouvrage de M. Dion commence à Decize pour se terminer près de Nantes. Il comprend quatre régions climatiques distinctes : le *climat nivernais* qui s'apparente au climat de la Bourgogne et du bassin parisien oriental ; le *climat orléanais* semblable à celui du bassin parisien méridional et de la Champagne ; le *climat angevin ou ligérien* qui a ses caractères propres et le *climat nantais* qui est un climat maritime.

La vallée de la Loire subit l'influence maritime comme le démontre sa flore, jusqu'à Orléans. La température moyenne y est de 10° à 12°. Les minimas moyens de janvier vont de 3° à Nantes à 0°4 à Orléans. La moyenne de la température estivale avoisinne 18° tant à Nantes qu'à Orléans. La région entre Varades et Tours est faiblement pluvieuse. Les vents sont peu violents. L'atmosphère est humide sans être malsaine et déprimante. La région est très ensoleillée ; les brouillards y sont rares. Le Docteur Barot conclut que le climat ligérien qui s'étend de Chamant à Champtoceaux sur 200 kilomètres est un climat atlantique original qui n'a pas d'équivalent en France. Climat de plaine tempéré, mi-continental mi-maritime, il est reposant, équilibrant et sédatif. Les affections pulmonaires chroniques, certaines affections cardiaques et nerveuses, les anémies légères peuvent être améliorées par un séjour dans cette région.

L'armement climatique (préventoria, sanatoria, maisons de repos, etc.) assez développé en Loire-Inférieure et en Indre-et-Loire, est ailleurs insuffisant et le but de l'auteur est d'attirer l'attention des médecins, des hygiénistes, des météréologistes, de tous les savants sur le parti qu'on pourrait tirer de cette région où, à l'exemple du poète Remi Belleau, ils devraient préférer à « l'air romain, la douceur angevine ».

J. Noir.

LA TUBERCULOSE, VUE PAR J. A. MILLER

James Alexander Miller, l'un des maîtres de la phtisiologie américaine, publie dans le *Journal de l'Association médicale américaine* (1) un important article où il donne son opinion, autorisée s'il en fût, sur *Quelques problèmes non résolus de la Tuberculose.* Il fait observer que d'innombrables recherches, depuis la découverte du bacille en 1882, ont amené une diminution remarquable de la mortalité tuberculeuse, qui menaçait de décimer l'univers ; mais il ne faut pas en tirer l'illusion que nous connaissons mieux la maladie, car ces grands travaux ont accumulé les questions et multiplié les inconnues.

Le problème de l'infection et de la contagion, par exemple, n'a pas encore reçu sa solution. On constate que la grande majorité des individus sont infectés, et seulement 1 ou 2 sont tuberculeux. D'autre part, pour comprendre pourquoi la tuberculose se développe plus spécialement chez certains individus que chez d'autres, il faut faire intervenir la notion de résistance.

Deux éléments constituent donc ce problème : contagiosité générale, mais conditionnelle ; résistance souvent naturelle, d'autres fois constitutionnelle, quelquefois héréditaire, et qui peut être temporaire à la faveur de certaines maladies (rougeole), ou de conditions de vie difficile (puberté, grossesse: sous-alimentation).

Comment se développe la tuberculose? Vient-elle d'une contagion directe, ou de l'exaltation pathologique de foyers anciens et torpides ? Ici se sont formés parmi les phtisiologues deux camps nettement opposés. Les uns tiennent pour la contagion, surtout domestique ; ils estiment que la gravité de la maladie dépend de l'intensité et de la durée de l'exposition. Mais alors pourquoi les cas d'infections multiples sont-ils si rares ? Pourquoi les lésions de primo-infection sont-elles toujours aux sommets du poumon ? Comment les infections secondaires passent-elles dans des régions éloignées de l'origine ? Pourquoi, si de petites doses suffisent pour contaminer les poumons, les autres organes ne sont-ils pas toujours atteints par les doses considérables de bacilles chassés par le sang et la lymphe au cours des primo-infections ? Pourquoi l'infection originelle reste-t-elle généralement anodine, tandis que les infections successives déterminent des états graves ou mortels?

Ces objections sont si fortes, qu'une opinion différente a pris cours parmi les médecins ; ils préfèrent donner à la tuberculose une origine endogène. Ils ont été encouragés dans cette conception par les radiologues, lesquels ont démontré l'existence de nombreux foyers infectieux chez des individus d'ailleurs bien portants, ce qui, d'après Miller, est un fait de résistance et d'allergie.

En somme, la contagion interhumaine est le mode usuel d'invasion de la tuberculose ; mais la majorité des chercheurs croient que son développement demande quelque chose de plus que la contagion, quelque chose qui conditionne l'exacerbation de lésions anciennes.

L'allergie est longuement discutée par Miller, avec un détail d'arguments difficile à analyser ou à résumer. Elle protège les organismes normaux contre les réinfections, mais elle peut avoir chez les porteurs de foyers latents des effets opposés, provoquant chez eux, s'ils sont victimes d'infections endo- ou exo-gènes, des réactions accusées. Ces réactions elles-mêmes, d'ailleurs, dépendent de facteurs variés, dont les plus importants sont l'état des lésions, le milieu ambiant et la quantité de la contagion.

Pour la tuberculine, on ne connaît pas encore exactement la signification de l'intensité de la réaction.

***

On voit quelle est à la fois notre ignorance et l'étendue de nos espoirs. Voici comment Miller résume les questions que pose la notion d'allergie :

1. L'allergie à la tuberculine est un phénomène relatif qui doit toujours être examiné sous le double rapport de l'état de tuberculose de l'individu et de l'intensité tuberculeuse de l'ambiance.

2. Ce n'est pas le niveau actuel de l'allergie qui importe mais ses modifications, sa courbe, dans chaque direction.

3. L'infection sensibilise. La superinfection sursensibilise. Cette sursensibilisation peut être l'occasion du progrès de lésions récentes, ou de la réactivation de lésions anciennes.

Voici enfin les conclusions très résumées du travail de Miller :

I. Etant donné que l'exposition répétée à de larges doses de bacilles peut déterminer l'éclosion de lésions nouvelles, ou l'exaltation de lésions anciennes, ou même la formation de foyers nouveaux chez des individus déjà contaminés, il est de première importance d'isoler les porteurs de germes.

II. Il faut savoir, par l'étude de la résistance, pourquoi 30 à 80 % d'individus sont infectés, et seulement 1 à 2 % sont atteints de tuberculose.

III. Il y a une résistance naturelle, dans les familles, les races et les individus ; elle peut

(1) 9 juillet 1938.

être héréditaire, ainsi que dans plusieurs autres maladies.

IV. Il est constant que des infections successives modifient la résistance, en l'accroissant ; mais ceci n'est que relatif, et dépend de la dose d'infection. D'autre part, la résistance peut être diminuée par des facteurs variés. Il est certain, toutefois, que le caractère épidémiologique de la tuberculose a été modifié par le fait que des générations successives ont été exposées à des infections minimes. Mais l'existence, dans les villes, de nombreux individus non-infectés pose un problème instant : vaut-il mieux affronter les risques de la vie avec une réaction à la tuberculine négative, ou positive ? vaut-il mieux être contaminé dans l'enfance ou plus tard ?

V. L'opposition entre les théories endogène et exogène de l'infection peut paraître, à première vue, une simple question technique, intéressant les seuls anatomo-pathologistes. Il n'en est rien ; il y a là un problème d'une importance pratique considérable. Si la tuberculose a pour origine l'inhalation de grandes quantités de bacilles, et si les primo-infections ne sont que d'inoffensives cicatrices, il faut concentrer les efforts préventifs contre ce seul danger. Si au contraire les anciens foyers peuvent être réactivés par des causes variées, qui, diminuant la résistance, permettent au bacille de se multiplier et aux lésions de pulluler, il faut alors considérer avec attention ces lésions primitives, les rechercher et les amender : elles deviennent le facteur principal de la lutte contre le fléau.

VI. Dans la grande majorité des cas, ces lésions sont torpides, elles ne se révèlent par aucun signe clinique, et il a fallu les progrès incessants des techniques radiologiques pour les déceler. Elles permettent une vie tout à fait normale, et il n'est pas logique de les soigner comme des lésions actives ; elles sont cependant une source commune d'infection, et les sujets qui en sont porteurs doivent, en conséquence, être surveillés de très près au moyen d'examens radiologiques répétés. Il faut aussi leur éviter les causes, en rapport avec leur entourage ou leur mode de vie, qui pourraient diminuer leur résistance, ou les occasions de rencontrer des doses sursensibilisantes. Le repos est dans ces cas la meilleure indication. En tout cas, la surveillance de ces malades inapparents est une des tâches les plus instantes du clinicien.

VII. A côté de la surveillance radiologique, il faut nommer la surveillance au moyen de l'épreuve à la tuberculine, dont la valeur est considérable, non seulement pour déceler l'infection, mais aussi pour renseigner sur l'évolution de la maladie, car une réaction à la tuberculine peut se modifier, et même disparaître dans le temps. Une des tâches de l'avenir sera d'étudier les circonstances dans lesquelles ce symptôme mobile change d'apparence.

VIII. Il est possible que l'on puisse déterminer quels individus sont capables de résister à une infection ; bien qu'il soit probablement impossible de choisir sur ces bases les personnes qui se consacrent aux soins aux tuberculeux.

Peu de médecins ou d'infirmières, proportionnellement, malgré leur exposition à la contagion, sont contaminés ; il est donc probable que d'autres facteurs que celui de l'inhalation interviennent dans les infections graves. Il est évident qu'il est dangereux d'exposer à ce risque des individus jeunes, présentant une réaction négative à la tuberculine ; mais on peut entrevoir des conditions d'exposition telles qu'elles réalisent une accoutumance, une faculté de tolérance graduelle.

D'autre part, on peut espérer qu'une vaccination antituberculeuse puisse être inventée. Le B. C. G. est du plus haut intérêt sous ce rapport, bien qu'il n'apparaisse pas comme étant la vaccine idéale, n'étant efficace que chez les non-infectés.

IX. Quel doit être le but suprême de la lutte antituberculeuse ? Doit-elle tendre vers l'éradication totale du fléau, dans une communauté absolument non-infectée ? Quels ne seraient pas alors les risques de voir quelques foyers oubliés renouveler l'épidémie, sur un sol vierge et sensible ? Faut-il plutôt chercher à obtenir une forme de vaccination satisfaisante, soit au moyen de petites doses d'infection répétées, soit par un vaccin artificiel ?

On voit que Miller ne dissimule rien des lacunes de nos connaissances actuelles sur la tuberculose. Il fait appel au travail et à la découverte pour donner aux problèmes dont il souligne l'importance une solution heureuse, permettant de défendre la vie humaine, chose précieuse, contre un de ses ennemis les plus redoutables. Souhaitons avec lui que ces temps naissent pour l'humanité.

Ph. Dally.

VIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DES ACCIDENTS ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES

(Francfort-sur-le-Mein, 26 au 30 septembre 1938)

Le *Concours Médical* a déjà publié dans son numéro 2, pp. 108-110, le début du compte rendu de ce Congrès ; nous en publions la fin aujourd'hui.

***

JEUDI 29 et VENDREDI 30 SEPTEMBRE

Section des maladies professionnelles

I. GERBIS, Berlin. — *Les maladies professionnelles des poumons et des voies respiratoires, à l'exception de la silicose et de l'asbestose.*

L'auteur constate que l'importance des organes respiratoires ne réside pas seulement en un simple échange oxygène-acide carbonique. Les qualités mécaniques de la respiratio ndoivent également intervenir. Le nez échauffe et dépoussière l'air. Il avertit en même temps de la présence dans l'air respiré de mélanges désagréables ou nocifs.

Gerbis examine les différents produits industriels susceptibles de déterminer des lésions du nez et de l'appareil olfactif.

Les matières en suspension dans l'atmosphère peuvent se fixer sur les mucosités buccales et nasales et être ingérées avec la salive. Le pharynx se trouvera également irrité : dans sa forme la plus aiguë, on constate une sténose ; il en est de même pour le larynx. Des irritations chroniques amènent la destruction de l'épithélium à cils vibratiles de la trachée et des grosses bronches. D'où la possibilité de graves sténoses, notamment à la suite de l'action de gaz irritants (chlore, ammoniaque).

Gerbis étudie ensuite le mécanisme des échanges gazeux entre les alvéoles et les bronches, principacilement en vue l'acheminement des poussières inspirées. La respiration ne s'effectue pas par un simple courant d'air, qui va des narines aux alvéoles pulmonaires, mais par degrés ; dans un premier espace qui va du nez à la bifurcation bronchique, puis un deuxième qui de cette bifurcation aux infundibula, et enfin un troisième et dernier constitué par le contenu alvéolaire lui-même.

Les gaz toxiques, comme les poussières, progressent selon ces trois espaces, mais au point de « transbordement », il peut y avoir des stagnations ; les matières corpusculaires en suspension se fixent sur les parois et il en résultera, soit des carcinomes (bifurcation), soit des broncho-pneumonies (au niveau des infundibula).

Ce rapport est extrêmement important et doit être consulté dans son détail par tous ceux, qui se préoccupent de l'hygiène industrielle et de l'importance que jouent les affections des organes respiratoires dans la capacité de travail.

II. AMOR, de Swanseau. — *Tumeur maligne des voies respiratoires.*

Cinq sièges principaux sont mentionnés : l'extrémité antérieure du cornet moyen ; la portion opposée du septum-nasal ; la paroi postérieure du nasopharynx ; le larynx ; la bifurcation trachéale et le début des grosses bronches.

L'auteur rappelle les lésions du nez dues au chrome, à l'arsenic et à certains sels de cuivre. Il examine ensuite les néoplasmes pulmonaires des mineurs du Schneeberg (action combinée du radium et de l'arsenic) et les tumeurs du nez lors du raffinage du nickel. Par les moyens de protection méca niques on peut désormais éviter ces cancers.

III. LANGELEZ et UYTDENHOF, Bruxelles. — *Enquête médicale dans les carrières souterraines de marbre noir.*

Ses résultats prouvent que les poussières de calcaire ne seraient guère dangereuses impuissantes à créer les lésions de la silicose pulmonaire.

IV. GUDJONSSON, Copenhague. — *La fluorose pulmonaire.* Cette maladie se constate lors du travail de la cryolithe qui détermine un syndrome ressemblant beaucoup à la silicose. Le pronostic en serait plus bénin.

V. ALESSANDRIA (P.) et BETOCCHI, Rome. — *Accidents du travail dans les solfatares de Sicile, dans les nouveaux centres miniers de l'Istrie et de la Sardaigne.* Importante communication abondamment illustrée par des projections portant sur l'énorme progrès réalisé en matière de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles dans ces contrées.

VI. VIGLIANI et DENOYER, TURIN. — *Altérations des voies respiratoires due à la poussière d'électron.*

L'électron est un alliage métallique composé principalement de magnésie (90 %) et de petites quan tités de manganèse, d'aluminium et de cuivre. La poussière de ce produit détermine des catarrhes, pharyngites et trachéoses avec expectoration. Les fosses nasales sont très enflammées. Il faut veiller à une soigneuse captation des poussières lors du travail et de l'utilisation de ce produit.

VII. SAYERS, Washington. — *Réaction aiguë des cobayes à l'inhalation de certaines substances organiques.* Est étudiée successivement l'action :

a) Du dichloréthylène qui détermine des lésions pulmonaires ;

b) Du mono-éthylène glycol, solvant de la cellulose (œdème pulmonaire) ;

c) Ethyle, benzène, anti-détonant (irritant), mortels à faible doses.

d) Oxyde d'éthylène, narcose, œdème pulmonaire ;

e) Dioxyde de diéthylène, solvant. Détermine de l'œdème pulmonaire ;

f) Dichloroéthyléther, irritant. Peut déterminer la mort.

g) Formiate de méthyle, utilisé dans les appareils de réfrigération domestique, irritant. Mortel à la dose de 2 %. Odeur agréable, mais possibilité de mélange explosif.

VIII. ENGELSEN, Norvège. — *Durée du saturnisme chronique*, principalementdans les chantiers navals. L'auteur insiste sur l'importance des faibles doses de plomb longtemps renouvelées. De nombreux syndromes fonctionnels : fatigue générale, céphalées et vertiges sont, en réalité, liés à des phénomènes organiques. Si ces troubles persistent au moins sept ans après leur cause, il semble que l'altération de l'état général est définitive.

IX. VIGILANI et DEAGLIO. — *Dosage spectrographique dans le sang par la méthode de l'étincelle à haute fréquence.*

La méthode particulièrement mise au point au laboratoire de l'institut de médecine industrielle de Turin ; l'outillage comprend essentiellement un générateur d'étincelles à haute fréquence, un spectrographe au quartz, un projecteur de spectres et un photomètre à cellules photo-électriques.

De ces recherches minutieuses, il résulte que le plomb est contenu dans le sang de tout individu adulte ; pouvant atteindre 0,040 mgr. pour 100 c. c., les doses montent à 0,100 mgr. jusqu'à 0,320 mgr. chez les saturnins. Etant données l'extrême sensibilité et la petite quantité de sang nécessaire pour chaque détermination, cette méthode està recommander.

X. LEGGE, Berkeley. — *Les risques professionnels dans l'industrie pétrolifère.*

Lors de la production, du transport et du raffinage, les principales lésions sont les brûlures et les traumatismes. On note de fréquents accidents lors du nettoyage des voitures citernes qui pourraient être évités par une bonne ventilation et le port des masques. On constate fréquemment des affections cutanées, des dermites ; parfois, pour rendre certains produits ininflammables, on ajoute du tétrachlorure de carbone qui a sa toxicité propre bien connue. Mais une excellente prophylaxie peut éviter la plupart de ces troubles. Nombre de dermatoses, papillomes et même épithéliomas pourraient être évités par le port de gants appropriés.

***

29 et 30 SEPTEMBRE

Section médecine des accidents. Les lésions du pied

I. MARANGONI, Padoue. — *Les fractures des os du pied.* Un millier d'observations personnelles, groupées en lésions des os proximales du tarse, lésions d'os distale du tarse, métatarse, phalanges.

Au point de vue thérapeutique, la réduction manuelle et l'appareil plâtré moulé constituent la méthode de choix, le plus souvent. L'intervention chirurgicale peut être réservée exclusivement aux cas exceptionnels. Dans la majeure partie des cas, les cures physiques comportent des avantages incontestables, même si elles doivent prolonger quelque peu la durée du traitement. Ce traitement doit être commencé au plus tôt. Il en résulte une amélioration considérable des pourcentages d'incapacité.

II. ZUR VERTH, Hambourg. — *Les blessures du pied.* Ces blessures entraînent de graves difficultés pour la station debout. Il indique l'importance des semelles orthopédiques en métaux légers. Il note que les réactions individuelles sont variables, notamment en ce qui concerne la contracture du pied.

III. DUBOIS. — *L'importance de l'état antérieur dans les blessures du pied et ses conséquences physiques.* L'auteur rappelle les cas de diabète, de lésions tabétiques, de maladies osseuses localisées (ostéomyélite chronique, tuberculose, tumeurs).

Certaines affections peuvent être de diagnostic difficile : kyste traumatique, nécrose en foyer, etc...

Des perturbations végétatives peuvent être la cause de l'éclosion de dystrophie post-traumatique mais elles sont mal connues.

Enfin, en pratique, il est fréquent de tenir compte des déformations acquises du pied. En tout cas, il faut procéder à une discrimination minutieuse mais parfois délicate, des facteurs propres à l'accident et des facteurs qui lui sont étrangers.

***

Le compte rendu de cet important Congrès paraît sous forme de volume édité par le secrétariat du Congrès. Un compte rendu détaillé en a été donné dans les n°s 6, décembre 1938, et 1, janvier-février 1939, des *Archives des Maladies professionnelles.*

En outre, la plupart des rapports et communications peuvent être consultés à la bibliothèque de l'Institut d'étude et de prévention des maladies professionnelles, 6, rue de la Douane, Paris (X^e^).

Le prochain Congrès international de médecine du travail (IXe) doit se tenir à Rome en 1942.

Dr Guy HAUSSER.

LA CÉCITÉ DE MADAME RÉCAMIER

Par le Docteur Etienne GINESTOUS

Lauréat de l'Institut et de l'Académie de Médecine
Ancien Interne des Hôpitaux de Bordeaux

Madame Récamier devint aveugle à la fin de sa vie.....

De ce fait nous avons l'affirmation dans ses « *Souvenirs et correspondance* » (1) que publia après sa mort Madame Lenormant, sa nièce ; dans les « *Mémoires d'Outre-Tombe* » (2) de Chateaubriand pour qui elle eut une affectueuse tendresse ; dans tous les ouvrages qui ont parlé d'elle, plus particulièrement dans la thèse mémorable de M. Edouard Herriot à laquelle doit se référer quiconque veut bien connaître l'histoire de Madame Récamier (3).

« En 1835. Madame Récamier a 58 ans ; sa santé devient mauvaise, *sa vue faiblit*... mais elle a su vieillir avec art » (Edouard Herriot).

Qu'à 58 ans la vue faiblisse qu'y a-t-il d'étonnant ? C'est une loi de la nature. Dans la première partie du XIX[e] siècle n'étaient pas connues les recherches de Donders et son classique diagramme fixant les rapports étroits de l'accommodation et de l'âge ; mais les oculistes de l'équoque n'ignoraient pas le retentissement de la vieillesse sur la vision. Desmarres, sans en connaître le mécanisme physiologique a consacré dans son Traité des Maladies des yeux (1850) un long chapitre à l'étude et à la correction de la presbyopie. Il est donc permis de penser que dès l'origine fut considéré comme un simple méfait de l'âge le trouble visuel premier symptôme de l'affection oculaire qui devait après quelques années d'évolution aboutir à la cécité de Madame Récamier. La correction optique fut en effet la première tentative faite pour remédier à son insuffisance de vision. En 1840 exerçait à Paris un opticien de grande réputation auteur de remarquables travaux couronnés de nombreuses médailles d'or, *Nicolas Lerebours*. Il fut appelé à faire bénéficier de son art Madame Récamier. D'après une lettre de Ballanche à Madame Lenormant conservée dans la collection de Ch. de Lomenie, par la lunette que lui composa Lerebours, elle recouvra pour un temps la vue. Quelle était la formule correctrice du célèbre opticien ? Fut-elle obtenue par un verre concave qui au début d'une opacification peut parfois suppléer à l'augmentation de l'indice de réfraction ?... ou au contraire par un verre convexe..? Nous ne savons... Un seul fait subsiste. L'amélioration — si amélioration il y eut — ne fut pas de longue durée.

La grande découverte d'Helmholtz qui devait permettre par l'ophtalmoscopie d'explorer les milieux et le fond de l'œil n'était pas encore connue. Mais avec les moyens dont ils disposaient les oculistes n'en savaient pas moins distinguer et préciser la cause des amauroses, surtout quand cette cause — comme c'était le cas — siégeait dans une opacité du cristallin. Madame Récamier était en effet atteinte de la cataracte et ce diagnostic fut posé dès le début, alors que la maladie ne se manifestait que par l'affaiblissement de la vue. Nous trouvons en effet dans les « *Souvenirs et correspondance tirés des papiers de Madame Récamier* » (1) cette mention confirmative du fait :
« La santé de Madame Récamier était restée très
« affaiblie depuis l'année 1839 et vers la même
« époque on s'aperçut qu'une cataracte se for-
« mait sur ses yeux. Cette cécité commençante
« dont le voile allait s'épaissir assez rapidement
« l'inquiétait d'autant plus qu'elle craignait de
« se trouver par là moins en état d'être utile
« à M. de Chateaubriand et de perdre ainsi les
« moyens de le distraire. Déjà elle ne lisait plus
« qu'avec beaucoup de difficulté et de fatigue,
« quoiqu'elle écrivit encore et pût parfaitement
« se conduire seule. »

Que de gens en notre siècle où l'extraction de la cataracte assure une proportion élevée de guérisons complètes redoutent encore de se soumettre à cette opération entourée de tant de garanties. Que de gens avant de s'y résoudre tentent — le plus souvent à l'appel de réclames charlatanesques — d'obtenir la disparition de leur mal par des remèdes prétendus curatifs que la science n'a pas réussi à réaliser. Il ne faut donc pas s'étonner qu'au début du XIX[e] siècle, en un temps où l'opération de la cataracte ne donnait qu'une proportion peu encourageante de succès, Madame Récamier ait tout d'abord accordé sa confiance au grand guérisseur de l'époque. Il en existait comme il en existe aujourd'hui. Nous en relevons le récit dans les « *Souvenirs et*

(1) Souvenirs et correspondance tirés des papiers de Mme Récamier, t. II, p. 539.

(2) CHATEAUBRIAND. — Mémoires d'Outre-Tombe, t. VI, p. 568.

(3) Edouard HERRIOT, — Mme Récamier et ses amis. Thèse de Doctorat ès lettres, 1904, édition 1924.

(1) *Loc. cit.*, t. II, p. 539.

correspondance » (1) : « Nous sommes en 1845. « Le voile qui obscurcissait la vue de Madame » Récamier allait s'épaississant : l'idée d'une « opération, sans l'effrayer lui apparaissait ce- « pendant dans un avenir assez rapproché pour « lui causer quelque trouble. On (2) lui parla « d'un médecin, le Docteur Drouot qui guérissait « les cataractes sans opération au moyen de « certaines frictions ».

Le Docteur Drouot (Théophile) jouissait en effet d'une grande réputation. Né à Bordeaux en 1803, il a été reçu docteur en Médecine à Paris en 1832. Auteur d'un *Précis de Médecine rationnelle et de thérapeutique spécifique*, il appliquait sa doctrine au traitement « des affections réputées jusqu'à ce jour incurables ». Il se défendait d'être oculiste ; bien plus en termes sarcastiques, il attaquait ceux de ses confrères qui s'étaient spécialisés dans la chirurgie oculaire. Il était surtout l'adversaire acharné de Sichel qui « en France, osait-il écrire, a joui, sans qu'on puisse s'expliquer pourquoi d'une grande vogue ». Il préconisait le traitement médical des cataractes sujet sur lequel il écrivit un ouvrage (3) et suivant une méthode qui ne fut pas très bien définie, et qui lui donnait — du moins il l'affirmait — des succès qu'il opposait aux désastres chirurgicaux de ses confrères dont il ne manquait pas de publier la liste afin que nul ne les ignorât. Ce n'était pas évidemment très déontologique. Mais la déontologie existait-elle à cette époque ? Dans le cas de Madame Récamier, son opinion, qu'il a exposée publiquement (4), fut « qu'il fallait commencer par guérir l'irritation nerveuse avant de penser à autre chose ». Que Madame Récamier ait présenté un certain degré de nervosisme c'est là une supposition que l'histoire de sa vie intime permet d'admettre.

Cabanès (5) n'a-t-il pas rapproché son cas de celui de la reine Elisabeth d'Angleterre et prétendu qu'elle était afffligée de l'infirmité des « éternelles blessées », ce qui expliquerait son mariage blanc avec son époux de par la loi ? Peut-être avec les théories pathogéniques modernes de Léopold Levi sur l'influence des endocrines dans l'évolution de la cataracte sénile — pourrait-on y trouver la génèse de cette affection chez Madame Récamier ? Mais Drouot ne connaissait ni les endocrines ni l'opothérapie et les eût-il connues qu'il n'aurait pas pu en guérissant l'irritation nerveuse obtenir la résorption d'un cristallin cataracté.

Madame Récamier suivit donc le traitement du Docteur Drouot. Qu'en advint-il ? La suite du récit toujours emprunté aux « *Souvenirs et correspondance* » va nous le dire : « . . . Elle se soumit tout l'hiver à ce traitement. L'emploi de la « belladone, qui certainement entrait pour une « notable proportion dans ce remède, en dila- « tant la pupille, rendit souvent, pour quelques « heures la vue à Madame Récamier et lui donna « encore quelques vives jouissances. . .

« Ce fut ainsi qu'elle put voir et admirer au « mois de mai 1846, le beau tableau de Saint- « Augustin qu'Ary Scheffer eut la bonne grâce de « faire porter à l'Abbaye-au-Bois, lorsqu'il le « retirait de l'exposition afin que Madame Réca- « mier et de Chateaubriand le pussent contem- « pler. . .

« Mais le résultat définitif fut absolument « nul. . . »

Il ne restait plus qu'une ressource : tenter l'opération. « Elle causait aux amis de Mme « Récamier une préoccupation que chacun « s'efforçait de dissimuler dans le désir tacite et « unanime de distraire d'une telle pensée l'objet de la commune anxiété ». Elle n'en fut pas moins décidée. Elle devait se faire à Passy à la saison d'automne.

Un événement imprévu qui allait marquer à l'Abbaye-au-Bois le début d'une ère de malheurs, en empêcha l'exécution. Le 16 août 1846, Chateaubriand, par suite de l'emballement des « deux rosses » qui traînaient sa voiture, fut victime d'un accident sérieux qui lui fractura la clavicule. Madame Récamier avait pour Chateaubriand une trop affectueuse sympathie pour l'abandonner dans sa souffrance. Elle retarda l'opération. On eut pensé que ce n'était que pour quelques semaines. Un deuxième malheur plus douloureux que le premier l'obligea encore à la différer : le 9 février 1847 « Madame de Chateaubriand s'endormit doucement dans le Seigneur (1) ». Quelques jours après, Mme Récamier subit pour la première fois l'opération de la cataracte. . . Quel fut le procédé opératoire choisi ? A cette période du XIXe siècle, la technique de Daviel avait beaucoup perdu de sa réputation. Roux « qui fut, d'après Furnari, en 1845 parmi les chirurgiens de France, l'homme qui avait opéré le plus de cataractes » recourait encore le plus souvent à l'extraction mais il pratiquait aussi l'abaissement que Scarpa avec le haut appui de Dupuytren avait mis en honneur. Et Desmarres n'avait pas encore tenté

---

(1) *Loc. cit.*, p. 551.

(2) D'après Drouot (Traité médical des Cataractes, 1858, p. 335), ce fut le Docteur Récamier, parent et médecin de Mme Récamier qui, craignant les suites de l'opération le fit appeler.

(3) Drouot. — Traité médical des cataractes, des névralgies, amauroses, etc., ou exposé des principes et des moyens de procurer la guérison des maladies qui causent le trouble, l'affaiblissement et la perte de la vue sans opérations chirurgicales, Paris 1858).

(4) *Loc. cit.*, p. 335.

(5) Cabanès. — Le cabinet secret de l'histoire, 2e série, Paris, 1897. Etude sur le cas de Madame Récamier.

(1) **Chateaubriand. — Mémoires d'Outre-Tombe, t. VI, p. 568.**

de réhabiliter l'extraction à laquelle quelques années plus tard il accorda de nouveau la première place parmi les méthodes opératoires. Nous n'en possédons pas la preuve — toute documentation précise nous faisant défaut à ce sujet — ; mais le rapprochement des dates et des faits permet d'accepter comme hypothèse très vraisemblable que l'opération subie par Madame Récamier fut l'abaissement. Elle fut pratiquée — il en est fait mention dans les *Souvenirs* — par un très habile chirurgien, M. Blandin. Le résultat n'en fut pas heureux. Elle ne rendit pas la vue à Madame Récamier. De cet insuccès fallut-il rendre responsable le grand chirurgien renommé le Professeur Blandin ? Non certainement ; car il avait agi suivant les méthodes et dans les conditions opératoires en honneur à son époque. L'extra-médical Drouot dans son acrimonie contre l'opération de la cataracte pouvait affirmer — en cela il était dans le vrai — que plus de cinquante pour cent des cataractés ne recouvraient pas la vue après l'intervention. Il faut dire aussi que l'insuccès dans le cas de Madame Récamier fut pour une part la conséquence de l'indocilité de la malade. Pour la comprendre et même l'excuser, reportons-nous à ce salon de l'Abbaye-au-Bois où se rencontraient autour de Juliette Récamier tous ses illustres contemporains. La fatalité continuait à frapper de ses coups les plus cruels cette compagnie de personnages unis par l'affection et les plus hautes aspirations. Comme en notre temps où cependant la chirurgie du cristallin est plus maîtresse de ses suites, au temps où Madame Récamier subit l'opération de la cataracte — certainement davantage autrefois qu'aujourd'hui — le repos et le calme étaient une des conditions du succès. Madame Récamier ne put s'y soumettre. Les *Souvenirs* nous le disent : « Les circonstances sem-
« blaient se conjurer pour entraver le succès de
« l'opération. Pressée de reprendre les habitu-
« des qu'elle savait si chère à ses amis, Madame
« Récamier se hâta trop de renoncer à la vie
« exceptionnelle et aux précautions nécessaires
« après une secousse de ce genre. On recom-
« mande en pareil cas un grand calme d'esprit
« et le sort ne lui envoyait que des inquiétudes.
« Le bon Ballanche très faible déjà, très épuisé,
« ne put supporter l'angoisse que lui avait causé
« l'attente de l'opération et la crainte qu'elle ne
« réussit pas. Un mois après, une pleurésie mit
« sa vie en danger.

« Madame Récamier instruite de son état et
« oubliant toutes les précautions qui lui étaient
« recommandées vint s'installer à son chevet ;
« elle ne le quitta plus ; mais elle perdit dans
« les larmes toute chance de recouvrer la vue ».

Ballanche, le 12 juin 1847 « s'éteignit avec le calme d'un sage et la résignation d'un saint ». Chateaubriand racontant cette fin dans ses « *Mémoires d'Outre-Tombe* » ajoute : « Madame
« Récamier qui n'avait pas quitté son chevet
« d'agonie, acheva par les larmes qu'elle versa
« de compromettre sa vue de plus en plus affai-
« blie. Elle était menacée d'une cécité complète ;
« c'est à ce moment que Chateaubriand lui
« offrit de consacrer son amitié en partageant
« son nom. Elle refusa cet honneur par suite
« des plus nobles et des plus délicats scrupules. »

Après tant de malheurs et de deuils accumulés, l'Abbaye-au-Bois était dans la plus grande des tristesses. Il restait à Madame Récamier l'immense affection de M. de Chateaubriand. Pour lui bien qu'aveugle et malade, elle renoua non point des relations mondaines mais des réceptions du matin. « Tant était grande la passion d'amitié qui lui faisait désirer de recouvrer la lumière afin d'être plus utile à cet ami », elle eut le courage de subir une deuxième fois l'opération de la cataracte à celui de ses yeux qui n'avait pas été opéré. Ce fut M. Tonnelé (de Tours) qui l'opéra et cette fois encore *à peu près* sans succès.

Cet « *à peu près* » emprunté au texte des *Souvenirs* laisserait supposer que par cette deuxième opération de la cataracte Madame Récamier recouvra une légère vision ; et c'est certainement sur la foi de cette assertion que M. Henry Bordeaux (1) a pu dire « qu'elle était « *presque aveugle* lorsqu'elle assista Chateaubriand jusqu'à la dernière heure ». Nous ne savons exactement quelle fut la vision restante dont bénéficia Madame Récamier ; tout cependant permet d'affirmer d'après les *Souvenirs* que si la cécité consécutive ne fut pas totale — au sens grammatical du mot — elle le fut dans des suites pratiques. Alors même qu'il lui serait resté une faible perception lumineuse — ce qui est possible — nous devons dès maintenant considérer Madame Récamier comme définitivement aveugle. Ce fut une catastrophe. Elle plongea dans la consternation les amis de Madame Récamier. En cette heure d'immense tristesse, seule s'éleva la voix de Drouot pour incriminer ceux qui avaient tenté l'impossible et prétendre que la malheureuse Madame Récamier eut guéri par sa médication comme il avait guéri, affirmait-il, dans le proche voisinage de l'Abbaye-au-Bois, Madame du Saint-Sacrement, si les « influences chirurgicales n'avaient agi pour la « détourner de sa direction ».

***

Fin d'année 1847. Ni la lunetterie de Lerebours, ni la mystérieuse médication de Drouot, ni les tentatives opératoires de Blandin et de

(1) Henry BORDEAUX. — Le Secret de Mme Récamier. Conférence à l'Université des Annales, 12 janvier 1932. *Conferencia*, 5 février 1932, p. 172.

Tonnelé n'avaient ainsi réussi à rendre aux beaux yeux charmeurs de Madame Récamier la vision qu'ils avaient perdue.,. Son intelligence était toujours aussi vive, son affection pour ceux qu'elle aimait toujours aussi profonde ; mais Madame Récamier était plongée dans les ténèbres. Elle n'accueillit pas comme fit Monseigneur de Ségur son entrée dans la cécité par la chanson de Malborough ; mais elle fut un exemple de résignation et de courage cherchant surtout à ne pas associer à sa tristesse le seul survivant de son entourage illustre, celui pour lequel elle avait une affection si grande, M. de Chateaubriand. Dans l'obscurité où elle dut terminer sa vie, elle organisa son existence. Les *Souvenirs* nous disent ce qu'elle fut : « Ayant l'ouïe d'une remar-« quable finesse, et craignant par dessus tout « d'occuper les autres de ses infirmités, même « lorsque sa cécité fut complète, elle la dissimula « bien longtemps aux indifférents. Ses yeux « n'avaient pas sensiblement perdu de leur « éclat ; et avec un tact sans égal, elle recon-« naissait à l'instant même et à la première « inflexion de voix les personnes qui s'appro-« chaient d'elle. Son valet de chambre avait « le soin de ranger dans un ordre toujours le « même les meubles de son salon, ce qui per-« mettait qu'elle y circulât, parce qu'elle savait « les obstacles qui se rencontraient sur sa route, « et bien des gens en l'entendant parler de ses « pauvres yeux » imaginaient seulement que « sa vue était moins bonne que par le passé... » Elle n'abandonna pas sa grande passion pour la lecture ; mais « obligée de se servir d'autres yeux « que les siens pour satisfaire son goût, elle « s'arrangeait de manière à assortir sa lecture « à son lecteur ; car l'ennui d'un autre lui eût « été beaucoup plus difficile à supporter que le « sien... ».

Amie fidèle elle n'avait pas quitté Ballanche à son chevet d'agonie...

Elle n'abandonna pas davantage M. de Chateaubriand, car elle ne voulait pas que la cécité fit commencer la séparation entre eux avant la mort. Lorsque survint la révolution de 1848, M. de Chateaubriand qui déclinait de jour en jour ne pouvait plus parler... Madame Récamier est là à son côté et l'assiste jusqu'à la dernière heure : « Chaque fois, nous dit Mme Lenormant « que suffoquée par la douleur elle quittait la « chambre, il la suivait des yeux sans la rappe-« ler, mais avec une angoisse où se peignait « l'effroi de ne plus la revoir ».

Le mardi 8 juillet 1848, à 3 heures un quart, Chateaubriand mourut. Madame Récamier était présente à la dernière minute mais elle ne le vit pas mourir. « Ses yeux, dit Henri de Régnier (1), étaient insensibles aux aspects du monde extérieur et ne percevaient plus que les images du souvenir ».

Et lorsque dix mois après, le 13 mai 1849, Mme Récamier rejoignit ses fidèles amis de l'Abbaye-au-Bois dans l'éternité, ce visage d'aveugle prit une expression de sérénité angélique... « La beauté de Madame Récamier, conservée par son immortel amour, a fleuri jusque dans la mort » (1).

DU DANGER POUR LES HOMMES POLITIQUES DE PATRONER DES AUTEURS QU'ILS NE CONNAISSENT PAS

Ceci s'est passé en Belgique mais intéresse aussi le public médical français. Voici les faits que nous empruntons à une coupure du journal *La Nation belge* qu'un de nos lecteurs de province a eu l'obligeance de nous adresser.

Un « docteur » qui se targue d'avoir été « captain » à l'âge de 15 ans 1/2, a fait suivre son nom sur la plaque apposée à son domicile des initiales D. S. C. ; M. D. ; M. A. ; M. R. C. S. ; ce qui signifierait : Diploma of the Association for Surgical Conférences ; Médicus Doctor ; Master of Arts ; Member of the Royal Collège of Surgeons of England.

Ce « docteur » s'est en outre attribué, à tort ou à raison, un certain nombre de prix pour des ouvrages qu'il signale dans une compilation intitulée *Médecine préventive* et, comme par hasard, ces ouvrages sont tous épuisés. Or cette *Médecine préventive*, simple et banale compilation, a conquis les suffrages de plusieurs ministres belges et a été honorée d'une préface d'un ancien ministre français de la Santé publique, qui, bien que n'étant pas médecin, occupe une situation importante dans les milieux médicaux et sanitaires de notre pays.

Nous n'aurons pas la crauté d'emprunter à la *Nation belge* le passage dithyrambique de la préface où l'ancien ministre français de la Santé publique fait l'éloge du « docteur » qui s'attribue tant de titres anglais ; il vante sa hardiesse, son souci national et humain, sa forte documentation et sa loyale expérience.

Si notre ancien ministre considère que c'est pour lui « un honneur de présenter l'ouvrage au lecteur, honneur qu'il remercie le docteur X de lui avoir conféré », nous nous permettrons de lui donner un conseil à lui et aux hommes politiques en vue de tous les pays, c'est de se renseigner sur les antécédents et la moralité de ceux qui sollicitent leur patronage.

Ils éviteront le risque du ridicule et le ridicule détruit souvent en France, et sans doute aussi en Belgique, les réputations les plus justifiées et les plus solidement établies. J. NOIR.

(1) Henry BORDEAUX. — *Loc. cit.* *Conferencia*, 5 février 1932.

Nos réunions médicales

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION SYNDICALE DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE SON CINQUANTIÈME ANNIVERSAIRE

A la suite d'un banquet qui a réuni au Pavillon de l'Elysée plus de cinquante représentants de publications médicales de Paris et de Province, l'*Association de la Presse Médicale française* a tenu son Assemblée générale sous la présidence de son président, M. le Professeur Loeper. En une allocution cordiale dont l'humour n'était pas exclu, M. Loeper en termes excellents a remercié les membres de l'Association, surtout ceux de Province, qui avaient répondu à l'appel du Bureau. Il a rappelé les origines de l'Association dont on fêtait le cinquantième anniversaire et a montré comment elle avait évolué. D'abord Association confraternelle, amicale, elle est devenue du fait des difficultés économiques et des charges fiscales qui accablent les journaux médicaux un véritable syndicat. Il remercie le Docteur Gardette, secrétaire général, qui au bout de sept années d'efforts et de dévouement, continuant l'œuvre de son prédécesseur, le Docteur Pierra, demande à son tour à se retirer. Le Conseil d'administration propose le Docteur Crinon, le brillant redacteur en chef de l'*Informateur Médical*, qui connaît à fond tout ce qui concerne la Presse, pour le remplacer.

Par acclamation et à l'unanimité, M. Crinon est élu secrétaire général et les membres du Conseil sortants sont maintenus.

M. Crinon a remercié le président Loeper et l'Assemblée de la confiance qui lui est témoignée. Il montra les difficultés que rencontre le Syndicat, signala l'appui précieux que le *Syndicat général des périodiques et journaux illustrés français* a apporté à l'Association de la Presse médicale, grâce à l'intervention personnelle de M. Boulanger, membre du Comité technique, qui, prévoyant l'impuissance relative où se trouverait l'Association de la Presse médicale pour défendre ses intérêts, a tenté d'établir une liaison avec le Syndicat général des périodiques infiniment plus puissant. Le Syndicat général des périodiques, reconnaissant d'ailleurs les qualités techniques de M. Boulanger, l'a admis dans son Conseil d'administration. M. Crinon espère qu'en s'inspirant de ce qui a été fait, il arrivera à assurer la défense économique des journaux médicaux.

M. Crinon a rappelé tout son passé de journaliste. Dans divers organes de la grande Presse, dans de nombreux et importants périodiques, il a rempli toutes les fonctions depuis reporter des petites nouvelles jusqu'à secrétaire de la rédaction. Il met son expérience au service de ses confrères et termine par l'exposé de l'importance qu'il donne à l'iconographie dans les périodiques même médicaux.

Le trésorier, M. G. Baillière, a alors exposé en détail l'état prospère des finances de l'Association, et M. Bérillon, commissaire aux comptes, a félicité le trésorier de son excellente et fructueuse gestion.

Tous les discours et communications ont été fréquemment applaudis. Des propositions furent faites de subventionner plusieurs œuvres de bienfaisance médicale. Acceptées en principe à la demande de M. le Professeur Loeper, ces propositions ont été renvoyées à l'étude du Conseil d'administration qui se préoccupera en outre de la vie plus active et des manifestations dont l'*Association de la Presse médicale française* pourrait prendre l'initiative.

J. Noir.

SYNDICAT MÉDICAL DE CHARTRES

Assemblée générale du 4 décembre 1938

Présidence du Docteur Durand

Vingt-deux présents : Docteurs Durand, président, Poirel, secrétaire, Panas, trésorier, Astor, Alleaume, Avenard, Bosquet, Carlotti, Deniau, Dassonville, Dudefoy, Foubert, Lacroix, Lecœur, Lelong, Monier, Morice, Pichon, Raganeau, Santrot, Vaillant et le Docteur Gauthier de Nogent-le-Roi, invité.

Se sont excusés : les Docteurs Daban, Dufour, Fayolle, de Fourmestreaux, Fredet, Cilles, Launay, Roue, Raffegeau.

Sont admis provisoirement les Docteurs Gibert, de Chartres, et Geninet, de Jouy.

Le syndicat s'en remet au Conseil de la Fédération pour la désignation de délégués à l'Assemblée générale et aux Offices de la Confédération.

Addendum aux statuts. — Le Syndicat ayant plus de dix années d'existence, il est apparu illogique que l'on continue à admettre sans payer de droit d'entrée un médecin installé dans le département depuis longtemps.

Après discussion, l'Assemblée décide que : « un droit d'entrée fixé par l'Assemblee générale d'automne pour l'année suivante sera versé par tout can-

didat admis, s'il a plus de trois années de présence dans le département, avant de demander son admission ». Ce droit est fixé à 50 francs.

Budget. — *Recettes* :

En Caisse le 21 novembre 1937	2.361 »	
Cotisations	7.050 »	
Total		9.411 »

Dépenses :

Confédération 1938	4.600 »	
Fédération	1.290 »	
Indemnité de présence (une séance)	260 »	
Secrétariat et trésorier	86,65	
Total		6.236,65
Reste le 4 décembre 1938		3.174,35

plus quinze actions Chambon.

La cotisation reste fixée à 150 francs et l'indemnité de présence à 10 francs.

Tarifs de clientèle. — Les tarifs ont à être envisagés en fonction de l'augmentation sensible des dépenses auto (garage, essence, huile, pneus) et en dehors de toute autre considération de cherté de vie commune à toutes les professions. Il s'agit donc particulièrement de l'indemnité de déplacement.

Le secrétaire fait observer que ce qui a toujours gêné les transactions dans les commissions officielles est le fait que les chiffres réellement appliqués correspondaient souvent à un chiffre d'indemnité kilométrique un peu inférieur à la normale (C. f. discussion au cours des travaux de la commission tarifs accidents du travail 1937) le Docteur Poirel donne de ce fait paradoxal l'explication suivante :

En observant les chiffres du tableau ci-dessous :

Km	20+1,50	20+1,75	20+2	25+1,50	25+1,75
3	29	30,50	32	34	35,50
4	32	34 »	36	37	39 »
5	35	37,50	40	41	42,50
6	38	41 »	44	44	46 »
Etc					

On constate par exemple que le chiffre 44 francs correspond aux 6 kilomètres, mais à deux colonnes différentes 20 + 2 et 25 + 1,50, ce qui traduit la différence énoncée par deux syndicats voisins, l'un disant qu'il applique 2 francs, l'autre 1 fr. 50, alors que le chiffre global de la visite est le même. Celui-là ajoutant l'indemnité au chiffre de l'acte minimum (pour l'Eure-et-Loir 20 francs) celui-ci au chiffre visite (25 francs) qui comprend déjà une indemnité forfaitaire de déplacement, ce qui est peu logique. De plus, cela place ce deuxième syndicat en état d'infériorité vis-à-vis des Administrations qui, elles, ont l'habitude de compter avec le premier mode (réformés, accidents du travail, assurances sociales) et nous reprochent parfois de demander plus pour le tiers payant que pour la clientèle.

Il est donc aussi diplomatique que logique de généraliser syndicalement ce mode administratif. Le Syndicat de Chartres après échange d'explications se rallie à l'unanimité à cette manière de voir. Cela étant, il adopte l'indemnité de 1 fr. 75 au lieu de 1 fr. 50 à partir du 1er janvier 1939 entendu qu'elle s'ajoute à 20 francs base de l'acte minimum (sauf le minimum de déplacement de 5 francs soit 25 francs pour visite dans l'agglomération).

Pour les visites à 10 kilomètres et au-dessus, les médecins sont invités d'une part à tenir compte du plafond compatible avec les possibilités de paiement de la clientèle surtout pour les économiquement faibles, certains chiffres pouvant devenir prohibitifs. D'autre part, à éviter le reproche de concurrencer les confrères limitrophes par abaissement de tarifs. L'idéal serait en ce cas l'entente entre médecins de syndicats et de départements voisins pour appliquer mêmes chiffres à mêmes distances.

Tarifs d'assurances. — Assurance-vie 100 francs, assistance à une expertise sur demande d'une Compagnie et rapport 100 francs. Examens de contrôle et rapport pour l'accident du travail, 100 francs exceptionnellement (cas simples) 50 francs.

Assistance simple.— De la statistique parue dans le *Médecin de France*, 15 octobre 1938, il ressort que l'Eure-et-Loir est parmi les départements qui ont le chiffre le plus élevé de visite (15 francs) de visite de nuit (45 francs) et de visite du dimanche (22 fr. 50). Vingt départements cependant ont de 24 à 30 francs pour visite du dimanche et de 1,65 à 2 francs d'indemnité kilométrique.

Vaccinations. — Le vœu est exprimé de l'emploi du vaccin combiné diphtérique-tétanique, mais en supprimant la demande préalable aux familles vu l'obligation pour la vaccination diphtérique. Si le Conseil général opposait la dépense extraordinaire provoquée par un grand nombre de sujets non encore vaccinés, le syndicat demande que l'Administration envisage le vaccin mixte et ses trois piqûres dès la deuxième année d'application de la loi nouvelle.

L'héroïnomane dont il a été question dans plusieurs gazettes médicales a fait son tour d'Eure-et-Loir. En cas de semblable aventure, le premier médecin touché ferait bien d'en aviser le secrétaire, afin qu'il prenne les mesures nécessaires d'avertissement confraternel.

Questions diverses. — *Inspection des écoles.* Une organisation est prévue pour la ville de Chartres avec le concours des médecins praticiens.

Le Secrétaire,

Dr Poirel.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique thérapeutique médicale de la Pitié.** (Professeur F. Rathery). *Les thérapeutiques nouvelles* (Conférences du dimanche matin). — Une série de dix conférences de thérapeutique, d'ordre essentiellement pratique, sera faite le dimanche matin à la Pitié (amphithéâtre des cours), destinée aux médecins praticiens.

12 mars, Professeur F. Rathery : Traitement des obèses. — 19 mars, Docteur F.-P. Merklen, médecin des hôpitaux : Traitement du rhumatisme articulaire aigu. — 26 mars, Professeur Chevassu : Traitement des pyélonéphrites. — 23 avril, Docteur F. Bordet, ancien chef de clinique à la Faculté : Traitement de la tuberculose pulmonaire à ses débuts. — 30 avril, Docteur Tinel, médecin des hôpitaux : Traitement des états neurasthéniques. — 7 mai, Professeur Clovis Vincent : Le traitement des syndromes d'hypertension intracranienne. — 14 mai, Professeur H. Claude : La thérapeutique de choc en psychiatrie. — 21 mai, Docteur Durel, médecin de Saint-Lazare : Les sulfamidés en thérapeutique. — 4 juin, Docteur Milian, médecin honoraire des hôpitaux : Traitement de la gale et des phtiriases. — 11 juin : Professeur Nobécourt : Traitement du diabète sucré chez l'enfant.

Ces conférences sont gratuites et sont ouvertes aux médecins praticiens, aux internes et aux étudiants.

— **Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales.** — 3e *partie. Electro-photothérapie.* — Les cours commenecront le 1er mars 1939 et les exercices pratiques le lundi 6 mars.

— **Cours de pathologie chirurgicale.** — M. le Professeur Henri Mondor fait son cours les lundis, mercredis et vendredis, à 17 heures, au petit amphithéâtre.

Programme. — Les syndromes chirurgicaux aigus de l'abdomen.

— **Clinique de neuro-chirurgie.** (Hôpital de la Pitié, 83, boulevard de l'Hôpital. Professeur : M. Clovis Vincent). — Le Professeur Clovis Vincent fait son enseignement à la clinique de neuro-chirurgie (hôpital de la Pitié), les mardis, à 9 h. 1/2, et les samedis, à 10 heures.

— **Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques** (Hôpital Saint-Louis). — M. le Professeur H. Gougerot, médecin de l'hôpital Saint-Louis, continuera ses cliniques aux dates suivantes, les mardis à 11 heures, à l'amphithéâtre Louis Brocq de la clinique, et les mercredis soirs à 20 h. 30, à la consultation de la Porte, à l'hôpital Saint-Louis : *Les traitements des grandes dermatoses* (*L'indispensable en dermatologie*), avec présentation de malades et de moulages, projections.

Mercredi 1er mars : Allaitement des hérédo-syphilitiques. — Mercredi 8 mars : Séro-réaction de Bordet-Wassermann : discussion des meilleures techniques. Interprétation des Bordet-Wassermann positifs. — Mercredi 15 mars : Interprétation des Bordet-Wassermann négatifs, les causes d'erreurs, les imperfections et paradoxes du Bordet-Wassermann. — Mercredi 22 mars: Adénites chancrelleuses et maladie de Nicolas-Favre : Formes nouvelles et traitements. — Mardi 28 mars : Méthodes d'examen. Règles des traitements externes ; les erreurs graves à éviter en dermatologie. — Mercredi 29 mars et mardi 2 mai : Formulaire dermatologique. — Mercredi 3 mai : Traitements internes des eczémas : Désensibilisation, etc. — Mardi 9 mai : Traitements externes des eczémas et des dermatoses irritables. — Mercredi 10 mai : Traitements généraux des tuberculoses cutanées. — Mardi 16 mai : Traitements locaux des lupus tuberculeux et érythémateux. — Mercredi 17 mai : Traitements des épidermomycoses : les complexes des plis, des plantes, etc. — Mardi 23 mai : Traitements des mycoses profondes. — Mercredi 24 mai : Nouveaux traitements du psoriasis. — Mardi 6 juin : Traitements des pyodermites : vaccins, bactériophages, etc. — Mercredi 7 juin : Traitements des érythrodermies. — Mardi 13 juin : Nouveaux traitements des dermatoses bulleuses. — Mercredi 14 juin : Nouveaux traitements des prurits, lichens, urticaires, etc. — Mardi 20 juin : Diagnostic et traitements des dermo-épidermites microbiennes. — Mercredi 21 juin : Traitements des alopécies et des pelades, des hypertrichoses. — Mardi 27 juin : Traitements des séborrhées de la face, de cuir chevelu et des acnés. — Mercredi 28 juin : Traitement de la gale et des pédiculoses. — Mardi 4 juillet : Traitements des nævi et des cancers cutanés.

Les jeudis de la clinique de Saint-Louis, fondés sous le patronage de L. Brocq. — 23 mars : M. Tisseuil Lèpre tuberculoïde. — 3 et 4 mai : M. Pierre Woringer, médecin des hôpitaux de Strasbourg : Sur la pathologie de l'eczéma du nourrisson et son traitement. — 25 mai : Professeur Joyeux (Marseille) : Les vitamines dans les dermatoses parasitaires. — 15 juin : Professeur Paulian (Bucarest) ; Pathogénie des troubles trophiques cutanés. — 29 juin : M. Duche ; Notions nouvelles sur les mycoses.

(A 10 h., à l'amphithéâtre Fournier de la clinique.)

— **Pathologie et thérapeutique générales** (Professeur : M. A. Baudouin). — M. le Professeur Baudouin commencera son cours le lundi 13 mars, à 18 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Objet du cours. — 1o Pathologie générale des troubles de la nutrition : Diabète, Goutte, Obésité ; Troubles du métabolisme de l'eau, du calcium ; Troubles de l'équilibre acido-basique. — 2o Pathologie générale du système nerveux végétatif. — 3o Quelques leçons sur les phénomènes bio-électriques du système nerveux.

— **Chaire de pathologie expérimentale et comparée** (Professeur : M. Noël Fiessinger). — M. le Docteur André Lemaire, agrégé, a commencé ses conférences le 23 février 1939, à 18 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : Endocrinologie expérimentale.

— **Hôpital Broca** (111, rue Broca). *Clinique gynécologique* (Fondation de la Ville de Paris). — M. Pierre Mocquot, professeur, commencera son enseignement clinique le samedi 4 mars 1939, à 11 heures du matin.

Les séances opératoires auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. 30.

— **Cours de parasitologie et histoire naturelle médicale** (Professeur : M. E. Brumpt). — M. le Professeur G. Lavier, de la Faculté de médecine de Lille, chargé d'enseignement, reprendra le cours de parasitologie et histoire naturelle médicale (2e semestre), le jeudi 2 mars 1939, à 16 heures, au petit amphithéâtre de la

Faculté, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

— **Chaire d'hydrologie thérapeutique et climatologie** (Professeur : M. Maurice Chiray). — M. le Professeur M. Chiray, assisté de M. L. Justin-Besançon, agrégé, commencera ses cours et démonstrations cliniques du semestre d'été le mardi 2 mai, à 10 heures du matin, dans son service de l'hôpital Bichat et les continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure.

Sujet du cours et des démonstrations : Maladies de l'appareil digestif, du foie et de la nutrition : leur traitement hydro-climatique.

— **Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale** (Professeur : M. Pierre Duval). — *Chirurgie de la tête et du cou.*— Troisième cours : par M. Calvet, prosecteur, avec la collaboration de M. F. Bérard, chef de clinique oto-rhino-laryngologique, sous la direction de M. le Professeur F. Lemaitre. Ouverture du cours le lundi 17 avril 1939, à 14 heures.

Première leçon : Complications veineuses des oto-mastoïdites. Ligature de la jugulaire interne. Ligature de la carotide externe. — Deuxième leçon : Chirurgie des oto-mastoïdites et de leurs complications encéphaliques. — Troisième leçon : Chirurgie des sinus de la face. Rhinotomies. — Quatrième leçon : Chirurgie du maxillaire inférieur et de l'articulation temporo-maxillaire. Résection du maxillaire supérieur. — Cinquième leçon : Chirurgie des glandes parotide et sous-maxillaire. — Sixième leçon : Trachéotomies et laryngectomies. — Septième leçon : Pharyngotomies. Œsophagotomies externes. — Huitième leçon : Chirurgie de la langue. Curage ganglionnaire du cou. — Neuvième leçon : Chirurgie du corps thyroïde. — Dixième leçon : Chirurgie du sympathique cervical. Neurotomie rétro-gassérienne.

Les cours auront lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis : les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 300 francs, pour ce cours.

S'inscrire à la Faculté, au secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4) de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures ; ou bien tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), à la salle Béclard (A. D. R. M.).

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôtel-Dieu.** — *Huit conférences sur les hépatites ictérigènes* par le Docteur Jacques Caroli, médecin des hôpitaux, les mercredis, à 18 heures, à l'amphithéâtre Trousseau. — Programme des cours :

I. *Les hépatites ictérigènes de cause inconnue* (quatre leçons). — Mercredi 1er mars : Hépatites ictérigènes bénignes. — Mercredi 8 mars : Hépatites ictérigènes bénignes (*suite*). — Mercredi 15 mars : Hépatites ictérigènes graves. — Mercredi 22 mars : Hépatites ictérigènes chroniques.

II. *Les hépatites ictérigènes de cause connue* (quatre leçons). — Mercredi 29 mars : Hépatites ictérigènes infectieuses. — Mercredi 19 avril : Hépatites ictérigènes infectieuses (*suite*). — Mercredi 26 avril : Hépatites ictérigènes toxiques. — Mercredi 3 mai : Traitement des hépatites ictérigènes.

— **Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux.** — Un concours pour une place d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris s'ouvrira le 25 avril 1939.

Inscriptions du 23 au 29 mars 1939 au bureau du Service de santé de l'administration.

— **Concours de médecin des hôpitaux.** — Questions posées. — Série A : Syphilis tertiaire du foie (thérapeutique exceptée). Série B : Les brucelloses.

Questions restées dans l'urne. — Série A : Formes cliniques et diagnostic de la maladie de Nicolas-Favre. Série B : Diabète insipide. Cancer du poumon.

— **Concours de chirurgien des hôpitaux.** — Opérations données : Ligature de l'artère axillaire dans l'aisselle Désarticulation médio-tarsienne, dite de Chopart. — Ligature de l'artère fémorale au canal de Hunter. Désarticulation du poignet.

— **Prix de l'internat** (*Chirurgie et accouchement*). — Ont obtenu : la *médaille d'or*, M. Monsaingeon ; la *médaille d'argent*, M. Cauchoix. *Accessit* : M. Rouvillois.

— **Concours de l'internat** (*oral*). — Séance du 4 février. *Questions posées* : Formes cliniques des angines de la scarlatine. — Symptômes, évolution et diagnostic des perforations des ulcères gastro-duodénaux.

Ont obtenu : Mlle Schweisguth, 18 ; MM. Delouche, 27,5 ; Galey (J.), 20 ; Mlle Bournisien, 24 ; MM. Claude Monod, 21 ; Léandri, 27,5 ; Chessebeuf, 16 ; Devimeux, 17 ; Georges Pruvot, 27 ; Bonvallet, 26.

Séance du 15 février. — *Questions posées* : Formes cliniques des urémies nerveuses. — Signes, diagnostic et traitement des abcès aigus du sein.

Ont obtenu : Mlle Laure Dubois, 18,5 ; MM. André Albert, 19 ; Ciaudo, 24 ; Mselati, 13 ; Stépanoff, 12; Yves Cachin, 15,5 ; Scébat, 24 ; Chappelart, a filé; Pierre Dufresne, 14 ; Albou, 23.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

A TRAVERS L'OFFICIEL

Accidents du travail

Arrêté du 28 janvier 1939 nommant les membres de la Commission du tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail.

Art. 1er. — Sont nommés membres de la Commission chargée de l'élaboration des tarifs de remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail :

En qualité de représentants des Syndicats de médecins

M. le Docteur Albert, président du Syndicat médical de la Sarthe, à Parcé (Sarthe).

M. le Docteur Caillaud, membre du bureau de la Confédération des Syndicats médicaux français, à Orléans (Loiret).

M. le Docteur Decourt, président d'honneur du Syndicat médical de Seine-et-Marne, à Mitry-Mory (Seine-et-Marne).

M. le Professeur Lenormant, professeur de la Faculté de médecine de Paris, membre du Syndicat des médecins de la Seine, à Paris.

M. le Docteur Marquis, directeur de l'Ecole de médecine de Rennes, président du Syndicat général des chirurgiens français, à Rennes (Ille-et-Vilaine).

En qualité de représentants des Syndicats de pharmaciens

M. Baetz, membre du Syndicat des pharmaciens des Deux-Sèvres, à Chef-Boulonne (Deux-Sèvres).

M. Barthet, président honoraire de l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques de France et des colonies à Paris.

M. Guérin, sénateur, membre du Syndicat des pharmaciens de la Manche, à Paris.

M. Lépine, secrétaire général de l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques de France et des colonies, à Paris.

M. Ravaud, secrétaire du Syndicat des grandes pharmacies de France et des colonies, à Paris.

En qualité de représentants des Syndicats professionnels patronaux

M. Bataille, trésorier de la Confédération nationale des Associations agricoles, à Paris.

M. Boret, sénateur, ancien ministre, président du Syndicat des agriculteurs de la Vienne, à Saumur (Maine-et-Loire).

M. Donon, président de l'Union des Syndicats patronaux des industries textiles de France, à Paris.

M. Forgeron, directeur général de la Caisse syndicale d'assurance mutuelle des forges de France, à Paris.

M. Hecquet, président de l'Association des employeurs de main-d'œuvre dans les ports de France, à Paris.

En qualité de représentants des Syndicats professionnels ouvriers

M. Bourgeois, secrétaire du Syndicat des ouvriers agricoles de la Brie, à Mormant (Seine et Marne).

M. Chamson, membre de la Fédération nationale des travailleurs de l'agriculture, à Paris.

M. Lebrun, secrétaire général adjoint de la Fédération des Syndicats chrétiens des travailleurs de la pharmacie et de la droguerie, à Paris.

M. Thomsen, secrétaire du Conseil judiciaire de l'Union des Syndicats du département de la Seine, à Paris.

M. Quillent, ancien secrétaire du Conseil judiciaire de l'Union des Syndicats du département de la Seine, à Paris.

En qualité de représentants de Sociétés ou Caisses mutuelles d'assurances agricoles constituées dans les termes de la loi du 4 juillet 1900

M. de La Selle, directeur de la Caisse centrale d'assurances mutuelles agricoles, à Paris.

M. Vimeux, administrateur délégué de la Caisse nationale de réassurance des Mutuelles agricoles, à Paris.

En qualité de représentants de Syndicats de garantie contre les accidents du travail

M. Fontane, directeur général du Syndicat de garantie du bâtiment et des travaux publics, à Paris.

M. Girault, président du Syndicat de garantie de la boulangreie de Paris et du département de la Seine, à Paris.

En qualité de représentants des Sociétés anonymes d'assurances contre les accidents du travail

M. Lambert, directeur général de la Société d'assurances La Prévoyance et vice-président de la Réunion des assureurs contre les accidents du travail, à Paris.

M. Rimbert, directeur général de la Compagnie d'assurances générales accidents-vol maritimes, risques divers, réassurances, et président de la Réunion des assureurs contre les accidents du travail, à Paris.

En qualité de représentants de Sociétés mutuelles d'assurances constituées dans les termes du décret du 8 mars 1922

M. Sagot, directeur de la Caisse mutuelle-accidents des agriculteurs de France.

M. Senlis, vice-président délégué de la Société d'assurances Les Travailleurs français, à Maintenon (Eure-et-Loir).

En qualité de représentants de Sociétés étrangères d'assurances contre les accidents du travail

M. Simon, directeur de la Société suisse d'assurance contre les accidents Winterthur, président du Syndicat des Compagnies étrangères et membre de

la Réunion des assureurs contre les accidents du travail, à Paris.

En qualité de directeur général de la Caisse des dépôts et consignations chargé de la gestion de la Caisse nationale d'assurances en cas d'accidents

M. Deroy.

En qualité de conseillers à la Cour de cassation.

MM. Gazier, Grignon.

En qualité de maîtres des requêtes au Conseil d'Etat

MM. Monier, Tissier.

En qualité de représentants du ministre du Travail

M. Pujo, sous-directeur des assurances privées.

M. Lavault, chef de bureau à la direction des Assurances privées.

En qualité de représentants du ministre de l'Agriculture

M. Chapiseau, directeur du secrétariat, du personnel central et de la comptabilité.

M. Mathonnet, chef du service de l'inspection générale des Associations agricoles et des Institutions de crédit.

En qualité de représentants du ministre de la Santé publique

M. Stirn, directeur de l'Hygiène et de l'Assistance.

M. Touyeras, directeur adjoint de l'Hygiène et de l'Assistance.

Art. 2. — Est nommée secrétaire de la Commission :

Mlle Fougerat, rédacteur au ministère du Travail

(*J. O.*, 2 février 1939.)

Direction de la santé

Avis de vacance d'emplois de directeur de la santé

Sont déclarés vacants deux postes de directeur de la santé, l'un à Pauillac, l'autre à Marseille.

Conformément à l'article 2 du décret du 24 mai 1930, les candidats ont un délai d'un mois à compter de la publication, pour adresser au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 1er bureau) leur demande accompagnée de l'exposé de leurs titres et de toutes justifications utiles.

Les candidats devront être nécessairement pourvus du diplôme d'Etat de docteur en médecine. Il leur sera tenu compte des diplômes spéciaux d'hygiène ou d'études médicales coloniales et de leurs connaissances touchant l'hygiène générale et l'hygiène de la navigation, la bactériologie, la parasitologie, l'étiologie, l'épidémiologie et la prophylaxie des maladies, ainsi que la pratique des services sanitaires, particulièrement en ce qui concerne la désinfection et l'application des règlements en vigueur.

Les candidats devront être de nationalité française. En cas de naturalisation, ils devront satisfaire aux conditions fixées par la loi du 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine et ne pourront

être nommés à cet emploi que s'ils comptent au moins dix ans de naturalisation à dater de la publication du décret qui leur a conféré la nationalité française (loi du 19 juillet 1934).

Les candidats ne devront pas être âgés de plus de cinquante ans ; toutefois aucune limite d'âge n'est exigée des candidats qui appartiennent déjà au cadre régulier du Service sanitaire maritime.

Les demandes seront accompagnées des documents ci-après :

1° Extrait de l'acte de naissance ;

2° Certificat de nationalité française et, s'il y a lieu, pièces établissant la naturalisation et indiquant la date d'obtention du droit d'exercer ;

3° Extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

4° Copie certifiée conforme des diplômes et, en particulier, du diplôme de docteur en médecine d'une Faculté de l'Etat ;

5° Indication des titres de toute nature et des fonctions remplies, avec références à l'appui ;

6° Un exemplaire de la thèse et des études publiées.

Le traitement est de 20.500 francs pour le poste de Pauillac et de 30.000 francs pour celui de Marseille.

La liste sera close le 10 mars 1939.

(*J. O.*, 9 février 1939.)

Enseignement de la médecine

Par arrêté du ministre de l'Education nationale en date du 9 février 1939, la date du concours pour l'emploi de professeur suppléant de pathologie médicale et de médecine expérimentale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Tours, fixée au lundi 20 février 1939 par l'arrêté du 8 août 1938, est reportée au lundi 27 février 1939.

(*J. O.*, 10 février 1939)

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 31 janvier 1939, le Conseil a prononcé les admissions ci-après :

MM. les Docteurs :

13.593 BANSE, Poissy (Seine-et-Oise). Parrains : Docteurs Judet et Navarre.

13.594 BOUCHEROUDE, Lusignan (Vienne). Syndicat de la Vienne.

13.595 CABARROUY, Oloron-Sainte-Marie (Basses-Pyrénées). Syndicat médical des Basses-Pyrénées.

13.596 CHARDAC, Chauvigny (Vienne). Syndicat médical de la Vienne.

13.597 DEFFUANT, Maison de santé de Saint-Dizier (Haute-Marne). Amicale des médecins d'asile.

15.598 DEFFUANT (Christiane), Maison de santé de Saint-Dizier. (Haute-Marne). Amicale des médecins d'asile.

13.599 DESMONS, Thumeries (Nord). Parrains : Docteurs L'Herminé et Tiprez (Jean).

13.600 DOSSIN, Avize (Marne). Syndicat médical d'Epernay.

13.601 FOURNIER (Berthe), 3, rue Casimir-Périer, Paris (VIIe). Syndicat médical de la Seine.

13.602 GAUCH, 18, boulevard Gambetta, Nîmes (Gard). Société de médecine militaire française. Parrains : Docteurs Flaissier de Dufoix.

13.603 GODARD, Le Portel (Pas-de-Calais). Syndicat de Boulogne-sur-Mer.

13.604 GOIFFON, 8, rue de Solférino, Paris (VIIe). Syndicat médical de la Seine.

13.605 HOREAU, Nantes (Loire-Inférieure). Syndicat des médecins de Nantes.

13.606 JANEAU, La Bazoche-Gouët (Eure-et-Loir). Syndicat de Chateaudun.

13.607 LECOURT, 12, place Daumesnil, Paris (XIIe). Parrains : Docteurs Arama Michel et Pelosof.

13.608 LEROY, Vaulx-Vrancourt (Pas-de-Calais). Parrains : Docteurs Delacourt et Lefebvre.

13.609 LOISEAU, Orange (Vaucluse). Parrains : Docteurs Jacquieu et Defoug.

13.610 MASSOT, Chatellerault (Vienne). Parrains : Docteurs David et Lacoste.

13.611 MEDZADOURIAN, 230, avenue du Maine, Paris (XIVe). Parrains : Docteurs Dlasaec et Doré.

13.612 NEVEU (Renée), Montrouge (Seine). Syndicat de la Banlieue Est et Sud.

13.613 PETIT, Ailly-le-Haut-Clocher (Somme). Syndicat des médecins de la Somme.

13.614 PHELIZOT (Simone), Belfort. Syndicat médical de Belfort.

13.615 PROUST (Madeleine), 66, rue Lecourbe, Paris (XVe). Parrains : Docteurs Vivier et de Laval.

13.616 ROUZAUT, Cavan (Côtes-du-Nord). Syndicat médical des Côtes-du-Nord.

13.617 ROZIER, Pont-de-Cé (Maine-et-Loire). Syndicat médical d'Angers.

13.618 ROZIER-BRASSART (Lucile), Pont-de-Cé (Maine-et-Loire). La Prévoyance médicale.

13.619 SAINT-MARTIN (René), Carnac-Plage (Morbihan). Syndicat médical de Lorient.

13.620 SAMARA, Berson (Gironde). Association des externes et anciens externes des hôpitaux de Bordeaux.

13.621 TABOURDEAU, Sauze-Vaussais (Deux-Sèvres). Syndicat des Deux-Sèvres.

13.622 TARGET, Vivonne (Vienne). Parrains : Docteurs Delobel et Toffin.

13.623 VILLEMEZ, Chabrelóche (Puy-de-Dôme). Parrains : Docteurs Perrier et Baré.

13.624 VINCENS (Lucien), Noisy-le-Grand (Seine-et-Oise). Parrains : Docteur Néel et Vacquier.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours qui suivront la présente publication (article 5 des Statuts).

La Semaine sainte à Séville

L'Office de tourisme et d'expansion française, Paris, 116 *bis*, avenue des Champs-Elysées, organise un voyage en Espagne dont voici l'itinéraire détaillé :

Départ de Hendaye

2 avril : Vers 9 heures, après le petit déjeuner au buffet de la gare à *Hendaye*, passage de la frontière à pied, visite de la douane, départ pour *Irun* et après la messe, départ en chemin de fer pour *Cacères*, repas en wagon-restaurant.

3 avril : Arrivée à *Cacères* pour le petit déjeuner et départ en autocar par *Mérida* (déjeuner), arrivée à *Séville* pour dîner et logement.

4 avril au 8 avril : Séjour à *Séville*. Au cours de ce séjour : 1° visite de la ville en autocar sous la conduite d'un guide ; la Cathédrale, la Giralda, les Archives des Indes, l'Hôtel de Ville, la Tour de l'Or, les Murailles Romaines, le Couvent de Santa Paula, le Palais de las Duenas, la tour de Don Fadrique, le Palais des Expositions, la Fabrique de tabac, etc. ; 2° excursion en autocar à Cordoue avec visite de la ville (la Mesquita), le Musée des Beaux-Arts, l'Ayentamiento, etc.).

9 avril : Départ de *Séville* le matin en autocar, par *Ronda*, déjeuner et visite, arrivée à *Malaga* pour dîner et logement.

10 avril : Séjour à *Malaga*. Visite de la ville, en autocar sous la conduite d'un guide.

11 avril : Départ de *Malaga* le matin en autocar, arrivée à *Grenade* pour déjeuner, visite de la ville, en autocar sous la conduite d'un guide (l'Alhambra, la Generalife, visite aux Gitanes, etc.).

12 avril : Matinée à *Grenade*, déjeuner et départ en autocar pour *Séville*, arrivée pour dîner et logement.

13 avril : Départ le matin de *Séville* en autocar pour *Cacères*, déjeuner et visite de la ville, après le dîner, départ en chemin de fer.

14 avril : Arrivée à *San Sébastian*, conduite aux hôtels, petit déjeuner, visite de la ville, en autocar sous la conduite d'un guide.

15 avril : Matinée à *San Sébastian*, déjeuner et départ pour *Irun*, visite de la douane, passage à pied de la frontière et arrivée à *Hendaye* vers 18 heures. Fin de nos services.

Billet de Hendaye à Hendaye.

Classe unique 1re *classe, les meilleurs hôtels tout confort* : 3.590 *francs.*

***

Au cours du séjour à *Séville*, on assistera aux processions et cérémonies religieuses.

Réceptions officielles du Pèlerinage par les Autorités consulaires françaises à l'Ecole française et par le délégué de la Ligue d'union latine. Voyage organisé sous le patronage de la Ligue d'union latine.

Adresser les adhésions et demandes de renseignements à l'O. T. E. F., 116, avenue des Champs-Elysées. Conditions spéciales aux lecteurs du *Concours*

Nota. — Un voyage plus réduit du 2 au 10 avril en Espagne est également organisé. Prix à partir de 1.425 francs de Hendaye à Hendaye. Demander la Notice.

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

Assurances sociales

442. — Tarification des bains de lumière

Etant abonné au *Concours Médical*, je vous serais infiniment obligé de vouloir bien m'indiquer comment je dois marquer sur la feuille des Assurances sociales, une séance de « bain de lumière ».

Il s'agit d'une installation nécessitant l'allumage de plusieurs lampes très fortes d'une durée variant entre 20-40 minutes suivant les réactions des sujets.

Dr R.

Réponse

Je ne vois pas de tarification en matière d'assurances sociales pour des « bains de lumière » pas plus d'ailleurs que pour l'héliothérapie. Je ne verrais guère d'analogie justifiable qu'avec les rayons ultra-violets qui sont marqués K2. Mais ceci sous toutes réserves, n'ayant rien de précis, ni de « précédents » à fournir à ce sujet.

Dr F. Decourt.

---

416. — Le tarif des accouchements est question d'ordre local et non d'ordre national et marqué dans la nomenclature

Je viens de faire l'accouchement d'une assurée sociale.

Accouchement normal, mais j'ai dû faire une délivrance artificielle.

L'accouchement normal représente K40. L'accouchement gémellaire K60, ce qui modifie la valeur de K.

Je ne crois pas pouvoir mettre K60 ; puis-je en motivant mettre K50, ce qui me semble donner à K la valeur 15 ?

Dr B.

Réponse

a) La valeur des K, au tarif de réassurance, d'après le décret-loi du 7 octobre 1938, est « de 8 francs, si le coefficient de la nomenclature est inférieur à 40 et de 15 francs, si le coefficient est égal ou supérieur à 40 ». Que vous marquiez K40 ou K50 ou K60, la valeur de K est donc toujours de 15 francs.

b) Mais ici, il ne s'agit pas d'une intervention marquée en K puisque « accouchement », mais marquée en PC, puisque non dans la nomenclature mais dans le tarif syndical minimum de votre région. C'est donc à celui-ci, qu'il faut vous

rapporter et, quant au remboursement par la Caisse à l'assuré, consulter le tarif de remboursement de la dite Caisse : les deux tarifs ont été annexés à la Convention Syndicat-Caisse de votre région, tarifs variant donc suivant les régions, c'est pourquoi je ne puis vous donner d'autres précisions alors qu'il s'agit là d'une question d'ordre local.

Dr F. DECOURT.

QUESTIONS DIVERSES

814. — Déclaration des causes des décès. Lettre au Syndicat

J'ai adressé au Syndicat la lettre suivante :

« Vous n'êtes pas sans ignorer que les mairies font pression sur les familles des morts pour exiger le certificat de décès. Une nouvelle Circulaire préfectorale nous engage à adresser d'urgence nos déclarations à la mairie. En obéissant à ces ordres (car ce sont des ordres) nous nous plaçons dans une situation illégale, dangereuse et absurde. Illégale : car la loi nous interdit la divulgation du secret professionnel à qui que ce soit. Dangereuse, car malgré les précautions prises par l'Administration, le diagnostic peut être communiqué à des tiers, témoin le cas de ce médecin qui avait porté sur le certificat de décès « septicémie après avulsion dentaire ». Le dentiste fut poursuivi par la famille mise au courant du diagnostic (*Concours Médical* de novembre ou décembre 1938).

« Absurde, car nous acceptons ainsi, avec une insouciance invraisemblable, l'inféodation de l'Etat qui ronge petit à petit nos prérogatives. Nous poussons des cris d'orfraie dès que l'on nous assimile à des fonctionnaires, et alors que nous avions la loi pour nous, nous capitulons sans combat. Que nos dirigeants aient des raisons mystérieuses de ne pas faire aux Administrations nulle peine même légère, cela ne nous intéresse pas, nous devons lutter contre l'emprise de l'Etat et dans l'occasion nous avions la partie belle.

« D'ailleurs il appartient à un officier de l'Etat civil de faire la constatation des décès. Si le médecin se rend au lit du mort, il doit être payé : qui payera cette visite ? L'Etat évidemment puisque c'est lui qui la réclame. Et puis, croyez-vous sincèrement que les médecins se déplacent dans ce cas ? Neuf fois sur dix ils ne se dérangent pas et signent un papier qui est un faux.

« Cette situation ne peut durer. J'avais sollicité l'avis du *Concours Médical* qui m'a répondu : ne marchez pas. Mais il faudrait l'unanimité. Je vous serais très obligé de développer la question à une prochaine réunion.

« Veuillez agréer, etc. ».

Ne pensez-vous pas que cette question mérite en effet d'être étudiée à fond ? Voulez-vous avoir l'obligeance de la traiter dans votre journal, ou tout au moins de m'accorder l'aide de vos colonnes en faisant paraître cette lettre dans le *Concours* ?

Dr L.

Réponse

Merci pour la communication que vous me faites. J'ai traité cette question à maintes reprises dans le *Concours* et sous divers angles. Notamment, dans le no 13 du 28 mars 1937, page 993, j'ai critiqué la Circulaire interministérielle et exposé ce que pourrait être la rédaction d'un projet de loi, si le Corps médical était d'avis que la déclaration des causes des décès pourrait être de quelqueutilité, pour la lutte contre la morbidité et la mortalité.

Un avant-projet de loi fut publié dans le *Médecin de France*. J'en fis la critique juridique dans le *Concours*, no 48 du 27 novembre 1938, page 3037.

Si vous avez besoin de ces textes ou si vous désirez une argumentation sur des faits particuliers, en vue d'un travail à exposer à votre Syndicat, je me mets à votre disposition.

Dr Paul Boudin.

---

615. — Droit à la prorogation du bail

J'ai loué en 1926 pour six ans, en deux périodes de trois ans un immeuble où j'exerce la médecine.

Mon bail, expiré en 1932, s'est prorogé jusqu'à ce jour, mais mon propriétaire vient de me signifier congé pour le 1er février 1940.

Comme il n'existe aucune autre maison dans la *région*, je devrai donc abandonner ma clientèle et en créer une nouvelle.

Il me donne trois mois pour contester, s'il y a lieu, devant le juge, la légitimité du congé.

Je viens vous demander votre avis sur cette question.

Dr M.

Réponse

Puisque votre bail s'est terminé en 1932, vous continuez depuis lors à occuper les locaux en vertu de la tacite reconduction et il en résulte en principe que votre propriétaire peut mettre fin à tout moment à votre occupation sous la seule réserve de vous donner congé dans les délais impartis par les usages locaux.

Les droits du propriétaire à ce sujet ne pourraient être limités que dans le cas où la législation spéciale des loyers résultant des lois des 1er avril 1926, 29 juin 1929 et 31 décembre 1937, serait applicable à votre cas particulier.

Pour cela il faudrait que cette législation spé-

ciale soit en vigueur dans votre commune et n'y ait jamais été abrogée par un décret rendu en Conseil d'Etat après avis du Conseil municipal et du Conseil général.

Il vous sera sans doute facile à la mairie d'obtenir ce renseignement.

Si la législation spéciale des loyers est en vigueur dans votre commune, il faut encore que l'immeuble que vous occupez ait été construit avant la guerre.

Au cas où ces deux conditions se trouveraient remplies, veuillez nous indiquer quelle était la valeur locative de l'immeuble au 1er août 1914 et nous pourrons vous dire jusqu'à quelle date vous pourrez bénéficier de la prorogation légale et faire ainsi échec à la volonté de votre propriétaire de reprendre votre maison.

D'ores et déjà, nous devons vous faire connaître que si vous ne pouvez bénéficier de la législation spéciale, le congé qui vous a été donné est pleinement opérant.

Avec votre réponse aux questions ci-dessus, veuillez avoir l'obligeance de nous communiquer le congé que nous vous retournerons ensuite.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

733. — Engagement pour le cas de guerre

Médecin capitaine de réserve, ayant atteint cinquante ans, j'ai été sur ma demande rayé des cadres en octobre dernier.

Je serais désireux en cas de guerre de reprendre du service, avec mon grade naturellement.

Y a-t-il dès maintenant un moyen de parvenir à ce but ?

Puis-je demander ma réintégration dans le Service de santé ? Y a-t-il un autre procédé ?

Quelles démarches sont à faire ?

Dr G.

Réponse

Adressez-vous à votre Bureau de recrutement et demandez à contracter dès maintenant un engagement pour le temps de guerre.

Votre aptitude physique ayant été constatée, vous recevrez une affectation à l'Intérieur pour le cas d'une mobilisation.

Vous aurez le droit de conserver votre grade antérieur.

Soixante et unième année — N° 10 — 5 Mars 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Propos du Jour

Partie Scientifique

Travaux Originaux

L'Actualité Scientifique

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	70 fr.	Belgique et Luxembourg..	80 fr.
Etudiants	45 fr.	Première Zone...........	95 fr.
Le Numéro...........	2 fr.	Deuxième Zone..........	120 fr.

Demi-Colonnes

Renseignements



DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Nº 69. — Deux-Sèvres. A céder dans sous préfect., raisons âge et famille, avec ou sans instrumentat., cabin. O. R. L. suscept. rendem. intéress. pour méd. jeune et actif. Indemn. à débatt. Urgent.

Nº 70. — Cannes. Cabin. à céder par suite décès titulaire. Spécialité : gynécolog., traitem. des varices, hémorroïdes. Ondes courtes, diatherm., électro-coagulat. Deux salles d'attente, deux cabinets. Installation, droit au bail à reprendre. S'ad. Mme Stauder, 13, boulevard Carnot, Cannes.

Nº 71. — Cabin. méd. à céder région Centre, chef-lieu canton. Très bon poste, médecine, accouchements. Prix 45.000 dont moitié compt.

Nº 72. — Remplacements par docteur français non naturalisé, remplaç. habituel de plusieurs confr. Voiture personn., libre de suite. Ecr. ou téléph. Did. 42-22.

Nº 73. Paris. A vendre belle voiture Mac Kain pour deux enfants, bon état. Prix demandé : 500 fr.

Nº 74. — Dame 52 ans, longue pratique hôtellerie, comptabil., lingerie, cherche poste gouvernante, clinique, sanator. maison de repos.

Nº 75. — Je cherche toutes publicat. illustrées enfantine d'avant-guerre, en particul. « La Jeunesse Illustrée » le « Jeudi de la Jeunesse » et albums Benjamin Rabier.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

CABINET BREITEL ET GORET

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Banl. proche, anc. client., bon rapport avec peu de frais, appart. 5 p. Prix 55.000, cpt. à déb.

50 kil. Paris, vallée de la Seine, prox. grd centre, client. rurale très agréable à céd. 45.000.

13 kil. Paris. Jolie banl. Recettes intéres., sans accouchem. maison conf. avec parc. Indemn. 70.000.

Côte d'Azur. Pour raisons de santé à céd. 35.000, anc. poste, villa conf. bord mer.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Lyon.** — Le doyen de la Faculté de médecine de Lyon est autorisé à accepter le legs de 100.000 francs fait par Mlle Marie Tournier. Les revenus en seront affectés à la création d'un « Prix du Docteur Tournier », à décerner chaque année en juillet à un étudiant en médecine peu fortuné, originaire de la région du Jura, de l'Ain ou du Rhône, très méritant et par sa bonne conduite et par son assiduité au travail.

— **Les prix de la Société médicale des hôpitaux de Paris.** — 1° *Prix Gingeot* (1.500 francs, triennal). — Le concours pour ce prix doit avoir lieu à la fin de l'année 1939. Le sujet est le suivant : « Etude fonctionnelle du foie au point de vue du pronostic opératoire dans les interventions hépato-biliaires ».

2° *Prix Paul Le Gendre* (3.000 francs, triennal). Le concours pour ce prix doit avoir lieu à la fin de l'année 1939. Le sujet est le suivant : « Influence de la publicité contemporaine sur la moralité professionnelle et le discrédit médical ».

Pour ces deux prix, les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés sur le bureau de la Société, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1939.

— **VIIe Congrès international de génétique.** — Le Comité d'organisation, désigné par la Société de génétique de Grande-Bretagne, a décidé que le VIIe Congrès international de Génétique se tiendrait à Edimbourg, du 23 au 30 août 1939.

Le secrétaire général sera le Professeur F. A. E. Crew (Institute of Animal genetics, University of Edinburgh, West Mains Road, Edinburgh, 9, Scotland). La cotisation des membres du Congrès a été fixée à 2 guinées (L. 2.20).

— **Institut colonial français.** — Sous la présidence de M. Justin Godart, ancien ministre de la Santé publique, le Comité d'études des maladies coloniales de l'Institut colonial français s'est réuni le 28 février, au siège de l'Institut colonial, 98 *bis*, boulevard Haussmann. M. Ch. FLANDIN, médecin des hôpitaux, chef du service de la lèpre à l'hôpital Saint-Louis, a fait une conférence sur *la lutte contre la lèpre*.

— **Réunions médico-chirurgicales de morphologie.** — La prochaine réunion aura lieu le 8 mars 1939, à 21 heures, à l'amphithéâtre de l'Ecole d'anthropologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine.

— **Medical Yacht Club de France.** — Le dîner habituel a eu lieu le dimanche 26 février 1939. Y assistaient les Docteurs Luys, Viala, Lavielle, Massart, Romeyer, Chevallier, Wallet, Chantereau.

Un film tourné par Romeyer au cours d'une croi-

sière de Quimper à Deauville en contournant le Finistère et le Cotentin a vivement intéressé l'assistance.

— **L'exercice de la médecine, en Allemagne.** — Une loi vient d'être promulguée, dans le Reich, interdisant l'exercice de la médecine aux personnes non pourvues de diplômes, notamment aux médecins naturistes, homéopathes, guérisseurs, etc. Ces médecins étaient très nombreux en Allemagne et on sait qu'ils jouissaient de la protection particulière de certains personnages influents.

On s'étonnera peut-être d'apprendre que la nouvelle loi doit mettre fin à un régime entaché de « libéralisme ».

Il y a longtemps que, dans les pays libéraux comme la France, l'exercice illégal de la médecine est interdit. Il l'est rigoureusement et sans exception alors qu'en Allemagne des pratiquants non pourvus de diplômes et n'ayant pas fait d'études médicales pourront encore, dans certains cas, être autorisés à donner leurs soins. (*Le Temps* du 22 février 1939.)

— **L'appareillage médico-chirurgical à la Foire de Lyon.** — Une visite au groupe 12, à la Foire de Lyon (11-21 mars 1939), permet d'obtenir une utile documentation sur l'appareillage médico-chirurgical et les nouveautés de cet appareillage.

Radiologie, électricité médicale, stérilisation, matériel, mobilier, instruments et appareils médicaux et chirurgicaux sont rassemblés à ce groupe 12, situé dans le Palais de la Foire de Lyon, bâtiment 15, au deuxième étage. Un salon de repos et de correspondance est à la disposition des membres du Corps médical et chirurgical.

— **Hôpitaux de Lyon.** — *Concours de chirurgien* (20 mars 1939). — Jury : MM. Santy, Perrin, Leriche, Guilleminet, Alamartine, Mallet-Guy, Ricard, Gaté, Garin, Bonnet, Gibert.

— **Hôpital de Saint-Denis.** — Après concours, ont été nommés : internes titulaires, MM. Danset, Joly et Mlle Gagnier ; interne provisoire, M. Buquet.

— **Distinction honorifique.** — Nous apprenons avec plaisir la nomination de M. Henri Leconte, directeur de l'Office belge des Compagnies françaises de navigation, au grade de chevalier de la Couronne de Belgique. C'est au titre de président de l'Association des grands invalides français résidant en Belgique que notre distingué compatriote a reçu de S. M. le Roi des Belges cette haute distinction honorifique.

Nous sommes heureux de lui adresser nos plus cordiales félicitations.

— **Istambul.** — L'Union médicale balkanique, réunie à Istanbul à l'occasion de la Ve semaine médicale, vient d'adresser aux médecins du monde entier un manifeste en faveur de la paix. Ce manifeste est signé par les Professeurs Dr. Bensis et Dr. Scaramanga (Athènes), Prof. Dr. N. Georghiu et Dr.

Popescu Buzeu (Bucarest), Dr. Zika Markovic, Prof. Dr. Sahovic et Dr. M. Simonvic (Beograd), Prof. Dr. Akil Muhtar Ozden, Prof. Dr. Sedat Tavat et Prof. A. Süheyl Unver (Istanbul).

— **Ligue française contre le rhumatisme.** — *Assemblée générale du samedi* 11 *mars* 1939. Séance clinique du matin, à 10 heures, à l'hôpital Broussais (96, rue Didot), clinique du Professeur Villaret : « Le fonctionnement du centre de triage des stations hydrominérales de l'hôpital Broussais ». Présentation de cas cliniques et discussion : Professeur Villaret, Docteur Justin-Besançon, Professeur Laubry, Professeur Abrami.

Séance administrative, sous la présidence du Professeur Laignel-Lavastine, à 16 heures : Hôtel de la Confédération des Syndicats médicaux, 60, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris.

Dîner amical, à 20 heures, au Restaurant Rat (34, boulevard Saint-Marcel). Prix : 45 francs. S'inscrire le 8 mars au plus tard, en joignant le montant de la souscription, soit 45 francs, en chèque ou chèque postal (Paris, 1414-50).

— **Naissances.** — Joëlle et France Nicolet, filles de notre confrère le Docteur Hubert Nicolet, sont heureuses de nous faire part de la naissance de leur sœur *Chantal*.

Saint-Brice-en-Coglès (Ille-et-Vilaine), 17 février 1939.

Nos sincères félicitations.

— Le Docteur et Madame Lobel sont heureux d'annoncer la naissance de leur fils *Gérard-Charles*.

Ger (Manche), le 19 février 1939.

Nos sincères compliments.

— **Nécrologie.** — M. le Professeur Charles Blondel, docteur en médecine, professeur à la Sorbonne. — La psychiatrie française vient de faire une grande perte en la personne de M. le Professeur Charles Blondel.

Philosophe, psychologue et aliéniste de grande valeur, M. Charles Blondel avait enseigné pendant dix-sept ans à la Faculté des lettres de Strasbourg avant d'être appelé à la Sorbonne. Il était membre correspondant de l'Académie des Sciences morales et politiques.

M. Blondel avait publié un grand nombre d'ouvrages ayant trait à la psychiatrie. Sa thèse de doctorat en médecine sur les *auto-mutilateurs* l'avait classé au premier rang des aliénistes français. Notons parmi ses livres ayant trait à la médecine : *la Psychologie de Gall*, le *Suicide*, les *Réflexions sur la schizophrénie* et sa thèse de doctorat ès lettres, *la Conscience morbide.*

Notons que M. Ch. Blondel avait fait la guerre comme capitaine d'infanterie.

La mort du Docteur BÉCLÈRE

Samedi matin, dans les hôpitaux, le bruit de la mort du Docteur Béclère s'était répandu ; tellement était présente dans les esprits la connaissance de la robuste et alerte vieillesse du Docteur Antoine Béclère, ancien président de l'Académie de médecine, membre de l'Académie de chirurgie, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Antoine, commandeur de la Légion d'honneur, que personne n'y voulait croire. Hélas, l'après-midi, à la Société de biologie, Monsieur le Professeur Baudouin confirmait la triste nouvelle.

Antoine Béclère était né à Paris, le 17 mars 1856. Après de brillantes études au Lycée Bonaparte (aujourd'hui Condorcet), il s'était orienté vers la médecine, encouragé par l'exemple de son père, le Docteur Claude Béclère, issu d'une famille de cultivateurs bressans et médecin à Paris. Reçu à l'externat en 1877, il fait son volontariat d'un an à Lille avec Walther, Siredey et Moissan. Préparant l'internat avec Chauffard, Netter, Génau de Mussy, il est reçu à son premier concours. Il suit d'abord les consultations de dermatologie de l'hôpital Saint-Louis ; élève de Duplay, en 2e année, il est chargé de consultations d'ophtalmologie et d'otologie ; puis il accomplit ses 3e et 5e années d'internat à Necker et aux Enfants-Malades, dans le service du Docteur Labric. Après s'être ainsi intéressé successivement à la dermatologie, l'ophtalmologie, l'otologie, la médecine générale, il se sent attiré par la pédiatrie et passe sa thèse inaugurale sur « la contagion dans la rougeole », thèse qui devait être à l'origine d'une modification des règlements scolaires sur l'éviction dans les maladies contagieuses d'une part, de l'institution d'autre part, dans les hôpitaux, des services d'isolement des diverses maladies infectieuses, qui, jusqu'à cette époque, étaient réunies dans les mêmes salles. En 1893, il est nommé médecin des hôpitaux ; en 1894, suppléant un chef de service à l'hôpital Saint-Louis, il met en pratique les études de Brown-Séquard sur les glandes endocrines ; traitant une malade atteinte de myxœdème, il va lui-même chaque matin aux abattoirs de la Villette pour recueillir des glandes thyroïdes fraîches de mouton qu'il fait ingérer à sa malade ; il recommence l'année suivante pour un addisonnien qu'il traite avec des glandes fraîches de surrénales de veau.

De 1892 à 1900, alors que son service de l'Hospice Debraisse lui laisse des loisirs, il étudie avec ses amis Chambon et Saint-Yves Ménard l'immunité variolique et vaccinale. A l'Hospice Debraisse, dans un laboratoire qu'il organise, il inocule la variole à des singes ; mais cette expérience inusitée inquiète l'Administration et les pensionnaires qui protestent contre l'admission de singes à l'Hospice. Avec Saint-Yves-Ménard, à l'Institut de vaccine de la rue Ballu

il étudie le pouvoir virulicide du sérum des génisses vaccinées et définit ainsi, à propos de la vaccine, les caractères différentiels de l'immunité active et de l'immunité passive. A l'hôpital de la Porte-d'Aubervilliers, il traite la variole par des injections de sérum de génisse vaccinée ; une épidémie de variole éclatant à Marseille, il s'y rend aussitôt et guérit par cette méthode sept malades sur dix.

En 1895, Roëntgen découvre les rayons X ; en 1896, un soir, les Docteurs Barthélemy et Oudin invitent le Docteur Béclère à venir voir, chez eux, une application pratique de la nouvelle invention ; on examine à la lueur de ces rayons la vieille domestique ; quelle émotion de voir l'ombre battante du cœur et de l'aorte, d'apercevoir un voile sur un des sommets du poumon de cette vieille femme qui, autrefois, avait eu des hémoptysies ! Enthousiasmé, le docteur Béclère étudie la physique avec M. Hugues chef de travaux à l'Ecole Centrale ; puis il crée un cours d'enseignement libre de la radiologie à l'hôpital Tenon, où il vient d'être nommé médecin : la génératrice d'électricité est une machine statique construite par Drault et mue à la main ; Béclère insiste sur le rôle de l'adaptation de la rétine à l'obscurité ; nombreux sont ses collègues qui qualifient de doux illuminé celui qui décrit sur l'écran des ombres et des contours que leurs yeux ne peuvent pas distinguer, parce qu'ils ne respectent pas ce temps d'adaptation. Médecin à Saint-Antoine, Béclère perfectionne son cours ; « l'examen radioscopique, déclare-t-il, doit être pratiqué par le médecin ; le diagnostic, œuvre de jugement, ne peut être que l'acte d'un seul. Celui qui interroge, qui inspecte, qui palpe, qui percute et qui ausculte le malade, doit être aussi celui qui en fait l'examen radioscopique ».

Successivement, il fait l'étude systématique de la radiologie des poumons, de la tuberculose pulmonaire, des affections thoraciques non tuberculeuses, des affections digestives, des tumeurs de l'encéphale ; puis il aborde la roëntgen-thérapie, et précise toutes ses indications dans les tumeurs malignes comme dans les tumeurs bénignes.

Il est élu membre de l'Académie de médecine en 1908 ; quoique dégagé d'obligation militaire en raison de son âge, en 1914, il offre son activité au Service de santé qui le place à la tête du laboratoire de physiothérapie de l'Armée et le charge de former les nouveaux médecins radiologistes pour les ambulances et les hôpitaux de l'avant.

La guerre terminée, le docteur Antoine Béclère continue d'une part à se tenir au courant de toute l'activité médicale mondiale, d'autre part, à poursuivre ses expériences personnelles.

Il est le rapporteur des problèmes radiologiques de l'heure dans de nombreux Congrès ; il fait plusieurs voyages à l'étranger, où il apporte la voix de la médecine et de la science françaises ; il lit énormément et fait, dans la *Presse Médicale*, de remarquables mises au point pour les travailleurs français de recherches entreprises en Angleterre, en Allemagne, aux Etats-Unis.

Très intéressé par une radiographie envoyée de

Buenos-Ayres au Docteur Sicard, et montrant les cavités utérines et tubaires opacifiées par le lipiodol, il incite son fils, le Docteur Claude Béclère, à faire l'étude complète et systématique de cette nouvelle méthode ; il étudie les tumeurs ovariennes et testiculaires, dans leurs rapports avec les hormones hypophysaires ; avec le Professeur Levaditi, pour les travaux duquel il nourrissait une grande admiration, il étudie la transmission de la syphilis à l'espèce bovine il se passionne pour les études de Peytou Rais sur le sarcome de la poule, de Shope sur le papillome infectieux du lapin.

Le 10 mai 1936, ses élèves, ses collègues et ses amis fêtèrent son quatre-vingtième anniversaire : successivement les Docteurs Gibert, Gosset, Ribadeau-Dumas, Maingot, Ledoux-Lebard, Darbois, le Professeur Sergent, les Docteurs Rist, Siredey, le Professeur Regaud, le Professeur Rosselet, de Lausanne, le Professeur Schinz, de Zurich, rendirent hommage au maître et lui apportèrent le salut de vingt nations.

Malgré ses 80 ans, le Docteur Béclère continuait à mener une vie très active ; à nouveau, il entreprit de nouvelles recherches ; il étudia le virus de la grippe, transmissible au furet et qu'il tenta d'inoculer à la génisse ; il s'intéressa aux procédés de culture du virus vaccinal et, à l'Institut de vaccine, voulut bien nous conseiller dans la culture de ce virus sur la membrane chorio-allantoïdienne de l'œuf en incubation ; il expérimenta avec le virus de Shope.

Le 24 février 1939, après une courte grippe qui l'immobilisa quelques jours, il entrait en convalescence ; toute la matinée il travailla, aidé par Mademoiselle Antoinette Béclère, et mit avec elle au point les protocoles des expériences qu'il avait réalisées à l'Institut du Radium ; quelques instants plus tard, il mourait subitement.

Antoine Béclère n'est plus. Plus jamais, dans une Société scientifique, nous ne verrons son clair visage, aux yeux malicieusement plissés derrière les lunettes à l'étroite monture d'argent, au sourire à peine ébauché au-dessus de la courte barbiche blanche, attentif, quel que soit le sujet à l'étude ; plus jamais nous n'entendrons sa voix, au langage toujours amène, mais d'une précision rigoureuse et d'une logique parfois implacable pour le contradicteur, intervenir dans une discussion ; plus jamais dans Paris, à l'aube d'une belle matinée, nous n'apercevrons sa mince silhouette se hâter à pas précipités vers un laboratoire, où quelque animal en expérience attendait, à heure précise, sa visite, tandis que souvent les collaborateurs plus jeunes se faisaient attendre.

Mais, dans la mémoire de tous, vieux et jeunes, qui eurent l'honneur de l'approcher, le souvenir de ce grand honnête homme et de ce grand Français, savant et modeste à la fois, restera gravé comme l'exemple de la plus haute probité scientifique associée à la bonté la plus franche et la moins spectaculaire.

R. Fasquelle Saint-Yves Ménard.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Pensions militaires

Tribunaux départementaux des Pensions (suite)

Par arrêté du 30 décembre 1938, sont nommés, pour l'année 1939, membres des Tribunaux départementaux des Pensions les docteurs en médecine ci-après :

Châlons-sur-Marne : M. Joseph Chevron, à Châlons-sur-Marne. Suppléants : MM. Aumont et Van Vyve, à Châlons-sur-Marne.
Chambéry : M. Denarie (Amédée), à Chambéry. Suppléants : MM. Voutier et Masson, à Chambéry.
Charleville : M. Bridoux, à Charleville. Suppéants : MM. Rozoy et Blairon, à Charleville.
Chartres : M. Dudefoy, à Chartres. Suppléants : MM. Baudin et Lelong, à Chartres.
Châteauroux : M. Bougarel, à Châteauroux. Suppléants : MM. Sineau et Pigelet, à Châteauroux.
Chaumont : M. Weil, à Chaumont. Suppléants : MM. Savouret et Jaillot, à Chaumont.
Clermont-Ferrand : M. Chaduc, à Clermont-Ferrand. Suppléants : MM. Vimal, à Clermont-Ferrand, et Sahut, à Aubière.
Colmar (1re section) : M. Hamburger, à Colmar. Suppléants : MM. Schreiber et Feis, à Turkheim.
Colmar (2e section) : M. Nordmann, à Colmar. Suppléants : MM. Schaller et Duhamel, à Colmar.
Constantine : M. Piquet, à Constantine. Suppléants : MM. Jouanne et Ohlicher, à Constantine.
Digne : M. Chaussegros, à Digne. Suppléants : MM. Gassend et Romieu, à Digne.
Dijon : M. Castille, à Dijon. Suppléant : M. Edouard Morlot, à Dijon.
Douai : M. Toison, à Douai. Suppléants : MM. Desmoulin et Monnier, à Douai.
Draguignan : M. Proust, à Trans. Suppléants MM. Peretti, à Draguignan, et Turcan, à Fréjus.
Epinal : M. Urmès, à Epinal. Suppléants : MM. Lacour et Riff, à Epinal.
Evreux : M. Servent, à Evreux. Suppléants : MM. Rettinger et Dehail, à Evreux.
Foix : M. Calazel, à Foix. Suppléants : MM. Lestrade et Sicre, à Foix.
Gap : M. Suard, à Gap. Suppléants : MM. Mayoly et Bruyère, à Gap.
Grenoble : M. Juvin, à Grenoble. Suppléants : MM. Fabre et Vareille, à Grenoble.
Guéret : M. Brésard, à Guéret. Suppléants : MM. Dumont et Dufour, à Guéret.
Laon : M. Menu, à Laon. Suppléants : MM. Lemarchal et Larrouy, à Laon.
Laval : M. Aubin, à Laval. Suppléants : MM. Le Basser et Loiseleur, à Laval.
Lille : M. Leclercq, à Lille. Suppléants : MM. Vansteenberghe et Vannebroucq, à Lille.
Limoges : M. Cubertafont, à Limoges. Suppléants : MM. Delor et Hervy, à Limoges.
Lons-le-Saunier : M. Boulée, à Lons-le-Saunier. Suppléants : MM. Pichon et Thilly, à Lons-le-Saunier.
Lyon : M. Mazel, à Lyon. Suppléants : MM. Polosson et Rochaix, à Lyon.
Mâcon : M. Richard, à Mâcon. Suppléants : MM. Alexandre Juvanon, à Mâcon et Lagoutte, au Creusot.

Le Mans : M. Legros, au Mans. Suppléants : MM. Dumas et Labarthe, au Mans.

Marseille : M. Ferdinand Camoin, à Marseille. Suppléants : MM. Mulle et Gallerand fils, à Marseille.

Melun : M. Siguier, à Melun. Suppléants : MM. Fumat et Hermann, à Melun.

Mende : M. Bessière, à Mende. Suppléants : MM. Masseguier et Constant, à Mende.

Metz (1re section) : M. Etlin, à Metz. Suppléant : M. Grojean, à Knutange.

Metz (2e section) : M. Leder, à Metz. Suppléant : M. Goirint, à Metz.

Montauban : M. Paisseran, à Montauban. Suppléant : MM. Lafforgue et Hornus, à Montauban.

Mont-de-Marsan : M. Castera, à Hagetmau. Suppléants : MM. Betous et Gauzère, à Mont-de-Marsan.

Montpellier : M. Roume, à Montpellier. Suppléants : MM. Mourgues-Molines et Félix Durand, à Montpellier.

Moulins : M. Ranglaret, à Moulins. Suppléants : MM. Penard et Gomot, à Moulins.

Nancy : M. Hamant, à Nancy. Suppléants : MM. Goepfert et Abt, à Nancy.

Nantes : M. Bureau, à Nantes. Suppléants : MM. Desclaux et Moutier, à Nantes.

Nevers : M. Trivas, à Nevers. Suppléants : MM. Houzé et Tixier, à Nevers.

Nice : M. Rovery, à Nice. Suppléants : MM. Perdrigé et Rosanoff (Paul), à Nice.

Nîmes : M. Foulquier, à Nîmes. Suppléants : MM. Peyre, à Alès et Goudet, à Nîmes.

Niort : M. Poineau, à Saint-Hilaire-la-Palud. Suppléant : M. Lecompte, à Niort.

Oran : M. Botalla-Gambetta, à Oran. Suppléants : MM. Bijon et Narboni, à Oran.

Orléans : M. Robert, à Orléans. Suppléants : MM. Derouet et Auboyer, à Orléans.

Pau : M. Marsco, à Pau. Suppléants : MM. Fayon et Guichot, à Pau.

Paris (1re section) : M. Loewy, à Paris. Suppléants : MM. Français et Descoutes, à Paris.

Paris (2e section) : M. Mendelsohn, à Paris. Suppléants MM. Revault d'Alonnes et Bonnet-Roy, à Paris.

Paris (3e section) : M. Duvoir, à Paris. Suppléants : MM. Guibert et Coste, à Paris.

Paris (4e section) : M. Lutaud, à Paris. Suppléants : MM. Piedelièvre et Lyon-Caen, à Paris.

Paris (5e section) : M. Maréchal, à Paris. Suppléants : MM. Ceillier et Alglave, à Paris.

Périgueux (1re section) : M. Crozet, à Périgueux. Suppléants : MM. Le Roux et Lacoste, à Périgueux.

Périgueux (2e section) : M. Le Roux, à Périgueux. Suppléants : MM. Crozet et Lacoste, à Périgueux.

Perpignan : M. Pons, à Perpignan. Suppléants : MM. Philippe et Froutiguen, à Perpignan.

Poitiers : M. Foucault, à Poitiers. Suppléants : MM. Veluet et Ferru, à Poitiers.

Pontoise : M. Derome, à Pontoise. Suppléants : MM. Herbinet et Butin, à Pontoise.

Privas : M. Manson, à Chomérac. Suppléants : MM. Comte, à Privas, et Bourret, à Privas.

Le Puy : M. Maleysson, au Puy. Suppléants : MM. de Morangles et Jean, au Puy.

Quimper : M. Lagriffe, à Quimper. Suppléants : MM. Tuset et Renault père, à Quimper.

Rennes : M. Millardet, à Rennes. Suppléants : MM. Guillerm et Daussy, à Rennes.

La Rochelle : M. Dufour, à La Rochelle. Suppléants : MM. Pozzi et Appraillé, à la Rochelle.

La Roche-sur-Yon : M. Choyau, à la Roche-sur-Yon. Suppléants : MM. Claverie, à la Roche-sur-Yon, et Orgebin, à la Chaize-le-Vicomte.

Rodez : M. Bousquet, à Rodez. Suppléants : MM. Carnus et Lagarrigue, à Rodez.

Rouen : M. Vallée, à Rouen. Suppléants : MM. Bellicaud et Cauchois, à Rouen.

Voir la suite page LV-663

PROPOS DU JOUR

UNE CONFÉRENCE DU DOCTEUR CATHELIN AUX VOIX LATINES LE RÔLE DES LATINS ET DES MÉDECINS DANS LA DÉCOUVERTE DE L'AMÉRIQUE

Le Docteur L. CATHELIN, chirurgien en chef de l'hôpital d'urologie, le dernier chef de clinique du Professeur Félix GUYON, non seulement est un habile opérateur mais est encore un érudit et brillant conférencier. Nous avons eu le plaisir récemment de l'entendre à l'Institut Océanographique exposer le rôle que jouèrent les Latins et les médecins dans la découverte de l'Amérique.

La conférence était organisée par les *Voix latines*, la filiale de *l'Union médicale latine* (L'UMFIA) et présidée par Son Exc. DE SOUZA DANTAS, ambassadeur du Brésil, membre d'honneur de *l'Union médicale latine.*

Après quelques mots du Docteur DARTIGUES, président-fondateur de L'UMFIA, qui a remercié l'Ambassadeur d'avoir bien voulu honorer la conférence de sa présidence, le Docteur BANDELAC DE PARIENTE, vice-président fondateur de *l'Union médicale latine*, a présenté au public très nombreux et très choisi qui se pressait sur les bancs de l'amphithéâtre, M. le Docteur CATHELIN, un de ses anciens condisciples, évoquant les années passées jadis ensemble au quartier latin, rappelant la grande érudition du conférencier. Nos lecteurs se souviennent qu'il fut le fondateur, l'organisateur et le donateur du Musée d'histoire naturelle de Longjumeau, sa ville natale, et la part qu'il a prise à l'identification de la *Maison des Champs d'Ambroise Paré* à la Ville du Bois (Seine-et-Oise).

***

M. le Dr CATHELIN prit alors la parole. Après quelques mots de remerciements à son Excellence l'Ambassadeur du Brésil, aux Docteurs Dartigues et Bandelac de Pariente et aux administrateurs de l'Union médicale latine, dont il est depuis de longues années membre d'honneur, il aborda l'exposé de la part prise par les races latines aux découvertes maritimes à la fin du XVe siècle et au cours du XVIe siècle. Il opposa à cette fièvre d'exploration la carence à peu près totale de nos jours (1) des mêmes races pour les régions polaires et il en trouva la cause, tout au moins pour la France, dans ce qu'il appella l'attirance africaine où nos hardis pionniers se sont couverts de gloire.

M. Cathelin exposa d'abord les quatre périodes de découvertes de l'Amérique du Nord qui fut d'abord visitée dans la première moitié du second millénaire à deux reprises par les Vikings d'origine norvégienne qui, une première fois au IXe siècle, partis d'Islande, abordèrent au Groënland, puis furent sans doute entraînés par les courants ou la tempête sur les côtes du Labrador et peut-être de Terre-Neuve ou de la Nouvelle Ecosse. Les sagas des Northmen citent les exploits dans ces régions lointaines d'ERIK LE ROUGE au Xe siècle. Puis tour à tour des Portugais, fuyant une invasion maure, et des pêcheurs Basques auraient occupé Terre-Neuve. Mais leurs expéditions étaient tenues secrètes dans la crainte d'éveiller au retour la convoitise des pirates. Plus tard en 1511, l'Espagnol AGRAMENTE, guidé par des marins bretons, fut à Terre-Neuve que Jean DENYS, de Honfleur, et Thomas AUBERT avaient visitée en 1506 et 1508. Les côtes de Terre-Neuve étaient alors partagées entre les marins portugais, basques et bretons. En 1523, une association de banquiers florentins et lyonnais arma plusieurs navires au port de Rouen et en confia le commandement à GROMANI VERRAZZONE qui atteignit le Labrador. En 1534, le pilote Jacques CARTIER, de Saint-Malo, pénétra dans l'estuaire du Saint-Laurent et découvrit le Canada. Une déclaration de 1514 des pêcheurs de Paimpol et de Bréhat signale qu'ils payaient depuis soixante ans une redevance pour le poisson capturé sur les côtes de Bretagne, de Terre-Neuve, d'Islande et d'ailleurs. Les découvertes maritimes en Amérique du Nord sont donc pour la plupart antérieures à celles de Colomb.

Avant la découverte de Christophe Colomb, l'Amérique du Sud paraît avoir été fréquemment visitée par des aventuriers dont les expéditions étaient faites secrètement, car ils allaient se procurer des pierres et des métaux précieux. Deux capitaines de la marine du roi Charles VIII, Jean de PORÇON et Michel de SAINT-GERMAIN, auraient abordé au Brésil ; le capitaine du port de Dieppe, COUSIN, en 1488, accompagné de PINZON, qui fut un lieutenant de Colomb, découvrit l'Amazone, et de même les Portugais avec PARDALVAREZ CABRAL. Mais ces voyages n'eurent pas de lendemain et ils diffèrent de l'expédition de Christophe Colomb qui fut l'origine d'une véritable colonisation dont devait résulter l'Amérique actuelle.

***

Christophe COLOMB n'était pas gênois comme on l'a prétendu. Il serait né en Corse à Calvi qui subissait alors la domination de Gênes. Sa mai-

(1) Le commandant Charcot fut une exception.

son natale existerait encore à Calvi. De bonne heure il adopta la profession de marin et fit de longues traversées. Il serait allé en Islande, au Groënland, peut-être à Terre-Neuve sur un navire portugais.

Christophe Colomb n'était ni un savant, ni un aventurier. Navigateur expérimenté et réfléchi, connaissant à fond la navigation, se servant de l'astrolabe pour faire le point, il aurait mûri pendant dix-huit ans avant de pouvoir le réaliser, le projet de découvrir une route par l'Ouest et l'Atlantique pour atteindre plus facilement la Chine et les Indes, les pays fortunés de l'or et des épices. Il fit des démarches qu'on peut diviser en trois périodes : d'abord auprès du Sénat de Gênes qu'il ne put convaincre, ensuite auprès de Jean II, roi de Portugal, qui ne parut pas prêter attention à ses propositions, mais chercha inutilement à le devancer, enfin auprès de Ferdinand d'Aragon et d'Isabelle de Castille, les Majestés Catholiques, qui, après de longues hésitations, lui confièrent les trois caravelles qu'il devait conduire au Nouveau-Monde.

Chose curieuse, pendant les démarches décevantes qu'il avait entreprises, ce furent des médecins qui soutinrent sa foi dans la possibilité de mener à bien son projet. D'abord ce fut le médecin florentin Paolo TOSCANELLI, cosmographe distingué, qui le persuada que le voyage projeté serait facile à accomplir. Plus tard RODRIGO, JOSEPH, et GARCIA FERNANDEZ le firent persister dans sa résolution. Il faut dire que tous ces médecins étaient de savants cosmographes, mais cela ne leur enlevait pas la qualité de médecins et le Corps médical a le droit de revendiquer leur gloire, comme il revendique celle de Jean CHARCOT. Après la découverte le 8 octobre 1492 des Antilles, d'Hispaniola (Haïti), de Cuba (1) qu'il croyait être une dépendance de la Chine et dont il rapporta le tabac, il revint en Espagne, fut comblé d'honneurs, nommé Amiral et Vice-Roi des Indes Occidentales, car on était toujours persuadé que ce Nouveau Monde était un prolongement des Indes Orientales. Colomb fit plusieurs voyages en Amérique. Il fut à la fin la victime d'intrigues et de trahisons qu'il avait déjouées dès son premier voyage et dont un des auteurs fut PINZON, un de ses lieutenants.

La découverte de Christophe Colomb n'avait pas été d'une difficulté très grande ; ses voyages furent indiscutablement plus faciles que ceux qu'accomplirent peu après VASCO DE GAMA, doublant le Cap des Tempêtes et atteignant les Indes Orientales et MAGELLAN qui, contournant le continent américain par le détroit auquel on a donné son nom, traversant l'Océan Pacifique, atteignit l'archipel des Philippines. Mais la découverte de Colomb eut une toute autre portée : il régna à sa suite un véritable délire de colonisation et d'émigration, une fièvre de découvertes maritimes qui eut une répercussion considérable sur l'Europe occidentale.

(1) A cette occasion le Docteur Cathelin a rappellé l'origine cubaine du Professeur ALBARRAN, son maître, un des plus habiles chirurgiens de son époque.

AMERIGO VESPUCCI, ami de Christophe Colomb, fit connaître les découvertes de ce dernier avant son fils DIEGO COLOMB qui ne décrivit les exploits de son père qu'après sa mort. Vespucci fit plusieurs voyages au Nouveau Monde et en rédigea des relations. En 1507 existait à Saint-Dié en Lorraine une sorte d'Académie, le *Gymnase Vosgien* ; un savant fribourgeois, membre de cette Société, WALDSCEMÜLLER, relata dans une *cosmographie* qu'il présenta au gymnase de Saint-Dié, les descriptions d'Amerigo Vespucci, appelant les régions décrites les terres d'Amerigo ou AMÉRIQUE. L'ouvrage de Waldscemüller reçut une large diffusion et le nom d'Amérique fut définitivement adopté pour désigner le Nouveau Continent. Les Américains plus tard tentèrent de donner une autre origine au nom de leur pays, ils découvrirent que les indigènes appelaient *Amerigo* les hauts plateaux du Nicaragua. L'origine de Waldscemüller est presque universellement adoptée.

Le Brésil avait été visité par les marins bretons et normands avant l'arrivée des Portugais avec CABRAL en 1500. Les navigateurs en rapportaient du bois qui servait à faire de la teinture rouge, le *brasil*, qui a donné son nom au pays. En 1504 PAULMIER DE GONNEVILLE, capitaine du navire *l'Espoir*, prit possession de terres au Brésil du Sud au nom du roi Louis XII.

Le Docteur Cathelin, à propos du premier voyage de Colomb, signala le marin qui le premier annonça la *Terre* et qui gagna ainsi la prime que le roi Ferdinand avait promise. Et le conférencier dans un bel élan lyrique évoqua l'émoi du Pr J.-L. FAURE quand, revenant avec Charcot du Groënland, il aperçut les côtes de France.

En terminant, le Docteur Cathelin aborda la question de la mystérieuse *Atlantide* qui, depuis PLATON, a donné lieu à bien des légendes. On a parlé d'un continent englouti par l'Océan ; rien ne permet d'admettre cette hypothèse. Le conférencier est d'accord avec le médecin de Vérone, FRACASTOR, pour considérer l'Atlandide comme un mythe. Il est persuadé que l'Atlantide n'était autre que l'Amérique.

M. Cathelin, après avoir montré que, moralement et scientifiquement, Colomb avait été soutenu seulement par des médecins, put conclure par une citation du commandant Jean Charcot, un médecin lui aussi, membre de l'Académie de Médecine. Charcot faisant allusion aux précurseurs de Colomb a écrit : « Que les connaissances géographiques et l'équilibre social antérieurement à 1492 n'en étaient ni plus, ni moins modifiées, que par conséquent, Christophe Colomb est bien à nos yeux et restera le vrai découvreur de l'Amérique ».

Le conférencier, interrompu fréquemment par les applaudissements, fut remercié chaudement par Son Excellence DE SOUZA DANTOS, qui fit des vœux pour la prospérité de l'Union médicale latine.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS

LE MYXŒDÈME CONGÉNITAL ET LES RÈGLES DE SON TRAITEMENT

Par le Professeur P. Lereboullet (1)

Le myxœdème est une affection assez souvent insuffisamment connue des médecins, qui se rencontre chez les jeunes enfants, chez les enfants plus âgés ou chez l'adulte. On méconnaît alors les conséquences d'une absence du corps thyroïde, d'une atrophie ou d'une maladie de cette glande, qui entraînent le syndrome dit du *myxœdème*, lequel doit son nom à un œdème particulier qui bouffit littéralement les téguments.

Le myxœdème a été bien étudié chez l'adulte d'abord par Gull, Ord, en Angleterre, Charcot en France qui mirent en relief les caractères du *myxœdème spontané* de l'adulte ; peu après, Reverdin et Kocher établirent l'existence d'un *myxœdème post-opératoire* survenant à la suite d'extirpation du corps thyroïde pour goître. Leur travaux montrèrent que la cachexie strumiprive post-opératoire rappelle absolument le myxœdème de l'adulte et permirent d'affirmer le rôle des lésions thyroïdiennes dans ce dernier.

En 1880, Bourneville, à Bicêtre, étudiant les arriérés et les idiots de son service, isola un type particulier d'*idiotie myxœdémateuse* et se basa notamment sur l'observation d'un enfant de 19 ans, qui en paraissait deux et présentait un retard considérable de son psychisme · on le surnomma le *Pacha de Bicêtre*. Ce pacha exemple typique et monstrueux de ce qu'est le myxœdème congénital vécut encore longtemps, jusqu'à 35 ans, je crois, et j'eus l'occasion de le voir peu avant sa mort dans le service de Bicêtre, il avait vraiment un aspect très particulier.

Très peu de temps après avoir examiné cet enfant, M. Bourneville put réunir vingt-cinq observations semblables, réalisant l'idiotie myxœdémateuse. Ces cas concernaient tous des enfants déjà âgés de 6, 10 ans et au-dessus ; un seul avait moins de six mois. Depuis cette époque, bien d'autres cas ont été publiés.

Certains de ceux-ci avaient été diagnostiqués dès les premiers mois de la vie ; on peut dire cependant qu'il est assez rare de découvrir le myxœdème dans le tout premier âge. C'est pourquoi je crois intéressant de vous présenter aujourd'hui un certain nombre de cas de myxœdème reconnus et observés ici dans le service dès les premiers mois de la vie. Ce diagnostic précoce est d'un intérêt extrêmement grand, car, traitée immédiatement, l'affection se modifie beaucoup mieux qu'au bout de plusieurs années.

Le problème du myxœdème est d'une très grande complexité, car il s'y mélange des symptômes d'origine cérébrale et des symptômes d'origine thyroïdienne et la part des uns et des autres est parfois difficile à fixer.

Je n'étudie aujourd'hui que le myxœdème congénital et celui de la jeune enfance, laissant de côté le myxœdème des grands enfants et celui de l'adulte, qui apparaît assez souvent chez la femme au moment de la ménopause.

Le *myxœdème de la première enfance* est très caractéristique, « qui en a vu un, disait Bourneville, les a tous vus », la tête est souvent brachy céphale, les téguments sont infiltrés, la peau sèche et suuvent squameuse le visage est bouffi, le teint jaune cireux ; les cheveux sont rares et cassants, les sourcils font en partie défaut, la bouche est largement ouverte avec une macroglossie considérable, symptôme qui, dans une certaine mesure, est important pour le diagnostic. Cette macroglossie empêche parfois complètement l'examen de la gorge, comme je m'en suis rendu compte quand j'avais un service de diphtériques.

Les membres sont courts ; les ongles sont altérés comme sont altérés les cheveux. Il faut savoir que les dents, quand elles poussent, sortent en retard ; mais quand la deuxième dentition a réussi à sortir, les dents de lait persistent longtemps, ne se décident pas à tomber ; il en résulte que les enfants myxœdémateux congénitaux, vers 9 ou 10 ans, présentent une double rangée de dents, dents de lait et dents définitives, donnant un aspect particulier, celui des dents de certains poissons, sur lequel j'ai insisté jadis

(1) Leçon faite à la clinique Parrot (Enfants-Assistés) recueillie par Mlle Ducro.

avec Mme Long-Landry à propos d'un enfant vu à la Salpêtrière ; il a été constaté aussi par M. Marfan et par d'autres observateurs.

D'autre part, le ventre est gros avec souvent hernie ombilicale. La constipation est intense ; cette constipation opiniâtre chez le nourrisson myxœdémateux est un symptôme sinon de premier ordre, du moins significatif, il cède assez vite au traitement thyroïdien et cette disparition permet d'affirmer que la médication a agi.

D'autres symptômes peuvent encore être constatés chez les nourrissons myxœdémateux, notamment des troubles des os qui les apparentent aux achondroplasiques. Il y a un retard important de l'ossification, retard dans l'apparition des points épiphysaires et on a pu apparenter au rachitisme certains des troubles constatés.

On note surtout des modifications de l'intelligence, un retard dans le dévelopement psychique qui fait que le myxœdémateux congénital est un idiot à peu près complet : il représente souvent l'homme-plante de Rœsch, qui n'a qu'une vie végétative. La torpeur intellectuelle est un des signes les plus caractéristiques de l'état myxœdémateux et mon maître Brissaud a jadis fait ressortir que ce cerveau en sommeil commandait en partie l'arrêt de la croissance. Je vous en reparlerai plus loin.

Quand on étudie un myxœdémateux, on se rend compte de quelques modifications de l'appareil cardio-vasculaire. En général le cœur est gros ; l'examen radiologique montre un élargissement de l'ombre cardiaque qui simule la péricardite et qui a été bien décrit par Zondek ; mon collègue et ami Cathala l'a observé en France, la montrant dans un cas où l'on avait d'abord fait le diagnostic de symphyse péricardique. Un autre symptôme habituel est la *microsphygmie*.

L'état du sang qui est un peu spécial. C'est ainsi que M. Vaquez a montré que l'anémie était habituelle ; il y a très peu de globules rouges, et ceux-ci sont déformés, mal développés, ils n'atteignent pas leurs dimensions normales. Il faut rechercher l'état de la formule sanguine chez le myxœdémateux par les techniques récentes et la notion des érythroblastoses congénitales justifie chez le myxœdémateux de nouvelles recherches.

On a aussi chez les myxœdémateux de la première et de la seconde enfance étudié quelles étaient les modifications du métabolisme basal étant donné que l'abaissement de son chiffre est de règle dans l'insuffisance thyroïdienne. En France, MM. Nobécourt et Janet ont vérifié son abaissement notable. Cette recherche toutefois, si elle est possible chez l'adulte, est assez difficile chez l'enfant. On peut trouver parfois d'ailleurs (et M. Janet en a rapporté un cas) un métabolisme basal très faiblement diminué ; personnellement j'ai pu constater chez un de mes malades qu'il n'était pas aussi abaissé qu'on aurait pu le croire étant donné l'intensité de l'insuffisance thyroïdienne objective.

Un symptôme humoral que l'on peut trouver chez les enfants au delà de la deuxième année, est l'*hypercholestérinémie* que, en France, MM. Lesné et Briskas ont bien mise en lumière : c'est ainsi qu'on peut voir un chiffre de 3 grammes et plus. Cette hypercholestérinémie n'est toutefois pas absolument constante et il ne faut pas la considérer comme étant de règle dans le myxœdème, surtout chez le tout jeune enfant. Sans insister davantage sur cette énumération des signes du myxœdème congénital, je veux vous en rapporter quelques exemples.

Voici un cas que j'ai observé avec M. Bohn aux Enfants-Malades.

Il s'agissait d'une fille, née le 25 février 1927, entrée dans mon service le 24 décembre 1927 à l'âge de 10 mois, au pavillon de la diphtérie avec le diagnostic de croup.

Elle présentait une gêne respiratoire marquée, du cornage, un léger tirage sus-sternal, température à 38°. Comme ces phénomènes dataient d'au-moins trois ou quatre jours et allaient en s'accentuant, on injecta dès l'entrée 150 c. c. de sérum antidiphtérique. Les symptômes laryngés s'amendèrent sous l'influence de compresses chaudes et de gardénal. L'ensemencement montra l'absence de bacilles.

Mais certains symptômes attirèrent l'attention que nous pûmes étudier en faisant passer l'enfant dans une salle de médecine : en effet on remarqua alors un faciès vraiment particulier, arrondi, bouffi, comme une véritable pleine lune ; front saillant et bas, les yeux petits un peu bridés, enfoncés dans les orbites, la lèvre inférieure légèrement éversée, double menton, la langue sort constamment de la bouche.

Mais les anomalies ne portent pas uniquement sur la face : l'enfant présente un embonpoint anormal, un véritable état d'obésité.

Les membres ont un aspect éléphantiasique, sont élargis partout, en cylindre, en poteau avec des bourrelets plus volumineux au niveau des chevilles, des fesses, des poignets, des coudes, des épaules. Les membres paraissent soufflés, boudinés. La pression ne provoque pas le moindre godet, donnant au contraire une sensation de ermeté rappelant celle du caoutchouc.

Par contre, le thorax et l'abdomen sont de dimensions plus normales quoique le tissu cellulo-adipeux sous-cutané y soit déjà notablement développé surtout au niveau des seins et de la paroi abdominale. L'hypertrophie des fesses empiète sur la région inférieure du dos si bien qu'en asseyant l'enfant on voit se former à ce niveau un énorme ressaut.

Cette obésité est congénitale et avait été

remarquée déjà à la naissance par les parents et la sage-femme qui trouvaient l'enfant « boursoufflée avec une tête énorme » et l'avaient comparée à une « véritable boule de graisse ». Elle a été au début entièrement nourrie au sein et a toujours conservé l'aspect qu'elle avait en naissant.

Je vous signale en passant qu'en général, le myxœdème n'apparaît pas dans les tout premiers mois quand l'enfant est nourri au sein et pour cette raison que le lait maternel lui apporte les principes thyroïdiens qui lui manquent du fait de son athyroïdisme et ce n'est que lorsque l'allaitement au sein a cessé que le myxœdème fait son apparition. Quand il débute dès les premiers jours de la vie, c'est parfois que l'enfant est né d'une mère myxœdémateuse, goitreuse, incapable alors de lui apporter les éléments thyroïdiens nécessaires. C'est là une question parfois difficile à résoudre.

De plus cette enfant avait son développement tout à fait en retard : une seule incisive était sortie (à l'âge de 4 mois 1/2). L'état intellectuel était très touché, l'enfant restait inerte dans son berceau, les yeux ouverts ne semblant regarder personne ; elle ne réclamait jamais qu'on s'occupât d'elle, ne pleurait pas quand venait l'heure du biberon et restait parfaitement indifférente quand on l'examinait. Ceci est caractéristique du myxœdème du premier âge. La mère disait en effet n'avoir entendu pleurer son enfant qu'à deux reprises, à l'âge de quinze jours, elle l'avait toutefois vu sourire quelquefois depuis quelques mois.

La cuti-réaction à la tuberculine, la réaction de Wassermann, de Hecht dans le sang, ont été négatives.

Née à terme le 25 février 1927, pesant 4 kilos, elle a été totalement nourrie au sein jusqu'en novembre, et partiellement jusqu'au 20 décembre.

Nous avons porté le diagnostic de myxœdème congénital malgré l'absence de certains symptômes, et malgré le fait que les symptômes étaient apparus dès la naissance. Nous avons institué chez cette enfant une thérapeutique thyroïdienne Ce traitement fut commencé le 31 décembre et continué jusqu'au 11 janvier.

Nous avons constaté une amélioration au point de vue intellectuel, l'enfant est plus attentive et sourit de temps à autre, elle pleure quand on la déshabille ; de plus, quatre dents sont sorties : une incisive médiane inférieure, deux incisives médianes supérieures et une incisive latérale inférieure droite.

Malheureusement une bronchite se déclare le 4 février, entraînant la mort par bronchopneumonie.

L'autopsie a été limitée, sur la demande des parents à la recherche du corps thyroïde et du thymus. Le corps thyroïde était extrêmement petit, pesait exactement 1 gr. 75. Examiné, on a trouvé au point de vue histologique, des éléments thyroïdiens très prouvant l'existence d'une petite quantité de glande. C'était donc un cas d'hypothyroïdisme certain ; cependant puisqu'il existait un peu de corps thyroïde, ce n'était pas l'agénésie complète et on peut se demander si, au cas où l'enfant avait vécu, on n'aurait pas obtenu des résultats thérapeutiques particulièrement nets.

Voilà donc un cas de myxœdème congénital un peu spécial puisqu'il n'y avait pas agénésie complète.

A propos de ce cas de myxœdème deux points sont à signaler : j'ai insisté sur l'obésité un peu particulière et aussi sur le fait que cette enfant avait des troubles intellectuels assez marqués. Or, quand on veut discuter cette question du myxœdème il faut se rappeler la définition de Brissaud. Il a pensé que c'était « un trouble trophique général, consistant en une infiltration muqueuse du tégument, plus prononcée à la face que partout ailleurs ; il ne s'agit pas à proprement parler d'infiltration de tissu muqueux, mais plutôt de transformation du derme, du tissu sous-cutané ou du tissu conjonctif... dans un certain nombre de cas, l'élément aqueux prolifère, si l'on peut dire, et de ce fait, la dégénération mériterait d'être qualifiée de muco-adipeuse, ou de gélatino-adipeuse. Ce n'est pas une infiltration adipeuse simple, on a tort souvent, dit Brissaud, de parler d'obésité thyroïdienne en laissant entendre que la thyroïde provoque avant tout le développement du tissu adipeux ; elle provoque l'infiltration muco-adipeuse et gélatino-adipeuse. La peau perd sa substance, elle est comme boursouflée, souvent tremblotante, surtout au cou, aux joues, aux paupières, si bien que le visage est élargi, arrondi, épaissi, a comme un aspect de pleine lune. La surface des mains est gonflée, uniformément distendue, l'épiderme lui-même, mal nourri par ses vaisseaux, s'assèche et s'écaille. Le myxœdème n'est pas un état transitoire, un de ces accidents que la nature répare d'elle-même, spontanément, c'est un mal général qui évolue progressivement, qui aboutit à une cachexie d'une gravité inévitable ».

Cette définition donnée par Brissaud il y a plus de vingt-cinq ans s'applique à tous les myxœdémateux, mais est plus particulièrement vraie pour le myxœdème congénital et on retrouve les caractères de cette infiltration muco-adipeuse chez le petit malade dont je vous ai parlé.

Brissaud dit aussi que la torpeur intellectuelle est un des signes les plus caractéristiques de l'état myxœdémateux. C'est un état de sommeil qui s'accompagne pour ainsi dire d'un sommeil général de l'organisme : le cerveau est en som-

meil, la croissance est arrêtée. « C'est le cerveau, disait-il, qui est le grand centre trophique qui préside aux phénomènes de la croissance : lorsque le cerveau est endormi, la croissance s'arrête.» Et il en résulte que le myxœdémateux, l'étant dès la première année de la vie, est« condamné, disait Brissaud, à l'enfance à perpétuité ; cet avorton garde, jusqu'à un âge avancé, les attributs repoussants d'une enfance monstrueuse que les années flétrissent ». Et en effet l'arrêt de la croissance est évident chez tous les myxœdémateux congénitaux surtout si le traitement n'intervient pas, et c'est encore Brissaud qui montre cet enfant toujours petit, « nourrisson majeur et encore enveloppé delanges lorsque le recrutement militaire vientl'immatriculer ».

Ce sur quoi j'insiste aujourd'hui, c'est que le *traitement peut modifier ce pronostic*, avec cette réserve bien mise en relief par mon élève G. Willot dans sa thèse, que les troubles du retard cérébral régressent beaucoup moins vite que les autres et ceci pour la raison que, dès la première enfance, le cerveau est lésé, avec ces troubles particuliers, cette infiltration muco-adipeuse ou gélatino-adipeuse qui caractérisent le myxœdème ; on a montré qu'il y avait chez les myxœdémateux des altérations du système nerveux central ; la situation du myxœdémateux est un peu celle du mongolien quoique moins marquée. Le cerveau est touché, il y a de l'arriération cérébrale et quand on modifie par un traitement thyroïdien l'ensemble des lésions de l'organisme on n'arrive pas à supprimer ce qui s'est produit dès la première année du côté du cerveau ; le myxœdème n'entraînant de symptômes qu'après la naissance (dans la majorité des cas du moins) on conçoit qu'il faille un certain temps pour que ses effets sur le cerveau se manifestent ; ils se sont produits tout de suite dans le cas que je vous ai rapporté, mais dans d'autres, ils ont été plus tardifs, et, par suite, plus accessibles à la thérapeutique.

Un autre cas de myxœdème congénital récemment observé par nous est le suivant : une enfant nous est amenée dans le service par M. Zuber, à l'âge de 4 mois, présentant une macroglossie congénitale, avec aspect myxœdémateux typique quoiqu'un peu moins marqué que chez le célèbre Pacha de Bicêtre. Ses téguments étaient infiltrés, ses ongles altérés, ses cheveux rares et cassants, sa peau sèche, squameuse, ses muqueuses étaient desséchées ; il existait des troubles intellectuels incontestables, avec une torpeur cérébrale et physique ; l'enfant restait inerte, avait horreur du mouvement, ses gestes étaient lents, il y avait donc un syndrome myxœdémateux très au complet.

La radiographie montrait une absence de nombreux points d'ossification, l'absence de cartilages, un retard statural marqué. A 28 mois l'enfant ne pesait que 7 kilos et sa taille était de 0 cm. 65 : c'est dire que le nanisme était chez elle déjà assez accusé. Nous n'avons pu malheureusement la soumettre au traitement thyroïdien que peu de temps, car elle mourut d'une broncho-pneumonie intercurrente.

A l'autopsie, M. Joseph, mon chef de clinique, a trouvé avec surprise ceci de très particulier, outre un thymus de 4 gr.50, c'est-à-dire petit, un corps thyroïde de 15 gr. 10 ayant bien l'aspect d'un corps thyroïde, ce qui paraissait en désaccord avec le diagnostic porté. Il a semblé en effet qu'il y avait un tableau de myxœdème réalisé par quelque chose d'autre que l'atrophie thyroïdienne. J'ai demandé à mon collègue M. Huguenin d'examiner histologiquement le thymus et le corps thyroïde : dans le thymus il a trouvé quelques corpuscules de Hassal mais dans le corps thyroïde il n'a trouvé qu'un squelette conjonctif et de la graisse, nulle part, il n'a mis en relief de cellules thyroïdiennes. L'examen histologique a confirmé notre diagnostic, il y avait bien objectivement un organe qui avait la forme d'un corps thyroïde mais histologiquement il n'y avait pas trace de corps thyroïde.

Voici donc deux cas où le myxœdème congénital, relevant d'agénésie ou d'altérations profondes du corps thyroïde, a entraîné la mort.

Il en est heureusement beaucoup d'autres où nous avons pu traiter l'enfant pendant un certain temps et obtenir des résultats significatifs. N'allez pas induire de ces deux cas que le myxœdème congénital est grave et difficilement curable. La cure au contraire est de celles qui doivent donner au médecin et à la famille de vraies satisfactions.

J'ai demandé à mon élève G. Willot de grouper dans sa thèse la plupart des faits qui ont passé dans ce service et y ont été examinés de près ; il a pu y joindre quelques autres cas et montrer que la cure est une question de ténacité pour imposer le traitement aux familles, de continuité pour obtenir d'elles que ce traitement soit poursuivi, même une fois le résultat obtenu.

Voici une petite, Simone, que j'ai commencé à soigner en 1928, à l'âge de 22 mois qui, à ce moment, pesait 9 kgr. 550 et ne mesurait que 0 m. 67. Elle avait un faciès myxœdémateux typique. La cure thyroïdienne a donné assez vite tous les résultats qu'on en devait attendre. Elle a été cessée par sa mère en 1930, sans raison valable, et le myxœdème a repris avec tous ses caractères. Depuis, le traitement est suivi très régulièrement à doses suffisantes et les progrès sont constants. En décembre 1936, à 9 ans 1/2, l'enfant mesure 1 m. 13 pèse 21 kil. 900 et n'a guère plus de 2 à 3 ans de retard intellectuel. Vous la voyez aujourd'hui dans un état vraiment satisfaisant. Mais elle suit toujours régulièrement sa cure thyroïdienne.

Il en est de même d'un garçon, Georges P... amené à la consultation à l'âge de 3 mois et présentant des signes de myxœdème typique. Il est suivi très régulièrement et traité depuis cette date. En décembre 1935, il a 13 ans 1/2, il pèse 39 kgr. 900, mesure 1 m. 54, sa puberté se manifeste et s'il est encore un peu timide, si son idéation semble pénible, son âge mental est de 8 ans 9 mois. Actuellement il a 1 m. 63 de taille et son âge mental est de 11 ans 6 mois pour 15 ans et 8 mois, ce qui est très satisfaisant, lorsqu'on pense au point de départ.

Je pourrais vous citer plusieurs autres exemples du même ordre, telle une jeune fille, née en 1918, suivie aux Enfants-assistés depuis 1921 à l'âge de 32 mois pour un myxœdème congénital marqué et qui en 1934 entrait en apprentissage ayant un âge mental de 10 ans 4 mois, lequel a atteint depuis lors 12 ans 9 mois, elle a actuellement 17 ans 1/2 et donne toute satisfaction dans son métier de couturière. Elle aussi continue toujours son traitement.

Un autre cas particulier, très typique à beaucoup d'égards, est celui de Robert. Il est arrivé ici en novembre 1928, à l'âge de 5 ans. Le diagnostic de myxœdème n'avait pas été porté jusque-là. Il présentait pourtant tous les signes du nanisme myxœdémateux typique. L'enfant mesurait 0 cm. 79, avait à 5 ans la taille d'un enfant de 18 mois. Son poids était de 13 kilos. Sa tête était grosse, enfoncée dans les épaules, le front était très bas, l'aspect simiesque, la peau était sèche, les cheveux clairsemés ; les dents présentaient des malformations importantes, comme limées du côté du bord libre ; la langue était très volumineuse ; le cou était gros et court ; la mensuration des membres reflétait la proportion insuffisante des bras et des cuisses rapprochant ce myxœdémateux des achondroplasiques, le sang était celui d'un myxœdémateux avec anémie et déformation globulaire. L'état intellectuel était assez particulier ; l'enfant parlait à peine, par monosyllabes, mais au moyen d'une mimique précise, il manifestait ses sentiments de besoin, mangeait seul, ne se souillait pas au lit. Dans le domaine affectif il témoignait à un de ses voisins de lit une affection particulière, le pressait dans ses bras et avait une expression de tendresse extraordinaire, était extrêmement gentil pour les plus petits que lui. Mais au point de vue psychique et de l'analyse mentale faite par M. Th. Simon résultait qu'il était en réalité complètement idiot ; il avait à peine 6 mois d'âge mental alors qu'il avait déjà 5 ans.

Il a été soigné par opothérapie d'une manière assez régulière. Il a actuellement 1 m. 25 environ, il a donc augmenté de près de 0 cm. 60 depuis qu'il est sous notre direction.

D'autre part il se transforme complètement, il parle bien, il est très gentil, rend beaucoup de services et, comme âge mental, il a plus de 7 ans ; nous avons donc récupéré 7 ans en 10 ans ce qui est quelque chose ; la récupération s'est faite progressivement. Il n'a presque plus de signes d'hypothyroïdie, si sa guérison reste incomplète, si son âge mental est insuffisant c'est que son traitement a été trop souvent interrompu, lorsqu'il était envoyé hors de l'hôpital. C'est aussi qu'il n'a pas été traité dès sa première enfance. Il est toutefois en bonne voie d'amélioration, mais le succès restera incomplet en raison du traitement malheureusement trop tardif.

M. Willot dans sa thèse a réuni un certain nombre d'observations non moins significatives.

En voici une qui montre mieux encore les conséquences fâcheuses de l'abandon du traitement. C'est une petite malade dont le myxœdème congénital fut reconnu à l'âge de 1 an à la clinique du Professeur Nobécourt ; elle y est restée trois ans et fut améliorée mais elle sortit de la clinique et revint dans mon service à l'âge de 5 ans environ nettement myxœdémateuse. Nous l'avons soignée pendant assez longtemps, elle représentait le type du nanisme myxœdémateux, avec obésité considérable, arriération intellectuelle profonde. Sous l'influence de notre traitement l'enfant s'est transformée de façon extraordinaire ; elle était devenue relativement sociable, rendant une série de petits services dans la salle. Puis en 1928 elle est partie dans sa famille où le traitement n'a pas été continué régulièrement, puis interrompu, si bien que l'enfant est retombée dans l'état le plus complet de l'idiotie myxœdémateuse : c'est maintenant une véritable boule de graisse ; tout en ayant fait son évolution pubertaire, elle est devenue un être lamentable et ceci parce que son traitement n'a pu être poursuivi.

Nous avons donc chez cette enfant la double preuve de l'action favorable du traitement et des conséquences lamentables de l'arrêt de cette thérapeutique.

En voici un autre exemple concernant une jeune fille de 17 ans qui est arrivée dans le service le 15 décembre dernier après un séjour dans un hôpital de province. A son entrée dans notre service le diagnostic de myxœdème était évident : le faciès en effet est myxœdémateux, boursouflé, caractéristique. Il nous a été impossible de savoir quand elle a grossi, comment elle s'est infiltrée : il se peut que chez elle une maladie ait provoqué ce myxœdème tardif. Il se peut aussi qu'il s'agisse d'un myxœdème congénital relativement fruste et passé inaperçu. Actuellement l'état de la peau infiltrée, sèche, rugueuse, sans souplesse, la frilosité, l'absence presque totale de poils pubiens, la déprédation des sourcils, les cheveux rares et secs, la macroglossie très marquée, l'absence de perception de corps thyroïde complètent un ensemble typique. Mais ce

que je veux surtout vous souligner c'est l'apathie, le mutisme presque complet, les troubles intellectuels de cette malade qui présente un gros retard mental : 8 ans d'âge mental pour 17 ans d'âge réel. Si typique que soit ce cas, le métabolisme basal n'est que très faiblement abaissé (—7 %, chiffre normal) et elle a 1 gr. 25 de cholestérine, chiffre normal.

Nous avons soumis cette enfant au traitement thyroïdien, mais il est certain que, à cet âge, le traitement ne pourra pas amener une amélioration importante de l'état intellectuel. C'est seulement si le traitement est commencé de bonne heure qu'on peut espérer un résultat de l'ordre de ceux que je vous ai rapportés.

Je ne puis, à la fin de cette leçon, vous exposer toutes les bases de ce traitement nécessaire du myxœdème congénital .

On l'a discuté, on a soutenu qu'il ne donnait que des résultats partiels et décevants, on a voulu lui substituer un traitement par greffes opératoires, certainement logique, mais difficile à instituer et de résultats souvent décevants. Les faits que je vous montrent témoignent de l'efficacité du traitement thyroïdien actuellement bien réglé et dont j'ai maintes fois exposé les principes.

Il est basé sur l'emploi, dès le diagnostic porté, de l'opothérapie thyroïdienne, par la bouche, sous forme de poudre thyroïdienne desséchée ou de préparations liquides, administrées à doses quotidiennes suffisantes et en surveillant au début la sensibilité du petit malade. On utilise habituellement chez l'enfant les préparations, de préférence à la thyroïdine synthétique, ou thyroxine plus difficilement maniable chez le jeune enfant et moins apte au traitement prolongé dont il s'agit.

Le traitement passe par trois phases : 1° traitement *de départ* où l'on commence chez le jeune enfant par un demi-centigramme à un centigramme de poudre thyroïdienne deux fois par jour et où l'on augmente graduellement jusqu'à 4 à 5 centigrammes par jour ; 2° *traitement d'attaque* où on donne la dose suffisante pour amener la rétrocession des symptômes de 5 à 10 centigr. par jour chez le jeune enfant. de 10 à 25 centigr. par jour chez l'enfant plus grand en surveillant les effets thérapeutiques et en laissant périodiquement une brève période de repos, n'excédant pas cinq à dix jours ; 3° *traitement d'entretien*, qui, consiste, la régression étant obtenue, à donner la médication thyroïdienne quatre à cinq jours par semaine et à la cesser les autres jours. Ce traitement peut être diminué mais ne doit jamais être supprimé.

A l'opothérapie thyroïdienne, on peut utilement joindre d'*autres opothérapies*, surrénale, hypophysaire, thymique ; on peut ajouter les *médicaments habituels de la croissance* : vitamines, calcium, phosphore, fer, etc... On peut surtout associer assez fréquemment une *médication antisyphilitique*, étant donnée la fréquence relative de la syphilis congénitale dans l'étiologie du myxœdème précoce.

Je ne fais que vous rappeler ces notions générales, en insistant sur la *précision* nécessaire des prescriptions (une erreur dans la prescription des doses de thyroïde pouvant parfois provoquer des accidents assez sérieux), sur la *patience* dans leur exécution nécessaire tant au médecin qu'aux parents car les résultats ne sont acquis que lentement ; sur la *continuité* indispensable du traitement, car les résultats obtenus ne sont durables que si le traitement est poursuivi, l'opothérapie thyroïdienne étant plus substitutive qu'homostimulatrice.

Les malades que je vous ai montrés, ceux que j'ai pu y joindre et que mon élève Gérard Willot a groupés, témoignent de la valeur de cette cure qui est la démonstration la plus nette de l'efficacité des opothérapies bien faites. On peut, d'enfants voués à l'idiotie ou à l'arriération définitive, faire des sujets normaux aptes à vivre d'une vie sociale normale. Mais la cure doit être précoce, car tout traitement commencé après plusieurs années reste nécessairement incomplet. D'où l'importance d'un diagnostic précoce suivi immédiatement d'une cure méthodique, suffisamment intense et prolongée.

TRAITEMENT DES ABCÈS AIGUS DE LA RÉGION PÉRIANALE PAR LES INJECTIONS DE BOUILLON VACCIN

Par

MM. V. Riche et J. Aussilloux

Professeur — Chef de Clinique chirurgicale

à la Faculté de médecine de Montpellier

L'orientation actuelle de la thérapeutique vers les solutions biologiques n'a pas été sans entraîner de nombreuses et importantes modifications dans beaucoup de problèmes chirurgicaux et la chirurgie des infections aiguës en particulier a considérablement évolué. Le vieux principe hippocratique : « ubi pus, ibi evacuas » qui demeure vrai dans son ensemble, a dû faire aux méthodes biologiques de nombreuses concessions. Des voix plus autorisées que la nôtre ont envisagé ce fait dans plusieurs domaines, et l'on connaît par exemple l'opinion de Métivet sur la chirurgie des infections aiguës.

Voués classiquement à la thérapeutique par l'incision, les abcès chauds de la région périanale nous ont paru justiciables d'un traitement biologique, essentiellement constitué par les *ponctions suivies d'injections de bouillon vaccin*.

Cette méthode est depuis longtemps pratiquée sur des indications diverses dans notre service. Et les abcès du sein bénéficient depuis longtemps ici des avantages de ce traitement. Les premiers essais en avaient été relatés dans la thèse déjà ancienne de Mary (Montpellier, 1928). Avec Mourgues-Molines, l'un de nous y est revenu dans une publication d'avril 1933, dans le *Progrès Médical*.

Et récemment la thèse d'E. Quet sur la biothérapie des abcès chauds, insistait surtout sur cette application.

Le *principe général* reste le même, disons-le, quel que soit le produit employé : à notre sens, c'est le bouillon vaccin qui donne les résultats les plus satisfaisants, et c'est maintenant toujours à lui que nous avons recours L'introduction de bouillon vaccin dans la poche d'un abcès *collecté*, après évacuation du pus, paraît transformer l'atmosphère de cet abcès et permet très rapidement et sans incision la guérison de celui-ci Nous avons ainsi traité toutes sortes de suppurations collectées (abcès du sein, parotidites suppurées, phlegmons sous-maxillaires, kystes sébacés suppurés, etc.). De toutes les localisations les abcès de la région périanale sont peut-être celles qui donnent les résultats les plus favorables. Et c'est la rapidité de l'évolution, sa simplicité et la qualité de ses résultats, qui nous ont poussés à insister tout particulièrement sur ce point.

***

Nous adressant surtout aux praticiens, à qui nous fournissons un moyen d'action certainement destiné à leur rendre de gros services, nous décrirons le procédé avec autant de précisions techniques qu'il nous sera possible. Car ici, comme dans beaucoup de méthodes, c'est de la minutie de l'application que dépend bien souvent le succès.

1° Indications. Pour être ainsi traités, les abcès de la région périanale doivent répondre à deux seules conditions : être *chauds et collectés*. Il ne faut donc pas s'adresser à des infiltrations *torpides du creux* ischio-rectal en communication avec le rectum, qui certainement ne donneraient qu'un médiocre résultat (Obs IV). Ceci posé, *tous les degrés anatomiques d'abcès périanaux* peuvent être ponctionnés, surtout dirons-nous, s'ils s'accompagnent des phénomènes généraux d'infection (fièvre, tachycardie, etc.).

L'étendue de la suppuration importe assez peu ; et le procédé ne s'applique pas simplement aux abcès cutanéo-muqueux qui guériraient aussi bien par une petite incision. Les abcès du creux ischio-rectal trouvent ici un traitement satisfaisant qui leur permettra d'évoluer rapidement, évitera de douloureux pansements, et réduira au minimum les risques de fistulisation si fréquents après l'incision.

Le moment de l'intervention correspond à celui où tous les signes hippocratiques de l'inflammation aiguë se trouvent réunis : abcès rouge, chaud, tuméfié et douloureux.

Des applications anti-phlogistiques bien surveillées peuvent être utilement mises en œuvre pour aboutir à un tel résultat. Mais dès ce moment il faut se garder de temporiser, et le moment venu, ne pas le laisser échapper.

2° La technique, tire une grande partie de sa valeur de sa simplicité, telle que tout praticien pourra la mettre en œuvre, au domicile même du malade. Le repos au lit sera nécessaire quelques jours, mais l'hospitalisation pourra

être évitée, alors que l'incision la rend indispensable.

a) *Le matériel*, comprendra essentiellement :

— une aiguille d'assez fort calibre : 12/10 environ. Sa pénétration sera bien moins douloureuse que celle d'un trocart, et cependant sa lumière sera suffisante pour laisser passer le pus assez épais que l'on devra retirer ;

— une seringue ordinaire de 10 centimètres cubes ;

— du bouillon vaccin anti-colibacille. Cette mention est utile le plus souvent, car l'expérience nous a montré que dans la plus grande majorité des cas, le pus renfermait du colibacille. Néanmoins, on peut aussi bien se servir de bouillon vaccin antistaphylococcique par exemple, la spécificité stricte nous ayant paru n'avoir qu'une importance bien relative.

Mais il faut surtout utiliser des bouillons vaccins *non injectables*, ceux destinés aux pansements externes : cette notion, purement empirique, nous semble capitale.

b) *La technique proprement dite* sera la suivante :

— ponction de l'abcès en son centre, avec l'aiguille montée sur la seringue, « le vide à la main ». Dès que l'on se trouve dans la cavité de l'abcès, une légère aspiration suffit à provoquer l'issue du pus. Celui-ci est le plus souvent noirâtre et fétide (colibacille) quelquefois verdâtre (staphylocoque). Il est de bonne pratique, si l'on se trouve dans les conditions voulues, de faire l'identification du germe en cause. Mais cette précaution n'est pas indispensable, la spécificité du bouillon vaccin n'étant pas requise de façon absolue ; et les indications macroscopiques donnent assez de précisions.

La quantité de pus retirée est mesurée sur les graduations de la seringue, et notée. Elle oscille généralement entre 5 et 30 centicubes.

— *Un lavage de la cavité* au bouillon vaccin succède à cette évacuation aussi complète que possible ; il est poursuivi par barbottage dans la seringue jusqu'à ce qu'on le retire à peu près clair.

— On *abandonne alors dans l'abcès* une quantité de bouillon vaccin légèrement inférieure à celle du pus retiré de façon à ne pas distendre la poche, mais à l'imprégner suffisamment : pour 10 centicubes de pus, par exemple, on laisse 7 centicubes environ de vaccin.

L'aiguille est retirée d'un coup sec, et l'orifice de ponction aveuglé par un *tampon de collodion* : il est en effet capital de *réaliser un vase clos* qui assurera au maximum l'efficacité du bouillon vaccin.

— Il est enfin, très *important de constiper* le malade pendant plusieurs jours, par l'administration de pilules d'opium. Cette précaution est indispensable et devra être prolongée jusqu'à ce que la guérison soit presque complètement assurée (neuf jours par exemple dans l'obs. II). On pourra si nécessaire entre temps, évacuer l'intestin par purgation, et reconstiper immédiatement.

3° Les jours suivants, on observe parallèlement :

— *une défervescence thermique* très rapide, mais qui peut être précédée d'un frisson par réaction protéinique sans doute. Ce phénomène est d'ailleurs inconstant et sans importance s'il se produit ;

— *un soulagement très net* ;

— *une amélioration évidente des signes locaux* : diminution de l'empâtement de la rougeur, du volume de l'abcès.

Mais le traitement demande a être poursuivi après la première ponction, de toutes cependant la plus importante.

Il faut répéter la ponction tant que les signes locaux d'inflammation restent nets, *et tant que l'on retire du pus de la cavité.* Généralement à la deuxième ponction, la quantité retirée est fortement diminuée. On procède exactement comme le premier jour. Souvent dès la troisième ponction il n'y a plus qu'un peu de sang : le traitement local doit être abandonné et la guérison est pratiquement acquise : apyrexie, souplesse de la région, pas de douleurs (Obs. VII et VIII).

Dans d'autres cas plus sévères, qui évoluent plus lentement, au bout de trois ou quatre ponctions, il se produit au niveau de la ponction qui doit se faire toujours au même point si possible, une *petite fistulisation* : on l'utilise pour faire des lavages de la cavité avec un trocart mousse, cette manœuvre, indolore, obtient rapidement la fermeture de la fistule et la guérison. Cette fistulisation momentanée ne doit donc pas être considérée comme un échec, mais au contraire comme une évolution normale et régulière dans les abcès un peu conséquents (Obs. I, II, III, V).

Ainsi *le nombre de ponctions* avec lavage est variable : deux suffisent parfois, sept ou huit sont quelquefois nécessaires. De toutes façons la durée de l'évolution est notablement plus courte que pour les abcès incisés et drainés. On évite de douloureux pansements, et ces avantages ont déjà une très grosse valeur.

4° Les contre-indications sont exceptionnelles quand il s'agit d'abcès collectés. Elles se rattachent quand elles existent à l'*impossibilité de réaliser le traitement en vase clos*, l'abcès étant largement ouvert. Ainsi ne peut-on répondre du succès si l'on intervient sur un abcès déjà fistulisé spontanément à l'extérieur, ou présentant avec le rectum une communication large par où le bouillon vaccin s'échappe, et qui permet la réinfection constante de la poche à traiter.

5° Les résultats que nous avons obtenus ont été à ce point favorables que depuis deux ans, pas un abcès chaud périanal n'a pu être incisé dans le service.

De tous ceux traités dans les conditions requises, aucun n'a été revu pour fistule consécutive.

Nous avons enregistré deux échecs par fistule anale : dans les deux cas (Obs. IV et IX) le vase clos n'était pas réalisable, l'un par nécrose cutanée étendue préalable, l'autre par communication large avec le rectum.

6° Les observations qui suivent ont été relevées dans le service depuis que nous utilisons notre méthode. Exposées schématiquement elles illustreront les précisions que nous avons avancées.

Obs. I. — L... (Anna), 53 ans, glycosurique, envoyée par un service de médecine, pour abcès de la fesse à inciser. Température 39°. Tuméfaction volumineuse et rouge, près du sillon interfessier. Ponction qui retire 10 c. c. de pus verdâtre. Injection de 6 c. c. après lavage.

Deuxième injection le lendemain suivie d'une petite fistulette, tarie deux jours après. La cavité de l'abcès ne contient que quelques gouttes de sang. La guérison a été obtenue en quatre ponctions.

Mais récidive de l'autre côté : même traitement, même guérison en trois ponctions. La malade sort complètement guérie après *vingt jours* d'hospitalisation en chirurgie.

Obs. II. — R... (Valentino), 30 ans. Entre pour abcès de la marge de l'anus, ayant débuté, il y a dix jours environ. Température 39°. Tuméfaction du volume d'une grosse noix, avec aspect phlegmoneux tout autour.

Première ponction retirant 10 c. c. de pus (culture : coli) remplacé par du bouillon vaccin.

Le lendemain apyrexie. Renouvellement de la ponction. Puis fistulette permettant le lavage quotidien de la poche. Cinq jours après l'entrée, toute infiltration périphérique a disparu.

Quitte l'hôpital après *dix jours* d'hospitalisation complètement guéri.

Obs. III. — F... (Jean), 22 ans, envoyé du sanatorium Belle-vue pour abcès de la marge de l'anus. Température 38°.

Ponction : cinq centicubes de pus blanchâtre, peut-être bacillaire.

Le lendemain, apyrexie. Apparition d'une fistulette permettant le lavage.

Sort après *huit jours* de séjour, complètement cicatrisé.

Obs. IV. — C... (Armand), 65 ans, température entre 38° et 39. Volumineuse poche, renfermant peu de liquide et beaucoup de gaz. Injection de 40 c. c. de vaccin ; l'injection très facile, laisse penser qu'il y a une *communication avec le rectum*.

L'apyrexie est obtenue dès la deuxième injection. Mais il persiste un trajet fistuleux. L'hospitalisation a duré vingt-huit jours. L'échec est dû ici à la fistule intra-rectale et à l'impossibilité de réaliser le vase clos

Mais de toute façon, l'incision ne paraissait pas susceptible de donner un résultat plus favorable.

Obs. V. — T... (Marius), 59 ans. Envoyé pour abcès du creux ischio-rectal. Température 40°3. Tuméfaction bilatérale, mais prédominant à droite, tendant à contourner l'anus en avant.

Ponction qui retire 20 c. c. d'un pus fétide (culture : coli).

Renouvellement des ponctions avec lavage de la poche pendant six jours. Au bout de *neuf jours*, apyrexie, absence absolue de douleurs. Guérison complète obtenue ; il n'existe même pas de cicatrice visible : la peau et le tissu cellulaire tout autour sont très souples.

Obs. VI. — C... (Elzéar), 29 ans. Abcès de la marge de l'anus. Température 39°. Tuméfaction comme une noisette. Trois ponctions suffisent à assurer la guérison.

Sort au bout de *neuf jours* complètement guéri.

Obs. VII. — B... (Eugène), 37 ans. Abcès de la marge anale, gros comme une noisette. Peu d'infiltration autour.

Sort absolument guéri au bout de *cinq jours*.

Obs. VIII. — S... (Augustin), 39 ans. Abcès périanal, du côté gauche. Température 38°5. Tuméfaction rouge, grosse comme une grosse noix, avec aspect phlegmoneux des tissus environnants.

Ponction qui ramène 7 c. c. d'un pus noirâtre (culture : coli).

Ponction le lendemain. Le surlendemain, plus de pus. On autorise le lever. Guérison complète obtenue en *cinq jours*.

Obs. IX. — C... (Jean-Marie), 58 ans. Volumineux abcès péri-anale présentant une *large surface nécrotique*. Température 38°5. Evacuation spontanée d'un pus noirâtre, fécaloïde. Au bout de 48 heures, après deux lavages au bouillon vaccin, la *plaie est largement ouverte* et évolue comme si elle avait été incisée. Le « vase clos » n'a pas été possible à réaliser. Il persiste une fistule anale dont on pratique six mois après le traitement chirurgical.

***

En somme la méthode de traitement des abcès chauds par ponctions et injections de bouillon vaccin, nous a paru donner dans le domaine des suppurations périanales collectées des résultats particulièrement favorables.

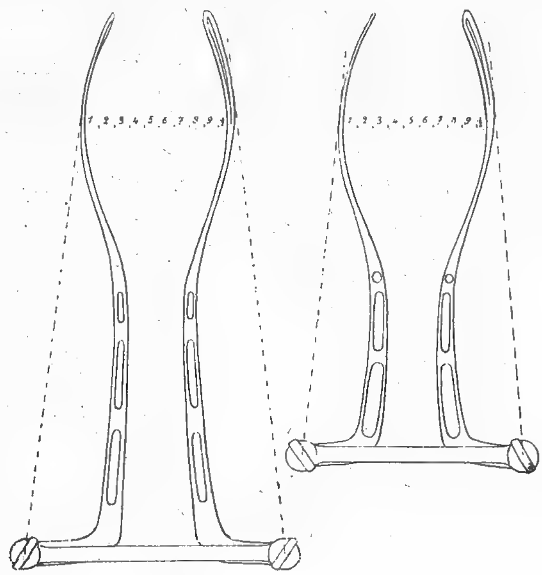
Cette thérapeutique présente sur l'incision classique de sérieux avantages tels que : évolution nettement accélérée, diminution sensible des manifestations douloureuses.

Et la simplicité du procédé lui permet d'être largement mis à contribution dans la pratique médicale courante.

PRÉSENTATION D'UN NOUVEAU FORCEPS

La manière d'aider les femmes dans les accouchements difficiles a toujours été un objet d'études pour les accoucheurs. L'invention du forceps a marqué un réel progrès dans cette voie et il n'y a rien d'étonnant à ce que chaque génération cherche à apporter de nouvelles améliorations instrumentales.

M. R. Suzor a apporté une simple mais importante modification à l'appareil de Demelin. *Elle consiste en une diminution de la longueur de la partie manuelle des branches.* Les avantages de ce nouveau forceps sont multiples. Entre autres, la légèreté de l'instrument est accrue. Ce gain pondéral, acquis aux dépens de l'extrémité du levier constitué par l'ensemble de l'instrument en place, se répercute de façon plus importante vis-à-vis de la présentation.



A gauche, le D.8 original. — A droite, le D.8, allégé, modifié. Pour un diamètre bipariétal de 9 cm. 5, la convergence des cuillers est la même dans les deux instruments.

« Avec le forceps de Tarnier, dit M. Suzor, la déflexion de la présentation est toujours prématurée au cours de la traction, et la présentation se dégage par un diamètre plus grand que celui devant normalement franchir le plan du dégagement.

Avec le forceps de Demelin, la déflexion est, au contraire, retardée du fait du poids de l'instrument, et la tête enfonce le périnée si l'on n'intervient à temps par une manœuvre artificielle. Avec le modèle actuellement modifié, le moment où la déflexion commence, se rapproche du moment où elle se ferait naturellement. Il en est de même d'ailleurs pour les autres mouvements que la tête peut avoir à exécuter dans l'excavation. »

Ajoutons que lorsque M. Suzor a présenté ce nouveau forceps à la « Société de Gynécologie et d'Obstétrique », le 7 février 1938, il y avait déjà six ans qu'il l'employait et en avait apprécié les avantages. Une année s'est écoulée depuis et, au risque d'encourir les reproches de l'auteur, il nous a paru intéressant d'attirer l'attention des médecins sur ce nouvel instrument. Notre rôle d'informateur professionnel constituera notre excuse (1).

Pierre LABIGNETTE

Chef du laboratoire de la Maternité de l'Hôpital Boucicaut

(1) L'invention du forceps ne remonte pas, comme on l'a dit souvent, à l'appareil de Chamberlen présenté en 1600. Dans le traité de Chirurgie d'Albucasis, paru au XIV[e] siècle, on trouve la description et le dessin de *plusieurs forceps*, de crochets obstétricaux et d'un couteau pour décapiter le fœtus. L'Ecole de Tolède fit faire beaucoup de traductions en latin de ce Traité. L'une de ces traductions a été faite par Gerardo da Cremona, en Espagne ou dans le Midi de la France, au commencement du XIV[e] siècle. Outre sa valeur documentaire, cette édition constitua d'ailleurs une magnifique pièce de l'art du livre.

LA FIÈVRE TYPHOÏDE DU NOURRISSON

Par le Docteur R. TURQUETY

Ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris

« Beaucoup de médecins, écrivait, voici quelque cinquante ans, Cadet de Gassicourt, ne savent pas encore que la fièvre typhoïde est une maladie de tous les âges et qu'elle peut attaquer même les plus jeunes enfants. Ou plutôt, s'ils le savent théoriquement, ils l'oublient dans la pratique et ils hésitent devant leur propre pensée uniquement parce qu'ils sont en présence d'un enfant au berceau.

Bien des fois j'ai été appelé en consultation, par des confrères fort instruits, pour cet unique motif ; quand je leur faisais remarquer que tous les signes de la maladie étaient évidents : « Sans doute, me répondaient-ils, mais l'enfant est si jeune ! Je n'osais pas y croire. »

Les manuels de médecine, les articles de presse ont, depuis cette époque, contribué à faire mieux connaître les maladies de la petite enfance ; il n'en reste pas moins vrai que le diagnostic de la fièvre typhoïde du nourrisson présente souvent de réelles difficultés tant au point de vue de la clinique que du laboratoire.

Confondue autrefois avec les autres pyrexies de la première enfance, la fièvre typhoïde du nourrisson n'est mentionnée dans la littérature médicale qu'à une date relativement récente (Charcellay, 1840). L'historique de cette maladie et son exposé clinique ont fait l'objet de la thèse appréciée d'Yvonne Blaignan (Thèse de Paris, 1922).

L'ÉTIOLOGIE est la même, ici, que chez l'adulte : la contamination se fait habituellement par l'eau, eau polluée ayant servi à couper le lait, faute de stérilisation dans la préparation des biberons, parfois eau du bain qu'on a laissé, par mégarde, absorber à l'enfant.

On ne saurait, d'autre part, passer sous silence le rôle des porteurs de germes : laitier trayeur, mère ou nourrice, convalescents les uns ou les autres d'infection éberthienne ou paratyphique, ignorants du danger qu'ils sont à même de propager et peu soucieux de leur propreté manuelle.

LE TABLEAU CLINIQUE de la fièvre typhoïde du nourrisson présente ce caractère particulier d'être incomplet, amputé de quelques-uns des signes les plus importants que l'on observe communément chez l'adulte. En outre, les trois phases classiques d'évolution sont ici moins nettement tranchées.

Le début, généralement mal défini, remonte souvent à une date antérieure à celle que lui assigne la famille. Ceci se conçoit aisément : les commémoratifs du début : fatigue, courbature, céphalée, vertiges, état progressivement et insidieusement subfébrile ne sauraient être retenus ici.

Les premiers symptômes observés par l'entourage sont, d'ordinaire, les troubles digestifs ; l'anorexie, les régurgitations, la tendance à la diarrhée, joints à l'abattement, incitent à contrôler la température.

La fièvre, la diarrhée, la prostration sont *les signes majeurs* de la période d'état. La température, rémittente au début, revêt un type continu, aux alentours de 40°, moins schématique cependant que chez l'adulte.

La langue, généralement humide, est blanche avec zone rouge à la pointe et aux bords. Le ventre est météorisé ; la rate, modérément hypertrophiée, est perceptible en plaçant l'enfant dans le décubitus droit, les cuisses fléchies : on accroche ainsi son bord antérieur dans les mouvements inspiratoires. La diarrhée est en général modérée, ne dépassant guère quatre ou cinq selles par jour. Souvent, à ce moment, apparaissent quelques taches rosées, éparses, discrètes, demandant à être minutieusement recherchées.

L'enfant est un peu pâle, prostré, ne portant pas intérêt à ce qui l'entoure. Les signes pulmonaires font rarement défaut, l'enfant tousse peu mais l'auscultation montre des signes de bronchite diffus ou localisés aux bases, signes dont l'importance peut dominer le tableau clinique et en imposer à tort pour une affection primitive des voies respiratoires.

Le déclin s'annonce par une défervescence souvent précoce, précédée d'une ou deux grandes oscillations tenant lieu de stade amphibole. On observe rarement, chez le nourrisson, une chute en lysis s'étageant sur un septenaire. La défervescence obéit bien moins nettement que chez l'adulte à la règle des abaissements matutinaux et des recrudescences vespérales.

La durée, dans les cas favorables, n'est guère différente de ce qu'on observe chez l'adulte. Si, en effet, la période d'invasion et la période de défervescence sont écourtées, la période d'état, par contre, est très souvent prolongée du fait d'une ou plusieurs rechutes très habituelles à cet âge (on a interprété cette présence quasi-constante des rechutes comme un signe de non-vaccination du jeune organisme vis-à-vis du

germe infectant, en rapport avec la brièveté de la première atteinte).

La terminaison est plus souvent favorable qu'on ne l'a dit, du moins pour les fièvres typhoïdes observées durant ces dernières années. La guérison est fréquente chez les enfants de 1 à 2 ans. Au-dessous d'un an, par contre, la maladie justifie la réputation de haute gravité que lui ont faite les auteurs classiques. Les complications intestinales, hémorragies, perforations sont ici l'extrême rareté. Comme il est de règle dans les maladies du premier âge, les infections secondaires jouent un rôle important dans l'évolution de la maladie. C'est à elles qu'il faut attribuer les broncho-pneumonies et les syndromes intestinaux graves du type cholériforme ou dysentériforme, qui viennent brutalement aggraver le pronostic de l'affection.

La mort subite, de cause obscure, comme elle l'est d'ordinaire dans la première enfance, a été signalée à plusieurs reprises.

La méningite aiguë à bacille d'Eberth, le laryngo-typhus, le pneumo-typhus ont été plusieurs fois constatés.

Les encéphalites sont, dans l'ensemble, beaucoup plus rares dans la dothienentérie que dans les fièvres éruptives ; elles sont exceptionnelles dans la fièvre typhoïde du nourrisson.

Analyse des symptômes

La fièvre, par sa continuité, est vraiment *le maître-symptôme* ; c'est elle qui, presque toujours oriente le diagnostic. Elle reproduit, dans l'ensemble, avec quelques variantes, le schéma classique de la fièvre typhoïde de l'adulte. Période de fièvre progressivement ascendante, mais, ici, écourtée ; plateau de la période d'état, mais moins net, par suite d'oscillations plus accentuées ; absence ou extrême brièveté du stade amphibole ; défervescence rapide, mais suivie, en règle générale, d'une ou de deux rechutes.

La diarrhée, quand elle coexiste, chez un nourrisson, avec une température en plateau, revêt une importance capitale.

Elle est plus significative encore quand elle prend l'aspect typique « jus de melon ». Mais, le plus souvent, les selles sont moins caractéristiques : muco-grumeleuses, glaireuses, parfois fluides et aqueuses comme on le voit dans les syndromes cholériformes.

Un caractère très important, qui doit éveiller l'attention, est le fait que la diète hydrique, même prolongée, ne l'améliore nullement.

La diarrhée ici, comme chez l'adulte, peut manquer durant toute l'évolution de la maladie ou n'apparaître qu'à intervalles irréguliers.

L'aspect de la langue doit être signalé. Rarement sèche, plus souvent humide, mais, dans ce cas, blanche avec un triangle rouge à la pointe, se prolongeant sur les bords (Marfan). Les ulcérations des piliers du voile n'ont été, à notre connaissance, jamais signalées.

Le météorisme de l'abdomen, par contre, est à peu près constant, faisant contraste avec le ventre déprimé, creusé, que l'on constate dans les états cholériformes. Ce signe présente, quand il est très accusé, un pronostic sévère (Marfan).

Le gargouillement et la sensibilité au palper de la fosse iliaque droite font défaut ici.

La rate est hypertrophiée. C'est là un signe de haute valeur, d'autant qu'il manque rarement. Mais la splénomégalie est modérée et peut échapper à l'examen si on se contente de percuter l'organe (d'autant que le météorisme abdominal, constant chez le nourrisson typhique, masque cette matité). Il faut, nous l'avons dit, la rechercher dans le décubitus droit, par le palper.

Les taches rosées sont inconstantes. Elles manquent dans la moitié des cas. Présentes, elles sont généralement peu nombreuses et demandent à être recherchées avec grand soin. Leur aspect, leur localisation sont identiques à ce que l'on observe chez l'adulte. On a décrit, par contre, une *forme exanthématique* de la maladie caractérisée par l'abondance des taches rosées et leur diffusion, même au niveau des membres inférieurs.

Le pouls est régulier, mais rapide, à 140-150 pulsations, sans discordance nette avec la température, ni dicrotisme. Les épistaxis ne font pas partie du tableau habituel de la maladie.

Symptômes nerveux

Le « tuphos » classique manque chez l'enfant ; on observe seulement un certain degré d'abattement, de somnolence, d'indifférence. Quelquefois, au contraire, l'agitation domine ; l'enfant gémit, se plaint, s'agite, frotte sa tête contre l'oreiller : ceci s'observe dans les formes particulièrement graves.

Les signes pulmonaires, ne font, pratiquement, jamais défaut : râles ronflants et râles muqueux diffus, mais prédominant aux bases, souvent agglomérés en foyers donnant l'impression, à l'auscultation, de zones de condensation pulmonaire.

Formes cliniques

1° Forme gastro-intestinale. — La diarrhée et la fièvre sont alors les éléments dominants de tableau clinique, avec l'anorexie, les régurgitations, le météorisme abdominal. Même dans ce cas, l'apparition de complications intestinales est l'exception ; il n'est pas rare, par contre, de voir cette forme aboutir à un syndrome cholériforme ou dysentériforme aigu qui emporte le malade.

2° Forme pseudo-méningitique. — La raideur de la nuque, le Kernig nécessitent alors une

ponction lombaire ; on trouve un liquide clair, mais légèrement hypertendu avec une hyperalbuminose discrète et une légère lymphocytose, qui témoignent de l'existence d'un certain degré de réaction méningée (comme on l'observe fréquemment dans les syndromes intestinaux graves de la première enfance). En général, dans ce cas, malgré la prédominance de l'élément nerveux, l'existence de la diarrhée, le météorisme, la splénomégalie permettent de soupçonner le diagnostic véritable. Des méningites à bacilles d'Eberth ou à paratyphique B ont été observées chez le nourrisson typhique. Les encéphalites, par contre, déjà rares chez le grand enfant, sont exceptionnelles ici. Ajoutons que les formes nerveuses, pseudo-méningitiques, de la fièvre typhoïde sont des formes particulièrement sévères, toxiques, où surviennent rapidement des troubles respiratoires, de la cyanose et du collapsus cardiaque.

3° La dothiénentérie peut prendre, dans la petite enfance, l'aspect d'une *maladie générale sans localisation nette* : il y a de la fièvre, de l'abattement, peu de signes digestifs. La fièvre est alors le signe capital et le type de la courbe thermique revêt ici, en l'absence des autres signes, une importance particulière.

LE PRONOSTIC de la fièvre typhoïde de la première enfance, s'il n'a pas, à vrai dire, l'extrême gravité que d'aucuns lui ont prêtée, est cependant beaucoup plus sévère que dans la deuxième enfance. Les statistiques donnent des chiffres assez discordants, parmi lesquels le taux de mortalité constaté par M. Marfan (50 %) représente un chiffre moyen.

Deux facteurs de gravité doivent être mis en valeur.

C'est, tout d'abord l'*âge de l'enfant*. L'affection s'avère d'autant plus grave que l'enfant est plus jeune ; la mortalité est beaucoup plus élevée chez l'enfant de moins d'un an que de 1 à 2 ans.

M. Marfan insiste, d'autre part, sur la gravité de la fièvre typhoïde survenant chez des nourrissons atteints de troubles digestifs antérieurs ; pour cette raison la résistance serait meilleure chez l'enfant élevé au sein.

Il faut, d'une manière générale, tenir pour *des éléments défavorables* la rapidité excessive du pouls, une grande prostration, un météorisme abdominal accentué. Une diarrhée intense avec selles verdâtres doit faire redouter l'apparition d'un syndrome cholériforme secondaire.

LE DIAGNOSTIC de la maladie se heurte à deux difficultés. La première tient au fait que le tableau clinique est généralement incomplet. La seconde est due à ce que le laboratoire ne peut pas toujours, comme il ferait chez l'adulte, apporter un appui décisif.

En présence *d'une diarrhée avec fièvre,* il faut toujours penser à la possibilité d'une fièvre typhoïde. En effet, les diarrhées banales du nourrisson, même s'il est au biberon, ne sont guère fébriles ou, si elle existe, la fièvre est épisodique, transitoire, non ascendante en tout cas. Si la fièvre se prolonge, c'est que la diarrhée n'est pas seule en cause : bien souvent, dans ce cas, elle est secondaire à une maladie qui évolue pour son propre compte, pharyngite grippale, par exemple. Le diagnostic d'un cas de ce genre avec la fièvre typhoïde peut être plus délicat.

Une fièvre typhoïde avec selles très fréquentes, liquides, altération marquée de l'état général peut présenter quelque ressemblance avec une *diarrhée cholériforme* ; mais, dans celle-ci, on note : brusquerie du début, caractère particulier des selles riches en eau, signes de toxémie et surtout signes de déshydratation caractéristiques de cette affection.

Si la fièvre typhoïde s'accompagne de selles glaireuses et sanglantes on éliminera la *diarrhée dysentériforme des enfants du premier âge*, mais là, début brutal avec fièvre élevée d'emblée, vomissements, selles muco-sanglantes pauvres en matières et, rapidement, malgré la persistance des signes intestinaux, abaissement de la température.

En résumé penser toujours à la possibilité d'une dothiénentérie chez un nourrisson atteint de diarrhée et de fièvre ascendante ou en plateau.

Dans d'autres cas une fièvre typhoïde compliquée de signes pulmonaires peut faire croire à une *broncho-pneumonie grippale,* d'autant que celle-ci, dans sa forme sévère, peut s'accompagner d'une diarrhée secondaire. On peut observer chez le nourrisson une forme typhoïde de la broncho-pneumonie, comme il existe, chez l'adulte, une forme typhoïde de la pneumonie franche.

Dans les formes pseudo-méningitiques, les signes nerveux prennent le pas sur ceux de l'infection intestinale et peuvent en imposer par une méningite aiguë ou une méningite tuberculeuse.

Si les signes de localisation digestive sont très estompés, il faudra éliminer ces états réunis sous le vocable de *septicémies du nourrisson*, syndromes généralement secondaires à une affection des téguments, des voies respiratoires, du tube digestif, syndromes immédiatement graves et souvent mortels. Ils réalisent parfois un tableau assez voisin de celui de la dothiénentérie pour que le problème ne puisse être résolu par la clinique seule.

LE LABORATOIRE va-t-il ici, aussi sûrement et aussi commodément que chez l'adulte, nous permettre de résoudre ces problèmes difficiles ? Rien n'est moins sûr.

L'hémoculture, certes, a la même valeur que chez l'adulte à condition, comme chez celui-ci,

d'être pratiquée au moment opportun, c'est-à-dire au cours du premier septenaire. Mais on se heurte à cette difficulté qu'il faut, pour prélever le sang du nourrisson, faire une ponction du sinus longitudinal supérieur, petite intervention simple et sans danger, mais qui ne peut être pratiquée que par une main expérimentée. Ce mode de prélèvement, pratiqué couramment dans les services hospitaliers, sera souvent difficile à mettre en œuvre dans la pratique de ville.

A défaut d'hémoculture, il reste au médecin, pour étayer son diagnostic, la ressource du *séro-diagnostic.* Mais ici, on se heurte à un autre obstacle. La réaction d'agglutination, en effet, obéit dans la première enfance aux mêmes lois que chez l'adulte. Mais elle présente ici un caractère particulier : son apparition, très fréquemment, est retardée, le séro-diagnostic ne se montrant positif qu'à la fin de la maladie ou même seulement dans la convalescence. Elle ne fournit, de la sorte, qu'un élément de diagnostic rétrospectif (Marfan).

On a préconisé, à défaut de mieux, la recherche de l'Eberth et des paratyphiques dans les selles. Toutefois il faut bien savoir que la présence de ces germes dans les excreta est inconstante et fait défaut dans le tiers ou la moitié des cas, selon les estimations. La technique est d'ailleurs délicate puisqu'il faut isoler le germe infectant parmi tous les saprophytes de la flore intestinale. La recherche, que l'on a tentée, de l'Eberth et du paratyphique dans les urines est, pratiquement, plus simple, mais le passage de ces germes est plus inconstant encore dans les urines que dans les matières.

En résumé, l'imprécision des signes cliniques de la fièvre typhoïde du nourrisson s'aggrave de la difficulté où l'on est, dans la pratique de ville, de recourir à l'hémoculture.

La réaction d'agglutination donne une réponse précise, mais tardive.

La recherche du bacille dans les matières et les urines constitue un procédé délicat et, surtout, infidèle.

LA THÉRAPEUTIQUE de ces dernières années n'a guère modifié le traitement classique de la maladie et celui-ci se résume à trois indications principales :

Combattre l'hyperthermie,

Régler le régime alimentaire,

Protéger le malade contre les infections secondaires.

La médication antithermique essentielle sera la balnéation ; baigner l'enfant plusieurs fois par jour, à 2° au-dessous de sa température, en abaissant le bain à 35° si la tolérance est bonne. Rappelons que la balnéation fraîche (au-dessous de 32°) est mal supportée par le nourrisson et risque de provoquer de l'hypothermie et du collapsus.

Les enveloppements tièdes, laissés longtemps en place (trois-quarts d'heure) remplaceront les bains dans les formes adynamiques. On peut, dans les formes hautement fébriles, recourir aux petits lavements frais et à la vessie de glace sur le ventre.

Régime alimentaire. — Laisser l'enfant au sein, si tel est son mode d'alimentation. S'il est au biberon, en cas de diarrhée, on utilisera de préférence les laits en poudre demi-maigres, le lait calcique ou même le babeurre. L'eau de riz, le bouillon de légumes additionné de crème de riz seront adjoints au régime lacté.

Médication. — L'uroformine, l'huile camphrée, la coramine trouvent ici la même indication que chez l'adulte.

Une médication spécifique, par vaccin ou par sérum antityphique, serait particulièrement souhaitable chez le nourrisson qui, comme nous savons, ne se vaccine que péniblement et lentement contre le germe infectant.

Dans l'état actuel des choses ces méthodes, toujours à l'étude, ne paraissent pas devoir être recommandées.

Plus encore que chez l'adulte on protégera le malade contre les *infections secondaires* en veillant à une hygiène parfaite des muqueuses de la bouche, du pharynx, des voies respiratoires supérieures puisque l'on sait que ces infections secondaires jouent, dans l'évolution et le pronostic des maladies du premier âge, un rôle prépondérant.

On n'oubliera pas enfin que le nourrisson typhique, en raison des manipulations dont il est l'objet, constitue pour l'entourage un redoutable *foyer de diffusion* de la maladie.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

Dans le traitement du coma diabétique qui traîne, ne pas négliger le collapsus cardio-vasculaire

D'après le Docteur R. BOULIN (*)

SURVEILLER CONSTAMMENT LA TENSION ARTÉRIELLE, SEUL ÉLÉMENT CERTAIN DE DIAGNOSTIC

Le collapsus cardio-vasculaire ne survient pour ainsi dire jamais à la phase initiale du coma ; il ne se développe en général qu'après la sixième heure. On l'observe de préférence chez des sujets ayant totalement perdu connaissance.

Pour son apparition, il faut qu'il y ait non seulement cétose, mais encore acidose. On ne le trouve donc dans les diabètes avec dénutrition qu'en période de coma, et de celui-ci il constitue la complication la plus grave.

Survenant indifféremment chez des sujets jeunes, des enfants même, ou des sujets âgés, il n'est en aucune façon favorisé par l'existence antérieure d'une tare cardiaque. On doit insister sur sa survenue possible chez l'enfant, car le jeune âge du malade risque de donner au médecin une fausse sécurité.

Des *conditions prédisposantes* sont les suivantes : un énorme abaissement de la réserve alcaline, au voisinage de 10 ou 9 volumes de CO^2 pour 100 ; la coexistence de troubles de la perméabilité rénale, se traduisant par de la cylindrurie, une albuminurie massive, et surtout une élévation notable du taux de l'urée sanguine ; un état d'insulino-résistance entraînant la persistance de l'acido-cétose malgré l'emploi de doses énormes d'insuline.

Les signes suivants traduisent son *évolution*, et celle-ci s'opère en trois phases :

La première phase est caractérisée : par un abaissement de la tension maxima, qui de 12 cm. (tension banale au cours du coma diabétique) fléchit aux environs de 9 cm. ; par une réduction de l'indice oscillométrique, qui tombe à une division ou une demi-division ; par une diminution du débit urinaire, qui nécessite que les urines soient prélevées par sondage.

La deuxième phase est marquée par une accentuation de la chute tensionnelle, la tension maxima tombant entre 9 cm. et 6 cm. ; par une abolition presque totale de l'indice oscillométrique ; par un arrêt de la sécrétion urinaire.

Il faut savoir qu'à ces deux phases, ni l'auscultation du cœur, ni la palpation du pouls ne donnent de renseignements. *Fait paradoxal et trompeur*, les bruits du cœur restent bien frappés et tout à fait normaux, le pouls régulier, à peine accéléré. Aussi, est-ce une règle absolue de *mesurer très fréquemment la tension artérielle au cours du coma diabétique*, si l'on veut éviter de voir apparaître le collapsus, sans que des mesures aient été prises pour le prévenir.

La troisième phase correspond à une pression tellement basse qu'il n'est plus possible de la mesurer ; le pouls n'est pour ainsi dire plus perceptible ; l'indice oscillométrique est nul ; les bruits du cœur cependant restent convenablement frappés jusqu'à l'approche de la mort ; même par sondage, on ne recueille que quelques centimètres cubes, même plus du tout d'urine dans la vessie, ce qui n'est pas sans gêner l'ordonnance du traitement insulinique.

La première phase peut durer des heures ; la deuxième de quelques minutes à une ou deux heures ; la troisième de quelques minutes à quelques heures ; il est souvent curieux de voir ainsi se prolonger l'existence, alors que la pression différentielle est quasi nulle.

La mort survient par syncope, tantôt en état d'acido-cétose, tantôt alors que sous l'action de l'insuline l'acido-cétose a disparu, la réserve alcaline étant devenue normale, et la réaction de Gehrardt ayant disparu. Il est important d'être prévenu de l'éventualité de cette terminaison mortelle malgré la disparition de l'acidose.

LE PRONOSTIC EST GRAVE ; IL EST ESSENTIEL D'INSTITUER UNE THÉRAPEUTIQUE PRÉVENTIVE

La thérapeutique préventive doit s'exercer dès qu'un diabétique tombe dans le coma, *avant* toute menace de collapsus ou à la première phase de celui-ci.

Quant à la thérapeutique curative, elle est réservée à la deuxième phase de collapsus confirmé.

(*) Le traitement du collapsus cardio-vasculaire chez les diabétiques. (*La Presse médicale*, 13 octobre 1938.)

Par contre, à la troisième phase, la partie peut être considérée comme perdue, et la thérapeutique est sans espoir.

I. On n'oubliera pas qu'un coma diabétique aura d'autant plus de chance de se compliquer de collapsus, qu'il durera plus longtemps. Il s'ensuit qu'un des éléments importants de la thérapeutique préventive est d'*abréger*, autant que faire se peut, *la durée du coma.*

Il faut donc traiter le coma, dès qu'il est diagnostiqué, par des doses élevées d'insuline : des doses insuffisantes, administrées à de trop longs intervalles, sont à ce point de vue, absolument néfastes. Ne pas cependant tomber dans l'erreur inverse, surtout par voie intra-veineuse, afin de ne pas exercer ainsi un choc regrettable sur le système tensionnel. Le mieux est d'injecter à trois reprises 40 à 50 unités toutes les demi-heures, la première injection seule étant administrée par la voie intra-veineuse. Ultérieurement, on s'oriente suivant le résultat obtenu.

Prévenir la déshydratation du malade en le faisant boire aussi abondamment et fréquemment que possible : eau ordinaire, infusions légèrement alcoolisées, café. Quand il ne déglutit plus : goutte à goutte rectal glycosé, qui hydrate le malade, et maintient une hyperglycémie permettant l'emploi de larges doses d'insuline.

Administrer par la voie sous-cutanée ou intra-musculaire un tonique cardiaque et vasculaire ; telle l'association de camphre et d'éphédrine.

II. Le collapsus installé, la tension maxima tombée au-dessous de 9 cm, il faut agir méthodiquement et rapidement *en combinant* une série de mesures thérapeutiques *qui, prises isolément, demeurent inefficaces.*

Tout d'abord ne pas accélérer le rythme d'administration de l'*insuline*, qui reste *commandé par l'état d'acidose, et non par l'état de collapsus.* Une fois le collapsus installé, sans aucun doute chaque injection d'insuline tend à l'exagérer. Injecter donc les quantités d'insuline, qui paraîtront nécessaires pour réfréner l'acidose, mais rien de plus. S'abstenir formellement de toute injection intraveineuse d'insuline.

Réhydrater largement le malade, non par la voie sous-cutanée (à résorption problématique en raison des troubles circulatoires), mais par la voie intraveineuse ; employer une aiguille à double embout : l'un pour le sérum ; l'autre, obstrué par un court mandrin métallique, pour prélever du sang destiné à la mesure de la réserve alcaline, ou à l'injection directe d'une substance médicamenteuse.

La quantité de sérum à injecter est au minimum de 5 litres. Moindre, elle est inopérante, si l'on se rappelle qu'au cours d'un coma diabétique la perte de poids, subie couramment par le malade, atteint plusieurs kilogrammes.

Le liquide à injecter paraît comporter parties égales de sérum glycosé isotonique et de sérum chloruré sodique isotonique, qui répare en partie les déperditions salines de l'acidose. Quand il y a menace d'hypoglycémie, on remplace partiellement ce dernier par du sérum glycosé hypertonique. Si l'on redoute un abaissement exagéré de la réserve alcaline, on ajoute une dizaine de centimètres cubes de sérum chloruré hypertonique. Le sérum à injecter, préalablement tiédi, est versé litre par litre dans un bock en émail ou une ampoule de verre suspendue au-dessus du lit du malade ; la hauteur est réglée pour éviter une pénétration trop rapide du liquide dans la circulation.

Pour ne pas laisser s'éterniser une hypotension de 7 à 6 cm., et moins encore, on recourt à une injection intra-veineuse d'adrénaline : on verse dans le bock des ampoules d'adrénaline, à raison de 1 mgr. par litre de sérum. La tension peut ainsi remonter aux environs de 12 à 15 cm., mais cette méthode est uniquement susceptible de ramener (avec 1 mgr.) brutalement et temporairement la tension à un niveau satisfaisant.

Afin de maintenir ensuite la tension, l'adrénaline ne suffit plus, il faut l'emploi associé de deux substances : la cortine et l'éphédrine. On conseille l'éphédrine intra-veineuse par le deuxième embout de l'aiguille : une solution titrant 3 cgr. par centimètre cube, sans danger, 3 à 4 centimètres cubes en les espaçant centimètre cube par centimètre cube. La cortine est recommandée ici en raison d'analogies symptomatiques entre les collapsus diabétique et addisonien.

Il est bon enfin de soutenir le cœur du malade par un toni-cardiaque quelconque : 1/4 mgr. ouabaïne par voie intra-veineuse.

Ce traitement, facile à réaliser dans un service entraîné et spécialisé, comporte évidemment de nombreuses difficultés pratiques au domicile du malade. On se gardera cependant, par goût, de la facilité de se contenter d'injections sous-cutanées de sérum physiologique, qui sont *inopérantes*, d'injections sous-cutanées d'adrénaline ou de sérum glycosé, qui sont *dangereuses* et risquent chez les diabétiques de provoquer l'apparition de gangrènes extrêmement graves.

D'autres thérapeutiques ont été essayées : strychninothérapie intensive, transfusions sanguines, injections intra-veineuses de digitaline ou de caféine mais sans aucun résultat comparables à ceux de la méthode préconisée ci-dessus.

Une fois le malade guéri du collapsus, il sera *prudent de surveiller sa tension* au cours des heures et même des jours suivants, des abaissements notables pouvant succéder aux injections d'insuline. Le mieux, serait de prescrire au cours de la journée quelques comprimés d'éphédrine.

G. FISCHER.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Pneumothorax spontanés au cours des pneumopathies aiguës non tuberculeuses de l'adulte

Le pneumothorax peut s'observer à titre de complication au cours de toutes les pneumopathies aiguës de l'adulte. Sans être très fréquente, cette éventualité est loin d'être une curiosité, écrit le Docteur G. ROUSSEAU. A côté des formes totales ou étendues, à début brutal et qui ne sauraient passer inaperçues, il en est de bien plus discrètes, localisées, à symptomatologie atténuée, et que des examens radiologiques permettraient de découvrir plus souvent, s'ils étaient plus fréquemment pratiqués.

Dans 25 % à peine des cas, le pneumothorax reste pur. Dans 75 % il y a hydro ou pyo-pneumothorax, soit qu'une collection suppurée intra-parenchymateuse se soit ouverte dans la plèvre, soit qu'il s'agisse d'une réaction pleurale liquidienne aseptique ou purulente.

C'est une complication grave, entraînant 40 % de décès ; sa gravité dépend : des phénomènes asphyxiques ou asystoliques du début, soit de la suppuration pleurale secondaire. Seuls, quelques cas fort rares ont pu avoir une heureuse influence sur l'évolution de la pneumopathie. La thérapeutique est souvent décevante. Dans les cas où l'orage du début s'est calmé, et où il y a réaction pleurale, l'intervention chirurgicale ne doit pas être retardée ; elle ne saurait être que minime. (*L'Année Médicale de Caen*, novembre 1938.)

Quels sont les examens nécessaires pour le diagnostic étiologique de la stérilité ?

MM. P. MOCQUOT et R. PALMER montrent toute la difficulté du diagnostic étiologique précis de la stérilité féminine.

Si un interrogatoire et un examen clinique minutieux sont absolument indispensables et ont une valeur d'orientation considérable, il n'en reste pas moins qu'il faut presque toujours avoir recours à des examens complémentaires : recherche des spermatozoïdes au microscope, insufflation utéro-tubaire, étude des sécrétions vaginales et cervicales, biopsies d'endomètre, etc... Une hystéro-salpingographie au lipiodol sera nécessaire si on envisage une intervention. Ce n'est que dans ces conditions qu'on pourra établir avec quelques chances de valeur un pronostic et un traitement. (*Paris Médical*, 17 décembre 1938.)

Sur les métastases osseuses du cancer primitif du poumon

Il résulte du travail de MM. A. BERNARD et G. DESOUTTER que les métastases osseuses du cancer primitif du poumon peuvent survenir à tous les stages évolutifs de l'affection pulmonaire ; les métastases précoces sont plus difficiles à identifier.

Leur symptomatologie est, en général, bruyante par suite des phénomènes de compression de voisinage et par leur évolution propre, contrairement aux autres localisations viscérales profondes, qui sont plus souvent silencieuses.

Leur diagnostic passe par deux étapes : diagnostic de la lésion osseuse et de sa nature secondaire, métastatique ; diagnostic de la tumeur d'origine.

Le traitement, en l'absence de la connaissance de l'étiologie du cancer, est purement symptomatique. La radiothérapie est rarement efficace. (*Journal des Sciences médicales de Lille*, 25 décembre 1938.)

Les traitements actuels de la maladie d'Addison

D'après le Docteur S. VIALARD, le traitement de la maladie d'Addison, tel qu'on le conçoit à l'heure actuelle, avec ses trois agents principaux, pourrait se condenser dans les règles suivantes :

1° En période aiguë, injecter par voie intraveineuse des doses massives d'hormone corticale (20 c. c. en moyenne) et du sérum salé hypertonique.

2° Dans les phases d'accalmie, donner six grammes de NaCl en cachets en associant ce traitement avec de petites doses de cortine ou avec la cystine.

On peut ajouter quelques indications secondaires tels que l'acide ascorbique et le lobe antérieur d'hypophyse. Mais surtout on prescrira un régime alimentaire riche en graisses, en cholestérine et en vitamines, on conseillera l'abstention totale d'alcool.

Dès maintenant, ces traitements nouveaux constituent un progrès certain sur l'ancienne médication. Mais, il reste bien entendu qu'il s'agit malgré tout, d'une thérapeutique purement palliative, que la maladie d'Addison reste une affection toujours redoutable, pour laquelle on ne peut encore parler de véritable guérison. (*L'Orientation Médicale*, décembre 1938.)

Le rétrécissement mitral hypertensif

M. M. Amic présente une observation de rétrécissement mitral avec hypertension artérielle. Il existe plus d'une relation entre les deux maladies, et on admet aujourd'hui une forme d'endocardite mitrale hypertensive décrite par A. Dumas.

Chez le malade en question, ce sont les troubles liés à l'hypertension artérielle qui ont attiré l'attention : épistaxis, vertiges avec chute, fourmillements dans les doigts. A l'auscultation du cœur, le rétrécissement mitral se révèle par le bruit présystolique et par le dédoublement du deuxième bruit. La symptomatologie est malgré tout suffisante pour faire le diagnostic de l'affection cardiaque. Le cœur est augmenté de volume. Selon toute vraisemblance, c'est, chez ce sujet de 74 ans, le rhumatisme articulaire aigu apparu à l'âge de 35 ans, qui est la cause de la cardiopathie.

D'après C. Lian et R. Barrieu si un rétrécissement mitral peut avoir une influence hypertensive, c'est seulement en favorisant la réalisation des conditions qui, chez de nombreux sujets, causent cette maladie banale qu'est l'hypertension artérielle de la cinquantaine. Il s'agit d'ailleurs presque toujours de malades avancés en âge, qui ont encore de nombreuses années à vivre. Comme l'a remarqué A. Dumas, on est surpris par le nombre inattendu de ces sujets, qui s'inscrivent en contradiction avec les données classiques, d'après lesquelles le rétrécissement mitral s'accompagne d'hypotension. Ici l'hypertension artérielle prend le pas sur les signes habituels du rétrécissement mitral. Malgré une auscultation répétée du cœur, la lésion peut échapper ; elle reste alors une trouvaille d'autopsie. L'évolution est celle de l'hypertension artérielle ; les malades devenus âgés passent le plus souvent par la phase d'involution tensionnelle et la mort survient soit par cachexie avec abaissement tensionnel, soit par insuffisance ventriculaire gauche. (*Lyon Médical*, 25 décembre 1938.)

Le collapsus cardiaque

Il s'agit d'un syndrome évoluant sur le mode aigu ou subaigu et caractérisé par une brusque défaillance de l'énergie des contractions du cœur. Ce que l'on constate en réalité, c'est une brusque diminution du débit systolique avec un pouls faible d'amplitude réduite. On songe tout naturellement à l'attribuer à une diminution de l'énergie des contractions mais peut-être, le myocarde ayant gardé sa force, est-ce la réplétion du cœur qui est troublée au point de l'empêcher de fournir son débit habituel.

Le Professeur Ed. Doumer discute ces points de pathogénie. D'autre part, il développe les différentes causes possibles du collapsus : lésion cardiaque ; hémorragie grave ; choc anaphylactique, traumatique, opératoire ou obstétrical ; réflexe ; maladies infectieuses ; insuffisance surrénale ; coma diabétique.

Après un aperçu clinique, vient le traitement. Trop souvent considéré comme un des aspects de l'insuffisance cardiaque, ce syndrome est souvent soumis, bien à tort, à l'action des médicaments qui passent pour les tonicardiaques les meilleurs, la digitaline ou l'injection intraveineuse d'ouabaïne ; mais ceux-ci ne trouvent pas ici leur champ d'action favorable. Ces malades sont plutôt sensibles à des médicaments considérés comme des tonicardiaques de second ordre : camphre, spartéine, caféine ; ceux-ci exercent une action excitante sur le système nerveux en général et plus particulièrement sur certains centres importants du bulbe, son centre respiratoire et son centre vaso-moteur.

Le médicament héroïque du collapsus cardiaque reste cependant l'adrénaline qu'on injecte sous la peau à la dose de 1 mgr., injection qui peut être répétée au gré des nécessités, car son action s'épuise très vite. Ses résultats sont remarquables dans les collapsus de choc ou dans les collapsus d'allure aiguë, dont la durée est éphémère, quand il s'agit de parer à un danger grave, mais qui doit être passager. Si au contraire, il s'agit d'un collapsus prolongé, comme dans le cas de maladie infectieuse, l'action passagère de l'adrénaline en fait un médicament insuffisant. Des effets plus durables sont obtenus par l'injection intraveineuse, presque au goutte à goutte, de sérum chloruré ou glucosé additionné d'adrénaline à la dose de 1 mgr. 1/2 par litre. On a pu sauver ainsi certains de ces malades, mais au prix d'une intervention thérapeutique, dont l'application n'est pas commode et n'est guère possible dans les conditions habituelles de l'exercice de la clientèle.

Aussi n'est-il pas sans intérêt de rappeler que dans certains de ces cas, l'injection sous-cutanée d'hormone cortico-surrénale a donné des résultats remarquables pour ceux qui avaient résisté aux tonicardiaques et à l'adrénaline. Ses effets sont beaucoup plus durables et parfois décisifs dès la première injection.

Ne pas oublier les petits soins, et notamment réchauffer le malade par des bouillottes et des frictions révulsives, des boissons chaudes alcoolisées. (*Le Bulletin Médical*, 24-31 décembre 1938.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Modifications électrocardiographiques dans les dépressions barométriques expérimentales

(MM. Ch. LAUBRY, WALSER et L. DEGLAUDE ; 17-1-1939)

MM. Laubry, Walser et L. Deglaude ont étudié expérimentalement, chez le chien et le lapin, les modifications électrocardiographiques dans les dépressions barométriques en caisson pneumatique, dépressions correspondantes à des altitudes allant jusqu'à 16.000 mètres. Ils distinguent les altitudes faibles (au-dessous de 4.500 mètres), les altitudes moyennes (4.500 à 8.000 mètres), et les hautes altitudes (de 8.000 mètres au plafond actuellement atteint de 16.440 mètres), les montées et les descentes lentes, rapides, très rapides et quasi foudroyantes. Leurs recherches, dont les résultats diffèrent par certains points de celles d'autres auteurs sur le même sujet, constituent une contribution importante à l'étude de cette question.

Guérison spontanée, chez le cheval, d'une tuberculose pulmonaire expérimentale

(MM. Gabriel PETIT et KFOURI ; 17-1-1939)

Les auteurs ont provoqué, chez le cheval, une tuberculose pulmonaire par injections intra-trachéales de cultures bacillaires. Les lésions ont guéri spontanément, laissant un bloc fibro-caséo-calcaire constaté à l'autopsie.

Cette observation met en relief le haut pouvoir défensif anti-bacillaire du cheval et le rôle capital du terrain, si justement évoqué en matière de tuberculose.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Neurinome juxta-vésical

(M. J. QUERNEAU, de Nantes.— Rapport de M. MICHON ; 16-11-1938)

Un malade de 63 ans se plaint de douleurs abdominales, d'amaigrissement et de faiblesse générale. Les douleurs qui remontent à plusieurs années, sont provoquée par la marche, calmées par le repos. La palpation permet de constater la présence d'une tumeur sous-ombilicale arrondie, médiane, mobile surtout dans le plan transversal.

Cette tumeur est enlevée sous rachi-anesthésie. Guérison des troubles accusés par le malade. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un neurinome.

Le diagnostic clinique de ces tumeurs sus-vésicales, à développement abdomino-pelvien, est difficile. Il s'agit souvent de femmes et l'on pense au fibrome.

Recherches sur les embolies pulmonaires

(MM. Maurice VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON et P. BARDIN ; 30-11-1938)

M. Villaret présente à l'Académie de chirurgie une mise au point des recherches expérimentales qu'il poursuit avec ses collaborateurs sur les embolies pulmonaires. Il signale les conséquences thérapeutiques dérivant des données nouvelles tirées de ces recherches.

M. Villaret a montré, on le sait, que les troubles morbides attribués à l'embolie pulmonaire relevaient en général non pas de l'obstruction d'une branche artérielle du poumon (comme on l'admettait classiquement), mais d'un choc pulmonaire, d'un retentissement vago-sympathique du choc embolique. Expérimentalement, en effet, un gros embolus obstruant une branche artérielle pulmonaire ne provoque souvent aucun trouble de ce genre, alors que les accidents de l'embolie sont nettement déterminés par des poussières emboligènes qui n'oblitèrent en aucune façon le vaisseau artériel. Dans les accidents emboliques et aussi dans la mort par embolie interviennent des réflexes neuro-végétatifs, sans cependant qu'il faille oublier le rôle mécanique de la gêne circulatoire, facteur de la mort dans l'embolie massive.

Il s'ensuit de là des bases d'une thérapeutique nouvelle à la fois préventive et curative. La thérapeutique préventive des chocs pulmonaires comprendra l'emploi des sympathomimétiques (série éphédrinique : éphédrine, pressédrine, qui est le constituant du pressyl ; série adrénalinique), des vagolytiques (atropine), des alcalins.

La thérapeutique curative est différente et visera principalement les troubles cliniques déclenchés, à savoir l'effondrement de la pression artérielle (fortes doses d'adrénaline, éphédrine ou pressyl, auxquels s'adjoignent le sérum bicarbonaté isotonique intraveineux, le sulfate neutre d'atropine), la défaillance cardiaque (ouabaïne, camphre), l'apnée et l'anoxémie (oxygénothérapie), la douleur et les répercussions neuro-végétatives (morphine, héroïne).

Pratiquement ces nouvelles méthodes thérapeutiques n'ont pas encore été mises en œuvre dans un nombre assez grand de cas d'embolies pulmonaires pour que l'on puisse en apprécier nettement les résultats cliniques. Il faut attendre, pour conclure, que ces cas deviennent plus nombreux.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Embolies pulmonaires latentes

(MM. P. AMEUILLE et J. FAUVET ; 4-11-1938)

On connaît la difficulté qu'il y a de démontrer anatomiquement l'existence ou la non-existence d'une embolie pulmonaire. De leurs recherches par la clinique et par l'autopsie (injection d'une masse de gélatine colorée dans l'artère pulmonaire chez les sujets présumés morts d'une embolie pulmonaire), les auteurs tirent les conclusions suivantes :

1° Il existe certainement des embolies pulmonaires qui, au moment de leur production, donnent le syndrome clinique classique ;

2° Mais il en existe aussi qui ne se révèlent par aucun symptôme ;

3° Il y en a d'autres qui se révèlent un certain temps seulement après leur production par des symptômes classiques apparus à retardement ;

4° Les symptômes classiques de l'embolie pulmonaire, y compris la mort subite, peuvent se montrer sans embolie appréciable à nos actuels moyens d'investigation. La cause de ce «syndrome d'embolie sans embolie » est encore à trouver.

Infiltration novocaïnique des ganglions stellaires dans les syndromes angoreux et hypertensifs

(MM. E. DONZELOT et B. MENETREL ; 25-11-1938)

Voici tout d'abord quelques remarques sur la technique de l'infiltration.

L'injection faite au lit du malade par la voie antérieure, suivant la technique initiale de Leriche, est très simple. Toutefois, quelles que soient les précautions prises, elle provoque parfois la constitution d'un pneumothorax partiel ou total. Celui-ci peut rester fonctionnellement latent ou se traduire par une simple gêne respiratoire et un point de côté ; il régresse en général rapidement. Il n'en reste pas moins qu'il vaut mieux éviter cet incident au cours de l'infiltration stellaire. Or, ce résultat peut être aisément obtenu en pratiquant l'injection, ainsi que l'a préconisé le Docteur Malherbe, sous contrôle radioscopique. En procédant ainsi, non seulement on évite à coup sûr toute piqûre pleurale, mais on obtient en outre un pourcentage de succès très supérieur à celui que donne l'infiltration au lit du malade.

Cependant, quelle que soit la technique utilisée, deux incidents restent toujours possibles : d'une part, la ponction du sac rachidien ; d'autre part, la formation d'un hématome au cou. Le premier incident a paru sans importance ; dans les deux cas où il s'est produit, il a suffi de retirer l'aiguille de quelques millimètres pour pouvoir pratiquer l'injection avec succès. Quant à l'hématome, il est en général dû à la piqûre d'un tronc veineux superficiel ; il a été observé trois fois sur un total de 142 infiltrations et, dans ces trois cas, la résorption se fit très simplement en quelques jours.

Les résultats, que rapportent les auteurs, ont été obtenus par l'injection au voisinage du stellaire de 10 c. c. de sérum novocaïné à 1 p. 100. Les dix-huit cas de syndromes angoreux, qui ont été traités, se répartissent ainsi : 11 améliorations nettes, 4 améliorations transitoires, 3 insuccès. Ils s'agissait d'angor coronarien d'effort, d'angor aortique ou d'angor lié au développement d'infarctus du myocarde. Quant aux malades hypertensifs, il s'est produit une amélioration des symptômes fonctionnels, telle qu'on peut en obtenir par bien d'autres méthodes ; mais, au point de vue objectif, on n'a constaté aucun résultat net.

En conclusion, si l'infiltration des ganglions stellaires ne présente guère d'efficacité objective dans les syndromes hypertensifs, elle peut être, par contre, très utile dans les syndromes angoreux. Dans ce dernier cas, elle présente un double intérêt : elle permet, d'une part, de soulager assez souvent la douleur angineuse, même s'il s'agit d'un infarctus du myocarde ; elle fournit, d'autre part, une indication précieuse sur l'utilité d'une éventuelle stellectomie.

Un cas de cirrhose biliaire infantile

(Mme M.-L. CHEVREL, MM. F. CHEVREL et R. AUBIN ; 18-11-1938)

La cirrhose biliaire chez l'enfant est assez rare ; ses conditions étiologiques et pathologiques se révèlent la plupart du temps fort obscures. Habituellement familiale, la maladie peut ne frapper qu'un seul enfant dans une série plus ou moins nombreuse. Il semble qu'il en soit ainsi dans l'observation communiquée. Cependant, le malade en cause, était atteint d'idiotie mongolienne ainsi que l'un de ses cinq frères. Si l'on admet qu'un lien puisse être établi entre le mongolisme et l'ictère, cette observation se situerait sur les frontières de la maladie familiale.

Il paraît s'agir ici d'une lésion congénitale du foie, d'un véritable dysfonctionnement glandulaire ayant peu à peu provoqué une réaction collagène aboutissant elle-même à la suppression de la glande. A noter que les réactions sérologiques pratiquées chez la mère et l'enfant paraissent devoir mettre hors de cause l'infection syphilitique.

Il s'agit donc bien d'un mongolien. Or, il est de notion courante que les malformations les plus variées peuvent être observées dans cette curieuse affection : cardiopathies congénitales, spinabifida, hernies, mégacôlon, cataracte, etc. N'est-il pas permis de supposer que la lésion biliaire, représentée par une atrésie des fins canalicules, a été aussi, chez cet enfant, d'origine congénitale ?

G. F.

Les Congrès

• • •

Vᵉ CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ DE BRONCHO-ŒSOPHAGOLOGIE ET DE GASTROSCOPIE

(*Paris, 23 octobre 1938*)

La prévention des sténoses œsophagiennes causées par l'ingestion d'agents caustiques

M. P. JACQUES

Les sténoses œsophagiennes d'origine caustique sont dues, en général, à l'ingestion par erreur de certains produits vendus chez les épiciers, droguistes et marchands de couleurs pour servir à des usages divers : décapage des boiseries peintes, nettoyage de bidons à huile et des tonneaux (produit vulgairement nommé eau d'olives), etc... Débités dans des bouteilles ne révélant pas leur nature (bouteilles à bière, bouteilles à boissons gazeuses, bouteilles d'eau minérale) ces substances caustiques peuvent être ainsi ingérées par méprise, s'il s'agit d'enfants en particulier.

L'Académie de médecine s'est déjà, à plusieurs reprises, occupée de cette question. Une réglementation a été édictée concernant la vente des produits de ce genre, obligeant le débitant à apposer sur la bouteille une étiquette verte portant son nom, son adresse, et le mot *dangereux* en caractères apparents.

Les dites mesures prophylactiques, sont excellentes en principe. En pratique, mulheureusement, elles ne sont pas appliquées en général. M. Jacques a eu la curiosité de faire une enquête à ce sujet. Il a fait prélever, à Nancy, chez cinq marchands de couleurs et de produits chimiques, des alcalis à usage de nettoyage. Dans deux cas, la drogue a été délivrée dans des bouteilles à limonade présentées dépourvues d'étiquettes ; dans le troisième, la cannette avait conservé son étiquette de produit alimentaire et sans surcharge ; ailleurs, une cannette à bière avait reçu une étiquette portant le nom *vulgaire* du produit et l'adresse du vendeur ; une fois, enfin, la solution ammoniacale, incluse dans une bouteille vide d'eau minérale encore revêtue de son étiquette d'origine portait simplement en surcharge l'étiquette indicatrice de la nature du produit. Dans aucun cas, la bouteille ne possédait la bande verte à indication : *dangereux*.

M. Jacques demande qu'un contrôle concernant la vente de ces produits soit effectué par l'Administration préfectorale, pour diminuer le nombre des victimes des ingestions accidentelles de caustiques.

M. BRÉMOND a eu l'occasion d'observer dans le midi de la France un certain nombre de brûlures de l'œsophage par l' « eau d'olives ». Il lui paraît assez difficile d'éviter de tels accidents parce que les enfants font peu attention aux étiquettes et qu'il existe des tentatives de suicide et des ivrognes pour qui l'étiquette est sans valeur prophylactique. Personnellement, M. Brémond est moins pessimiste que M. Jacques quant au pronostic de ces brûlures œsophagiennes par caustiques.

M. PORTMANN estime qu'une réglementation sévère est nécessaire. On observe des erreurs réellement terribles (sujet qui dans un débit boit de la potasse alors qu'il avait demandé un verre d'eau de Vichy).

Fistule œsophago-bronchique chez un malade atteint de cancer de l'œsophage

MM. CANUYT et M. LACROIX, de Strasbourg

Les fistules œsophago-bronchiques comme complications du cancer de l'œsophage ne sont pas fréquentes. Généralement la fistule produite est œsophago-trachéale.

Chez un de leurs malades, MM. Canuyt et M. Lacroix ont pu faire le diagnostic de fistule œsophago-bronchique consécutive à un cancer de l'œsophage par la clinique : crises de toux après l'ingestion de liquides, signes radiologiques. Dès que la lésion fut reconnue, une gastrostomie fut pratiquée pour supprimer toutes alimentation œsophagienne. Mort trois semaines plus tard.

Fistule œsophago-médiastinale bien tolérée

MM. G. CANUYT et M. LACROIX

Les fistules faisant communiquer l'œsophage et le médiastin, résultat habituellement d'une fausse route au cours de manœuvres œsophagiennes, sont rarement bien tolérées. La médiastinite en est la complication habituelle et qui entraîne la mort. Les auteurs ont observé, chez un malade atteint de sténose cicatricielle de l'œsophage, une communication œsophago-médiastinale qui semblait conduire dans une poche limitée. Suivi pendant plusieurs mois, le malade parut supporter cette fistule, du moins durant ce laps de temps. Le patient cessa, en effet, de revenir à la consultation.

La « bradydiastase » des sténoses œsophagiennes

Dr F.-G. EEMAN, de Gand

L'auteur donne le nom de « bradydiastase » à un

procédé de dilatation lente des sténoses œsophagiennes.

Il est assez habituel de recourir à une dilatation de force pour obtenir la distension des tissus dans les rétrécissements de l'œsophage. Cette méthode ne paraît pas, à l'auteur, rationnelle. La dilatation forcée aboutit à des dissociations brutales des fibres, ce qui provoque la reformation de tissu cicatriciel. Dans la « bradydiastase » la force utilisée est modérée mais son action prolongée permet d'obtenir la même dilatation, le même résultat sans les inconvénients de la dilatation forcée.

M. Eeman applique sa méthode depuis une dizaine d'années déjà. Le temps pendant lequel on laisse la bougie dilatatrice ne saurait être fixé d'avance d'une façon précise. La tolérance du patient règle la durée des séances. Au début, on peut rapidement, au bout de quelques minutes, augmenter le calibre de la bougie appliquée, prendre une bougie de calibre immédiatement supérieur. Dans la suite, la progression est moins rapide et les séjours de la sonde se prolongent des heures.

Chez les sujets atteints d'œsophagite sus-stricturale, les dilatations sont plus mal tolérées et il faut les fractionner et les espacer.

Pièce de monnaie ayant séjourné trois années dans l'œsophage

M. J. Piquet

Dans la littérature médicale ancienne, on trouve assez communément mentionné le cas de corps étranger ayant séjourné des mois et des années dans l'œsophage.

Ces cas sont devenus rares de nos jours du fait de la généralisation des examens radiologiques.

Cependant il arrive encore quelquefois, chez l'enfant surtout, que l'accident initial, la déglutition du corps étranger, passe inaperçue et que les troubles dysphagiques accusés ne soient rattachés que tardivement à leur cause. L'auteur a eu ainsi l'occasion d'observer un enfant de 18 mois qui, depuis six mois, portait une épingle de sûreté dans l'œsophage. Il avait été soigné avec des diagnostics divers jusqu'au jour où une radiographie permit de reconnaître la cause de la dysphagie. Il rapporte d'autre part une nouvelle observation du même genre. L'enfant âgé de cinq ans, était traité depuis trois années pour des troubles qualifiés de spasmes œsophagiens. Les antispasmodiques amélioraient un peu, momentanément, la dysphagie, sans la faire disparaître. En outre il n'existait aucun antécédent de déglutition de corps étranger. La radiographie révéla la présence d'un corps étranger (un sou) à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen de l'œsophage. Ablation sous œsophagoscopie. Guérison.

Corps étrangers des bronches chez l'enfant

M. A. Soulas

Les corps étrangers des bronches chez l'enfant revêtent des caractères particuliers à cause de l'étroitesse de la trachée et des bronches initiales à cet âge. Le pronostic est d'autant plus grave que l'enfant est plus jeune. C'est l'hypo-laryngo-trachéite qui est la complication la plus grave. Or, celle-ci dépend : 1° de la nature du corps étranger ; 2° du temps écoulé entre l'accident initial et le traitement ; 3° de l'âge de l'enfant.

Le diagnostic précoce est parfois difficile car les divers corps étrangers bronchiques chez les enfants sont différemment tolérés. S'ils sont métalliques, la radiographie les révélera ; s'ils sont végétaux, les rayons les caractérisent avec plus de difficulté. Le traitement comportera l'extraction le plus précocement possible.

Fistule broncho-œsophagienne survenue après un trauma thoracique

MM. Piquet, Muller et Marchant

Un homme de 31 ans a le thorax violemment comprimé au cours d'un traumatisme. Les troubles cliniques et l'examen radiologique incitèrent à pratiquer une broncho-œsophagoscopie. On trouva une fistule broncho-œsophagienne pénétrant dans la grosse bronche droite. La syphilis paraît devoir être écartée et il semble qu'il se soit agi de la rupture d'un diverticule œsophagien ouvert dans la bronche, d'un état antérieur modifié par le traumatisme. Chez un sujet sain, normal, un semblable traumatisme peut provoquer une rupture ou de l'œsophage ou des bronches, mais rarement des deux.

P. Lacroix.

Les Livres qui viennent de paraître...

Chez Doin et Cie,
8, Place de l'Odéon

J. Oddo. — **La médecine d'urgence.** Symptômes, diagnostic, traitement immédiat. Formulaire. 7e édition, revue et augmentée. Un vol. 840 p. Prix : 120 francs.

R. Liège. — **Vingt études pratiques de médecine infantile.** Préface du Professeur Nobécourt. Un vol. 210 p., 28 fig. Prix : 60 francs.

R.-J. Weissenbach et Fr. Françon. — **Les rhumatismes. Maladies sociales.** Un vol. 206 p. Prix : 55 francs.

J. Dumas. — **La dysenterie bacillaire.** (Collection : *La Pratique médicale illustrée*). Un vol. 90 p., 1 fig., 28 francs.

Les Livres

Librairie J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, rue Hautefeuille, Paris (VIe)

Les tumeurs des articulations, des gaines tendineuses et des bourses séreuses, par le Professeur Jean SABRAZÈS, associé national de l'Académie de médecine, correspondant de l'Institut et le Docteur R. DE GRAILLY, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, avec la collaboration du Professeur J. MONTPELLIER et du Docteur H. DUBOUCHER (d'Alger). Un vol. 44 figures, 1938.

Nous avons lu avec le plus vif intérêt cet ouvrage bien édité, largement illustré, qui fait suite à celui qu'ont déjà publié MM. Sabrazès et de Grailly sur « Le milieu synovial, physiologique et pathologique »

Au cours des différents chapitres, toute la pathologie articulaire des hyperplasies, et des tumeurs bénignes des articulations, des gaines tendineuses et des bourses séreuses y est envisagée. Un nouveau fascicule consacré aux tumeurs malignes sera publié prochainement.

Dans le premier chapitre, ce sont *les lipomes, les fibromes, la lipomatose racémeuse* des articulations dont les auteurs décrivent les modalités anatomo-cliniques, l'histologie, les méthodes de traitement.

L'angiomatose juxta-articulaire et synoviale est exposée complètement dans le second chapitre avec des faits nouveaux apportés par les auteurs.

Puis ce sont les *myxomes articulaires* à point de départ synovial, et l'*ostéochondromatose des articulations et des bourses séreuses* qui font l'objet des chapitres 3 et 4.

L'ostéochondromatose intéresse tous les médecins spécialistes ou non, le problème des corps étranges articulaires riche en apports personnels constitue un des chapitres capitaux de cet ouvrage.

Les tumeurs à cellules géantes des articulations et des bourses séreuses déborde le plan ostéo-articulaire, pose des questions de biologie générale et locale, que M. Sabrazès a depuis des années déjà avec M. H. Bonnin abordé en y ajoutant ses conceptions originales et personnelles.

Les kystes synoviaux articulaires et para-articulaies, les *kystes des ménisques* sont encore l'objet de recherches, nous trouvons des observations et des documents destinés à expliquer la pathogénie de ces formations kystiques.

Dans le dernier chapitre, ce sont *les synovialomes villeux bénins* dont nous comprenons l'intérêt diagnostic, pour les séparer des réactions villeuses synoviales si fréquentes dans la tuberculose, la syphilis, la gonococcie, les hydarthroses à répétition.

Cette belle monographie qui groupe à côté de faits connus une importante documentation personnelle a été publiée sous le patronage des auteurs de la Fondation Bergonié, elle constitue un élément important que doivent connaître et lire tous ceux qui, à un degré quelconque, s'intéressent à la pathologie articulaire. R. M.

Librairie du MONDE MÉDICAL,
42, rue du Docteur-Blanche, Paris (XVIe)

P. APPLETON et P. BOUDIN. — **Le Droit médical**. Un vol. 810 p.

La librairie du Monde Médical vient de nous donner une deuxième édition de cet important ouvrage dont l'utilité n'est plus à démontrer, afin de tenir compte des modifications les plus importantes intervenues dans les textes et la jurisprudence et de tenter ainsi une mise à jour, aussi rigoureuse que la variabilité des circonstances le permet.

Le plan reste le même que celui de l'édition originale (Condition d'exercice ; le cabinet médical ; les organisations professionnelles ; les obligations du médecin ; la prescription des médicaments ; les expertises ; les impôts ; la responsabilité ; l'exercice illégal ; l'organisation sanitaire publique comprenant l'hygiène, les hôpitaux, l'assistance ; les accidents du travail et les Assurances sociales). Une deuxième partie comporte les textes législatifs et réglementaires relatifs à la médecine. Enfin une troisième partie est consacrée aux formules de certificats et d'actes médicaux.

Nous ne pouvons que louer la présentation matérielle de cet ouvrage, très clair et très lisible, qui sera pour ses lecteurs praticiens un précieux conseiller. Nous n'en persistons pas moins à penser que l'instabilité actuelle de la législation sociale rend très précaire l'actualité des traités de ce genre, aussi bien faits soient-ils. J. M.

MALOINE et Cie, éditeurs

R. DEGOS et E. LORTAT-JACOB. — **Dermatologie** (2 vol.) Collection « Les Petits Précis ».

Toute la dermatologie en deux petits volumes, voici qui va réjouir étudiants et praticiens. L'ouvrage est clair, facile à lire, avec un plan commode et simple ; tout y est rangé selon l'élément dermatologique, les taches d'abord (comprenant les érythèmes, les purpuras, les dyschromies), puis les dermatoses érythémato-squameuses, les papules, les vésicules, bulles, pustules, les tubercules, etc... Un chapitre est réservé aux affections du cuir chevelu, et un autre aux affections des muqueuses. Bref tout y est, et il est utile pour celui qui n'est pas spécialisé d'avoir un précis où il trouve exposé clairement et d'une façon courte tout ce qu'il y a d'important à savoir sur une affection qu'il connaît mal. C'est à cela que répond le travail de Degos et Lortat-Jacob, et l'on ne peut qu'applaudir à son apparition.

G. B.

Librairie MALOINE,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VI[e])

Docteur méd. Herman ZONDEK (Berlin).— **Les affections des glandes endocrines et leur traitement.** Quatrième édition. Traduction par le Docteur Marcel FILDERMANN. Préface par M. le Professeur Laignel-Lavastine. Un vol. 600 pages, 168 fig., entièrement tiré sur papier couché. Prix : 220 francs.

Cet ouvrage est une traduction établie da'près la troisième édition en langue anglaise publiée en 1935 à Londres, de l'ouvrage dont la première édition avait paru en 1926 à Berlin. Complété et mise à jour par l'auteur lui-même, il apporte une étude complète des affections endocriniennes à la lumière des travaux les plus récents.

La caractéristique de ce livre est l'esprit essentiellement clinique dans lequel il a été conçu et rédigé.

Dans une première partie, qui comprend à peine un cinquième de l'ouvrage, les glandes endocrines sont étudiées du point de vue anatomique et physiologique.

Dans la deuxième partie, l'auteur envisage chaque syndrome endocrinien tel qu'il se présente en clinique sans préjudice de la ou des glandes dont les perturbations peuvent être à l'origine de ce syndrome.

La maladie de Graves-Basedow, le myxœdème, la tétanie, l'obésité et ses diverses formes étiologiques, les cachexies hypophyséoprive et cérébro-hypophysaire, la diencéphalopathie qui groupe en un même syndrome des manifestations d'atteinte du diencéphale, de l'hypophyse et de l'œil, le diabète insipide, la sénilité précoce, l'acromégalie, le gigantisme et le nanisme dans leurs diverses variétés, l'ostéomalacie, les ostéites fibreuse et déformante de Recklinghausen et de Page, la maladie d'Addison, l'hypersurrénalisme médullaire, l'hyperinsulinisme, les états thymicolymphatiques, les diverses affections du système génital, l'insuffisance pluriglandulaire et la sclérodermie sont ainsi étudiés successivement à la lumière de nombreuses observations personnelles illustrées de 168 figures photographiques, radiographiques et schématiques.

A propos de chaque syndrome les indications thérapeutiques sont données de façon précise.

MASSON et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

Charles RICHET, Jean SURMONT et Pierre LE GO. — **La pyrétothérapie.** Un vol. de 192 pages avec fig. Prix : 50 francs.

Les auteurs ont dans ce livre mis au point la question de la pyrétothérapie.

Après un rapide historique, ils indiquent les bases physiologiques, bactériologiques et expérimentales de cette méthode. Physiologiques, puisque comme ils le disent, il y a pour l'homme deux physiologies différentes : l'une à 37°, l'autre à 40° et que lorsque cette température est atteinte, l'homme présente une défense plus active contre la maladie. Bactériologiques, puisque certains agents pathologiques, le tréponème et le gonocoque, sont thermolabiles et que pour des températures non léthales leur virulence est diminuée. Expérimentales, puisque la chaleur seule ou la chaleur associée à la chimiothérapie guérit un certain nombre d'affections expérimentales.

Dans une seconde partie, ils traitent des techniques, divisant la pyrétothérapie en deux grandes classes : la pyrétothérapie active et la pyrétothérapie passive :

Enfin, dans la troisième partie, ils insistent sur les résultats auxquels les différents auteurs et eux-mêmes sont arrivés, avec ou sans association chimiothérapique, dans la blennorragie, la syphilis, les affections nerveuses, certains états infectieux, certains asthmes irréductibles, etc.

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, rue Hautefeuille, Paris (VI[e])

Charles AUBERTIN, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital de la Pitié. —**Traitement des anémies graves par le foie.** Un vol. grand in-8 (15,5 × 23,5) de 88 pages, 20 francs. Collection « Les Thérapeutiques nouvelles ».

La découverte de l'hépatothérapie a modifié complètement le traitement des anémies graves, et particulièrement de l'anémie pernicieuse de Biermer.

L'auteur montre que si l'hépatothérapie est le traitement de choix de toutes les anémies graves, elle n'a sa pleine efficacité que dans les anémies hyperchromes et mégaloblastiques.

Cet ouvrage, qui met au point la question, sera lu avec grand intérêt par les médecins praticiens.

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, rue Hautefeuille, Paris (VI[e])

P. DEGRAIS, chef des travaux de curiethérapie du Centre anticancéreux de l'hôpital Necker, et A. BELLOT. — **Traité pratique de curiethérapie. Curiethérapie en gynécologie.** Un vol. grand in-8 de 104 pages. 25 francs.

Les auteurs ont groupé, dans ce volume, un certain nombre d'affections, tant bénignes que malignes, à l'égard desquelles le radium a, depuis longtemps, fait ses preuves : prurit vulvaire, végétations vulvaires, polypes du col, métrites, fibromes, cancers de la vulve, du vagin, de l'utérus.

L'action cancéricide du radium est, bien entendu, longuement étudiée par les auteurs ; mais ces derniers montrent également que le radium a d'autres rôles à jouer : il se montre antiprurigineux et il a encore pour lui d'être doué d'un pouvoir hémostatique absolument remarquable.

Les Thèses

Mp. — Dr A. Cazes. — **Contribution à l'étude des adénomes du fond de l'utérus.** (Thèse 1938.)

Les adénomes de l'utérus, qui se produisent dans l'immense majorité des cas après la ménopause, sont de véritables tumeurs qui se séparent de l'hyperplasie endométriale simple.

Cliniquement, les adénomes sont presque toujours pris pour des cancers.

On arrivera par l'hystérographie à mettre en évidence une modification de la muqueuse et à en préciser le siège. C'est l'histologiste seul qui peut se prononcer sur la nature bénigne ou maligne de la prolifération. Mais, en présence des adénomes de l'utérus, l'histologiste est souvent obligé de faire des réserves. En effet, il existe des adénomes incontestablement bénins, mais le plus souvent, ils représentent un stade d'évolution de la muqueuse, susceptible d'aboutir parfois, sinon toujours, au cancer.

Au point de vue thérapeutique, on sera guidé par la réponse du laboratoire. Si la réponse est catégorique pour la bénignité, on se bornera au curettage. Si la réponse est celle d'état précancéreux, le chirurgien posera l'indication de l'hystérectomie totale.

Mp. — Dr H. Daniel. — **Modifications histologiques du cortex surrénal au cours de divers états pathologiques ou expérimentaux.** (Thèse 1938.)

Il est admis classiquement que le cortex surrénal a un rôle antitoxique. Ce rôle de défense vis-à-vis des agents d'intoxication exogène ou endogène se traduit morphologiquement par une excrétion massive des lipides cortico-surrénaux, par un état particulier du cortex et par un aspect histologique spécial.

Dans tous les cas où l'affection ou l'intoxication en cause présente un caractère aigu, une telle modification est de règle.

Lorsque s'installe la chronicité, à l'excitation massive des lipides, fait suite un retour à la structure normale, traduction locale d'une adaptation générale par immunisation de l'organisme à un processus toxique ou infectieux évoluant longuement dans le temps.

L'auteur a pu vérifier expérimentalement ces faits chez le lapin.

P. — Dr N. Lititchevsky. — **Contribution à l'étude de la fibrosite.** (Thèse 1938.)

Parmi les multiples formes de rhumatisme articulaire, la souffrance du tissu fibreux ou « fibrosite » mérite une place particulière. Elle constitue une localisation précise. Malgré ses relations avec les souffrances voisines, on ne la confondra pas avec les autres manifestations du rhumatisme extra-articulaire, parmi lesquelles l'inflammation du tissu conjonctif — cellulite ou panniculite — constitue la variété la plus fréquente.

Les formes cliniques de la fibrosite sont nombreuses. L'auteur en étudie quatre types cliniques : *a)* La fibrosite subaiguë diffuse ; *b)* Le « mal des insertions » ; *c)* La fibrosite lombaire ; *d)* La fibrosite du fascia lata.

P. — Dr H. Pouzols. — **Conception actuelle des désinfections terminales.** (Thèse 1938).

Si, autrefois, les désinfections terminales constituaient la mesure prophylactique la plus importante au cas de maladies infectieuses, il ne semble plus en être absolument de même aujourd'hui. Ces mesures terminales sont actuellement considérées, par nombre d'hygiénistes, plutôt comme une précaution supplémentaire, qui ne doit pas faire oublier les mesures concomitantes essentielles : vaccination, surveillance bactériologique des convalescents, des porteurs de germes, moyens à utiliser au cours de la maladie (isolement, crachoirs fermés, immersion pendant six heures des linges dans une solution de crésylol sodique à 4 % avant le lessivage, désinfection des selles typhiques et dysentériques dans la même solution, lavages à l'eau de Javel du plancher souillé, nébulisations antiseptiques dans l'air, etc.).

P. — Dr J. Boutron. — **L'iléite terminale.** (Thèse 1938.)

On est appelé à examiner un malade qui présente un syndrome abdominal aigu ou sub-aigu, avec maximum des symptômes au niveau de la fosse iliaque droite. On fait généralement le diagnostic d'appendicite. On opère : on trouve un peu de liquide dans la cavité péritonéale ; le cæcum et l'appendice apparaissent cependant normaux ; on est surpris et hésitant ; on poursuit l'exploration et l'on trouve la dernière anse iléale rouge, œdémateuse, cartonnée. Il s'agit d'une *iléite terminale*, affection encore peu connue en France, mais dont les travaux étrangers, allemands et américains surtout, ont montré la relative fréquence.

L'auteur, au cours d'une année d'internat passée dans le service de M. Capette, a pu observer deux cas d'iléite terminale aiguë qui ont été le point de départ de cette thèse. Il indique la symptomatologie, les formes cliniques, le diagnostic et le traitement de cette affection.

THÉRAPEUTIQUE

Soufre et Iode

Depuis la publication (*Bulletin Médical*, 4 juin 1927) de l'article d'André Léri et Dedet où ces auteurs donnent les conclusions de leurs recherches sur l'emploi de l'association soufre et iode dans le traitement des rhumatismes chroniques, cette méthode thérapeutique a pris une grande extension.

Il faut insister sur les principes essentiels de la méthode thérapeutique conçue et mise au point par ces auteurs sous le nom de sulfoïodothérapie.

La sulfoïodothérapie consiste en l'association dans une même formule du soufre et de l'iode à l'*état naissant*. On réalise ainsi une synergie médicamenteuse dans laquelle chacun des médicaments agit pour son propre compte et où chacun des deux éléments exalte la puissance thérapeutique de l'autre, puissance que conditionne l'état naissant du soufre et de l'iode dans la préparation.

Pour respecter le principe de la sulfoïodothérapie, cette médication injectable consiste dans l'emploi d'une solution de soufre et d'iode que le médecin crée lui-même extemporanément en mélangeant *au moment même de l'emploi* le contenu de deux ampoules jumelées de 2 c. c., une d'iode, une de soufre.

Ces ampoules ont été spécialisées par Brisson qui a préparé toutes les solutions employées par A. Léri et Dedet dans leurs essais sous le nom d'ampoules jumelées Seti. L'activité de ces ampoules vient du fait que les corps qui se forment au moment du mélange sont essentiellement labiles, instables ; le soufre et l'iode sont au moment même de leur pénétration libérés par la dislocation de la molécule.

La technique est facile ; on aspire le contenu de l'ampoule d'iode qui est coloré, puis celui de l'ampoule de soufre et on s'arrête dès que la décoloration est obtenue.

Les travaux de Flurin, ceux de Loeper et Bory, ceux de Moureu et Dufraisse, ont montré que c'est sous cette forme non oxydée, que le soufre est un soufre actif.

De même, l'iode se trouve sous la forme thérapeutiquement efficace d'iodure, d'iodure nouvellement formé comprenant dans sa molécule le même élément basique que le corps soufré : la magnésie, corps dont le pouvoir sédatif par voie parentérale est mal connu en France, mais couramment utilisé en pays anglo-saxons pour sa valeur sédative, antinervine, antispasmodique.

Cette solution aqueuse injectable de soufre et d'iode répond donc exactement aux exigences de la thérapeutique anti-rhumatismale. Son action dans le rhumatisme chronique est manifeste et, depuis plus de dix années qu'elle est employée, elle a donné des résultats presque constants, dans le traitement des rhumatismes chroniques.

En dehors de cette indication première qui est le rhumatisme chronique sous toutes ses formes, la méthode sulfoïodothérapique, telle que nous l'avons décrite, peut être utilisée dans le rhumatisme articulaire aigu soit seule, soit en corrélation avec l'absorption *per os* de salicylate de soude. Le soufre ainsi injecté facilite l'action du salicylate et permet d'en diminuer nettement les doses. De son côté, l'iode lutte contre l'élément infectieux de la maladie de Bouillaud et contre l'atteinte cardio-vasculaire.

Poursuivant l'étude de la sulfoïodothérapie, les Laboratoires Brisson ont cherché à rendre cette méthode thérapeutique plus maniable encore pour le médecin et plus aisément acceptable pour le malade. A côté du Seti injectable qui oblige le médecin à suivre une technique spéciale et qui force le malade à accepter des injections assez fréquentes, les Laboratoires Brisson ont mis au point une solution aqueuse de soufre et d'iode qui se prend en gouttes par ingestion.

Cette solution buvable (néo-seti), associe elle aussi, en une seule formule, les médicaments essentiels du rhumatisme chronique : le soufre et l'iode.

a) Le soufre se trouve dans la formule du Néo-Seti sous la forme de rhodanate de potassium. Ce corps tout récemment introduit en thérapeutique a donné des preuves de son activité. Les auteurs américains ont insisté sur son pouvoir hypotenseur, et les auteurs français ont principalement étudié son action dans le rhumatisme chronique et sont arrivés à des conclusions très favorables.

b) L'iode entre en association avec le soufre, sous sa forme la plus aisément dissociable : l'iodure de sodium dont l'action n'est plus à vanter.

Les Laboratoires Brisson ont volontairement continué à unir l'iode au soufre dans leur préparation buvable comme les Docteurs André Léri et Dedet les avaient unis dans le Seti injectable. C'est de l'association même de ces deux médicaments que dépend l'effet thérapeutique du Néo-Seti.

La posologie moyenne de la médication sera de XXX gouttes, deux fois par jour, aux repas, dans un verre d'eau sucrée (pour masquer le goût de la préparation), mais le médecin restera seul juge de la situation et pourra suivant l'intensité des cas à traiter modifier cette posologie, en tenant compte des propriétés hypotensives du Néo-Seti.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

■ ■ ■

LA « POLITIQUE DU SANA »

Le mot est extrait du Bulletin de documentation de l'Union des Caisses d'assurances sociales de la Région parisienne (numéro spécial de décembre 1938 donnant le compte rendu de la Conférence nationale des Unions régionales d'Assurances sociales tenue à Bordeaux).

L'auteur, M. Arnaud, directeur de l'Union de Lyon, traitant la question de l'Hygiène sociale, envisage les divers modes et les différents degrés de la prévention des maladies sociales. A propos des sanatoriums , il fait un certain nombre de remarques et de suggestions qu'il est agréable de relever ici où les mêmes idées ont donné lieu à tant d'exposés divers. Du reste, M. Arnaud nous fait l'honneur de citer le *Concours Médical* ; cela donne à penser que les auteurs qui ont dit dans ce journal leur opinion sur les sanatoriums ont été entendus et qu'ils n'ont pas perdu leur temps.

« On compte actuellement, dit-il, environ 300 sanatoriums en France, sans compter les services hospitaliers pour tuberculeux dont le nombre serait de plus de 150. La plupart de ces établissements ont un effectif de malades représentant à peu près leur capacité maxima. On a l'impression qu'on pourrait construire de nouveaux sana sans que la clientèle risque jamais de manquer. Il y a encore, à l'heure actuelle, des sana en construction ou projetés et on doit se demander s'il ne conviendrait pas d'être prudent avant d'aller plus loin dans cette politique de construction ».

L'orateur cite l'exposé fait il y a quelques mois à l'Académie de médecine par le Professeur Besançon et où celui-ci refuse de donner au sanatorium la première place dans l'armement antituberculeux. « On doit le réserver aux malades qui présentent des poussées évolutives et, après l'extinction de ces poussées, les renvoyer à leur domicile ».

Le mot de Grancher, qui remonte au siècle dernier, est suggestif : « Chaque nation s'efforce d'opposer une barrière à la marche envahissante de la tuberculose. L'Allemand lutte par le sanatorium, l'Anglais par le rosbif et le tennis. Je préfère la méthode anglaise, plus agréable et plus sûre ».

(Et au temps de Grancher on n'avait pas encore vu la façon dont certains malades travestissent la cure sanatoriale !)

Certains articles de la presse médicale de ces dernières années indiquent du reste que la Suisse, où les sana se sont très développés, semble revenir de cette politique de sana. Les frais de la cure ne seraient pas toujours en rapport avec les résultats obtenus. (Or, un pays qui a les finances actuelles de la France peut-il se permettre d'engager des frais aussi considérables sans être sûr d'un rapport substantiel ?)

L'opinion générale, poursuit M. Arnaud qui se montre décidément au courant des conceptions les plus récentes, semble s'orienter de plus en plus vers la nécessité d'une large politique sociale tendant à donner au pré-tuberculeux et à la classe ouvrière tout entière des moyens matériels d'existence qui seraient l'élément primordial d'une lutte sérieuse contre la tuberculose. Malheureusement, le problème ainsi posé est beaucoup plus difficile à résoudre pour les Assurances sociales que la construction de sana.

(Il est de fait que cela devient non plus un problème de Caisses, mais de gouvernement et que celui-ci devra s'y attaquer avec un programme un peu mieux ordonné que ceux de ces dernières années).

Cet aspect de la question a attiré l'attention sur l'intérêt, en ce qui concerne le tuberculeux en voie de guérison, de la post-cure associée à la rééducation, rééducation comportant plusieurs stades : réentraînement au travail, rééducation à l'ancien travail, à une nouvelle profession, reclassement dans la Société.

***

A propos de ce reclassement, point culminant de l'œuvre à entreprendre, M. Arnaud soumet à son auditoire deux conceptions d'un tour audacieux et qu'il vaut la peine de rapporter ici afin de les soumettre aux méditations de nos lecteurs.

« La France compte actuellement près de 400.000 chômeurs, certains médiocrement aptes à un travail soutenu, beaucoup susceptibles d'une activité normale. Or, nous sommes bien

placés, dans les Unions, pour savoir que, même sans service de reclassement, nombre d'invalides reprennent le travail malgré, quelquefois, un taux d'invalidité supérieur à 50 %. Certains d'entre eux, anciens tuberculeux, sont encore suspects et restent à la merci d'une complication qui les rendra contagieux, au préjudice de leurs camarades.

Des sociologues ont pensé que, dans l'intérêt général, on ferait œuvre éminemment utile en sortant du marché du travail, les anciens malades insuffisamment consolidés, quitte à leur donner le minimum nécessaire de moyens d'existence, et en les remplaçant par des chômeurs sains, capables d'un effort normal ».

(Je ne pense pas que la mise en œuvre d'une telle idée doive être très aisée ; mais la seule intention d'assigner un travail à certains chômeurs au nom de l'intérêt général est louable et mérite d'être retenue. Certains y flaireront avec répugnance un relent d'étatisme ; qu'ils veuillent bien se souvenir que, dès à présent, existe l'étatisme corrupteur des fonds de chômage et admettre que l'on puisse préférer une forme moins diffluente d'étatisme où l'individu ait un autre rôle que celui de tendre la main).

L'autre conception nouvelle vise l'institution de villages-sanatoriums. Nouvelle ? pas tant que cela, objecteront les lecteurs qui n'ont pas perdu le souvenir de Clairvivre et de son sort malheureux. Eh bien si ! nouvelle quand même, car M. Arnaud, qui ne doit pas ignorer le « pouf » grandiose du premier village-sanatorium de France, propose une tout autre réalisation.

« Depuis la guerre, dit-il, certaines régions des Alpes se dépeuplent à un rythme accéléré, et cet exode de la population paraît encore se poursuivre à l'heure actuelle. Il est dû à ce que l'habitant, sans être misérable, ne peut y atteindre le standard de vie moyen en France, lequel s'est relevé beaucoup depuis une vingtaine d'années. D'anciens malades, qui pourraient ajouter au revenu de leur travail, la ressource d'une pension, y vivraient convenablement et bénéficieraient d'un climat idéal. Or, du fait de la dépopulation, on y trouve des habitations parfaitement convenables, à des prix très bas. Sans doute un choix judicieux devrait être fait, à la fois des centres choisis, et des malades qui pourraient y être dirigés. On éviterait la culture pénible du blé, la culture savante de la vigne pour retenir surtout les différentes formes de l'élevage ».

***

De quoi, diront quelques grincheux, se mêlent les Caisses ? et qu'avons-nous à faire de leur avis concernant les sanatoriums ? Aux médecins seuls revient le rôle de forger l'armement antituberculeux.

Aux médecins appartient sans doute d'*apprécier* chacune des pièces de cet armement. Mais aux Caisses appartient, aux termes d'un décret-loi, de « *créer ou subventionner des œuvres d'intérêt commun* ». Et comme on n'édifie pas un sanatorium sans argent, les Caisses tiennent le bon bout ; leur opinion n'est donc pas dénuée d'intérêt.

On a vu ce qu'elle est, cette opinion, concernant l'efficacité des sanatoriums. Par ailleurs l'instabilité des circonstances économiques les décourage des vastes projets de construction. Entre le prix des devis et le prix de la bâtisse achevée peut se creuser un gouffre où les finances les mieux assises se perdent à jamais.

S'il se trouvait, en dépit de ces avertissements liminaires et empreints d'une sagesse indiscutable, des œuvres ayant l'intention de construire ou d'acquérir un immeuble, M. Arnaud leur donne un dernier conseil : « Aux conditions techniques que doit remplir un établissement de soins, il faut joindre une condition particulière : *l'absence de luxe*. J'ai été frappé par le fait que cette condition est souvent réclamée par des administrateurs qui sont eux-mêmes assurés sociaux et qui craignent qu'au cours d'un séjour prolongé dans un établissement luxueux l'assuré perde le goût de son foyer et du milieu auquel il devra se réadapter. Et ce qui est luxueux, ce n'est pas seulement un ensemble de choses éblouissant, mais encore le confort qui, n'étant pas nécessaire aux soins, dépasse très sensiblement celui auquel est habitué le malade ».

C'est avec une particulière sympathie que je salue au passage ce vœu de simplicité, d'autant plus digne de remarque qu'il émane de gens susceptibles eux-mêmes d'aller loger dans ces sanatoriums puisqu'assurés sociaux.

Ce même dépaysement qu'ils redoutent, et qui se résoudra fatalement en amertume dès le retour au foyer, il m'était apparu fatal (et j'en avais notifié le danger ici-même, il y a quelques années) chez les enfants qui hantent les groupes scolaires modernes. Eux aussi sont empreints de magnificence et d'un tape à l'œil de mauvais aloi. C'est presqu'insulter le peuple que l'installer dans ces aîtres de parvenu ; et c'est, en tous cas, lui rendre un mauvais service que l'inviter à confondre luxe et confort. Mais ceci, dirait Kipling, est une autre histoire.

Pour conclure celle que j'avais commencée, il semble, à divers symptômes, et dont cette étude due aux Caisses d'assurances sociales n'est pas le moindre, que « la politique du sana ». soit périmée ou bien près de l'être. De jour en jour sont plus nombreux les médecins qu'elle déçoit et les malades qu'elle rebute. Si, par dessus le marché, les organismes capables de la financer sont en méfiance, il faudra bien se réoudre à y apporter de larges réformes. G. LAVALÉE.

DÉCLARATION DES CAUSES DES DÉCÈS

Histoires vécues

Je reçois (lettre 7.672) deux petites histoires vécues, que m'adresse un de nos confrères, heureux de « bavarder avec le *Concours* et avec Paul Boudin » auquel il rappelle des souvenirs de quelque trente ans.

Je laisse la parole à mon correspondant :

A propos des certificats de décès délivrés aux ayants cause du « de cujus »

Deux histoires vécues que j'aime à conter à mes jeunes confrères

I

Un riche étranger meurt subitement en prenant un bain dans son etang. Sa femme passe pour avoir des mœurs faciles et de grands besoins d'argent. Le jour de l'accident de son mari, elle est dans une capitale étrangère voisine.

Appelé à constater le décès, je me départis de ma règle ordinaire et j'ajoute à mon certificat coutumier : « avoir constaté le décès de M. X. dont le corps a été trouvé dans 1 m. 50 d'eau ». Je voulais — je ne sais trop pourquoi ! — faire comprendre que M. X., bon nageur, n'était pas mort noyé, mais peut-être d'un ictus...

Quelques jours après : longue lettre d'une Compagnie étrangère Assurance-Vie, me demandant d'urgence la cause de la mort de son assuré (*pour un million*) et comptant une *trentaine* de questions, dont :

M. X. était-il à jeun ?
Aviez-vous pris sa tension ?
Avait-il de l'albumine, etc., etc. ?

— Réponse en travers et au crayon rouge. « Art. 378, Code pénal. Secret professionnel ».

Quarante-huit heures après : Coup de téléphone (de la capitale étrangère), de la veuve, très excitée, qui exige d'urgence, le certificat demandé par la Compagnie. Son avoué est au bout du fil et m'explique que ce certificat est indispensable à sa cliente pour toucher le million dont elle a le plus pressant besoin.

— Réponse sans phrases : art. 378, Code pénal.

Quarante-huit heures après : Coup de téléphone de Mme X., qui me demande une entrevue.

— Volontiers, Madame, mais, ici (dans ma ville), CHEZ VOTRE AVOUÉ.

Chez l'homme de loi, j'arrive, armé d'une riche collection de *Concours* et je maintiens ferme — malgré les habiles supplications de tous — mes positions.

Huit jours après : Un Monsieur décoré, dans ma salle d'attente :

« Je suis le Commissaire spécial de la ville de ...

— Camarade ! fais-je en riant.

— Je ne viens pas vous arrêter... je viens seulement pour l'affaire de X...

— Vous ne saurez rien de moi.

— Je ne viens rien vous demander, mais, au contraire, vous féliciter. J'ai vu « que vous étiez un vieux routier. Je suis seulement chargé, sur Commission rogatoire du Parquet de B... (la capitale) d'enquêter pour savoir s'il y a mort suspecte et nécessité d'autopsie. J'ai conclu à la négative et ai simplement voulu vous saluer en passant. »

Dans quel pétrin me serais-je mis, si, comme l'a dit le Commissaire, je n'avais pas été un vieux routier ! !

II

Un de mes amis, pharmacien vient l'an dernier, mourir ici de tuberculose pulmonaire, diagnostiquée par son médecin traitant « dilatation des bronches ». Ce diagnostic n'est pas de consolation, mais appuyé par un traitement *ad hoc* (intraveineuses d'éthylpneumine) — et par les examens bactériologiques fréquents qu'a pratiqués le malade lui-même, qui fut pendant la guerre chargé d'un laboratoire d'armée. (Il a bien trouvé des bacilles ressemblant à des bacilles de Koch, mais ils ont ceci, cela, de particulier qui le rassure et lui font éloigner ce diagnostic de tuberculose pulmonaire. — C'est humain).

Je refuse énergiquement, malgré les instances de toute cette famille amie, d'indiquer la cause du décès sur le certificat destiné à la Compagnie d'assurances-vie.

Bien m'en a pris, je crois, car le *de cujus*, avait contracté dix-huit mois avant sa mort, une assurance-vie, et dans le questionnaire d'usage, avait déclaré, en toute bonne foi, j'en suis sûr, qu'il n'était pas malade... C'est parce que j'ai pu — au cours d'une conversation privée avec l'Inspecteur de la Compagnie — prouver cette bonne foi, que le contrat n'a pas été annulé pour fausse déclaration.

« Mais le médecin qui a examiné le proposant » ? m'a dit l'Inspecteur...

Ceci est une autre affaire...

Dr M.

Commentaires

Je ne puis qu'approuver la conduite de notre confrère, qui a entendu rester fidèle à la Charte syndicale et s'est refusé à la faiblesse de donner une entorse au devoir du silence. Appelé à constater un décès, il ne pouvait que déclarer : « cet homme est mort ».

Mais s'il lui était demandé de préciser à quoi était due la mort, il devait répondre : « faites nommer un médecin expert, ou légiste, qui fera une autopsie et recherchera le motif de la mort ».

En effet, lorsqu'un praticien est mandé pour constater une mort violente, ou soudaine, il ne peut qu'émettre des suppositions sur la cause exacte du décès. Seule une autopsie peut donner le renseignement précis demandé.

Or, qu'aurait-il pu se produire, dans le premier exemple cité, au cas où le praticien aurait déclaré que la mort était naturelle, due à une syncope quelconque, ayant fait couler à pic le nageur, alors que, plus tard, à la suite de rumeurs, une autopsie médico-légale aurait fait découvrir un crime ? Ainsi, les journaux de ces jours-ci relataient un double empoisonnement criminel, avec des doses massives de digitaline. La bénéficiaire d'une assurance sur la vie, contractée par le *de cujus*, aurait pu voir son crime rester impuni, si l'examen superficiel et rapide du médecin avait permis à ce praticien de conclure à une mort naturelle.

La Compagnie d'assurances ne pourrait-elle pas se retourner contre le médecin, coupable de négligence et lui reprocher d'avoir délivré un certificat de décès erroné, sur le vu duquel elle avait payé la prime assurée ? Le contentieux de l'Assurance n'hésiterait pas à réclamer au médecin des dommages-intérêts pour son erreur de diagnostic, alors que le Parquet aurait pu lui imputer à charge d'avoir violé l'article 378 du Code pénal, en délivrant indûment un certificat de décès avec mention de la cause de la mort.

Il en est de même pour le second cas cité par notre confrère : le diagnostic exact de la cause de la mort du pharmacien aurait pu servir de point de départ, à la compagnie, pour faire décider que le contrat d'assurances sur la vie était nul et sans effet, du moment où le déclarant avait fait une fausse déclaration sur son état de santé.

Je ne cesserai de répéter à mes confrères que tant qu'une loi n'aura pas contraint le médecin traitant à révéler la cause de la mort, il a le devoir impérieux de se taire, quand bien même on fait miroiter à ses yeux l'obligation morale et sociale qu'il a d'aider les Pouvoirs publics à lutter contre les maladies transmissibles.

Le Code pénal nous oblige à nous taire . taisons-nous, sauf dans les cas où la loi nous ordonne de faire une déclaration, tel le cas des naissances ou de la déclaration de certaines maladies transmissibles.

Etre bavard, ou quelque peu complaisant en violation du secret professionnel peut nous entraîner vers bien des ennuis, sinon sur le banc du Tribunal correctionnel.

Je remercie donc mon correspondant de ses exemples et de « son bavardage avec moi » : ses citations seront fort utiles à bien des confrères.

III

Nous venons de recevoir la lettre suivante (n° 802) qui est des plus instructives, du point de vue pratique.

Les indiscrétions en matière de secret professionnel et de causes de décès ont été étudiées plusieurs fois, avec exemples à l'appui, par le Docteur Paul Boudin, dans le *Concours Médical* (voir en particulier le numéro du 9 octobre, page 2534, et le numéro du 27 novembre, page 3039). Voici deux nouveaux exemples qui montrent quelles peuvent être les conséquences, parfois fâcheuses pour les praticiens, des indiscrétions commises.

Dans un département de l'Ouest, un praticien est appelé pour constater le décès d'un client. Il établit un certificat mentionnant, comme cause de décès : ictus. Ce certificat est transmis à l'inspecteur départemental d'hygiène.

Quelques jours plus tard, l'inspecteur d'hygiène est appelé au téléphone par le Procureur de la République, qui lui demande ·

— Voudriez-vous m'indiquer la cause du décès de M. Untel ?

— Mais, Monsieur le Procureur, le secret professionnel...

— Il n'y a pas de secret professionnel qui tienne. Vous n'êtes pas un médecin traitant, vous êtes un fonctionnaire. Et moi, j'ai le droit de faire des recherches dans toutes les administrations publiques, d'interroger tous les fonctionnaires. Veuillez donc répondre à ma question.

— La cause du décès est : ictus, Monsieur le Procureur.

L'honorable magistrat raccroche son téléphone : « Ictus, se demande-t-il. Qu'est-ce que cela signifie. Consultons notre vieux dictionnaire latin-français. Tiens ! Ictus, ictus : coup, au singulier, et même au pluriel ? Affaire louche ! Une enquête, à demander à la gendarmerie, s'impose ».

— Allo, Monsieur le Brigadier, ici le Procureur de la République. Je vous demande d'aller faire une enquête immédiate, relativement au décès du nommé Untel. Pour commencer vous ferez bien d'aller voir le Docteur Tant-Pis qui a établi un certificat mentionnant comme cause de décès : ictus ; ce qui

signifie en latin : coups. Ensuite vous interrogerez les voisins. »

Deux heures plus tard, le Procureur est appelé au téléphone.

— Allo, allo, Monsieur le Procureur de la République. Ici, le brigadier de la gendarmerie. Je me suis rendu, incontinent, chez le Docteur Tant-Pis, auquel j'ai demandé quelques précisions concernant la cause du décès du nommé Untel. Le Docteur a prétendu qu'il n'avait aucune déclaration à faire, en raison de la nécessité de respecter le secret professionnel. « Mais, Docteur, lui ai-je fait observer, la justice a besoin de savoir comment il se fait que vous avez indiqué sur un certificat de décès que le nommé Untel est mort de coups : ictus, en latin, paraît-il...

Le Docteur a éclaté de rire et m'a répondu : « Je n'ai rien de plus à vous dire. Cependant, je vous conseille d'indiquer à Monsieur le Procureur, que lui aussi, mourra peut être un jour, d'un ictus apoplectique, et qu'en attendant, il fera bien de se méfier de ses réminiscences latines ... ». Sur ce, j'ai jugé bon de vous transmettre les réponses du Docteur Tant-Pis, afin que vous me fassiez savoir si je dois continuer l'enquête.

Voilà le deuxième exemple. Un autre praticien, le Docteur Tant-Mieux, est appelé pour constater le décès d'une cliente qu'il avait eu l'occasion de soigner, auparavant, pour troubles cardiaques.

— Comment le décès s'est-il produit ? demande-t-il au mari.

— Elle a ressenti des étouffements (ce qui lui arrivait assez souvent, comme vous le savez) ; et elle est morte avant que nous ayions le temps d'aller vous chercher. »

Le Docteur Tant-Mieux établit un certificat mentionnant comme cause de décès : asystolie.

Quelques jours plus tard, le Procureur reçoit une lettre anonyme, d'après laquelle la cliente du Docteur Tant-Mieux aurait succombé à la suite des mauvais traitements : coups en particulier, que son mari lui aurait infligés. Le Procureur fait faire une enquête discrète, d'où il ressort que les deux époux ne s'entendaient pas toujours très bien.

Il téléphone à la Préfecture.

— Allo, allo ! Monsieur l'Inspecteur d'hygiène, voudriez-vous avoir l'obligeance de me faire connaître la cause du décès de Madame Une Telle ?

— Asystolie, Monsieur le Procureur.

— Ces damnés morticoles emploient souvent des vocables incompréhensibles, pense le Procureur. Allons voir notre médecin-légiste et demandons-lui une autopsie.

L'autopsie établit que la décédée avait bien des lésions cardiaques, mais aussi et surtout une belle fracture du crâne.

Le Procureur fait appeler le Docteur Tant-Mieux.

— Docteur, il me semble que vous avez été assez imprudent en mentionnant tout dernièrement sur un certificat de décès : asystolie, alors qu'il s'agit d'une fracture du crâne.

— Mais, Monsieur le Procureur, le secret professionnel...

— Je veux bien croire que votre cliente avait également une maladie de cœur. Mais vous avez eu tort de délivrer un pareil certificat. Ce dernier figurera dans le dossier, car bien entendu cette affaire aura une suite. Et, il est fort possible que l'avocat de l'accusé et moi-même nous soyions amenés à échanger, à propos de votre certificat, des propos qui peut-être ne seront pas d'une grande utilité pour votre réputation, lorsque l'affaire viendra en jugement...

Quelques semaines plus tard, l'inspecteur d'hygiène est convoqué devant le Conseil d'administration du Syndicat médical. Le président lui expose que le secret professionnel n'est pas fait pour les chiens, que les médecins fonctionnaires eux-mêmes doivent à l'occasion inviter la justice à aller se renseigner ailleurs...

— Mais, balbutie l'hygiéniste, le Procureur m'a obligé...

— Il ne vous aurait obligé à rien du tout, probablement si, conformément au règlement que vous devriez appliquer, vous lui aviez répondu : « Monsieur le Procureur, je ne conserve pas les certificats de causes de décès : je les détruis aussitôt reçus ». Donc, tenez-vous le pour dit : à l'avenir, nous ne tolèrerons plus de pareilles incartades. Nous allons aller demander au Préfet de vous dispenser de recevoir à la Préfecture les certificats des causes de décès. Un délégué du Syndicat les recevra à votre place. A la fin du trimestre vous ferez vos statistiques en présence du délégué, qui aura soin de faire brûler, lui-même, tous les certificats de décès. Si notre combinaison vous plaît, tant mieux ; si elle ne vous plaît pas, tant pis...

Quelle morale tirer de l'exposé de ces deux cas ?

Tout d'abord, il est certain que le médecin traitant mentionnant sur un certificat la cause d'un décès, ne sera jamais complètement à l'abri des pénalités prévues par l'article 378 du Code pénal, tant que ledit article et aussi l'article 29 du Code d'instruction criminelle ne seront pas modifiés, ainsi que l'a indiqué, plusieurs fois, le Docteur Boudin. Donc le praticien, prudent, s'abstiendra purement et simplement d'établir des certificats de causes de décès relatifs à ses clients.

Pourquoi le ministre de la Santé publique a-t-il demandé aux praticiens d'établir des certificats de causes de décès ? Afin que la prophylaxie des maladies soit rendue plus efficace. C'est une intention fort louable. Mais les hauts fonctionnaires de l'Administration du Ministre — dont les techniciens de l'Hygiène publique sont d'ailleurs presque totalement absents — devraient savoir comme vous et moi que la Circulaire ministérielle la mieux intentionnée ne peut en aucun cas abroger un article du Code. Monsieur le Ministre a recruté, pour former son Administration centrale, vingt ou trente juristes et un préfet ; il fera bien de leur faire suivre un cours de perfectionnement à la Faculté de droit, afin qu'à

l'avenir les règlements et circulaires qu'ils rédigeront soient plus « règlementaires » que la Circulaire relative aux certificats de causes de décès...

Quant aux hygiénistes, ils feront bien de se méfier de la justice, qui, à l'occasion, pourra leur chercher noise... Il est certain, qu'au point de vue juridique pur, un inspecteur d'hygiène, requis par un Procureur de la République, doit lui présenter ses archives. Mais, en général, « il est, avec le ciel, des accommodements ». En tout cas, l'inspecteur d'hygiène en question n'aurait occasionné le moindre ennui aux praticiens imprudents, s'il avait détruit les certificats litigieux aussitôt après les avoir reçus, conformément aux instructions ministérielles.

Commentaires

Les deux exemples que nous cite notre correspondant sont des plus intéressants et me conduisent aux réflexions suivantes :

1° — Le fait de rédiger un certificat de décès, avec diagnostic, constitue en soi une violation de l'article 378 du Code pénal, lorsque le praticien n'a pas été mis en œuvre soit par la mairie, en qualité de médecin de l'état civil, soit par une autorité judiciaire compétente (officier de police judiciaire, procureur de la République, etc.).

La violation du secret professionnel existe même dans le cas où le dit certificat est adressé directement par le praticien à l'Inspecteur départemental d'hygiène, voire même au président du Syndicat médical.

Qu'on le veuille, ou non, tel est l'état actuel de la législation et de la jurisprudence.

2° — Le Procureur de la République a le droit de demander au médecin inspecteur départemental d'hygiène la communication d'un diagnostic. Aux termes de l'article 22 du Code d'instruction criminelle, le Procureur est chargé de la recherche et de la poursuite de tous les délits, dont la connaissance appartient aux tribunaux de police, correctionnels, ou aux cours d'assises.

Or, l'article 29 du Code d'instruction criminelle oblige les fonctionnaires — partant les médecins inspecteurs départementaux d'hygiène — à révéler au Procureur les crimes et délits, parvenus à leur connaissance, dans l'exercice de leurs fonctions. Il en résulte que le dit inspecteur d'hygiène ne peut pas se refuser à répondre aux interrogations du Procureur, alors même qu'il soutiendrait avoir détruit les fiches contenant la mention d'un diagnostic médical. L'article 378, qui s'impose au médecin traitant, ne concerne pas les rapports entre un fonctionnaire et le Procureur.

3° — Le Conseil de famille a eu tort, lorsqu'il a blâmé le médecin inspecteur d'hygiène : les praticiens qui le composaient ne connaissaient ni les lois, ni les articles des Codes, applicables en l'espèce. Il a également tort de demander à la Préfecture que les certificats de décès, contenant des diagnostics, soient dirigés désormais vers le Syndicat médical : la violation du secret, commise par le médecin rédacteur dudit certificat, n'en persistera pas moins, car les membres du Syndicat n'ont pas été appelés à soigner le *de cujus*.

4° — Sollicité pour délivrer un certificat de décès, le médecin a le devoir de se transporter en personne auprès du défunt, pour constater l'état de mort, puis, s'il est commis par la mairie, en qualité de médecin de l'Etat civil, faire un examen sérieux du cadavre, pour découvrir s'il n'y a eu ni crime, ni délit.

5° — En rédigeant son certificat de décès et dans le cas où il serait requis, par autorité de justice, ou par le maire, à mentionner son diagnostic, le médecin doit se garder de toute fantaisie : il ne doit pas indiquer un diagnostic erroné, tronqué, ou facétieux, ayant une allure scientifique ; il risquerait d'être poursuivi pour outrage à magistrat. Il faut prendre au sérieux les missions qui nous sont confiées et ne pas se laisser aller à des blagues d'étudiant ; cela pourrait coûter cher, car le Procureur est un homme sévère, qui n'admet pas la plaisanterie.

6° — Je n'ai aucune intention de défendre les ministères, ni la composition des conseillers, qui gravitent autour des puissants du jour. Mais, en cette matière de certification des causes des décès, certains dirigeants du Syndicalisme médical ont cru pouvoir affirmer que ne commettait aucune violation du secret professionnel le médecin traitant qui transmettrait les causes exactes des décès au médecin inspecteur départemental d'hygiène. Les habitués des antichambres ministérielles peuvent se laisser circonvenir, pour de multiples raisons et accepter trop facilement des concessions, au nom du Corps médical. Seuls les Syndicats ont qualité, après étude sérieuse, pour donner des directives à leurs dirigeants.

7° — La rédaction d'un certificat de décès est chose sérieuse, obligeant le transport du médecin auprès de la personne décédée. Des honoraires doivent être versés : ils sont légitimes, si l'on veut que la tâche soit accomplie avec conscience et exactitude. Il s'agit, en l'espèce, d'un service municipal, car le Code civil impose aux maires la mission de se transporter en personne auprès des défunts, avant de délivrer, ou de refuser le permis d'inhumer. En la circonstance, les médecins remplacent le maire dans cette mission peu agréable : au maire de rétribuer les médecins, en leur qualité de médecins de l'Etat civil.

Dr Paul BOUDIN.

A PROPOS DE LA RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

I

L'ASSURANCE « TOUS RISQUES » DE LA MÉDECINE

Ce n'est sans doute pas aux lecteurs de ce journal, pour la plupart membres du « Sou », qu'il conviendrait de rappeler l'intérêt d'une assurance contre le risque professionnel ; aussi bien n'est-ce pas sur le risque professionnel ou son assurance, tels qu'ils sont actuellement conçus, que nous voudrions attirer l'attention de nos confrères ; nous voudrions, considérant ce risque dans son ensemble, leur soumettre l'idée d'une assurance qui le couvrirait intégralement, dans tous les cas et dans toutes ses conséquences, aussi bien pour le malade que pour le médecin.

Expliquons-nous.

Sur le plan strictement professionnel, en matière de ce que nous appellerions volontiers « accidents médicaux », la loi française est dominée par la notion, éminemment respectable certes, de la responsablité directe du médecin envers son client ; il s'ensuit que lorsqu'un accident survient au cours d'un acte médical, deux éventualités seulement sont à considérer :

— ou bien une faute professionnelle, dont il incombe d'ailleurs au plaignant de faire la preuve, peut être relevée contre le médecin, et la victime est alors fondée à réclamer réparation du préjudice subi ;

— ou bien aucune faute professionnelle ne peut être invoquée contre le médecin, et dans cette hypothèse aucun recours ne s'offre plus à l'accidenté ; il ne peut espérer aucune compensation pour le dommage qu'il supporte, qu'elle qu'en puisse être la gravité immédiate ou consécutive.

Ce n'est évidemment que contre le premier de ces risques que nous, médecins, sommes assurés, et avec quelque logique semble-t-il, puisque le second est pour nous légalement inexistant.

Malgré cette inexistence légale, cependant, et en dépit donc de toute logique apparente, c'est l'opportunité d'une assurance couvrant *aussi* le second de ces risques que nous allons nous efforcer de soutenir.

Concrétisons d'abord la question sous la forme d'un exemple-type : un malade accepte de se soumettre à un traitement par un agent physique dont l'efficacité habituelle est, en pareil cas, indiscutablement reconnue ; l'application lui en est faite avec conscience, par un médecin compétent, et suivant toutes les normes établies par l'expérience ; or, il arrive que, pour des raisons impossibles à déterminer, et du fait, peut-être, d'une sensibilité anormale mais imprévisible du patient, celui-ci présente, à la suite de ce qu'il nous faut bien encore appeler, malgré l'ironie des termes, l'application thérapeutique, des lésions si graves qu'elles entraînent à brève échéance une amputation. Voilà donc un homme qui, peut-être chargé de famille, se trouve brutalement mis hors d'état de gagner sa vie et celle des siens ; mais, comme l'innocence du médecin est évidente et que la plus légère imprudence même ne lui peut être reprochée, l'accidenté n'a plus qu'à s'efforcer de faire face par ses propres moyens au sort qui l'accable, — après avoir réglé, devrions-nous ajouter, les honoraires qu'en stricte justice il doit sans aucun doute à son médecin, si une charitable coutume médicale ne voulait pas que l'on s'abstînt très généralement de réclamer des honoraires en pareille circonstance.

L'assurance, telle que nous la préconisons, permettrait au contraire l'indemnisation de la victime ; grâce à elle aussi, pourrait être normalement assuré le réglement des honoraires, qui peuvent parfois être élevés.

Fort bien, dira-t-on ; mais si l'on saisit parfaitement tout l'intérêt de cette assurance pour l'accidenté, l'on voit moins pourquoi ce serait au médecin d'assumer cette charge nouvelle !

A ceci nous répondrons par l'exposé de trois raisons, d'inégale importance.

— La première est une raison de justice. Non pas certes de cette justice, au sens étroit du mot, pour laquelle on a pu prononcer le fameux adage du « Summum jus » ; mais bien d'une justice telle qu'on tend de plus en plus à la comprendre aujourd'hui, et telle qu'elle est notamment comprise dans les cas, assez analogues au demeurant, d'accidents du travail ou d'accidents d'automobiles. Suivant cette conception, c'est l'auteur, direct ou « par objets interposés », si l'on peut dire, d'un dommage, qui est pécuniairement responsable : ainsi est pécuniairement responsable le propriétaire d'un tombereau sous lequel tombe le conducteur, lié par un contrat de travail au dit propriétaire, dont la culpabilité dans l'accident n'est évidemment même pas en cause ; ainsi l'automobiliste qui heurte un piéton sans avoir commis la moindre faute, mais par suite du bris d'une pièce survenant sur une

voiture impeccablement entretenue. Ainsi en irait-il donc de même du médecin dont l'action professionnelle quoiqu'irréprochable, a été génératrice de dommage.

Cette assimilation à un quelconque accident de l'accident médical s'écarte sans doute résolument de la doctrine classique ; M. Mignon a bien voulu, cependant, en donner ci-dessous une justification juridique.

La seconde raison est une raison de nécessité pratique : seul le médecin peut contracter l'assurance envisagée, parce que c'est par rapport à lui seulement que l'on possède les bases indispensables à l'appréciation du risque créé et au calcul des primes, celles-ci variant naturellement avec chaque spécialité ; il est clair, en effet, que l'exercice de la médecine générale, par exemple, n'entraîne en aucune manière un danger comparable à celui que crée la pratique de la chirurgie, de l'électro- ou de la radiothérapie. Remarquons d'ailleurs que si le médecin, ainsi assuré, et offrant de ce fait une garantie supplémentaire à son client, désire pour amortir ses primes en tenir compte, implicitement ou explicitement, dans l'établissement du chiffre de ses honoraires, libre à lui ; mais quant à suggérer à chacun — qui n'est tout de même qu'un malade *éventuel* — de s'assurer contre les accidents possibles d'interventions médicales encore hypothétiques, on ne peut pas plus y songer que l'on ne songe à donner à chaque piéton le conseil de s'assurer contre les risques de la rue, risques qui sont cependant, eux, certains et permanents.

La troisième raison, enfin, relève de ce que nous croyons être l'intérêt médical bien compris.

Il est certain, en effet, que nous n'avons rien à gagner à ces procès dont le nombre va croissant et qui remettent périodiquement en discussion, dans le prétoire, la compétence ou la conscience professionnelle de tel ou tel de nos confrères : un discrédit certain en rejaillit sur le corps médical tout entier ; or il n'est pas douteux que si tant de malades, victimes d'un accident médical, s'acharnent à tenter de démontrer la faute de leur médecin, c'est uniquement parce que ce seul moyen leur est donné pour obtenir réparation du préjudice subi. et qu'il leur apparaît comme de la plus profonde injustice de n'en être pas dédommagé. Normalement indemnisés, ces mêmes patients n'intenteraient certainement aucune action devant les Tribunaux.

Nous ne nous leurrons d'ailleurs pas. L'idée que nous venons d'exposer ne sera pas acceptée sans difficulté par beaucoup : la réaction est instinctive contre tout ce qui tend à modifier profondément les conceptions auxquelles on est de longue date accoutumé. Peut-être, cette idée mérite-t-elle cependant d'être prise en considération, car, si nous n'appelons nullement de nos vœux l'intervention actuelle du législateur, encore convient-il sans doute de la prévoir pour quelque jour ; et, quand viendra ce jour, plutôt que de se voir alors imposer avec brutalité, et, trop souvent, par des personnes étrangères à la profession, certaines réformes — d'aucuns, pour n'avoir pas su tenir compte en temps utile de légitimes évolutions, ont pu faire, dans d'autres domaines, la dure expérience — nous souhaiterions que cette intervention du législateur pût alors se borner à entériner, en les rendant obligatoires, celles de ces réformes qui, mises d'abord à l'épreuve du temps, se seraient révélées bonnes à l'usage.

Dr P. Thévenard.

II

L'ÉVOLUTION DE LA JURISPRUDENCE ET SES CONCEPTIONS ACTUELLES EN MATIÈRE DE RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Afin de permettre à nos lecteurs une meilleure compréhension de la portée de la proposition de notre correspondant, le Docteur Thévenard, nous avons cru utile de leur rappeler brièvement l'évolution de la jurisprudence au sujet du fondement et de l'étendue de la responsabilité médicale, et de leur exposer l'état actuel de la question.

La conception traditionnelle du droit français est que la responsabilité suppose une *faute*, c'est-à-dire un manquement à une obligation préexistante. D'autre part notre droit ne connaît que deux sources d'obligations : la loi et le contrat. Suivant que la faute consiste dans l'inexécution d'une obligation légale ou conventionnelle, la responsabilité est dite de nature *délictuelle* (ou quasi-délictuelle) ou de nature *contractuelle*.

Cette distinction offre au point de vue pratique un certain nombre d'intérêts : tout d'abord. les obligations légales étant moins précises que les obligations conventionnelles, laissent au Tribunal une grande marge d'appréciation. La responsabilité délictuelle est donc dans cette mesure *plus élastique* que la responsabilité contractuelle. En second lieu la *prescription* est plus

courte pour les délits et quasi-délits (*trois ans*) que pour les obligations conventionnelles (*trente ans*). Il en va de même pour les deux natures de responsabilité. Jusqu'à une date récente, la jurisprudence dominante considérait la responsabilité médicale comme de nature *délictuelle*. A l'origine l'obligation légale de base, dont la violation constituerait la faute, était celle contenue dans l'art. 1382 du Code civil, c'est-à-dire l'interdiction de causer, par imprudence, négligence ou maladresse un dommage à autrui. Mais le domaine de la responsabilité délictuelle prit une extension nouvelle considérable du jour où la Cour suprême, donnant une interprétation très large à l'art. 1384 du Code civil, institua, à la charge du propriétaire d'une chose. une *présomption de responsabilité* des dommages qu'elle cause aux tiers par son fait.

Cette théorie, appliquée en matière médicale aux instruments et au matériel du médecin (et notamment aux appareils de radiologie et d'électrothérapie), introduisit en réalité un changement profond dans le fondement même de la notion de responsabilité. Il s'agit alors en effet d'une véritable *responsabilité sans faute*, et le plaignant n'a plus à établir l'inexécution d'une obligation légale ou contractuelle, mais simplement deux faits : un dommage, une relation de cause à effet entre ce dommage et l'intervention de la chose du poursuivi. La justification théorique de cette responsabilité doit être recherchée dans la notion de *risque créé* : celui qui pour son propre bénéfice met en action des forces dont il n'est pas en mesure de contrôler absolument les effets, et crée ainsi un risque nouveau, doit réparer les préjudices causés aux tiers par la réalisation de ce risque.

A partir du jour où la Cour de cassation, par son arrêt du 20 mai 1936, décida que la *responsabilité médicale était de nature purement contractuelle, elle rejeta par cela même, l'application en cette matière, de la présomption de faute*, ou plutôt de la théorie du risque créé, dont le fondement ne peut être trouvé, au point de vue droit positif, que dans l'art. 1384, c'est-à-dire dans la loi, et non dans la convention. Autrement dit la responsabilité du médecin ne peut désormais être mise en jeu que si le malade prouve, non seulement un dommage, mais encore l'inexécution par le médecin des obligations qu'il a contractées à l'égard de son malade, et une relation de cause à effet entre cette faute et le dommage. Rappelons que les obligations contractuelles du médecin sont, d'après la jurisprudence actuelle de la Cour suprême, de *donner au malade des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science*. En définitive le malade n'est garanti que contre les fautes de droit commun et les fautes de technique du médecin. *Il supporte par contre les risques d'accidents imprévisibles* tenant à l'incertitude propre à toute action humaine (et médicale en particulier), accidents que l on est convenu d'appeler la rançon du progrès.

Mais la notion de responsabilité sans faute continue cependant à faire son chemin dans le domaine de la responsabilité légale (délictuelle). Nul n'ignore la sévérité de la jurisprudence en ce qui concerne les accidents d'automobiles par exemple. D'un autre côté la législation sur les accidents du travail est une des applications les plus intéressantes de cette conception nouvelle de la responsabilité. Il n'est pas interdit de supposer que cette évolution puisse avoir une répercussion, soit par la voie légale, soit par la voie jurisprudentielle, sur la responsabilité contractuelle et en particulier sur la responsabilité médicale et il n'est peut-être pas mauvais d'essayer de la prévoir.

Tel est le but de l'article du Docteur Thévenard dont les idées, par leur forme de prime abord paradoxale et anticonformiste, ne manqueront pas de susciter l'intérêt. Nous lui laissons la responsabilité (responsabilité sans faute, il va sans dire) de sa proposition et des risques créés par elle, mais nous pouvons garantir son entière indépendance à l'égard des Compagnies d'assurances !

Jean Mignon.

L'OMISSION D'INJECTION ANTITÉTANIQUE PRÉVENTIVE EST-ELLE, A PRIORI, UNE FAUTE ?...

Par le Docteur Fernand DECOURT

« Dois-je faire, ou non, dans ce cas, une injection antitétanique ?... » C'est là une question que se pose souvent le médecin praticien et au sujet de laquelle aucune ligne de conduite précise ne lui fut jamais donnée... La docte Académie de médecine, elle-même, consultée à ce sujet, s'en est tenue à des généralités sans aucune conclusion pratique, prenant modèle, en somme, sur Rabelais à propos de la question matrimoniale.

Et cependant bien souvent lorsque survient le décès, par tétanos, d'un blessé, la famille ne manque pas d'accuser le médecin traitant de faute lourde, si celui-ci n'a pas fait d'injection antitétanique préventive. Et trop souvent des médecins sont traînés pour ce fait devant les Tribunaux avec demande de « dommages-intérêts ».

On ne peut pourtant faire cette injection pour la moindre écorchure ! d'autant plus que les menus accidents de cette nature se répètent souvent au cours d'une vie humaine et qu'à la suite d'une deuxième ou plusieurs injections se présentent souvent (nous en avons tous connu des exemples) des phénomènes d'anaphylaxie parfois graves et même quelquefois angoissants.

Alors quelle conduite tenir ?... On nous propose de ne faire d'injections antitétaniques qu'en cas de plaies étendues, anfractueuses, souillées de terre, ou de piqûres profondes qui n'ont pas donné de sang et surtout ne pas manquer d'en faire si la blessure a pu être en rapport avec du fumier de cheval, etc... Tout cela est fort bien et nous ne manquons pas de suivre ces prescriptions judicieuses. Mais si nous croyons devoir nous abstenir pour les plaies minimes, les coupures franches ayant saigné abondamment, etc., nous n'en devons pas moins, en nous-même, « tendre le dos » devant la complication — toujours possible, si petite que soit la plaie — d'une atteinte de tétanos qui peut se présenter un jour ou l'autre dans notre clientèle.

Faire froidement *toujours et dans tous les cas* une injection antitétanique est-il possible ? Techniquement parlant, je ne le crois pas car nous risquerions alors de courir au devant des complications anaphylactiques parfois fort graves dont je parlais ci-dessus et qui pourraient justifier des reproches véhéments de nos clients. Sans doute, si l'un d'eux nous demande, même pour une vétille, de lui faire une injection antitétanique, il serait malséant de la lui refuser, même ne pensant pas qu'elle soit vraiment indiquée — *après* lui avoir toutefois parlé des accidents sériques que cette injection pourrait provoquer. Mais si cette injection ne nous est pas réclamée, que faire ?

D'autant plus que cette injection antitétanique qui nous apparaît dans tel cas comme inutile n'est pas sans inconvénients possibles : je veux parler DES ACCIDENTS MORTELS CONSÉCUTIFS A DES INJECTIONS PRÉVENTIVES DE SÉRUM ANTITÉTANIQUE. Ce qui fut l'objet d'une thèse (Paris, 1935) du Docteur Maurice BEAUMANOIR et où, rien que là sont relevés QUATORZE ACCIDENTS MORTELS.

Mais ceci n'est encore rien, si j'ose dire, à côté de la documentation qu'a bien voulu me fournir, sur ce sujet, l'Administration des *Fichiers du* « MONDE MÉDICAL » que je tiens à remercier ici sincèrement, car elle ouvre ainsi des horizons peu connus de l'ensemble des praticiens et encore moins de certains juges qui n'ont pas hésité parfois à stigmatiser du nom de « faute lourde » le fait de n'avoir pas fait, dans tel cas, une injection antitétanique.

Je ne puis rapporter ici en détail toute cette bibliographie, je veux néanmoins, pour en donner quelque idée, dire à nos confrères que je n'y ai pas relevé moins de VINT-SEPT OBSERVATIONS de médecins relatant *un ou plusieurs cas mortels* et cela non seulement en France, mais en Angleterre, en Allemagne, en Amérique, en Roumanie, etc., et cela, parfois, même après une première et seule injection.

Mais ce n'est pas tout. J'ai pu relever également, dans d'autres documents provenant de la même source, des « ACCIDENTS PARALYTIQUES » dans TRENTE-HUIT AUTRES OBSERVATIONS, de tous pays, avec « monoplégie », ou « à forme quadriplégique », ou avec « paralysie grave généralisée avec signes bulbaires et médullaires » (cette dernière consécutive à une injection de sérum antitétanique *purifié*), ou « avec réaction méningée », ou avec « encéphalite », ou avec « paralysie amyotrophique », ou « paralysie laryngée », ou « paralysie du nerf moteur oculaire commun, etc., etc...

Et ce n'est pas tout encore. Une autre série d'accidents après injections préventives anti-

tétaniques est signalée dans les observations de QUATORZE AUTRES CONFRÈRES relatant des « névrites », des « radiculo-névrites », des polynévrites des membres inférieurs » ou « du plexus brachial », un cas de « cystalgie avec anurie » etc., etc...

Il va sans dire que je conserve précieusement cette volumineuse bibliographie, dont je n'ai pu ici que donner un faible aperçu, mais qui suffira, je pense, à montrer — et à démontrer, à l'occasion — que faire une injection préventive antitétanique n'est pas un simple, geste, un rite machinal, mais bien *une intervention médicale qui peut fort bien avoir des conséquences graves* devant lesquelles un médecin praticien a bien le droit — et parfois le devoir — d'hésiter, dans l'intérêt même de son blessé et que son abstention ne doit jamais lui être imputée, *a priori*, comme une faute .....

***

A ce sujet, je ne crois pas inutile de citer les conclusions du Docteur Léon PERRIN, au sujet de la thèse du Docteur BEAUMANOIR rappelée ci-dessus, ainsi que me les a communiquées « *Le Monde Médical* », comme un « Extrait de la *Gazette de la Santé publique* » et que je copie textuellement (1) :

« A l'aide de quatorze observations démonstratives, recueillies dans les Sociétés savantes et chez les praticiens de province, l'auteur conclut aux dangers des injections préventives de sérum antitétanique *sans nécessité absolue* Car parmi les cas envisagés tous terminés par la mort, et ayant trait à des sujets sans tare spéciale, parfois même très vigoureux, on n'en note qu'un ayant présenté antérieurement des manifestations anaphylactiques légères (asthme) et deux ayant subi une injection antérieure de sérum. Neuf finirent par syncope cardiaque, un par convulsions, un par troubles digestifs, un par hémiplégie, une par anurie, un par œdème de la glotte.

« Il serait évidemment criminel d'en conclure que le praticien doive désormais renoncer ou même hésiter à pratiquer la sérothérapie antitétanique dans les cas cliniquement indiscutables et reconnus par la loi (2). Sans omettre bien entendu les méthodes de désensibilisation les plus rigoureuses.

« Mais pour les cas douteux, c'est-à-dire concernant une plaie vraisemblablement non tétanigène — comme par exemple faite avec un objet d'intérieur — ou chez un sujet déjà sensibilisé ou à réactions constitutionnelles de sensibilisation, aucune règle impérative ne saurait être imposée, quoiqu'il advienne, au médecin traitant, seul juge de savoir s'il doit ou non intervenir, et l'on ne saurait trop souscrire dans ces cas limites si nombreux à la conclusion de l'auteur souhaitant que, de plus en plus, on ait recours à la vaccination par l'anatoxine, dont l'innocuité est absolue et qui confère une immunité durable contre le tétanos. Sa technique est simple : elle comporte trois injections sous-cutanées de 1 centimètre cube, 1 centimètre cube et demi et 1 centimètre et demi, à un mois et quinze jours d'intervalle. L'absence de réaction permet au vacciné de continuer son travail et ne lui impose aucun régime alimentaire spécial. »

J'ai tenu à citer les lignes ci-dessus car elles posent le problème de la *vaccination antitétanique par l'anatoxine de Ramon.* J'y reviendrai plus loin. Pour l'instant, je me contenterai de faire observer que c'est là une question en dehors des possibilités actuelles d'un médecin praticien au point de vue *social.* En effet, à part certains cas isolés où il pourrait, chez certains clients, pratiquer cette vaccination — par persuasion, si je puis dire — que peut faire un praticien en vue de vaccinations *généralisées*, collectives, les seules qui puissent donner des résultats positifs, contre tous les cas éventuels de tétanos ?

J'y reviendrai plus loin, ai-je dit. Qu'il me soit donc permis de revenir, par contre, sur la question que je posais au début de cet article : « Dans quel cas doit-on faire une injection antitétanique ? »

Or à cette question, nous avons vu que personne n'a encore répondu nettement : ni nos maîtres, isolément, ni nos groupements médicaux scientifiques ; en général, ni, en particulier l'Académie de médecine spécialement consultée sur ce point.

Alors, ne serait-il pas d'une monstrueuse injustice de poursuivre et, *a fortiori*, de condamner un modeste praticien parce qu'il se serait abstenu de faire, à un blessé léger par exemple, une injection antitétanique, qu'en son âme et conscience il avait jugé techniquement non indiquée, en l'espèce ?

Oui, ce serait là une injustice monstrueuse. Et cela pour les quatre raisons suivantes qui me serviront, en quelque sorte, de *conclusions* à savoir : 1° aucun critère n'est, à l'heure actuelle donné au médecin pour faire une injection préventive dans tel ou tel cas ; 2° une injection antitétanique peut causer des accidents graves et parfois mortels. On ne saurait donc la faire indistinctement dans tous les cas ; 3° quelle que

---

(1) Sans doute, ces réflexions ne se rapportent qu'aux quatorze cas cités dans la thèse Beaumanoir, ce qui est un petit nombre par rapport aux nombreux autres cas rapportés ici. Néanmoins, cela ne retire rien de leur justesse et de leur utilité.

(2) Je ne connais pas « la loi » dont il est ici fait mention à propos de cas « cliniquement indiscutables » comme nécessitant une injection antitétanique (??)

soit la plaie, et si minime soit-elle, elle peut être la porte d'entrée d'un tétanos ; 4° les vaccinations antitétaniques par l'anatoxine Ramon ne sont pas, à l'heure actuelle dans les possibilités matérielles des médecins praticiens, en ce qui concerne leur généralisation à tous, comme il en est pour les vaccinations antivarioliques et antidiphtériques qui sont, elles, obligatoires.

Aussi la jurisprudence, après avoir hésité en cette matière semble-t-elle avoir adopté la prudente réserve qui s'imposait, en décidant « qu'en raison des dangers que présente la piqûre antitétanique, le médecin traitant doit demeurer seul juge de son apportunité, selon l'état physiologique du patient, ainsi que la nature, le siège et la souillure de la lésion » (Cour de Montpellier, 1er février 1935, Tribunal civil de Grasse, 27 mai 1935 ; Cour de Paris, 1re Chambre (voir *Siècle Médical* du 15 mai 1938).

On ne peut que louer les juges qui ont refusé de s'aventurer dans ce domaine encore si plein d'inconnu. Et il était bon de publier ces jugements si remplis de bon sens et d'équité.....

***

J'en aurais donc terminé, par ces constatations, sur ce que je voulais dire sur cette question si, par une coïncidence curieuse, je ne venais de lire, sous la plume autorisée du Professeur Pasteur Vallery-Radot, les précisions suivantes, au sujet de l'anatoxine Ramon (1). Je me fais un plaisir de rapporter ces lignes ; elles me permettront d'apporter à la question de nouvelles conclusions « subsidiaires », si je puis dire, aux précédentes :

« Son emploi, dit l'éminent professeur en parlant de l'anatoxine Ramon, se répand de plus en plus pour la vaccination préventive contre le tétanos. Sur certains réseaux de chemin de fer français, des Centres de vaccinations antitétaniques ont été créés. Dans l'armée française, cette vaccination associée à la vaccination antityphoïdique et à la vaccination antidiphtérique est réalisée depuis la loi du 15 août 1936. Au mois d'octobre 1938, on compte 800.000 hommes environ ainsi vaccinés contre le tétanos, les fièvres typhoïdes et la diphtérie On conçoit, comme l'a fait remarquer le médecin général Dopter, l'intérêt d'une telle pratique au point de vue de la défense nationale

« Alors qu'après l'injection d'anatoxine diphtérique, il existe encore, dans 10 pour 100 des cas environ, des réactions locales (qui d'ailleurs ne sont jamais dangereuses) les injections d'anatoxine tétanique ne provoquent jamais, pour ainsi dire, de réactions.

« Il est fort difficile d'apprécier l'efficacité de la vaccination contre le tétanos car l'homme, sauf dans certaines professions, est rarement exposé à cette affection. Cependant on sait qu'aucun cas de tétanos n'a été signalé parmi les sujets vaccinés par l'anatoxine. Or jusqu'à présent, plus de trois millions d'injections d'anatoxine tétanique, seule ou mélangée avec d'autres vaccins, ont été pratiquées.... »

Puisqu'il en est ainsi, qu'attend donc le Parlement pour déclarer obligatoire la vaccination antitétanique, de même qu'il a déclaré, en juin 1938, la vaccination antidiphtérique ? N'est-ce pas lui, plutôt, que devrait être déclaré coupable pour chaque cas de mort par tétanos désormais — et non le modeste médecin traitant à qui, en le condamnant on ferait jouer ainsi le rôle de l'âne dans la fable des animaux malades de la peste ?

Ma « conclusion subsidiaire » serait donc de rendre obligatoire la vaccination antitétanique par l'anatoxine. De cette façon puisque « aucun cas de tétanos n'a été signalé parmi les vaccinés », alors que ceux-ci sont déjà au nombre de trois millions, l'angoissant problème, qui se pose journellement au praticien, de pratiquer, ou non une injection antitétanique serait donc à peu près supprimé pour l'avenir. Et par suite, s'évanouirait ainsi ce qui, pour nombre de médecins, est, à l'heure actuelle, un véritable cauchemar...

Dr Fernand Decourt

(1) Cf. La *Revue des Deux-Mondes* du 15 décembre 1938, page 929.

Nos réunions médicales

I

L'ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS MÉDICALES AVEC L'ÉTRANGER

L'Assemblée générale de l'Association pour le développement des relations médicales avec l'étranger (A. D. R. M.) s'est tenue dans la salle du Conseil de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Marc RUCART, ministre de la Santé publique.

Le doyen de la Faculté de médecine, M. le Professeur TIFFENEAU, a souhaité la bienvenue au ministre, a montré les grands services que rend l' A. D. R. M. aux étudiants et médecins étrangers qui viennent se perfectionner en France et à la réputation de la science médicale à l'étranger. Il espère pouvoir, quand les nouveaux bâtiments de la Faculté seront terminés, donner à l'A. D. R. M des locaux plus spacieux et mieux aménagés.

M. le Professeur HARTMANN, président de l' A. D. R. M., a, dans un rapport substantiel, montré l'activité de l' A. D. R. M. qui s'est maintenue pendant l'année malgré les évènements et la crise. Il remercie ses collaborateurs, notamment Mlle HURÉ, secrétaire de l'administration, qui remplit ses fonctions avec une compétence, un dévouement et un gracieux accueil qui contribuent pour beaucoup au succès de l'A. D. R. M., et M. le Docteur MATHÉ, qui assure la correspondance en langue espagnole quand Mlle Huré se charge de la correspondance en langue anglaise. Il remercie M. Henry Bordeaux, membre de l'Académie française, qui a répondu à son appel et veut assister à cette assemblée.

M. Henry BORDEAUX, de l'Académie française, prend alors la parole. Il montre que les relations entre la médecine et la littérature ont existé de tous temps et que depuis et avant Molière, le médecin a servi de cible à la satire et à la critique littéraire. Néanmoins beaucoup d'hommes de lettres se sont plus à fréquenter des médecins et à les compter parmi leurs meilleurs amis. Il évoque à ce propos le souvenir de Paul Bourget, qui était devenu un fervent adepte des sciences médicales et l'ami intime de nombreux médecins distingués qu'il savait apprécier.

M. Henry Bordeaux, se souvenant d'un voyage en Syrie, décrit une consultation donnée aux indigènes atteints d'ophtalmie dans les ruines de Balbeck, par un médecin militaire. Il montre toute l'influence que le médecin acquiert aux colonies, rappelle la haute opinion que le maréchal Lyautey avait de ses services ; il a constaté lui-même combien le maréchal avait vu juste lors de son passage à Marrakech et ses voyages en Afrique occidentale et termine par l'éloge du médecin aux colonies.

Après l'approbation des comptes du trésorier et la réélection des membres sortants du Conseil, M. le ministre de la Santé publique prend la parole. Il remercie M. le doyen et M. Hartmann de leur accueil et de lui avoir fait connaître les services rendus par l' A. D. R. M. à la diffusion de l'influence française. Il félicite M. Henry Bordeaux de sa causerie intéressante et lève la séance après avoir souhaité à l' A. D. R. M. une prospérité encore plus grande.

J. N.

II

A L'UNION MÉDICALE LATINE (U. M. F. I. A.)

L'Union médicale latine (U. M. F. I. A.) l'ancienne Union médicale franco-ibéro-américaine, a tenu son assemblée générale sous la présidence de son fondateur, le Docteur DARTIGUES. Le secrétaire général, le Docteur R. MOLINÉRY, a lu un rapport sur l'activité qu'a déployée l'Association au cours de l'année écoulée.

Si les circonstances n'ont pas permis de faire cette année les banquets traditionnels, l'Union a organisé plusieurs conférences des *Voix latines* qui, faites par des hommes éminents, présidées par des ambassadeurs, ont eu le plus grand succès.

Le secrétaire général lit alors la lettre du Docteur POUMAILLOUX qui prie le bureau de l'Union médicale latine de demander aux médecins italiens, adhérents à l'Union, ce qu'ils pensent de la campagne d'injures grossières adressées par la presse fasciste à notre pays. Après quelques réflexions sur le fonctionnement des Comités France-Italie et France-Espagne, il est décidé de se tenir sur la réserve et de publier néanmoins la lettre du Docteur Poumailloux. M. Molinéry fait connaître le succès de l'Union auprès de la jeunesse de nos Facultés qui se traduit par de nombreuses adhésions à la jeune UMFIA.

M. le Docteur CAMBIÉS, trésorier, donne le compte rendu financier de la société qui est satisfaisant.

Après la réélection des membres sortants du Conseil et après avoir envisagé la reprise de l'activité ancienne de l'Union médicale latine, (banquets, conférences, etc...), la séance est levée.

J. N.

III

LA PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE A LA SOCIÉTÉ DES MÉDECINS INSPECTEURS DES ÉCOLES DE PARIS ET DE LA SEINE

Sous la présidence du Docteur Fouineau, la *Société des médecins inspecteurs* a discuté la question du *dépistage de la tuberculose pulmonaire à l'Ecole*.

Le Docteur A. Bohn a exposé la question et donné une importance très grande à la cutiréaction, permettant de faire une sélection parmi les enfants et de soumettre un nombre restreint de suspects à l'examen radioscopique.

La Société, tout en reconnaissant les services que pourrait rendre la cuti-réaction, repousse la pratique de cette épreuve à l'Ecole par le médecin inspecteur.

Elle émet le vœu que les parents apportent un certificat du médecin qui soigne ordinairement l'enfant, donnant le résultat de la cutiréaction qu'il aura lui-même pratiquée. Bien qu'il soit possible techniquement à l'heure actuelle de pratiquer la radioscopie à l'Ecole, la Société demande que les enfants pour lesquels un examen radioscopique est jugé nécessaire, soient adressés à un radiologiste et au besoin à un des dispensaires d'hygiène sociale qui sont nombreux à Paris et dans le département de la Seine.

A l'unanimité, la Société demande instamment que tout le personnel enseignant ou qui, pour une raison quelconque, peut être en contact avec les enfants, soit examiné chaque année au point de vue de la tuberculose pulmonaire et que ceux qui sont reconnus malades et qui, dans leurs crachats, présentent des bacilles, soient éloignés de l'école, bénéficient d'un congé prolongé et ne soient réadmis qu'après l'examen d'un spécialiste sérieux qui aura constaté leur guérison.

Toutes des questions touchant la prophylaxie de la tuberculose à l'école ont donné lieu à une intéressante discussion où des opinions contradictoires ont été émises. Il est vrai de dire que l'article de M. le Docteur Ameuille, médecin de l'hôpital Cochin, et de Mme Dubois-Verlière, chef de laboratoire au même hôpital, *sur la contagion de la tuberculose* et publié dans le *Bulletin Médical* du 18 février 1939, est loin d'éclairer la question.

A la fin de la séance, sur la proposition de Mlle G. Dreyfus-Sée, a été voté un vœu demandant qu'un médecin inspecteur des écoles soit admis aux séances des Conseils d'administration pour donner son avis en ce qui concerne les cantines scolaires et les colonies de vacances.

Le Docteur Moulin, ancien président de la Société et maire du Ve arrondissement, fit remarquer que ce vœu n'était pas nécessaire. La surveillance des cantines et la désignation des candidats pour les colonies de vacances rentrent dans les fonctions normales et réglementaires de l'inspection médicale des écoles.

J. N.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Chaire d'hygiène. Institut d'éducation physique.** *Cours d'hygiène scolaire et d'éducation physique*, enseignement spécial en vue de la préparation aux fonctions de médecin-inspecteur des Ecoles, sous la direction de MM. L. Tanon, professeur et P. Chailley-Bert, agrégé, Cambessédès, chargé de cours, et Lestocquoy, chef de laboratoire.

Ce cours comprend : 1° des leçons théoriques à la Faculté de médecine ; 2° des séances d'instruction avec démonstrations, à l'Institut d'éducation physique ; 3° des visites dans des établissements scolaires ; 4° un cours d'orientation professionnelle avec travaux pratiques.

Le cours commencera le 6 mars, à 16 h. 30, au laboratoire d'hygiène et continuera à ce même laboratoire, à la même heure, tous les jours sauf le samedi.

Il sera terminé par un examen qui portera sur les matières traitées et qui donnera droit à un diplôme universitaire.

Hygiène générale. — La protection de la santé de l'enfant et l'inspection médicale des écoles. — Epidémiologie et prophylaxie des maladies scolaires, vaccinations, éviction scolaire. — Hygiène de l'habitation de l'enfant, hygiène des grandes villes, hygiène rurale.

Hygiène sociale. — L'enfant dans le milieu familial. — L'hérédité et les facteurs éducatifs. — Notions générales de service social. Législation et déontologie.

Pédagogie psychologique. — L'éducation traditionnelle et les méthodes nouvelles d'éducation.

Education physique. — Bases scientifiques de l'éducation physique. — Les grandes méthodes d'éducation physique. — Education physique des déficients et des anormaux.

Enseignement pratique de l'éducation physique. — Leçons d'éducation physique. — Examens d'enfants, contrôle de l'éducation physique.

L'école et l'écolier. — Bâtiments scolaires. — Ecoles de plein air, colonies de vacances. — Examen physique de l'écolier. Biotypologie. — Alimentation et repos de l'écolier.

Droits à verser : immatriculation, 210 francs ; frais d'examen, 40 francs ; droit de laboratoire, 150 francs ; total : 400 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine, guichet n° 4, les lundi, mercredi, vendredi, de 14 à 16 heures. S'adresser pour renseignements : au laboratoire d'hygiène de la Faculté, et à l'Institut d'éducation physique, 1, rue Lacretelle.

COURS D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE. — Les élèves du cours d'hygiène scolaire et d'éducation physique sont admis au cours d'orientation professionnelle, qui a lieu du 5 au 10 juin au laboratoire d'hygiène et à la Sorbonne.

— **Clinique médicale des Enfants** (hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres. Professeur : M. Nobécourt). — M. NOBÉCOURT a commencé le cours de clinique médicale des enfants, le jeudi 2 mars 1939, à 9 heures.

PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT. — Tous les matins, à 9 heures : Enseignement clinique dans les salles, par le professeur. — Lundi et jeudi, à 10 heures : Policlinique par le professeur. — Mardi, à 10 h. 30 : Leçon de médecine et de thérapeutique pratiques, par les chefs de clinique et de laboratoire. — Mercredi, à 10 h. 30 : Conférence sur les Maladies infectieuses, par M. Jean CATHALA, agrégé. — Vendredi, à 10 h. 30 : Leçon de dermatologie, par M. Léon TIXIER, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. — Samedi, à 10 heures : Cours de clinique, par le professeur.

— **Cours pratique de sympathologie clinique** (2e semestre). — Le Professeur Laignel-Lavastine, avec la collaboration de MM. Rosenthal, Delherm, Desplas, Pasteur Vallery-Radot, Alajouanine, Paul Chevallier, Tinel, Bailliart, Justin-Besançon, Delay, Gallot, Vinchon, Largeau, Fay et Paugam, a commencé le mercredi 1er mars 1939, à 10 h. 45, à la Pitié, service 4, un cours pratique sur les actualités sympathologiques, avec présentation de malades et exercices de laboratoire. Ce cours comprendra une conférence et des exercices pratiques.

Lundi 6 mars, M. ALAJOUANINE : Troubles ostéo-articulaires et sympathique médullaire. — Mercredi 8 mars, M. TINEL : Acromélalgies. — Samedi 11 mars, Paul CHEVALLIER : Sympathique et réactions cutanées. — Lundi 13 mars, M. BAILLIART : L'œil, test sympathologique. — Mercredi 15 mars, M. ROSENTHAL : Le sympathique des tuberculeux. — Jeudi 16 mars, M. DELHERM : Physiothérapie des syndromes sympathiques cutanés. — Samedi 18 mars, M. JUSTIN-BESANÇON : Métabolisme des porphyrines, vitamine P-P et système nerveux. — Lundi 20 mars, M. DELAY : Troubles trophiques cutanés. — Mercredi 22 mars, M. DESPLAS : Indications opératoires et résultats en sympathologie. — Jeudi 23 mars, M. LAIGNEL-LAVASTINE : Limites de la sympathologie.

— **Hopital Cochin.** — *Clinique chirurgicale de la Faculté* (Professeur : M. Ch. Lenormant). — M. le Professeur Ch. LENORMANT commencera son cours de clinique chirurgicale le mardi 7 mars 1939 et le continuera les jeudis et mardis suivants, à 10 heures.

PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT. — Mardi et jeudi, à 10 heures : Leçon clinique avec présentation de malades. — Lundi et vendredi : Opérations. — Mercredi et samedi : Visite dans les salles.

ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE. — Leçons de séméiologie et de thérapeutique chirurgicales avec démonstrations pratiques, par MM. WILMOTH et MENEGAUX, agrégés, chirurgiens des hôpitaux ; CALVET, CACHIN et PERGOLA, chefs de clinique, les lundis, mercredis, vendredis et samedis, à 9 h. 30.

— **Pathologie médicale** (Professeur : M. Abrami). — M. Marcel LELONG, agrégé, commencera ses leçons le jeudi 9 mars, à 16 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

SUJET DU COURS. — Pathologie du poumon (tuberculose pulmonaire et affections non tuberculeuses).

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Concours de chirurgien des hôpitaux.** — ÉPREUVE DE MÉDECINE OPÉRATOIRE. *Ont obtenu* :

Première série : Monod Olivier, 6 ; Beuzart, 4 ; Petit, 10 ; Mialaret, 7 ; Lance, 3 ; Dreyfus-Le-Foyer, 8 ; Audouin, 9 ; Peilleux, 4 ; Vuillième, 9.

Questions posées : Ligature de l'artère fémorale au canal de Hunter. — Désarticulation du poignet.

Deuxième série : Judet, 5 ; Chigot, 3 ; Rudler, 7 ; Zagdoum, 10 ; Olivier, 6 ; Calvet, 4 ; Dufour, 10 ; Baumann, 6 ; Lazard, 6 ; Boudreaux, 8.

Questions posées : Ligature de l'artère axillaire dans l'aisselle. — Désarticulation médiotarsienne dite de Chopart.

— **Concours de l'internat** (*oral*). — SÉANCE DU 17 FÉVRIER. *Questions posées* : Complications cardio-vasculaires de la fièvre typhoïde. — Complications des kystes de l'ovaire.

Ont obtenu : M. Danset, 16 ; Mlles Depitre, 18 ; Fillon, 25 ; M. Ternier, 19 ; Mme Weil *née* Heulot, 25 ; Mlle Moreau Jacqueline, 22 ; MM. Lecointe, 24 ; Guichard, 13 ; Kreisler, 22.

SÉANCE DU 18 FÉVRIER. *Questions posées* : Diagnostic des hémorragies intestinales. — Signes, diagnostic et traitement des fractures du col chirurgical de l'humérus.

Ont obtenu : MM. Blanchon, 23 ; Capiou, 21 ; Bergeron, 13 ; Chartrain, 26 ; Nataf Aaron, 12 ; Xamben, 22 Parsy, 17 ; Verliac, 22 ; Dupond Victor, 17.

SÉANCE DU 20 FÉVRIER. *Questions posées* : Formes cliniques et diagnostic des insuffisances mitrales. — Signe et diagnostic de la coxalgie avant la période des abcès et des luxations.

Ont obtenu : MM. Démétriades, 23 ; Edelmann, 12 ; Polliot, 18,5 ; Mlle Corre, 23 ; MM. Flabeau, 16 ; Léger Michel, 12 ; Aloiteau, 13 ; Hébert André, 25 ; Koskas, 21 ; Hacquin, 22.

SÉANCE DU 21 FÉVRIER. *Questions posées* : Signes et diagnostic de l'aortite syphilitique (à l'exclusion de l'anévrisme). — Signes, complications et traitement des hémorroïdes.

Ont obtenu : MM. Galaud Maurice, 16 ; Caufment, 26 ; Bastin Raymond, 21 ; Rosey, 11 ; Renault, 27 ; Galmiche, 21 ; Mlle Monghal, 19 ; M. Bouche, 21 ; Mlle Granier Régine, 18 ; M. Roman, 21.

SÉANCE DU 22 FÉVRIER. *Questions posées* : Panaris de l'index. — Diagnostic de la méningite cérébro-spinale épidémique.

Ont obtenu : MM. Durupt, 17 ; Vila, 15 ; Mayaud, 20 ; Delatour Jacques, 24 ; Mlle Tourneville, 22 ; MM. Lasry, José, 24 ; Bourdin Jacques, 24 ; Enel, 15 ; Prochiantz, 21.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Xe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires** (Washington, 7-15 mai 1939). — Le Xe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires se tiendra à Washington du 7 au 15 mai 1939.

Les invitations à participer à ce Congrès ont été envoyées à tous les pays par le Président des Etats-Unis d'Amérique. Dès à présent, de nombreuses acceptations ont été enregistrées.

Un programme scientifique et un programme de fêtes ont été élaborés.

M. le Général Charles R. Reynolds, directeur général du Service de santé de l'armée, a été nommé président du Congrès et M. le Colonel Harold W. Jones, du Service de santé de l'armée, secrétaire général.

L'adresse du secrétariat est la suivante : Xe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires, Army Medical Library, Washington, D. C.

Programme provisoire. — Dimanche 7 mai, à 20 heures : Dîner offert aux membres du Comité par le président, Général Charles R. Reynolds, médecin général U. S. Army.

Lundi 8 mai, à 21 heures : Soirée offerte par le président du Congrès à tous les participants.

Mardi 9 mai, à 9 h. 30 : Séance solennelle d'ouverture du Congrès.

Questions : Organisation et fonctionnement du service sanitaire dans les expéditions coloniales (rapporteurs : Italie, U. S. A.). — Procédés pratiques d'anesthésie et d'analgésie dans la chirurgie de guerre (rapporteurs : Brésil, U. S. A.). — Organisation et fonctionnement du service chimico-pharmaceutique militaire (rapporteurs : Argentine, Tchécoslovaquie). — Après les séances, visite du Sénat et de la Chambre des représentants. Dépôt de fleurs au Soldat inconnu.

Mercredi 10 mai, de 14 à 16 heures : *Question* : La prévision des pertes en temps de guerre et leurs méthodes de calcul (rapporteurs : Allemagne, U. S. A.). — Après les séances, visite des hôpitaux et laboratoires. A 20 h. 30 : Concours hippique (Fort-Myer).

Jeudi 11 mai, de 9 à 12 heures : Programme scientifique (séances par sections). — *Questions* : Traitement d'urgence et appareillage primaire des fractures de guerre des maxillaires (rapporteurs : Grande-Bretagne, U. S. A.). — Spécialisation technique des officiers d'administration du service sanitaire (rapporteurs : Mexique, U. S. A.). — L'oxygénothérapie et son organisation dans les troupes en campagne (rapporteurs : Belgique, U. S. A.). — A 18 heures : Excursion en steamer sur le Potomac jusqu'au Mont Vernon. Dîner et réception à bord.

Vendredi 12 mai, à 11 heures : Visite de la Medical Field Service School, Carlisle, Pa.

Samedi 13 mai : Visite de la U. S. Naval Academy, Annapolis. Exercice par les cadets de la marine. — A 20 h. 30 : Banquet.

Dimanche 14 mai, à 9 heures : Réunion de tous les congressistes pour la visite de Washington.

Lundi 15 mai, à 9 heures : Réunion du Comité. — A 10 heures : Assemblée générale de clôture. Présentation des conclusions. Vote final.

Un Comité de dames sera constitué pour recevoir les dames des congressistes. Le programme des invitations sera communiqué ultérieurement.

Organisation du voyage. (Renseignements fournis par l'Office international de documentation) :

American express Co. The American Express C^o Inc., désigné par le Comité organisateur du Xe Congrès comme agent officiel, communique le projet de séjour ci-après qui peut être modifié pour autant qu'il réunisse un groupe de dix participants.

Séjour à New-York à partir du 28 avril. Départ le 1er mai pour Niagara Falls, Detroit, Chicago, Baltimore, Washington.

Séjour à Washington du 7 au 15 mai. Départ le 15 mai pour New-York.

Voyage de jour en Pullman, de nuit en wagons-lits, chambres avec salle de bain et trois repas par jour (sauf à Washington : chambre et petit déjeuner seulement), tous les transferts, pourboires sauf à bord, visites guidées.

Fin des services après le repas de midi le 17 mai.

Prix forfaitaire avec séjour à Washington : à l'hôtel Harrington, 216 $; à l'hôtel Willard, 236 $.

Cunard White Star. —La Cunard Line communique le projet de voyage ci-dessous pour le prix forfaitaire de 460 $.

Départ de Cherbourg le 21 avril. New-York, chutes du Niagara, Détroit, Chicago, Washington, Baltimore, New-York.

Passage en classe touriste sur *Aquitania.* Voyage aux Etats-Unis de jour en Pullman, de nuit en wagons-lits, chambres avec salles de bain et trois repas par jour sauf à Washington (chambre et petit déjeuner) tous les transferts, pourboires sauf à bord, visites guidées.

Office belge des Compagnies françaises de navigation. — L'Office belge des Compagnies françaises de navigation, agence générale de la Compagnie transatlantique, communique le projet ci-dessous :

Départ du Havre le 19 avril par le *Paris*, arrivée à New-York le 26. Visite de l'Exposition. Départ le 28 pour les chutes du Niagara, Détroit, Chicago, Washington. Arrivée à Washington le 6 mai. Chambres avec salle de bain et trois repas par jour sauf à Washington (chambre et petit déjeuner). Transferts, pourboires sauf à bord, visites guidées. Retour par le *Normandie* le 17 mai, arrivée au Havre le 22 mai.

Prix forfaitaire 435 $ plus 60 francs français.

En cas de retour par le *Champlain*, départ le 25 mai, arrivée au Havre le 1er juin, il y aurait lieu de prévoir un supplément de $ 18,75 plus le séjour à New-York du 17 au 25 mai.

Pour renseignements sur ce Congrès, s'adresser à la Section technique du Service de santé, ministère de la Guerre, Paris.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Saint-Brieuc : M. Moy, à Saint-Brieuc. Suppléants : MM. Lebreton et Pedron, à Saint-Brieuc.

Saint-Etienne : M. Gerest, à Saint-Etienne. Suppléants : MM. Bouvet et Genairon, à Saint-Etienne.

Saint-Lô : M. Le Clerc, à Saint-Lô. Suppléants : MM. Dupont et Roger, à Saint-Lô.

Strasbourg (1re section) : M. Paul Baur, à Strasbourg. Suppléants : MM. Féix Humbert et Charles Dorner, à Strasbourg.

Strasbourg (2e section) : M. Blind (Edmond), à Strasbourg. Suppléants : MM. Willy Brion et Allenbach, à Strasbourg.

Tarbes : M. Prunet, à Tarbes. Suppléants : MM. Benezech, à Bagnères-de-Bigorre, et Salsac, à Lourdes.

Toulon : M. Rit, à Toulon. Suppléants : MM. Bricaire et Grondoné, à Toulon.

Toulouse : M. Lefèvre, à Toulouse. Suppléants : MM. Bounhoure et Sendrail, à Toulouse.

Tours : M. Babeau, à Tours. Suppléants : MM. Faix et Louis Guillaume, à Tours.

Troyes : M. Serrebource, à Troyes. Suppléants : MM. Breuil et Dauphain, à Troyes.

Tulle : M. Morely, à Tulle. Suppléants : MM. Mazeyrie et Puyaubert, à Tulle.

Valence : M. Calvet, à Valence. Suppléants : MM. Serre et Gaston Rattier, à Valence.

Vannes : M. Franco (père), à Vannes. Suppléants : MM. Audic et Descure, à Vannes.

Versailles : M. Gautier, à Versailles. Suppléants : MM. Remilly, à Versailles, et Behague, au Chesnay.

Vesoul : M. Petitjean, à Vesoul. Suppléants : MM. Championnet et Racadot, à Vesoul.

(*J. O.*, 1er janvier 1939.)

Légion d'honneur

Sont promus ou nommés dans la Légion d'honneur :

Au titre du ministère de l'Education nationale :

Officier : MM. le Professeur Olivier, de Paris ; le Docteur Le Page, d'Orléans.

Chevaliers : MM. les Docteurs Leconte, de Rouen, et Leroy, de Montreuil-sur-Mer ; M. le Professeur Merklen, de Nancy.

Au titre du ministère de la Santé publique :

Grand officier : M. le Docteur de Martel de Janville, de Paris.

Officiers : MM. les Docteurs Chauvel, de Combrit (Finistère) ; Bloch, de Paris ; Charpentier, de Dijon.

Chevaliers : MM. les Docteur Duhamel, de Colmar ; Mallet, de Souillac ; Merlin, Stuhl, de Paris ; Mme le Docteur Bertrand-Fontaine, de Paris.

Au titre du ministère des Pensions :

Officier : M. le Docteur Beyrand, de Montmorency.

Chevalier : M. le Docteur Boulay, de Paris.

Au titre du ministère de l'Intérieur :

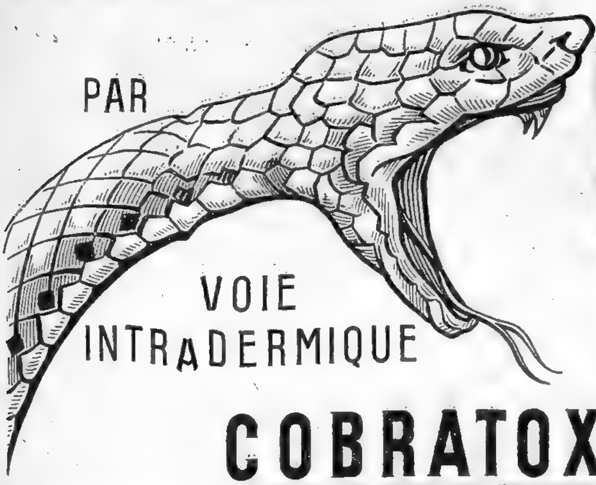
Officier : M. le Docteur Durand, de Dreux.

Chevalier : M. le Docteur Graglia, de Nice.

Hygiène publique

Inspection départementale d'hygiène

Par arrêté en date du 26 janvier 1939, ont été



maintenus en fonctions et admis au bénéfice des dispositions du titre III du décret du 15 avril 1937 :

Inspecteurs départementaux d'hygiène : MM. les Docteurs Alcay, du Gard ; Bourgoing, des Basses-Pyrénées ; Roussel, des Ardennes.

Inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène : MM. les Docteurs Albaret, de Seine-et-Oise ; Bardin, de Seine-et-Oise ; Bray, du Tarn-et-Garonne ; Brongniart, de Seine-et-Oise ; Cannac, de la Dordogne ; Planat, des Alpes-Maritimes.

Directeurs de bureaux d'hygiène des villes dont la population est supérieure à 100.000 *habitants* : MM. les Docteurs Balestre, de Nice ; Mlle Dudevant, de Nantes ; Poulain, de Saint-Etienne.

Directeurs de bureaux d'hygiène de villes dont la population est comprise entre 50.000 *et* 100.000 *habitants* : MM. les Docteurs Andrieux, de Rennes ; Benelli, de Bastia ; Foulquier, de Nîmes ; Roca, de Perpignan.

Par arrêté en date du 26 janvier 1939, ont été maintenus en fonctions et admis au bénéfice des dispositions du titre III du décret du 15 avril 1937, dans les conditions prévues au premier paragraphe de l'article 17 dudit décret :

Directeurs de bureaux d'hygiène (villes de moins de 500.000 *habitants)* : MM. les Docteurs Gauthier, de Romans-sur-Isère ; Mme Giorgi-Eragne, d'Annecy ; MM. les Docteurs Rey, de Cannes ; Robert, de Carcassonne. (*J. O.*, 10 février 1939.)

Service de santé militaire

Réserve

Par décret du 4 février 1939 sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé à compter du jour de l'acceptation de la démission de leur grade, les *officiers de réserve démissionnaires* ci-après désignés, qui, par décision de même date, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

(Rang du 26 novembre 1935) Chigot, ex-lieut. de rés. d'act., c. m. art. 40, aff. 13e rég. ; (rang du 4 janv. 1936) Abet, ex-lieut. de rés. de l'armée de l'air, du bat. de l'air 153, aff. à la 9e rég. ; (rang du 26 nov. 1936) Ombredane, ex-sous-lieut. de rés. d'art., c. m. art. 341, aff. rég. de Paris ; Mastier, ex-lieut. de rés. d'art., c. m. art. 35, aff. 15e rég.

Hôpitaux psychiatriques

Avis relatif au concours du médicat des hôpitaux psychiatriques.

Un concours pour quinze emplois de médecins

du cadre des hôpitaux psychiatriques aura lieu à Paris, au ministère de la Santé publique, le lundi 24 avril 1939.

Les candidats quidésirent participer au concours devront adresser au ministère une demande sur papier timbré, accompagnée des pièces suivantes :

1° Une expédition authentique de l'acte de naissance ayant moins de trois mois de date ;

2° Un extrait de casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

3° Un certificat de nationalité française et, s'il y a lieu, les pièces établissant la naturalisation et indiquant la date d'obtention du droit d'exercer ;

4° Un état des services militaires ou à défaut une pièce précisant la situation militaire ;

5° Copie certifiée conforme des diplômes (notamment du diplôme de docteur en médecine d'une Faculté de l'Etat) ;

6° Un résumé des titres de toute nature et des fonctions remplies avec références à l'appui, ainsi que les certificats établissant les stages accomplis (services spécialisés et non spécialisés) ;

7° Des états de services administratifs antérieurs pouvant entrer en compte pour la constitution du droit à pension certifiés par les administrations intéressées ;

8° Un exemplaire des publications.

Les candidatures seront reçues au ministère de la Santé publique jusqu'au 18 mars 1939 inclus.

Chaque postulant sera informé par lettre individuelle de la suite donnée à sa demande.

Tous renseignements seront fournis par la direction du personnel, de la comptabilité et des habitations à bon marché (1er bureau).

(*J. O.*, 2 février 1939.)

Avis de vacances de postes de médecins chefs de service d'hôpitaux psychiatriques

Le poste de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique du Mans (Sarthe) est actuellement vacant, par suite du départ de M. le Docteur Christy.

Le poste de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique d'Armentières (Nord) est actuellement vacant, par suite du départ de M. le Docteur Adnes.

Le poste de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais (Loiret) est actuellement vacant, par suite du départ de M. le Docteur Duchene.

Le poste de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Fains (Meuse) est actuellement vacant, par suite du départ de Mme le Docteur Collet.

(*J. O.*, 14 février 1939.)

Enseignement de la médecine

Deux arrêtés du 13 février 1939 relatifs à l'agrégation des Facultés de médecine

I

Art. 1er. — L'article 11 de l'arrêté susvisé du 15 mars 1938 est modifié et complété ainsi qu'il suit :

« *f)* Médecine générale : 13 membres (pouvant être portés à 14, 15 ou 16 membres).

« Paris :

« Deux professeurs de clinique générale ;

« Deux professeurs de cliniques spéciales appartenant à des spécialités différentes ;

« Deux professeurs appartenant à des spécialités différentes, choisis parmi les professeurs de : pathologie interne, pathologie et thérapeutique générales, pathologie expérimentale et comparée, histoire de la médecine et de la chirurgie, thérapeutique, hygiène, anatomie pathologique, bactériologie, médecine légale, assistance médico-sociale, hydrologie thérapeutique et climatologie. »

(Le reste sans changement.)

Art. 2. — Le présent arrêté entrera en vigueur dès le prochain concours d'agrégation de médecine. Toutes dispositions antérieures contraires sont abrogées.

II

Art. 1er. — L'article 41 de l'arrêté du 9 septembre 1935 est complété par les dispositions ci-après :

« Les candidats ayant été déclarés admissibles lors du concours d'agrégation de médecine en 1936. »

Art. 2. — Le présent arrêté entrera en vigueur au concours d'agrégation de médecine de 1939.

(*J. O.*, 14 février 1939.)

Infirmières et sages-femmes coloniales

Arrêté du 9 février 1939 relatif à la nomination des infirmières et sages-femmes coloniales

Art. 1er. — L'article 4 de l'arrêté du 4 mars 1938, portant nomination dans le corps des infirmières et sages-femmes coloniales, est supprimé et remplacé par le suivant :

Art. 4 (nouveau). — La nomination dans le cadre comptera :

1° Pour les infirmières et sages-femmes coloniales intégrées dans le nouveau cadre et se trouvant, au 1er janvier 1938, en fonctions aux colonies : du 1er janvier 1938 ;

2° Pour les intégrées se trouvant en France à cette date et pour les infirmières et sages-femmes nouvellement admises : de la veille de l'embarquement ;

3° Pour les intégrées se trouvant en mer au 1er janvier 1938 :

a) Du 1er janvier 1938 pour celles se rendant aux colonies ;

b) De la veille de l'embarquement pour la colonie, pour celles rentrant alors en France.

Art. 2. — Le présent arrêté sera inséré au *Journal Officiel* de la République française et au *Bulletin Officiel* du ministère des Colonies, et promulgué dans les colonies intéressées.

(*J. O.*, 14 février 1939.)

Protection de l'enfance

Circulaire du 15 *février* 1939 *relative à la protection de l'enfance*

(*J. O.*, 18 février 1939.)

Hygiène publique

Il sera ouvert à Paris, au ministère de la Santé publique, un concours sur titres pour la nomination d'un médecin inspecteur départemental, chef du Service d'hygiène du département du Haut-Rhin.

Les candidats devront être Français et s'ils sont naturalisés, satisfaire aux conditions posées par la loi du 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine.

Ils devront être pourvus du diplôme d'Etat de docteur en médecine et d'un diplôme universitaire d'hygiène et justifier de la connaissance des deux langues (français et allemand).

Ils devront être âgés de trente-cinq ans au moins et de quarante-cinq ans au plus au 1er janvier 1939, la limite d'âge étant reculée d'un temps égal à la durée des services antérieurs civils ou militaires ouvrant des droits à une pension de retraite.

Les candidats masculins, devront avoir satisfait aux obligations du service militaire actif en temps de paix ou en avoir été définitivement dispensés.

Les demandes rédigées sur timbre devront être envoyées avant le 18 mars 1939 au Préfet du Haut-Rhin, à qui il convient de s'adresser pour obtenir tous renseignements complémentaires notamment la liste des pièces à fournir par les candidats.

Le traitement est fixé de 38.000 à 58.000 francs, en sept classes ; il s'y ajoute diverses indemnités.

Par arrêtés en date du 6 février 1939 :

M. le Docteur Lamy, inspecteur départemental d'hygiène de Seine-et-Marne, a été affecté, sur sa demande, dans le département des Alpes-Maritimes.

M. le Docteur Canal, directeur du Bureau d'hygiène d'Albi, a été nommé inspecteur départemental d'hygiène de l'Aveyron.

(*J. O.*, 18 février 1939.)

La Ligue médicale de Défense professionnelle : « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 150.000 francs. Et cette garantie est portée à 1.000.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical.*

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien pécuniaire dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

CORRESPONDANCE

MUTUALITÉ FAMILIALE

Au hasard du courrier

« Au moment de régler ma cotisation à la Mutualité Familiale, je me trouve financièrement un peu à l'étroit. J'escompte une rentrée vers fin mai et serai alors en état de payer. Mais d'ici là je vais être déchu de mes droits. Si je tombais malade que deviendraient les miens ?

« Vous m'avez déjà, il y a quelques années, rendu le service de me faire l'avance de cette cotisation. Puis-je vous demander de renouveler ce geste de solidarité qui m'ôterait un grand souci ?

Tels sont, ou à peu près, les termes d'une lettre reçue récemment. A laquelle il fut répondu :

Le Conseil, ayant pris connaissance de votre demande, a été d'avis d'y faire droit. Le montant de votre cotisation sera prélevé sur la Caisse auxiliaire, alimentée par des dons et des rentrées hors budget, et vous resterez garanti. Nous comptons sur vous pour nous adresser dans le courant de juin, la somme ainsi avancée, augmentée des intérêts d'usage. Et nous sommes heureux de pouvoir vous rendre ce service confraternel.

Le Secrétaire général :
G. LAVALÉE.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Accidents du Travail

752. — Traitement pour électrocution

Je vous prie de me faire savoir combien je dois tarifer l'acte suivant : appelé auprès d'un électrocuté à 5 heures, j'ai pratiqué la respiration artificielle pendant trois heures consécutives (me relayant avec des aides bénévoles). En outre j'ai fait une injection sous-cutanée de camphre et d'adrénaline, une intraveineuse de solucamphre et une sous-cutanée d'oxygène.

Dr C.

Réponse

Je pense qu'il s'agit d'un accident du travail. Auquel cas voir art. 16, *in fine* : « Traitement de l'asphyxie avec traction rythmée de la langue, respiration artificielle, etc., sans cumul avec les dispositions de l'art. 6 = 55 francs ». L'art. 6 parle de la « surveillance prolongée » que vous ne pouvez donc pas invoquer ici.

Dr F. DECOURT.

b) Assurances sociales

Radiothérapie en matière d'Assurances sociales

Note du Docteur Fernand DECOURT

A la suite d'une réponse que j'avais fait paraître dans le *Concours*, un confrère — spécialiste

en radiologie — me fait certaines observations que je puis résumer ainsi :

1° Dans la Nomenclature (2e partie, celle établie par spécialités) l'électro-radiologie est divisée en quatre chapitres : *a*) Radiologie, *b*) Electro-radiologie, *c*) Radiothérapie, *d*) Opérations exceptionnelles.

2° Le chapitre radiothérapie est à son tour divisé en : *a*) Rœntgenthérapie, *b*) Curiethérapie. Ces deux subdivisions donnent chacune les coefficients à appliquer aux actes ISOLÉS.

3° Vient ensuite un paragraphe comprenant le traitement radiothérapie des *tumeurs*, soit par rœntgenthérapie, soit par radium. Et la radiumthérapie est si bien comprise dans ce paragraphe qu'on trouve, *in fine*, entre parenthèses (dans ces chiffres sont compris la location du radium et de l'appareillage radiologique).

CONCLUSIONS. — Quel que soit le nombre des séances, il y a lieu de comprendre celles-ci dans un *acte global*. S'il y avait *une seule journée* d'application : avec 50 mgr., ce serait K16 — avec 80 mgr., ce serait K40. Mais il est évident que s'il s'agit d'une *série* d'applications concernant, comme en l'espèce, une tumeur maligne du sein, le prix global ne saurait dépasser K60 qui est la tarification pour la radiothérapie d'une tumeur maligne du sein — K60 étant, en l'espèce, absolument limitatif et considéré comme comportant l'ensemble des soins par radium de l'affection désignée : tumeur maligne du sein. (En pratique, dans un tel cas, il s'agit de tubes standart de 10 mgr. à 4 centimètres de distance.)

Tel est l'exposé fait par ce confrère. Je le publie dans le *Concours*, en vue d'approbations ou de critiques éventuelles par des confrères « compétents en la matière » et parmi lesquels je déclare ne pas prendre rang.

---

886. — Tarif de remboursement pour suites de couches pathologiques

I. Une femme assurée sociale (cotisations en règle) accouche dans des conditions anormales : hémorragie importante de la délivrance, enchatonnement du placenta : délivrance artificielle sous anesthésie générale.

Deux ou trois jours après l'accouchement cette femme présente des signes d'infection : utérus gros, douloureux, température très élevée et ceci dure environ trois semaines.

Je conseille à la malade de se servir d'une feuille de maladie ordinaire et non de sa feuille de maternité pour marquer mes visites. Trois feuilles de maladie (première, 8 jours, deuxième 8 jours, la troisième 15 jours) sont ainsi utilisées.

Or la Caisse d'assurances sociales veut bien rembourser les visites de la deuxième et de la troisième

feuille mais se refuse à régler celles de la première feuille prétextant que ces visites sont comprises dans le prix forfaitaire de l'accouchement. Or, j'insiste sur le fait que ces visites n'auraient pas été faites (ou tout au moins n'auraient pas été aussi nombreuses) au cas d'accouchement normal, elles n'ont été faites que parce qu'il y avait fièvre puerpérale. La Caisse est-elle dans son droit ? Si non à quelle juridiction faut-il conseiller à cette malade de s'adresser pour faire valoir ses droits.

II. Je me permets de vous demander par la même occasion pourquoi les différentes Caisses d'un même département remboursent les mêmes actes médicaux à des prix différents. Ainsi la malade citée ci-dessus a été remboursée de 300 francs pour accouchement dystocique plus 24 francs de frais de déplacement, alors que pour un cas analogue une autre accouchée appartenant à une autre Caisse recevait 530 francs, les frais de déplacement étant à très peu près les mêmes.

Dr T.

Réponse

I. Dans le décret-loi du 28 octobre 1935, art. 9, alinéa 3, il est dit : « En cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques, l'assurance-maladie court à partir de la constatation de l'état morbide ». Il s'ensuit que puisqu'au moment du début des suites de couches pathologiques (ici fièvre puerpérale) vous avez signé une feuille de maladie (et non plus maternité), l'assurance-maladie « courait » comme d'habitude et non plus le forfait d'accouchement. S'il y a différend la malade peut se baser sur l'art. 8, alinéa 3 du même décret-loi où il est dit : « Si une contestation s'élève, en ce qui concerne l'état du malade, entre l'assuré et la Caisse, cet état est apprécié par une Commission technique composée du médecin traitant indiqué par l'assuré, d'un médecin désigné par la Caisse et d'un médecin choisi par le Président du Tribunal civil. » C'est donc à ce Président que l'assuré doit s'adresser pour se faire rendre justice.

II. Les Caisses sont libres de fixer à leur gré leur tarif de responsabilité, dans les limites du tarif de réassurance. Il n'est donc pas étonnant que ce tarif diffère suivant les Caisses.

Dr F. Decourt.

ACCIDENTS

1167. — Prix de journées des cliniques privées pour les accidentés du travail

Depuis le nouveau régime de la loi accident du travail, en cas d'intervention en clinique privée, quel tarif de prix de journée est accepté par les Compagnies d'assurances en règlement du séjour d'un

opéré en clinique. Est-ce le prix de journée des hôpitaux (qui à Lyon pour la chirurgie est de l'ordre de 63 ou même 65 francs) ou un autre prix de base, mais qui doit tenir compte des fournitures pour l'intervention, et les soins ultérieurs (les honoraires chirurgicaux étant réglés à part et en plus).

Dr C.

Réponse

D'après la loi nouvelle sur les accidents du travail, en cas d'hospitalisation du blessé dans un établissement public, l'employeur est seul tenu au paiement du prix de journée applicable aux malades payants dans les salles communes, des honoraires médicaux et chirurgicaux dus au médecin et au chirurgien conformément à un tarif spécial.

La loi ajoute que dans le cas où l'accidenté est hospitalisé dans une clinique privée dont les taux et conditions sont plus élevés que dans les établissements hospitaliers publics, l'employeur seul tenu au remboursement des frais ne l'est que dans les limites du tarif des établissements hospitaliers publics.

Par conséquent, pour les soins que vous pourrez être appelé à donner dans votre clinique à des blessés du travail, vous serez fondé à réclamer à titre de frais de séjour la même somme qu'exigent les hôpitaux de Lyon des malades payants admis en salles communes.

1.044. — Accidents survenus à l'école

Par ces temps de froid et de verglas j'ai eu à traiter deux fractures de jambe.

1° Le 21 décembre une fillette de 13 ans se fracture le tibia droit au tiers moyen alors qu'elle jouait dans la cour de récréation d'une école libre. Appareil de marche de Delbet, deux certificats médicaux d'accident comme pour un accident du travail, car l'école est assurée. Aucune difficulté de ce côté pour les honoraires, c'est la Compagnie d'assurances qui paie, bien que les parents soient très à l'aise.

2° Le 9 janvier dernier un garçonnet de 7 ans se brise le tibia droit à peu près à la même hauteur. Deuxième appareil de marche, mais pas de certificats car l'école communale des garçons n'est pas assurée. L'accident a eu lieu dans les mêmes conditions alors que l'enfant se rendait avec ses camarades dans la cour de récréation. Ses parents ne font aucune difficulté pour me payer mes honoraires mais se demandent s'ils ne peuvent pas se faire rembourser frais médicaux et pharmaceutiques par la ville. Alors une question se pose. Une école, qu'elle soit laïque ou libre doit-elle être obligatoirement assurée contre les risques d'accidents pendant les heures de récréation ? Et la ville a-t-elle commis une faute en n'assurant pas les élèves de ses écoles ? ? A l'école libre l'effectif est de 120 écoliers environ. A l'école communale de 250 à 300. Dans ces deux cas j'ai eu de la veine, car les deux familles étaient solvables. Il

n'en était pas de même il y a trois ans où on m'a amené de l'école communale un enfant qui s'était fendu le cuir chevelu en tombant. Là j'avais fait une suture simple de 5 à 6 crins et comme la plaie avait suppuré j'avais revu l'enfant cinq ou six fois. Les parents ne pouvant payer et la ville se refusant de le faire j'ai fait à cette époque mon deuil de mes honoraires. Aurais-je pu agir autrement ?

Dr D.

Réponse

D'après l'art. 1384 du Code civil, tel qu'il a été modifié par la loi du 5 avril 1937, les instituteurs publics ou privés ne sont plus présumés de plein droit responsables des accidents causés par les élèves placés sous leur surveillance.

Pour que leur responsabilité puisse être engagée, il appartient aux demandeurs d'apporter la preuve de la faute, de l'imprudence ou de la négligence invoquée contre eux, comme ayant causé le fait dommageable.

D'autre part, la responsabilité de l'Etat est substituée dans tous les cas à celle des membres de l'enseignement public à la suite ou à l'occasion du fait dommageable, commis soit par les enfants ou jeunes gens qui leur son confiés à raison de leurs fonctions, soit à ces enfants ou jeunes gens dans les mêmes conditions.

Dans les deux cas que vous nous citez, la responsabilité de l'instituteur ne paraît pasêtre engagée, car d'une part les accidents n'ont pas été provoqués par le fait de jeunes camarades des blessés et d'autre part, il s'agit d'un cas de force majeure qui paraît exclure toute faute, toute négligence ou imprudence de la part de l'instituteur.

Par conséquent, dans un cas comme dans l'autre, c'est aux parents seuls que vous pouviez réclamer le paiement de vos honoraires.

Dans le premier cas et fort heureusement pour vous, l'école avait contracté au profit de ses élèves une assurance qui a permis de vous régler vos honoraires.

Mais, il n'existe aucune obligation pour une école publique ou privée de contracter une assurance aussi avantageuse.

FISCALITÉ

903. — Abattements et déductions pour les impôts sur les revenus

Membre du Sou médical je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner les renseignements suivants que je n'ai pas trouvés dans la presse, relatifs aux impôts 1938-1939 :

Je suis marié et ai sept enfants de moins de 17 ans.

1° A partir de quel revenu dois-je payer l'impôt général sur le revenu.

2° Quels abattements ou déductions aurai-je pour le calcul de l'impôt sur les bénéfices professionnels. Quel est le taux de cet impôt ?

r P.

Réponse

1° Pour l'impôt général sur le revenu vous avez droit à un abattement à la base

de	10.000	fr.
auquel vient s'ajouter celui du contribuable marié	5.000	»
pour le premier enfant	5.000	»
pour le deuxième enfant	5.000	»
pour le troisième enfant	10.000	»
pour le quatrième enfant	15.000	»
pour le cinquième enfant	15.000	»
pour le sixième enfant	15.000	»
pour le septième enfant	15.000	»
	95.000	fr.

Toutefois ces déductions sont diminuées d'un cinquième quand le revenu net est compris entre 75 et 150.000 francs. De deux cinquièmes lorsque ce revenu est compris entre 150.000 et 300.000 francs. De trois cinquièmes lorsque le revenu est compris entre 300 et 600.000 francs et de quatre cinquièmes lorsque le même revenu excède 600.000 francs

2° Pour l'impôt sur les bénéfices des professions non-commerciales (taux en 1939 : 16 %) ayant plus de cinq enfants à charge, vous aurez droit à une remise de 10 pour 100 sans toutefois que l'abattement puisse être supérieur à 1.000 francs par enfant.

Il faudrait donc que votre impôt soit supérieur à 7.000 francs pour que vous payiez quelque chose.

A. et S. MARTINOT
Conseillers fiscaux

---

970. — Contribution nationale de 2 % sur les bénéfices professionnels

Je suis médecin d'une société houillère. Les deux employeurs : usines et Caisse de secours font la retenue sur le fixe qu'ils m'allouent. Mais sur le reste, c'est-à-dire sur le produit de la clientèle comment calculer ce 2 % ; à qui et dans quelles conditions le payer ? Le Contrôleur consulté n'est pas très catégorique et doit demander des directives. Pouvez-vous m'en donner ?

Dr L.

Réponse

Vous n'avez pas à vous préoccuper du 2 % sur le produit de la clientèle, le Contrôleur le calculera sur votre avertissement d'impôt cédulaire. Mais il faudra sur votre déclaration de revenus déclarer séparément vos salaires nets et vos honoraires nets.

A. et S. M.

Soixante et unième année N° 11 12 Mars 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	70 fr.	Belgique et Luxembourg..	80 fr.
Etudiants	45 fr.	Première Zone..........	95 fr.
Le Numéro..........	2 fr.	Deuxième Zone..........	120 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard, Timsit, (Jules) (engl. spok).
Amélie-les-Bains : Alardo, J. Bouix.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot et Rozet, (*Mais. cur. hélio-mar.*), Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : L. Bertier, Ricoux.
Beausoleil : Andoly.
Biarritz : Clavel Pierre, Lacour.
Boulou (le) : Jean Noguès.
Biskra (Sud-Algérien) : Chatenier (*ophtalm.*)
Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Trotot.
Cannes : Bourgeois-Gavardin, P.-E. Bousquet, P. Houssiaux, Joublot, Makereël, P. Roques (*Y. O. R. L.*), Monod, R. Stauder.
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-plage : Etienne St-Martin, René Saint-Martin (*Mais. cur. hélio-mar.*)
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chamonix : de Chabanolle.
Ciboure : P. Sousbielle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Brody, Chaumet, Wetterwald.
Hyères : Fohanno, Valmyre, Verrier.
Jougne : P. Charlin.
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (*chir.*), A.E. Lévy (*gynéc.*)
La Seyne : Grandjean, J.-M. Jaubert, Makereël.
Magagnose-de-Grasse : Gordon.
Mégève (Hte-Sav.) : M. Grenet, Jacqueline Grenet.
Menton : Camaret, P. de Lengenhagen, Paul Ray.
Mont-Dore : Debidour.
Monte-Carlo : S. Vivant.
Nice : Bernard, Brouxel (*Chir.*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Dormoy, Drapier, M. Faure, Gazzola, Gaudichon (*O. R. L.*), Guerry, E. Guérin, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Larue, Le Geard, (*mal. nerv.*) Lelongt Max, Liotard, Malaussène, (*Pn. art.*), Naïlyan, Nicolas, Phipps (*derm.*), Piettri, Rouvière, Sineau (*acc.*), Trutié de Vaucresson (*chi. acc.*), Vizerie.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet J. Lorber.
St-Didier : A. Masquin.
Ste-Maxime-sur-Mer : Bausset, Ficonetti.
St - Raphaël - Valescure : Boulle (*Gyn. v. u.*), Léon Clément, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux de Laroque, Tridon.
Sanary-sur-Mer : P. Gaillard.
Saujon : Dubois.
Toulon : Jamin (*chir.*)
Vernet-les-Bains : Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.
Villard-de-Lans : Bassage (*Mal. des enf.*), Hérault (*mal. enf.*), Suau (*Mal. enf.*)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* **167-95.**

Nº 76. — Banl. imméd. à céder poste bon rapport suscept. augmentat. par confr. jeune et actif. Appartem. 8 p. tout confort, loyer 7.700 plus ch. Condit. avantag.

Nº 77. — Seine. A céder pour cause départ, cab. méd. génér. datant de 20 ans, en plein rendem. Appartem. 5 p., cuis., cab. toil., loyer 4.500. Prix : 55.000. On pourr. céder instrum. et meubles profess. Conviendr. à méd. jeune et actif.

Nº 78. — Jne méd. franç. au courant pneumo, radio, labo, désire place assistant sana, ou aide, ou remplacem. cabinet phtisiologie.

Nº 79. — Deux-Sèvres. A céder dans sous-préf. raison d'âge et famille, avec ou sans instrumentat., cabinet Y. O. R. L. suscept. rendement intéress. pour méd. jeune et actif. Indemnité à débatt. Urgent.

Nº 80. — Pour assoc. en vue success. import. clinique chirurg. génér. et orthop. Sud-Ouest, cherche chirurg. pouvant faire apport.

Nº 81. — Paris. — A vendre., quart. populaire, dispensaire rez-de-ch., médec. génér. et acc. trav. Très beau local, loyer modéré, bail de très longue durée. Prix très réduit.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

70 kil. Paris, belle région, client. stable, ancienne, seul méd., belle propriété très agréable, louée 6.000. Indemn. 35.000 cpt.

Seine-et-Oise, 30 min. Paris, très anc. client. mi-rurale mi-urbaine à céd. avec présent., grde maison conf., petite indemn.

Grde ville maritime Ouest, import. cab. de radiologie à céd. d'urg. cond. à déb.

1 heure Paris. grde ville cab. d'Y. O. R. L. ancien à céd. pour prix matér.

Renseignements

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **A la mémoire du Professeur Guérin-Valmale.** — Un groupe d'élèves et d'amis du Professeur Guérin-Valmale, voulant perpétuer sa mémoire, ont décidé de faire apposer un médaillon à son effigie à la Clinique obstétricale de la Conception, où le regretté Maître enseigna longtemps.

Toute souscription de 100 francs donnera droit à une réduction en bronze du médaillon. Adresser les souscriptions à Mlle Linglet, sage-femme-en-chef, hôpital de la Conception, à Marseille, soit directement, soit au compte chèques-postaux no 505-45, Marseille.

— **Les études médicales en Allemagne.** — Pour parer à l'insuffisance actuelle du nombre des médecins en Allemagne, le ministre de l'Education nationale du Reich a pris un décret réduisant de près de deux années la durée des études de médecine. Celles-ci, dorénavant, devront se terminer en dix semestres au lieu de quatorze.

— **Association des médecins automobilistes de France.** — Pour adhésions et tous renseignements concernant cette Association, s'adresser au Docteur Lafond, 89, boulevard Magenta, Paris (Xe).

— **L'Exposition du progrès social** (Lille-Roubaix, 1939). — A l'Exposition du progrès social, qui se tiendra cette année à Lille-Roubaix, l'organisation d'une « Journée des professions libérales » vient d'être mise à l'étude.

— **Ligue française contre le rhumatisme** (23, rue du Cherche-Midi). *Réunion du 29 avril* 1939. — Une séance de présentation de malades aura lieu le samedi 29 avril, à 9 heures, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du Docteur Weissenbach et sera consacrée au sujet suivant : « Rhumatismes chroniques et affections cutanées ».

Les médecins membres de la Ligue qui désireraient présenter des malades ou des observations avec radiographies, photographies ou préparations histologiques sont priés de s'inscrire avant le 15 avril, en envoyant le titre de leur communication au Docteur Weissenbach, à l'hôpital Saint-Louis.

Cette séance coïncidera avec le banquet de l'Internat, qui doit avoir lieu le soir.

— **Société belge de cardiologie.** — La Société belge de cardiologie, sous la présidence du Professeur Dautrebande, organise, les 27, 28 et 29 mai prochain, des « Journées de Cardiologie ».

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire de la Société, Docteur Fr. Van Dooren, 80, rue Mercelis, Bruxelles.

— **Les bourses de la Fondation Roux.** — La Fondation Roux, qui a pour but d'aider au recrutement de l'Institut Pasteur, offre à de jeunes Français qui ont terminé leurs études scientifiques des bourses, variant de 18.000 à 24.000 francs la première année, suivant les titres scientifiques du candidat.

Ces bourses qui partent du 1er novembre sont offertes à de jeunes médecins, vétérinaires, chimistes, physiciens ou naturalistes qu'intéressent les sciences biologiques.

Ces bourses au nombre de 10 pour l'année 1939-1940 sont attribuées pour une année, mais renouvelables deux fois avec augmentation de traitement en rapport avec le travail fourni.

Les boursiers doivent tout leur temps au laboratoire. Ils sont choisis sur titres et références par une commission qui siège à l'Institut Pasteur dans la deuxième quinzaine de mai.

Les demandes doivent être adressées à l'Administration de la Fondation Roux, 96, rue Falguière, Paris (XVe), avant le 1er mai.

— **IIe Congrès international latin d'Eugénique.** — La date précise de ce Congrès a été fixée au 26-30 septembre 1939. L'ouverture du Congrès aura lieu le 26 septembre à Bucarest.

— **Asile national du Vésinet.** *Internat.* — Un concours pour le recrutement de deux internes en

médecine à l'Asile national de convalescents du Vésinet aura lieu le vendredi 31 mars 1939.

Les inscriptions seront reçues à l'établissement jusqu'au 15 mars inclus.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Direction de l'Asile, 72, avenue de la Princesse, Le Vésinet (Seine-et-Oise).

— **Hôpital-hospice d'Orléans.** — Un concours pour la nomination d'un médecin-ophtalmologiste de l'hôpital d'Orléans aura lieu le 16 mai 1939, à l'Ecole de médecine de Tours.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le directeur de l'hôpital-hospice d'Orléans.

— **Hôpitaux de Rouen.** — Un concours aura lieu le 4 mai 1939 pour la nomination d'un chirurgien adjoint des hôpitaux de Rouen. Inscription jusqu'au 9 avril, à l'Hospice général.

— **Hôpitaux de Nantes.** — Un concours pour une place de *radiologiste suppléant* des hôpitaux de Nantes sera ouvert le 19 juin 1939. Inscriptions jusqu'au 3 juin 1939.

— **Médaille du Professeur Jules Bordet.** — Le Professeur Jules Bordet, directeur de l'Institut Pasteur de Bruxelles, Prix Nobel de médecine, a été élevé par le Gouvernement français à la dignité de Grand-Croix de la Légion d'honneur.

A cette occasion, ses élèves, ses collègues et ses amis de France ont formé le projet de lui offrir une médaille à son effigie, en témoignage de leur admiration pour son œuvre scientifique, accomplie en partie dans nos laboratoires, et de leur reconnaissance pour son magnifique enseignement et l'amitié fidèle et agissante qu'il a vouée à notre pays.

Tout souscripteur d'une somme minima de cent francs recevra un exemplaire de la médaille qui sera exécutée par le maître graveur de Hérain.

Adresser les souscriptions à M. Georges Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe). (Compte chèques postaux, n° 599).

— **Les « médecins amis de la côte Basque ».** — Le diner des « médecins amis de la côte basque » aura lieu le samedi 25 mars 1939, à 20 heures, au restaurant basque « Le Chapon fin », 161, avenue Malakoff. S'inscrire avant le 22 mars chez le Docteur L.- Jh. Colanéri, 10, rue de Pétrograd (Europe 51-81).

— **Les Journées médicales franco-yougoslaves.** — De nombreux médecins et étudiants yougoslaves sont venus prendre part à ces journées, conduits par le Professeur Koslich, doyen de la Faculté de Belgrade.

Le Maréchal Franchet d'Esperey a présidé la séance d'ouverture au titre de voïvode de l'armée yougoslave.

Le jeudi 2 mars, les congressistes ont visité la

Faculté de médecine et admiré ses richesses, conduits par le Professeur Laignel-Lavastine. A 11 h. 30 un lunch a été servi par les soins de l'Association pour le développement des relations médicales avec l'Etranger (A. D. R. M.). Nos confrères yougoslaves ont ensuite visité les hôpitaux et les établissements scientifiques. Ils ont été reçus vendredi, 3 mars, à l'Hôtel-de-Ville, par le Bureau du Conseil Municipal.

—**Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres.** — M. Marc Rucart, ministre de la Santé publique, a reçu le mardi 24 janvier 1939 la délégation du nouveau bureau de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres.

En l'absence du Docteur Paul Descomps, président en exercice, qui s'était excusé, la société était représentée par MM. Cathelin et Thierry de Martel, anciens présidents, Vaudescal, vice-président, Delort, Martiny, Viala, secrétaires généraux et délégués du Conseil.

— **Naissances.** — UNE BELLE FAMILLE MÉDICALE. — Nous recevons de notre excellent et distingué confrère de Bonneuil le faire-part suivant :

Jeanne, Geneviève, Guy, Louis, Michel, Thérèse-Isabelle FOUGERAT ont la joie de vous faire part de l'heureuse naissance de leur sœur : *Isabelle-Thérèse*, à Bonneuil-sur-Marne (Seine), 18, rue de Sucy, le 28 février 1939.

Nous félicitons d'autant plus chaleureusement le Docteur et Madame Fougerat de la naissance de leur septième enfant vivant que, s'ils n'avaient eu la douleur de perdre trois enfants en bas-âge, leur famille compterait dix descendants. C'est un exemple à donner à nos confrères.

J. N.

— Le Docteur et Madame R. DAUPTAIN sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Louis*.

Calais, 5 février 1939.

Nos sincères compliments.

— Le Docteur et Madame Pierre AMIGUES sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Jean*.

Paris, 77, avenue Ledru-Rollin, 22 février 1939.

Nos félicitations.

— **Nécrologie.** — Nous apprenons avec regret la mort de M. Pierre FORGUES, officier de l'Instruction publique, décédé à l'âge de 80 ans, à Montauban, le 5 février 1939.

Il était le père du Docteur E. Forgues, médecin commandant à Nîmes, à qui nous adressons l'expression de notre douloureuse sympathie.

O O O

A TRAVERS L'OFFICIEL

Service de santé militaire

Ecole du Service de santé militaire.

Par décision ministérielle du 31 janvier 1939 :

1° Le prix de la première mise (1er année de présence à l'Ecole) du trousseau des élèves admis à l'Ecole du Service de santé militaire à la suite du concours de 1938, est fixé ainsi qu'il suit :

A. — SECTION DE MÉDECINE

Elèves admis avec le certificat P. C. B. : 6.607 francs.

Elèves admis avec quatre inscriptions de médecine : 6.607 francs.

Elèves admis avec huit inscriptions de médecine : 6.777 francs.

Elèves admis avec douze inscriptions de médecine : 7.240 francs.

2° Le prix de la deuxième mise (2e année de présence à l'Ecole) du trousseau des élèves admis à l'Ecole du Service de santé militaire à la suite du concours de 1937 est fixé ainsi qu'il suit :

A. — SECTION DE MÉDECINE

Elèves admis avec le certificat P. C. B. : 168 francs.

Elèves admis avec quatre inscriptions de médecine : 338 francs.

Elèves admis avec huit inscriptions de médecine : 630 francs.

Elèves admis avec douze inscriptions de médecine : 548 francs.

4° Le prix de la quatrième mise (4e année de présence à l'Ecole) du trousseau des élèves admis à l'école du Service de santé militaire à la suite du concours de 1935 est fixé ainsi qu'il suit.

A. — SECTION DE MÉDECINE

Elèves admis avec le certificat P. C. B. : 859 francs.

Elèves admis avec quatre inscriptions de médecine : 967 francs.

5° Le prix de la cinquième mise (5e année de scolarité) du trousseau des élèves admis à l'Ecole du Service de santé militaire, à la suite du concours de 1934, est fixé ainsi qu'il suit :

SECTION DE MÉDECINE

Elèves admis avec le certificat P. C. B. : 1.190 francs.

Par décision ministérielle du 31 janvier 1939, le prix de la pension à l'Ecole du Service de santé militaire a été fixé, pour l'année scolaire 1938-1939, à 3.960 francs. (*J. O.*, 4 février 1939.)

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Interdiction aux médecins des hôpitaux psychiatriques de faire de la clientèle

7.813. — M. Lecacheux demande à M. le ministre de la Santé publique si les médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques en service dans les hôpitaux psychiatriques privés, faisant fonction d'hôpitaux psychiatriques publics, sont astreints aux mêmes restrictions concernant l'exercice de la clientèle de médecine générale que les médecins du cadre en service dans les hôpitaux psychiatriques publics ; et ajoute qu'il semblerait qu'il doive en être ainsi, le nouveau règlement étant déjà applicable aux deux catégories d'hôpitaux psychiatriques, en ce qui concerne le nombre des médecins (1 pour 450 malades). (*Question du* 20 *décembre* 1938.)

Réponse. — Conformément aux dispositions de l'article 87 du règlement modèle du 5 février 1938, les médecins chefs de service des hôpitaux psychiatriques publics ou privés faisant fonction d'hôpitaux publics doivent se consacrer exclusivement à leurs fonctions. Il leur est interdit de faire de la clientèle. Toutefois ils peuvent être appelés exceptionnellement en consultation par un confrère et désignés comme experts par les autorités judiciaires ou l'Administration.

(*J. O.*, 24 février 1939.)

Médecins exercant au Togo et au Cameroun

8.343. — M. Pierre Taittinger, demande à M. le ministre des Colonies quel est le nombre de médecins exerçant au Togo et au Cameroun, quelle est leur nationalité actuelle et la nationalité d'origine. (*Question du* 9 *février* 1939.)

Réponse. — Il y a au Togo et au Cameroun dix-sept médecins, dont un de nationalité togolaise et quatre de nationalité étrangère. Douze autres appartiennent à des missions religieuses étrangères.

(*J. O.* 24 février 1939.)

Le prix global de l'intervention ne comprend pas les visites d'un médecin étranger à la clinique

8.021. — M. de Saint-Pern demande à M. le ministre de Travail si un assuré social admis en clinique chirurgicale pour intervention et ayant été atteint, pendant son séjour, de congestion pulmonaire a droit, en plus du remboursement du prix global de l'intervention, tel qu'il est défini à la page 6 de la nomenclature générale des actes de chirurgie, au remboursement des visites faites par un médecin étranger à l'établissement, ainsi que des ordonnances faisant suite à ces visites. (*Question du* 12 *janvier* 1939.)

Réponse. — Réponse affirmative.

(*J. O.*, 17 février 1939.)

Participation des caisses aux frais chirurgicaux dans les sanatoriums

7.716. — M. André Parmentier, revenant sur la réponse de M. le ministre du Travail à la question écrite de M. Amédée Guy (question nº 4.871), réponse parue au *Journal officiel* du 22 janvier 1938, d'après laquelle les Caisses primaires peuvent prévoir une participation spéciale aux frais d'intervention chirurgicale nécessités par le traitement de la tuberculose, demande si cette réponse n'est pas en contradiction avec les termes d'une circulaire du 2 août 1937 de M. le ministre de la Santé publique à MM. les Préfets, suivant laquelle les dépenses résultant des honoraires et frais de déplacement des médecins et chirurgiens pour toutes interventions de chirurgie thoracique (phrénicectomie, thoracoplastie, apicolyse, pneumothorax extrapleural, pleurotomie, pleuroscopie, section de brides) ainsi que les honoraires de leurs aides et frais de déplacements devront être compris comme les autres frais de traitement dans le prix de journée du sanatorium, aucune participation supplémentaire pour frais de chirurgie thoracique en sus du prix de journée de l'établissement n'étant désormais autorisée. (*Question du* 13 *décembre* 1938.)

Réponse. — La circulaire de M. le ministre de la Santé publique en date du 2 août 1937 vise, d'une part, les sanatoriums publics et assimilés et, d'autre part, les établissements privés qui, en vertu d'un traité passé avec les départements, reçoivent des malades de l'Assistance médicale gratuite. Le tarif de ces établissements ne devant comporter qu'un prix de journée correspondant à la fois aux frais de séjour et aux frais de traitement médical ou chirurgical, la Caisse d'assurances sociales ne devra prévoir, dans son tarif de responsabilité, qu'un prix de journée dont le montant ne saurait dépasser 80 p. 100 du prix le plus bas exigé des malades payants par l'établissement considéré, conformément aux dispositions du tarif limite de responsabilité fixé par l'arrêté du 7 octobre 1938 (chap. II, § 5, *a*). Au contraire, s'il s'agit, comme dans le cas visé par la question écrite de M. Amédée Guy, d'un établissement privé non assimilé à un sanatorium public et qui n'est pas autorisé à recevoir des malades de l'Assistance médicale gratuite, la circulaire susvisée de M. le ministre de la Santé publique ne paraît pas pouvoir être appliquée. Il en résulte que si, après avis de M. le ministre de la Santé publique, un établissement de cette nature a passé convention avec une Union régionale de Caisses d'assurances sociales ou a été agréé par elle (ou la Commission tripartite le cas échéant), la Caisse primaire pourra participer aux frais de séjour en accordant : *a*) soit uniquement un prix de journée ne pouvant dépasser 80 p. 100 du prix de journée le plus bas exigé des malades payants dans l'établissement considéré si le malade ne subit pas d'intervention chirurgicale

pendant son séjour. Ce cas est d'ailleurs le plus fréquent et ceci explique que le tarif du 7 octobre 1938 précité ait pu se borner à prévoir seulement l'attribution par la Caisse d'un prix de journée correspondant globalement aux frais de traitement médical ; *b)* soit, en plus de ce prix de journée, une participation éventuelle aux honoraires chirurgicaux. Cette participation variera, conformément au tarif limite précité, suivant que le sanatorium considéré correspondra à un hôpital privé ayant passé convention ou reçu l'agrément, ou simplement à un hôpital privé se soumettant uniquement au contrôle prévu à l'article 35 du règlement intérieur des Caisses d'assurances sociales. Bien entendu, lorsqu'il s'agit d'un assuré social bénéficiaire de la loi du 13 juillet 1893 sur l'Assistance médicale gratuite, et qui ne peut choisir qu'un sanatorium public ou assimilé ou un sanatorium privé habilité spécialement à recevoir des malades de l'Assistance médicale gratuite, aucune dérogation ne peut être appliquée aux règles posées par la circulaire du 2 août 1937 précitée.

(*J. O.*, 17 février 1939.)

• • •

CORRESPONDANCE

Nous recevons la lettre suivante que nous nous faisons un devoir de publier :

Senlis, le 20 février 1939,

Monsieur le Docteur Noir,
Très honoré Confrère,

Je m'excuse tout d'abord de mon retard à vous envoyer quelques réflexions inspirées par votre article paru dans le *Concours Médical* du 22 janvier concernant « la loi réglementant l'exercice de la médecine vétérinaire » : des circonstances indépendantes de ma volonté en sont cause.

J'ai été péniblement surpris à la lecture du dernier alinéa de votre article : « Nous souhaitons que « nos Syndicats médicaux parviennent à supprimer « les chirurgiens-dentistes comme les vétérinaires « ont supprimé les empiriques sans . . ., etc. »,

Ce rapprochement entre maréchaux et hongreurs patentés d'une part, chirurgiens-dentistes d'autre part, m'a douloureusement impressionné.

Depuis 47 ans, les chirurgiens-dentistes ne sont plus des « empiriques », la loi de 1892 a créé le *diplôme* de chirurgien-dentiste et à plusieurs reprises depuis cette date, les études ont été étendues et les examens

Voir la suite page LIX-731

PROPOS DU JOUR

L'ENCOMBREMENT DE LA PROFESSION PHARMACEUTIQUE SES DANGERS, NOTAMMENT POUR LES MÉDECINS PRATICIENS

Il n'y a pas que la profession médicale qui souffre de l'encombrement. Les 78.000 bacheliers qui au 31 juillet étaient inscrits dans les diverses facultés d'enseignement supérieur, vont, une fois leur scolarité terminée, chercher une situation et fatalement envahiront surtout les cadres des professions libérales.

M. Paul GARNAL, président du Syndicat des Pharmaciens du Lot, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique, a dénoncé ce danger et donné des précisions en ce qui concerne la profession de pharmacien, dans une lettre adressée à Mesdames les Directrices et à Messieurs les Directeurs des Etablissements d'enseignement secondaire. Il les prie de mettre en garde leurs élèves contre les illusions qu'ils pourraient se faire dans le choix de la profession de pharmacien. Cette lettre, fort intéressante, car elle donne des précisions qui ne peuvent guère prêter à discussion, a été publiée, dans le *Journal du Lot* du 19 février 1939.

Nous croyons devoir insister sur cette question, car le danger de la multiplication des officines nous paraît aussi grand, sinon plus, pour le médecin praticien que pour le pharmacien lui-même.

M. Garnal expose la progression des étudiants en cours d'études dans les Facultés et les Ecoles de Pharmacie de 1886 à 1938.

En 1886, le nombre d'étudiants inscrits était de 1.673. En 1896 il atteignait 1.388 et en 1900, il était de 3.181. Il descendait en 1910 du fait de la suppression des pharmaciens de deuxième classe à 1.400, mais la progression devenait ensuite vertigineuse : en 1936, le nombre des étudiants en pharmacie inscrits était de 4.880 et en 1938 il atteint 6.200, quatre fois ce qu'il était en 1886 ; deux fois ce qu'il était en 1900.

Cette progression n'a pas été sans inquiéter les pouvoirs publics. Un décret du 4 mai 1937 dans le but de remédier à cette situation catastrophique a modifié le régime des études en pharmacie et tenté d'organiser la sélection des étudiants par voie d'exclusion en cours d'études. Or ce moyen s'est révélé tout à fait inefficace, car le nombre des étudiants qui était de 4.588 en 1937, est monté en 1938 à 6.211 dont 3.338 étudiants hommes et 2.873 étudiantes femmes. Ces chiffres ont leur éloquence. Notons en passant que le nombre des jeunes filles qui entreprennent des études de pharmacie, malgré la difficulté et la longueur de ces études, va toujours croissant. Il faut constater il est vrai que les ménages de jeunes pharmaciens deviennent de plus en plus nombreux, car ils facilitent singulièrement l'exercice de la profession.

M. Garnal qui est bien renseigné sur ce chapitre, affirme qu' « il existe en France 12.000 pharmacies auxquelles se limitent les possibilités d'utilisation des nouveaux diplômes de pharmacien ».

Il est inutile d'insister sur le danger que présente cet encombrement pour la profession pharmaceutique. A cause de la difficulté et de la complexité de ses études, on aurait pu croire que le pharmacien, devenu chimiste et hygiéniste, se serait élevé socialement dans l'ordre des professions savantes. L'encombrement fait craindre qu'il ait plutôt de la tendance à déchoir.

***

Examinons maintenant les conséquences qu'un nombre excessif de pharmaciens peut avoir pour l'exercice normal de la médecine. Il y a en France environ 3.000 propharmaciens qui exercent dans des communes où la clientèle est insuffisante pour faire vivre à la fois un médecin et un pharmacien. Si les pharmaciens en trop grand nombre ne peuvent trouver le moyen de vivre dans les centres déjà occupés, ils se rabattront sur ces régions déshéritées, poussés par la gêne, même la misère et les médecins propharmaciens ne pouvant plus gagner leur vie, seront obligés de refluer dans les villes et les centres déjà encombrés et dont l'encombrement va croissant.

D'autre part, la création de nouvelles officines réduira fatalement les recettes des pharmaciens déjà établis. Ces derniers, accablés de charges et d'impôts, comme d'ailleurs tous les commerçants à l'heure actuelle, chercheront, poussés par le besoin, à compléter leurs moyens d'existence et ils étendront un moyen, mis en pratique déjà par plus d'un d'entre eux et toléré par les médecins praticiens, qui est l'exercice illégal de la médecine dans les officines. Le pharmacien déjà très instruit par cinq ans d'études et des examens difficiles, se mettra théoriquement au courant des choses de la médecine. Il acquerra petit à petit quelques connaissances empiriques ; nous verrons renaître sous une autre forme les officiers de santé, et les médecins praticiens risqueront de n'être le plus souvent appelés qu'auprès des malades très graves. Ce sera un danger sérieux pour la santé publique. Aussi nous semble-t-il urgent que pharmaciens et médecins interviennent énergiquement auprès des pouvoirs publics pour leur faire comprendre les dangers qui résulteraient fatalement de l'encombrement de la profession pharmaceutique.

J. NOIR.

POUR REMÉDIER A L'ENCOMBREMENT DE LA PROFESSION MÉDICALE

Le Docteur Michel Dupont (de Valenciennes), nous adresse la lettre suivante :

Je viens de lire avec un vif intérêt votre article du *Concours Médical* du 15 février sur la pléthore médicale et sur les moyens d'y remédier.

Or, ceux que vous passez en revue vous paraissent à vous-même insuffisants et vous terminez sur une note pessimiste et un peu découragée.

Il y a pourtant un moyen qui me paraît très sûr et qui est entièrement entre nos mains à nous médecins. Et ce remède serait en même temps un remède à toutes les pléthores professionnelles qui sévissent en France. Ce remède consiste d'une manière générale à favoriser la natalité.

Notre rôle à nous médecins consisterait à dissiper dans les familles que nous visitons les préjugés hostiles au développement de la famille tirés de l'hygiène ou d'une prétendue hygiène, à calmer les craintes de complications post-puerpérales qui arrêtent encore tant de mères.

Il faudrait opposer aux cas malheureux qui retiennent l'attention les cas nombreux de mères affermies par leur propre maternité.

Il faudrait insister sur les dangers autrement redoutables de l'avortement, sur les graves inconvénients pour l'organisme féminin de la stérilité même relative, sur la tristesse des vieux, n'ayant pas d'enfants, que personne ne consolera.

Le danger qu'une maternité fait courir à la femme est inférieur à celui qu'encourent l'ouvrier d'usine, l'ingénieur, le médecin. Il n'est rien à côté de celui qui menace le soldat. Pas plus que celui-ci, la femme ne peut refuser de servir son pays selon sa vocation sous le prétexte que « c'est dangereux ».

Le médecin peut démontrer qu'élever des enfants cela n'est pas tellement compliqué pour qui sait s'organiser, et n'a pas pris la funeste habitude de bercer un enfant qui crie.

On ferait ressortir que, dans les familles nombreuses, les sœurs aînées sont très vite un secours pour la mère. Enfin, le médecin peut prévoir dans sa clientèle, une organisation de mères s'aidant mutuellement afin de se ménager à tour de rôle sorties et « loisirs ». Car, c'est en partie, la crainte d'en manquer qui retient les mères.

Mais me direz-vous, que pourra faire le médecin contre l'argument tiré de l'impécuniosité ?

Eh bien, précisément cet argument qui avait une force irrésistible jusqu'à ces dernières années n'en a plus guère auprès des masses populaires depuis que de multiples avantages — allocations familiales, primes à la naissance — sont venues aider les familles nombreuses.

J'en ai connu une où la mère m'avoué à l'occasion de la mort d'un enfant que c'était en même temps qu'une grande douleur, une perte d'argent mensuelle très appréciable.

Les familles bourgeoises de non-fonctionnaires sont moins bien partagées. Encore faut-il dire qu'elles commencent à s'organiser et vous avez certainement entendu parler entre autres de « Médecine et Famille ».

Bref, je suis persuadé que le médecin peut agir mieux que n'importe qui en faveur de la natalité en déracinant la phobie de maternité qu'il a peut être contribué à répandre en un temps où la médecine n'était pas outillée comme elle l'est devenue contre les risques de complications.

Et en servant son pays le médecin se servira lui-même. Ces occasions d'assurer le bien général tout en assurant le sien propre sont trop rares pour que l'on ne s'empresse pas d'en profiter.

Dr DUPONT.

Nous souhaitons pour plus d'une raison que le conseil de notre correspondant soit suivi et donne des résultats appréciables. J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LES PROSTATITES CHRONIQUES

Par M. le Professeur Marion

Les prostatites chroniques constituent une affection très fréquente ; cependant elles le sont beaucoup moins qu'on ne le pense en général, car beaucoup de malades, qui se croient atteints de prostatite chronique, n'en ont pas et beaucoup de malades, chez lesquels les médecins diagnostiquent cette affection, n'en sont pas non plus atteints.

Malgré tout nous rencontrons fréquemment des inflammations chroniques de la prostate, qui se présentent sous des aspects très différents, tant au point de vue des troubles fonctionnels que détermine l'affection qu'au point de vue des symptômes physiques par lesquels on la décèle.

Je vous rappelle que la prostate se compose de deux lobes de la forme et du volume d'une amande revêtue de sa coque verte, suivant l'expression classique. Ces deux glandes, plus obliques que le canal de l'urètre, sont situées devant le rectum et écartées l'une de l'autre à la partie supérieure, se rapprochant à la partie inférieure. Les canaux de ces glandes débouchent à la partie latérale du véru montanum.

L'infection chronique de ces glandes constitue la prostatite chronique. Presque toujours cette infection chronique succède à une infection aiguë le plus souvent blennorragique. Mais d'autres infections peuvent la provoquer, en particulier les infections à staphylocoques chez un sujet qui présente une staphylococcie. La colibacillose peut également donner lieu à des prostatites chroniques.

La forme la plus fréquente est certainement *la forme douloureuse* caractérisée par des pesanteurs au niveau de la région périnéale, quelquefois par des douleurs irradiant du côté des bourses, à la racine des cuisses, le long de la verge, s'accompagnant souvent de démangeaisons dans le canal, disent les malades. A ces douleurs se joint un écoulement urétral le plus souvent minime, caractérisé par une goutte plus ou moins importante que le malade constate à son réveil et, si on le fait uriner, par des urines contenant en plus ou moins grande abondance des filaments.

A ces phénomènes s'ajoutent chez beaucoup de malades des symptômes de neurasthénie, douleurs dans la région sacro-lombaire, fatigue, préoccupation constante de leur état, et ces troubles de neurasthénie sont quelquefois plus importants que les douleurs ou les écoulements que le malade peut avoir.

Cette forme douloureuse est la plus commune, mais elle n'est pas la seule. Il est des malades, chez lesquels la prostatite chronique se caractérise avant tout par l'*importance de l'écoulement urétral.* Dans la forme douloureuse, il existe quelques gouttes le matin au niveau du méat. Mais, dans la forme suppurante, l'écoulement de pus revêt une importance très grande, analogue à celui d'une blennorragie aiguë en pleine évolution ; mais le malade ne souffre pas en urinant.

Nous avons également des *formes infectantes.* Dans ces cas, les symptômes se trouvent réduits au minimum. Si l'on voulait faire des examens complets, on trouverait évidemment des filaments, un peu de pus ; en réalité les malades n'éprouvent aucune douleur, ils n'ont pas d'écoulement. Mais à certains moments, et sans qu'on puisse invoquer une contagion nouvelle, les malades sont repris d'une poussée blennorragique plus ou moins aiguë. En réalité il s'agit d'infection latente existant dans les acini prostatiques, qui peuvent s'oblitérer, ne pas manifester l'infection dont ils sont atteints depuis plusieurs mois ou plusieurs années pour ensuite, s'ouvrant dans l'urètre, produire une réinfection du canal.

Chez d'autres malades, qui souvent ont eu pendant plusieurs années des troubles douloureux, nous voyons apparaître de la *dysurie* plus ou moins prononcée. Le malade est obligé de pousser pour uriner, sans qu'il y ait un rétrécissement de l'urètre ; il ne vide pas complètement sa vessie et parfois même il arrive à avoir une rétention complète et définitive. Ces cas résultent d'une transformation d'origine inflammatoire qui, partie de la prostate, gagne les tissus du col vésical au point de transformer celui-ci en un anneau plus ou moins fibreux inexten-

sible, constituant *une variété de la maladie du col vésical.*

En présence d'un malade que nous soupçonnons atteint de prostatite chronique d'après les troubles qu'il nous accuse, *comment l'examiner* ?

La première chose à faire est de prélever la goutte ou l'écoulement de pus, qu'il présente, et d'en faire un examen microscopique.

Ensuite, nous pratiquerons le toucher rectal et les résultats que nous obtiendrons par l'exploration digitale de la prostate sont extrêmement différents suivant les cas.

Le toucher rectal que l'on pratiquera fera reconnaître parfois *deux lobes prostatiques absolument normaux* et apparemment les malades ne devraient pas avoir les symptômes qu'ils accusent, car vraiment le toucher rectal ne révèle pas de modification de la prostate. Et cependant, si nous pratiquons une urétrographie, comme je vous dirai qu'il est nécessaire de le faire, on constatera des lésions nettes de cavernes prostatiques.

Bien souvent la prostatite se caractérise par *une augmentation de volume des lobes de la prostate.* D'autre part ces lobes, au lieu d'être lisses, réguliers, élastiques, sont au contraire granuleux comme s'ils étaient remplis de grains de plomb. Ces indurations se disposent quelquefois en foyer formant de véritables nodules plus ou moins volumineux, noyau de cerise, noisette.

Dans les cas où les phénomènes de suppuration dominent, à côté des modifications de consistance de la glande dues à l'existence des nodosités, dont je vous parlais plus haut, existent des *zones dépressibles* qui font penser qu'il existe des cavités suppurées, ce qui en réalité est vrai dans bien des cas.

Une forme tout à fait particulière et qu'il faut connaître est la *forme hypertrophiante* pseudonéoplasique. Dans ce cas, la réaction prostatique et péri-prostatique est considérable : il s'agit d'un véritable phlegmon ligneux développé autour de la prostate, et, lorsque l'on pratique le toucher, on a l'impression qu'il ne s'agit pas d'une prostatite, mais d'un cancer de la prostate. La région prostatique est, en effet, le siège d'une masse volumineuse, irrégulière, mal limitée, de consistance très dure. Cette forme hypertrophiante rappelle très exactement l'aspect d'un cancer de la prostate.

Enfin au point de vue des symptômes fournis par le toucher rectal, il faut faire une part aux *prostatites chroniques, associées à un adénome péri-urétral,* une hypertrophie de la prostate. Il n'est pas rare de voir l'association de cet adénome péri-urétral, constituant l'hypertrophie de la prostate et d'une prostatite chronique vraie, folliculaire dans certains cas, suppurée dans d'autres. Dans ces cas, la suppuration est telle parfois que le diagnostic ne peut pas ne pas être fait, car si l'on constate nettement une hypertrophie de la prostate, il existe d'autre part un écoulement urétral important qui imposera le diagnostic. Mais dans d'autres cas lorsque la prostatite se caractérise par des nodosités dures existant dans les lobes prostatiques, ces nodosités perçues, comme si elles appartenaient à l'adénome péri-urétral, feront penser à une transformation épithélomateuse de l'adénome.

L'exploration digitale de la prostate sera complétée par un *massage assez doux* qui permettra parfois d'obtenir un écoulement par l'urètre, écoulement que nous ferons naturellement examiner. Dans le cas où cet écoulement ne se produirait pas, nous pourrons, le malade étant sondé, remplir la vessie avec un liquide limpide, puis recommencer un massage un peu plus appuyé et faire uriner le malade de façon à recueillir le liquide, dans lequel très souvent sera venu se déverser le liquide que le massage fera sortir de la prostate. Ce liquide sera examiné également au point de vue microscopique.

L'exploration digitale des vésicules séminales, très souvent enflammées en même temps que la prostate, est des plus importantes. Enfin il sera capital de reconnaître par *une exploration de l'urètre,* s'il existe ou non un rétrécissement.

En présence d'une infection prostatique, que nous considérons comme simplement localisée dans les acini glandulaires, nous pouvons instituer un traitement médical d'emblée, et très souvent nous verrons les phénomènes de prostatite rétrocéder et l'inflammation disparaître complètement. Mais dans beaucoup d'autres cas le traitement ne donnera aucun résultat ; il est alors indispensable de passer à des explorations plus compliquées. Ces explorations, nous les ferons d'emblée avant tout traitement médical si nous nous trouvons en présence d'une forme cavitaire ou d'une forme hypertrophiante, qu'aura fait reconnaître le toucher rectal.

Ces explorations consisteront tout d'abord dans l'*urétroscopie*, qui montrera des lésions variées de l'urètre prostatique : rougeur, œdème, mais quelquefois aussi productions polypeuses inflammatoires, qui peuvent influer dans une certaine mesure sur l'évacuation des glandes prostatiques.

Un autre exploration encore plus importante est *l'urétrographie*, pratiquée au moment où l'on injecte le liquide opaque dans l'urètre, et également au moment où le malade urine le liquide, que l'on aura injecté jusque dans la vessie. Cette urétrographie est une des explorations les plus capitales pour le diagnostic exact des lésions de la prostatite.

Dans la prostatite purement folliculaire le

canal ne présente pas de cavernes adjacentes au conduit urétral ; mais, dans les cas où il existe des cavités purulentes ouvertes dans l'urètre et que très souvent le doigt ne révèle pas, nous observerons des diverticules plus ou moins nombreux, des cavités parfois très importantes, qui se relient à l'urètre par des conduits de calibre plus ou moins important.

Le *diagnostic* des prostatites chroniques n'est pas toujours facile et dans beaucoup de cas, ou bien on prendra pour une prostatite chronique ce qui n'en est pas une, ou bien on prendra une prostatite chronique pour une affection tout à fait différente ; et d'autre part, lorsqu'on aura fait le diagnostic de prostatite chronique, il ne sera pas toujours facile d'apprécier l'importance des lésions, si l'on ne recourt pas à des explorations très complètes.

Beaucoup de malades, qui ont eu une blennorragie, restent complètement obsédés par cette blennorragie ; ils pensent ne pas être guéris, ils ressentent des sensations pénibles, disent-ils, dans les régions périnéale, anale, etc.; ils attirent l'attention des médecins sur leur prostate qu'ils croient malade, et souvent le médecin, ne sachant quelle étiquette mettre sur une affection déterminant ces douleurs, abondera dans leur sens, leur parlera de prostatite : et voilà l'affection ancrée dans leur esprit, et qui ne guérira pas malgré tous les traitements mis en œuvre, parce qu'en réalité il ne s'agit pas d'une prostatite. Chez beaucoup de ces malades, il s'agit purement et simplement de *névralgies* portant sur le système uro-génital inférieur, névralgies d'origine purement asthénique. Du reste, il ne faudra affirmer la névralgie que lorsque non seulement le toucher rectal ne donnera rien, que les examens de liquide prostatique ne feront constater qu'un liquide normal, et surtout qu'une urétrographie démontrera l'intégrité absolue de la région prostatique. En effet, lorsque nous ne pratiquions pas l'urétrographie, bien souvent nous mettions sur le compte d'une neurasthénie génitale ces phénomènes douloureux parce que le toucher rectal ne nous révélait rien d'anormal dans la prostate. L'urétrographie nous a démontré que certaines prostates, tout à fait normales au toucher, étaient bel et bien creusées de cavernes plus ou moins importantes, que le doigt ne nous révélait pas.

Une autre affection susceptible d'être prise pour une prostatite chronique est l'atonie prostatique. Il s'agit là d'une affection nettement d'origine asthénique. Du fait d'une asthénie d'une origine quelconque, les fibres musculaires de la prostate perdent leur contractilité et, sous l'influence de cette perte de contractilité, le liquide prostatique n'est pas évacué régulièrement comme il devrait l'être, les lobes prostatiques sont alors distendus par le liquide, apparaissent augmentés de volume, et le massage en fait sortir une quantité considérable de liquide. A l'examen, ce liquide est démontré dépourvu de toute purulence et il suffit de remonter l'état général des malades pour voir disparaître les troubles, que détermine cette évacuation défectueuse des lobes prostatiques.

Une urétrite postérieure peut également déterminer des troubles analogues à ceux de l'hypertrophie de la prostate. Là encore c'est par l'urétroscopie qui fera constater les lésions de l'urètre, par l'urétrographie que l'on pourra localiser l'affection à l'urètre sans l'étendre à la prostate.

Les vésiculites peuvent déterminer des douleurs très vives dans la région périnéale, qui feront parfois penser à la prostatite. Un doigt expérimenté reconnaîtra que les vésicules sont plus grosses, plus fermes, plus irrégulières qu'elles ne devraient l'être.

La tuberculose prostatique, en général, ne risque pas beaucoup d'être confondue avec une prostatite chronique banale. D'autre part, elle succède à des lésions de même nature épididymaires, ou bien celles-ci se rencontrent concomitantes avec une tuberculose urinaire : les noyaux qu'elle détermine ou les abcès très importants, auxquels elle peut aboutir, ne ressemblent pas aux lésions de la prostatite chronique.

Bien plus difficile à reconnaître est la prostatite chronique hypertrophiante, qui simule vraiment parfois le cancer de la prostate, au point que les urologues les plus expérimentés font encore des erreurs de diagnostic.

Le premier malade que j'ai eu l'occasion de voir atteint de cette prostatite était un malade, qui m'était envoyé d'Alger avec le diagnostic de cancer de la prostate. Le malade souffrait vivement de toute sa région périnéale, et, lorsque je pratiquai le toucher rectal, mon impression fut qu'il s'agissait bien d'un cancer de la prostate. Je dis mon avis à la famille, et, devant le pronostic fatal que je portai, on me demanda une consultation avec Bazy.

Au premier abord, celui-ci conclut comme moi au cancer de la prostate ; mais, en y réfléchissant, son attention fut attirée par la rapidité de l'évolution, par les douleurs très vives qu'éprouvait le malade au toucher rectal qui n'existent pas en général dans le cancer de la prostate. Et, sans pouvoir affirmer qu'il s'agissait d'une prostatite chronique, Bazy proposa d'aller inciser cette masse dure de la région prostatique.

L'opération pratiquée aboutit à une résolution extrêmement rapide de la masse, que nous avions considérée comme un cancer.

Depuis ce premier cas, j'ai eu l'occasion d'en rencontrer beaucoup et, dans nos salles précisément, deux malades se présentent atteints d'une

de ces prostatites, que nous pûmes distinguer du cancer de la prostate, en raison de leur évolution très rapide. Dans un cas, le simple traitement médical aboutit à la résolution de l'affection; dans l'autre l'incision amena l'issue d'une petite quantité de pus, qui fit disparaître les troubles provoqués par cette prostatite chronique.

Je pourrais vous citer beaucoup de cas semblables où l'erreur fut commise.

Il faut donc bien savoir que des prostatites chroniques par l'augmentation de volume qu'elle provoquent, non seulement du côté des lobes prostatiques, mais encore du côté de tous les tissus qui l'environnent, peuvent simuler à s'y méprendre le cancer de la prostate. L'évolution rapide de l'affection, les douleurs que le malade accuse au moment du toucher rectal doivent faire dans certains cas réserver le diagnostic et, dans d'autres, affirmer d'emblée qu'il ne s'agit pas d'un cancer.

De même également pour les prostatites chroniques qui coïncident avec l'hypertrophie de la prostate, prostatites donnant lieu à la formation de noyaux qui simuleront le début d'une transformation d'un adénome en cancer, — le diagnostic est parfois extrêmement délicat, et c'est l'évolution qui jugera souvent la question.

La *thérapeutique* varie beaucoup suivant la forme à laquelle on a affaire.

Lorsque l'on croit se trouver en présence de la forme folliculaire, on pourra toujours commencer par administrer par la voie rectale des calmants et des décongestionnants : petits lavements chauds avec 1 gramme d'antipyrine et dix gouttes de laudanum, suppositoires à la belladone et à l'antipyrine, ou de tout autre composition. Dans les formes très douloureuses l'aspirine ou l'antipyrine par la bouche seront très utiles. D'autre part, le massage est particulièrement indiqué dans cette forme pour évacuer les glandes remplies de pus ; mais ces massages doivent être faits sans brutalité, ne pas avoir une durée trop prolongée, au delà de trois à quatre minutes, et lorsqu'ils auront été faits deux fois par semaine, environ pendant un mois, on les abandonnera pendant un certain temps, pour les reprendre par la suite.

La diathermie peut avoir un effet très favorable également. Enfin il faut remonter l'état général, souvent très atteint, et administrer des préparations de phosphore ou d'arsenic pour combattre l'asthénie dont sont souvent atteints ces malades.

Je ne vous dirai rien des vaccins, les malades seront ravis si vous leur en donnez ; ils n'auront pas toujours l'efficacité qu'ils pensent.

Mais, si ce traitement ne paraît pas donner les résultats voulus, il faut se rendre compte de l'état des lésions par l'urétroscopie et surtout par l'urétrographie. Une destruction de polypes inflammatoires de la région prostatique peut favoriser l'évacuation des glandes. D'autre part, si l'urétrographie démontre des cavernes prostatiques, cela change beaucoup l'indication du traitement.

Dans les formes caverneuses caractérisées par les diverticules, que met en évidence l'urétrographie, s'il s'agit de petites cavernes peu nombreuses, peu volumineuses, les massages peuvent encore donner de bons résultats ; mais, lorsque nous avons affaire à des diverticules plus importants, l'ouverture de ces diverticules par la voie urétrale au moyen de l'étincelage est indispensable. Tant que ces cavités prostatiques ne seront pas largement ouvertes, elles continueront à suppurer et à entretenir l'inflammation de la prostate, malgré tous les traitements possibles. Et, lorsque nous avons affaire à une région prostatique criblée de ces diverticules, ressemblant absolument à une éponge, l'étincelage ne sera même plus suffisant ; il faudra par la voie haute aller ouvrir largement toute cette région prostatique infiltrée, en enlevant le col vésical et les tissus qui séparent la vessie de la région prostatique.

Quand la prostatite chronique se trouve associée à l'hypertrophie de la prostate et détermine des écoulements purulents extrêmement abondants, tous les traitements resteront sans valeur, tant que l'adénome péri-urétral sera en place. Le seul moyen de faire disparaître cette prostatite est de supprimer l'hypertrophie de la prostate. La suppression de l'adénome débloquera les cavités, dues à la prostatite suppurée, et mettra fin aux accidents de suppuration causés par cette prostatite.

Certaines prostatites pseudo-néplasiques guérissent d'elles-mêmes sous l'influence des traitements résolutifs ; mais il en est d'autres qui constituent de véritables affections inflammatoires ligneuses, qui n'ont aucune tendance à la résolution, et cependant, bien que la ressemblance avec le néoplasme soit très grande, il est possible d'affirmer qu'il ne s'agit pas de néoplasme. Dans ces cas, nul doute qu'il ne faille aller inciser la masse ligneuse constituée par la prostatite chronique, et, sans faire sortir de pus de cette masse ou en faisant sortir seulement une petite quantité, on arrivera cependant à la faire disparaître et à supprimer les troubles qu'elle a causés.

Quand une prostatite chronique a abouti à la longue à une maladie du col vésical et constitue un agent de dysurie très accentué, c'est par la résection endo-urétrale ou l'ablation du col vésical par la voie haute que l'on aura raison des phénomènes dysuriques.

CONGESTIONS PULMONAIRES ET PROCESSUS PNEUMONIQUES D'ALLURE IMPRÉCISE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

Diagnostic de leur nature tuberculeuse

Par le Dr P.-F. ARMAND-DELILLE

Médecin de l'Hôpital des Enfants Malades

La fréquence du processus tuberculeux d'allure pneumonique et l'importance qu'on doit leur attacher, a bien été mise en valeur, chez l'adulte, par Rist et Ameuille, ainsi que par Besançon et Brau.

Ces manifestation peuvent aussi s'observer, et s'observent même fréquemment chez l'enfant. Nous avons montré, avec Ch. Lestocquoy, qu'on pouvait en observer chez le jeune sujet des formes caractéristiques. Nous avons même pu par notre méthode des coupes frontales du thorax, juxtaposables aux radiographies, en fournir la preuve anatomique et montré qu'elles aboutissent souvent, chez lui, vu la rapidité du processus évolutif à cet âge, à la constitution d'une caverne précoce (1).

La mise en valeur de ces notions apporte beaucoup de précision au diagnostic des premières manifestations cliniques de la tuberculose pulmonaire ; elles en permettent le dépistage, dès l'apparition des premiers symptômes, à condition qu'ils soient correctement interprétés et qu'on ne néglige pas d'en rechercher la preuve bactériologique.

Cependant bien souvent encore, la nature de ces manifestations reste méconnue ! Il nous arrive, hélas trop fréquement, de recevoir dans notre service d'hôpital, ou d'examiner avec des confrères de la ville, de jeunes sujets, enfants ou adolescents, chez lesquels on découvre des lésions caséo-ulcéreuses déjà graves, alors qu'on aurait pu reconnaître la tuberculose dès la première manifestation de la congestion pulmonaire qu'on a considérée comme banale. Dans ces, cas il est souvent trop tard pour établir un pneumothorax, alors qu'on aurait pu le faire avec succès quelques mois auparavant, au moment où on s'était contenté de porter le diagnostic de *pneumonie abortive* ou de *congestion pulmonaire grippale.*

Il n'est donc pas inutile d'attirer l'attention du médecin sur l'importance d'un diagnostic précis, en présence de semblables éventualités. Nous possédons en effet aujourd'hui des méthodes d'investigation qui permettent d'affirmer, d'une manière indiscutable, la nature tuberculeuse de certains de ces processus pulmonaires congestifs.

On sait combien il est important, en présence d'une période fébrile qui ne fait pas sa preuve, de penser à la tuberculose. Un des grands mérites de notre regretté maître Landouzy a été d'établir, avant même la découverte du bacille de Koch, la nature tuberculeuse de la pleurésie sérofibrineuse et de décrire plus tard le syndrome « typhobacillose ». Comme confirmation de ses idées, nous avons pu démontrer, il y a quelques années, que si on pratique systématiquement l'examen radiologique du thorax au cours de certains états fébriles de cause inexpliquée, on peut souvent déceler des ombres pulmonaires anormales manifestant l'existence d'un foyer de condensation resté latent.

Il est tout aussi important, lorsqu'on se trouve en présence d'un processus de congestion pulmonaire débutant d'une manière brusque ou subaiguë et donnant des signes stéthacoustiques ou radiologiques avérés, de ne pas se contenter d'un diagnostic symptomatique, mais d'en contrôler la nature bactériologique.

Nous laisserons de côté le diagnostic de la pneumonie caséeuse vraie, dont Laënnec a magistralement décrit la symptomatologie et les caractères évolutifs qui permettent de la distinguer de la pneumonie franche. Nous croyons au contraire important d'insister sur la nécessité d'étudier et d'analyser à fond les caractères de certains processus pneumoniques, d'allure parfois atypique ou bâtarde, mais souvent, au début, très voisins des manifestations pneumococciques. Il importe au plus haut point, dans ces cas, de faire une recherche bactériologique, car cette méthode permet seule d'en connaître d'une manière précoce la véritable nature, et de ce fait, d'appliquer la thérapeutique appropriée tandis qu'il en est encore temps.

Maintenant que la radiologie et la bactériologie nous ont permis de mieux connaître ces phénomènes tuberculeux, on peut dire que leur allure clinique contraste cependant de diverses manières de celles qu'engendre le pneumocoque sous forme de pneumonie franche classique ou abortive, et de congestion pulmonaire aiguë (à pneumocoque) de l'enfance.

(1) Voir ; P. ARMAND DELILLE, Ch. LESTOCQUOY et R. HUGUENIN. — La tuberculose pulmonaire et les maladies de l'appareil respiratoire de l'enfant et de l'adolescent. Amédée Legrand, édit.

Le début même de l'affection peut présenter des différences. Tandis que la pneumonie à pneumocoques, pneumonie franche, débute solenellement « comme l'orage dans un ciel serein » l'apparition d'une tuberculose à forme pneumonique, même chez l'enfant, est souvent précédée d'une période prémonitoire de fatigue, d'asthénie ou d'excitabilité nerveuse, avec un fléchissement plus ou moins appréciable de l'état général, qui peut se manifester par une véritable perte de poids.

Dans certains cas cependant, l'enfant aussi bien que la grande fille ou le jeune homme, est pris en pleine santé apparente.

Au retour de l'école il éprouve une sensation de malaise, avec frisson, la température s'élève à 39°5, il y a un certain degré de prostration, assez souvent un point de côté, avec un peu de toux sèche et dyspnée d'effort. Le pouls est toujours rapide, mais peu tendu et pas vibrant. On peut noter de l'agitation, mais pas de méningisme !

Le lendemain, la température reste élevée, la toux devient plus fréquente mais il n'y a pas d'expectoration. A l'examen du thorax, on peut ne rien trouver mais dans d'autres cas, on constate très nettement une zone limitée de submatité, et dans la même région, l'auscultation permet de percevoir un souffle net quoique pu intense, avec des bouffées de râles fins à type congestif.

Si on pratique une radioscopie à ce moment, on constate dans l'un des poumons, une ombre en triangle pneumonique, à base axillaire, à sommet hilaire, ou bien même une zone d'obscurité plus diffuse, s'étendant parfois à tout un lobe.

Se basant sur ces symptômes, on porte en général le diagnostic de pneumonie franche.

Bien que très prévenu, il nous est arrivé encore tout récemment de faire pareille erreur.

C'était le 13 juillet dernier, deux jours avant notre départ en vacances. Un garçonnet de 6 ans est reçu dans mon service par l'interne de garde, parce qu'il a été pris de frisson dans la journée, et qu'il a 40°.

A l'examen, nous constatons de la matité du tiers supérieur du thorax, à droite, en avant et en arrière et dans l'aisselle, un souffle net avec bouffées de râles fins. Je conclus devant mes élèves qu'il s'agit d'une pneumonie franche, et pour en avoir confirmation, nous transportons l'enfant sous l'écran radioscopique. Nous constatons l'existence d'une ombre caractéristique, le vrai triangle pneumonique de Weill et Mouriquand, à base axillaire et sommet hilaire. Le lendemain, la température est encore à 39°5 et les signes physiques se confirment. Je laisse l'enfant au Dr Jean Lereboullet qui me remplaçait, en lui demandant de surveiller cette pneumonie.

Le surlendemain, la température, descendue dans la nuit, est à 37°3. Suivant la pratique journalière de mon service, on fait cependant un lavage d'estomac au réveil à l'enfant, avec examen bactériologique du sédiment. Le microscope y décèle de nombreux bacilles colorés par le Ziehl.

La suite a en effet montré qu'il s'agissait bien d'une pneumonie tuberculeuse, en ce sens que la température n'est jamais tombée au-dessous de 37°, qu'il n'y a pas eu de phénomènes critiques de bradycardie et polyurie, enfin les ombres radiologiques, au lieu de s'effacer progressivement pour disparaître en huit à douze jours, ont persisté pendant des mois, en s'estompant progressivement, mais étaient encore caractéristique trois mois après le début des accidents aigus. On dut se décider à pratiquer un pneumothorax et à envoyer l'enfant en sanatorium de montagne, il est actuellement en voie d'amélioration et, nous l'espérons, de guérison.

Ce n'est pas une exception que de rencontrer de tels cas. Rappelons qu'habituellement, l'évolution pathologique permet, au bout de quelques jours, de soupçonner tout au moins le diagnostic. Après cinq à six jours, la température, au lieu de descendre brusquement, au-dessous de 37 avec bradycardie et polyurie s'abaisse seulement en lysis et continue à osciller entre 37 et 38°, le pouls reste rapide, il persiste un peu de toux, mais sans expectorations. Au bout de quinze jours à trois semaines bien que l'enfant ait parfois, repris un peu de poids, on constate une ombre radiologique presque inchangée ; s'il s'agissait d'une pneumonie franche, l'hémithorax serait déjà redevenu transparent.

En présence d'un tel état, l'attention du médecin doit être éveillée. Il faut se garder de porter, trop à la légère, le diagnostic de congestion pulmonaire (banale) ou de grippe prolongée ; on doit toujours suspecter la tuberculose, et s'efforcer d'en faire la preuve, puisque aujourd'hui nous en possédons les moyens.

La première épreuve à pratiquer, celle qui est classique aujourd'hui en pédiatrie, c'est la cuti-réaction. Tout enfant qui a une cuti-réaction positive a été touché par la tuberculose. Cette règle est absolue. On a cru pendant quelque temps que le fait d'une vaccination antérieure au B. C. G. pouvait donner une cuti-réaction positive persistante. On sait maintenant que le vaccin Calmette, administré par voie buccale, ne donne une cuti-réaction que légère et de courte durée. Dans un travail récemment publié avec Lestocquoy et Mme Banu, nous avons montré que lorsqu'un nourrisson vacciné au B. C. G. présentait une cuti-réaction franchement positive, c'est qu'il avait été soumis à un contact infectant.

Pendant la période fébrile aiguë, le petit

malade peut, il est vrai, se trouver en état d'anergie, de sorte que la cuti-réaction sera négative, mais dès que la température diminue et qu'il est seulement à l'état subfébrile, la cuti-réaction redevient positive et donne la signature de l'infection.

Cependant, cette réaction peut n'être pas forcément en rapport avec les phénomènes pneumoniques observés. Pour affirmer ce rapport, il faut le contrôle bactériologique, la démonstration que le bacille se trouve dans les lésions ?

Nous possédons aujourd'hui le moyen de le démontrer, grâce à la méthode de la recherche du bacille de Koch dans le contenu gastrique, procédé dont l'idée première revient à H. Meunier, qui l'a proposé et employé dès 1898, mais qui n'a été utilisée systématiquement comme méthode d'investigation que depuis que nous l'avons perfectionné avec notre élève H. Vibert, et avons montré la haute valeur de son emploi systématique (1).

Elle est basée sur le fait que l'enfant ne sait pas cracher et que par conséquent, son estomac est son crachoir naturel. Mais il n'est d'aucune utilité d'analyser les crachats lorsque l'enfant est déjà à la période ultime de sa tuberculose pulmonaire, comme dans les cas où Meunier l'avait employée. L'utilité de la méthode, c'est de l'utiliser pour le diagnostic précoce ; à ce moment, les bacilles sont en général peu abondants, aussi pour les trouver, faut-il compléter la recherche par l'emploi de l'homogénéisation et de la centrifugation, comme nous l'avons démontré dans nos études avec J. Vibert, en 1925 et 1926. Après notre première publication, le contrôle de la valeur de notre méthode a d'abord été fait à l'étranger, puis en France, et aujourd'hui elle s'est généralisée dans les services d'hôpitaux et les sanatoria.

Les progrès de la technique bactériologique ont permis d'y apporter comme complément, non seulement l'inoculation au cobaye, sur la valeur de laquelle ont d'abord insisté Poulsen et Jensen, de Copenhague, mais aussi la culture sur milieu de Lœwensthein ainsi que l'ont indiqué Saenz et Costil, ce qui permet parfois de déceler le microbe dans le sédiment d'homogédisation centrifugé, alors que l'examen direct sur lame était resté négatif.

Dans les tuberculoses à forme pneumonique, la réponse de l'examen bactériologique du liquide de lavage de l'estomac (pratiqué le matin à jeun) est presque toujours positive. C'est dans une très grande porportion qu'on décèle le bacille par coloration au Ziehl du sédiment étalé sur lame, même sans homogénisasion on peut rendre la constatation plus facile, en employant le procédé de la *goutte* épaisse, récemment recommandé par Koganas et Naganas. Si, malgré ce perfectionnement, l'examen reste négatif, il faut le répéter une deuxième et même une troisième fois à deux jours d'intervalle.

Lorsqu'on n'a pu déceler la présence du bacille par simple examen sur lames le diagnostic est immédiatement confirmé, — mais parfois, cependant, on n'arrive pas à le trouver — il faut alors attendre le résultat de l'ensemencement sur milieu de Lœwenstein, ce qui demande environ trois semaines — ou à défaut le résultat de l'inoculation au cobaye, ce qui est plus long, puisque même en contrôlant l'état des ganglions inguinaux ou axillaires, il faut environ six semaines.

Si le diagnostic bactériologique est immédiatement confirmatif, on devra prendre, sans plus attendre, les décisions thérapeutiques nécessaires. Il y a certainement des formes pneumoniques qui peuvent régresser spontanément, en parti-

(1) La technique en est extrêmement souple et facile Voici de quelle manière nous procédons :

Le lavage de l'estomac est pratiqué le matin à jeun, aussi près que possible du réveil. Pratiquement, dans notre service d'hôpital, il est fait vers 7 h. 30 aussitôt après l'arrivée des infirmières de l'équipe de jour.

L'enfant étant maintenu par une aide, la sonde gastrique de caoutchouc, proportionnée à l'âge, est enduite de glycérine et introduite par l'œsophage jusque dans la cavité gastrique. On verse alors 125 c. c. d'eau additionnée de bicarbonate de soude à 3 pour 1000 dans l'entonnoir et on manœuvre comme pour un lavage d'estomac, en abaissant l'entonnoir et en siphonnant. Le liquide de lavage est recueilli dans une cuvette, puis versé dans un verre à pied. Si l'enfant a des contractions antipéristaltiques et vomit un peu de liquide et de mucus œsophagiens, ces résidus sont ajoutés au liquide recueilli par tubage. La totalité du liquide recueilli est alors centrifugée (ou bien sédimentée par un repos de vingt-quatre heures) et le sédiment traité par de l'acide sulfurique à 15 pour 100 (Nous avons employé au début l'homogénéisation à la soude, comme dans la méthode de Bezançon et Philibert ; nous employons maintenant la solution sulfurique à 15 %, qui permet l'ensemencement sur Lœwenstein, en détruisant les autres microbes sans nuire à la vitalité du bacille de Koch).

Après vingt minutes de contact, le liquide est neutralisé à la soude, avec contrôle par adjonction de teinture de tournesol stérilisée, puis dilué dans la quantité nécessaire d'eau pour remplir deux tubes de la centrifuge. On centrifuge. On décante le liquide et on prélève d'abord à l'aide d'une pipette capillaire une petite quantité du sédiment qui est déposé sur deux lames pour coloration au Ziehl bleu, puis on délaye le reste du sédiment dans 2 c. c. d'eau physiologique. Une moitié du volume de cette suspension est ensemencée sur deux tubes au minimum, mais si possible six ou huit tubes de milieu de Lœwenstein ; l'autre moitié est inoculée sous la peau de la cuisse à deux cobayes (1) (2).

(1) P.-F. Armand-Delille et G. Kerambrun. — Valeur de la recherche du bacille de Koch dans le contenu gastrique recueilli à jeun pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. (*La Presse Médicale*, n° 10, du 3 février 1937).

(2) P. Armand-Delille et J. Vibert. — Le diagnostic bactériologique de la tuberculose pulmonaire de jeunes enfants par l'examen du contenu gastrique *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 15 mars 1927, 47 373 ; *La Presse Médicale*, 30 mars 1927, n° 25 ; *Académie de Médecine*, 23 décembre 1930.

culier sous l'action d'une cure sanatoriale, mais c'est l'exception. Chez les grands enfants ou les adolescents, on voit presque toujours le centre de la lésion se ramollir et aboutir rapidement à la constitution d'une caverne ronde, dite caverne précoce (Frühkaverne des auteurs allemands). Il est donc sage et prudent de pratiquer d'une manière précoce, aussitôt après la descente thermique, le pneumothorax artificiel dont l'innocuité est absolue ; il amène presque toujours la guérison si l'autre poumon reste indemne. Cette intervention ne nous a jamais donné de regrets, au contraire, nous avons eu a déplorer bien souvent les conséquences d'une tergiversation, en voyant se produire extension et généralisation rapide, ou formation d'adhérences qui rendent plus tard le pneumothorax inopérant.

Si la preuve bactériologique ne peut s'obtenir d'emblée, on en est réduit à l'expectative en suivant attentivement le jeune sujet sous l'écran radiologique et au moyen de radiographies répétées dans les dix ou quinze jours, — pour en observer la régression, ce qui est malheureusement trop rare ; en général l'extension et la nature tuberculeuse se confirment à un moment donné par la constatation des bacilles dans le contenu gastrique.

Dans certains cas, en présence d'un foyer pneumonique qui ne régresse pas, et s'accompagne d'un état général mauvais, il faut savoir se décider à pratiquer un pneumothorax malgré la constatation négative sur lame et sans attendre le résultat de la culture et de l'inoculation. Nous avons eu, dans bien des cas à nous féliciter de cette pratique. Je n'en citerai que deux exemples.

L'un, celui d'un garçon de 14 ans entré il y a onze ans dans notre service de l'hôpital Hérold avec tous les signes d'une pneumonie du lobe supérieur droit, chute de la température en lysis, mais persistance radiologique de l'image de lobite. La recherche des bacilles dans le liquide gastrique reste négative sur lame. Nous pratiquons le pneumothorax. Le lendemain de la première insufflation, on trouvait des bacilles en abondance dans le liquide gastrique. Notre petit malade a guéri après quatre ans de pneumothorax. C'est maintenant un homme robuste de 25 ans qui a fait son service militaire.

L'autre concerne une grande jeune fille chez laquelle nous constatons après une hémoptysie, la persistance d'une condensation sous-claviculaire gauche. Lavage d'estomac négatif sur lame et même en culture. Devant la persistance de l'ombre, et le mauvais état général, nous décidons et pratiquons le pneumothorax. Le lendemain de la première insufflation, expectoration de deux crachats muco-purulents : on y décèle de très nombreux bacilles de Koch.

De toute manière, que le pneumothorax ait été pratiqué d'emblée ou qu'il s'agisse seulement de mettre l'enfant en observation, il faut instituer le plus rapidement possible la cure sanatoriale au grand air et en altitude de préférence (au-dessus de 1.000 mètres). Cette cure devra être faite dans un établissement approprié et bien surveillé par un médecin compétent. C'est de beaucoup ce qui donne le plus de garantie et permet l'entretien ou la mise en jeu du pneumothorax dans les conditions optima. A défaut on pourra installer l'enfant en cure libre, toujours sous le contrôle d'un médecin spécialisé, mais il faut savoir, qu'en particulier pour l'enfant, la discipline est beaucoup plus difficile à faire observer lorsqu'il conserve sa mère auprès de lui.

Certaines formes, nous l'avons dit, peuvent régresser spontanément ; mais si on n'est pas intervenu il faut survellier avec une attention toute particulière, la courbe de poids, la température et l'évolution de l'ombre radiologique. Si un ou plusieurs de ces éléments de critérium se modifie dans le mauvais sens, il ne faut pas négliger de répéter l'étude du contenu gastrique, et si elle devient positive, il ne faut pas hésiter à employer la collapsothérapie, ce traitement seul permet de mettre le poumon réellement au repos et d'augmenter ainsi, d'une manière considérable, les chances de guérison.

***

Nous n'avons parlé, dans cette étude, que des formes pneumoniques de la tuberculose pulmonaire chez les jeunes sujets, et nous n'avons pas voulu entreprendre une étude diagnostique de toutes les formes de condensations pulmonaires ; rappelons en terminant, que certaines formes torpides de suppurations pulmonaires [nous en avons encore récemment rapporté un cas (1)] peuvent au contraire simuler la tuberculose et ce n'est que l'absence du bacille, confirmée par des examens répétés et négatifs à l'inoculation et à la culture, complétée par l'injection de lipiodol et la bronchoscopie qui permet d'arriver à établir un diagnostic précis en éliminant la tuberculose.

C'est une éventualité rare, et nous l'avons dit, l'erreur inverse est malheureusement trop fréquente, aussi pensons-nous qu'en présence de toute condensation pulmonaire dont la nature pneumococcique ne peut être nettement précisée, il faut suspecter la tuberculose et employer les moyens d'investigation que la science met maintenant à notre portée, pour arriver au diagnostic précis dont la précocité commande l'avenir et bien souvent la vie du jeune malade.

---

(1) Société de Pédiatrie, octobre 1938.

LE BORGNE EST-IL UTILISABLE DANS L'ARMÉE ?

Par Etienne GINESTOUS (de Bordeaux)

La question hors de propos après guerre, a repris de son actualité.

Malgré son invalidité indiscutable — n'en déplaise à certain incompétent de la physiologie fantaisiste — le borgne est-il capable, suivant les moyens qui lui restent, de participer aux services de l'armée ?

Tout d'abord, il faut s'entendre sur la signification à donner au mot borgne.

La solution est différente suivant la compréhension du terme. Borgne dériverait du bas breton born ; mais ce n'est là qu'une simple hypothèse et en fait l'étymologie demeure inconnue. Le dictionnaire définit ainsi le mot borgne « qui ne voit que d'un œil ou qui a perdu un œil ». La multitude — celle qui constitue l'opinion publique — est beaucoup plus restrictive ; elle attache au mot borgne l'idée d'une déformation visible, de la perte de l'organe et dans son esprit l'appellation de borgne prend même souvent un caractère désobligeant, presque d'outrage. Coulomb (1) dont la spécialité professionnelle est précisément de réparer le disgracieux de pareille atteinte a écrit sur ce sujet un mémoire tendant à substituer au mot répulsif de *borgne* un synonyme moins accablant parce que moins populairement... ou impopulairement connu : *monophtalme*, *heterophtalme*.

La substitution n'a pas prévalu ; car, eût-elle été admise dans le vocabulaire scientifique il eût été bien difficile de la faire adopter dans le langage courant consacré par l'usage. On ne réforme pas ainsi la langue d'un peuple...

Nous avons donc deux catégories de *borgnes* :

1° *Ceux qui ont perdu un œil.*

2° *Ceux qui, tout en conservant l'organe, ont perdu la vision.*

Entre les deux, il existe une différence mais simplement esthétique. L'infirmité du premier apparaît à tous les regards, tandis que celle de l'autre peut être cachée sous l'aspect illusoire d'un œil normal. Par contre, au point de vue physiologique, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas conservation apparente de l'organe, les deux états sont identiques ; l'un et l'autre ont perdu la vision d'un œil ; pour l'un comme pour l'autre, le préjudice fonctionnel est le même.

Il n'est pas sans intérêt de préciser cette distinction ; car sur elle est basée la réglementation que nous nous réservons de discuter fixant les conditions d'aptitude des borgnes au service militaire.

(1) R. COULOMB. — A propos du mot borgne. *Arch. d'opht.*, 1914.

Borgnes avec conservation de l'œil

Une question préjudicielle se pose. Quelle est la limite de la cécité ? Sur ce sujet, il a été beaucoup discuté et l'interprétation a varié suivant les auteurs et suivant les temps. Durant une longue période, la limite fut fixée au-dessous de 1/10. Ce fut l'opinion de Truc et Trousseau (Société française d'ophtalmologie, mai 1902). C'est ainsi que l'instruction du Conseil de santé des armées du 17 mars 1890 reproduite sous des formules à peu près semblables dans les instructions du 13 mars 1894 et du 31 janvier 1902 fixait à 1/10e le minimum d'acuité visuelle d'un œil permettant l'admission au service militaire soit armé soit auxiliaire suivant la valeur de l'autre. Un médecin d'armée, ophtalmologiste de grande notoriété le médecin inspecteur Chavasse, discutant le rapport Truc et Trousseau à la Société française d'ophtalmologie (mai 1902) considéra la limite proposée 1/10 trop élevée et demanda de la réduire à 1/15 ou 1/20. C'est cette limite 1/20 pour un œil qui est actuellement admise et qui depuis l'instruction du 22 octobre 1905, reproduite dans celle du 30 janvier 1925, fixe l'aptitude au service militaire.

Dès lors, en acceptant cette limite d'acuité monoculaire infime 1/20, le règlement d'aptitude militaire a prononcé l'admission dans l'armée, des borgnes, du moins de ceux ayant perdu avec conservation du globe la vision d'un œil ; car, c'est actuellement une notion acquise qu'une acuité 1/20 correspond pratiquement à la cécité. Dans une de ses dernières publications, le Professeur Félix Lagrange écrivait: « Toute acuité manifestement au-dessous de 1/20 représente une incapacité totale de travailler... »

Borgnes avec perte de l'œil

L'article 48 de l'instruction du 30 janvier 1925 rend « incompatible avec le service militaire la perte d'un globe oculaire (énucléation, mutilation, atrophie, etc.). »

***

Qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas conservation du globe, quelle différence existe-t-il entre le trouble fonctionnel de l'un et de l'autre ? Aucune. Tous deux ont perdu la vision binoculaire. La question se résume dès lors à celle-ci : *la perte de*

la vision binoculaire est-elle compatible avec le service militaire ? La solution n'est pas dans une formule unique. Elle est variable suivant l'arme ou l'utilisation du soldat. Le capitaine breveté André Lafargue (1) dans un ouvrage très documenté dit : « Il est grand temps que notre infanterie s'imprègne fortement de cette idée qui est vraie pour toutes les armes et pour tous les échelons du commandement : celui qui voit est le maître du champ de bataille... ». Cela est vrai. Mais les exigences visuelles ne sont pas les mêmes pour le combattant et pour le mobilisé utilisé dans les services annexes d'intendance, d'administration ou de bureau. Le métier militaire comprend des catégories ayant chacune ses nécessités professionnelles d'aptitude visuelle.

Dans un mémoire (2) favorablement accueilli par le Service de santé militaire en 1915, nous demandions en prenant pour élément de base le degré de l'acuité binoculaire la constitution d'un indice visuel qui aurait été une donnée indicative dans les affections.

« La perception des trois dimensions de l'espace est l'attribnt essentiel de l'acte binoculaire (Giraud-Teulon) (3). C'est dire quelle est dans le service d'exploration l'importance de cette fonction physiologique. Par elle, nous sont en effet fournies lês notions de la distance, de la profondeur, du relief, sans laquelle il ne saurait y avoir de projection exacte des sensations visuelles.

L'appréciation des distances est des plus importantes ; d'elle dépend la localisation exacte d'un objectif à atteindre, la connaissance précise de la situation de l'ennemi, etc. ; aussi l'instruction sur la pratique du tir du 1er septembre 1920 (p. 159-164) s'occupe-t-elle longuement de cette détermination. L'appréciation directe des distances à la vue « constitue le procédé le plus rapide et le plus simple, c'est celui auquel on aura le plus souvent recours au combat. »

Buffon (4) dans son *Histoire naturelle* avait déjà fait cette constatation : « Il n'est pas douteux que dans une file de vingt soldats, le premier, dont je suppose qu'on soit fort près, ne nous parût beaucoup plus grand que le dernier, si nous en jugions seulement par les yeux, et si, par le toucher, nous n'avions pas pris l'habitude de juger grand le même objet ou des objets semblables à différentes distances. Nous savons que le dernier soldat comme le premier est un soldat ; dès lors, nous le jugeons de la même grandeur, comme nous jugerions que le premier serait toujours de la même grandeur quand il passerait de la tête à la queue de la file... ». Il est très nettement établi par la physiologie que si, par la différence des efforts accommodatifs, la vision monoculaire serait insuffisante à nous donner sur ce point une connaissance précise, la vision binoculaire seule, par l'effort musculaire de convergence est capable de nous fournir des perceptions parfaites. « La disposition des deux yeux qui accompagnent l'angle formé par les rayons visuels qui se coupent et se rencontrent dans l'objet, est un des meilleurs et plus universels moyens dont l'âme se serve pour juger de la distance des choses » (Malebranche : Traité des sens).

La vision binoculaire présente de plus sur la vision monoculaire une autre supériorité. Le champ visuel monoculaire supporte une réduction de 1 /6 par rapport au champ visuel binoculaire ; et cela n'est pas sans importance pour le combattant.

Par contre, si la vision binoculaire présente des avantages si incontestables, la vision monoculaire possède sa supériorité dans l'accomplissement de certains actes militaires. Le tir est essentiellement un acte de vision monoculaire. Pour viser — bien viser — le tireur ferme un œil ; et à ce point de vue, pour obtenir des tirs précis, celui qui ne possède que la vision monoculaire, le borgne, est dans des conditions meilleures que celui qui jouit de la vision des deux yeux. Cela explique — ce que dans des travaux antérieurs nous avons établi avec Coullaud (1) — que de nombreux champions de tir ont une mauvaise vision ou même ont complètement perdu la vision d'un œil.

Donc, le combattant exige la vision binoculaire lui permettant une appréciation parfaite des distances et un champ visuel étendu. Mais ce qui est nécessaire, indispensable à ce combattant est inutile à celui qui sans prendre part à la bataille rend cependant des services à l'armée. Qu'est-il besoin de la vision binoculaire pour assurer l'approvisionnement des troupes ou préparer les papiers de l'Administration ? Pourquoi donc par une formule unique et trop générale l'imposer à l'un comme à l'autre ? Au surplus, la vision binoculaire nécessite une acuité visuelle minimum de 5 /10 de l'œil le plus mauvais. Il en résulte que si l'intégrité de la vision binoculaire est essentielle pour l'accomplissement du service armé, les conditions d'aptitude physique qui acceptent les hommes ayant une acuité visuelle de 1 /20 ne sont pas suffisamment exclusives. Il faut être logique. Nous ba-

(1) Capitaine breveté André Lafargue. — L'infanterie dans la bataille des yeux. Charles Lavauzelle et Cie, 1927.

(2) L'indice visuel d'aptitude au service militaire. *Arch. de méd. et de pharm. militaire*, 1915, pp. 718-724.

(3) Giraud-Teulon. — La vision et ses anomalies p. 574.

(4) Buffon. — Histoire naturelle.

(1) Ginestous et Coullaud. La vision des tireurs (*Arch. d'opht.*, mai 1900). — La vision dans le tir d'artillerie. (*Arch. d'opht.*, 1908).

sant sur ces raisons, dans une communication que voulut bien faire en notre nom à l'Académie de médecine M. le Professeur Gariel (1) nous disions : « Si une acuité visuelle de 1/20 pour l'œil le plus mauvais est suffisante, il n'y a pas de raison pour abaisser encore les limites de cette acuité et accepter, non plus seulement pour les services auxiliaires mais même pour le service armé, les hommes dont la vision est complètement abolie... Et même, pourquoi maintenir au nombre des causes d'exclusion les difformités apparentes des borgnes ? Même en prenant le mot dans son sens le plus général, même après l'énucléation complète et la prothèse, il nous semble que le borgne serait encore capable de contribuer à la défense de la Patrie. Si la difformité doit, pour des raisons d'esthétique et de prestige, éloigner de l'armée combattante, du moins, nous semble-t-il, elle pourrait être compatible avec des services auxiliaires, trop occupés, affirme-t-on par des militaires actifs... ».

Nous eumes la satisfaction de voir ces observations écoutées par le Service de santé militaire. L'instruction d'aptitude physique de 20 décembre 1916 permit de maintenir dans le service auxiliaire « les borgnes pouvant bénéficier d'une prothèse régulière et possédant une acuité d'un quart ». Cette disposition qui admettait dans les services auxiliaires les énucléés munis de prothèse fut maintenue dans le règlement du 25 juillet 1917. Roger Masson (1) qui a écrit sur *le borgne* une thèse très documentée inspirée par Coutela, se référant aux publications de Giraud (*Annales d'oculistique,* 1923) reproduit comme étant toujours en vigueur en 1933 l'instruction du 20 décembre 1916... C'est là — nous le regrettons — une erreur. Cette instruction qui avait réalisé notre vœu de 1915 en permettant l'incorporation des énucléés dans les services auxiliaires a été supprimée par l'article 48 de l'instruction sur l'aptitude physique du 30 janvier 1925 qui déclare incompatible avec le service militaire la perte d'un globe oculaire (énucléation, mutilations, atrophie, etc.).

Nous sommes revenus à la réglementation d'avant-guerre. Nous ne pouvons donc que renouveler le vœu que nous avions formulé en 1915 qui avait été exaucé en 1916, et demander aujourd'hui comme alors l'admission dans les services auxiliaires de l'armée des borgnes, fussent-ils énucléés. Les événements récents n'ont que trop démontré la nécessité d'utiliser pour la défense de la patrie toutes les capacité, seraient-elles réduites par la perte d'un œil.

(1) L'aptitude au service militaire. (Académie de médecine, 8 avril 1915.)

(1) Roger-Joseph Masson. — Le borgne. Etude physiologique professionnelle et médico-légale. Thèse de doctorat, Paris 1933.

VACCINATIONS ASSOCIÉES

Voici, d'après M. le Professeur Ramon, la technique et les doses des principales vaccinations associées :

A. — *Vaccination antidiphtérique-antitétanique.* — Trois injections (2), à trois semaines d'intervalle, chacune de 2 c. c. du mélange d'anatoxine diphtérique et d'anatoxine tétanique, mélange préparé dans l'ampoule ou effectué extemporanément.

B. — *Vaccination antityphoparatyphoïdique-antidiphtérique.* — Trois injections, à trois semaines d'intervalle, la première de 1 c. c., les deux autres de 2 c. c. chacune, du vaccin mixte préparé d'avance dans l'ampoule ou du mélange extemporané des deux vaccins aspirés dans la seringue.

C. — *Vaccination antityphoparatyphoïdique-antitétanique.* — Trois injections, à trois semaines d'intervalle, la première de 1 c. c., les deux autres de 2 c. c. chacune, de vaccin mixte prêt dans l'ampoule ou mélangé extemporanément.

D. — *Vaccination antityphoparatyphoïdique-antidiphtérique-antitétanique.* — Trois injections, la première de 1 c. c., les deux autres de 2 c. c. chacune, de vaccin mixte prêt dans l'ampoule, à trois semaines d'intervalle (intervalle pouvant être ramené à quinze jours, en cas de nécessité impérieuse).

Vaccinations associées chez l'enfant. — Chez les enfants de moins de 10 ans, qui, on le sait, peuvent réagir assez fortement au T. A. B., il est préférable de recourir à des doses plus faibles que chez l'adulte. La posologie pourra être la suivante : quatre injections, à quinze jours d'intervalle de 0 c. c. 5, 1 c. c., 1 c. c. 1/2 du vaccin mixte dans la composition duquel entre le T. A. B.

Injection de rappel. — Injection unique, de 2 c. c., du vaccin mixte employé lors de la vaccination. Elle sera faite de préférence un an après la vaccination ou à n'importe quel moment, à l'occasion par exemple d'une épidémie (diphtérie, fièvre typhoïde) ou d'un traumatisme (tétanos).

P. Lacroix.

(2) Les vaccinations antitétanique et antityphoïdique demandent, dans l'état actuel de nos connaissances trois injections.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

■ ■ ■

Comment envisager un traitement rationnel de l'impuissance sexuelle chez l'homme

D'après les Professeurs DARGET (de Bordeaux) et FOUCAULT (de Poitiers) (*)

Notions préliminaires

« L'on croit volontiers que l'impuissance sexuelle masculine correspond à une entité clinique bien définie, dont la pathogénie et les manifestations sont faciles à élucider, et dont la thérapeutique peut se résumer à quelques notions évidentes, sinon élémentaires.

« Rien n'est plus complexe, au contraire, que le problème de l'impuissance, où entrent en jeu des malformations congénitales, des reliquats d'affections vénériennes, des déficiences glandulaires, des troubles de psychisme, des considérations morales ou autres, que viennent parfois masquer des sentiments de pudeur ou des réticences volontaires. Vis-à-vis des malades qui consentent, parfois avec confusion, se déclarer « impuissants » le médecin devra déployer tout son sens clinique, toute sa sagacité, afin d'éclairer la réalité du trouble génital, sa modalité d'apparition, les circonstances qui l'entourent, la phase du rapport sexuel au cours duquel il se manifeste, l'état mental qui l'accompagne, enfin l'âge, la nature, la qualité du terrain sur lequel il évolue. »

Pour envisager le côté pratique de la question, voici comment les choses se passent dans la réalité.

Schématiquement, trois catégories de malades viennent consulter le médecin pour troubles se rapportant à l'acte génésique : des *adolescents*, atteints de malformations congénitales ; des *adultes* vénériens ou non ; des *hommes âgés*, chez qui la sénescence est apparue.

L'ADULTE EST PRINCIPALEMENT ATTEINT DE MALFORMATION CONGÉNITALE OU DE MALADIE VÉNÉRIENNE

Avec la situation de l'adulte peut se confondre, en ce qui concerne les malformations congénitales, celle de l'*adolescent*, pour lequel il s'agit, en quelque sorte, du traitement préventif d'une impuissance, qui ne s'est pas encore manifestée. L'adolescent en effet, parfois même l'enfant, est amené au médecin par ses parents, qui s'inquiètent d'une malformation constatée lors de la naissance, mais qui, avec l'âge et le développement des organes génitaux, prend une importance, qu'ils ne savent souvent estimer à sa juste valeur.

On peut ainsi se trouver en présence d'une malformation bénigne : un phimosis trop serré, une cryptorchidie inguinale, un hypospadias ; parfois d'une malformation grave : une cryptorchidie ilio-lombaire ou une anorchidie. Jusqu'ici les indications thérapeutiques sont faciles à établir.

Ce premier point mis à part, la situation de l'adulte impuissant se sépare cependant de celle de l'adolescent. L'impuissance de l'adulte est chose plus complexe, et sa cause réelle n'apparaîtra souvent qu'à la suite d'un examen minutieux.

La première question, qui se pose, est de savoir si l'on se trouve en face d'un vénérien. La blennorragie chronique est, en effet, une cause importante d'impuissance chez l'homme jeune, et elle entraîne des troubles de toutes les phases du coït : érection, éjaculation, impulsions sexuelles même.

L'interrogatoire doit porter sur la date des atteintes de la gonococcie, leur mode de traitement, la persistance de l'écoulement, le début de l'apparition des troubles sexuels. On examinera ensuite la quantité et la qualité de la sécrétion ; on y recherchera le gonocoque soit directement, soit par spermo-culture. On pratiquera enfin les examens habituels : toucher prostatique et vésiculaire, cathétérisme de l'urètre à la bougie olivaire, palpation de l'urètre sur bougie ; parfois il sera nécessaire de faire une urétrographie. On sera ainsi amené à déceler une urétrite, une prostato-vésiculite, un rétrécissement ; on pourra mettre en évidence un calcul, un abcès péri-urétral, une induration du corps caverneux.

Le médecin se souviendra que les inflamma-

(*) De la conduite à tenir en présence de l'impuissance sexuelle chez l'homme. (*L'Actualité médico-chirurgicale*, novembre 1938.)

tions chroniques de l'*urètre postérieur* sont, beaucoup plus souvent que celles de l'urètre antérieur, à l'origine des impuissances juvéniles. Le *veru montanum, centre reflexogène de l'érection*, est très souvent atteint dans ces cas. On sera donc amené à pratiquer une urétroscopie postérieure, afin de déceler un état congestif de la muqueuse urétrale, qui saigne au contact de l'instrument ; le veru montanum, en particulier, est souvent turgescent, œdématié, occupant toute la lumière de l'urétroscope.

La *thérapeutique de l'impuissance juvénile vénérienne* comporte de façon formelle le traitement complet de l'affection causale ; c'est par les soins locaux minutieux, les auto-vaccins, la galvano-cautérisation de l'urètre postérieur, l'étincelage du veru montanum, que l'on pourra faire disparaître notamment les signes de congestion ; en même temps s'améliorera la fonction génésique.

Mais l'impuissance se complique parfois d'un certain *psychisme*. On a pu dire que le malade, qui justifiait la dénomination d' « *impuissant psychique* », était souvent un vénérien, qui s'ignore. D'où l'importance, en pareille occurrence, de rechercher soigneusement la possibilité d'une « épine irritative », dont il vient d'être question, afin d'appliquer un traitement rationnel.

Cependant, *si l'impuissance persiste après la guérison locale*, cliniquement et bactériologiquement constatée, de la blennorragie ainsi que de ses complications, il convient d'envisager la possibilité de quelque *trouble endocrinien concomitant*.

On sait notamment que l'équilibre des sécrétions, externe et interne, du testicule est soumis à la régulation des autres éléments constitutifs du système glandulaire de l'économie.

Les deux produits hormonaux de la glande interstitielle, l'un androgène (le testostérone), l'autre œstrogène, sont stimulés par les hormones du lobe antérieur de l'hypophyse : les gonadostimulines A et B. On pourra donc prescrire la médication opothérapique sous forme de propionate de testostérone ou d'extraits gonado-stimulants de lobe antérieur d'hypophyse.

Sans entrer dans plus de détails, rappelons que le corps thyroïde, la surrénale, le thymus, l'épiphyse excitent le fonctionnement du testicule ou favorisent l'apparition des caractères sexuels : il faudra donc envisager un basedow fruste, un addisonisme atténué, etc., les altérations majeures des glandes endocrines ne devant faire l'objet d'aucun doute (infantilisme, nanisme, acromégalie, maladie de Simmonds, etc.).

Après ce traitement régulièrement suivi, la persistance de déficience génitale fera penser que l'impuissance psychique est entretenue par une *déficience physiologique du testicule* ; en ce cas, l'isophénolisation du cordon spermatique ou opération de Döppler, équivaut à une sympathectomie chimique du cordon, qui améliore le régime circulatoire du testicule, et fait réapparaître la force génésique.

On n'oubliera pas enfin qu'il existe des impuissances uniquement liées à une *affection organique* : tabès incipiens, sclérose en plaques, myélites, syringomyélie, traumatisme médullaire. Cette considération s'appliquera d'ailleurs aussi bien à l'adulte qu'à l'homme âgé.

L'homme âgé, ancien vénérien ou sénescent actuel

Chez le sujet âgé, l'impuissance apparaît tout d'abord comme un processus normal, lié à la sénescence. Mais avant d'aborder cette hypothèse il faut envisager les maladies nerveuses organiques, citées plus haut, comme aussi le passé vénérien ; à ce dernier point de vue les mêmes considérations, exposées à propos de l'adulte, s'appliquent au sujet plus âgé, chez lequel la sénescence peut être provisoirement écartée.

C'est au même titre que le *prostatisme* sera recherché, puisque chez le *prostatique* les fonctions et le sens génital sont souvent altérés, les troubles de l'érection et de l'éjaculation venant se surajouter aux troubles de la miction, aux symptômes de rétention vésicale.

On a vanté récemment les heureux effets des extraits testiculaires et, en particulier ceux du propionate de testotérone sur l'évolution de « l'hypertrophie de la prostate ». Sans insister sur l'impropriété de ce terme consacré par l'usage, il apparaît, d'ores et déjà, que l'hormone mâle testiculaire possède un effet inhibiteur sur les formations glandulaires péri-urétrales et, peut-être, sur les dérivés mülleriens du carrefour uro-génital. Il est donc logique d'instituer, vis-à-vis des adénomes développés dans la loge prostatique, un traitement hormonal testiculaire.

Les opérations de Steinach réalisent, en principe, le même but. La suppression de la sécrétion externe du testicule excite sa sécrétion interne et, par conséquent, inhibe l'activité glandulaire du carrefour uro-génital. L'opération de Steinach nº 1 sectionne le canal déférent dans le canal inguinal ; l'opération de Steinach nº 2 sectionne les voies spermatiques au niveau des cônes efférents, à la fonction épididymo-testiculaire.

Les résultats de ces interventions sont, en général, assez favorables en ce qui concerne l'évolution de l'hypertrophie de la prostate ; le résidu vésical diminue, les désirs et les érections réapparaissent ; toutefois ces interventions devront

être préconisées assez précocement, avant que l'adénome ait pris des proportions importantes. Il s'agit plutôt d'interventions préventives que curatives.

Mais l'impuissance de l'homme âgé n'est pas toujours liée au prostatisme. Elle commence plus ou moins tôt, suivant les sujets, le plus souvent entre 55 et 60 ans, et offre ce caractère d'être essentiellement progressive et de porter globalement sur l'ensemble de l'acte sexuel, mais surtout sur l'érection et l'éjaculation. C'est dire qu'avant d'être totale, comme on l'observe chez l'impuissant sénile vrai, elle est *partielle*, comme on l'observe chez l'insuffisant âgé, dont les fonctions testiculaires ne sont pas totalement abolies et qui, à l'occasion, peut retrouver sa vigueur.

La *sympathectomie du cordon* a ce mérite d'être une intervention simple, non schokante, qui peut être menée sous le couvert d'une anesthésie locale, et qui peut même être faite à l'insu du malade, à l'occasion d'une cure de hernie, par exemple : Doppler, qui a préconisé cette intervention en 1928, ne se contente pas de dissocier les éléments du cordon ; le calibre de l'artère spermatique est trop restreint pour que le bistouri puisse, avec quelque chance de succès supprimer toute la gaîne sympathique périartérielle. Il badigeonne, par attouchement, les éléments vasculaires du cordon à l'aide d'une solution d'isophénol. Souvent, il y associe une scarification superficielle de l'albuginée du testicule, avec attouchement à la solution phénolée.

L'hyperémie qui résulte de cette sympathectomie chimique entraîne de façon constante un rajeunissement remarquable de l'état général, avec augmentation de l'aptitude au travail disparition de la fatigue, amélioration de la mémoire, et une modification profonde de l'état sexuel, avec réapparition de la force génésique, retour de l'appétit sexuel et même augmentation de volume du testicule traité. Les résultats opératoires sont *durables* : le début de l'amélioration apparaît trois semaines environ après l'intervention et elle n'atteint son maximum qu'un an après.

De toutes façons, cette méthode peut être utilisée comme le premier temps d'un acte opératoire plus complexe qui comporte l'introduction de greffes testiculaires, suivant les techniques de Voronoff ou de Dartigues. Les résultats en seraient favorables au bout de quelque temps, mais après une phase négative de deux ou trois mois cependant à partir de la cinquième année, il deviendrait nécessaire de renouveler le greffon. Toute greffe ne serait donc qu'un réservoir d'hormone, limité dans le temps.

***

En résumé, chez l'homme âgé impuissant, il faudra penser au dysfonctionnement de l'appareil génital et de ses annexes.

Aux prostatiques seront recommandés l'opothérapie testiculaire et les opérations de Steinach, qui paraissent avoir plus de valeur à titre préventif qu'à titre curatif.

Aux séniles seront réservés des actes opératoires proportionnés à leur degré d'insuffisance. Les impuissants partiels bénéficieront de l'isophénolisation du cordon ; les impuissants totaux des greffes testiculaires.

G. Fischer.

LE TOUCHER RECTAL DANS LE DIAGNOSTIC DES APPENDICITES PELVIENNES

Le toucher rectal est un procédé de diagnostic de grande valeur dans nombre d'affections abdomino-pelviennes, et, entre autres, dans les appendicites pelviennes. Il est théoriquement très conseillé et pratiquement... souvent oublié !

Dans son travail inaugural sur les appendicites pelviennes (Paris, 1938), le Docteur Jacques Maury, à la suite de Chevalier et de Rotter, a judicieusement et à nouveau insisté sur l'importance de ce moyen d'exploration. Il cite l'observation publiée par un chirurgien américain, Godman, concernant un malade soigné par deux consultants célèbres qui méconnurent le diagnostic, faute d'avoir fait le toucher rectal. Godman put, par ce dernier moyen, affirmer l'appendicite et intervenir aussitôt.

Si l'on suspecte une appendicite aiguë pelvienne, il importe de conduire le doigt, avec douceur bien entendu, assez loin, au Douglas, contre la paroi rectale antérieure, en haut et vers la droite. Le péritoine alors, plus ou moins muet pendant l'examen du ventre, laisse souvent vérifier l'hyperesthésie, la douleur vive (Mondor). Quelquefois aussi, on perçoit un empâtement sensible, voire, au travers de la paroi rectale, l'appendice lui-même, très douloureux.

Les enseignements fournis par le toucher rectal sont plus nets, évidemment, dans les foyers appendiculaires pelviens bas situés. Les foyers élevés, plus difficilement accessibles, nécessitent souvent plusieurs examens successifs et leur association au palper hypogastrique.

P. Lacroix

CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES DES OS LONGS DES MEMBRES

Par L. BARBIER et J. CHALLIOL, d'Annemasse

Anciens internes des Hôpitaux de Paris

Un de nos amis nous rapportait récemment la naïve observation d'un de ses malades : « comment vous, médecin, vous soignez aussi les fractures ? » Il est certain, en effet que les médecins ne les avaient que trop négligées. Nous parlons du temps où il était classique — et consolant — de proclamer qu'il n'y avait aucun parallélisme entre le résultat fonctionnel et le résultat anatomique.

Le développement de la radiologie (il n'est guère de médecin qui ne possède « son poste »), la fréquence plus grande des accidents (travail, automobile, sports) nous ont obligés à réviser ce sophisme. Nos blessés exigent, la plupart du temps, un résultat anatomique et fonctionnel parfait. Les deux termes se tiennent : un mauvais résultat anatomique entraînant un jeu défectueux des muscles et des articulations de voisinage.

Trois éléments sont nécessaires pour y parvenir : de bonnes radios, un traitement immédiat correct, un traitement ultérieur judicieux (encore trop abandonné).

***

Il n'est pas toujours aisé d'avoir de bonnes radiographies. Nous ne voulons pas parler de la technique proprement dite, mais de la difficulté qu'on éprouve à obtenir des clichés de face et de profil rigoureux. C'est une nécessité évidente à l'avant-bras. Au cou-de-pied une radio de trois-quarts est inutilisable, par l'impossibilité où l'on se trouve de juger, non seulement de l'importance, mais de l'existence même d'un diastasis.

Cette difficulté tient uniquement dans le fait qu'il est impossible de manier à volonté le membre fracturé et de lui imposer la position idéale pour le cliché. Pour y parvenir, l'anesthésie est indispensable : anesthésie générale, rachi et surtout anesthésie locale. Celle-ci ne fera que précéder la réduction et la contention.

***

Le traitement immédiat de la fracture comporte bien des méthodes entre lesquelles il faut choisir. L'ordre historique d'apparition des divers procédés convient assez bien à l'exposition du traitement de trois grands types de fractures :

1° fractures sans déplacement, ou fractures facilement réductibles et coercibles (fracture de Pouteau, fracture de Dupuytren) ;

2° fractures compliquées d'ouverture, lésions vasculo-nerveuses, interpositions musculaires, fractures incoercibles ;

3° fractures avec déplacement, les plus fréquentes, où la réduction manuelle échoue.

Au premier type conviendra la contention sous plâtre. Encore faut-il que ce plâtre soit appliqué correctement. On doit d'une part éviter d'utiliser les plâtres à dessication trop rapide, d'autre part maintenir la bonne position, jusqu'à ce que le plâtre ait une consistance suffisante (10 à 15 minutes). Il en découle évidemment qu'on doit proscrire tout rembourrage, que l'opérateur doit, au cours de la confection de l'appareil, mouler avec soin les saillies osseuses, de façon à s'éviter le fâcheux mécompte de voir son appareil glisser ou tourner une fois sec. La meilleure immobilisation se fera donc dans un plâtre circulaire. Ni les attelles, ni les gouttières ne sont des moyens de contention rigoureux : il est impossible de les mouler exactement sur le membre, ils font, au pli de flexion, des bourrelets générateurs d'escarres (en particulier au cou-de-pied et au talon). Le danger de compression par un plâtre circulaire est tout à fait illusoire, si l'appareil est confectionné avec soin, c'est-à-dire sans serrer les bandes. Il est toujours loisibles de le fendre sur une de ses faces, de bout en bout, aussitôt sec, si l'on conserve quelque inquiétude.

Ce plâtre doit être surveillé. Si le membre qui y est emprisonné « dégonfle » et « joue dans l'appareil », ce dernier doit être changé. Enfin, un contrôle radiographique suivra l'évolution du cal : radio de contrôle après réduction — radio au quinzième jour — radio à l'enlèvement du plâtre (par conséquent, au moins trois ou quatre épreuves de face et de profil sont indispensable au traitement correct d'une fracture).

Mis à part quelques procédés d'extension continue à l'aide de cravates, bandages, ou adhésifs, la réduction manuelle suivie de contention plâtrée était le seul procédé utilisé autrefois. Les tristes mécomptes qu'elle apporta dans tous les cas un peu complexes amenèrent une réaction

brutale : l'ouverture quasi-systématique suivie d'ostéo-synthèse par plaques vissées ou lames de cerclage. Cette conduite est encore celle qui convient aux cas de notre deuxième type : les fractures compliquées.

Encore convient-il au chirurgien d'en effectuer judicieusement les applications, et d'apporter à celles-ci une technique non moins rigoureuse que celle qui convient à une gastrectomie ou à un goitre. Plus encore, ces interventions exigent, outre un entraînement à la chirurgie osseuse, tout un ensemble de conditions matérielles qui sont le secret — bien facile à percer — des beaux résultats :

— une salle d'opérations radio-chirurgicale, ou non seulement il soit possible de voir les radiographies pendant leur développement mais d'opérer sous écran ;

— une table orthopédique permettant ce contrôle, et suffisamment souple pour s'adapter à tous les cas ;

— un matériel d'instruments et d'appareils électriques de maniement facile.

Entouré de telles garanties, le chirurgien pourra opérer lentement, sous anesthésie locale ou loco-régionale. Dans des conditions d'asepsie idéale, il fera des incisions petites, évitera les délabrements musculaires que créent les daviers volumineux, les angulations impressionnantes. (Ce qui, à notre avis, condamne l'enchevillement central.) Une fois la toilette du foyer de fracture terminée, la réduction exacte obtenue, il s'efforcera de réaliser la contention à l'aide d'un matériel léger, peu encombrant, et non toxique : catgut, crins, broches en acier inoxydable, fils d'acier doux recuit, parfois lames et vis en platinosteinless, prothèses externes (appareil de Lambotte, Quenu-Lambret-Mathieu, Judet, attelle à encrage de Reinold, etc.). Ce matériel inclus ne doit en aucun cas gêner le jeu des muscles et des articulations ? Il ne doit pas nuire à la formation du cal. Il y aura intérêt, dans bien des cas, à en faire l'ablation secondaire. Il ne constitue d'ailleurs pas toute la contention. Celle-ci doit être assurée ensuite, soit par un plâtre, soit par une extension continue, et la durée d'immobilisation n'en est pas diminuée, bien au contraire.

Depuis quelques années, un grand nombre de procédés nouveaux de traitement des fractures, a vu le jour. Ils s'appliquent presque tous à notre troisième type de fractures, les plus fréquentes, fractures avec déplacement où la réduction manuelle suivie de contention par appareil plâtré est insuffisante. De telles fractures doivent être mises en extension. Certes l'extension par lacs, ou bandes de leucoplaste ne date pas d'hier. Applicables peut-être encore dans certains cas, il n'en reste pas moins que ces procédés entraînent de sérieux ennuis : phénomènes de compression vasculaire ou nerveuse, escarres, phlyctènes, glissement du sparadrap.

Seule la traction directe, sur l'os, évite tous ces ennuis, sans en présenter aucun si elle est appliquée et surveillée correctement. La réduction s'effectue à l'aide d'une broche de Kirschner, enfoncée au lieu d'élection, munie d'un étrier. Elle nécessite une traction assez considérable : 8, 10, 12 kilogrammes et plus. Une vis, munie d'un large volant et d'un dynanomètre effectue cette traction pendant que le chirurgien contrôle à l'écran fluorescent, les progrès de la réduction.

La réduction idéale obtenue, deux éventualités peuvent se présenter :

— Ou bien le blessé est laissé sous extension continue, unie ou bipolaire. Un contrôle radiographique fréquent au lit du malade, permet de suivre l'évolution du cal, de prévenir les déplacements secondaires. La traction est ramenée rapidement à quelques kilogrammes (humérus, avant-bras, sous-trochantérienne).

— Ou bien le chirurgien veut assurer sa réduction avant l'application d'un appareil plâtré. Il peut alors, sans ouverture du foyer de fracture, pratiquer l'embrochage des fragments (fémur, tibia), le boulonnage (tibio-tarsienne), l'enclouage (col du fémur), la fixation à distance à l'aide de broches rigides ou de clous rigides de Steinmann noyés dans le plâtre (tibia, avant-bras).

***

Nous n'entrerons pas davantage dans le détail et les indications de ces procédés (et nous en oublions) pour rappeler que l'acte chirurgical n'est pas tout. Les médecins sont encore trop enclins à considérer que leur rôle est terminé lorsque la fracture est consolidée. On ne doit pas, déjà pendant la formation du cal négliger le jeu des muscles et des nerfs, qui n'ont pas été moins atteints que l'os par le traumatisme. L'immobilisation, pour élégante qu'elle ait pu être, entraîne atrophie, rétractions. Pendant la durée du traitement, il faut donc éviter dans la mesure du possible tous ces phénomènes nuisibles à une récupération fonctionnelle rapide. Les articulations laissées libres seront mobilisées, les muscles entretenus dans leur longueur et leur tonicité par un exercice quotidien. Après l'ablation de tout appareil, on luttera contre l'œdème par l'application d'une botte de Unna au membre inférieur, par des massages, des séances d'ondes courtes et d'ionisation.

Voilà toute une pathologie post-thérapeutique où nos traités sont muets. Et les Compagnies d'assurances l'ont bien vu, qui appliquent encore 12 % à toute fracture de jambe consolidée « sans séquelles » !

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Etude statistique et critique des hémorragies rétro-placentaires observées sur un ensemble de 20.000 accouchements

MM. P. Trillat et P. Magnin ont recueilli 66 cas certains d'hémorragies rétro-placentaires sur 20.000 accouchements. Sur ces 66 cas, 14 étaient associés à une anomalie de l'insertion placentaire ; leurs caractères cliniques n'ont pas été sensiblement différents de ceux des décollements prématurés du placenta normalement inséré.

On peut distinguer trois formes cliniques aux hémorragies rétro-placentaires : 1° la forme légère, avec survie de l'enfant : elle correspond à un décollement partiel, dont l'étendue ne dépasse pas la moitié de l'aire placentaire (vingt cas observés) ; 2° la forme moyenne, avec mort fœtale, sans grave retentissement maternel (42 cas) ; 3° la forme grave, exceptionnelle, avec mort fœtale et grave retentissement maternel (4 cas, où la mortalité maternelle, nulle dans les deux formes précédentes, a été de 25 %).

Dans le cadre de chacune de ces trois formes qu'ils viennent de décrire, MM. Trillat et Magnien ont retrouvé l'existence des syndromes sans albuminurie. Au nombre de 34, ils ont été dans l'ensemble moins graves que ceux des décollements associés à une toxémie. La statistique de ces auteurs tend à prouver la plus grande gravité et la plus grande fréquence du décollement prématuré du placenta chez les multipares et chez les femmes ayant dépassé la trentaine. Il semble également qu'on ait affaire à des formes d'autant plus graves que le syndrome est d'apparition plus précoce.

La mortalité fœtale globale a été de 66 % ; il ne semble pas, dans l'état actuel des choses, qu'il y ait avantage à porter des indications thérapeutiques chirurgicales pour diminuer cette mortalité.

Pour la mère, le traitement médical paraît formellement indiqué ; en dehors de la rupture artificielle systématique de la poche des eaux, le traitement obstétrical sera toujours pratiqué avec prudence dans la crainte de déchirures utérines. Les mêmes auteurs n'ont jamais utilisé le traitement chirurgical, dont les succès rapportés indiquent qu'il doit rester exceptionnel. (*Revue Française de Gynécologie*, décembre 1938.)

Valeur de la cuti-réaction en milieu tuberculeux

Le Docteur Foucaud s'est efforcé de vérifier avec le maximum d'exactitude quelques faits objectifs qui indiquent les variations de la cuti-réaction à la campagne et sa valeur. Il pense pouvoir en formuler ces conclusions :

1° Une cuti-réaction positive indique un milieu infecté, d'autant plus sûrement que l'enfant est plus jeune ;

2° L'enfant, témoin biologique de la tuberculose familiale permet par sa cuti-réaction positive de dépister une tuberculose dans l'entourage.

3° Le début de l'âge scolaire et la puberté semblent être les périodes où l'enfant est le plus exposé à la tuberculose infection, et à la tuberculose maladie ;

4° Un nombre important d'enfants vivant en milieu tuberculeux bacillifère conservent une cuti-réaction négative ;

5° Une quantité importante et minima de bacilles est nécessaire pour provoquer une cuti-réaction positive chez certains enfants.

6° Le virage des cuti-réactions ne se produit qu'en milieu infecté ; il se produit rarement et tardivement ; ce fait peut s'expliquer par une résistance naturelle au bacille sans manifestation. (*La Presse Médicale*, 4 janvier 1939.)

L'insuline dans le traitement des hémoptysies cataméniales

Le Docteur H. Mamou envisage dans son étude les causes et le traitement endocrinien des hémoptysies cataméniales. Celles-ci surviennent fréquemment au cours de la tuberculose fibrocaséeuse ou fibreuse. Mais, dans certains cas, l'hémoptysie cataméniale ne s'accompagne d'aucun signe clinique, bactériologique ou radiologique de bacillose. L'hémoptysie est mono-symptomatique, à part une légère fébricule préhémoptoïque prémenstruelle et quelques troubles vaso-moteurs. En pareils cas, l'examen général fournit l'explication de ces hémoptysies : c'est un syndrome hématologique plus ou moins net (hémophilie, hémogénie) ; ce sont encore des troubles endocriniens et vaso-moteurs.

Une thérapeutique frénatrice par le corps jaune, l'insuline et l'extrait mammaire a donné les meilleurs résultats. Il faut signaler là un traitement frénateur de la sécrétion ovarienne ; on

doit insister aussi sur l'insuline qui joint à son action générale et vago-stabilisatrice un rôle anti-hémoptoïque qui méritait d'être souligné. (*La Tunisie Médicale*, novembre 1938.)

Les images du cœur et de l'aorte chez les cardio-rénaux

E. Bordet démontre que les images du cœur chez les cardio-rénaux traduisent des modifications allant de l'hypertrophie pure et légère du ventricule gauche à la grande dilatation hypertrophique de l'insuffisance cardiaque. Elles objectivent, en outre, dans quelques cas exceptionnel s, les signes d'une affection valvulaire tconcomitante.

Les images de la crosse indiquent s'il existe des altérations aortiques, et dans quelle mesure elles se sont développées.

La radiologie permet donc d'apprécier le degré de résistance ou de déficience du ventricule gauche et elle aide à reconnaître si les malades dont il s'agit sont, avant tout, des rénaux, des cardiaques ou des artériels. (*Le Bulletin Médical*, 24-31 décembre 1938.)

Les indications de la césarienne basse dans l'infection amniotique

Après avoir utilisé la césarienne basse dans les différentes dystocies, il ne semble pas que les auteurs soient d'accord pour accepter cette opération et l'appliquer à un certain nombre de cas où l'utérus est infecté. L'étude de M. le Professeur J. Anderodias et G. Péry a pour but de montrer que cette opération qui, depuis 1925, a rénové complètement l'art des accouchements peut s'appliquer à beaucoup de cas où autrefois les opérations mutilatrices auraient été seules de mise, et où l'idée de la césarienne ne pouvait même pas être envisagée.

On entend par infection amniotique la pénétration et le développement dans l'œuf ouvert des micro-organismes, qui se trouvent normalement dans le canal cervico-vaginal de toute femme enceinte. Pratiquement, pour qu'il y ait infection amniotique, il faut qu'il y ait rupture de la poche des eaux et travail ; dès que celui-ci a commencé, le bouchon muqueux finit de disparaître. Les membranes arrivent directement au contact de l'orifice du col ; dès lors les germes de la cavité vaginale peuvent infecter l'œuf par capillarité et l'infection amniotique se constitue. Celle-ci ne devient pas extrêmement sévère, tant que le fœtus est vivant. Au contraire si le fœtus meurt, ce dernier se montre un véritable milieu de culture et l'infection amniotique accompagnée le plus souvent de physométrie, devient très rapidement grave.

Les auteurs étudient en détail les formes cliniques de cette infection puis les deux modes de traitement qui sont indiqués : par voie basse ou par voie haute. Ils exposent notamment les avantages, les inconvénients et les résultats de la césarienne basse dans les cas infectés.

Quelle ligne de conduite adopter en face d'une infction amniotique ? Le diagnostic du degré d'infection dans l'infection amniotique est difficile à établir. La température paraît être le signe sur lequel on devra se fixer. Dans les formes légères et moyennes la césarienne basse donne de bons résultats ; on peut donc l'employer dans ce cas. On ne laissera pas l'infection s'aggraver et on opérera avant que l'état général des malades devienne nettement mauvais.

La césarienne basse reste donc une méthode thérapeutique précieuse et sûre pour les cas de dystocie qu'elle est destinée à combattre et qui sont toujours des cas sérieux. Faite à son heure, elle permet de sauver, non seulement de nombreux enfants, mais de conserver la mère.

Dans les cas graves, nous devons faire une large part à l'opération mutilatrice, c'est la césarienne suivie d'hystérectomie où, quand l'enfant est mort, l'hystérectomie en bloc qui doit être pratiquée. (*Revue Française de Gynécologie*, janvier 1939.)

Les sujets vaccinées par le B. C. G. et restés anergiques sont-ils prémunis ?

Comme toute vaccination, le B. C. G. soulève un problème assez difficile à résoudre : celui de son efficacité, problème qu'ont envisagé MM. J. Troisier, M. Bariéty, et P. Nico.

De l'étude des statistiques, il faut retenir qu'un nombre important (30 à 60 %) de sujets conservent une cuti-réaction négative même après administration parentérale de B. C. G. C'est précisément chez des sujets restés anergiques qu'ultérieurement l'on voit survenir de préférence des accidents tuberculeux. Il ne semble donc pas que ces sujets restés anergiques soient prémunis, étant donné que seule, la sensibilité à la tuberculine, recherchée par les réactions cutanées, nous permet de faire un départ entre les sujets nettement prémunis et les autres. Il y a donc lieu de se demander s'il ne faut pas répéter les injections de B. C. G. jusqu'à l'apparition d'une cuti-réaction franchement papuleuse, pour être certain d'une prémunition suffisante. Or, il semble que pareille nécessité s'impose jusqu'à l'obtention d'une cuti-réaction positive. C'est à la voie parentérale, intradermique ou sous-cutanée qu'il faut recourir si l'on veut obtenir une cutiréaction positive. La question de la dose suffisante est importante ; il semble que celle d'un dixième de milligramme (0 mgr. 1) soit la dose utile provoquant l'apparition de l'allergie en trois à sept semaines. (*Paris Médical*, 7 janvier 1939.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La souplesse et la rigidité fonctionnelles du rein

(M. Henri PAILLARD, de Clermont-Ferrand ; 17-1-1939)

M. Paillard distingue un état de souplesse et un état de rigidité fonctionnelles plus ou moins accusés du rein. Le sujet dont le rein est souple urine rapidement après la boisson d'eau ; il urine peu lorsqu'il est à distance des boissons. La densité urinaire, basse lors de la polyurie, s'élève notablement lors des heures d'oligurie relative. Le pH varie de 5 à 7. Le sujet dont le rein est rigide a un débit horaire de l'urine pratiquement uniformisé ou peu variable. La densité des urines est également uniformisée aux environs de 1.009 à 1.013 et le pH urinaire est fixe.

Chez le sujet à rein rigide, une thérapeutique préventive est à conseiller : répartition régulière des boissons, sans ingestion intempestive de grosses quantités de liquide, régime peu azoté et peu chloruré (alimentation plutôt végétarienne).

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Tumeurs mixtes de la parotide. Ablation avec conservation du facial

(M. PADOVANI ; M. REDON. — Rapport de M. Pierre DUVAL ; 7-12-1938)

M. Pierre Duval a décrit une technique d'ablation de la parotide pour tumeur mixte de cette glande, qui permet de conserver la branche supérieure du facial, en vue de l'occlusion des paupières. Cette technique comporte l'abattement de la mastoïde à sa base, la section du digastrique, la recherche directe du nerf à la sortie du crâne et la dissection de ses branches.

Dans un cas, qui date déjà de deux années, et dans trois cas plus récents, deux élèves de M. Pierre Duval, M. Padovani et M. Redon ont pratiqué une opération plus conservatrice encore puisqu'ils ont pu laisser intacte la totalité du nerf périphérique, assurant ainsi l'intégrité de l'esthétique faciale et évitant les plasties secondaires parfois nécessaires.

La tumeur enlevée (en 1935) par M. Padovani était une tumeur mixte. Les trois néoplasies enlevées par M. Redon étaient également des tumeurs mixtes, mais avec des plages d'épithélioma.

M. P. Duval avait montré que l'ablation totale de la glande avec conservation du facial supérieur n'entraîne qu'une déformation peu importante du visage et il avait puisé dans ce fait un argument en faveur de la parotidectomie totale systématique dans les tumeurs mixtes. Les observations nouvelles de ses élèves donnent à cette proposition une valeur plus grande encore en indiquant que l'on peut éviter toute atteinte à l'esthétique faciale par la conservation complète du nerf.

Pyopéritoines et péritonites par rupture de pyosalpinx

(M. Jean BAUMANN. — Rapport de M. Pierre DUVAL ; 7-12-1938)

M. Baumann apporte sept observations personnelles de pyopéritoines et péritonites par rupture de pyosalpinx.

L'auteur distingue le pyopéritoine et la péritonite. Dans les premières heures qui suivent la rupture du pyosalpinx, le péritoine contient du pus, mais la péritonite n'est pas encore déclarée. Il y a deux phases successives : pyopéritoine sans péritonite diffuse, qui est le moment optimum pour opérer, et péritonite.

Les sept malades en question furent opérées, avec six guérisons. Le seul cas de mort fut, il est vrai, un de ceux où l'opération fut précoce. La rupture se produisit pendant le toucher explorateur au cours duquel on sentit la masse salpingienne disparaître sous les doigts. Opération deux heures après la rupture, alors qu'il n'y avait vraisemblablement qu'un pyopéritoine. M. Pierre Duval attribue l'échec de l'opération au fait que la poche salpingienne ne fut pas enlevée, mais seulement vidée de son contenu et tamponnée à la Mickulicz. L'ablation de la salpingite rompue est aussi nécessaire que celle de l'appendice.

Mucocèle appendiculaire. Appendices kystiques

(M. Jean BERGER ; 7-12-1938)

M. Jean Berger a eu l'occasion d'opérer un volumineux mucocèle de l'appendice, qui simulait une tumeur cæcale. La lésion, qui ne déterminait aucun trouble ni général, ni fonctionnel, avait été découverte fortuitement. A la palpation de la fosse iliaque droite, on constatait la présence d'une tumeur arrondie, régulière, mobilisable en tous sens.

La mucocèle appendiculaire est une affection assez rare. Elle détermine habituellement des symptômes variables, d'appendicite, pseudo-hépatiques, pelviens, etc.

— M. HARTMANN a observé une mucocèle appendiculaire de grandes dimensions (de deux poings).

— M. LARDENNOIS en a vu plusieurs cas. La difficulté du diagnostic pré-opératoire est à peu près insoluble.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Méningite aiguë à bacille du groupe typhique

(MM. Maurice DEROT et MASCHAS ; 2-12-1938)

Il s'agit d'une malade présentant un syndrome de méningite aiguë fébrile, chez qui l'examen général décelait les éléments d'une hépatonéphrite fruste (subictère, albuminurie, cylindrurie). Le diagnostic de spirochétose méningée paraissait vraisemblable, et c'est l'examen bactériologique du sang et du liquide céphalo-rachidien qui a permis d'isoler un bacille intermédiaire au bacille d'Eberth et au bacille paratypique-A. Ce bacille semble bien avoir été l'agent de la méningite.

On n'avait pas affaire à une spirochétose méningée compliquée de méningotyphus. Ce n'est que depuis la découverte des bacilles typhiques et l'application systématique de la ponction lombaire avec examen du liquide céphalo-rachidien que ces manifestations ont été bien étudiées. On tend actuellement à en distinguer deux groupes : d'une part, les méningites infectieuses aiguës, rappelant la méningite cérébro-spinale et s'accompagnant d'une réaction rachidienne à polynucléaires avec présence de germes ; d'autre part, des réactions méningées cliniques avec lymphocytose rachidienne ou même liquide céphalo-rachidien normal sans germes, qui font partie des symptômes de l'encéphalite.

C'est dans le premier groupe que rentre cette observation. Cependant, il est très rare de voir la méningite constituer durant toute l'évolution la symptomatologie presque unique de l'infection éberthienne. ce qui fut le cas chez le malade. Le germe isolé dans es méningites typhiques est habituellement l'Eberth Le para-A n'est mentionné que dans l'observation de Tollemer et Weissenbach. C'est pourtant de ce dernier germe que se rapprochait le plus la souche isolée dans cette observation.

Néphrose lipoïdique guérie par la rougeole

(MM. R. DEBRÉ, J. MARIE, Ph. SERINGE et P. GRENET ; 2-12-1938)

Chez un garçon de 18 mois s'installe insidieusement une néphrose lipoïdique pure ; la maladie paraît guérie pendant près d'un an (entre deux ans et demi et trois ans et demi). Pendant toute cette période, l'albuminurie a disparu totalement et un examen chimique du sang fournit une valeur normale des divers constituants du sérum. Puis une rechute s'installe vers l'âge de quatre ans, d'une manière insidieuse, par poussées intermittentes d'albuminurie et d'œdème ; à quatre ans et demi, la néphrose se démasque de nouveau, avec son syndrome clinique humoral, et elle va persister à peu près inchangée pendant près d'un an, malgré le régime et l'extrait thyroïdien ; à cinq ans et demi, l'enfant contracte la rougeole. Cette dernière exacerbe pendant les cinq premiers jours de la période fébrile le syndrome œdémateux, puis, alors que la maladie est presque apyrétique, se déclenche une débâcle urinaire avec fonte des œdèmes, résorption de l'ascite, disparition de l'albuminurie. Les modifications sanguines sont déjà appréciables, en ce qui concerne le cholestérol et les lipides totaux, six jours après l'éruption. Par contre, les protéines ne s'élèvent qu'à 49 grammes p. 1.000, mais douze jours après l'éruption, elles atteignent 68 p. 1.000. L'enfant reprend du poids et quitte le service, semblant guéri. Troit mois plus tard la guérison se maintient totale.

L'action remarquable de la rougeole sur l'évolution de la néphrose lipoïdique est bien connue. S'il est certain que la fonte d'œdème superficiel et profond et que la disparition quasi subite de l'albuminurie sont des faits intimement liés à l'évolution de la rougeole, il n'est pas douteux non plus que le rôle de cette affection n'est pas spécifique. Les maladies intercurrentes les plus variées (fièvre typhoïde, pneumonie, otite, mastoïdite et érysipèle, broncho-pneumonie, sinusite et même péritonites à pneumocoques ou à streptocoques) ont pu guérir des néphroses lipoïdiques ; or, ce sont ces mêmes maladies qui, habituellement, font mourir des sujets atteints de néphrose. Cependant, toutes ces maladies ont un caractère commun : leur nature infectieuse et leur évolution fébrile. Ainsi le rôle d'une infection fébrile n'est pas douteux ; d'autre part, l'observation rapportée met bien en évidence la nécessité de plusieurs jours de pyrexie avant d'assister à l'amélioration. La crise urinaire ne commence que le troisième jour de l'éruption, alors que la maladie est à peine fébrile, mais a été précédée par cinq jours de pyrexie modérée avec aggravation des œdèmes. Si le rôle de la fièvre infectieuse paraît essentiel dans le déterminisme de la guérison les divers phénomènes, qui l'accompagnent ou en sont la conséquence, et qui se passent dans l'intimité des tissus, sont encore inconnus.

Mais quelle est la valeur de la guérison de la néphrose par la rougeole ? Pour brutale et extraordinaire qu'elle soit, cette guérison apparaît de qualité assez médiocre. Les auteurs ne connaissent actuellement, sur quinze observations de néphrose lipoïdique modifiée par la rougeole, que trois guérisons qui paraissent définitives. Il faut donc être toujours réservé pour l'avenir et craindre la persistance ou la reprise du trouble métabolique qui est à la base de la maladie, entraînant la rechute de l'affection dans les mois ou les années ultérieures. C'est pourquoi il est indiqué de continuer à traiter ces enfants, malgré la guérison merveilleuse, mais provisoire, que fournit la rougeole. Il faut les maintenir longtemps à un régime riche en protéines et en hydrates de carbone, supprimer les graisses, et prescrire pendant longtemps un traitement thyroïdien intensif. G. F.

Bordeaux

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Thoracoplasties électives de détente pour tuberculose pulmonaire. Leur réalisation par le tannage du périoste retardant la régénération costale

(MM. LEURET, LOUBAT et MAGENDIE ; 2-12-1938)

Les auteurs, après avoir montré l'importance des moyens destinés à empêcher la régénération costale dans le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire par thoracoplastie font le procès du formol qui est utilisé par la plupart des auteurs.

Le formol est irritant pour les tissus ; il peut avoir une fâcheuse action de « fixation » sur les gros vaisseaux et nerfs du plexus brachial ; il est à l'origine de certaines hémorragies secondaires et de réveils infectieux, dangereux dans les tissus en état de microbisme latent. Enfin il peut déclancher des réactions pleuro-pulmonaires et sa toxicité n'est pas négligeable.

MM. Leuret, Loubat et Magendie préconisent à la place du formol le tannin chimiquement pur en solution hydro-alcoolique à 20 %. D'après les travaux expérimentaux de l'un d'entre eux (Magendie), le tannin empêche la régénération costale pendant deux à trois mois ; il n'est pas toxique et est bien toléré par les tissus, même par les vaisseaux et nerfs. Les plaies évoluent bien, sans suppuration, sans réaction inflammatoire apparente et cicatrisent *per primam*. Il y a seulement un écoulement séro-hématique assez important pendant un ou deux jours qui nécessite un bon drainage (siphonnage). Le drain peut être enlevé sans inconvénient le 4e ou 5e jour.

Sont rapportés les premiers résultats de la méthode dans 12 thoracoplasties pour tuberculose pulmonaire.

Nancy

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

Un polype de tartre dentaire
(11-1-1939)

M. Maurice PERRIN. — La pièce présentée par le Professeur Maurice Perrin est un énorme morceau de tartre dentaire, de forme grossièrement semi-ovoïde, rappelant à peu près celle d'une coquille de noix, et mesurant environ trois centimètres de longueur, deux centimètres de hauteur et deux centimètres d'épaisseur.

Cette pièce provient de la bouche d'une campagnarde de 50 ans, porteuse d'une lésion mitrale rhumatismale bien compensée, et d'un diabète sucré reconnu depuis six mois environ, assez grave pour avoir nécessité constamment des cures importantes d'insuline et commençant à donner des accidents acidosiques.

Toutes les dents de la malade (dont beaucoup étaient cariées) étaient engaînées de tartre, voisinant avec des lésions de gingivite. Ce tartre formait sur la deuxième molaire supérieure gauche un amas tel qu'il soulevait la joue, comme la chique de tabac d'un matelot. L'amas, inséré sur cette dent, se développait surtout en haut et en arrière, recouvrant la gencive et les deux dents postérieures, sans adhérer, du moins en apparence, au tartre qui les encrassait. C'est en raison de cette insertion pédiculée que l'auteur croit devoir l'appeler : un polype de tartre dentaire.

Une poussée exercée avec un abaisse-langue, glissé en arrière sous la face interne de ce polype, a suffi à le détacher et à rendre à la malade une physionomie normale.

Naturellement, aux prescriptions motivées par son diabète, a été ajouté le conseil de demander à un dentiste un détartrage des dents, aussi indispensable que difficile, et de prendre des soins buccaux jusqu'alors complètement omis.

Montpellier

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN

Hémorragie méningée au cours d'une néphrite aiguë chez un adolescent

MM. L. RIMBAUD, H. SERRE, J. BOUCOMONT et M. GODLEWSKI. — Au cours d'une néphrite aiguë apparue chez un malade de 17 ans, vingt jours après un érythème scarlatiniforme, on constate une hémorragie méningée. Les auteurs discutent la nature de l'éruption initiale et le problème que pose la coexistence d'un syndrome urémique et d'une hémorragie méningée, en raison de la fréquence constatée par eux, de l'hyperazotémie dans des hémorragies arachnoïdienne sans néphrite. Ils soulignent le caractère fruste de la symptomatologie et la relative rareté des conditions étiologiques de cette hémorragie méningée.

Péricardite avec épanchement et atélectasie pulmonaire gauche par corps étranger inclus de l'œsophage

MM. J.-M. BERT et M VERGUES. — A propos de cette observation et des constatations anatomiques qui l'accompagnent les auteurs rappellent l'extrême difficulté du diagnostic clinique des péricardites et discutent les différents mécanismes plausibles dans la détermination de l'atélectasie du poumon.

Maladie d'Addison à évolution rapide avec polynévrite et hépatonéphrite

MM. P. MAS et L. SIMON décrivent un cas de maladie d'Addison, avec caséification des capsules surrénales qui s'accompagnait de polynévrite et

d'hépatonéphrite (confirmée par l'examen histologique) avec hyperazotémie.

Les auteurs rapportent l'hépatonéphrite à l'infection tuberculeuse. Quant à la polynévrite, ils font intervenir dans sa pathogénie une intoxication éthylique associée à la tuberculose. Ils font jouer un rôle favorisant considérable à la diminution de la fonction antitoxique surrénale.

Toulouse

Société de médecine

Le point de côté abdominal dans les pneumopathies aiguës

M. R. Sorel rapporte 2 observations ayant trait à une pneumonie survenue chez un enfant et à une cortico-pleurite apparue chez un adulte. Dans les deux cas, le diagnostic est resté incertain pendant 48 heures. Dans l'un le tableau clinique en imposait pour une crise d'appendicite, dans l'autre pour une olique hépatique. L'auteur attire l'attention sur del tels faits qui font commettre de graves erreurs. Ic ne faut pas se hâter de poser l'indication opératoire : l'hyperesthésie cutanée, la douleur pongitive, la contracture abdominale semblent traduire l'atteinte du péritoine, mais on ne note pas d'arrêt des gaz. C'est le territoire du 12e nerf intercostal qui est en cause.

Sur une localisation douloureuse dans un cas de rhumatisme vertébral

MM. G. Duhamel et P. Valdiguié rapportent une observation de rhumatisme vertébral à type arthrose chez une femme de 60 ans. Le début remontant à une dizaine d'années a été classique, des poussées assez fréquentes de lumbago en marquent l'évolution. En 1936, un traumatisme (chute dans l'escalier) ne portant pas sur le rachis localise une douleur très nette au niveau de la XIIe vertèbre dorsale.

Une radiographie ne montre sur la vertèbre aucun signe pathologique, mais il n'y a pas de douzième côte. Par contre on note une ostéophytose nette des vertèbres lombaires à partir de L^2. Les auteurs recherchent s'il y a un rapport entre le traumatisme indirect, la localisation douloureuse sur D XII et le trouble statique qui peut résulter de cette absence congénitale de douzième côte.

Reims

Société médicale

Séance du 21 décembre 1938

Quelques observations de dermatoses et d'intoxications d'origine végétale

M. Railliet communique une série d'observations où l'on voit les végétaux exercer leur toxicité soit par contact direct avec la peau, soit par inhalation, soit par injection.

M. Raymond Lévy dit ensuite quelques mots de la dermatite érythémato-bulleuse des bains de soleil dans les prés (maladie d'Oppenheim ou dermat pratensis), des dermatoses occasionnées par certains dépuratifs végétaux et des pigmentations cutanées survenant en été chez certains sujets qui s'exposent au soleil, après application d'eau de Cologne.

Séance du 18 janvier 1939

Allocution du Président. — En prenant ses fonctions, M. André Jacquinet remercie l'Assemblée, adresse un souvenir ému à la mémoire de son père, le Professeur René Jacquinet, Directeur honoraire de l'Ecole de médecine, et annonce une prochaine conférence de M. Armand-Delille, médecin des hôpitaux de Paris.

M. G. Quentin fait un exposé sur le XVe Congrès international d'Ophtalmologie, qui s'est tenu au Caire. Il insiste sur certains rapports du deuxième sujet : l'*endocrinologie et l'œil*, plus spécialement :

a) Sur la cause de l'exophtalmie qui résulterait surtout d'une diminution de la sécrétion thyroïdienne et de la surabondance de l'hormone thyrotopique de l'antéphypophyse ;

b) Sur les signes oculaires attribuables aux gonades : les hémorragies sous-conjonctivales, les kérato-conjonctivites, le kératocone, les kératites filamenteuses, le glaucome, la folliculine étant souvent déficiente chez le glaucomateux ;

c) Sur ceux qu'on peut attribuer aux surrénales, en particulier dans la maladie d'Addison ;

d) Sur la mydriase provoquée par le sérum de la femme enceinte dans 80 % des cas ;

e) Sur les manifestations hypophysaires de l'œil qui sont : l'exophtalmie, le rétrécissement bi-temporal du champ visuel, l'hypertension des artères rétiniennes ;

f) Sur les rapports de la tétanie avec la cataracte stratifiée ; mais c'est tout au plus si le traitement para-thyroïdien peut arrêter l'évolution de la cataracte.

Maladies régnantes. — Formes oculaires d'encéphalite léthargique, paratyphoïde.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

Imprimerie A. DESTOUT aîné,
139, rue Sainte-Catherine, Bordeaux.

Dr Etienne GINESTOUS. — **Guide ophtalmologique de l'infirmière garde-malade.** Préface du Professeur Sigalas. Un vol. 78 p. avec fig. 25 francs.

Chez MALOINE,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine

L. BALDENWECK. — **Oto-rhino-laryngologie.** 3e édition. Un vol. Collection « Les Petits Précis », 230 p., 83 fig. Prix : 18 francs.

Dr Louis CAILLON. — **Le livre du diabétique.** 8e édition, revue et corrigée. Collection « Le Livre du malade ». Un vol. 184 p. Prix : 15 francs.

Chez VIGOT frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe)

H. GRENET, médecin de l'hôpital Bretonneau. — **Essais sur la profession médicale et sur quelques règles qu'elle impose.** Un vol. 160 p., 1939. Prix : 20 fr.

Professeur A. GUILLAUME. — **S'il y avait la guerre ! Protégeons-nous contre les attaques aériennes.** 2e *édition* 1939. Préface de M. le général Niessel. Introduction de M. le Professeur Tanon. Guide pratique à l'usage des sanitaires. Un vol. 230 p., avec fig. 30 fr.

INSTITUT D'HYGIÈNE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — **La protection contre les gaz de combat.** *Cours de perfectionnement et exercices tactiques sur des questions d'actualité.* Cours fait au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine (15-30 juin 1938), sous la direction du Professeur TANON et du Médecin-général COT, avec la collaboration de MM. Bruère, Cathal, Génaud, Kohn-Abrest, Moynier, Paitre, Péronnet, Perrier et Sohier. Un vol. 284 p., 54 fig., 1939. Prix : 30 fr.

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS,
91, boulevard Saint-Germain

Dr M. ANGLADE et Dr G.-G. IMBERT. — **Ypérite, le plus redoutable des gaz de combat.** Un vol. 112 p. 1939. Prix : 10 fr.

LIBRAIRIE AGRICOLE ET HORTICOLE
DE LA MAISON RUSTIQUE
26, rue Jacob, Paris, (VIe)

Jean HURPIN. — **L'apiculture pratique.** Un vol. 200 p., 25 gravures. Prix : 15 fr.

MASSON et Cie, éditeurs
120, boulevard Saint-Germain, Paris

Marc ISELIN. — **Chirurgie de la main.** — I. LIVRE DU PRATICIEN : PLAIES, INFECTIONS ET TRAUMATISMES DE LA MAIN. Un vol. de 320 pages, avec 135 figures : 65 francs.

La chirurgie de la main a ceci de spécial qu'elle échappe en grande partie aux chirurgiens de métier, la plupart des blessés se confiant d'abord aux médecins praticiens. Il importe donc que ceux-ci soient exactement renseignés sur la conduite à tenir dans les différents cas qui peuvent se présenter. C'est pourquoi le Docteur Marc Iselin a divisé la troisième édition de sa « Chirurgie de la main » en deux tomes, dont le premier qui vient de paraître, intitulé : « Livre du Praticien », comprend l'étude des plaies, des infections et des traumatismes fermés et dont le second, d'intérêt strictement chirurgical, qui paraîtra ultérieurement, sera consacré à la chirurgie réparatrice et au traitement des affections acquises et congénitales.

Les idées exprimées dans l'édition précédente ont supporté l'épreuve du temps ; elles sont simplifiées et clarifiées ; ce qui semblait hardi il y a cinq ans, est devenu actuellement courant. La partie plaie a été refondue dans un sens encore plus pratique, avec les détails même les plus simples, comme par exemple la manière d'effectuer le pansement. La prévention contre le tétanos a été particulièrement développée, étant donné son importance médico-légale. Des chapitres ont été ajoutés qui sont la mise au point de questions actuelles comme les séquelles trophiques et douloureuses, les infections diffusantes aiguës et les traumatismes fermés de la main.

DIVISIONS DE L'OUVRAGE. — Première partie : *Les plaies* (Généralités thérapeutiques. Plaies des doigts. Plaies du pouce, plaies des mains. Corps étrangers des mains. Séquelles trophiques et douloureuses. Les plaies des mains et des doigts : problème social). — Deuxième partie : *Les infections* (Principes généraux de traitement. Panaris superficiel. Panaris du tissu cellulaire sous-cutané. Ostéite des phalanges. Arthrite des doigts. Ténosynovites digitales. Anatomie des espaces celluleux. Phlegmons des espaces celluleux de la main. Phlegmon des gaines synoviales de la main). — Troisième partie : *Traumatismes fermés de la main et des doigts* (Traumatismes sans déplacement. Traumatismes avec déplacement). Quatrième partie : *Evaluation des incapacités.*

LE TRAITEMENT DES MALADIES DE SENSIBILISATION

(Asthme, rhume des foins, migraine, urticaire)

PAR LA SOLUTION HISTAMINE-HISTIDINE (Algipan)

Par le Docteur MAYONNADE

I. L'HISTIDINE ET LES MALADIES DE SENSIBILISATION

L'idée d'employer l'histidine dans le traitement des maladies allergiques, apparaît pour la première fois dans le travail de Lenormand sur le rhume des foins. Partant d'un fait bien connu, surtout depuis les travaux de Pasteur Vallery-Radot — le succès des injections intradermiques de peptone dans beaucoup de maladies anaphylactiques — Lenormand note que la peptone, introduite ainsi dans l'organisme, se transforme en acides aminés (*histidine* et tryptophane) éléments actifs de la sensibilisation.

Cette dislocation de la peptone est poussée plus ou moins à fond selon les organismes, et selon les circonstances : d'où la variabilité des résultats thérapeutiques. Lenormand pense qu'on obtiendra des résultats plus constants en substituant à la peptone — générateur capricieux d'acides aminés, — une solution d'acides aminés exactement dosée à l'avance. Il injecte à ses malades, en utilisant la voie intradermique, 1 /2 c. c. d'une solution contenant 4 centigrammes d'histidine et 2 c. c. de tryptophane par centimètre cube. Il obtient ainsi des guérisons remarquables dans des cas de rhume des foins jusqu'alors rebelles aux diverses thérapeutiques (1).

Il était logique de penser que cette action favorable des acides aminés, et spécialement de l'histidine, ne s'exercerait pas seulement sur le rhume des foins, mais qu'elle agirait de la même façon sur toutes les affections allergiques que la peptone améliore fréquemment, par exemple sur l'asthme, sur l'urticaire, et sur les migraines. C'est ce que l'expérience a confirmé ; on trouve notamment dans la thèse de Truelle (2) une observation de Largeau concernant un cas de migraine ophtalmique particulièrement tenace, et dans lequel cinq injections d'histidine par voie intradermique, amenèrent une transformation radicale de la situation : espacement des crises douloureuses, avec diminution notable de leur intensité.

(1) LENORMAND. Acidothérapie aminée et rhume des foins. D'après vingt-neuf cas traités. *Presse Médicale*, 19 juillet 1933, p. 1141.

(2) E. TRUELLE. Etude critique sur la valeur antalgique du chlorhydrate d'histidine. Thèse de Paris 1935. A. Legrand, éditeur.

II. L'HISTAMINE ET LES MALADIES DE SENSIBILISATION

La théorie chimique de l'anaphylaxie, formulée par Biedl et Kraus (1), par Aronson (2), attribue les accidents du choc anaphylactique à une brusque libération de l'histamine.

Cette théorie s'appuie sur un faisceau impressionnant d'observations expérimentales.

D'une part, l'injection d'histamine à doses élevées, réalise exactement le tableau du choc anaphylactique expérimental. Même les phénomènes humoraux sont identiques, [Dzsinich (3)].

Il faut remarquer d'autre part qu'il y a un parallélisme étroit entre la sensibilité d'un animal à l'histamine, et son aptitude à faire des réactions anaphylactiques [Doerr (4)]. Il faut remarquer surtout que l'état de sensibilisation s'accompagne d'un enrichissement en histamine de certains organes (poumons chez le cobaye, foie chez le chien) : la teneur de ces organes en histamine s'abaisse brusquement après l'injection déchaînante [Manwaring (5), Spinelli (6), Watanabe (7), Bartosch (8)].

Tous ces auteurs concluent de leurs expériences que le choc anaphylactique s'accompagne de la libération d'une substance capable de le reproduire, chez l'animal non préparé, et que

(1) BIEDL (A.) et KRAUS (R.). — Expérimentelle Studien uber anaphylaxie. *Wien. Klin. Wochr.*, vol 22, p. 363, 1909.

(2) ARONSON (H.). — *Berl. Klin. Woch.*, vol. 49, p. 642, 1912.

(3) DZSINICH (A.). — Die histaminbehandlung allergischer Zustande (asthma, urticaria). *Klin. Woch.*, vol. 14, p. 1612, 1935.

(4) DOERR (R.). — *Ergebn. f. Hyg.*, vol. 5, p. 71, 1922.

(5) MANWARING (W.-H.), HOSEPIAN (W.-M.), ENRIGHT (J.-R.) et PORTER (D.-F.). — Hepatic Reactions in Anaphylaxis. *Journ. of. Immun.*, vol. 10, p. 567, 1925.

(6) SPINELLI (A.). — Démonstration de la mise en liberté de substances type histamine, du poumon isolé du cobaye en choc anaphylactique. *Boll. Sez. Ital. Soc. Intern. Microb.*, t. IV, f. 10, p. 257, octobre 1932.

(7) WATANABE. — Cité par Feldberg et Schilf.

(8) BARTOSCH (R.). — Uber die Herkunft des Histamins bei der Anaphylaxis des Meerschweinchens. *Klin. Wchr.*, n° 9, p. 307, 1935.

cette substance n'est autre que l'histamine ; [Bartosch (1)].

Chez l'homme, Storm Van Leeuwen et Zeudner, ont réussi à extraire du sang de plusieurs malades atteints d'asthme, d'urticaire, etc., des substances qui donnent les réactions biologiques de l'histamine. Lewis et Grant (2), chez un sujet très sensible aux poissons, ont obtenu avec un extrait de chair de poisson, une cuti-réaction d'histamine. A. Jacquelin (3) a signalé l'augmentation de l'histaminémie et l'apparition d'une histaminurie dans la crise d'asthme. A. Gajdos (4), en employant la réaction de Pauly, retrouve l'histamine dans les urines au moment des poussées urticariennes.

Il n'est pas sans intérêt, en terminant, de remarquer l'identité de la papule cutanée histaminique avec la papule urticarienne, et l'identité de la céphalée histaminique avec la céphalée migraineuse.

Les accidents anaphylactiques sont donc liés directement à l'intoxication histaminique. Il en résulte que le meilleur moyen de prévenir le retour de ces incidents, consiste à réaliser une DÉSENSIBILISATION À L'HISTAMINE, par des injections répétées d'histamine à faible dose.

Les applications de cette méthode ont donné des résultats remarquables :

A) *Histamine et migraine*

Ramirez et George (5) les premiers, en 1924, ont heureusement influencé les *accès migraineux* par des injections sous-cutanées de doses minimes d'histamine. Trois ans plus tard, Friedlander et Petow (6) arrivent aux mêmes résultats avec la même technique : injectant 1/1.000 à 1/100 de milligramme tous les jours sous la peau, ils obtiennent plusieurs guérisons durables, parfois annoncées, d'ailleurs, par une recrudescence des crises au début du traitement.

Plus récemment, Lambling (7) a obtenu de bons résultats en employant ainsi des doses *encore beaucoup plus faibles*, ne dépassant pas le 1/100e de milligramme d'histamine.

(1) BARTOSCH (R.). — Uber die Freisetzung von Histamin durch chemisch bekannte Substanzen. *Arch. f. exp. Path. u. Pharm.*, vol. 181, p. 176, 1938.

(2) LEWIS (T.) et GRANT (H.). — Vascular reaction of the skin to injury. Hearth. Vol. II, p. 219, 1924.

(3) JACQUELIN (A.). — Asthme et histamine. *Progrès Médical*, n° 5, p. 170, 1937.

(4) FIESSINGER (N.) et GAJDOS (A.). — Urticaire et histamine. Un vol., Vigot frères, édit., 1937.

(5) RAMIREZ (M.-A.) et GEORGE (A.-S.-V.). — A contribution to the etiology of Asthme. *Med. Journ. and Rec.*, p. 71, 1924.

(6) FRIEDLANDER et PETOW. — Migräne und ihre Bedandlung mit Histamin. *Med. Klin.*, vol. 39, p. 1416, 1927.

(7) LAMBLING. — Les microdoses d'histamine en thérapeutique, en particulier dans les états allergiques (asthme, urticaire, œdème de Quincke, migraine), et dans les ulcères gastro-duodénaux. *Presse Médicale*, p. 299, n° 16, 23 février 1938.

B) *Histamine et asthme*

Ramirez et George, dans leur communication publiée en 1924, font état de deux cas *d'asthme* guéris par les injections sous-cutanées d'histamine. Stahl et Masson (1), en 1932, substituent à la voie sous-cutanée, la voie *cutanée*, en déposant l'histamine sur la peau préalablement scarifiée. Ils obtiennent une amélioration de la dyspnée dans quinze cas sur dix-neuf. Piquet (2) reprend la question dans sa thèse ; dans dix cas sur quatorze, les crises d'asthme furent coupées. Quelques minutes après l'apparition de la papule d'urticaire histaminique, les malades retrouvaient brusquement leur rythme respiratoire normal, en même temps qu'ils se mettaient à expectorer abondamment.

Comme Stahl et Masson, Piquet souligne particulièrement l'importance de la *voie cutanée*. « Si, au lieu de recourir à la voie dermique, on recourt à la voie hypodermique ou intramusculaire, les effets sont inverses de ceux obtenus par la voie dermique. »

Israël et Jacob (3) ont obtenu également des résultats remarquables par la même technique de scarification de la peau. A maintes reprises, la scarification histaminique eut un effet préventif ; faite au moment où le malade sentait venir sa crise, elle l'arrêtait net.

Dzsinich a soigné quinze asthmatiques par les injections sous-cutanées de très petites doses d'histamine. Il commence par 1/10.000e de milligramme et augmente progressivement la dose, ne dépassant jamais 1/100e de milligramme et faisant une injection tous les deux jours. Dans douze cas sur quinze, il obtient la disparition des crises d'asthme, et souvent, la *guérison complète*.

Le nombre des injections nécessaires pour obtenir la guérison va de *dix à trente injections*.

En 1938, sept cas d'asthme franc sont soumis par Lambling au traitement par l'injection d'histamine à doses très faibles et progressives, ne dépassant pas le 1/100e de milligramme : les résultats se montrent, dans l'ensemble, EXCELLENTS. Ici encore, il n'est pas exceptionnel d'observer, au début du traitement, une réaction focale sous forme de réveil — très passager d'ailleurs, — de la crise asthmatique. Il est préférable, en ce cas, d'espacer les injections.

(1) STAHL et MASSON (J.). — Histamine et dyspnée asthmatiforme. *C. R. Soc. Biol.*, vol. 3, p. 1003, 1932, Strasbourg.

(2) PIQUET (E.). — Asthme et l'histamine. Thèse de Doctorat, Strasbourg, 1934.

(3) ISRAEL (L.) et JACOB (A.). — Arrêt de la crise d'asthme à l'aide d'urticaire provoqué par des scarifications à l'histamine. *Bull. d. Soc. Ther.*, n° 27, 1935.

C) *Histamine et urticaire*

Reste à étudier l'action thérapeutique de l'histamine sur l'urticaire. Fiessinger et Gajdos ayant observé « les admirables plaques urticariennes déterminées par l'ionisation à l'histamine », pensèrent que l'urticaire était peut-être lié à une décharge d'histamine dans la peau.

Le rôle du foie se bornerait à laisser passer une dose suffisante d'histamine alimentaire. Ayant admis le rôle de l'histamine dans l'urticaire, les auteurs pensèrent qu'on était en droit de se servir de la première pour vacciner contre la seconde.

Fiessinger et Gajdos emploient la technique de l'ionisation, qui permet l'introduction indolore d'une *très petite quantité d'histamine* : la quantité d'histamine résorbée est, en effet, infinitésimale ; or, en matière de thérapeutique histaminique, les *doses très petites sont toujours les plus efficaces.*

Sur treize cas d'urticaire soumis à la thérapeutique histaminique, Fiessinger et Gajdos obtiennent *onze succès remarquables.* L'action est *rapide* : La guérison est *durable.*

Pour l'asthme comme pour la migraine, il n'est pas impossible de voir le début du traitement provoquer une exaspération des symptômes ; dans quatre observations en effet, la première ou la seconde séance d'ionisation à l'histamine fut suivie d'une poussée d'urticaire violente.

Il faut rapprocher des observations de Fiessinger et Gajdos, celles de plusieurs auteurs qui ont obtenu, eux aussi, la guérison de l'urticaire par l'histamine.

Millet et Brown (1), dès 1931, améliorent un cas d'œdème de Quincke par l'injection quotidienne de 1/10e de milligramme d'histamine, Ernsene et Banks (2) guérissent trois cas d'urticaire sur six, par l'injection quotidienne de 1/2 milligramme d'histamine pendant cinq à six jours : mais l'emploi de cette dose élevée rend le traitement pénible pour le malade.

Israël, Jacob et Meyer (3), en 1935, publient à la Société de médecine de Strasbourg, deux cas d'urticaires rebelles, guéris par les scarifications épidermiques à l'histamine.

Dzsinich, appliquant à l'urticaire récidivante, sa méthode des injections sous-cutanées d'histamine à dose infinitésimale (de 1/10.000e à 1/100e de milligramme), obtient deux guérisons complètes sur trois cas.

Lambling, Loeper, avec des doses du même ordre, obtiennent des succès dans quatre cas d'urticaire ou d'œdème de Quincke.

Ainsi, c'est par tout un faisceau de recherches concordant, que se trouve confirmée l'efficacité du traitement histaminique des urticaires. Le traitement par l'histamine, et tout particulièrement par l'introduction cutanée d'histamine à faibles doses, appliqué à des cas d'urticaire où les moyens thérapeutiques habituels ont échoué, détermine la guérison dans une proportion de cas très élevée.

Cette rapide étude nous amène à la conclusion suivante :

1) Les maladies de sensibilisation telles que l'asthme, l'urticaire, les migraines, le rhume des foins, sont sensibles à l'action des injections intradermiques d'histidine.

II) L'histamine, produit voisin de l'histidine dont il dérive par décarboxylation, possède à l'égard de ces mêmes affections, une action thérapeutique indéniable.

En réalité, les meilleurs résultats sont obtenus en associant ces deux méthodes : cette association est facilement réalisée en employant pour le traitement des états allergiques, les injections intradermiques *d'Algipan,* solution mixte d'histamine-histidine, contenant 4 centigrammes d'histidine et 1/8 de milligramme d'histamine par centimètre cube.

Les résultats de ce traitement sont nettement supérieurs dans l'ensemble, à ceux que donne l'histidine ou l'histamine employée seule. Il importe, pour éviter au début du traitement toute réaction désagréable, d'employer de très petites doses : la dose optima nous paraît être la dose de 1/10e de centimètre cube (deux gouttes) en injections intradermiques, à la face antérieure du bras ou de l'avant-bras. Cette dose est répétée tous les jours ou tous les deux jours : on pratique, en moyenne, une douzaine d'injections consécutives.

Dans la plupart des cas, on obtient, dès la première série, une disparition ou tout au moins une atténuation très notable des accidents (accès de migraines, crises d'asthme, poussées urticariennes, etc.).

Il est toujours recommandé, après un intervalle plus ou moins long (deux à trois semaines) en moyenne, de refaire une deuxième série qui consolide les résultats obtenus par la première.

Dans certains cas, plusieurs séries, séparées par quelques semaines d'intervalle, peuvent être nécessaires pour obtenir une protection tout à fait durable.

---

(1) MILLET (R.) et BROWN (G.-E.). — Heat sensitiveness angioneurotic edema purpura and ulceres of the leg following bilateral femoral thrombophlebitis. *Med. Clin. of North America.*, juillet, 1931, p. 266.

(2) ERNSENE (A.-C.) et BANKS (B.-M.). — Histamin in treatment of pruritus. *Journ. of America. Medic. Assoc.*, p. 328, 1933.

(3) ISRAEL (L.) JACOB (A.) et MEYER (A.). — Deux cas d'urticaires rebelles. Traitement par les scarifications épidermiques à l'histamine. *Soc. Médic. de Strasbourg et Bas-Rhin*, p. 35, 1935.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

●●●

LA FRANCE, TERRE D'ALCOOLISME

Si, depuis l'armistice, notre malheureux pays a perdu beaucoup de ses prééminences d'alors, il lui en reste une indiscutable, indiscutée et ignominieuse : il l'emporte à peu près sur tous les autres par la consommation de l'alcool. Et la France fait par le monde figure de mégère avinée aux trousses de laquelle la canaille du quartier chante pouilles. En plaisante qui voudra, la situation est grave : le quartier n'est pas sûr, loin de là, et les garnements sont capables de monter un mauvais coup qui coûtera cher à la malheureuse car elle possède encore quelques beaux restes de sa splendeur passée.

Il y a certes d'autres et de nombreux prétextes pour qu'on lui cherche noise. Raison de plus pour n'en pas ajouter un autre en superposant à la faiblesse la dégradation.

Ce ne sont pas les avertissements qui lui ont manqué ! Depuis de nombreuses années, et bien avant que le mal eût pris cette acuité, les médecins dénonçaient le mal fait à la race par les spiritueux, de toutes sortes. Sous leur impulsion des ligues anti-alcooliques s'étaient fondées un peu partout. Elles ont eu probablement le tort d'être trop ardentes ; leur absolutisme a tourné à l'intolérance et elles ont rebuté les gens avant de les avoir convaincus. Leur grande victoire fut l'interdiction de l'absinthe au début de la guerre et, le 9 novembre 1915, une nouvelle réglementation exigeait que toute ouverture de cabaret soit précédée d'une déclaration à la mairie et transmise au Procureur de la République. Victoire sans lendemain ! Pour une fois les parlementaires avaient osé voter ces lois salutaires mais impopulaires. Ils avaient *osé* à la faveur de la mobilisation, le peuple étant sous les armes et occupé aux frontières. Donner à une loi anti-alcoolique ce parrainage de la couardise était d'un mauvais présage. Nous l'avons bien vu depuis ; les hommes rentrés, jamais le Parlement n'eut le modeste courage de leur retirer le verre des mains. Et pour se faire pardonner sans doute d'avoir sévi contre l'absinthe, il ouvrit d'un seul coup, en 1933, 2.000 cabarets nouveaux. En 1935 il vota une extension au privilège des bouilleurs de crû : allocation en franchise de 10 litres d'alcool pur, droits réduits sur le surplus. Le Parlement est coutumier de cette discontinuité de vues qui prend assez aisément figure d'incohérence.

***

Mais à la faveur de cette incohérence nous allons d'un pas sûr vers l'alcoolisation intégrale du pays. Car, outre leur privilège, les bouilleurs de cru pratiquent une fraude intense. Et les récentes lois sociales ont en cela leur part de responsabilité.

On se souvient que, en 1936, lorsque fut votée la semaine de 40 heures, l'Académie de médecine, fidèle à son rôle de gardienne de la santé publique, s'était inquiétée de la façon dont les travailleurs allaient employer ce surcroît de loisirs. Le Docteur Sieur, en particulier, avait préconisé l'extension de l'œuvre des jardins ouvriers afin de procurer aux travailleurs un moyen d'occuper sainement leurs deux jours de congé par semaine. Quel sort a eu ce vœu ? Probablement le sort coutumier. Pour reprendre le langage de Duhamel : « les hommes qui peuvent » n'aiment guère recevoir des avis des « hommes qui savent ». Car ces avis leur tracent souvent des devoirs gênants et extérieurs à leur préoccupations normales.

On nous avait cependant, vers le même temps, affublés d'un ministère des loisirs à qui le vœu en question pouvait inspirer une règle générale d'action. Mais le ministère des loisirs avait probablement de grands desseins en tête, et le vœu de l'Académie, en ses termes mesurés, manquait vraiment trop de « dynamisme » extérieur.

Qu'est-il donc advenu des loisirs si subitement institués ? A quoi les masses les ont-elles employés ? Très simplement : à se saoûler, ainsi qu'il était prévu. Et c'est pourquoi le 20 décembre dernier le Docteur Devé dénonçait à l'Académie une recrudescence nettement accusée de l'alcoolisme depuis quelques années. En

1935, 1936 et 1937 le Professeur Née a eu à traiter, dans le service spécial des « isolés » de l'Hôtel-Dieu de Rouen, 220 cas de delirium tremens ; sur lesquels il a noté une mortalité de 56 %. Bon nombre de ces ivrognes étaient des chômeurs ! gens dotés du maximum de loisirs puisque la démocratie, en échange de l'allocation qu'elle leur verse, n'a pas encore eu l'énergie, d'exiger d'eux du travail. Ainsi entretient-elle une puissante armée d'oisifs à qui elle fait perdre le goût de l'effort et qui, au bout de quelques années, ne sont plus que des bons à rien. Ainsi subventionne-t-elle l'alcoolisme puisque ces chômeurs, embarrassés de leur temps, portent au cabaretier le plus clair de leurs allocations. A l'exemple de certains tuberculeux de sanatoriums dont je narrais les jeux il y a quelques semaines ces chômeurs-ivrognes gaspillent, à mal faire, les sommes qu'ils perçoivent des fonds publics. La France a-t-elle donc juré de se suicider ?

***

N'ayant pas encore perdu ses illusions sur la valeur de tels vœux, la Société de médecine de Rouen demande, dans un tract qu'elle a publié, un certain nombre de mesures urgentes : la diminution du nombre des débits, la réglementation du commerce des boissons alcoolisées, la fermeture des cabarets dans certaines circonstances. Il est improbable que nous voyions jamais rien de pareil ici car le groupe viticole de la Chambre est ombrageux et puissant. Ces revendications n'ont cependant rien de neuf ni d'original : d'autres pays les ont écoutées et y ont fait droit. En Allemagne il est défendu de servir des boissons alcoolisées dans la matinée et les jours de paie. Dans les pays scandinaves les cabarets sont fermés en cas de grèves. Et je me rappelle la stupeur de cet ami qui, désirant certain jour, à New-York, m'offrir un verre de Porto, entendit le garçon lui faire cette réponse laconique : « Impossible, c'est aujourd'hui jour d'élections ». Plein de sa mentalité française, cet ami aurait plutôt compris qu'en un tel jour on versât ration double.

En France un ivrogne suscite toujours un intérêt plutôt sympathique. S'il est drôle un cercle de rieurs s'assemblera autour de lui. S'il commet une infraction aux lois son avocat ne manquera pas d'invoquer son état comme circonstance atténuante, comme si d'avoir bu avec excès relevait de la fatalité et échappait au libre-arbitre. En Russie on fusille le conducteur d'auto qui, étant ivre, a causé un accident mortel. Combien le même crime lui coûte-t-il en France ? Quelques semaines d'emprisonnement ... s'il n'a décidément aucune relation.

Pour notre malheur les faits dénoncés par le Docteur Devé ne sont pas spéciaux à la Normandie ; presque toutes les régions de France en pourraient citer d'analogues.

***

La production d'alcool a passé, en France, de 940.000 hectolitres en 1850 à 4.772.110 en 1935.

Les importations, dans le même laps de temps, passèrent de 5.555 hectol. à 692.376, et les bouilleurs de cru qui étaient 265.721 en 1875 sont 3.257.048 en 1935.

Grâce à quoi la consommation de l'alcool, de 1.415.000 hectolitres en 1914 est en 1935 de 6.149.571 hl.

Aussi la dépression économique n'atteint-elle pas le commerce des spiritueux. Le *Médecin d'Alsace et de Lorraine*, dans son numéro de janvier dernier, publie le suggestif tableau suivant. Il s'agit des bilans comparés pour 1935 et 1936 (que sera-ce les années suivantes ?) de six grandes maisons fabriquant des apéritifs :

Maisons	1935 francs	1936 francs	Augmentation
A.......	62.200.000	74.300.000	19,5 %
B.......	34.100.000	35.200.000	3,2 %
C.......	5.440.000	8.900.000	63,6 %
D.......	400.000	613.000	53,2 %
E.......	34.000.000	35.000.000	2,9 %
F.......	264.000.000	240.000.000	12,1 %

Donc le « pouvoir d'achat » a joué et de remarquable façon. Il est douteux, par exemple qu'une autre industrie puisse s'enorgueillir d'un pareil essor.

Tout y concourt, et de la meilleure grâce : la publicité écrite et parlée, l'inoccupation du peuple, la lâcheté de nos dirigeants, l'avachissement de la dignité individuelle, puisque nous tolérons ce triste record de 17 l. 61 d'alcool bu en France par tête d'habitant, taux réduit en Allemagne à 2 l. 71. Ces deux chiffres expliquent bien des choses, et, par exemple, celle-ci.

Le rédacteur d'une feuille romaine écrivait l'autre jour, en proie à un délire sacré, qu'il nous crachait à la figure. Le chétif postillon n'est pas encore parvenu à franchir les Alpes et ni vous ni moi, bien entendu, ne nous sommes sentis outragés. Mais ne vous y trompez pas : le roquet que nous pourrions par mégarde arroser d'autre manière, jamais il n'eût osé nous parler sur ce ton si à tous ses malheurs la France n'ajoutait tant d'abandons.

Et parmi ceux-ci l'alcoolisme grandissant est peut-être le plus redoutable.

G. LAVALÉE.

ASSURANCES SOCIALES — CONTRÔLE

L'ASSURÉ DOIT-IL TOUJOURS PRÉSENTER LES ORDONNANCES PHARMACEUTIQUES ?

Par sa lettre n° 9116, un de nos confrères nous demande ce que nous pensons du conflit qui vient de s'élever entre un praticien et les Caisses. Ces dernières soutiennent que, pour faciliter leur contrôle, le médecin ne doit pas faire cadeau à son malade d'échantillons gratuits, ni prescrire des médicaments que le client achète, ou se fait fournir par le médecin lui-même, afin que les employés de la pharmacie, ni ceux de la Caisse ne puissent savoir quelle est la nature exacte de la maladie soignée.

Ainsi, un client soigné pour une syphilis, préfère renoncer au remboursement de ses médicaments, plutôt que de prêter le flanc à la malignité publique, alors que, par la simple lecture des ordonnances médicales, le pharmacien, comme les employés de la Caisses sauraient le diagnostic exact de la maladie traitée.

Notre confrère s'étonne que le président du Conseil de famille de la Fédération départementale, dont il ressortit, soit un médecin-conseil, chargé du contrôle de quelques Caisses. Il nous exprime la crainte que ce président n'ait pas toute l'indépendance d'esprit requise, pour présider avec sérénité les débats, dont souvent dépend l'honorabilité des praticiens. Il nous demande en conséquence, si vraiment un texte de loi, ou de règlement oblige le praticien, ainsi que le malade à faire fi du secret professionnel, alors que les Caisses émettent la prétention de connaître la teneur des ordonnances médicales, sous prétexte que leur contrôle exige toutes les précisions possibles.

Je réponds à mon correspondant en calmant son émotion. Tout d'abord, il ne doit pas suspecter l'impartialité du Conseil de famille, bien que ce dernier soit présidé — à tort me semble-t-il — par un praticien, qui n'a pas sa liberté complète de jugement, puisqu'il est lié aux Caisses par un contrat de louage de services. Assurément, ce président saura faire taire en lui certaines sympathies, pour n'être qu'un juge impartial.

Mais la prétention des Caisses est inadmissible. Notre Charte médicale comporte le respect absolu du secret professionnel *erga omnes*, la liberté de prescription et le droit de soigner nos malades selon notre science et notre conscience, pour le mieux des intérêts du client.

Les médecins doivent se montrer jaloux du respect de leur liberté de prescription, comme de la proclamation du droit à l'entente directe. Il en résulte que le praticien a le devoir de soigner son malade de son mieux, comme bon lui semble, selon les règles de l'art et sous le sceau du secret professionnel.

D'où le corollaire : le praticien peut faire cadeau d'échantillons pharmaceutiques, qui lui sont envoyés tant dans un but d'expérimentation que pour venir en aide aux familles nécessiteuses. Mais, il est interdit au médecin soit de vendre lesdits échantillons gratuits, soit de faire un commerce illégal de la pharmacie, en vendant des médicaments achetés par le praticien dans une officine, ou chez un grossiste, ou à un laboratoire quelconque.

A la Caisse d'organiser son contrôle, sans que ce dernier puisse devenir une gêne, un obstacle pour le libre exercice de la profession médicale. A la Caisse de prouver qu'il y a collusion entre un médecin et un assuré social, lorsque ce dernier réclame le remboursement partiel d'actes médicaux, alors qu'il ne produit pas au remboursement des factures de pharmacien. Le client a le droit absolu de payer de sa poche les produits pharmaceutiques qu'il doit consommer, alors qu'il entend que son traitement soit ignoré du pharmacien du lieu.

Je dois cependant faire preuve de quelque circonspection et ne pas donner une réponse catégorique, alors que les points de fait ne m'ont pas été communiqués. Je n'ai entendu qu'un son de cloche, tout en faveur du praticien, qui ne m'expose que les droits de son malade et sa propre liberté d'exercice de la médecine.

Mais le Conseil de famille est peut-être saisi de détails, qui permettent de supposer que soit la conduite du médecin, soit les agisssements du malade ont abouti moins à la défense, au respect du secret professionnel qu'à des pratiques qui ont faussé le contrôle de la Caisse, ou constitué des manquements à la déontologie.

J'ai donc répondu en droit pur, laissant à la sagesse du Conseil de famille le soin de décider selon les faits de la cause.

Dr Paul BOUDIN.

LA SURVEILLANCE D'UNE PHARMACIE D'HÔPITAL

Un pharmacien nous demande (lettre 8.890) si il peut accepter les propositions suivantes, qui lui sont faites par l'Administration d'un sanatorium installé depuis peu dans sa localité. On lui demande de fournir en vrac une certaine quantité de médicaments simples, qui pourront être divisés en cachets, ou mélangés pour des potions courantes et habituelles, que seuls seront appelés à absorber les malades soignés dans l'établissement hospitalier.

Quant aux préparations plus compliquées, ou comportant des toxiques, seul le pharmacien devrait les préparer et les livrer à l'établissement.

Pareils agissements sont-ils licites ? Ne se heurtent-il pas, en outre, à l'impossibilité, pour un pharmacien, de gérer deux officines ?

Selon les termes de la Déclaration royale du 25 avril 1777, toujours en vigueur et de la loi du 21 germinal an XI, seuls les titulaires du diplôme de pharmacien ont le droit de vendre et de débiter des médicaments simples, ou composés sur ordonnance d'un docteur en médecine.

Il s'en suit que, théoriquement, un hôpital, un dispensaire, un établissement quelconque, public ou privé, ne peut pas posséder une provision de médicaments simples, ou spécialités, préparés à l'avance, en certain nombre, pour les faire absorber par les malades hospitalisés, ou venus à la consultation, sans qu'un pharmacien diplômé ne soit présent pour présider à cette livraison de drogues conformément aux prescriptions des médecins traitants.

Pratiquement, beaucoup d'établissements hospitaliers achètent en gros un approvisionnement de médicaments simples, ou de spécialités pharmaceutiques. Une religieuse, appelée sœur-pharmacienne, pour les besoins de la cause, prépare et débite les potions, fabrique les pilules ou les cachets et distribue le tout aux malades de l'établissement, que ce soit à titre gratuit ou contre paiement. Un pharmacien diplômé, fournisseur en gros desdits médicaments, prête son concours et son nom ; il est censé surveiller la pharmacienne non-diplômée.

Ces pratiques sont essentiellement illégales. A la vérité, beaucoup de pharmaciens, ayant officine ouverte, se reposent sur des employés, qui travaillent dans des pharmacies depuis de nombreuses années et ont ainsi acquis une expérience pratique certaine. Mais légalement, le pharmacien devrait lui-même préparer ses médicaments officinaux, ou magistraux, ou en surveiller de près la préparation. Cette question revêt une grande importance, lorsque le pharmacien est recherché, sa responsabilité civile étant mise en cause, à l'occasion d'une erreur de préparation, ou autre.

Pratiquement — et pour répondre à la question qui m'est posée — le pharmacien peut approvisionner l'hôpital ou le sanatorium en médicaments simples, que le préparateur en pharmacie pourra mélanger, lorsque pareilles préparations ne pourront faire courir aucun risque aux malades qui les absorberont.

Mais lorsqu'il s'agira de médicaments plus complexes, dont la préparation exige des connaissances techniques et pratiques, qui ne peuvent être acquises qu'à la suite des études faites pour l'obtention du diplôme de pharmacien, il sera prudent que ce soit le pharmacien lui-même qui les exécute dans son officine, ou les fasse préparer sous sa surveillance et sa direction suivies.

Abordons une autre question : le fait, pour un pharmacien ayant officine ouverte, de surveiller la pharmacie d'un établissement hospitalier, pourrait-il constituer la gérance de deux officines ? Pareille situation est interdite par les lois et la jurisprudence : un pharmacien ne peut avoir qu'une seule officine, dont il s'occupe, qu'il doit surveiller et gérer. Or, si le pharmacien doit être le propriétaire et le maître absolu de l'officine, dont il est le titulaire, il n'est pas le propriétaire de la pharmacie de l'hôpital ; il doit y respecter les règlements et les conditions établies par la Commission administrative. De plus, il agira en l'espèce, non comme un gérant, mais comme un surveillant technique du personnel secondaire, attaché à la pharmacie par la Commission administrative de l'établissement.

En sorte que cette situation de surveillance est légitime en soi et ne tombe pas sous l'application des lois et règlements, d'autant que les médicaments, préparés à l'hôpital, seront des préparations simples, nullement nocives, puisque les ordonnances magistrales, ou les compositions comprenant des toxiques seront exécutées par le pharmacien lui-même, dans sa propre officine.

La dite pharmacie de l'hôpital ne distribue de médicaments qu'aux seuls hospitalisés et ne constitue pas une officine ouverte au public. Dans ces conditions j'estime que le pharmacien de ville peut accepter de surveiller les préparations simbles exécutéess et débitées dans l'hôpital, le sanatorium ou le dispensaire.

Au surplus, si des questions de fait, ou des considérations locales pouvaient être invoquées pour ou contre cette situation, je crois que le pharmacien agirait sagement en demandant l'avis du président du Syndicat des pharmaciens de la région.

Dr Paul BOUDIN.

CONTRE LA MORTINATALITÉ ET LA MORTALITÉ DES PREMIERS JOURS DE LA VIE, RENFORCER LA SURVEILLANCE PRÉNATALE

Les statistiques de tous les pays démontrent, en effet, que si la mortalité des enfants a diminué *au cours de la première année,* elle a cependant moins régressé *durant les premiers jours de la vie,* et il en reste de même pour la *mortinatalité.*

Au cours des douze premiers mois, 17 % des enfants mouraient en l'année 1891, et cette proportion était tombée à 6,9 % en 1936, grâce surtout à la régression des troubles digestifs.

Par contre dans tous les pays, aujourd'hui, même dans les secteurs où la mortalité infantile est faible, le nombre des *mort-nés,* ainsi que celui des *décès rapides,* sont demeurés à peu près *stationnaires.*

Pour améliorer cette inquiétante situation, il convient de retenir tout d'abord que la mortinatalité et les décès rapides sont dus soit à la débilité congénitale et à ses malformations, soit à la naissance prématurée, ou à un traumatisme obstétrical.

Or, les causes les plus fréquentes de la mort du fœtus pendant la grossesse, soit dans 31,9 % des cas, sont la syphilis, la toxémie gravidique, les malformations congénitales. L'expulsion prématurée (10,4 % des cas), dépend en général d'une maladie ou du surmenage de la mère. Enfin, pendant l'accouchement, le décès qui survient (51,2 % des cas) peut être attribué : aux présentations vicieuses et notamment à la présentation du siège, aux dystocies, aux hémorragies rétro-placentaires.

Le Docteur G. Labeaume (1) rappelle qu'en France chaque année 10.000 enfants meurent pendant les dix premiers jours de la vie et 20.000 pendant le premier mois ; ce qui représente 1/5 des décès de la première année pendant les dix premiers jours, et 1/3 pendant le premier mois. Le fait regrettable à constater, c'est que depuis vingt ans ce pourcentage a peu varié.

Que déduire de ces données statistiques : rationnellement, on ne peut écarter la pensée que des examens, pratiqués pendant la grossesse, auraient souvent permis de dépister les causes de mort prématurée, en soignant les femmes gravides, et même en prévoyant l'accouchement dans une maternité ou une clinique.

(1) La surveillance prénatale. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 juin 1938.)

En bref, la surveillance prénatale, organisée cependant dès 1895 dans les hôpitaux de Paris par Budin et Pinard, reste encore malgré tout insuffisamment développée : il ne suffit pas, en effet, de créer des consultations, d'imposer un nombre suffisant de visites prénatales, il faut encore que les femmes consentent à se faire examiner.

La loi de 1913 sur le repos des femmes en couches exigeait la présentation d'un certificat de grossesse. Mais l'examen prescrit était trop tardif ; il n'était exigé qu'au septième ou huitième mois, ce qui était insuffisant pour dépister et traiter la syphilis, pour conseiller les femme atteintes de tuberculose ou de cardiopathie.

Depuis quelques années, dans le département de la Seine, un certificat est prévu au cinquième mois, mais un seul examen est exigé et, malgré les recommandations, les femmes oublient de revenir aux consultations, auxquelles elles ne sont pas astreintes.

Par une heureuse innovation, les Caisses des Assurances sociales du département de la Seine ont exigé trois examens obstétricaux pour permettre aux intéressées de toucher les prestations. Ce règlement a diminué ainsi le nombre des femmes négligeantes dans la catégorie des assurées sociales. Les conseils du médecin et des visiteuses, mais surtout l'obligation de faire signer en temps voulu les certificats, ont conduit les femmes chez leur médecin et aux consultations.

Enfin, depuis un an, est prévu, en outre, à l'occasion de la grossesse : un examen médical avec radioscopie du thorax. Cette utile disposition est due à l'initiative de la Fédération mutualiste de la Seine et de la Caisse interdépartementale des Assurances sociales de Seine et de Seine-et-Oise.

Les trois examens demandés pour la grossesse, qui restent d'ailleurs un chiffre minimum, doivent avoir lieu : le premier avant le cinquième mois, les autres au septième et au huitième mois.

L'examen des premiers mois révèle : les grossesses extra-utérines justiciables d'interventions d'urgence, les rétroversions qui nécessitent un repos pour éviter l'avortement. Il dépiste aussi les syphilis latentes, les tuberculoses et les cardiopathies ignorées. Il permet enfin d'indiquer les pré-

cautions qui s'imposent pour éviter l'aggravation des maladies, qui préexistent à la grossesse. Ce premier examen doit être complété par une prise de sang, et par un examen radioscopique chez les femmes, qui ont eu des antécédents personnels ou héréditaires de tuberculose ou des contacts avec des tuberclueux.

Dès cette période une occupation moins pénible doit être prescrite aux femmes qui travaillent debout, à celles qui portent des charges. Un certificat médical, indiquant cette nécessité, a semblé toujours favorablement accueilli par les employeurs.

Le deuxième examen, au sixième ou septième mois, dépiste les colibacilluries, les albuminuries précoces, les menaces d'accouchement avant terme, les grossesses gémellaires, et permet de prescrire le repos nécessaire. C'est l'époque où sera ordonné l'accouchement à domicile ou en maternité, d'après les indications médicales et sociales. C'est encore le moment de faire campagne contre le placement en nourrice et en faveur de l'allaitement maternel, de prévoir l'hospitalisation en maison maternelle des femmes abandonnées, de celles dont le mari est soldat ou traité dans un sanatorium.

Le troisième examen a été fixé avec avantage pendant le huitième mois. Il permettra de vérifier la présentation, de transformer par version les présentations de l'épaule et du siège, de faire l'examen complet du bassin, de prévoir les « cas limites », qui devront se placer sous surveillance médicale et de préférence dans une clinique.

Ces trois examens doivent rester un strict minimum indispensable, jusqu'au jour où un examen mensuel sera exigé et complété par des recherches de l'albumine urinaire dans l'intervalle.

Déjà, en Angleterre, il a été demandé en 1932 que les femmes enceintes aient au moins sept examens : aux 16e, 24e, 28e, 30e, 32e, 34e et 36e semaines.

Aux Etats-Unis, une enquête du Bureau de l'Aide à l'Enfance reconnaît en 1933, la nécessité d'un examen mensuel à faire par un médecin à partir du cinquième mois et même avant.

Dans les villes, toutes les femmes devraient être examinées par un accoucheur. Pour les femmes indigentes ou n'ayant que des ressources restreintes, la création de consultations prénatales a permis de réaliser ces examens avec le minimum de gaspillage de temps pour le médecin. La consultation prénatale, qui devrait exister dans toutes les communes, est appelée à jouer le rôle, pour les classes de la société qui n'en feraient pas les frais, du médecin consultant, auquel s'adressent plus facilement les familles, qui ont les moyens de se soigner. Dans les centres de consultation, vingt femmes semblent une moyenne à ne pas dépasser pour une séance de 3 à 4 heures, à la condition que plusieurs déshabilloirs évitent les attentes et que les interrogatoires soient faits, les urines, la tension artérielle examinées et les résultats inscrits sur la fiche avant l'arrivée du médecin.

A la campagne, des consultations ambulantes pourraient être organisées avec la collaboration d'un médecin-accoucheur.

L'aide d'infirmières visiteuses est indispensable pour expliquer les prescriptions du médecin, en surveiller l'exécution, instruire la femme, faire les démarches et assurer la liaison avec le médecin traitant, les dispensaires et les maternités.

Enfin, et surtout, l'assistance aux consultations doit être rendue obligatoire. Il est nécessaire d'atteindre toutes les femmes, qui, par inertie ou par insouciance, n'iraient voir ni médecin, ni sage-femmes avant les jours qui précèdent la naissance.

« Les Caisses de compensation distribuent aux familles des allocations importantes versées par les employeurs. Elles ont organisé des services de visiteuses et des œuvres d'hygiène sociale, qui s'étendent méthodiquement. Il serait souhaitable qu'un règlement, dont les employeurs comprendraient l'importance, soumette la remise des allocations à l'obligation de faire progresser une meilleure hygiène dans tous les foyers, en imposant aux mères de faire surveiller médicalement leur grossesses, puis de conduire leurs enfants à des visites d'hygiène préventive. »

G. F.

SAGES-FEMMES ET PLÉTHORE MÉDICALE

Du 11 au 13 avril 1938, des sages-femmes sont venues à Paris de tous les points de l'univers, ont tenu un Congrès, ont émis des vœux.

Parmi tous ces vœux, nous en avons relevé un, savoureux entre tous, que nous livrons à vos méditations : « aucune naissance ne devrait avoir lieu sans l'assistance d'une sage-femme, même si un médecin pratique lui-même l'accouchement ».

Ainsi donc, dans l'esprit de nos congressistes, le docteur en médecine peut faire un accouchement, mais l'accouchement ne doit pas se faire sans sage-femme. Le médecin, là encore devient un accessoire, et d'une diplômée ayant sur la conscience deux ans d'études que ces dames elle-mêmes trouvent insuffisantes (cf. vœux, chap. I, par. 3 a).

Comme elles, nous trouvons que ces deux années d'études, avec une formation de base très rudimentaire, sont parfaitement insuffisantes ; comme elles nous trouvons qu'on ne peut prodiguer des soins utiles si l'on est bridé dans les moyens d'examen, de prescription, d'intervention : elles ne peuvent légalement mettre les fers, suturer un périnée, anesthésier leur patiente, pratiquer même un accouchement laborieux. Il est parfaitement désagréable de devoir recourir à autrui si, au cours de la gestation, une cliente à laquelle on tient particulièrement, se plaint de troubles digestifs ou circulatoires. Il est parfaitement désagréable de ne pouvoir légalement activer l'accouchement par une hypophyse judicieusement injectée, ni pouvoir suivre la patiente qui, après l'accouchement, revient consulter pour de la métrite. Cela est tout aussi désagréable que de ne pouvoir changer librement de département lorsqu'on porte le titre périmé de sage-femme de deuxième classe.

Ces entraves sont justifiées par la formation rapide, et limitées de praticiennes d'une branche qu'interpénètrent de plus en plus les autres branches de la médecine : cardiologie, phtisiologie, syphiligraphie, nutrition, etc., sans oublier la pédiatrie, post-partum prolongé.

La loi du 19 ventôse an XI institua le diplôme de sage-femme pour remédier aux abus, toujours actuels (voir la plainte récente du Syndicat des sages-femmes du Nord), des matrones qui suppléaient elle-mêmes les docteurs en médecine, alors insuffisants en nombre dans les campagnes. La destination première des sages-femmes était bien la campagne ; actuellement ce sont bien des campagnardes qui les utilisent souvent, mais à Paris, où elles viennent prendre pension pour 700 francs discrétion comprise. Les sages-femmes viennent chercher fortune dans les grandes villes et les campagnes les attendent encore bien souvent.

Pour remédier à la carence médicale, la loi de ventôse prévoyait l'existence d'autres suppléants : pour les médecins, les officiers de santé, (supprimés à l'heure actuelle) ; pour les pharmaciens, les pharmaciens de deuxième classe, (supprimés eux aussi) ; la loi de 1892 avait créé les chirurgiens-dentistes dont l'existence est fortement menacée, au moins sous ce titre.

Depuis ces époques obscurantines, la fabrication à la chaîne de docteurs en médecine a singulièrement changé les données du problème. La science, de plus en plus complexe et exigeante, demande des desservants de plus en plus instruits : la saine pratique de l'art des accouchements, avec tout ce qu'elle nécessite de connaissances générales, demande cinq à six ans d'études, donc pratiquement le doctorat en médecine. La pléthore médicale, reconnue par les praticiens et les pouvoirs publics ne justifie plus la formation de techniciens incomplets : l'obstétrique est une branche importante de l'art de guérir ; ne fait-elle pas l'objet d'un des trois examens de clinique précédant la thèse de doctorat, elle doit donc être exercée par des docteurs en médecine.

Le titre de sage-femme doit s'éteindre comme s'éteint le titre d'officier de santé. Les sages-femmes actuellement en exercice n'auraient plus à se plaindre comme actuellement de la concurrence des jeunes couches. Les candidates accoucheuses devront faire leur médecine. Si leur formation première ne le leur permet pas, elles pourront satisfaire leur vocation en se faisant diplômer infirmières puéricultrices, obstétricales, gynécologiques ; mais alors une délimitation franche sera nettement établie entre le personnel médical entièrement libre de ses actes, et le personnel soignant qui ne pourra plus prendre d'initiatives parfois intempestives. On réduirait dans cette branche une pléthore, particulièrement inopportune par toutes les tentations auxquelles peut donner naissance la misère ; on améliorera la qualité des soins qui ne seront plus fragmentaires ou illégaux.

Les sages-femmes actuellement en exercice ne devraient pas s'émouvoir d'une telle mesure, puisqu'elles garderaient leur clientèle. Devant leur raréfaction progressive, la clientèle se rendrait soit chez les survivantes, soit chez les médecins, soit encore en faible partie à l'hôpital ; nous sommes persuadés que cette nouvelle clientèle ne suffirait pas à faire rouvrir les salles fermées de certains services, ou a empêcher la fermeture de certains services pendant les vacances,

comme ce fut le cas en l'an de grâce 1938.

A la campagne, l'auto et le téléphone ont considérablement raccourci les distances, et la pléthore allongé les loisirs. Le praticien pratiquera l'accouchement, les soins consécutifs pourront être donnés par les infirmières diplômées dont nous parlions ci-dessus, et déjà si nombreuses en France. Des centres de spécialité pourraient même se créer à l'instar des centres chirurgicaux ; l'initiative privée pourrait dès maintenant agir dans ce sens, et réaliser de façon favorable au malade et à la profession ce que nous avons déjà entendu préconiser dans certains cercles officiels : la maternité cantonale.

Nous serions désolés que l'on vît dans cette proposition la manifestation d'un esprit partisan. Nous nous plaçons à ce point de vue très général. Nous avons rencontré parmi les sages femmes des sujets d'élite, admirables de savoir et de dévouement, auxquels nous nous plaisons à rendre un très justeet sincèrehommage ; mais en ces périodes d'économie orientée, nous pensons qu'il nefaut pas orienter à tort les individus. Il est un fait, la natalité baisse ; il est un autre fait : le nombre des diplômés, médecins ou sage-femmes augmentesans cesse, tousattirés par la considération qui peut encores'attacher à ces titres ou par la réussite brillante de certains sujets, les déchéances effroyables de certainsautres retant inconnues. La pléthore des docteurs médecine aurait au moins l'avantage d'arrêter le fonctionnement de ces pièges à aluvuettes, car il est toujours vrai que qui peut le plus, peut le moins.

R. JODIN.

A LA RECHERCHE DU BONHEUR

Le Docteur Raymond GROC, vient de publier un livre intitulé DU BONHEUR : *Contribution à l'esquisse d'un Manuel de Bonheur* (1). En feuilletant ce livre, recueil de pensées détachées ayant trait au bonheur, nous avons été surpris du ton de l'auteur ; on n'y retrouve pas les sarcasmes et les réflexions cyniques de ses dernières productions où bafouant l'amour, il exalte le plaisir. R. Groc aurait-il trouvé son chemin de Damas ? Peut-être, mais dans l'Avertissement qui précède son livre il écrit : « Cet essai a été écrit en 1913 dans le feu d'une jeunesse aussi riche d'illusions que d'espérances... » et depuis R. Groc aurait-il acquis l'expérience au cours d'une existence semée de déceptions, d'adaptations sans gloire? Tout cela aux environs de la cinquantaine, l'a déterminé à publier son ouvrage, pensant qu'on pourra y glaner quelques pensées utiles.

D'abord il s'agirait de savoir ce que R. Groc entend par bonheur, et il ne paraît pas bien fixé sur sa définition.

Il parle d'*un* bonheur plus souvent que du bonheur. « Celui qui méprise l'amour, écrit-il, et en dédaigne les joies se prive du Bonheur le plus pur et le plus profond, du meilleur bonheur, du seul bonheur peut-être de la vie. »

L'auteur a de la tendance à admettre plusieurs bonheurs. Toutes ces pensées sont empreintes de mélancolie et d'une teinte pessimiste . « Ecarte donc de moi, ô Destinée, devrait selon lui implorer le Sage, tout trop grand bonheur pour que je puisse vivre sans trop de souffrances ». Plus loin nous lisons : « Bien des gens ne s'estiment heureux que parce qu'ils sont moins malheureux que ceux qui les entourent. Le Bonheur ne serait-il donc qu'une misérable question de milieu et de relativité ? » R. Groc se demande si le bonheur existe : « Oui, avouons-le, affirme-t-il, le bonheur, tel que nous l'avons complaisamment évoqué n'existe pas, ne peut pas exister, n'a jamais existé, n'existera jamais. »

Il conclut par un tableau du bonheur bien modeste, bien petit bourgeois, tel que Plantin l'a défini dans son sonnet célèbre.

Tout autre est la conception du bonheur que M. H. ASTIÉ expose dans un article : *du Rôle social de l'esthétique*, publié dans la petite revue : *Plus loin* que rédige notre confrère le Docteur Pierrot.

Le bonheur, écrit M. H. Astié, « c'est un état complexe de santé physique, d'harmonie sensitive et intellectuelle et de force morale. Il résulte de l'adaptation de l'individu à son milieu, de la réalisation de son idéal en rapport avec ses facultés physiques et intellectuelles, et *surtout* de sa façon d'apprécier les événements. Pour beaucoup le bonheur réside dans le bien-être et la satisfaction des besoins physiques, pour d'autres dans les plaisirs du cœur et du cerveau. Pour nous, hommes modernes, il réside dans les deux. » Et pour M. H. Astié un des facteurs les plus puissants dans la recherche du bonheur, c'est l'Esthétique, « le sentiment et la science du beau » un des éléments de l'admirable trilogie des Grecs : le Beau, le Vrai et le Bien.

Cette conception du Bonheur est indiscutablement noble, mais elle ne s'applique qu'à des hommes d'élite. Nous pensons qu'on pourrait donner du bonheur une définition plus générale mais beaucoup plus terre à terre, c'est celle d'un habitant de Salente dans le *Télémaque* de Fénelon : « *Est heureux celui qui croit l'être.* » Pour être heureux, Docteur Raymond Groc, il faut avoir foi au bonheur et vos écrits nous font craindre que vous ne l'ayez pas.

J. NOIR.

(1) Le Bon Plaisir, 2, rue Romiguières, Toulouse, 1938.

CHRONIQUE DES MALADIES PROFESSIONNELLES

FRANCE.

Commission supérieure des maladies professionnelles et de l'hygiène industrielle.

Dans la deuxième séance du 19 décembre 1938 de la Chambre des Députés, M. le Président de la Chambre fit savoir qu'il avait reçu de M. le ministre du Travail un projet de loi tendant à supprimer la Commission supérieure des aladies professionnelles, instituée par la loi du 25 octobre 1919, modifiée et complétée par la loi du 1er janvier 1931 (*J. O.*, Débats parlementaires, n° 64, p. 1989.)

Par décret en date du 15 décembre 1938, M. le Docteur Feil et M. Plantin ont été nommés : membres de la Commission supérieure des maladies professionnelles, en remplacement du Docteur Bordas et de M. Fleurent, décédés. (*J. O.*, Lois et décrets, n° 305, p. 14.770.)

Statistique des accidents du travail déclarés en 1936. — On relève, en 1936, 621.050 accidents du travail ayant déterminé 1.509 décès et 4.897 incapacités permanentes. Les professions les plus fréquemment atteintes sont, dans leur ordre de fréquence : travail des métaux, terrassements, constructions en pierres, forêts et agriculture, transports, l'industrie de l'alimentation, l'industrie textile, etc...

Sur ces 621.050 accidents du travail, il y avait 513.053 hommes, 60.030 femmes et 47.967 enfants au-dessous de 18 ans.

Enfin, dans les mines, minières et carrières, il y a eu 95.993 accidents, ayant entraîné 368 décès. (*Bulletin* du Ministère du Travail, n° 4, 4-6 avril-juin 1938, p. 169.)

BELGIQUE

Arrêté Royal règlementant l'usage des essences dites « d'autos », pour les besoins industriels (25 *août* 1938.)

ART. 1er. — Dans les entreprises industrielles et commerciales, l'utilisation des essences dites « d'autos » est interdite pour toutes opérations industrielles quelconques, y compris le dégraissage ou le nettoyage, à l'exclusion de la seule alimentation des moteurs.

Il est pareillement interdit, dans les mêmes entreprises, d'utiliser ces essences pour le dégraissage des mains ou pour d'autres soins corporels.

Ces interdictions s'étendent aux patrons, chefs d'entreprise, gérants, directeurs desdites entreprises, à tous les membres de leur personnel, ainsi qu'aux tiers qui se trouveraient dans les établissements sus-visés.

ART. 2. — Dans les dépôts d'essences et garages ouverts au public, ainsi que dans les garages comportant un atelier de réparations, un avis portera en caractères bien lisibles et imprimés en noir sur blanc, le texte suivant :

Arrêté Royal du 25 *août* 1938, *art.* 1er *et* 2. — « Par mesure d'hygiène, il est interdit dans « cet établissement d'utiliser de l'essence d'auto « à des fins autres que l'alimentation des « moteurs. »

ART. 3. — Les médecins, les ingénieurs et les contrôleurs pour la protection du travail, ainsi que les ingénieurs des mines sont chargés de surveiller l'application du présent arrêté.

ART. 4. — La constatation et la répression des infractions aux dispositions du présent arrêté auront lieu conformément à la loi du 5 mai 1888 relative à l'inspection des établissements classés comme dangereux, insalubres et incommodes.

(*Moniteur Belge*, 14 septembre 1938.)

***

ETATS-UNIS

Congrès d'hygiène industrielle. — Le premier Congrès annuel d'hygiène industrielle organisé par l'American Association s'est tenu les 9 et 10 janvier 1939 à Chicago.

De l'important programme, nous relevons entre autres des rapports sur l'activité du médecin d'usine, sur les rapports entre les Assurances sociales et les médecins, etc...

Un compte rendu de ce Congrès paraîtra dans le n° 2, 1939, des *Archives des maladies professionnelles.*

***

GRANDE-BRETAGNE

L'éclairage dans les fabriques. — Le Comité industriel de l'éclairage dans les fabriques

(British Departmental Committee on Lighting in Factories) a publié un quatrième rapport exposant les standards d'éclairage à prescrire par règlementation aux termes de la loi sur les fabriques.

Les diverses recommandations établies par ce Comité concernent l'éclairage des locaux intérieurs et des passages ; la suppression du scintillement, de l'éclat et des ombres. Le Comité suggère que les recommandations adoptées par lui soient mises en vigueur en juillet 1939. (*Informations sociales*, n° 1, vol. LXIX, 2 janvier 1939, p. 5.)

***

ITALIE

Centre de la médecine du travail agricole. — Un centre s'occupant spécialement de la pathologie professionnelle des ouvriers agricoles a été fondé à Rome.

L'activité de ce centre s'étendra à l'étudedes questions de morbidité et de mortalité, et des maladies sociales.

(*Difesa Sociale*, t. 17, n° 8, août 1938, pp. 777-778.)

***

POLOGNE

L'hygiène du travail. — Le ministre del'Assistance sociale a pbulié, en date du 20 octobre 1938, une Circulaire concernant l'amélioration des conditions de travail dans l'industrie, les forges et les mines.

Les mesures envisagées dans cette Circulaire concernent notamment la propreté des ateliers, l'éclairage, le chauffage et la ventilation, l'installation de lavabos et vestiaires, l'aménagement de salles de bains lorsque les conditions de travail sont particulièrement anti-hygiéniques, l'aménagement des réfectoires, la fourniture d'eau potable, l'installation de salles de bains et de crèches pour les nourrissons dans les établissements occupant plus de 100 ouvrières.

Le service d'inspection du travail est chargé de veiller à l'exécution de ces prescriptions.

(*Gazeta Polska*, 30 octobre 1938.)

Dr GUY HAUSSER.

A PROPOS D'UNE LETTRE CONCERNANT L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA CHIRURGIE AU XVIIIe SIÈCLE

« Monseigneur,

« Deux filles en la ville d'Angers se meslent « de panser les malades elles ne soignent point « et ne font aucune opération de chirurgie « mais elles pansent les blessures des malades et « leur appliquent des onguents. Les chirurgiens « d'Angers les ont entrepris, sentence est intervenue à Angers qui a fait deffenses à ces filles « d'exercer la profession de chirurgie *à l'exception néanmoins des pauvres malades qu'elles « pourront traiter sans exiger aucune somme » d'argent sous quelque prétexte que ce soit.* Les « chirurgiens sont appellans en ce qu'on a permis « à ces filles de traiter les pauvres malades.

« Cet appel ne peut-il pas tendre à quelque « règlement. Car il n'est pas permis a des per- « sonnes sans qualité d'exercer la chirurgie « faut-il avoir qualité pour donner certains « secours à des malades. Le terme de traiter les « malades n'est-il pas un peu trop générique et « ne peut-il pas dégénérer en abus ; si par traiter « les pauvres malades on entend toutes sortes « d'opérations de chirurgie pourquoi faut-il que « les malades parce qu'ils sont pauvres soient « exposés à estre la victime de l'impéritie et de « l'ignorance de ceux qui se mesleront de les « traiter, souvent pour faire des expériences *in « amina vili* ; mais, d'un autre côté aussi il y a « des personnes qui sans avoir de qualité ne « laissent pas d'avoir des connaissances des ma- « ladies, des remèdes spécifiques, ou du moins « qui sçavent panser une playe ce qui peut estre « d'un grand secours surtout pour les pauvres, « en un mot la sentence dont est appel peut « mériter quelque explication. Je vous prie de me « mander ce que vous en pensés et en ce cas que « vous croïés que la Chambre des vacations soit « compétente, je serais charmé que vous vou- « lussiez bien me marquer ce que vous estimés « sur le fond de la question.

« Je suis avec respect, Monseigneur, Votre « très humble et très obéissant serviteur,

BOULLENOIS (1)

(1) Lettre autographe appartenant à l'auteur.

C'est en ces termes que maître Louis Boullenois avocat parisien (1) en renom s'adressait le 19 octobre 1745 au Chancelier d'Aguesseau, ministre de sa majesté le roi Louis XV.

Jusqu'alors on a peu donné la chasse aux illégaux. Nous en avons un témoignage c'est celui de Dionis, chirurgien de Mesdames les Dauphines et démonstrateur au Jardin Royal. Il cite de nombreux empiriques. Apothicaires capucins, abbés, matrones, etc., tous incapables sinon dangereux (2).

« Un apothicaire du Comtat d'Avignon parut il y a quelques années à Paris avec une pastille de nouvelle invention. Il obtint le privilège d'en distribuer et se fit afficher par tout Paris et en vendit beaucoup dans le commencement, parce qu'il les donnoit à cinq sols pièce ; mais comme cette pastille étoit composée d'un peu de sucre incorporé avec un grain d'arsenic qui est le plus puissant poison que nous ayons, les effets en furent funestes à quantité de ceux qui en prirent, et d'autant plus que pour faire mille pastilles il prenoit mille grains d'arsenic. Mais le partage de cette poudre ne se faisoit pas si exactement qu'il n'y eut quelques-unes qui n'en fussent chargées que de très peu et d'autres de deux grains et plus. Ceux à qui étoient échues celles qui avoient le moins de ce poison en étoient plus incommodés mais ceux qui prenoient celles où il y avoit plus d'un grain en étoient presque empoisonnés et trop heureux lorsqu'ils en étoient quittes pour des vomissements jusqu'au sang. Ces cruels effets ont détrompé le public qui a cessé d'en acheter et d'en prendre ».

Il n'est même pas question de poursuites, la chose est toute naturelle tant pis pour les malheureux qui pour « cinq sols » en sont « quittes pour des vomissements jusqu'au sang ». Non seulement on ne prend contre les empiriques aucune sanction mais souvent lorsqu'ils ont aggravé l'état de leur malade on les honore, témoin l'abbé de Belzé qui se disant médecin eut pour introducteur auprès de Madame la Dauphine le Maréchal de Bellefond : « il la purgea vingt-deux fois dans l'espace de deux mois et dans le tems ou il est défendu de faire des remèdes aux Dames ». L'état de la Dauphine empira si bien qu'on donna à l'abbé cinq cents pistoles « avec son congé ».

Si les médecins se défendent mal contre les charlatans qui pullulent en France venant de tous les points d'Europe, (l'Allemagne et l'Angleterre leurs font une guerre acharnée), les chirurgiens comme il appert de la lettre de Boullenois leur font la chasse. C'est qu'ils sont encore grisés de leurs privilèges tout neufs avec la Fondation de l'Académie de chirurgie le 18 décembre 1731 et la Déclaration royale du 23 avril 1743 privilèges remportés de haute lutte par Mareschal, chirurgien du roi, contre les médecins avec lesquels ils sont maintenant sur un pied d'égalité. Les médecins ce sont même couverts de ridicule en allant à Paris, doyen de la Faculté de médecine en tête, assiéger l'Hôtel de Saint-Cosme par protestation.

Làs ! il semble bien que comme de nos jours les magistrats aient eu un faible pour les empiriques. En effet en marge de la lettre de Boullenois au sujet des poursuites engagées par les chirurgiens d'Angers on lit cette note écrite de la main du Chancelier d'Aguesseau :

« Je ne me crois pas compétent en cette affaire, c'est un objet de police générale ; d'ailleurs je tâche toujours d'apaiser ces sortes d'affaires dans lesquelles souvent l'exécution vigoureuse de la loy seroit un très grand mal pour le public. »

Il est donc probable que les chirurgiens angevins furent déboutés de leur appel et condamnés aux dépens.

Dr F. Lejeune.

(1) Boullenois (Louis), avocat, né à Paris en 1680, mort en 1762.

(2) Dionis. — Cours d'opérations de chirurgie. Huitième édition, Paris 1787, pages 626 à 636.

LE SALON DES HUMORISTES

(11, rue Royale)

Y a d'la joie, chante notre grand Maurice Chevalier ! C'est la note qu'il faut retenir quand s'ouvre le salon des Humoristes. C'est un ciel bleu entre quelques ondées.

Une salle très amusante est presque entièrement consacrée à nos hommes politiques et aux événements récents... glissons mortels ! On y voit, les dessins de Lion (*La* 201[e] *famille*), de Will, les *Adieux de Blanche-Neige*, de Charlet, les *Trois valses*, le *Requin échoué sur la grève*, la *Grenouille*, la *Bière de Munich*, de Delpuech, *La femme du boulanger a renié son mauvais berger*, et quelques bons films dont le *Congé payé* montrant un homme bien connu sortant de la Banque de France. *Sa Majesté carnaval fait son entrée dans sa bonne ville de Nice*, de Schem (dont l'exposition fut interdite par la Préfecture de police et que j'ai pu voir avant l'ouverture des portes au public.)

Les médecins qui servent souvent de cible à nos humoristes, sont très ménagés cette année. Signalons le *Salon d'attente d'un médecin* aux personnages très comiques de J. Broche, de Lafosse, toute une suite de dessins sur les *Aventures du Docteur Tocbombe* dont il faut retenir le gentleman cambrioleur, obligeant sous menace le confrère à ouvrir son coffre-fort complètement vide. Apitoyé le cambrioleur lui donne de l'argent.

Pas nouvelle, mais toujours drôle, cette scène d'un *Médecin auscultant* une jeune malade la main posée sur le sein et lui disant : « Incontestablement, vous avez la poitrine un peu prise ; Oh ! incontestablement, lui répond la patiente (Leonnec).

Il y a encore le praticien qui veut faire *une piqûre* dans la fesse et la cliente lui dit : « Je l'aurais préférée dans un autre endroit, ce soir, j'attends du monde », de Genty.

Très curieux également les dessins compliqués de Delarue. Nouvellière, un centre d'examens *psychotechniques et réflexométrie.*

En parcourantlessalles,nousvoyonsquelques crayons aux légendes un peu osées. Une jeune fille et un jeune homme séparés par un buisson, satisfont un besoin naturel.« A la tienne Etienne» lui crie la fillette et le jouvenceau lui répond « on pourrait trinquer », et cette autre scène du même artiste, le mari lit un livre « C'est un livre d'un docteur, celui qui greffe des membres». Sa femme lui répond « Oh ! mon chéri, qu'attends-tu pour y aller » et cette boutade *après confesse*, dialogue entre deux jeunes bretonnes : « Il m'a dit de mettre dans le bénitier la main qui avait péché. Son amie lui répond : Le bénitier est trod petit pour que je m'assied dedans , de G. Grellet.

Deux adultes examinent la vitrine d'un pharmacien. Ils voient, à prix modéré, des pilules à vertu spéciales et l'un s'écrie, « ça doit être ce qu'ils appellent le redressement économique», de Rémy.

Amusante cette conversation entre deux *dames du milieu* : Comment qu'ça finit avec Bébert. Réponse : en queue de poisson.

Toute une magnifique série d'artistes excellent à traduire la beauté et la grâce féminine. Ce sont les petites femmes si charmantes de J. Droit : la *Marchande de ballons* aux seins émergeant d'une façon si gracieuse, *Le dégel, Le bourgeon, Le rat, La défense passive, Le lunch*, toutes jeunesses aux seins s'échappant de jolis corsages, puis les gracieuses petites femmes de Millière et la suite au pays du rêve de G. Villa, dont son aimable double vue avec des nus savoureux.

Très suggestifs et très artistiques les dessins d'Icart dont cette robe légère soulevée largement par un hameçon égaré (*La Pêche*).

Albert Guillaume trouve le même succès avec ses dessins si spirituellement commentés. Très amusante cette *Visite officielle* d'un salon de peinture au pas de course, avec tous les personnages marquants s'épongeant le visage, emboitant le pas au président aux cheveux dressés sur la tête et précédé de deux agents à motocyclette.

Redon croque toujours les enfants avec une grâce charmante, comme dans *Les foins, Les coquelicots.*

Deux très belles toiles, l'une d'Hoffmann, *Veille d'examen* où il fait défiler dans un tableau important tous les personnages de l'histoire de France et de la littérature et celle de Weilhuc qui offre un tableau figurant les *Contes de Perrault.*

Très belle rétrospective de Louis Morin.

Il faut s'arrêter devant les œuvres si amusantes d'Abel Faivre, notamment « *Au poste d'essence* » où un chauffeur tient en mains le tuyau à essence, proche de la partie postérieure d'une dame penchée sur le moteur, dans l'attitude involontaire d'un donneur de clystère et disant « Qu'est-ce qu'ils ont à rire ces imbéciles », et le dessin avec cette légende *Vivre* : c'est sortir d'un trou pour rentrer dans un autre, la fosse funéraire.

Mais terminons ici et devenons sérieux.

Dr M. VIMONT.

UN GRAND CHIRURGIEN DU XIII[e] SIÈCLE : ROLAND DE PARME

A l'occasion d'un don fait à la clinique Mayo par le Docteur Frugoni, de Rome, auteur de travaux connus sur la pathologie de la rate, M. N. Walsh, publie dans les « Proceedings » une étude qu'il m'a semblé intéressant de résumer ici. Le don du Docteur Frugoni consiste en une belle reproduction photographique du manuscrit contenant les œuvres de Roland de Parme ; l'original se trouve à la Bibliothèque Casanotensa, à Rome.

Roland de Parme naquit à Parme vers le début du treizième siècle. Lui et son maître, Roger de Palerme, furent formés à l'Ecole de Salerne et leurs œuvres constituent l'un des legs principaux de cette école. L'Ecole de Salerne fut probablement la première grande école européenne de médecine (1). Ecole internationale, peut-on dire, eu égard aux influences raciales et culturelles variées qui coexistaient alors dans le sud de l'Italie ; les civilisations romaine, grecque ou byzantine, arabe, juive coopérèrent à son développement et à sa renommée. Là l'Europe prit contact avec la médecine arabe et avec les manuscrits anciens conservés par les Arabes parmi lesquels certains étaient oubliés en Europe depuis l'époque des croisades. Constantin l'Africain traduisit en latin les ouvrages arabes et, de Salerne, les répandit à travers l'Europe.

L'œuvre de Roland de Parme et de Roger de Palerme représente la réaction contre la médecine arabe. On peut dire que c'est le premier travail européen de chirurgie ; il servit de manuel à l'Ecole de Salerne pendant de nombreuses années sous le nom de « Rolandina ».

Le manuscrit de Rome contient beaucoup de belles et intéressantes miniatures décrivant les techniques chirurgicales alors en usage. C'est un des premiers exemples de la méthode visuelle d'enseignement très rarement employée au Moyen-Age. L'esprit de l'ouvrage est éminemment pratique : l'auteur s'y montre beaucoup plus soucieux de conseiller des méthodes de traitement que de faire étalage d'érudition. Il est curieux de noter que ce manuscrit salernien ne fait aucune allusion à Constantin l'Africain (l'un des plus connus actuellement des maîtres de cette Ecole).

***

Roland commence par diviser la médecine en deux parties : la première, qu'il appelle les moyens d'action de la médecine, comprend : les régimes, les médications, la chirurgie ; la seconde, l'art médical, divisé en théorie et pratique.

Il déclare que si beaucoup de livres ont été consacrés à la médecine, il en existe peu ou pas du tout traitant de la chirurgie. Et il étudie d'abord les blessures de la tête « la partie la plus noble du corps en ce qu'elle contient le cerveau où est logée l'âme ». Les blessures de la tête étaient fréquentes de son temps parce que dans les combats la tête était la partie la plus vulnérable, le reste du corps étant protégé par la lourde armure.

Roland n'est pas sans avoir distingué quelques signe cliniques importants de ces blessures : il sait et déclare que peu importe que la blessure soit large ou étroite ; le fait important est la présence ou l'absence d'une atteinte du cerveau ou de ses enveloppes. Il distingue les blessures de la dure-mère qui se caractérisent, d'après lui, par des maux de tête, de la rougeur de la face, de l'inflammation des yeux, l'obnubilation et la noirceur de la langue, et les blessures de la pie-mère où l'on observe la perte de conscience, la perte de la voix, un écoulement de sang et de sérosité par le nez et la bouche et, dans les blessures graves, de la contracture des membres, annonciatrice certaine de la mort.

L'hémorragie du cuir chevelu était traitée par un bouchon de lin imprégné de blanc d'œuf ou par un emplâtre de formule compliquée où figure de l'extrait de la terre de momie.

Dans les blessures graves du crâne il est conseillé d'enlever les esquilles et de placer des drains entre le crâne et la dure-mère pour donner issue au pus. Un pansement de lin est ensuite appliqué et, par-dessus, un très volumineux paquet de plumes. Il faut mentionner ici que Roland et son maître Roger édifièrent malheureusement la théorie du « pus louable » qui a survécu presque jusqu'à nos jours, bien qu'elle ait été battue en brèche par Théodoric de Cervin au treizième siècle et surtout par Ambroise Paré et Paracelse au seizième.

Les blessures moins étendues sont agrandies et explorées avec les doigts. Si l'on trouve un enfoncement, le crâne est trépané et le fragment enfoncé soulevé avec soin pour éviter de blesser la dure-mère, un drain est alors mis en place et le pansement au lin appliqué.

Si un grand mal de tête survient à la suite d'une blessure de tête, il est conseillé d'inciser une veine du crâne pour donner issue aux humeurs.

Les plaies du cuir chevelu sont suturées à la soie en laissant béantes les deux extrémités pour le drainage.

En cas d'agitation, le crâne est trépané au vertex afin de laisser s'échapper les esprits mau-

(1) Elle existait en effet déjà au IX[e] siècle, alors que l'Ecole de Montpellier fut fondée en 1220.

vais qui sont censés avoir dominé le malade, ou bien l'on incise le cuir chevelu.

Les blessures de tête par flèches sont aussi décrites. Le maître note que l'extraction de la flèche est souvent difficile à cause du caractère tortueux du trajet. Il conseille de sonder celui-ci jusqu'à ce que l'on trouve la tête de la flèche et ensuite de la morceler pour l'extraire par fragments, sinon de la laisser en place et de drainer.

Les blessures de la face sont suturées avec une soie fine et une aiguille ténue après affrontement soigneux des lèvres (déjà de la chirurgie esthétique.)

Le traitement du goître et curieux. Tant Roger de Palerme que Roland de Parme conseillent de prescrire une poudre contenant, entre autres choses, des cendres d'éponges de mer, donc un corps iodé. Quant au goître il est cautérisé en croix et des sétons sont appliqués pour détruire la tumeur. La thyroïdectomie est aussi conseillée si la région n'est pas riche en veines.

La dislocation des vertèbres cervicales est aussi décrite et la réduction recherchée par des procédés originaux. Tantôt l'on tire simplement sur les cheveux ; tantôt, le patient étant assis sur un coussin, le chirurgien s'assied sur un siège élevé en plaçant ses pieds sur les épaules du blessé. La traction s'opère par une bande passant sous le maxillaire.

Roland de Parme ne craint pas de s'attaquer à une hernie du poumon à travers la paroi costale, blessure vieille de 5 à 6 jours et abandonnée par tous les médecins de Bologne ; du reste les larves et les vers y grouillent. Il résèque la peau sur tout le pourtour de la blessure, fait de nombreuses petites incisions sur la partie herniée du poumon pour provoquer la formation d'un tissu de cicatrice et.... le malade guérit.

Sa méthode de traitement des blessures intestinales est pleine d'ingéniosité. Lorsque les anses intestinales sortent du ventre à travers la blessure il faut éviscérer un chien vivant, le placer sur l'abdomen du blessé et insérer l'intestin de celui-ci dans l'abdomen du chien pour l'y tenir au chaud ! La plaie de l'intestin est alors suturée sur un tube de bois creux, puis la paroi abdominale refermée. L'auteur conseille, à la suite de cette opération, un régime léger ! ! ! Il semble que ce soit de rigueur.

Roland de Parme avait inventé, avec quelques siècles d'avance, la position de Trendelenburg dans le traitement de la hernie ; il s'était rendu compte que cette position permettait à l'intestin de retomber sur le diaphragme et d'évacuer le sac herniaire.

Il diagnostique la maladie de la pierre de la façon suivante : le patient étant assis ses jambes sont tenues relevées par un homme vigoureux. Le chirurgien se place alors en face de lui, avec deux doigts de la main droite fait un toucher rectal tandis que la main gauche palpe la région sus-pubienne. S'il sent un corps dur c'est une pierre et il l'opère par voie périnéale avec incision transversale et pansement à l'œuf. S'il sent un corps mou, c'est une tumeur et il abandonne le malade à son sort.

Telle était la pratique d'un grand chirurgien du XIII[e] siècle. Il faut certes admirer grandement l'audace et l'habileté de l'opérateur ; mais on conviendra que les opérés, lorsqu'ils guérissaient, n'étaient pas non plus sans mérite !

G. L.

Bibliographie

Les lettres du Docteur : *Correspondances sportives*, par le Docteur Georges Huguet, conseiller médical de la F. F. F. A., vice-président général de la Ligue d'Auvergne. (Clamecy, impr. M. Leballery, 1938)

M. le Docteur G. Huguet a réuni dans une plaquette les lettres critiques qu'il a adressées comme conseiller médical de la Fédération Française de Football-Association. Comme l'écrit très judicieusement M. Jules Rimet, président du Comité national des Sports, dans une préface dont il a honoré la brochure du Docteur G. Huguet, les médecins amis des sports, ont eu une action très utile dans la prodigieuse expansion sportive de cette époque. « Ils ont empêché le flot de se répandre sans frein, ni bornes et peut-être de causer des dégâts considérables. Ils lui ont permis de trouver ses rives normales, de s'étendre de façon bienfaisante, contenu qu'il était par les règles indispensables de la science médicale. »

Les lettres du Docteur G. Huguet constituent de véritables causeries médicales sur l'hygiène et le sport, la médecine et le sport ; elles donnent des vues générales sur le sport, l'examinent au point de vue scolaire. « Pas d'écoles sans sport, pas de sport sans contrôle médical », a écrit le Docteur Ph. Marcombes, sous-secrétaire d'Etat à l'Education physique.

En publiant ces courtes lettres, ces causeries, ces conférences, ces discours, le Docteur G. Huguet, montre qu'en véritable apôtre, il a servi utilement la cause des sports, c'est-à-dire celle du développement, de la santé, et de l'épanouissement de la jeunesse française et nous devons l'en féliciter.

J. N.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE continue son cours sur l'histoire de la neuro-psychiatrie les lundis, à 16 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine.

PROGRAMME DU COURS : *Histoire de la neuro-psychiatrie.* — Lundi 13 mars : La neurologie pendant et après la guerre. — Lundi 20 mars : La psychiatrie pendant et après la guerre.

M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE dirigera des conférences-promenades en avril, mai et juin. Ces conférences-promenades auront lieu le dimanche à 10 heures et demie.

PROGRAMME DES CONFÉRENCES-PROMENADES. — Dimanche 30 avril : hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'hôpital ; rendez-vous dans l'amphithéâtre de l'Ecole des infirmières. — Dimanche 7 mai : hôpital Saint-Louis, 38, rue Bichat ; rendez-vous au Musée. — Dimanche 21 mai : hospice de Bicêtre, 78, rue du Kremlin, Kremlin-Bicêtre ; rendez-vous dans la cour d'entrée. — Dimanche 4 juin : hôpital psychiatrique de Charenton ; rendez-vous dans la cour d'honneur de la Maison nationale de santé, 57, Grande-Rue, Saint-Maurice.

— Clinique des maladies du système nerveux (Professeur : M. Georges Guillain). — M. le Docteur Pierre MOLLARET, agrégé, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, fera à la Clinique neurologique de la Salpêtrière (amphithéâtre Charcot), une série de conférences sur la pathologie vasculaire du système nerveux.

Ces conférences auront lieu les mercredis et samedis, à 9 h. 30.

Mercredi 15 mars : Syndromes vasculaires topographiques : 1° Syndromes sylviens (Première partie : Troubles moteurs, sensitifs et hémianopsiques). — Samedi 18 mars : Syndromes vasculaires topographiques : 1° Syndromes sylviens (Seconde partie : Aphasie et apraxie). — Mercredi 22 mars : Syndromes vasculaires topographiques : 2° Syndromes de l'artère cérébrale postérieure. — Samedi 25 mars : Syndromes vasculaires topographiques : 3° Syndromes des artères cérébrales antérieures et choroïdiennes. Syndrome thalamique. — Mercredi 29 mars : Syndromes vasculaires topographiques : 4° Syndromes vasculaires du tronc cérébral. — Samedi 1er avril : Syndromes vasculaires topographiques : 5° Syndromes vasculaires de la moelle et des nerfs périphériques.

— Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale (Professeur : M. Pierre Duval). — *Urologie,* deuxième cours par M. Claude OLIVIER, prosecteur, sous la direction de M. le Professeur Chevassu ; ouverture du cours le lundi 20 mars 1939, à 14 heures.

A. *Chirurgie du rein et de l'uretère.* — 1° Découverte du rein par voie lombaire. Ouverture des abcès périnéphrétiques. Néphrectomie lombo-abdominale. — 2° Chirurgie de la lithiase rénale. Pyélotomie. Pyélotomie élargie. Petite néphrotomie. Grande néphrotomie. — 3° Néphrostomie. Néphropexie. Décapsulation des reins. — 4° Néphrectomies transpéritonéales. Découverte de l'uretère. Ablation des calculs de l'uretère. — 5° Uretéro-cysto-néostomie et uretéro-colonéostomie.

B. *Chirurgie de la vessie, de la prostate, de l'urèthre et des organes génitaux de l'homme.* — 1° La cystostomie. Les voies d'abord de la vessie. — 2° Chirurgie des tumeurs vésicales. Les cystectomies partielles et totales. — 3° Chirurgie de la prostate. Ouverture des abcès de la prostate. Prostatectomies transvésicale et périnéale. — 4° Chirurgie de l'urèthre. Uréthrotomie. Chirurgie des ruptures traumatiques de l'urèthre. Autoplasties de l'urèthre. — 5° Cure des hypospadias. Epididymectomie. Castration.

Les cours auront lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 300 francs, pour ce cours.

S'inscrire à la Faculté de médecine ou bien au secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichets n° 4 de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures) ; ou bien tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), à la salle Béclard (A. D. R. M.).

— Chaire d'hygiène. — *Cours des grandes endémies tropicales* (Etudes de pathologie et de prophylaxie). — Cet enseignement d'hygiène coloniale, complémentaire du cours d'hygiène, sera donné sous la direction de M. le Professeur L. Tanon et de M. le Médecin général inspecteur Sorel, inspecteur général du Service de santé des colonies, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, à 17 heures, à partir du lundi 17 avril 1939, par des médecins et pharmaciens du Corps de santé des troupes coloniales. Il aura lieu les mercredi, vendredi et lundi suivants, à la même heure, et sera accompagné de projections.

PROGRAMME DU COURS. — Lundi 17 avril, Docteur BLANCHARD : Quelques particularités de la pathologie de Madagascar. — Mercredi 19 avril, Docteur ADVIER : La fièvre récurrente et ses accidents nerveux. — Vendredi 21 avril, Docteur RIOU : Quelques aspects de la syphilis aux Colonies. — Lundi 24 avril, Docteur TOULLEC : La mélioïdose. — Mercredi 26 avril, Docteur SOLIER : Aspect particulier des staphylococcies chirurgicales en Extrême-Orient. — Vendredi 28 avril, Docteur DAVID : Une œuvre française aux Iles Wallis et Futuna. — Lundi 1er mai, M. FERRÉ : Essais de culture des quinquinas dans les Colonies françaises. — Mercredi 3 mai, Docteur GALLAIS : Formes neuro-psychiatriques de la trypanosomiase.

— Clinique médicale de la Pitié (M. A. Clerc, professeur). — M. CLERC a commencé son enseignement le mercredi 8 mars, à 11 heures (amphithéâtre des cours de l'hôpital de la Pitié) et le continuera selon le programme ci-dessous.

1) Tous les mercredis, à 11 heures : Leçon à l'amphithéâtre des cours par le professeur. — 2) Les lundis, mardis, jeudis, samedis, à 9 heures, conférence de sémiologie élémentaire par les chefs de clinique (salle des conférences). — 3) Les lundis, jeudis, vendredis et samedis, à 10 heures, visite dans les salles, pavillon La Rochefoucauld (service 6). — 4) Les lundis et jeudis, à 11 heures, radioscopie, électro et phono-cardiographie — 5) Les mardis, à 10 heures (salle de conférences, service n° 6) consultation spéciale des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang. Policlinique par le professeur.

— 6) Les vendredis, à 11 heures (salle de conférences), présentation de malades par le professeur ou les chefs de clinique.

En outre, leçons sur un sujet d'actualité médicale, selon le programme ci-dessous :

Le 24 mars, M. AUBERTIN, agrégé, médecin de la Pitié : Claudication intermittente et infarctus du myocarde. — Le 28 avril, M. MOUQUIN, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine : Nouveaux traitements de l'hypertension artérielle. — Le 26 mai, M. ALAJOUANINE, agrégé, médecin de Bicêtre : Accidents cérébraux de l'hypertension artérielle. — Le 9 juin, M. ESCALIÉ, médecin des hôpitaux : Maladie osseuse de Paget.

Ces leçons auront lieu dans la salle des conférences.

— **Puériculture.** — M. B. Weill-Hallé, chargé de cours à la Faculté, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, a commencé son cours, le mardi 7 mars, à 15 heures, à l'Ecole de puériculture, 26, boulevard Brune.

1° Le mardi à 15 heures, au dispensaire d'hygiène de l'enfance de l'Ecole de puériculture, exposé pratique de puériculture sociale et de médecine préventive de l'enfance.

2° Le jeudi à 10 heures, à l'hôpital des Enfants-Malades, consultation de vaccination contre la tuberculose et exercices pratiques.

3° Le samedi de 14 h. 30 à 16 h. 30, à l'Ecole de puériculture, leçon sur la prophylaxie de l'enfance contre la tuberculose et la vaccination par le B. C. G.

PROGRAMME DES LEÇONS. — I. Les conditions étiologiques de l'infection tuberculeuse et de son évolution aux divers âges de l'enfance. — II. Méthodes et moyens généraux de protection de l'enfance contre la tuberculose. — III. La prophylaxie spécifique : Conditions de la résistance à l'infection tuberculeuse et historique de la vaccination au B. C. G. ; Exercices pratiques et études des réactions tuberculiniques chez les sujets vaccinés ; Technique des épreuves cutanées, percutanées et intradermiques ; Suites immédiates et suites éloignées de la vaccination au B. C. G. ; Indications de la vaccination et de la revaccination, premier âge, enfance, adolescence, étudiants et infirmières ; Résultats de la vaccination, en France et à l'étranger.

— **Laboratoire d'anatomie pathologique** (Professeur : M. Roger Leroux). — *Cours de technique hématologique et sérologique* par M. le Docteur Edouard PEYRE, chef de laboratoire. — Ce cours comprendra seize leçons, et commencera le lundi 1er mai 1939, à 14 h. 30, pour se continuer les jours suivants ; les séances comportent deux parties : 1° un exposé théorique et technique ; 2° une application pratique où chaque auditeur exécutera les méthodes et les réactions indiquées.

PROGRAMME DES CONFÉRENCES. — 1. Généralités et instrumentation nécessaire. Numération des globules du sang, dosage de l'hémoglobine. — 2. Le sang sec : techniques d'examen, les globules rouges à l'état normal et pathologique, les états anémiques simples. — 3. Le sang sec ; globules blancs et formule leucocytaire. — 4. Les leucocytoses, l'éosinophilie, l'hématopoïèse. — 5. Les polyglobulies, les leucémies (symptômes et lésions). — 6. Les anémies pernicieuses. Les syndromes pseudo-leucémiques. — 7. Les plaquettes sanguines. La coagulation du sang. — 8. Résistance globulaire, propriétés hémolytiques des sérums. — 9. Hémo-agglutinations (groupes sanguins). Les méthodes de transfusions. Les états hémorragiques, par M. BENDA, médecin des hôpitaux. — 10. Réactions de fixation (B. W.). Le principe. — 11. Réactions de fixation (B. W.). Les dosages. — 12 et 13. Réactions de fixation (B. W.). Les Méthodes. — 14. Les méthodes de floculation, par M. le Docteur TARGOWLA, ancien chef de clinique. 15. Cytologie des épanchements des séreuses, du liquide céphalo-rachidien (Réactions biologiques), par M. le Docteur TARGOWLA. — 16. Les propriétés physiques appliquées au sang (pH, Cryoscopie, viscosité, etc.) par M. SANNIÉ, agrégé.

Ce cours est réservé aux auditeurs régulièrement inscrits. Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, s'ils le désirent, recevoir un certificat à la fin de la série de ces conférences. Le droit à verser est de 250 francs. Le nombre des auditeurs est limité.

Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté sur la présentation de la quittance de versement du droit. MM. les étudiants devront, en outre, produire leur carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures et salle Béclard, de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux** (M. le Docteur Jean Braine, directeur des travaux scientifiques). — Un *cours d'opérations chirurgicales* (*chirurgie de pratique courante*), en dix leçons, par MM. les Docteurs J.-C. RUDLER et R. JUDET, prosecteurs, commencera le lundi 17 avril 1939, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

— **Concours de l'internat** (ORAL). — SÉANCE DU 24 FÉVRIER. *Questions posées* : Diagnostic des traumatismes ostéo-articulaires du poignet. — Discussion du diagnostic d'une ascite libre.

Ont obtenu : MM. Gauthey, 19 ; Rie, 17 ; Butet, 19 ; Mlle Mendras, 19 ; MM. Lichnewski, 15 ; Debost, 27,5 ; Sebag, 14 ; Maignan, 28 ; Mlle Lefèvre Jacqueline, 24 ; M. Labayle 24.

SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1939. *Questions posées* : Signes et diagnostic des compressions lentes de la moelle dorsale. — Des hémorragies dans la grossesse extra-utérine (sans le traitement).

Ont obtenu : M. Danion, 14 ; Mlle Grould, 22 ; MM. Poussier, 18 ; Marzet, 22 ; Mlle Fossier, 20 ; M. Jean Mathias, 20 ; Mlle Doumic, 15 ; M. Jean Liénard, 20 ; MM. Metropolitanski, 11 ; Crépin, 18.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE) — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

pour l'obtention de ce titre rendus de plus en plus sévères. Actuellement, même le baccalauréat est indispensable pour commencer les études en vue du diplôme de chirurgien-dentiste.

Je me borne aujourd'hui à cette simple mise au point déplorant qu'une telle progression, échelonnée sur un demi-siècle, dans une profession médicale, aboutisse dans certains esprits à en préconiser la suppression ; car je ne veux pas abuser de votre bienveillante attention, car il y aurait beaucoup à dire sur la nécessité, que vous paraissez admettre, du doctorat en médecine pour pratiquer l'art dentaire.

Je vous prie d'agréer, très honoré confrère, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

Dr Achille AUDY
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris

Loin de nous la pensée d'avoir voulu porter atteinte à l'honorabilité des chirurgiens-dentistes et de les assimiler aux maréchaux-ferrants et aux hongreurs patentés. Nous avons voulu simplement signaler que, *sans porter préjudice à ceux qui exercent une profession* et en leur permettant de continuer de jouir des droits acquis et de gagner leur vie, une loi pouvait en arrêter le recrutement.

Le Doyen P. Brouardel qui, comme commissaire du Gouvernement, prit une part prépondérante à l'élaboration de la loi de 1892, sur l'exercice de la médecine, considérait que la profession de chirurgien-dentiste était transitoire et qu'après une période plus ou moins longue, elle était appelée à disparaître comme ont disparu les officiers de santé.

Le nombre des docteurs en médecine stomatologistes va en croissant ; personnellement nous pensions qu'il serait préférable que l'art dentaire qui est indiscutablement une spécialité médicale, ne soit pas exercé par deux ordres de praticiens.

D'ailleurs, cette question a été discutée longuement depuis bien des années et tout a été dit à son sujet.

J. N.

Cures, Sinécures et Incurie

A la suite de mon article du 15 février sur « Cures, sinécures et incurie », le secrétaire général de la Fédération nationale des blessés du poumon et des chirurgicaux nous adresse une lettre de protestation accompagnée du texte qu'il a envoyé à M. le premier Président de la Cour des comptes.

Il qualifie le rapport dont j'ai fait état d' « inexact ». « Le Conseiller, dit-il, ne paraît pas avoir été muni de tout le dossier ».

Je souhaite vivement qu'il en soit ainsi. Mais nous attendons que la lumière ait été faite sur les responsabilités respectives pour revenir sur la question.

G. L.

CORRESPONDANCE

FISCALITÉ

547. — Amortissements en cas de changement d'automobiles

J'ai recours à votre obligeance pour la rédaction de la déclaration des frais de voiture en 1938. Voici les éléments :

Echange d'une Ford V-8 40, reprise 13.000 francs pour une Novaquatre Renault. Versement de la différence, soit 12.100 francs, en mars 1938.

Dépense totale pour l'année : 7.152 francs.

Comme je suis spécialiste, et que la voiture me sert davantage pour mes affaires personnelles que pour la profession, j'entends faire figurer les dépenses professionnelles pour un quart ou un tiers du total. Veuillez me dire ce qui convient le mieux, ou ce qui se fait habituellement.

Je demande votre avis parce que je suis embarrassé par la question d'amortissement.

Dr B.

Réponse

Manquant de données pour répondre d'une façon précise, envisageons quatre cas :

1° Supposons la Ford complètement amortie, la reprise de 13.000 représente un bénéfice à réintégrer dans vos recettes ; vous n'avez donc qu'à amortir votre Renault sur 13.000 + 12.100 = 25.100 francs.

Si nous prévoyons l'amortissement en cinq ans ou soixante mois nous aurons en 1938 un amortissement de 9 mois (l'achat ayant été opéré en mars) : $\frac{25.100 \times 9}{60}$ = ... 3.765

vos dépenses d'auto pour 1938 s'élevant à 7.152

soit au total.......................... 10.917

dont 1/3 professionnel 10.917 : 3 = 3.639

c'est cette somme que vous devez porter pour votre auto dans les frais professionnels.

Pour chacune des quatre autres années l'amortissement s'élèvera à $\frac{25.100 \times 12}{60}$ = 5.020

1/3 professionnel 1.673

l'amortissement non opéré sur trois mois en 1938 se fera la sixième année soit 1.255 francs dont 1/3 professionnel = 418 francs.

2° La Ford n'est amortie que pour la différence entre son prix d'achat et sa reprise :

Supposons achat	25.000 francs
amortissements faits........	12.000 »
reste à amortir	13.000 francs

mais cette voiture a été reprise pour 13.000 cela

fait compensation et vous n'avez qu'à amortir la Renault sur 25.100 comme précédemment.

3° La somme restant à amortir est inférieure à la reprise :

amortissements faits s'élevant à.	15.000	francs
il reste à amortir	10.000	»
cette voiture est reprise	13.000	»
vous réintégrez dans les bénéfices	3.000	»

et procédez comme précédemment.

4° La somme restant à amortir est supérieure à la reprise :

les amortissements s'élèvent à ..	10.000	francs
il reste à amortir	15.000	»
cette voiture est reprise	13.000	»
il vous reste donc	2.000	»

à amortir sur la Ford, que vous ajoutez au prix de la Renault, soit :

25.100 + 2.000 = 27.100 francs à amortir de là même façon.

L'amortissement peut se faire en moins de cinq ans, il n'y a pas de règle fixe, tout dépend de l'usage de l'auto.

A. et S. Martinot
Conseillers fiscaux

1.420. — Déduction des frais de remplacement

Abonné depuis plus de trente ans au *Concours Médical*, je voudrais vous demander les renseignements suivants au sujet du fisc :

1° Ai-je bien le droit de faire entrer dans mes dépenses professionnelles les frais que m'occasionnent les trois semaines de repos que je prends annuellement (paiement de mon remplaçant).

2° J'ai été obligé d'interrompre, cette année-ci, mon travail pendant deux mois environ pour cause de maladie ; c'est mon fils qui a assuré mon travail pendant ces deux mois ainsi que pendant trois semaines en août (époque à laquelle j'ai pris mon repos habituel).

Ai-je le droit de compter tout cela aux frais professionnels d'autant plus que pendant ma maladie mon fils a été obligé d'abandonner sa place d'interne dans un hôpital de la région qui le rétribuait, bien entendu ?

Dr C.

Réponse

1° Les frais de remplacement peuvent figurer dans vos dépenses professionnelles. Vous tenez compte non seulement des honoraires versés, mais encore de la valeur des avantages en nature (logement, pension, auto, etc.). Mais pour que

cette déduction soit admise, il fallait en faire la déclaration au Contrôleur avant le 31 janvier.

2° Peu importe, pour la rédaction de votre déclaration, si votre remplaçant a été votre fils ou un étranger. Mais, bien entendu, Monsieur votre fils devra, dans sa déclaration, tenir compte des sommes que vous lui aurez versées et des avantages en nature.

A. et S. M.

QUESTIONS DIVERSES

1.688. — Frais de justice criminelle

Au sujet de la question 338, *Concours Médical* n° 7 (12 février 1939), p. 421, je tiens, dans l'intérêt de vos lecteurs, à rectifier ou plutôt à compléter la réponse de votre rédacteur.

Le premier alinéa de la réponse doit être ainsi complété :

Le décret du 5 octobre 1920 a été modifié par le décret du 22 décembre 1927 (*Journal Officiel* du 24 décembre 1927).

Examen mental (*cas simples*) Paris : 100 francs ; autres localités : 80 francs. S'ajoutent des indemnités 1° de déplacement, 2° indemnités fixes, 20 francs par jour si le lieu de transport est éloigné de la commune de résidence de plus de 5 kilomètres ; de plus de 20 kilomètres : 30 francs par jour.

D'autre part, la question de l'examen mental des mineurs délinquants : il tombait sous le sens qu'un examen mental d'un enfant comporte les mêmes honoraires que celui d'un adulte. Certains Parquets n'ont pas voulu admettre cette façon de voir et refusaient d'indemniser les médecins commis. Pour trancher le différend, j'ai fait poser la question au ministre par M. le sénateur L. Gros ; vous trouverez la réponse du ministre à la suite de compte rendu de la séance du 10 mars 1938 (question n° 4.631).

Actuellement, dit le ministre, sa rétribution est soumise à la procédure ordinaire concernant les frais de justice criminelle.

Je crois que vous rendriez service à plusieurs de vos lecteurs en leur signalant ce débat et sa solution ..... provisoire.

Dr Pierre Masquin.
Membre correspondant de la Société de Médecine légale de France.

9.843. — Certificats de décès. Responsabilité du médecin. Qui doit en payer les honoraires ?

1° Est-il licite de remplir un certificat lorsque la personne décédée n'a pas été vue par le docteur ? exemple : un homme de 71 ans est décédé dans un pays voisin, il n'a pas consulté de médecin depuis six ou sept ans, que faire dans ce cas ?

2° Le certificat est-il payant ? Peut-être pas pour un client décédé à la suite d'une maladie suivie par le docteur, mais pour le cas ci-dessus ?

D[r] A.

Réponse

Délivrer à la légère un certificat de décès peut entraîner des poursuites judiciaires contre le médecin, soit qu'il soit considéré comme ayant rédigé un certificat erroné, soit parce qu'il s'est fait involontairement complice d'un crime.

Le praticien, qui, sur la demande d'une famille, est invité à rédiger un certificat de décès, doit s'assurer de la véracité de la mort : c'est sur le vu de son certificat que sera délivré le permis d'inhumer. Or, si la mort n'est qu'apparente et que le défunt se réveille, alors que les préparatifs des obsèques sont en voie d'exécution, la famille pourra réclamer et obtenir des dommages-intérêts.

Si le praticien croit, de bonne foi, que son client vient de décéder, alors qu'il est en traitement pour une affection déterminée, il peut juger inutile de se déplacer. Pourtant, il y a des cas où, plus tard, la rumeur publique oblige le Parquet à faire exhumer le cadavre et ordonner une autopsie. Si une fracture du crâne ou autre est découverte, quelle sera la situation du pauvre médecin, qu'on a trompé et dont le certificat, rédigé de bonne foi, a cependant du servir à la famille, pour dissimuler un crime ?

Qui doit payer le praticien pour son déplacement et la rédaction de son certificat ? Celui qui le demande. Si c'est le maire, le praticien sera honoré par les fonds communaux, comme médecin de l'État civil. Si c'est la famille, c'est elle qui rémunérera le praticien de sa peine et de son déplacement. Mais, à mon avis, les syndicats médicaux devraient obtenir des mairies que les praticiens soient considérés comme médecins de l'Etat civil et payés comme tels par la mairie.

En effet, s'il s'agit d'indigents, ou si le praticien refuse, après examen du cadavre, de rédiger le certificat de décès, ou s'il découvre les traces d'un crime, la famille se refusera énergiquement à payer quoi que ce soit. Une fois de plus, le médecin aura travaillé pour le roi de Prusse. Aux syndicats d'agir.

D[r] Paul BOUDIN.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Accidents du Travail

1.253. — Luxation de la rotule

Je vous serais reconnaissant de me renseigner sur le tarif à appliquer, en matière d'accident du travail, pour une réduction d'une luxation de la rotule. Je vois sur le tarif article 19 « Genou (y compris luxa-

tion de la rotule, 220 francs ». Dans mon cas particulier il s'agissait d'une luxation dont la réduction ne présentait pas de difficultés.

Dr B.

Réponse

Pour une luxation simple de la rotule sans complication, ce qui se réduit aisément d'ordinaire, on pourrait par analogie prendre le tarif de la luxation de la clavicule, soit 65 francs.

Dr F. Decourt.

---

b) Assurances sociales

1.446. — Accouchement gémellaire avec double dystocie

Une de mes clientes, femme d'assuré social, vient de mettre au monde deux jumeaux :

a) Le premier se présente par l'épaule. J'anesthésie moi-même et fais une version très dure (fracture de l'humérus du petit).

b) Le second présente un bras et une tête. Je réanesthésie, refoule le bras et fais un forceps.

Je marque sur la feuille d'assurances sociales ACG — ACD + 1/2 ACD et réclame 1.000 francs.

Or la Caisse ne rembourse que 625 francs à son assurée sociale.

N'y a-t-il pas là un abus de sa part, et mon assurée est-elle fondée à réclamer un supplément. Quelle est, dans ce cas, la voie à suivre ?

Dr T.

Réponse

Je ne connais pas le tarif de responsabilité de la Caisse dont fait partie votre accouchée et ne puis vous donner de précisions à ce sujet, car c'est là une question d'ordre local. Toutefois, je puis vous donner des précisions sur le tarif de réassurance des Caisses qui est d'ordre général et qui est une sorte de « plafond » pour le tarif de chaque Caisse si elle veut être réassurée. Donc, d'après ce tarif, voici ce que je puis vous dire.

Vous avez eu : *a)* un accouchement gemellaire; *b)* accouchement accompagné d'une double dystocie. Or, dans les communes de moins de 200.000 habitants voici le tarif de réassurance :

a) 325 francs pour un accouchement.

b) 100 francs de majoration pour accouchement gemellaire.

c) Les tarifs ci-dessus, en cas d'accouchement dystocique « sont majorés *en sus* des majorations prévues en cas d'accouchement gemellaire, comme suit :

1° Accouchement avec forceps 150 francs.

2° Accouchement avec version 200 francs.

Et aussitôt après on lit : « dans les cas d'ac-

couchement plural dystocique, les majorations pour dystocies s'ajoutent au forfait prévu pour l'accouchement plural ». Dans les cas d'interventions multiples pour dystocies, l'intervention pour laquelle est prévu le remboursement le plus élevé est comptée en plein tarif, la seconde à demi-tarif et il ne peut être fait état de plus de deux interventions pour le calcul des majorations en cas de dystocie.

Il s'ensuit que l'on doit compter d'après le tarif forfaitaire de réassurance en cas de maternité, dans l'espèce présente : 325 francs (accouchement) plus 100 francs (gemellaire) plus 200 francs (version) plus 150 francs divisé par 2, soit 75 francs (forceps), soit au total 700 francs.

Mais les chiffres que je vous donne sont ceux, vous ai-je dit plus haut, inclus dans le tarif de réassurance des Caisses. C'est là un « plafond » que celles-ci ne peuvent dépasser sans perdre tout droit à la réassurance. Mais elles peuvent donner moins, il ne faut pas l'oublier. Il s'agit donc de connaître quel est le tarif de responsabilité de la Caisse intéressée, lequel varie avec chaque Caisse et est donc d'ordre local, ainsi que je vous l'ai dit plus haut.

Dr F. DECOURT.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

537. — Envoi de la carte-lettre et des certificats

Vous avez publié plusieurs articles au sujet de la carte-lettre pour accidentés du travail ; je me suis procuré un carnet à souche dans le commerce (celui du Crédit méditerranéen) et l'utilise depuis le 1er janvier.

Le premier jour où j'ai présenté une carte à la poste, bien entendu cela a fait sensation puisque c'était la première qu'on y voyait, mais la poste n'a fait aucune difficulté pour la prendre et la recommander gratuitement ; cette carte est du reste prévue par les règlements que les postes ont à leur disposition dans chaque bureau.

Donc ce n'est pas pour la carte que je viens vous écrire ; j'espère sans trop y compter qu'on la supprimera un jour, mais en attendant je m'y conforme sans du reste en exagérer l'inconvénient, car il est bien rare que je n'aille pas à la poste chaque jour pour mon courrier personnel.

Mais il semble n'est-ce pas que le praticien est tenu aussi d'envoyer les certificats à l'employeur sous peine de perdre son droit aux honoraires.

Or, il ne suffit pas d'envoyer, il faut pouvoir prouver qu'on a envoyé il faut donc recommander la lettre ce qui fait 2 fr. 50 par le temps qui court.

Mais il faut bien le faire puisqu'il y a menace de

ne pas payer. Cependant puisqu'il n'est pas parlé de recommandation ni des postes au sujet de l'envoi des certificats, est-on en droit de donner les certificats à l'employeur de la main à la main et faut-il demander un reçu ?

J'ai en effet un employeur qui habite à 200 mètres de chez moi, la plupart de mes blessés viennent de son usine, ce serait pour moi bien plus facile de lui délivrer les certificats en passant devant sa porte ; seulement est-ce régulier ?

Et bien que cela me soit égal, je puis citer comme ennui particulier à l'envoi des certificats, celui qui concerne les ouvriers qui travaillent à 15 kilomètres et plus d'ici, pour un employeur de mon village, d'habitude le certificat pour la mairie du lieu de l'accident était donné à l'ouvrier par moi ; actuellement c'est l'employeur d'ici qui devra atteindre la mairie du lieu de l'accident.

Et notez que les mairies n'ont pas dû être informées de la nouvelle loi. En effet elles me réclament toutes les certificats (que je délivrais toujours auparavant le premier jour) mais que bien entendu je ne puis délivrer maintenant que plus tard (tous les huit jours) puisque les conséquences d'accidents ne sont pas toujours connues dès le premier jour.

Dr C.

Réponse

Il est exact que d'après l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, le praticien est tenu d'adresser à l'employeur, dès que les conséquences en sont connues et au plus tard dans les huit jours qui suivent l'accident, un certificat en double exemplaire indiquant l'état de la victime et les conséquences de l'accident ou les suites probables si les conséquences n'en sont pas exactement connues.

L'inobservation de cette formalité est sanctionnées comme pour la carte-lettre par la déchéance du droit à honoraires.

Il est donc fort important pour le médecin de pouvoir détenir la preuve de l'accomplissement des prescriptions légales et nous croyons donc utile pour lui d'adresser ledit certificat par pli recommandé. Mais cette recommandation n'est qu'une précaution prise par le praticien en sa faveur, il ne peut invoquer en la circonstance aucune franchise postale, contrairement à ce qui en est pour la carte-lettre.

C'est naturellement à l'employeur qu'il incombe de faire parvenir ensuite à la mairie le certificat prévu par l'art. 11 et le praticien n'a aucune responsabilité dans l'exécution de cet envoi.

---

301. — Accident causé par le froid

Pendant la gelée, un ouvrier agricole est commandé par son patron pour charger et charrier du fumier dans les champs. Au cours de ce travail malgré le port d'une paire de gants fourrés, l'ouvrier a les phalangettes des doigts gelées, au point que quelques jours après, l'amputation de la phalangette du médius doit être pratiquée. La Compagnie d'assurances du patron refuse de connaître l'accident.

Dans ce cas : 1° y a-t-il accident du travail ? 2° La Compagnie ayant refusé d'accepter, quelle est la marche à suivre ?

Dr L.

Réponse

En principe, tout accident, dont le travail, même normal, a été la cause ou l'occasion, constitue un accident du travail et engage la responsabilité du patron dans les termes de la loi du 9 avril 1898.

Cependant ne constituent pas des accidents du travail, des accidents causés par l'action des forces de la nature, à moins que les conditions dans lesquelles le travail était effectué n'aient eu pour effet d'exposer particulièrement la victime à l'action de ces forces.

Il est donc assez délicat de décider, si dans l'espèce que vous nous soumettez, la gelure des doigts peut être considérée comme accident du travail. Toutefois, nous penchons pour l'affirmative, car le travail effectué par l'ouvrier, au cours d'une période de froid particulièrement rigoureux, l'exposait davantage à ce risque.

En tout cas, puisque l'Assurance refuse de reconnaître l'accident et la responsabilité de son assuré, il est nécessaire que la victime saisisse du litige la juridiction compétente, c'est-à-dire le Juge de Paix du canton sur le territoire duquel l'accident s'est produit, en actionnant devant lui le chef d'entreprise en paiement du demi-salaire.

Si l'ouvrier obtient gain de cause, vous aurez à votre tour une action contre le chef d'entreprise en paiement de vos honoraires dans les limites du tarif.

1.508. — Délai de révision d'un accident du travail

En 1930, un de mes clients, fort gaillard (heureusement pour lui) au cours de son travail pour un patron passa sous un tombereau à quatre roues chargé de fûts pleins de goudron ; deux roues lui passèrent sur le bassin. Relevé en piteux état, il passa onze mois à l'hôpital et reprit sont travail nanti d'un certificat où je signalais une incapacité partielle permanente.

J'ai alors perdu de vue cet accidenté qui ne s'occupa plus jamais de se faire allouer une rente, se

croyant guéri. Au début de 1938, je l'ai revu par hasard à ma consultation, atteint d'hypertension et de pyurie avec crises de coliques néphrétiques qui l'ont, depuis, tenu malade à la chambre. Je l'ai immédiatement incité à faire une demande de pension, mais le Tribunal remet de mois en mois le jugement de l'affaire : pensez-vous que ce pauvre malheureux ait des chances de gagner son procès contre la Compagnie de son ex-patron ?

Dr P.

Réponse

Suivant l'art. 18 de la loi du 9 avril 1898, l'action en indemnité prévue par cette loi se prescrit par un an à compter suivant les cas du jour de l'accident, ou de la clôture de l'enquête du Juge de Paix ou de la cessation de l'indemnité temporaire.

D'autre part, suivant l'art. 19, la demande en révision de l'indemnité fondée sur une aggravation ou une atténuation de l'infirmité de la victime est ouverte pendant trois ans à compter, soit de la date à laquelle cesse d'être due l'indemnité journalière s'il n'y a point eu attribution de rente, soit de l'accord intervenu entre les parties ou de la décision judiciaire attributive de rente passée en force de chose jugée.

S'il y avait plus de trois ans que votre client avait cessé de percevoir son indemnité temporaire lorsque, sur vos conseils, il a introduit, devant le Tribunal civil, une action en révision fondée sur l'aggravation de son état, cette action en révision est irrecevable, comme ayant été formée après l'expiration du délai. Il n'y a donc aucune chance que votre client puisse obtenir satisfaction.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

I.103. — Maintien dans les cadres Démission

Sollicité, par la Direction du Service de santé de ma région, d'opter pour mon maintien dans les cadres ou pour ma radiation, me serait-il possible de connaître par votre bureau de renseignements les avantages et les inconvénients de l'un et l'autre cas.

J'aurai 49 ans en mai ; suis père de famille de trois enfants et comme grade dans la réserve j'ai celui de médecin lieutenant.

A votre avis, que me conseillez-vous ?

Dr C.

Réponse

Maintenu dans les cadres au-delà de la durée légale, vous ne pouvez plus démissionner avant d'avoir atteint l'âge fixé pour la retraite aux officiers de l'active, augmenté de cinq ans. La question d'aptitude physique seule pourrait

intervenir pour cela, après passage devant une Commission de réforme.

Vous pouvez continuer, dans certaines conditions d'âge, à concourir pour l'avancement et pour la Légion d'honneur.

1.102. — Aventages et obligations de l'honorariat

J'aurai 53 ans ce mois et, sur ma demande, la Commission de réforme propose ma radiation des cadres (je me suis présenté devant la Commission de réforme il y a quelques jours).

On m'envoie une note me priant de dire si je demande oui ou non mon admission à l'honorariat.

Avant de me décider, je voudrais savoir, à quelles obligations militaires l'honorariat m'entraîne ; quels avantages me donne ce titre ? En cas de guerre que deviendrais-je étant officier honoraire ?

Dr X.

Réponse

L'honorariat n'entraîne aucune obligation militaire, même en temps de guerre.

Néanmoins les officiers honoraires jouissent d'une manière générale des mêmes droits que ceux des autres officiers de réserve, qui ne sont pas en situation d'activité : port de l'uniforme en certaines circonstances, admission dans les cercles militaires, etc.

---

848. — Radiation des cadres

Classe 1907 et médecin lieutenant de réserve, j'aurais dû je crois recevoir dans le concours de 1936, du Directeur du Service de santé, une demande pour savoir si oui ou non, je voulais rester dans les cadres. N'ayant jamais rien reçu, dans ce genre, j'ai demandé en 1937 au Directeur du Service de santé de me rayer. J'ai reçu une feuille signée du Directeur pour le ministre comme quoi j'étais rayé des cadres de l'armée à la date du 15 octobre 1937. Je suppose qu'il y a erreur et que d'après ma classe 1907, j'aurais dû être rayé des cadres de l'armée à la date du 15 octobre 1936.

Puis-je obtenir une modification de date de la décision présidentielle et être rayé des cadres à une date conforme à l'article 10 de la loi du 8 janvier 1925. Dans ce cas pourriez-vous m'indiquer la marche à suivre à cet effet et ai-je chance de réussite.

Dr M.

Réponse

Cette date de votre radiation des cadres est importante, puisque durant les deux années qui suivent votre libération vous êtes maintenu à la disposition du ministre de la Guerre pour la Défense passive.

Adresser une réclamation motivée au ministre de la Guerre, en la faisant passer par le Directeur du Service de santé. Si vous n'obteniez pas satisfaction, vous écririez directement au ministre.

1.371. — Formalités en cas de changement de domicile

Mon fils, membre du Sou médical, a été nommé l'an dernier inspecteur adjoint départemental d'hygiène à la suite du premier concours concernant cet emploi.

Ayant été pendant plusieurs années mon assistant salarié, il était logé chez moi, et sa famille (femme et enfants) habitaient tantôt chez moi, tantôt chez la belle-mère de mon fils, il était affecté comme médecin lieutenant de réserve à la Ne région à B.

Etant en résidence, en garni, avec sa femme et ses enfants, il a conservé son domicile dans sa maison à B., et il a toujours sa chambre chez moi.

Depuis qu'il est en résidence chez moi, il n'a pas fait au point de vue militaire de déclaration de changement de résidence et il a toujours l'affectation qu'il avait résidant ici. Il voudrait, si c'est possible, conserver cette affectation ; je viens vous demander si cela est légal.

Doit-il faire une déclaration de changement de résidence ? Doit-il signaler qu'ayant toujours son domicile à B. il désire rester affecté à la Ne région? S'expose-t-il à une punition s'il ne fait pas de changement de résidence ?

Dr X.

Réponse

Tout officier de réserve qui change de domicile, doit, dans le délai d'un mois, en faire la déclaration à la gendarmerie de sa nouvelle résidence, et celle-ci lui en délivrer récépissé extrait d'un carnet à souche.

Même formalité au Directeur du Service de santé dont il dépend en cas de mobilisation. A ce dernier, il sera spécifié que l'intéressé ne désire pas changer d'affectation, malgré son nouveau domicile. La chose ne fera très probablement aucune difficulté.

Soixante-et-unième année — N° 11 *bis* — 15 Mars 1939

LE CONCOURS MÉDICAL
GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

SERVICE DE PROPAGANDE DU " CONCOURS "

Les docteurs en médecine et les étudiants qui en feront la demande recevront gracieusement le *Concours Médical* pendant deux mois, afin de leur permettre de se rendre compte des services que ce journal peut leur rendre.

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteur en Médecine	70 fr.	Belgique et Luxembourg..	80 fr.
Etudiants	45 fr.	Première Zone	95 fr.
Le Numéro...........	2 fr.	Deuxième Zone..........	120 fr.

Une Défense effective dans toutes difficultés professionnelles

Une garantie de UN MILLION DE FRANCS

Tels sont les avantages d'une adhésion combinée à la

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

et au CONCOURS MÉDICAL

Un peu de statistique

Le Sou Médical est une ligue pour la défense professionnelle des *intérêts particuliers* des médecins. Aux *Syndicats*, la charge des *intérêts généraux* de la profession, et c'est un véritable devoir pour tous les confrères d'y adhérer.

Mais, c'est pour eux un devoir non moins impératif que celui de s'inscrire au Sou Médical, ligue actuellement vieille de plus de quarante années, qui a dépassé largement le nombre de 8.000 adhérents. Le nombre annuel des adhésions est en augmentation continuelle ; en 1938, il s'est élevé à 570, chiffre qui n'avait encore jamais été atteint. Enfin, le Sou Médical est riche dans sa Caisse de garantie, de plus de DEUX MILLIONS.

Cette Caisse de garantie couvre ses membres contre le risque de la responsabilité civile, à l'occasion de leurs actes cliniques et thérapeutiques, jusqu'à concurrence de CENT CINQUANTE MILLE FRANCS, garantie portée à UN MILLION pour ses adhérents, qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical.*

En plus, notre Ligue règle tous les frais de procédure, avantage que ne procure aucune Compagnie d'assurances.

Mais cette garantie de risque ne constitue qu'une faible partie de l'activité du Sou Médical.

Confrères, qui n'êtes pas encore des nôtres, veuillez en juger par quelques chiffres.

De nombreuses affaires restent en cours à la fin de chaque année, car la justice n'est pas rapide, et plusieurs années sont souvent nécessaires pour terminer un procès. Indépendamment de celles-ci, l'appui a été accordé au cours de l'année 1938 pour 337 affaires nouvelles.

Ces dernières se répartissent ainsi qu'il suit :

Responsabilité professionnelle	42
Contestations relatives au paiement des honoraires	90
Recours en paiement contre des tiers	15
Soins aux blessés de la route	11
Privilèges médicaux	4
Difficultés relatives aux accidents du travail	24
Secret professionnel	2
Diffamation	6
Contentieux de l'A. M. G	9
Affaires de loyer	9
Difficultés entre confrères	8
Exercice illégal	10
Contentieux des soins aux pensionnés de guerre	14
Contentieux administratif	12
Expertises médicales	1
Responsabilité pénale	5
Contentieux fiscal	62
Assurances sociales	13
	327

Si l'on veut maintenant se faire une idée des succès remportés par le Sou Médical dans la défense des confrères, il faut savoir que sur 286 affaires (anciennes ou nouvelles), terminées au cours de l'année 1938, 40 seulement ont été perdues en justice, et 7 ont fait l'objet de règlements amiables, à la charge de la Ligue.

Toutes les autres (239) ont été gagnées en justice ou sans jugement, soit environ 84 %.

C'est que le Sou Médical étudie chaque affaire soigneusement, donne des conseils éclairés.

Notre Ligue, d'esprit corporatif prend en mains la défense de ses membres, dans toutes les difficultés d'ordre professionnel qu'ils rencontrent au cours de l'exercice de leur profession, et à son occasion, toutes, sauf le simple recouvrement d'honoraires. Les membres savent lui témoigner leur reconnaissance par des lettres élogieuses, et même par des dons en espèces, dont le montant est de 7.463 francs pour l'année 1938.

Confrères, lisez bien cet exposé. Si vous consacrez 200 francs par an à nos œuvres, 130 francs au Sou Médical, 70 francs au *Concours Médical*, — en même temps que vous serez abonné à un journal bien informé, au point de vue scientifique comme au point de vue professionnel, vous recevrez tous conseils et appuis juridiques, le cas échéant, vous serez garantis jusqu'à *un million*, sans compter les frais de procès.

Dr G. Fischer
Secrétaire général adjoint.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Les laboratoires officiels ne peuvent effectuer des analyses payantes pour la clientèle ordinaire

5.029. — M. Henri Turlier, sénateur, demande à M. le ministre de la Santé publique : *a)* si un laboratoire officiel, dirigé par un directeur régulièrement appointé, peut effectuer des analyses payantes pour la clientèle ordinaire ; *b)* en l'occurrence, si un laboratoire départemental peut effectuer des analyses pour la clientèle payante ; *c)* si le chef de laboratoire d'un hôpital, appointé en cette qualité, peut effectuer, au laboratoire de l'hôpital, des analyses pour une clientèle privée ; *d)* en cas d'affirmative, à quels impôts (patente, bénéfices, etc.), il est soumis ; *e)* en cas de négative, quelles sanctions peuvent être prises contre lui. (*Question du* 6 *octobre* 1938.)

Réponse. — La question est réglée par le décret-loi du 29 octobre 1936 qui dispose dans son article 1er « qu'il est interdit aux fonctionnaires, agents et ouvriers des services publics de l'Etat, des départements, communes, offices, établissements publics et colonies d'exercer une profession industrielle ou commerciale... ou d'effectuer à titre privé un travail moyennant rémunération » et dans son article 4 que « l'interdiction prévue à l'article 1er s'applique également à la réalisation de bénéfices provenant d'opérations présentant un caractère commercial et se rattachant à l'exercice d'une fonction publique telle que la gestion... de laboratoires ».

Des dérogations peuvent être admises par décrets, contresignés par le ministre des Finances.

(*J. O.*, 8 février 1939.)

Immatriculation des femmes de ménage aux Assurances sociales

2.952. — M. Hubert-Rouger demande à M. le ministre du Travail, étant donné qu'une femme de ménage travaillant pour plusieurs employeurs doit légalement se faire inscrire elle-même aux Assurances sociales et présenter ses feuillets à ses employeurs lors du payement, quelle est la situation de ces derniers si l'employée n'est inscrite à aucune Caisse et se refuse à faire faire cette inscription, que peuvent faire les employeurs pour être en règle avec la loi. (*Question du* 30 *décembre* 1938.)

Réponse. — Si la femme de ménage ne remet pas à ses employeurs de feuillets de cotisations, elle doit leur donner une attestation par laquelle elle déclare ne pas être assujettie aux Assurances sociales parce

que son salaire est inférieur annuellement à 1.000 francs (art. 3, § 2, du règlement d'administration publique du 19 mars 1936). L'employeur conserve cette attestation en vue de justifier éventuellement de sa situation au regard de la loi sur les Assurances sociales. Si l'employeur n'a reçu ni feuillets, ni attestation, il doit opérer le précompte de la cotisation ouvrière sur le salaire de son employée et aviser le Service régional des Assurances sociales dont il dépend du refus de l'intéressée de se soumettre aux obligations qui lui incombent. Si celle-ci est déjà immatriculée, le Service régional envoie à l'employeur les duplicata des documents de cotisations. Dans le cas contraire, le Service procède à l'immatriculation de l'intéressée et lui adresse ses feuillets de cotisations. L'assurée peut alors demander des feuilles intercalaires pour chacun de ses employeurs. Au début de chaque trimestre, l'employeur représente en timbres-poste, sur le feuillet intercalaire qui le concerne, une somme égale à 8 p. 100 des salaires payés pendant le trimestre précédent (cotisation patronale, 4 p. 100, cotisation ouvrière, 4 p. 100). Les feuillets sont remis par chaque employeur à la femme de ménage qui doit se charger de les faire parvenir au Service régional des Assruances sociales.

(*J. O.*, 25 janvier 1939.)

O O O

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) *Accidents du travail*

1.131. — Rémunération du donneur de sang

A combien peut-on tarifer l'indemnité au donneur pour une transfusion de sang pratiquée chez un accidenté du travail ?

Cette indemnité est prévue, dans les nouveaux tarifs du 18 février 1938, mais je ne trouve nulle part, l'indication permettant de l'évaluer.

La transfusion que j'ai eu à pratiquer récemment, avec un donneur universel, était une transfusion massive de 500 grammes.

Je vous serais très obligé de m'envoyer ce renseignement par retour du courrier, si cela vous est possible, et je vous en remercie à l'avance.

Je profite de cette occasion pour vous dire que je suis, avec le plus grand intérêt, depuis plus de dix ans, la « Correspondance » très documentée que vous assurez dans le *Concours*. Peut-être avez-vous déjà traité cette question ? Mais cela m'a échappé.

Dr M.

Réponse

A défaut de base fixée dans le tarif accident du travail, on peut se servir du Tarif des pensionnés de guerre, d'après le décret du 5 mars 1927, où il est dit, comme rémunération du donneur de sang : « pour les 150 premiers centimètres cubes de sang : 50 francs. Pour chaque prélèvement ultérieur de 100 centimètres cubes : 50 francs.

Dr F. DECOURT.

1.261. — Certificat d'aggravation

A l'article 30 du Tarif accident du travail, je lis : « 2° Le certificat descriptif délivré lorsque, par la suite, une blessure présumée légère, s'aggrave ».

Le cas se présente pour moi : une petite plaie infectée d'un doigt a donné naissance à une septicémie.

Il est sans doute normal de prévenir le tiers payant en cas d'aggravation. Mais comment faut-il agir ?

Certificat en double exemplaire adressé au patron ?

Et par lettre recommandée ?

Depuis 1933, il me semble n'avoir jamais vu traiter de cette question dans le *Concours Médical* et je n'ai rien trouvé dans le « Supplément mensuel » n° 16 : Accidents du travail.

Dr F.

Réponse

Le certificat délivré lorsque par la suite une blessure présumée légère s'aggrave est tarifé 15 francs (art. 30). Il n'y est pas dit que ce certificat doit être envoyé par lettre recommandée. Il y est même dit simplement « délivré », ce qui, en bon français, ce me semble, doit vouloir dire délivré au blessé lui-même pour être remis par lui à qui de droit. Si le médecin craint que la remise ne soit pas effectuée, il l'envoie directement au patron ou à son assureur substitué, mais, en somme, cela n'est pas dit dans l'article et *a fortiori* la lettre recommandée n'y est pas prescrite.

Dr F. DECOURT.

b) Assurances sociales

1.045. — La radioscopie ou graphie n'est pas comprise dans une intervention chirurgicale

J'ai à ma clinique un appareillage radiographique qui me sert à deux fins.

1° Il est à la disposition d'un confrère, radiographe spécialiste, qui vient me faire les radiographies délicates dont je puis avoir besoin ;

2° Je me sers moi-même de l'appareil pour des cas simples (je ne suis pas radiographe de métier).

Par exemple, je fais moi-même les contrôles scopiques des fracturés en traitement, ou prend des clichés faciles de membres.

A propos des malades assurés sociaux admis chez moi, j'ai demandé au médecin contrôleur des Assurances sociales, si je pouvais, bien que chirurgien, faire figurer sur la feuille de soins, outre le coefficient chirurgical adéquat, un coefficient radiographique ou scopique, quand le fait se produit.

Sur ce, le médecin contrôleur me répond que non. Les contrôles scopiques en particulier, ou les radios en série pour les fracturés, dit-il, « étant compris dans les soins pendant vingt jours » et « une correction correcte de fracture comportant toujours la nécessité de contrôles radiologiques ».

Ceci m'étonne beaucoup. Je pensais au contraire que les actes de radiologie n'entraient dans aucun forfait, que le malade soit ou non hospitalisé, qu'il s'agisse ou non de fractures.

Comme d'autre part, on parle de plus en plus du certificat de spécialiste, je voulais savoir simplement, si un chirurgien, pouvait, le cas échéant, inscrire lui-même un acte de radiologie; ou s'il devait s'abstenir systématiquement, laissant à un confrère spécialisé, le soin de faire tous les travaux de radiologie de sa clinique. Car enfin, si je dérange, chez moi, un confrère pour une radio quelconque ; il me paraît étonnant que son travail soit compris dans un forfait chirurgical, qu'il s'agisse de graphie ou de scopie et que ce soit moi qui doive l'honorer.

r P.

Réponse

a) La radioscopie ou la radiographie sont des actes en dehors du forfait chirurgical pour une opération, attendu qu'elles ne constituent pas l'acte lui-même, mais le diagnostic en vue de l'acte à effectuer ou le contrôle après l'acte effectué ;

b) Tout docteur en médecine a le droit de faire un acte radiologique à condition évidemment qu'il soit « outillé » à ce sujet de façon suffisante pour faire quelque chose de normal ;

c) Dans votre cas, c'est le radiographe appelé par vous qui doit mettre son intervention sur une feuille qu'il signera lui-même en mettant le chiffre-clé plus la mention radiographie qui n'implique pas, ce me semble, de violation de secret professionnel. La radioscopie ou graphie n'est pas comprise dans une intervention chirurgicale.

Dr F. DECOURT.

Voir la suite de la correspondance page XLI-789

PROPOS DU JOUR

LA QUESTION TOUJOURS CONTROVERSÉE DE LA CONTAGION DE LA TUBERCULOSE

Il y a huit ans environ, un savant éminent, M. Auguste LUMIÈRE, membre correspondant de l'Institut et de l'Académie de médecine (division des sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles), grand Officier de la Légion d'honneur, se basant sur des faits incontestables, a mis en doute la doctrine classique de la contagion de la tuberculose.

Les partisans de cette doctrine ne pouvant rien opposer à ces faits, au lieu de remettre la question à l'étude et de chercher par des observations et des expériences à étayer leur opinion, ont répondu par le silence, comme si les affirmations d'un savant de l'envergure de M. Auguste Lumière pouvait être dédaignées. Mais la controverse était néanmoins ouverte.

Le doute germa peu à peu dans l'esprit des plus convaincus, à tel point que, dans un nouveau traité de pathologie interne, l'auteur du chapitre tuberculose reconnut que la théorie de la contagion devait être modifiée, qu'elle présentait des lacunes et des exagérations et qu'il convenait de la remanier, en s'appuyant sur des conceptions nouvelles.

***

Le dépistage des tuberculeux reposa désormais sur le cuti-réaction à la tuberculine. Les cuti-réactions positives indiqueraient une imprégnation tuberculeuse, une sorte d'immunisation de l'individu, tandis que la cuti-réaction négative, indiquant que le sujet est indemne jusqu'alors de toute infection tuberculeuse, serait d'un plus mauvais pronostic, car une primo-infection serait à craindre et, le sujet n'étant pas immunisé, serait à la merci d'une évolution plus grave de la maladie.

Aussi, bien que l'on soit tenté de considérer comme paradoxal ce raisonnement, l'on conseille de multiplier les cuti-réactions chez les enfants et surtout à l'âge scolaire. Dans les collèges et dans les lycées de Paris a été distribué un tract mettant les parents au courant de la cuti-réaction et leur indiquant que si cette dernière est négative, ils doivent surveiller étrcitement la santé de leurs enfants et prendre des mesures s'ils constataient chez eux un amaigrissement ou une « déficience » de leur état général.

Nous avouons ne pas être très satisfait de cette conclusion. Nous pensons, et beaucoup de gens (même non médecins) pensent avec nous que lorsqu'un enfant maigrit et que son état général s'altère, ceux qui ont la garde de sa santé doivent s'en préoccuper que la cuti-réaction soit chez lui positive ou négative.

Nous ne nous permettrons pas d'apprécier les mérites de la cuti-réaction n'ayant pas à son sujet une expérience suffisante et reconnaissant notre incompétence à son égard. Elle a permis, nous le croyons, de constater à quelle époque un sujet jusqu'alors sain contractait la tuberculose, ou du moins donnait asile dans ses tissus au bacille de Koch vivant, car l'opinion généralement admise est que le plus souvent le bacille tuberculeux sommeille inerte dans nos tissus et n'évolue que relativement rarement. Or, il est admis que « le délai qui s'est écoulé entre le con-« tage et les premiers résultats qu'on puisse « constater est toujours de plusieurs mois. Encore « s'agit-il de cas où la tuberculose est trans-« mise à un sujet antérieurement indemne. Mais « s'il s'agit d'un individu qui a subi antérieu-« rement une infection tuberculeuse si minime « soit-elle, nous n'avons aucun moyen de déceler, « et d'isoler les résultats de nouveaux contages, « si vraiment, malgré la loi de Behring, ils peu-« vent se produire ».

La question de la contagion de la tuberculose doit donc être de nouveau mise à l'étude.

M. le Docteur P. AMEUILLE, médecin de l'hô-

pital Cochin et Madame DUBOIS-VERLIÈRE, chef de laboratoire au même hôpital, ont écrit dans le *Bulletin Médical* (fondé en 1887, par le Professeur Grancher) du 18 février 1939 un très intéressant article *sur la contagion de la tuberculose*, auquel nous avons emprunté le passage cité ci-dessus.

Cet article mérite d'être lu et médité.

Les auteurs commencent par affirmer qu'il est inutile à l'heure actuelle de discuter sur la contagion de la tuberculose, qu'il y a des faits cependant bien établis, c'est d'abord que la tuberculose diffère des autres maladies et ensuite qu'elle est causée par la présence dans les tissus des bacilles de Koch, qu'on les trouve dans toutes les lésions tuberculeuses, qu'ils peuvent être isolés, cultivés, inoculés dans les tissus vivants et y causer des lésions tuberculeuses.

A vrai dire, on ne connaît pas parfaitement la voie de transmission de la tuberculose, on la suppose.

On sait que la vitalité des bacilles de Koch est faible en dehors des tissus vivants. Ils ne survivraient pas dix jours dans les poussières sèches, même à l'obscurité. Rarement on constate des bacilles sur les ustensiles, les objets de toilette et les vêtements des tuberculeux. La contagion par les livres, par les travaux de couture effectués par des tuberculeux serait pour ainsi dire inexistante. Le mode de désinfection le plus sûr serait de ne pas utiliser les objets jugés contaminés, pendant 15 à 20 jours.

Nous ignorons les étapes du bacille entre sa pénétration dans l'organisme et son développement et M. Ameuille et Mme Dubois-Verlière se demandent s'il n'y aurait pas un agent vecteur de la contagion insoupçonné, dans le genre de celui dont Laveran a démontré l'existence pour le paludisme.

« En attendant, concluent M. Ameuille et « Mme Dubois-Verlière, nous nous garderons de « nier cette contagion dont nous ne connaissons « pas bien les modes. Nous n'avons pas besoin de « masquer notre ignorance aux autres et à nous-« mêmes. Nous devons plutôt la proclamer pour « stimuler de nouveaux efforts, de nouvelles « recherches, même de la part des générations « futures si la nôtre n'y suffit pas. »

C'est là, un langage vraiment scientifique et les auteurs sont imbus du doute philosophique dont Claude Bernard faisait « la première condition que doit remplir le savant qui se livre à l'investigation dans les phénomènes naturels » et il ajoutait « que les théories que nous possédons sont loin de représenter des vérités immuables (1) ».

***

Aux phtisiologues qui proclamaient jadis avec une belle assurance le mode de transmission directe de la tuberculose par les crachats et les poussières, les vêtements et les livres, qui niaient l'influence du terrain et celle des causes dites secondes, nous conseillons de méditer le premier précepte de la méthode cortésienne qui conseille de n'admettre une chose comme vraie qu'on ne la connut évidemment être telle, d'éviter soigneusement la précipitation et la prévention.

Attendons, comme le conseillent M. Ameuille et Mme Dubois-Verlière, le résultat de nouvelles recherches avant de nous prononcer sur la question toujours controversée de la contagion de la tuberculose.

J. NOIR.

(1) Cl. BERNARD. — Introduction à l'étude de la médecine expérimentale.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'ACTION DIURÉTIQUE DE L'URÉE CHEZ LES CIRRHOTIQUES

Par Etienne Chabrol
Professeur agrégé à la Faculté
Médecin de l'Hôpital Saint Antoine

Jean Sallet et Jacques Blanchard

Au cours de ces dernières années, plusieurs auteurs étrangers ont proposé de recourir aux vertus diurétiques de l'urée pour remédier aux rétentions hydriques. Cette thérapeutique n'est pas nouvelle : Ségalas d'Etchepare et Vauquelin, Laennec lui-même l'avaient préconisée dès le début du XIX[e] siècle, sans attendre les travaux des physiologistes français, qui lui ont donné une consécration scientifique.

A la suite de Claude Bernard, Bouchard devait écrire : « l'urée qui fut si longtemps l'épouvantail du médecin, nuit surtout lorsqu'elle fait défaut » ; et le même observateur devait ajouter, en conclusion de ses études sur le chien et sur le lapin : « la dose d'urée nécessaire pour intoxiquer un homme normal est la quantité que celui-ci élimine par ses urines durant un laps de temps de deux semaines ». De nos jours, Binet, Arnaudet et Mlle Marquis ont confirmé les chiffres de Bouchard : opérant sur des lapins soumis à des injections intraveineuses d'une solution d'urée, administrée lentement en l'espace d'une heure, ils ont montré qu'on ne voyait apparaître les phénomènes convulsifs qu'à la dose de 7 gr. 32 d'urée par kilogramme de poids, chiffre sensiblement voisin de celui de 6 gr. 31, que le grand Maître de la pathologie générale avait jadis annoncé.

En dépit de ces encouragements recueillis sur le terrain expérimental, les cliniciens français n'ont pas accepté sans défiance l'utilisation diurétique de l'urée. Ils se sont ralliés pour la plupart aux conclusions pessimistes de l'Ecole de Widal, qui prête à cette substance un rôle pathogénique de tout premier plan dans la physio-pathologie des néphrites. Les expériences de Gréhant et Quinquaud avaient déjà plaidé dans le même sens ; elles ont été étayées par les importantes constatations qu'André Weill a réunies dans sa thèse, par les recherches plus récentes de Lemierre et de son collaborateur Mozer, par les essais qu'effectuèrent sur eux-mêmes Hewlett, Gilbert et Wickett. Cet ensemble de publications n'a pas été sans freiner l'enthousiasme des thérapeutes, à l'heure où des périodiques étrangers leur proposaient de mettre l'urée sur le même plan que les composés mercuriels et les succédanés de la diméthylxanthine dans le traitement des hydropisies.

Il nous a paru intéressant de préciser dans quelles limites l'urée pouvait être administrée à des malades cirrhotiques, dont l'émonctoire rénal semblait *a priori* indemne. Pour aborder ce problème avec fruit, nous avons procédé du simple au complexe, en recherchant comment s'effectuait au cours des cirrhoses le métabolisme de l'urée, et en introduisant cette substance dans l'économie à doses progressivement croissantes.

***

Nos traités classiques ne nous donnent guère de renseignements sur *le degré de l'azotémie au cours des cirrhoses du foie.*

Nous pouvons prévoir qu'il est faible, si nous acceptons sans réserves l'expérience célèbre de Cyon, que Krebs, Mann et Magath ont confirmée tour à tour. C'est le rôle d'un foie normal de réaliser la synthèse de l'urée aux dépens des molécules protéidiques et d'en élaborer des proportions d'autant plus élevées que la glande hépatique a conservé son intégrité fonctionnelle. Nous savons que les déchets azotés, dont le foie s'empare, proviennent de deux sources différentes : l'une hétérogène, représentée par les albuminoïdes que le tube digestif a triturés ; l'autre endogène, ayant pour origine les produits de la destruction tissulaire. Le foie transforme ces grosses molécules en polypeptides et acides aminés, avant de les conduire au terme ultime de l'urée.

Si nous en jugeons par notre statistique personnelle, le taux de cette substance peut être assez bas au cours des cirrhoses hépatiques ; sur un total de 63 malades, nous relevons les chiffres suivants :

Au dessous de 0,20 pour 1.000 : 16 observ.
De 0,20 à 0,30 pour 1.000 : 25 observ.
De 0,30 à 0,50 pour 1.000 : 10 observ.
Au dessus de 0,50 pour 1.000 : 12 observ.

Nous pouvons ajouter que la majorité des malades, dont l'azotémie était inférieure à 0,20 pour 1.000, se présentaient avec une glande hépatique manifestement atrophiée.

Cependant, *le volume et l'activité fonctionnelle du foie* sont loin de régir, à eux seuls, l'abondance de l'urée au cours des cirrhoses. Nous ne devons pas oublier qu'à l'état physiologique, le métabolisme de cette substance est étroitement subordonné à *la nature de l'alimentation* et que, dans une même journée, cette dernière peut entraîner des variations très importantes, allant du simple au double, s'il faut en croire une étude récente de Glouchinky et Poutchinky. C'est pour ce motif que nous avons effectué tous nos dosages dans des conditions rigoureusement comparables, chez des sujets soumis à un même régime et sur des sérums prélevés à la même heure, le matin à jeun.

Mais il est bien d'autres facteurs, qui conditionnent l'abaissement et l'élévation du taux de l'urée chez les cirrhotiques : *les hémorragies* jouent un rôle, qu'il s'agisse d'hématémèses, de melœna ou d'épistaxis dégluties ; elles entraînent des hyperazotémies, et cette notion, qui est depuis quelques années à l'ordre du jour, n'a pas été sans suggérer des hypothèses assez contradictoires. Faut-il, pour expliquer ces azotémies singulières, incriminer avec Aubertin et Horeau une absorption massive de protéines sanguines accumulées dans le tube digestif, — avec Cain, Lemierre et leurs collaborateurs une insuffisance fonctionnelle des reins ? Les deux mécanismes peuvent être associés, estiment Henri Bénard, F. P. Merklen et Zarachowitch, qui invoquent également une désintégration tissulaire consécutive à l'anémie.

Nous reconnaissons volontiers que la rétention rénale n'est point seule en cause ; nous avons pu le constater tout dernièrement encore, au chevet d'un malheureux confrère qui, à la suite d'une intervention sur les voies biliaires, avait présenté des hémorragies digestives quasi continues : le matin de sa mort on pouvait doser dans son sang 2 gr. 50 pour 1.000 et dans ses urines 80 gr. d'urée pour un volume de liquide excrété atteignant deux litres en 24 heures.

L'apparition *d'un ictère* fait également varier le taux de l'urée sanguine. Nous avons jadis signalé avec A. Gilbert qu'une azotémie supérieure à 1 gr. n'était pas exceptionnelle durant la lente évolution des cancers pancréatiques, et nous entrevoyons, par ces quelques exemples, toute la complexité des problèmes que nous avons à résoudre, lorsque nous abordons la délicate question des azotémies au cours des affections hépatiques.

En regard de l'urée sanguine, les *multiples déchets de la molécule azotée* ont permis d'établir une série de coefficients dont on a voulu faire autant de tests de l'insuffisance uréogénique du foie. C'est entre 1910 et 1914 que la littérature médicale s'en est particulièrement enrichie ; nous n'en rappellerons que certains pour mémoire. Dans le domaine des cirrhoses, Morel et Mouriquand ont montré qu'avec une azotémie normale le coefficient $\frac{\text{N uréique}}{\text{N total}}$ était fort abaissé ; Courmont et ses collaborateurs ont souligné l'importance du facteur rénal dans les variations de ce rapport ; Chauffard et Brodin en ont soustrait les deux termes l'un de l'autre, pour aborder l'étude de l'azote résiduel. L'élévation de l'azote résiduel serait proportionnée au degré de l'insuffisance hépatique ; elle offrirait une plus grande constance que les oscillations éminemment variables de l'azote uréique et de l'azote total.

Noël Fiessinger n'attache qu'un médiocre intérêt à l'étude de l'urée, lorsqu'il propose d'établir son indice de clivage : $\frac{\text{N polypeptidique}}{\text{N total non protéique}}$ Ce dernier, qui oscille normalement entre 0,10 et 0,15, traduit par son élévation l'insuffisance du foie.

Dans le travail que nous avons publié en 1936 sur *les polypeptides au cours des cirrhoses du foie,* l'index tyrosine de Goiffon et Spaey nous a permis d'écrire :

Lorsque le taux des polypeptides du sang dépasse 21 milligrammes, l'évolution est fatale dans 70 % des cas ; elle est rapidement mortelle dans 85 % des cas, lorsque le chiffre de ces substances est compris entre 30 et 90 milligrammes.

Nous pouvons compléter aujourd'hui cette statistique en rapprochant du taux des polypeptides le chiffre de l'urée sanguine, que l'on notait chez ces divers sujets.

Lorsque la polypeptidémie dépassa 30 milligrammes, dans 7 cas, six fois sur sept le taux de l'urée sanguine fut supérieur à 40 cgr. ; il s'éleva même 3 fois sur 7 à 1 gr. 45, 1 gr. et 0 gr. 75 pour 1.000. Pour un index-tyrosine inférieur à 30 milligrammes, sur un total de 35 sujets, nous ne relevons que 4 azotémies supérieures à 0,60 ; elles concernent deux sujets atteints d'hématémèses, ayant eu respectivement 1 gr. 15 et 2 gr. 65 d'urée sanguine, et deux cirrhoses syphilitiques, qui s'accompagnaient par ailleurs de lésions manifestes du système cardio-artériel.

Il ressort de nos chiffres qu'à la très grande majorité d'index-tyrosine faibles correspond le très grand nombre de nos faibles azotémies, et cette constatation serait assez troublante si, pour l'expliquer, nous n'étions en droit de faire entrer en ligne de compte le rôle de l'alimentation. C'est la carence des protéines, plus peut-

être que les troubles du métabolisme azoté, qui figure vraisemblablement à l'origine de ce double déficit, de prime abord paradoxal.

Remarquons par ailleurs qu'une forte azotémie n'est point nécessairement un arrêt de mort, lorsqu'elle n'est pas soulignée par l'abondance de l'azote résiduel. Nous avons rapporté jadis l'histoire d'une malade alcoolique, atteinte d'une cirrhose du foie et de polynévrite qui, sous l'effet d'une diarrhée abondante, accompagnée de vomissements, se déshydrata au point d'avoir une azotémie de 3 grammes pour 1.000 et une chlorémie plasmatique de 2 gr. 60. Cette malade était dans le coma, lorsqu'à la suite d'une série d'injections de sérum hypertonique, le taux des chlorures remonta progressivement à 3 grammes, 3 gr. 50, puis 3 gr. 65, tandis que l'azotémie tombait en sens inverse à 2 gr. 50, 2 grammes et 0 gr. 40 ; la torpeur avait alors totalement disparu.

En définitive, c'est surtout dans les variations de l'azote résiduel et du taux des polypeptides que l'on doit chercher la clef d'un pronostic, que la seule azotémie est impuissante à formuler. Ce pronostic est immédiatement sévère dans 85 % des cas, lorsque l'index-tyrosine fournit des chiffres supérieurs à 30 milligrammes, mais nous devons regretter que ces arrêts de laboratoire soient seulement enregistrables dans les dernières heures de la vie.

***

Pouvons-nous trouver une explication de l'oligurie des cirrhosiques dans les enseignements, que nous fournit la biologie clinique ?

Il est séduisant de penser qu'une faible élaboration d'urée prive la glande rénale de son excitant physiologique, et que la diurèse, aussi bien que la cholérèse, sont étroitement subordonnées à l'abondance des éléments synthétiques, urée et sels biliaires, dont le rein et le foie représentent les émonctoires d'élection.

Malheureusement, le problème de l'oligurie dépend de bien d'autres inconnues, pour qui envisage les perturbations du métabolisme de l'eau au cours des cirrhoses du foie : non seulement le stimulant physiologique de la sécrétion rénale se trouve dans le plasma à un taux très amoindri, mais ce qui est plus grave encore, il est entouré de déchets azotés, qui contribuent à retenir le véhicule hydrique dans l'intimité des tissus. Derrière cette hydrophilie tissulaire, le Professeur Roger a incriminé les hépatopeptides, le Professeur Loeper les imidazols. André Lemaire et Varay ont consacré à ces facteurs de rétention une très intéressante étude, sans négliger la part qu'il convient d'accorder aux modifications de l'équilibre globuline-sérine, à la pression onkotique des protéines et aux variations du taux des lipides.

Tels sont, brièvement résumés, les enseignements élémentaires de physio-pathologie, qu'il importe d'avoir présents à l'esprit avant de traiter par l'urée l'affection essentiellement hydropigène, que représente la cirrhose hépatique.

***

Ce fut en 1892 que Wilhem Friedreich administra pour la première fois à des malades cirrhotiques 2 à 12 grammes d'urée par jour, 157 grammes en 18 jours. Il reconnut que cette substance avait, chez les hépatiques, un pouvoir diurétique aussi manifeste que celui, dont avaient parlé sur le terrain expérimental en France Claude Bernard et Bouchard, en Allemagne, Ludwig et Senator. Quatre ans plus tard, en 1896, Klemperer assistant de Leyden eut recours sans aucun incident à des doses quotidiennes de 10, 15 et 20 grammes d'urée pendant plus de deux semaines et put affirmer qu'avec ces traitements intensifs la diurèse augmentait de 300 c. c. à 1500, 2.000 et même 5.000 c. c. en 24 heures.

Ce fut à cette époque qu'un élève de Sabrazès, de Bordeaux, Dion, consacra sa thèse à l'action diurétique de l'urée chez les cirrhotiques. Huchard accueillit cette nouveauté avec scepticisme ; il n'en écrivit pas moins : « Dans quelques cas de foie cardiaque, l'ascite cède difficilement à l'action de la digitale et de la théobromine, sans doute en raison de la cirrhose hépatique, et c'est dans ces conditions que l'urée, ce diurétique physiologique, peut parfois produire de bons effets. » A l'instigation de Josué, Lévy consacra lui aussi sa thèse de 1922 à cette question et rapporta deux cas de cirrhoses, durant lesquels l'ascite avait rétrocédé.

Il faut arriver au travail de Simici, Marcou et Popesco (1928) pour trouver une bonne étude d'ensemble sur l'urée dans le traitement des exsudats et des transsudats. Les contre indications de la cure y sont nettement posées : elles dépendent essentiellement de la défaillance des reins ; c'est ainsi que, chez le brightique étudié par Achard et Paisseau, l'ingestion de 20 grammes d'urée fit monter le taux de l'azotémie de 1 gramme à 4 gr. 41 pour 1.000 en l'espace de 24 heures. De semblables ascensions ne sont pas à redouter chez les sujets atteints de pleurésie séro-fibrineuse ou de pleuro-péritonite sans insuffisance rénale ; nous ne les rencontrons pas davantage chez les malades cirrhotiques.

Le travail de Simici nous fournit à cet égard quelques chiffres aussi rassurants qu'instructifs :

Observations de cirrhoses hépatiques

Observations de cirrhoses hépatiques	Azotémie		Durée de la cure	Dose d'urée administrée
	Avant	Après		
1er cas	0,35	0,38	10 jours	40 gr. par jour
2e cas	0,35	0,50	12 jours	20 gr. par jour (250 gr.)
3e cas	0,36	0,46	20 jours	40 gr. par jour en séries de 4 jours ; 2 jours de repos
4e cas	Normale	Normale	28 jours	1.300 gr. au total

***

C'est en partant de ces prémisses que nous avons nous-mêmes repris l'étude du pouvoir diurétique de l'urée au cours des cirrhoses du foie.

Nous avons fait varier le mode d'administration de cette substance, en la donnant à un même malade tantôt par voie buccale, tantôt par voie veineuse, suivant la technique des injections lentes et continues. Cette dernière méthode nous a permis de serrer d'assez près le problème, l'urée étant introduite en l'espace d'une heure aux doses de 10 grammes, 20 grammes, 30 grammes suivant les jours, en dissolution dans 250 c. c. de sérum physiologique. M. Harispe, qui a bien voulu effectuer lui-même les dosages sur le sang et sur les urines, a mesuré l'azote total par le procédé de Kjeldahl et l'azote uréique par l'hypobromite. Voici les résultats que nous avons ainsi obtenus :

1° Action de l'urée sur le débit aqueux

Il ressort de la lecture de nos tableaux que l'urée n'a pas eu chez nos malades l'action brillante, dont s'est émerveillé Klemperer. Le volume des urines ne s'est pas élevé brusquement de 300 c. c. à 5 litres ; il ne s'est accru que légèrement, à des taux très variables, suivant la dose de toxique ingérée.

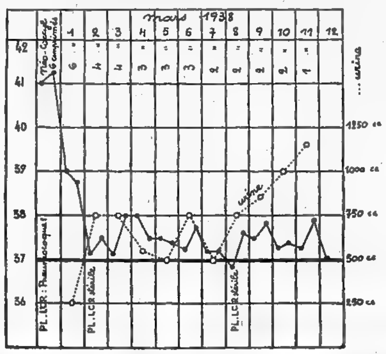
Pour 10 *grammes d'urée* administrés en 60 minutes par voie veineuse, le débit horaire des ruines ne s'élève que momentanément de 15 c. c.5 à 72 c. c., variation trop faible pour que l'on puisse vraiment faire la part de l'urée introduite et celle des 250 c. c. de sérum physiologique, qui lui ont servi de véhicule d'apport. Le volume des 24 heures, qui était de 368 c. c. le jour précédent, ne dépasse point 567 c. c. le jour de l'expérience.

Pour que le débit horaire monte de 20 c. c. à 75 c. c. et se maintienne à ce dernier chiffre pendant près de 12 heures, il faut injecter 30 *gram-*

Première expérience de diurèse

Injection intraveineuse de 10 grammes d'urée dans 250 c. c. de sérum physiologique en 60 minutes

	Période de 24 heures avant l'injection	Pendant l'injection	Pendant les heures suivantes						Bilan en 24 heures après l'injection
			0 à 2	2 à 4	4 à 6	6 à 8	8 à 10	10 à 23	
Volume des urines...	368 c. c.	72 c. c.	42 c. c.	76 cc.	95 c. c.	68 cc.	58. c c.	156 c. c.	567 c. c.
Débit horaire moyen des urines en c. c..	15,5	72	12	38	47	34	29	12	23
Concentration uréique au litre......	19 ‰	17,5 ‰	26,2 ‰	25 ‰	18,7 %	23 ‰	26,7 ‰	26,7 ‰	23 ‰
Azoturie en grammes	7,74	1,26	1,10	1,9	1,77	1,56	1,54	4,16	13,29


mars 1938
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
42 41 40 39 38 37 36
1250 cc
1000 cc
750 cc
500 cc
250 cc
urine


Néo-Coccyl



Deuxième expérience de diurèse

Injection intraveineuse de 20 grammes d'urée dans 250 c. c. de sérum physiologique en 60 minutes

	Période de 24 heures avant l'injection	Pendant les heures suivantes		Bilan des 24 heures après l'injection
		0 à 12	12 à 24	
Volume des urines	584 c. c.	460 c. c.	335 c. c.	795 c. c.
Débit horaire moyen des urines en c. c.	24 c. c.	38 c. c.	28 c. c.	33 c. c.
Concentration uréique au litre	3,35 ‰	20 ‰	23,8 ‰	21,6 ‰
Azoturie en grammes	7,77	9,20	7,92	17,19

Troisième expérience de diurèse

Injection intraveineuse de 30 grammes d'urée dans 250 c. c. de sérum physiologique en 60 minutes

	Période de 24 heures avant l'injection	Pendant les heures suivantes		Bilan des 24 heures après l'injection
		0 à 12	12 à 24	
Volume des urines	480 c. c.	900 c. c.	580 c. c.	1.480 c. c.
Débit horaire moyen des urines en c. c.	20 c. c.	75 c. c.	50 c. c.	62 c. c.
Concentration uréique au litre	16,5 ‰	18,5 ‰	17,5 ‰	17,9 ‰
Azoturie en grammes	7,92	16,33	10,15	26,48

Quatrième expérience de diurèse

Ingestion de 30 grammes d'urée quotidiennement pendant 10 jours

	Avant l'ingestion	Au 6e jour	Au 10e jour
Volume des urines dès 24 heures	480 c. c.	815 c. c.	770 c. c.
Débit horaire moyen des urines en c. c.	20 c. c.	35 c. c.	32 c. c.
Concentration uréique au litre	16,5 ‰	32,5 ‰	36,9 ‰
Azoturie en grammes	7,92	26,48	28,38

Action de l'urée sur les composés azotés du sang

DATES	URÉE SANGUINE en gr. pour 1.000	AZOTE URÉIQUE	AZOTE TOTAL	AZOTE RÉSIDUEL
5 décembre 1938				
avant l'injection intraveineuse..	0,23			
Injection intraveineuse de 10 gr. d'urée dans 250 c. c. de sérum physiologique en 60 minutes				
5 décembre 1938				
immédiatement après I. I. V...	0,59			
60 minutes après I. I. V......	0,47			
6 décembre 1938..............	0,25			
12 décembre 1938				
avant I. I. V.................	0,27	0,12	0,21	0,09
Injection intraveineuse de 20 gr. d'urée dans 250 c. c. de sérum physiologique en 60 minutes				
immédiatement après I. I. V...	0,75	0,35	0,55	0,20
21 décembre 1938				
avant I. I. V.................	0,32	0,15	0,28	0,13
Injection intraveineuse de 30 gr. d'urée dans 250 c. c. de sérum physiologique en 60 minutes				
immédiatement après I. I. V..	1,07	0,50	0,70	0,20
Ingestion de 30 grammes d'urée pro die *pendant 10 jours*				
Au 6e jour.................	0,24	0,11	0,28	0,17
Au 10e jour................	0,60	0,28	0,53	0,25

Action de l'urée sur les composés azotés de l'urine

DATES	DÉLIT URINAIRE PAR 24 HEURES	CONCENTRATION URÉIQUE %°	CONCENTRATION N URÉIQUE ‰	N. TOTAL ‰	N. RÉSIDUEL ‰	URÉE ÉLIMINÉE EN GRAMMES
4 au 5 décembre...	368 c. c.	19,8 ‰				
Inj. intraveineuse le 5 décembre : 10 grammes d'urée dans 250 c. c. de sérum physiologique en 60 minutes.						
5 au 6 décembre...	567 c. c.	23 ‰				
11 au 12 décembre.	584 c. c.	13,3 ‰	6,22 ‰	6,33 ‰	0,11 ‰	7,77
Inj. intraveineuse le 12 décembre : 20 grammes d'urée dans 250 c. c. de sérum physiologique en 60 minutes.						
12 au 13 décembre.	795 c. c.	21 ‰	11,06 ‰	12,60 ‰	1,54 ‰	17,19
20 au 21 décembre.	480 c. c.	16,5 ‰	7,70 ‰	8,87 ‰	1,17 ‰	7,92
Inj. intraveineuse le 21 décembre : 30 grammes d'urée dans 250 c. c. de sérum physiologique en 60 minutes.						
21 au 22 décembre.	1480 c. c.	17,9 ‰	8,50 ‰	8,96 ‰	0,46 ‰	26,48
Ingestion de 30 grammes d'urée pro die *pendant 10 jours*						
Au 6e jour	815 c. c.	32,5 ‰	15,16 ‰	15,82 ‰	0,66 ‰	26,48
Au 10e jour	700 c. c.	36,9 ‰	17,2 ‰	17,9 ‰	0,7 ‰	28,38

mes d'urée. Dans ces conditions thérapeutiques, le volume des urines des 24 heures passe de 480 à 1.480 c. c. Par ces chiffres nous pouvons entrevoir les limites et la durée d'action des doses relativement élevées. Ajoutons que ces injections veineuses n'entraînent aucun malaise, hormis quelques frissons et une légère élévation thermique.

2° Action de l'urée sur les composés azotés de l'urine

Il ne faut pas s'attendre à obtenir de fortes concentrations uréiques au cours de ces expériences. Dans notre observation la plus favorable, le taux de l'urée au litre fut de 16,5 pour 1.000 dans les urines avant l'injection et de 17,9 pour 1.000 durant les 24 heures suivantes. La quantité d'urée excrétée ne dépasse pas 26 gr. 48 pour un volume d'urines de 1.480 c. c. ; comme le malade rejetait 7 gr. 92 spontanément la veille et que la dose introduite par voie veineuse avait été exactement 30 grammes, nous devons noter dans cet exemple une rétention uréique d'environ 12 grammes. Appliqués à l'étude de l'azote total, nos calculs nous apprennent que la concentration au litre passe de 8,87 à 8,96 pour 1.000, et que le débit azoté des 24 heures monte de 4 gr. 25 à 13 gr. 10. Il ressort de ces chiffres que l'urée et l'azote total suivent un assez étroit parallélisme dans leur élimination et dans leur rétention.

3° Action de l'urée sur les corps azotés du sang

Nos injections veineuses d'urée ont toujours entraîné des variations appréciables de l'azotémie ; celles-ci se sont traduites au bout d'une heure par des ascensions de :

0 gr. 23 à 0,59 pour une dose de 10 gr.
0 gr. 27 à 0,75 pour une dose de 20 gr.
0 gr. 32 à 1,07 pour une does de 30 gr.

Lorsque l'injection ne fut pas renouvelée, la courbe de l'urée sanguine retomba en moins de 24 heures à son chiffre initial.

Il n'en fut plus ainsi chez le même malade, lorsqu'il eut absorbé pendant 10 jours consécutifs une dose quotidienne de 30 grammes d'urée : le taux de l'azotémie était encore de 0 gr. 60 pour 1.000, 24 heures après la suppression du toxique.

Les variations de l'azote total et de l'azote résiduel du sang ont paru suivre assez étroitement les oscillations de l'azote uréique. Pour les doses respectives de 20 et 30 grammes d'urée, administrées par voie veineuse, le rapport azotémique $\frac{\text{N uréique}}{\text{N total}}$ passa

de $\frac{0,12}{0,21}$ à $\frac{0,35}{0,55}$ (3/5 à 3,5/5,5)

de $\frac{0,15}{0,28}$ à $\frac{0,50}{0,70}$ (3,7/7 à 5/7)

Après dix jours de cure comportant des ingestions quotidiennes de 30 grammes d'urée il varia de :

$$\frac{0,11}{0,28} \text{ à } \frac{0,28}{0,53} \quad \left(\frac{2,7}{7} \text{ à } \frac{3,5}{7,5}\right)$$

***

Nous avons repris les mêmes expériences sur plusieurs autres cirrhotiques. Disons de suite qu'elles nous ont déçu dans leur ensemble ; les diurèses obtenues ont été médiocres et nous devons constater que deux fois sur six, après quatre jours de cure à la dose quotidienne de 30 grammes, elles ont été suivies d'une torpeur de mauvais aloi, encore que l'azotémie fût restée modérée.

Nonnenbruch, qui a été dans ces dernières années l'un des partisans convaincus de la méthode, estime que les résultats favorables sont subordonnés à l'élévation de l'urée sanguine et à la chute de l'azote résiduel. Nous venons de montrer qu'il n'en fut pas ainsi dans nos expériences, le rapport azoturique : $\frac{\text{N uréique}}{\text{N total}}$ étant demeuré sensiblement constant.

C'est dire que nous restons fidèles à la thérapeutique des cirrhoses que nous appliquons depuis de longues années dans notre pratique quotidienne, suivant les enseignements de Gilbert, et qui se résume en ces trois termes :

Repos absolu au lit ;
Régime lacté et hydro-carboné ;
Injections quotidiennes d'extrait hépatique à fortes doses.

C'est sans doute à cette ligne de conduite que nous devons les deux belles observations de

♦♦♦

cirrhose atrophique, que nous avons jadis publiées avec Jean Cottet, et qui enregistrent la disparition complète de l'ascite après 28 et 65 ponctions. Nous avons recueilli depuis lors deux faits très comparables, concernant l'un et l'autre des cirrhoses atrophiques.

Si l'on doit greffer sur cette thérapeutique de fond une médication diurétique éphémère, nul doute que l'action très souvent brillante du neptal et du novurit doit laisser dans l'ombre le pouvoir diurétique aussi inconstant que périlleux de l'urée administrée à fortes doses.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD et PAISSEAU. — *Semaine Médicale*, 1904, n° 27, p. 209.

AUBERTIN et HOREAU. — *Bull. et Mém.* Société médicale des hôpitaux de Paris, 11 février 1938.

H. BÉNARD, F.-P. MERKLEN et ZARACHOWITCH. — Azotémie et hyperazotémie consécutives à une hémorragie digestive chez un sujet atteint de diabète et de cirrhose du foie. (*Bul. et Mém.* Société médicale des hôpitaux de Paris, 11 février 1938.)

Cl. BERNARD. — Leçons sur les propriétés physiologiques et les altérations pathologiques des différents liquides de l'organisme. Tome II, p. 37, Paris 1859.

Léon BINET, ARNAUDET et Mlle MARQUIS. — La toxicité de l'urée. (*Presse Médicale*, 4 mai 1932).

BITH. — L'amino-acidurie. (Thèse, Paris 1912-1913.)

BOUCHARD. — Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies. Paris 1887, p. 51.

BRODIN. — Les variations de l'azote résiduel du sérum sanguin. Leur importance comme signe d'insuffisance hépatique. Thèse Paris, 1912-1913.

CAIN, CATTAN et ZARACHOWITCH. — Sur quelques cas d'hyperazotémies transitoires observées au cours des hémorragies gastro-intestinales et d'épistaxis dégluties. Société médicale des hôpitaux de Paris, 4 février 1938.

CHABROL et SALLET. — Le pronostic lointain des cirrhoses du foie. *Bul. et Mém.*, Société médicale des hôpitaux de Paris, 16 octobre 1936, p. 1311.

COURMONT, BOULUD, SAVY et BLANC-PERDUCET. — Sur le coefficient azoturique du sérum. *Bul. et Mém.* Société médicale des hôpitaux de Paris, 31 janvier 1913.

DION. — L'urée : son emploi comme diurétique, en particulier dans les cirrhoses atrophiques. Thèse Bordeaux, 1897-1898.

FIESSINGER, GUILLAUMIN, WALTER. — Les rapports azoturiques, leur valeur pour l'exploration fonctionnelle du foie, le coefficient ammoniacal corrigé. *Bul. et Mém.*, Société médicale des hôpitaux de Paris, 15 mai 1925.

FIESSINGER. — La polypeptidémie en pathologie hépatiques. *Journal médical français*, janvier 1938.

FIESSINGER et VARAY. — Le rein des cirrhotiques, *Presse Médicale*, 14 septembre 1938, p. 1362.

GLOUCHINKI et POUTCHINKI. — *Acta Med. Scand.*, 1937, 22 juillet.

GREHANT et QUINQUAUD. — L'urée est un poison. Mesure de la dose toxique dans le sang. *Journal d'anat. et de physiologie*, T. XX, 1882, p. 393.

HAMILTON, CRAWFORD et I. MC INTOSCH. — *Arch. int. Med. Bd.*, 36, n° 4, 1925.

HUCHARD. — Maladies du cœur et de l'aorte.

JAVAL. — Diminution du rapport azoturique dans différents états pathologiques. Société de biologie, 8 mars 1913.

KLEMPERER. — Harnstoff als diureticum. *Berl. Klin. Woch.*, 1896, n° 1.

LEMAIRE et VARAY. — Les œdèmes des hépatiques. Congrès de l'insuffisance hépatique, Vichy, 1937.

LEMIERRE. — *Bul. et Mém.* Société médicale des hôpitaux de Paris, 11 février 1938.

LÉVY PAUL. — Contribution clinique à l'étude diurétique de l'urée. Thèse, Paris, 1922.

LOEPER. — Les hépatites, Paris, 1937, Masson.

MAGENDIE. — *Hbd. d. Heilmittel Tubinger*, 1851, p. 267.

MILLER et FELDMANS. — *Arch. of. int. méd.*, T. XLIX, p. 1932.

MOREL et MOURIQUAND. — Considérations sur la signification et la définition des corps azotés dans le sang des cirrhotiques. *Bul. et Mém.* Société médicale des hôpitaux de Paris, p. 266, 31 janvier 1913.

MOZER. — Hypothermie et azotémie. *Annales de médecine*, T. XV, 1924, p. 526.

NONNENBRUCH. — L'azotémie non uréique et son traitement par l'urée et les extraits de foie. *Presse Médicale*, 23 novembre 1935 ; *Munch. Med. Woch.*, n° 16, 1936.

PAGNIEZ. — Le mouvement médical. *Presse Médicale*, 17 février 1926, p. 213.

PICOT. — *Journal d'urologie*. T. II, n° 2, 15 août 1912.

PARTURIER. — Thèse, Paris, 1919.

SÉGALAS D'ETCHEPARE et VAUQUELIN. — Ac. royale de médecine, 13 août 1822.

SIMICI, MARCOU, POPESCO. — Recherches sur l'action diurétique de l'urée dans le traitement des exsudats et des transsudats. *Presse Médicale*, 1928, p. 947.

SCHIESSL. — L'urée et son pouvoir diurétique. *Munch. Med. Woch.*, 5 février 1937.

WEILL (André). — L'azotémie au cours des néphrites chroniques. Thèse, Paris, 1912-1913.

lécystostomie malgré le déjaunissement. Or, les lavages ont eu pour résultat de transformer la situation du patient. Nous avons pu suivre les effets grâce aux angiocholographies en série. Le sérum physiologique balayait avec lui de nombreuses concrétions pigmentaires enrobées de mucus, qui bloquaient comme un ciment le calcul contre la paroi canaliculaire ; le calcul une fois désinséré, la bile a pu couler le long des parois et retrouver le chemin du duodénum. A partir du jour précis où ce résultat a été obtenu, l'état général du sujet s'est transformé. Ce fait illustre l'intérêt qu'il y a pour la chirurgie des ictériques à réintroduire la bile dans le milieu intestinal. Les lavages cholédociens permettent donc de reperméabiliser le cholédoque autour du calcul, et cette méthode constitue une indispensable préparation opératoire. Il y a d'ailleurs longtemps qu'en cas de fistule biliaire externe, les chirurgiens conseillaient de faire réabsorber aux malades leur propre bile, ce qui constitue un mêt auquel malheureusement ils répugnent.

Étude du cholédoque sous-calculeux :

Mais les lavages cholédociens n'ont pas que la valeur d'un soin préopératoire ; ils donnent des précisions de diagnostic, d'où dépendra la conduite chirurgicale ultérieure. La méthode de la reperméabilisation par lavage cholédocien permet en effet l'étude angiocholographique *des lésions sous-calculeuses*. Elle montre clairement par avance que l'ablation secondaire des calculs ne saurait être pour beaucoup de cas une intervention suffisante. La cause essentielle des séquelles ultérieures réside, à n'en pas douter, dans la persistance des lésions sous-calculeuses préalables. Il faut donc s'appliquer à les connaître pour les traiter. Dans l'observation que nous avons prise pour guide, on remarque au-dessous de la dilatation cholédocienne une portion rétrécie de 1 cm. environ, qui ne se laisse pas dilater, qui paraît être dure, scléreuse. Il est difficile de préciser la constitution exacte d'une telle lésion. Il doit s'agir d'une cholédocite pariétale et peut-être d'une réaction cirrhotique du pancréas autour d'un cholédoque enflammé (*fig.* 4).

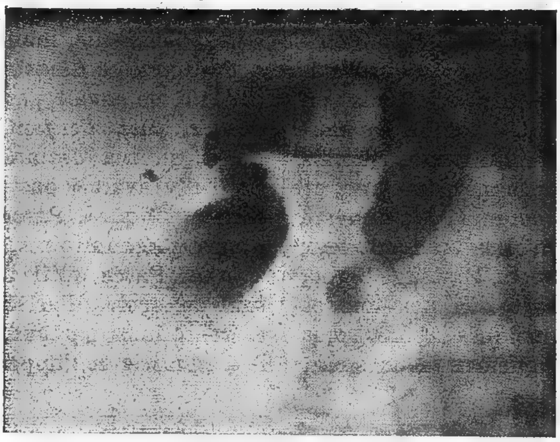


FIG. 4

Dans d'autres cas, la lésion sous-calculeuse est différente. La dilatation cholédocienne se continue sous le calcul en forme de fuseau jusqu'au mur duodénal. Le cholédoque, dilaté dans son ensemble, contient dans son milieu l'ombre ovoïde d'un calcul. Ces images peuvent être attribuées à une sorte de spasme tonique du sphincter d'Oddi.

Il ne faut pas croire que ces lésions du cholédoque sous-calculeuses doivent être interprétées nécessairement comme secondaires à la présence du calcul dans la voie principale. La plus grande vraisemblance est pour l'hypothèse contraire, nous les considérons comme la cause primitive de la lithiase cholédocienne, et elles s'expliquent soit par une inflammation locale, soit par une dystonie des voies biliaires congénitale ou consécutive à l'oblitération calculeuse du cholécyste.

Traiter une lithiase cholédocienne, ce n'est donc pas seulement enlever un calcul, c'est réduire par le drainage chirurgical prolongé, par les antiseptiques, les cures, les tubages duodénaux, les agents pharmacodynamiques, la lésion essentielle : rétrécissement fibreux, spasme sphinctérien ou dilatation atonique. De ce traitement dépendent les suites éloignées de la cholédocotomie.

LE DIAGNOSTIC DE L'APPENDICITE AIGUE CHEZ L'ENFANT

Par le Docteur L. Babonneix

Médecin du Service d'enfants de l'Hôpital Saint-Louis.

« Il me semble que je voy encore tomber cette fleur »

(Bossuet, *Oraison funèbre de Marie Terese d'Autriche*)

Pourquoi, en tête de cet article, cette citation de l'orateur sacré ? Parce que trop d'enfants tendrement chéris succombent, encore aujourd'hui, à l'appendicite. Parce que trop de mères, en rentrant chez elles, entendent, « tombé des hauteurs, un cri, un long cri d'enfant, ce cri jamais « encore perçu, mais que toute mère imagine, et « qu'elle reconnaît aussitôt comme l'appel même « de sa chair... » Parce qu'elles trouvent leur bébé «les yeux grands ouverts, le visage blanc, « les lèvres décolorées, l'arête du nez fine et luisante... » Parce que, quelques heures plus tard, elles étreignent « longuement leur sœur, « joue contre joue, bouche contre oreille : « C'est « fini, disait-elle, mon petit garçon est mort ! »

Pourquoi ce désastre ? Parce que le médecin traitant ne savait pas que *toute douleur abdominale, chez l'enfant, veut dire appendicite.* Parce qu'il a déclaré, dans son inconscience, qu'il n'y avait « pas lieu de s'affoler pour une simple colique». Parce qu'il ignorait les symptômes prémonitoires, si clairs pour les gens avertis. Parce qu'il n'avait pas idée , malgré tant de leçons, d'articles, de conférences, parus et reproduits partout, des problèmes que pose le diagnostic de l'appendicite aiguë.

Diagnostic positif

Il se fonde sur les trois propositions suivantes:

1° Antécédents digestifs chez l'enfant = appendicite

Il peut y avoir, chez l'enfant, des appendicites aiguës d'emblée. Le fait est exceptionnel. *Dans l'immense majorité des cas, la crise a été précédée de troubles digestifs qualifiés, selon les époques: colique de miserere, passion iliaque, indigestion, embarras gastrique fébrile, entérite, flux de bile,* etc. Ces troubles digestifs offrent trois caractères essentiels :

1° Ils se produisent pour ainsi dire, spontanément. Sans doute, les familles leur trouvent-elles toujours une cause : erreur de régime, absorption d'aliments trop abondants, exercice physique excessif pris immédiatement après le repas, etc., etc. En réalité, aucune de ces causes ne joue de rôle et, seule, l'existence d'un appendice taré explique leur reproduction à intervalles réguliers. Le Professeur Maurice Loeper n'a-t-il pas cité jadis le cas d'une appendicite foudroyante survenue chez un sujet qui, depuis plusieurs semaines, était au régime lacté intégral ?

2° Ils sont essentiellement polymorphes. Voici un enfant qui, de temps à autre, est pris de vomissements bilieux : il a la langue sale, l'haleine saburrale, le teint subictérique. Le praticien d'invoquer une *insuffisance hépatique.* Peut-être et même sûrement, le foie est-il le siège de troubles fonctionnels. Mais ces troubles dépendent uniquement d'une appendicite méconnue, et la preuve, c'est qu'ils disparaissent dès l'opération.

Cet autre est pris, brusquement, en pleine santé, de violentes « *coliques sèches* ». Son teint pâlit, ses traits se tirent, son pouls s'accélère. Au bout de quelques minutes, tout rentre dans l'ordre avec une telle soudaineté que les parents se demandent s'il ne s agit pas de simulation, et se préparent à sévir, quand ils s'aperçoivent que la crise survient aussi bien au cours du jeu le plus attrayant qu'à l'annonce de quelque ennuyeuse dictée...

Chez cet autre surviennent, de temps à autre, des vomissements alimentaires accompagnés des troubles habituels : état saburral de la langue, anorexie absolue, fébricule ou fièvre franche : on croit à une « *indigestion* », et l'on se contente de ce diagnostic facile. Facile, mais erroné ! Le regretté Jalaguier, l'un des chirurgiens qui ont vu et opéré le plus d'appendicites, nous a dit bien des fois que toute indigestion prolongée au-delà de vingt-quatre heures devait, automatiquement, faire penser à une appendicite.

Il y aurait un livre à écrire sur *les mots qui tuent.* Le mot d'*entérite* est du nombre. Combien

(1) Georges Duhamel.— Cécile parmi nous, 21e édition, Paris, 1938, p. 267 et 284.

d'enfants sont morts parce qu'en présence d'un syndrome abdominal pourtant net ; douleurs, vomissements, accélération et petitesse du pouls, altération des traits, le médecin déclare, d'un air « doctoral », qu'il s'agit d'entérite, prescrit les compresses laudanisées sur le ventre, les préparations opiacées à l'intérieur et attend les événements ! Souvent, une rémission se produit. D'autres fois, au bout d'un certain nombre de crises de ce genre, survient une appendicite foudroyante.

3° Ils se compliquent toujours de douleurs abdominales, spontanées ou provoquées. Passons sur ces dernières, que détermine, comme chez l'adulte, la pression au point de Mac Burney et insistons sur les premières, dont l'importance est si capitale qu'il convient de leur réserver un *chapitre spécial*.

2° Douleurs de ventre chez l'enfant = appendicite chronique

Combien de fois, au cours d'une carrière déjà longue, n'avons-nous pas pu vérifier cette donnée essentielle ! Bien sûr, il peut y avoir des exceptions : l'ulcère duodénal, comme dans un cas que nous avons eu l'occasion de suivre avec Mme Aldou (1) ; l'inflammation du diverticule de Meckel ; les hernies rétro-péritonéales étranglées; certaines entéro-colites aiguës. N'empêche qu'en pratique, toutes les fois que, chez l'enfant, surviennent, par crises, des douleurs abdominales, il faut songer à une appendicite chronique, puisqu'on ne peut, à cet âge, incriminer ni la vésicule biliaire, ni l'appareil génito-urinaire ; que le seul organe qui puisse être en cause, c'est l'intestin, et que, lorsqu'il est pris, il y a bien des chances pour que l'appendice le soit aussi, contrairement à ce que l'on croyait jadis. Nous avons eu comme clients, au début de notre installation, nombre d'enfants qu'avait bien voulu nous confier notre bon maître Hutinel. Ils avaient été soignés, par les médecins les plus éminents, pour « entérite ». Presque tous ont fini par une appendicite vraie, non pas une de ces appendicites « histologiques » où, avec de la bonne volonté, on trouve quelques lésions vasculaires dues à la ligature, mais de véritables appendicites avec ulcération, et parfois même, perforation de la paroi. Chaque année, on envoie aux stations thermales spécialisées des enfants pour lesquels le médecin a fait le diagnostic d' « entérite », parce qu'ils sont sujets à des douleurs de ventre, et qui, au cours de leur cure, menée pourtant avec beaucoup de prudence, font des réactions appendiculaires. En parcourant nos observations de ville, nous en trouvons un certain nombre dans lesquelles, sur la seule constatation de ces douleurs de ventre, nous avons fait le diagnostic d'appendicite et aussitôt rédigé une ordonnance commençant par cette phrase fatidique : « *En aucun cas, ne purger l'enfant, et, s'il est pris de troubles digestifs aigus, le coucher, avec de la glace sur le ventre, le mettre à la diète et appeler immédiatement le médecin* ». Parfois nous sommes assez heureux pour convaincre les parents qui, en nous quittant, vont voir le chirurgien. D'autres fois, nos efforts échouent. Les années passent. Les clients de jadis reviennent nous voir. Nous leur demandons des nouvelles de leur enfant. Leurs traits se tirent. Il est mort d'appendicite aiguë...

Un petit garçon de 7 à 8 ans fait, depuis longtemps, le désespoir de ses parents parce qu'il manque d'appétit. A chaque repas, c'est, selon leur expression, une véritable comédie. L'enfant, devant une table abondamment garnie, fait la moue, « chipote », si l'on nous permet cette expression familière, déclare qu'il n'a pas faim et, au bout d'une demi-heure de supplications, se décide à avaler, non sans peine, une petite bouchée. Anorexie mentale, diront les neuro-psychiatres. Erreur, car, un jour, l'enfant se plaint du ventre. Ayant appris la chose par hasard, et sachant qu'on le traitait, chaque fois que tel évènement se produisait, par du calomel, destiné à remédier à une prétendue insuffisance hépatique, nous exigeons qu'il nous soit conduit immédiatement et nous lui trouvons un point de Mac Burney net. Opéré par le Docteur Baumgartner, il guérit en une semaine. Dès sa rentrée, il frappe les siens par un appétit gargantuesque et qui, depuis deux ans, n'a jamais faibli.

Autre cas, non moins intéressant.

Un petit garçon de 12 ans, suivi d'autant plus attentivement qu'il est le fils d'un médecin d'enfants des plus expérimentés, se plaint, au moment de partir pour le lycée, de souffrir du ventre. Il n'est pas douillet. Il n'est point paresseux. Il faut qu'il y ait une raison sérieuse pour qu'il attire, sur sa santé, l'attention de son père. Celui-ci, un peu inquiet, l'examine, trouve une point de Mac Burney et, incontinent, téléphone au chirurgien qui opère et déclare : « Il était temps : une heure encore et l'appendice était perforé. »

Je me répète : je le sais, je le veux,

(P. Poirier).

Ainsi, l'existence de crises douloureuses abdominales doit toujours, chez l'enfant, faire soupçonner l'existence d'une appendicite chronique, qui ne demande qu'à se réchauffer. Notion que nous ont enseignée nos maîtres, et que nous essayons, à notre tour, de transmettre à nos élèves... Non sans peine quelquefois ! Ils ne peuvent se décider à faire un diagnostic qui com-

(1) L. Babonneix et Mad. Aldou. — Ulcère duodénal probable chez un enfant. *Gazette des Hôpitaux*, n° 76, 21 septembre 1938.

porte une intervention sur la constatation d'un seul signe, tous les autres faisant défaut. Et pourtant, est-il un autre moyen d'éviter ces désastres qui, jadis, se produisaient en série ? N'avons-nous pas eu nous-même l'occasion de voir mourir, dans notre service de Saint-Louis, d'abcès du foie, une fillette chez laquelle l'appendicite avait été méconnue ?

3° Toujours penser à l'appendicite, même quand il n'existe aucun des signes classiques, ou qu'il n'en existe qu'un.

Il peut y avoir des cas *ultra-frustes.*

Une fillette de 6 ans nous est amenée pour une angine aiguë. Sachant les relations qui existent entre l'amygdale et l'appendice et ayant appris, de notre vieux maître Hutinel, à procéder, dans tous les cas, à un examen complet, nous explorons systématiquement tous les appareils. A la palpation au point de Mac Burney, douleur si vive que nous envoyons immédiatement l'enfant au Docteur Baugmartner. Il l'opère le lendemain et trouve un appendice enflammé et tellement enfoui dans des adhérences qu'il faut véritablement le sculpter pour arriver à le dégager.

Voici maintenant un cas *fruste.*

Un petit garçon de 7 ans, sujet à des « embarras gastriques », joue, après son dîner, avec une vieille domestique. Soudain il se plaint de souffrir un peu du ventre. Point de côté, dit la vieille domestique : l'enfant ne s'est-il pas agité ? Ne vient-il pas de courir ? Malheureusement pour ce diagnostic, la douleur, localisée au point de Mac Burney, persiste encore au bout d'une heure de lit. Appendicite évidente, comme le montra l'opération effectuée, quelque temps après, par le Docteur A. Baumgartner.

Tous les cas frustes ne sont pas nécessairement des cas bénins.

Nous sommes appelé, il y a huit ans, pour un petis garçon, fils unique d'une veuve de guerre, qui a été prit soudain de vomissements, et dont l'état général, en quelques heures, était devenu alarmant. Pas le moindre signe de Mac Burney. Rien, à la palpation, dans la fosse iliaque droite. Aussi le médecin traitant, homme expérimenté et pondéré, a-t-il peine à admettre le diagnostic d'appendicite aiguë foudroyante. Nous réussissons à le convaincre. Le Docteur Lardennois, appelé aussitôt, opère, trouve un appendice déjà perforé, une collection périappendiculaire sur le point de se rompre dans la grande cavité abdominale : sutures, drain, et, à l'immense joie de tous, guérison.

Il ne s'agit pas là d'un cas isolé : nous avons eu souvent, jadis, l'occasion d'appeler Lecène pour des enfants dont, en quelques heures, l'état général s'aggravait au point de donner les plus grandes inquiétudes : hypotension artérielle avec tendance aux syncopes, pâleur, sensation de mort imminente, tachycardie, apyrexie, ou même, hypothermie. *Localement, rien ou presque rien* : pas de signe de Mac Burney, pas de contracture de la paroi ; à peine quelques vomissements. Méconnaissons ces faits, qu'il nous avait appris à bien connaître, et notre petit malade est perdu : il s'agit, en effet, d'une *appendicite gangréneuse d'emblée,* que, seule, peut guérir une intervention précoce.

Après les formes frustes, les formes *anormales.* Tantôt la douleur siège si haut qu'on pense à une affection vésiculaire, bien rare chez l'enfant. Tantôt, elle est lombaire, ce qui oriente vers l'idée d'une lésion rénale, mais les urines sont claires, il n'y a ni fréquence, ni douleurs. Tous ces cas s'expliquent par un siége anormal de l'appendice qui, tantôt, est sous-hépatique, tantôt, rétro-cæcal. Il peut aussi siéger très bas : vient-il à s'enflammer, on ne peut compter sur aucun des signes classiques.

Nous sommes appelé, un soir d'été, par le Docteur Hitier, auprès d'une fillette qui vomit depuis quelques heures et dont le facies est assez grippé. Le point de Mac Burney fait totalement défaut ; la contracture abdominale localisée à la fosse iliaque droite, recherchée avec patience, comme l'enseigne le Professeur Mondor, ne manque pas moins, et pourtant, il s'agit d'appendicite. Appendicite *pelvienne,* avec masse appuyant sur la partie droite du rectum. Lecène, appelé en consultation, confirme notre diagnostic, ouvre la masse pelvienne, et obtient ainsi une guérison rapide.

Après tant d'autres, nous avons souvent constaté que les douleurs, dans l'appendicite, occupaient la *région ombilicale,* et il nous a semblé que ces formes étaient particulièrement sévères. En cas de crises douloureuses localisées à cette région, le premier réflexe du médecin doit être d'éliminer, par un examen minutieux, l'hypothèse de hernie ombilicale, le second, de mettre en cause l'appendicite.

Rappelons-nous aussi l'existence de *formes diarrhéiques,* et que la constatation d'une diarrhée profuse ne nous fasse pas éliminer l'hypothèse d'appendicite.

Diagnostic différentiel

Dans un intéressant particle publié par les *Archivos de Pediatria del Uruguay* (t. IX, juin 1938, p. 321-320), M. R. M. Del Campo, examinant les diverses erreurs de diagnostic que l'on peut commettre en présence d'un enfant atteint d'appendicite, énumère certaines affections de l'hémithorax droit : surtout pneumonie ; certaines pyélites, que caractérise la présence de pus dans les urines ; l'adéno-phlegmon iliaque, dont on voit la porte d'entrée et où il y a sépara-

tion évidente, appréciable à la palpation, entre la tuméfaction et l'arcade crurale (Rivarola) ; l'ostéomyélite marginale de l'os iliaque (Kirmisson). Chez les fillettes, il faudra, dit l'auteur, penser à la torsion du pédicule d'un kyste ovarique et aux poussées congestives de l'ovaire précédant la première menstruation ; à la tuberculose cæcale ; au phlegmon périrénal ; à l'invagination intestinale ; aux poussées abdominales du rhumatisme articulaire aigu ; aux vomissements acétonémiques. Rien de plus exact ! Dans la pratique courante, toutefois, deux seules causes d'erreur : la pneumonie et la fièvre typhoïde.

La pneumonie de la base droite est prise, régulièrement, par ceux qui n'ont pas l'habitude de la médecine d'enfants, pour une appendicite aiguë.

Comment, dira-t-on peut-être, confondre deux maladies aussi dissemblables ? La pneumonie n'a-t-elle point pour elle son début brusque, solennel, son point de côté, sa brusque ascension thermique à 40°, son « plateau » durant cinq à six jours, ses signes physiques : submatité, souffle tubaire, râles fins en un endroit qui, le plus souvent, est l'aisselle, ses signes concomitants, dont l'herpès, son image radiographique ? Dans l'appendicite aiguë, symptômes abdominaux prépondérants : douleur et contracture au point de Mac Burney, ultérieurement, parfois, apparition d'un « plastron » iliaque, altération des traits, faciès péritonéal, etc. Raisonnement purement théorique, peut-être valable chez l'adulte, mais, à coup sûr, inapplicable à l'enfant. Dans la pneumonie infantile de la base droite, en effet :

1° La douleur occupe la fosse iliaque correspondante : le malade fait, comme on dit, son point de côté dans le ventre ;

2° Les signes physiques sont inexistants, tardifs, transitoires : compter sur eux pour établir le diagnostic est tenter œuvre vaine ;

3° L'herpès est aussi inconstant ;

4° Les signes radiologiques : triangle de Weill et Mouriquand (de Lyon), à base périphérique, à sommet central, ne peuvent guère être cherchés qu'à l'hôpital.

Inversement, dans l'appendicite aiguë :

1° Les signes physiques sont souvent inexistants. Nous avons, en 1904, montré à M. Jalaguier une jeune Américaine pour laquelle il porta, d'une façon ferme, le diagnostic d'appendicite aiguë. Comme c'était à l'époque où on attendait, pour opérer, que l'appendice fut « refroidi », nous laissâmes passer une quinzaine avant de rappeler ce maître, qui nous dit en souriant, après un nouvel examen : « Si vous ne m'affirmiez sur l'honneur que j'ai vu cette malade et affirmé, chez elle, l'existence d'une appendicite aiguë, je jurerais que son appendice est sain, car l'examen est entièrement négatif. Heureux, ajouta-t-il, ceux, qui, à la palpation, « sentent » l'appendice : je n'ai jamais eu cette chance ! »

2° La douleur est localisée à la fosse iliaque droite.

L'embarras peut donc être extrême.

Il y a trente ans, entre, aux Enfants-Assistés, un enfant souffrant, depuis la veille, de douleurs localisées à la fosse iliaque droite, de vomissements et chez lequel la température oscillait autour de 39°. Après mûr examen et discussion approfondie, le Professeur Hutinel et son interne d'alors, M. H. Darré, décident qu'il leur était impossible de se prononcer entre appendicite aiguë et pneumonie. Appelé en consultation, M. Jalaguier émit la même opinion, déclarant que, seule, l'évolution fixerait le diagnostic.

Il peut être aussi malaisé de différencier une fièvre typhoïde au début d'une appendicite.

Le sage, aimait à dire le Professeur Hutinel, n'avance rien qu'il ne prouve. A l'appui de cette affirmation, une affirmation personnelle, d'autant plus démonstrative qu'elle concerne le fils d'un médecin.

Chez un petit garçon de 4 ans, apparaît brusquement, le 6 juin 1924, de la fièvre, avec malaise général : à l'examen, amygalite pultacée, déterminant une légère réaction ganglionnaire. Le 8, vomissements et douleurs abdominales très vives, prédominant sur la fosse iliaque droite, qui est le siège d'une défense nette à la palpation ; la température monte à 40°, le facies prend le type péritonéal. L'enfant est transporté dans une maison de santé où, après mise en observation, il est opéré par le Docteur Leuret. Les jours suivants, bien qu'il n'y ait aucune complication locale, la fièvre se maintient à 40° ; avec le Professeur Noël Fiessinger, appelé en consultation, nous nous demandons s'il ne s'agit pas de pneumonie à début appendiculaire, mais, d'une part, les signes respiratoires font défaut, de l'autre, bientôt se montrent les éléments de la série typhique : prostration, somnolence, splénomégalie et, surtout, taches rosées. Il s'agissait donc d'une dothiénenterie, qui finit par guérir, après un « plateau » à 40° de trois semaines. Les recherches de laboratoire, effectuées au dixième jour de la maladie, donnèrent les résultats suivants : séro-diagnostic positif au 1/200e pour le para B ; hémoculture positive pour le même germe.

Le diagnostic établi, un seul traitement, l'intervention chirurgicale précoce. Ne remettez pas au lendemain...

Voici un enfant qui, de bonne heure, est sujet à des « indigestions », chez qui, de bonne heure, apparaissent des vomissements, qui, de bonne heure, se plaint du ventre. Il y a, à n'en pas douter, une appendicite chronique. Quelle conduite doit, à son égard, tenir le médecin ? Posons d'abord, en principe, *qu'il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite chronique.* Encore un

adage cher à Ad. Jalaguier, et que justifie amplement l'observation journalière ! Ni l'eau de Bourget, qui a connu jadis une telle faveur, ni les laxatifs répétés, ni les anthelminthiques, ni les régimes les plus sévères, comme le montre l'exemple déjà cité du Professeur Loeper, n'ont jamais empêché d'éclater une crise d'appendicite.

Notons ensuite que l'*on ne sait jamais comment va évoluer une appendicite chronique*. Si l'on était sûr que tous les malheurs du patient se borneront à quelques indigestions, sans doute, pourrait-on se contenter d'un vague traitement médical. Il n'en est malheureusement rien. A une ou plusieurs crises bénignes peut succéder une crise mortelle. Tel sujet n'aura, de toute son existence, qu'une ou deux crises légères. Tel autre en aura de graves et répétées. Chez celui-ci, les thérapeutiques médicales les plus diverses ont paru réussir, jusqu'au jour où apparaissent, quelques heures après le début des accidents, les signes d'une perforation intestinale. Celui-là a fait une crise si atténuée que les parents n'ont pu se décider à l'opération. Résultat ? Vers la seconde ou vers la troisième semaine, frissons, fièvre à grandes oscillations, augmentation du volume du foie, qui devient sensible à la palpation la plus discrète : il s'est développé une pyléphlébite aiguë ou des abcès du foie, contre lesquels nous sommes d'autant plus désarmés qu'ils sont, le plus souvent, « multiples ».

Dans l'impossibilité où nous sommes de fixer l'évolution du mal, un seul remède : l'*intervention faite à froid, dans de bonnes conditions*. Tardez-vous, une crise violente peut éclater alors que l'enfant est à la mer ou à la montagne, loin de tout chirurgien, loin de toute clinique. Il est perdu. Et vous aurez été, par votre manque d'énergie, la cause de ce désastre, qu'il eût été si facile d'éviter.

Les résultats de l'intervention précoce.

De nos petits malades qui, sur nos conseils, ont été ainsi traités, la plupart ont complètement guéri. Leurs troubles digestifs disparaissent, leur santé générale se rétablit, le poids et la taille redeviennent normaux, l'appétit suffisant, le teint clair.

Quelques-uns gardent longtemps des troubles digestifs dont la pathogénie est complexe : adhérences, épiploïte, etc., que, d'ailleurs, améliorent les cures physiques : diathermie, applications d'infra-rouges, et qui, quels que soient les ennuis qu'ils occasionnent à l'intéressé, ne lui font courir aucun danger. Un grand chirurgien avait jadis opéré sa propre fille. Elle n'en continuait pas moins à souffrir, de temps à autre, de troubles digestifs très pénibles : fièvre, douleurs, vomissements. « Combien je la plains, « nous disait-il, mais, quelle est, pourtant, « ma tranquillité en la sachant à l'abri de toute perforation ! »

Une fois seulement, nous avons eu une catastrophe. Il s'agissait d'un nourrisson chez lequel nous avions posé le diagnostic d'appendicite chronique et que nous avions confié à un excellent chirurgien d'enfants. Aucun incident opératoire. Mais, le soir même, décoloration du teint et, surtout, ascension thermique qui se poursuivit jusqu'à la mort. Nous avions donc eu affaire au *syndrome pâleur-hyperthermie* si bien décrit par le Professeur L. Ombrédanne et M. Armingeat. A l'avenir, nous ne nous montrerons interventionniste que pour les nourrissons atteints d'une appendicite aiguë telle que les risques de l'opération paraîtront inférieurs à ceux de l'expectative.

En cas d'appendicite chronique, le médecin doit, de toutes ces forces, pousser à une opération précoce.

L'intervention précoce, avant toute crise aiguë, s'impose pour tous les autres cas. Un vieux et savant confrère parisien qui, pendant près d'un demi-siècle, avait été le médecin d'un grand lycée, disait au regretté Lecène, de qui nous tenons le propos : « Depuis que, systématique- « ment, je montre au chirurgien tous les enfants « ou jeunes gens, qui se plaignent de troubles « digestifs et, particulièrement, de crises doulou- « reuses abdominales, je ne vois plus mourir en « quelques jours, d'appendicite aiguë, des sujets « qui, comme par hasard, étaient les premiers « de leur classe ». Là est le salut, et non ailleurs ! Employer toute notre puissance de persuasion, toutes nos *énergies spirituelles* à convaincre les parents que tout enfant, qui souffre du ventre, doit être, sans retard, privé de son appendice : voilà, pour chacun de nous, le devoir strict. Veillons à n'y point faillir. Car c'est le cas ou jamais de parler d'*impératif catégorique* !

LES MANIFESTATIONS CLINIQUES DE L'OBSTRUCTION BRONCHIQUE CHEZ L'ENFANT

Par G. PAISSEAU

Médecin de l'Hôpital Trousseau

A côté des troubles causés par l'obstruction progressive des bronches de gros calibre par des compressions tumorales, ganglionnaires, vasculaires, dont les conséquences cliniques lentes et progressives sont connues depuis longtemps et que nous laisserons de côté dans cet exposé, il existe toute une série de manifestations pulmonaires très importantes, dont l'évolution est aiguë et souvent transitoire, tant en ce qui concerne leur apparition que leur guérison, parfois très rapides l'une et l'autre. Elles sont dues à une obstruction des conduits aériens provoquée tantôt par des corps étrangers, tantôt par des produits de sécrétion d'origine inflammatoire, parfois encore par le sang d'une hémoptysie.

Ces accidents mécaniques n'étaient pas inconnus des anciens auteurs, et on retrouve dans les traités classiques des faits d'atélectasie, d'emphysème alvéolaire ou interstitiel, où la conception d'un bouchon muqueux bronchique était même signalée, mais c'est à la faveur des progrès apportés par les procédés d'exploration modernes : examen radiologique avec tomographie, bronchoscopie, que leur mécanisme a pu être précisé en même temps que leurs conséquences cliniques.

Ils ont pris ainsi, dans ces dernières années une importance particulière, et fait apparaître sous un jour tout nouveau certains chapitres dela pathologie des poumons.

Sous l'influence, en particulier, des précisions apportées par les auteurs américains dans l'étude du mécanisme des obstructions bronchiques, on a pu mettre en évidence certaines manifestations les plus caractéristiques, telles que l'atélectasie pulmonaire massive ou collapsus du poumon et l'emphysème obstructif, qui peut aboutir soit à la formation de collections gazeuses du poumon ou de la plèvre, soit à celle d'emphysème interstitiel. Il convient d'exposer tout d'abord le mécanisme actuellement admis de ces obstructions bronchiques, condition déterminante d'accidents que les moyens d'exploration en usage, radiographie, exploration lipiodolée de l'arbre bronchique, mesure de la tension intra-pleurale, permettent de reconnaître, dans certains cas tout au moins avec certitude.

***

Les travaux de W. Pasteur, ceux de Chevalier Jackson, les constatations des chirurgiens canadiens et américains, que Lenormand et Iselin ont fait connaître en France, concernent le mécanisme des obstructions bronchiques et leurs conséquences cliniques. Tantôt il s'agit de condensations massives et rétractiles de tout un poumon, liées à des obstructions bronchiques de causes diverses, parfois post-hémoptoïques comme dans les observations de Wilson et de Jacobeus, tantôt au contraire de phénomènes d'emphysème obstructif avec production de cavités aériennes décrits par Doub et Feedmann. En France de nombreuses observations, entre autres de Rist et Rolland, de Sergent, de Ribadeau-Dumas, de Debré, de Pruvost, Ameuille, Lereboullet, Lelong, et leurs collaborateurs en ont confirmé l'importance clinique et discuté le mécanisme, qui pourrait expliquer ces états opposés de vide et de surpression alvéolaire.

Ce mécanisme peut se résumer ainsi : l'obstruction bronchique a pour conséquence un état de collapsus pulmonaire dû à l'affaissement des alvéoles par suite de la résorption rapide de l'air, qui n'est plus renouvelé. Cependant la production parfois soudaine de cette atélectasie peut paraître inconciliable avec la capacité de résorption de l'air qui ne peut être, ainsi que l'ont fait remarquer Carnot, Laffite et Bons que relativement lente en raison du pourcentage élevé en azote, gaz difficilement résorbable, de l'air inspiré. Aussi a-t-on émis l'hypothèse d'un bouchon bronchique fonctionnant à la manière d'un clapet, qui empêcherait l'entrée mais non pas la sortie de l'air, que quelques secousses de toux expulserait rapidement, sans qu'il puisse être remplacé.

Mais ce bouchon-clapet peut avoir un fonctionnement inverse, entravant la sortie de l'air mais non son entrée dans les cavités alvéolaires, où il se produit une surpression aboutissant à

l'emphysème par distension progressive. Ces deux processus, lorsqu'ils portent sur des bronches de petit calibre peuvent être simultanés, ce qui permet de comprendre l'association, si bien connue depuis longtemps dans les bronchopneumonies, de zones parcellaires d'atélectasie et d'emphysème ; aussi n'envisagerons-nous que les états d'atélectasie massive de kystes aériens, qui n'ont pris que dans ces dernières années la place importante qui leur revient en pathologie pulmonaire. Ces faits ne sont pas particuliers à l'enfant ; mais les circonstances étiologiques, qui les provoquent, se rencontrent dans le jeune âge avec une particulière fréquence.

Atélectasie massive du poumon

L'atélectasie est, par définition, l'état du poumon fœtal qui n'a pas respiré ; il est, à quelques détails anatomiques près, reproduit par l'affaissement des alvéoles vidés de leur air respiratoire à la suite de l'obstruction bronchique, dont deux causes très importantes, les bronchopneumonies et les corps étrangers des voies respiratoires, sont particulièrement fréquents chez les jeunes sujets, qui, par contre, ne connaissent guère l'atélectasie post-hémoptoïque, en raison de la rareté de l'hémoptysie à cet âge. Le tableau clinique peut être celui du pneumothorax suffocant : au cours d'une bronchopneumonie, très exceptionnellement d'une pneumonie franche, on voit les signes fonctionnels s'aggraver, souvent avec une grande violence : dyspnée intense, parfois douleur thoracique, accompagnée de tirage, de battement des ailes du nez, de crises de suffocation et de cyanose qui se répètent, s'aggravent et peuvent même provoquer la mort. Plus rarement ces signes fonctionnels sont atténués et font même défaut, le diagnostic ne peut alors être que radiologique. Les signes physiques sont assez imprécis, souvent masqués par les lésions concomitantes : matité et diminution du murmure respiratoire, absence de vibrations vocales, parfois un souffle des râles, le plus souvent humides, de la matité. Chez les sujets très jeunes, il apparaît parfois certains signes physiques significatifs : déplacement du cœur très apparent vers le côté malade ; aplatissement du gril costal, particulièrement manifeste en raison de sa faible résistance à cet âge ; sonorité exagérée des régions hépatique et sus-gastrique, résultant de l'élévation du diaphragme du côté malade, qui aspire les viscères abdominaux. Mais le diagnostic d'atélectasie ne pourra jamais être affirmé sans la confirmation radiologique.

Le syndrome radiologique du collapsus total du poumon, massif, se traduit tout d'abord par une opacité de l'hémithorax, une attraction du cœur, parfois telle que le bord opposé du cœur ne déborde plus le sternum et reste invisible, même s'il s'agit d'une dextrocardie, une déviation de la trachée dont la clarté vient empiéter sur l'ombre thoracique, une surélévation du diaphragme. Le jeu costal n'est plus perceptible, l'obliquité des côtes fortement accrue. Enfin, Jacobaeus, Naveau, d'autres auteurs ont montré la valeur quasi pathognomonique d'une pression intrapleurale fortement négative, qui provoque au moment de la ponction une brusque et profonde aspiration de la colonne d'eau du manomètre. On a encore signalé le signe de Hoover consistant en ce que, malgré l'immobilisation de la paroi costale externe, le rebord inférieur costal a une excursion de plus grande amplitude que celui du côté sain.

Ce collapsus peut se terminer par la mort, mais l'évolution des accidents, lorsqu'elle se fait vers la guérison, peut être aussi soudaine que son apparition. L'atélectasie du nourrisson se distingue par son étiologie parfois spéciale, l'obstruction bronchique étant provoquée par un caillot lacté consécutif aux troubles de la déglutition assez communs chez les prématurés ; elle a été également rencontrée à la suite d'hémorragies méningées.

A côté des formes massives, typiques, on connaît des atélectasies partielles ; elles n'ont d'autonomie clinique que si l'obstruction porte sur la bronche afférente d'un lobe, comme dans une observation de Cathala. Mais le diagnostic des opacités lobaires doit rester toujours circonspecte on n'est guère autorisé à le porter que lorsqu'il existe une déviation nette du médiastin où lorsqu'on peut assister à une disparition soudaine de l'ombre lobaire, Il n'est presque jamais possible d'affirmer l'existence d'une atélectasie parcellaire.

De nombreux auteurs, en particulier Sergent et ses collaborateurs, ont attiré à juste titre l'attention sur l'abus qui pouvait être fait du diagnostic d'atélectasie ; aux signes qui viennent d'être énumérés, on doit ajouter, lorsqu'il est possible d'y recourir sans dangers, l'exploration des bronches soit par injection lipiodolée, soit par la bronchoscopie, qui peut être en même temps un moyen de traitement et qui peut mettre en évidence l'existence de l'obstruction bronchique. Mais le résultat de ces examens peut avoir pour conséquence, lorsqu'il est négatif, de poser la question, sur laquelle a insisté Ameuille, de vraies et de fausses atélectasies, celles-ci, non obstructives, pouvant se trouver sous la dépendance de phénomènes d'origine réflexe, du genre de la « contraction des poumons » de Cardis, qui serait l'effet d'une contraction des fibres musculaires du poumon ou d'autres mécanismes encore inconnus, ayant pour conséquence l'obstruction massive des bronches de petit calibre,

Emphysème obstructif

Le processus inverse de surpression intra-alvéolaire explique tout d'abord de façon très satisfaisante certaines formes ou complications de l'emphysème, notamment les accidents consécutifs à des ruptures alvéolaires, qu'il paraît séduisant de rapporter à la surpression de l'air accumulé dans les cavités aériennes ; ces accidents, tels l'emphysème interstitiel avec migration d'air dans le médiastin et le tissu cellulaire sous-cutané, certains pneumothorax par rupture alvéolaire sont trop connus pour qu'il y ait lieu d'en rappeler les symptômes ; mais on connaît maintenant des tableaux cliniques à peu près ignorés antérieurement, qui ont été introduits en pathologie pulmonaire à la faveur de ces notions nouvelles ; les plus intéressants ont été décrits dans ces dernières années sous le nom de *kystes aériens des poumons.*

On réunit sous cette appellation deux et, probablement trois catégories de faits, en apparence dissemblables :

Les kystes congénitaux du poumon, uniques ou multiples, ces derniers s'apparentant aux dilatations bronchiques congénitales.

L'emphysème à grandes bulles ou obstructif des auteurs américains, véritables collections gazeuses acquises, sortes de hernies réductibles d'une extrémité broncho-alvéolaire susceptibles de disparaître définitivement.

Il semble que l'on doive, d'après certains auteurs, qui mettent en doute le persistance prolongée des kystes congénitaux peu compatibles avec une survie prolongée, reconnaître l'existence de kystes acquis ; ils dériveraient de la transformation de bulles emphysémateuses par obstruction sous l'influence de l'infection et peut être de vascularites oblitérantes (Ameuille). Ces formations auraient la structure, à quelques différences histologiques près, des kystes congénitaux.

Cette confusion entre ces kystes aériens de nature différente ne se justifierait donc pas seulement par la difficulté de les distinguer cliniquement, mais par des conditions pathogéniques communes, les kystes vrais, congénitaux pouvant, sous l'influence de l'obstruction de leur système bronchique propre, subir une transformation évolutive, expansive, comparable à celle des bulles emphysémateuses, comme dans une observation de Debré, Julien Marie et Mignot.

Cliniquement, les kystes aériens, dont l'étude a été faite chez l'enfant surtout par Ribadeau-Dumas et Rault, par Debré et ses élèves, affectent des formes cliniques assez dissemblables.

Une *forme latente* n'est révélée que par une trouvaille radiologique, qui fait apparaître une image claire, bien limitée, de contours réguliers, habituellement ovalaire, occupant une portion souvent considérable du poumon, déplaçant parfois le médiastin, immuablement persistante ; on a même signalé des phénomènes de compression. Lorsque les kystes sont multiples, il s'agit de la *maladie kystique* des poumons, difficile à distinguer des dilatations bronchiques congénitales. Il est admis dans ces cas qu'il s'agit de kystes congénitaux chez les jeunes enfants ; la majorité des auteurs admet la même interprétation chez l'adulte, mais la question des kystes acquis doit être alors envisagée.

La *forme aiguë* la plus typique se manifeste par des signes fonctionnels souvent graves, avec dyspnée et cyanose ; à l'écran on voit une clarté anormale d'une étendue souvent considérable, limitée par un contour arrondi, masquant le moignon pulmonaire (Debré et Gilbrin) signe distinctif avec le pneumothorax. Il y a encore abaissement du diaphragme, refoulement des ombres cardiaque et médiastine. Ces accidents souvent mortels, et au cours desquels on peut assister à l'extension de la poche aérique, peuvent cependant se terminer par guérison. Le diagnostic est surtout à faire avec le pneumothorax.

Pour ceux, qui admettent que les malformations sont compatibles avec une survie prolongée, ces accidents, non seulement chez le nourrisson, mais jusque chez l'adulte d'un âge avancé, dépendent d'un kyste congénital plus souvent que d'une bulle d'emphysème.

Dans d'autres cas, la collection gazeuse s'accompagne de signes infectieux, qui se traduisent par des phénomènes suppuratifs accompagnés par l'apparition dans la cavité d'un niveau liquide. Le diagnostic est alors surtout à faire avec d'autres suppurations pulmonaires : abcès du poumon, pyopneumothorax, pleurésie purulente. La majorité des auteurs pense que le kyste congénital est le plus souvent en cause dans ces collections gazeuses du poumon ; mais la distinction clinique entre les malformations congénitales et les bulles d'emphysème est le plus souvent très difficile à établir. Cependant ce diagnostic a été fait cliniquement dans une observation de Lereboullet, Lelong et J. Bernard, qui se sont basés pour admettre l'emphysème bulleux sur l'absence de niveau liquide, qui ne s'observe que dans les kystes vrais, et surtout sur l'évolution de la poche aérique vers une résorption rapide et complète avec disparition radiologique de l'image, évolution qui, comme l'a fait remarqué Debré, est incompatible avec la structure du kyste congénital.

Il semblait aussi que l'on put, au contraire, opposer la structure anatomique des kystes vrais, congénitaux, et des bulles emphysémateuses, ces dernières à parois lisses, amincies par la distension.

Les premières, dont la paroi à structure bron-

chique est épaisse et la cavité encombrée par un cloisonnement de fins cordages multiples et entrecroisés, ont un aspect qui a été comparé à celui de vessie à colonne, de piliers myocardiques. Cette distinction est très souvent inutilisable pour le diagnostic clinique, ces caractères échappant dans beaucoup de cas à l'examen radiologique ; elle garde sa valeur lorsqu'il s'agit d'emphysème récent à évolution transitoire, mais, dans les formes prolongées et infectées, la question des kystes aériens ne peut être considérée comme élucidée si, comme tendent à la démontrer des observations telles que celles de Brulé, Hillemand, Delarue et Gaube, de Ameuille, il existe des kystes acquis dérivés de bulles d'emphysème, toutes les transitions pouvant s'observer entre la bulle et le kyste, dont les tractus et cordages se formeraient par étirement des cloisons interalvéolaires (aspect de beignet soufflé de Ameuille) en même temps que leur paroi s'épaissirait par processus de sclérose, sans toutefois présenter les caractères histologiques caractérisant pour Debré et Sergent leur origine congénitale. Ces kystes acquis peuvent être également uniques ou multiples. Cette question des kystes aériens ne peut donc être considérée actuellement comme complètement élucidée, il existe incontestablement des kystes congénitaux, des bulles emphysémateuses géantes, il y a sans doute lieu d'admettre également l'existence de kystes acquis par remaniement scléreux inflammatoire de bulles emphysémateuses. Le processus obstructif joue un rôle essentiel dans la formation des kystes emphysémateux, il joue parfois aussi un rôle important dans l'évolution des kystes congénitaux chez lesquels il peut provoquer des phénomènes de distension, c'est ce qui justifie que ces diverses cavités gazeuses puissent être provisoirement tout au moins, décrites dans un même chapitre de kystes aériens du poumon, réserve faite de l'incertitude qui subsiste encore sur cette question complexe et sur la difficulté de distinguer ces collections gazeuses non seulement entre elles mais encore des autres collections hydro-aériques des plèvres et des poumons.

LA GYNÉCOMASTIE

Docteur Robert MARSAUDON

Le développement et le fonctionnement de la glande mammaire sont sous la dépendance directe de deux hormones principales : le développement du tissu glandulaire est conditionné par la folliculine et la lactation est déclenchée grâce à l'action d'une hormone hypophysaire spéciale, la prolactine.

L'hypophyse peut encore agir indirectement sur les glandes mammaires par l'intermédiaire des hormones gonadotropes. Sous l'influence de celles-ci, la sécrétion de folliculine peut s'exagérer et déterminer ainsi une augmentation de volume des seins.

Chez l'homme, le développement anormal des seins, appelé gynécomastie, peut se réaliser par des mécanismes hormonaux dont certains semblent être actuellement bien élucidés. Ces mécanismes sont les suivants :

a) Lésions testiculaires avec diminution de la production d'hormone mâle et augmentation de la folliculine ;

b) Lésions hypophysaires, agissant soit directement, soit par l'intermédiaire des testicules ;

c) Tumeurs cortico-surrénales produisant une hormone à action génitale, la corticostérone.

D'autres mécanismes, hormonaux ou locaux, restent encore très obscurs ; gynécomastie au cours de certaines cirrhoses du foie, gynécomastie des lépreux, gynécomasties consécutives à des irritations locales, etc...

La gynécomastie la mieux connue est celle qui est déterminée par un excès de production de folliculine chez l'homme. De petites quantités de cette hormone sont décelables dans les humeurs de l'organisme masculin normal, mais sous l'influence de conditions encore mal précisées, la production de folliculine peut s'exagérer et cette hyper-folliculinie détermine alors une hypertrophie de la glande mammaire.

Il semble bien que parmi les conditions qui donnent naissance à une exagération de la production de folliculine, certaines atteintes hypophysaires soient particulièrement fréquentes. Dans un cas que nous avons eu l'occasion d'observer, il s'était agi d'une tumeur hypophysaire et l'on a décelé dans les urines un taux élevé de folliculine.

La gynécomastie peut être envisagée également comme une manifestation d'intersexualité : les sujets alors auraient conservé des fragments de tissu ovarien dans leur testicule. L'essentiel du processus se réduit ici également à un phénomène hormonal, le fragment d'ovaire inclus produisant de la folliculine.

La gynécomastie semble avoir trouvé son traitement de choix dans les injections d'hormone mâle. Agissant soit grâce à son antagonisme avec la folliculine, soit grâce à un effet direct, la testostérone donne des résultats surprenants dans ces cas (1).

(1) Thèse de Paris, 1939.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

■ ■ ■

Pourquoi les nourrissons font-ils facilement de la fièvre ?

THERMO-RÉGULATION DÉFICIENTE, ET SURTOUT DÉSHYDRATATION RAPIDE

Le mécanisme de cette hyperthermie établit un certain degré de parenté entre les *fièvres dites « alimentaires »* du nourrisson, la *fièvre « aseptique »* du nouveau-né, le syndrome « *pâleur et hyperthermie* » chez les nourrissons opérés, et le « *coup de chaleur* » observé au moment de la canicule.

Le pronostic est cependant variable dans ces différents cas.

Comme élément primordial d'une élévation possible de la température, il faut invoquer l'imperfection chez le nourrisson du mécanisme régulateur thermique, ce qui entraîne une déshydratation rapide. Plus celui-ci est jeune, plus il apparaît comme doté d'un organisme imparfaitement homéotherme : son névraxe possède des centres thermo-régulateurs encore mal développés, dont le travail réflexe équilibre imparfaitement la thermogénèse et la thermolyse. En effet, tout se passe comme si la température de l'enfant était le résultat d'un équilibre entre ces deux systèmes opposés.

Or, le système thermogénétique est constitué par l'ensemble des réactions exothermiques, qui marquent les étapes successives du métabolisme des aliments. Quant au système thermolytique, il est représenté, d'une part, par le refroidissement périphérique, obtenu par l'évaporation, au niveau des poumons et de la peau, de l'eau disponible dans l'organisme du nourrisson, et, d'autre part, par l'élimination des urines.

Dès lors, si la thermogénèse est augmentée par un apport alimentaire exagéré (trop grande quantité de poudre de lait, par exemple), sans compensation équivalente de la quantité d'eau ingérée, la fièvre peut apparaître. Cet apport alimentaire immobilise, en effet, une grande quantité d'eau, et réduit d'autant l'eau mobilisable pour assurer la thermolyse. Inversement, si la réfrigération est gênée, soit parce que l'enfant est trop couvert, soit parce que la température ambiante est trop élevée, soit enfin parce que le nourrisson ne possède plus de réserves d'eau pour assurer l'évaporation, la fièvre survient encore.

Et déjà, en plus de l'imperfection, dans le développement de ses centres thermo-régulateurs du bulbe, le nourrisson présente, par rapport à l'adulte, une prédisposition spéciale à la fièvre en ce sens que, chez l'adulte, c'est le système musculaire, qui constitue la plus grande réserve d'eau de l'organisme ; il ne faut donc pas trouver étonnant que cette réserve soit très réduite chez le nourrisson, et que les besoins d'eau de celui-ci soient énormes, comparés à ceux de l'adulte.

Comme l'écrit le Docteur **Ramery** (1) : « savoir donner de l'eau à un nourrisson est un art infiniment plus précieux que l'art de lui donner des médicaments. »

QUELQUES EXEMPLES :

I. Le Professeur Debré définit sous le nom de *fièvre alimentaire*, toute fièvre, dont l'apparition est si étroitement commandée par l'alimentation, qu'il est nécessaire et suffisant, pour la faire immédiatement cesser, de changer ou de rectifier le régime.

D'après ce qui vient d'être dit, on comprend facilement le mécanisme qui procède à l'apparition de cette fièvre ; c'est un trouble du métabolisme de l'eau dans l'organisme, qui se trouve à sa base, quelle que soit son origine : lait sec, lait condensé, petit lait, babeurre, etc.

Le lait de femme est, dans la règle, adapté aux besoins considérables d'eau, qu'exige le nourrisson, et cela en raison de la grande dilution des protides et des sels, qu'il contient. Néanmoins, le Docteur Ramery (1) vient de rapporter une observation tout à fait démonstrative d'un cas de fièvre alimentaire chez un nourrisson, exclusivement alimenté au lait de femme ; mais, fait intéressant, à titre de facteur individuel, la nourrice en question buvait très peu, à peine un verre au cours des repas, et rien dans l'intervalle.

---

(1) *Maroc Médical*, novembre 1938.

***

II. Sous le nom de « *pâleur et hyperthermie* », le Professeur Ombrédanne a pu attirer l'attention des pédiatres sur certains accidents, heureusement assez rares mais dramatiques, observés parfois dans les heures qui suivent une intervention chirurgicale chez les nourrissons.

A l'hyperthermie, dont nous connaissons maintenant le mécanisme, se joint ici une pâleur spéciale, contemporaine à celle-ci ou consécutive. Cette pâleur serait en rapport avec un réflexe bulbaire, qui se manifesterait plus vivement chez l'opéré, quaud il y a déséquilibre thermo-régulateur.

Pour certains auteurs, la chute de la tension artérielle, que l'on note également, serait même le témoin d'un collapsus cardiaque. Ce dernier pourrait à son tour être conditionné par une insuffisance myocardique préexistante, ou par une altération des glandes endocrines (de la surrénale, en particulier). Ainsi, on comprend les précautions supplémentaires, que l'on a pu recommander pour éviter cet accident.

Mais rappelons tout d'abord la manière, dont il se présente d'après une description du Docteur **G.-L. Hallez** (1).

Presque toujours, il s'agit d'enfants très jeunes, opérés avant l'âge de six mois ou avant la fin du second semestre. Les interventions, qui déclenchent le plus souvent ce syndrome, porteraient sur la mastoïde, sur le bec-de-lièvre, ou sur le tube digestif (hernies, appendicite, invagination intestinale).

« Les premières manifestations du syndrome, apparaissent en moyenne entre la sixième et la vingtième heure après l'intervention chirurgicale, et rarement après trente heures.

« Il s'agit tout d'abord d'une agitation plus marquée du petit opéré, dont la *température* s'élève rapidement à 40°, 41°, parfois même jusqu'au chiffre extrême de 42°, soit progressivement, soit en un ou deux bonds très rapprochés.

« En même temps que la fièvre, apparaît un autre symptôme qui assombrit beaucoup le pronostic : c'est la *pâleur*. Celle-ci s'observe surtout au niveau de la face : les yeux sont cernés, il n'existe pas de cyanose, mais une pâleur de cire qui persiste jusqu'à la mort.

« Tachycardie, polypnée sans battement des ailes du nez, chute de la tension artérielle, parfois quelques petits mouvements convulsifs, tels sont les signes qui accompagnent souvent les deux symptômes majeurs : pâleur et hyperthermie.

« La mort survient en syncope, l'enfant passant brusquement de la vie à la mort comme terrassé par le choc post-opératoire, en moyenne 10 à 12 heures après l'intervention.

« On a pu observer des évolutions plus rapides (cinq heures) ou prolongées juqu'à la vingtième heure. »

Fait important à noter, il ne paraît s'agir ici *ni d'infection, ni de broncho-pneumonie en particulier* ; la baisse constante de la réserve alcaline avec apparition d'acidose, la chute de la tension artérielle ne doivent pas être considérés comme des phénomènes primordiaux, mais simplement connexes.

Comment prévenir et diminuer la gravité de ces accidents ?

Avant d'opérer un nourrisson, on devrait toujours éviter le jeûne prolongé, libérer l'intestin par un lavement évacuateur, examiner le cœur, prendre la tension artérielle et administrer selon l'âge, III à V gouttes de digitaline au millième, une heure environ avant l'acte opératoire.

Après l'intervention, on installera un goutte à goutte rectal, de manière à faire absorber 250 grammes de sérum isotonique tiède ; on appliquera immédiatement un grand enveloppement sinapisé.

Dès qu'il sera possible, on fera boire, par petites quantités à la fois, 50 grammes d'eau sucrée et X gouttes d'adrénaline.

Trois heures après la fin de l'acte opératoire, *surveiller la température rectale* ; si celle-ci dépasse un degré, donner un nouveau lavement de 150 à 200 grammes, qui, cette fois, sera froid et renouvelé en cas d'élévation thermique. De quart d'heure en quart d'heure, faire boire quelques cuillerées à café d'eau fraîche. Si malgré cela, la température ne s'abaisse pas, appliquer une vessie de glace sur l'abdomen.

Au cas où la situation vient à s'aggraver par des signes d'agitation, on mettra tout en œuvre pour sauver l'enfant : une ponction lombaire de quelques centimètres cubes est souvent efficace. Si la pâleur apparaît néanmoins, la partie est trop souvent perdue ; recourir aux injections d'huile camphrée ; répéter les doses d'adrénaline jusqu'à concurrence de XXX gouttes par vingt-quatre heures déposées au compte-goutte, avec un peu d'eau sucrée, sur la langue du petit malade afin de faciliter son absorption par la muqueuse buccale. A la rigueur, on peut encore injecter dans une veine un quart d'ampoule d'ouabaïne, dosée au quart de milligramme par centimètre cube ; en cas d'impossibilité, faire une injection intra-musculaire avec un demi-centimètre cube d'ampoule dosée au demi-milligramme.

G. Fischer.

(1) *Le Progrès Médical*, 11 février 1939.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Mon expérience personnelle des péritonites puerpérales

Tel est le sujet d'une intéressante étude que vient de publier le Docteur P. Balard. Cet auteur a été conduit à envisager l'intervention systématique et précoce, comme la seule thérapeutique susceptible de donner des résultats, en y associant, bien entendu, les autres moyens médicaux de traitement, pour renforcer les défenses organiques (sérothérapie) et pour combattre l'infection (chimiothérapie). Mais il s'est toujours borné à pratiquer un large drainage avec des mèches à l'aide du Mickulicz. L'hystérectomie, logique en soit, lui a semblé par le choc qu'elle entraîne, comporter beaucoup plus de risques que la précédente intervention recommandée. Il faut opérer avec le minimum de traumatisme possible et ne faire l'hystérectomie qu'en cas de lésions locales manifestes, et même seulement en cas de lésions grossières.

Si parfois l'hystérectomie est indiquée, on préconisera l'abdominale plutôt que la vaginale, bien que celle-ci soit moins choquante, parce que la voie haute permet d'utiliser le Mickulicz et d'isoler ainsi la grande cavité péritonéale. D'ailleurs, l'indication de l'hystérectomie ne peut généralement se porter avec certitude qu'après ouverture de l'abdomen, et alors le choix entre l'abdominale et la vaginale ne se discute plus.

Trop de médecins et même trop de chirurgiens méconnaissent encore la péritonite puerpérale. Ils hésitent devant le diagnostic, répugnent à l'intervention. Or, la péritonite puerpérale généralisée doit être considérée comme toujours fatalement mortelle. Toute malade sauvée par une opération constitue un incontestable succès. Les chiffres communiqués par l'auteur prouvent que, dans l'ensemble, les tentatives opératoires ne sont pas trop risquées, et qu'il vaut mieux opérer sans hésitation au lieu d'escompter une guérison impossible avec la thérapeutique médicale actuelle. (*Revue Française de Gynécologie*, janvier 1939.)

Les arythmies des vieillards

Au point de vue pratique, le Docteur Fiessinger ne retient que deux sortes d'arythmies : l'arythmie extra-systolique et l'arythmie complète, la première simplement coupée de faux pas et la seconde compliquant ces faux pas, les alternatives d'accélération ou de ralentissement du cœur.

Pour qu'un pareil symptôme ait de la valeur, il faut d'abord qu'il ne se présente pas sous un aspect éphémère. Une arythmie qui se répète tous les jours en dehors d'un trouble digestif ou d'une fatigue insolite implique l'idée non pas d'un simple accident réflexe, mais d'un véritable trouble organique.

Ce dernier se manifeste sous deux formes : Il est accompagné de crises angineuses ou bien aucun signe pénible n'est accusé. A peine un léger sentiment d'angoisse, un malaise vague, qui sont du reste souvent absents. L'auteur n'envisage pas ici l'arythmie commune des insuffisances cardiaques avec lésions vasculaires ou myocardie ; il laisse également de côté le rôle de second ordre que joue l'hypertension artérielle

1° Arythmie avec crises angineuses. Elle est déclenchée par la marche, un mouvement brusque, un repas, une émotion, et se calme par la trinitrine. Les accès se renouvellent ou disparaissent ; le malade guérit ou meurt et la fin survient de façon différente : mort subite ; œdème aigu du poumon ; infarctus du myocarde ; accès subintrants.

Parmi les angineux qui guérissent et complètement, il y a d'abord les obèses (trinitrine et surtout cure d'amaigrissement avec strophantus), les malades atteints de cholécystite calculeuse, parfois ceux qui sont atteints d'insuffisance ventriculaire gauche, grâce à la digitaline à faibles doses, 5 gouttes quatre à cinq jours de suite, suspension de trois jours, extrait de strophantus dans les trois jours d'intervalle ; alterner ainsi pendant des années.

2° Arythmie sans crises angineuses. Si l'estomac n'est pas en cause (échec des poudres kaolino-magnéso-bismuthées) ; si l'arythmie se se renouvelle et se prolonge, les deux médicaments indiqués plus haut, et alternés, arrivent le plus souvent à corriger les accidents et il n'en reste rien. Mais, il faut continuer. Une fois qu'il a été prouvé que l'arythmie reparaît après la suspension de la médication, les remèdes seront repris d'une façon ininterrompue. Dans cette forme, la digitaline semble mieux agir que le strophantus ; elle évite aussi la gravité des maladies intercurrentes. (*Journal des Praticiens*, 24 décembre 1938.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de Médecine

Le traitement des grandes hémorragies dans la zone des armées

(MM. Maisonnet et Barthélemy ; 14-2-1939)

MM. Maisonnet et Barthélemy font un intéressant exposé du traitement des grandes hémorragies dans la zone des armées, tel qu'on peut actuellement le concevoir.

Une hémorragie peut être grave par la rapidité et l'importance de la perte sanguine (lésion d'une grosse artère), par la durée de cette perte sanguine (lésion artérielle traitée tardivement), ou par la multiplicité des blessures. Dans les trois cas, les principes généraux du traitement restent les mêmes : oblitérer les plaies des vaisseaux ; rétablir sans délai la pression vasculaire et la maintenir pendant le temps nécessaire à l'organisme pour reconstituer la masse sanguine. Interviennent ici un traitement local et un traitement général.

Traitement local. — Dans les plaies des membres, dès que l'hémorragie est reconnue, sur le terrain même mettre un garrot en amont de la plaie. Si l'artère atteinte est de gros calibre, une compression immédiate de la région blessée, suivie de l'application rapide du garrot peut seule empêcher l'hémorragie d'être mortelle. Au poste de secours, pansement sec et compressif. A l'ambulance, débridement, hémostase, épluchage.

Dans les plaies du cou, l'artère intéressée est presque toujours un gros vaisseau, mais la pose d'un garrot n'est pas de mise et le pansement compressif reste inefficace. La mort apparaît certaine.... à moins que, par une circonstance exceptionnelle, un médecin immédiatement présent ne débride la plaie et ne pose une pince à demeure sur l'artère. Il apparaît nécessaire, dès lors, que tout médecin appelé à fonctionner sur le terrain du combat, soit porteur d'une trousse contenant un bistouri et des pinces à forcipressure aseptisés.

Pour les cas d'hémorragies internes, transport d'urgence à l'ambulance chirurgicale la plus proche. Chez les polyblessés, pansements compressifs multiples. Traiter l'état général avant d'imposer aux blessés le choc des interventions opératoires locales.

Traitement général. — Ce traitement, dont le but est de rétablir et de maintenir la tension sanguine, est non moins urgent que le traitement local. Il s'effectuera à l'ambulance chirurgicale légère ou à l'ambulance mixte, sur la table d'opération, en même temps que se pratiquera l'hémostase définitive. Deux moyens pour le mettre en œuvre : la transfusion sanguine, la sérothérapie.

Méthode idéale au point de vue théorique, la transfusion sanguine rencontre en pratique des difficultés. La principale est l'approvisionnement en sang injectable. Le sang citraté et conservé à la glacière (Maisonnet et Jeanneney) peut être employé au même titre que le sang frais mais sa durée de conservation convenable ne dépasse guère une semaine. L'approvisionnement sera donc souvent difficile (attaques imprévues, transports entravés...). Pouvant rendre de grands services dans la guerre de position, la transfusion sanguine est beaucoup moins utilisable dans la guerre de mouvement.

La sérothérapie comporte l'emploi de solutions purement salines et de solution saline gommée.

Le sérum artificiel simple, l'eau salée physiologique à 9 p. 1.000, est facile à préparer extemporanément en quantité illimitée. Injecté dans les veines avec un appareil élémentaire, il rétablit instantanément la pression et ranime le blessé, pas toujours d'une manière définitive malheureusement.

Les recherches de Keith et celles de Richet ont montré que si la solution saline physiologique suffisait pour les pertes sanguines allant de 25 à 42 pour 100 de la masse totale de sang, après 42 % la mort survient chez l'animal malgré l'injection veineuse de toute solution salée physiologique. L'animal saigné à blanc se trouve bien ranimé, mais sa survie définitive n'est pas assurée pour deux raisons : une viscosité insuffisante, un manque de pression osmotique par manque de colloïde.

Normet a expérimenté un sérum citraté (eau salée physiologique additionnée de citrate de soude, de chaux, de magnésie, de fer et de manganèse) et Bayliss un sérum gommé (gomme arabique à la dose de 60 gr. dans un litre d'eau salée physiologique) qui éviteraient les phénomènes d'exosmose au niveau des capillaires et permettraient plus efficacement la survie du sujet. Ces solutions ont donné de meilleurs résultats.

Toute formation sanitaire désignée pour recevoir en première urgence des grands blessés devra, disent MM. Maisonnet et Barthélemy, posséder :

1° En tout temps, une ample réserve d'ampoules de sérum de Normet et de sérum de Bayliss.

2° Dès l'annonce d'une offensive, une réserve de sang conservé à utiliser dans les huit jours.

L'utilisation de ces réserves sera réglementée ainsi : aux blessés profondément anémiés mais dont le pouls reste encore perceptible, sérum polycitraté ; aux blessés dyspnéiques dont le pouls n'est presque plus perceptible, sérum de Bayliss ou sang conservé ; aux blessés dont le pouls faiblit à nouveau malgré le sérum polycitraté, sérum de Bayliss ou sang citraté.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

● ● ●

INTERVENTION EN TIERS DE LA LOI DANS L'ACTE SINGULIER

Le mot de Duhamel a connu une telle fortune qu'il est bien permis, avec un peu de malice, de l'évoquer à propos de ces circonstances de plus en plus fréquentes où l'acte singulier devient plutôt « pluriel », où l'acte « d'homme à homme » s'opère, en réalité, sous l'œil sévère de la Loi.

En écrivant ceci, je pense à cette vaccination antidiphtérique contre laquelle est déclanchée, depuis quelques mois, une si violente campagne. Et, à ce propos, n'est-il pas piquant de constater que ce dernier exemple des « excès de l'étatisme » est en droite ligne imputable à l'Académie de médecine dont l'avis a été préalablement sollicité. En sorte que, en admettant Duhamel dans son sein, cette vénérable compagnie a, on peut le dire, préparé des verges pour se faire fouetter.

Quoi qu'il en soit l'anatoxine ameute contre elle tout un bruyant parti qui dénonce la tyrannie dont elle est l'instrument. Nous sommes ainsi faits, en France, que toute prescription de l'autorité publique éveille en nous une rébellion instinctive. Si elle nous ordonne d'avancer nous prétendons rester sur place ; si elle nous interdit un chemin notre plus cher désir est d'explorer ce chemin.

Etrange inconséquence d'un peuple qui, tout en se prétendant le plus spirituel de la terre, s'apparente ainsi aux bourriques.

Donc nous avons, comme celles-ci, le sens de la liberté. Et nous nous en faisons gloire ! Je concède qu'il y a de quoi. Encore que souvent pour défendre une liberté, il faille d'abord en abdiquer une autre. Nos pères en 1792 et nous-mêmes, il y a vingt-cinq ans, pour défendre la liberté de notre sol, avons commencé par nous faire soldats acceptant tout ce que le mot comporte de servitudes.

Aurions-nous perdu cette notion essentielle que la liberté est un bien provisoire et singulièrement équivoque ?

La vie en société n'est faite que de contraintes, et c'est en s'accoutumant à ces contraintes au point de les oublier qu'on acquiert la chère illusion de la liberté.

Une contrainte qui pèse également sur tous n'est plus une contrainte, mais un instrument administratif et lorsqu'elle a été sagement discutée par les compétences c'est alors une mesure d'intérêt public.

Cet intérêt n'a rien à voir avec l'intérêt personnel, tout au moins l'intérêt personnel immédiat. L'intérêt public exige que nous payions des impôts ; l'intérêt personnel *immédiat*..... nous sentons tous ce qu'il souhaiterait, lui. Mais l'intérêt personnel éloigné pâtirait gravement le jour où nous n'aurions plus ni armée, ni police, ni juges, ni routes, ni chemins de fer, rien, en somme, de ce que présuppose la vie en société.

De même pour la vaccination antidiphtérique. Qu'elle ait des ratés, c'est certain, des accidents, bénins et graves, je l'admets, bien que n'en ayant pas vu personnellement puisque des gens dignes de foi l'affirment. Et après ? En médecine collective comme dans le calcul des probabilités le raisonnement n'est applicable qu'aux grands nombres. Pour le cas considéré la seule question qui se pose est celle-ci : dans la lutte contre la diphtérie, défensive ou offensive, combien de morts par 100.000 habitants au cours des dix ans qui ont précédé l'anatoxine ? Combien de morts dans les dix ans qui suivent y oompris les victimes éventuelles de celle-ci ; si le bénéfice est tangible nous prenons le vaccin sans vains palabres ; sinon, nous le refusons. Jusqu'à présent, il est apparu réel, ce bénéfice (1) ; l'Etat, conseillé par des expérimentateurs qu'il considère comme compétents, a donc voulu le faire partager à toute la nation. Sa position est, à mon sens, indiscutable. Mais le libre arbitre individuel ? Pardon ! il est entièrement sauvegardé. Libre à vous de penser (et même de dire ! certains ne s'en font pas faute), ce que vous voudrez de l'anatoxine ; il est simplement ordonné d'en faire usage.

La distinction a l'air d'une facétie. Elle délimite pourtant avec exactitude la forme qui nous reste de liberté..... pour le moment. Nous serons peut-être moins bien pourvus demain, le

(1) Voir *Mouvement sanitaire*, février 1939. Numéro hors série, pages 51, 74, 140.

jour où l'Etat s'aviserait que l'intention vaut le fait et qu'un opposant d'idées commet un attentat. Ce jour-là n'est peut-être pas tellement éloigné de nous puisque de proches voisins en ont déjà vu l'avènement. Jouissons de notre reste et goûtons l'heure présente : nous n'avons encore qu'un vaccin d'Etat. Cela vaut mieux qu'une vérité d'Etat.

A la vérité, nous récoltons ce que nous avons semé. Nous vivons dans des fourmilières de plus en plus grouillantes et, eu égard aux moyens de communication, de plus en plus exiguës ; simplement pour la bonne règle, il faut des mots d'ordre de plus en plus précis. Le jour où nous en serons au coude à coude, un commandement suprême fixera, n'en doutons point, l'heure et la manière de nous moucher.

***

De cet état de choses qu'il est loisible de regretter (mais autant vaut regretter d'être trop long ou trop court de taille), la vaccination antidiphtérique *obligatoire* n'est qu'un exemple ; le projet de loi avorté d'Henri Sellier concernant la lutte contre la propagation des maladies vénériennes (1) en est un autre ; et l'idée d'examen prénuptial un troisième.

Dans ces deux projets aussi, la notion d'*obligation* est essentielle. Si elle vient à manquer tout le reste du système est par terre.

Inutile de revenir sur le premier ; toutefois, remarquons en passant, qu'il n'a pas porté chance à son auteur et que si celui-ci s'est vu de son propre aveu, menacer des pires représailles, ce ne fut pas par des partisans de la liberté mais par les tenanciers de maisons qui avaient senti la pointe dirigée contre leur négoce.

Quant au second, il a inspiré, l'an dernier, devant la Faculté de Lyon, la thèse inaugurale du Docteur J. Couray (2). Celui-ci n'a traité la question qu'au point de vue des maladies vénériennes ; mais ce point de vue ne constitue-t-il pas l'armature essentielle du projet ?

Tout en se déclarant pour l'examen prénuptial qu'il estime salutaire et souhaitable, l'auteur oppose à l'examen obligatoire avec ou sans veto un certain nombre d'objections d'ordre pratique, d'ordre technique et d'ordre moral, dont le parallélisme se situe au centre même de mon sujet.

Que, du fait de l'examen prénuptial, s'ensuive une rupture de contrat et voilà la malignité publique en branle. Le jeune homme, la jeune fille seront soupçonnés des tares les plus honteuses : tout leur avenir sentimental peut être en jeu.

A quel moment devra se situer l'examen ? La veille du mariage, comme le demandait Pinard ? Dans ce cas, on renonce aux renseignements de la sérologie sanguine ou rachidienne et d'un examen de goutte uréthrale. Un mois ? Huit jours avant ? Il reste alors place pour toutes les inoculations possibles et les contaminations consécutives.

Même s'il se libère de ces objections qui ont cependant leur prix, le verdict du technicien est-il, pour autant, inattaquable ?... Loin de là ; chez un syphilitique avéré ni l'interrogatoire, ni l'examen clinique, ni le laboratoire ne permettent d'affirmer la guérison. Souvent, chez un syphilitique qui ignore sa maladie, le médecin ne pourra dépister l'infection. *A fortiori*, chez celui qui voudra l'abuser. La question ne se présente pas sous un jour beaucoup plus favorable en ce qui concerne la blennorragie.

En résumé, si les connaissances actuelles permettent de déceler à peu près sûrement la syphilis ou la blennorragie récentes, elles perdent beaucoup de leur efficacité dans les atteintes anciennes. Seule une réponse positive aura donc sa valeur et aboutira logiquement à interdire le mariage ; par contre, une réponse négative demeurera douteuse et confondra dans un même soupçon les fiancés purs et les chevaux de retour.

Les choses étant ainsi, la médecine a-t-elle honnêtement le droit de prôner l'examen prénuptial et de se déclarer prête à s'en charger ? D'une part, par son ton ambigu, elle sèmera l'alarme au cœur d'honnêtes citoyens et les dégoûtera à jamais du mariage ; de l'autre, en laissant passer des fraudeurs, elle s'en fera la risée et rendra publique son ignorance.

L'intérêt de la profession est donc d'éluder le problème, et de se retrancher derrière les prétextes invoqués : respect du secret professionnel, respect de la liberté individuelle.

Mais il est utile de préciser qu'ils ont tout juste la valeur de prétextes et que, le jour où la médecine aurait acquis plus de science et ses verdicts plus de certitude (et le fait n'est pas impossible), elle se retrouverait devant la même question et qu'elle ne saurait guère persister dans sa dérobade.

Dès lors, qu'un risque de contagion est en cause et, par conséquent, l'intérêt collectif en jeu, nous sommes, depuis déjà longtemps, accoutumés à voir sacrifier l'individu. L'instinct de ruche ne balancera pas entre les deux partis.

Dans les Etats-Molochs du monde moderne, même les moins entichés de doctrines ambitieuses, l'emprise sur l'individu est d'ores et déjà devenue telle qu'il n'y a plus pour lui, je le crains, que deux attitudes possibles : ou se soumettre et, au prix de la liberté d'action, garder du moins la liberté de penser (la plus précieuse après tout), ou bien se mettre à fabriquer des bombes.

G. LAVALÉE.

(1) Voir *Concours Médical*, 17 janvier 1937. « Une loi raciste en France ».

(2) Imprimerie Léon Sézanne, 75, rue de la Buire, Lyon.

L'APPLICATION DES LOIS DU TRAVAIL AUX SALARIÉS MÉDICAUX

C'est parce qu'il s'occupe uniquement de la défense des intérêts particuliers de chacun de ses adhérents que le Sou Médical arrive à connaître, dans tous ses détails, l'évolution lente, mais certaine, qui entraîne progressivement le Corps médical vers le salariat. De plus en plus nombreux sont les confrères, qui me consultent sur la rédaction ou les conséquences d'un contrat, qui les lie, par un louage de services, à un autre confrère, ou à une firme étrangère à notre profession.

Il s'est agi, tout d'abord, de préciser l'étendue de la responsabilité professionnelle du salarié médical au regard de son employeur ; puis quels impôts doit-on payer ? la patente est-elle applicable ? Ensuite ce sont les questions, qui intéressent surtout les employés du commerce et de l'industrie : le médecin employé a-t-il droit aux congés payés ? aux allocations familiales. Est-il garanti en cas d'accident survenu au cours de son travail ? Enfin, quelle commission convient-il de payer au cabinet d'affaires — j'allais dire au bureau de placement — qui a procuré l'emploi ?

Puisque ces questions me sont souvent posées, je crois intéressant de les développer ici, non seulement pour instruire certains de mes confrères sur leurs droits et leurs obligations, mais aussi pour démontrer aux Syndicats médicaux qu'il est peut-être urgent de ne pas se fier aux déclarations pompeuses des assemblées générales, mais plutôt de se demander si le syndicalisme médical ne devrait pas organiser lui-même ce mode nouveau d'exercice de la médecine.

Principes généraux

Un médecin âgé, qui voit la clientèle l'abandonner peu à peu, au profit de confrères plus jeunes, parfois plus réclamistes, qui constate que l'hôpital, le dispensaire détournent de nombreux clients qui pourraient payer le praticien ; un médecin militaire retraité, qui voudrait occuper ses loisirs forcés, tout en augmentant sa pension ; un cardiaque ; un estropié victime d'un accident d'auto, ce qui l'empêche désormais de se livrer à une clientèle active, un jeune qui sort de la Faculté avec son diplôme, mais qui n'a pas un sou devant lui, qui ne sait ni où, ni comment s'installer, et surtout qui ne peut pas supporter les frais d'une installation, même fort simple : tous ces confrères sont à l'affût d'une situation dite fixe, c'est-à-dire rétribuée à forfait, par mensualités.

L'employeur est souvent un praticien, qui prend de l'âge, mais ne veut pas encore abandonner complètement l'exercice de sa profession ; c'est aussi le travailleur acharné qui dessert une énorme clientèle, qui a besoin de collaborateurs pour l'aider ; c'est la collectivité publique, ou privée, qui recherche des contrôleurs, ou des praticiens appointés au mois, qui ne se livreront qu'à la pratique de leur art dans une usine, une mine, un grand magasin ; c'est enfin le para-médical, qui pour sa réclame auprès du public — si ce n'est pas pour couvrir un peu d'exercice illégal — recherche un praticien, lequel dans la boutique du bandagiste, de l'opticien, de l'Institut de beauté, de l'établissement de bains, veut pouvoir faire savoir à sa clientèle « qu'un médecin est attaché à l'établissement ».

Les offres et les demandes, qui jusqu'ici se faisaient par relation, ont empiété peu à peu dans les colonnes de certains journaux médicaux, à la rubrique des offres et des demandes. Enfin, des cabinets d'affaires ont servi d'intermédiaires payants, non seulement pour trafiquer des cessions de clientèles, mais aussi pour procurer un médecin salarié, tout comme un bureau de placement procure des gens de maison.

Cette situation de fait existe, et progresse. Convient-il de se voiler la face ? Faut-il au contraire en parler, pour alerter le syndicalisme médical ? Pour mon compte, me cantonnant uniquement dans ma situation de conseiller médico-juridique de mes confrères, je vais leur indiquer les différentes questions et situations juridiques, qui m'ont été exposées au cours de ces derniers mois, en précisant quelle peut être l'applicabilité de chacune des lois sociales du travail.

Responsabilité professionnelle

Quelle que soit la nature du contrat, qui lie un praticien de la loi de 1892 (docteur en médecine, chirurgien-dentiste, ou sage-femme) à un employeur quelconque, médecin ou non médecin, le diplômé doit conserver son entière indépendant professionnelle au regard de celui qui utilise ses services. A maintes reprises, la jurisprudence a décidé que le diplômé tient de son grade lui-même une autonomie complète, pour l'exercice de l'art de guérir.

C'est ainsi que lorsque le propriétaire d'un cabinet médical, ou dentaire ne possède pas lui-même le diplôme requis par la loi pour exercer la médecine ou la profession de dentiste, il est dans l'obligation absolue de ne jamais s'immisser dans la pratique médicale, ou dentaire de son employé. Celui-ci doit conserver — hélas c'est souvent une apparence, surtout en matière dentaire — une indépendance absolue pour traiter ses malades, ou pour leur ordonner tels ou tels appareillages, que doit fournir l'employeur.

Même si le « patron » est lui-même médecin, ou dentiste, le diplômé salarié conserve son autonomie entière pour soigner les malades, qui lui sont confiés. Liberté de confiance, libre choix du praticien, responsabilité professionnelle indépendante sont à la base de ces situations, même subalternes. Un docteur en médecine n'a pas d'ordres à recevoir d'un autre docteur en médecine, pour soigner un malade : serait-il moralement contraint d'obéir à son employeur diplômé que, néanmoins, par son obéissance aux ordres reçus, il conserve l'entière responsabilité de ses actes cliniques et thérapeutiques. Invoquerait-il, pour sa défense, cette dépendance envers son employeur, son confrère, qu'il n'aboutirait qu'à la mise en cause de ce dernier, comme co-auteur du préjudice, dont le malade demande réparation.

La possession du grade de docteur en médecine donne à son titulaire non seulement la possibilité de discuter le bien-fondé de l'ordre scientifique qu'il reçoit d'un autre docteur en médecine, tant pour le diagnostic que pour le traitement, mais aussi le droit — je dirais même le devoir — de ne pas obéir à un ordre thérapeutique, lorsque scientifiquement et professionnellement, l'employé médecin n'est pas d'accord avec son employeur.

Quel que soit le contrat qui puisse lier deux praticiens, la responsabilité professionnelle de chacun reste la même, et c'est pour cette raison que chacun adhère au « Sou médical », pour que cette Ligue puisse défendre conjointement et solidairement les confrères, alors que beaucoup s'imaginent que seul l'employeur doit être assuré.

Impôts et patente

Lorsqu'à la suite d'un contrat d'association ou de toute autre convention, deux ou plusieurs médecins travaillent chacun pour son propre compte et soignent leur clientèle personnelle dans un local commun, tout en partageant proportionnellement les honoraires et les charges, l'association supportera un droit fixe, si cette association constitue une personne morale ; mais chaque praticien acquittera un droit proportionnel de patente (Conseil d'Etat, 7e sous-section, 1er juillet 1935).

Mais, s'il existe un véritable contrat de louage de services, assujettissant un médecin soit à son confrère, soit à une collectivité publique ou privée, avec interdiction d'exercer la médecine particulière et pour son propre compte, le praticien doit être considéré comme un salarié, ne payant pas patente, mais déclarant les sommes qu'il a touchées à la cédule des traitements et salaires, alors qu'il laisse en blanc la cédule des revenus des professions libérales.

Le conseiller fiscal du Sou Médical a maintes fois donné des consultations et publié des réponses dans le *Concours*, pour qu'il soit besoin d'insister sur ce chapitre.

Applicabilité de la législation sur les Assurances sociales

Le médecin employé, lié par un contrat de louage de services, peut-il bénéficier des Assurances sociales ? Nous devons répondre par l'affirmative, vu les termes de l'article premier du décret-loi du 28 octobre 1935, modifié par les lois des 26 août 1916 et 12 juillet 1937 et par les décrets-lois des 24 mai 1938 et 14 juin 1938.

« Sont assurés obligatoirement tous les sala-
« riés et d'une façon générale, toutes les personnes
« de nationalité française de l'un ou de l'autre
« sexe, travaillant à quelque titre et en quelque
« lieu que ce soit, pour un ou plusieurs em-
« ployeurs, quand leur rémunération totale
« annuelle, quelle qu'en soit la nature, à l'ex-
« clusion des allocations familiales, ne dépasse
« pas 30.000 francs ».

« ... Ne sont pas considérées comme assurées
« obligatoires les personnes, dont le salaire habi-
« tuel, au cours d'une année, est inférieur à
« 1.000 francs. La double cotisation pour les
« salaires oscillant entre 1.000 et 1.500 francs
« par an, sera calculée sur la base du salaire
« annuel de 1.500 francs. »

Aux très nombreux médecins salariés de France — les situations à traitement fixe ne sont-elles pas des plus recherchées par mes confrères ? — de voir s'ils n'auraient pas intérêt à bénéficier des avantages conférés par la loi sur les Assurances sociales, pour les ajouter, en cas de maladie, ou d'accident, aux indemnités journalières, accordées par la Mutualité familiale du Corps médical français et, plus tard, lorsque l'âge du repos sera sonnée, à la retraite de la Mutualité familiale, ou à celle de l'Association générale des médecins de France. A l'heure où les praticiens connaissent des moments difficiles, du point de vue pécuniaire, il ne faut pas négliger, ni dédaigner ces ressources, qui, dans bien des foyers médicaux, sont les bienvenues, lorsque la maladie, l'accident, la vieillesse apportent la gêne, sinon la misère et l'angoisse pour le lendemain.

Applicabilité de la législation sur les accidents du travail

La loi du premier juillet 1938, qui modifie la législation sur les accidents du travail, est applicable à partir du premier janvier 1939. Toute personne, liée par un contrat de louage de services, victime d'un accident survenu par le fait du travail, ou à l'occasion du travail, en quelque lieu que celui-ci s'effectue, bénéficie de cette législation.

Ainsi l'applicabilité de la loi est considérablement étendue, alors que, sous l'empire de la législation du 9 avril 1898,le bénéfice de la loi n'était accordé qu'aux ouvriers et employés travaillant dans l'industrie, ou le commerce.

Bien qu'appartenant à une profession libérale et travaillant pour une œuvre philanthropique, tel un hôpital privé, un médecin pourra désormais bénéficier de la législation sur les accidents du travail, si, pendant l'accomplissement de ses fonctions, ou de son emploi, il est victime d'un accident.

C'est là un grand avantage accordé à mes nombreux confrères, qui, moyennant un salaire infime — disons : appointement, honoraire, indemnité, traitement, pour ne blesser personne, alors que le terme juridique est cependant le mot de salaire — louent leurs services à des hôpitaux, des dispensaires, des collectivités publiques, ou privées, etc... Tout dernièrement, j'ai été consulté par un médecin, qui faisait de la représentation en pharmacie et visitait les confrères, pour rappeler à leur mémoire les bienfaits de telle ou telle marque pharmaceutique. Plus de discussion possible : ledit confrère est maintenant garanti en cas d'accident, qui lui surviendrait lors de l'accomplissement de sa tâche, c'est-à-dire de ses visites confraternelles.

Bénéfice des allocations familiales

Un médecin stomatologiste, qui emploie un opérateur, également docteur, en médecine et payé au mois, me demandait s'il devait acquitter ses cotisations pour les allocations familiales, alors qu'exerçant une profession libérale, il utilise le concours d'un confrère pratiquant également une profession libérale.

Je lui ai répondu par l'affirmative. La loi du 11 mars 1932 assujettit aussi bien les professions libérales que les professions commerciales, ou industrielles. Le praticien employeur est donc tenu de prouver à tout moment et de justifier aux agents chargés du contrôle, qu'il est bien affilié à une Caisse de compensation et qu'il est à jour de ses cotisations.

Au groupe si actif de « Médecin et Famille » je signale le fait, pour qu'il puisse prévenir ceux de ses adhérents, qui exercent la médecine, en ayant loué leurs services, qu'ils peuvent bénéficier de la législation sur les allocations familiales : c'est un secours appréciable pour les familles nombreuses.

Droit aux congés payés

La loi du 20 juin 1936 sur les congés payés et qui est incorporée au Livre II du Code du travail, sous les articles 54 f à 54 j, accorde à tout travailleur (ouvrier, employé ou apprenti, occupé dans une profession industrielle, commerciale ou libérale) un congé annuel payé, d'une durée minimum de quinze jours, soit douze jours ouvrables, après un an de services continus dans l'établissement, ou d'une semaine seulement si la période des vacances dans l'établissement survient après six mois de services continus. Ces dispositions supposent que le travailleur est encore en service au moment de la période des congés.

Je tiens à faire remarquer à mes confrères, qui exercent leur profession, selon un contrat de louage de services, qu'ils doivent s'entendre avec leur employeur pour arrêter quelle doit être la période des vacances. Un praticien peut avoir loué ses services à un confrère, ou à un établissement thermal, ou balnéaire, dont le rendement maximum peut être pendant les périodes, où la plupart des français prennent leurs vacances (stations thermales, stations estivales, ou hivernales, etc.).

D'autre part, ces confrères ne doivent pas accepter qu'il leur soit imposé de se faire remplacer à leurs frais par un autre praticien pendant leurs vacances.

J'ai d'ailleurs déjà reçu des lettres de confrères me demandant des éclaircissements soit pour eux-mêmes, alors qu'ils ont loué leurs services, soit pour les praticiens, ou infirmiers qu'ils occupent, aux fins de savoir quand et comment il convient de déterminer la date des congés, sans que la marche de l'établissement, ou même du cabinet puisse en souffrir.

La semaine de 40 heures

Pour que la loi du 21 juin 1936 soit applicable, il faut que le médecin ait loué ses services à un établissement industriel, ou commercial, ou coopératif, ou même à un établissement ayant le caractère d'enseignement professionnel ou de bienfaisance, y compris les établissements hospitaliers publics et les asiles d'aliénés.

La semaine de 40 heures est-elle applicable à un médecin salarié ? Oui, si nous nous reportons à une réponse du ministre du Travail, parue au *Journal Officiel* du 5 février 1937, en ce qui concerne les médecins liés à une Compagnie minière et à la Caisse de secours mutuels, dont ils relèvent par un contrat de louage de services.

Discussion juridique

Si je considère le problème non pas sous son angle professionnel et déontologique, mais sous celui des lois et de la jurisprudence, je dois affirmer que le médecin, bien qu'exerçant une profession libérale, a cependant le droit de se lier par un véritable contrat de louage de services. La jurisprudence a longtemps hésité, déniant d'abord ce louage de services, puis admettant que le praticien pouvait travailler comme s'il avait contracté un louage de services, bien que le caractère de dépendance complète n'existât pas vis-à-vis de l'employeur.

La question est tranchée définitivement depuis un arrêt de la Cour de cassation, Chambre des requêtes du 26 juillet 1938. La Cour suprême affirme que le médecin peut contracter un véritable louage de services, bien qu'il conserve une pleine indépendance professionnelle dans l'exercice de son art : il est tenu à un travail à des heures régulières et doit se soumettre à un règlement administratif, fixé par l'employeur, sous le contrôle de ce dernier.

Conclusion

D'aucuns trouveront peut-être que, par cette étude juridique, je rabaisse la profession médicale tout entière. Il y a certaines choses, me dirat-on, qu'il convient de ne pas soulever, surtout dans un journal professionnel qui a la tenue du *Concours Médical*.

Bien au contraire, j'estime qu'il faut en parler de cette évolution de notre profession. Je donne trop souvent des consultations à mes confrères, afin de les aider dans leurs conflits avec leurs employeurs, ou les guider dans la rédaction d'un contrat, pour que je ne sois pas le premier à alerter les Syndicats médicaux.

Il appartient à ces groupes de défense collective d'envisager le problème sous tous ses angles, au lieu de laisser la profession glisser progressivement vers le salariat. Médecins de mines, d'usines, de chemins de fer, de Compagnies d'assurances sur la vie, contre les accidents du travail, démarcheurs pour les firmes pharmaceutiques, vaccinateurs, inspecteurs de la protection du premier âge, médecins de la Marine marchande, jadis dénommés médecins sanitaires maritimes, médecins d'hôpitaux, de dispensaires, de Sociétés de secours mutuels, médecins communaux, ou cantonaux, contrôleurs de Caisses d'assurances sociales, inspecteurs des écoles, médecins de lycées, médecins assermentés, inspecteurs des prostituées, des prisons, médecins des P. T. T., du métro, des transports en commun, des asiles d'aliénés, des bureaux d'hygiène, inspecteurs départementaux d'hygiène etc., etc. : voilà des situations de praticiens ayant loué leurs services, sans compter les confrères qui sont, sous des vocables divers, liés à d'autres confrères par de véritables contrats de louage de services, ne payant pas patente, parce que salariés et déclarant chaque année leurs émoluments à la cédule des traitements et salaires.

Aux Syndicats médicaux et à leur Confédération de mettre à l'étude cette médecine, qui évolue rapidemet. Des bureaux de placement se sont créés, rapprochant employeurs et médecins, moyennant salaire et pourcentage : les Syndicats médicaux ne peuvent-ils pas organiser ce placement ? Les lois du travail doivent garantir nos confrères, qui louent ainsi leurs services : accidents du travail, assurances sociales, congés payés, les 40 heures ; puis ce sont les modèles de contrats d'engagement, les modalités de rupture de contrat, la protection contre les renvois injustifiés et brusqués : tous ces points ne devraient-ils pas faire l'objet de conventions collectives de travail, passées par les Syndicats médicaux locaux et les employeurs divers, que ces derniers soient des individualités, ou des collectivités publiques ou privées ?

Les conflits seraient soumis à la procédure de l'arbitrage obligatoire et les droits des médecins seraient ainsi protégés.

A l'heure où l'on parle de nationalisation des hôpitaux, au moment où la faveur de nos confrères se porte vers les situations dites fixes — je n'en veux pour exemple que les annonces de postes médicaux à céder, comportant l'appât de plusieurs fixes — le rôle du syndicalisme médical n'est-il pas, non pas d'émettre des vœux, qui n'ont jamais servi à rien et ne sont pris en considération par personne, mais plutôt d'organiser la médecine de demain, pour ne pas dire d'aujourd'hui ? Ne perdons pas notre temps à palabrer sur la « médecine libre », organisons notre profession dans le cadre social, qui nous encercle, et nous contraint à modifier nos conceptions d'antan.

Aux Syndicats médicaux et à leur Confédération de lutter contre les organismes employeurs, qui trop souvent exploitent les individualités médicales ; à eux de répartir cette médecine salariée entre tous les praticiens syndiqués d'une région, au lieu d'en laisser le bénéfice aux seuls confrères, qui font agir leurs relations, leurs influences, ou même leurs opinions politiques, ou confessionnelles. Le médecin doit pouvoir exercer avec liberté dans une profession organisée collectivement par le Syndicat.

Dr Paul BOUDIN.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations judiciaires

Les limites du pouvoir de contrôle en matière d'Assurances sociales et d'Assistance médicale gratuite

Nous avons vu récemment qu'en Allemagne les Caisses d'assurances socales peuvent légalement demander aux médecins traitants la communication des faits, même secrets, connus par eux dans l'exercice de leur art, dès lors que cette communication peut être utile à la défense des fonds de l'assurance. Il n'en est pas ainsi en France, ainsi que vient de le rappeler fort opportunément la Cour de cassation.

Voici dans quelles circonstances le problème fut posé devant la Cour suprême : un assuré, ayant demandé à sa Caisse le remboursement d'un examen radiologique, et d'analyses de laboratoire, se vit exiger la communication de ces pièces du médecin-contrôleur, pour l'octroi des prestations. S'y étant formellement refusé, sur les conseils de son médecin traitant, l'intéressé n'eut que la ressource de saisir du litige la juridiction des assurances sociales. Par un jugement du 24 novembre 1937, dont nous avons déjà rendu compte, le Tribunal civil de la Seine donna entièrement gain de cause à l'assuré, remarquant que l'attestation portée par le médecin sur la feuille de maladie constituait une preuve suffisante, et que la communication demandée se heurtait à la prohibition de l'art. 378 du Code pénal sur le secret professionnel.

La Caisse débitrice s'étant pourvue en cassation, la Cour suprême eut à trancher le problème, ce qu'elle a fait par son arrêt du 28 octobre 1938 qui a confirmé pleinement la décision attaquée.

L'argumentation de la Caisse était la suivante : l'art. 8 du décret-loi du 28 octobre 1935 confère aux organismes d'assurances un droit de contrôle *général* sur l'ensemble des services ; d'autre part l'art. 15 du règlement d'administration publique charge le médecin contrôleur de procéder à *toutes* investigations et constatations concernant l'état et l'incapacité de travail des malades. Ce pouvoir très général de contrôle doit donc comprendre en particulier le droit de se faire communiquer toutes pièces se rapportant à la maladie de l'assuré. L'objection tirée de l'art. 378 du code pénal ne saurait être retenue, le secret médical ne pouvant en fait exister dans les rapports de cet assuré et des Caisses.

A ceci la Cour suprême a répondu que l'assuré *n'avait point à fournir*, pour obtenir le versement des prestations, *d'autres justifications que les feuilles de maladie portant l'attestation expresse, écrite et signée par le médecin traitant, que les opérations litigieuses avaient été payées.* On ne saurait en effet mettre à la charge du malade la preuve directe et objective des divers actes médicaux relatifs à son traitement.

D'autre part *le droit de contrôle des Caisses n'implique nullement le droit d'exiger la communication de documents tels que radiographie ou analyse.* Ce droit se borne en effet à la faculté de soumettre le malade à l'examen de son médecin-contrôleur, et de déférer le médecin traitant au Conseil de famille syndical, si la Caisse doute de l'existence ou de l'utilité des actes médicaux dont il a certifié la réalité.

En conclusion, le pouvoir de contrôle accordé par la loi aux Caisses est loin d'être sans limites. Son champ d'action et ses moyens sont au contraire bien déterminés : il ne peut porter que sur le malade lui-même et c'est au médecin-contrôleur de rechercher par ses investigations personnelles le diagnostic du mal et son évolution. Par là même cet arrêt tranche la controverse qui s'était élevée sur l'application de l'art. 378 du Code pénal en matière d'assurances sociales et consacre la séparation, voulue par la loi, entre le domaine du traitement et le domaine de l'assurance. Il y a là deux activités parallèles, qui ne sauraient être confondues, superposées ou subordonnées l'une à l'autre.

Il est curieux de constater que dans un domaine tout voisin, celui de l'assistance médicale gratuite, le Conseil d'Etat vient de rendre un arrêt en date du 27 janvier 1939, confirmant toute une jurisprudence antérieure, et statuant dans le même sens que la Cour de Cassation. Il s'agissait en l'espèce d'un règlement départemental d'assistance prescrivant la communication à la Commission de contrôle du diagnostic de toute maladie exigeant plus de dix visites. Le Conseil d'Etat a estimé *qu'en l'état actuel de la législation, il ne saurait être dérogé à la règle générale et absolue édictée par l'article* 378 *du Code pénal,* il a ordonné en conséquence le paiement des visites, qui avait été refusé motif pris de l'inobservation du règlement.

A quelques mois d'intervalle nos deux plus hautes juridictions ont donc rappelé aux assurances sociales et à l'Administration que leur intérêt de « payeur » n'était pas seul en jeu, et qu'il y avait lieu de respecter également la personne du malade et, son plus sûr garant, l'indépendance du médecin.

Jean MIGNON.

Informations parlementaires

A propos de la retraite Pomaret

Les débats sur la retraite des vieux travailleurs devant la Chambre

Au moment où les projets de retraite « Pomaret » semblent entrer dans la voie officielle des réalisations, il n'est pas inintéressant de suivre les débats qui ont lieu actuellement devant la Chambre à propos de la retraite des travailleurs « exclus des Assurances sociales en raison de leur âge ou de leur profession » (artisans-paysans). Certes, ces deux problèmes ne sauraient être assimilés l'un à l'autre, étant donné la disparité des facultés et des besoins économiques de ces deux catégories de « retraités », mais il n'en reste pas moins qu'ils se développent sur les voies parallèles, et qu'ils sont régis par des principes financiers communs.

C'est, en effet, sur le côté financier de la question que nous voudrions insister aujourd'hui. Lors des premières propositions de loi sur la retraite des « vieux travailleurs », le financement était prévu au moyen d'une augmentation de 1 % de la cotisation patronale et de la cotisation ouvrière et d'une cotisation patronale supplémentaire de 1 % sur les salaires dépassant 30.000 francs. Aucun appel au budget de l'Etat. En échange, la retraite était accordée à 60 ans aux vieux travailleurs non assujettis à l'impôt sur le revenu, et s'élevait à 1.500 francs au début puis, par paliers, au bout de 15 ans à 2.100 francs. Ces projets ont été abandonnés en raison des circonstances actuelles, afin de ne pas imposer une trop lourde charge à l'économie nationale, et de réserver les facultés contributives des salariés pour la contribution nationale extraordinaire de 2 %.

Ne pouvant, *a fortiori*, faire appel aux fonds publics, le Gouvernement semblait se trouver dans une impasse. Le ministre du Travail s'en est sorti par une solution très ingénieuse, qui n'est d'ailleurs pas sans inquiéter les organismes d'Assurances sociales. Remarquant qu'à l'heure actuelle la moitié, sinon la plus grande partie, des cotisations d'Assurances sociales vont à la capitalisation, il propose de renverser la proportion, d'*amenuiser la capitalisation, et de financer la retraite* des exclus de l'assurance en raison de leur âge par *un plus large appel à la répartition.* Ainsi pourrait-il promettre une retraite annuelle d'environ 1.750 francs.

Tout le débat fut donc centré sur les dangers de la répartition et les inconvénients de la capitalisation pour la constitution d'un système de retraite. Ce sera pour nous l'occasion de rappeler les arguments « pour » et « contre » de cette querelle toujours ouverte. La capitalisation présente les avantages suivants : elle lie le montant de la retraite obtenue à celui des cotisations versées, elle fonctionne par comptes *individuels*, alimentés par des cotisations et des intérêts composés, et présente une apparence de sécurité mathématique. Mais ce procédé « repose sur un certain nombre de postulants de permanence : permanence de l'emploi, du revenu, du niveau de vie, et surtout de la *valeur de la monnaie* ». Enfin son inconvénient le plus grave est de ne porter ses fruits qu'à *terme*, et à long terme. Il s'oppose à la distribution de *retraites immédiates*, un peu élevée. On peut dire que la capitalisation est le seul système viable pour la constitution de retraites *individuelles* ; au contraire, lorsqu'on se trouve devant un *groupe social ou corporatif* suffisamment important, suffisamment permanent (donc à recrutement obligatoire), l'on peut et l'on doit faire appel à la répartition. La retraite médicale doit être corporative, elle doit être accordée immédiatement à tous les vieux médecins, même s'ils n'ont jamais cotisé, donc elle doit être fondée sur la répartition. Concluons d'ailleurs, sur ce point en donnant la parole au ministre du Travail : « si j'avais un jour à prendre personnellement parti dans ce grand débat doctrinal, . . . j'*opterais pour la répartition.* »

Mais il est une autre question, que soulève implicitement ce débat : comment doit être calculée la cotisation servant à alimenter le fonds de répartition ? A notre avis, le projet « Pomaret » ne tend à rien moins que l'institution d'une *Caisse d'assurances corporatives obligatoires* pour les médecins, analogues sous tous rapports aux Caisses d'assurances sociales obligatoires des salariés. Or ces Caisses sont alimentées, comme chacun sait, par des cotisations *proportionnelles au salaire* de chaque assuré. Les avantages garantis, et, en particulier, les retraites sont également *proportionnels au salaire* (40 % du salaire moyen ayant servi de base aux cotisations). Nous ne voyons vraiment aucune raison d'agir différemment pour le Corps médical, et de le soumettre au régime égalitaire, donc injuste, de la cotisation et de la retraite uniques. Ceci est d'ailleurs tellement évident, pour les cotisations, que les projets en cours revenant sur leur rigueur primitive, prévoient un tarif dégressif pour les jeunes et les vieux. Pourquoi ne pas abandonner franchement ces complications trapézoïdales et arbitraires, et ne point admettre que la cotisation doit être un certain pourcentage du revenu professionnel du médecin ?

C'est, en effet, la manière la plus sûre de proportionner l'effort aux facultés économiques de chacun, et de donner à cet effort son véritable caractère de solidarité professionnelle.

Jean MIGNON.

L'HYGIÈNE A LA CAMPAGNE

Le « lave-mains » De Buyer

Professeur Maurice PERRIN

Dans la plupart des campagnes, en Lorraine comme ailleurs, il n'y a pas d'eau courante dans les maisons. Les canalisations sont rares ; les puits, placés de telle sorte qu'une pompe fasse couler de l'eau sur l'évier, sont moins rares, mais ne sont cependant qu'en nombre limité.

La méthode ordinaire consiste à aller chercher l'eau d'une fontaine plus ou moins éloignée, ou à la puiser, à l'aide d'un seau, dans une citerne ou dans un puits.

La présence de ce seau sur le bout de l'évier est classique ; quand on veut se laver les mains, geste que les médecins désirent faire quand ils ont palpé leurs malades, — le rite traditionnel consiste à puiser de l'eau dans ce seau avec une louche, une « poche », quelquefois un bol, et à la verser dans une cuvette. Quand l'eau n'est pas trop rare ou pénible à obtenir, ou quand le médecin le demande, on met deux « pochetées » d'eau, ce qui fait environ un demi-litre, ou à peine plus. Il est évident que cette quantité ne se prête guère à un lavage sérieux en eau dormante ! Aussi le médecin demande-t-il souvent un supplément pour se rincer, et cherche à se le faire verser sur les mains ; il y tombe en cataracte, rinçant mal et noyant souvent les manchettes... Heureux si la cuvette est propre et n'a servi qu'à rincer les légumes ! On m'a une fois offert de l'eau dans une terrine, où le malade avait uriné quelques instants auparavant ; j'avais voulu voir cette urine, et la maison ne possédait pas de vase *ad hoc*, car l'écurie était proche, où toute la famille allait habituellement y vider « le trop plein de la boisson », comme disait le médecin malgré lui.

C'est donc avec intérêt que j'ai découvert l'existence, au cours d'un séjour chez des amis périgourdins, du « lave-mains De Buyer », cependant fabriqué dans les Vosges (à Faymont).

Ce « lave-mains » est une petite casserole en fer étamé ou en laiton, d'un tiers de litre ou d'un demi-litre de capacité, qui n'a pas d'anse, ni de poignée, mais dont un tuyau de 30 ou 35 centimètres de longueur permet l'évacuation dans un plan sensiblement parallèle au fond du récipient. Ce tuyau est effilé, et son diamètre terminal n'est que de 5 millimètres. Saisi par ce tuyau, le lave-main permet de puiser l'eau dans le seau comme on le ferait avec la louche, mais on ne le vide pas ; on pose l'appareil sur un des diamètres supérieurs du seau, qui lui sert ainsi de support, et l'on a une petite chute d'eau, qui dure une minute environ et permet un lavage en l'air, meilleur que celui qui se ferait dans la même quantité d'eau dormante. Si l'on veut un supplément pour rinçage, on repuise et on dispose d'un nouveau filet d'eau tombante ; les mains sont rincées avec plus de méthode et les manchettes sont moins exposées à un arrosage intempestif.

Ce petit instrument, peu coûteux, est très apprécié par les personnes qui, disposant de peu d'eau, veulent cependant avoir les mains aussi propres que possible. Il permet de réaliser plus d'hygiène à la campagne, aussi bien pour les paysans que pour les médecins ; je souhaite que sa région d'origine se mette à l'utiliser comme la région lointaine, dans laquelle j'ai découvert son existence (1).

(1) Cet instrument a été présenté par le Professeur Maurice Perrin à la *Société de médecine de Nancy*, le 11 janvier 1939.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou médical »

● ● ●

Extrait des procès-verbaux du Conseil d'administration

Au cours de sa réunion du 14 février 1939, le Conseil a prononcé l'admission de MM. les Docteurs :

13.625 Banel, Lorient (Morbihan). Syndicat médical de Lorient.
13.626 Cabart, Narbonne (Aude). Syndicat médical départemental.
13.627 Chigot, Mérinchal (Creuse). Parrains : Docteurs Montel et Chômet.
13.628 Codron, Chocques (Pas-de-Calais). Parrains : Docteurs Chauvaux et Lherbier.
13.629 Darmon, Lorient (Morbihan). Syndicat médical de Lorient.
13.630 Dellys, Pont-à-Vendin (Pas-de-Calais). Syndicat médical du Pas-de-Calais.
13.631 Deschamps, Avize (Marne). Syndicat des médecins de la Marne.
13.632 Duret, Plouhinec (Morbihan). Syndicat médical de l'arrondissement de Lorient.
13.633 Feugier, Creutzwald-la-Croix (Moselle). Parrains : Docteurs Forestier et Vassel.
13.634 Forestier, L'Hôpital (Moselle). Parrains : Docteurs Adrien et Vassel.
13.635 Fouassier, Trun (Orne). Syndicat d'Argentan.
13.636 Goldstein, Meaux (Seine-et-Marne). Syndicat médical de Seine-et-Marne).
13.637 Goumain, 3, rue Duffour-Dubergier, Bordeaux (Gironde). Parrains : Docteurs Penaud et Villar.
13.638 Langle (Irène), Fontenay-sous-Bois. Parrains : Docteurs Noir et Lavalée.
13.639 Larret, Settat (Maroc). Syndicat des médecins oculistes de France.
13.640 Lloubas, Quiberon (Morbihan). Syndicat médical régional.
13.641 Micoud, 55, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe). Parrains : Docteurs Lehmann et Tiberi.
13.642 Romieux, Groix (Morbihan). Syndicat médical de Lorient.
13.643 Seringe, 92, avenue Niel, Paris (XVIIe). Parrains : Docteurs Mignon et Marie.
13.644 Soyer, Lorient (Morbihan). Syndicat régional du Morbihan.
13.645 Thomas, Hennebont (Morbihan). Syndicat médical du Morbihan.
13.646 Tisler, Saint-Denis (Seine). Parrains : Docteurs Leibovici et Rudich.
13.647 Traissac, 16 *bis*, rue Vadelaincourt, Bordeaux (Gironde). Parrains : Docteurs Auché et Esbelin.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours qui suivront la présente publication (art. 5 des statuts).

Les Docteurs E., B., B., C., L., et V. font don à la Ligue, pour bons offices, des sommes suivantes : le premier, 40 francs, les deux suivants, 50 francs, les Docteurs C. et L., 100 francs, le Docteur V., 500 francs.

Le Conseil leur adresse ses remerciements.

•

Le Docteur M. a été frappé, par la Commission supérieure des Assurances sociales, d'une peine d'exclusion de deux mois. Par application du décret du 9 juin 1934, le Préfet refuse de lui faire payer les honoraires pour les soins qu'il a donnés pendant cette période aux mutilés de guerre et prétend l'obliger à supporter le coût des médicaments prescrits.

Conformément à l'avis de Me Auger, le Conseil décide de faire bénéficier le Docteur M. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour se pourvoir à la fois devant la Commission tripartite de l'article 64 et devant le Conseil d'Etat.

•

Le Docteur B. a donné ses soins à un blessé qui se prétendait victime d'un accident du travail. Mais, d'après les renseignements obtenus près de la Compagnie, ce blessé aurait été débouté de sa demande d'indemnité par un jugement de paix. Dans ces conditions, le Docteur B. se voit contraint d'exercer une action contre son client.

Le Conseil décide de le faire bénéficier de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour exercer cette action.

Le Docteur D. a donné ses soins à une femme vivant séparée de son mari depuis deux ans, ainsi qu'à ses deux enfants. Il a adressé sa note, qui s'élève à 937 francs, au mari, qui refuse de payer.

Le Conseil décide de le faire bénéficier de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour saisir le Juge de paix.

Le Docteur J. a opéré, en avril 1938, sur la demande des médecins traitants, un jeune homme atteint de tuberculose intestinale, mais, après une laparotomie, n'a pu poursuivre l'opération. Le malade étant mort quelques mois après, le père refuse de payer les honoraires, soit 2.000 francs, en prétendant que le malade aurait dû être traité avec un médicament qu'il avait vu préconiser dans la quatrième page des journaux.

Le Conseil décide de faire bénéficier le Docteur J. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ FAMILIALE

Fiche d'identité

Fiche d'identité de la Société dressée pour les médecins qui, en ayant lu vingt fois le nom, soit dans ce journal, soit ailleurs, en sont encore à se demander « Quelle est donc cette Société..... » et ne comprennent pas.

Ce qu'elle est : exactement ce qu'indique son nom. Une Société de Secours mutuels, Société libre régie par la loi du 1er avril 1898. Et aussi une famille, uniquement composée de frères, puisque confrères.

Son âge : 45 ans sonnés depuis le 1er janvier dernier. C'est donc une personne d'un certain âge, et surtout d'un âge certain, ce qui ne peut être indifférent à ceux qui lui confient leur argent.

Ses états de service : a fait la guerre, et n'en est pas morte. Performance heureuse pour les individus, mais particulièrement honorable pour les Sociétés.

Son fonctionnement : surveillé de près par un Conseil d'administration composé de médecins (garantie d'honnêteté) et de techniciens (pour la compétence financière).

Ses antécédents : a déjà distribué plus de quatre millions de francs d'indemnités-maladie, ce qui représente un nombre respectable d'épines tirées hors des pieds médicaux.

Ses garanties : font l'admiration des actuaires et des contrôleurs ministériels. Les réserves atteignent en gros dix millions de francs. Est co-propriétaire d'un immeuble de rapport situé dans un des plus beaux quartiers de Paris. Tous les cinq ans un inventaire complet de sa fortune est dressé par un actuaire des plus qualifiés.

Ce qu'elle offre : tout ce que peut rêver un médecin prévoyant.

1° Une indemnité en cas de maladie ou d'accident : indemnité journalière de 20, 50 ou 75 francs pendant 60 jours. Ensuite, si l'incapacité se prolonge, de 200, 500 ou 750 francs par mois

2° Des pensions de retraite d'un minimum de 600 francs et d'un maximum de 6.000 francs à capital aliéné, contre-assuré (remboursement des cotisations si l'assuré décède avant l'âge de la retraite), ou réservé spécial (remboursement des cotisations en cas de décès de l'assuré même retraité, déduction faite des arrérages qu'il a déjà pu toucher).

La combinaison P offre la retraite à 60 ans.
La combinaison R l'offre à 65 ans.

Le même sociétaire peut cotiser pour les deux, ce qui peut lui assurer une retraite de 12.000 francs.

Les femmes de médecins étant admises dans les mêmes conditions, un ménage peut donc se constituer une retraite de 24.000 francs.

3° Des pensions aux veuves et aux orphelins, pensions de 600 à 3.600 francs initialement attribuées aux veuves, mais reversibles en cas de décès ou de divorce de la mère sur les enfants âgés de moins de 18 ans.

4° Des pensions aux enfants, pensions de retraite, payables lorsque ceux-ci atteignent 60 ans. En cas de décès prématuré du bénéficiaire, les primes versées sur sa tête retournent à ses ayants droit.

Tout compte fait les combinaisons de prévoyance ainsi offertes au médecin s'étendent donc depuis le moment présent jusqu'au jour où le plus jeune de ses enfants aura atteint l'âge de la retraite. A moins de planter, comme dans la fable, on ne peut guère prétendre au delà.

Et comme il s'agit d'une Mutuelle et qu'un certain lien affectif est supposé à la base d'une telle Société, les fondateurs ont voulu que ce lien affectif fût à la fois national et professionnel.

Seuls peuvent donc venir à nous, les médecins de nationalité française et légalement autorisés à exercer en France.

Il semble qu'on ne puisse souhaiter milieu mieux clos et plus propice à la culture de cet organisme fragile : l'entr'aide mutuelle.

Le Secrétaire général :

G. Lavalée.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— Union internationale contre la tuberculose. — La XI[e] Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose, dont le secrétariat permanent est à Paris, 66, boulevard Saint-Michel (secrétaire général, Professeur Fernand Bezançon), se réunira à Berlin du 16 au 20 septembre 1939, sous la présidence du Docteur Otto Walter. La discussion sera limitée à trois sujets principaux : Thème clinique : *Le problème de la virulence du bacille de Koch*, rapporteurs généraux : Docteur A. Boquet (France) et Docteur A. Saenz (Uruguay) ; Thème biologique : *L'intérêt des examens systématiques pour le dépistage de la tuberculose chez les sujets de plus de 15 ans*, rapporteur général : Docteur H. Braeuning (Allemagne) ; Thème social : *La réadaptation des tuberculeux au travail*, rapporteurs généraux : Sir Pendril Varrier Jones (Grande-Bretagne) et Docteur E. Bachmann (Suisse).

Le Comité d'organisation de la Conférence a préparé un programme de réceptions et d'excursions, grâce auquel les congressistes pourront visiter les principales villes d'Allemagne et se mettre au courant des œuvres sociales réalisées dans ce pays.

Les membres de l'Union internationale sont exemptés de tous frais d'inscription. Ils sont priés de remettre leur adhésion, soit par l'intermédiaire de leur Gouvernement ou Association nationale, soit directement au Comité d'organisation de la Conférence à l'adresse suivante : Konferrenzleitung der XI Konferenz der Internationalen Vereinigung zur Bekämpfung der Tuberkulose, Berlin, W. 62, Einemstrasse 11.

Les personnes qui ne sont pas membres de l'Union et qui désirent s'inscrire doivent envoyer leur demande, accompagnée d'une cotisation de 20 Reichsmarks (environ 300 francs français), exclusivement par l'intermédiaire du Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris.

Les membres de la famille des congressistes pourront jouir des mêmes avantages que les membres régulièrement inscrits en payant une cotisation de Reichsmarks 12.

Les congressistes non allemands bénéficieront d'une réduction de 50 % sur le tarif des chemins de fer allemands.

Pour tous renseignements supplémentaires s'adresser : soit à Konferenzleitung der XI Konferenz, à l'adresse indiquée ci-dessus, soit à l'Union internationale contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VI[e]).

— II[e] Congrès de l'Association internationale de cosmobiologie (Rome, 1940).— Le second Congrès international de cosmobiologie aura lieu à Rome en 1940, sous la présidence du Professeur Sabatini, directeur de la Clinique médicale à l'Université royale de Gênes. Une assemblée préparatoire sera tenue du 9 au 12 avril 1939 (Pâques), à Menton et à San-Remo, pour fixer le porgramme et la date du Congrès de 1940, choisir les questions à inscrire à l'ordre du jour, désigner les rapporteurs, et répartir les études dans quatre sections, dont voici les titres : 1° Les radiations du spectre solaire, et leurs effets physiologiques et pathologiques ; 2° Les radiations solaires en dehors du spectre, et les radiations cosmiques ; leurs effets physiologiques et pathologiques ; 3° Les modifications de l'atmosphère terrestre et leurs effets physiologiques et pathologiques ; 4° Les radiations du sol et des eaux et leurs effets physiologiques et pathologiques.

L'assemblée du 9-12 avril 1939, entendra en outre le rapport du secrétaire général et du trésorier de l'Association, sur l'exercice précédent et sur l'état actuel des études entreprises. Puis elle élira les membres nouveaux, reconnaîtra les sections nationales déjà formées et nommera les délégués au Comité directeur international, conformément aux statuts.

Les adhérents à l'Assemblée recevront des permis de parcours en chemin de fer à tarif réduit, valables pendant deux à quatre semaines, au départ de leur domicile ou des frontières françaises et italiennes, avec arrêts autorisés en cours de route. Des séjours leur seront assurés partout à des prix forfaitaires, avec le plus grand confort. Au cours et à la suite de l'Assemblée, diverses promenades et excursions auront lieu, pendant les semaines de Pâques, sur la Côte d'Azur, dans les Alpes et en Corse. Les membres de la famille des adhérents, ainsi que les étudiants, seront admis à l'assemblée et aux excursions, au titre de membres associés, avec les mêmes facilités que les membres titulaires.

Les demandes de renseignements et les adhésions sont reçues, dès à présent, chez le secrétaire général du Congrès : Docteur M. Faure, 24, rue Verdi à Nice (des programmes détaillés seront envoyés sur demande).

— III[e] Congrès neurologique international (Copenhague 1939, 21-25 août), sous le haut patronage de Sa Majesté le roi de Danemark et d'Islande.

Secrétaire général : M. le Docteur Knud H. Krabbe, Kommunehospitalet, Copenhague, K.

Les séances du Congrès auront lieu dans les salles du parlement (Rigsdagen) au Château de Christiansborg (aimablement mises à la disposition du Congrès par la présidence du Parlement).

Programme des séances scientifiques. — Lundi 21 août : Le système endocrino-végétatif et sa signification pour la neurologie. Rapporteurs : Sir Henry-H. Dale (Londres), M. le Professeur Laruelle (Bruxelles), M. le Professeur Fulton (New Haven), M. le Professeur O. Foerster (Breslau), M. le Docteur Forsberg (Oslo).

Mardi 22 août : Les maladies nerveuses héréditaires, notamment en ce qui concerne leur genèse. Rapporteurs : M. le Professeur B. Sachs (New-York), M. le Professeur André Thomas (Paris), M. le Professeur Jonesco-Sisesti (Bucarest), M. le Professeur Curtius (Berlin), M. le Professeur Schaffer (Budapest).

Vendredi 25 août : Problèmes concernant les avitaminoses, notamment par rapport au système nerveux périphérique.

Cotisation : 40 couronnes. Des facilités de voyage seront accordées aux congressistes.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R, C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

ACCIDENTS DU TRAVAIL

1.383. — La carte-lettre serait-elle utile ?

La carte-lettre des accidents du travail.

J'avoue ne pas comprendre toutes ces récriminations et vitupérations de confrères (dont l'un a même provoqué une question à un Ministre ! !) contre la fameuse carte-lettre en matière d'accidents du travail.

Au fond, de quoi s'agit-il ?

— D'empêcher des refus, à retardement, de paiement d'honoraires pour accidentés du travail, à qui,

— Ou bien, nous avons eu l'humanité (ou la faiblesse) de donner des soins sans attendre l'avis du patron ;

— Ou bien, dont le patron nous a laissé soigner son ouvrier, en négligeant consciemment ou inconsciemment, mais à notre insu, de faire les déclarations réglementaires ;

— Ou bien, dont le patron était défaillant vis-à-vis de sa Compagnie d'assurances quant au paiement de ses primes, par conséquent, n'était plus en fait assuré, et s'était bien gardé de nous le dire.

Rien que dans ces deux dernières années, j'ai ainsi perdu totalement et sans recours possible, les honoraires de sept sinistres. Auquel de mes confrères cela n'est-il pas arrivé ?

A la réflexion, j'ai donc vu naître cette nouvelle carte-lettre presque avec reconnaissance envers le législateur.

Dès avant le 1er janvier, je m'étais procuré (moyennant un virement de 5 francs + 0 fr. 30 de frais), un carnet à souche dont j'ai détaché, à votre intention, l'un des 100 folios (Crédit Méditerranéen, 55, rue Paradis, Marseille).

A chacun de mes six sinistres de janvier, je me suis présenté moi-même à la poste pour faire recommander gratuitement mes cartes-lettres. Les deux premières fois, surprise, mais non refus du Receveur. La troisième fois, le 15 janvier, l'on me répondait : « Parfaitement, nous avons reçu les instructions » et l'on me remettait gratuitement un carnet, n° ..., permettant les recommandations rapides et en série, qui paraît utile et même indispensable pour tous praticiens recevant plusieurs accidentés du travail le même jour.

A mon avis, il y a là une innovation heureuse, intelligente et peu tracassière. Toutes ne méritent pas ces épithètes !

Dr D.

Réponse

Vous avez lu « presque avec reconnaissance » l'article de la loi nouvelle concernant la carte-lettre, parce que « dans ces deux dernières années, vous avez perdu sans recours possible les honoraires de sept sinistres », soit parce que le patron n'avait rien déclarer à la Compagnie,

soit parce qu'il n'avait pas payé ses primes. Il y a pourtant une levée générale de boucliers parmi les confrères contre cette carte-lettre. Donc, à quelque chose malheur est bon », et, en tout cas, « il est difficile de contenter tout le monde et son père ».

Dr F. DECOURT.

1.456. — Indemnité temporaire due à un accidenté du travail agricole

Dans une exploitation agricole une journalière occasionnelle est employée pendant la fenaison pour un salaire quotidien de 10 francs plus la nourriture.

A la suite d'un accident, l'Assurance qui intervient en place du patron propose à la journalière une indemnité temporaire de huit francs, ce qui correspond à un salaire moyen de 16 francs.

Il me semble que, dans ce cas, le prix de la nourriture ne serait qu'insuffisamment évalué. N'y a-t-il pas un barème qui fixe forfaitairement la somme à laquelle correspond pour une employée le prix d'une journée de nourriture.

L'accidentée, dont l'indemnité se débat, a eu une incapacité temporaire de 165 jours. S'il y a un moins perçu, il devient important.

Dr J.

Réponse

Suivant l'art. 8 de la loi du 15 décembre 1922 modifiée et complétée par la loi du 30 avril 1920 qui a étendu aux exploitations agricoles la législation sur les accidents du travail, l'indemnité journalière est égale à la moitié du salaire.

En cas de salaire variable cette indemnité journalière est égale à la moitié du salaire que touchait la victime au moment de l'accident et ce, pendant le temps qu'aurait duré dans l'exploitation le travail auquel elle était occupée.

A l'expiration de cette période, cette indemnité journalière est calculée sur le taux arrêté tous les deux ans dans chaque département par le Préfet et, après avis de la Commission départementale du travail ou à son défaut du Conseil général et après enquête suivie notamment auprès des Chambres d'agriculture, des Offices départementaux agricoles et des Syndicats agricoles ouvriers ou patronaux, d'après le salaire moyen annuel des travailleurs agricoles.

S'il y a rémunération en nature elle est calculée, à moins de stipulations contraires élevant le chiffre de sa quotité, sur le taux arrêté comme au paragraphe précédent d'après la valeur moyenne de cette rémunération dans le département.

Pour savoir si le demi-salaire touché par votre cliente a bien été exactement calculé, il faut donc que vous vous adressiez aux Services du travail à la Préfecture pour savoir quel est le salaire moyen fixé par le Préfet du département et la valeur moyenne fixée également par le Préfet pour la rémunération en nature.

1.313. — Remise des certificats d'accident. Salaire en cas d'accident sans interruption de travail

1° En matière d'accidents du travail, à qui, en principe, doivent être remis les certificats ? Peut-on les remettre, ou envoyer, directement au patron ? D'autre part, la loi obligeant le patron à fournir un certificat, et donc le médecin à le lui remettre, y a-t-il faute théorique à remettre les certificats à l'employé accidenté, avec naturellement l'espoir qu'il les remettra bien au patron ?

2° Dans le cas où l'accident nécessitait un examen, et même des soins, mais non l'interruption du travail, même pour la journée de l'accident :

a) Que faut-il spécifier à ce sujet sur le certificat ?

b) L'Assurance paiera-t-elle de toutes façons la journée de travail au patron, à plein salaire, puisqu'il est dit que cette journée est due par le patron (et sans qu'il soit spécifié, à ma connaissance, qu'elle est due uniquement en cas d'incapacité de travail durant cette journée).

Réponse

Les dispositions de la nouvelle loi sur les accidents du travail sont formelles et précises. Le médecin est tenu d'adresser à l'employeur, dès que les conséquences en sont connues et au plus tard dans les huit jours qui suivent l'accident, le certificat en double exemplaires prévu par l'article 11, et faute par le médecin traitant de se conformer à ces prescriptions, ni le chef d'entreprise, ni la victime ou ses ayants droit ne sont tenus pour responsables des honoraires.

Il est donc absolument indispensable que vous adressiez vos certificats d'accidents à l'employeur et non au blessé.

D'autre part, la nouvelle loi précise que la journée de travail au cours de laquelle l'accident s'est produit reste intégralement à la charge du patron.

Le demi-salaire est dû dès le lendemain de l'accident s'il y a interruption du travail.

Si la lésion permet au blessé de continuer à travailler, le demi-salaire n'est pas dû et le patron doit payer le salaire entier sans aucune interruption.

1.537. — Accident sportif

Un « footballeur » tombe-t-il sous le coup de la loi sur les accidents du travail ? En cas de non-paiement des honoraires, et lorsque le blessé, la Société et la Compagnie d'assurances font le trio du mutisme et de la sourde-oreille, qui doit-on citer ? En somme, loi de 1898 ou bien droit commun ?

En cas de police « individuelle » et de difficultés de même ordre, doit-on citer la Compagnie d'assu-

rances ou le blessé ? Ici, je crois savoir que c'est le blessé qui est responsable. Mais pour le foot-balleur, qui est généralement payé, je crois que c'est l'entreprise, c'est-à-dire, en définitive, la Société de football.

Dr P.

Réponse

1° Pour que la législation sur les accidents du travail soit applicable, il faut qu'il s'agisse d'un accident survenu au cours de l'exécution d'un contrat de louage de services.

Autrefois, la législation des accidents du travail ne concernait que les professions commerciales, industrielles et agricoles et les services domestiques. Mais, la loi nouvelle entrée en vigueur le 1er janvier dernier, a étendu cette législation à tous les accidents survenus au cours de l'exécution d'un contrat de louage de services de quelque nature qu'il soit.

Sous l'empire de la loi ancienne un foot-balleur blessé au cours d'une partie ne pouvait prétendre au bénéfice de la loi sur les accidents du travail. Depuis le 1er janvier dernier, si ce foot-balleur est lié à la Société sportive par un contrat de louage de service régulier, la Société est responsable des accidents dont il peut être victime au cours d'une partie.

2° Il n'existe aucun lien de droit entre le médecin traitant de la victime d'un accident couvert par une police individuelle de droit commun et l'Assurance de la victime.

En pareil cas, le médecin doit se faire payer par son client lui-même suivant son tarif de droit commun, sauf à lui remettre un reçu acquitté de ses honoraires pour que le client se retourne ensuite vers sa Compagnie d'assurances et lui demande le remboursement de ses frais médicaux dans la mesure prévue par la police et sans que le médecin ait à s'immiscer dans ce règlement.

FISCALITÉ

969. — 1° Contribution nationale de 2 % ; 2° Déduction des dépenses professionnelles

1° A quel moment dois-je faire ma déclaration de mes bénéfices de professions non commerciales pour la contribution exceptionnelle de 2 % du décret-loi du 12 novembre 1938 : chaque mois ou chaque année ?

2° Quel est le taux de la déduction à faire pour mes recettes brutes : est-ce la somme de mes frais professionnels ou est-ce un taux fixe ?

Dr B.

Réponse

1° Vous n'avez pas de déclaration spéciale à faire pour la contribution nationale qui sera établie par le Contrôleur d'après votre déclaration

de revenus. Mais il faut indiquer séparément sur votre déclaration si vous disposez de revenus afférents à la cédule des traitements et salaires, et de revenus afférents à la cédule des bénéfices des professions non commerciales ;

2° Il n'y a pas de taux forfaitaire pour la déduction des dépenses professionnelles des recettes brutes. C'est le montant exact des dites dépenses professionnelles qui doit être déduit, sans se préoccuper du pourcentage qu'il peut représenter par rapport au montant des recettes brutes.

A. et S. MARTINOT,
Conseillers fiscaux

1.360. — Amortissement des frais d'achat du matériel professionnel

J'ai transformé une partie de mon matériel cette année ; cette transformation m'a coûté en chiffres ronds une trentaine de mille francs.

Je voudrais savoir, de l'avis autorisé de votre conseiller fiscal, si je puis déduire, en une seule fois, cette somme de mes bénéfices de cette année, ou si je dois obligatoirement étaler cet amortissement sur plusieurs annuités.

J'ai en, en effet, cette année des bénéfices supplémentaires qui ne se renouvelleront pas. Les honoraires ont été employés par moi à l'amélioration du matériel.

Il semblerait en conséquence logique de pouvoir les déduire en une fois des bénéfices de cette année.

Dr X.

Réponse

Les frais d'achat ou de transformation du matériel professionnel étant une dépense qui ne se renouvelle pas chaque année, vous devez les amortir suivant le nombre d'années nécessaires à leur dépréciation et que vous seul pouvez apprécier en raison de l'usure, des progrès techniques, etc.

A. et S. M.

MÉDECINE LÉGALE

1.419. — Honoraires de justice criminelle

En novembre dernier, j'ai été requis par le Juge de paix de R., de me rendre à M. distant de 12 kilomètres pour y constater le décès par mort violente (*Cf.* la réquisition ci-jointe) de quatre personnes.

Je n'ai pas eu le temps de m'occuper plus tôt de cette «note d'honoraires» puis qu'il m'a fallu quitter L... pour raison de santé.

Mais voudrais-je vous demander :

1° S'il n'est pas trop tard pour faire parvenir la dite note ;

2° Dans quelle forme elle doit être conçue et quel tarif appliquer.

Dr D.

Réponse

Vous avez été régulièrement requis par le Juge de paix agissant en sa qualité d'officier de la police judiciaire, auxiliaire du Procureur de la République pour procéder à l'examen de cadavres à la suite d'un crime et établir un rapport.

En conséquence, vos honoraires doivent vous être réglés conformément aux dispositions du décret du 5 octobre 1920 modifié par les décrets du 16 octobre 1926 et du 22 décembre 1927 sur les frais de justice en matière criminelle.

Vous devrez établir un mémoire en double exemplaire dont l'un sur papier timbré, la somme qui vous est due excédant 100 francs. Ce mémoire devra être envoyé au Procureur de la République qui, après visa du Procureur général et taxe du Président, vous fera payer par le Receveur de l'Enregistrement.

Vous êtes encore dans les délais pour présenter votre réclamation puisque moins d'un an s'est écoulé à partir de l'époque à laquelle les frais ont été faits.

Il vous est dû, conformément à l'article 26 du tarif le prix d'une visite judiciaire pour chacun des cadavres que vous avez eu à examiner, soit 25 × 4 = 100 francs.

Dans ce prix se trouvent compris les frais de rédaction et de dépôt du rapport ainsi que de la prestation du serment.

Vous avez à compter en outre vos frais de déplacement à raison de un franc par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour et une indemnité spéciale de 20 francs (art. 20) puisque le lieu du transport était situé à plus de 5 kilomètres de la commune de votre résidence.

---

851. — Honoraires de médecine criminelle

J'ai été requis en septembre dernier, par le président du Tribunal de première instance, à l'effet d'examiner trois enfants mineurs dans la même famille, dépourvus de soins. J'ai examiné en leur domicile les différents locaux du logis et les trois enfants mineurs. J'ai fourni un rapport unique détaillé. Cela se passait dans ma résidence à 1 kilomètre de chez moi : donc 2 kilomètres aller et retour.

1° Que dois-je compter pour ces différents actes médicaux comme honoraires ;

2° Quelles pièces adresser avec mes mémoires ;

3° Y a-t-il une limite pour l'envoi de ces pièces.

Notre tarif syndical pour les expertises judiciaires

est de 150 francs ; mais s'agit-il là d'expertise et dois-je appliquer le même tarif en l'occurrence.

Dr B.

Réponse

L'expertise dont vous avez été chargé par le Président du Tribunal a été ordonnée au cours d'une instance correctionnelle. Ce sont donc les dispositions du tarif des frais de justice en matière criminelle qui fixent les honoraires que vous pouvez réclamer.

Suivant l'article 26 du décret du 5 octobre 1920, il vous est dû pour chacun des enfants que vous avez eu à examiner un honoraire de 20 francs y compris la rédaction de votre rapport ou certificat.

Mais il ne vous est dû aucun frais de déplacement, puisque vous n'avez pas eu à vous rendre à plus de 2 kilomètres de votre résidence.

Vous devez établir un mémoire en double exemplaire dont l'un sur papier timbré si la somme réclamée excède 50 francs et l'envoyer au Procureur de la République près le Tribunal qui vous a commis, qui, après visa du Procureur général et taxe du Président, vous fera payer par le Receveur de l'enregistrement.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

909. — Promotion au grade de médecin capitaine

Je suis né en 1899, père de 4 enfants vivants, médecin-lieutenant depuis 1930, j'ai effectué dans ce grade douze jours de période obligatoire et 85 jours de périodes volontaires dont une de 15 jours et deux de plus de 21 jours. Depuis l'année dernière, je suis les cours d'une Ecole de perfectionnement d'officiers de réserve, j'ai une année d'assiduité, l'autre est commencée.

Dans ces conditions, puis-je espérer passer au grade supérieur dans un avenir plus ou moins rapproché ?

Quelle devrait être mon affectation de mobilisation ? Médecin d'un groupe d'A. L. V. F. constituerait-il une affectation normale étant donnée ma situation de famille ?

Dr F.

Réponse

Lorsque vous aurez suivi avec assiduité votre deuxième année de cours de perfectionnement, vous serez proposable pour le grade supérieur à moins que dans les cinq dernières années vous n'ayez effectué quinze jours au moins de périodes d'instruction (Circulaire ministérielle du 7 septembre 1938).

En raison de votre situation de famille (art. 58 de la loi du 31 mars 1928. Recrutement de l'armée) vous avez droit à une affectation à l'Intérieur ; réclamez-là à votre Directeur du Service de santé, en joignant un bulletin de naissance de vos quatre enfants.

1.134. — Promotion au grade de médecin sous-lieutenant

J'ai fini mon service militaire comme adjudant médecin en octobre 1936 (classe 1928) et ai effectué, à la suite une période de 21 jours également en 1936 plus la quinzaine de septembre 1938 comme fascicule 3.

J'ai passé ma thèse en février 1938 et à ce moment j'ai adressé une demande en règle pour passer sous-lieutenant.

Depuis, je me suis marié et suis définitivement installé depuis le 1er janvier 1939.

Je serais heureux de savoir :

1° Quand je dois passer sous-lieutenant et s'il y a quelque chose à faire pour cela ;

2° Ce qu'il faut faire pour passer de la région où je suis affecté, en raison de mon domicile antérieur, à la région, lieu de mon domicile actuel.

Dr X.

Réponse

Renouvelez votre demande le plus tôt possible, car c'est à cette époque que chaque année, les Directeurs du Service de santé adressent au ministre leurs listes de proposition pour les médecins auxiliaires qui sont dans votre cas.

Ces promotions au grade de sous-lieutenant ne se font plus automatiquement comme autrefois, car les cadres sont au complet.

Quant à votre changement de domicile, vous devez dans le mois de votre arrivée, faire viser votre livret militaire par la gendarmerie. Il s'en suivra pour vous une affectation dans la région.

1.877. — Promotion au grade de médecin capitaine

Combien d'années de grade, dans le Service de Santé, faut-il, pour que de trois galons on puisse passer à quatre galons.

Dr M.

Réponse

Il faut, en principe, compter au minimum six années de grade de médecin capitaine.

C'est là en effet, une condition minima car, cette année, la Circulaire ministérielle du 30 juillet 1938, fixe le minimum de grade à la date du 31 décembre 1927 et l'âge minimum à 40 ans.

Soixante et unième année — N° 12 — 19 Mars 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	70 fr.	Belgique et Luxembourg..	80 fr.
Etudiants	45 fr.	Première Zone...........	95 fr.
Le Numéro..........	2 fr.	Deuxième Zone..........	120 fr.

Demi-Colonnes

Renseignements

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Estomac douloureux, souvent guéri, amélioré toujours, constamment calmé par les TABLETTES DE MANGAÏNE.

Et sucer lentement de 4 à 6 par jour.

Association des infirmières diplomées de l'Etat Français, recon. d'util. publ. *Gardes à domicile et tous autres postes*, Médec., Chirurg., Maternités, Mais. de Santé, 6, r. de Berri. Tél. (jour et nuit). Elys. 03-02.

Rhumatismes. L'« UROPHENYL » en est la thérapeutique moderne et efficace. 2 à 6 cachets par jour. — Laboratoire Crouy, à Vernon (Eure).

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 2 fr. pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

N° 82. — Seine. A céder pour cause départ cab. méd. génér. datant de 20 ans, en plein rendem. Appart. 5 p., cuis. cab. toil., loyer 4.500. Prix 55.000. On pourr. céder instrum. et meub. profess. Conviendr. à méd. jeune et actif.

N° 83. — Dr Léger, O. H. L., Forbach (Moselle) se charge gracieusem. échange au pair enfants familles médic. ou autres, avec familles allem. S'ad. direct. à lui.

N° 84. — Région Nord. A prend. poste de méd. contrôl. Caisse prim. Ass. soc. Conviendr. à méd. retraité. Adress. dem. avec âge, situat., titres et toutes référ. au bureau du journal.

N° 85. — Banl. imméd. A céder vieille client. méd. génér., gros fixes transmiss. Très bel appartem., tout confort. Urgent.

N° 86. — Jne méd. franç. au courant pneumo, radio, labo, désire place assist. sana, ou aide, ou remplacem. cab. phtisiologie.

N° 87. — Pour assoc. en vue success. import. clin. chirurg. génér. et orthop. Sud-Ouest, cherche chirurg. pouvant faire apport.

N° 88. — Deux-Sèvres. A céder dans sous-préf. raisons âge et famille, avec ou sans instrum., cab. Y. O. R. L. suscept. rendem. intéress. pour méd. jeune et actif. Indemnité à débattre. Urgent.

N° 89. — Paris. Quart. Montparnasse. Vve de méd. louerait à étudiant chambre avec salle bains, sans pension.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

CABINET BREITEL ET GORET

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Belle banl. proche, bon chif. d'aff. client. agglomér. grde maison conf. Indemn. 95.000, 1/2 cpt.

40 kil. Paris, anc. cab. très gros rap. Fixes, belle maison. Prix 150.000.

Oise, propharm. gros rendem. habit. très agréable, 110.000 à déb.

Poitou, chef-lieu cant., bonne client. payant bien, maison avec chauff. cent. jardin. Indemn. 20.000, 1/2 cpt.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Prix Albert Ier de Monaco.* — Conformément aux décisions de l'Académie, prises le 21 février 1939, le sujet de travail à récompenser est ainsi libellé « Bioénergétique ». La Commission chargée de présenter le rapport est composée de MM. Fourneau, Carnot, Portier, Strohl et André Mayer.

— *L'Institut national pour les Relations culturelles avec l'étranger,* de Rome, fait savoir à l'Académie qu'il organise, du 5 au 22 juin, des cours de culture médicale générale pour les médecins étrangers.

— **Société de médecine de Paris.** *Séance du* 20 *mars* 1939, *à* 17 *heures* (Grand amphithéâtre, 60, boulevard de la Tour Maubourg). — La séance du samedi 25 mars sera exclusivement consacrée aux maladies du foie et des voies biliaires.

Prendront la parole : MM. Brulé, Brodin, F. Ramond, Bith, Marcel Joly, A. Bécart.

Tous les confrères sont cordialement invités.

— **Union des médecins mutilés de guerre.** — L'Assemblée générale de l'Union des médecins mutilés de guerre aura lieu le mardi 21 mars, à 19 h. 15, au Restaurant Griffon, 6, rue d'Antin, Paris (IIe), et sera suivie d'un dîner à 20 h. 15 (prix : 50 francs, pourboire compris).

Ordre du jour : Compte rendu de la précédente Assemblée générale ; Rapport du secrétaire général ; Rapport du trésorier ; Adhésions nouvelles ; Election de cinq nouveaux membres du Conseil d'administration : MM. Bichelonne, Carbonell, Cardot, O'Followel, Villetard et Laguerie.

— **Légion d'honneur.** — M. Charles Malexis, directeur d'*Eve* et de *Minerva*, président du Syndicat général des périodiques et journaux illustrés français, vient d'être promu officier de la Légion d'honneur. Journaliste de longue date, il avait collaboré à la *La Petite Gironde* avant la guerre. Blessé grièvement en 1914, il dirigea ensuite des maisons d'éditions, créa divers périodiques, *J'ai vu, La Baïonnette*, etc., etc... En 1921, il prit la direction de l'hebdomadaire *Eve*, puis en 1936 celle de *Minerva*.

Cette double direction justifie la place qu'il occupe depuis deux ans à la présidence du Syndicat général des périodiques et journaux illustrés français, qu'il a fondé. Il vient d'ailleurs, continuant son œuvre centralisatrice, de réunir dans le cadre de la Fédération nationale des journaux français tous les Syndicats de périodiques et a accepté la vice-présidence de ce nouveau groupement dont le président est M. René Baschet, directeur de l'*Illustration*.

— **Manifestation médicale franco-yougoslave à Reims.** — Répondant à l'invitation de M. Paul Marchandeau, Garde des Sceaux, maire de Reims, une délégation des participants aux Journées médicales franco-yougoslaves s'est rendue le dimanche 5 mars à l'Hôtel de Ville de Reims. En présence des professeurs de l'Ecole de médecine de cette ville, le Docteur Yovtchich, président de l'Association des médecins yougoslaves anciens élèves des Facultés et Ecoles de médecine françaises, a manifesté l'affection de son pays pour Reims, ville martyre comme Belgrade, et sa prédilection pour la culture scientifique française.

— **Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine.** (Professeur : M. Maurice Loeper.) — M. le Professeur Pittaluga, de Madrid, fera une conférence à l'amphithéâtre Hayem, le samedi 25 mars 1939, à 11 heures, sur les anémies érythroblastiques.

— **Faculté de médecine de Paris.** — M. le Professeur Roskam, de l'Université de Liége, fera deux conférences :

1° Le mardi 21 mars 1939, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté. Sujet : Comment dépister les saigneurs latents et les petits saigneurs ;

2° Le mercredi 22 mars 1939, à 11 heures, dans le service de la clinique médicale de M. le Professeur Loeper à l'hôpital Saint-Antoine. Sujet : Prévention et traitement des hémorragies.

Ces deux conférences seront accompagnées de projections.

— **Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux de Paris** (2, rue Casimir-Delavigne, Paris, VIe). *Prix Bouloumié* — Les prix Bouloumié, offerts tous les deux ans par la Société des eaux de Vittel, sont destinés à récompenser des mémoires ou thèses d'internes des hôpitaux de Paris en exercice ou d'anciens internes ayant terminé, depuis moins de deux ans, leurs années d'internat. Ces prix, chacun d'une valeur de 5.000 francs et au nombre de trois, sont attribués cette année par un jury composé, comme par le passé, d'anciens internes des hôpitaux de Paris et d'internes en exercice.

Les mémoires et thèses devront être adressés (si possible en trois exemplaires) avant le 1er avril 1939, au Docteur Regaud, secrétaire général de l'Association amicale des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris, 12, square de l'Alboni, Paris (XVIe).

Les exemplaires seront, sur leur demande, rendus ultérieurement à leurs auteurs.

— **Médecins de sanatoriums et de dispensaires antituberculeux.** — Le Comité national de défense contre la tuberculose dispose de bourses destinées à des stages dans les services de clinique de la tuberculose, pour les candidats à ces fonctions.

Ces stages sont d'une durée de six à huit mois. Le montant de la bourse est de 800 francs par mois.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VI[e]).

— **Congrès de médecine de colonisation.** — Ce Congrès aura lieu à Alger, les 29 et 30 mars 1939. Secrétaire général : Docteur Lartigue, Santé publique, au Gouvernement général, à Alger.

—**Société médicale des praticiens.** — Dans les dernières promotions de la Légion d'honneur, nous avons relevé avec plaisir les noms du Docteur Rigaux, président d'honneur, du Docteur Ruaud, membre de la Société médicale des praticiens, nommés officiers, et du Docteur Prosper Veil, également membre de cette Société, nommé chevalier.

Nous adressons à nos confrères nos sincères félicitations.

— **Don à la Mutualité familiale du Corps médical français.** — Les *Laboratoires Rosa*, à la suite d'une enquête sur les œuvres médicales, a fait parvenir à la Mutualité familiale un don de deux cent cinquante francs. Nous les remercions bien vivement de ce geste généreux. — J. N.

— **Hôpital-hospice de Niort.** — Un concours public sur titres pour le recrutement d'un *chef de laboratoire* aura lieu à l'hôpital de Niort le 28 mars 1939.

Les candidats doivent remplir les conditions suivantes : être de nationalité française, docteurs en médecine (diplôme d'Etat), possesseurs du diplôme d'hygiène d'une Faculté française ; être âgés de 25 ans au moins et de 40 ans au plus ; justifier qu'ils ont accompli des stages dans des laboratoires de bactériologie, de sérologie, d'anatomie pathologique et de chimie biologique ; s'engager, en cas de succès au concours, à s'installer à Niort dans le délai de deux mois à dater de leur nomination.

Les candidats devront s'inscrire, et déposer toutes pièces demandées, à l'Economat de l'hôpital-hospice de Niort avant le 25 mars.

— **Congrès de la diurèse** (Vittel, Pentecôte 1939). — Faisant suite à ceux de l'arthritisme, de la lithiase rénale, de la goutte et de l'acide urique, un Congrès de la diurèse, organisé par la Société de médecine de Vittel, sous les auspices de l'Institut d'hydrologie de la Faculté de médecine de Nancy, avec le concours de la Société d'hydrologie et de climatologie de l'Est, aura lieu à Vittel, les 27, 28 et 29 mai 1939.

L'importance des travaux qui y seront présentés conférera un grand intérêt à cette manifestation scientifique, qui s'ouvrira sous la présidence du Professeur Rathery, de l'Académie de médecine.

Pour toute demande de renseignements, s'adresser à M. P. Frisch, secrétaire administratif du Congrès, à Vittel (Vosges).

— **Société française d'histoire de la médecine.** — A la séance du 4 mars 1939 de cette Société, MM. Bandelac de Pariente, Lastres, Lemay et Molinéry ont présenté une motion pour l'expansion de la Société dans les pays de langue latine. Voici près d'un an, M. le Docteur Bandelac de Pariente eut l'occasion d'entretenir M. le Professeur Guiart de ce projet. Sous l'égide de l'UMFIA, les délégués généraux de cette Société se mettraient en relations avec les maîtres des Facultés qui s'intéressent à l'Histoire de la médecine. C'est ainsi que le Professeur Lastres, de l'Université de Lima, membre érudit de la Société internationale d'histoire de la médecine, membre du Comité d'honneur de l'UMFIA, a la ferme volonté de fonder au Pérou une filiale de la Société française d'histoire de la médecine. Le Professeur Lastres, dès sa rentrée dans sa Patrie, mettra son projet à exécution.

— **Vacances de Pâques sur la Côte d'Azur.** — Rappelons que le XIVe voyage de Pâques de la Société médicale du Littoral méditerranéen aura lieu du 9 au 15 avril 1939. S'inscrire 24, rue Verdi, à Nice.

— **Dispensaires antituberculeux de l'Yonne.** — Un concours sur titres, pouvant être complété par une épreuve clinique et orale, est ouvert en vue du recrutement d'un médecin « spécialisé » (n'exerçant pas en clientèle), chargé du service des dispensaires antituberculeux du Comité départemental d'hygiène sociale de l'Yonne (secteurs Auxerre et Sens).

Les conditions de rémunération sont celles prévues au règlement intérieur des dispensaires antituberculeux.

Pour les demandes de renseignements et l'envoi des dossiers, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris, avant le 10 avril 1939.

— **Naissances.** — Le Docteur et Madame Pierre Juillard, nous annoncent la naissance de leur fils *Jean-Pierre.*

Rioz (Haute-Saône), le 6 mars 1939.

Nos félicitations.

— Monsieur et Madame Yves Sjöberg sont heureux de nous faire part de la naissance de leur fille *Claire.*

Paris, 1 *bis*, bd Montmorency, le 24 février 1939.

Il nous est particulièrement agréable d'adresser nos sincères compliments à Monsieur Yves Sjöberg et à notre distinguée collaboratrice, Madame le Docteur Sjöberg.

— Le Docteur et Madame André Destouches sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Jean-Louis.*

Tours, le 3 mars 1939.

Sincères félicitations.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Enseignement de la médecine

Bourses de doctorat en médecine

Arrêté du 27 *février* 1939

Article unique. — L'article 1er de l'arrêté du 15 mai 1927, relatif à l'attribution des bourses de doctorat en médecine, modifié par l'arrêté du 8 avril 1930, est modifié ainsi qu'il suit :

Article 1er

« Peuvent obtenir sans concours, pour un an, une bourse de première année de doctorat en médecine, les étudiants qui justifient au minimum :

« Soit de la note 70 à l'examen P. C. B. ou de la mention « assez bien » au certificat d'études supérieures des sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle et des mentions suivantes aux deux parties du baccalauréat de l'enseignement secondaire : deux mentions « bien » ou une « bien » et une « assez bien ».

« Soit de la note 75 au certificat P. C. B. ou de la mention « bien » au certificat dit P. C. N. supérieur et au moins d'une mention « assez bien » à l'une des deux parties du baccalauréat ».

(*J. O.*, 28 février 1939.)

Par arrêté du ministre de l'Education nationale en date du 3 mars 1939, la chaire de thérapeutique et matière médicale de la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

(*J. O.*, 4 mars 1939.)

Assistance médicale coloniale

Avis de concours pour six emplois de médecin de l'Assistance médicale indigène en Afrique occidentale française

Par arrêté du Gouverneur général de l'Afrique occidentale française, inséré au *Journal Officiel* du 25 février 1939, un concours est ouvert à Paris, Bordeaux et Marseille, aux médecins français, titulaires du diplôme de médecine coloniale, pour l'emploi de médecin du cadre de l'Assistance médicale indigène de l'Afrique occidentale française.

Les épreuves auront lieu le 31 août 1939. Le nombre des places mises au concours est fixé à six. Les inscriptions seront closes le 30 juin.

Tous renseignements concernant les conditions et le programme du concours seront fournis par l'Inspection générale du Service de santé, au ministère des Colonies.

(*J. O.*, 1er mars 1939.)

Sanatoriums publics

Décret du 28 février 1939 fixant les conditions de recrutement par voie de concours des médecins adjoints des sanatoriums publics

Art. 1er. — Le décret du 9 décembre 1938, fixant les conditions de recrutement et de nomination par voie de concours des médecins des sanatoriums publics, est modifié et complété comme suit, en ce qui concerne la composition des jurys de concours :

Art. 27. — ....

Le jury du concours comprend :

Le directeur de l'Hygiène et de l'Assistance au ministère de la Santé publique, président.

Le professeur de clinique de la tuberculose de la Faculté de médecine de Paris.

Un professeur de clinique de la tuberculose d'une autre Faculté de médecine.

Un inspecteur général des Services administratifs, docteur en médecine.

Un inspecteur général technique du ministère de la Santé publique.

Un phtisiologue, médecin du ministère de la Santé publique.

Le président du Syndicat des médecins des sanatoriums publics ou son représentant.

Un conseiller technique (tuberculose pulmonaire) du ministère de la Santé publique.

Deux médecins des hôpitaux en exercice ou honoraires, spécialisés dans la tuberculose pulmonaire et choisis de préférence parmi les membres de la Commission de la tuberculose.

Un médecin des hôpitaux de Paris non spécialisé.

....

Art. 29. — ....

Le jury du concours comprend :

Le directeur de l'Hygiène et de l'Assistance au ministère de la Santé publique, président.

Un professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris ou d'une autre Faculté choisi de préférence parmi les membres de la Commission de la tuberculose.

Un inspecteur général des Services administratifs, docteur en médecine.

Un inspecteur général technique du ministère de la Santé publique.

Un phtisiologue, médecin du ministère de la Santé publique.

Le président du Syndicat des médecins des sanatoriums publics ou son représentant.

Un conseiller technique (tuberculose chirurgicale) du ministère de la Santé publique.

Deux chirurgiens des hôpitaux de Paris, en exercice ou honoraires, spécialisés dans la tuberculose osseuse et choisis de préférence parmi les membres de la Commission de la tuberculose.

....

Art. 2. — Le ministre de la Santé publique et le ministre des Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal Officiel* de la République française.

(*J. O.*, 2 mars 1939.)

Hôpitaux psychiatriques

Le poste de médecin chef de service de l'hôpital psychiatrique Saint-Luc, à Pau, est actuellement vacant, par suite du départ de M. le Docteur Gardes, appelé à un autre poste.

(*J. O.*, 3 mars 1939.)

Exercice de la médecine

Décret du 14 *décembre* 1938, *promulguant la Convention destinée à fixer les conditions dans lesquelles les docteurs en médecine et chirurgiens-dentistes monégasques et français seront réciproquement admis à exercer leur profession dans l'autre pays.*

(*J. O.*, 4 mars 1939.)

Service de santé militaire

Mutations

Réserve

Par décision du 28 février 1939, les officiers de réserve du Service de santé ci-après désignés reçoivent les affectations suivantes :

Médecins

A la région de Paris : les méd. lieut. Thibault, de la 6e rég. ; Abitboul, du 19e C. A. ; Bertrand, du 19e C. A. ; Zwahlen, de la 20e rég. ; le méd. sous-lieut. Guilbourg, de la 3e rég. (p. o.).

A la rég. de Paris (p. o.) : le méd. capit. Noyer, de la rég. de Paris ; le méd. lieut. Crivelli, des tr. du gr. du Pacifique.

A la 1re région : le méd. lieut. Stérin, de la rég. de Paris ; le méd. sous-lieut. Vansostenoble, de la rég. de Paris.

A la 2e région : le méd. lieut. Genty, de la rég. de Paris.

A la 3e région : les méd. lieut. Jouannéau, de la rég. de Paris ; Chevillot, du 19e C. A. ; les méd. sous-lieut. Anglade, de la rég. de Paris ; Etévé, de la 20e rég.

A la 3e région (p. o.) : le méd. lieut. Kuhlmann, de la 20e rég.

A la 4e région : le méd. col. Lemoine, des troupes de Tunisie ; le méd. lieut. Marçais, de la 3e rég.

A la 5e région : les méd. sous-lieut. Laroque, de la rég. de Paris ; Guillemain, de la 13e rég.

A la 7e région : les méd. sous-lieut. Petit, de la 11e rég. ; Seeger, de la 20e rég.

A la 8e région : le méd. command. Rafinesque, de la rég. de Paris ; le méd. capit. Tétard, de la rég. de Paris ; le méd. lieut. Albrecht, de la rég. de Paris.

A la 9e région : les méd. lieut. Bachelier, de la rég. de Paris ; Foucaud, de la rég. de Paris.

A la 11e région : les méd. capit. Couturier, du 19e C. A. Cau, de la 20e rég. ; le méd. lieut. Guy, de la rég. de Paris.

A la 13e région : le méd. lieut. Fassio, de la 16e rég.

A la 14e région : le méd. capit. Christy, de la 4e rég. ; les méd. lieut. Humbert, de la rég. de Paris ; Fay, de la 2e rég. ; Lepoire, de la 20e rég. ; Nerson, de la 20e rég. ; les

méd. sous-lieut. Nodet, de la rég. de Paris ; Mathon, de la 15e rég.

A la 15e région : les méd. lieut. Royer, de la rég. de Paris ; Dupont, de la 1re rég. ; Debon, de la 3e rég.

A la 15e région (p. o.) : le méd. lieut. Benier, de la 15e rég.

A la 16e région : le méd. capit. Nègre, de la 14e rég.

A la 17e région : le méd. lieut. Dardenne, de la 13e rég.

A la 18e région : les méd. lieut. Lafon, de la 9e rég. ; Grondeau, de la 17e rég.

Aux troupes de Tunisie : le méd. lieut. Tibi, de la 14e rég.

Aux troupes du Maroc : le méd. command. Rossi, de la rég. de Paris.

Aux troupes du Levant : le méd. lieut. col. Lecercle de la 15e rég.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Les médecins contrôleurs des Unions régionales des Caisses d'assurances sociales ne peuvent soigner les assurés de l'Union

7.783. — M. Henri Salengro demande à M. le ministre du Travail si l'interdiction à un médecin contrôleur, chargé de la surveillance des malades, de donner des soins aux assurés affiliés à la Caisse, résultant de l'article 15 du règlement d'administration publique du 19 mars 1936, peut être étendue aux médecins contrôleurs d'une Union régionale. (*Question du 17 décembre 1938.*)

Réponse. — Réponse affirmative.

(*J. O.*, 11 février 1939.)

L'admission à l'Assistance aux vieillards n'implique pas l'inscription d'office sur la liste d'Assistance médicale gratuite

8.078. — M. Buisset demande à M. le ministre de la Santé publique si le vieillard indigent qui bénéficie du secours de l'Assistance aux vieillards a droit à l'Assistance médicale gratuite ou s'il doit accomplir des formalités pour l'obtenir. (*Question du 17 janvier 1939.*)

Réponse. — L'adminission au bénéfice de l'allocation prévue par la loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables n'implique pas l'inscription d'office sur la liste d'Assistance médicale gratuite. Cette inscription doit être sollicitée par l'intéressé dans les conditions prévues par la loi du 15 juillet 1893.

(*J. O.*, 17 février 1939.)

Voir la suite page LIX-853.

PROPOS DU JOUR

LES ORIGINES DE L'HOMME

A propos du Sinanthrope — Perspectives de Phylogénie humaine

La découverte du *Sinanthrope*, hominidé fossile de Chou-Kou-Tien près de Pékin et celle de l'homme fossile de Ngandong en 1937 par Oppenoorth, sur les rives de la rivière Solo à Java région où l'on avait en 1891 mis à jour le Pithécanthrope, incitent les anthropologistes à reprendre l'étude de la phylogénie humaine en prenant pour bases de nouveaux éléments. M. le Docteur Georges MONTANDON, professeur d'ethnologie à l'Ecole d'anthropologie et conservateur du Musée Broca, a traité récemment cette question à la conférence Broca de la Société d'anthropologie de Paris et dans un article très documenté de la *Revue Scientifique* (1).

***

Le Sinanthrope, comme le Pithecanthrope, a une capacité crânienne d'environ 1.000 c. c., qui le distingue de l'homme actuel et de l'homme fossile de Néandertal dont la capacité crânienne atteint 1.500 c. c. et aussi des singes anthropoïdes chez lesquels cette capacité ne dépasse pas 500 c. c.

La boîte crânienne du Sinanthrope est aplatie et tandis que chez l'homme elle affecte la forme d'une sphère, chez le Sinanthrope on pourrait la comparer à une lentille. Des bourrelets osseux volumineux ou torus existent dans les régions frontales sus-orbitaires, occipitales et supramastoïdiennes, rapprochant le crâne des sinanthropes de celui des anthropoïdes plus que des néandertaliens. Ces bourrelets osseux sont des caractères archaïques que l'on peut observer chez les primitifs (Tasmaniens, Esquimiens, Aïniens).

A ces caractères ajoutons un torus mandibulaire, l'horizontalité de la suture temporo-maxillaire, la courbure de l'axe du rocher à concavité en dehors et en avant, l'épaisseur et l'aspect bombé de la paroi du canal auditif, particularité que l'on observe aussi chez l'homme de Solo.

Les anthropologistes ont en outre étudié 147 dents de sinanthrope. Ils ont constaté leur grande dimension, leur massivité. Ils ont encore constaté des rides sur la surface triturante comme chez les Anthropoïdes, du taurodontisme comme chez les Néandertaliens. Une particularité intéressante est l'excavation de la face interne des incisives supérieures qui les font dénommer dents en pelle. On retrouve ce caractère sur les incisives des Mongoliens actuels, ce qui a permis à Weindenreich d'émettre l'hypothèse, un peu téméraire, d'une filiation des Mongols et des Sinanthropes qui se trouvent dans la même région. Joignons à ces caractères dentaires, une petite pointe aiguë au milieu de la lame coupante de la canine inférieure et le type des molaires qui se rapproche du type anthropoïde..

***

A propos de l'étude morphologique du Sinanthrope, M. Montandon expose les perspectives qu'on peut en tirer en phylogénie humaine. Il divise la lignée qui aboutit à l'homme actuel, Homo sapiens recens, en cinq étapes :

Les ANTHROPOÏDES donnent lieu à deux étapes.

1re étape. —Les *Anthropoïdes* proprement dits dont la capacité crânienne ne dépasse pas 500 c.c.

2e étape. — Les *Australopithèques-paranthropiens* qui ont une capacité crânienne de 750 c. c. et qui morphologiquement se rapprochent des précédents.

Les HOMINIDÉS viennent ensuite :

3e étape. — Les *Anthropiens* dont la capacité crânienne avoisine 1.000 c. c. parmi lesquels on classe le *Pithécanthrope*, le *Sinanthrope*, l'*Africanthrope*.

4e étape. — Les *Hominiens* dont la capacité crânienne atteint 1.500 c. c. comme celle de l'homme mais qui s'en distinguent par un muffle semi-simien. Parmi eux on classe les *Néanderthaliens d'Europe*, l'*Hominien de la Rhodesia*, l'*homme de Solo* (Java).

5e étape. — L'*homme* qui comprend outre l'*Homo sapiens recens*, l'*Homo sapiens diluvialis*, l'*Homo sapiens mongoliensis*, etc.

Il importe de bien distinguer les hommes des hominidés, anthropiens et hominiens. Ces deux deux derniers sont tous fossiles.

(1) Docteur Georges MONTANDON. — Perspectives de phylogénie humaine suggérées par la morphologie auriculaire et dentaire du Sinanthrope. (*Revue Scientifique*, 15 décembre 1938.)

Weinert, dans son très récent ouvrage *L'Homme Préhistorique* (1), rattache les hominidés au groupe chimpanzoïde du quaternaire.

Weindenreich, se basant sur l'existence des incisives en pelle, fait du Sinanthrope l'ancêtre des Mongols. Or le crâne du Mongol est globuleux tandis que celui du Sinanthrope est lenticulaire. On pourrait, si l'on tenait à toute force établir un rapprochement, comparer le crâne du Sinanthrope à celui de l'Aïno.

L'étude du Docteur Montandon nous montre les progrès effectués dans la voie de la phylogénie humaine depuis 1891, année dans laquelle le Hollandais Dubois a découvert à Trinil (Java) le Pithécanthrope dans un gisement antérieur à l'époque quaternaire. J. Noir.

LES MERVEILLES DE LA TECHNIQUE MODERNE APPLIQUÉES A LA CLINIQUE
UTILISATION DE L'ÉPISCOPE A L'ENSEIGNEMENT DE LA CHIRURGIE

Jusqu'à ce jour dans les services de chirurgie, et particulièrement dans les cliniques chirurgicales, peu nombreux étaient les privilégiés qui pouvaient voir le maître opérer. A part les assistants, quelques internes, à la rigueur quelques externes, personne ne pouvait approcher et se rendre compte des différentes phases d'une opération. Le nombre des assistants dans les services très fréquentés, pouvait gêner l'opérateur et de plus ne permettait pas d'assurer une asepsie rigoureuse. Nous avons bien vu au Palais de la Découverte une salle d'opération ultra-moderne où le chirurgien et ses aides étaient au centre, complètement séparés des élèves et autres assistants qui, tout autour d'une galerie, séparée de la salle d'opération proprement dite par une coupole de verre, tâchaient de voir de loin les manœuvres du chirurgien, mais les spectateurs voyaient mal et ne pouvaient suivre suffisamment les diverses phases de l'intervention.

Actuellement on a trouvé mieux : *Paris-Soir* dans son numéro du 15 février, décrit et reproduit un appareil, l'*épiscope*, installé dans le service du Professeur Lemaitre à l'hôpital Lariboisière qui permet aux élèves de suivre sur un écran dans une pièce voisine tous les temps d'une opération. D'autre part, au moyen d'un micro, le maître peut expliquer à ses auditeurs qu'il ne voit pas lui-même mais qui eux peuvent suivre ses gestes et l'entendre, les détails de l'intervention.

L'appareil est assez complexe. Il nécessite un éclairage intensif du champ opératoire qui dégage une assez forte chaleur. D'autre part la lumière éblouissante oblige l'opérateur et ses aides à porter des lunettes teintées. Un système de prismes que nous ne saurions expliquer, permet de projeter sur un écran dans l'amphithéâtre, séparé par une cloison de la salle d'opération, l'image cinématographique de l'intervention. Le maniement de l'épiscope est assez délicat. C'est M. Jean Moulin, jeune docteur distingué, attaché à la clinique d'oto-rhino-laryngologie du Professeur Lemaître, qui en surveille le fonctionnement et s'acquitte parfaitement de sa tâche. L'épiscope permet ainsi à plusieurs centaines d'étudiants d'assister à une opération que récemment quelques privilégiés auraient eu de la peine à suivre.

Depuis longtemps le cinématographe avait été utilisé par Doyen à l'enseignement et à la divulgation de la médecine opératoire. Nous nous souvenons avoir admiré des projections cinématographiques même en couleur d'interventions délicates et compliquées. Mais l'épiscope rendra indiscutablement de plus grands services à l'enseignement de nos Facultés ; nul doute que son emploi ne se généralise et que les quelques inconvénients qu'il présente encore pour l'opérateur et ses aides ne soient atténués, sinon supprimés, par des perfectionements.

J. Noir.

(1) Payot, édit.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LE TRAITEMENT DES DOULEURS GASTRO-INTESTINALES PAR LES INJECTIONS INTRA-DERMIQUES

Par MM.

Pierre OURY et Etienne PERALY

Médecin-chef — Interne

de l'Asile national de Saint-Maurice

La douleur est le symptôme majeur par lequel sextériorise la souffrance de l'appareil digestif. E'lle joue en pathologie gastro-intestinale un rôle prépondérant, car dans l'immense majorité des cas, elle constitue la manifestation la plus frappante, en même temps que la plus gênante, des processus morbides de l'estomac ou de l'intestin.

Contrairement aux affections cardio-vasculaires ou respiratoires pour lesquelles la symptomatologie fonctionnelle s'étaie aisément sur les résultats d'un examen clinique complet, la douleur des affections digestives existe le plus souvent à l'état isolé, et les investigations cliniques les plus minutieuses n'arrivent généralement pas à découvrir son substratum anatomique. Il faut avoir recours à l'examen radiologique pour que cette douleur, symptôme dominant, sinon exclusif, puisse être rattachée à l'évolution d'un processus pathologique intéressant tel ou tel segment du tube digestif. Mais si au point de vue clinique, le gastro-entérologue, plus que tout autre, fait état du symptôme douleur, au point de vue thérapeutique, tout son effort doit tendre à la combattre. En effet, plus qu'un diagnostic savant dont ils ne comprennent pas toujours l'intérêt, les malades viennent demander un apaisement à leurs phénomènes douloureux, surtout lorsque ces phénomènes, par leur intensité, interrompent le cours normal de l'existence.

***

Depuis quelques années, de nombreux auteurs ont essayé de résoudre le problème pathogénique et thérapeutique de la douleur.

On est arrivé, au point de vue chirurgical et grâce au maître incontesté qu'est Leriche, à de remarquables résultats dans le traitement de certaines algies ; mais la neuro-chirurgie, si elle laisse, pour l'avenir, les plus réconfortants espoirs, comporte une technique très délicate, et n'est pas encore du domaine courant.

En cardiologie, Laubry, avec toute la profondeur de son sens clinique, a précisé l'origine et la signification du cœur douloureux.

Enfin au point de vue biologique, Lemaire, dans une très intéressante monographie, a étudié le problème de la sensibilité viscérale, et l'anesthésie des splanchnalgies. Ce problème a d'ailleurs été repris en 1929 par Lichtwitz dans une thèse très documentée sur les algies viscérales, inspirée par son maître Sicard.

Ces différents travaux sur la sensibilité des viscères, et sur les moyens susceptibles de la modifier, nous ont incités à rechercher quels seraient les effets obtenus par la mise en œuvre de certains de ces moyens, sur la douleur gastro-intestinale. Nous n'avons certes pas la prétention, dans ce court article, d'aborder le problème physio-pathologique de la douleur digestive. Nous resterons au contraire sur le terrain purement pratique, et nous bornerons notre étude aux indications et à la technique d'un traitement antalgique nouveau sur lequel nous croyons utile d'insister.

Il y a seulement une quinzaine d'années, la thérapeutique de la douleur digestive comportait deux ordres de médicaments : les pansements gastriques ou gastro-intestinaux, avec au tout premier plan, cette médication maîtresse qu'est le sous-nitrate de bismuth ; et d'autre part, les antispasmodiques, soit végétaux, soit chimiques. A l'heure actuelle, deux modes nouveaux de traitement viennent compléter l'arsenal du gastro-entérologue : d'une part, le traitement biologique dont l'un de nous a préconisé l'emploi, dans une monographie sur l'ulcus, et d'autre part, apparentée au précédent par certains côtés, *la thérapeutique antalgique proprement dite, représentée par les injections intra-*

dermiques de substances pharmacodynamiques diverses.

***

La voie intradermique a pris ces derniers temps une importance cruciale dans le traitement de toutes les algies, et a suscité une littérature déjà fort abondante. Cette voie d'introduction des médicaments semble très importante et peut-être prouvera-t-on, dans l'avenir, que la peau est le meilleur moyen de pénétration d'un grand nombre de substances capables d'agir contre les splanchnalgies.

En ce qui nous concerne, c'est-à-dire dans le cadre des douleurs digestives, on peut se faire une idée du mode d'action des injections intradermiques sur la sensibilité du tube digestif, grâce aux notions nouvelles remarquablement exposées dans la monographie de Lemaire. Pour cet auteur, les sources de la sensibilité splanchnique consciente résident principalement, non pas dans les viscères eux-mêmes, mais dans le système des connexions viscéro-ligamentaires et dans les séreuses pariétales. *D'autre part, cette sensibilité splanchnique dispose, pour impressionner la conscience, de trois itinéraires : une voie propre qui suit le faisceau spino-thalamique ; une voie non spécifique à relai intra-médullaire, que Mackenzie considérait comme spécifique ; et enfin, une voie viscéro-cutanée dans laquelle, à la faveur sans doute d'un réflexe sympathique vaso-moteur local, la sensibilité du neurone sensitif pariétal est mobilisée, et permet aux excitations splanchniques de gagner la conscience.* Cette voie indirecte est coupée par les injections locales de novocaïne et si dans certains cas, tels les crises gastriques du tabès, la novocaïne ne supprime pas la douleur, c'est peut-être parce que ces viscéralgies sont particulières, et ne s'accompagnent pas de retentissement cutané.

La notion d'une voie viscéro-cutanée est donc la base logique du traitement de la douleur par les injections intradermiques.

***

La technique des injections intradermiques est connue de tout le monde. Faire une telle injection est devenu un geste aussi banal que faire une injection intra-musculaire ou intraveineuse. En deux mots, rappelons qu'on utilise une aiguille courte très fine, montée sur une seringue contenant un centimètre cube de la solution à injecter. On fait pénétrer dans l'épaisseur du derme une à deux gouttes de la substance utilisée, de façon à réaliser une petite moucheture. On recommence sept à huit fois la même opération en des points différents, mais toujours dans les limites de la zone douloureuse, si bien que finalement celle-ci se trouve recouverte de sept à huit papules distendues.

Un grand nombre de médicaments ont été utilisés en injections intradermiques et ont donné entre les mains des différents auteurs, de bons résultats dans le traitement des algies. Ces résultats sont d'ailleurs souvent imprévus, car l'action d'une substance donnée paraît être fort différente suivant qu'elle est injectée sous la peau ou dans le derme. C'est ainsi, par exemple, que l'eau distillée, bien anodine lorsqu'elle est introduite sous la peau, peut réaliser en injections intradermiques, la sédation de phénomènes douloureux thoraciques, abdominaux, ou articulaires (Jarricot). Il serait vain toutefois d'accorder à cette méthode une valeur trop absolue. Si en effet, une substance aussi simple que l'eau distillée peut, lorsqu'elle est introduite dans le derme, faire cesser la douleur, c'est qu'elle met en œuvre un processus particulier, que nous ignorons d'ailleurs, mais qui, très certainement ne joue pas dans tous les cas avec la même intensité. Pour faire donner à ce processus toute sa mesure, il est alors utile d'adjoindre à l'eau distillée diverses substances actives au point de vue pharmacodynamique.

Parmi ces dernières, l'histamine est la grande vedette du moment. C'est surtout dans le traitement de la douleur articulaire que l'histamine trouve ses indications les plus nettes (Coste, Weissenbach). Par la mise en jeu de réflexes viscéro-cutanés encore bien mystérieux, elle calme remarquablement les douleurs relativement superficielles. Mais pour ce qui est des douleurs profondes — et ce sont elles qui préoccupent le gastro-entérologue — nous donnons la préférence aux médicaments classiques que sont la novocaïne, la cocaïne, et tous leurs dérivés. En effet, d'une part ces substances ajoutent à l'action favorable du traumatisme intradermique lui-même, leur propre action anesthésiante locale ; d'autre part, elles ne déterminent pas les réactions violentes de la triade de Lewis, alors qu'au contraire, l'histamine les réalise avec une grande intensité. Certes, de telles réactions ne présentent aucun inconvénient lorsqu'il s'agit d'arthralgiques ou de myalgiques, mais chez les douloureux digestifs, qui presque toujours manifestent un gros déséquilibre du système neuro-végétatif, nous pensons qu'elles doivent être autant que possible évitées.

En toute objectivité, il est juste de dire d'ailleurs, que cette triade de Lewis sera évitée, ou tout au moins rendue négligeable par l'emploi de l'histamine très diluée, au 1/100e par exemple, sous forme d'histamine désensibilisante.

Nous signalerons, pour terminer, trois autres médicaments que différents auteurs ont préco-

nisés contre les algies : l'histidine, expérimentée surtout contre les douleurs précordiales par Halbron et Lenormand ; l'association histidine + histamine, et enfin, le bromhydrate double d'atropine et d'histidine, additionné de scopolamine à dose infinitésimale en milieu isotonique. Cette dernière préparation a été proposée par Antoine dans un intéressant rapport à la Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres, le 5 novembre 1937, pour lutter contre les spasmes et les douleurs de l'appareil digestif.

En fait, nous avons essayé ces diverses substances, et pour l'heure, nous croyons devoir nous en tenir à la novocaïne, à la cocaïne, et à leurs succédanés. Le plus souvent nous utilisons pour chaque séance un centimètre cube d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1 %, car celle-ci, quoique légèrement plus toxique que la novocaïne, est cependant moins douloureuse.

Mais il faut bien savoir que pour un cas donné telle substance peut se montrer inefficace, alors qu'elle avait parfaitement réussi chez un autre malade. Il appartient donc au praticien de trouver par tâtonnements la substance réellement efficace, et de modifier sa thérapeutique suivant les modalités réactionnelles des patients.

***

Indications thérapeutiques

Si le choix du médicament est relativement facile, la détermination des cas où son emploi s'impose, est beaucoup plus délicate.

D'une façon générale, et en vertu de la théorie du réflexe viscéro-cutané, les injections intradermiques n'agissent que sur les douleurs punctiformes ou franchement localisées. Elles sont sans effet sur les pesanteurs gastriques, sur les endolorissements diffus à point de départ colique, et plus généralement, sur toutes les douleurs mal limitées, indécises, et à topographie variable.

En fait, nous croyons que pour le gastro-entérologue, quatre indications majeures des injections intradermiques antalgiques sont à retenir : *les cicatrices douloureuses abdominales ; les douleurs épigastriques électives de la ligne médiane avec, subsidiairement les douleurs de l'ulcère gastrique ; les douleurs des spasmes coliques gauches ; et enfin, les douleurs des syndromes vésiculaires.*

1° Les cicatrices douloureuses abdominales

Elles constituent l'indication la plus typique des injections antalgiques.

Il est fréquent qu'à la suite d'une appendicectomie, d'une gastrectomie, d'une gastro-entérostomie, ou d'une intervention portant sur la vésicule biliaire, les malades continuent à présenter des phénomènes douloureux dans la région de leur cicatrice. Avant de les traiter, il est nécessaire de s'assurer que leurs douleurs ne sont pas en rapport avec des complications locales survivant à l'intervention. Chez les opérés de l'estomac, il faut, par la radiographie, éliminer un ulcus peptique et les différentes affections qui peuvent naître sur une bouche de gastro-entérostomie défectueuse. Chez ceux qui ont été opérés pour une appendicite, on pensera à la possibilité d'une colite droite qui évoluait en même temps que l'appendicite, et qui lui a survécu.

En dehors de ces cas, les phénomènes douloureux des cicatrices abdominales sont probablement dus à la section d'un ou de plusieurs filets nerveux superficiels. Tantôt la douleur est strictement limitée au tracé cicatriciel ; le diagnostic en est alors aisé. D'autres fois, au contraire, elle siège à quelque distance de la cicatrice cutanée, et le malade en donne une description équivoque et trompeuse. C'est en soulevant la peau, en pinçant délicatement la cicatrice, et en explorant la mobilité des plans superficiels sur les plans profonds, que l'on rapportera la douleur à sa véritable origine. Il faut alors pratiquer les mouchetures intradermiques strictement dans les limites de la zone sensible.

2° Les douleurs épigastriques de la ligne médiane

Les injections intradermiques ne sont réellement efficaces que dans les états gastriques fonctionnels, c'est-à-dire dans ce que d'une façon générale on désigne sous le nom de neurotoniès gastriques. Peu importe d'ailleurs qu'il s'agisse de neurotonies primitives ou de douleurs gastriques réflexes au cours d'affections abdominales de voisinage.

Au point de vue séméiologique, on distingue chez les dyspeptiques, quatre types de phénomènes douloureux : la brûlure, la pesanteur, le tiraillement et la crampe.

Ces phénomènes pris individuellement ne correspondent pas chacun à un type bien défini de dyspepsie, et il serait vain de vouloir superposer tel type de douleur à une dyspepsie soit hypersthénique, soit hyposthénique. Pour ne citer qu'un exemple, nous avons souvent constaté des brûlures très intenses chez des dyspeptiques hyposthéniques et hypochlorhydriques.

Quoiqu'il en soit et en nous plaçant au point de vue purement pratique, nous pensons que brûlures et pesanteurs gastriques ne sont pas justiciables des injections intradermiques antalgiques. Celles-ci reconnaissent deux indications majeures : les tiraillements, et surtout les crampes.

La crampe d'estomac est d'intensité variable. Quelquefois c'est un violent paroxysme excruciant, siégeant à la partie la plus haute du creux

épigastrique, immédiatement au-dessous de l'appendice xyphoïde, et s'accompagnant d'irradiations thoraciques angoissantes. Mais plus souvent cette crampe, quoique toujours pénible, se réduit à une douleur post-prandiale continue et d'intensité moyenne. Objectivement, elle se traduit à la palpation par des douleurs siégeant strictement sur la ligne médiane épigastrique. C'est particulièrement dans ce type de douleurs que les injections intradermiques prennent toute leur importance. Nous avons vu bien souvent une série de mouchetures linéaires ou en croix le long de la ligne blanche, donner une accalmie que plusieurs séances ont rendue définitive.

On ne saurait parler des douleurs épigastriques de la ligne médiane sans songer tant soit peu à celles de l'ulcus gastrique. Toutefois nous ne nous y attarderons pas, car si les injections intradermiques de cocaïne peuvent supprimer ou atténuer la douleur des ulcéreux, il ne s'agit là que d'un traitement purement symptomatique, n'ayant aucune influence sur l'évolution ultérieure de l'ulcère.

Enfin, nous avons souvent obtenu des résultats remarquables dans le syndrome dystonique avec battements de l'aorte abdominale que l'un de nous a étudié antérieurement, et que Jacquet avait désigné sous le nom de solarite abdominale.

3° Les douleurs des spasmes coliques gauches

Ici encore, pour obtenir des résultats satisfaisants, il faut se bien pénétrer de l'idée que les injections intradermiques n'agissent que dans des cas franchement déterminés.

Au premier abord, il peut paraître surprenant que cette thérapeutique antalgique n'agisse que sur les douleurs coliques gauches et beaucoup moins sur les droites. Pourtant, si l'on réfléchit à ce fait d'observation courante, que les douleurs du bas fond cæcal diffusent généralement à toute la fosse iliaque droite, tandis que celles du côlon gauche restent le plus souvent bien limitées, la différence de résultats du traitement antalgique intradermique à droite et à gauche, cesse de paraître paradoxale.

Nous réservons donc les injections intradermiques aux cas de côlite gauche légère, caractérisés par une douleur bien limitée de la fosse iliaque gauche, avec, à la palpation, la perception d'un côlon spasmé et roulant sous le doigt.

Toutefois, pour ne pas paraître trop exclusifs, nous ajouterons que les échecs de la thérapeutique classique dans le traitement de la colite droite, autorisent, en désespoir de cause, à essayer les injections intradermiques antalgiques.

4° Les douleurs des syndromes vésiculaires

Cette indication est de beaucoup la plus connue, et à l'heure actuelle, de nombreux praticiens utilisent couramment les injections intradermiques de cocaïne pour renforcer, ou même pour remplacer l'action des opiacés dans le traitement des crises douloureuses de la vésicule biliaire.

A l'exception des phénomènes douloureux des cholécystites aiguës fébriles, on peut dire que toutes les douleurs vésiculaires sont justiciables des injections intradermiques antalgiques.

Personnellement, nous en avons presque toujours obtenu de bons résultats, aussi bien dans les grands paroxysmes douloureux de la colique hépatique ou de la colique vésiculaire, que dans les douleurs lancinantes et persistantes des différents syndromes de cholécystite chronique, lithiasique ou non.

* * *

De ce qui précède, quelques conclusions d'ensemble peuvent être tirées :

a) les injections intradermiques, par la facilité de leur technique, doivent devenir d'un usage aussi courant que les injections sous-cutanées, et cela aussi bien à l'hôpital qu'en clientèle de ville ;

b) de nombreuses affections abdominales à douleurs bien limitées, sont justiciables d'un tel traitement ;

c) la substance qui nous paraît la plus indiquée est le chlorhydrate de cocaïne en solution à 1 % ;

d) les résultats de la thérapeutique intradermique antalgique se jugent très rapidement, ce qui permet, en cas d'échec, de recourir sans perte de temps aux traitements classiques.

TÉTANOS

Par M. le Docteur MENEGAUX

Professeur agrégé à la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux

Le tétanos est une maladie d'origine traumatique, due au bacille de Nicolaïer. Le bacille agit uniquement par ses toxines qui provoquent des contractures et des secousses cloniques au niveau des muscles striés.

Bactériologie de la maladie

En 1884, Carle et Rattone ont injecté à un lapin de la sérosité d'une plaie tétanigène ; le lapin est mort. Ils ont injecté un nouveau lapin qui est mort aussi. Cette expérience montre la nature infectieuse du tétanos en prouvant la transmissibilité de la maladie.

Un peu plus tard, Nicolaïer découvre le bacille qui porte son nom. Le bacille tétanique a la forme d'un filament mince, mobile, il garde le Gram, résiste à la chaleur et se reproduit par sporulation. Ce sont les spores qui sont très résistantes à la chaleur ; donc la maladie peut se transmettre facilement. Le microbe pousse en anaérobie. Il y a des bacilles tétaniques un peu partout dans la nature. Il faut noter le rôle important des associations microbiennes. Si on prend en effet de la terre tétanigène, qu'on la chauffe à 80° pendant une heure, elle ne donne pas le tétanos. Mais si on lui ajoute des microbes banaux, elle redevient tétanigène. Ceci s'explique par le fait que les leucocytes, chargés de la phagocytose, ont leur pouvoir dispersé sur plusieurs sortes de microbes ; leur pouvoir sur le bacille tétanique est donc affaibli.

Comment agit le bacille tétanique ? Il ne se généralise pas ; il n'agit que par sa toxine ; celle-ci se répand dans l'organisme par voie sanguine et voie péri-nerveuse. Elle agit électivement sur le système nerveux, d'où les contractures.

Toute plaie peut donner le tétanos, mais surtout les plaies des pieds. Il faut signaler aussi la possibilité de tétanos dans l'hématome sous-unguéal, dans les brûlures, même peu étendues, les gelures, enfin dans toute plaie profonde, anfractueuse, avec lésion vasculaire. Le tétanos peut exister à la suite d'une intervention chirurgicale par faute d'asepsie ou mauvaise stérilisation des catguts ; ou bien après une extraction de corps étrangers chez les sujets porteurs de germes tétaniques introduits par le corps étranger (tétanos retardé).

Les *symptômes* commencent par la contracture des muscles masticateurs (trismus). Puis les contractures se spécialisent de plus en plus, atteignent tous les muscles striés : muscles des gouttières vertébrales extraînant suivant la prédominance de tel ou tel groupe musculaire, l'opistothonos, le pleurostothonos, l'orthosthonos. Les muscles des membres, les muscles de la face (rire sardonique), les muscles pharyngiens, laryngés. Mais la contracture permanente n'est que le fond sur lequel s'ajoutent des crises cloniques paroxystiques. Ces crises surviennent assez souvent après une excitation extérieure : bruit, lumière vive.

A côté des signes nerveux, un syndrome infectieux se surajoute. La température peut monter à 40°, ou seulement à 38°5 ; il existe même des tétanos apyrétiques. La fièvre est due à l'action des toxines sur les centres de la thermogénèse.

Le pouls augmente de fréquence, la respiration s'accélère. Plus le tétanos est grave, plus la température, le pouls, la respiration s'accélèrent. L'intelligence et les fonctions sensorielles restent absolument intactes. Si l'évolution doit être fatale, les crises deviennent de plus en plus fréquentes et la mort survient par syncope.

Formes cliniques

Le *tétanos aigu* survient quelques heures après le traumatisme ; la température s'élève rapidement, le pouls monte au-dessus de 100, la respiration s'accélère en même temps qu'apparaissent les contractures avec crises cloniques. C'est un tétanos grave, entraînant la mort dans 80 % des cas.

Le *tétanos subaigu* apparaît dix à quinze jours après le traumatisme. La température est aux environs de 38, le pouls inférieur à 100, les crises peu fréquentes, les contractures prédominent surtout aux muscles masticateurs. La mortalité est de 40 % environ.

Le *tétanos céphalique* survient après une plaie au niveau de la face. La proximité des centres nerveux explique la fréquence de la dysphagie, de la dyspnée. Une paralysie faciale apparaît souvent du côté atteint ; peut-être est-elle due à de l'œdème autour du nerf facial, dans le canal de Fallope.

Le *tétanos splanchnique* décrit sous ce nom, après inoculation tétanique expérimentale dans la cavité péritonéale, est très grave.

Le *tétanos viscéral* après une plaie au niveau de l'intestin, après un avortement septique, entraîne toujours la mort.

Le *tétanos retardé* survient après un délai considérable, chez les porteurs de germes où le microbisme est latent. Le tétanos retardé peut se produire quand on extrait tardivement un corps étranger. L'introduction de microbes sains exalte la virulence des bacilles tétaniques jusque là latents. Aussi faut-il dans ce cas faire toujours du sérum préventif avant l'opération.

Le *diagnostic* du tétanos est en général facile. Il peut être plus difficile dans le cas de plaies très petites ou cicatrisées. Le diagnostic peut se poser alors avec la méningite cérébro-spinale (faire une ponction lombaire) et avec l'intoxication par la strychnine, mais les contractures commencent par les membres, le trismus est tardif.

Le traitement est très important. Il faut agir précocement et activement. Le traitement peut être préventif et curatif.

1° *La lutte préventive* est double : traitement de la plaie et administration de sérum. La plaie doit être traitée précocement ; il faut en faire l'épluchage soigneux ; c'est en effet la fabrique de toxines qui ne se trouve que dans la plaie, qu'il faut détruire.

L'injection de certaines substances rendent le réfractaire à l'infection tétanique. Le sérum antitétanique, en injection de 10 à 20 c. c. sous la peau, apporte des antitoxines qui peuvent contre-balancer les toxines tétaniques. L'injection doit toujours être renouvelée 8 à 10 jours après, et aussi si on fait une intervention secondaire sur le foyer (tétanos retardé).

Le tétanos post-sérique existe cependant, mais il est peu grave en général.

Doit-on cependant faire du sérum dans toute plaie ? Ces injections présentent de multiples inconvénients :

Introduction d'albumines hétérogènes, entraînant parfois des crises anaphylactiques, surtout si on répète les injections (urticaire, arthralgies), parfois même des accidents plus graves pouvant entraîner la mort.

De plus, un sujet qui a subit une injection de sérum voit se développer dans ses humeurs des substances anti-sérum et l'on peut admettre, qu'injecté trop souvent, le sérum n'aurait plus d'action.

L'importance médico-légale de cette question est considérable. Le médecin peut être attaqué en justice pour n'avoir pas fait du sérum antitétanique

Une méthode nouvelle est née, dans la lutte préventive du tétanos : c'est la *vaccination antitétanique*. M. G. Ramon a réussi à supprimer la virulence du bacille tétanique, tout en lui conservant la possibilité de faire fabriquer par l'individu des antitoxines. Cette substance a été appelée *anatoxine* Cette méthode est appliquée pour la diphtérie et le tétanos. Il est prouvé que la vaccination tétanique par l'anatoxine est absolument sans danger. Elle est obligatoire dans certaines collectivités ; elle devrait l'être pour tous

En pratique, ne pas vacciner au moment d'une plaie, car il faut un certain délai pour fabriquer des antitoxines. Le vaccin ne limite donc pas la sérothérapie. L'idéal serait de combiner dans le traitement d'une plaie, le sérum et le vaccin.

Traitement curatif

Devant un tétanos déclaré, le traitement de la plaie doit être fait, et il peut être nécessaire de pratiquer l'amputation d'un membre grièvement blessé, ou l'hystérectomie dans l'avortement.

La *sérothérapie* doit être employée à fortes doses et par plusieurs voies simultanées (sous-cutanée, intra-veineuse, intra-rachidienne). L'action favorable du sérum est certainement augmentée par l'emploi simultanée de l'*anesthésie générale* (méthode de Dufour).

On doit associer à cette médication spécifique, une thérapeutique calmante (chloral par exemple) et surtout isoler la tétanique de la lumière et du bruit.

QUELQUES ASPECTS CLINIQUES DES SINUSITES LATENTES

Par le Docteur Maurice VERNET

Ancien interne des Hôpitaux de Lyon
Ancien assistant d'O. R. L. de l'Hôpital Laënnec à Paris

On donne vraiment trop peu de place dans les Traités de Pathologie interne et même dans les Traités spéciaux à une variété de sinusites que l'on appelle justement sinusites latentes.

Leur évolution silencieuse, leurs manifestations contrastant avec cette allure camouflée sont cependant très importantes. Elles se révèlent par des aspects cliniques particuliers que les spécialistes ne doivent pas être seuls à connaître.

***

On peut définir ainsi les sinusites latentes « *sinusites qui peuvent passer inaperçues en raison du caractère insidieux ou fermé de leur évolution et qu'une recherche systématique doit mettre en évidence* ».

Il y a des *sinusites latentes suppurées* est de *sinusites latentes non suppurées.*

Une première variété de sinusites latentes suppurées comprend celles qui se révèlent brusquement par une complication. Elles sont de ce fait un peu en marge des sinusites latentes dont nous voulons parler.

De nombreuses études ont parfaitement vulgarisé ces sinusites dont le premier symptôme apparaît avec la complication. Parmi les plus connues, citons celles de Luc, Watson-Williams, Lemaître, Mygind et tout récemment J. Piquet et Butruille. Ces deux derniers auteurs dans un excellent mémoire sur les sinusites suppurées latentes (*Annales de Laryngologie*, 1937, nº 6) ont montré que, malgré la virulence des germes, la sinusite pouvait avoir une évolution torpide. Worms et Zoeller ont relaté cette marche étouffée même pour le méningocoque. Peut-être faut-il mettre sur le compte de la virulence, l'importance des lésions osseuses lesquelles peuvent exister dans les sinusites les plus silencieuses.

Pour ne citer que les plus importantes de ces complications pouvant apparaître brutalement dans un silence sinusal apparent, on connaît :

Les complications orbito-oculaires (abcès ou fistules de l'orbite et des paupières, névrites rétrobulbaires, œdèmes orbitaires, dacryocystites) ;

Les complications craniennes (ostéomyélitiques) ;

Les complications endocraniennes (abcès, méningites).

Nous tenons à mettre à part un aspect clinique moins connu de sinusite latente suppurée sur lequel G. Worms a appelé l'attention. Il s'agit d'une forme heureusement rare « *d'états méningés d'origine rhino-sinusienne* » (*Paris Médical*, 2 octobre 1937).

Ces états rappellent par certains points les réactions méningées aseptiques d'origine auriculaire décrites par H. Bourgeois, Passot et R. Bourgeois.

« En présence, dit Worms, de certains états méningés survenus sans cause précise, en dehors de toute maladie infectieuse aiguë et sans élément d'orientation, c'est, à défaut d'un foyer suppuratif auriculaire, du côté des sinus profonds qu'il faut diriger les investigations ». Dans les observations si complètes et si intéressantes de Worms, la céphalée est, de tous les symptômes, le plus constant, précédant de longtemps les vomissements, les vertiges et les symptômes méningés caractérisés. On constate de l'hypertension limpide, sans modification chimique ni cytologique du liquide céphalo-rachidien ou modification légère.

Worms se demande si la céphalée dans les sinusites latentes ne serait pas une réaction méningée discrète. Nous avons personnellement observé à deux reprises des états méningés semblables à ceux de Worms (dont un avec obnubilation semi-comateuse) ayant rétrocédé dans les deux cas à la suite d'une intervention chirurgicale sur le sinus frontal. Dans un de ces cas, une céphalée diffuse avait seule existé pendant quelques jours, très violente, jusqu'à l'apparition de vomissements, de raideur de la nuque, de Kernig et de l'état semi-comateux. Dans les deux cas, la sinusite avait été méconnue entièrement. Dans l'un, il n'y avait pas trace de pus dans le nez. Seule la diaphanoscopie montrait une obscurité complète d'un sinus frontal que confirma la radiographie. Dans l'autre, il y avait issue de pus dans la gouttière de l'infundibulum, mais la malade ne s'était pas plainte antérieurement de son nez, ni de son front.

L'apparition spontanée, sans anamnestiques notables, de ces réactions méningées montre bien le caractère latent des sinusites en cause.

Les relations établies entre l'endocrâne et les cavités nasales par les gaines lymphatiques périnerveuses (Retzius, Sicard, Cunéo) sur lesquelles est revenu Monier-Vinard, expliquent ces faits, ainsi que les relations veineuses.

Nous croyons que l'investigation naso-sinusale systématique pourra mieux éclairer ce chapitre à l'avenir, et peut-être même, selon Worms, celui de certaines méningites déclarées dont la relation avec les sinus n'était pas évidente.

Nous nous arrêterons davantage sur les sinusites latentes où l'absence totale des symptômes fonctionnels habituels et l'insignifiance des signes objectifs à l'examen de la cavité nasale sont la règle.

***

Une variété des plus fréquentes est la *sinusite latente,* du type *rhume de cerveau à répétition* (coryza muco-purulent sinusal).

Combien de ces cas traînent indéfiniment sans thérapeutique efficace et justifiant hélas pour le public l'éternelle question : « Docteur, je suis perpétuellement enrhumé ; il n'y a donc pas de traitement du rhume de cerveau ? »

Ici, toutes les explications les plus banales se heurtent, se succèdent. Un rhume muco-purulent chasse l'autre. Diverses tentatives thérapeutiques échouent, faute de diagnostic. Et cependant un interrogatoire un peu précis peut déterminer assez aisément que le coryza muco-purulent n'est qu'en apparence bilatéral ; qu'en tout cas, il est plus accentué d'un côté. Il n'y a souvent pas d'autre symptôme, en particulier pas de douleur, à peine un peu de lourdeur de tête et seulement l'enchifrènement habituel au rhume.

Un examen superficiel des fosses nasales fait croire à une simple rhinite muco-purulente jusqu'au moment où une diaphanoscopie systématique révèle l'obscurité d'un sinus. Le rhume muco-purulent devient en somme un « rhume de cerveau du sinus ». Mais la transillumination peut être négative à certaines heures de la journée où le sinus s'est, semble-t-il, vidé par l'ostium perméable. Il est nécessaire, pour dissiper le doute, de renouveler la diaphanoscopie, le matin en particulier, en considérant comme suspect de sinusite latente tout coryza muco-purulent qui récidive fréquemment et dure de façon anormale.

***

Un autre type de sinusite latente suppurée qui n'est en quelque sorte que la conséquence, la complication du précédent, est le *type de bronchite récidivante,* depuis la toux quinteuse opiniâtre, jusqu'à la bronchite vraie en passant par certaines formes d'asthme.

Dans tous les cas où une disproportion existera entre l'intensité de la toux et les signes d'auscultation, un examen du pharynx et du nez s'impose. Il révélera bien souvent l'écoulement rhinopharyngien de sécrétions muco-purulentes fréquemment à prédominance unilatérale, rhino-bronchites descendantes de Flurin. La diaphanoscopie et la radiographie feront le reste. Dans toute trachéo-bronchite, l'infection descendante doit être suspectée.

Il est courant de voir le drainage d'une sinusite latente suppurée, entraîner la cessation de ces états broncho-pulmonaires. C'est alors que l'on envisagera l'opportunité d'une cure thermale afin de compléter ce résultat par une action efficace et durable sur les voies respiratoires sensibilisées.

***

Un troisième type de sinusite latente suppurée qui ne nous retiendra que brièvement parce que connu de tous est le *type dentaire.*

Bien souvent effacée par des manifestations inflammatoires ou douloureuses de dents plus ou moins altérées, la sinusite latente sera révélée par l'examen systématique du sinus, même et surtout dans les cas où l'examen de la fosse nasale ne montrera aucune trace de pus ni sur le plancher du nez, ni dans le méat moyen (Hicguet, Dufourmentel et Frison). Il s'agit en règle générale d'empyème clos du sinus maxillaire. La simple diaphanoscopie suffit pour le diagnostic. La ponction et le drainage révèlent un pus très nauséabond.

***

Nous distinguerons enfin un quatrième aspect clinique, moins fréquent, mais non moins intéressant, c'est celui de la *sinusite latente suppurée, manifestée seulement par un état fébrile inexpliqué et rebelle,* ou par une *complication infectieuse à distance.*

C'est la forme illustrant la « focal infection » des Américains, laquelle serait la cause d'endocardites, d'arthrites, de fièvres diverses ou d'altération de l'état général.

Seul un interrogatoire minutieux mettra en évidence dans le passé du malade une infection de type grippal ou un « rhume » plus ou moins négligé. Et là encore, l'examen en chambre noire par la transillumination renouvelée, complétée si besoin par la radiographie et la ponction, orientera comme il convient le diagnostic.

Il est à noter que les sinusites latentes suppurées de cette sorte, sont le plus souvent des sinusites maxillaires. Mais on aurait tort de croire, qu'une sinusite suppurée frontale, sphénoïdale ou ethmoïdale ne puisse évoluer en silence vers des complications générales à distance.

***

Les formes cliniques de sinusites latentes suppurées ne sont pas les plus fréquentes.

Il existe en effet, un grand nombre de *sinusites*

latentes non suppurées, surtout connues du spécialiste, beaucoup moins du Corps médical, et qui prendront en clinique une place plus grande dans l'avenir.

On peut dire que les sinusites latentes suppurent peu. Quand elles suppurent, l'écoulement purulent est minime, intermittent.

On distingue généralement *trois variétés de sinusites latentes non suppurées* :

les sinusites catarrhales et hyperplasiques,
les sinusites séreuses,
le vacuum sinus.

La forme catarrhale est certainement la plus fréquente de ces trois variétés.

On peut la considérer comme un premier stade d'évolution par rapport aux deux suivantes. Aussi bien, du point de vue clinique, les divers aspects décrits sous le vocable habituel de sinusite sans pus, peuvent être réalisés par l'une quelconque de ces variétés.

Nous n'avons pas à envisager ici les explications pathogéniques si diverses qui ont pu être données sur le mécanisme inflammatoire ou vaso-moteur de ces variétés, ni les conditions de virulence des germes microbiens et de terrain qui interviennent dans l'évolution torpide de ces sinusites.

Un fait est certain c'est que très fréquemment on assiste à une modification des cavités sinusales, soit congestion et épaississement de la muqueuse sans suppuration, soit collection séreuse, soit fermeture apparente de ces cavités, créant comme un état de résorption de l'air appelé vacuum sinus.

Watson Williams, en ponctionnant de tels sinus et en aspirant soit directement soit après injection de liquide stérile, constate après centrifugation, la présence de polynucléaires ou de mononucléaires abondants. Or, on ne doit trouver à l'état normal aucun élément cellulaire. Il y a là la preuve d'un processus inflammatoire de la muqueuse. D'autre part, Worms et J. Leroux-Robert interviennent par voie externe dans plusieurs cas de vacuum sinus, signalant une muqueuse antrale congestionnée, épaissie et un processus inflammatoire de type œdémateux, à l'examen histologique.

Quelle que soit, en tout cas, la forme de ces sinusites latentes sans pus il semble vraisemblable que la *cause réelle de l'inflammation latente réside dans le défaut de drainage initial d'une infection première de la cavité sinusale en cause.* La sinusite latente serait, de la sorte, une sinusite seulement éteinte et sujette à réveils.

De l'insuffisance de drainage résulterait une susceptibilité vaso-motrice de la muqueuse, une réactivation microbienne intermittente et la *raréfaction possible de l'air* des cavités atteintes, créant le vacuum sinus.

***

Un aspect clinique peu signalé et souvent méconnu est *le type d'obstruction nasale par hypertrophie congestive de la muqueuse du cornet inférieur avec catarrhe rhino-pharyngien sans pus.* Le malade se plaint de moucher dans sa gorge et d'enchifrènement presque constant d'un côté. Il présente la forme si décevante de rhino-pharyngite avec hemmage, qu'un traitement pharyngien n'atténue qu'avec peine jusqu'au jour où l'attention est appelée sur le sinus, cause de la congestion hypertrophique du cornet inférieur. La diaphanoscopie ne révèle souvent que très peu de voile au niveau du sinus et l'ouverture de la cavité au méat inférieur avec la râpe de Watson-Williams ne ramène aucun pus, aucune mucosité ; mais chose curieuse, dès les jours suivants la perméabilité nasale est meilleure et le catarrhe rhinopharyngien s'atténue. Il est à noter que la ponction simple, même avec lavage, ne donne pas toujours le résultat obtenu par l'ouverture plus large à la râpe. Il semble qu'une *aération large et prolongée* du sinus est nécessaire.

Dans les cas où l'on hésitera à intervenir de la sorte, la transillumination du sinus n'étant pas probante, il sera nécessaire de refaire cet examen le matin, au saut du lit, avant que le malade n'ait mouché ou reniflé.

***

Un deuxième aspect clinique que présentent les formes catarrhales de sinusite latente et qui est comme la conséquence du précédent est celui du *catarrhe tubaire symptomatique d'un catarrhe sinusal homolatéral.*

Bien souvent, l'anamnestique de coryza ou de grippe est lointain et peut à peine être précisé. Une inflammation latente des sinus a subsisté. La trompe se ferme. Mais on est frappé à l'examen du nez, de la congestion du cornet inférieur et du cornet moyen, de la rétractilité peu marquée et peu durable de la muqueuse sous l'action de la cocaïne, et de l'augmentation du catarrhe tubaire parallèlement à l'enchifrènement. La salpingoscopie montre que la congestion muqueuse gagne la région ethmoïdale postérieure et le cavum. Parfois, le catarrhe tubaire est douloureux : le processus inflammatoire atteint la caisse. Dans tous les cas, la surdité est très accentuée, et l'on est frappé de la persistance inexplicable de ce violent catarrhe tubaire résistant au dégagement habituel de la trompe. Le malade se désespère, comme son spécialiste, qui se décide alors à avoir recours à l'action bienfaisante d'une cure thermale sulfureuse, favorable au double point de vue de l'inflammation sinusale et de sa conséquence tubaire.

En présence d'un catarrhe tubaire prolongé et rebelle au traitement spécial, il faut suspecter la sinusite latente catarrhale. Il ne faut rien attendre, en général, de la radiographie dans ce cas, en raison même de la vacuité du sinus et du caractère minime de l'inflammation catarrhale. La diaphanoscopie elle-même doit être pratiquée avec une *transillumination peu poussée*, un éclairage intensif risquant de ne point laisser apparaître une ombre unilatérale révélatrice. Renouvelé avec des éclairages variables, l'examen de la transparence des sinus doit être fait en chambre totalement noire. Ainsi peut-être mise en évidence une modification légère mais qui prend de l'importance si elle est du même côté que le catarrhe tubaire et si elle correspond à une obstruction congestive de la fosse nasale correspondante.

Nous avons obtenu à maintes reprises, la cessation rapide d'un catarrhe tubaire tenace par l'aération du sinus maxillaire avec la râpe de Watson-Williams, alors que le voile sinusal était vraiment léger.

***

Un troisième aspect clinique de sinusite latente sans pus est la forme *céphalalgique ou douloureuse.*

La douleur au cours des sinusites aiguës ou chroniques est connue de tous. Elle est essentiellement fonction de rétention. Tout récemment J. Broutman, dans sa thèse (Paris 1938) (La douleur au cours des sinusites) en a fait une étude très complète, sans omettre les sinusites latentes qui nous intéressent ici.

Mon maître et ami Luc, sous le nom de catarrhe douloureux à répétition de l'antre frontal (Congrès français d'oto-rhino-laryngologie, 1923) décrit la forme de douleurs de l'arcade orbitaire, sans aucune sécrétion nasale, ni modification diaphanoscopique ou radiographique. Luc a pu mettre en évidence des évacuations légères et intermittentes de mucus antral visqueux et épais, signe d'un processus inflammatoire atténué avec obstruction naso-frontale. Une localisation identique au sphénoïde a pu être signalée par Halphen, Tournay et Montbrun (Rapport au IIIe Congrès d'oto-neuro-ophtalmologie).

Le dégagement du canal naso-frontal et du sphénoïde provoque, dans ces cas, l'atténuation rapide des douleurs.

Nous croyons, pour l'avoir constaté fréquemment, que le sinus maxillaire est le siège comme le frontal, l'ethmoïde et le sphénoïde, de ces processus inflammatoires discrets et rebelles non suppurés, facteurs de céphalalgies le plus souvent méconnues.

L'absence de tout signe radiologique et des signes apparents à l'examen nasal est la raison de cette méconnaissance. Seule une diaphanoscopie faite le matin au réveil avec éclairage progressif permet parfois de déceler une légère diminution de transparence du sinus maxillaire. La ponction ne ramène rien et cependant, la simple ouverture du sinus au méat inférieur, donne dans certains cas de céphalalgies sévères un résultat incontestable (1).

Il s'agit le plus souvent d'algies frontales et du maxillaire supérieur, avec irradiation fréquente à la nuque. A l'inverse des formes que nous décrirons plus loin, de Sluder, Ewing, etc., la participation oculaire est légère ou inexistante.

Une sinusite latente du type catarrhal, peut donc exister au niveau du sinus maxillaire avec comme unique symptôme fonctionnel une céphalalgie diffuse maxillaire, frontale et occipitale et aucun signe objectif au simple examen des fosses nasales, si ce n'est parfois un très léger voile sinusal en chambre noire.

***

Quels sont les signes particuliers qui permettent de différencier la céphalalgie d'une sinusite sans pus (2) d'une algie essentielle du trijumeau d'une céphalée de cause intracranienne par exemple ou de la migraine proprement dite ?

Un premier caractère permet d'éliminer d'abord la migraine au tableau séméiologique stéréotypé si caractéristique : Il ne s'agit pas dans ce cas d'une céphalalgie à l'état isolé sans syndrome d'accompagnement. Bien au contraire, l'état nauséeux de la migraine, son caractère d'hémicranie avec photophobie, l'habitus spécial du sujet en crise avec son hyperesthésie au bruit, son alitement forcé suffisent au diagnostic.

Les céphalées de cause intracranienne (tumeurs, hypertension, etc.) n'existent que rarement sans syndrome d'accompagnement. Elles ne peuvent donner le change qu'au début. Elles sont plus diffuses, plus gravatives.

C'est à dessein que nous employons le mot de céphalalgie pour caractériser les douleurs des cavités de la face.

En distinguant, en effet, la céphalalgie de la céphalée par ce fait qu'elle est « mieux définie quant à son territoire » plus superficielle que la céphalée, laquelle est plus diffuse, plus profonde et souvent bilatérale, le Professeur Haguenau (3) a bien désigné l'algie céphalique qui correspond le mieux au type des sinusites latentes.

Beaucoup des céphalalgies sinusales sont prises à tort pour des sympathalgies. Ce ne sont

(1) On sait que le drainage systématique du sinus maxillaire dans la sinusite frontale aiguë entraîne souvent la cessation des douleurs frontales, vraisemblablement par décongestion nasale de la zone infundibulaire.

(2) Nous laissons de côté les céphalées oculaires et par troubles de réfraction.

(3) *Progrès Médical*, 2 octobre 1937.

à nos yeux que des « névralgies à réaction sympathique » la névralgie ayant sa cause de voisinage au niveau des sinus ou des yeux.

La confusion avec une algie banale trigémellaire ou occipitale doit être évitée.

Le trouble algique, en effet, peut correspondre au territoire sensitif du trijumeau où du nerf d'Arnold et donner parfois le change ; mais la réaction vaso-motrice sympathique de la peau ou des muqueuses (notamment la congestion des cornets du côté correspondant) est rarement absente dans la céphalalgie sinusale.

D'ailleurs, un certain nombre de caractères sont très particuliers aux douleurs d'origine sinusale :

1° *Dans la plupart des cas, la douleur déborde le territoire anatomique du nerf douloureux.* Il en est ainsi, par exemple, pour les douleurs occipitales dans la zone du nerf d'Arnold. La céphalalgie enfin peut n'intéresser que le territoire d'une ou deux branches du trijumeau, mais une diffusion anormale exister jusque dans le pharynx par exemple, l'oreille, ou la tempe. A noter qu'Hicguet a signalé la possibilité d'algies hétéro-latérales.

2° Le plus souvent la céphalalgie d'une sinusite latente présente un *caractère cyclique, avec maximum à heure fixe.* C'est un élément bien important de la douleur sinusale.

3° D'une façon générale, la douleur ne présente *pas d'intervalles libres entre les crises paroxystiques violentes.* Il persiste de façon à peu près permanente une tension, une pesanteur, une « lourdeur » jusqu'à l'exacerbation à certaines heures.

4° Les mouvements des muscles de la face, la mastication, l'acte de se moucher, *n'influencent qu'exceptionnellement la douleur* sinusale ; en tous cas jamais avec la violence de l'algie essentielle.

Par contre, l'humidité, le froid, le vent, réveillent la céphalalgie sinusale, la muqueuse nasale étant sensible à ces influences extérieures.

L'alimentation exagérée, la menstruation, par le trouble vaso-moteur qu'elles déclenchent, agissent de même.

5° Un malade présentant une céphalalgie à type sinusal, éprouve une *accentuation de douleur dans l'acte de se pencher en avant* comme pour lacer ses souliers. Cette épreuve doit toujours être recherchée.

6° La cocaïnisation, le dégagement de l'infundibulum naso-frontal et des cellules ethmoïdales postérieures ont une action manifeste sur les céphalalgies sinusales, ainsi que l'ouverture des cavités antrales. La douleur peut être calmée passagèrement par les vaso-constricteurs.

7° La douleur au point d'émergence n'est nullement caractéristique.

8° L'absence de troubles objectifs de la sensibilité peut être notée comme dans l'algie essentielle.

Ces caractères principaux de l'algie d'origine sinusale sont communs aux formes diverses des sinusites sans pus.

Le processus de la douleur dans la sinusite latente peut tenir à une simple réaction vasculaire congestive du nerf ou de ses enveloppes, à un œdème interstitiel, à une réaction inflammatoire simple.

Mais est-il possible de donner des indications permettant devant une céphalalgie sinusale de désigner plus spécialement telle ou telle localisation de sinusite latente ?

Il faut reconnaître que cette précision est difficile en raison de la diffusion fréquente de l'algie sinusale.

Cependant on a voulu désigner sous le nom de « céphalée du méat moyen » (Boucher et Soulas, *Progrès Médical*, 1er décembre 1923, Leroux-Canuyt) ou de « céphalées frontales rhinogènes » (Sourdille et Dutheillet de Lamothe, rapport français Congrès oto-rhino-laryngologie, 1929), une variété de douleurs à type de migraine siégeant au-dessus des yeux, intéressant plus ou moins toute la région frontale et irradiant même vers la région pariétale et rétro-orbitaire avec fatigue oculaire, douleur diffuse, mais sans syndrome d'accompagnement, à l'inverse de la migraine. Le nez est sec et bouché, disent les malades, lesquels en vérité ne mouchent pas.

Chez ce type de céphalalgique *la diffusion rétro-orbitaire et oculaire doit toujours faire penser à l'ethmoïde.* Cette précision se justifie souvent. La région ethmoïdale au niveau du cornet moyen montre en effet soit des lésions d'hyperplasie, soit un aspect hypertrophique ou œdémateux, avec imperméabilité plus ou moins complète du méat moyen et parfois étroitesse de la loge nasale supérieure.

L'absence d'aération du sinus frontal semble jouer ici un rôle au moins égal au processus inflammatoire ethmoïdal.

Une variété qui est relativement fréquente est celle où l'ethmoïde ne présente rien, ni le cornet moyen. Aucun processus inflammatoire n'est apparent. Aucune évacuation de mucus après dégagement du méat moyen et de l'infundibulum, comme c'est le cas dans le catarrhe frontal de Luc. La diaphanoscopie frontale montre assez rarement une diminution de transparence ; et cependant le simple dégagement de l'infundibulum du canal naso-frontal fait disparaître la céphalalgie. Celle-ci est frontale comme dans la forme ethmoïdale, mais plus sourde. Elle ne diffuse pas dans la région rétro-orbitaire, mais assez constamment, elle a sa correspondance dans la région sous-occipitale d'Arnold. Il semble bien que la céphalalgie résulte d'une résorption d'air dans la cavité

frontale fermée, à en juger par la sédation immédiate que procure la simple aération due au dégagement infundibulaire.

C'est à Sluder (*Annals of Otology*, 1912) que revient cette interprétation du « vacuum sinus » sur laquelle ont insisté également Canuyt et Terracol et qui convient à la variété ci-dessus.

Mais une erreur est de confondre le vacuum sinus de Sluder qui devrait s'appliquer seulement aux cas où la vacuité du sinus est manifeste sans inflammation ethmoïdale apparente, avec le syndrome de A. E. Ewing (*Courrier Médical de Saint-Louis*, novembre 1899) où la céphalée localisée dans la région fronto-orbitaire prend le caractère surtout d'une asthénopie douloureuse lors de l'accommodation, avec point douloureux à l'insertion de réflexion du muscle grand oblique et où l'on note de façon constante, d'après Ewing, une hypertrophie congestive de la tête du cornet moyen ou de la bulle ethmoïdale. Cette participation de l'ethmoïde apparente davantage cette forme de Ewing avec la céphalée du méat moyen de Bouchet où la fatigue oculaire et la douleur orbitaire existent également.

Richier, dans sa thèse sur les sinusites postérieures latentes (Paris, 1933) donne une valeur particulière à la céphalée pariéto-occipitale dans le cas de sinusite sphénoïdale. L'association de cette douleur occipitale avec la douleur du fond de l'œil, sans douleur frontale, doit plutôt faire penser, en effet, au sphénoïde. Par contre, nous l'avons vu, la douleur frontale avec irradiation occipitale sans douleur oculaire appartient au vacuum sinus frontal.

Le syndrome du ganglion sphéno-palatin, décrit par Sluder en 1910, répondrait plus spécialement aux ethmoïdites postérieures et le syndrome du nerf vidien de Vail aux sphénoïdites, en raison du voisinage très intime de ce nerf avec le plancher du sinus sphénoïdal.

Mais la discrimination de ces deux syndromes semble difficile et plutôt théorique. La diffusion des douleurs est en effet, considérable, particulièrement dans le voile du palais, le pharynx, l'œil, l'oreille et la réaction sympathique très vive.

Ramadier et d'autre part Canuyt et Terracol ont fait de belles études critiques de la question. Ramadier (*Annales O. R.*, 1923) proposait une division topographique en syndrome antérieur ou facial et syndrome postérieur ou masto-cervico-scapulo-huméral, ce dernier relevant davantage de l'atteinte du pôle supérieur du ganglion sphéno-palatin et du nerf vidien, donc du sphénoïde.

Dans ce désir de précision concernant la localisation anatomique des syndromes de céphalalgie sinusale, nous distinguons personnellement :

1° les algies antérieures ou fronto-maxillaires ;

2° les algies moyennes ou ethmoïdales ;

3° les algies postérieures ou sphénoïdales ;

Cette distinction n'étant, en vérité, pas absolue, mais seulement utile pour la conduite du diagnostic.

1° *Les algies antérieures* comprendraient deux variétés :

a) la frontale pure (vacuum sinus frontal *sans modification ethmoïdale et sans signes oculaires ou orbitaires*). C'est celle que nous avons décrite tout à l'heure et où le dégagement de l'infundibulum du canal naso-frontal suffit pour faire disparaître la céphalalgie frontale et son irradiation d'Arnold.

b) La *maxillaire* ou la fronto-maxillaire (vacuum sinus maxillaire ou fronto-maxillaire, réalisant le mieux la forme simulant l'algie essentielle du trijumeau.

2° *Les algies moyennes ou ethmoïdales* comprendraient les diverses variétés décrites sous le nom de céphalées du méat moyen de Boucher et Soulas, — de céphalées frontales rhinogènes de Sourdille, de syndrome de Ewing, toutes variétés qui *comportent une participation douloureuse oculaire ou orbitaire, avec manifestations ethmoïdales hyperplasiques ou inflammatoires* ; la douleur oculaire ou orbitaire désignant ici la localisation ethmoïdale.

3° *Les algies postérieures sphénoïdales* comprendraient :

Le syndrome du ganglion sphéno-palatin de Sluder et le syndrome du nerf vidien de Vail, caractérisés par les manifestations douloureuses à *prédominance postérieure* occipitale, avec *diffusions* cervicales pharyngées, oculaires et auriculaires.

***

L'importance accordée à la forme céphalalgique ou douloureuse des sinusites latentes sans pus, ne doit pas faire oublier un *quatrième aspect* clinique que constitue le *type hydrorrhéique ou spasmodique.*

C'est très précisément le caractère de l'hydrorrhée survenant par crises avec éternuements : 1° à intermittences variables, 2° à *prédominance unilatérale dans l'écoulement*, 3° les crises étant d'autre part *apériodiques.* La diaphanoscopie devra être pratiquée et renouvelée avec les précautions indiquées plus haut, car le voile sinusal qui apparaît parfois du côté où l'hydrorrhée est prédominante n'est qu'intermittent et peut de ce fait passer inaperçu. Il est bien rare qu'il n'existe pas un enchiffrènement plus marqué du côté de l'hydrorrhée.

On conçoit ici l'importance du diagnostic d'une sinusite latente pour engager un traitement efficace.

Debidour note qu'il a vu, très souvent, le coryza vaso-moteur paroxystique apparaître

pour la première fois, de même que l'asthme bronchique, après une rhinite aiguë d'une certaine intensité. Il importe de ce fait de rechercher toujours si la rhinite aiguë n'a pas été accompagnée d'une réaction sinusale qui subsiste à l'état latent. Debidour se demande si dans ces cas, la cause de l'état paroxystique ne se trouve pas dans un foyer infectieux, générateur de protéines sensibilisantes (dues aux toxines microbiennes) d'où partent les excitants nerveux ; et il désigne le sinus au même titre que les amygdales et les dents. Le mécanisme de la crise spasmodique peut être également celui indiqué par H. Bourgeois. La congestion nasale détermine une pression dans une zone nasale de sensibilité particulièrement vive, chez un sujet prédisposé. La crise vaso-motrice et sécrétoire éclate. Or, nous avons vu que la sinusite latente déterminait souvent une congestion de la muqueuse des cornets du même côté.

Bouchet a eu le mérite de mettre en évidence le *rôle des sinusites séreuses latentes dans le déclenchement de certaines crises d'éternuements spasmodiques* avec rhinorrhée séreuse. Bourdial (*La Médecine,* janvier 1938) en a donné une bonne mise au point.

Les malades atteints d'hydrorrhée par sinusite séreuse ont quelquefois un écoulement de liquide citrin qui se fait par une narine, quand ils baissent la tête et avant même qu'ils aient eu le temps de prendre leur mouchoir. Ces cas sont faciles évidemment. Dans les cas où ce signe est absent, la diaphanoscopie ou la radiographie sont d'un grand secours. L'injection lipiodolée dans le sinus, si précieuse dans les sinusites suppurées chroniques, ne peut qu'exceptionnellement être utile dans ces cas.

Le drainage ou la ponction diaméatique ont ici à la fois un rôle diagnostique et thérapeutique.

Quand la sinusite latente coexiste avec un terrain allergique il ne sera jamais possible de mener à bien une thérapeutique générale avant d'avoir éliminé l'épine sinusale.

***

Une forme de sinusite latente sans pus, importante par ses conséquences, est la *forme oculaire.*

Elle est réalisée aussi bien par le vacuum sinus que par les formes séreuses et les formes catarrhales. Un grand nombre de travaux de premier intérêt ont été publiés en ces dernières années sur le retentissement inflammatoire oculaire des affections naso-sinusiennes sous la forme de névrite rétro-bulbaire, d'asthénopie accommodative, de papillite, de choroïdites et chorio-rétinites. Le trouble oculaire appelle ici l'examen de toutes les cavités sinusales, examen le plus complet possible en ne négligeant aucune méthode, transillumination, radiographie, cathétérisme, salpingoscopie, ponction, injection lipiodolée, y compris, si nécessaire, la méthode de déplacement de Proetz-Le Mée (Le Mée et Bouchet, *Presse Médicale,* 12 mars 1932). La salpingoscopie permet en particulier l'observation minutieuse des fosses nasales et en particulier de la queue du cornet moyen et de la fente olfactive.

Le drainage sinusal systématique est à recommander dans ces cas, au moindre doute.

***

Dans ce tableau rapidement brossé de certains aspects cliniques de sinusites latentes, il ne peut être question de fixer en détail les lignes de conduite thérapeutique. Celles-ci varient en effet suivant les formes et surtout suivant les lésions sinusales.

En manière de conclusion, nous soulignerons cependant les principes directeurs suivants :

1° L'existence de sinusite latente est fréquente. Il faut la suspecter dans les aspects cliniques divers décrits ci-dessus.

2° Une recherche systématique s'impose en raison de l'absence apparente des symptômes fonctionnels et objectifs habituels.

3° Elle s'impose non seulement sous la forme d'un examen attentif des cavités nasales avec le spéculum et le pharyngoscope, mais surtout avec le diaphanoscope, la transillumination devant être pratiquée en chambre noire et être progressive sans être jamais poussée (renouvelée le matin si nécessaire).

4° On ne peut se baser sur le résultat négatif de la radiographie ou de la ponction pour affirmer l'intégrité du sinus.

5° Les sinusites latentes suppurées ne sont pas exceptionnelles. Leur évolution peut être complètement silencieuse.

6° Les sinusites latentes sans pus sont très fréquentes et le plus souvent restent méconnues. Catarrhales ou séreuses au début, elles peuvent évoluer quand le sinus est fermé vers un stade de résorption ou de raréfaction de l'air créant le vacuum sinus.

7° La ponction simple du sinus ne suffit pas toujours au point de vue thérapeutique. Il faut réaliser une aération du sinus assez durable pour permettre une restauration complète de la muqueuse sinusale. La râpe de Watson Williams crée un drainage au méat inférieur aussi facile, aussi rapide et plus large que la ponction. Le simple dégagement, renouvelé si besoin, de l'infundibulum naso-frontal, des cellules ethmoïdales postérieures et de l'ostium du sinus sphénoïdal donne des résultats très remarquables.

8° Dans les formes suppurées, les techniques dites radicales seront utilisées seulement après échec de l'aération par drainage large, les résultats de la ponction seule n'étant pas toujours satisfaisants.

LA CLINIQUE UROLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

■ ■ ■

L'urétrite chronique est le plus souvent non gonococcique ; son traitement rationnel

D'après le Docteur P. BARBELLION (*)

LES RAISONS QUI EXPLIQUENT UN APPARENT PARADOXE

Il ne faut pas confondre l'urétrite chronique non gonococcique, qui est fréquente, avec la gonococcie chronique, affection par contre rare chez l'homme, et où la présence du gonocoque doit être indiscutable.

Cette rareté de l'infection gonococcique chronique chez l'homme semble liée à deux causes principales :

1° L'urètre masculin est balayé à chaque miction, qui réalise un nettoyage mécanique et une désinfection chimique ; d'autre part, le gonocoque ne pousse pas dans l'urine, et d'ailleurs, chez l'homme, la tendance à la guérison spontanée est un fait d'observation.

2° Les grands lavages ont modifié complètement l'évolution de la blennorragie. Non seulement ils ont l'avantage indirect de supprimer l'usage du nitrate d'argent et des balsamiques, ces deux grands facteurs de gonococcie chronique, mais encore l'avantage direct d'attaquer la maladie dès le début, de maintenir l'urètre en bon état, en respectant son épithélium cylindrique et en favorisant ainsi au maximum son merveilleux pouvoir de défense naturel.

Si, malgré ces facteurs de rareté, la gonococcie chronique a paru, il y a quelques années, être extrêmement fréquente, c'est que les moyens employés pour la recherche du gonocoque (la culture, la spermoculture, mal interprétées) en sont la cause.

En effet, l'examen du sperme, la culture du sperme, a fait découvrir jusqu'à 80 p. 100 de porteurs de gonocoques chez des sujets *cliniquement guéris*, et chez qui les réactivations ou les examens directs habituels *ne décelaient pas de gonocoque.*

Les auto-vaccins appliqués à ces malades les guérissaient, on peut dire, miraculeusement, car on sait le peu d'efficacité de la vaccinothérapie antigonococcique employée seule : elle est inefficace dans 80 p. 100 des cas, notamment contre les repaires gonococciques de l'urètre. Par contre, le gonocoque trouvé dans les spermocultures est un germe à l'état de latence, de virulence atténuée, souvent peu contagieux. L'auteur a vu des centaines de malades affligés d'une spermo-culture positive ne présenter, après vérification, aucun gonocoque. Leur partenaire examiné était toujours indemne. Ce gonocoque fantôme, invisible à l'examen direct, ce gonocoque de culture présentait par contre tous les caractères des faux gonocoques.

« Ainsi s'explique la fréquence apparente, mais fausse, de la gonococcie chronique chez l'homme. Une bactériologie sérieusement contrôlée et pleinement d'accord avec la clinique, mettra en évidence la rareté de la blennorragie chronique chez l'homme (5 p. 100 des cas environ). Ainsi se détruira peu à peu la légende de la « blennorragie, maladie inguérissable », qui a cours non seulement parmi les malades, mais aussi parmi les médecins.

***

COMMENT SE PRÉSENTE L'URÉTRITE CHRONIQUE NON GONOCOCCIQUE

Le terme d'urétrite chronique exprime des lésions chroniques de l'urètre, indépendamment de toute infection concomitante ou non. Que le gonocoque, par exemple, coïncide avec elles, il y aura en même temps urétrite et gonococcie. Dans certains cas, le traitement supprimera le gonocoque, mais l'urétrite persistera.

L'urétroscopie peut seule nous montrer ces lésions, nous les faire évaluer et par suite soigner correctement.

L'urétrite chronique est fréquemment consécutive à une ou plusieurs blennorragies, le plus souvent mal soignées. En effet, la toxine gonococcique semble être très mordante pour la muqueuse urétrale, lui causant toute une gamme de dommages, depuis les infiltrations légères jusqu'à la sclérose des rétrécissements serrés.

(1) La blennorragie. Méthodes actuelles de diagnostic et de traitement. (IIe édition, 1937, Maloine, éditeur, Paris).

Quand le gonocoque vient à disparaître, des germes banaux divers persistent le plus souvent ; staphylocoque, colibacilles, entérocoques, cocci divers. Une vérification attentive de la flore microbienne s'impose. Le malade, hanté par l'idée du gonocoque, réclame d'ailleurs la multiplication des examens, qui souvent finit par amener la découverte de faux gonocoques, pris à tort pour des gonocoques.

Les urétrites aiguës non gonococciques, avec leur vaste étiologie, peuvent aussi, mais plus rarement, être cause d'urétrites chroniques.

Parfois, celles-ci, d'une insidiosité marquée, tenaces, prolongées, prennent d'emblée un caractère chronique. Récidivant avec des poussées d'amélioration lente et des rechutes pour des causes tantôt nettes, tantôt minimes ou indiscernables, ces urétrites font à tel point le désespoir des malades que certains souhaitent la découverte de gonocoque dans leur sécrétion, afin de reconnaître une cause précise à leur maladie.

Les *symptômes* d'urétrites chroniques sont extrêmement variables : sécrétion urétrale, filaments, urétrite antérieure ou totale, petits signes d'urétrite postérieure ; le malade a la « sensation de son canal » ; troubles génitaux, hémospermie, littrites, prostatite, vésiculite, épididymite.

Toujours est-il qu'il faut d'abord, dans un cas comme dans l'autre, par l'**examen bactériologique**, établir l'absence de gonocoque.

On aura donc recours à *l'examen direct de la sécrétion et des filaments.* C'est un diagnostic immédiat, mais provisoire, qu'on devra étayer, confirmer par la suite. Il ne faut pas trop se hâter d'affirmer l'absence du gonocoque dans une urétrite. Cependant, une légère sécrétion mucopurulente, survenant loin de tout rapport, sécrétion vérifiée au microscope comme dépourvue de gonocoque, a bien des chances d'en être réellement dépourvue. C'est surtout la sécrétion claire avec un mélange de particules blanchâtres, mal liées, rappelant l'aspect de lait caillé, qui fera penser, même avant l'examen microscopique, à l'urétrite non gonococcique, car le gonocoque crée du pus bien lié. encore que le caractère de la sécrétion ne puisse fournir qu'une présomption. En effet, c'est en se basant à tort sur ce caractère qu'on peut croire à une urétrite gonococcique, et cela sans examen microscopique.

Certains médecins hantés, comme leurs malades, par l'idée du gonocoque, le recherchent trop, ou plutôt le recherchent mal et se figurent l'avoir trouvé. « Quelquefois, après des examens répétés, on découvre dans une lame un ou deux gonocoques. C'est bien pauvre. Ceci ne peut pas, ne doit pas nous suffire. S'il y a du gonocoque, on doit le savoir nettement et le réactiver en cas de doute. Le plus souvent, c'est la culture et la spermoculture qui, utilisées dans de mauvaises conditions, apportent le résultat fatal : quelques gonocoques ». De nombreux germes ressemblent au gonocoque et prêtent à confusion surtout dans les cultures. « Enfin, il faut tenir compte de ce que le laboratoire voit sa responsabilité moins engagée en qualifiant de gonocoque un germe un peu douteux ».

A propos de ces urétrites, on a pu souvent relever de telles erreurs, qui deviennent responsables, en dehors des séries de piqûres d'autovaccin et des traitements nuisibles pour l'urètre, de bien des désagréments d'ordre moral.

Quant à la *gonoréaction,* si elle persiste anormalement positive, elle peut indiquer la persistance d'une gonococcie cachée, sans que l'urétrite actuelle soit due au gonocoque. Le microbe peut exister pour son compte dans une glande enkystée, et l'urétrite peut exister pour son compte en dehors de lui.

L'absence du gonocoque établie, l'examen microscopique des sécrétions et des filaments nous montre : ou bien du mucus, des cellules, des leucocytes, pas de microbes ou de très rares germes banaux ; — ou bien de nombreux leucocytes et une abondante flore microbienne, intra- ou extra-leucocytaire.

Distinguer les urétrites en *infectieuses* et *non infectieuses,* semble donc utile au point de vue clinique, et surtout thérapeutique. Mais cette distinction n'est valable que dans des conditions bien déterminées : 1° la sécrétion de la *fosse naviculaire* doit souvent être éliminée, *car elle constitue le siège banal de très nombreux germes* ; 2° c'est surtout l'examen des *filaments,* qui renseignera sur le facteur infectieux de l'urétrite ; 3° on sera étonné de la différence de nombre des germes dans la sécrétion du méat et dans les filaments.

Dans *les urétrites infectieuses,* les germes sont très variés : staphylocoque, colibacille, pneumocoque, pneumo-bacille, entérocoque, anaérobies. Se méfier des diplocoques, qui sontGram négatifs comme le gonocoque ; mais, à l'inverse de celui-ci, ils cultivent sur milieux ordinaires.

A noter : l'urétrite des rétrécis, qui ne guérira par la disparition de sa flore variée, que lorsqu'on aura traité le rétrécissement ; certaines « bactériuries » à staphylocoque, à colibacille ; l'urétrite tuberculeuse, avec écoulement séro-purulent mal lié ou grisâtre, qui accompagne la prostato-vésiculite tuberculeuse.

Les *urétrites non infectieuses* sont de causes nombreuses.

Plusieurs semaines ou plusieurs mois après une blennorragie, on peut observer une sécrétion

urétrale claire, avec filaments dans le premier verre ; accentuée par les excès de table, les rapports sexuels, elle résulte d'une irritation de la muqueuse par la toxine gonococcique et par les antiseptiques, dont l'application a été nécessaire. Si on est sûr de l'absence de gonocoques, laisser l'urètre au repos ; une convalescence de quelques semaines peut suffire ; il sera toujours temps d'intervenir.

Des urétrites sont aussi provoquées à la suite d'excès génitaux, d'un abus de la motocyclette ou du cheval, de manœuvres instrumentales brutales ou prolongées (dilatations, urétroscopie, etc.).

Il en est de même pour certaines substances irritantes contenues dans les urines trop concentrées (grandes chaleurs, fièvre, maladies générales, diabète, rhumatisme, grippe, paludisme) ; pour certains médicaments (cantharide, iodure de potassium, acide phosphorique ou bicarbonate en excès. Chez certains arthritiques, l'écoulement irritatif résulte d'une élimination exagérée de phosphates, urates, oxalates, carbonates.

Une blennorragie antérieure est souvent en cause par l'irritation qu'elle a produite sur la muqueuse (70 %), alors que les urétrites simples d'emblée sont dans la proportion de 30 % (Janet).

L'exploration instrumentale sera d'un précieux secours pour servir éventuellement au traitement.

On utilisera l'*explorateur à boule* pour rechercher le *rétrécissement possible*, savoir s'il est simple ou multiple, serré ou large. La palpation sur béniqué pourra révéler des *littrites*, chez des sujets ayant eu des blennorragies.

Enfin souvent l'*urétroscopie* donnera de précieux renseignements : état de la muqueuse de l'urètre antérieur, de l'urètre postérieur : œdème bulleux, végétations, franges rouges, véritables polypes vascularisés ; déformation ou vascularisation du veru montanum ; au niveau des orifices utriculaires, œdème ou dilatation, etc.

***

Les données pour un traitement rationnel

Le traitement sera orienté par l'étiologie de l'urétrite, par sa localisation et par les résultats de l'urétroscopie. Il variera suivant qu'il s'agira d'urétrites infectieuses, où la lutte contre le microbe devra prédominer, — ou d'urétrites non infectieuses. Ici l'urétrite est prédominante, l'infection est secondaire, négligeable ; la guérison ne s'obtiendra pas alors en chassant, à coups d'antiseptiques irritants, quelques germes très probablement inoffensifs, mais en agissant sur l'état général, et sur les causes, dont dépend la santé de la muqueuse, y compris ses propres lésions, déjà souvent organisées. Les urétrites non gonococciques sont souvent très difficiles à guérir.

Le *traitement général* mérite toute l'attention ; hygiène du régime et de la fatigue ; reconstituants ; lutte contre l'arthritisme, la neurasthénie, les lithiases urique (acide) et oxalique (alcaline). Espacer les rapports sexuels quoique leur action décongestionnante soit souvent utile.

Quant au *traitement local*, il envisage les causes des urétrites ; il est dès lors facile de préjuger de la thérapeutique à leur appliquer.

Si l'urétroscopie montre :

a) Des lésions avancées (polypes, bulles d'œdème, anfractuosités au niveau des canaux prostatiques) : utiliser l'étincelage ou les caustiques pour supprimer les proliférations de la muqueuse, qui empêcheraient la guérison. Celle-ci nécessite d'ailleurs des soins suivis, que l'on fera en une série régulière de quelques semaines en ordonnant une période de repoe avant la série suivante. Faire des séances légères. On craindra toujours de trop détruire. Le veru montanum sera tout particulièrement respecté.

b) Des lésions atténuées (œdème diffus, congestion, granulations) : utiliser quelques instillations de nitrate d'argent à 1 p. 200 ou 1 p.100 espacées de cinq jours.

Dans un cas comme dans l'autre, *un traitement excessif est pire que le mal.*

Des lésions étant améliorées ou supprimées, il faudra utiliser les lavages urétro-vésicaux au chlorure de magnésium (à 25 gr. pour 1.000), à l'albargine (doses croissantes de 0 gr. 15 à 0 gr. 25 pour 1.000), à l'oxycyanure (0 gr. 15 à 0 gr. 25 p. 1.000), s'il y a de l'infection.

On y adjoindra des crayons à l'argyrol de 1 à 10 p. 100,ou au protargol (plus irritant) de 1 à 5 p. 100 (l'excipient est le beurre de cacao). Pour les utiliser, un mandrin souple est, après ébullition, introduit dans la base évidée du crayon. Maintenu au bout du mandrin, le crayon est légèrement flambé, il commence à fondre ; on l'introduit dans l'urètre jusqu'au bulbe. Les doigts le maintiennent en place, le mandrin est retiré. Le malade reste plusieurs heures sans uriner. Les traitements sont espacés de trois à quatre jours.

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Thérapie des affections inflammatoires et endocriniennes

Le Docteur M.-R. MATHEY-CORNAT, dans son étude très documentée, envisage particulièrement quelques problèmes de la radiothérapie gynécologique. Il recommande particulièrement la thérapie semi-pénétrante, qui, dans le temps, avait précédé l'usage de la radiothérapie pénétrante. Dès le début, celle-là, bien que n'employant que des rayons faiblement pénétrants, avait produit des effets nocifs ; on ne tarda pas cependant à comprendre le danger dû à l'intensité et à la répétition des doses administrées. Un revirement se produisit, en France comme à l'étranger, et l'on vérifia l'action anti-phlogistique et hémostatique que l'on pouvait obtenir des rayons mous, lorsqu'ils étaient appliqués à des doses très diminuées, dans certaines conditions déterminées et sous une surveillance médicale étroite.

L'auteur rappelle, grâce à une expérience personnelle déjà longue, les bons résultats qu'il a obtenus par la « rœntgenthérapie anti-inflammatoire » dans les inflammations annexielles *chroniques*, les métrorragies les accompagnant, les séquelles inflammatoires diverses d'infections antérieures, les paramétrites ainsi que les séquelles opératoires, phlegmons chroniques du ligament large, suppurations persistantes, fistules liées à un état inflammatoire non résolu, etc... Evidemment toutes les indications ne sont pas aussi formelles et tous les résultats ne s'équivalent pas. Il faut tenir compte de l'hétérogénéité des cas rencontrés, du terrain, de l'organe lésé, de l'agent infectieux et de sa virulence. La rœntgenthérapie anti-inflammatoire a paru donner les meilleurs résultats dans les processus chroniques ou plutôt subaigus ou réchauffés, et dans les séquelles où l'élément hémorragique et douloureux participait. Pour éviter une réaction congestive et l'œdème survenant dans les premières heures de l'irradiation, il convient de diminuer d'autant plus les doses que le processus est plus aigu ; on ne doit d'ailleurs pas négliger la thérapeutique anti-infectieuse, toujours opportune et nécessaire.

Toutes les annexites subaiguës réchauffées ne sont pas également influencées, et il est réel que les infections gonococciques, colibacillaires, sont plus rebelles que les infections banales, à pyogènes, que celles liées à l'accouchement ou à l'avortement. La thérapeutique de ces annexites subaiguës commande, chez la femme jeune, un traitement conservateur, par exemple en premier lieu la physiothérapie (infra-rouges, ondes courtes, bain vaginal de Luxeuil) doublée du traitement médical classique, et, en cas d'échec de celle-ci, et seulement dans ce cas, l'irradiation faible ou très faible. Elle peut hâter la défervescence et faire résorber l'empâtement. Ici, le radio-thérapeute doit se mettre d'accord avec le chirurgien, auquel il fait appel.

Enfin, dans les ménorragies et les métrorragies causées par un dysfonctionnement ovarien et hormonal, la rœntgenthérapie est une modalité thérapeutique encore peu usitée, mais susceptible néanmoins d'un développement certain au côté de l'électro et de la physiothérapie. Elle peut agir en freinant la fonction ovarienne, soit directement par l'irradiation génitale faible, soit indirectement par le relai hypophysaire, voire la thyroïde. A la ménopause, la rœntgenthérapie, comme le radium, représente un procédé simple et facile de ménostase.

D'une manière générale, la radiothérapie gynécologique doit être associée, comme il convient, à la thérapeutique médicale et hormonale. (*L'Europe Médicale*, 25 septembre 1938.)

Diagnostic des thrombo-phlébites des sinus

Les Professeurs H. ROGER et Y. POURSINES envisagent dans leur étude : les thrombo-phlébites du sinus latéral, celles du sinus caverneux, enfin celles du sinus longitudinal supérieur. A propos de chacune de ces variétés, ils étudient successivement les données anatomiques, le tableau clinique et le diagnostic différentiel.

En résumé, concluent-ils, les thrombo-phlébites des sinus de la dure-mère se traduisent par une symptomatologie commune, constituée par un ensemble de troubles vasculaires, de signes nerveux et de manifestations infectieuses.

Chacune d'entre elles a cependant sa séméiologie propre et son étiologie particulière. L'atteinte du sinus latéral se traduit surtout par un syndrome infectieux avec état septico-pyohémique, compliquant une oto-mastoïdite : elle n'est souvent que le prélude d'une autre complication otitique, méningite ou abcès.

Dans la phlébite caverneuse, souvent consécutive aux inflammations aiguës de la face, le

syndrome circulatoire est au premier plan, avec l'œdème des paupières et l'exophtalmie.

La thrombo-phlébite du sinus longitudinal est plutôt en rapport avec une infection générale survenant sur un organisme déficient. Elle a une expression surtout neurologique, caractérisée par une hémiplégie ascendante évoluant par poussées. (*Le Journal Médical Français,* octobre 1938.)

Une fièvre alimentaire chez un nourrisson exclusivement nourri au sein

Afin de limiter la question, il faut entendre sous le nom de fièvre alimentaire, toute fièvre dont l'apparition est si étroitement commandée par l'alimentation, qu'il est nécessaire et suffisant, pour la faire immédiatement cesser, de changer ou de rectifier le régime (R. Debré). Ces fièvres ne s'observent que chez le nourrisson pendant les huit à dix premiers mois. Quelle que soit leur origine (lait sec, lait condensé, petit lait, babeurre, etc.), elles ont à la base un trouble du métabolisme de l'eau dans l'organisme du nourrisson. Tout se passe comme si la température de l'enfant était le résultat d'un équilibre entre deux systèmes opposés : thermogénétique et thermolytique. Le système thermogénétique est constitué par l'ensemble des réactions exothermiques qui marquent les étapes successives du métabolisme des aliments. Le système thermolytique est représenté par le refroidissement périphérique, obtenu par l'évaporation, au niveau des poumons et de la peau, de l'eau disponible dans l'organisme du nourrisson et par l'élimination des urines. Si la thermogénèse est augmentée par un apport alimentaire exagéré (trop grande quantité de poudre de lait par exemple) sans compensation équivalente de la quantité d'eau ingérée, la fièvre peut apparaître. Inversement, si la réfrigération est gênée, soit parce que l'enfant est trop couvert, soit parce que la température ambiante est trop élevée, soit enfin parce que le nourrisson ne possède plus de réserves d'eau pour assurer l'évaporation, la fièvre survient encore. Un apport alimentaire exagéré détermine la fièvre parce qu'il immobilise une grande quantité d'eau et réduit d'autant l'eau mobilisable, pour assurer la thermolyse. Le système musculaire constitue chez l'adulte la plus grande réserve d'eau de l'organisme, aussi ne faut-il pas trouver étonnant que ces réserves soient très réduites chez le nourrisson. Les besoins d'eau de celui-ci sont énormes comparés à ceux de l'adulte. Le lait de femme est, dans la règle, adapté à ces besoins considérables d'eau, en raison de la grande dilution des protides et des sels et cependant, quoique infiniment rare, on ne saurait nier l'existence d'une fièvre de lait de femme. L'observation de M. Ramery en est une démonstration qui paraît indiscutable. Ici, il fallait noter, à titre de facteur individuel, que la mère buvait très peu, à peine un verre au cours des repas, et rien dans l'intervalle.

Pour toutes les fièvres de lait, les manifestations cliniques et la thérapeutiques sont identiques ; on pourrait les désigner sous le terme générique de « fièvres de concentration ». Leur rareté dans leur expression clinique pure n'est peut-être qu'apparente en ce qui concerne les formes atténuées, qui méritent d'être recherchées.

Savoir donner de l'eau à un nourrisson est un art infiniment plus précieux à connaître que l'art de lui donner des médicaments. (*Maroc Médical,* novembre 1938.)

Stomatite par avitaminose. Traitement par l'acide nicotinique

P. Manson-Bahr et O.-N. Ransford attirent l'attention sur le bénéfice que retirent certains malades du traitement par l'acide nicotinique dans des pays où il n'a jamais été question de pellagre, comme en Angleterre. Ils rapportent un cas intéressant. Il s'agit d'une femme de 62 ans qui présentait simplement un état saburral de la langue avec desquamation papillaire, stomatite légère et diarrhée chronique. Chez cette femme, qui souffrait de tous ces troubles depuis cinq ans, la guérison a été totale en dix jours, par administration quotidienne de 15 ctgr. d'acide nicotinique.

Les auteurs montrent que dans les pays à climat peu ensoleillé, on voit très rarement des pellagres à forme cutanée. Ordinairement, en Angleterre, l'avitaminose P-P. reste fruste et se manifeste essentiellement par des troubles digestifs. Il est facile de démontrer l'origine carentielle de ceux-ci du fait qu'ils guérissent rapidement par administration de petites doses d'acide nicotinique. (*Lancet,* 20 Août 1938.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'électro-encéphalogramme multiple de l'homme normal

(MM. A. BAUDOUIN, FISCHGOLD et LERIQUE; 24-1-1939)

L'électro-encéphalogramme est un phénomène décrit par Hans Berger, d'Iéna. Il découle de variations de potentiel constatées par cet auteur sur les lacunes craniennes après trépanation. M. Baudouin et ses collaborateurs apportent une contribution à l'étude de cette question encore pleine d'incertitudes et d'obscurité.

Sensibilité du singe « Macacus rhesus » au virus grippal

(M. J. VIEUCHANGE. Présentation par M. LEVADITI; 24-1-1939)

L'étude expérimentale de la grippe et du virus grippal a commencé le jour où Smith, Andrewes et Laidlaw ont montré la réceptivité à ce virus du furet et de la souris. D'autres animaux, le hérisson, etc. ont été ultérieurement reconnus réceptifs. Plus intéressante encore était la recherche de la réceptivité du singe, de certaines espèces simiennes en particulier. M. Vieuchange a pratiqué, chez deux *Macacus rhesus*, des inoculations par voie nasale de virus grippal. Au cours de l'infection ainsi déterminée chez l'animal, l'auteur a pu noter le passage du virus dans la salive et dans le sang et aussi un certain pouvoir neutralisant acquis par le sérum.

Sur le rôle des poussières de routes goudronnées dans la cancérisation du poumon chez l'homme

(M. P. VALADE; 24-1-1939)

M. Valade estime que, si les faits expérimentaux montrent un pourcentage plus élevé de tumeurs du poumon chez les souris soumises aux inhalations de poussières de routes goudronnées (expérience de J.-A. Campbell), on n'est nullement autorisé à transposer les résultats obtenus de la souris à l'homme. Il faudrait répéter l'expérience sur d'autres espèces animales. Une enquête serait, d'autre part, utile, portant sur le personnel de l'administration des Ponts et Chaussées, susceptible d'inhaler journellement des poussières de routes (cantonniers, etc.).

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Pneumectomie totale pour cancer du poumon

(M. Robert MONOD; 7-12-1938)

Malgré la fréquence du cancer du poumon, les cas diagnostiqués le sont rarement à un stade qui permette de faire une exérèse chirurgicale avec des chances de guérison.

Dans sa pratique personnelle, M. Robert Monod n'a rencontré que deux fois des conditions d'opérabilité assez favorables. La première malade, opérée par lobectomie, il y a deux ans, est dans un état satisfaisant. Dans le deuxième cas, M. Monod fit une pneumectomie totale, une ablation complète du poumon du côté malade. Les suites opératoires immédiates ont été des plus simples et, un mois plus tard, la situation de l'opérée était bonne. La malade succomba toutefois à une crise inattendue d'œdème aigu du poumon restant. Cette observation laisse espérer un résultat complètement satisfaisant dans d'autres circonstances.

L'intervention chirurgicale dans le cancer du poumon variera : dans le cancer des grosses bronches, c'est la pneumectomie totale qu'il faut faire ; dans le cancer centrolobaire, on s'adressera à la lobectomie ou également à la pneumectomie totale.

Perforation viscérale et syndrome occlusif

(MM. MÉNEGAUX et PERGOLA ; 7-12-1938)

Un malade de soixante-quinze ans est transporté à l'hôpital Cochin dans le service du Professeur Lenormant avec un syndrome occlusif datant de huit jours. Appelé comme chirurgien de garde, M. Pergola décide de mettre en œuvre un traitement péristaltique (injection intra-veineuse de sérum salé hypertonique et injection sous-cutanée de prostigmine) qui amène l'évacuation de quelques gaz par l'anus et aussi un affaissement brutal de la distension abdominale. Jugeant, toutefois, l'émission de gaz insuffisante pour expliquer la chute du météorisme, on décide de radiographier le malade, et on a la surprise de découvrir en même temps que des images hydro-aériques multiples du grêle un croissant gazeux inter-hépato-diaphragmatique.

Sur ce seul signe d'alarme, une laparotomie droite est pratiquée ; elle permet de déceler et de traiter trois perforations au niveau du cæcum très distendu, perforations diastatiques en amont d'un obstacle vraisemblablement néoplasique siégeant sur le côlon pelvien. La perforation s'est probablement produite sous l'influence du traitement péristaltique. La radiographie a permis d'y porter remède sans délai et les auteurs concluent à l'importance d'un examen radiographique précoce en pareille circonstance.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

A propos de deux formes « pseudo-tumorales » de l'hypertension artérielle

(MM. RISER et PLANQUES, de Toulouse ; 16-12-1938)

On trouve dans la littérature une centaine d'observations d'hypertension artérielle, chez l'adulte et l'enfant, qui sont accompagnées d'hypertension cranienne majeure, au point que très souvent le diagnostic de « tumeur cérébrale » a paru, de prime abord évident, ou très probable. La confusion est entretenue par l'examen du fond d'œil qui montre de l'œdème péripapillaire ou papillaire, par l'examen du liquide céphalo-rachidien non seulement très hypertendu — cela va de soi, — mais qui présente très fréquemment de la dissociation albumino-cytologique. C'est cette variété très spéciale d'hypertension artérielle avec hypertension cranienne que Dereux propose de désigner sous le nom de forme « pseudo-tumorale ».

En somme, l'hypertension artérielle, par des mécanismes variables agissant isolément ou simultanément détermine l'hypertension cranienne, sans qu'il y ait ni tumeur cérébrale vraie, ni lésion centrale. C'est à cette catégorie qu'appartiennent les deux observations communiquées. Dans la plupart des cas, les éléments fondamentaux du diagnostic apparaissent rapidement, entre « tumeur » chez un hypertendu artériel et hypertension artérielle « pseudo-tumorale ».

Un plan d'examen rigoureux est nécessaire pour rechercher plus attentivement ces éléments : Précision et correcte interprétation des documents ophtalmologiques en se souvenant de l'importance considérable des figures d'artérite, éléments bien plus décisifs que la tension artérielle rétinienne, la présence ou l'absence d'exsudats, les aspects différents de l'œdème. Des tumeurs authentiques peuvent provoquer des aspects de « rétinite hypertensive », et inversement l'hypertension artérielle compliquée peut créer une « stase papillaire » pseudo-tumorale.

L'examen neurologique et vestibulaire est important ; il peut mettre en évidence des signes d'atteinte infundibulaire, de méningite ou de tumeur de la fosse postérieure susceptible de créer à la fois l'hypertension cranienne et aussi l'hypertension artérielle ; celle-ci dans ces cas ne commande pas celle-là (c. l'observation de Puech et Thierry de Martel, Vincent).

L'examen radiologique simple a été parfois décisif. On prendra la pression veineuse. Les épreuves de fonctionnement rénal et plus particulièrement la P. S. P., le bleu de méthylène, la tolérance du Na Cl, les épreuves thérapeutiques doivent être systématiquement pratiquées avant toute ventriculographie et même avant la ponction lombaire qui n'est pas toujours anodine ; et plus particulièrement : le régime sans azote, la déchloruration et le repos au lit dont on ne saurait trop souligner l'importance, même si le malade n'a pas d'œdèmes apparents, même si la rétention humorale n'apparaît pas très marquée.

On ne souviendra que la dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien est fréquente au cours de l'hypertension artérielle compliquée ou grave, sans tumeur cérébrale surajoutée. Ce ne peut jamais être un élément discriminatif.

Bref, un examen systématique fera très souvent apparaître : ou bien un trouble plus ou moins apparent des fonctions cardio-hépato-rénales, ou bien des lésions d'artérite du fond d'œil, toutes constatations qui orientent vers le diagnostic d'hypertension artérielle pseudo-tumorale ; ou bien, au contraire des signes neurologiques ou radio-graphiques qui font penser à une « tumeur cérébrale » terme pris dans un sens très large, chez un hypertendu artériel, ou créant même parfois l'hypertension artérielle.

Ainsi, dans la très grande majorité des cas, on pourra éviter bien des trépanations inutiles et souvent dangereuses.

Méningite purulente streptococcique otogène guérie par mastoidectomie associée à la paraminophénylsulfamide

(MM. R. MASPETIOL et H. MASCHAS ; 2-12-1938)

Jusqu'à ces dernières années, le pronostic des méningites septiques otogènes à microbes identifiés dans le liquide céphalo-rachidien, restait très sombre et la mortalité variait suivant les statistiques de 95 à 100 % des cas. Grâce à la découverte de Domagk le pronostic des méningites purulentes a été profondément modifié. De nombreuses publications, parues tant en France qu'à l'étranger, rapportent de nombreux cas de guérison par la paraminophénylsulfamide.

Les auteurs ont eu l'occasion de suivre complètement une malade atteinte de méningite purulente streptococcique d'origine otitique guérie grâce à une intervention chirurgicale, à laquelle a été associée la paraminophénylsulfamide. Evidemment, il ne s'agit pas là d'un fait nouveau ; néanmoins, il a semblé intéressant d'insister sur l'action heureuse de ces produits, qui modifient complètement le pronostic de ces affections, considérées jusqu'ici comme presque toujours mortelles.

G. F.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 8 février 1939

De l'abus dangereux des injections d'adrénaline dans le traitement des crises d'asthme

Par M. A. DEBIDOUR (du Mont-Dore)

Rappelant les cas de mort survenus, tant en France qu'à l'étranger, au cours des crises d'asthme, l'auteur montre que ces cas se sont multipliés surtout depuis une vingtaine d'années, précisément à partir du moment où les injections d'adrénaline ont été de plus en plus employées pour juguler les crises, alors qu'ils étaient inconnus des cliniciens du siècle dernier.

C'est dans le trop fréquent abus de ces injections, abus fait par les malades eux-mêmes, qu'il voit la cause principale de ces accidents, et il a voulu mettre en garde médecins et malades contre les inconvénients et les réels dangers d'une médication non surveillée de très près.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET D'HYGIÈNE TROPICALES

Tuberculose, lèpre et cancer, vus sous l'apport de cholestérol et de chlorophylle

(M. V. SIMON ; 20-10-1938)

Le Docteur Victor Simon, après avoir montré comment il avait, le premier, introduit l'huile de chènevis riche en chlorophylle dans la thérapeutique humaine, décrit les résultats obtenus par lui depuis 1924 par le complexe *cholestérol cérébral-huile de chènevis.*

Il communique à la Société les résultats de son traitement anti-lépreux (cholestérol, huile de chènevis, oxygène sous-cutané) appliqué, en Guyane Française, par le Docteur Gippet, médecin de l'hôpital de Cayenne.

De ces observations, il résulte que le « cholestérol-chènevis » donne d'appréciables améliorations dans les formes les plus graves de lèpre.

Dans ces conditions, pense le Docteur Simon, est-il nécessaire d'adjoindre l'huile de chaulmoogra à ce trépied thérapeutique ? Certes, il ne s'agit pas de nier les améliorations que l'on doit à cette préparation ; il s'agit de savoir si l'on peut en obtenir de plus importantes par la médication cholestérol-chlorophylle ou s'il faut réserver à l'huile de chaulmoogra une variété ou un stade de lèpre...

L'expérience a conduit l'auteur à la cellule, au terrain dont la résistance armée (cholestérol-chlorophylle-oxygène) sera le meilleur garant dans la lutte contre le microbe et sa toxine. Tout au plus pourrait-on envisager une sérothérapie adéquate, jointe au traitement sus-indiqué au point de vue préventif surtout, cette sérothérapie ayant pour point de départ la toxine lépreuse.

Lille

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE

Ostéo-arthrite du poignet greffée sur un traumatisme méconnu, ayant déterminé une luxation du grand os

M. BILLET. — Enfant de 5 ans présentant tous les signes d'une tumeur blanche du poignet droit. La radiographie décèle, à côté de minimes altérations du carpe, une luxation typique du grand os en arrière. Le traumatisme qui a provoqué cette importante lésion est passé inaperçu.

Une intervention a permis, après nettoyage du foyer d'ostéo-arthrite, bien localisé, de remettre en place le semi-lunaire et le grand os.

Diverticule de la vessie

M. BOURQUE. — Homme de 59 ans ; diagnostic à la cystoscopie, confirmé par la cystographie (présentation de clichés).

Opération suivant la technique de Marion, guérison.

Streptococcémie et lobite pneumonique

M. BERNARD. — Les streptococcémies s'accompagnent presque toujours de localisations suppurées viscérales ou cutanées ; les foyers infectieux sont donc secondaires à la septicémie.

L'auteur rapporte une observation dans laquelle, au contraire, la septicémie a suivi une localisation pulmonaire qui avait eu l'allure clinique d'une pneumonie franche, ayant évolué en huit jours. Les phénomènes cliniques de septicémie n'apparurent qu'après la chute de température. La streptococcémie fut vérifiée par hémoculture.

Septicémie à streptocoques, consécutive à une angine

M. BERNARD. — Malade de 50 ans, ayant fait, six jours après la guérison d'une angine pultacée d'apparence banale, une streptococcémie.

L'auteur insiste sur la succession des phénomènes cliniques : septicémie après la guérison de 'angine. Il note les métastases ui n'ont pas abouti à la suppu- at on et tente d'expliquer pourquoi, parmi de nombreuses angines, certaines seulement sont suivies de septicémie.

Trois cas de septicémie à streptocoques, guéris par la sérothérapie antistreptococcique associée à la chimiothérapie sulfamidée

M. BERNARD. — La streptococcémie, qui était autrefoi considérée comme très grave, voit son pronostic s'améliorer grâce aux récentes découvertes Le sérum antistreptococcique de Vincent permettait déjà d'obtenir d'impressionnants succès. De nombreuses armes sont venues avec la chimiothérapie sulfamidée.

L'auteur a associé les deux méthodes dans trois cas de septicémie à streptocoques, l'une d'origine auriculaire, une autre d'origine inconnue, probablement intestinale, la dernière consécutive à une angine.

Toulouse

Société de médecine

Insuline et tonus oculaire

MM. Gorse, Calmettes, Berges et Deodati ont recherché si l'insulinothérapie n'était pas susceptible de modifier le tonus oculaire chez le diabétique et chez le glaucomateux diabétique ou non.

Les résultats obtenus permettent de conclure :

1° Chez le diabétique traité par l'insuline, la pression oculaire doit être recherchée pour déceler un glaucome non cliniquement évident : le chiffre de l'ophtalmotonus ne doit pas influencer la thérapeutique insulinique ;

2° Chez le glaucomateux diabétique, glaucome et diabète doivent être traités isolément : quelque soit le tonus, les doses d'insuline nécessaires à l'équilibre glycémique ne doivent être ni diminuées ni supprimées ;

3° Chez le glaucomateux non diabétique, l'action de l'insuline sur le tonus est si éphémère et si minime, que ce traitement médical ne doit pas faire perdre un temps précieux pour le traitement chirurgical.

Gliome rétinien bilatéral

M. Calmettes, à propos d'un cas de gliome rétinien bilatéral chez un enfant de quatorze mois, envisage la conduite à tenir. On ne peut humainement proposer une double mutilation pourtant pratiquée par quelques auteurs. L'énucléation s'impose du côté le plus atteint. Dans le cas présent, le gliome avait déjà pris un développement considérable, aboli la vision et entraîné une forte hypertension ; l'opération décidée a été l'exentération de l'orbite. Du côté le moins atteint, on doit appliquer le radium ou les rayons X. Après une période d'insuccès constants, plusieurs auteurs ont publié quelques succès : mais ces heureux résultats sont trop exceptionnels pour envisager sans pessimisme ce traitement.

Septicémie veineuse subaiguë

MM. Laporte, Morel, Darnaud et Gourdou présentent un cas de septicémie veineuse subaiguë d'une très longue durée. En décembre 1934, à l'occasion d'une blessure du genou gauche, phlébite du membre puis en mai 1935 généralisation aux autres membres et à tout le corps. Immobilisation jusqu'à mars 1937: depuis amélioration, mais persistance de la phlébite gauche, persistance d'œdème et e fièvre légère. L'intérêt de cette observation est dans la longue et décevante évolution, et surtout dans le syndrome humoral présenté, à type surtout hémogénique (augmentation du temps de saignement, du temps de coagulation, mononucléose, diminution des hématoblastes). A ce sujet les auteurs insistent sur l'importance, à côté de la notion d'infection, du facteur endothélio-plasmatique dans la pathogénie de cette forme de phlébite et dans celle des thromboses veineuses.

La radioscopie systématique des recrues dans l'armée.

M. Castay. — Depuis trois ans, les recrues subissent obligatoirement dès leur arrivée un examen radioscopique des poumons pour le dépistage de la tuberculose. Cet examen systématique a permis dans un corps d'armée de révéler sur un effectif d'environ 2.500 hommes examinés, 6 cas de tuberculose ouverte (bacilloscopie positive) et 12 cas de tuberculose fermée, la plupart avec un minimum de signes cliniques certains sans aucun signe net d'auscultation et un bon état apparent.

Ces chiffres sont de nature à montrer l'importance de la radioscopie systématique des recrues : d'abord au point de vue des intéressés, pour lesquels le dépistage de leur lésion permet un traitement précoce, ensuite pour l'Etat en économisant un certain nombre de pensions importantes.

Corps étrangers de l'œsophage et tachycardie paroxystique

MM. Calvet et Mériel. — Il s'agit d'une femme de 50 ans ayant avalé la moitié de son dentier dont l'extraction par voie haute était impossible par suite d'ectasie aortique. Le corps étranger put cependant être repoussé jusqu'au cardia et extrait alors par gastrostomie. Les suites immédiates furent parfaites, mais bientôt apparurent des crises de tachycardie paroxystiques, traitées sans succès par l'anesthésie du ganglion étoilé. La malade succomba le troisième jour par fibrillation ventriculaire sans signe périphérique d'insuffisance cardiaque.

Les auteurs pensent que l'intervention chirurgicale a pu agir par élongation ou par irritation mécanique du myocarde ou encore par excitation du sympathique cardiaque tiraillé par les manœuvres opératoires.

Les Livres

Les Livres qui viennent de paraître...

ENCYCLOPÉDIE MÉDICO-CHIRURGICALE

18, rue Séguier et 27, place Dauphine

Recueil périodique de l'Encyclopédie médico-chirurgicale. Cahier : POUMON, PLÈVRE, MÉDIASTIN, n° 5 de 1938.

EDITIONS DELMAS,
6, place Saint-Christoly, Bordeaux

Prof. C.-E. BENJAMINS (Groningue). — **Les tumeurs osseuses du nez et des sinus.** Un vol. des « Monographies oto-rhino-laryngologiques internationales ». Un vol. 314 p., 103 illustr.

PUBLICATION DU BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL, Genève

L'organisation économique des prestations médicales et pharmaceutiques dans l'assurance-maladie. *Première partie* : **Le principe d'économie dans l'assurance-maladie**, par le Dr Walter PRYLL. Extrait du volume paru sous ce titre dans « Etudes et Documents », série M. Un vol. 146 p. 1938.

LIBRAIRIE ARMAND COLIN
103, boulevard Saint-Michel

Gustave ROUSSY. — **Le cancer.** Un vol. 224 p. Prix : 15 fr.

Editions MASSON et Cie
Boulevard Saint-Germain, Paris

R. HAZARD. — **Applications médicales du nouveau Codex, et prescription des substances vénéneuses.**

Dans ce petit volume de 93 pages, le Professeur Hazard, de la Faculté de médecine de Paris, a pensé à donner au praticien une vue d'ensemble sur la pharmacopée actuelle.

Il résume les nouveautés essentielles du nouveau Codex dont les prescriptions, on le sait, sont applicables depuis avril dernier.

Il énumère successivement les suppressions, les additions et les modifications, et, point intéressant la pratique journalière, fixe l'essentiel de ce qui touche à la prescription des substances vénéneuses.

G. L.

Librairie MALOINE,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe).

Prosper MERKLEN, professeur de Clinique à la Faculté de médecine de Strasbourg et Robert WAITZ, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg. — **Atlas d'hématologie.** Un vol. relié pleine toile, impression or, 210 pages, 52 planches en 5 couleurs. Prix : 325 francs.

Depuis quelques années l'iconographie a conquis un développement justifié dans toutes les branches de la médecine. L'hématologie, en particulier, devait bénéficier de cette tendance : le diagnostic y est en grande partie basé sur l'examen cytologique du sang et des organes hématopoïétiques, rate, moelle osseuse, etc.

Dans l'Atlas d'hématologie que font paraître MM. Pr. Merklen et R. Waitz, on trouvera les images en couleurs de la grande majorité des cellules qu'on a coutume de rencontrer dans le sang et les viscères de l'hématopoïèse, à l'état normal et pathologique. Elles ont été dessinées d'après des préparations toutes traitées par la technique de May-Grunwald-Giemsa. L'ensemble est réuni en planches très soignées, qui permettent de prendre une connaissance exacte de la morphologie et de la coloration des variétés de leucocytes et hématies en cause.

L'attention apportée par les auteurs au choix des préparations et à la qualité de leur reproduction fait de cet Atlas un recueil de documents de haute valeur, égal ou supérieur aux meilleurs atlas étrangers. Au cours de pages très claires, placées en tête de l'ouvrage, sont exposés les caractères différentiels des éléments cellulaires du sang, ce qui aide à comprendre et à interpréter la lecture des planches qui suivent.

Si l'Atlas d'hématologie de MM. Pr. Merklen et R. Waitz s'adresse avant tout aux hématologistes et aux histologistes, il se montre aussi d'une réelle utilité pour les praticiens de médecine générale et les spécialistes.

MASSON et Cie, éditeurs,
120, Boulevard Saint-Germain, Paris (VIIe)

G. ROUX, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. — **Petite chirurgie et technique médicale courante.** Un vol. 592 pages, 361 fig. Prix : 90 francs.

Cet ouvrage forme un guide complet de petite chirurgie et de technique médicale journalière. Assez

concis pour être maniable, illustré de nombreuses figures, il groupe dans des chapitres distincts, les sujets qu'un index alphabétique permet de retrouver rapidement. Successivement, sont envisagés : l'opération, les traitements urgents, les méthodes élémentaires d'examen et de traitement, la petite chirurgie.

La première partie (l'opération) expose, en particulier, la préparation de l'opéré, les méthodes d'anesthésie, les sutures, l'hémostase, les pansements. La seconde partie est consacrée aux traitements urgents, des plaies, des traumatismes, de l'asphyxie, de la syncope, des intoxications, etc... La troisième partie réunit les méthodes élémentaires d'examen et de traitement dans leur aspect pratique (biopsie, tension artérielle, tubage duodénal, temps de saignement, ponctions, séro et vaccinothérapie, etc.). Dans la quatrième partie, enfin, sont décrites les techniques des interventions et soins de chirurgie générale et spéciale (gynécologie, urologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie) que le praticien peut employer dans sa clientèle.

Librairie MALOINE
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris-VIe

Dr Louis GIRARD. — **Atlas d'anatomie et de médecine opératoire du labyrinthe osseux.** Préface du Professeur Rouvière, 3e édition 1939. Un vol. 19 × 28, 170 pages 80 fig. de H. Frantz. Prix : 125 francs.

La chirurgie du rocher, depuis longtemps classique pour l'oreille moyenne et la région mastoïdienne, a pris possession du labyrinthe durant ces trente dernières années et cherche à présent à le dépasser pour atteindre le conduit auditif interne.

A cette chirurgie nouvelle, il faut une anatomie précise, à la fois topographique et chirurgicale, que l'on trouvera dans cet ouvrage écrit par un praticien auriste. 80 gravures, entièrement tirées sur papier couché, montrent les organes intra pétreux dans une perspective otoscopique. Aux figures est joint un texte rédigé pour éclairer le praticien appelé à scruter les secrets d'un rocher pathologique, le spéculum ou la gouge à la main. Le chapitre de médecine opératoire, soigneusement illustré, complète l'œuvre anatomique et constitue pour le chirurgien auriste une excellente base d'initiation.

Cet ouvrage, d'ailleurs, n'est pas exclusivement réservé aux médecins spécialistes. Il s'adresse aussi aux étudiants désireux de bien connaître l'anatomie du rocher.

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, rue Hautefeuille, Paris (VIe)

Maurice VILLARET, professeur à la Faculté de médecine de Paris. — **Le traitement des embolies pulmonaires.** Un vol. grand in-8 (15,5 × 23,5) de 44 pages, 1938. 15 francs. Collection « Les thérapeutiques nouvelles ».

On connaît les récents et importants travaux du Prof. Villaret et de ses élèves sur les embolies pulmonaires. Ils comportent des déductions thérapeutiques à retenir.

Dans cet ouvrage, l'auteur étudie le traitement préventif de la thrombose veineuse, puis de la migration du caillot et enfin celui, préventif également, des accidents mortels d'origine embolique. Il expose ensuite le traitement curatif : traitement curatif médical, qui est le premier à instituer ; puis, associé ou non à cette thérapeutique médicamenteuse, le traitement curatif local L'auteur se demande enfin ce qu'il faut penser du traitement curatif chirurgical.

Table des matières : Bases physio-pathologiques ; étude thérapeutique, traitement préventif, traitement curatif ; conclusions.

MASSON et Cie, éditeurs,

Pr A.-B. MARFAN. — **La ponction du péricarde**, EN PARTICULIER PAR VOIE ÉPIGASTRIQUE SOUS-XIPHODIENNE. Un vol. (collection Médecine et Chirurgie, Recherches et applications, n° 11), 76 p., 3 fig. Prix : 12 francs.

Le diagnostic des épanchements péricardiques est difficile ; pourquoi, demande l'auteur, ne sonde-t-on pas la cavité péricardique avec l'aiguille comme on le fait pour la plèvre, les méninges, voire pour les séreuses articulaires ou le péritoine ? Cette ponction ne sert pas seulement au diagnostic ; en évacuant l'épanchement, elle peut décomprimer le cœur, soulager la dyspnée et la douleur, améliorer la circulation ; elle peut supprimer ou atténuer un foyer septique ; elle peut en somme favoriser la guérison.

L'auteur, en 1911, avait proposé un procédé nouveau de paracentèse du péricarde présentant dans un grand nombre de cas des avantages sur les anciens. Ce procédé est exposé dans ce livre. Il a été employé un assez grand nombre de fois pour qu'on puisse dire qu'applicable à la plupart des épanchements péricardiques, il peut en assurer le diagnostic, soulager le malade et en certains cas contribuer à sa guérison.

Les Thèses

P. — Dr J.-G. Lambert de Crémeur. — **La lutte contre la syphilis en France et à l'étranger.** (Thèse 1938.)

Parmi les nombreux moyens utilisés actuellement en France et à l'étranger pour lutter contre la syphilis, l'auteur insiste surtout sur les suivants : *a*) création et multiplication de dispensaires ; *b*) recherche de la source de contagion et examen des sujets susceptibles d'avoir été contaminés ; *c*) propagande pratiquée sur une large échelle et, *d*) consultations prénatales.

Dans la lutte contre la syphilis d'autres moyens seraient utiles : domaine médical (stérilisation thérapeutique rapide des malades) ; domaine social (traitement obligatoire de la syphilis ; interruption du travail chez les spécifiques dont la profession pourrait favoriser la transmission de la maladie, boulangers, coiffeurs, etc. ; certificat prénuptial, etc.).

Str. — Dr Fraenkel. — **La pathogénie et le traitement médical de l'hypersthénie gastrique. La médication par l'association papavérine-atrinal-pantopon.** (Thèse 1938.)

Dans son travail inaugural, l'auteur fait une place spéciale à la médication par l'association papavérine-atrinal-pantopon (spasmalgine) dont l'efficacité s'étend sur les principaux symptômes de l'hypersthénie : la douleur, l'hyperkinésie, le spasme et l'hyperchlorhydrie.

L'action sédative sur la douleur, le régime alimentaire et le repos aidant, est le premier effet thérapeutique enregistré. L'hyperchlorhydrie est également influencée de façon notable. Enfin, la disparition des phénomènes pathologiques moteurs et celle de l'évacuation gastrique prématurée ont été maintes fois vérifiées à l'écran radiologique.

Dans le traitement des gastropathies, les doses habituelles sont de deux à trois ampoules par voie sous-cutanée ou de deux à quatre comprimés. Les injections conviennent surtout aux malades hospitalisés. La durée moyenne d'une cure à la spasmalgine est de quinze jours, mais elle peut être prolongée sans inconvénient et reprise ensuite après un repos de quelques jours.

Le rôle que la spasmalgine est appelée à jouer dans la thérapeutique de l'hypersthénie gastrique apparaît doublement fondé : par les effets d'ordre subjectif qu'elle produit, disparition des douleurs, de l'inappétence, etc., et ceux d'ordre objectif que révèlent les chiffres fournis par les tubages gastriques successifs, pratiqués tous les dix jours environ.

En résumé, la spasmalgine constitue une association médicamenteuse de deux substances à action spasmolytique manifeste, la papavérine et le pantopon, action à laquelle probablement prend part également l'atrinal. Cette action combinée présente un « synergisme potentiel », dont l'efficacité thérapeutique est supérieure à celle de la somme des composants pris isolément.

P. — Dr J. du Chalard. — **Contribution à l'étude de la pathogénie de la Sprue et de ses rapports avec l'anémie pernicieuse** (Thèse 1938).

La sprue, maladie coloniale, n'est pas inconnue dans nos régions tempérées.

Il semble qu'un rapport puisse être établi entre la sprue et les maladies par avitaminose B², mais il existe des rapports encore plus étroits entre cette maladie et l'anémie de Biermer. Les deux symptomatologies se rejoignent souvent ; la thérapeutique par les méthodes de Whipple et de Castle donne de part et d'autre des résultats identiques.

Tout au plus, faut-il reconnaître que le tableau clinique de la sprue marque nettement une allure intestinale prédominante. Les travaux d'Untila étendant à la muqueuse intestinale l'élaboration de la substance antianémique, permettraient d'expliquer par ces lésions intestinales la génèse de l'anémie de la sprue.

Les régimes fructariens donnent des résultats. Il est bon d'y adjoindre des vitamines et mieux des extraits hépatiques ou gastriques.

Mp. — Dr G. Granier. — **Contribution à l'étude de la prophylaxie des infections puerpérales par les composés sulfamidés.** (Thèse 1938.)

A la Maternité de Montpellier, dans le service du Professeur Delmas, du 1er novembre 1935 au 31 octobre 1937, les composés sulfamidés ont été administrés dans 493 accouchements, au titre prophylactique des infections puerpérales. S'appuyant sur les résultats constatés, l'auteur est incité à émettre un avis favorable à cette chimiothérapie préventive. Toutefois, ajoute-t-il, on ne pourra donner une opinion véritablement motivée qu'en s'appuyant sur des statistiques plus importantes.

Mr. — Dr L. Marin. — **Contribution à l'étude de la thérapeutique anti-charbonneuse.** (Thèse 1938.)

Dans le traitement de la maladie charbonneuse, le sérum a paru à l'auteur une arme à la fois efficace, fidèle et inoffensive. Les doses doivent être élevées et administrées par voie veineuse de préférence. Le traitement a besoin d'être surveillé minutieusement pour augmenter ou diminuer le dosage selon les circonstances.

L'auteur apporte douze observations favorables à cette thérapeutique. Dans certains cas, la quantité de sérum injecté a atteint 1.200 et 1.500 cm. cubes.

NUTRITION

La Polyphagie maladie

Par C. Laborie

Notre mode d'alimentation, nos habitudes culinaires sont souvent le fruit de notre éducation : l'enfant devenu adulte, compose ses menus comme ses parents lui avaient appris à le faire ; les familles françaises ont des traditions gastronomiques, qui traduisent d'ailleurs un plaisir de civilisation raffinée. Ce fait, non douteux, est trop généralisé par certains, et l'on a trop tendance à faire de la polyphagie la conséquence d'une mauvaise habitude.

Dans bien des cas, il n'en est rien cependant : l'excès d'alimentation entraîne une adiposité, contre laquelle le rationnement est à peu près sans effet. Ceci est facile à comprendre, si l'on admet cette notion capitale qu'il existe très souvent une polyphagie-maladie ; un exemple en est fourni par la polyphagie du diabète sucré.

Laissant de côté ce cas particulier, il reste à envisager de nombreux sujets chez lesquels la ration alimentaire ne peut être réduite, sans entraîner des troubles importants : asthénie, gastralgies, troubles intestinaux. Il faut, chez eux, pour éviter l'adiposité, augmenter les combustions et entraîner ainsi une meilleure utilisation des ingestats. L'augmentation des dépenses pourrait être également envisagée mais l'exercice physique est trop souvent inefficace et même impossible à mettre en œuvre chez les obèses.

Il y a donc intérêt à recourir à une médication accélérant le travail organique et corrigeant ce que Bouchard avait appelé « les ralentissements de la nutrition ». A l'heure actuelle cette thérapeutique est rendue possible grâce à la dinitrophényl-lysidine. Ce dérivé dinitré augmente le métabolisme et a une action adipolytique comparable en tous points à celle de l'exercice physique, ayant sur celui-ci l'avantage de ne pas entraîner de fatigue et en particulier de respecter le cœur. Le Professeur Pouchet a montré sa non-toxicité aux doses thérapeutiques, et Jacques Bell a mis en évidence l'action de ce corps, qui brûle surtout les lipides et un peu les glucides, mais respecte les viscères et le tissu musculaire, contrairement à certains autres médicaments, la thyroxine par exemple. C'est ainsi que, pratiquement, on administrera aux polyphages, 1 comprimé de dinitra par 10 kilos de poids corporel, ceci permettant de ne faire qu'une restriction alimentaire assez minime pour pouvoir être bien tolérée.

AVITAMINOSES LOCALES

Avitaminose A. locale dans l'érythème fessier et l'escarre de decubitus

Par J. Pouget

Les explications classiques concernant le mécanisme de production de l'érythème fessier et de l'escarre de décubitus, sont peu satisfaisantes.

Les théories mécaniques, (frottement, pression, macération des téguments, les trois facteurs étant ordinairement associés,) se heurtent à une objection fondamentale : des traumatismes locaux identiques ne produisent des escarres que chez certains sujets (âgés ou malades) ; de même chez le nourrisson, des macérations fessières équivalentes ne produisent des érythèmes sérieux que chez certains seulement.

Les théories infectieuses n'ont également qu'une valeur partielle. Lorsque l'escarre est considérable et atteint les plans profonds, la flore microbienne contribue à l'entretenir et à la développer ; mais, au premier stade d'érythème, le rôle des germes est minime et la part du terrain local importante.

Ceci conduit à soupçonner *le rôle local d'une avitaminose A dans la pathogénie de ces accidents.*

Cliniquement, on a maintes fois insisté sur les altérations de la peau au cours de l'avitaminose A.

Expérimentalement, on a démontré l'influence curatrice de la vitamine A. sur les lésions cutanées de l'avitaminose A. de l'animal. Chez l'homme, chez des sujets présentant des érythèmes fessiers ou des escarres de décubitus, si l'on produit artificiellement une zone de rubéfaction cutanée au niveau des bras ou des cuisses (par frottement ou irritation chimique) cette zone de rubéfaction persiste beaucoup plus longtemps que chez un sujet normal. Or, si l'on produit deux zones de rubéfaction symétriques sur les bras ou sur les cuisses, et que sur l'une d'entre elles on applique une pâte à l'huile de foie de morue et de flétan, la peau redevient rapidement normale du côté de l'application de ces huiles naturelles.

Thérapeutiquement on connaît les effets remarquables des huiles de foie de morue et de flétan sur la cicatrisation des escarres de décubitus. Leur influence sur l'érythème fessier du nourrisson est encore plus frappante. Darier appliquait, sur ces érythèmes fessiers des nouveau-nés, de l'huile de foie de morue avec des résultats constants.

Nous possédons de nombreuses observations où l'application d'une pâte à l'huile de foie de morue et de flétan (mitosyl) a déterminé une guérison rapide de ces érythèmes.

Ces faits plaident donc en faveur d'une avitaminose locale dans la production de l'escarre ou de l'érythème fessier.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

■ ■ ■

MÉFAITS ET DÉLITS D'UN MOT

Beaucoup de discussions qui mettent aux prises des hommes également compétents et également sincères s'éteindraient d'elles-mêmes si les interlocuteurs prenaient la précaution de définir objectivement l'objet du litige. Nous nous flattons, avec quelque vanité, de nous battre pour une idée, et nous sommes, en réalité, manœuvrés par un malentendu, dupes d'un mot. Ne vous semble-t-il pas que le mot « hôpital » est un de ces fieffés Tartuffes qui sèment la zizanie dans les familles, et qu'il vaudrait la peine, pour en extirper le venin, de lui donner une bonne fois sa définition.

Pour nous, Français, l'hôpital ce fut, de tous temps, l'hostellerie, l'asile pour miséreux, l'Hôtel-Dieu, la maison de la Pitié. Autrefois, les âmes pieuses se plaisaient à fonder de telles maisons ou à leur faire des donations. D'autres âmes pieuses se consacraient à soigner les pauvres et les libéralités des uns adjointes au dévouement des autres, vaille que vaille, mal ou bien, mais du mieux qu'il pouvait, l'Hôtel-Dieu remplissait son office.

L'Etat trouvant qu'il avait son mot à dire en cette affaire codifia le statut des hôpitaux par la loi de 1851. Celle-ci édictait certaines dispositions libérales en faveur des « privés de ressources », des « indigents ».

Les hôpitaux commençaient à être mis en tutelle. La composition et le rôle des Commissions administratives étaient définis, et à celles-ci, entre autres fonctions, était dévolue la gestion des « biens et revenus » des établissements hospitaliers. Mais il demeurait entendu que ces biens et revenus devaient servir à soigner les pauvres.

La loi du 15 juillet 1893 mettait à la charge des communes, des départements ou de l'Etat, l'assistance médicale gratuite de *tout Français malade, privé de ressources*, tant pour l'hospitalisation que pour les soins à domicile. C'est dire que les collectivités publiques devenaient les principaux clients, pratiquement les seuls, des hôpitaux. Déjà le Préfet, sur la proposition des Commissions administratives, arrêtait le prix de journée. Déjà (article 30) « Les communes, les départements, les bureaux de bienfaisance et les établissements possédant, en vertu d'actes de fondations, des biens dont le revenu a été *affecté* par le fondateur à *l'assistance médicale* des indigents à domicile *sont tenus* de contribuer aux dépenses du service de l'assistance médicale jusqu'à concurrence dudit revenu ». A dater de ce moment, mises à part quelques conventions particulières résultant d'actes de donations, le bien des pauvres perdait toute autonomie et allait se fondre dans le budget général de l'assistance. L'Hôtel-Dieu devenait organisme d'Etat.

Et l'Etat le lui fit bien voir lorsque, à l'occasion de chaque loi sociale, il en ouvrit les portes à un nouveau contingent de clients à propos de qui la question d'indigence ne se posait pas. Ce fut successivement le cas des accidentés du travail, des pensionnés de guerre, des assurés sociaux.

Entre temps les lois laïques avaient dispersé la main-d'œuvre à bon marché des religieuses et introduit un personnel laïque, mais payé au tarif des ouvriers et employés. Un peu plus tard, la journée de huit heures, un peu plus tard encore la semaine de quarante-heures imposaient, du fait du prince, des charges accrues aux hôpitaux. (A Paris, la semaine de quarante-heures a exigé l'emploi de 3.147 agents de plus et coûté un supplément d'une cinquantaine de millions).

D'un autre côté, les conventions signées par l'Etat avec divers pays étrangers pour les soins à leurs nationaux résidant en France, représentaient un fardeau dont l'hôpital d'antan n'avait probablement jamais eu cure (à Paris, 465.261 journées en 1937, coûtant environ 21 millions).

Nous en sommes là, avec ce détail supplémentaire qu'à la suite de ces diverses catégories d'hospitalisés abusifs s'est infiltrée la troupe sans cesse grandissante des malades payants.

Et les médecins poussent des cris ; ils protestent que l'on a détourné les hôpitaux de leur vraie destination. C'est vrai, mais le virement est commencé depuis des dizaines d'années ; aujourd'hui, il s'achève. Insensiblement le mot « hôpital » a changé de sens et le malentendu est flagrant entre les Pouvoirs publics et nous.

***

Est-ce seulement des pouvoirs publics que

nous sépare ce malentendu ? N'est-ce pas aussi du public tout court ?

Ici, je fais appel aux médecins de ma génération qui, en rentrant de la guerre, ont pris contact avec les malades. En ce temps-là, l'hôpital inspirait à la plupart une sorte d'effroi, à certains de la répulsion. Combien de fois, au moment d'expédier en chirurgie une « urgence » ne nous fallut-il pas commencer par prononcer un véritable plaidoyer et démontrer que l'envoi à l'hôpital était la seule solution possible ? C'étaient des pleurs et des supplications auxquelles la famille faisait un pathétique écho.

Il y a bien longtemps que je n'ai eu à reprendre ce morceau d'éloquence. A peine aujourd'hui ai-je écrit mon certificat que déjà un messager rapide s'élance pour chercher l'ambulance. La grande question est maintenant de composer le léger bagage à emporter. Il m'est même arrivé, et plus d'une fois, d'entendre ce mot stupéfiant : « Nous n'avons pas le moyen d'aller à l'hôpital ». C'étaient chez de petites gens qui, propriétaires de leur baraque, savaient que le prix de journée leur serait réclamé. Le « prix de journée » a conféré aux hôpitaux un prestige bourgeois.

Ce n'est pas seulement le peuple ouvrier dont la mentalité a ainsi évolué. Bien des patentés qui refuseraient avec un haut-le-corps, si on les leur offrait, les bons de pain ou de charbon du bureau de bienfaisance se dirigent vers l'hôpital au premier mot d'intervention chirurgicale ou de traitements par agents physiques. Dans leur esprit, il n'y a pas d'assimilation possible.

En est-il autrement de ceux qu'on nomme « les intellectuels » ? Par curiosité ouvrez à la page 1067 du tome III, le « Larousse du XX[e] siècle ». Vous y lirez : *Hôpital*. Ancienne Maison hospitalière où l'on recevait des hôtes : pèlerins, pauvres, infirmes. Aujourd'hui : Etablissement public où l'on traite gratuitement les malades indigents ou momentanément sans ressources, *et les autres moyennant paiement* ».

Le digne rédacteur qui a fourni cette définition a-t-il voulu narguer les Syndicats médicaux ? La chose est peu probable. Mais on ne pouvait guère étaler plus naïvement un état de fait qui s'est constitué envers et contre nous et qui possède maintenant la force persuasive d'un axiome.

D'où vient ce revirement dans l'esprit public ? La crise économique ? la médecine trop chère ? Je l'ai cru, comme tout le monde ; je n'y crois plus guère, puisque le relèvement massif des salaires de 1936-37 (alors que les tarifs médicaux demeuraient presque inchangés) n'a ralenti en rien la ruée vers l'hôpital. L'aspect plus accueillant de jour en jour de celui-ci ? Probablement, et, en même temps, la notion informulée, mais solidement établie, que l'hôpital était, tout comme l'école, un établissement d'utilité publique

Curieux d'aller au fond des choses, j'ai demandé à notre confrère le Docteur Brunerye, conseiller municipal du IV[e] arrondissement, de me communiquer le budget de l'Assistance publique à Paris, tel qu'il est soumis aux délibérations du Conseil. Il a eu l'obligeance de m'envoyer ce gros volume et je l'en remercie vivement.

La lecture en est tout à fait édifiante et confirme les soupçons qui m'avaient traversé l'esprit.

Pour 1939, le budget de l'A. P. est évalué exactement à un milliard 9 millions. Sur cette coquette somme combien l'A. P. met-elle de sa poche ?

Sa fortune immobilière est évaluée à 300 millions ; elle en a tiré pour 1938 : 17.584.000 francs.

Sa fortune mobilière, au cours du 3 novembre 1938, est de 277 millions (dont, hélas ! 257 de rentes françaises). Revenus : 11.252.000 francs.

Faites le compte ; cela fait, en gros, 29 millions, c'est-à-dire à peu près la 35[e] partie du budget.

Le reste est couvert par : le droit des pauvres (62.319.000 francs), les consultations payantes (6.762.000 francs en 1937), les traitements électriques et radiothérapiques (3.625.590 francs en 1937). Il y a vraisemblablement quelques centaines de millions représentant les remboursements de « prix de journée » faits par les communes, le département et l'Etat au titre de l'assistance médicale gratuite. Et enfin la large, la généreuse, la formidable subvention municipale qui, de 250 millions en 1928, a passé en 1939 à 520 *millions*, la plus grosse moitié du budget.

Il convient d'ajouter, hors budget, les subventions extraordinaires pour grands travaux (reconstructions et aménagements d'hôpitaux).

Comme ces subventions sont, en fin de compte, à la charge des contribuables, est-il exagéré de dire que l'A. P. est un service public et que le bien des pauvres n'y figure plus que pour mémoire ? Et nous médecins qui prenons encore le mot « hôpital » dans son vieux sens, pouvons-nous prétendre être à la page » ? Je ne crois pas.

Je ne me dissimule pas que c'est là une situation propre à Paris, ni qu'elle est assez différente en province. Mais depuis longtemps, Paris a accusé plus tôt que la province l'évolution en cours et celle-ci, quelque temps après, s'est étendue au reste du pays.

Tenons donc le fait pour acquis : l'hôpital, depuis quelque trente ans et surtout depuis la guerre, est devenu, à l'instar de ce qu'il est à l'étranger, un centre sanitaire à l'entrée duquel la question de fortune personnelle ne se pose pratiquement plus.

Que nous soyons les victimes d'un tel état de choses, cela ne fait pas de doute. Que nous soyons aussi, par quelque point, les coupables, c'est non moins certain. Construire des services modernes,

les équiper « dernier cri », cela est flatteur pour le chef de service ; mais cela est coûteux et le contribuable finit par se dire que la seule charité n'exige pas de tels raffinements de luxe. S'il ne s'agit plus de charité, alors de quoi s'agit-il ?

Dans cette réorganisation de l'A. P. sur de nouveaux concepts, seul le personnel médical en est resté à l'antique formule : travailler pour rien en faveur de ceux qui n'ont rien. Programme de dupes puisque ceux qui n'ont rien ont au moins cette créance sur les autres qui leur vaut *le droit* d'être soignés (loi de 1893) ; et doublement programme de dupes puisque la soi-disant maison des pauvres est si bien aménagée, parée, organisée que les riches se disent « Où irais-je pour être mieux que là ? » — Où serais-je mieux soigné et mieux opéré puisque les illustrations de la médecine s'y sont rassemblées ».

Mon dessein n'est pas de prendre ici la défense des médecins et chirurgiens des hôpitaux. Ils se font exploiter ? Tant pis pour eux ; c'est, en tous cas, de leur plein gré. Sans doute estiment-ils ne pas payer trop cher de leurs matinées gratuites le centre d'études qu'est pour eux l'hôpital et le titre qu'ils portent. L'un d'eux, du reste (Docteur Desplas, *Informateur médical*, 12 février 1939) réclame ouvertement le maintien du *statu quo*, et il apporte des arguments qui ont leur valeur.

Mais ce sont les autres qui, ne l'ayant pas voulu, sont aussi les victimes de l'hôpital « nouveau style », ce sont les praticiens dépouillés par lui qui me semblent dignes d'intérêt. Que faire pour eux ? On ne l'aperçoit pas dans l'ordre actuel des choses.

Ou bien (et c'est ce que réclament certains) faudra-t-il, sera-t-il possible de revenir en arrière ? de restituer à l'hôpital sa destination première de maison des pauvres ?

Ou bien, c'est toute une organisation inédite qu'il s'agit, et promptement, de mettre sur pied en leur y réservant une place.

C'est afin qu'ils se posent cette question que j'ai aligné les chiffres ci-dessus et où les plus ignares (qui le serait plus que moi ?) en matière de finances trouveront sans doute matière à méditer.

G. LAVALÉE.

UNE MISSION D'ÉTUDES HONGROISE AU « CONCOURS MÉDICAL »

Le 28 février dernier, nous avons eu le plaisir d'accueillir au *Concours Médical*, une mission hongroise venue en France pour y étudier les conditions d'exercice de la médecine, les œuvres de sauvegarde et de solidarité professionnelles et la vie médicale en général.

Après avoir pris contact avec la Confédération des Syndicats médicaux où elle avait pu étudier la forme, l'organisation et le programme du syndicalisme médical français et avec l'Association Générale de Prévoyance et de Secours Mutuels des Médecins de France, la Mission composée de MM. les Docteurs Georg Kinyeres, délégué du ministère du Travail et de la Santé publique, Giza Szäbo, médecin-chef de l'Institut des Assurances sociales de la Régie des Tabacs, M. Etienne Mandy, avocat, docteur en droit, venait tout naturellement au *Concours*, berceau du syndicalisme médical.

Entouré des membres du Conseil de direction, le Docteur Noir prononça une allocution pleine de bonhomie et d'érudition où il rappela que sa double qualité de Français et d'Auvergnat lui conférait des titres exceptionnels pour souhaiter la bienvenue à des Hongrois, et même des titres presque millénaires. C'est, en effet, en l'an 1000, que le pape Sylvestre II envoya au roi Etienne-Ier de Hongrie, avec le titre de roi apostolique, la couronne fameuse qui, depuis lors, servit toujours au sacre des rois Magyars.

Or, Sylvestre II était Français et Auvergnat. En sorte que notre directeur était, en la circonstance, une manière de légat du pape Sylvestre II. Ce qui, on en conviendra, n'est pas donné à tout le monde !

Ensuite, le Docteur Noir exposa à nos visiteurs ce qu'est le *Concours Médical*, journal écrit par des praticiens pour les praticiens et qui s'enorgueillit justement de ses 11.000 lecteurs.

Le Docteur Boudin présenta ensuite le « Sou Médical », ce véritable syndicat de défense individuelle du médecin, unique en son genre à travers le monde.

Monsieur Jean Mignon aborda ensuite la partie « prévoyance » des œuvres du *Concours* et exposa les diverses branches de la « Mutualité Familiale ».

Les membres de la Mission hongroise voulurent bien se déclarer vivement intéressés par l'ensemble de réalisations fortement soudées entre elles qu'ils découvraient dans notre maison.

Une coupe de champagne clôtura à la Française la réception. Nous aurions préféré, à la Hongroise, offrir du vin de Tokay. Mais il fallait, pour accueillir nos hôtes étrangers, nous renforcer d'un diplomate.

Et le champagne n'est-il pas depuis toujours l'ambassadeur des vins ?

Le lendemain les délégués hongrois s'en furent à Valenton ; accompagnés des Docteurs Noir, vice-président, et Massart, secrétaire général, ils visitèrent la Maison du Médecin, le Château des Charmilles ; reçus très aimablement par la directrice, Mme Gourdon et les pensionnaires, ils admirèrent le site et l'organisation.

G. L.

SECRET PROFESSIONNEL — CONFLITS DE CONSCIENCE
DANS QUELLES CIRCONSTANCES LE MÉDECIN DOIT-IL SE CONSTITUER DÉNONCIATEUR ?

Un de nos lecteurs (lettre 8.423) nous soumet les deux exemples suivants, par lesquels il montre combien angoissantes peuvent être les situations, où se trouve un praticien. Lié par le secret professionnel, celui-ci doit taire ce qu'il a pu surprendre, deviner, découvrir en exerçant son art. Et cependant, la vie d'un malade, d'un enfant peut être menacée, s'il ne prévient pas les autorités judiciaires, pour faire protéger une existence. Je laisse d'ailleurs la parole à mon correspondant.

Voici deux fois en peu de temps que, pour le même sujet, s'ouvre un débat dans ma conscience. Je ne manque point de considérants philosophiques mais il en existe également de juridiques, plus précis et directs. Membre du Sou, j'ai recours à votre obligeance pour me les fournir et m'éviter peut-être des regrets à la prochaine occasion. Il s'agit des « enfants martyrs » et de la dénonciation des parents. Voici mes deux observations qui ne sont d'ailleurs pas superposables.

Pour la première, nous sommes dans un taudis. Depuis quatre ans, je suis cette famille de taudis en taudis. A chaque changement de chambre, la mère me dit « c'est gentil, n'est-ce pas, c'est clair, c'est aéré », mais, au bout de huit jours, le logement est déjà « organisé ». Les carreaux sont cassés et remplacés par des planches ; la vaisselle qui n'est jamais lavée, traîne en tous coins, le papier se décolle et les puces sautent allègrement en liberté. Il y a là : le père, chômeur qu'une cuite hebdomadaire laisse deux jours anéanti, mais au demeurant brave homme, serviable et bricoleur, la mère, pauvre femme édentée, pas très frisée de l'encéphale, mais bien polie, et quatre gosses dont trois horriblement barbouillés jouent dans le ruisseau. Deux gosses sont déjà morts de broncho. Le quatrième n'a que quelques mois, c'est moi qui l'ai accouché, aussi « j'y tiens ». Chacun se débrouille là comme il peut. L'infirmière visiteuse vient récolter sa moisson de puces, elle est un peu découragée, car on ne l'écoute guère. Mais au moindre accroc la mère clopine jusqu'à ma sonnette et l'Assistance médicale gratuite ne marchande ni l'huile de foie de morue pour les grands, ni la farine de moutarde pour les jeunes. Pourtant, il y a eu un premier « accrochage ». Comme le médecin de la pesée avait trouvé que le dernier ne poussait pas (tu parles !) la mère avait supprimé le lait (le lait, vous savez, c'est pas une nourriture) et l'avait remplacé par des biberons de bouillon gras (*sic*) d'où entérite bien tassée. J'avais crié tout mon content, et la pauvre m'avait promis de ne plus recommencer.

Et puis, un soir, je suis venu pour un grand qui « toussait gras ». Tandis que je l'examinais près de la lampe à pétrole, j'avais demandé des nouvelles du petit : « Oh, il va bien, mais ce cochon-là a crié toute la journée, aussi il vaut mieux ne pas le réveiller ». Et, quand je suis revenu le lendemain pour mon bronchiteux, j'ai trouvé mon petit râlant dans ses couches. En une demi-heure, il est « passé » malgré mon huile camphrée. « Je me doutais bien de quelque chose, m'a dit la mère, mais je croyais que c'était les dents ». Alors, la colère m'a pris : j'ai vu les malheureux gosses dépenaillés, sous-alimentés, couchant pêle-mêle dans le même grabat.

Je suis allé d'un trait chez le commissaire et j'ai dit tout ce que j'avais sur le cœur : les puces, les chiffons, l'absence de soins, et ça n'a pas traîné : le soir les gosses étaient à l'hôpital, et trois semaines après la déchéance paternelle était octroyée sans discussion et les voisins m'ont félicité... mais combien par moments, je regrette mon geste ! Combien de fois me suis-je dit : « De quoi te mêles-tu ? C'est tout de même la bonne femme qui est venue te chercher... ! »

Et elle revient, elle aimait bien ses gosses, elle est venue plusieurs fois me les réclamer : « Si, vous croyez que c'est sain, vos sanatoriums ! D'abord ils s'ennuient ». Et, c'est vrai. Je les ai vus, ils ne sont pas brillants. Fini le débrouillage, les jeux, les poubelles, toute leur vie. Ils ont le taudis dans le sang. Malingres, ils restent malingres et passeront à la première épidémie. Déracinés, ils ont perdu toute initiative heureuse, dans un milieu qui les intimide et les anéantit. De quoi me suis-je mêlé ? C'était pour leur bien...! Et le secret professionnel là-dedans ? J'y pense.

Deuxième observation : une femme que j'ai soignée, il y a quelque temps amène à ma consultation une gosse qui a une plaie de la tête et d'énormes bosses séro-sanguines : elle est tombée dans l'escalier, m'est-il expliqué. « Vous comprenez ce n'est pas ma fille, je suis en ménage avec son père, et cette petite est difficile à surveiller, car elle est idiote et ne sait pas ce qu'elle fait. » C'est exact. L'enfant est une arriérée à tout point de vue, elle ne parle pas, même quand je suis seul avec elle (la peur ?) et je ne saurai jamais, ni ce qui lui est arrivé, ni ce qu'elle pense. En tout cas, je fais les pansements nécessaires, on me la conduit régulièrement autant de fois que je le demande, je suis payé « recta », et quand je propose ensuite un traitement de l'état général, tout est

accepté... C'est au troisième sulfar que je trouve à nouveau, une tuméfaction de la face. « Pensez donc, elle s'est battue avec les garçons ». De fait, il y a, dans ce coin, une ribambelle de vingt à trente gosses et l'on ne tire jamais au clair les bagarres et les horions, mais le soir, les voisins m'avertissent que la « raclée » vient de la mère, et le lendemain, je suis appelé au commissaire.

Alors, dois-je dire que j'ai déjà soigné une plaie ?

Dois-je faire un rapport sur les soins que je donne depuis un mois ? et si je suis appelé au Tribunal comme c'est presque sûr que devrais-je dire, ou taire ?

— Voilà mon cher confrère, ces deux cas qui m'ont embarrassé. Evidemment, les considérations philosophiques ne manquent point « Enfants martyrs » ? Il faudrait d'abord s'y reconnaître et Poil-de-Carotte, qui ne recevait pas de coups, n'en souffrait pas moins, ni mes gosses en préven.

Excusez-moi d'avoir été si long, mais tandis que roule ma voiture, je rumine les quelques gestes simples à faire ou à éviter, qui, chez ces humbles peuvent diriger les destinées, les éclairer ou les rompre : « C'est le médecin qui l'a dit » et le médecin, on le connaît : ce n'est pas l'anonyme du dispensaire qui peut changer chaque semaine et dont seule la blouse reste. Le médecin installé, on sait que c'est un homme et pour ces gens qu'écrasent des cadres sociaux inertes, sans amour et sans haine, c'est un dernier refuge où l'on peut se raccrocher pour reprendre un peu de souffle, un peu de confiance en soi et en la vie.

Réponse

A mon tour, je puis citer le cas de conscience suivant : un praticien, qui soigne un malade présentant des symptômes assez bizarres, acquiert la certitude que son patient est systématiquement empoisonné par quelqu'un de son entourage. Le praticien s'en ouvre à la femme du malade, laquelle prend ses airs les plus innocents pour faire croire au praticien, que ses soupçons sont erronés. Pourtant le fait est certain ; l'empoisonnement criminel est patent.

Deux devoirs se présentent : ou bien rester fidèle aux obligations du secret professionnel et assister impuissant à l'œuvre mortelle du poison. Ou bien n'envisager que le salut du malade et, pour sauver ses jours, dénoncer la tentative de meurtre, en s'adressant au parquet, afin que diligence soit faite, pour enrayer la tentative d'assassinat.

La loi et la jurisprudence

L'article 378 du Code pénal, qui oblige le médecin au secret professionnel, excepte les cas où la loi le contraint à se porter dénonciateur. Or, jadis, les articles 103 à 107 obligeaient les citoyens à révéler les crimes, qui compromettent la sécurité intérieure, ou extérieure de l'Etat. En outre, les articles 137 et 138 faisaient obligation de dénoncer les faux monnayeurs. Ces articles ont été abrogés et supprimés par la loi du 28 avril 1832.

Il ne reste plus désormais qu'à considérer la situation faite par les termes de l'article 30 du Code d'instruction criminelle. « Toute personne, « qui aura été témoin d'un attentat contre la « sûreté publique, soit contre la vie ou la pro- « priété d'un individu, sera tenue d'en donner « avis au Procureur de la République ».

Faisons de suite remarquer que, pour se porter dénonciateur, selon les termes dudit article 30, il faudrait que le médecin ait été témoin du crime, ou de la tentative de crime. Dans le cas de mauvais traitements, contre un enfant martyr, il est nécessaire que le praticien puisse être témoin des sévices et mal traitements infligés en sa présence. Il faudrait que l'empoisonneur soit surpris sur le fait, au moment où il verse le poison. Circonstances exceptionnelles, car, dans l'immense majorité des cas, le praticien constate les effets, mais n'est pas présent, au moment où l'attentat est consommé.

La Cour d'assises de l'Ain a eu à résoudre pareil conflit. Il s'agissait d'un procès criminel en infanticide.

L'accusée fit déposer, par son avocat, des conclusions, tendant à empêcher que la sage-femme, qui avait pratiqué l'accouchement, soit entendue comme témoin, motif pris que cette praticienne était liée par les termes impérieux et généraux de l'article 378 du Code pénal.

Par arrêt du 10 juin 1930 (*Concours Médical*, 1931, 170), la Cour d'assises décida : « Attendu « que si les conclusions, prises par l'accusée, « peuvent être admises, en ce qui concerne les « constatations faites sur elle-même, par la sage- « femme, laquelle n'a eu connaissance de faits « confidentiels intéressant l'accusée qu'en vertu « de sa profession, il n'en est pas de même des « constatations faites par ledit témoin sur la per- « sonne de l'enfant, dont la fille B... venait d'ac- « coucher.

« Attendu, en effet, que l'enfant dont s'agit a « été victime d'un crime, de l'aveu même de l'ac- « cusée et que le praticien ne peut être tenu au « secret professionnel qu'en ce qui concerne le « malade, auquel il a été appelé à donner ses « soins et non en ce qui concerne la victime de « mauvais traitements, ou d'actes de violence, « puisque, dans ce cas, ce ne serait plus le secret « du malade, mais celui du coupable ; qu'il y a « lieu, par suite, de rejeter les conclusions prises « par la fille B...

« Par ces motifs, rejette les conclusions prises « par l'accusée, en ce qui concerne l'enfant, dont « elle a accouché, les admet en ce qui la concerne « personnellement ; dit qu'il sera passé outre aux

« débats, ordonne que la sage-femme sera entendue. »

Discussion

A mon avis, il est fort regrettable que le Syndicat médical ne se soit pas entendu avec l'avocat de la défense, pour faire faire un recours en cassation sur ce point particulier. La Chambre criminelle de la Cour suprême aurait ainsi eu à se prononcer sur le point de savoir si, appelé à donner ses soins à une malade, le praticien ne doit pas, en outre, garder secrets non seulement ce qu'on lui a confié, mais encore tout ce qu'il a pu découvrir, constater, deviner dans l'exercice de ses fonctions, alors que ces constatations ont un caractère secret de leur nature.

Certes, le premier devoir du médecin, c'est de porter secours à l'humanité souffrante. Sa mission sociale, c'est de soulager, de guérir, de lutter pour la protection de la vie humaine.

Si cette dernière est menacée et ne puisse être sauvegardée que par une dénonciation, le praticien pourra se décider entre deux devoirs : se taire, ou parler pour sauvegarder une existence menacée. Mais, dans le cas du procès d'assises précité, la vie du malheureux nouveau-né n'était plus en discussion, puisque le crime avait été consommé. Le devoir au silence, prescrit par l'article 378 du Code pénal, reprenait toute sa rigueur, d'autant que la sage-femme n'avait pas dû être témoin du crime ; partant, l'article 30 du Code d'instruction criminelle ne pouvait s'appliquer, en l'espèce.

La distinction faite par la Cour d'assises était donc subtile, plaçant le praticien dans l'alternative d'avoir à se demander quel est son devoir en pareille occurrence.

A mon sens, le praticien doit avoir une liberté d'esprit et d'action, affirmée et respectée par tous, pour qu'il puisse, en toute tranquillité technique, accomplir son devoir social, celui de soigner. Ce n'est que dans des cas fort exceptionnels qu'il peut être appelé à dénoncer ou à déposer.

Pour revenir aux exemples cités par mon correspondant, je conviens avec lui qu'une solution rigide et générale ne saurait être affirmée.

Dans des circonstances aussi angoissantes, alors que le médecin se trouve également placé entre deux devoirs impérieux, je crois que la voix de sa propre conscience doit seule parler et seule être entendue. Certes, il ne convient pas d'agir à la légère et de porter hâtivement une accusation. Mais, lorsque les faits parlent d'eux-mêmes, ou lorsqu'une consultation avec confrère confirme les symptômes ou les soupçons, le praticien doit se taire, s'il pense pouvoir, par ses propres moyens, par persuasion, sauvegarder soit le malade, soit les enfants martyrs.

Ce n'est qu'en cas d'échec de ses tentatives qu'il pourra confidentiellement s'en ouvrir au Procureur de la République. Celui-ci dûment alerté, pourra faire faire toutes enquêtes utiles, pour protéger les vies humaines en danger, ou pour prendre les décisions qui s'imposent, telles que le transport immédiat du malade dans un hôpital, ou dans une maison de santé, ou le placement des enfants dans un établissement d'asile ou de soins.

Les cas qui me sont signalés sont fort intéressants ; les enfants mal soignés, ou mal traités doivent être protégés, malgré le devoir du secret professionnel, car sauver une vie humaine est, à mon sens, plus important que demeurer le confident nécessaire et se taire, alors cependant que ce n'est pas le malade, qui nous a demandé le secret, et pour cause. Mais, je ne saurais trop recommander la prudence et conseiller soit une consultation, soit un avis autorisé, avant d'agir.

Disons, d'une manière générale, qu'appelé à témoigner en justice, le praticien doit déférer à la convocation, puis déclarer au juge, ou au Tribunal que l'article 378 du Code pénal, l'empêche de témoigner sur les choses secrètes de leur nature qu'il a pu surprendre, deviner au cours de l'exercice de sa profession, ou qu'on lui a confiées. Mais, dans les exemples cités précédemment, il ne devra cependant parler que dans la limite où son témoignage pourrait avoir de l'importance pour les soins à donner au malade, ou à l'enfant.

Il ajoutera que, s'il a prévenu l'autorité judiciaire et le Parquet, c'est pour que la personne qu'il soigne soit protégée. Plus tard, si au cours d'un procès correctionnel, ou criminel, son témoignage est requis, il restera sur la déposition qu'il a déjà faite au Procureur de la République et n'aura rien de plus à ajouter. Du moment où le malade est en sécurité, le rôle du médecin, comme témoin, est terminé. Aux magistrats de faire faire toutes enquêtes utiles par les auxiliaires de la justice.

D[r] Paul BOUDIN.

L'ACTUALITE PROFESSIONNELLE

Informations judiciaires

Quel est le prix légal applicable aux locaux vacants soumis à la législation spéciale des loyers

On sait que le prix des loyers des immeubles d'avant-guerre situés dans des communes où la législation spéciale du 1er avril 1926 et du 29 juin 1929 est encore applicable n'est point laissé à la libre-entente des parties et que le législateur a fixé des taux limites fondés sur la valeur locative d'avant-guerre.

Jusqu'à la récente loi du 31 décembre 1937, deux catégories de prix limite fonctionnaient successivement :

1° Le taux légal applicable aux locaux qui, par le chiffre de leur valeur locative de base, se trouvaient encore dans la période d'application des prorogations. *Il importait peu à cet égard que l'occupant de ce local bénéficie ou non, en raison de sa date d'entrée dans les lieux, de la prorogation légale.* Ce taux était, pour les locaux professionnels, de 3,05 fois la valeur de base, jusqu'au 1er juillet 1938. Depuis cette date, la majoration de 10 % l'a porté à 3,15 ;

2° Le taux légal applicable aux locaux *dont la valeur de base était telle que leurs occupants ne pouvaient plus bénéficier de la prorogation légale.*

Ce taux constituait le second palier de majoration et était en vigueur jusqu'à l'expiration des périodes de prorogations les plus éloignées. Il était égal à 4,25 fois la valeur de base pour les locaux professionnels.

Mais la loi du 31 décembre 1937, modifiant et prorogeant la législation d'exception sur les loyers, a créé des incertitudes sur le domaine d'application des deux taux légaux de 3,15 et de 4,25 et l'on peut se demander, avec de bonnes raisons, si les *locaux vacants ne sont pas passés de la première catégorie dans la seconde, même si leur valeur de base les classe encore dans les périodes d'application des prorogations.*

En effet, la loi, maintient tout d'abord dans son texte primitif l'art. 10, 1er alinéa, d'après lequel : « pour toutes les locations prorogées et *pour tous les baux consentis durant les périodes d'application des prorogations*, à l'exception des baux et locations afférents à des locaux exclus par l'art. 2 (locaux exclus des prorogations en raison du chiffre de leur loyer en 1914), les prix des loyers seront fixés d'après les règles déterminées à l'art. 11 » (c'est-à-dire du taux légal de 3,15). La loi stipule ensuite dans son article 9 que : « *les locaux actuellement vacants ou qui le deviendront ultérieurement*, seront régis par le dernier alinéa de l'art. 11 de la législation d'exception » (c'est-à-dire seront soumis au taux légal de 4,25 applicable aux locaux exclus en raison de leur loyer de base de la période des prorogations).

Cette apparente inconséquence du législateur vient d'être soumise au Tribunal civil de la Seine qui, par son jugement du 27 juillet 1938, vient de rendre la première décision de jurisprudence en cette matière, décision qui présente donc un grand intérêt pratique.

Le Tribunal a estimé que la loi du 31 décembre 1937 *a entendu créer par son article* 9, *un régime absolument nouveau dans la législation des loyers : celui des locaux vacants.* Il s'agit là d'une catégorie particulière de location visant les locaux qui, au jour de la promulgation de la loi ou postérieurement à cette date, se trouveraient ou deviendraient libres de location. *En ce cas le prix du loyer devra être calculé au taux de* 4,25 *fois le prix de base de* 1914 (4 fois seulement pour les locaux d'habitation).

Cette décision n'est cependant pas sans soulever certaines critiques, si l'on ne considère que le texte même de la loi. En raison, en effet, de son peu de netteté, il apparaît difficile d'admettre que ce texte ait voulu abroger un principe qui continue à figurer expressément dans un autre article : celui de l'unité du prix limite des locaux compris dans les périodes de prorogation.

Mais, si l'on se reporte aux travaux préparatoires de la loi de 1937, et notamment à la discussion de l'art. 9 devant le Sénat (séance du 24 décembre 1937, *J. O.*, 25 décembre), le jugement précité paraît bien conforme à la pensée du législateur. Le rapporteur s'est, en effet, exprimé ainsi : « Il y a dans l'art. 7 *bis* (devenu l'art. 9) une des dispositions auxquelles la Commission est peut-être la plus attachée : il s'agit des locaux vacants. La loi que nous votons a pour but essentiel de protéger le locataire en place. Mais dès qu'il a quitté les lieux, il renonce par là-même à la protection de la loi. Le local devient vacant, il nous paraît tout à fait naturel qu'à ce moment, il rentre dans le droit commun. Mais, il n'y rentre pas directement ; nous le soumettons au plafond de l'art. 11 de la loi de 1929, c'est-à-dire à la taxation de 4, ou 4,25 s'il s'agit d'un local professionnel ». Le Sénat a donc voté expressément, et la Chambre ratifié implicitement le texte de l'art. 9 dans le sens que lui a donné le Tribunal civil de la Seine.

En conclusion, et sous réserve de revirement jurisprudentiel, il y a lieu désormais pour connaître le prix légal d'un local soumis à la législation d'exception, de se placer, non pas comme autrefois au point de vue du local lui-même, (est-il ou non compris de par son loyer de 1914, dans les périodes de prorogation légale ?) mais *au point de vue du locataire*, (*bénéficie-t-il ou non de la prorogation* ?) Dans l'affirmative, le taux est de 3,15 et dans la négative de 4,25.

P. S. Au moment de la parution de cet article nous apprenons que la Cour de Cassation, par un arrêt du 27 janvier 1939, vient de confirmer entièrement, à l'occasion d'une autre affaire, la jurisprudence instaurée par le Tribunal de la Seine. Les réserves que nous avions introduites dans notre conclusion ne sont donc plus de mise.

Jean MIGNON

La Presse et les Sociétés

La mort apparente

Beaucoup d'observations de mort apparente résultent d'erreurs commises par des personnes étrangères à la médecine, d'autres — et c'est le plus grand nombre, — sont des observations que l'on peut qualifier, avec raison, de fantaisistes, de mensongères, de romanesques. La Presse quotidienne se fait trop facilement l'écho de la rumeur publique, et il suffit qu'il y ait eu le moindre doute, le plus souvent mal fondé, sur la réalité d'un décès, pour que les journaux assurent le lendemain qu'une personne a failli être enterrée vivante, qu'elle s'est éveillée et s'est dressée spontanément sur son séant juste au moment où on allait la mettre en bière.

Pendant plus de quarante ans, le Docteur Sévérin ICARD (de Marseille), s'est livré à des enquêtes détaillées sur tous les cas de mort apparente que signalaient les journaux ; régulièrement, il a écrit aux confrères, au maire, au curé, à l'instituteur de la localité ou à un représentant de la France à l'étranger. A part quelques rares exceptions, la réponse confirmait que le fait était inexact. Les hommes de science eux-mêmes accueillent un peu trop facilement sans contrôle des faits qu'ils donnent comme certains alors que, le plus souvent, ces faits n'ont aucun fondement.

Il résulte pourtant des renseignements qui sont parvenus à l'auteur au cours de ses nombreuses enquêtes, que, mis à part certains détails dramatiques inventés pour impressionner les lecteurs, la nouvelle donnée par les journaux n'est pas toujours inventée de toutes pièces, elle repose quelquefois sur un fond de vérité.

En conclusion, les cas de mort apparente sont loin d'avoir la fréquence que parfois ont leur attribue. Le danger de la mort apparente a été considérablement exagéré. Cependant, il n'est pas tout à fait une légende ainsi que l'ont affirmé des maîtres illustres. Le Docteur Vibert a rappelé dans un de ses livres, l'erreur commise par le Docteur Sikor ; ce dernier, bien qu'éminent professeur de médecine légale, par deux fois, après un examen sérieux, avait déclaré réellement mort un jeune homme de 26 ans, lequel revient à la vie sur la table de l'amphithéâtre où le professeur l'avait fait transporté pour y être autopsié.

Si la peur de la mort apparente n'est pas justifiée par les faits observés, elle est justifiée tout au moins par la négligence avec laquelle les médecins procèdent à la vérification des décès. Dans les communes où aucune attestation médicale n'est exigée — et elles sont le plus grand nombre — la façon de procéder est encore plus déplorable. Un malade est supposé avoir rendu le dernier soupir, vite, on dépêche un parent ou un voisin à la mairie pour annoncer l'événement au secrétaire. Celui-ci sans plus ample informé reçoit la déclaration, inscrit sur le registre de l'Etat civil le nom et l'âge du défunt, et toutes les formalités sont accomplies : on peut dès lors, sans inconvénients légaux, disposer du supposé décédé. Dans ces conditions, il suffira de dormir d'un sommeil profond pour se voir exposé à être traité comme un décédé, ainsi qu'en témoignent plusieurs observations.

Aujourd'hui, la science est suffisamment armée pour acquérir en toute certitude la preuve de la réalité de la mort et rassurer par suite l'opinion publique, qu'égaraient trop souvent des récits inconsidérés des journaux quotidiens. (*Le Sud Médical et chirurgical*, 15 juin 1938.)

G. F.

PATHOLOGIE DU TRAVAIL ET COLLABORATION MÉDICO-PATRONALE

En mai 1938 le Docteur A. Gros, médecin conseil à la Fédération mutualiste de la Seine, publiait dans le *Concours Médical* un article d'un grand intérêt exposant la conception nouvelle de « l'inspection médicale du travail ».

Occupant à cette époque un poste de contrôle médical dans les Assurances sociales il s'était efforcé d'entrer en relations avec divers industriels, de sa circonscription et, au cours de ses visites d'usines, avait fait d'utiles constatations concernant ce qu'il dénomme « la pathologie du travail ».

Il revient sur le sujet dans *Le Médecin Conseil* de décembre 1938 et précise ses idées, son but et les modalités de réalisation.

Pathologiquement le travail est régi par trois lois qui ont successivement étendu leur protection sur l'ouvrier : la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, la loi du 25 octobre 1919 sur les maladies professionnelles et enfin la loi du 5 avril 1928 sur les Assurances sociales.

Les deux premières mettent le dommage à la charge du patron ou de la Compagnie d'assurances privée substituée : le troisième met le dommage à la charge de la Caisse d'assurances sociales.

Ces trois lois ont alors fonctionné simultanément sans que l'on ait cherché à se rendre compte si elles n'avaient pas de points communs, un but commun ; s'il n'était pas possible, tout en maintenant leur spécificité, d'obtenir une liaison qui ferait d'elles un tout, permettant de résoudre tout problème du dommage chez le travailleur.

Tant en ce qui concerne les accidents du travail que dans les cas de maladies professionnelles les Caisses d'assurances sociales ne peuvent se désintéresser de lois qui substituent à leur responsabilité celle de l'employeur.

Mais s'agit-il seulement de faire des économies, d'esquiver des risques ? Pas du tout. Il s'agit aussi, et d'un point de vue plus large, d'établir de façon précise et scientifique *le bilan du travail dans la pathologie humaine.*

Le point important sera surtout, en dehors de toute notion d'économie, d'étudier tout assuré social par rapport au travail qu'il exécute, non pas tant pour faire allonger cette fameuse liste officielle des maladies professionnelles non indemnisables par les Assurances sociales (ce qui représente une somme globale bien faible par rapport aux possibilités importantes des Assurances sociales), *mais pour pouvoir progressivement réaliser la prévention de toutes les maladies qui sont favorisées ou aggravées par le travail.*

Les statistiques personnelles de l'auteur, établies durant trois ans, sur 7.200 cas d'assurés sociaux examinés par lui démontrent que 20 % de ceux-ci présentent des états pathologiques (qui sont indemnisables par les Assurances sociales) où le travail joue un rôle. Il s'agit de maladies soit causées soit aggravées par le travail.

Les Caisses orientées vers cette action nouvelle établissant progressivement le rôle du travail dans l'état pathologique des assurés, le plus souvent en dehors de toute notion de maladie professionnelle caractérisée, le point capital est la liaison avec les employeurs. En effet, l'employeur « l'homme qui paie la facture » (*the man vho pays the bill*), suivant l'expression employée par le Docteur Robert T. Legje M. D. de Berkeley (Californie), dans son discours prononcé devant la section de médecine préventive et du travail, à la session de 1938 de l'American Médical Association, ne présente-t-il pas la moitié de la puissance dynamique des Assurances sociales, puisqu'il verse la moitié des cotisations ? N'est-il pas normal qu'une action de collaboration naisse entre Caisse et patrons ? D'ailleurs ceux-ci auraient-ils un réflexe de défense contre les Assurances sociales s'ils étaient renseignés, dans leur domaine, sur leur rôle, leurs possibilités, leurs réalisations et leurs projets ?

Nous basant sur notre expérience personnelle, nous pouvons affirmer, qu'en général, un médecin, un ingénieur ou un directeur d'usine, de chantier, collaborent facilement parce qu'ils comprennent qu'ils se complètent, et qu'ainsi ils peuvent parvenir à trouver des solutions conformes à l'intérêt commun, car, si le médecin conseil a intérêt, pour sa Caisse, à voir disparaître des cas de maladie qui devraient être pris en charge par d'autres organismes, il n'est pas agréable, pour un employeur, d'avoir des malades, des absents, qui, non seulement constituent des charges pour les collectivités et finalement pour lui-même, mais encore parce qu'il n'est pas facile de remplacer au pied levé un employé à un poste dont celui-ci a l'habitude.

Un employeur ne tirerait-il pas le plus grand profit de notions — comme celles exposées par le Docteur Vernon (Grande-Bretagne), après les recherches de l'Industrial HealthResearch Board de Londres. « A côté de l'effort musculaire exigé, et de la durée des heures du travail, les conditions du milieu dans lequel le travail est exécuté, surtout les conditions atmosphériques jouent un rôle des plus importants, c'est ainsi que les conditions défavorables de température peuvent faire diminuer le rendement de 40 % et faire quadrupler le taux des accidents.

L'industrie du fer et de l'acier, par exemple, présente des variations saisonnières du rendement qui est, en été, inférieur de 13 % au rendement de l'hiver. Dans le tissage du coton et du lin, la production augmente bien avec l'accroissement de la température et de l'humidité de l'air des ateliers, mais la fatigue des travailleurs augmente beaucoup plus vite, si bien, qu'au delà d'une certaine limite, le rendement diminue. »

Progressivement, toutes les entreprises, en se groupant si elles ne sont pas assez importantes, éprouveront le besoin de s'attacher un médecin qui, par sa formation complète, ses réflexes personnels, pourra donner des indications riches d'avenir, au patron et à ses divers collaborateurs, et aider à l'amélioration du fonctionnement de l'usine par les examens médicaux à l'embauchage, l'étude de l'hygiène industrielle, la surveillance de la salubrité de l'usine, la réalisation de la médecine préventive générale, l'étude du contrôle statistique et social, la surveillance des sports.

La liaison avec l'employeur et ses techniciens n'exclut du reste pas les enquêtes auprès des Syndicats et des délégués ouvriers.

Grâce à cette large collaboration le Docteur Gros espère instaurer un meilleur statut médical du travail et, ce faisant, sauvegarder tout à la fois les intérêts des diverses parties prenantes, travailleurs, employeurs, Compagnies d'assurances privées et Caisses d'assurances sociales.

A l'heure où l'urgence de la reprise économique apparaît à tous comme le problème primordial, cette prise en charge commune de la pathologie du travail ne peut manquer de s'imposer à la réflexion.

La liaison des efforts conditionnée par la liaison des intérêts est une formule essentiellement actuelle.

G. L.

UN CERTIFICAT DE MARQUE

Les Américains ne nous ont pas habitués à des compliments en ce qui touche la recherche et la réalisation industrielle. Ils ont une tendance un peu agaçante à considérer avec une pitié attendrie « cette pauvre vieille Europe ».

Aussi, ne peut-on passer sous silence, le témoignage de E.-C. Kendall, appartenant à la Division de biochimie de la Fondation Mayo.

Au retour d'un Congrès international de physiologie qui s'est tenu à Zurich du 14 au 19 août dernier, il rend compte des travaux du Congrès et d'une visite qu'il rendit, à Bâle, aux usines et laboratoires de Hoffmann-Laroche, Sandoz et Ciba.

« Ces trois maisons, écrit-il (1), font de l'excellent travail dans le domaine de la chimie. Sandoz prépare des tonicardiaques à partir de la digitale et beaucoup de produits utiles à base d'ergot de seigle.

« Chez Ciba sont préparées synthétiquement l'hormone femelle, le progestérone, et l'hormone mâle, le testostérone. Ce travail de synthèse se produit sur une grande échelle et avec un rendement annuel énorme. Chez Ciba, aussi j'ai vu plusieurs grammes du nouveau composé synthétique préparé par Reichstein à partir du cholestérol. (Il s'agit d'un composé de la famille des cristalloïdes isolés de la glande surrénale, et dont on attend un rôle thérapeutique dans la maladie d'Addison.)

« Chez Hoffmann-Laroche, j'ai vu des barils entiers de sorbital, produit de passage dans la synthèse de la vitamine C à partir du glucose. Lorsqu'on se rappelle que les premiers dix grammes de vitamine C furent tirés de la glande surrénale au laboratoire de biochimie de la Fondation Mayo par Szent-Györgyi en 1929, c'est un remarquable résultat d'en tirer maintenant du glucose des milliers de livres par an.

« Dans une autre salle, j'ai vu la préparation commerciale de la vitamine B_1 synthétique et, ô surprise, l'on m'a montré la synthèse de la vitamine E réalisée commercialement. Cette synthèse venait d'être annoncée par Karrer au Congrès de Zurich. On obtient la vitamine pure à 99 % ; on en a dès maintenant un stock suffisant pour satisfaire à toutes les demandes. »

Il semble donc que, pour une fois, l'Europe a « épaté » l'Amérique.

G. L.

(1) *Proceedings*, Febr. 1, 1939.

LE NUMERUS CLAUSUS POUR LIMITER LE NOMBRE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

Une rétrospective

M. J. Mignon a publié dans le *Concours Médical* du 12 février 1939 une étude intitulée : « *A propos du projet Portmann. Le numérus clausus est-il la vraie solution du problème médical au point de vue économique et social* ».

Or, « nihil novi sub sole » ! Le Professeur Maurice PERRIN (de Nancy) a bien voulu nous adresser à ce propos une communication que, dès le 19 *novembre* 1911, il avait faite à l'Assemblée générale extraordinaire de l'Association syndicale des médecins de Meurthe-et-Moselle. Nous l'en remercions vivement, et la publions ci-dessous.

La question mise à l'ordre du jour avait pour titre « *Pléthore médicale* et limitation du nombre des étudiants en médecine ».

Le *Comité de vigilance du Congrès des Praticiens*, procédant à une enquête sur la pléthore médicale, et les moyens d'y remédier, avait adressé à tous les confrères le questionnaire suivant : « Nombre des médecins dans votre circonscription médicale ; nombre, il y a vingt ans ; population actuelle ; population, il y a vingt ans ; y a-t-il pléthore dans votre circonscription ? êtes-vous partisan d'une limitation du nombre des médecins ? comment la réaliser ? Concours à l'entrée, examens au début, examens pendant les études, examens avant les études, quel baccalauréat ? ».

En conséquence du résultat fourni par cette enquête pour le département de Meurthe et Moselle, les confrères présents à cette réunion générale estimèrent à l'unanimité qu'il y avait pléthore dans leur circonscription.

Pouvait-on y remédier par la limitation du nombre des étudiants ?

Voici quelle fut la déclaration faite par M. Maurice Perrin.

J'estime que la *limitation* du nombre des étudiants (pour limiter celui des médecins), proposée comme un remède à la pléthore, est une mesure inapplicable et qui, si elle était possible, serait dangereuse pour la dignité de notre corporation.

Limiter le nombre des médecins serait une mesure *contraire aux traditions* de la profession médicale ; l'accès en a toujours été libre dans tous les pays (naturellement sous certaines garanties d'instruction préalable et de moralité).

Cette limitation aurait pour conséquence inévitable, la *fonctionnarisation* des médecins, de tous les médecins en bloc et sans exception. Comment, en effet, la limitation aurait-elle sa sanction, si les médecins restaient libres de s'entasser dans les centres ou dans certaines régions ? Cela ne ferait que créer un état de pénurie médicale dans les pays pauvres et dans les campagnes, ou de l'accentuer là où il existe déjà. Si on veut que la limitation porte des fruits et réalise les vœux de ses promoteurs, il faut de toute nécessité qu'une autorité supérieure (et l'Etat seul a un pouvoir suffisant pour cela), répartisse les médecins suivant les besoins, pourvoyant aux vacances des postes médicaux, augmentant ou diminuant le nombre des praticiens suivant les variations numériques de la population dans telle localité, etc.

Qu'on n'objecte pas que le nombre des ingénieurs sortant de Centrale, par exemple, est limité et que l'Etat n'intervient pas dans leur carrière ultérieure. Mais ces ingénieurs sont employés par l'industrie et, à défaut de l'Etat, ce sont leurs « patrons » qui les choisissent ; et leur répartition se fait parce qu'il y a du travail à leur donner et des appointements à leur attribuer. Ceux d'entre eux qui ont leur autonomie, qui deviennent eux-mêmes patrons, le deviennent par un jeu de circonstances personnelles et économiques très différentes de celles qui peuvent se rencontrer pour les médecins ; on ne crée pas une clientèle de toutes pièces comme on crée une usine en achetant une chute d'eau et des machines ! La comparaison-objection n'est pas concluante et il reste établi que la limitation n'aurait d'effet utile que si l'Etat distribue tous les postes médicaux. Et alors ! ! ! Que le Ciel nous en préserve !

Et puis, il y a une raison qui aurait pu nous dispenser d'envisager les précédentes, c'est que la limitation est *irréalisable*. Allez donc demander au Parlement de légiférer pour limiter le nombre des médecins, alors que l'Etat et les particuliers trouvent si commode que nous soyons nombreux. Nos impôts alimentent les Caisses publiques et plus nous serons, mieux cela vaudra pour elles. Et, d'autre part, plus nous serons, et plus la vie sera difficile pour beaucoup d'entre nous, d'où facilité par les Administrations et les individus d'obtenir des tarifs réduits, de nous enchaîner par des forfaits, etc. J'ajoute que notre nombre est une garantie pour les populations ; en cas d'accident ou de maladie, les secours sont facilement et rapidement obtenus.

Une proposition de loi dans le sens de la limitation serait certainement *blackboulée*, avec des *noires* sur toute la ligne, et, nous en retirerions tout simplement un peu plus de discrédit, pour avoir voulu être

moins nombreux à nous partager le gâteau qui nous alimente.

En résumé, il y a lieu de répondre négativement à la question posée et de combattre le principe d'une limitation du nombre des médecins (*applaudissements*). Mais cela ne veut pas dire qu'il faut ouvrir notre porte comme celle d'un moulin ! Bien au contraire, je suis d'avis et vous êtes tous d'accord avec moi, j'en suis bien sûr, qu'*il faut une sélection*. (*Approbation unanime*).

Je dis une sélection, c'est-à-dire qu'en présence du nombre considérable de jeunes gens, qui ambitionnent le titre de docteur en médecine, l'*accès de la carrière médicale doit être plus que jamais entouré de certaines garanties*.

Ces garanties, les demandera-t-on à un examen *spécial* à l'entrée des études ? (Je dis examen et non concours, car un concours ne serait de mise que si on *limitait* le nombre des jeunes gens à admettre et nous ne voulons que *sélectionner*).

Mais un examen spécial ne serait qu'un baccalauréat modifié ou un diminutif du P. C. N. et ferait double emploi avec l'une ou l'autre de ces institutions. On ne voit pas très bien l'utilité de ce « filtre dégrossisseur » entre les deux autres, s'ils sont en bon état et si les filtres ultérieurs, les examens de médecine, fonctionnent normalement.

Sur la question du *baccalauréat*, toutes les Associations médicales doivent d'abord chercher à obtenir des Pouvoirs publics que ceux-ci renoncent à la déplorable pratique d'accorder des dispenses de baccalauréat et de conférer l'équivalence à des diplômes primaires. Cette pratique, dont Nancy n'a heureusement pas souffert d'une façon sensible, a introduit dans d'autres Facultés beaucoup d'étudiants, qui n'ont pas relevé le niveau des études, et ont motivé de justes plaintes du Corps professoral comme des praticiens. Le baccalauréat est un certificat minimum au-dessous duquel on ne peut descendre, sans risquer de trouver un niveau intellectuel inférieur et une culture insuffisante.

Et encore, il y a bachot et bachot ! Des voix autorisées s'élèvent de tous côtés contre les *déplorables conséquences de l'abandon des humanités*, abandon qui abaisse le niveau de l'instruction générale et fait courir les plus grands dangers à la culture française elle-même.

Qu'on revienne donc au *baccalauréat classique*, c'est le seul qui puisse nous donner les garanties suffisantes. On répondra ainsi au desideratum du Corps médical. Quant au *P. C. N.*, sorte de baccalauréat ès sciences supérieur, qui a remplacé notre vieux «restreint (1) » et une partie de l'ancienne première année consacrée aux sciences appliquées à la médecine, on n'a pas, je crois, de reproche à lui faire au point de vue de la sélection. Les travaux pratiques y sont sérieusement organisés et le niveau de l'examen est bon.

Les *examens ultérieurs*, ceux de la Faculté de médecine, en voilà qui n'ont pas une bonne presse ! On dit couramment que le plus nul des étudiants peut, en lassant la patience des juges, arriver à passer un examen avec indulgence, dut-ils y présenter dix fois. Que n'imite-t-on l'exemple de la vaillante petite Faculté de Beyrouth où trois échecs successifs à un même examen entraînent l'exclusion . . . ce qui n'empêche pas actuellement les exclus de continuer leur scolarité à Montpellier ou ailleurs !

On dit aussi, qu'en médecine, nous déclarons les candidats suffisants s'ils récoltent une moyenne de rouge-noires, alors qu'aux examens du doctorat en droit, il faut des rouge-blanches ! Sans doute, mais la valeur intrinsèque des notes se ressent certainement de cette différence des réglementations ; et de celle-ci nous ne sommes pas responsables ; le ministre pourrait d'ailleurs la modifier. Au risque de passer pour un ogre disposé à dévorer les pauvres candidats, je vous avouerai que je regrette, dans l'intérêt des étudiants sérieux et des malades, la réglementation qui permet de recevoir des candidats *médiocres*, alors que tous les médecins devraient être *bons*.

En règle générale cependant, l'indulgence « légendaire » des juges est exagérée . . . par la légende ; le corps enseignant juge en conscience et notre façon de coter aux examens n'est pas « ce qu'un vain peuple pense ». Ce qu'on pourrait tout au plus nous reprocher, mais ceci ne nous est pas spécial, c'est d'attribuer parfois à l'émotion du candidat certains lapsus qui devraient plutôt faire incriminer l'ignorance. . . mais nous avons tant entendu vanter les mérites et le travail de ce charmant jeune homme, on nous a mis tant d'épaisseurs de verres roses devant les yeux qu'il nous est difficile de n'en point garder quelque daltonisme. Alors, à qui la faute ? Aux confrères, aux hommes politiques, au public, je pense, plutôt qu'aux juges. Que chacun ait l'amabilité de voir sa poutre avant de reprocher la paille aux examinateurs des Facultés de médecine.

Cependant, je conclus, dussiez-vous me déclarer féroce, qu'il ne faut jamais êre indulgent aux examens de la Faculté de médecine et que, à défaut d'un règlement permettant l'exclusion des nullités, une juste sévérité fait une bonne sélection dans l'intérêt particulier des confrères et *surtout dans l'intérêt des malades* (*Applaudissements*)

M. le doyen Gross confirme les idées émises par M. Perrin, sur divers points qui touchent à l'organisation de l'enseignement et des examens ; il rappelle que la question de la limitation du nombre des étudiants en médecine a été discutée dans diverses réunions, en particulier au Conseil de l'Enseignement sup ieur, et toujours écartée.

Le Président met aux voix les propositions qui résultent de la communication de M. Maurice Perrin ces propositions sont adoptées à l'unanimité.

(1) Il s'agit du baccalauréat ès-sciences « restreint pour la partie mathématiques » et complété par un programme d'histoire naturelle jusqu'en 1894.

BUREAU DE VOYAGES

● ● ●

CROISIÈRES DIVERSES

Nous avons le plaisir de vous présenter une liste de 24 croisières diverses choisies parmi les quelques deux cents annoncées cette année. Nous avons surtout choisi celles organisées par des lignes françaises ou partant de ports facilement accessibles de France.

Pour les départs d'été, cette liste n'est que préliminaire et nous publierons dès que possible un tableau spécial des croisières d'été.

Nous rappelons que notre Bureau de Voyages se fera un plaisir de vous conseiller pour tous vos voyages et déplacements, pour vous soumettre un itinéraire, un devis et également vous délivrer tous coupons d'hôtels, billets de chemin de fer, avions, navigation, et organiser tous voyages à forfait.

DATES	PORTS DE DÉPART	Durée Jours	PAQUEBOTS	Tonnage	ITINÉRAIRES	PRIX MINIMUM
31 Mars	Marseille ..	17	*Champollion*	12.300	Corfou, Katacolo, Candie, Le Pirée, Delos, Mykonos, Santorin, Thasos, Skyros, Nauplie, Gytheion, Marseille	Frs 3.700
6 Avril	Marseille ..	10	*Président-dal-Piaz*	5.000	Bastia, Corfou, Zante, Malte, Gabes, Sousse, Tunis, Bouches-de-Bonifacio, Marseille	Frs 1.400
7 Avril	Marseille ..	77	*Cap Padaran*	8.000	Port-Saïd, Djibouti, Colombo, Singapour Saïgon, Tourane, Haïphong et retour à Marseille	Frs 15.100
30 Avril	Venise.....	11	*Kraljica Marija*	17.500	Rab, Messine, Palerme, Capri, Naples, Malte, Kotor, Dubrovnik	Din. 2.500
5 Mai	Marseille ..	77	*Cap Tourane*	8.000	Port-Saïd, Djibouti, Colombo, Singapour, Saïgon, Tourane, Haïphong et retour à Marseille	Frs 15.100
14 Mai	Venise	12	*Kraljica Marija*	17.500	Rab, Baie de Kotor, Corfou, Rhodes, Santorin, Le Pirée, Dubrovnik, Venise	Din. 2.750
27 Mai	Marseille ..	4	*Ville d'Oran*	10.200	Tunis, Malte, Bastia, Marseille	Frs 900
28 Mai	Venise	11	*Kraljica Marija*	17.500	Rab, Messine, Palerme, Naples, Malte, Kotor, Dubrovnik, Venise	Din. 2.500
2 Juin	Marseille ..	76	*Désirade*	10.000	Port-Saïd, Djibouti, Colombo, Singapour, Saïgon, Tourane, Haïphong et retour à Marseille	Frs 15.100
11 Juin	Venise	12	*Kraljica Marija*	17.500	Rab, Kotor, Corfou, Rhodes, Santorin, Athènes, Dubrovnik, Venise	Din. 2.750
14 Juin	Calais	14	*Stella Polaris*	6.000	Bergen, Molde, Ness, Glacier de Svartisen, Fjsnes, Lyngstuen, Hammerfest, Cap Nord, Tromsoë, Raftsund, Trondheim, Oie,	
29 Juin	»	»	»	»	Hellesylt, Merok, Gudvangen, Balholm, Bergen, Calais	£ 30
30 Juin	Marseille ..	76	*Cap Saint-Jacques*	8.000	Port-Saïd, Djibouti, Colombo, Singapour, Saïgon, Tourane, Haïphong et retour à Marseille	Frs 15.100
4 Juillet	Amsterdam	14	*Colombia*	10.800	Hambourg, Aandalsnes, Cap Nord, Tromsoë, Svartisen, Laerdal, Aardal, Bergen, Norheimsund, Amsterdam	Flor. 110
10 Juillet	Marseille ..	106	*Commissaire Ramel*	10.100	Alger, Guadeloupe, Martinique, Curaçao, Cristobal, Tahiti, Raïatea, Suva, Port-Vila, Nouméa, Taïohae, Cristobal, Martinique, Madère, Marseille	Frs 11.000
12 Juillet	Marseille ..	76	*Leconte-de-Lisle*	9.900	Voir ci-dessus, *Cap-Padaran*	Frs 16.000
14 Juillet	Calais	14	*Stella Polaris*	6.000	Voir départ 14 Juin	£ 30
27 Juillet	Marseille ..	65	*Porthos*	12.700	Port-Saïd, Djibouti, Mombasa, Zanzibar, Dar-es-Salam, Moheli, Mayotte, Nossi-Bé, Diégo-Suarez, Tamatave, La Réunion, Maurice et retour à Marseille	Frs 14.000
21 Juillet	Le Havre..	21	*Colombie*	13.400	Les Ports de la Baltique	Frs 3.500
24 Juillet	Le Havre..	22	*De Grasse*	18.400	Les Fjords, Cap Nord, Banquise, Islande	Frs 3.400
31 Juillet	Dunkerque.	22	*Foucauld*	10.000	Les Fjords, Cap Nord, Banquise	Frs 3.000
10 Août	Le Havre..	11	*Cuba*	11.300	Les Fjords, Oslo, Copenhague, Kiel, Hambourg, Le Havre	Frs 2.400
13 Août	Le Havre..	31	*Colombie*	13.400	Açores, New-York, Québec, Montréal, Saint-Pierre, Le Havre	$ 180,50
7 Sept.	Bordeaux..	12	*Cap Tourane*	8.000	Lisbonne, Casablanca, Tanger, Alger, Ile Rousse, Marseille	Frs 1.425

A PROPOS DE LA DÉPOPULATION

La nécessité d'une mystique de la famille et de la répression draconnienne de l'avortement criminel

Nous avons toujours soutenu que la principale cause de la dénatalité en France est d'ordre moral. Dans beaucoup de familles la venue d'un enfant loin d'être considérée comme un heureux événement est regardée comme fâcheuse. Il est nécessaire de réagir contre un pareil état d'esprit, de créer une mystique de la famille. C'est la thèse que notre confrère le Docteur Henri BESSON, de Bourges, a soutenue dans un article du *Temps*, intitulé *Pour une mystique de la famille.* « Il faut arriver, dit M. H. Besson, à ce que les familles nombreuses soient sinon honorées, du moins *enviées* par ceux, qui, actuellement, croient devoir les plaindre... ou s'en moquer. » Et qu'on ne croie pas la chose impossible ; c'est presque une affaire de mode, qu'on nous passe cette expression. A la fin du XVIIIe siècle, les philosophes pronèrent l'allaitement maternel ; toutes les dames de la Société se mirent à allaiter leurs enfants et cette mode se répandit dans le peuple. Il en serait de même de nos jours de la maternité si la presse et les classes instruites s'attachaient à créer la mystique de la famille.

Le rôle de la famille a été systématiquement plus que négligé, diminué. Sous prétexte d'une fausse philanthropie, de prétendu progrès social, de développement de l'éducation nationale, l'Etat a accaparé l'enfant et l'a trop enlevé à la famille. D'autre part, par une conception erronée de l'indépendance de la femme, on a favorisé chez elle la désertion de son foyer, où cependant sa place est indispensable. Dans toutes les professions, administrations, industries, commerces, la femme entre en concurrence avec l'homme et les places qui devraient être légitimement réservées à certaines, devraient être exceptionnelles. L'Etat ne devrait pas tolérer de ménages de fonctionnaires, quand le mari a des appointements suffisants pour faire vivre une famille. Des avantages réels et non pas mesquins devraient être réservés aux familles et surtout aux familles nombreuses (allocations familiales, primes de natalité, assurances des nouveau-nés lors de leur naissance, vote familial, etc., etc., etc.)

Le Docteur Henri Besson réclame avec instance l'avénement d'une mystique de la famille. Le Corps médical a donné l'exemple en créant l'Association *Médecine et Famille* qui, bien que récente, a rapidement acquis un grand développement et une réelle influence.

Mais à côté de l'encouragement à la natalité il ne faudrait pas négliger les autres facteurs de la dépopulation. Certes la multiplication des naissances est souhaitable, mais il faut que les nouveau-nés soient robustes et bien portants. L'hygiène et l'eugénique doivent compléter nécessairement la mystique de la famille.

La naissance de l'enfant est redoutée, surtout par certaines mères. Puis, lorsqu'il est arrivé, le sentiment maternel se développe et l'enfant est choyé ; parfois, plusieurs frères ou sœurs lui font suite. Aussi est-il de première importance de faire une guerre acharnée aux officines d'avortement, aux « faiseuses d'anges ».

M. Fernand BOUVERAT, président de l'*Alliance nationale contre la dépopulation*, affirme dans un article du *Matin*, qu'en supprimant l'avortement criminel, la France augmenterait sa population de 50.000 naissances par an. Il donne comme exemple typique l'influence qu'a eue à Vienne sur la natalité la décision du gouvernement allemand après l'Anchluss, d'interner les faiseuses d'anges dans des camps de concentration. L'accroissement des naissances après cette mesure aurait été de 15 %. Il serait indispensable de prendre en France des mesures draconiennes analogues contre la pratique des avortements. La police et la justice se montrent à son égard d'une indulgence inconcevable, car la pratique des avortements étant répandue dans la haute société, elles craignent en poussant trop loin leurs enquêtes à cet égard de provoquer de grands scandales. Le danger de l'avortement ne réside pas seulement dans l'interruption d'une ou plusieurs grossesses, mais dans les maladies et les infirmités qui frappent très souvent la femme qui a été soumise à des manœuvres abortives.

L'expérience faite pendant plus de dix ans par les Soviets, expérience qui a porté sur des milliers et des milliers d'avortements autorisés, opérés dans des services hospitaliers organisés dans ce but, est à ce sujet concluante. L'avortement pratiqué avec les plus minutieuses précautions par des spécialistes expérimentés donne un pourcentage important d'accidents et de maladies consécutives. Que dire de l'avortement opéré sans précautions par des empiriques ? La suppression de l'avortement criminel en France donnerait plus de 50.000 naissances supplémentaires par an.

J. NOIR.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique obstétricale Baudelocque** (*121, boulevard de Port-Royal*). — Professeur : M. A. Couvelaire. — Vacances de Pâques. — *Cours de pratique obstétricale*, du 3 au 16 avril 1939. — Ce cours, dirigé par M. Lacomme, agrégé, sera fait par M. Lepage, accoucheur des hôpitaux, et M. Coen, chef de clinique, assistés de M. Grasset, chef de clinique, et de M. Jamain, interne du service.

Ce cours comprendra des leçons cliniques et des exercices individuels conçus dans le sens de la pratique médicale journalière.

a) Chaque matin à 10 heures, aura lieu la visite des femmes enceintes en travail et accouchées, sous la direction personnelle de M. Coen.

b) A 11 heures, des leçons seront faites à l'amphithéâtre : soit à propos de cas cliniques observés dans le service ; soit sur les sujets suivants de pratique courante : Diagnostic de la gestation au cours des premiers mois ; Direction générale de l'accouchement et de la délivrance (Indications des interventions) ; Complications de la délivrance ; Diagnostic et traitement des hémorragies par insertion basse du placenta ; Complications de l'avortement ; Diagnostic et traitement des viciations pelviennes ; Eclampsie convulsive et hémorragique ; Lésions des voies génitales au cours de l'accouchement et leur traitement.

D'autres sujets pourront être éventuellement traités à la demande des auditeurs.

c) Chaque jour, à 14 h. 30, auront lieu des exercices pratiques et les auditeurs seront exercés individuellement aux principales manœuvres obstétricales : application du forceps, version, basiotripsie, embryotomie.

d) Chaque jour, une équipe d'élèves sera admise à prendre la garde à la salle de travail, à effectuer les accouchements sous la direction du personnel de la Clinique et à assister éventuellement à toutes les interventions qui pourraient être pratiquées.

Un certificat sera délivré à l'issue de ce cours.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Baudelocque. Droits d'inscription : 150 francs pour les étudiants, 250 francs pour les docteurs en médecine.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures ou à la salle Béclard (A. D. R. M.), tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf samedi après midi).

— **Chaire d'hygiène et clinique de la première enfance** (Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau). *Cours de vacance de Pâques* 1939. — Le cours aura lieu du lundi 27 mars jusqu'au mercredi 5 avril sous la direction de M. le Professeur Lereboullet. — Programme des cours : I. L'alimentation dans la première enfance. Le problème de l'allaitement artificiel. Les nouveaux aliments diététiques. Les laits modifiés. L'alimentation des débiles. — II. Hygiène, prophylaxie et traitement des infections dans la première enfance. — III. Pathologie du premier âge. Les troubles digestifs de l'enfant au lait de sein ; de l'enfant au lait de vache ; de l'enfant au cours de sevrage et de l'ablactation.

Les troubles digestifs au cours des infections et leur traitement. Les états cholériformes et leur traitement. Les états de dénutrition. Anorexie du nourrisson Vomissements du nourrisson. Les avitaminoses. Les troubles de métabolisme chez le nourrisson. Les néphrites du nourrisson. Les anémies. La transfusion et la perfusion sanguines chez le nourrisson.

Ce cours commencera à l'hospice des Enfants-Assistés le lundi 27 mars à 10 h. 45 du matin. Droit de 200 francs.

Se faire inscrire auprès de M. le chef de Laboratoire des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau.

— **Clinique médicale propédeutique** (Hôpital Broussais-La Charité, 96, rue Didot). — *Cours de vacances, de revision et de perfectionnement.* — 50e *cours de perfectionnement* (Pâques 1939, 20 mars au 1er avril), sous la direction de M. le Professeur Maurice Villaret : La thérapeutique des affections vasculaires, rénales, rhumatismales et endocrino-végétatives, à la faveur des acquisitions récentes de la clinique et du laboratoire.

Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le lundi 20 mars 1939, à 9 heures, à l'hôpital Broussais-La Charité (amphithéâtre Laënnec), avec la collaboration de M. Henri Bénard, agrégé, médecin de l'Hôtel-Dieu, L. Justin-Besançon, agrégé, médecin des hôpitaux, assistant de la Clinique, Maurice Bariéty, agrégé, médecin des hôpitaux, René Cachera, médecin des hôpitaux, Henri Bith, assistant du service, Fr. Saint-Girons, Grellety-Bosviel, Robert Wahl, Roger Even, M. Racine, anciens chefs de clinique à la Faculté ; Robert Wallich, ancien interne médaille d'or, René Fauvert, P. Bardin, H.-P. Klotz et Rubens-Duval, chefs de clinique à la Faculté.

Il aura lieu régulièrement : le matin à 9 h. 30, l'après-midi à 15 heures et 16 h. 30. Il comprendra 39 leçons et sera complet en deux semaines.

Des démonstrations cliniques au lit du malade, complément de l'enseignement à l'amphithéâtre, seront faites après la leçon du matin, au cours de la visite dans les salles, à partir de 11 heures, par le Professeur Maurice Villaret et le Docteur L. Justin-Besançon, agrégé, assistant de la Clinique, avec démonstrations de radiologie par M. Brunet, assistant de radiologie de la Clinique, et des techniques nouvelles de laboratoire par MM. R. Cachera, médecin des hôpitaux, chef du laboratoire de médecine expérimentale, J. Delarue, chef du laboratoire d'anatomie-pathologique, et P. Barbier, chef du laboratoire de chimie.

Des sommaires détaillés, résumant chaque leçon, seront distribués à chaque élève.

Le 47e Voyage d'études médicales des enseignements de perfectionnement sera organisé après le cours sur les maladies du tube digestif, du foie et de la nutrition c'est-à-dire après les vacances de Pâques, du 13 au 15 mai, à Vichy. Les élèves de ce cours — et des autres enseignements de perfectionnement dirigés, au cours de l'année, par le Professeur Maurice Villaret — qui seraient désireux d'y participer, sont priés de s'inscrire à l'avance au secrétariat de la clinique médicale de l'Hôpital Broussais-La Charité, où on leur fera connaître le programme détaillé et les conditions du voyage. Les inscriptions sont limitées.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue de ce cours.

Le droit d'inscription à verser est de 300 francs pour ce cours et de 450 francs pour les deux cours de perfectionnement, dont le second a lieu après Pâques.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés

au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Chaque année aura lieu un cours semblable à la même époque. Il sera complété par un autre enseignement de vacances, après les vacances de Pâques de 1939, portant sur la Thérapeutique des maladies du tube digestif, du foie et de la nutrition.

Pour tous renseignements : s'adresser au secrétariat de la Clinique médicale propédeutique (hôpital Broussais-La Charité, 96, rue Didot).

— **Conférences d'hygiène et médecine préventive.** — M. Pierre Joannon, agrégé, a commencé ses conférences le mardi 14 mars 1939, à 17 heures, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Sujet des conférences. — Prophylaxie des maladies infectieuses , hygiène sociale, hygiène urbaine.

— **Physique médicale.** — *Conférences complémentaires.* — M. Dognon, agrégé, a commencé ses conférences le mardi 7 mars 1939, à 16 heures, à l'amphithéâtre de physique, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Objet des conférences. — Energétique animale, physico-chimie biologique.

— **Conférences d'histologie.** — M. le Professeur Verne a commencé ses conférences le mercredi 8 mars 1939, à 17 heures (grand amphithéâtre de la Faculté) et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Sujet des conférences : Histologie des organes.

— **Concours pour le prosectorat.**— Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le mercredi 19 avril 1939, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. Ils devront déposer les pièces anatomiques prévues par l'article 17 de l'arrêté ministériel du 30 avril 1935, au plus tard le 14 avril. Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté jusqu'au 28 mars.

— **Concours pour l'adjuvat.** — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le mardi 18 avril 1939, à la Faculté de médecine de Paris.

Les candidats doivent être de nationalité française et étudiants en médecine. Ils devront déposer les pièces ranatomiques prévues par l'article 2 de l'arrêté ministériel du 30 avril 1935, au plus tard le 14 avril. Inscriptions jusqu'au 27 mars.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Hôpital maritime de Berck-Plage.** — Cours de Pâques 1939. — *Douze leçons de thérapeutique actuelle de certaines tuberculoses chirurgicales,* par M. André Richard, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien chef de l'hôpital maritime de Berck-Plage, du 27 mars au 7 avril 1939.

Le matin, à 9 heures, à l'hôpital maritime, leçon ; de 10 heures à 12 heures, opérations. L'après-midi, de 14 h. 30 à 16 heures, visites de salles, examens de malades.

— **Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.** — *Jury* du concours : MM. les Docteurs Bouchet, Leroux, Grivot, Bourgeois, Baldenwœck, Lian, Bloch (René).

— **Concours de chirurgien des hôpitaux.**— *Sont déclarés admissibles au concours d'admissibilité de* 1938. — MM. Vuillième, 70 ; Rudler, 67 ; Baumann, 67 ; Mialaret, 65 ; Calvet, 65 ; Petit, 64.

— **Concours de l'internat** (oral). — *Séance du* 3 *mars* 1939 : MM. Eman Zadeb, 23 ; Barré (Y.), 21 ; Gorin (R.), 27 ; Roblin, 19 ; Loubrieu, 23 ; Mlle Haller, 17 1/2 ; MM. Bernard (Pierre), 15 ; Thaon, 19 ; Laroche (Cl.), 20 ; Frinault, 20.

Questions données : Diagnostic des ulcérations de la verge. — Signes et diagnostic des hémarthroses traumatiques du genou.

Séance du 4 *mars* 1939 : MM. De massieux, 20 ; Roger (René), 23 ; Hussameddin, 23 ; Cahn (Léon), 22 ; Courjaret, 22 ; Goury-Laffont, 23 ; Deslandes, 18 ; Gibrat, 13 ; Courtenay-Mayers, 21.

Questions données : Examen clinique d'un traumatisé du crâne. — Etude clinique des complications pleuro-pulmonaires des cardiopathies.

Séance du 6 *mars.* Questions posées : Signes, évolution et diagnostic du cancer du col utérin. — Signes et diagnostic de la colique hépatique.

Ont obtenu : MM. G. Amado, 21 ; Joublin, 25 ; Staub, 21 ; Carlotti, 23 ; Cossart, 21 ; Tubiana, 13,5 ; Rognon, 17,5 ; Mlle Bourget, 17 ; MM. Hagégé, 21,5 ; G. Duhamel, 22.

Séance du 7 mars. Questions posées : Formes cliniques de la tuberculose des capsules surrénales. — Signes, diagnostic et traitement d'un tétanos secondaire à une plaie des membres.

Ont obtenu : MM. R. Didier, 22 ; D'Œlnitz, 18 ; Baudon, 24 ; Debusschere, 27 ; Radzievsky, 15 ; Audoly, 20 ; Legrand, 18 ; Horvilleur, 15 ; Davy, 21 ; Mlle Lipmann, 17.

Séance du 8 mars. Questions posées : Complications de la coqueluche. — Symptôme et évolution de l'appendicite aiguë de l'adulte, selon le siège de l'appendice.

Ont obtenu : Bessières, 15 ; Ducourneau, 17 ; Paley, 17 ; Klein (Michel), 14 ; Fortin, 19 ; Bolivar, 20 ; Saltet de Sablet, 16 ; Lamy, 16 ; Scheirer, 13 ; François (Armand), 20.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Conditions du droit aux prestations maladies d'un assuré social après cinq ans d'invalidité

8.020. — M. André Parmentier, se reportant à la réponse faite à la question n° 7.324, de M. Jean Leroy, parue au *Journal Officiel* du 13 décembre 1938, demande à M. le ministre du Travail de lui indiquer sur quel texte peut se justifier la prise en charge par une Caisse d'assurance-maladie des prestations pour l'affecction dont souffre actuellement un assuré social invalide et pensionné depuis cinq ans si, comme il est supposé, l'invalide en question n'a pas présenté de guérison intercurrente, et s'il n'y a pas lieu en l'espèce de considérer, conformément au texte de l'article 6 (§§ 12 et 13), que s'agissant de la même maladie sans qu'il y ait eu guérison, la Caisse maladie ne peut plus payer de prestations à l'assuré après la période des six premiers mois. (*Question du* 12 *janvier* 1939.)

Réponse. — L'assuré social titulaire d'une pension d'invalidité depuis cinq ans peut avoir droit au bénéfice des prestations prévues par la loi sur les Assurances sociales dès l'instant qu'il recommence à travailler et justifie des conditions de versements exigées. Il ne saurait être traité plus défavorablement que l'assuré n'ayant jamais été invalide, mais il ne s'ensuit pas en l'absence d'un texte spécial, qu'il puisse bénéficier d'un régime plus favorable, même pour l'affection ayant motivé l'attribution d'une pension d'invalidité. En conséquence, lorsque l'assuré invalide sollicite, alors qu'il est titulaire d'une pension définitive, les prestations pour l'état morbide ayant entraîné l'invalidité, il lui appartient d'apporter la preuve qu'il s'est conformé aux dispositions de l'article 6 (§13), du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales, c'est-à-dire qu'au moment de l'interruption des soins il a fait constater la guérison apparente ou la fin de son état de maladie. Or, dans le cas d'espèce envisagé par l'honorable parlementaire, il ne paraît pas possible d'accorder à l'intéressé le bénéfice des prestations maladie pendant un nouveau délai de six mois puisqu'aucune interruption de l'état morbide n'a pu être constatée. Par ailleurs, la pension d'invalidité n'ayant été ni suspendue ni supprimée, aucune présomption de guérison ou de fin d'état de maladie ne peut être invoquée en faveur de cet assuré.

(*J. O.*, 17 février 1939.)

Conditions d'agrément des maisons de santé privées par les Caisses d'assurances sociales

I

5.176. — M. Georges Portmann, sénateur, expose à M. le ministre du Travail que, dans certains départements, les Caisses d'assurances sociales refusent à des maisons de santé leur agrément pour recevoir

des assurés, et cela pour des motifs de technicité (cube d'air, nature du plancher, etc.) autres que ceux imposés par le Service d'hygiène de la préfecture ; et demande : 1° si une Caisse d'assurances sociales est en droit d'imposer à une maison de santé, sous peine de refus d'agrément, des conditions techniques plus sévères que celles exigées par les Services d'hygiène de la préfecture ; 2° en cas d'affirmative, devant quelle juridiction la maison de santé peut faire appel d'une décision de refus d'agrément pour insuffisance technique. (*Question du* 25 *janvier* 1939.)

Réponse. — 1° La question posée par l'honorable parlementaire fera l'objet prochainement d'instructions précises qui détermineront, après avis des administrations, organismes et groupements professionnels intéressés, les conditions techniques auxquelles les Caisses d'assurance maladie-maternité pourront subordonner l'agrément des établissements de soins autres que les établissements publics ;

2° Les Commissions régionales tripartites sont seules compétentes pour connaître des litiges de l'espèce.

(*J. O.*, 22 février 1939).

II

8.240. — M. Parmentier expose à M. le ministre du Travail que les Caisses primaires maladie-maternité sollicitées de passer convention par certains syndicats de praticiens, estiment prématuré de passer de telles conventions dont certaines stipulations courraient le risque d'être contredites par les dispositions de la convention-type que le ministre du Travail doit arrêter conformément à l'article 8 du règlement d'administration publique du 19 mars 1936 ; il expose que jusqu'à présent les conventions-types de l'espèce n'ont pas encore été arrêtées par le ministre du Travail et demande à M. le ministre s'il compte arrêter prochainement le type des différentes conventions prévues et mette ainsi fin aux embarras des Caisses primaires qui sont empêchées de régulariser, par la voie d'accords contractuels prévus par la loi, leurs relations avec les divers syndicats de praticiens. (*Question du* 31 *janvier* 1939.)

Réponse. — Les conventions-types parues en 1930 demeureront en vigueur tant que le ministre du Travail n'en aura pas arrêté de nouvelles en application de l'article 8, alinéa a, du règlement d'administration publique du 19 mars 1936. On ne saurait voir là un empêchement à l'élaboration de conventions nouvelles ou d'avenants aux conventions existantes, les parties contractantes pouvant d'elles-mêmes adapter la réglementation en vigueur aux conventions-types anciennes dont les principes ont conservé toute leur valeur. Les Commissions régionales tripartites sont appelées à examiner lesdites conventions ou lesdits avenants pour leur conférer ou leur refuser l'agrément. (*J. O.*, 4 mars 1939).

Un médecin étranger naturalisé et ayant fait son service militaire peut être chef de clinique et se présenter au concours d'agrégation

8.168. — M. PONSARD demande à M. le ministre de l'Education nationale si un étranger naturalisé en 1933, ayant accompli depuis lors son service militaire, et ayant obtenu en 1937 le diplôme de docteur en médecine, peut : 1° être nommé chef de clinique ; 2° se présenter au concours d'agrégation des Facultés de médecine ouvert en 1939. (*Question du 26 janvier* 1939.)

Réponse. — Réponse affirmative aux deux questions. (*J. O.*, 24 février 1939.)

L'Académie de chirurgie ne peut être transformée en établissement public

8.095. — M. Jean DESGRANGES demande à M. le ministre de l'Éducation nationale si, à brève échéance, il ne compte pas déposer un projet de loi tendant à déclarer l'Académie de chirurgie établissement public d'Etat muni de la personnalité civile. (*Question du* 19 *janvier* 1939.)

Réponse. — La question de la transformation de l'Académie de chirurgie en établissement public a été soumise pour examen à M. le ministre des Finances. Celui-ci vient de faire connaître qu'il ne pouvait envisager favorablement ce projet, pour des raisons de stricte doctrine financière.

(*J. O.*, 3 mars 1939.)

Syndicat des médecins de la Seine et des Communes limitrophes

ORDRES DU JOUR

votés par le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine le 22 février 1939 au sujet de l'entrevue entre les délégués de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine et les représentants des Caisses d'assurances sociales.

PREMIER ORDRE DU JOUR

Le Syndicat des médecins de la Seine,

Mis au courant des incidents regrettables qui se sont produits à la première réunion des délégués de la Seine avec les représentants des Caisses,

Décide que le Corps médical dont l'honorabilité ne saurait être mise en doute ne peut reprendre les pourparlers qu'à la condition expresse et avec l'assurance que ces pourparlers seront poursuivis avec la plus complète correction.

DEUXIÈME ORDRE DU JOUR

Le Syndicat des médecins de la Seine,

Avant de reprendre les pourpalers avec les Caisses,

Demande que les 600 dossiers allégués contre des médecins soient communiqués au Contrôle technique de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine.

Externat des hôpitaux de Paris

Liste par ordre de mérite des 375 candidats reçus :

Mlle Crémer, 66 ; MM. Tournier (P.), 62 ; Woimant, 61,5 ; Lasry, Aurousseau (Robert), 61 ; Beugnon (Jacques), 60,5 ; Torre (P.), 60 ; Rongier (P.), 59,5 ; Mlle Quéret, M. Buhot, 59 ; MM. Missonnier, Boudot, 58,5 ; Mlle Boinet (Françoise), M. Lavat, 58 ; M. Delagarde, Mlle Cousin, M. Lévy (Alfred), Mlle Loudenot, 57,5 ; MM Lamy (Jules), Andricq, 57 ; Alison (Michel), Taptas, Berger (Michel), 56,5

MM. Siraga, Bonici, Jacquet-Lagrèze, Delbarre, Mlle Bett, MM. Lemerre, Ryckewaert, Renaud (Claude), Zissu (Roland), Hourtoulle, 56.

MM. Elhaïk, Vivarès, Le Forestier, Picard (Jacques), Leménager, Cayla, Viollet, 55,5.

MM. Lacourbe, Guillain, Binda, Mlle Morin-Gauthier (Ida), MM. Boulard (Pierre), Teurtroy, Meker, Menut, Dailheu, Mlle Brun, MM. Vincens (Gabriel), Choffel, Laham, 55.

MM. Benezech, Lebas (Raymond), Benoit (Pierre), Mlle Rapidel, MM. Dessertenne, Gadras, Mlles Bricard, Decaup, 54,5.

MM. Gosset (Claude), Deniker, Giès, Frette (André), Tessler (Léon), Ricordeau, Fourdinier, 54.

MM. Allenic, Hartmann, Smagghe, Tardieu, Bailliart, Mlle Weinstein, MM. Tchekhoff, Goetschel, Sors, 53,5.

M. Vigier, Mlle Piobetta, MM. Gerson, Rémond (Antoine), Poullain (Jacques), Mlle Isserlis, MM. Lemaire (Marcel), Monod-Broca, Schatz, Mawas, Lemaire, Téqui, Robin, Ramadier, Tubiana (Maurice), Chevillotte, 53.

MM. Bouclier, Ramaroni, Mlles Ochsenbeim, Naline, MM. Thomas-Lamotte, Solignac, Mlles Pécaut, Thiédot, 52,5.

M. Cambessedès (André), Mlle Le Ricolais, MM. Oger (René), Autin (Jacques), Mlle Iliovici, M. Aga (Daniel), Mlles Balles, Savaton, MM. Forest, Atias, Sée, Morin, 52.

MM. Lévy (Jean-Claude), Diala, Denisart, Pillois, Granier (Jacques), Reichmann, Pilven, Mlle Stoll, MM. Mathey, Chavelet, Villy-Desmeserets, Mlles Bricard, Brunel, MM. Zadikian, Boëffard, Mlle Bourgeois, M. Lannes, Mlle Garnier, MM. Chambrand, Blum (Jean), Canlorbe, Gauchy, Le Nail, 51,5.

MM. Ivaldi, Ageorges, Deroide, Léveillé, Lévy (Jacob), Arrighi de Casanova, Mallet, Mlle Hesse, MM. Pichot, Caron, Bonan, Egger, Monnerot, Scherer, Bleibtreu, Auvert, Delpech, 51.

M. Deplus, Mlle Saloff, M. Leibinson, Mlle Konarzewska, MM. Crépin, Adam (Félix), Lefort (Adrien), Mlle Thierry-Mieg, MM. Mazart, Allende, Lemoine (Gustave), Labat (Pierre), Krief, Emile-Zola, Reymond (Jean), Bénézech, Blanguernon, Mlle Laprade, MM. Ferrand (Jacques), Lévy (Pierre), 50,5.

MM. Brami, Lecour (Jacques), Asséo, Sergent, Hirsch, Velter, Marchat, Pépin, Weil, Mlle Lévy, MM. Marquand, Farcot, Eltrich, Verdoux, Gouygou, Mlle Bezier, MM. Nicolle, de Barrigue de Montvallon, 50.

MM. Cauvin, Fondeville, Vincent (Robert), Brunel, Mlle Huguet, MM. Marchenay, Le Tan-Vinh, Laham, Roujeau, Wallet, Mathieu de Fossey, Mlles Lecour, Uhry, MM. Rolandez, Chevrolle, Gampelson, Morer, Lévy (Jean-Louis), Dubois (Jean), 49,5.

MM. Daffos, Arondel, Mlle Prozynski, MM. Balter, Essel, Mlle Muraccioli, M. Chaïa, Mlle Nattan-Larrier, M. Beunaiche, Mlles Rosenthal, Pozerski, MM. Maurin, Garrigues, 49.

M. Chapeyrou, Mlle Bauzin, MM. Apkarian (Haroutroum), Benmoussa, Vezard, Mlle Bory, MM. Boissière (Henri), Beauvy, Durville, Mlle Trilling, MM. Salmona, Avenier, Caspar, Paraf (André), Tibi, Molho, Masse, Meininger, Baranger, Meng, 48,5.

MM. Bonnais, Imperiali, Duprey, Guillaume (Jean), Treps, Autier, Mlles Lodyjensky, Cercus, Mme Mazzoli, née Imer, MM. Couespel, Saïd (Haïm), Mlle Ledrut, M. Parrot, Mlle Meynard, MM. Hervy, Aelion, Gayno, Meyer (Bernard), Mlle Imianitoff, M. Genesseau, 48.

Mlle Moday, MM. Libaude, Torras, Champliau, Ripart, Baud, Cohen, Mérian, Mme Fayol, née Crépy, MM. Laurent (Pierre), Sevegrand, Coupaye, Delpuech, Martin (Jean), Pouchol, Mlles Aïtoff, Rabut (Odile), 47,5.

MM. Imbert (Auguste), Boulay, Mlles Lemaitre, Rozenberg, MM. Bureau (Pierre), Manny, Mlle Médioni (Germaine), MM. Camilleri, Massonnet, Mme Krajevitch, MM. Lefort (Jacques), Gauliard, Decroix, Lion, Porte, Mlle Genty, MM. Monod (Eric), Constant, Sichère, Fleury, Burgot, Mlle Ardillier, M. Matet, 47.

MM. Mazel, Herschberg, Mlles Giard, Labarre, MM. Loubry, Séropian, Denis (Paul), Delouche, Perrimond, Barral, Sirot, Millner, Lochard, de Person, Nolot, Oteïfa-Weyer, Heber-Suffrin, Gillet (Jean), Bouchara, Dumée, Klotz, Juret, Corganian-Corganoff, 46,5.

MM. Guérin (Henri), Catsanis, Pesle, Azoulay (Joseph), Mercier (Edmond), Rosenwald, Vigoureux, Zipper, Mlle Pariente, MM. Bogros, Messer, Blumenfeld, Mlles Cestre, Caubel (Anne), M. Baum-Lewin (Albert), 46.

MM. Michel (Paul), Bétuel, Touret, Tzanck, Lajoux, Mme Ribierre, Mlles Delplace, Gouillouët, MM. Sassier, Lebec, Avril, Mlle Langevin, MM. Guéret, Mesnier, Mlles Laemmer, Chapelan, MM. Marcotte, Lagier, 45,5.

MM. Tillet, Szpigielman, Pondaven, Bracq, Sevaux, Daguin, Thullier, El Okbi, Mariette, Cleisz, Mlles Mawas, Hillerms, MM. Thierrart, Faurel, Micheils, Vigneron, 45.

o o o

Validité d'un contrat de louage de services entre un médecin et une infirmière

Par sa lettre n° 7.527, un confrère nous demande s'il peut valablement engager à son service, une infirmière, avec laquelle il conviendrait d'un contrat de louage de travail. A cette personne il ferait faire des piqûres, des massages, pose de ventouses, etc.

Mais comment empêcher cette infirmière à s'installer plus tard à son propre compte, lorsqu'elle serait suffisamment connue et appréciée par les clients du médecin, son patron ? Comment aussi mettre obstacle à ce que cette auxiliaire puisse ensuite louer ses services à un autre praticien, exerçant dans le voisinage ? Pour éviter qu'elle ne détourne quelques clients du cabinet de son premier employeur, ne pourrait-on pas inscrire, dans le contrat, une interdiction de louer ses services à un autre médecin, en spécifiant un rayon déterminé et un temps limité ?

Aucun texte législatif, ou règlementaire ne s'oppose à ce qu'un docteur en médecine, ou chirurgien-dentiste puisse passer un contrat de louage de services avec un aide, qui n'a pas un des diplômes exigés par la loi du 30 novembre 1892, pour exercer soit la médecine, soit la profession de dentiste. Un praticien peut donc s'entendre avec une infirmière et passer un contrat écrit avec elle, contrat qui sera un véritable louage de services.

En conséquence, l'infirmière pourra s'engager à consacrer toute son activité à exécuter le travail professionnel, qui lui sera ordonné par le praticien diplômé ; mais elle devra rester sous la direction et la surveillance suivies de ce dernier. En aucune manière, ce contrat de louage de services ne saurait, ni pourrait servir à masquer et déguiser un exercice illégal de la médecine, ou de l'art dentaire, avec complicité du diplômé.

Si l'infirmière est ainsi liée à son employeur par un contrat de louage de services, le patron devient responsable civilement des fautes de sa salariée. Il en serait différemment, si l'infirmière conservait le droit de travailler en ville pour d'autres besognes médicales avec d'autres patron ou pour exécuter les prescriptions de n'importe quel médecin.

Cette infirmière peut-elle se créer une clientèle personnelle, en accaparant les malades que lui adresse son patron médecin ? Il faut bien savoir que le diplôme d'infirmier d'Etat, créé par le décret du 27 juin 1922, ne confère aucun droit pour exercer l'art de guérir : c'est un accréditif, un certificat d'études et de capacité, permettant à son titulaire de prouver qu'il est capable de servir d'aide à un médecin, ou à un chi-

rurgien-dentiste, tout en restant sous le contrôle et la direction suivies du praticien.

Par suite, l'infirmière ne saurait, *proprio motu*, conserver un noyau de clients, qui s'adresserait à elle, pour se faire faire des piqûres, des massages, etc., alors que ces petites opérations n'auraient pas été formulées par écrit, par ordonnance d'un praticien qualifié par la loi de 1892.

Une infirmière, engagée pour servir uniquement un seul praticien, peut-elle s'engager à ne plus exercer auprès d'un autre praticien, dans un rayon déterminé et dans un temps convenu ? Certes, rien n'empêche cette clause contractuelle. Celle-ci paraît cependant quelque peu draconienne, car elle obligerait l'infirmière à ne louer ses services qu'à un autre praticien, résidant dans un lieu éloigné du domicile du premier employeur. De plus, les clientèles s'imbriquent souvent les uns les autres : comment l'infirmière pourrait-elle obéir aux ordres de son nouveau patron et se rendre à domicile, chez des clients résidant à proximité du cabinet alors qu'un périmètre donné lui serait interdit ? Comment concilier cette interdiction avec l'obéissance due au nouvel employeur ? Il serait possible que les Tribunaux ne veuillent pas admettre comme valable pareille clause d'un contrat de louage de services, interdisant à l'infirmière de louer ses services à un nouvel employeur trop rapproché du premier.

Dr Paul BOUDIN.

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Pensionnés de guerre

1.670. — Pneumothorax

Je suis en désaccord avec la Préfecture au sujet de mon mémoire d'Assistance médicale gratuite (année 1938). Il s'agit de savoir comment il faut tarifer les insufflations de pneumothorax. Le tarif est celui des mutilés (art. 64). Ci-joint d'ailleurs le point de vue de la Préfecture, qui me paraît ridicule. En effet : 1° si un malade reçoit une insufflation mensuelle, soit 12 par an, 1,200 francs ; 2° si un malade a besoin d'une insufflation toutes les trois semaines, soit 16 par an, 800 francs. Dans ce cas on pourrait au moins accepter 12 piqûres à 100 francs.

A mon avis, si deux piqûres sont nécessaires par mois, il faut tarifer la première 100 francs, la seconde à 50 francs. Qu'en pensez-vous ?

Dr C.

Réponse

Voici ce que dit le tarif des pensionnés de guerre : « Insufflation pour entretien du pneumothorax : prix d'une insufflation mensuelle,

100 francs. Insufflation plus fréquente pour décollement parcellaire de la plèvre, 50 francs (Décret du 5 mars 1927). Il n'y a pas d'autre texte. Il s'ensuit que s'il y a moins d'un mois d'intervalle entre chaque intervention, chaque insufflation est tarifable 50 francs. C'est bien d'ailleurs ce que vous fait observer la Préfecture.

Dr F. DECOURT.

1.699. — Infiltration cocaïnée des récurrents

Un de mes malades réformé de guerre pour tuberculose pulmonaire présente actuellement des signes de laryngite tuberculeuse.

Un spécialiste consulté me conseille depratiquer en cas de douleur, des infiltrations cocaïnées sur le trajet des récurrents.

Je n'ai pas su trouver le tarif de cette intervention. Comment la calculer ?

Dr P.

Réponse

Le décret du 31 octobre 1938 porte : « Infiltration anesthésique du ganglion étoilé ou infiltration du sympathique lombaire : 60 francs (ce décret fut pris en modification du décret du 25 octobre 1922 qui contient le tarif ordinaire des pensionnés de guerre. Ceci se rapproche pas mal de votre cas, vous pourriez le signaler au secrétaire de la Commission de Contrôle et vous entendre avec lui à ce sujet.

Dr F. DECOURT.

b) *Assurances sociales*

1.636. — Le tarif forfaitaire d'accouchement

Je vous serais très obligé de vouloir bien me donner le renseignement suivant, concernant les honoraires à prendre pour un accouchement de payants, en Assurances sociales ?

Une femme enceinte vient à ma consultation pour examen de son état et obtention d'un certificat de constat de grossesse, quelques mois auparavant. Elle me retient pour l'accouchement. Je l'examine, lui donne la consultation demandée, le certificat rituel et lui promets mon assistance pour l'événement.

Quelques semaines plus tard, on me téléphone au milieu de la nuit pour me rendre auprès d'elle ; tandis que je m'habille, une deuxième téléphone retentit et m'avise que l'événement s'est passé, seul (en réalité avec matrone) et que tout allant bien, de ne

point me déranger inutilement. Je reste donc chez moi. Ultérieurement l'accouchée m'a appelé à la voir avant ses relevailles ; puis, je lui fis une visite de passage.

Comment établir ma note d'honoraires correspondant aux actes médicaux suivants :

1° Un constat de grossesse avec certificat, après examen.

2° Un appel nocturne par téléphone, avec début de mise en train de départ.

3° Un déplacement ultérieur (15 jours après) sur appel à 10 kilomètres.

4° Une visite de passage et constat d'allaitement, plus tard.

Le point intéressant de votre réponse serait pour moi : comment se doit payer un accouchement retenu ; un dérangement nocturne sans déplacement sans exécution effective de cet accouchement ?

Dr A.

Réponse

S'il s'agit d'une assurée sociale (ou femme d'assuré), d'après « l'entente directe » inscrite dans la loi, vous avez à lui prendre votre prix ordinaire de clientèle. Quant au remboursement qu'elle aura à toucher de sa Caisse il s'agit là d'une somme forfaitaire pour accouchement, y compris les visites avant et après. Et cela que la femme soit accouchée par un médecin, une sage-femme ou même sans personne. La présentation de l'acte de naissance de l'enfant suffirait, au besoin, pour lui donner le droit de toucher la somme forfaitaire inscrite à ce sujet dans le tarif de responsabilité de la Caisse, tarif qui varie avec chaque Caisse, mais est inscrit dans la convention Syndicat-Caisse signée par le Syndicat de votre région et au sujet duquel tarif, seul votre Syndicat pourra vous donner des précisions.

Dr F. DECOURT.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

1.645. — La carte-lettre des accidents du travail

Quoique la carte-lettre accidents du travail soit obligatoire, tout en ne l'étant pas transitoirement, je vous adresse un modèle de carte postale éditée par une Société de recouvrements d'honoraires et vous demande si ce type est régulier. La loi parle de carte-lettre et non de carte postale. Or la carte postale viole ouvertement la secret professionnel de par sa constitution.

La carte-lettre le viole aussi, mais sous une forme plus discrète étant donné que seul le patron en a, en principe, connaissance.

Dr G.

CARTE POSTALE

RECTO

A Recommander d'Office par les P. T. T.

Franchise Postale Loi du 1 - 7 - 38

Expéditeur

....
....
....
....

Le Docteur doit apposer son tampon ci-dessus

Destinataire

M.............................
....
....
....
....

VERSO

.............................le ....

Monsieur,

Conformément à la loi du 1er juillet 1938, je vous informe que le nommé ....
habitant ....
se disant employé à votre service est venu se faire soigner comme accidenté du travail.

Constat sommaire de l'accident { ....
....
....

Le Certificat détaillé de constatation vous sera adressé sous 8 jours. *Salutations.*

Signature du Blessé ou du Témoin — Le Docteur,

Réponse

La carte-lettre, ou plutôt la carte postale, dont vous nous soumettez le modèle viole le secret professionnel.

En effet, la législation sur les accidents du travail décide qu'un certificat médical sera délivré par le médecin traitant, lequel décrira les blessures et déterminera si une incapacité permanente partielle est à redouter. Or, ce certificat doit être remis soit à la victime elle-même, soit à son chef d'entreprise. Il ne peut indiquer que ce qui se rapporte directement à l'accident, sans faire mention de l'état antérieur, c'est-à-dire des diathèses, ou des maladies intercurrentes, qui ne sont pas la conséquence immédiates de l'accident.

Par suite, les tiers, employés des P. T. T. ou autres ne doivent pas connaître ce certificat.

L'envoi d'une carte postale, d'après le modèle précité, permet aux agents des P. T. T. — surtout dans les petites localités ou les campagnes —

ou aux concierges des grandes villes, aux facteurs des postes, etc., de savoir, par indiscrétion ce que contient le certificat médical. D'où violation du secret.

Je crois que vous feriez bien d'alerter votre Syndicat médical, ou d'écrire à la firme en question, pour lui démontrer son erreur.

Dr Paul BOUDIN.

1.691. — Le médecin traitant n'a pas à prévenir le blessé de la contre-visite

Il y a quelques années je vous avais déjà posé la même question et vous m'aviez répondu par la négative.

Depuis le 1er janvier 1939 le médecin traitant d'un accidenté du travail doit-il aux termes de la loi prévenir le blessé de la date de la contre-visite du médecin patronal. Je reçois du médecin patronal une courte lettre comme celle ci-jointe et cela plusieurs fois par semaine. Je ne vois pas chaque blessé chaque jour alors si je dois prévenir chaque blessé il faut que je leur courre après ? De plus j'estime que c'est là une grave responsabilité pour le médecin traitant.

Je dois vous dire que j'ai lu et relu la loi du 1er janvier 1939 dans le *Médecin de France* et nulle part je n'ai trouvé quoique ce soit qui oblige le médecin traitant à cette corvée.

Dr N.

Réponse

Bien que nous n'ayons pas trouvé dans l'enloppe de votre lettre du 24 février la carte-lettre qui devait y être jointe, nous pouvons, dès à présent, vous faire connaître que pas plus que par le passé vous n'avez l'obligation, sous l'empire de la loi sur les accidents du travail du 1er juillet 1938, de faire connaître au blessé la date et l'heure de la contre-visite du médecin de l'assurance.

Si, pour éviter un dérangement inutile le médecin contre-visiteur désire que le blessé soit averti, il lui appartient de lui écrire directement à cet effet.

1.127. — Tarif des honoraires pour soins à un enfant blessé au collège

Je viens d'avoir l'occasion de soigner et de radiographier un enfant blessé au collège.

Le directeur est couvert par une assurance.

Le tarif qui s'applique à ces soins, est-il celui des accidents du travail ou celui du tarif commun ?

Dr R.

Réponse

Le tarif des honoraires médicaux en matière d'accidents du travail ne concerne exclusivement que les honoraires dus par les chefs d'entreprises responsables pour les soins donnés à leurs ouvriers, victimes d'accidents du travail.

Un enfant victime d'un accident à l'école ne peut évidemment pas prétendre au bénéfice de la législation sur les accidents du travail. Lorsque vous avez à donner vos soins en pareilles circonstances, vous devez donc vous faire honorer par les parents suivant le tarif que vous appliquez dans votre clientèle ordinaire.

Ensuite vous pouvez remettre aux parents un reçu acquitté pour leur permettre de faire valoir leurs droits à remboursement total ou partiel auprès de la direction de l'école ou l'Assurance qui la couvre, mais sans que vous ayez personnellement à vous immiscer dans ce règlement.

Il est d'ailleurs parfaitement licite que dans la police l'Assurance ait stipulé qu'elle rembourserait les frais médicaux suivant le tarif des accidents du travail.

Mais cette stipulation ne vous est pas opposable.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

1.903. — Maintien dans les cadres et ses conséquences

Ayant 49 ans dans l'année la Direction du Service de santé m'envoie une déclaration à signer pour savoir si je désire ou non rester dans les cadres. Je suis médecin lieutenant depuis 1919.

1° Si je reste dans les cadres, puis-je donner ma démission par la suite et puis-je être astreint à des périodes de réserve ?

2° Si je demande à être rayé des cadres, puis-je être astreint à un service en dehors de mon rayon d'action actuel et dans quelles conditions matérielles ou autre ?

3° Après avoir donné ma démission m'est-il possible par la suite de reprendre du service avec mon grade précédent ?

Dr L.

Réponse

1° Si vous restez dans les cadres au delà de la durée légale des obligations militaires, il vous sera désormais impossible de donner votre démission. Médecin lieutenant, vous serez maintenu jusqu'à l'âge de 57 ans. Jusque-là vous ne pourrez vous faire rayer des cadres, que pour une question de santé, dûment constatée par une Commission de réforme.

2° Une fois rayé des cadres vous restez deux années à la disposition de la Défense passive, avec ordre de mobilisation. Ultérieurement, vous pouvez être requis par l'autorité civile pour assurer par exemple, le service dans les mines de votre résidence actuelle.

3° Il vous sera toujours loisible de contracter, sous réserve d'aptitude physique, un engagement pour la durée d'une guerre éventuelle en conservant votre grade.

Soixante et unième année — N° 13 — 26 Mars 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	70 fr.	Belgique et Luxembourg..	80 fr.
Etudiants	45 fr.	Première Zone..........	95 fr.
Le Numéro..........	2 fr.	Deuxième Zone..........	120 fr.

Renseignements

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.



DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du **CONCOURS MÉDICAL**, *Paris* **167-95.**

N° 90. — Seine. A céd. pour cause départ, cab. méd. génér. datant de 20 ans, en plein rendem. Appartem. 5 p., cuis., cab. toil. Prix 55.000. On pourr. céder instrum. et meubles profess. Conviendr. à méd. jeune et actif.

N° 91. — Jne méd. franç., au courant pneumo, radio, labo, désire place assist. sana, ou aide ou remplacem. cab. phtisiologie.

N° 92. — Loire-Inf. Bon poste méd. à céder de suite dans ville industr. Conditions : indemnité et reprise du bail.

N° 93. — Dr Léger, O. R. L., Forbach (Moselle) se charge gracieusem. échange au pair enfants familles médic. ou autres, avec familles allemandes. S'adr. directem. à lui.

N° 94. — Région Nord. A prend. poste de méd. contrôl, Caisse prim. Ass. soc. Conviendr. à méd. retraité. Adresser dem. avec âge, situat., titres et toutes réf. au bureau du journal.

N° 95. — Deux-Sèvres. A céder dans sous-préf. raisons âge et famille, avec ou sans instrum., cab. Y. O. R. L., suscept. rendem. intéress. pour méd. jeune et actif. Indemn. à débatt. Urgent.

N° 96. — Paris. Quartier Montparnasse. Vve de médec. louerait à étud. chambre avec salle bains, sans pension.

N° 97. — Très bonne clientèle 80 km. de Paris, chasse, pêche, méd. du ch. de fer, maison confort. chauff. cent., garage. Loyer 6.500. A vend. 50.000 dont partie comptant.

N° 98. — Bonne occasion Autoclave 4 kil. 34 × 60 à stérilis. continue. Remis à neuf par l'usine, 3.500 fr. visible chez Lequeux, 64, rue Gay-Lussac, Paris.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

CABINET BREITEL ET GORET

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Oise. Très gros poste chef-l. canton, bien desservi, 1/2 h. Paris. Jolie maison tout conf. Prix à déb.

75 kil. Paris, pays agréable de Normandie, poste ancien seul méd. propriété conf. louée 6.000. Indemn. 35.000.

Seine-et-Oise. Méd. gle. Voies digestives. gros rap. Prix 75.000.

Charente. Ancien et très import. poste camp. riche, à prox. grd. centre., belle maison. Indemn. à déb.

DERNIÈRES NOUVELLES

— IXe Congrès national de la tuberculose. — Nous rappelons que le IXe Congrès national de la tuberculose se tiendra à Lille les 11, 12 et 13 avril 1939. Les personnes qui désirent être inscrites comme membres du Congrès sont priées d'envoyer, dès que possible, leur adhésion au secrétariat du Congrès, au siège du Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe), en effectuant le versement d'une cotisation de 100 francs.

— Le XIIIe bal de la médecine française. — Organisé par la Société F. E. M. au bénéfice des orphelins et des veuves de médecins, le XIIIe bal de la médecine française a obtenu son habituel grand succès. Le Président de la République honorait de sa présence cette soirée de bienfaisance. De nombreuses personnalités entouraient M. Marc Rucart, ministre de la Santé publique ; M. V. Bucaille, syndic de la Ville de Paris ; M. Serge Gas, directeur général de l'Assistance publique ; le Docteur Lobligeois, conseiller municipal ; Mmes Legueu, Bucaille, Roussy ; le Professeur Leclainche, de l'Institut ; le Professeur Legueu, président de la F. E. M. ; le Professeur Brindeau, vice-président ; MM. les Professeurs Chevassu, Clerc, Henri Labbé, Terrien ; MM. les Médecins généraux inspecteurs Dopter, Sacquépée ; M. le Docteur Aublant, etc.

La Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres avait délégué les Docteurs Delort et Martiny. « Médecine et Famille » était représentée par les Docteurs Georges Labey et Renaudeaux.

Au spectacle (un film en couleurs du Docteur Pierre Vernier « Images du Sud Marocain » ; « Les instruments anciens d'Henri Casadesus avec Lucienne Tragin » ; « La danse à travers les âges ») succéda le souper romantique, sous la direction de Mme Henri Labbé et du Docteur Ed. de Pomiane, souper qui réunit 200 convives.

Les familles médicales qui n'ont pu assister à cette belle manifestation d'entr'aide confraternelle peuvent adresser leur obole à la Société F. E. M., 60, boulevard de la Tour-Maubourg, à Paris (VIIe), compte chèque postal no 1.466-88 ou envoyer leur adhésion (membre honoraire, cotisation annuelle 25 francs, perpétuée 250 francs, membre bienfaiteur, versement minimum 500 francs). Les femmes et enfants de médecins peuvent demander leur admission comme membres participants (cotisation annuelle 25 francs par personne) et s'assurer ainsi en cas de détresse dans l'avenir une aide matérielle et morale effective.

— La médaille du Professeur Villard. — Les amis, les anciens élèves et les collègues du Professeur

Villard ont remis à la Faculté de médecine de Lyon une somme de 13.000 francs représentant le reliquat des souscriptions recueillies pour la médaille de M. Villard, professeur honoraire de clinique gynécologique.

Cette somme servira à l'achat d'appareils scientifiques pour la Clinique gynécologique.

— **Le LIIe Congrès de la Société française d'ophtalmologie** aura lieu à Paris, les 8, 9, 10 et 11 mai 1939. Le Docteur Coutela, de Paris, présentera un rapport sur : « L'œil et les maladies professionnelles ».

Des visites dans les hôpitaux et une promenade aux environs de Paris seront organisées pendant le Congrès.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, Docteur Mérigot de Treigny, 1, square de Latour-Maubourg, Paris (VIIe).

— **Prix Chauvin** (Oto-rhino-laryngologie). — Il est rappelé que le prix Chauvin, d'une valeur de 6.000 francs, sera attribué lors du Congrès de la Société française de laryngologie en octobre 1939.

Le jury, réuni sous la présidence du Docteur Le Mée, laryngologiste des hôpitaux de Paris, a choisi comme sujet : « La sinusite maxillaire d'origine dentaire ».

Les mémoires devront être envoyés le 15 juillet 1939 (dernière limite). Pour tous renseignements s'adresser à M. Chauvin, docteur en pharmacie, Aubenas (Ardèche).

— **Un beau voyage de « Bruxelles-Médical » aux Etats-Unis.** — A l'occasion de l'Exposition de New-York, notre confrère *Bruxelles-Médical*, dont les croisières ont toujours, depuis plus de quinze années qu'elles existent, remporté un vif succès, — organise, du 29 août au 30 septembre prochain, un beau voyage accompagné aux Etats-Unis.

Le départ du Havre s'effectuera à bord du *Champlain*, magnifique paquebot de 28.676 tonnes, de la Compagnie générale transatlantique, et le retour par le *Paris* (37.170 tonnes), l'une des plus belles unités de la marine marchande française.

L'itinéraire sera le suivant :

Le Havre, New-York (trois jours), Philadelphie, Atlantic City, Washington, Chicago, Détroit, Toronto, Chutes du Ni gara, Boston, New-York (trois jours), le Havre.

Le prix forfaitaire, avec traversées en classe cabine (1re classe), comprenant tous les frais du Havre au Havre, exception faite seulement des pourboires à bord et de la boisson dans les hôtels et les trains aux Etats-Unis, a été fixé à la somme de 747 dollars.

Pour les voyageurs désirant effectuer les traversées maritimes en classe touriste, le prix ne sera que de 585 dollars.

A noter que tous les parcours aux Etats-Unis se feront en 1re classe — avec fauteuils Pullman, pour

les trajets de jour et couchettes Pullman pour les trajets de nuit — et que les hôtels utilisés seront tous des hôtels de premier ordre (chambres avec salles de bains privées).

Pour recevoir le programme détaillé du voyage, s'adresser à la Section des voyages de *Bruxelles-Médical*, 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles.

— Ecole de la France d'outre-mer. — M. le Professeur Tanon fera le jeudi 30 mars, à 17 heures, à l'Ecole de la France d'outre-mer, 2, avenue de l'Observatoire, une conférence sur l'*hygiène de la femme aux colonies*.

— Ligue nationale française contre le péril vénérien. — *Cours de service social antivénérien* pour les infirmières et les assistantes sociales et les personnes s'intéressant à la lutte contre les maladies vénériennes. Dix-neuvième session, mai 1939 (14 leçons), du 15 au 20 mai 1939, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe), et à la clinique Baudelocque.

Le nombre des admissions devant être limité, les personnes désireuses de suivre ce cours sont priées de se faire inscrire à la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe), avant le 1er mai 1939.

Droit d'inscription : 10 francs (No Compte Chèque postal 627.00).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Docteur Sicard de Plauzoles, directeur général de la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe).

— Assistance publique de Paris. — Par arrêté de M. Villey, préfet de la Seine, et sur la proposition de M. Serge Gas, directeur général, M. Paul Miret, inspecteur général, est nommé, à la date du 16 mars 1939, secrétaire général à l'Administration de l'Assistance publique de Paris, en remplacement de M. Albert Chenevier, décédé.

— Faculté de médecine de Marseille. — Prix pour l'année scolaire 1937-1938. — *Prix Jules et Louis Jeanbernat.* Ce prix, fondé par M. Jeanbernat Barthélemy de Ferrari-Doria, en souvenir de ses deux fils tombés glorieusement au Champ d'honneur, a été attribué à M. Sauvigné, qui a obtenu les meilleures notes pendant ses deux dernières années d'études.

Prix René-Lazare. — Ce prix, fondé par M. F. Lazare, en mémoire de son fils, ancien interne en médecine, a été attribue à M. Masselot, pour son mémoire sur le *Noma*.

Prix des professeurs. — La médaille d'or (médecine) est décernée à M. Battesti (Pierre), qui a obtenu les meilleures notes pendant la scolarité.

Prix de thèse. — Ce prix comporte l'attribution de médailles et mentions honorables aux auteurs des

meilleures thèses soutenues pendant l'année scolaire. 1937-1938. *Chirurgie.* Médaille d'argent : M. GRANJON ; médaille de bronze : M. Zananiri. — *Médecine*. Médaille d'argent : M. Boudouresques ; médaille de bronze : M. Ho-Ta-Khanh. — *Biologie.* Médaille d'argent : M. Jullien ; médaille de bronze : M. Arnoux ; Mentions honorables : M. Aucler, Mme Raybaud.

— **Naissances.** — Le Docteur Paul FERRAUD et Madame, ont la joie de nous faire part de la naissance de leur fille *Jacqueline.*

Saint-Junien (Haute-Vienne), le 5 mars 1939.

Nos sincères compliments.

— Christiane, Suzanne, Brigitte, Thérèse, Maurice, Dominique, Edouard, Myriam et Charlotte DEKESTER ont la joie de nous annoncer la naissance de leur petite sœur *Véronique.*

Lille, 23, rue de Bouvines, 3 mars 1939.

Nous sommes heureux d'adresser à Madame et au Docteur Maurice Dekester nos plus vives félicitations. Leur belle famille, bien qu'éprouvée par la mort de deux enfants, Jacqueline et Bernard, comprend encore dix garçons et filles vivants et fait honneur au Corps médical français.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur LE PAUMIER, de Beauvais ; du Docteur KLISZOWSKI, de Vannes (Morbihan) ; du Docteur ARROUX, de Bardo (Tunisie) ; du Docteur Joseph BALMELLE, de Viviers-sur-Rhône (Ardèche) ; du Docteur Gabriel BARRÈS, de Blesle (Haute-Loire) ; du Docteur Joseph-Edouard BEAUCARD, de Margut (Ardennes) ; du Docteur BROSSARD, de Bègles (Gironde) ; du Docteur Gorges CAHEN, de Vichy ; du Docteur Olivier COUFFON, d'Angers ; du Docteur Henri COTTENOT, père, décédé au Cap-d'Ail (Alpes-Maritimes) ; du Docteur Elie DECHERF, de Tourcoing ; du Docteur FRANCHI, d'Orléansville (Alger) ; du Docteur Jules LAUGA, de Bordeaux ; du Docteur Henri LAURENT, de Sausset-les-Pins (Bouches-du-Rhône) ; du Docteur E. LENA, de Marseille ; du Docteur Aimar RAOULT, de Nancy ; du Docteur Jules ROUX, de Bordeaux ; du Docteur Jean SAINTRAILLES, de Nérac (Lot-et-Garonne). ; de Monsieur Hubert PARISIS, externe des hôpitaux de Lille ; du Docteur St. LEDUC, professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Nantes ; du Docteur Victor PACHON, ancien professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Bordeaux, membre correspondant de l'Académie de médecine. Les travaux du Professeur Pachon sur la tension artérielle sont classiques.

— On annonce, de Marseille, la mort du Docteur BLOT, médecin lieutenant-colonel des troupes coloniales en retraite, décédé des suites d'une affection contractée en service alors qu'il prodiguait ses soins aux blessés espagnols à bord du paquebot *Providence.*

A TRAVERS L'OFFICIEL

Ordre de la Santé publique

Sont promus ou nommés dans l'Ordre de la Santé publique :

Commandeurs : MM. le Médecin général Blanchard ; le Médecin général de la Marine Candiotti ; le médecin général Cot ; le Professeur Devraigne, de Paris ; le Professeur Rocaz, de Bordeaux ; le Docteur Marquis, de Rennes.

Officiers : MM. les Docteurs Batier, de Strasbourg ; Bec, d'Avignon ; Bergouignan, de Paris ; Berthovintan, de Saint-Maurice ; Biais, de Limoges ; le Professeur Carrière, de Lille ; le Médecin général Causeret ; les Docteurs Cazejust, de Montpellier ; Chaboux, de Belley ; Clerc, de Paris ; Mlle le Professeur Condat, de Toulouse ; MM. les Docteurs Contat, de Paris ; Coopman, de Crépy-en-Valois ; Cros, de Mascara ; Cruveilhier, de Paris ; Deguiral, de Carsac ; Demonchy, de Paris ; Denis, de Mâcon ; Dujarric de la Rivière, de Paris ; Fleurent, de Colmar ; Fitte, de Camiers ; Fourcade, de Marmande ; Franquet, de Reims ; Friteau, de Paris ; Gauthier, du Raincy ; Hautefeuille, de Carvin ; Hery, de Paris ; le médecin lieutenant-colonel Jacquet ; Le Calvé, de Redon ; le médecin colonel Lefèvre ; le Professeur Legrand, de Lille ; le médecin lieutenant-colonel Lortholary ; les Docteurs Manet, de Paris ; Nas, de Lodève ; Mettey, de Belfort ; Meurdrac, de Paris ; le médecin commandant Moynier ; les Docteurs Panis, de Commercy ; Richard, de Mâcon ; Robert de Versailles ; Rosenthal, de Paris ; Savary, du Mans ; Simon, de Semur ; Simonin, d'Orléans ; Spinetta, de Nice ; Sureau de Paris ; Tardif, de Longué ; Vieilledent, de Lille ; Vignaud, de Paris ; Vuillemot, de Blida ; Ainselle, d'Epernay ; Bommier, de Wardrecques ; Degrais, de Paris ; Dulac, de la Société des secouristes français ; Vonderweldt, de Mulhouse ; Spartall, de Paris.

Chevaliers : M. le Docteur Allen, d'Entrains ; Mme le Docteur Anchel, de Paris ; MM. les Docteurs Audy, d'Huisseau-sur-Corson ; Bertho, de Villefranche-du-Périgord ; Blaire, d'Aubigny-sur-Artois ; Blanchard, de Vauconcourt ; Blandin, de Chenac-sur-Gironde ; Boichon, de Pouissières ; Bonifay, de la Seyne-sur-Mer ; Bonnamy, de Brive ; Bonnets, de Paris ; MM. le Docteur Brosse, de Paris ; MM. les Docteurs Burmer, de Paris ; Calazel, de Foix ; Copelin, de Meaux ; Casenave, d'Hendaye ; Castagnol, de Rouen ; Chaplain, d'Ansauvillers ; Chausserie-Laprec, de Paris ; Claron, du Vigon ; Clerc, de Saint-Pierre-d'Albigny ; Collin, de Caen ; Corbier, de Paris ; Corticchiato, de Paris ; Coupeau, de Neufchâteau ; Créange, de Nancy ; Dally, de Paris ; Delaveuve, de

Saint-Dié ; Delhoume, de Pierrebuffière ; Delon, du Theil-sur-Huisne ; Delthil, de Paris ; Desfarges, de Busset ; Mme le Docteur Desplas, de Paris ; MM. les Docteurs Dreyfus, de Guebwiller ; Dubreuil, de la Riche ; Dumas, de Vernières ; Encausse, de Paris ; Eon, de Dinan ; Farouz, d'Oran ; Fasson, de Marseille, Faugeron, de Paris ; Filachet, d'Amiens ; Fournier, de Clermont-Ferrand ; Ganivet-Lagrange, de Cognac; Garnier, d'Arcueil ; Garrigues, de Rodez ; Gelly, de Bar-le-Duc ; Guental, de Nancy ; Hahn, de Paris ; Hoffmann, de Delne ; Ichock, de Clichy ; Izard, de Paris ; Jaeger, de Colmar ; Laignier, de Paris ; Lambot, de Toulon ; Lartigan, de Tarbes ; Lauge, d'Oran; Laurent, de Dunkerque ; Leboucher, de Bayeux ; Lecq, de Thèze ; Legendre, de Lamarche ; Lepage, du Mans ; Leufflen, de Masevaux ; Levi, d'Orléans ; Levy, de Paris ; Liber, de Walincourt ; Luton, de Clermont-Ferrand ; Mallet, de Brienon ; Mans, de Saint-Remy ; Marceron, de Paris ; Marcland, de Limoges ; Marie, de Rouen ; Massia, de Lyon ; Marot, de Chatillon-sur-Marne ; Mme le Docteur Masson, de Naugent-Limoges ; MM. les Docteurs Nerat, de Sainte-Savine ; Mignot, de Besançon ; Oliers, d'Annecy ; Ortodoxu, de Chablis ; Oury, de Saint-Maurice; Peaudelen, de Nice ; Penard, de Chaponost ; Perdriat, de Corbigny ; Pierre, de Troyes ; Ponthus, de Lyon ; Portret, de Paris ; Rangier, de Paris ; Rauch, de Besançon ; Mlle le Docteur Roussy, de Saint-Quentin ; MM. les Docteur Salonier, de Paris ; Layer, de Châtel-sur-Moselle ; Schmidt, d'Andlau ; Serin, de Fontenay-sous-Bois ; Skapier, de Paris ; Smol, de Paris ; Soderlindh, de Florac ; Tacquet, de Saint-Riquier ; Teuilère, de Paris ; Triollet, de Vannes ; Théron, de Grabels ; de Traverse, de Paris ; Trinquet, de Valenciennes ; Mme le Docteur Vacher, de Paris ; MM. les Docteurs Vuillemot, de Blida ; Weillez, de Paris ; Wurmser, de Paris ; Bricard, de Paris ; Destruels, d'Arcis-sur-Auche ; Didier, d'Epinal ; Durand, de Paris ; Gouvenot, de Joinville ; Jacquet, de Saint-Dié ; Mollin, de Mareuil-le-Fort; Schlumberger, de Paris.

(*J. O.*, 2 mars 1939.)

Enseignement de la médecine

Par décret en date du 3 mars 1939, rendu sur le rapport du ministre de l'Education nationale :

M. Santy, agrégé, est nommé, à compter du 1er mars 1939, professeur de chirurgie opératoire à la Faculté de Lyon (dernier titulaire de la Chaire : M. Cotte).

(*J. O.*, 7 mars 1939.)

Voir la suite page LIX-919

PROPOS DU JOUR

L'ALIÉNATION MENTALE CAUSE DE DIVORCE

L'aliénation mentale peut-elle être une cause de divorce ? La question est à l'ordre du jour en France depuis l'établissement du divorce, c'est-à-dire depuis plus d'un demi-siècle et malgré le dépôt d'une demi-douzaine de propositions de loi, n'est pas encore résolue.

L'ouvrage de deux distingués médecins des Hôpitaux psychiâtriques, les Docteurs Pierre Léculier et Roger Got intitulé : Divorce et Aliénation mentale (1), préfacé par le Professeur O. Crouzon, la veille de sa mort, donne à cette question un regain d'actualité.

MM. P. Léculier et R. Got font un examen approfondi de ce problème, l'envisagent sous toutes ses faces, historique, juridique, religieuse, médicale, morale et sociale et nous croyons intéressant pour nos lecteurs de faire un résumé fatalement incomplet et insuffisant de leur important travail qui mérite d'être lu en entier.

***

Comme d'ailleurs le Divorce envisagé au point de vue général, l'aliénation mentale, cause de divorce, a ses partisans et ses adversaires qui basent les uns et les autres sur des arguments solides leur conviction.

Notons en passant qu'en Europe, sauf en Italie et à Andorre où le divorce n'est pas admis, en Belgique, en Luxembourg, en Roumanie et en Yougoslavie, la législation de toutes les nations admettent que l'aliénation mentale peut être un motif de divorce.

Le Droit romain exigeait pour le divorce le consentement des deux conjoints. Dans le Haut-Empire romain, le conjoint d'un aliéné pouvait rompre le mariage, si la folie était dangereuse et inguérissable.

Pendant le Bas-Empire, la folie n'est pas une cause de répudiation, mais, à la fin du IXe siècle, elle devient une cause obligatoire de la dissolution du mariage. D'ailleurs à cette époque chaque région subissait l'influence des coutumes de la nation barbare qui y dominait.

Du XIe au XVe siècle, pendant l'époque féodale, le droit canonique règne en souverain et impose l'indissolubilité du mariage consommé. A partir du XIIIe siècle, on envisage dans certains cas de folie l'absence ou un vice de consentement qui peuvent permettre l'annulation du mariage. Mais si la folie survient nettement après le mariage seule la séparation de corps peut être autorisée.

Du XVIe siècle à 1789, pendant l'époque monarchique, l'indissolubilité du mariage est maintenue. Si le mari est aliéné, la séparation de corps peut être prononcée, si c'est la femme, elle doit être internée dans un couvent.

Pendant la Révolution s'établit un droit intermédiaire, le mariage est considéré comme un contrat purement civil et en 1792, on admet au nombre des motifs de divorce, la folie.

Le Code civil en 1803, supprime l'aliénation mentale comme cause de divorce. La Restauration en 1816 interdit le divorce. En 1884, lors du rétablissement du divorce par la loi Naquet, l'aliénation n'est pas reconnue comme cause de divorce, même elle peut être considérée comme un obstacle au divorce.

La jurisprudence admet que le divorce peut être prononcé *malgré* l'aliénation mentale, si les troubles mentaux résultent d'une faute personnelle (alcoolisme, par exemple), si avant le mariage des troubles mentaux existants ont été dissimulés (épilepsie, par exemple). La nullité du mariage peut être prononcée s'il n'y a pas eu de *consentement libre* (art. 180 et 146 du Code civil), et d'après la loi du 19 février 1933, les époux et le ministère public peuvent réclamer la nullité du mariage en se basant sur un certain nombre de causes : impuberté, bigamie, inceste, aliénation mentale, absence de consentement.

Les projets de réforme de la loi (amendement Guillot, 1882 ; Colin, Morlot, 1905 ; Violette, 1910 ; Fournier, 1919 ; Palmade et Hesse, 1925 ; Frot, 1926 ; Aulois, 1936) proposent que l'aliénation soit prise en considération, si un internement plus ou moins long et une expertise médicale établissent son incurabilité. C'est alors que de Clérembault développa sa conception du divorce *malgré* l'aliénation, dans le but de protéger le conjoint sain, l'aliéné pouvant devenir

(1) Paris, librairie de Droit et de Jurisprudence, R. Pichon et R. Durand-Auzias, administrateurs, 20, rue Soufflot, 1939.

dangereux, et que Trenel, en 1927, proposa dans ces cas de substituer la nullité du mariage au divorce pour éviter les obstacles juridiques.

***

Les raisons données par les *adversaires du divorce pour aliénation mentale*, sont d'abord celles que l'on a opposées au divorce en général.

Le divorce, a-t-on dit, engendre sa propre multiplication. Le nombre des divorces qui, en 1885 était en France 4.277 cas, est passé en 1910 à 13.049 et a atteint en 1937, le total de 23.614.

Le divorce, a-t-on ajouté, favorise les désordres entre époux, rend avant le mariage le choix des conjoints plus superficiel, encourage l'inconduite, est un danger moral et social, amenant la dissolution de la famille, sacrifiant parfois l'avenir des enfants et accroissant la dénatalité.

Outre ces raisons d'ordre général, les adversaires de l'aliénation mentale comme motif de divorce font remarquer quel'on sacrifierait ainsi la protection du malade, que, dans le droit français, le divorce est une peine qui suppose une faute, or, la folie est un malheur, et non pas une faute, et l'un des devoirs principaux des époux est qu'ils se doivent réciproquement assistance. D'autre part, la douleur morale provoquée par l'abandon de son conjoint peut aggraver l'état de l'aliéné. En outre, il peut y avoir de nombreuses combinaisons d'intérêts matériels contre lesquels l'aliéné ne pourra se défendre.

En outre, il y aurait de grandes difficultés d'application du divorce pour aliénation. Il ne pourrait être prononcé qu'en cas d'incurabilité absolue et grande serait la responsabilité du médecin qui oserait prononcer cette incurabilité.

D'ailleurs, l'incurabilité d'une maladie mentale ne veut pas toujours signifier l'impossibilité de la vie conjugale et le petit nombre des divorces constatés dans les pays où ils sont autorisés, ramène la question à une bien faible importance.

Les adversaires du divorce pour aliénation mentale concluent :

1° Si le divorce est nuisible, il est inutile d'étendre ses possibilités ;

2° Le droit français serait bouleversé si l'on admettait qu'une maladie, même incurable, peut causer l'annulation du mariage ;

3° L'incurabilité absolue d'une maladie mentale ne peut jamais être affirmée.

***

A ces raisons, les *partisans du divorce motivé par l'aliénation mentale* opposent les suivantes :

Le divorce est légitimé par le respect de la liberté individuelle.

Il est la solution d'une situation qui peut être insupportable. Il permet à des époux malheureux de contracter une union mieux assortie.

Il respecte la liberté de conscience car l'époux catholique convaincu n'est pas obligé après le divorce de contracter un nouveau mariage.

En ce qui concerne l'aliénation, le divorce protège les intérêts des conjoints, de la famille et de la société. L'époux bien portant est aussi intéressant que le malade. Il est humain de lui assurer la possibilité de créer un nouveau foyer et d'avoir des enfants légitimes à l'abri d'une hérédité psychopathique. La vie commune avec un aliéné peut devenir très dangereuse et un nouveau mariage, plus moral qu'un concubinage, peut être favorable, même pour les enfants de l'aliéné qui peuvent retrouver un foyer.

Nier le pronostic possible de l'incurabilité est la négation même de la science psychiâtrique, les erreurs de ce genre sont infiniment rares. L'indifférence est la règle chez les aliénés chroniques et l'assistance morale du conjoint est pour eux tout à fait illusoire. Quant à l'assistance matérielle, elle peut demeurer possible avec le divorce.

Juridiquement, s'il y a un intérêt social à permettre le divorce pour aliénation, et cet intérêt existe, on peut modifier la loi qui fait du divorce une peine. Il n'y a pas à craindre de nombreux abus, car ces divorces sont rares dans les pays étrangers où ils peuvent être prononcés.

Actuellement, en France, on arrive au même résultat en tournant la loi, ce qui n'est guère admissible. D'ailleurs, personne ne demande que le divorce pour aliénation soit obligatoire.

***

MM. P. Léculier et R. Got concluent en adoptant la conception du Docteur de Clérembault du divorce *malgré* l'aliénation mentale. Cette conception ne bouleverserait en rien la législation actuelle, il suffirait d'ajouter à la loi l'amendement suivant :

« Aucune fin de non-recevoir, tirée de l'état mental du défendeur, ne pourra faire rejeter la demande en divorce ou en séparation de corps. »

A notre avis, c'est la meilleure conclusion à donner à cette question, quant aux conditions dans lequel le divorce doit être prononcé, c'est la tâche des magistrats qui doivent s'entourer de toutes les garanties nécessaires.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LA TRANSFUSION DU SANG CHEZ LE NOURRISSON

Par le Docteur Fr. SAINT GIRONS

Médecin de l'Hôpital Saint-Joseph

Les résultats obtenus de la transfusion du sang chez le nourrisson ont été dans ces dernières années assez probants pour en faire préciser la technique et les indications, grâce à de nombreux travaux que nous trouverons au cours de cet exposé et dont le plus important est la thèse de R. Mouchotte, remarquablement documentée et apportant en outre une contribution personnelle de premier ordre. Nous envisagerons successivement la technique, les accidents et le mode d'action de la transfusion ; puis nous examinerons ses diverses indications et les résultats obtenus pour chacune d'elles.

I. Technique de la transfusion chez le nourrisson

Du point de vue général il faut d'abord faire remarquer que, de l'avis unanime, l'identité n'est pas constante entre le groupe sanguin de la mère et celui de l'enfant : il faut donc vérifier, par l'épreuve directe, la compatibilité des deux sangs, ou s'adresser à un donneur universel ou, mieux encore, à un donneur de groupe identique, cette précaution permettant d'éviter le choc lorsque la transfusion est commandée par une hémorragie abondante ou par une maladie sanguine avec fragilité globulaire. Quelques auteurs préfèrent le sang pur, surtout pour les grandes transfusions ; la plupart emploient le sang citraté à raison de 1 c. c. de la solution à 10 % pour 30 c. c. de sang et affirment que cette technique est sans danger. Il y a du reste une tendance à stocker du sang citraté recueilli par avance et conservé à la glacière ; dans une leçon récente le Professeur Jeanneney se louait de cette manière de faire qu'il emploie systématiquement dans son service, à Bordeaux.

La voie d'introduction du sang est encore discutée ; R. Mouchotte, L. Nové-Josserand et Mme Castel-Guillotel donnent toujours la préférence au sinus longitudinal supérieur, selon la technique indiquée par A.-B. Marfan dès 1898 et n'ont observé aucun incident en ayant soin de faire la ponction rigoureusement sur la ligne médiane, aussi en arrière que possible. R. Debré, M. Lamy et G. Sée, R. Clément reprochent à cette voie d'être aveugle et préconisent l'injection dans la veine du pli du coude ; dans les cas favorables on peut réussir la ponction directe ; mais, le plus souvent, chez le nourrisson, la veine est de trop petit calibre et peu visible dans le tissu cellulo-adipeux : il faut alors recourir à la technique utilisée classiquement chez le chien dans les laboratoires de physiologie : dénuder la veine au bistouri ; passer trois catguts ; lier celui qui est le plus éloigné de la racine du membre ; inciser la veine, introduire le petit trocard spécial à bout renflé en olive et lier sur lui le fil médian ; faire la transfusion et enfin lier le dernier fil. P. Rohmer emploie les deux voies selon les possibilités (il ne faut pas oublier en effet que la fontanelle peut être fermée, rendant naccessible le sinus longitudinal supérieur) et pratique souvent l'exsanguino-transfusion recommandée dès 1920 à la clinique infantile de Toronto, en retirant 50 à 100 c. c. de sang ; il fait la saignée au sinus et l'injection dans une veine.

Enfin la *quantité* de sang injecté varie, suivant les circonstances et les auteurs, de 5 à 40 c. c. par kilo ; il ressort d'une récente discussion à la Société de pédiatrie de Paris que cette quantité ne doit pas être inférieure à 10 c. c. par kilo dans les érythroblastoses et que certains échecs peuvent être dus à une transfusion insuffisante. P. Rohmer insiste sur la nécessité de pratiquer l'injection avec une extrême lenteur : cinq minutes pour 20 c. c.

II. Accidents de la transfusion

Les *accidents* de la transfusion ne sont pas fréquents. Ceux qu'on observait autrefois, rele-

vant de l'incompatibilité sanguine, ont naturellement disparu. On voit parfois des troubles passagers de cyanose ou d'altérations des rythmes cardiaque et respiratoire tenant à l'accroissement trop brusque de la masse sanguine. P. Rohmer a observé trois syncopes, dont deux mortelles, dues à la saignée au niveau du sinus ; il faut donc renoncer à celle-ci au cas de défaillance cardiaque trop avancée. Enfin on peut voir des accidents de *choc hémoclasique* apparaissant soit dès le début soit et plus souvent au bout de quelques heures, un peu plus fréquents avec le sang citraté (P. Rohmer). Ce dernier auteur distingue *trois degrés* de choc : *a*) le *choc latent* se manifestant seulement par de la leucopénie ; *b*) le *choc manifeste bénin*, se traduisant seulement par une hyperthermie qui peut aller jusqu'à 40° et durer de six à douze heures ; *c*) le *choc grave*, avec frissons, vomissements, hyperthermie, agitation collapsus et parfois convulsions ; P. Rohmer a observé ces chocs graves dans 5 % des cas, avec un décès.

III. Mode d'action de la transfusion

Le mode d'action de la transfusion est complexe, et il faut bien le reconnaître, hypothétique : 1) *L'action mécanique* est évidente : le sang injecté augmente la masse sanguine d'où son action immédiate dans les hémorragies et les états de déshydratation ; 2) *L'action anti-anémique* est certaine comme le prouvent les résultats obtenus dans les diverses anémies du premier âge et dans les états infectieux accompagnés d'anémie ; elle est due à l'apport direct d'hématies comme à l'excitation des centres hématopoïétiques ; 3) *une action trophique* résulte de l'apport d'éléments nutritifs, de ferments, d'hormones, de vitamines provenant du plasma, des hématies et des leucocytes ; 4) des *immunisines naturelles ou acquises* doivent exister dans le sang des donneurs, ce qui apparente la transfusion simple à l'Immuno-transfusion ou à l'injection de sérum de convalescent dont on sait l'efficacité dans nombre d'infections : poliomyélite, scarlatine, typhoïde. Ch. Cohen, Schellinck et Maryssael, ayant remarqué que leurs meilleurs résultats concernaient les broncho-pneumonies post-coquelucheuses, attribuent ce fait à ce que l'immunité laissée par cette affection est de très longue durée et que par conséquent le sang du donneur a toutes chances de contenir des immunisines. On a de plus démontré expérimentalement que la transfusion est susceptible d'augmenter la production des anticorps et de renforcer l'activité du système réticulo-endothélial ; 5) enfin il n'est pas douteux que la transfusion puisse agir par le choc hémoclasique qu'elle détermine.

IV. Indications et résultats de la transfusion

Les *indications* de la transfusion découlent de ce mode d'action et des résultats constatés en clinique. Dans certains cas, comme l'indique R. Clément, ses indications sont formelles et l'on doit y recourir d'urgence, tandis que, dans d'autres circonstances, elle n'est qu'un des procédés de traitement possibles.

A) Dans les *indications formelles* il faut placer :

1° Les *hémorragies graves* survenant chez le nouveau-né ou le nourrisson, hémorragies ombilicales, mélæna accompagné ou non d'hématémèse, hémorragies de l'hémophilie ou du purpura. La transfusion est indispensable toutes les fois que la perte de sang a été abondante.

2° *Les érythroblastoses* (et particulièrement l'ictère grave familial ou maladie de Pfannenstiel) ; seuls les cas traités par la transfusion ont pu parfois guérir ; dans l'anémie familiale les succès sont la règle.

3° *Les anémies* toutes les fois qu'elles revêtent une réelle gravité ou s'associent à un syndrome hémorragique.

4° *Certains ictères* : ictère grave infectieux, ictère grave syphilitique s'accompagnant d'anémie sévère et d'hémorragies digestives ; ictère hémolytique congénital dans ses crises hémolytiques aiguës ; dans ce dernier cas, la fragilité des hématies du malade augmente considérablement les risques de l'intervention et il faut les réduire au minimum en choisissant un donneur dont le sang appartient au même groupe.

B) Les *autres indications* de la transfusion concernent des affections ou son emploi est moins impératif, ou moins universellement admis.

Les *infections sévères* aiguës ou traînantes sont souvent justiciables de la transfusion ; c'était le cas pour l'érysipèle du nouveau-né, lorsque la chimiothérapie n'avait pas encore transformé le pronostic de l'affection. Actuellement, on l'utilise dans les différentes septicémies, notamment dans celles qui succèdent aux otites, dans les streptococcies, les endocardites, les ostéomyélites.

Dans les broncho-pneumonies, la transfusion a été préconisée surtout par P. Rohmer et ses élèves, par R. Nové-Josserand et Mme Castel-Guillotel ; il ne faut pas y recourir dans les formes asphyxiques ou dans les cas d'insuffisance cardiaque marquée ; il est souvent indiqué de faire précéder la transfusion d'une saignée ; en agissant de la sorte, P. Rohmer et Tassowatz croient possible de faire tomber la mortalité de 70 à 80 et même 20 %

Les *troubles digestifs* accompagnés de *déshydratation* dont le type le plus achevé est le *choléra infantile* ont bénéficié avec fréquence de la trans-

fusion, comme y ont insisté récemment R. Mouchotte et A. Jacob. On a essayé également de le traiter par l'instillation intra-veineuse continue ; peut-être obtient-on de meilleurs résultats en associant la transfusion à cette dernière méthode ainsi que l'ont préconisé B. Schick et Karélitz qui injectent le sang, lorsque, après un certain temps d'instillation intra-veineuse, ils constatent une baisse notable de l'hémoglobine ; R. Debré, M. Lamy et G. Sée préfèrent débuter par la transfusion et continuer par l'instillation de sérum artificiel glucosé et chloruré ; pour eux l'indication de la transfusion est particulièrement nette lorsque l'enfant a présenté un ou plusieurs de ces vomissements brunâtres dont on sait le fâcheux pronostic. R. Mouchotte considère le syndrome cholériforme, quelle qu'en soit l'origine, comme l'indication habituelle de beaucoup la plus fréquente de la transfusion chez le nourrisson : il a traité 87 malades de cet ordre avec 28 succès. Tous les faits de choléra infantile primitif observés et traités précocement ont guéri ; les insuccès concernant les syndromes cholériformes secondaires à une infection locale, surtout oto-mastoïdienne, notamment quand celle-ci n'a pu être traitée efficacement ou que les transfusions ont été tardives ou trop peu répétées.

La transfusion a également été essayée dans un groupe de faits moins tranchés englobant la *débilité congénitale*, la débilité acquise, *l'hypotrepsie* et *l'athrepsie* dans certains de ses aspects les troubles digestifs isolés prolongés, l'insuffisance pondérale isolée. Les injections de sang améliorent la nutrition, font céder les troubles digestifs, l'anorexie, les vomissements rebelles jusque-là à toute thérapeutique, la fièvre, la cyanose et les troubles respiratoires ; R. Mouchotte a transfusé trente débiles avec quatre morts seulement ; il n'a eu que des insuccès dans l'athrepsie confirmée. Enfin il a vu la transfusion provoquer de façon rapide et presque constante la reprise de poids chez les nourrissons dont la courbe reste stationnaire dans une crèche sans troubles digestifs et après échec des traitements les plus variés ; il faut recourir à des transfusions de 15 à 20 c. c., d'abord fréquemment renouvelées, puis espacées.

On voit que les résultats obtenus de la transfusion chez le nouveau-né et le nourrisson tels que nous les avons sommairement indiqués à propos de chaque indication semblent démonstratifs. On doit reconnaître que la technique en est un peu plus délicate que chez l'adulte ; en fait, cette difficulté est assez facilement vaincue et le nombre est de plus en plus grand des médecins exercés à sa pratique. Il ne faut pas du reste considérer la transfusion comme une intervention héroïque efficace à tout coup et d'un seul coup ; souvent, comme y insiste R. Mouchotte, l'amélioration qui suit la transfusion n'est que transitoire, notamment dans les syndromes cholériformes et il convient de la réitérer ; dans tous les cas, elle ne peut être utile que lorsqu'elle est faite précocement.

BIBLIOGRAPHIE

Mamerto Acuna et G. Garcia Oliver. *Arch. Argentina de Pediatria*, 1937, n° 3.

A. Castellanos. *Bol. de la Soc. Cuba na de Pediatria*, janvier 1938.

R. Debré, M. Lamy et G. Sée. *Le Nourrisson*, novembre 1937.

R. Clément. *Presse Médicale*, 23 mars 1938.

Ch. Cohen, E. Schellenck et L. Maryssael. *Rev. fr.*, 1935, t. XI, n° 5.

A. Jacob. Sur cent cas de troubles digestifs traités par la transfusion. Thèse Paris, 1937.

R. Mouchotte. Transfusions du sang chez le nouveau-né et le nourrisson. Thèse Paris, 1938, M. Vigné.

L. Nové-Josserand et Mme Castel-Guillotel. *Pédiatrie*, mai 1938.

R. Rohmer. Soc. de Médecine de Strasbourg et du Bas-Rhin, juillet 1937.

B. Tassovatz. *Le Nourrisson*, septembre 1938.

L'HISTIDINE

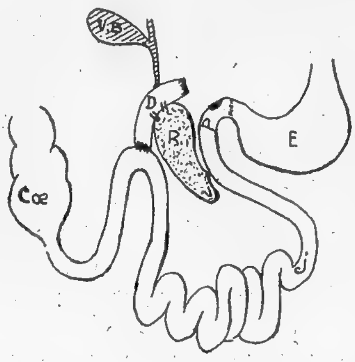
Traitement des ulcères gastro-duodénaux

Par Emile Aron

Professeur à l'Ecole de Médecine de Tours

Dans un article publié récemment par le *Concours Médical*, le Docteur F. Rivière invoque nos recherches pour justifier l'utilisation d'une préparation à base d'histidine et d'histamine dans le traitement des ulcères digestifs.

Cette publication nous fournit l'occasion d'une mise au point, nécessaire pour éviter dans l'esprit du public médical une confusion qui risquerait de faire perdre à l'histidine une individualité thérapeutique consacrée par une expérience de plus de cinq années. Nous rappellerons brièvement les raisons qui nous ont conduit à préconiser, avec A.G. Weiss, l'utilisation de l'histidine dans la thérapeutique anti-ulcéreuse, et nous en préciserons à nouveau les modalités d'application. Mais l'article du Docteur Rivière nous incite à insister particulièrement sur deux points. *Le traitement des ulcères par l'histidine ne peut, sans une erreur fondamentale, être mis en parallèle avec la méthode des injections intradermiques. Par ailleurs, aucun fait ne nous permet d'admettre que l'histamine ait hérité des propriétés anti-ulcéreuses de l'histidine.*



1) Traitement des ulcères par les injections d'Histidine

A. Données expérimentales. Les recherches de Mann et Williamson, ont servi de point de départ à nos travaux. En dérivant les sécrétions duodénales d'un chien dans l'iléon (*Figure*), les physiologistes américains obtiennent à coup sûr des ulcères peptiques qui évoluent vers la perforation et dont l'aspect histologique est identique à celui des ulcères humains. Nous avons repris, avec A. G. Weiss, les expériences de Mann et Williamson en analysant les désordres nutritifs consécutifs à la dérivation duodénale. L'exclusion du duodénum aboutit à la suppression de l'action diastasique des sucs pancréatique et duodénal, et entrave principalement la digestion des albumines. Nous nous sommes demandés si une carence en acides aminés, termes assimilables de la digestion des protides, n'était pas à la base de la genèse ulcéreuse. Parmi ceux-ci ne pouvaient être en cause que les acides aminés indispensables à la croissance ou à la vie, dont l'organisme est impuissant à réaliser la synthèse. C'est ainsi que nous avons pu mettre en évidence le rôle de l'histidine. *Les injections d'histidine ont empêché l'apparition et l'évolution de l'ulcère expérimental réalisé chez le chien par la technique de Mann et Williamson.* Nous ne voulons pas insister sur les détails expérimentaux et renvoyons le lecteur à nos précédentes publications.

Soulignons cependant les enseignements qui semblent se dégager de ces recherches. L'ulcère n'apparaît plus comme une lésion locale, déterminée par la digestion acide d'une portion de muqueuse, mais comme la manifestation localisée d'un trouble général de l'économie. Sans affirmer que la cause de l'ulcération est une carence en histidine, nous avons constaté que l'administration d'histidine empêchait l'apparition de l'ulcère. Expérimentalement, les injections d'histidine agissent donc d'une manière *supplémentative*. Nous avons établi qu'une dose suffisante de chlorhydrate d'histidine est nécessaire pour exercer une action préventive sur la muqueuse digestive. Nous avons, dans le même ordre d'idées, attiré l'attention sur le rôle trophique que l'histidine exerce sur lamuqueuse. L'examen histologique de la paroi duodénale d'un chien témoin, opéré de dérivation et sacrifié à la quatrième semaine, montre une atrophie intense des cellules de la muqueuse. Au contraire, chez le chien opéré de dérivation mais soumis à l'histidinothérapie, les cellules conservent leur volume normal, parfois sont hypertrophiées, et témoignent histologiquement d'une parfaite vitalité. Nous avons eu chez l'homme l'occasion de faire des constatations remarquables de régénération muqueuse. C'est dans cet esprit que nous avons abordé l'expérimentation clinique. Toute préparation qui entend utiliser l'inspiration de nos recherches, ne doit pas s'éloigner des doses que nous avons pu fixer.

B. Influence des injections d'histidine sur l'ulcère humain. — Quittant le terrain

expérimental, nous avons voulu éprouver l'influence de l'histidine sur l'évolution des ulcères observés en pathologie humaine. Nous avons maintes fois pris garde, avec A.-G. Weiss, d'affirmer que les heureux effets des injections d'histidine chez les ulcéreux ne démontraient pas qu'il s'agissait chez l'homme d'une carence en histidine. Nous nous sommes contentés d'enregistrer les résultats, sans les interpréter. Nos efforts se poursuivent méthodiquement pour élucider le rôle fonctionnel et l'influence thérapeutique de ce précieux acide aminé. Nous employons, comme la majorité des auteurs ayant étudié cette question, une solution de chlorhydrate d'histidine, rigoureusement neutralisée et purifiée, dosée à 4 %. Les ampoules, utilisables en injections sous-cutanées, intramusculaires ou intraveineuses, sont de 5 c. c., soit 20 centigrammes de chlorhydrate d'histidine par dose quotidienne. Les cures varient suivant les cas, de 12 à 21 piqûres. Les résultats que nous avons observés ont été confirmés par de nombreux auteurs, en France et à l'étranger. On peut les résumer ainsi. Dans la grande majorité des cas, les injections d'histidine exercent une action rapide sur la crise ulcéreuse, dont les troubles s'amendent dès les premières piqûres. Ces résultats immédiats sont plus nets dans les ulcères récents et florides et dans les ulcères gastriques. Les ulcères duodénaux réagissent en général plus lentement. Mais l'expérience a montré que l'histidine, tout en possédant une action efficace sur la poussée ulcéreuse, exerce également une influence manifeste sur le rythme et l'intensité des crises. Le cycle évolutif capricieux de l'ulcère est nettement modifié par des séries de piqûres répétées et suffisantes d'histidine. En pratiquant des cures d'entretien, sans attendre le retour offensif de la poussée douloureuse, on assiste à des rémissions définitives qui autorisent à parler de guérison, terme que l'on ne doit employer qu'avec une extrême réserve en matière d'ulcère. L'examen de pièces de résection opératoire, l'étude gastroscopique, les constatations radiologiques sont autant d'arguments appréciables qui ont permis à de nombreux auteurs de démontrer l'influence cicatrisante de l'histidine dans la thérapeutique des ulcères.

L'histidine, d'après les données des études cliniques, exercerait ainsi chez les ulcéreux un *rôle palliatif et une action curative*. Cet acide aminé calme les crises ulcéreuses, en agissant sur l'élément douleur ou sur les facteurs neuro-végétatifs qui sont vraisemblablement responsables des crises. A doses suffisantes et répétées, l'histidine est douée d'une action trophique, cicatrisante. Reste à savoir si ces différentes propriétés relèvent d'un même phénomène ou n'ont entre elles aucun point commun. Quoi qu'il en soit, l'histidine constitue à nos yeux *le traitement de base des diverses manifestations de la maladie ulcéreuse.*

C'est à cette conclusion qu'aboutit d'ailleurs Rivière dans l'article auquel nous avons fait allusion. Mais utilisant une dose plus faible d'histidine, il lui associe une faible quantité d'histamine et conseille l'emploi intradermique de cette solution dans le traitement des ulcères. Il nous reste donc à étudier dans leurs grandes lignes ces deux méthodes thérapeutiques : injections intradermiques et traitement des ulcères par l'histamine qui n'ont, à notre avis, aucun rapport avec le traitement des ulcères par l'histidine.

2) Action des injections intradermiques

De nombreux auteurs ont rapporté les heureux effets de l'injection intradermique des substances les plus différentes dans le traitement des maladies les plus variées. Nous avons nous-même attiré l'attention du monde médical sur l'intérêt, le but et les limites de cette méthode d'injection. Lemaire, s'inspirant de la doctrine métamérique, utilise avec succès les injections intradermiques d'une solution de novocaïne et constate son action antialgique puissante. L'injection est pratiquée en siège cutané de la douleur viscérale. Les résultats de Lemaire furent confirmés par de nombreux auteurs. Citons en particulier Roch, Verger, Sicard et Lichtwitz, Parturier, Hutel, Langeron, Moutier, etc. En réalité, la méthode de Lemaire a eu le mérite de réhabiliter une tendance thérapeutique empirique qui consiste à appliquer le remède « *loco dolenti* », au point métamérique où la douleur se manifeste. C'est la confirmation, avec un caractère plus moderne et un but peut-être plus spécifique, des vieilles méthodes de révulsion utilisées depuis des siècles pour soulager la douleur locale (compresses chaudes, sinapismes, ventouses, emplâtres, pointes de feu, acupuncture, etc...) L'interprétation du mécanisme de cette action antialgique de l'injection intradermique est encore obscure. Elle pourra être clairement élucidée quand nous connaîtrons mieux les voies de la sensibilité douloureuse et quand nous serons mieux instruits des mécanismes de la sensibilité viscérale. Il semble que le phénomène soit général. Reprenant des faits observés jadis par Potain et Dieulafoy, Jarricot, dans une thèse particulièrement documentée, constate l'efficacité des injections intradermiques d'eau distillée. Nous avons nous-même repris les recherches de Jarricot dans une suite d'observation méthodiquement poursuivies depuis plusieurs années. Ajoutons que Le Calvé emploie avec succès des injections intradermiques de sang.

J. Lenormand, en 1933, préconise les injections intradermiques d'histidine et justifie ses résultats par une notion de spécificité. Ses

recherches s'inspirent de l'action de la protéinothérapie sur le tonus neuro-végétatif. Au lieu d'utiliser la solution de peptone, Lenormand pense qu'il serait plus opérant d'injecter les produits de la désintégration des albumines, les acides aminés, et particulièrement ceux dont l'organisme est incapable de réaliser la synthèse, qui apparaissent doués d'un rôle fonctionnel. Ses nombreux travaux mettent nettement en valeur l'action d'une solution de tryptophane et d'histidine, puis d'histidine seule, dans le rhume des foins, contre les douleurs gastriques et duodénales, dans les syndromes angineux, dans la maladie de Raynaud, la claudication intermittente des membres inférieurs, etc... Pour Lenormand, l'histidine en injection intradermique agit sur l'équilibre nerveux végétatif. Nous ne rejetons pas cette hypothèse, car nous l'avons nous-même retenue dans nos recherches sur l'histidinothérapie. Mais une expérience qui date maintenant de cinq années nous incite à penser que cette action est quantitative, c'est-à-dire qu'une certaine quantité de chlorhydrate d'histidine est nécessaire pour obtenir au maximum cet effet. Elle nous semble indépendante du mode d'injection puisque nous avons obtenu des résultats analogues à Lenormand par les voies sous cutanée et intramusculaire et par la voie intraveineuse qui semble la plus efficace. Les succès obtenus à l'aide des injections intradermiques d'histidine ne permettent certes pas d'exclure le rôle neurotrope de l'histidine, mais ne doivent pas faire oublier l'action générale, non spécifique, de toute injection intradermique. Pour le cas particulier de la thérapeutique des ulcères, les doses recommandées par J. Lenormand et reprises par Rivière nous paraissent nettement insuffisantes.

3) Traitement des ulcères par l'Histidine

Israël et Jacob, étudiant l'action de l'histidine dans la thérapeutique des ulcères furent frappés chez une malade soumise à ce traitement d'un malaise avec état lipothymique et nausées qui survenait après chaque piqûre.

Avec la collaboration du Professeur Schwartz, ils purent déceler des traces dosables d'histamine dans la préparation d'histidine.

Ils ont ensuite cherché à démontrer que la prévention de l'ulcère expérimental du chien est le fait de l'histamine, pour préconiser cette thérapeutique dans le traitement des ulcères.

La discussion des travaux d'Israël et Jacob non confirmés par ailleurs, n'entre pas dans le cadre de notre travail. Indiquons cependant les réflexions que suscite l'étude de ces recherches. Les faits expérimentaux reposent sur quatre chiens opérés de dérivation duodénale et soumis à des injections quotidiennes de 1/10e de milligramme d'histamine.

Le premier chien est sacrifié le trente-troisième jour. On ne trouve pas de lésions digestives, à part un ulcère diverticulaire que les auteurs interprètent comme une lésion isolée.

Deux autres chiens sont morts respectivement douze jours et quarante-deux jours après l'opération, sans ulcération, mais avec des infections péritonéales.

Le quatrième chien meurt le onzième jour avec deux érosions superficielles, d'apparence cadavériques.

Sur ces quatre résultats expérimentaux, repose le traitement de l'ulcère par l'histamine ; une expérimentation plus poussée nous semble nécessaire avant de les adopter.

Les mêmes réflexions s'appliquent aux résultats cliniques. Indéniablement, l'histamine est un antialgique puissant qui peut calmer la douleur ulcéreuse. Dans une étude très approfondie, Moutier a examiné à la gastroscopie trois malades chez lesquels la cure histaminique avait déterminé la disparition des douleurs. Chez l'un, la guérison anatomique était totale, mais chez les deux autres, malgré la disparition des douleurs, les ulcères avaient continué à se développer, l'un doublant de volume. Pour Girault également, il semble que l'histamine agisse plus sur l'élément douleur que sur les lésions elles-mêmes. Lebon, Maire et Stora traitent cinq malades ulcéreux par l'histamine au 1/10e de milligramme suivant la méthode de Jacob. Ils n'obtiennent aucun résultat durable, mais des réactions d'intolérance dans les trois cas. Lambling estime les doses trop fortes et obtient de bons résultats avec des microdoses, dont l'optimum de concentration lui apparaît être le 1/100e de milligramme. Des résultats favorables ont été encore enregistrés par Frapin et Braun.

A vrai dire, l'action anti-ulcéreuse de l'histamine paraît paradoxale. L'absorption d'histamine par la muqueuse intestinale et son passage dans la circulation est, jusqu'ici, considérée comme la cause probable des phénomènes de chocs, œdèmes, urticaires, asthme.

Tel est l'enseignement qui ressort des recherches de Loeper et son école, de Fiessinger et Gajdos. L'histamine à petites doses permet-elle une désensibilisation ?. Cette action préventive des accidents anaphylactiques ne nous semble pas encore clairement démontrée.

Expérimentalement, les injections d'histamine déterminent chez certains animaux la production d'ulcères. Plusieurs auteurs (Büchner, Sieberts et Molloy) ont obtenu des ulcères en injectant pendant plusieurs semaines, chez le rat, le lapin et le chien, des petites quantités d'histamine. Volini et Mac Laughlin produisent des ulcères chez le rat par injections d'histamine et empêchent leur formation au moyen d'injec-

tions d'histidine. Ces auteurs se demandent dès lors si l'injection d'histidine ne stimule pas la fonction histaminase qui inactive l'histamine.

Jacob et Israël, tout en insistant sur l'action antialgique de l'histamine, attribuent la valeur antiulcéreuse qu'ils lui reconnaissent à ses propriétés pharmaco-dynamiques. On sait en effet que l'histamine a la propriété de faire contracter les fibres musculaires lisses et exerce une puissante action vaso-dilatatrice sur les capillaires. L'augmentation des contractions de la musculature gastrique comme facteur de guérison de l'ulcère est une hypothèse que nous n'envisageons qu'avec une grande réserve. Comme le fait justement remarquer Moutier, l'accélération du transit, l'augmentation des phénomènes spasmodiques consécutifs à l'injection d'histamine n'ont pas été constatés à l'écran et gastroscopiquement. Aux doses conseillées par Jacob, c'est-à-dire en 1/10e de milligramme, nous ne les avons pas observés chez le chien, l'estomac expérimentalement mis à nu. D'autre part cette accélération du transit ne saurait jouer, constate Moutier, que s'il y a stase ou hypotonie, ce qui ne se voit pas de façon courante dans l'ulcère. L'influence d'une microdose d'histamine, injectée par voie intradermique, pour parer au spasme ulcéreux est donc une vue de l'esprit qu'il conviendrait encore de démontrer.

La seconde hypothèse, soutenue par Jacob et Israël, est que l'histamine améliore la circulation capillaire locale de l'estomac. Dans l'estomac ulcéreux, les zones attaquées par le suc acido-peptique, d'après ces auteurs, seraient en état d'asphyxie. Les études histologiques montrent que sur l'estomac ulcéreux et en particulier autour du cratère, il existe souvent un œdème interstitiel conséquent qui infiltre la sous-muqueuse à la manière d'un épanchement. L'histamine, en améliorant les conditions circulatoires de l'estomac, peut-elle faciliter la résorption des infiltrations séreuses ? Aux doses faibles retenues par Jacob, ce phénomène nous semble difficilement acceptable.

Dans l'état actuel des recherches, seul subsiste indéniablement l'effet sédatif que l'histamine exerce dans les douleurs ulcéreuses comme dans toutes les autres algies. Mais dans quelle mesure cette action antialgique peut favoriser la cicatrisation de la lésion, cause des douleurs ? C'est là encore une hypothèse que des études plus approfondies permettront de juger.

La théorie de Lambling, qui utilise dans l'ulcère des doses encore plus faibles d'histamine, nous apparaît plus séduisante. Médicament antichoc, l'histamine pourrait progressivement désensibiliser l'organisme ulcéreux, qui par sa symptomatologie, s'apparente aux états hyperergiques. Si les résultats de Lambling confirment, dans une certaine mesure, les conclusions cliniques de Jacob et Israël, ils s'opposent aux conclusions expérimentales et aux hypothèses de ces derniers auteurs, qui ont souligné l'action locale, antiulcéreuse de l'histamine. Les microdoses d'histamine, par leur effet désensibilisant, pourraient avoir un rôle qui nous échappe encore. Mais tous ces faits font douter, comme l'écrit lui-même Lambling, que « l'histamine puisse jouir de propriétés thérapeutiques sur le processus ulcéreux ».

Tel est l'état actuel de la question de l'influence de l'histamine sur l'ulcère. Il ne s'agit pas pour nous de rejeter définitivement cette méthode thérapeutique. Mais ce que nous sommes en droit d'affirmer c'est qu'on ne peut justifier l'efficacité des injections d'histidine dans la thérapeutique des ulcères par la présence dans sa solution de doses infinitésimales d'histamine. Aux nombreux arguments d'ordre expérimentaux et cliniques que nous venons d'exposer, nous ajouterons une réflexion qui a la valeur d'une contre-expérience. Depuis 1936, la préparation d'histidine la plus couramment utilisée ne contient aucune trace d'histamine. Cette solution continue à donner, dans la main d'un grand nombre de praticiens, d'indiscutables résultats.

4) Conclusion.
Le traitement des ulcères par l'Histidine

Il ne s'agit donc pas d'accoupler dans une même préparation l'histidine et l'histamine, qui agiraient dans le même sens. Mieux est de laisser à chaque méthode ses caractéristiques originelles. Le traitement des douleurs par les injections intradermiques conserve sa valeur de thérapeutique antialgique non spécifique. Le traitement des ulcères par les microdoses d'histamine, par voie sous-cutanée, est une méthode autonome qui mérite d'être poursuivie, avec les réserves que nous venons de développer. Mais l'action de l'histidine sur la crise ulcéreuse et sur le rythme des crises permet de considérer cet acide aminé comme le traitement de choix de la maladie ulcéreuse.

Un nombre important de travaux, une expérience clinique longuement et méthodiquement poursuivie, confirment la posologie que nous employons : administration quotidienne d'un minimum de 0 gr. 20 de chlorhydrate d'histidine par voie sous-cutanée, intramusculaire ou intraveineuse.

L'interprétation de l'efficacité de l'histidine n'est pas encore établie. Ce qui paraît certain c'est que l'histidine intensifie la régénération des cellules de la muqueuse digestive. Nous avons nous-mêmes montré l'hypertrophie notable des différentes couches de la paroi jéjunale après injection d'histidine.

Stolz et Weiss ont constaté sur une pièce de

résection gastrique la cicatrisation de l'ulcère tapissé à nouveau par la muqueuse. Cette action régénératrice et cicatrisante a été notée encore par Desplas au cours d'interventions pour ulcères et surtout par Korbsch qui a suivi pas à pas, au gastroscope, l'évolution vers la guérison des ulcères traités par l'histidine. Le mécanisme intime de cette action de sauvegarde et de stimulation de l'histidine sur les cellules de la muqueuse digestive peut être justifiée par de nombreuses hypothèse, incomplètement confirmées par les recherches expérimentales.

Les travaux biochimiques nous enseignent que l'histidine a un *rôle constructeur* et qu'il serait à l'origine de la formation des bases puriques. Ce rôle constructeur permettrait aux cellules de régénérer activement. On sait que l'histidine en injections ou en applications locales a été utilisée avec succès dans le traitement des plaies (Craps et Alechinsky).

Dans une série de remarquables recherches qui ont précédé les nôtres, Fontes et Thivolle ont démontré que l'histidine partage avec le tryptophane un rôle anabolite. Cet acide aminé n'exerce aucune action sur la chute du poids consécutive à une ration déficitaire. Mais il renforce très nettement l'action favorable du tryptophane.

Cet ensemble de faits nous autorise à conclure que parmi les nombreuses méthodes thérapeutiques proposées pour la cure médicale des ulcères, une place particulière mérite d'être faite aux injections d'histidine. Aucune considération valable, d'ordre expérimental ou clinique, ne permet à l'heure actuelle de modifier la technique que nous avons établie.

PANCRÉATITE ET SATURNISME

L'étiologie des pancréatites, souvent assez imprécise, a été éclairée par des travaux récents. La plupart des pathologistes n'admettaient ici que l'action locale. Avec M. Roger Couvelaire, M. le Professeur Grégoire a montré qu'il pouvait exister des pancréatites de cause générale, d'ordre anaphylactique. M. Abel Pellé, de Rennes, dans un mémoire communiqué le 21 décembre 1938 à l'Académie de Chirurgie, s'est efforcé d'établir la réalité d'une pancréatite d'origine toxique, saturnine (notion importante, au point de vue médico-légal, si elle était démontrée), pancréatite qui fournirait peut-être, d'autre part, un substratum au syndrome de la « colique de plomb ».

En moins d'un an, M. Pellé a pu réunir à Rennes sept observations de pancréatites vérifiées chirurgicalement. Cette fréquence anormale de la pancréatite dans une agglomération relativement restreinte, l'auteur l'expliquerait par un fait : l'eau distribuée dans la ville de Rennes contenait à ce moment une quantité excessive de plomb. La possibilité d'une intoxication saturnine chronique par certaines eaux de canalisations urbaines a fait l'objet d'études dont nous avons parlé. MM. Pellé et Arthus, en particulier, ont signalé l'action agressive de l'eau d'alimentation de la ville de Rennes sur les canalisations de plomb, action due à la faible teneur en calcium de ladite eau (1). Une enquête, menée par M. Pellé au domicile de ses opérés de pancréatite, a révélé dans l'eau distribuée une quantité de plomb allant de 0 mgr. 5 à 1 mgr. 4 par litre, dépassant de beaucoup la dose de 0 mgr. 3 déjà considérée comme toxique.

Deux questions se trouvent ainsi posées par la communication du chirurgien de Rennes : 1° le substratum de la colique de plomb est-il une pancréatite ? 2° la pancréatite saturnine (si elle existe) peut-elle devenir chirurgicale ?

M. Grégoire, tout en estimant très intéressante la conception de M. Pellé expliquant la colique de plomb par une pancréatite, ne considère pas cette conception comme appuyée sur des arguments suffisamment probants. De même, la réalité de la pancréatite saturnine lui paraît assez incertaine, non démontrée. M. Grégoire a d'ailleurs fait quelques recherches expérimentales à ce sujet. Ayant alimenté des lapins avec des feuilles de choux arrosées d'oxyde de plomb il n'a pas rencontré, chez ces animaux intoxiqués, de lésions pancréatiques. Ces expériences, il est vrai, sont assez différentes des conditions cliniques.

P. Lacroix.

(1) Académie de médecine, 2-2-1937, et Thèse de Valleins (Paris, 1938).

RECHERCHES NOUVELLES SUR LA PHYSIOLOGIE DE LA RATE

Au cours de ces dernières années l'étude plus complète des splénomégalies et la pratique, devenue beaucoup moins exceptionnelle, de la splénectomie ont suscité un renouveau d'intérêt concernant la physiologie de la rate.

Celle-ci demeure assez obscure. En dehors de son rôle dans la rénovation globulaire, on s'est rendu compte que la rate constituait une sorte de réservoir sanguin et qu'elle était animée d'un rythme pulsatile.

De cette fonction de réserve découle, dans la splénectomie, un temps préalable : l'injection d'adrénaline. Celle-ci fait contracter la rate qui exprime, à la façon d'une éponge, le sang dont elle était gorgée et le fait rentrer dans la circulation. L'exérèse est ainsi rendue plus facile et moins anémiante.

A la clinique Mayo, J.-H. Gundlay et J.-F. Herrick ont entrepris des recherches pour élucider le comportement de la rate au regard de certaines conditions physiologiques et de certains agents thérapeutiques (1).

Pour cela, sous anesthésie à l'éther, ils ont introduit dans les vaisseaux spléniques de certains chiens (dans l'artère chez les uns, dans la veine chez les autres) un appareillage enregistreur du courant sanguin et l'ont laissé en place en moyenne quatre jours et demi.

Le courant sanguin, a été étudié les chiens étant au repos ; en outre ont été étudiées ses variations en rapport avec la contraction ou la dilatation de la rate causées par certaines activités physiologiques et certaines drogues.

L'hémorragie, la crainte, l'exercice, l'injection intraveineuse d'adrénaline, d'éphédrine, d'histamine, d'acétylcholine et de certaines toxines telles que le venin de serpent à sonnettes ou de l'abeille déterminent un accroissement du courant sanguin dans la veine splénique pendant le temps où l'organe effectue sa contraction.

En cas d'hémorragie l'accroissement initial est toujours suivi d'un ralentissement, à la fois dans l'artère et la veine. Même constatation après injection d'éphédrine, d'histamine et d'acétylcholine. La crainte, l'injection d'adrénaline n'entraîneront un ralentissement secondaire que jusqu'au chiffre antérieur à l'expérience. L'exercice au contraire, après l'accroissement initial, maintient un courant sanguin plus ample qu'avant.

L'anesthésie à l'éther, connue pour faire contracter la rate, n'entraîne cependant aucune diminution dans le courant sanguin.

L'augmentation du sang stocké dans la rate, mise en évidence par l'accroissement de volume de cet organe, due à l'augmentation massive du volume total du sang à la suite d'un repas ou de l'administration de barbituriques, entraîne toujours une augmentation du courant sanguin dans l'artère et la veine.

Les enregistrements photographiques révèlent fréquemment un rythme dans la crue et la décrue sanguine au sein de ces vaisseaux. Ces ondes rythmiques, souvent présentes lorsque le chien est au repos ou sommeille, s'observent à peu près toujours lorsque la rate, après une contraction se remplit de nouveau de sang. La durée d'un cycle complet varie de 30 à 60 secondes, suivant les chiens, et, chez le même chien, suivant le moment. Les ondes de plus courte période sont généralement de plus grande amplitude.

Les auteurs ont étudié les relations entre l'ondée sanguine dans l'artère splénique et l'ondée veineuse, et aussi les relations entre ces ondées, d'une période moyenne de 45 secondes, avec les variations rythmiques du volume splénique, variations déjà connues et dont la périodicité est aussi en moyenne de 45 secondes.

Pour ce faire ils ont enregistré l'ondée sanguine de l'artère et de la veine sur des chiens anesthésiés et, concomitamment, le volume de la rate au moyen du pléthysmographe.

De façon absolument constante les tracés ont montré un rythme non seulement de même période mais de même phase.

L'énervation de la rate n'abolit ni n'altère ce rythme qui est par contre influencé par les variations de la pression sanguine.

Ces constatations conduisent à penser que le rythme des variations de volume de la rate a son origine dans le rythme du courant sanguin et non pas, comme on le croyait jusqu'à présent, dans un rythme de contraction et de détente au sein de la charpente musculaire lisse de la rate. Si tel était, en effet, le mécanisme, l'ondée veineuse et le rythme volumétrique seraient exactement décalés l'un par rapport à l'autre, l'ondée veineuse augmentant et le volume diminuant pendant la phase de contraction.

Enfin le Docteur Searles a montré que le nombre des globules rouges et le taux d'hémoglobine sont plus élevés que la normale chez le chien anesthésié à l'éther et plus bas sous anesthésie barbiturique. Ces différences sont dues à la rate : sous anesthésie à l'éther la rate se vide de globules rouges, tandis que sous anesthésie barbiturique elle retire de la circulation un grand nombre d'hématies et, de ce fait, augmente considérablement de volume.

Outre leur intérêt scientifique, ces recherches sont de nature à apporter des précisions intéressantes dans la chirurgie de la rate et à éclairer l'étude si actuelle des diverses méthodes d'anesthésie.

G. Lavalée.

(1) *Staff meetings*, 19 octobre 1938.

APPENDICITES AIGUËS APRÈS LA QUARANTAINE

Docteur Paul BONIER

Après la quarantaine, l'appendicite aiguë est indiscutablement plus rare qu'avant cette âge, même si l'on fait abstraction des appendicites de l'enfance.

Pourtant elle n'est pas exceptionnelle, et mérite une place dans la pathologie abdominale de ces sujets.

Elle est le plus souvent observée sous la forme de péritonite généralisée purulente ou putride. Et la mortalité de ces péritonites est de 45 %. Ces faits justifient le souci d'un diagnostic précoce, malheureusement souvent difficile de par le caractère insolite des manifestations cliniques.

La crise appendiculaire simple réalise, avant 50 ans, les aspects classiques, mais elle a une violence plus constante. Après cet âge, il est rarissime d'observer une crise appendiculaire simple : en règle on est déjà en pleine péritonite. La mortalité est plus élevée que celle de l'appendicite aiguë en général ; elle est de 20 % d'après nos observations.

L'abcès appendiculaire peut rappeler une suppuration annexielle, périprostatique ou colique.

La péritonite généralisée donne très rarement le tableau d'une perforation brutale, à grand fracas. Ce point nous paraît essentiel ; ce n'est pas le grand drame péritonéal. Elle engendre volontiers des signes relativement discrets : douleur et simple défense musculaire, ou trompeurs ; parmi ceux-ci, il convient d'insister sur la fréquence des signes occlusifs : une occlusion fébrile est souvent la première manifestation marquante de la péritonite. Quant à la différence clinique entre péritonite purulente et péritonite secondaire à une appendicite gangréneuse, il est délicat de l'établir avec certitude : le pouls, le faciès sont en ce sens les meilleurs indices.

Les éléments de pronostic tiennent à plusieurs facteurs ; de leur nombre, de leurs combinaisons dépend l'évolution :

L'âge est un facteur très important puisqu'après 40 ans la mortalité est cinq fois plus forte que dans l'ensemble, et plus encore que l'âge le terrain, mais ces deux notions sont si étroitement unies !

Les lésions associées : insuffisance hépatique, pleurésie, cardiopathie, valeur rénale, etc...

La précocité du diagnostic, notion qui est aussi importante, sinon plus importante qu'avant la quarantaine.

L'occlusion pré et post-opératoire : l'occlusion est une lourde menace à tous les stades évolutifs.

Les manœuvres opératoires : des incisions multiples, la mobilisation de nombreux viscères aux fins d'une exploration complète dans les cas de diagnostic difficile ne sont pas sans danger, surtout en chirurgie d'urgence.

Les lésions anatomiques, enfin.

L'énumération de ces facteurs explique l'immense majorité des « cas paradoxaux ».

Le diagnostic est souvent difficile ; parmi les affections à discuter il faut retenir essentiellement les pyélites, les annexites, les diverses causes d'occlusion fébrile, et particulièrement : le *cancer cæcal*.

A l'intervention, une grande incision, un large méchage sont, dès que l'on a le moindre doute sur la difficulté des manœuvres et la gravité des lésions, les meilleurs éléments pour améliorer le pronostic, sans omettre la sérothérapie : physiologique sous-cutanée, antigangréneuse et colibacillaire (dans la plaie et dans le sérum physiologique), les toni-cardiaques et la thérapeutique humorale préventive contre l'occlusion post-opératoire (1).

(1) Thèse de Paris, 1939.

LES SEPTICÉMIES CHIRURGICALES

Leçon (*résumée*) de M. le Professeur agrégé AMELINE

Le terme de septicémie a été employé pour la première fois par Piorry qui désignait ainsi une intoxication générale sanguine sans formation de foyers purulents. On distinguait à cette époque la septicémie, intoxication sanguine, et la pyohémie, affection à foyers purulents multiples, disséminés. Vint l'ère bactériologique qui apprit à découvrir la présence de microbes dans le sang. Les deux types, septicémique et pyohémique, ne se trouvèrent plus séparés alors que par des nuances cliniques.

Cette question de la présence des microbes dans le sang se montre, d'ailleurs, assez complexe. Les microbes trouvés dans le sang sont rares, peu abondants. Il faut habituellement pour les découvrir des procédés d'enrichissement, des hémocultures. Du moins en est-il ainsi chez l'homme. Chez l'animal, dans le charbon par exemple, il peut y avoir une véritable pullulation microbienne sanguine. Chez l'homme, dans les cas de streptococcémie les plus sévères, on trouve un petit nombre seulement de streptocoques par c. c. de sang circulant. Le sang humain vivant, circulant, est un mauvais milieu de culture microbienne, le sang artériel, oxygéné, se montrant défavorable aux anaérobies, et le sang veineux aux aérobies. Le sérum possède, de plus, un pouvoir bactéricide naturel. Il en résulte que les microbes dans le sang vivant, sauf dans les périodes agoniques où toutes défenses organiques ont cédé, se développent difficilement. Ils sont, d'autre part, temporaires et ne restent pas dans le milieu sanguin. Ils apparaissent à certains moments : l'hémoculture, négative auparavant, devient alors positive.

Il faut distinguer la bactériém simple de la septicémie, de la septico-pyohémie.

Voici un blessé atteint d'une grosse plaie de guerre ou d'un gros écrasement de la vie civile. On l'opère, il va bien et est apyrétique. Un matin, son pansement est fait, pansement long, douloureux, traumatisant, car il y a des compresses adhérentes à enlever, des nettoyages, des soins complexes à donner. Ce jour-là, le malade a une flèche hyperthermique, à 38°, 38°5, souvent des frissons. L'hémoculture, faite dans les heures qui suivent, est positive, traduisant une émission temporaire de microbes et leur présence dans le sang. Le lendemain, la température est retombée à 37°. Il y a eu un épisode simplement passager, des phénomènes de bactériémie qu'il ne faut pas confondre avec la septicémie véritable. Il n'y a pas eu septicémie.

On peut définir cliniquement la septicémie une infection générale grave, sévère, avec présence intermittente de microbes dans le sang, qui laisse à l'arrière-plan la lésion porte d'entrée du microbe. Si la bactériémie est un pur état bactériologique, la septicémie est un état clinique, avec — ou non — foyers purulents métastatiques (pyohémie).

Par quels mécanismes une infection localisée peut-elle se généraliser ? La généralisation se fait par voie lymphatique ou par voie veineuse. Dans la lutte contre le microbe, interviennent activement les globules blancs. Des leucocytes atteints et altérés au cours de cette lutte peuvent arriver (porteurs de germes) par voie lymphatique jusqu'aux ganglions, relais de l'infection. Ces relais franchis, les microbes se trouvent dans la grande circulation lymphatique, d'où ils parviennent au sang. L'exemple le plus net de ce processus est ce que l'on observe dans la piqûre anatomique, accident heureusement rare aujourd'hui où les cadavres des amphithéâtres sont mieux injectés. On assiste ici à une véritable septicémie expérimentale. Dix, douze heures après l'inoculation, le membre se recouvre de traînées lymphangitiques, les ganglions axillaires sont pris et franchis (résistant quelques heures à peine) ; puis, c'est le frisson, la septicémie, la mort habituellement au 3e, 4e jour, en général.

La généralisation par voie veineuse emprunte le processus de l'embolie. Voici un foyer localisé ; il présente autour de lui des vaisseaux, des capillaires, des veinules. Certaines de ces veinules sont atteintes de phlébite, avec à l'intérieur des caillots riches en microbes. Qu'un de ces caillots, même microscopique, se détache, il suit le courant veineux, arrive au cœur droit et se jette dans la circulation pulmonaire. De là, la fréquence des infections pulmonaires au cours des septicémies. De ceci, nous pouvons tirer un enseignement pratique. Le foyer initial peut être un furoncle, un furoncle de la lèvre supérieure en particulier. Les malaxations de ce furoncle facilitent la fragmentation et la mobilisation des thrombus. D'où le conseil de ne pas exercer de manœuvres traumatisantes sur ces furoncles.

Pourquoi, dans la septicémie, observe-t-on tant d'abcès métastatiques au niveau de la rate, du foie, du tissu conjonctif, etc. ? C'est que, dans

la défense antimicrobienne, outre les globules blancs, intervient le système réticulo-endothélial dont on trouve des cellules dans la rate, le foie, la moelle osseuse, les lymphatiques...

A quoi sont dues les lésions observées au cours des septicémies chirurgicales ? Elles ne dépendent pas de l'action microbienne elle-même mais des toxines bactériennes. Toutes ces lésions ont pu être reproduites par les toxines. Les dites toxines altèrent le filtre rénal, comme les poisons chimiques, les tuniques intestinales (qui servent souvent à leur élimination, d'où les diarrhées quelquefois observées). Certaines de ces toxines paralysent le myocarde, d'autres agissent sur le système nerveux, sur les centres régulateurs thermiques (hyperthermie, hypothermie), sur les vaisseaux, artères, veines.

***

Après ces considérations générales, M. Ameline décrit quelques types cliniques — les principaux — de septicémie chirurgicale et montre que le praticien, par certains signes groupés, peut déjà poser un diagnostic probable de septicémie, à streptocoques, à staphylocoques, à colibacille, à perfringens, diagnostic que l'hémoculture permettra de confirmer, lorsqu'elle sera possible et donnera un résultat positif.

Parmi les nombreuses variétés de septicémies chirurgicales, l'une des plus communes, sinon la plus commune, est la *septicémie à streptocoques*. En pratique, les portes d'entrées des streptocoques sont très variées. La plus fréquente est l'utérus après l'accouchement, la large plaie utérine placentaire. A côté d'elle, il faut placer les plaies ordinaires, les piqûres banales, l'érysipèle, les infections rhino-pharyngées, certaines angines et otites, grippales surtout.

Pour le chirurgien, trois variétés surtout sont à considérer dans cette septicémie à streptocoques : 1° la piqûre anatomique, forme suraiguë, amenant rapidement la sidération de l'organisme et souvent la mort en trois, quatre jours, une semaine au plus ; 2° l'infection puerpérale, forme moyenne, qui se caractérise, après une période d'incubation variable, par ses grands frissons, sa courbe thermique à grands clochers, tableau classique de la septicémie à streptocoques. Ce qui frappe, c'est l'irrégularité de l'évolution, qui n'est pas cyclique et à laquelle on ne saurait assigner un terme, une durée ; 3° l'endocardite maligne de Jaccoud-Osler, affection lente qui intéresse le chirurgien par certaines de ses complications, de ses manifestations.

Certes, l'aspect clinique ne suffit pas, pour poser nettement un diagnostic de septicémie à streptocoques. Cependant au streptocoque appartiennent l'anémie (par hémolyse), la dyspnée par altération toxique des centres respiratoires (plus ici que dans d'autres septicémies), les atteintes de l'endocarde, des artères, les troubles hépato-rénaux, l'azotémie parfois considérable.

Maladie grave, la septicémie streptococcique donne une mortalité estimée à 80 %, chiffre évidemment approximatif et plutôt optimiste.

La septicémie à staphylocoques a une porte d'entrée essentiellement cutanée : furoncles, furonculose, en premier lieu. Le furoncle isolé, du genou, du mollet, du thorax ou d'ailleurs, peut être à l'origine d'une septicémie à staphylocoques mortelle. Certaines localisations du furoncle, à l'aile du nez, à la lèvre supérieure sont plus spécialement à redouter à ce point de vue, soit directement, soit à la suite de manœuvres traumatisantes malencontreuses.

Comme caractères particuliers de la septicémie à staphylocoques il faut retenir : ses affinités cutanées, donnant au maximum des taches purpuriques, ecchymotiques, sur la peau ; ses métastases (caractère important) dans le tissu cellulaire sous-cutané, la rate, le foie, le poumon, la région péri-néphrétique. Le streptocoque donne également de ces suppurations, mais d'une façon générale moins caractérisées. C'est d'ailleurs sur l'ensemble de la symptomatologie qu'il faut se guider et non sur un seul signe. Fréquence aussi des complications myocardiques. La septicémies à staphylocoques, considérée jadis comme peu grave, a en réalité une mortalité voisine de celle de la septicémie à streptocoques.

La septicémie à coli-bacilles offre peu d'éléments distinctifs. La toxine coli-bacillaire produit volontiers une courbe thermique particulière, inversée parfois. C'est la septicémie des appendicites et des urinaires. Chez les vieux prostatiques azotémiques, à langue rôtie, à vessie distendue et infectée, on voit de temps en temps des accès fébriles d'infection locale. Quelquefois, le malade devient tout à coup septicémique général, septicémie à colibacille dans la majorité des cas. Dans les foyers suppurés appendiculaires les microbes sont divers mais il y a surtout du colibacille. On peut voir évoluer à leur suite une septicémie colibacillaire.

Autre type septicémique, à microbe anaérobie : la *septicémie à perfringens*, que l'on commence à connaître. Ces septicémies à perfringens sont chirurgicales au premier chef : ce sont celles des plaies de guerre, des gangrènes gazeuses, de certaines piqûres septiques hospitalières (injections avec des aiguilles imparfaitement stérilisées), des infections buccales, pharyngées, des avortements provoqués souvent. Elles sont graves et ont comme caractéristiques les atteintes hépatiques sévères, le subictère, une grosse anémie hémolytique dépassant celle de la septicémie à streptocoques, des lésions locales avec production de gaz odorants, de véritables putréfactions parfois.

Il y a encore nombre d'autres microbes susceptibles de provoquer des septicémies : l'entérocoque, le gonocoque, etc.

***

Quels sont les principes directeurs généraux du traitement des septicémies chirurgicales ?

Le traitement s'adresse à la porte d'entrée du germe (traitement local), aux accidents généraux (traitement médical de soutien), à l'infection générale elle-même (traitement spécifique ou prétendu tel).

Il faut s'occuper soigneusement des lésions locales d'origine, car d'elles partent des décharges microbiennes successives. Le chirurgien a ici un rôle essentiel : nettoyage des plaies contuses, épluchage et mise à plat du foyer, élimination de tout clapier favorisant les cultures microbiennes, quelquefois même amputation, dont l'indication et la date sont à discuter minutieusement, il va sans dire, lorsqu'on en entrevoit la nécessité. Une autre possibilité locale est l'emploi des antiseptiques. Ceux-ci ne doivent pas être toxiques généraux, ni toxiques cellulaires. En réalité, la plupart sont à rejeter. Parmi les plus maniables, peuvent se recommander : le chlorure de magnésium à 12 % (solution cytophylactique de Delbet), les hypochlorites, bases essentielles de la solution de Dakin. L'action renouvelée est plus efficace, d'où le principe de l'irrigation continue ou demi-continue.

La défense générale consistera à soutenir l'organisme, le myocarde, le foie, les reins (tonicardiaques, suppression des aliments toxiques, diurétiques, etc.).

Le traitement général à buts spécifiques comprend, énumérés dans un aperçu rapide, les agents chimiques généraux, les médications de choc, la sérothérapie, la vaccinothérapie, les bactériophages, etc... La chimiothérapie nouvelle par les azoïques et les sulfamidés donne actuellement des promesses, en attendant des conclusions qui seraient à ce jour prématurées. Les méthodes de choc produisent dans le courant sanguin un choc qui rompt les équilibres colloïdes et agirait de même sur les microbes infectants. La bactériothérapie a donné des espérances, incomplètement réalisées toutefois. Le bactériophage est un agent mystérieux qui a pu dans certains cas procurer des résultats.. etc. La question de thérapeutique curative reste, on le voit, à étudier encore, à compléter, à coordonner. Le chirurgien heureusement peut souvent — dans une proportion il est vrai bien difficile à établir — prévenir par un traitement local approprié la grave complication qu'est la septicémie (1).

PRONOSTIC DES CORPS ÉTRANGERS INTRA-OCULAIRES

Docteur Roger Chappé

D'une façon générale, le pronostic des corps étrangers intra-oculaires est grave. Cette gravité dépend de la nature du corps étranger, de sa situation dans l'œil, et de son extraction pratiquée ou non.

En cas de *corps étrangers magnétiques extraits*, le pronostic est plus favorable : si le corps étranger siège dans le segment antérieur et si l'extraction a été pratiquée peu après l'accident, le pronostic est plus favorable encore.

Par contre, le pronostic est beaucoup moins bon si le corps étranger siège dans le segment postérieur, particulièrement dans le vitré, surtout dans les cas où il existe des lésions concomitantes du segment antérieur.

En cas de *corps étrangers non magnétiques extraits*, le pronostic semble relativement bon en raison même de leur siège habituel dans le segment antérieur. En effet, lorsqu'ils siègent dans le segment postérieur, l'extraction ne peut être pratiquée qu'exceptionnellement.

L'extraction des corps étrangers intra-oculaires donne rarement lieu à des complications tardives, et l'expérience démontre que ces complications se produisent dans les cas de corps étrangers du vitré et du corps ciliaire.

Quelle que soit leur nature (magnétique ou non), quel que soit leur siège (segment antérieur ou segment postérieur), les *corps étrangers intra-oculaires non extraits* peuvent déterminer des complications immédiates ou tardives.

Certains, en effet, restent plus ou moins longtemps silencieux ; à la longue, ils peuvent ne plus être tolérés et obligent à l'énucléation : ils constituent donc pour le globe oculaire une menace perpétuelle.

En conséquence :

Si le corps étranger est magnétique : son extraction devra être tentée toujours dans le plus bref délai et quel que soit son siège ;

Si le corps étranger n'est pas magnétique : l'extraction s'impose s'il est dans la chambre antérieure ou dans l'iris ; elle sera le plus souvent impossible quand il siège dans le segment postérieur (*Thèse de Paris*, 1938).

---

(1) Leçon faite à la Faculté de médecine de Paris, le 5 janvier 1939. Notes recueillies par le Docteur P. Lacroix.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

■ ■ ■

Comment comprendre la méthode du lever précoce en chirurgie gynécologique abdominale

D'après le Professeur CHALIER (Lyon) et le Docteur A. CHARBONNIER (Genève) (*)

CE N'EST PAS UN SIMPLE CHANGEMENT D'HORAIRE, MAIS UNE VÉRITABLE MÉTHODE APPLICABLE AVANT, PENDANT ET APRÈS L'OPÉRATION

Le but de cette méthode est d'obtenir une guérison plus rapide et plus sûre de l'opérée.

Le Docteur Charbonnier la considère tout à la fois comme une prophylaxie d'abord, et ensuite comme une thérapeutique de la période post-opératoire.

Prophylaxie des stases veineuses ou pulmonaires et de leurs complications phlegmatiques.

Thérapeutique de toutes les atonies, aussi bien psychiques que physiques, du décours opératoire.

« Le lever, dit A. Chalier, ne sera efficace et précoce que si la durée d'une immobilisation au lit, totalisée tant avant qu'après l'opération, n'aura pas excédé en tout cinq jours ».

Pour Charbonnier, certains malades seront exclus d'emblée : les cardiaques mal compensés, les cachectiques, les grands infectés, les péritonitiques, les déprimés et les alités de longue date.

D'autres seront encore éliminés après l'opération : les shockés, les drainés, les hémorragiques en puissance, les tachycardiques et les hypotendus. Toutefois, A. Chalier attache moins d'importance à l'hypotension par anémie ou hémorragie, à condition que sa cause ait pu être supprimée, d'autant que ces malades sont plus exposés que quiconque à la thrombose et à l'embolie.

Déjà avant l'opération, la malade étant choisie (tension, temps de coagulation, état du cœur, etc.), et préparée selon les règles habituelles et les indications particulières, il convient de l'entraîner au lever précoce par une gymnastique, destinée à *activer la circulation.* Cette gymnastique consistera à faire de la marche en chambre et de la marche au lit : exercices de respiration et de pédalage des bras et des jambes.

Au cours de l'opération, les fautes d'asepsie, les mauvais catguts, les écrasements ou les tiraillements intempestifs des gros plexus veineux du bassin sont, au même titre que la stase veineuse, à l'origine des thromboses. La paroi devra être recousue plan par plan, d'une façon minutieuse et solide, après hémostase parfaite, afin d'éviter les hématomes, et les éventrations. Un pansement compressif, à l'aide d'un petit sac de sable ou de larges bandes imbriquées les unes sur les autres de sparadrap perforé, sera recommandé pendant deux à trois jours. Ainsi que le dit A. Chalier, la première condition du lever précoce est la *solidité de la paroi.*

Dès la fin de l'opération, la mobilisation active au lit sera reprise et continuée jusqu'à la sortie de la clinique ; elle est destinée à maintenir l'opéré dans un état de réveil physique et psychique constant. A. Charbonnier estime qu'elle constitue, *l'un des secrets de la méthode.*

Voici d'ailleurs de quelle manière détaillée, il envisage son programme du lever précoce :

L'opérée, à son réveil, sera assise dans son lit ; ses douleurs seront calmées, son cœur et son hydratation soutenues énergiquement. Dans le courant de la journée, les jambes seront frictionnées et remuées passivement. La malade fera plusieurs fois de profondes inspirations.

Le lendemain, elle commencera sa gymnastique respiratoire avec la bouteille spiroscopique, le pédalage des bras et des jambes : d'abord passivement, puis de plus en plus activement.

Le second jour, la gymnastique sera plus intense ; l'opérée remuera d'elle-même dans son lit. A noter que A. Chalier ne craint pas, dans 90 p. 100 des cas, de lever ses malades dès la quarante-huitième heure, qui suit l'opération. « Chez quelques opérées, pusillanimes ou fatiguées ou drainées, le premier lever pourra être retardé jusqu'au troisième, quatrième ou cinquième jour. Mais au delà, ce ne serait plus du lever précoce, et les inconvénients pourraient être pires que les avantages ; il paraît alors préférable de se comporter selon le mode classique et d'attendre le douzième jour ».

Pour A. Charbonnier, la malade, ayant été, en plus, assise de cinq à quinze minutes au bord de son lit le troisième jour, n'est levée que le quatrième jour, c'est-à-dire qu'elle sera portée dans

(1) Société française de gynécologie. Séance du 22 novembre 1938.

son fauteuil, où elle restera, suivant le cas, quinze à soixante minutes, jambes à terre, non bandées.

Le cinquième jour, elle fera quelques pas dans la chambre et restera levée une à deux heures. Le sixième jour, elle se promènera dans la chambre et restera levée deux à quatre heures.

Les jours suivants, elle se promènera dans la clinique et au jardin, s'entraînera à monter et à descendre les escaliers ; cela tant et si bien que dès le huitième jour, au plus tard le dixième pour les appendicectomies, et dès le douzième jour, en général le quatorzième, pour les laparotomies, l'opérée pourra rentrer chez elle « en marchant », c'est-à-dire fonctionnellement guérie, complètement livrée à lui-même et capable de reprendre une petite activité, tout en achevant sa convalescence agréablement.

En résumé, il ne faut lever précocement que les malades sélectionnées, après étude de leur bilan pathologique, et les malades à suites opératoires normales, ainsi qu'il a été dit plus haut.

A. Charbonnier attend le quatrième jour, dès que la question des gaz est résolue.

A Chalier s'en tient à la quarante-huitième heure ; il croit que certains chirurgiens exagèrent cette question des gaz. Certes, celle-ci prend parfois des proportions dramatiques, mais la chose est exceptionnelle, si l'on utilise à temps les armes excellentes, que nous possédons : sonde rectale à demeure, lavements hypertoniques, cardio-toniques, etc... Pour cet auteur, elle n'est pas un motif d'opposition au lever précoce, puisque les mouvements, que celui-ci nécessite, sont précisément très favorables au péristaltisme et à l'évacuation des gaz.

***

Avantages et résultats de la méthode

Les avantages que l'on peut retirer de la méthode, lorsqu'elle a été appliquée à bon escient, et particulièrement dans les opérations gynécologiques abdominales, sont les suivants : bénignité des suites opératoires ; reprise rapide des forces et des fonctions naturelles ; convalescence s'effectuant « en même temps que la cicatrisation de la plaie », et dans un état d'esprit spécialement bon ; jours d'hospitalisation réduits au minimum (puisque pour une grosse intervention pelvienne le retour à domicile peut se faire du dixième au quatorzième jour « en marchant ») ; enfin, risques moindres de phlegmasie.

Cette méthode très progressive de lever n'est pas douloureuse : elle est fort bien supportée par les opérés.

Tout porte **A. Charbonnier** à croire aussi qu'elle est sans danger, puisque, sur plus de 285 cas de chirurgie abdominale traités par elle, il n'a pas eu à déplorer un seul accident.

Plus spécialement en chirurgie gynécologique abdominale, à l'exception des hystérectomies totales, des Mickulicz et des césariennes (sauf deux cas), cet auteur a utilisé le lever précoce du troisième au cinquième jour dans 102 cas ; il a dû l'arrêter deux fois presque immédiatement à cause de suites opératoires graves. Voici sa statistique pour les 100 cas restant :

Opérées levées le quatrième jour et parfois le troisième : 77 % des cas ; levers retardés le cinquième jour : 23 % :

Le lever s'est poursuivi normalement dans : 95 % ; il a été interrompu momentanément dans : 3 % ; définitivement dans : 2 %.

Départ de la clinique « en marchant » : du huitième au quatorzième jour post-opératoire ; 89 % ; le seizième jour post-opératoire : 6 % ; après le vingtième jour (cas avec complications) : 5 %.

Complications post-opératoires : Affections pulmonaire sans gravité : 6 % ; complications de la plaie sans gravité : 1 % ; phlébite de la cuisse : 1 % ; menace de phlébite du mollet : 1 % ; éventration : 0 % ; hématome, 0 % ; embolie ou infarctus pulmonaire : 0 % ; complications ou incidents dus au lever précoce : 0 %.

Voici maintenant comment s'exprime le **Professeur Chalier** à propos des résultats, qu'il a obtenus par sa méthode.

« Toutes les opérations gynécologiques, petites ou grandes, sont justiciables du lever précoce, sauf si le chirurgien est inquiété par des symptômes d'hémorragie, interne ou externe, ou par des menaces d'infection péritonéale. Les opérations par voie basse (hystérectomie vaginale, polypectomie vaginale, curetages post-abortum, périnéorraphies) ne sont pas plus des obstacles au lever précoce que les laparotomies. A ce propos, je voudrais seulement attirer l'attention sur le lever précoce des femmes opérées de *prolapsus génital*, car ce sont souvent des femmes *âgées, à circulation déficiente, donc candidates à la phlébite et à l'embolie*. Dans la plupart des cas, j'utilise la triple opération, toujours classique en France : colporraphie antérieure, colpo-périnéorraphie postérieure et hystéropexie abdominale. Ces deux derniers temps n'offrent rien de particulier dans ma technique. Je tamponne mollement le vagin pour soutenir la vessie, et je place une sonde à demeure. Mes malades se lèvent dès la quarante-huitième heure ou dès le troisième jour, et partent sur leurs jambes vers le douzième

ou quinzième jour. J'ai craint longtemps que ma suture sous-vésicale ne soit pas assez solide et ne résiste pas sur une malade levée tôt. Or, l'expérience m'a montré que, sur une soixantaine d'opérations de ce genre, dont beaucoup avec cystocèle intense, je n'ai pas eu plus de deux ou trois récidives, ce qui, je crois, ne dépasse pas la proportion des récidives observées, dans les meilleures statistiques, sur les malades levées tardivement. Et, par contre, j'ai toujours évité les complications veineuses.

« Quant à la question des *phlébites et embolies post-opératoires*, depuis dix ans, je n'ai pas observé un seul cas de phlébite vraie, avec sa durée, ses complications et ses dangers, sur mes malades levés précocement, qui représentent, les 95 centièmes de mes opérées. Certes, j'ai observé bon nombre de menaces de phlébites, voire de phlébites débutantes, mais je puis affirmer que, grâce à la continuation, à l'intensification même du lever et de la marche, chez ces malades, grâce aussi aux nombreux adjuvants que j'associe au lever (hirudinisation, citrate de soude, digitale, etc., etc.) j'ai toujours fait avorter ces phlébites en un temps record, qui n'a jamais dépassé huit à dix jours, et qui n'a jamais été égalé par les autres méthodes, comme l'infiltration novocaïnique du sympathique lombaire. Voilà donc une donnée capitale qui possède le recul du temps, sur une vaste échelle.

« Reste la question des embolies ; on m'en avait prédit de nombreuses par la faute du lever précoce. Or je n'en ai vu que très peu. Je ne parle pas ici des embolies supposées, qui ne se traduisent cliniquement que par un point de côté, de durée variable, ni des embolies certaines, mais bénignes, qui se revèlent par un infarctus pulmonaire, avec crachats hémoptoïques. Elles sont franchement exceptionnelles, d'après mon expérience. Je ne vise ici que les *embolies mortelles,* les seules à redouter. Je n'en ai vu que deux cas, en dix ans, alors que pendant les trois ans qui ont précédé ma pratique du lever précoce; j'en avais observé cinq, ce qui fait que j'en ai vu proportionnellement huit fois moins. Je dois ajouter qu'aucune de ces embolies mortelles n'a été précédée par le moindre signe, même fruste, de phlébite du pelvis ou des membres.

« Il résulte donc, de tout ceci, que la *méthode du lever précoce permet d'éviter, dans une proportion considérable, l'embolie mortelle, et, d'une façon certaine, la thrombo-phlébite des membres* ».

G. FISCHER.

A PROPOS DE L'OUROTHÉRAPIE

Par le Docteur CERTAIN, de Souillac (Lot)

Le traitement de certaines affections, par la propre urine du malade, n'est pas nouveau : la voie d'introduction a seulement changé. Nos ancêtres absorbaient cette jaune liqueur « per os » ; nous préférons la faire passer sous la peau.

Un article de Jausion, paru dans la *Presse Médicale* du 23 septembre 1933, met au point les indications et la technique de l'ourothérapie.

Notre expérience personnelle se borne à deux observations, mais les résultats ont été si nets que nous ne résistons pas au désir de les publier.

Le premier malade est un homme de 35 ans, atteint depuis 1921 de crises d'eczéma absolument généralisé, durant trois mois environ, l'obligeant à garder le lit, tellement les œdèmes et l'exsudation étaient considérables. Les traitements les plus variés et les plus modernes n'amenaient qu'une sédation passagère. Une série de douze injections sous-cutanées de l'urine du malade provoquèrent un blanchiment complet.

Le résultat se maintient depuis un an ; une ou deux récidives ayant fait mine de se produire, le malade, sur nos conseils, a procédé lui-même aussitôt à de nouvelles injections : à la quatrième piqûre tout rentrait dans l'ordre.

Le deuxième malade est un homme de 30 ans, il présentait un rhume des foins typique, ayant résisté depuis plusieurs années à tous les traitements en vogue, y compris celui d'un homéopathe célèbre.

Au cours du printemps dernier en pleine crise, ce malade reçoit une série de quinze injections de son urine ; dès la cinquième injection les symptômes disparaissent. Une petite crise reparaît à la dizième (le malade avait pris ce jour-là un bain de rivière) et depuis il n'a pas éprouvé le moindre malaise. Mieux, son état anxieux a fait place à une sensation de bien-être et d'équilibre nettement accusée.

Voici la *technique* simple que nous avons utilisée :

Un tube à essai est jaugé à 10 c. c. Bien sec, il est stérilisée en le passant plusieurs fois dans la flamme d'une lampe à alcool. Après s'être lavé et savonné le gland, le malade urine dans le tube jusqu'à la hauteur du trait (10 c. c.). On ajoute X gouttes de Tercinol. On brasse par aspiration et refoulement de la seringue et on laisse reposer le mélange dix minutes. Les doses à injecter sous la peau ou dans les muscles sont de 1/2 c. c., 1 c. c., 1 c. c. 1/2, 2 c. c., 3 c. c., 4 c. c., 5 c. c. (pas davantage), on répète cette dernière dose jusqu'à la fin de la série. Le nombre des injections est de 10 à 15.

On devra éviter cette méthode dans les pyodermites (furoncles, ecthyma) : l'essayer dans toutes les maladies de sensibilisation.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Les phlébartérites des membres

A côté des phlébites et des artérites, affections bien classées et trop bien délimitées, il existe des lésions couplées du système artério-veineux, dont l'importance pratique est considérable et qui constituent un exemple des plus intéressants de cette pathologie synthétique. Pour MM. L. CORNIL et M. AUDIER, dire le rôle du spasme dans la plupart des phlébartérites des membres, autorise à essayer une thérapeutique anti-spasmodique énergique toutes les fois que douleurs et troubles vaso-moteurs, chez un phlébitique, feront penser à une participation artérielle. En présence d'un syndrome embolique quelque peu anormal, il faudra aussi penser aux spasmes associés à la thrombose veineuse et agir en conséquence.

Quel traitement antispasmodique peut-on utiliser ? Il faut commencer tout d'abord par les plus simples. On injectera 0,20 centigrammes d'acétylcholine et l'on répétera, si l'effet est insuffisant, la dose dans les vingt-quatre heures. On pourra associer à l'acétylcholine le chlorhydrate de papavérine dans les cas sérieux (syndromes pseudo-emboliques) ; lorsque le traitement précédent est inactif, on utilisera l'infiltration du sympathique lombaire suivant la méthode de Leriche et l'on pourra avoir ainsi de bons résultats. Certains auteurs ont noté à la suite d'une sympathectomie artérielle des résultats intéressants passagers ou durables. La phlébectomie a été aussi pratiquée en cas de thrombose veineuse localisée du membre supérieur. L'amputation est parfois la seule thérapeutique possible dans certains cas de gangrène expansive. (*Le Journal Médical Français*, octobre 1938.)

Les résultats de la cure chirurgicale des cancers du sein

Le Docteur DUCUING désireux, comme tout le monde, d'améliorer les résultats thérapeutiques dans les cancers du sein, a voulu faire connaître les résultats globaux de sa statis tique personnelle, en envisageant la chirurgie seule. A noter que les efforts pour un dépistage précoce de ce cancer n'ont pas donné de résultats satisfaisants. Notamment les examens radiographiques, la transillumination, les examens biopsiques extemporanés ne paraissent pas avoir joué un rôle important dan l'amélioration des résultats obtenus depuis une quinzaine d'années. Le diagnostic de cancer du sein est habituellement facile pour un praticien expérimenté et, dans le doute, on intervient toujours. La radiographie a eu cependant l'avantage par des examens systématiques du thorax et du squelette, de montrer que quelques cancers paraissant localisés à la glande ou n'avoir pas dépassé les ganglions axillaires, étaient généralisés. Une surveillance plus régulière des femmes après l'intervention a donné quelques résultats, car certaines opérations itératives ont été efficaces, voire curatives.

Les combinaisons thérapeutiques radio-chirurgicales, auxquelles sont soumises depuis 7 ou 8 ans toutes les malades de l'auteur, lui laissent espérer, plus que tous les facteurs déjà signalés, des résultats supérieurs à ceux de la radiothérapie ou de la chirurgie seule. Les statistiques donnent une note aussi exacte que possible sur la valeur de l'exérèse du sein cancéreux ; elles font condamner la chirurgie seule comme thérapeutique du cancer du sein.

En résumé, les résultats globaux de cette statistique personnelle, portant sur 243 cas de cancers du sein histologiquement confirmés, se présentent de la façon suivante : 1° pour les opérations palliatives, 20 % des malades ont survécu plus de trois ans ; 13 % des malades ont survécu entre 5 et 8 ans ; 2° pour les opérations curatives : 40 % des malades ont survécu après trois ans ; 31 % des malades ont survécu sans récidive entre 5 et 9 ans. Si l'on ne considère que ce chiffre de 31 %, qui correspond aux malades guéries : *a*) ce pourcentage est moins élevé que celui que donne le bistouri pour des cancers non moins certains (corps de l'utérus) ; il n'est cependant pas négligeable en raison de la malignité du cancer du sein ; *b*) ce pourcentage est inférieur à celui de beaucoup de statistiques sur les résultats du traitement chirurgical du cancer du sein, mais cette différence est explicable : il suffit, en effet, de restreindre les indications des cas que l'on opère dans un but curatif, pour faire gagner de nombreux points au pourcentage de guérison ; ce pourcentage de guérison est également au-dessous des chiffres que donnent certaines statistiques de radiothérapie pure ; mais les radiothérapeutes ne sont pas toujours

absolument certains de n'avoir irradié que des cancers.

Bref, les résultats de cette statistique prouvent que la chirurgie n'est pas l'acte essentiel de la thérapeutique du carcinome mammaire ; ils justifient pleinement les tendances modernes d'associer la radiothérapie à la chirurgie pour le traitement de cette affection. (*Toulouse Médical*, 15 janvier 1939.)

Le traitement non-sanglant de la coxarthrie

MM. F. Coste et G. Aubert exposent l'état actuel de la question. Le traitement opératoire de la coxarthrie a fait de grands progrès depuis quelques années ; à lui revient une part importante dans le succès du traitement des arthropathies chroniques, dites rhumatismales, de la hanche. A vrai dire les indications chirurgicales sont faites des échecs du traitement médical. Que vaut aujourd'hui celui-ci, ou plutôt la thérapeutique non-sanglante de la coxarthrie, car il faut y inclure les moyens physiothérapiques et orthopédiques.

Il faut dire aussitôt que les procédés les plus fertiles en succès sont, d'une part, la radiothérapie pénétrante à doses suffisantes ; d'autre part, les injections profondes para-articulaires de chlorhydrate d'histamine. Dans la majorité des cas, la thérapeutique non sanglante rend cette infirmité très pénible, qu'est la coxarthrie, tolérable et compatible avec une certaine activité professionnelle. Les cas réservés à la chirurgie modelante et restauratrice paraissent néanmoins représenter le quart ou le cinquième des coxarthries, du moins en l'état actuel de la thérapeutique. En principe, il ne faut pas tarder à discriminer les cas chirurgicaux des cas non-chirurgicaux, afin d'éviter aux malades des souffrances inutiles, des pertes de temps et des dommages matériels. Or, les chirurgiens opèrent des cas qu'ils pourraient ne pas opérer et surtout ils n'opèrent pas nombre de cas qui devraient leur parvenir beaucoup plus tôt.

Afin de soumettre, dans le minimum de temps, chaque malade à la série de traitements dont on peut logiquement, selon le cas considéré, espérer un résultat, il faut :

1° Reconnaître, autant que faire se peut, les coxites infectieuses chroniques, auxquelles s'appliquent le décubitus, l'extension, les médications anti-infectieuses, puis auriques, parfois les ondes courtes (origine gonococcique) et la radiothérapie prudente).

2° Dans les coxarthries vraies, combiner systématiquement, sauf contre-indications individuelles, la radiothérapie à fortes doses et les injections profondes d'histamine, qu'il faut répéter un temps suffisant pour établir si elles seront ou non efficaces dans le cas considéré ; faire suivre la radiothérapie d'une série d'injections anesthésiques locales péri-articulaires et sur les troncs nerveux ; imposer l'aide orthopédique quand elle est utile (appareils de marche, correction de raccourcissement, repos, amaigrissement) ; imposer une cure thermale bien choisie ; ne guère s'attarder aux autres traitements, qu'il est d'ailleurs possible de combiner aux précédents : traitement anti-syphilitique dès qu'il y a suspicion de syphilis, ondes courtes, vitamine B, cure iodo-soufrée, etc.

Deux années doivent suffire à l'accomplissement intégral de ces tentatives, après quoi, en cas d'échec, et sauf contre-indication opératoire tirée de l'état général du sujet, il faut savoir indiquer à celui-ci que son cas échappe à la médecine et que s'y attarder est peine perdue. Qu'il décide alors lui-même si son infirmité est ou non tolérable. Le médecin jugera si l'âge et l'état général se prêtent à l'intervention.

(*La Presse Médicale*, 18 janvier 1939.)

Les rougeoles à début bénin

Dans la plupart des cas, la rougeole est une maladie infectieuse de gravité moyenne, se terminant par la guérison. L'intensité plus ou moins grande de ses signes de début ne permet pas d'établir une pronostic ferme ; par exemple, une fièvre modérée, ou un catarrhe peu intense n'empêche pas une complication de se produire brusquement au cours de l'évolution. La manière dont sort l'éruption ne permet aucune supposition sur la forme de la maladie : Vincent et Robert Clément ont fait justice de la légende de la « rougeole rentrée » ; la séro-atténuation (Debré) montre même que l'atténuation de l'éruption coïncide avec une atténuation de tous les autres symptômes. Le pronostic d'une rougeole à début bénin doit donc toujours être réservé et une thérapeutique précoce et énergique s'impose ; on peut dire que les seules rougeoles vraiment bénignes sont celles qui dès leur début sont judicieusement traitées. A l'heure actuelle, il existe des méthodes sérologiques réellement efficaces : la séro-prévention et la séro-atténuation.

Le Docteur M. Clavel indique qu'à côté de ces thérapeutiques a pris place depuis quelques années : le lactate d'amidopyrine, dont l'effet est comparable à celui de la séro-atténuation. Pour utiliser le lactate d'amidopyrine, le mieux est de recourir à l'érythra en adoptant la posologie suivante : 4 gouttes par année d'âge toutes les quatre heures ; chez l'adulte, 60 à 80 gouttes. La règle de répartition des doses sur les vingt-quatre heures est absolue ; elle est aussi indispensable à appliquer que celle de répartition des doses de salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu. (*La Médecine*, n° 17, déc. 1938.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sur l'emploi du lait comme antitoxique dans l'industrie

(M. L. TANON ; 24-1-1939)

L'Académie s'est déjà prononcée sur l'ingestion de lait par les ouvriers, comme anti-toxique dans diverses industries, celles du caoutchouc notamment. Elle a conclu à la non utilité, à ce point de vue, des distributions de lait dans les ateliers, distributions qui, donnant une fausse sécurité, pourraient faire négliger les autres mesures, vraiment utiles, de protection des ouvriers.

Le ministre de l'Agriculture, toutefois, s'est ému de cet avis académique susceptible, craint-il, d'être interprété fâcheusement et de nuire au développement de la consommation du lait. Appelée à nouveau à envisager la question, et sans vouloir, bien au contraire, apporter une entrave quelconque à la vente du lait dans les usines, l'Académie ne peut que maintenir ses conclusions antérieures : le lait est essentiellement un aliment ; il ne peut jouer aucun rôle anti-toxique, n'ayant pas d'action précipitante ou neutralisante sur un toxique quelconque.

Pouvoir antigénique de l'urine humaine

(M. R. WAITZ, de Strasbourg. — Présentation par M. RIBADEAU-DUMAS ; 31-1-1939)

M. Waitz conclut ainsi son étude : l'urine humaine a un pouvoir antigénique notable. En injectant à des lapins des précipités alcooliques de cette urine, on obtient des sérums ayant une action précipitante élevée envers le sérum humain. Ce fait peut présenter un intérêt médico-légal.

La radiophotographie de Manoel de Abreu

(M. Georges RONNEAUX ; 31-1-1939)

La méthode de M. Manoel de Abreu consiste à photographier l'écran radioscopique illuminé par les rayons X, en même temps que l'image thoraco-pulmonaire qui s'y projette. Ces photographies, de petites dimensions, demandent à être regardées à la loupe ou à être agrandies. C'est un procédé économique qui, en raison de son prix de revient très bas, permet de diffuser la radiographie dans les collectivités. On peut ainsi organiser d'une façon peu coûteuse le dépistage de la tuberculose dans les écoles, casernes, administrations, etc.

La transfusion sanguine en temps de guerre

(MM. A. GOSSET, Ed. LÉVY-SOLAL et A. TZANCK ; 7-2-1939)

Il est à prévoir qu'en temps de guerre les besoins pour les transfusions sanguines seront importants. Il importe donc d'organiser d'avance ce service.

Des quantités de 50 à 60 litres de sang, à multiplier selon les circonstances, apparaissent comme un minimum. Seule l'utilisation du sang conservé peut permettre de disposer extemporanément de telles quantités, la transfusion de sang frais ne devenant qu'un complément, complément de grande valeur néanmoins.

Le sang conservé en question doit être fourni par les non-combattants, à l'arrière. Il sera recueilli, citraté automatiquement, et réparti en ampoules. Le chemin de fer est, pour ces ampoules, un moyen de transport inférieur à l'auto ou à l'avion.

Une organisation comportant des centres et sous-centres de prélèvements sanguins, avec un personnel technique spécialisé, est à créer dès le temps de paix.

A la demande de M. LAUBRY, l'Académie nomme une Commission pour étudier et discuter plus longuement ce problème.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Création d'un vagin artificiel suivant le procédé de Schubert

(M. G. COTTE, de Lyon ; 14-12-1938)

De nombreux procédés ont été proposés pour la création plastique d'un vagin artificiel au cas d'absence congénitale de cet organe. L'opération de Baldwin, assez souvent employée, consiste dans l'abouchement du grêle à la vulve. En 1933, Schubert a décrit une nouvelle technique qui consiste à transplanter l'anus au niveau du vestibule, à isoler le rectum et à le sectionner à dix centimètres de la vulve : ce sera le néo-vagin ; on reconstitue ensuite un anus et on y suture le bout supérieur du rectum.

M. Cotte rapporte une observation où l'opération de Schubert a donné un très bon résultat.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Renseignements fournis, en clinique, par l'étude comparée de la calcémie et de la calciurie

(MM. Jacques DECOURT, Ch.-O. GUILLAUMIN, Henri LENORMANT et J. GUILLEMIN ; 23-12-1938)

L'étude du métabolisme calcique présente, en clinique, de grandes difficultés. La valeur de la calcémie n'est pas une notion suffisante, car le milieu sanguin tend constamment à s'équilibrer sous l'influence des parathyroïdes, et sa teneur en calcium peut demeurer normale alors même qu'il existe de graves désordres dans le reste de l'économie. L'établissement du bilan calcique, c'est-à-dire l'étude comparée du calcium ingéré et du calcium excrété, est de réalisation très difficile, et peut conduire à des erreurs. Ce procédé n'indique, d'ailleurs, que la valeur globale de l'assimilation calcique, sans fournir de précisions sur les étapes du métabolisme au sein même de l'organisme.

Il paraît, au contraire que l'étude comparée de la calcémie et de la calciurie, de réalisation technique assez aisée, fournit dans bien des cas des renseignements de valeur, lorsque l'on confronte ses données avec celles de la clinique.

Chez les sujets normaux, on sait que la calcémie se maintient dans des limites assez étroites, entre 0 gr. 095 et 0 gr. 105 p. 1.000. La calciurie présente naturellement de plus larges variations, puisqu'elle dépend pour une part du régime alimentaire. Elle est fonction, avant tout, des conditions du métabolisme et n'est pas rigoureusement proportionnelle à la quantité de calcium ingéré, puisque celui-ci n'est pas nécessairement absorbé en totalité. D'autre part, le calcium, qui a participé réellement au métabolisme, est éliminé en majeure partie par l'intestin. Enfin, l'énorme réservoir squelettique joue normalement un rôle de tampon, retenant ou abandonnant du calcium selon que celui-ci est absorbé en excès ou en quantité insuffisante. En règle générale, avec un régime alimentaire quantitativement et qualitativement équilibré, la calciurie se maintient entre 0 gr. 130 et 0 gr. 200 par 24 heures.

Les faits rapportés par les auteurs montrent que cette étude comparée peut apporter des précisions utiles dans maints syndromes cliniques, où l'on soupçonne un trouble du métabolisme calcique. Ainsi dans les syndromes de décalcification osseuse, cette étude oppose nettement les phénomènes de carence (hypocalcique) aux accidents d'hyper-parathyroïdie. Parmi les hypocalcies, elle permet de distinguer les défauts d'absorption intestinale du calcium (carence calcique) et les troubles de l'assimilation proprement dite (carence de facteur D). Elle permet aussi, dans une certaine mesure, de suspecter l'existence d'une hyperplasie parathyroïdienne secondaire, de nature réactionnelle.

M. RICHET insiste sur l'importance de l'alimentation pour permettre d'apprécier la valeur de la calciurie. Suivant la nature de cette alimentation, acidogène ou alcaline, l'élimination de calcium va se faire surtout par les urines ou surtout par les matières fécales. D'autre part, l'alimentation apporte une quantité de calcium pouvant varier presque dans le rapport de 1 à 10. Il est nécessaire, de plus, de maintenir une alimentation constante pendant cinq ou six jours avant de pouvoir établir un bilan.

Remarques sur la dysostose cléido-cranienne A propos de cinq observations

(MM. Robert DEBRÉ, Maurice LAMY et Georges SÉE ; 23-12-1938)

La dysostose cléido-cranienne, telle que P. Marie et M. Sainton l'ont décrite, comporte deux éléments cliniques essentiels : d'une part, une aplasie claviculaire plus ou moins complète ; de l'autre, une dystrophie cranienne, qui consiste en un développement exagéré du diamètre transversal du crâne, coexistant avec une absence des soudures osseuses et un retard dans l'ossification des fontanelles. La transmission héréditaire de la maladie constitue un autre caractère qui, lui aussi, est capital.

Des deux éléments fondamentaux de la maladie, la malformation scapulaire est certainement le plus constant. On connaît l'aspect insolite, que donne à la partie supérieure du tronc l'absence de l'arc-boutant claviculaire et l'amplitude anormale des mouvements de l'épaule qu'elle autorise. Les altérations du squelette cranien sont presque aussi constantes que celles des clavicules. Les bosses frontales, volumineuses, sont séparées par un sillon médian, qui parfois descend jusqu'à la racine du nez. Le crâne est élargi dans le sens transversal, surtout à la hauteur des pariétaux ; il en résulte une brachycéphalie qui est toujours évidente et qui atteint parfois un degré remarquable. Enfin, les espaces membraneux des fontanelles persistent, les sutures sont élargies, souvent dentelées et l'on y remarque fréquemment la présence d'os wormiens.

Parmi les malformations osseuses associées à celles du crâne et de la clavicule, la plus fréquente est l'atteinte de la ceinture pelvienne ; puis ce sont le rachis, le squelette facial, les altérations dentaires. Il faut signaler aussi le chétivisme de ces malades et la brièveté fréquente de leur taille.

La dysostose cléido-cranienne n'a aucun lien avec la syphilis ; elle n'est point essentiellement une maladie des os d'origine membraneuse. Elle n'est pas liée non plus à une malformation, ni à une lésion de l'utérus ou des membranes de l'œuf. Les caractères si particuliers de la malformation, sa reproduction stéréotypée dans la descendance des sujets atteints donnent à penser qu'il s'agit d'une maladie qui est liée à la mutation d'un gêne chromosomique, d'une maladie du génétype. La transmission de la tare morbide paraît bien s'opérer conformément aux lois de Mendel, comme un caractère dominant.

G. F.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26-XI-1938

Catgut antidérapant

M. G. PASCALIS présente un catgut tressé absolument antidérapant et offrant les mêmes avantages que la soie sans en avoir les inconvénients.

Pour une contribution plus grande du corps médical à la prophylaxie antituberculeuse

MM. Etienne BERNARD et Jacques WEIL montrent que dans la lutte anti-tuberculeuse, notamment dans le domaine de la prophylaxie, l'effort des collectivités publiques doit demeurer intense mais que le rôle des médecins, des médecins de famille, notamment, peut et doit être intensifié. Il faut souhaiter dans la pratique journalière un emploi notablement accru des examens radiologiques. Tout doit être prétexte à une surveillance radiologique du thorax, convalescence de maladie, intervention chirurgicale, grossesse ; cette prospection doit être particulièrement vigilante à l'égard de ceux qui sont en contact avec des enfants, personnes de service, membres du corps enseignant, etc... Nul médecin n'est plus autorisé à se contenter de l'auscultation dont les possibilités paraissent plus réduites au fur et à mesure que progressent nos appareils radiologiques. Le dépistage de la première infestation tuberculeuse de l'organisme chez l'enfant, l'adolescent, et le jeune adulte, grâce à la cuti-réaction, systématiquement répétée, jusqu'à son virage est également une méthode qui devrait être utilisée beaucoup plus fréquemment. Des examens systématiques sont aujourd'hui pratiqués dans des collectivités : armée, chemins de fer, P. T. T., milieux universitaires. Mais il n'y a pas de raison pour que les médecins praticiens s'excluent de cette vaste investigation. C'est au médecin qui pénètre dans une famille de faire jouer à l'égard de chacun de ses membres et du personnel de service tout le clavier prophylactique.

Problèmes post-sanatoriaux chez les tuberculeux osseux

M. F. BERARD étudie la question de la rééducation et du placement des tuberculeux osseux à leur sortie du sanatorium. Il montre en particulier les résultats qui ont été obtenus, dans cet ordre d'idées, à l'hôpital héliomarin d'Hyères.

Traitement spécial à quelques fractures du col fémoral

M. Georges PASCALIS fait connaître un procédé d'une grande simplicité qui permet souvent, chez les vieillards tarés atteints de fracture flottante du col fémoral, de réaliser l'engrènement des fragments et la mobilisation précoce.

La tomographie modifiera-t-elle notre conception de la tuberculose pulmonaire ?

M. Roger RENAUX, dans sa statistique personnelle d'une centaine de tomographies pulmonaires, constate que : 1° tout malade en activité bacillaire présente une ou plusieurs cavernes ouvertes visibles à la radiographie analytique, même si la radiographie ordinaire est négative ; 2° tout malade, ancien bacillaire guéri, présente des traces de spélunques ou de nodules anciens fermés avec parois calcifiées ; 3° tout malade non bacillaire quels que soient les signes cliniques apparents est un pseudo-tuberculeux. Les coupes postérieures ne montrent aucune caverne tandis que les coupes antérieures rectifient le diagnostic, montrant diverses variétés de « dilatations kystiques ». Après avoir présenté une série d'observations typiques illustrées de nombreux clichés, l'auteur demande aux cliniciens s'il n'y aurait pas lieu, révisant notre conception de la tuberculose pulmonaire, de la considérer comme « un phénomène de Koch » intra-pulmonaire.

Péritonites aiguës généralisées du post-partum

MM. J. COURTOIS et G. PHILIPPE sont d'avis que les péritonites aiguës généralisées du post-partum exigent une intervention immédiate ; leur extrême gravité ne permet ni le doute, ni l'attente, et impose une incision exploratrice. Le début est instantané : quelques frissons, un pouls très rapide, une température dissociés, de la polypnée, un faciès vultueux font rechercher la douleur abdominale généralisée, mais exquise au niveau de l'utérus, du foie et de la rate. Le ballonnement et la diarrhée, signes de certitude, peuvent être tardifs. La contracture n'existe jamais. L'intervention assure un triple drainage (un drain sus-pubien avec Mikulicz et deux drains pariéto-coliques) afin de prévenir les cloisonnements. Les sulfamides (streptocoques) ou le sérum de Vincent (colibacille) sont du plus haut intérêt.

La toxi-infection alimentaire chronique

M. PRON constate que la plupart de nos boissons et aliments quotidiens sont privés artificiellement de certains de leurs principes essentiels ou plus ou moins frelatés chimiquement : pain, vin, œufs, fromage, beurre, fruits, eau, etc... Il voit là une cause de la diminution de la vitalité des générations actuelles.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

Séance du 8 décembre 1938

Expertise médico-légale d'invalidité

MM. PALOQUE et MAGNIER en relatant l'observation d'un jeune soldat demandeur en pension, proposé pour la réforme, indiquent les principes essentiels qui doivent présider à l'expertise des invalidités ainsi qu'à la rédaction du certificat médico-

légal. Considérant ensuite l'importance prise par ce genre d'expertises dans l'application des lois sociales et militaires, ils formulent le vœu que la science de l'expertise des invalidités, véritable spécialité, fasse dans nos Facultés et nos Ecoles l'objet d'un enseignement en rapport avec le développement de ses champs d'application.

La radiologie d'urgence dans les perforations d'ulcères gastro-duodénaux

MM. Perrignon de Troyes et Robinne estiment, à propos de l'observation d'un sujet atteint d'un syndrome abdominal douloureux, que les perforations d'ulcères gastro-duodénaux doivent bénéficier de l'exploration radiologique d'urgence dont le développement va croissant.

Contribution à l'étude du traitement de la blennorragie par les dérivés sulfamidés

MM. Lemaire et Cahen apportent le résultat de leur expérimentation paraissant montrer que, maniés avec prudence, les dérivés sulfamidés (1162 F) peuvent être utilisés sans danger en milieu régimentaire sur une plus large échelle.

Trois cas de myopie traumatique

M. Cosserat. — Dans deux cas il s'agissait d'une subluxation du cristallin : l'augmentation de la réfraction était sans doute consécutive à la lésion de la zonule qui laissait flotter le cristallin et augmentait sa courbe par relâchement des fibres zonulaires. Dans le troisième cas il n'y avait pas d'atteinte du cristallin : la myopie était due à l'altération traumatique de la région ciliaire.

Leucémie myéloïde à forme spléno-adénique

L'observation présentée par MM. Benitte et Steiger offre un double intérêt par son allure clinique relativement rare : forme spléno-adénique d'une leucémie myélocytaire aiguë et par l'influence très nette de la radiothérapie. Mais le résultat thérapeutique fut illusoire et le pronostic s'inscrivait avec la chute rapide et implacable des hématies.

Abcès du foie : manifestation extra-intestinale d'une amibiase autochtone probable

MM. Le Mer, Botrel, Liscoet et Goumot. — Six mois après une hospitalisation pour entérocolite dysentériforme est apparu chez un soldat métropolitain un syndrome fébrile ayant évolué durant quatre mois, avec une altération importante de l'état général, un amaigrissement considérable et ayant présenté la symptomatologie clinique et radiologique d'un syndrome pleuro-pulmonaire droit. Les auteurs soulignent la longue évolution de l'affection dont le diagnostic resta hésitant jusqu'à l'apparition d'un tableau clinique plus net et la constatation d'une poche purulente sous-phrénique avec pus chocolat aseptique ; le succès du traitement par l'émétine, ce traitement étant suivi de la chute de la fièvre, de la régression des symptômes cliniques et de l'image radiologique, d'une reprise rapide de l'état général. Ils concluent à une hépatite suppurée subaiguë, manifestation extra-intestinale d'une amibiase autochtone probable.

Société des chirurgiens de Paris

Séance du 6 janvier 1939

Sur un cas de kystes dermoïdes de deux ovaires survenu au cours de deux grossesses successives

M. Armingeat fait un rapport sur ce travail de M. Guillot (de Paris). C'est une intéressante observation qui a trait à l'évolution, à 10 mois de distance, de deux kystes dermoïdes. Le premier, développé sur l'ovaire droit est diagnostiqué au 2e mois 1/2 d'une grossesse. Opération : ablation du kyste, suivie malheureusement d'une fausse couche, malgré le traitement post-opératoire. Le deuxième, est de diagnostic plus délicat. Vue à deux mois du début de cette grossesse, la femme présente une masse rétro-utérine grosse comme deux poings. On pratique une réaction d'Ascheim-Zondek, pour affermir le diagnostic. La réaction est hyperpositive. On fait alors un séro-titrage hormonal qui donne un chiffre élevé d'unités Brindeau-Hinglais. Opération : ablation du kyste, la grossesse évolue alors jusqu'à son terme sans incidents. Le rapporteur met en valeur la rareté de pareils faits, et, bien que certains kystes puissent déclencher une hyperactivité hormonale, il fait des réserves sur les chiffres trouvés lors du séro-titrage hormonal.

Variété rare d'une fracture associée de l'aileron sacré et de l'apophyse transverse lombaire du côté opposé

M. Rœderer fait un rapport sur ce travail de M. Guillot (de Paris). Le cas de M. Guillot paraît tout à fait exceptionnel. A l'état isolé, les fractures des apophyses costiformes lombaires sont fréquentes, mais les fractures de l'aileron sacré, par contre sont assez rares. Quant à l'association de ces deux espèces de fractures, on n'en trouve que quelques cas dans la science. Plus rares encore sont les observations des dites fractures siégeant de part et d'autre de la colonne vertébrale. Le rapporteur rappelle les erreurs de diagnostic auxquelles donnent lieu les fractures des apophyses transverses et signale celles, plus fréquentes encore, qui résultent des fractures du sacrum ignorées.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

Chez J.-B. BAILLIÈRE et Fils

Etienne CHABROL. — **Réactions vésiculaires et cholécystites.** Un vol. Collection « Les Actualités cliniques », 187 pages. Prix : 40 francs.

IMPRIMERIE DE BRETAGNE
3, place de la Bourse, à Nantes

Docteur Gustave RAPPIN. — **Observations sur les granulations colloïdales de la cellule cancéreuse.** Un vol., 44 pages, 11 figures.

René DEBRESSE, éditeur
38, rue de l'Université, Paris

JANSERAN. — **Campagne simple.** RÉCITS DE LA VIE SAHARIENNE. Un vol. 116 pages. Prix : 10 francs.

Colette DELTOMBE. — **Gorillo.** Roman. Un vol. 174 pages. Prix : 12 francs.

IMPRIMERIE POPULAIRE
1, rue de Bienne, Strasbourg

Examens médicaux systématiques dans certaines collectivités

La médecine collective est un fait ; la médecine préventive est une autre expression du même fait auquel il faut bien que les médecins s'accoutument.

Il faut aussi qu'ils pensent à situer leur position par rapport à ce fait qui bat en brèche leurs conceptions traditionnelles.

S'inspirant de l'examen des étudiants pratiqué à l'Université de Strasbourg par la Commission universitaire de médecine préventive, le Docteur Daniel Giroux montre qu'un examen de santé, pour être valable, doit être complet et que la clinique doit s'adjoindre le laboratoire, la radiologie, etc.

On s'effraie de la question financière ; le coût moyen, à l'Université de Strasbourg, s'élève à 80 francs.

Et afin que ces recherches ne soient pas perdues dans l'avenir, elles devront être consignées dans un carnet de santé.

Ces idées, à l'ordre du jour depuis quelques années, il est intéressant de les voir débattre dans une thèse inaugurale.

La jeune médecine est en marche.

G. L.

Amédée LEGRAND, éditeur
93, boulevard Saint-Germain, Paris

Dr Jacques STEPHANI, privat-docent à la Faculté de Genève. — **Etudes radiographiques du poumon tuberculeux.** (*Interprétation de radiographies pulmonaires.* Un vol. in-4°, 140 pages, 205 fig. Prix : 45 francs.

Cet ouvrage décrit l'ensemble des acquisitions faites au cours de ces dernières années dans le domaine de la lecture et de l'interprétation du film radiographique pulmonaire.

Au cours de douze chapitres illustrés de 205 figures, l'auteur étudie successivement le poumon normal, les foyers éteints et les foyers torpides, l'incidence transverse, l'infiltrat précoce. Dans l'étude des cavernes, il cherche à mettre en évidence les caractéristiques radiographiques respectives de celles qui cicatrisent et de celles qui ne cicatrisent pas spontanément. Vient ensuite l'étude des cavernes contrôlables, des cavernes primitives, de la recavernisation sur place, des cavernes par étirement, et finalement des cavernes évoluant dans le poumon comprimé par le pneumothorax.

Le mode d'illustration spécial rend la lecture de ce livre rapide et facile.

Librairie MALOINE
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe)

L. DELHERM et H. MOREL-KAHN, électro-radiologistes des hôpitaux. — **Les principales positions utilisées en radiographie** (*Technique, indications, résultats*). Deuxième édition revue et complétée. Un vol. 16 × 25, 220 pages, 165 figures, entièrement tiré sur papier couché. Prix : 120 fr.

Dans cette deuxième édition, revue, complétée, et dont toute l'iconographie a été renouvelée, les auteurs ont repris la formule, justifiée par le succès de la réalisation primitive de cet ouvrage, c'est-à-dire qu'ils se sont surtout préoccupés de présenter un volume de pratique.

Sans avoir la prétention d'être complets, ils se sont efforcés de réunir les techniques les plus habituellement employées, et reconnues comme les meilleures, sans d'ailleurs oublier pour cela celles qui sont d'un emploi moins courant, mais auxquelles il peut être donné de recourir.

Le plan de l'ouvrage n'a pas été modifié ; pour chaque région étudiée, le lecteur trouvera :

1° La description des principales positions utili-

sées en radiographie avec les précautions qu'il convient d'observer ;

2° Les résultats obtenus ;

3° Les principales indications ;

4° Au point de vue iconographique, la photographie de la position décrite, et un cliché radiographique montrant ce qu'elle permet d'obtenir.

Les auteurs ont ajouté certaines techniques préconisées pour l'examen de régions qui, jusqu'à ces dernières années, échappaient à l'exploration radiologique comme l'appareil pharyngo-laryngé, ou la glande mammaire... ; il leur a paru enfin que la question de la localisation des corps étrangers, appelée à se poser fréquemment dans les services de radiologie, ne saurait être passée sous silence, et ils l'ont rapidement exposée.

Librairie Camugli
6, rue de la Charité, Lyon

G. Arnulf, ancien chef de clinique à la Faculté de Lyon et J. Dollonne. — **L'oxygénothérapie intensive par la tente à oxygène.** Un vol. 164 pages. Préface du Professeur Mouriquand.

Dans sa préface, M. le Professeur Mouriquand signale la valeur de l'oxygénothérapie systématique dans la broncho-pneumonie et dans la coqueluche. L'appareil à oxygénation continue, très supérieur au ballon d'oxygène, peut donner à cette médication toute sa valeur.

Dans leur livre, les auteurs, après avoir décrit la tente à oxygène, en montrent les indications dans le domaine médical et chirurgical, et dans le traitement des asphyxies, ainsi que les résultats (modifications des gaz de la respiration et du sang, modifications cliniques de l'affection, action de l'oxygène sur certains symptômes).

Le médecin de service, 1939, 20e *année.*

Le Docteur O'Followel édite cet opuscule absolument réservé au Corps médical. Depuis vingt ans, il dresse avec soin cet annuaire des médecins de théâtre qui, non seulement peut servir à la Société des médecins de théâtres de Paris, à l'Association des médecins chefs des théâtres et spectacles de Paris, à leur Société amicale et au Syndicat des médecins de théâtres pour lesquels il est spécialement édité, mais encore à tout médecin parisien qui désire assurer un service dans un établissement de spectacle. L'Annuaire est suivi d'un index téléphonique.

Librairie Maloine
27, rue de l'Ecole de Médecine

L. Pron. — **La pratique des maladies de l'estomac.** Un vol. de 123 pages (*Collection des Petits Précis*), 1938. Prix : 18 francs.

Ce petit livre n'est pas une nouvelle édition de *La Pratique des maladies de l'estomac*, parue en 1919 et qui, l'année suivante, reparut en changeant de titre. Il n'est pas non plus la quatrième édition de l'ouvrage : « *Les maladies de l'estomac et leur traitement en clientèle* ».

C'est le résumé (en un nombre restreint de pages exigé par le format de la Collection des Petits Précis) d'une pratique et d'une activité scientifique de trente années.

Aussi, trouvera-t-on là, à côté de notions classiques, certaines vues toutes personnelles. Malgré sa minceur, ce petit livre contient ce que le praticien doit savoir en pathologie gastrique.

Gaston Doin et Cie, éditeurs
8, place de l'Odéon, Paris (VIe)

J. Dumas, chef de service à l'Institut Pasteur. — **La dysenterie bacillaire.** 1 vol. in-8° de 90 pages, avec 1 fig., 28 francs.

Après quelques mots d'historique, l'auteur précise les notions essentielles à connaître sur la distribution géographique et l'étiologie de la dysenterie bacillaire. Les modes de propagation de la maladie sont étudiés non seulement en milieu civil, mais aussi en milieu militaire.

Un important chapitre est consacré à la description clinique des formes aiguës (à B. de Shiga ou à B. de Flexner-Hiss) et des formes chroniques de la dysenterie bacillaire.

Dans les pays où la dysenterie amibienne sévit à l'état endémique, le diagnostic peut être délicat entre cette affection et la dysenterie bacillaire, mais il sera grandement facilité par la recherche de l'amibe dysentérique, recherche qui doit être faite au lit du malade.

L'importance d'un diagnostic précis a incité l'auteur à donner, au chapitre microbiologie, des indications élémentaires mais précises pour pratiquer l'examen bactériologique des selles.

Le dernier chapitre est consacré à la question du traitement sérothérapique et symptomatique des diverses formes de la dysenterie bacillaire.

Les Thèses

Mp. — Docteur J. Ginestié. — **L'innervation de la vessie.** (Thèse 1938.)

L'auteur montre la dualité des voies sensitives vésicales, la sensibilité de la vessie proprement dite suivant les nerfs érecteurs, la voie du nerf présacré n'étant empruntée que par les nerfs sensitifs du péritoine vésical. Cette conception a le mérite d'expliquer de manière parfaite les résultats des interventions chirurgicales sur les voies nerveuses vésicales.

Les voies motrices seraient le nerf érecteur pour le detrusor, le nerf honteux interne pour la musculature de l'urètre postérieur et le sphincter strié. Le système sphinctérien serait innervé par les branches efférentes de la chaîne sacrée. L'existence de centres intramuraux fonctionnant de manière autonome suffit à autoriser les sections nerveuses faites dans un but thérapeutique.

Se servant de cette systématisation, l'auteur entreprend d'expliquer ensuite les différents mécanismes physiopathologiques des troubles sensitivo-moteurs rencontrés en clinique et, dans une dernière partie, expose les différentes techniques d'une chirurgie physiologique dont les indications respectives reposent sur les éléments fournis par le bilan clinique précis des lésions.

P. — Dr R. Lambert. — **Les ictères non calculeux au cours de la lithiase vésiculaire** (Thèse 1938).

L'auteur est conduit à penser que si le calcul du cholédoque est l'origine principale de l'ictère au cours de la lithiase vésiculaire, il existe néanmoins chez les lithiasiques avérés, des cas relativement nombreux où l'ictère n'est pas calculeux. Les origine des dits ictères sont : les hépatites, les pancréatites dont le diagnostic reste très difficile ; l'ictère hémolytique, les cancers des voies biliaires ou de la vésicule, d'un diagnostic au contraire facile ; les cholédocites et les spasmes du sphincter d'Oddi, affections rares.

Enfin, l'ictère survenant chez un lithiasique présentant en outre un ulcère du duodénum pose une série de problèmes cliniques, étiologiques et thérapeutiques.

P. — Dr J. Laurentin. — **Contribution à l'étude de l'insuffisance respiratoire dans la sclérose pulmonaire.** (Thèse 1938).

La ventilation pulmonaire, explorée par la spirométrie, est constamment troublée au cours des scléroses pulmonaires.

L'insuffisance respiratoire de ces malades se traduit par : *a*) Un déficit parfois considérable de la capacité vitale ; *b*) Un déficit généralement moins marqué de l'air courant ; *c*) Une augmentation de l'indice respiratoire de Strohl, atteignant des chiffres d'autant plus élevés que la sclérose est plus diffuse et plus généralisée et qu'il y a participation pleurale plus importante.

La polypnée et le fait que l'air courant se maintient tandis que la capacité vitale s'effondre, représentent une sorte de mécanisme compensateur de l'insuffisance respiratoire de ces malades, en tendant à maintenir à un taux normal le volume respiratoire par minute.

P. — Dr E. Hansen. — **Etat actuel des mesures prises en Norvège pour la protection publique et l'assistance à l'enfance** (Thèse 1938).

En Norvège, la lutte contre l'alcoolisme a permis de réduire la consommation annuelle par tête d'habitants de 4 litres d'alcool pur à 1 l. 81, en 1935. Une législation sévère et l'institution d'un monopole de vente ont facilité ce progrès.

L'hygiène de l'habitation et de l'alimentation s'est développée. Les denrées alimentaires les plus importantes ont fait l'objet de lois spéciales. Le problème de l'hygiène du lait a été réglé par la loi de 1933, qui permet d'avoir pour les enfants en bas-âge, un lait contrôlé offrant toutes les garanties désirables.

L'assistance à l'enfance en Norvège paraît particulièrement bien organisée.

La diététique de la grossesse semble avoir donné des résultats heureux.

La mortalité des nourrissons est en régression constante. Des stations de contrôle pour jeunes enfants de un à sept ans font une liaison entre les gouttes de lait et la médecine scolaire.

P. — Dr Fr. Périer. — **A propos des complications du diverticule de Meckel : la hernie de Littre en particulier** (Thèse 1938).

Les complications que peut entraîner l'existence d'un diverticule de Meckel constituent un chapitre intéressant de pathologie abdominale, chapitre qui s'enrichit peu à peu d'observations nouvelles.

Parmi ces complications, celles dues à la présence d'un diverticule de Meckel dans un sac de hernie, semblent être des plus rares. On peut se trouver en présence d'un étranglement du diverticule avec réaction inflammatoire secondaire, ou d'une diverticulite pure dans la hernie.

Le diagnostic des complications herniaires dues au diverticule de Meckel sera généralement opératoire, a présence du diverticule enflammé ou étranglé

ne pouvant être décelée qu'en cours d'intervention.

Cette intervention sera toujours urgente et consistera en l'ablation du diverticule par une technique appropriée à chaque cas, la réduction dans l'abdomen devant être considérée comme une faute opératoire. Au cas seulement où l'opération serait tardive et les lésions trop avancées, la question d'une fistulisation à la peau pourrait se poser.

P.— Dr R. Boucheron. — **L'élimination du bacille de Koch en l'absence de lésions tuberculeuses apparentes** (Thèse 1938).

Il semble admis par la grande majorité des auteurs que le bacille de Koch peut être retrouvé dans le sang des tuberculeux, même en l'absence de manifestations cliniques nettes.

Si l'on admet la possibilité de cette bacillémie, on peut supposer que le bacille de Koch est susceptible de s'éliminer dans diverses sécrétions, sans qu'il y ait nécessairement des lésions tuberculeuses des organes excréteurs.

On a constaté en effet dans un certain nombre de cas, la présence du bacille de Koch dans l'expectoration de sujets apparemment indemnes de toute lésion pulmonaire tuberculeuse. L'interprétation de ces faits reste encore incertaine.

Le bacille tuberculeux a également pu être décelé dans l'urine, sans que cliniquement et même anatomiquement on ait trouvé une atteinte tuberculeuse des reins. La fréquence de ces cas est inconnue, faute de recherches systématiques. Le passage du bacille dans l'urine paraît alors en pareil cas, se faire à la faveur de lésions ou de troubles fonctionnels d'origine non tuberculeuse.

On a encore constaté le bacille de Koch dans la bile, dans le sperme et dans le lait, sans qu'il y ait de lésions hépatiques, génitales ou mammaires.

Il ne semble pas toutefois que la constatation exceptionnelle de tels faits puisse porter atteinte à la valeur diagnostique attribuée classiquement à la présence du bacille de Koch dans les crachats ou dans les urines. Tout au plus, en cas d'éléments cliniques discordants, faut-il recommander la répétition des examens bactériologiques.

La possibilité de tels cas est importante à envisager au point de vue des sources de contagion de la tuberculose, des individus apparemment bien portants pouvant ainsi constituer des facteurs de dispersion de la maladie.

P.— Dr R. Chardac. —**Sur les leucémies chroniques à mononucléaires clairs** (Thèse 1938.)

La leucémie chronique à mononucléaires clairs de Lion et Pernet ne diffère en rien des leucémies chroniques à splénocytes ou à monocytes que l'on a décrites depuis.

Par ses caractères cliniques, hématologiques et évolutifs, elle constitue une forme bien individualisée de leucémie.

La légitimité de cette distinction repose surtout sur les caractères du leucocyte pathologique : leucocyte de taille moyenne, fragile, peu colorable quant au protoplasma, à noyau moyennement chromophile et sans nucléole.

Malgré cette unité, la leucémie chronique à mononucléaires présente des variétés cliniques qui permettent de décrire plusieurs formes : splénique pure, ganglionnaire pure, mixte ou spléno-ganglionnaire, et hépato-mégalique.

Le diagnostic repose presque uniquement sur l'hématologie.

P. —. Dr J. Lemoine. — **Le régime sec dans les suppurations bronchiques chroniques** (Thèse 1938.)

Le régime sec constitue une méthode de traitement logique des suppurations bronchiques chroniques. Bien que ses résultats soient inconstants, et que l'amélioration ne soit jamais définitive, il n'en est pas moins un adjuvant précieux de la thérapeutique de l'expectoration.

P. — Dr H. Desgeorges. — **Les colopathies à fermentations acides chez l'adulte. Leur traitement à Vichy** (Thèse 1938.)

Par leur fréquence, par leurs multiples retentissements sur le reste de l'organisme, les colopathies acides méritent une place à part dans la pathologie digestive.

Si la clinique permet quelquefois de les soupçonner, seule l'analyse coprologique apportera la certitude du diagnostic.

Les colopathies acides, bien que ne figurant pas jusqu'ici sur la liste des indications de Vichy, peuvent être grandement améliorées dans cette station.

Ce sont les formes diarrhéiques, les plus fréquentes d'ailleurs, qui bénéficient avant tout de la cure.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

●●●

DU VRAI RÔLE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ?

C'est une question que je me suis plusieurs fois posée depuis quelques mois, car il semble que ce soit de ce ministère que doivent venir les mesures urgentes destinées à protéger et à sauvegarder la santé publique, dans certaines circonstances particulières, impossibles à prévoir longtemps à l'avance.

A la fin de septembre 1938, au moment où des familles entières, où toutes les mères ayant plusieurs enfants en bas âge évacuaient les régions du Nord, de l'Est, et de l'Ile-de-France, j'ai eu l'occasion de faire un voyage de nuit en Limousin. Le train où je montais vers 9 heures du soir était pris d'assaut, chacun se casait où il le pouvait et j'eus moi-même à m'occuper de deux pauvres mères avec des enfants nouveau-nés qui ne savaient où s'asseoir. Naturellement au départ des gares parisiennes où elles auraient trouvé à s'employer, on n'apercevait nulle coiffe d'infirmière, nulle silhouette de dame patronesse, et cependant si on les y avait conviées, elles n'auraient point hésité à venir nombreuses, aider les mères et les enfants qui fuyaient dans un affolement en partie explicable.

Mais le plus lamentable spectacle me fut offert dans la gare de Limoges, où bifurquent quantité de lignes, où les voyageurs doivent changer de train et où l'attente d'une correspondance me fît rester de deux heures à six heures du matin. La nuit était fraîche, les courants d'air nombreux, et le grand hall de la vaste gare était transformé en une véritable garderie. Des enfants il y en avait partout. Les tout-petits, les nouveau-nés emmitouflés dans des couvertures étaient installés tant bien que mal sur les tables sur les bancs, même par terre et les mères cherchaient à les endormir, en dépit des voyageurs civils et militaires qui allaient venaient, claquaient les portes. Les plus grands de ces enfants, émoustillés par les événements par le départ brusque, par le voyage, se réchauffaient en jouant, en courant, en criant, réveillant les plus jeunes et les faisant pleurer.

Ce qui me frappait c'est que personne ne venait aider ces mères, dont les gosses faisaient dans leurs culottes, c'est qu'il n'y avait à leur disposition ni eau, ni boissons chaudes, c'est qu'une indifférence générale accompagnait cet exode. Quels services cependant auraient pu rendre quelques infirmières de garde dans une permanence organisée où il aurait été possible de réchauffer un biberon, d'avoir un peu d'eau chaude ; il aurait suffi d'y penser pour avoir dans chacune de ces grandes gares d'embranchement un service d'assistance, dont les bienfaits auraient été appréciés.

J'y ai souvent repensé depuis et je crois rendre service à tous, en signalant cette carence qui a pu coûter la vie à quelques nouveau-nés et qu'on risquerait fort de voir se renouveler à une prochaine alerte.

L'occasion m'est offerte d'en reparler, car je crois que l'arrivée en France des Républicains espagnols n'a pas été précisément le triomphe de notre organisation sanitaire officielle.

Notre ami Sasportas consacre à la carence du ministère un article dans *L'Hygiène sociale* qui mérite d'être lu.

Ce sont d'abord les déclarations surtout négatives de M. Marc Rucart qui montrent tout ce que l'on n'a pas pu faire.

— On n'a pas pu faire les vaccinations nécessaires.

— On n'a pas pu débarrasser les émigrants de la vermine dont ils étaient couverts

— Il n'a pas été possible d'observer toutes les précautions observées par l'hygiène.

— Les opérations de vaccination ont dû être réservées aux seuls malades atteints d'affections contagieuses !.....

Ces aveux dépouillés d'artifice, ne nous paraissent guère rassurants sur la manière dont

notre ministre de la Santé comprend son rôle et entend nous protéger contre les épidémies, et il nous paraît plus à son affaire quand il s'agit d'exalter son action vigilante contre la maladie, à la fin d'un banquet, ou lors de l'inauguration d'un nouveau dispensaire.

Or c'est précisément dans des circonstances imprévues, telles que celles auxquelles je me permets de faire allusion, que le ministère de la Santé publique doit donner toute sa mesure, il apparaît comme l'organisme nécessaire pour coordonner les efforts des Services de santé militaires, des groupements médicaux et des Sociétés de la Croix-Rouge.

L'arrivée inopinée des Espagnols posait la grave question, surtout en cette saison, du typhus exanthématique. Or le typhus *c'est le pou qui le propage* et en rapportant avec ingénuité qu'il était impossible de débarrasser les soldats de la vermine dont ils étaient couverts, notre ministre avouait qu'il ouvrait délibérément la porte toute grande à un des fléaux le plus justement redouté. Sans doute ignore-t-il que c'est le typhus qui lors des guerre napoléoniennes, lors de la guerre de Crimée a fait plus de ravage que les obus, qu'il a arrêté, comme le rappelait Leriche, la marche en avant de tous les grands conquérants et qu'il constitue, pour les populations françaises, un danger autrement plus grave que le tétanos ou la diphtérie, qui semblent avoir seulement retenu son attention.

Pour barrer la route au typhus point n'est besoin de ces vaccins, de ces sérums dont le ministre nous parle, il suffit de tondeuses, de bidons de pétrole et de quelques hommes de bonne volonté.

La leçon qui nous vient d'Espagne n'aura pas été inutile si elle nous vaut l'organisation de services d'urgence, pour lesquels il serait facile de trouver tous les éléments dans le corps médical français.

Lorsque des événements aussi subits, et aussi imprévus, que ceux que nous avons vécus et pouvons vivre encore risquent de compromettre la santé publique, l'heure n'est pas aux discours, aux Commissions, aux palabres, aux regrets inutiles, elle est à l'action ; nous pensions qu'il y avait précisément un ministère de la Santé Publique pour prendre l'initiative de cette action et ne pas nous laisser désemparés devant des dangers qu'il était facile de prévenir.

On a eu beau nous dire que l'organisation de l'hygiène, que la protection de la Santé publique étaient l'affaire d'administrateurs et non point de médecins, nous n'en persistons pas moins à croire que pour des mesures urgentes à prendre contre les épidémies, le médecin qui les connaît, qui sait comment elles se propagent est mieux placé pour agir utilement et rapidement. Sans aucun doute s'il n'y avait pas eu de ministère de la Santé publique s'il n'y avait pas eu d'organisation officielle, le Corps médical aurait pu d'accord avec les services publics locaux prendre l'initiative des mesures efficaces et protéger utilement les populations menacées.

J'entends bien que le ministère de la Santé publique est un portefeuille mal nanti ; tard venu dans la série, ses attributions chevauchent avec celles de plusieurs ministères importants, peu soucieux d'abandonner des services qu'ils assurent depuis toujours et dans l'ensemble son utilité est des plus discutables.

Cependant nous avions pu croire il y a quelques années que pratiquant de larges consultations dans le Corps médical, réunissant volontiers des Commissions composées de compétences, le ministère de la Santé publique allait permettre au Corps médical de donner son avis dans les questions d'hygiène et d'assistance, qu'il allait pouvoir participer utilement à la sauvegarde de la Santé publique. Il n'en a rien été. Le ministère de la Santé publique boude le Corps médical des praticiens et le résultat en est la pitoyable histoire des émigrés espagnols où, comme l'a dit Sicard de Plauzolles, dont Sasportas rapporte l'intervention, la technique sanitaire française n'a pas été à la hauteur de sa tâche, où l'insuffisance de l'organisation a constitué un danger pour les régions où sont venus les malades et où hélas les services techniques n'avaient rien prévu.

Il est bon que chacun sache que si la santé du pays vient à en pâtir la le Corps médical ne saurait être mis en cause et que toute la responsabilité en incombe au ministère chargé de la sauvegarde de la santé publique.

Dr Raphaël MASSART.

ÉLÈVE INFIRMIÈRE STAGIAIRE DANS UN HÔPITAL RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

Qui doit être rendu civilement responsable d'une erreur commise par une élève-infirmière ou aspirante sage-femme, qui, accomplissant un stage d'études dans un hôpital, commet une faute professionnelle dont est victime un malade hospitalisé ? Qui devra supporter le paiement des dommages-intérêts ? l'hôpital ? ou l'école à laquelle appartientl'élève ? Qui doit contracter une assurance contre ladite responsabilité ?

Telles sont les questions qui me sont posées par la lettre 8.054.

Pour fixer les idées, prenons un exemple. Accomplissant son stage d'études à l'hôpital, une élève, qui appartient à une école d'infirmières, est utilisée gratuitement, pour exécuter quelques menues besognes, telles que pratiquer des piqûres hypodermiques. A la suite de ces dernières, un abcès se produit. Revendicateur, le malade réclame un dédommagement pour les souffrances endurées et pour le temps supplémentaire passé à l'hôpital, pour se faire soigner des conséquences de son abcès.

L'Administration de l'hôpital doit-elle être rendue responsable, alors que l'élève faisait fonction d'infirmière soignante ? Est-ce au contraire l'Ecole, dont dépend cette élève ?

Déterminons d'abord la situation juridique de l'élève, qui accomplit un stage à l'hôpital. On peut dire tout d'abord que cette élève n'est pas liée par un contrat de louage de services avec la Commission administrative de l'hôpital, parce que ce n'est pas cette dernière qui l'a engagée à son service. Elle dépend d'une école d'infirmière, qui l'oblige à pratiquer un stage d'études et de perfectionnement dans divers hôpitaux.

Mais l'Administration de l'Etablissement public autorise cette élève à faire fonction d'infirmière et lui permet tacitement de pratiquer de petites besognes faciles qu'ordonne le médecin, chef du service, lequel est responsable des traitements qu'il prescrit. On peut donc mettre à la charge de l'hôpital le fait d'avoir confié à une élève, encore incompétente et inexpérimentée, des travaux de petite chirurgie, qui ne devraient être effectués que par le personnel infirmier et régulier de l'établissement.

Mais ici surgit une incidente : à l'adversaire d'apporter la preuve qu'il y a eu faute de l'élève, soit parce que cette dernière n'a pas observé rigoureusement toutes les règles de l'asepsie, soit parce qu'elle a commis une faute de technique. *A contrario*, ne peut-on pas soutenir que le liquide à injecter n'était pas stérile, ou que le malade n'était pas dans un état d'idiosyncrasie, état qui aurait provoqué la formation d'abcès amicrobien à la suite de l'injection de n'importe quel liquide stérilisé.

Disons enfin que vis-à-vis des malades qui demandent leur entrée à l'hôpital, la Commission administrative se présente sous la forme d'un entrepreneur de soins, qui seul a qualité pour traiter avec les malades au sujet des conditions selon lesquelles, ils seront hébergés, soignés par le seul personnel de l'établissement.

Aussi la jurisprudence administrative, par différents arrêts du Conseil d'Etat, décide-t-elle que la Commission administrative est seule responsable, au regard des tiers pour les fautes que pourraient commettre tant les médecins, que les aides de ces derniers. Au malade revendicateur de poursuivre la Commission administrative et elle seule devant la juridiction administrative et non pas devant la juridiction de droit commun, dont on doit plaider l'incompétence *rationæ materiæ*.

Un arrêt récent du Conseil d'Etat (26 janvier 1938) précise la responsabilité d'un hôpital, par rapport à la faute lourde, commise par un stagiaire. Il s'agissait, en l'espèce, d'un nouveau-né décédé à la suite d'une imprudence commise par une élève-infirmière stagiaire, qui avait laissé tomber le bébé d'un édredon. Le Conseil d'Etat retient, comme responsable la Commission administrative de l'hôpital, parce que la faute lourde a été commisse dans l'exécution du service. Quelle qu'ait été la situation juridique de cette élève infirmière, dit l'arrêt, elle collaborait au service public, confié à l'hôpital civil ; par suite, la responsabilité de la faute lourde, ainsi commise dans l'exécution du service hospitalier incombe, à l'égard des parents de l'enfant, qui en a été la victime, à l'administration des hospices.

D'une manière abstraite, on peut dire que si la demande en réparation des malades hospitalisés, qui se prétendent victimes d'une faute médicale, ou d'un traitement défectueux, est basée sur la théorie du contrat, ce dernier n'est intervenu qu'entre malade et Commission administrative, qui, moyennant le paiement d'un prix de journée forfaitaire, comprenant ou non les frais médicaux

et chirurgicaux, a pris en charge le traitement à faire exécuter par le personnel médical, qu'en toute autonomie elle a investi de fonctions.

Si, au contraire, la revendication se fonde sur la notion de la faute lourde, du quasi-délit, il appartient au plaignant d'apporter la preuve de cette faute lourde, reprochée à un membre du Corps médical — et la Commission administrative est encore responsable de la faute lourde de ses préposés.

Qu'il y ait en effet négligence, défaut de surveillance, imprudence, ou autre, il appartient à la Commission administrative de l'hôpital d'exercer sa surveillance générale sur les services, dont elle a la charge et dans lesquels elle a placé des médecins et infirmiers choisis par elle en toute autonomie.

Certes, l'Administration hospitalière peut soutenir qu'en matière scientifique et professionnelle elle est incompétente et que, parce que docteurs en médecine, les chefs de service sont indépendants, en ce qui concerne les ordres qu'ils donnent à leurs subalternes.

Mais à ceci, on peut répondre, et il semble que ce soit progressivement la thèse qu'adopte le Conseil d'Etat ces médecins ont été nommés par la Commission administrative, avec ou sans concours. C'est par elle qu'ils tiennent leurs fonctions. Par suite, il faut établir la distinction entre la faute du fonctionnaire, dans l'exercice même de sa fonction et la faute imputable non au fonctionnaire, mais à l'homme, en dehors de sa fonction.

De son côté, l'école d'infirmières pourrait-elle être recherchée, pour la faute commise à l'hôpital par l'élève dont elle a la charge ? Cette école peut répondre et soutenir qu'elle n'a qu'un rôle d'éducateur et non une mission de soigneur. Elle éduque les élèves du point de vue théorique, puis les adresse à l'hôpital, pour leur faire donner une instruction du point de vue pratique. Dans les salles de malades, l'élève doit se borner à écouter l'enseignement des maîtres et des infirmières diplômées, sans avoir à pratiquer un acte quelconque de l'art de guérir, sinon sous la direction et la surveillance suivies d'un diplômé.

Dans ces conditions, l'école ne saurait être rendue responsable d'une faute commise hors de sa surveillance et dans un lieu, qui n'est pas soumis à sa direction effective.

Qui doit, par suite, contracter une assurance contre la responsabilité civile, à propos des dommages occasionnés aux malades hospitalisés par ces élèves ? L'élève, semblerait-il, alors surtout que l'école et l'hôpital ne font rigoureusement pratiquer aucune besogne à ces élèves, sinon sous la surveillance et la direction des diplômés. L'enseignement et l'éducation pratique de tous les étudiants et élèves nécessitent un entraînement manuel, qu'on n'acquiert que progressivement et qui, me semble-t-il, doit rester à la charge de l'élève.

Signalons à ce sujet, la solution adoptée par l'Ecole française de stomatologie. Cette école, qui n'admet, comme élèves, que des docteurs en médecine, ou des étudiants en vue du doctorat, les fait adhérer d'office au Sou Médical. De cette manière, lorsqu'un malade croit avoir motif à se plaindre, les avocats de notre Ligue de défense professionnelle étudient le litige, pour opposer une défense juridique aux prétentions de l'adversaire.

Mutatis mutandis, la situation de l'élève infirmière est identique à celle des étudiants en médecine, qui, à l'hôpital, sont autorisés à apprendre l'art de guérir, du point de vue pratique et manuel en revêtant un sarreau et en pratiquant quelques menues besognes, sous la direction des externes et des internes.

A la vérité, seuls les internes et les externes des hôpitaux sont chargés de fonctions ; mais dans bien des hôpitaux, les étudiants stagiaires se voient confier quelques malades, qu'ils doivent examiner, suivre, panser, soigner justement pour qu'ils puissent acquérir l'expérience pratique, qui leur est nécessaire. Dans l'exercice de ces fonctions, c'est l'hôpital — et non la Faculté ou Ecole de médecine — qui est responsable, en cas de faute dommageable à autrui.

Au surplus, le malade, qui demande son entrée dans un hôpital sait fort bien que s'il ne doit payer que des sommes minimes, pour les soins qu'il recevra dans l'établissement, c'est à la condition qu'il se prêtera aux nécessités de l'enseignement et de l'éducation pratique des futurs médecins. L'hôpital est certes, un lieu de bienfaisance, réservé aux malades privés de ressources ; mais il est aussi un centre d'enseignement.

Celui-ci est, en quelque sorte, une nécessité sociale et d'ordre général, puisque les élèves doivent acquérir la dextérité manuelle et l'entraînement pratique nécessaires, pour remplir une fonction sociale : celle de soulager et de guérir l'humanité souffrante.

Aussi, la responsabilité, qui pèse si lourdement sur les hôpitaux et que précise de plus en plus la jurisprudence du Conseil d'État, pourrait-elle se trouver atténuée, si l'on considérait que le malade, qui accepte de se faire soigner à prix réduit à l'hôpital, contracte, en retour, l'obligation de servir à l'instruction théorique et pratique des futurs praticiens de l'art de guérir.

D[r] Paul BOUDIN.

SUR LA LÈPRE

I

LA LÈPRE AU MOYEN-AGE

Elle se nommait surtout, en ce temps-là : ladrerie ou nusellerie, et courait déjà la France et l'Europe depuis des siècles puisque les Gallo-Romains et les Francs lui avaient payé tribut. Mais aux XII, XIIIe et XIVe siècles elle prit une extension considérable.

Dans l'esprit du public c'était une pénitence envoyée par Dieu, c'était « l'enfer sur terre ». Par contre à soigner les lépreux on s'assurait la rédemption de ses péchés. Aussi les grands, tant papes que rois, ne manquaient pas de les visiter et, à l'occasion de les panser. Saint Louis allait jusqu'à baiser leurs mains et leurs pieds couverts de pus.

La lèpre du Moyen-âge était la lèpre tuberculeuse ; elle débutait à la face ou aux mains puis se généralisait, s'accompagnant de stigmates et de plaques d'anesthésie. C'était une forme clinique différente de la lèpre vulgaire ou éléphantiasis des Arabes qu'on rencontre encore de nos jours.

Comme aucun traitement n'avait d'efficacité et que les médecins abandonnaient ces malheureux à leur sort, le mal fit des ravages si épouvantables que les autorités civiles et religieuses en vinrent à prendre des mesures... à la mesure de ce temps-là, c'est-à-dire féroces. Pendant six cents ans les lépreux formèrent une caste retranchée de la collectivité ; c'étaient des morts vivants.

A peine, nous révèle l'érudit Docteur Ravon (1), un individu était-il soupçonné de ladrerie — et il fallait compter avec les dénonciations qui étaient nombreuses et souvent fausses — il était soumis à une enquête par l'official ou un juge laïc, et comparaissait devant un jury de «ladres-experts ». Ceux du Popelin de Sens, du grand Beaulieu de Chartres, ceux de Reims étaient renommés ; on les appelait de loin en consultation.

En dehors de quelques signes cliniques qu'énumèrent Guy de Chauliac et Ambroise Paré il y avait de curieuses épreuves empiriques. Au Mans, à Rouen, le suspect était couché sur une table de marbre et soumis à certaines pratiques qui décidaient de son sort. Par exemple, comme on faisait de l'hypersécrétion cutanée de matières grasses un signe important de ladrerie, on jetait de l'eau sur lui ; si elle n'adhérait pas, il était déclaré ladre.

L'official prononçait alors la *séparation*. On lui donnait un manteau gris, un chapeau, une besace, et il mendiait sa pitance par les chemins, en agitant ses cliquettes de bois, pour avertir les passants.

Dans les villages on lui assignait pour abri une cabane, appelée borde ou bourdeau, située hors de l'agglomération. Dans les villes de quelqu'importance il rejoignait l'asile des lépreux, enclos, métairie, hospice qui s'appelait : maladrerie, maladière, malemaison, magdelaine, etc...

Le lépreux y était conduit solennellement ; dans certains diocèses on procédait auparavant à une véritable cérémonie funèbre.

De fait c'était, de ce moment, un homme mort; ses biens étaient mis sous séquestre : il en percevait les revenus mais n'en avait plus la propriété ; il ne pouvait ni aliéner, ni contracter, ni tester, ni hériter. Il ne pouvait s'arrêter dans les lieux publics s'il y avait d'autres personnes, puiser de l'eau aux fontaines, parler à quelqu'un dans la direction du vent. Célibataire il était tenu à la continence ; marié il pouvait recevoir son conjoint ou l'aller voir, mais ne devait pas rester plus de trois heures absent de la maladière. L'Eglise n'admit jamais que la lèpre fût prétexte à divorce.

Il y avait des léproseries affectées uniquement aux hommes, d'autres aux femmes ; d'autres enfin étaient mixtes. Il y avait des lèproseries de noble et de bourgeois. Tous ces établissements jouissaient d'une véritable autonomie ; ils s'administraient, pouvaient hériter et recevoir des dons. Un chanoine était à la tête, assisté de convers. Les entrants acquittaient un droit d'entrée dont la valeur était proportionnée à leur situation de fortune. A leur mort, leurs biens revenaient à la communauté. Si bien que certaines léproseries devinrent, à la longue, fort riches.

C'est, à l'origine, l'autorité ecclésiastique qui en avait la direction et qui contrôlait les finances. Mais les communes ne tardèrent pas à revendiquer ce contrôle pour elles-mêmes, et de nombreux conflits s'élevèrent entre évêques et échevins. Enfin le pouvoir royal s'en mêla et, en 1364 Charles V prescrivit la main-mise sur nombre de maladreries et d'hôpitaux.

En 1321 l'endémie redoubla de violence et dans les populations en proie à la terreur le bruit se répandit que les lépreux et les Juifs avaient comploté d'empoisonner les puits et les fontaines, de détruire les chrétiens. Aussitôt des repré-

(1) *Loire Médicale*, novembre 1938.

sailles furent organisées ; des milliers de bûchers furent allumés, la torture installée en permanence, des léproseries mises à sac et incendiées.

A part les reclus dont le sort était, comme on voit, peu enviable mais qui avaient au moins leur subsistance assurée, vivaient des hordes de lépreux moins gravement atteints et qui restaient en liberté quoique astreints à une surveillance. Ils hantaient surtout les provinces de l'Ouest et s'appelaient, suivant les régions : *cagots, capots, caqueux, caquins, cacons, agoths, gahets, gaffets, chestiens*, etc... Ces rebuts s'aggloméraient parfois en villages. Comme on tenait le bois pour mauvais conducteur de la contagion, il leur était permis d'être bûcherons, charpentiers, tonneliers, etc... Il y eut même des cagots médecins !

Si, au début du Moyen-âge, la thérapeutique anti-lépreuse était à peu près inexistante, les essais ne manquèrent pas par la suite. Nos anciens prescrivirent tour à tour les saignées suivies de purgations lentes puis de plus en plus énergiques, les clystères, les vésicatoires, les sétons, les cautères, les ventouses scarifiées, les bains quotidiens suivis d' « oignements », les saisons thermales. Plus tard Ambroise Paré conseilla dans les cas graves la castration. Surabondance de remèdes qui, tout comme de nos jours, dénonçait l'embarras des thérapeutes.

Mais les lépreux ne s'y trompaient pas : avec un parfait bon sens, dont n'ont certes pas hérité les contemporains, ils prenaient leurs sûretés contre les charlatans.

C'est ainsi que le Docteur Pausier cite un exemple d'acte notarié enregistré à Avignon en 1464 et réglant les obligations réciproques d'un ladre et d'un médecin :

Le médecin promettait de faire son possible pour guérir le malade. En retour de quoi celui-ci s'engageait à se soumettre au traitement et à déposer d'avance chez un banquier 160 florins qui seraient acquis au médecin quatre mois après qu'il aurait déclaré le malade guéri et *que la guérison aurait été confirmée par deux autres médecins*.

Où iraient les grands esbrouffeurs de la T. S. F. et des quotidiens si leurs clients s'avisaient de leur imposer un pareil contrat ?

G. LAVALÉE.

II

RÉAPPARITION DE LA LÈPRE EN BAS-POITOU

La Presse quotidienne paraît avoir reçu, dans l'ouest de la France, des instructions précises et spéciales, pour ne pas parler des cas de lèpre qui se produisent depuis quelques années dans le pays de Retz. En tout cas, on refuse nettement les communiqués médicaux, adressés aux journaux. Nous sommes payé pour le savoir, nous qui, il y a quarante ans, avons signalé *le premier* des cas de *Lèpre en Vendée*, avant les Croisades ; et qui récemment avons tenté en vain de faire, à des journaux amis, comprendre — comme au grand public — l'importance de ces faits. — Toutes nos notes ont été *refusées* !

Que le *silence* soit un *remède* efficace, soit ! Mais alors ce système est une thérapeutique sociale, pour employer les termes à la mode, un peu extraordinaire ! Et il est bon qu'on connaisse ceux qui la préconisent.

En tout cas, le 20 janvier 1939, on nous informait qu'un nouveau cas de lèpre s'était déclaré à Saint-Philibert-de-Bouaine, en Bas-Poitou. C'est une mère de famille, locale, très paysanne, et fort respectable (et qui n'a jamais voyagé), qui en est atteinte ! Donc...

Nous connaissons son habitation en pleine campagne ! Aucune contagion n'est possible.

C'est donc un cas *sporadique*, comme ceux que nous signalions jadis dans la *Gazette Médicale de Paris* (1), et ailleurs, après les belles études bretonnes de notre confrère de Lannilis.

(1) *Gazette Médicale de Paris*, 1901, XIIe t, I, nos 29, 33, 37, 39, 40, etc.

Les manifestations sont visibles à la face. Les médecins parlent d'opérations ; et autrefois des enfants, opérés, en sont morts !

Actuellement la malade en question est soignée par un *Médecin d'Herbes*, dont le nom est tenu secret. Ce dernier aurait déjà guéri trois autres malades du pays... Ce qui est fort possible, malgré des négations !

Une jeune fille de Saint-André-Treize-Voies, qui fut atteinte aux doigts (se rappeler la Maladie de Morvan, jadis, en Finistère !), est réellement guérie !

Dans ce pays, on va consulter les médecins ; mais on se fait soigner par les *conjureurs*, le plus souvent la nuit.

Le diagnostic aurait été porté, plusieurs fois déjà, par des médecins très compétents de Nantes. A vérifier.

Mais, à ma connaissance, rien n'a encore été publié dans la Presse médicale.

***

Nous sommes à une époque où il est bien inutile de tout mettre sous le Boisseau. Il serait plus *scientifique* d'essayer de comprendre ces cas sporadiques, désormais certains ! Nous avons dit jadis que c'étaient des SÉQUELLES PHÉNICIENNES, antérieures aux Romains ! La preuve n'est pas impossible à donner, scientifiquement parlant ; mais il faut qu'on nous aide, au lieu de nous combattre en pleine nuit.

Dr Marcel BAUDOUIN.

MÉDECINE ET SCOUTISME

Ce que le scoutisme peut apporter au médecin

Que de confrères, lisant ce titre, vont hausser les épaules et tourner la page ! On voit si peu, dans l'existence agitée et soucieuse du médecin, ce que le scoutisme, « cette école de plein air pour petits garçons habillés à l'américaine », peut apporter de fructueux ou d'agréable ! Et pourtant, nous en appelons à leurs souvenirs et à leur bon sens.

A leurs souvenirs, d'abord. Qui d'entre eux ne songe quelquefois avec une pointe d'attendrissement à cette curieuse année, à l'aube de notre vie d'étudiant, nous voulons dire celle du P. C. N. ? (le « Petit Cochon Noir » est maintenant devenu un « Petit Cochon Blanc », mais peu importe). S'il n'était pas toujours drôle d'étudier de près la morphologie de la trompe de la mouche, ou la coupe transversale du lys blanc, ne voilà-t-il pas tout à coup, à cette évocation, que monte au fond de nous tout un complexe parfum de journées insouciantes et joyeuses, passées dans une atmosphère de jeunesse et d'espoirs — l'an prochain, enfin, « on disséquera pour de vrai » — en compagnie de ces admirables sciences de la nature que nombre d'entre nous ont gardées, qu'ils l'avouent ou non, comme violon d'Ingres, à leurs moments perdus ? Et ils n'ont pas tort, certes ! Le médecin demeure, malgré tout, encore, un des derniers survivants de la culture générale, une des références les plus consultées, dans des domaines voisins de son art, botanique, zoologie, géologie même.

Or, le scoutisme est peut-être une école de plein air : mais c'est une école de formation morale et du caractère , une école d'observation et d'attention, qui trouve une grande partie de son terrain d'action dans l'étude des éléments naturels. Et c'est un merveilleux délassement, un splendide moyen d'élargir un horizon qu'il ne faudrait pas borner au champ, pourtant déjà si vaste, de la pathologie.

Nous avons la chance, à la fois, d'être médecin et de participer activement à la vie du scoutisme. Qu'on nous permette, dans cet article liminaire, de donner un aperçu du profit que nous avons pu tirer de cette association en quelques années d'une modeste expérience.

Ce n'est pas aujourd'hui le lieu de parler des satisfactions que donne la création d'un large service médical au sein d'une grande Fédération de scoutisme, en y comprenant non seulement le contrôle de la vie physique de ces enfants et de ces adolescents, mais encore l'enseignement d'une hygiène adaptée à la vie de camp et celui du secourisme. Nous en donnerons, sans doute, le détail ailleurs.

Nous ne voulons pas non plus trop rappeler le bénéfice que chacun de nous peut tirer des journées de camp et de marche en montagne, au cours de l'été. D'abord, hélas ! trop de médecins ne peuvent se permettre de telles vacances : le pourraient-ils, qu'ils les consacreraient aux joies familiales, mal compatibles avec une vie nomade et dont le confort peut être durement acheté au prix d'efforts quotidiens.

Nous tenons cependant à nous adresser ici en premier lieu aux médecins campeurs : il en est, et plus qu'on ne croit. Nous voudrions qu'ils sentent toute la différence qui existe entre un camping banal et ce qu'on peut appeler « l'exploration scoute ». Dans le camping banal, on flâne, ou bien on prend à la vie de camp toute sa partie physique, toute sa joie musculaire, tonifiante, et tout l'apport moral d'une liberté d'allures, d'une insouciance, d'une variété d'horizons, qui font un tel contraste avec la vie de la pratique médicale quotidienne. Allons-nous contre cela ? Non certes. Mais il y a mieux.Tout ce qui précède existe dans l'exploration scoute ; mais il s'y ajoute le désir perpétuel d'acquérir des notions nouvelles, un travail systématique, enrichissant, magnifique. Le campeur devient un naturaliste, un sociologue, un géographe, un astronome, à son gré. Voici un exemple. L'été dernier nous avons fait à pied le trajet qui s'étend de Modane à Annecy. Admirable région, attachants paysages, dure montagne par endroits. Mais quelle joie ressentie, en utilisant de minuscules ouvrages emportés dans un sac, à faire un herbier de cette extraordinaire flore des Alpes, à fixer au fond de soi, certains soirs, des constellations nouvelles, à noter chaque jour sur « le journal de bord » les observations géologiques, orographiques, qui naissaient à chaque pas franchi !

Cet effort-là, si riche de résultats, nous le devions au scoutisme : ces notions-là, bases indispensables d'un travail sérieux, c'est la médecine qui nous les avait données. Et sur ce point, l'utilisation fructueuse de quelques journées de vacance, le médecin peut déjà emprunter ses méthodes et son esprit au scoutisme avec intérêt.

Mais laissons la question même du camping, réservée à quelques-uns.

Appartenant à un petit centre d'études scout, le centre naturaliste des éclaireurs de France, à Paris, on nous a demandé d'y faire quelques

causeries. Les deux premières devaient traiter des plantes vénéneuses et médicinales. Autant avouer qu'avant de les aborder, nous n'en connaissions pas un traître mot. Que de choses apprises, en les préparant ! Quel délassement, quelle joie de lire des ouvrages comme ceux de H. Leclerc (1), auxquels furent faits de larges emprunts. Le sujet nous a tellement intéressé que nous avons réalisé depuis un petit film en couleurs sur quelques plantes dangereuses, ma foi, fort réussi (nous pouvons le dire : ce n'est pas nous qui avons fait les prises de vue !). Et nous préparons avec non moins de curiosité une causerie sur les intoxications phalliniques, une autre sur les animaux venimeux. Qui de vous, praticiens de province, de ville ou de campagne, n'est capable d'en faire autant ?

Oh ! nous n'ignorons pas les objections qui sont sur bien des lèvres : quel mauvais moment, quand la vie est si dure, les préoccupations matérielles si immédiates, de venir nous parler de pareils « à-côté » ! comme c'est facile, pour un « jeune », de perdre encore son temps : mais, après !... Nous répondons hardiment que de *telles objections ne tiennent pas*. Nous avons tous besoin de détente. Nous proposons au médecin un repos noble et enrichissant ; nous lui offrons un large terrain de culture personnelle, celui du scoutisme ; nous lui rappelons que l'esprit du scoutisme, esprit d'acquisition patiente et multiple, est son esprit même, à lui, médecin. Nous lui rappelons enfin, que, s'il est un mouvement à encourager, à développer, à l'heure actuelle, c'est bien celui du scoutisme, qui respecte, mieux que tout autre, l'effort personnel et l'individualité de chacun. Nous nous efforcerons, prochainement, de démontrer l'utilité et la variété de l'ouvrage que chacun de nous peut réaliser.

Raymond Trotot.
Interne des Hôpitaux de Paris,
Président de la Commission médicale des Eclaireurs de France

COMPARAISON ENTRE LES ANTHROPOIDES ET L'HOMME

Dans une des conférences qu'organise quatre fois par an la Société d'anthropologie, M. P. Rode, assistant au Muséum, secrétaire général adjoint de la Société, a décrit la *comparaison entre les anthropoïdes et l'homme au point de vue du cycle génital et du développement des jeunes.* M. Rode a pu étudier les anthropoïdes à la station Pastoria, organisée à Knidia, près de Konakry, sur la Côte d'Ivoire en Guinée, par les soins de l'Institut Pasteur et remarquablement dirigée par M. Vilbert, vétérinaire.

L'étude sérieuse des grands singes est difficile à faire ; ces animaux s'acclimatent difficilement en Europe et le séjour dans les ménageries les modifie sensiblement. Jusqu'à la fin du XIXe siècle, ils ont été peu ou pas observés.

D'autre part il est impossible de les aborder quand ils sont en liberté. M. Rode a passé en revue les trois espèces d'anthropoïdes : les gorilles, les plus grands et les plus sauvages, les chimpanzés les plus intelligents qui habitent l'Afrique équatoriale, et, en Asie, les orang-outang de Bornéo et de Sumatra dans les Indes néerlandaises. Ces grands singes qui offrent de nombreuses ressemblances avec l'homme, ne gardent pas la station debout en liberté ; ils marchent à quatre pattes, s'appuyant sur la face dorsale des doigts des pattes antérieures, ce qui rend assez difficile la mensuration régulière de leur taille et l'étude de leur croissance. Une particularité commune aux anthropoïdes et à l'homme, c'est que seules, parmi tous les mammifères, les femelles ont des périodes menstruelles rapprochées et des rapports sexuels fréquents. Il en résulte que le mâle reste attaché à la femelle ou à plusieurs femelles d'où la création d'une famille. Le cycle génital chez les anthropoïdes serait d'environ vingt jours. A l'époque du rut, on observe une congestion considérable avec gonflement des organes génitaux externes et des régions qui les entourent.

La taille des gorilles est souvent supérieure à celle de l'homme ; le poids peut atteindre 200 kilogrammes. Si l'on considère que l'homme peut vivre jusqu'à 100 ans et que la moyenne actuelle de sa vie, déduction faite de la mortalité infantile, est de 65 ans, les anthropoïdes paraissent avoir une existence beaucoup moins longue. On n'a pas pu conserver en ménagerie un gorille plus de quinze ans ; le chimpanzé pourrait vivre cinquante ans, l'orang-outang quarante à cinquante ans. Il convient de faire des réserves sur ces chiffres, car la vie en ménagerie de ces animaux, surtout sous nos climats, ne favorise guère leur développement ni leur longévité.

Leur reproduction en captivité est tout à fait exceptionnelle. M. Rode projette des photographies de ces animaux et des diagrammes qui permettent de les comparer à l'homme. Ils se rapprochent des hominiens de la préhistoire qui comme eux étaient des animaux grimpeurs.

M. Rode met en garde contre les conclusions trop hâtives que certains pourraient tirer de cette comparaison des singes anthropoïdes et de l'homme ; il ne faut pas oublier qu'il existe entre eux une différence capitale : la moyenne du poids du cerveau de l'anthropoïde est de 400 grammes environ, celle du cerveau de l'homme dépasse 1.300 à 1.400 grammes. J. Noir.

(1) H. Leclerc. Traité de phytothérapie.

LA NÉVROSE ET LE GÉNIE

■ ● ■

Arthur Rimbaud

Arthur Rimbaud est né en 1854 à Charleville. Son père — un officier comme le père de Verlaine — fut chef en Algérie d'un de ces bureaux arabes où l'on buvait excessivement, de l'absinthe surtout. Rimbaud est donc fils d'alcoolique, un alcoolique qu'il ne connut pas et qui jamais ne s'intéressa à lui (1). Malgré leurs quatre enfants (un cinquième mourut en bas âge) le capitaine Rimbaud et sa femme se séparèrent en 1860 après six ans de mariage. Le mari alla de garnison en garnison, laissant Mme Rimbaud à Charleville avec leurs deux filles et leurs deux garçons. La retraite arrivée, sans nullement s'inquiéter de sa famille, l'officier se retira à Dijon d'où il était originaire. Il y est mort en 1878. « Indolent et violent tour à tour » dit de lui Paterne Bérichon, son gendre. Sa femme, somnambule lorsqu'elle était jeune, témoignait d'un penchant marqué pour une religiosité qui n'amoindrit pas sa rudesse naturelle. D'intelligence assez bornée, avec cela têtue, autoritaire et acrimonieuse, elle tyrannisa Arthur et lui administra de nombreuses corrections qui ne refoulèrent pas, tant s'en faut, les mauvais instincts de son fils. Le Docteur Delattre estime que cette sévérité maternelle exagérée contribua puissamment à faire de Rimbaud un révolté. L'auteur du *Bateau ivre*, dans sa correspondance, appelle sa mère « la mother », ou « la mère Rimb » ou encore « la bouche d'ombre ». En raison de sa précocité intellectuelle à peu près unique, Rimbaud fait figure de phénomène sinon de monstre ; la question se pose : Etait-il normal ?

« Poète et philosophe à sept ans » écrit Marcel Coulon. A cet âge, avant d'aller en classe, le petit Arthur lit les passages les plus crus de la Bible. Corollaire sans doute : son instinct sexuel s'éveille vers la même époque. Il y a plus : « Des projets d'anéantissement social le traversent, l'illuminent... Il n'aimait pas les ouvriers satisfaits du joug, mais les réfractaires, les anarchistes, les pétroleurs qui s'apprêtaient pour mai 1871.... » Au collège, en quatrième, « il produit un devoir non pas d'histoire mais d'historien, résumant les civilisations anciennes de l'Egypte à Rome avec une maîtrise dont le personnel enseignant s'étonne assez pour que le principal le communique au recteur à Lille ». L'écolier inquiète néanmoins ses maîtres : « Intelligent, tant que vous voudrez, mais finira mal » déclare son professeur de quatrième. Et le principal : « Rien de banal ne germe dans cette tête, ce sera le génie du Mal ou celui du Bien ». Jugements qui en définitive sont assez clairvoyants.

Les fugues d'Arthur commencent après sa rhétorique ; de vigoureuses raclées l'attendent au retour à la maison ; l'une de ces équipées amena le collégien dans la capitale, par le train mais sans billet. Coût : une quinzaine d'emprisonnement à Mazas. Et voici le paradoxe : Rimbaud que la crainte des calottes fait filer doux chez lui, qui dehors scandalise les bonnes gens de Charleville par son argot scatologique, ses jurons, sa tenue vestimentaire copiée sur celle des voyous, qui à la fin de la guerre, dans son inimitié de tout ordre établi se réjouit du triomphe de la Commune et s'écrie : « Qu'importe la défaite ! Epurement ! Vie nouvelle ! Il est des destructions nécessaires. Il ne doit plus rester que la Nature », ce Rimbaud à seize ans, comme poète, atteint ou peu s'en faut la perfection d'un Banville ou d'un Leconte de Lisle. Ceci toutefois lorsqu'il se confine à la poésie pure sans la souiller d'ordure. Précisément, c'est à Banville que par deux fois il envoie des vers. Banville admire sincèrement, complimente, mais que peut-il de plus ? Rimbaud souhaite asile et couvert à Paris car il veut pénétrer dans le cénacle parisien ; Verlaine à qui il s'adresse en second lieu va combler ses désirs. Ainsi naîtra la liaison de deux poètes maudits. Mais si les vers de Rimbaud sont admirables, comment qualifier sa conduite ? Elle sort tellement de l'ordinaire qu'elle explique l'opinion de la jeune Mme Verlaine qui a bien connu le personnage puisque c'est à son foyer qu'Arthur fut d'abord accueilli ; selon elle il n'était pas seulement cynique, malpropre et grossier, il était fou ! L' « enfant prodige » volait les libraires de Charleville ; à Paris il dérobe un précieux Christ en ivoire chez Verlaine et divers objets chez le dessinateur André Gill. Prié de décamper par la belle-mère de *Pauvre Lelian*, Rimbaud est contraint de changer plus d'une

(1) Le Docteur DELATTRE dans sa thèse (Paris 1928), précise que l'officier, une fois marié, continua de boire.

fois de chambre garnie. Qui désirerait conserver un tel locataire ? Rue de Buci il se montre nu à la fenêtre et jette sur les passants sa chemise pleine de vermine ; rue Racine il se complaît à simuler des actes obscènes. Mis à la porte, il ne s'en va pas sans laisser d'odoriférants souvenirs. Verlaine et ses intimes n'en continuent pas moins à se cotiser pour entretenir le drôle qui a une manière très personnelle d'exprimer sa gratitude, Ou bien, étant l'invité du journaliste Lepelletier. Rimbaud lui décoche l'épithète de « pisseur d'encre » et aussi celle de « salueur des morts » parcequ'il l'a vu se découvrir au passage d'un cortège funèbre ; ou bien à Carjat qui a trouvé inopportunes ses malsonnantes interruptions pendant la déclamation d'un poème, l' « enfant prodige » tente d'allonger un violent coup de canne à épée (l'arme dégainée). Le Docteur Antoine Cros faillit aussi être sa victime ; un jour il évite de justesse des coups de couteau et un autre jour au café, s'étant absenté un instant, il vit, en revenant à sa place, un bouillonnement dans son bock : Rimbaud, à la bière, avait ajouté de l'acide sulfurique.

En lui-même, à côté de l'apache, l'« enfant prodige » abritait le second personnage étonnant, le poète illuminé dont l'œuvre est brève mais géniale. La littérature cependant ne retint point Rimbaud parce que, pas plus en matière intellectuelle que dans la vie courante cet être inadaptable ne toléra de discipline (1). Il n'en demeure pas moins, selon le mot de Stéphane Mallarmé, un « passant considérable » dans les annales poétiques. Le Docteur Delattre range Rimbaud parmi ces « êtres complexes, hétérogènes, formés d'éléments disproportionnés, de qualités et de défauts contradictoires que Régis a décrits sous les noms si suggestifs de *désharmoniques*, de *déséquilibrés* ».

(1) « Son œuvre, écrit le Docteur Delattre, à force de se vouloir personnelle (par le fond, par la forme) devint bientôt inaccessible excepté à son seul auteur, et sa transcendance finit par dégénérer en une incohérence caractérisée. Il est évident qu'une telle mésaventure n'a pu se produire qu'à la faveur d'une déviation psychique. »

Après sa rupture avec Verlaine, l'instabilité psycho-motrice de Rimbaud, paranoïaque-ambulatoire, va s'accentuer. A ses fugues de collégien, à ses randonnées avec *le Loyola* (1) en France, Belgique, Angleterre, succèdent d'interminables vagabondages en Allemagne et en Italie. L'Homme aux semelles de vent s'engage en 1876 dans l'armée coloniale néerlandaise, rejoint son régiment à Java, déserte un mois et demi plus tard et regagne l'Europe. Les années qui suivent le voient en Autriche, Bavière, Suède, Norvège, Suisse, Italie, à Chypre... Enfin, pendant douze ans, de 1880 à 1891, Rimbaud faisant du négoce, tente fortune chez les Egyptiens, les Arabes et jusqu'en Ethiopie. Métier pénible sous des climats épuisants. Il rentre en France au mois de mars 1891 non seulement sans s'être enrichi, mais hélas ! sa santé ruinée ; il a une tumeur synoviale au genou droit, aggravée par la fatigue et un long manque de soins. Pour amener le malade à un port d'embarquement on l'a transporté douze jours dans le désert, sur une civière, à dos d'homme. En arrivant à Marseille, « réduit à l'état de squelette par cette maladie de sa jambe droite qui est devenue à présent énorme et ressemble à une grosse citrouille », Rimbaud est amputé à l'hôpital de la Conception. Au moins guérit-il ensuite? Non ! Installé chez sa mère dans les Ardennes, il continue de souffrir bien que la surface du moignon paraisse saine. Sa jambe artificielle articulée ne peut lui servir. Des béquilles ? Il s'en est aidé d'abord et c'est maintenant impossible : à des douleurs dans l'épaule fait suite la rigidité d'un bras. L'Homme aux semelles de vent n'en parle pas moins aux siens de repartir en Orient ! Il retourne à Marseille, entre de nouveau à l'hôpital de la Conception (24 août 1891). C'est pour y mourir peu après, à 37 ans, le 10 novembre, de carcinome généralisé.

Michel RENAULT.

(1) Rimbaud appelle ainsi son ancien ami en raison de son simulacre de conversion. Verlaine appellera Rimbaud : *l'homme aux semelles de vent.*

NOUS ENTRERONS DANS LA CARRIÈRE

(Histoire vraie)

J'employais naguère ce même titre pour rapporter la découverte d'une véritable carrière vésicale, mais aujourd'hui c'est de l'entrée dans la carrière médicale qu'il sera question. Voici la mésaventure qui advint à un apprenti médecin, et à laquelle j'eus la surprise de me trouver mêlé :

C'était par une nuit noire, noire, noire, et agrémentée d'une pluie diluvienne. Je venais presque de me coucher quand un violent coup de téléphone me tira de mon premier sommeil. Je fis la grimace en apprenant qu'il s'agissait d'une visite à faire d'urgence dans un des hameaux les plus indésirables de mon rayon — un groupe de fermes éloigné : d'abord 6 kilomètres de route, puis des sentiers longs et pas carrossables.

Il existe encore chez nous bon nombre de « villages » uniquement desservis par des sentiers, dont l'un, utilisé pour l'ultime voyage des indigènes, porte de ce fait le nom de « chemin des corps ».

Celui où l'on m'appelait se trouve à trois bons kilomètres de « la grand-route ». Ce sont donc six kilomètres de footing obligatoire qui, même de jour, font un peu renacler. Mais l'auto permet de « faire le tour » et d'attaquer le village d'un autre côté, ci dix kilomètres de voiture mais seulement 1.500 mètres environ de sentier.

Je connaissais bien le coin, pour m'y être déjà trouvé une autre nuit où, appelé dans un village beaucoup plus proche, je m'étais égaré, avais passé près de mon but sans le voir, et avais dû continuer de marcher jusqu'à la rencontre de quelque maison.

Aussi ne montrais-je pas grand empressement pour partir, mais mon interlocuteur insista beaucoup, m'affirmant qu'il s'agissait d'un enfant qui brusquement était tombé malade chez ses grands-parents. « Il devait avoir quelque chose de grave, car il avait la grande fièvre » (ceci signifie qu'il délirait).

Enfin, j'acceptai d'y aller, quand on m'eut promis que quelqu'un viendrait avec un « char à bancs » me prendre à l'orée du sentier le plus court.

Quand j'arrivai au point convenu, j'aperçus bien une lanterne fuligineuse, mais avec elle m'arrivait une voix qui me dit : « Docteur vous voyez que je suis là, comme promis, mais vraiment, le sentier est si mauvais que nous ferions mieux de gagner la ferme à pied ». Si le paysan parlait ainsi, je pouvais croire qu'en effet le chemin était bien mauvais, et je me rangeai à son avis.

Nous prîmes donc le raccourci — ou pour mieux dire « l'hent-troad » (chemin de piétons) chemin de champ qui domine généralement les chemins creux et qui vous en évite les fondrières ... à la condition de l'escalade de nombreux « fossés » (chez nous, en effet on dit fossé et non talus, — Pourquoi ? Peut-être parce que le pays pluvieux exige de nombreux fossés pour l'écoulement des eaux. Alors, quand on creuse un fossé, la terre que l'on rejette latéralement constitue un talus, mais n'importe, *c'est le fossé qui compte*).

Je savais ce qui m'attendait, aussi m'étais-je équipé spécialement. J'avais des chaussures et un manteau imperméables, et un parapluie par surcroît, puis une lampe électrique de poche. Je pouvais me lancer dans l'hent troad.

Aussi, atteignîmes-nous la ferme sans autre anicroche que quelques glissades dans la boue.

Mais comme, à mon entrée, je m'ébrouais et essuyais mes lunettes embuées, j'entendis une voix jeune me dire : je suis étudiant en médecine et viens d'arriver ici de la part du Docteur X... De fait, il était encore tout essoufflé.

J'appris alors que, venu pour remplacer mon confrère pendant vingt-quatre heures, il avait été chargé de faire cette visite. Mais le confrère, d'installation encore récente, ne connaissait pas suffisamment le pays, pas plus que les gens de sa maison. C'est ainsi qu'on avait accepté la visite sans savoir ce qu'elle avait de spécial.

L'étudiant s'était alors mis en route à 9 heures du soir, à motocyclette, dans la nuit et la pluie !

Eprouvant sans doute des inquiétudes, il avait pu raccoler en route un homme qui avait pris place sur son tan-sad, s'affirmant capable de le guider dans le petit chemin. Mais aucun d'eux n'était équipé pour semblable aventure. Notre étudiant portait un complet de drap, avec large pantalon de golf, un pardessus de drap, des souliers bas — pas de carte, pas même de lanterne.

Ayant parcouru les 6 kilomètres de la route nationale, il avait fallu abandonner la moto contre une maison, sous la pluie, et se lancer dans le sentier. On voit d'ici que celui-ci, bientôt devenu chemin creux, ne fut plus qu'une succession de mares. Seule ressource en pareil cas : grimper dans un des champs latéraux et essayer de trouver l'hent troad...

C'est très simple, quand on connaît déjà bien

les lieux, sinon, immanquablement, on contourne quelques champs — et on perd le nord. Cela arrive aussi parfois aux paysans eux-mêmes, mais alors :

« Lorsque le laboureur, regagnant sa chaumière »
....
« dans les brouillards du soir recherche son hameau... »

Qu'on me pardonne cette blague, elle a pour but d'expliquer que certains soirs, — certains soirs de dimanches surtout, — il arrive que le paysan soit trompé par certains brouillards qui le font s'égarer. Mais alors, c'est très simple : il s'excuse en disant qu'il a fait la rencontre d'un farfadet , d'un « lutin » qui, lui racontant des histoires, l'a détourné de sa route.

Nos deux piétons ne rencontrèrent pas de lutin, mais cela ne les empêcha pas de se perdre. L'inondation les força à monter dans un champ essayant d'y marcher parallèlement au chemin. Ils crurent bien le faire, mais après avoir marché, peiné, sué, soufflé, s'être heurtés à mille obstacles, et avoir barboté à qui mieux mieux, ils se trouvèrent enfin sur une route, devant une maison. Ils frappèrent à la porte, et eurent la chance (ce qui n'arrive pas toujours à pareille heure) qu'on voulut bien leur ouvrir.

Ils apprirent alors que toutes leurs peines avaient abouti à les ramener à leur route initiale, à cinq cent mètres à peine de leur moto.

Mais la chance leur souriait quand même un peu, car ils se trouvaient chez la mère de l'enfant malade qu'ils cherchaient. Cela leur assurait un guide compétent, ils se remirent donc en route, pataugeant, à trois maintenant, dans les sentiers.

Cependant, le grand-père, voyant le temps s'écouler sans que personne n'arrivât, tandis que le gosse délirait toujours, avait décidé de faire appel à un autre médecin. C'est ainsi qu'à onze heures il me téléphonait d'un bourg voisin, et voilà comment à minuit, l'étudiant et moi, chacun de son côté, nous arrivions presque ensemble à la ferme. Un coup d'œil me fit voir que mon jeune confrère était littéralement transformé en éponge. L'eau s'était surtout accumulée dans les deux poches que constituait sa culotte de golf, il était lamentable.

Mais il fallait s'occuper du petit malade : ce ne fut ni long, ni difficile : il s'agissait du début à grand tapage d'une angine des plus banales.

Quand vint le moment de repartir, j'offris aux motocyclistes de les prendre dans ma voiture et moyennant un détour, de les reconduire à leur moto. Leur acquiescement n'était pas douteux. Mais le paysan rassuré, vit enfin l'état dans lequel se trouvait l'étudiant. Il lui offrit « quelque chose pour se réchauffer ». Je ris encore en me rappelant l'accueil qui fut fait à une tasse (disons plutôt une énorme écuelle) de café noir et à la non moins énorme tranche de « pain-beurre » qui l'accompagna. On eut cru avoir affaire à un affamé.

Puis, nous reprîmes le sentier — le mien. Au début, machinalement j'essayai d'éclairer mon compagnon, pour lui permettre d'éviter les grandes flaques. Il m'en dispensa : « un peu plus ou un peu moins, me dit-il, au point où j'en suis, cela n'a plus d'importance ».

Nous retrouvâmes la motocyclette, restée bien sage sous la pluie, le moteur, plein de bonne volonté, voulut bien repartir, et nous reprîmes la route, la voiture restant en arrière pour que ses phares fussent utiles à tous.

Comme nous passions devant la maison du guide — si complaisant, mais si sûr — il demanda à rentrer chez lui. Nous étions presque arrivés à destination, je crus donc pouvoir prendre les devants, mais à petite allure pourtant. Peu après je voyais derrière moi le faisceau lumineux m'indiquant que le motocycliste était reparti. Mais survint un carrefour, puis un tournant qui me le firent perdre de vue.

Bientôt, force me fut de constater qu'il ne me suivait plus. Je m'arrêtai quelques instants, tendis l'oreille... rien. Je revins sur mes pas jusqu'à la maison où il s'était arrêté — il n'y était plus. Il fallait bien conclure qu'arrivé au carrefour, trompé par l'obscurité, la pluie, et probablement la fatigue aussi, il avait fait erreur et avait continué à suivre la route vers Q...

J'avoue que vu l'heure, et le fait qu'il était engagé sur une route nationale, où il pouvait consulter les bornes kilométriques, j'abandonnai sa recherche et rentrai me coucher pour une fin de nuit. Il ne courait en somme d'autre danger que de se coucher encore un peu plus tard que moi.

Mais depuis lors il m'est arrivé bien souvent de repenser à l'aventure de ce débutant (dont j'ignore d'ailleurs le nom, qu'il m'avait balbutié). Je crois que cette escapade a dû lui donner bien des velléités de se diriger vers une spécialisation de cabinet, plutôt que vers la médecine de campagne.

Sinon, je puis garantir qu'il ne manque pas de cran !

Dr Eug. Damey
(Douarnenez).

LE SALON DES MÉDECINS

(214, Faubourg Saint-Honoré)

Le Professeur Besançon dans sa préface du catalogue de l'exposition, qualifie ses confrères de peintres de vacances. Ce sont donc des devoirs de vacances qu'ils nous présentent et comme ceux des écoliers il y en a des bons et des médiocres. Ils s'efforcent de rendre l'impression ressentie aux pays adoptés pour leur villégiature et qu'ils essayent de fixer par leur pinceau, dans leur souvenir.

Parcourons les salles plus nombreuses que l'an dernier et signalons sans ordre défini, les œuvres qui ont le plus retenu notre attention.

D'abord les bustes de J. Malet et surtout celui de *Rolland,* clairon glorieux de Sidi-Brahim, puis ce joli paysage au bord de l'eau, *Sartine à Samoreau* de P. Brincourt ; cette vue de la *Vallée du Haut-Griffe* bordée de montagnes (Samoens), le *Vieux moulin de Hondschott* de Corteel et cette pittoresque *Chapelle Saint-Barthélemy à Octenville* de R. Thuillier et *L'étang sous bois* de Rignol.

Paulette Genet aime la brume et elle sait bien la rendre comme dans cette vue du *Bord de la Seine en septembre.* Cela ne l'empêche pas de savoir avec virtuosité faire jouer le soleil, dans cette charmante toile la *Pergola.* Quelques toiles intéressantes de L. Genet. Quel est le professeur de l'autre ?

J'aime beaucoup cette *Vue de la Place de l'Etoile prise d'une fenêtre,* garnie elle-même d'objets d'art, de Jais.

Les vues de Bretagne tel cet *Hôpital de Daoulas* avec sa chapelle plaisent toujours bien traitées par F. Gazeau.

Jacqueline Nissim expose un charmant *Buste d'enfant* et à côté Mme Ledoux-Lebard a créé une œuvre maîtresse, *Arc de printemps,* femme nue penchée pour embrasser un jeune enfant nu. Deux œuvres sculpturales des plus remarquables sont le buste si expressif du *Professeur Caullery* de J. Brouardel et *L'aveugle de Fez* si réaliste de F. de Herain qui présente en outre de jolies *médailles du Professeur Bordet et de Sicard de Plauzolles.*

Madeleine Mocquot ne se contente pas d'offrir au visiteur *Son bambino endormi,* elle n'abandonne pas la peinture avec raison, et elle expose de délicieux *paysages. L'église de Saint-Germain-des-Prés* charme le parisien par ses coloris, la *Plage de Greville* est des plus poétiques ; deux œuvres de qualités de J. Hallé.

Nicole Devraigne a peint avec science un nu féminin qui n'a pas la sveltesse moderne. J'aime cette *Porte de maison de campagne fleurie* de P. Darbois et l'on revoit avec plaisir ces vieilles fontaines du midi comme celle *aux Platanes* de M. Cormerais.

Deux tableaux intéressants de A. Dimanche; *Le quai du Roraire à Bruges* et ce *Pont Pinard à Semur-en-Auxois* couronné de maisons sur la hauteur et une délicate *Etude de fleurs.*

Les portraits sont rares à ce salon, il convient de citer *ce portrait d'enfant* plein de délicatesse de Barbie.

Zicca a exposé une toile importante qui ne manque pas de mérite. *Méditerranée,* comportant une bonne étude de rochers et de vagues. Les intérieurs d'église ornés de vitraux bien étudiés plaisent toujours, c'est le cas de l'*église de Saint-Michel,* de Suzanne Merot, Catherine Fourcade. Lemoine a bien observé *sa Vendeuse bédouine* accroupie et a peint *Une ferme* d'agréable vision.

Il y a dans ce salon beaucoup de natures mortes, il faut donner une mention spéciale à celle de Laude Placide.

De Gennes adore la mer et on le comprend quand on voit *Ses Thonniers* et *Les voiles,* d'une heureuse exécution.

Très artistiques séries de photographies de superbe facture.

Le grand clou de ce salon est la rétrospective de Sabouraud, qui fut un médecin de grande notoriété et un très grand artiste. Quel plaisir à voir ces *Deux baisers* de versions différentes et ses *Captives* de deux conceptions, *Sa danseuse sacrée* et son *Trophée* de grande allure avec quelques bustes très étudiés et de grandes figures *Sapho* et la *Pleureuse.*

Au sous-sol beaucoup d'aquarelles et de dessins souvent meilleurs que les peintures à l'huile.

G. Caussade reste toujours un humoriste aimable dans ses croquis au *Pays de la vie « chair »* Parmi les œuvres à citer notons *L'entrée de Servou* et *Mon jardin* de Vimereux, le *Marché d'Nice* plein de luminosité de Joséphine Thomassin, le *Vieux saule* et les *Meules en Berry* de A. Rosset, le *Portail de Parthenay* de Mahut, les *toits sour la neige à Dôle* de R. Billard, le délicieux *Portrait de gitane* de Pelbois.

Enfin pour terminer regardons le panneau réservé à la rétrospective de Fraikin, dont nous admirons cette vue de rue à arcades *Après la pluie,* le portail de l'*Eglise de Guettaria en Espagne, Saint-Etienne-du-Mont à Paris,* la *Vieille église de Royat.* En somme salon d'une bonne moyenne.

Dr M. VIMONT.

Nos réunions médicales

LA CÉRÉMONIE DU CINQUANTIÈME ANNIVERSAIRE DE L'INSTITUT PASTEUR

Les événements politiques de l'Europe Centrale ont fait un peu passer au second plan de l'actualité la commémoration du cinquantenaire de l'Institut Pasteur. Ce n'en est pas moins un anniversaire dont l'importance n'aurait pas besoin d'être signalée. C'est le 14 novembre 1888, que l'Institut Pasteur fut inauguré par le Président de la République alors en fonctions : M. Sadi Carnot.

Le 15 mars dernier, dans le grand amphithéâtre de l'Institut, trop étroit pour contenir toutes les personnalités, le souvenir de Pasteur et de son œuvre a été évoqué en grande pompe. La cérémonie, présidée par M. Marc Rucart, ministre de la Santé publique, se déroula en présence du Président de la République, accompagné de MM. Albert Sarraut, ministre de l'Intérieur, Georges Mandel, ministre des Colonies. Parmi les personnalités trop nombreuses pour être toutes citées, on pouvait reconnaître : le Professeur Louis Martin, directeur de l'Institut Pasteur; M. le Recteur Roussy, M. Charlety, ancien recteur ; le Professeur Béhal, président de l'Académie des sciences ; le Médecin général Sieur, président de l'Académie de médecine ; le Professeur Grégoire, président de l'Académie de chirurgie, les Professeurs Sergent, Debré, Perrin, Vincent, le Général Nollet, grand chancelier de la Légion d'honneur ; le médecin général Rouvillois, M. Langeron, préfet de police, les Professeurs Marchoux, Pettit, Levaditi, Ramon, MM. Pasteur Vallery-Radot et Adrien Loir, membres de l'Académie de médecine, petits-fils et neveu de Pasteur, des parlementaires et des membres du Conseil municipal de Paris.

Dans un discours, plein de faits et de souvenirs, M. Louis Martin rappela tout d'abord les luttes et l'œuvre de Pasteur et fit le point de tout ce que la science moderne lui doit.

Le Professeur Van Leghem (de Hollande) associa les délégués étrangers à cet hommage. Le Professeur Ramon montra une fois de plus les bons résultats obtenus dans la lutte contre la diphtérie. A l'heure actuelle où la notion de l'empire français se développe, il était normal que toutes les filiales coloniales de l'Institut Pasteur soient à l'honneur : M. Pasteur Vallery-Radot montra l'importance des service rendus par elles aux colonies.

Enfin, prenant la parole en dernier, M. Marc Rucart, ministre de la Santé publique, mit en relief le dévouement de ceux qui consacrent leur existence au progrès et au développement des sciences.

Avant de quitter l'Institut Pasteur, le Président de la République alla s'incliner sur la tombe de l'illustre savant.

Dans les heures parfois troublées que nous vivons, l'évocation du souvenir de Pasteur et de son œuvre paraît encore plus symbolique et bien faite pour donner au monde un exemple de la valeur française.

Dr Pierre LABIGNETTE
Chef du laboratoire de la Maternité de l'Hôpital Boucicaut

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Cours complémentaire d'obstétrique.** — M. le Docteur H. VIGNES, agrégé, a commencé le cours complémentaire d'obstétrique, le lundi 13 mars 1939, à 18 heures, à l'amphithéâtre Cruveilhier et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, au même amphithéâtre, à la même heure.

SUJET DU COURS : Dystocie ; Syndromes hémorragiques ; Infection puerpérale.

— **Cours de pathologie chirurgicale** (mars-avril. Professeur : M. Henri Mondor). — M. Paul FUNCK-BRENTANO, agrégé, a commencé son cours le samedi 4 mars 1939, à 17 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

PROGRAMME : Membre inférieur.

— **Cours de biochimie médicale** (Professeur : M. M. Polonovski). — M. le Professeur M. POLONOVSKI a commencé son cours, le mardi 7 mars 1939, à 16 heures, et le continuera les jeudi, samedi et mardi suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre Vulpian.

Le cours portera sur le programme de l'examen de fin d'année.

— **Cours de pathologie médicale.** — M. le Professeur Pierre ABRAMI a commencé son cours le samedi 18 mars 1939, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

OBJET DU COURS : Les maladies du foie et des voies biliaires.

— **Cours et travaux pratiques de physique médicale** (Deuxième année. Professeur : M. A. Strohl). — M. le Professeur A. STROHL a commencé son cours, le mardi 7 mars, à 17 heures, à l'amphithéâtre de physique, et le

continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

PROGRAMME — 1° Optique ; 2° Electrologie ; 3° Actinologie ; 4° Radiologie ; 5° Radio-activité.

Des exercices pratiques auront lieu, sous la direction de M. le chef des travaux, aux jours et heures indiqués à l'horaire des travaux pratiques, et porteront sur les matières enseignées au cours.

— **Clinique médicale des enfants** (Professeur : M. Nobécourt) et **Clinique de la tuberculose** (Professeur : M. J. Troisier). — Enseignement complémentaire. — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose infantile.* — Le Docteur P.-F. ARMAND-DELILLE, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, avec le concours du Docteur Ch. LESTOCQUOY, médecin-assistant, fera du mardi 16 avril au samedi 13 mai 1939, un cours pratique de perfectionnement sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des principales formes de la tuberculose infantile et s'étendra, en particulier, sur le pneumothorax thérapeutique et la cure héliothérapique, ainsi que sur l'assistance médico-sociale à l'enfant tuberculeux, la préservation de l'enfance contre la tuberculose et la vaccination de Calmette.

Chaque matin, à 10 heures, visite dans les salles Gillette et Damaschino, avec examens cliniques, examens radiologiques et recherches de laboratoire.

Leçon à 11 heures, dans l'amphithéâtre de la clinique médicale des Enfants, hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.

Droits d'inscription : 300 francs. Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

OBJET DU COURS. — 1. Conditions et modes de l'infection tuberculeuse chez l'enfant. La contagion tuberculeuse. — 2. Primo-infection : Tuberculose pulmonaire du nourrisson. — 3. Primo-infection : Tuberculose des ganglions bronchiques. — 4. Primo-infection : Stade de généralisation (Tuberculose miliaire, granulie). — 5. Tuberculose de réinfection : Spléno-pneumonies. — 6. Tuberculose de réinfection : Pneumonies tuberculeuses et formes ulcéro-caséeuses de l'enfant et de l'adolescent. — 7. Pneumothorax thérapeutique chez l'enfant. — 8. Diagnostic de la dilatation bronchique et des affections pseudo-cavitaires du poumon ; Injections intra-trachéales de lipiodol. — 9. Tuberculoses atténuées des séreuses ; Pleurésies et péritonites. — 10. La fièvre de tuberculisation ; Son diagnostic différentiel avec les états infectieux qui peuvent la simuler. — 11. Tuberculoses ostéo-articulaires et leurs complications. — 12. Tuberculoses viscérales ; Symphyse péricardique et cirrhose cardio-tuberculeuse. — 13. Tuberculose rénale. — 14. Tuberculoses cutanées et gommes tuberculeuses. — 15. Erythème noueux. — 16. Méningite tuberculeuse. — 17. Diagnostic bactériologique de la tuberculose chez l'enfant ; Recherche du bacille dans le contenu gastrique. — 18. Culture du bacille d'après les méthodes nouvelles ; Réactions cytologiques et sérologiques dans les tuberculoses infantiles. — 19. Principes de thérapeutique médicamenteuse et spécifique. — 20. Physiothérapie : Cure sanatoriale, héliothérapie en altitude et thalassothérapie. — 21. Rôle de l'assistance sociale dans la lutte contre la tuberculose infantile. — 22. Prophylaxie : la préservation de l'enfance contre la tuberculose ; l'Œuvre Grancher. — 23. La vaccination antituberculeuse de Calmette. — 24. Visite d'un foyer de placement familial de l'Œuvre Grancher avec Centre d'élevage de nourrissons.

— **Hospice des Enfants-Assistés.** *Chaire d'hygiène et de clinique de la première enfance* (Clinique Parrot). — M. le Professeur P. Lereboullet a repris ses leçons cliniques le mercredi 8 mars, à 10 h. 45, à l'hospice des Enfants-Assistés (74, rue Denfert-Rochereau) et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT. — Le lundi, à 11 heures : Conférence sur les troubles de la croissance et de la nutrition chez le nourrisson par M. Marcel LELONG, agrégé, à l'amphithéâtre Parrot.

Le mardi, à 10 h. 45 : au pavillon Pasteur, consultation de neuro-psychiatrie infantile par le Docteur PICHON, médecin des hôpitaux, et le Docteur H. CODET ; consultation de dermato-syphiligraphie infantile par le Docteur M. BENOIST, ancien chef de clinique ; à 11 heures : Présentation de malades à l'amphithéâtre Parrot par le Professeur LEREBOULLET.

Le mercredi, à 11 heures : Leçon clinique à l'amphithéâtre Parrot par le Professeur LEREBOULLET.

Le jeudi, de 10 heures à midi : au pavillon Pasteur, consultations de nourrissons et policlinique de la seconde enfance ; à 10 heures : Leçon de clinique du premier âge par M. Marcel LELONG, dans le service de médecine.

Le vendredi, à 10 heures : au pavillon Pasteur, consultation de médecine infantile et de dermato-syphiligraphie ; à 11 heures : Présentation de malades à l'amphithéâtre Parrot et conférence de diététique et de thérapeutique infantile par le Professeur LEREBOULLET.

Le samedi, de 10 heures à midi : au pavillon Pasteur, consultations de nourrissons et policliniques ; à 11 heures : Présentation de malades par le Professeur LEREBOULLET et les chefs de clinique.

Tous les matins, à 10 heures, visite par le Professeur LEREBOULLET et le Docteur Marcel LELONG, agrégé, dans les salles de médecine et les nourriceries.

— **Hôpital de la Pitié.** *Cours de clinique thérapeutique médicale* (Fondation du Duc de Loubat. Professeur : M. F. Rathery). — M. le Professeur F. Rathery fait son cours de clinique thérapeutique tous les jeudis à 10 h. 30, à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital.

POLICLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE à la salle de consultation du service, par le Professeur F. RATHERY :

Mardi et vendredi, à 11 h. 15 : Diabète et maladies de la nutrition ; Rhumatismes.

Mercredi, à 11 h. 15 : Maladies médicales des reins.

9 heures à 9 h. 30 : Tous les jours, leçon élémentaire de séméiologie par les chefs de clinique et les internes du service.

9 h. 30 à 10 h. 30 : Visite dans les salles.

10 h. 30 à 11 h. 15 : Les lundis, mardis, mercredis et vendredis, présentation de malades sous la direction du professeur, par M. MOLLARET, agrégé, MM. BOLTANSKY, KOURILSKY, Julien MARIE, médecins des hôpitaux, MM. DEROT, DUPEYRAT, BACHMAN, BARGETON, DOUBROW, FERROIR, Jean HESSE, HUREZ, Mme Yon JOMIER, Mlle JAMET, MM. LARGEAU, MOLINE, PAUTRAT, SALLET, SIGWALD, THOYER, TURIAF, à la salle de conférence du service.

11 h. 15 à midi : Examens spéciaux (facultatifs pour les stagiaires).

CONSULTATIONS EXTERNES (assistants Docteur FROMENT, Docteur MOLINE) : mardi et vendredi, à 9 heures, Diabète sucré et maladies de la nutrition ; mercredi, à 9 heures, Maladies médicales des reins, Rhumatismes ; jeudi, à 9 heures, Examens des malades nouveaux.

EXAMEN RADIOLOGIQUE (Assistant : Docteur PIFFAULT), mercredi et samedi.

COURS DE PERFECTIONNEMENT

I. *Les thérapeutiques nouvelles* : Conférences qui auront lieu le dimanche, à 10 h. 30, les 23 avril, Docteur F. BORDET, ancien chef de clinique à la Faculté ; 30 avril, Docteur TINEL, médecin des hôpitaux ;

7 mai, Professeur Clovis VINCENT ; 14 mai, Professeur H. CLAUDE ; 21 mai, Docteur DUREL, médecin de Saint-Lazare ; 4 juin, Docteur MILIAN, médecin honoraire des hôpitaux ; 11 juin, Professeur NOBÉCOURT.

II. *Les maladies du rein* : Cours de perfectionnement du 12 au 21 juin. Leçons théoriques et exercices pratiques.

III. *Le diabète sucré* : Cours de perfectionnement du 9 au 21 octobre. Leçons théoriques et exercices pratiques.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôpital Boucicaut.** *Deux cours de perfectionnement sur la tuberculose pulmonaire et les suppurations bronchiques, pulmonaires et pleurales.* — Ces cours auront lieu sous les auspices du musée-laboratoire Letulle, à l'hôpital Boucicaut, 78, rue de la Convention, du mardi 30 mai au lundi 1er juillet 1939. Ils seront donnés sous la direction de M. le Professeur honoraire Emile SERGENT avec le concours de ses anciens collaborateurs.

Droits d'inscription : pour les deux cours réunis, 350 francs ; pour le premier cours seulement (sur la tuberculose), 250 francs ; et, pour le deuxième cours seulement (sur les suppurations bronchiques, pulmonaires et pleurales), 150 francs.

S'inscrire au musée-laboratoire Letulle, à l'hôpital Boucicaut, ou au secrétariat de la Faculté de médecine.

Des bourses seront données par le Comité national de défense contre la tuberculose (s'adresser, 66, boulevard Saint-Michel).

Le programme détaillé de cet enseignement, qui sera le même que celui de l'année 1938 (conférences, démonstrations pratiques dans les services hospitaliers et dans les laboratoires) sera publié ultérieurement.

— **Concours de nomination de chirurgien des hôpitaux** (*2 places*). — *Jury* : MM. Oberlin, Martin, Lenormant, Moure, Charrier, Berger, Trémolières.

— **Concours de l'internat** (oral). *Séances du* 10 *mars* : M. Ferrand (Guy), 20 ; Mlle Meugé, 22 ; MM. Brenier, 19 ; Tola Ricardo, 15 ; Haguet, 24,5 ; Pluvinage, 23 ; Le Brigand (Henri), 29 ; Le Brigand (Jean), 26 ; Seyer (Jean), 26.

Questions : Formes cliniques de la pneumonie du sommet. — Les phlegmons du plancher de la bouche.

M. Braillon, 16 ; Mlles Saulnier, 20 ; Meunier, 25,5 ; Caulliez, 21 ; MM. Pergola, 24 ; Godlewski, 21 ; Marchal, 16 ; Bernard (Pierre-Maurice), 14 ; Pradelle, 16 ; Mlle Jurain, 24,5.

Questions : Rupture traumatique de l'urèthre périnéo-bulbaire. — Symptômes de tabès à la période préataxique.

Séance du 11 *mars* : Mlle Chaillet, 17 ; MM. Ronsin, 25 ; Nehlil, 20 ; Michon (Jacques), 26 ; Hervet, 15 ; Brac, 10 ; Mlle Samuel, 22 ; MM. Auquier, 18 ; Mage (Jean), 16,5 Sicard (Jacques), 22.

Questions : Signes et évolution de la maladie de Basedow. — Les complications de la hernie crurale

Séance du 13 *mars* : MM. Hadengue, 19 ; Piard, 23 ; Henrot, 20 ; Kartun, 21 ; Jardel, 22 ; Tricot, 25 ; Royer, 16,5 ; Berthon, 21,5 ; Mlle Rosenthal, 22 ; M. Courchet 17,5.

Questions : Pancréatite aiguë hémorragique. — Signes, diagnostic du pneumothorax total spontané.

Séance du 14 *mars* : Mme Cachin, 10 ; MM. Moch, 21; Blondé, 17 ; Hermann, 18 ; Lang, 26 ; Joinville, 26 ; Krotss, 21 ; Schneider (Maurice), 16 ; Blancard, 18 Medvedeff, 10 ; Pierry, 12.

Questions : Formes cliniques et diagnostic des gangrènes diabétiques des membres inférieurs. — Complications des fibromes utérins.

Séance du 15 *mars* : MM. Devieux, 15 ; Mlle Antoine, 23 ; MM. Sriber, 18 ; Grel, 17 ; Lelièvre, 16 ; Tostivint (René), 21 1/2 ; Mlles Hahn et Garnier (Marie), 21 ; MM. Bertier (Jacques), 14 ; Richet, 25 ; Ancelin, 19.

Questions : Formes cliniques du cancer du sein. — Discussion du diagnostic d'une sténose pylorique chez l'adulte.

— **Répartition dans les services hospitaliers** *des élèves internes et externes en médecine pour l'année* 1939-1940. — Les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle des concours de l'Administration, rue d'Arcole, n° 2, à leur répartition dans les établissements de l'Administration pour l'année 1939-1940, savoir :

MM. les élèves internes (pour entrer en fonctions le 25 avril 1939) : Internes entrant effectivement en 4e année, le lundi 27 mars 1939, à 15 heures ; internes entrant effectivement en 3e année, le mardi 28 mars 1939, à 15 heures ; internes entrant effectivement en 2e année, le mercredi 29 mars 1939, à 15 heures ; internes entrant à effectivement en 1re année, le jeudi 30 mars 1939, à 15 heures.

MM. les élèves externes en premier (pour entrer en fonctions le 25 avril 1939), le vendredi 31 mars 1939, à 15 heures ;

MM. les élèves externes (pour entrer en fonctions le 15 mai 1939) : de 6e année (ayant concouru en 1933), le mercredi 26 avril 1939, à 15 heures ; de 5e année (ayant concouru en 1934), le jeudi 27 avril 1939, à 15 heures ; de 4e année (ayant concouru en 1935), le vendredi 28 avril 1939, à 15 heures ; de 3e année (ayant concouru en 1936) du n° 1 au n° 200, le mardi 2 mai 1939, à 15 heures ; de 3e année (ayant concouru en 1936), du n° 201 à la fin, le mercredi 3 mai 1939, à 15 heures ; de 2e année (ayant concouru en 1937) du n° 1 au n° 200, le jeudi 4 mai 1939, à 15 heures ; de 2e année (ayant concouru en 1937), du n° 201 à la fin, le vendredi 5 mai 1939, à 15 heures ; de 1re année (ayant concouru en 1938), du n° 1 au n° 200, le lundi 8 mai 1939, à 14 h. 30 ; de 1re année (ayant concouru en 1938), du n° 201 à la fin, le mercredi 10 mai 1939, à 14 h. 30.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Contre la dénatalité et les avortements criminels

Nous recevons de l'Association « Médecine et Famille » le vœu suivant auquel nous ne pouvons que nous associer avec toute notre conviction sincère et notre énergie :

A Monsieur le Président du Conseil,

Considérant que les désastres de septembre et de mars sont la conséquence de la situation démographique de la France et qu'il est inutile de poursuivre une politique de défense impériale si cette politique démographique n'est pas redressée,

Que les 600.000 assassinats d'enfants que sont les avortements criminels, compromettent chaque année de plus en plus l'avenir du Pays,

Médecins et pharmaciens français, en accord avec leurs grandes associations et l'Académie de médecine, supplient le Chef du Gouvernement, que les nouveaux décrets lois assurent la défense du pays, en engageant désormais une politique de la famille et une lutte implacable contre les avorteurs criminels avec des moyens en rapport avec les circonstances exceptionnellement tragiques.

Aux pères et aux mères de familles nombreuses qui seuls, et à la place de ceux qui ont refusé de transmettre la vie, ont des charges écrasantes, les décrets-lois pour la défense du pays, permettront de poursuivre tout leur devoir, grâce à une meilleure situation morale et matérielle, en assurant l'avenir du pays.

Rappelons que tout dernièrement, dans le *Concours Médical* du 19 mars 1939, page 850, dans un article intitulé : *A propos de la dépopulation. La nécessité d'une mystique de la famille et de la répression draconienne de l'avortement criminel*, nous avons soutenu les idées émises dans le vœu ci-dessus que nous approuvons absolument.

J. Noir.

La Ligue médicale de Défense professionnelle ; « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 150.000 francs. Et cette garantie est portée à 1.000.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical*.

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien pécuniaire dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

ORDRE DU JOUR

voté par le Conseil d'administration du Syndicat des Médecins de la Seine le 7 mars 1939

Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine,

Considérant qu'en cas de mobilisation les médecins ont à accomplir une tâche qui, dans les limites de leurs possibilités physiques et physiologiques, est exactement du même ordre que celle qu'ils accomplissent dans l'exercice de leur profession,

Qu'ainsi les conditions de limite d'âge ne devraient pas jouer pour eux comme pour ceux qui, mobilisés, se trouvent dans des conditions différentes de leur vie normale,

Que, pour assurer les soins nécessités, tant pour la défense passive que pour la population civile, il est indispensable d'avoir un nombre de médecins supérieur à celui que donne la mobilisation dans les conditions actuelles,

Pense que la meilleure solution à ce problème serait de reculer de cinq années la limite d'âge des médecins et de favoriser les engagements au titre militaire pour la durée de la guerre.

Et qu'ainsi le Service de santé militaire pourrait les répartir beaucoup plus judicieusement, suivant leurs possibilités, qu'en maintenant la division qui est la conséquence d'une mise hors cadre prématurée dans leur cas.

***

A notre avis, le premier paragraphe de cet ordre du jour doit vraisemblablement être interprété comme s'adressant aux seuls médecins qui appartiennent à la 2e réserve de l'armée, c'est-à-dire qui bénéficient en principe d'une affectation à l'intérieur. C'est dans ces conditions seules que leur tâche professionnelle peut être comparée à celle du temps de paix. Car, pour l'homme de troupe comme pour l'officier, la vie en campagne impose des efforts et des fatigues, qui excèdent singulièrement ceux du séjour en garnison.

Sous cette réserve, on comprend la signification du deuxième paragraphe. Si l'on prend comme exemple la défense passive, le rôle du médecin consiste, en effet, non pas à rester longtemps exposé au danger, muni de son masque pour la relève des blessés et gazés. Plus simplement, il rejoint par les moyens les plus rapides son poste de secours, pour y prodiguer ses soins dans des conditions presque normales. Une seule remarque : c'est la possibilité d'occupations de nuit

répétées avec fréquence, et causes d'un excès de fatigues.

Ainsi en sera-t-il : 1° pour les médecins de la 2e réserve, affectés suivant les *disponibilités de l'armée* à la défense passive (art. 11, § *d*, de la loi du 13 juillet 1938 ; 2° pour ceux qui sont maintenus à la disposition du même service, pendant les deux années qui suivent leur libération normale des obligations militaires (même article, § *c*, même loi).

Cependant au delà de cette période supplémentaire, qui mène approximativent à l'âge de 51 ans, une loi vient protéger les intérêts de nos confrères, désireux de s'employer à la défense passive et de bénéficier en même temps d'une rémunération honorable. C'est la loi du 29 juin 1931, complétée par celle du 16 février 1932, et par un décret du 9 mars 1932 : par ces textes règlementaires, est établi le droit pour les officiers rayés des cadres, pour les officiers honoraires, dégagés de leurs obligations militaires après un maintien supplémentaire dans les cadres, de pouvoir contracter un engagement volontaire pour le cas d'une guerre éventuelle. Ils récupéreront alors leur grade (et sa solde bien entendu), et recevront une affectation dans la défense aérienne du territoire.

Une seule condition : l'aptitude physique suffisante. Mais n'existe-t-elle pas suffisante pour tout médecin, qui continue à exercer sa profession ?

Que nos confrères dégagés d'obligations militaires, s'engagent donc dans ces conditions ; ils éviteront la réquisition civile pour le même service, et de plus, ils seront assurés de recevoir une solde honorable, ainsi que de bénéficier des autres avantages qui sont assurés à tous les mobilisés.

G. F.

Syndicat des médecins de la Seine et des communes limitrophes

Remplacements français ou naturalisés

L'Office du Syndicat des médecins de la Seine pour la répression de l'exercice illégal de la médecine attire l'attention des médecins et des étudiants sur les dispositions de la loi sur l'exercice de la médecine concernant les remplacements.

Les remplaçants doivent être Français ou naturalisés, ayant satisfait à toutes les conditions imposées par la loi du 26 juillet 1935 ; ils doivent avoir vingt inscriptions de doctorat d'Etat ou seulement seize inscriptions s'ils sont nommés internes au concours.

En outre, ils doivent être autorisés par le Préfet suivant la demande faite par le médecin remplacé responsable des illégalités commises.

BUREAU DE VOYAGES

Pour vos vacances... Un beau voyage...

Avec les beaux jours, le printemps, la première évasion pour les fêtes de Pâques, vous commencez à penser à vos vacances.

Pourquoi ne feriez-vous pas un beau voyage ? Trop fatigant, dites-vous, et vous préférez le repos. Et pourtant, vous pouvez voyager sans fatigue, sans aléas, grâce à nos itinéraires individuels. Plus d'indicateur à consulter, plus de carte à déchiffrer, plus d'hôtel à chercher à l'arrivée, plus de prix à débattre ni de « coup des fusil » à craindre, les excursions les plus agréables vous sont indiquées. En un mot, plus de soucis, tout sera préparé pour vous permettre de jouir au maximum de votre voyage et d'avoir de véritables vacances de repos.

N'hésitez pas à nous soumettre vos projets, nous vous enverrons un itinéraire combiné de la façon la plus intéressante, d'après vos désirs, et nous vous indiquerons également le prix de votre voyage.

En nous écrivant, veuillez nous donner les renseignements suivants : nombre de personnes (adultes ou enfants), classe d'hôtel, nombre de chambres, classe utilisée en chemin de fer, avez-vous une carte de réduction ou de surclassement ; veuillez nous indiquer également vos désirs particuliers.

Notre Bureau de Voyages est à votre service pour tous vos déplacements ; il vous conseillera, vous aidera, vous renseignera gratuitement. Il vous fournira également, au tarif officiel et sans aucune majoration tous billets de chemin de fer, de bateau, de croisières, tant en France qu'à l'étranger.

La Ligue médicale de Défense professionnelle « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 150.000 francs. Et cette garantie est portée à 1.000.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical*.

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien pécuniaire dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

●●●

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Au cours de sa Réunion du 28 février 1939, le Conseil a prononcé l'admission de MM. les Docteurs :

13.648 BARUCQ, Ambares (Gironde). Parrains : Docteurs Seleilhau et Pouget.
13.649 BATAILLE. Chaumont-en-Vexin (Oise). Parrains : Docteurs Varin et Jenty.
13.650 BEGHIN, Vouneuil-sur-Vienne (Vienne). Parrains : Docteurs Betaillon et Pichant.
13.651 BORRIONE, Aime (Savoie). Syndicat médical de la Savoie.
13.652 DALBAN, Viriville (Isère). Syndicat de Saint-Marcellin.
13.653 DAUNIS, Vouille (Vienne). Parrains : Docteurs Quivy et Daunis.
13.654 DELAHOUSSE, Roubaix (Nord). Parrains : Docteurs Delahousse (Joseph) et Delahousse (Félix).
13.655 DIVE, Bergerac (Dordogne). Parrains : Docteurs Dive et Rousseau.
13.656 FLEURY, Saint-Symphorien (Indre-et-Loire). Association des externes et des anciens externes des hôpitaux de Paris.
13.657 GEORGET, Fontenay-le-Comte (Vendée). Parrains : Docteurs Jouchères et Guéry.
13.658 JACQUOT, Danjoutin (Belfort). Syndicat de Belfort.
13.659 JUDET, 3, square Desaix, Paris (15e). Parrains : Docteurs Henri et Jean Judet.
13.660 LANGRAND, Tourcoing (Nord). Syndicat médical de Tourcoing.
13.661 LEMONON, Saint-Donat-sur-l'Herbasse (Drôme) Parrains : Docteurs Lemonon père et Brunet.
13.662 LIOT, Lorient (Morbihan). Syndicat médical.
13.663 MARCY, Chambéry (Savoie). Parrains : Docteurs Strée et Foubert.
13.664 MARTIN, Sauvé (Gard). Parrains : Docteurs Flaissier et Bentkowski.
13.665 MATHEY, Vesoul. Syndicat médical de la Haute-Saône.
13.666 MERCIER, Nantua (Ain). Syndicat médical du Pougey et du Pays de Gex.
13.667 MERMET, Lons-le-Saunier (Jura). Syndicat des médecins de l'arrondissement de Lons-le-Saunier.
13.668 NEAU, Pin-l'Emagny (Haute-Saône). Parrains : Docteurs Marchallot et Prince.
13.669 OTTAVIANI, 11, rue Lyrot, Libourne (Gironde). Syndicat des médecins de la Gironde.
13.670 PELLET, Grenoble (Isère). Parrains : Docteurs Pellet et Tauveron.
13.671 PETY, Looberghe (Nord). Syndicat médical de Dunkerque.
13.672 THIMONNIER, Meaulne (Allier). Association des médecins des Enfants-Assistés.
13.673 VABOIS (Marguerite), 133, rue Saint-Dominique, Paris (7e). Syndicat des médecins de la Seine.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours qui suivront la présente publication (art. 5 des Statuts).

◆ ◆ ◆

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Accidents du Travail

1.858. — Interventions à l'hôpital

Comment, d'après la nouvelle loi sur les accidents du travail, puis-je être honoré, pour les radiographies que je fais aux blessés de cette catégorie, à l'hôpital ?

Je suis le médecin-radiologiste de l'hôpital — qui pour cela ne me donne pas d'indemnité ; simplement, lorsque j'y radiographie des assurés sociaux, l'hôpital m'alloue l'indemnité que verse la Caisse d'assurances sociales pour le dit examen. Pour les accidentés du travail, je ne recevais jusqu'à présent aucun honoraire.

Je crois que d'après la loi de juillet 1938, à partir du 1er janvier 1939, le prix des examens radiologiques n'est pas compris dans celui de la journée d'hôpital, mais est payé en sus au tarif accidents du travail. Dans ce cas, qui doit présenter la note : l'hôpital ou moi ? Faut-il envoyer au patron (ou plutôt à l'Assurance qui se substitue à lui en général) un double des clichés ?

Enfin, si c'est moi qui envoie la note et les clichés, puis-je, en fournissant les films à l'hôpital demander la totalité des honoraires ; sinon quelle part revient à l'hôpital ? et à moi-même ?

Dr S.

Réponse

Vous avez, suivant la nouvelle loi, et depuis le 1er janvier 1939, à envoyer une note d'honoraires pour toute « intervention » à l'hôpital (donc pour une radio). Quant au prix, il faut attendre la parution à l'*Officiel* du tarif, ce qui ne tardera guère, alors que nous sommes précisément occupés actuellement à le dresser à la Commission du tarif. Je pense que cette parution aura lieu à la fin de mars, avec rétro-activité naturellement au 1er janvier 1939.

Dr F. DECOURT.

1.901. — Infiltrations anesthésiques

Une Compagnie d'assurances prétend que, en matière d'infiltrations analgésiques périarticulaires, méthode de Leriche, le prix de 50 francs comprend une série d'infiltrations et, alors qu'un mémoire envoyé comprend : une série de piqûres périarticulaires le 23 novembre, une série le 26 novembre, une série le 1er décembre 1938, prétend ne me payer qu'une fois 50 francs et deux fois 17 francs ?

Il me semble évident que chaque séance d'infiltrations périarticulaires est tarifée 50 francs. D'ailleurs les tarifs officiels ne font aucunement allusion aux « séries ».

Certains traumatismes sont réglés avec une séance, d'autres avec trois ou quatre. Il est évident que la loi n'a jamais envisagé de « forfait ».

Dr M.

Réponse

Nous étudions actuellement à la Commission ministérielle du tarif des accidents du travail, les modifications, précisions et additions à y ajouter. Or, lors d'une des dernières séances, cette question a été examinée à la Sous-Commission et il fut entendu que par « infiltrations anesthésiques » (au pluriel) il y avait lieu de comprendre l'ensemble de celles-ci, et non pour chaque séance, comme majoration à effectuer à la place du prix ordinaire de visite ou consultation. Ceci n'est pas encore officiel, puisque non-convenu à la Commission plénière, puis signé du ministre. Je vous donne donc cela simplement à titre d'information. Mais il est à peu près certain qu'il en sera définitivement ainsi.

Dr F. DECOURT.

1.889. — La collaboration entre deux médecins dans une intervention chirurgicale

Je vous serais très obligé de vouloir bien me donner votre avis autorisé sur les cas suivants :

Une Compagnie d'assurances peut-elle refuser de payer à un chirurgien le montant d'une consultation avec confrère dans les cas suivants :

1° Un confrère conduit un accidenté du travail au cabinet du chirurgien situé dans la clinique où il opère. Après consultation avec le médecin traitant, l'intervention est décidée et aussitôt pratiquée.

Le chirurgien adresse ensuite à la Compagnie son mémoire ainsi établi :

x décembre 1938 :

Consultation avec confrère	51 fr.
Radiographie	125 fr.
Réduction et contention par appareil plâtré d'une fracture de la jambe droite	220 fr.

2° Un médecin désire prendre l'avis d'un chirurgien au cours d'un traitement institué. Il conduit son client au cabinet du chirurgien (à la clinique). Après examen une opération est décidée et pratiquée le même jour.

Le chirurgien adresse à la Compagnie son mémoire ainsi rédigé :

x janvier 1939 :

Consultation avec confrère	51 fr.
Radiographie	225 fr.
Ostéosynthèse avec plâtre	825 fr.

Le refus de payer ces consultations est basé sur les dispositions de l'article 13 du tarif des frais médicaux concernant l'interdiction du cumul d'une intervention et d'une visite.

Pareil refus sera opposé naturellement au médecin traitant qui demanderait à être honoré à la fois comme médecin consultant et comme aide à l'opération ; seule l'assistance dont le prix est le plus élevé sera payée.

Dr L.

Réponse

Cela dépend des cas. S'il y avait lieu à une véritable consultation en vue d'une intervention chirurgicale douteuse, la dite consultation serait due. Mais ce cas est plutôt exceptionnel. Dans le premier cas cité par vous, il est évident qu'en cas de fracture, s'imposait une « réduction et contention ». On ne pourrait donc cumuler les deux actes.

Dans le second cas, la radiographie, n'est pas l'objet d'une « consultation entre confrères » puisque le radiographe est tenu de fournir au patron plus au blessé, en outre des radios un « commentaire détaillé » (voir art. 27. Observ. 6°) ce qui constitue la « consultation » du radiographe. De même enfin, on ne saurait compter à la fois « une consultation » plus une « aide » opératoire, cette dernière comprenant évidemment la première chose, c'est-à-dire la collaboration des deux médecins dans l'acte chirurgical.

Dr F. Decourt.

b) *Assurances sociales*

1.878. — Qui a pratiqué réellement le curettage ?

En qualité d'abonné au *Concours*, je me permets de vous demander un renseignement au point de vue d'un différend avec une Caisse d'assurances sociales.

J'ai fait d'urgence un curettage chez la femme d'un assuré pour hémorragie post-abortem. Curettage fait sur place par moi-même. Inutile de décrire dans quelles très mauvaises conditions.

Après sédation de l'hémorragie et enlèvement à peu près complet de débris placentaires. J'ai envoyé cette malade à l'hôpital en demandant une révision utérine et une surveillance de la malade.

Le Docteur G. a pratiqué cette deuxième intervention et n'a ramené que quelques débris, m'a-t-il dit.

La Caisse et en son nom le médecin-contrôleur ne

veut pas rembourser l'acte de petite chirurgie ? que j'ai fait moi-même, me disant ceci :

« Le curettage ne peut être payé deux fois. Il y a donc lieu de payer PC1 pour traitement de l'hémorragie et K20 à l'hôpital. »

Je trouve un peu cavalier cette façon de procéder, car j'ai bel et bien fait un curettage et non une simple infection intra-utérine ou un tamponnement. De plus la malade n'était pas transportable.

Dr C.

Réponse

Cas embarrassant, car la Caisse, en effet, ne saurait payer deux fois un seul et même curettage utérin. Il y a donc lieu de vous entendre avec le médecin de l'hôpital afin de décider lequel de vous deux a effectué réellement ledit curettage. Et, évidemment, c'est celui qui a réellement effectué le curettage qui sera en droit d'en réclamer le montant... à l'intéressée. Car, il ne faut pas oublier qu'en raison de « l'entente directe », c'est la malade et non la Caisse qui doit payer l'intervention. Ensuite elle se fera rembourser celle-ci par la Caisse au taux du tarif de remboursement de cette Caisse. De toute façon, elle ne touchera de la Caisse qu'un seul remboursement et non deux, c'est évident.

Dr F. DECOURT.

1.788. — A propos des PC. et des K.

Je vous serais obligé de me donner le conseil ci-dessous sollicité : assuré social, pneumonie, pleurésie purulente, veut rester chez lui pour être opéré, ce qui est fait.

Ai donc à faire les pansements lavage, de plèvre au bock, nettoyer, remettre les drains.

Il me semble que cela vaut plus qu'une simple consultation. J'ai bien envie en sus de ma visite de marquer un PC. Lequel PC2 ?

Je ne crois pas qu'on puisse m'opposer un tout compris puisque soins à domicile ?

Secondairement le malade fait une vomique. Je fais radio, gros abcès du poumon. Le malade est réopéré en clinique cette fois et me revient avec pansement journalier consistant à mettre très profondément dans le thorax une longue mèche bourrant bien.

Même question, suis-je en droit de compter un PC ?

Je sais bien qu'en assurances sociales, je facture ce que je crois honnêtement, quitte à la Caisse à rembourser ce qu'elle veut.

Mais je préférerais avoir le droit pour moi.

Je redis soins à domicile.

Dr C.

Réponse

a) Si vous avez fait une thoracenthèse, c'est là une intervention de la petite chirurgie marquée

en PC. et à la suite de laquelle vous pouvez compter les visites consécutives. Par contre, s'il s'agissait d'une intervention chirurgicale inscrite dans la nomenclature et marquée en Kx, ce Kx comprend les soins consécutifs pendant vingt jours, laps de temps pendant lequel vous n'avez rien à marquer sur la feuille de maladie.

b) Une radio, bien que marquée en K dans la nomenclature, n'est pas une intervention chirurgicale mais un examen en vue de diagnostic à poser. Evidemment, la question des vingt jours ne se pose pas dans ce cas.

Dr F. DECOURT.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

1.034. — Périodes d'instructions obligatoires

Pouvez-vous me renseigner par l'intermédiaire de votre rubrique « Correspondance » du *Concours Médical*, sur ma situation militaire.

J'ai suivi les cours de P. M. S. en 1929-1930, préparé, subi et obtenu le brevet, au concours en 1930. Etant de la classe 1928, j'ai épuisé mes sursis, puis ai été réformé, sans avoir jamais fait de service militaire.

Ces jours-ci, j'ai demandé à repasser devant un Conseil de réforme qui m'a repris service armé. J'ai posé ma candidature pour subir un examen (?) à seule fin d'être médecin sous-lieutenant.

Si, avant cet examen, une mobilisation générale est décrétée, que suis-je ? Le brevet de P. M. S. me conférait le titre de médecin adjudant. Puisque je suis à nouveau service armé, ai-je perdu ce bénéfice du concours passé ? M'est-il absolument indispensable de repasser un examen pour être officier ?

Dr C.

Réponse

Puisque vous appartenez à la première réserve, vous devez être soumis aux obligations de votre classe d'âge 1928, c'est-à-dire seulement aux mêmes périodes de réserve que cette classe. Il est cependant possible que, par analogie avec ce qui se passe pour les étrangers naturalisés, non incorporés en raison de leur âge, la durée de votre première période soit portée à huit semaines. Sans passer de nouvelles épreuves, vous garderez le bénéfice de votre P. M. S. et serez incorporé avec le grade de médecin auxiliaire.

Pour plus amples renseignements au sujet de votre première convocation adressez-vous à votre Bureau de Recrutement.

Soixante et unième année N° 14 2 Avril 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

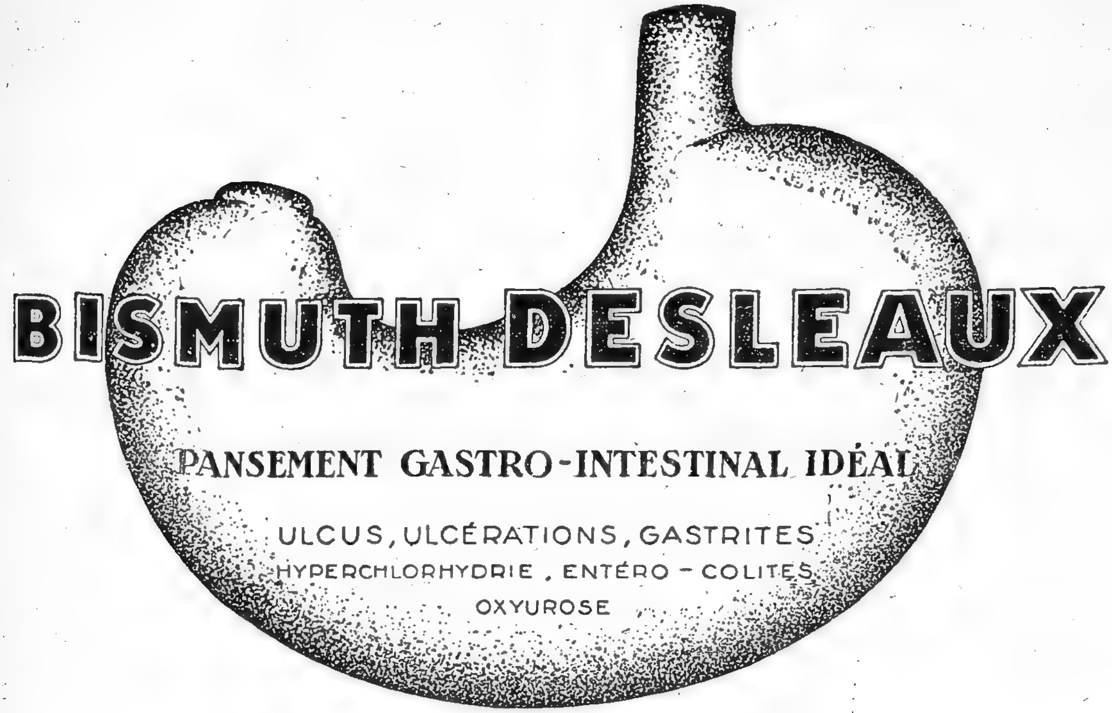
Partie Professionnelle

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.

Demi-Colonnes

Renseignements



DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

N° 99. — Seine. A céder pour cause départ, cab. méd. génér. datant de 20 ans, en plein rendem. Appartem. 5 p., cuis., cab. toil. : 4.500. Prix : 55.000. Pourrait céder instrum. et meubles profess. Conviendr. à médec. jeune et actif.

N° 100. — Jne méd. franç. au courant pneumo, radio, labo, désire place assist. sana, ou aide, ou remplacem. cab. phtisiolog.

N° 101. — Bonnes occas. autoclave double 4 kil. 34 × 60 à stérilis. continue. Remis à neuf par l'usine : 3.500. Visible chez Lequeux, 64, rue Gay-Lussac, Paris.

N° 102. — Paris. Près centre, quart. popul. cherche confr. spécial, pour collaborat. à un centre médic. Frais modérés. Très intéress.

N° 103. — Appartem. à vend., prem. étage, 6 p., quart. Malesherbes. Renseign. Carnot 13-59.

N° 104. — Je cherche client. de cabinet ou établissem., pas de visites, bon rapport, Paris ou proximité. Indiquer le chiffre.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Vallée de la Seine, 45 kil. Paris, poste ancien à céd. bonnes conditions.

75 kil. Paris. Joli pays, seul méd., poste ancien et stable, belle propriété à louer 6.000. Indemnité 35.000 cpt.

Ville maritime Ouest, prox. stat. agréables. Radiologie, cab. très ancien avec très belle habit. tout conf. plein centre. Prix 40.000.

Vallée du Rhône. Très import. situat. méd. gle dans ville 10.000 habitants fixes. Grde maison tout confort, parc. Indemn. 100.000 avec facilités de paiement.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** — *La transfusion sanguine en temps de guerre.* — L'Académie a voté les conclusions suivantes du rapport de M. Lenormant sur cette question :

« L'Académie émet le vœu que soit prévue, dès le temps de paix, l'organisation de Centres chargés de la préparation du matériel nécessaire à la transfusion du sang humain conservé.

« Afin d'éviter, au moment d'une mobilisation éventuelle, toute perturbation dans l'exécution du service, le fonctionnement de ces centres devrait être assuré, en principe, par un personnel libéré de toute obligation militaire.

« L'Académie attache une telle importance à cette organisation qu'elle décide la nomination d'une Commission permanente chargée d'en suivre l'application pratique en liaison avec les Pouvoirs compétents. »

— **A. D. R. M.** — La Faculté de médecine, en coopération avec l'Association pour le développement des relations médicales et l'American Medical Society de Paris, a organisé une série de *cours en anglais*, qui commenceront cet été à partir de la deuxième quinzaine de juin.

Les personnes que la question intéresse peuvent s'adresser à l'A. D. R. M., salle Béclard, Faculté de médecine, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VI[e]), pour avoir le programme de ces cours.

— **II[e] Congrès de médecine sociale organisé par l'Amicale des médecins-contrôleurs.** — Nous recevons du secretariat de l'Amicale des médecins-contrôleurs des Caisses d'assurances sociales le communiqué suivant concernant ce Congrès :

« Les questions traitées au Congrès, tout en portant sur des matières d'assurances sociales, doivent retenir l'attention des médecins traitants.

« L'esprit de collaboration est d'ailleurs nécessaire à une compréhension mutuelle, à l'élaboration d'un plan d'action et à sa mise en application.

« Si les exigences de la médecine sociale dépassent parfois les perspectives de la médecine de cabinet, elles ne s'y opposent pas mais préparent une coordination des activités. La présidence d'une des séances d'étude par M. le Secrétaire général de la Confédération des Syndicats médicaux français est le signe sensible de cette volonté de collaboration.

« Aussi sommes-nous persuadés que les médecins traitants se joindront nombreux aux médecins conseils et contrôleurs pour discuter des différents sujets ».

PROGRAMME DES SÉANCES (La salle et les noms des présidents de séance seront indiqués ultérieurement) : Le 7 mai à 9 h. 30 : Les soins préventifs d'invalidité (rapporteurs : Docteurs BERLIOZ, PONSAN ; rapporteur général : Docteur GRENAUDIER). — Le 8 mai, à

9 h. 30 : Les soins aux assurés sociaux pendant deux ans (Art. 6, § 16) (rapporteurs : Docteurs BAILLARGÉ, BONHOURE ; rapporteur général : Docteur PRUVOST).
— Le 8 mai à 14 heures : 1° Les conventions Caisses-collectivités (syndicats, hôpitaux, Unions, etc.) (rapporteurs : Docteurs FROMONT, JULIA ; rapporteur général : Docteur BERNIER) ; 2° Le médecin conseil, son rôle, son statut (rapporteurs : Docteurs TESSIER, ZOEPPFEL ; rapporteur général : Docteur TARIN).

Le Congrès sera clôturé par un banquet qui aura lieu le 8 mai, à 20 heures au Palais d'Orsay, sous la présidence de M. le ministre du Travail. Participation au Congrès : 60 francs, banquet 55 francs.

Pour renseignements, adhésions, demande des permis de circulation (réduction 40 %, S. N. C. F.), écrire à : Docteur Tara, secrétaire général de l'Amicale, 11, villa des Cerises, Colombes (Seine). Compte chèques postaux : Paris 1910-46.

— **La Semaine nationale de la sécurité**, organisée à Paris, par l'œuvre pour la sécurité et l'organisation des secours, sous le patronage de M. le Président de la République et du Gouvernement, aura lieu du 11 au 18 juin 1939.

Les différents aspects de la sécurité y seront évoqués, notamment les problèmes concernant l'incendie et la défense passive, la sécurité dans les transports, la sécurité dans le travail (accidents du travail et maladies professionnelles).

Sur tous ces ordres de questions, les suggestions et propositions peuvent être dès maintenant adressées au commissariat général de la semaine, au Grand-Palais, porte H, avenue Alexandre-III, Paris.

Une exposition éducative sera organisée durant la semaine dans les locaux et les sous-sols de la gare des Invalides.

— **Belgique.** — La Fédération des stations thermales, climatiques, maritimes et balnéaires de Belgique organise, sous le patronage des ministères de la Santé publique et des transports, une manifestation à Liége, pour le mois de juin 1939, à l'occasion des Assises internationales.

A cet effet, une prise de contact vient d'avoir lieu à Paris entre les représentants de la Fédération belge, un représentant du Grand-Duché de Luxembourg et des personnalités des groupements hydrominéraux français , afin d'assurer la coopération de ces derniers à cette entreprise d'un caractère à la fois scientifique et économique.

— **Hôpital de Sétif** (Constantine). — Un concours s'ouvrira à Alger le 5 juin 1939 pour le recrutement d'un chirurgien adjoint à l'hôpital de Sétif.

Inscriptions jusqu'au 14 avril 1939.

— **Pour la réadaptation de l'enfant.** — L'Assemblée générale annuelle de l'Œuvre de la réadaptation de l'enfant et des centres sociaux de rééducation Gérard de Parrel, s'est tenue le 24 mars dernier, au siège de l'Association, 13, rue de l'Ancienne-Comédie

(VIe), sous la présidence du Docteur de Parrel, président de l'Œuvre.

Les rapports présentés par le secrétaire général et par la fondatrice-directrice générale des Centres sociaux, Mme Louise Matha, ont montré l'essor remarquable de cette organisation.

En moins de quatre ans, l'activité de l'Œuvre a plus que décuplé et, à l'heure actuelle, 1.500 enfants sont en cours de réadaptation fonctionnelle et sociale dans les Centres de rééducation de l'Œuvre.

Pendant l'année 1938, il a été donné dans les divers établissements de Paris et de la périphérie, 30.000 séances individuelles de rééducation à des enfants mal-entendants, mal-parlants, débiles psycho-moteurs, insuffisants respiratoires, retardés scolaires, instables du caractère, etc.

L'Œuvre est subventionnée par le ministère de la Santé publique, la ville de Paris et le département de la Seine.

— Union régionale des Caisses d'assurances sociales de Lyon. — L'Union régionale des Caisses d'assurances sociales maladie-maternité de Lyon, a décidé la création d'un nouveau poste de médecin-contrôleur.

Ce médecin devra être exclusivement attaché à l'Union régionale ; en particulier, il ne devra faire aucune clientèle. Il devra se déplacer fréquemment et souvent pour plusieurs jours. Les candidats devront donc être en très bonne santé et en pleine activité physique.

Ils adresseront leur demande, avec toutes références utiles, avant le 10 avril 1939, à M. le Président de l'Union régionale de Lyon, 79, rue de Sèze, à Lyon.

Pour plus amples renseignements, s'adresser au siège de l'Union.

— Ce fut un de nos ancêtres, chirurgien du Roi, qui, au XVe siècle, prit le premier la Bastille. — Cette constatation résulte d'une étude historique publiée dans le dernier numéro de *Pallas*, par M. Léon Abensour, professeur agrégé de l'Université. On trouvera également dans ce même numéro un article sur le Médecin et la Vie publique dû à la plume de M. le Sénateur Mourier, un article très vivant sur M. le Professeur Lambret, de Lille, rédigé par M. le Professeur Delannoy, de Lille, un article où M. A. de Caters nous révèle qu'Empédocle sauva Sélinonte de la malaria, il y a plus de deux mille ans ; enfin, pour ajouter, encore à l'intérêt et à l'agrément de la revue *Pallas* un conte humoristique inédit de Mme Germaine Beaumont et un grand luxe de photographies d'art. La couverture est une reproduction en couleur d'un tableau de Franz Hals. Le numéro : 15 francs. Directeur Docteur J. Crinon, 111, boulevard de Magenta, Paris (X^e^).

— Hôpitaux de Seine-et-Oise. — *Internat.* — Un concours sera ouvert, à Versailles, le 15 mai 1939, pour la nomination de 30 internes titulaires et de 20 internes provisoires des hôpitaux du département de Seine-et-Oise.

Peuvent concourir les étudiants en médecine de nationalité française ainsi que les naturalisés depuis cinq ans au moins ayant rempli les obligations militaires françaises, âgés de moins de 30 ans (compte tenu de la durée du service militaire).

Le nombre des inscriptions validées nécessaires pour être candidat est de 16. Ce chiffre sera réduit à 12 si le candidat est externe des hôpitaux de Paris ou ancien interne nommé au concours d'un autre hôpital, ou interne provisoire en exercice dans les hôpitaux de Seine-et-Oise ayant effectué son stage d'accouchement.

A titre transitoire, les internes provisoires reçus à des concours antérieurs et exerçant en cette qualité dans les hôpitaux de Seine-et-Oise pourront se présenter au concours et bénéficieront d'une majoration de points de 1/10e.

La durée d'internat est de quatre ans. En principe, un interne demeurera, pendant toute la durée de son internat, affecté au même hôpital. Les internes provisoires sont nommés pour un an. Les Commissions administratives ont été invitées à accorder à leurs internes titulaires des indemnités se rapprochant autant que possible des chiffres ci-après : 1re année : 400 francs par mois ; 2e année : 500 francs ; 3e année : 600 francs ; 4e année : 700 francs ; interne lauréat de 5e année : 800 francs ; et les avantages en nature ou une indemnité compensatrice, soit approximativement 20 francs par jour.

Les candidats devront se faire inscrire à la Préfecture de Seine-et-Oise (4e division), avant le 25 avril 1939, en adressant : une demande sur papier timbré ; un extrait de leur acte de naissance ; un certificat de bonnes vie et mœurs récemment délivré ; certificat de scolarité délivré par la Faculté ou l'Ecole de médecine où est inscrit le candidat ; justifications de la situation militaire ; pour les naturalisés français, copie du décret de naturalisation certifiée conforme par le maire ou le commissaire de police du lieu de résidence ; engagement par écrit de donner, s'ils sont nommés internes, leur démission des postes qu'ils peuvent occuper soit dans les hôpitaux de Paris, soit dans les hôpitaux de province.

Renseignements complémentaires à la Préfecture de Seine-et-Oise (4e division).

— **Naissance.** — Le Docteur A. MALINSKY, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, et Madame, ont le plaisir d'annoncer la naissance de leur fils *Pierre*.

Paris, 171, faubourg Poissonnière, 3 mars 1939.

Nos sincères félicitations.

— **Naissance et don à la Maison du Médecin.** — Nous sommes heureux d'annoncer la naissance de Marie-Hélène Delbès, fille du Docteur Paul Delbès et de Madame Delbès, de Périgueux.

A prpos de cette naissance le Docteur Octave Delbès, grand-père de l'enfant nous adresse un billet de cent francs pour la *Maison du médecin*.

Nos félicitations à la famille Delbès et nos remerciements à notre fidèle ami, le Docteur Octave Delbès en notre nom et au nom de la *Maison du Médecin.*

J. N.

— **Mariages.** — Nous apprenons le mariage de Mademoiselle Yvonne André Alluys, fille du Docteur J. André Alluys, chevalier de la Légion d'honneur, médecin consultant au Mont-Dore et de Madame avec Monsieur Jacques Deltour de Chazelles, Juge à la Cour d'appel d'Angers.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée le 16 février 1939 en l'église paroissiale de Sommières (Gard).

Nos meilleurs souhaits de bonheur aux nouveaux époux.

— Le Docteur Raymond Molinéry, chevalier de la Légion d'honneur, médaille d'or de l'Académie de médecine, et Madame R. Molinéry, ont l'honneur de vous faire part du mariage de leur fils, le Docteur Pierre Molinéry, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Luchon, avec Mademoiselle Mireille Augere.

La bénédiction nuptiale leur sera donnée le mardi 11 avril 1939, à 11 heures, en l'église de Sauveterre-la-Lémance.

Nous adressons tous nos compliments à notre ami le Docteur R. Molinéry, et nos plus sincères souhaits de bonheur aux futurs époux.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Assurances Sociales

Circulaire du ministre du Travail relative au remboursement des frais d'appareils et des dépenses pharmaceutiques autres que l'achat de médicaments, en matière d'Assurances sociales

Le ministre du Travail, à MM. les Directeurs des Services régionaux des Assurances sociales,

Paris, le 6 mars 1939

J'ai l'honneur de vous adresser ci-après les instructions qui vous sont utiles pour l'application de l'arrêté du 17 janvier 1939 fixant le tarif limite de responsabilité des organismes d'assurances sociales pour le remboursement des appareils et des frais pharmaceutiques autres que les médicaments.

L'arrêté susvisé contient deux dispositions essentielles :

1° L'abrogation des arrêtés du 12 janvier 1937 ;

2° L'adoption du tarif interministériel pharmaceutique comme tarif limite de responsabilité pour les appareils et les frais pharmaceutiques autres que les médicaments.

Il implique, par ailleurs, la revision périodique du tarif limite ainsi fixé, compte tenu des variations subies par le tarif interministériel lui-même.

Les arrêtés du 12 janvier 1937, intervenus après avis du Conseil supérieur des Assurances sociales, avaient retenu comme tarifs limites de responsabilité :

a) Pour l'orthopédie, le tarif établi en 1933 par la Fédération des industries de l'art médical et chirurgical, augmenté toutefois de 10 p. 100 eu égard aux majorations de prix de revient constatées entre 1933 et 1935 ;

b) Pour l'optique, le tarif élaboré par l'Union nationale des opticiens de France.

Ces tarifs, demeurés en vigueur depuis lors, ne correspondaient plus à la valeur actuelle des articles et il résultait de cette situation des inconvénients sérieux. En effet, les fournisseurs s'opposaient de plus en plus à la passation de contrats avec les Caisses d'assurances sociales sur la base de tarifs qu'ils jugeaient désormais inacceptables. L'absence de conventions rendait ainsi plus difficile, sinon impossible, le contrôle général et le contrôle technique, dans les conditions définies par la Circulaire nº 45 du 15 mai 1937.

D'autre part, les assurés ne pouvaient obtenir en fait de leurs fournisseurs l'application de prix correspondant auxdits tarifs et étaient amenés à payer les prix courants, tandis qu'ils recevaient de leur Caisse une participation insuffisante et leur paraissant d'autant plus faible que leurs cotisations avaient suivi la marche ascendante des salaires.

Or, tandis que les tarifs limites d'optique et d'orthopédie concernant les Assurances sociales se trouvaient en quelque sorte stabilisés à un taux qui ne correspondait plus à la réalité, M. le ministre de la Santé publique avait poursuivi l'élaboration d'un tarif pharmaceutique interministériel, devant servir de base notamment pour l'Assistance médicale gratuite, et qui, grâce à des revisions assez fréquentes, présentait entre autres avantages celui de s'adapter aux prix réels. Cette différence entre les deux tarifs constituait une anomalie puisque, pour un assisté non assuré, le fournisseur était payé d'après le tarif pharmaceutique interministériel susvisé, applicable à l'Assistance médicale gratuite, c'est-à-dire dans des conditions plus favorables que pour un assisté assuré auquel on devait appliquer le tarif du 12 janvier 1937. L'unification des tarifs apparaissait donc comme une nécessité, tout au moins à titre temporaire. Elle a été réalisée par l'arrêté du 17 janvier 1939 paru au *Journal Officiel* du 21 janvier et annexé à la présente circulaire.

Le nouveau tarif limite est applicable aux appareils et aux frais pharmaceutiques autres que les médicaments, c'est-à-dire :

1º Aux appareils d'orthopédie et de prothèse ;
2º Aux accessoires et aux pansements ;
3º A l'optique médicale ;
4º Aux analyses médicales.

Etant donné qu'il s'agit d'un tarif-limite tant pour la nomenclature que pour les prix, les obligations des Caisses se trouvent définies :

1° En ce qui concerne la nomenclature, par l'impossibilité de rembourser un appareil qui ne figurerait pas au tarif-limite, les fournisseurs comme les Caisses devant adopter rigoureusement les appellations prévues audit tarif ;

2° En ce qui concerne les prix, par la nécessité, pour ne pas perdre en cas de déficit le bénéfice de la subvention de l'Union régionale, de ne pas prévoir des remboursements supérieurs à ceux résultant de l'application du tarif-limite.

Ces deux points appellent quelques remarques essentielles :

1° Le tarif interministériel, adopté comme tarif limite pour les Assurances sociales, est nécessairement un tarif très complet, devant comprendre le plus grand nombre possible d'articles, en vue de permettre son utilisation dans des domaines divers. Il ne résulte pas de ce choix que les Caisses d'assurances sociales doivent obligatoirement rembourser tous les articles prévus dans ce tarif. Chaque Caisse conserve la possibilité d'exclure de son tarif de responsabilité les articles qu'elle se bornerait à prêter à ses adhérents ou qu'elle ne jugerait pas essentiels, sa liberté à cet égard devant être exercée avec modération sous le contrôle des Commissions régionales tripartites appelées à se prononcer sur les tarifs de responsabilité. Il vous appartiendra de faire toutes remarques utiles devant lesdites Commissions afin que l'approbation soit refusée aux tarifs qui comporteraient des omissions trop considérables et susceptibles de léser les assurés et les fournisseurs.

2° En ce qui concerne les accords à intervenir entre les fournisseurs et les Caisses, j'attache une importance capitale à ce que ces accords prévoient que les appareils fournis aux assurés sociaux seront conformes en type et qualité aux appareils décrits dans le tarif interministériel. Il est indispensable que ce tarif devienne, par la passation de tels accords, comme le cahier des charges auquel doit se référer et se conformer le fournisseur, pour le genre de chaque appareil, son conditionnement, ses caractéristiques, la nature et la résistance des matériaux. Il est également indispensable que soit organisé contractuellement le contrôle permettant de vérifier si le fournisseur s'est acquitté exactement à cet égard de ses obligations, et d'appliquer des sanctions appropriées. Il est, d'autre part, non moins capital que lesdits accords consacrent autant que possible la concordance entre le prix consenti par le fournisseur pour les appareils décrits dans le tarif interministériels et le tarif de remboursement de la Caisse (non compris la participation légale de l'assuré aux frais). Les Caisses doivent s'attacher, en effet, à élever leur tarif de responsabilité au niveau des prix consentis par le fournisseur aux assurés sociaux, de façon que ceux-ci n'aient en définitive à supporter que leur participation légale de 20 p. 100 de la dépense et

soient assurés par ailleurs d'avoir un appareil solide et de bonne qualité moyenne, répondant à la spécification du tarif interministériel. Les prix prévus par ce dernier tarif correspondent à un prix honnête. Il appartient aux Caisses d'obtenir des fournisseurs l'application de ce tarif, avec un rabais si possible. Les Caisses fixeraient ainsi leur tarif de responsabilité au taux des prix de vente ainsi consentis dans la limite du tarif interministériel.

3° Il sera possible d'adapter le tarif limite fixé par l'arrêté du 17 janvier 1939 aux prix réels, pour suivre les variations dont pourrait être l'objet le tarif interministériel. Cette adaptation ne pourra être réalisée toutefois qu'autant que les relèvements intervenus apparaîtront devoir être transposés dans le domaine des Assurances sociales et auront été approuvés par le Conseil supérieur des Assurances sociales.

Je crois devoir annexer à la présente Circulaire accompagné d'une notice, un projet de contrat-type entre les Caisses et les fournisseurs adhérant ou non à un Syndicat professionnel, destiné à faciliter la conclusion des accords ci-dessus prévus. Les parties intéressées auront avantage à s'en inspirer le plus étroitement possible.

Les dispositions de la Circulaire de mon prédécesseur en date du 15 mai 1937 restent applicables dans toute la mesure où elles ne sont pas contraires à celles ci-dessus, notamment en ce qui concerne l'organisation du contrôle technique.

(*J. O.*, 11 mars 1939.)

Enseignement de la médecine

Par arrêté du ministre de l'Education nationale en date du 17 mars 1939, la chaire de clinique ophtalmologique de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

(*J. O.*, 18 mars 1939.)

Exercice de la médecine

M. le Docteur Notari, ressortissant monégasque, domicilié à Valloires (Savoie), détenteur du diplôme d'Etat français de docteur en médecine, est autorisé à exercer son art en France, dans les conditions des lois des 30 novembre 1892 et 26 juillet 1935 et de la convention franco-monégasque du 14 décembre 1938, promulguée le 2 mars 1939.

(*J. O.*, 18 mars 1939.)

Voir la suite page LV-985

PROPOS DU JOUR

LA DÉFENSE PROFESSIONNELLE MÉDICALE EN BELGIQUE

Il est intéressant de savoir comment est organisée la défense professionnelle dans les pays voisins, surtout quand, dans ces pays, comme dans la Belgique, le Corps médical est aux prises avec les mêmes difficultés que la profession médicale en France. Nous trouvons dans *Le Médecin belge* du 28 février 1939 un remarquable rapport sur l'activité de la Fédération médicale belge pendant l'exercice 1938-1939 et sur la situation de la défense professionnelle médicale en Belgique, par le Docteur E. Gildemyn, secrétaire général de la Fédération. Ce rapport a été soumis à l'Assemblée générale du 12 mars 1939.

La *Fédération médicale belge* (F. M. B.), fondée en 1864, groupe actuellement 48 Unions professionnelles reconnues. Elle correspond à notre Confédération des Syndicats médicaux français, les Unions professionnelles représentant des Syndicats ou des groupes de Syndicats.

Elle dispose d'un bulletin officiel, bi mensuel, *Le Médecin belge*, qui correspond à notre *Médecin de France*.

Bien que la F. M. B. ait des Unions dans la région flamande, il existe dans cette région un organisme différent, l'*Algemeen Vlaamsch Geneesheerenverbond*, avec lequel la F. M. B. est en bonnes relations et dont les sections locales forment avec les Unions une entente commune dans un « Collegium » formé de délégués des deux organismes.

Le F. M. B. est administrée par un Bureau et un Comité directeur qui doit se réunir au moins huit fois par an. Le bureau réunit parfois en Assemblée extra-statutaire les présidents et les secrétaires de chaque groupement fédéré pour faciliter la tâche du Comité directeur. Des Commissions sont désignées pour étudier les diverses et nombreuses questions que le Comité directeur doit résoudre. Même, quand une question est de grande importance, on prie une Union très importante de s'en occuper spécialement. C'est ce qui se produit pour l'étude d'un projet d'Assurances sociales que le Collège de l'agglomération bruxelloise est chargé par la Fédération de mener à bien.

D'autre part des Congrès, assez semblables à nos Congrès des Praticiens, tel que le récent Congrès d'Arlon, donnent une impulsion plus énergique à la F. M. B. et stimulent les organismes de Défense.

Parmi les Commissions, signalons la Commission pour l'étude de la prise en charges par les Syndicats médicaux des services médico-pharmaceutiques, chirurgicaux et spéciaux ; le Comité national de lutte contre le charlatanisme qui tâche de remédier par une jurisprudence plus favorable aux lacunes de la loi ; la Commission mixte, l'*Effort médical franco-belge*, qui s'efforce de régler les différends de la médecine de frontière.

L'*Ordre des médecins* a été créé par le Parlement, mais il s'agit d'organiser cette année les Conseils de l'Ordre et faire des propositions pour la rédaction de l'arrêté royal qui doit permettre l'application de la loi.

L'Ordre des médecins, la mise au point du Code de déontologie, l'application aux médecins des allocations familiales, les questions fiscales, ont été l'an dernier les principales préoccupations du Corps médical belge.

D'autre part, le service médical dominical qui fonctionne à Gand depuis 1928, l'activité syndicale dans un sens mi-scientifique, mi-professionnel (cours de perfectionnement, réunions scientifiques intéressant les praticiens) sont des questions en voie de réalisation.

La F. M. B. outre l'organisation des Conseils de l'Ordre des médecins, a la mission d'améliorer le *statut de la profession médicale*.

Elle veut assurer la *protection du titre de médecin* et obtenir pour cela une garantie légale. La question du diplôme de spécialiste ou mieux la *réglementation de l'exercice des spécialités médicales* est à l'ordre du jour ; de même celle du *cumul médico-pharmaceutique*, analogue à celle de la propharmacie en France, le dépôt de médicaments, surtout des médicaments d'urgence chez les médecins, intéresse plus les populations rurales que les praticiens. La *Pléthore médicale* paraît régner en Belgique, peut-être un peu moins

qu'en France. Le seul remède efficace proposé est d'inciter les jeunes médecins à exercer pendant quelques années la médecine coloniale avant de s'installer dans le pays. Nous avons signalé l'inefficacité de ce moyen en France.

Les médecins belges sont résolus à exiger le respect de la loi en ce qui concerne les *diplômes étrangers* et la *dispense du diplôme belge*. Le rapport du secrétaire général rappelle le scandale assez récent d'un individu étranger qui avait réussi à capter la confiance du Gouvernement.

L'organisation de la médecine préventive avait été attribuée à ce personnage, dépourvu de diplôme belge et sans doute de tout autre diplôme. Il avait été même délégué par le Ministre, lui qui était mis à l'index du Corps médical belge, pour le représenter à un Congrès de médecine professionnelle.

L'attention de la F. M. B. est attirée sur l'*exercice des paramédicaux*.

Certains praticiens en leur confiant la narcose et l'aide au cours d'interventions chirurgicales, favorisent les abus. La prise de la *tension artérielle* par des gens non qualifiés, le *colportage* et le *commerce ambulant* ayant trait à la médecine doivent être interdits.

La question du *deuxième cabinet médical* a été traitée au Congrès de Huy, et paraît résolue dans un esprit libéral.

Le *secret médical* est d'ordre public dans l'intérêt du malade et non en faveur du médecin. Bien que la bonne foi d'un praticien qui l'avait violé ait été reconnue dans le jugement d'un Tribunal, ce dernier n'a pas hésité à le condamner.

La F. M. B. doit s'employer à établir un projet de loi sanitaire. Celle qui est appliquée date de 1818.

Si le ministère de la Santé publique consulte toujours jusqu'ici la Fédération lorsqu'une question médicale surgit, s'il signale aux Unions professionnelles les charlatans, tels que les chiropractor, pour qu'ils déposent des plaintes au parquet, le secrétaire général de la F. M. B. constate que le Corps médical est moins représenté dans les Conseils officiels ou privés qu'en France et dans les autres pays voisins.

L'éternel conflit avec la Mutualité au sujet du libre choix continue. Cependant çà et là une évolution favorable semble s'effectuer.

Les questions qui semblent le plus préoccuper nos confrères belges, c'est d'abord l'étude d'un avant-projet d'Assurances sociales ou plutôt d'organisation médicale de la Nation et, ensuite la révision de la loi organique de l'Assistance publique qui a fait l'objet d'un examen au Congrès de Gand de 1937. Le Gouvernement a promis de ne prendre aucune décision sans l'avis préalable du Corps médical. Il y a actuellement en Belgique une tendance à la fonctionnarisation du Corps médical hospitalier, des abus de nominations en violation de la loi du 10 mars 1925, et aussi dans l'hospitalisation des mutualistes.

La *tutelle sanitaire des écoliers* a dû être ajournée à cause du manque de ressources des communes.

La médecine préventive, les dispensaires ambulants, la critique des laboratoires provinciaux, etc., doivent encore susciter la vigilance de ceux qui ont la charge d'assurer la défense professionnelle médicale en Belgique.

Cette longue énumération nous démontre que la profession médicale traverse en Belgique la même période critique qu'en France. En tout cas, ceux qui y dirigent la défense professionnelle et, en particulier le distingué secrétaire général de la F. M. B., M. le Docteur E. Gildemyn, ont la conscience nette de toutes les difficultés de leur tâche et certainement doivent la mener à bien.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES)

Leçon du 14 *janvier* 1939

Par le Professeur NOBÉCOURT

Histoire de deux jumeaux univitellins. Ressemblances et dissemblances

Charles et Ernest sont deux jumeaux.

Leur père avait 32 ans au moment de leur naissance ; il serait emphysémateux et aurait eu un accès d'asthme avant la naissance des enfants. La mère avait 26 ans quand les enfants sont nés ; elle est bien portante ; avant les jumeaux, elle a eu une fausse couche et un accouchement à 7 mois d'un enfant qui est mort à 29 jours.

Une fille, née le 4 mai 1934, âgée de 4 ans 8 mois, est bien portante. Les parents et la fille ont des réactions de Bordet-Wassermann négative.

Il n'y a pas, à la connaissance des parents, de gémellité dans les familles.

Charles et Ernest sont nés le 6 avril 1933 à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Cathala, qui nous a donné les renseignements suivants.

Ernest sort le premier par la tête ; l'accouchement est normal ; le poids est de 3 kgr. 030.

Charles sort le second, dix minutes après le premier ; il se présente par le siège ; il naît cyanosé, en état d'asphyxie ; il faut pratiquer la respiration artificielle. Le poids est seulement 2 kgr. 300. On constate une hydrocéphalie, qui fait prescrire des injections de sulfarsénol.

Ces jumeaux sont univitellins et biamniotiques ; il y a un seul placenta qui pèse 870 grammes.

Les enfants sont élevés au sein jusqu'à 5 mois, puis au lait condensé. Ils ont toujours vécu ensemble à Paris dans la même chambre, dans des conditions d'hygiène peu favorables, semble-t-il.

Ernest a sa première dent à 7 mois, Charles à 8 mois. Ernest fait ses premiers pas à 14 mois, Charles à 18 mois. Tous les deux ont successivement la scarlatine, la varicelle, les oreillons, qui évoluent sans complications. Ils ont ensuite la rougeole qui, chez Ernest, évolue sans complications, mais qui, chez Charles, se complique de bronchopneumonie et d'otite bilatérale nécessitant la paracentèse. En juillet 1937, ils ont la coqueluche, après laquelle persistent, pendant assez longtemps, de la fièvre et des symptômes de trachéo-bronchite.

Charles est beaucoup plus délicat qu'Ernest ; il a eu, dans la première quinzaine de mars 1938, un premier accès d'asthme, tandis que son frère n'en a jamais présenté.

Au début de mars 1938, tous les deux contractent une maladie de Heine-Médin ; ils sont soignés à l'hôpital Hérold. On les envoie dans notre service spécialisé, à la salle Molland, le 26 mai 1938. Ils ont 5 ans un mois.

Tous les deux ont une monoplégie crurale droite, présentant tous les caractères de la paralysie infantile, avec atrophie musculaire, peau froide et violacée, abolition des réflexes patellaire et achilléen. Mais, c'est la seule ressemblance ; Ernest peut se tenir sur ses jambes et marcher, tandis que Charles est plus touché et ne peut se tenir debout. Les réactions électriques recherchées le 2 juin indiquent des lésions plus sévères chez celui-ci que chez celui-là.

On les traite par la radiothérapie médullaire à raison de trois séances consécutives chaque mois, par la diathermie, une séance tous les deux jours, par la chaleur dégagée par des lampes électriques, tous les jours.

Ernest s'améliore, sa paralysie régresse ; sa température est normale.

Au contraire, chez Charles, la paralysie régresse peu ; il a une fièvre persistante et des accès d'asthme. L'accès survient généralement vers dix-sept heures ; l'enfant s'assied dans son lit, respire difficilement, a de la polypnée, 50 respirations par minute, se cyanose ; il est pris de quintes de toux sèche ; on entend quelques râles de bronchite. Les accès d'asthme et la fièvre ont disparu depuis la fin de décembre.

Aujourd'hui, Ernest se porte bien ; il pèse 17 kgr. 200, il marche assez bien. Charles ne pèse que 15 kgr. 300. Il a une respiration un peu fréquente (24 respirations par minute) ; sa paralysie ne s'est pas améliorée ; il reste toujours impotent.

Nous avons analysé les caractères que présentent ces jumeaux.

Voici leurs *caractères anthropométriques* en décembre 1938, 5 ans 8 mois :

	Charles	Ernest	Moyennes
T.	108 cm.	107 cm.	106 cm.
B.	61 cm.	61 cm.	60 cm.
S	47 cm.	46 cm.	46 cm.
$\frac{S}{B}$	0,770	0,754	0,750
P.	15 k. 800	17 k. 100	16 k. 450
$\frac{P}{T}$	146	159	155
Pt.	57 cm.	57 cm.	53 cm. 5
$\frac{Pt}{T}$	0,527	0,532	0,504
Cœff. Pignet	35,2	33,1	36,0
Périm. crâne	48 cm. 5	50 cm. 5	49 cm. 5
Diam. mentono frontal	15 cm. 5	15 cm. 5	
Diam. sous-occipito-frontal	30 cm. 5	30 cm. 5	

Charles et Ernest ont approximativement les mêmes tailles, les mêmes longueurs du buste et des membres inférieurs, les mêmes rapports de Manouvrier, les mêmes périmètres thoraciques, les mêmes dimensions du crâne et de la face. Charles a un poids plus faible qu'Ernest et par suite un rapport du poids à la taille un peu plus faible, un coefficient de Pignet un peu plus fort ; mais les différences sont légères.

D'autre part, si l'on compare les mesures de Charles et d'Ernest aux mesures moyennes des garçons du même âge, la taille est identique et il n'y a pas de différences sensibles dans les diverses mensurations et dans les différents rapports. Ces jumeaux se sont développés comme les autres enfants.

Leurs visages sont très ressemblants, avec cependant de légères différences ; ils n'ont pas tout à fait la même forme Les oreilles sont identiques à un détail près ; la limite d'implantation des cheveux est sensiblement la même. Les deux enfants présentent une légère saillie des globes oculaires ; ils ont le même crâne, avec une même bosse au niveau de la suture médiane entre les pariétaux. Cependant il y a une petite différence dans le front qui est droit chez Ernest, un peu convexe chez Charles.

Par ailleurs tous deux sont blonds , ont le teint pâle, des yeux bleus.

Somme toute, suivant l'expression du Service de l'identité judiciaire, ils ont le même « portrait parlé ».

Les mains sont à peu près semblables ; les testicules sont dans les bourses et leur volume est normal.

M. Desoille a relevé les empreintes des mains, des doigts et des pieds. Il a noté quelques différences, sur la valeur desquelles nous avons demandé l'avis autorisé du professeur Sannié, directeur du Service de l'identité judiciaire.

La pression artérielle au Vaquez est de 9,5-6 chez Charles, de 8,5-6 chez Ernest.

Tous les deux ont des cutiréactions à la tuberculine, des réactions de Bordet-Wassermann et de Kahn négatives.

Les sangs présentent des analogies et des différences.

Le taux de l'hémoglobine p. 100, le nombre des hématies par millimètre cube, la valeur globulaire sont les mêmes, sauf au deuxième examen, en décembre, qui révèle chez Ernest, une légère anémie.

Le nombre des leucocytes par millimètre cube, les formules leucocytaires ne concordent pas. Notamment, chez Charles qui est asthmatique, on trouve, à deux examens, 12 et 9 polynucléaires éosinophiles, au lieu de 2 et 6, chez Ernest.

Les taux du glucose, du cholestérol, de l'urée par litre de sérum sanguin sont les mêmes.

Les groupes sanguins sont les mêmes ; les deux enfants appartiennent au groupe IV .

Il est intéressant de profiter de la présence de ces jumeaux dans le service pour exposer quelques-unes des remarques qu'ils suggèrent.

***

Je n'ai pas l'intention d'étudier dans son ensemble toute la question de la gémellité. Son exposé nécessiterait plusieurs leçons.

Je n'ai pas consulté la bibliographie considérable qui lui est consacrée. Je me suis limité au livre publié, en 1923, par M. Apert, sur *Les jumeaux. Etude biologique, physiologique et médicale* ; au mémoire de M. Eugène Stransky, de Vienne : *De l'importance de la pathologie des jumeaux en pédiatrie*, (paru dans la *Revue française de Pédiatrie* en 1934 ; aux deux leçons du Professeur Pierre Lereboullet: *Les jumeaux. Leur physiologie, leur pathologie. L'indentité des jumeaux univitellins*, (publiées dans *Le Nourrisson*, en septembre et novembre 1935.

Certaines grossesses se terminent par la mise au monde de deux et même de trois, quatre ou cinq enfants, qu'on appelle JUMEAUX.

La proportion des *grossesses gémellaires* est assez constante dans un même pays.

Certes les jumeaux univitellins présentent plus ou moins souvent, suivant les maladies infectieuses, des manifestations concordantes, mais elles ne leur sont pas spéciales ; elles se retrouvent chez les bivitellin et chez des enfants qui ne sont pas jumeaux.

La syphilis, infection congénitale, mérite de retenir l'attention. Ici les manifestations devraient être tout à fait concordantes, puisque c'est le même germe qui a réalisé au même moment la même infection.

Dans certaines observations les concordances sont manifestes.

M. Apert cite deux jumelles univitellines, dont les observations lui ont été communiquées par M. Roger Voisin.

Jacqueline, à 2 ans et demi, présente un état syncopal pendant une heure, puis de la torpeur, de la fièvre ; quelques jours plus tard surviennent des convulsions généralisées, prédominant au bras gauche, suivies d'une hémiparésie gauche avec contracture et aphasie.

Micheline présente, à 3 ans, le même état syncopal à plusieurs reprises, puis une hémiparésie gauche avec perte de la parole et enfin un syndrome labio-glosso-pharyngien.

Ces deux jumelles ont des réactions de Bordet-Vassermann négatives ; mais elles sont positives chez le père, la mère et un frère atteint d'une kératite interstitielle.

Le Professeur Lereboullet, chez deux jumeaux syphilitiques de quelques mois, constate « la superposition presque complète des accidents présentés par eux : syphilides anales et fessières de caractère et d'étendue sensiblement identiques, grosse rate aisément palpable et de fermeté semblable, gros crâne, onyxis accusés et multiples, siégeant chez tous deux aux mêmes doigts, lésions osseuses enfin, prédominant aux os de l'avant-bras, mais nettement plus marquées chez l'un d'eux ainsi qu'en témoignait la radiographie ».

Dans d'autres cas, par contre, les manifestations ne concordent pas.

M. Stansky cite une observation de Pese, en 1924 : un jumeau a des manifestations syphilitiques à 6 ans, alors que l'autre est encore indemne et a une réaction de Bordet-Wassermann négative à l'âge de 7 ans.

Il cite une observation de Weiss, en 1926 ; deux jumeaux, à 5 mois, sont atteints de coryza muco-sanguinolent, un seul a plus tard une hépato-splénomégalie.

Bergel et Zimmermann, en 1932, observent deux jumelles : à 6 ans, elles ont une kératite interstitielle, puis une seule, suivie jusqu'à l'âge de 30 ans, présente un gros foie, une grosse rate, de l'anémie avec leucopénie et une réaction de Bordet-Wassermann positive.

Pour les maladies infectieuses, acquises et congénitales, il peut donc y avoir concordance, mais celle-ci manque souvent.

Envisageons maintenant les *maladies constitutionnelles, héréditaires, congénitales, familiales.* Voici quelques exemples.

M. Crouzon, chez deux jumeaux, observe la *maladie de Friedreich* : elle a débuté à 8 ans. Mais un autre frère qui n'est pas jumeau paraît être atteint de la même maladie. La maladie de Friedreich est d'ailleurs une maladie familiale, qui atteint plusieurs frères et sœurs non jumeaux.

La *myatonie congénitale* d'Oppenheim a été rencontrée par Forber et Wolf chez deux jumelles univitellines, qui sont mortes à un an.

La *maladie de Basedow* a été observée par Borkhardt, en 1931, chez une seule jumelle univitelline, à partir de 11 ans et demi. Par contre deux jumelles univitellines, observées par Neff, en 1932, ont été atteintes, à 11 ans, de maladies de Basedow.

Le *diabète sucré* a été rencontré par M. Curtis, en 1929, chez neuf paires de jumeaux univitellins ; mais, dans chaque paire, le diabète n'a pas toujours débuté aux mêmes âges. Le début tantôt a été simultané, tantôt est survenu à des intervalles soit de un à trois mois, soit de 2, de 10, de 12 et même de 48 ans.

Le diabète a été rencontré par ailleurs chez deux paires de jumeaux bivitellins.

En somme, le diabète des jumeaux ressemble singulièrement au diabète familial, dont MM. Lion et Ch. Moreau, en 1909, ont précisé les caractères.

Ce diabète familial atteint généralement tous les frères et toutes les sœurs ; il débute ordinairement de 8 à 12 ans, parfois seulement à l'âge adulte.

On trouve l'hérédité similaire dans 62 % des cas, tandis que dans le diabète des enfants cette hérédité ne se retrouve guère que dans 12 à 16 % des cas. Dans ces conditions rien d'étonnant que des jumeaux soient atteints de diabète.

Je signale l'*asthme*, sur lequel je reviendrai tout à l'heure.

Que l'on considère soit les maladies infectieuses acquises et la syphilis congénitale, soit les maladies héréditaires ou constitutionnelles, la concordance, chez les jumeaux univitellins, n'est donc pas une règle absolue.

Ernest et Charles sont des exemples des différences qui peuvent exister, du point de vue pathologique, entre des jumeaux univitellins.

Charles, à la naissance, du fait du traumatisme obstétrical, est en état de mort apparente ; il faut le ranimer. Cet accident crée déjà une différence avec son frère et peut-être est-il un des facteurs des différences pathologiques qu'ils présentent dans la suite.

Après la naissance, tous deux ont les mêmes

maladies infectieuses : scarlatine, varicelle, oreillons, coqueluche. Nous avons vu que ces maladies ont évolué régulièrement, sauf la rougeole qui s'est compliquée, chez Charles, de broncho-pneumonie et d'otite.

La maladie de Heine-Medin réalise chez les deux, une monoplégie du membre inférieur droit. Mais ces enfants, qui ont été atteints au même moment, par le même virus, qui ont été soumis au même traitement, se comportent différemment. Chez Ernest, le plus vigoureux des deux, la régression est grande et on peut penser que la récupération sera très satisfaisante au contraire, chez Charles, le plus délicat, la paralysie persiste sans tendance appréciable à la régression et nous pouvons craindre qu'elle reste définitive.

Enfin, Charles présente un *asthme* dont Ernest est indemne ; il s'agit d'un asthme fébrile, d'origine respiratoire ; il existe une éosinophilie qui atteint 12 et 9 %, tandis que, chez Ernest, elle est de 2 et 6 %.

Cet asthme est peut-être héréditaire. Le père, dit-on, est emphysémateux et il a eu un accès d'asthme avant la naissance des jumeaux, mais nous ne sommes pas assez renseignés pour affirmer qu'il s'agisse vraiment d'un asthme héréditaire.

L'asthme des jumeaux paraît rare ; les auteurs consultés ne le signalent pas. On cite seulement une observation relatée par Trousseau en 1877 dans le tome II de sa *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.* Deux jumeaux adultes, étaient « extraordinairements ressemblants... Ils avaient une ressemblance pathologique plus remarquable encore ». Tous deux avaient simultanément des poussées d'ophtalmie rhumatismale, même quand ils habitaient des pays différents, Paris et Vienne, par exemple.

« Ces deux jumeaux étaient aussi tous deux asthmatiques et asthmatiques à un effroyable degré. Originaires de Marseille, ils n'avaient jamais pu demeurer dans cette ville, où leurs intérêts les appelaient souvent, sans être pris de leur accès ». Ils avaient des accès dans certaines localités, n'en avaient jamais dans d'autres, à Paris et Toulon.

***

Ernest et Charles nous obligent donc à nous arrêter sur l'identité des jumeaux. On y a insisté beaucoup. Depuis quelques années cette identité est soumise à la critique et on s'attache à saisir les DIFFÉRENCES qui peuvent exister entre les jumeaux.

M. Pierre Defaut, en 1931, intitule sa thèse de Paris : *Contribution à l'étude des jumeaux. La non-identité des jumeaux.* Dans l'introduction il écrit : « L'identité des jumeaux paraissait très fréquente, puis elle s'est restreinte à quelques cas, aux univitellins. De fait, en ces cas, il ne s'agit pas d'identité, mais d'une très grande ressemblance... Par contre, les jumeaux sont fréquemment très dissemblables.

« La ressemblance provient de l'identité des germes, chez les jumeaux uniovulaires ; mais les propriétés acquises par les différences de vie d'abord fœtale, puis post-natale, amènent des différences parfois profondes. »

Pendant la vie intra-utérine, certains facteurs peuvent agir différemment sur chaque jumeau. Par exemple, la disposition du cordon, l'inégalité dans l'irrigation sanguine qui font qu'un des jumeaux reçoit moins de sang que l'autre, la compression de l'un peuvent avoir pour conséquence une inégalité de développement. On note une différence de poids, une différence de l'ossification. Le point de Béclard, à l'extrémité inférieure du fémur, qui existe chez le nouveau-né à terme peut exister chez un seul jumeau et manquer chez l'autre.

Au moment de la naissance, peut intervenir un traumatisme obstétrical qui n'agit que sur un seul jumeau : nous avons un exemple pour Ernest et Charles.

Après la naissance, peuvent intervenir le milieu, l'alimentation, les maladies.

L'influence du milieu se fait sentir quand les jumeaux ne sont pas élevés ensembles. L'alimentation peut être la même, mais un jumeau peut ne pas avoir d'appétit ; il peut être moins vigoureux, téter plus mal que l'autre d'où une alimentation insuffisante. Il en résulte des différences dans la modalité d'accroissement.

M. Alexis Carrel, dans « *L'Homme cet inconnu* » en 1936, écrit :

« Les jumeaux qui proviennent d'un même œuf possèdent originellement les mêmes caractères immanents. Ils sont absolument identiques. Cependant, ceux qu'on sépare l'un de l'autre dès les premiers jours de leur vie et qu'on élève de façon différente, dans des pays éloignés, perdent cette identité. Au bout de dix-huit ou vingt ans, on observe chez eux des différences extrêmement marquées et aussi de grandes ressemblances, surtout au point de vue intellectuel. Il apparaît donc que l'identité de la constitution n'assure pas la formation d'individus semblables dans des milieux différents. Il est évident aussi que la différence des milieux n'est pas capable d'effacer l'identité de la constitution ».

L'influence des maladies atteignant un seul jumeau a été signalée dans bien des cas.

Galton cite des cas où un jumeau a soit la scarlatine, soit la fièvre typhoïde ; or les deux frères, jusque-là très semblables, se différencient dès lors facilement.

M. Apert cite l'observation d'un jumeau qui contracte la tuberculose. Il guérit, mais, « à partir de ce moment, il n'a plus la même allure,

En France, d'après la statistique générale publiée par M. March, cité par Apert, de 1861 à 1910, pour 1.000 naissances, le nombre des jumeaux varie de 9,9 à 11 par année.

Dans d'autres pays la moyenne est semblable. Dans certains, elle est plus élevée : la proportion des grossesses gémellaires s'élève à 12, 13, 14 ou 15 pour 1.000 naissances.

Il importe de distinguer *deux groupes de jumeaux* :

1° *Les jumeaux bivitellins* ou *biovulaires* : ils proviennent de deux ovules qui ont été fécondés soit simultanément, soit à très court intervalle. Chaque fœtus a son placenta et son enveloppe.

2° Les *jumeaux univitellins* ou *uniovulaires*. Ils proviennent d'un seul ovule, soit d'un ovule normal, soit d'un ovule anormal possédant deux noyaux : la fécondation étant faite soit par un, soit par deux spermatozoïdes. Les fœtus ont des enveloppes distinctes, mais le placenta est unique. Si les enveloppes sont communes on a affaire à des monstres.

Les grossesses univitellines sont les plus rares ; approximativement elles constituent 25 à 30 % des grossesses gémellaires. Certains cas sont célèbres, par exemple les quintuplées de Callander, au Canada, il y avait un seul placenta à l'origine des cinq cordons ombilicaux.

Les jumeaux bivitellins sont à peu près aussi souvent soit du même sexe, soit de sexe différents. Les jumeaux univitellins sont au contraire toujours de même sexe.

Les *facteurs étiologiques* de la gémellité sont assez mal connus.

Pour les grossesses bivitellines, on note l'hérédité, surtout dans la lignée maternelle ; l'âge de la mère qui est généralement de 30 à 39 ans.

Pour les gémellités univitellines, l'hérédité est moins fréquente, l'âge de la mère a peu d'influence. On retient surtout des causes pathologiques, notamment la syphilis. D'après Edmond Fournier, Victor Hutinel, Paul Bar, Prosper Merklen, la syphilis serait assez fréquente ; elle est loin cependant d'être constante.

Ernest et Charles sont des jumeaux univitellins. Les renseignements que nous avons obtenus de la Maternité de l'hôpital Saint-Louis sont tout à fait concluants ; il n'y avait qu'un seul placenta. Aucun facteur étiologique ne peut être décelé : l'hérédité gémellaire n'existe pas dans les familles ; la mère est jeune, 26 ans ; il n'y a pas de syphilis chez les parents, pas de syphilis chez les jumeaux et leur sœur : chez tous, les réactions sérologiques sont négatives.

***

De tout temps on a insisté sur l'identité de certains jumeaux . On sait aujourd'hui que les jumeaux qui ne sont pas identiques sont des jumeaux bivitellins, que ceux qui sont identiques sont des jumeaux univitellins ; comme on l'a dit, les jumeaux univitellins sont un seul individu en deux exemplaires, tandis que les jumeaux bivitellins sont des individus différents ; leur seule particularité est d'avoir été conçus et d'être nés en même temps, ils peuvent être aussi dissemblables que le sont des frères et des sœurs qui ne sont pas nés ensemble.

L'identité existait chez 35 paires de jumeaux étudiées par Francis Galton.

M. Apert, qui rapporte ces faits, écrit : « L'identité était telle qu'aucun caractère différentiel ne pouvait être signalé ; le maintien, la physionomie, la coloration du teint, des yeux, des cheveux étaient identiques ; le poids , la taille, la force donnaient des chiffres pratiquement équivalents ».

Je répéterai, après bien d'autres, que les littérateurs ont usé largement de ces ressemblances : Les *Ménechmes* de Plaute et de Regnard sont célèbres.

Ces jumeaux présentent généralement la même voix, les mêmes empreintes digitales ; assez souvent il existe une légère différence de la physionomie et de la voix ; exceptionnellement, l'écriture est identique. La première menstruation survient au même âge.

D'après M. Siemens, en 1924, les signes caractéristiques des jumeaux univitellins, qui font défaut chez les bivitellins, peuvent être classés en trois catégories.

1° Certains *caractères concordent presque toujours* : ce sont la couleur des cheveux, des yeux, de la peau, la pigmentation et l'irrigation de celle-ci, la limite d'implantation des cheveux, la distribution des poils du corps.

2° Certains *caractères diffèrent peu* : tels sont les taches de rousseur, leur localisation, les télangiectasies (rougeur des joues) l'hyperkératose, les crevasses de la langue.

3° Certains *caractères sont souvent semblables* : la forme du visage, des oreilles, des mains, des ongles.

Mais du point de vue anthropométrique la taille diffère assez souvent.

Ernest et Charles présentent la plupart de ces caractères concordants. Leurs visages se ressemblent ; cependant, quand on les connaît bien, on peut les distinguer : notamment la forme du front est légèrement différente, mais ici, chez Charles, intervient sans doute le facteur obstétrical que j'ai signalé tout à l'heure ; il s'agit probablement d'un caractère acquis et non d'un caractère héréditaire.

Je rappelle que les caractères anthropométriques concordent sensiblement et concordent également avec les moyennes des garçons du même âge.

***

Je veux m'occuper surtout de la PATHOLOGIE.

Elle porte, en effet, à des considérations intéressantes relativement à l'influence de l'hérédité sur la genèse, les caractères et l'évolution des maladies et à l'influence des maladies sur les caractères des jumeaux.

On a beaucoup insisté sur l'identité des maladies chez les jumeaux univitellins. Cette identité serait telle que, dans certains cas, des jumeaux vivant à de grandes distances l'un de l'autre peuvent avoir en même temps la même maladie ; qu'ils peuvent mourir presque à la même date. Mais il faut bien distinguer, pour apprécier ces faits, la maladie dont il s'agit.

Il faut distinguer les *maladies acquises* et surtout les *maladies infectieuses*, d'une part, les *maladies constitutionnelles, héréditaires, congénitales, familiales*, d'autre part.

Pour les *maladies infectieuses*, il y a à envisager la simultanéité et l'identité.

Les jumeaux contractent souvent ensemble des maladies infectieuses, la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, la varicelle, la diphtérie. Personne ne saurait s'en étonner, car ils vivent ensemble, dans le même milieu, exposés aux mêmes contagions. Il en est ainsi fréquemment, dans une famille, pour les frères et sœurs non jumeaux.

Les maladies peuvent présenter les mêmes symptômes, la même évolution. Là encore, il n'y a rien d'étonnant : les maladies ne sont pas toujours les mêmes ; elles varient d'une époque à l'autre ; or les jumeaux ayant en même temps des maladies qui relèvent d'un même virus, il n'est pas surprenant que ces maladies soient semblables quant à leurs symptômes et à leur évolution.

Dans nos services de contagieux des hôpitaux, nous savons très bien que les rougeoles ou les scarlatines, par exemple, ne sont pas les mêmes dans des années différentes ou même aux différentes périodes d'une année ; nous observons simultanément des enfants, venus d'un peu partout, qui ont exactement la même rougeole ou la même scarlatine. Il en va de même pour bien d'autres maladies infectieuses. Donc quand les maladies présentent les mêmes caractères cela ne signifie pas forcément que cette identité soit due à l'identité du terrain.

M. Verschuer, en 1924, a compulsé de nombreuses observations pour apprécier les caractères des maladies infectieuses, chez les jumeaux univitellins, chez les jumeaux bivitellins, soit de même sexe, soit de sexes différents.

Voici, calculés pour 100 cas, les nombres de cas où les maladies ont été concordantes chez les jumeaux univitellins et chez les jumeaux bivitellins de même sexe :

	Univitellins	Bivitellins
Coqueluche.........	96,0	82,8
Rougeole...........	94,7	86,9
Varicelle...........	91,3	91,4
Oreillons...........	73,6	58,8
Rubéole............	66,6	70,0
Scarlatine..........	64,5	46,6
Diphtérie..........	47,4	38,4
Pneumonie..........	21,2	2,5

L'analyse de ce tableau conduit aux notions suivantes :

Pour tous les malades totalisés, nous trouvons que la concordance s'observe :

dans 55 % des cas, chez les univitellins ;
dans 48 % des cas, chez les bivitellins.

La différence n'est que de 7. On ne peut donc en tirer des conclusions.

Si nous envisageons maintenant chaque maladie séparément, nous constatons que les maladies se comportent un peu différemment. On peut étabir plusieurs groupes.

Le premier groupe comprend la coqueluche, la rougeole et la varicelle. La concordance est très fréquente chez les univitellins ; elle s'observe chez eux dans 94 % des cas en moyenne tandis qu'elle se rencontre dans 87 % des cas en moyenne chez les bivitellins.

La différence est faible ; elle est de 7.

Pour la varicelle la concordance est exactement la même : 91 % chez les univitellins comme chez les bivitellins.

Voilà donc un premier groupe où il y a un très grand nombre de cas de concordance chez les univitellins comme chez les bivitellins.

Dans le deuxième groupe, la concordance est assez fréquente chez les univitellins, mais moins cependant que dans le groupe précédent. Ce groupe comprend les oreillons, la rubéole, la scarlatine.

Nous trouvons la concordance chez les univitellins dans 68 % des cas et, chez les bivitellins, dans 58 % ; la différence est de 10. Dans la rubéole, la différence est même un peu moindre : la concordance existe dans 70 % des cas chez les bivitellins, dans 66 % des cas chez les nuivitellins.

Dans le troisième groupe la concordance est encore plus rare. Dans la diphtérie, elle est de 47 %, dans la pneumonie, de 21 % chez les univitellins ; mais elle est plus fréquente que chez les bivitellins : respectivement 38 % et 2 %.

On peut conclure avec M. Stransky que « les différences entre les jumeaux univitellins, d'une part, les bivitellins de même sexe et de sexe différent, d'autre part, sont peu importantes et nullement convaincantes ».

le même port de tête, la même physionomie, le même embonpoint que son frère et ils cessent p'être confondus ».

M. P. Dafeut cite le cas de deux jumeaux qui contractent à 9 ans des varicocèles. Le varicocèle est plus développé chez l'un que chez l'autre. Jusque là ils étaient très semblables ; à partir de ce moment ils se différencient.

A 17 ans celui qui a le varicocèle, le plus développé « a de moindres testicules ; sa face est devenue plus longue et plus étroite, son squelette plus mince, son pied plus étroit : il a aux quatre membres un segment distal relativement plus court et un bassin un peu plus large ; son lobule de l'oreille est plus court... Il est plus réfléchi, plus tranquille, moins vif, moins gai que son frère ». Le développement de ses testicules ayant été troublé, il en est résulté les caractères qui viennent d'être énumérés.

L'observation des jumeaux univitellins conduit à envisager le *problème de l'individualité.*

L'individualité est l'ensemble des caractères qui constituent l'individu, c'est-à-dire de l'être vivant, différencié des autres êtres de même espèce. Dans l'ordre intellectuel et moral, cette individualité s'appelle la *personnalité.*

L'étude des jumeaux ramène à ce problème, dont j'ai essayé de vous montrer l'importance en matière d'éducation dans ma deuxième leçon de cette année, qui paraîtra bientôt dans la *Gazette des Hôpitaux,* sur « *Le rôle du médecin vis-à-vis des enfants et des jeunes gens en tant qu'individualités* ».

L'individualité est la modalité fondamentale de l'être vivant. Il n'y a pas deux hommes semblables : les caractères extérieurs, les facultés intellectuelles et morales, la constitution et le fonctionnement des humeurs, des cellules, des organes, tout cela est différent.

Les médecins connaissent bien l'individualité de leurs malades et un des objets de la clinique est d'en préciser les modalités. Les biologistes partagent leur opinion.

Pour Dastre : « Il n'y a pas une nature vivante unique, un seul protoplasma ; il y en a une infinité, autant qu'il y a d'individus distincts. Si semblable qu'un homme soit à un autre, on est contraint d'admettre qu'ils diffèrent par la substance qui les constitue ».

Gley, en 1920, écrit : « Il n'y a pas une physiologie d'espèce, de race, de famille, il n'y a qu'une physiologie individuelle ».

Enfin M. Alexis Carrel s'exprime ainsi : « L'individualité est un caractère fondamental de homme. Elle ne consiste pas seulement en un certain aspect du corps et de l'esprit. Elle imprégne tout notre être ».

Les frères et sœurs ont chacun leur individualité. Les jumeaux univitellins, quelque semblables qu'ils soient sous beaucoup de rapports, ne sont pas identiques ; ils ont également leur individualité.

Leur étude est particulièrement intéressante pour préciser la part qui revient dans l'individu aux facteurs héréditaires et aux facteurs acquis.

Les facteurs héréditaires donnent les ressemblances, les facteurs acquis entraînent les différences.

Les facteurs acquis interviennent pendant la vie intra-utérine, au moment de la naissance et pendant toute l'existence. Du fait de leur intervention s'installent des caractères acquis. Suivant les modalités du genre de vie, du milieu, suivant les maladies, les jumeaux peuvent devenir très différents.

Ces notions comportent des conséquences pratiques importantes : 1° l'hygiène, la médecine préventive, l'éducation ont une influence très grande pendant la gestation, pendant l'enfance, pendant la jeunesse, périodes de l'existence où l'organisme humain est particulièrement malléable et doué d'une grande plasticité.

2° L'individualité étant dans l'ordre naturel, il ne faut pas chercher à la combattre, mais au contraire chercher à la favoriser ; il ne faut pas vouloir s'efforcer à créer des êtres uniformes.

Rechercher l'uniformité, ce qui paraît être l'idéal de beaucoup de gens, est une erreur dont souffrent et mourront peut-être les sociétés modernes. Cette erreur résulte de théories fausses qu'on qualifie à tort de scientifiques.

Mais naturellement il ne faut pas confondre l'individualité et l'*individualisme.* L'individualisme est une conception qui tend à faire prévaloir les droits de l'individu sur ceux de la société ; il n'est en réalité qu'une forme de l'égoïsme. L'individu doit exercer ses facultés dans le sens de l'intérêt général.

On répète volontiers que la médecine conduit à tout, c'est possible. En tout cas, elle doit conduire le médecin à réfléchir sur les faits qui s'offrent à son observation.

L'observation de Charles et d'Ernest, qui sont des jumeaux univitellins, nous montre que, s'ils sont très semblables, ils ne sont pas identiques ; ils se comportent notamment de façon différente vis-à-vis des processus morbides.

Il faut tenir compte de cette constatation pour les conseils que nous devons donner à leur mère. Du fait qu'ils sont jumeaux il ne faut pas leur imposer les mêmes règles. Pour Charles, il faut des soins et des précautions qui ne sont pas nécessaire pour Ernest. Le traumatisme obstétrical et les maladies ont imprimé au premier des caractères acquis qui font défaut chez le second ; ces caractères acquis les différencient nettement bien qu'ils aient seulement cinq ans.

PLAIES ET RUPTURES TRAUMATIQUES DU TYMPAN

Par le Docteur E. FELDSTEIN
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Les lésions traumatiques de la membrane du tympan peuvent résulter :

1e *De la pénétration directe d'un corps étranger* : un fragment de bois ou de métal, un épi de blé, un instrument de fortune, introduit dans le conduit auditif pour calmer une démangeaison (épingle à cheveux, cure-oreille, crayon) peuvent blesser accidentellement le tympan.

Une injection maladroite ou des tentatives brutales, faites « à l'aveugle » pour extraire un corps étranger, ont parfois le même résultat.

Exceptionnellement, les armes à feu déterminent une blessure isolée du tympan et de la caisse. La direction sinueuse du conduit se prête mal à cette éventualité et d'ordinaire, on constate, en même temps, des lésions du conduit auditif et de lamastoïde.

2o *De la compression subite de l'air dans le conduit auditif.* — Un coup de poing ou un soufflet bien appliqué, une chute sur l'oreille, un coup de fusil ou de canon tiré à faible distance, une explosion, sont susceptibles de rompre le typan. Les artilleurs sont éduqués à ce sujet et prennent leurs précautions contre cette blessure indirecte.

Quand un projectile éclate dans un lieu confiné (abri, sape), il peut causer une rupture tympanique bilatérale. On l'a maintes fois constaté durant la guerre.

Une décompression brusque peut avoir les mêmes résultats, surtout quand la trompe d'Eustache fonctionne mal (travailleurs des caissons, scaphandriers, etc.).

3o *De l'extension d'une fracture du rocher à la membrane du tympan.*

Il convient de distinguer à ce point de vue les deux variétés principales de fracture du rocher. La fracture longitudinale respecte l'oreille interne mais touche l'oreille moyenne et déchire fréquemment le tympan.

La fracture transversale intéresse l'oreille interne ; même si elle s'étend à la cavité de l'oreille moyenne, elle laisse le tympan intact. Dans les grands traumatismes craniens, la déchirure du tympan et l'otorrhagie qui en résulte ne sont pas forcément symptomatiques d'une fracture du rocher.

L'écoulement de sang par le conduit traduit quelquefois une simple fracture de l'écaille du temporal, propagée à la paroi supérieure du conduit et à la membrane du tympan. De toutes façons, la commotion cérébrale et les symptômes endocraniens font passer au second plan les signes auriculaires.

***

Au moment où se produit la rupture du tympan, les uns ressentent une violente détonation dans l'oreille, les autres une forte douleur, avec vertige et bourdonnements d'oreille. Puis survient une otorrhagie, qui peut être abondante et durable mais qui est souvent minime et même imperceptible.

Au bout de quelques heures, les symptômes s'amendent. Il persiste néanmoins des bruits subjectifs, une diminution notable de l'acuité auditive, un endolorissement de la région auriculaire et aussi un certain degré de torpeur.

Si l'on examine l'oreille dans les heures qui suivent l'accident, l'examen doit être fait avec prudence et minutie, après avoir débarrassé le conduit des caillots qui l'encombrent, au moyen de porte-coton stériles.

Dans certains cas, le traumatisme n'est pas arrivé à rompre le tympan (notamment chez le vieillard au tympan scléreux) : il se traduit seulement par une bulle sanguine ou une inflammation de la membrane (myringite traumatique).

En découvrant la rupture du tympan l'examen otoscopique permet de constater qu'elle est habituellement unique. On en a signalé pourtant qui étaient doubles ou triples, après de violents déplacements d'air par explosion.

Le siège de la perforation n'est pas fixe. Les plaies directes siègent de préférence, pour Politzer, dans la moitié antérieure. Les ruptures indirectes se rencontrent surtout dans la portion postéro-inférieure (49 fois sur 67, d'après Peyser). Jamais une rupture traumatique ne peut être observée sur la membrane de Shrapnell ou zone flaccide : toute perte de substance, à ce niveau, a une cause pathologique et n'est pas attribuable à l'accident.

La perforation traumatique a des dimensions variables. Elle peut être punctiforme et décelable seulement par le Valsalva ou détruire au contraire tout le tympan. Tantôt allongée comme une fente, tantôt ovalaire, tantôt circulaire et comme faite à l'emporte-pièce, elle a des bords déchiquetés, dentelés, saignants ; elle est entourée d'un coagulum rouge ou noirâtre. Sur le tympan, on peut voir des taches ecchymotiques et le long du manche du marteau, une rougeur due

à l'injection des petits vaisseaux. Les osselets sont intacts : l'on ne constate jamais, d'une manière évidente, leur fracture ou leur luxation. Par la perforation on aperçoit la paroi interne de la caisse, qui peut avoir conservé sa teinte normale.

Les caractères de la perforation traumatique, et surtout l'aspect spécial de ses bords, disparaissent au bout d'un certain temps. Un examen tardif ne permet plus alors de distinguer d'une façon certaine une perforation traumatique d'une perforation pathologique.

La surdité dont se plaint le sujet doit être contrôlée par les épreuves acoumétriques habituelles et même par les épreuves spéciales, dites « de sincérité » quand le trouble accusé paraît excessif et hors de proportions avec l'importance du traumatisme ou celle des lésions constatées à l'otoscopie.

Selon que l'oreille interne a été ou non commotionnée, on peut rencontrer soit une surdité de transmission soit une surdité de perception, soit encore une forme mixte. Le degré en est variable. Dans certains cas, la surdité est à peine appréciable et les épreuves demeurent normales ; dans d'autres cas, la surdité est très accusée, sans qu'on puisse soupçonner le malade de fraude. Il y a certainement des lésions qui échappent à nos investigations.

La surdité s'accompagne d'un certain nombre de phénomènes subjectifs : bourdonnements, vertige, céphalée, etc., dont il est difficile d'apprécier l'intensité.

***

Le pronostic des perforations traumatiques du tympan est relativement favorable, si elles restent sèches. La réparation anatomique dépend de la grandeur de la perforation et de la vitalité des tissus ; elle peut demander plusieurs semaines à se produire. Dans certains cas, la perte de substance ne se répare pas.

Les troubles subjectifs et la surdité disparaissent ou s'amendent avec le temps ; ils sont commandés par l'état du labyrinthe bien plus que par la persistance de la perforation.

La complication la plus ennuyeuse et malheureusement la plus fréquente, c'est *l'infection de l'oreille moyenne*. Elle est due soit à la pénétration des souillures septiques au moment de l'accident soit à des soins intempestifs (irrigations, bains d'oreille, instillations) et se manifeste : 1° par une douleur auriculaire, moins vive en général que dans les otites aiguës médicales (elle est entretenue surtout par la rétention, si la perforation est trop étroite) 2° par un écoulement purulent, variable dans son aspect, son abondance et sa durée.

Cette otite suppurée post-traumatique n'est pas sans inconvénients : elle peut se compliquer elle-même de mastoïdite, passer à la chronicité ou entraîner une surdité marquée. A ces différents points de vue, les plaies de guerre du tympan se sont montrées d'un pronostic plus sévère que celles de la pratique civile.

***

L'origine traumatique d'une perforation du tympan est aisée à reconnaître si l'on est appelé à examiner le blessé dans les heures qui suivent l'accident, grâce à la présence d'un caillot dans le conduit auditif, grâce à l'extravasation sanguine et au liseré rose qui borde le contour déchiqueté de la perforation.

Il n'en est pas de même si l'examen est pratiqué au bout de plusieurs semaines, comme cela se produit pour la plupart des expertises civiles ou militaires.

Un tractus blanchâtre, une zone mince et atrophique témoignent de la cicatrisation d'une ancienne perforation mais ne garantissent aucunement sa nature traumatique.

Une perforation au bord dentelé et l'intégrité de la caisse plaident en faveur d'une blessure mais il n'y a là qu'une présomption.

Pour les formes suppurées, rien ne permet au bout d'un certain temps de distinguer les otites accidentelles des otites médicales. Seuls, les commémoratifs entrent en jeu et il convient de ne les accepter qu'avec une grande réserve.

L'expert doit également être circonspect en matière de conclusions et savoir attendre avant de se prononcer définitivement sur les conséquences de l'accident.

Une perforation simple peut demander 6 ou 8 semaines pour se refermer et une suppuration d'oreille 3 mois avant d'être considérée comme chronique. Pour la surdité, elle est susceptible d'amélioration lente.

Signalons qu'en matière d'accidents du travail le taux d'incapacité permanente accordé pour une perforation unilatérale va de 0 à 5 % et pour une perforation bilatérale de 0 à 8 %. La suppuration chronique porte ce taux à 10 ou 15 % si elle est unilatérale, à 20 % si elle est bilatérale. Il peut s'y ajouter un taux d'incapacité supplémentaire pour surdité accusée ou vertiges persistants.

***

En présence d'une rupture récente du tympan, l'abstention thérapeutique doit être la règle.

Les lavages et le instillations, si souvent responsables de l'infection secondaire, sont à proscrire formellement. « Un bain d'eau sale » (Escat) n'est pas un traitement.

A la rigueur, on peut pratiquer un nettoyage

à sec du conduit auditif et le garnir ensuite d'une mèche stérilisée. Si au bout de quelques jours, le fond d'oreille reste propre, on peut utilement y insuffler de la poudre d'acide borique, qui facilite la cicatrisation.

Deux recommandations sont à faire au malade : 1° éviter toute pénétration d'eau dans l'oreille ; 2° éviter les efforts de mouchage qui risqueraient de désunir la plaie, en faisant pénétrer dans l'oreille de l'air sous pression.

Si, malgré tout, il se déclare une otite moyenne suppurée, celle-ci sera traitée suivant les règles ordinaires, ainsi que ses complications. Il n'existe aucun traitement spécial des suppurations traumatiques.

Les bruits subjectifs, la diminution de l'ouïe, l'hyperesthésie acoustique qui accompagnent les plaies du tympan ou leur survivent, sont dus, nous l'avons vu, à la participation de l'oreille interne : leur traitement est celui de la commotion labyrinthique.

***

La plupart des perforations traumatiques du tympan ont tendance à se refermer d'elles-mêmes. Certaines pourtant demeurent définitives, surtout quand il y a eu un délabrement important ou une suppuration prolongée.

Par une thérapeutique appropriée, on peut essayer de refermer une perforation du tympan. Encore faut-il savoir : 1° qu'une tentative de ce genre est contre-indiquée par un suintement, même minime, de la caisse ; 2° que l'occlusion de la perforation, si elle a des avantages incontestables pour la protection de l'oreille moyenne, reste le plus souvent sans influence sur l'audition.

Deux méthodes peuvent être utilisées :

1° La greffe ou myringoplastie, abandonnée aujourd'hui en raison de ses difficultés ;

2° L'avivement des bords de la perforation, qui sollicite l'auto-régénération du tympan et qu'on obtient soit par raclage au bistouri, soit de préférence par attouchement à l'acide trichloracétique, répété de semaine en semaine. La perforation, dans les cas heureux, se referme progressivement, sans laisser de traces si elle est petite. Si elle est large, elle se comble au contraire d'une membrane mince, pelliculaire, en peau de mirliton.

Quand la réparation anatomique du tympan n'est pas obtenue par ce procédé, faut-il recourir à un « tympan artificiel » ?

Les anciens otologistes avaient créé toute une gamme de tympans artificiels, simples ou compliqués : boulette de coton huilée, plaque de caoutchouc munie d'un introducteur, disque d'argent laminé, pièce de gutta collée à la gomme-laque, etc.....

On a renoncé à cette prothèse tympanique, difficile à employer, mal tolérée et sans profit pour l'amélioration de l'ouïe. Nombreux du reste sont les gens qui sont porteurs d'une perforation définitive du tympan et qui n'ont pas à en pâtir...

LE TOUCHER RECTAL DANS LE DIAGNOSTIC DES APPENDICITES PELVIENNES

Je ne puis que confirmer les remarques présentées à ce sujet par P. LACROIX dans le *Concours Médical* du 12 mars 1939 et par le Docteur J. MAURY dans sa thèse de doctorat.

L'importance du toucher rectal s'est manifestée dans un cas où le médecin, expérimenté et consciencieux, se trouvait embarrassé pour établir la cause d'une douleur siégeant dans la fosse iliaque où l'on ne sentait aucun empâtement profond. Un de mes collègues, appelé en consultation, pratiqua le toucher rectal et constata l'existence d'une collection pelvienne que j'évacuai quelques heures après par une incision rectale. Il existait cependant une collection iliaque profonde qui nécessita, quelques jours après, une incision iliaque.

L'opéré guérit rapidement.

Professeur J. VANVERTS

TRAITEMENT PROPRE A CERTAINES FRACTURES DU COL FÉMORAL CHEZ LE VIEILLARD

George PASCALIS

Dans le numéro du 8 janvier 1939, du *Concours Médical,* mon ami R. Massart a fait connaître, dans un clair article, le traitement qu'il préconise pour les fractures du col fémoral chez les vieillards. Il fait l'enchevillement au clou de Smith Petersen quelle que soit la variété de fracture. Je crois qu'à l'heure actuelle tous les chirurgiens qui ont quelque expérience de ces lésions, sont d'accord avec lui.

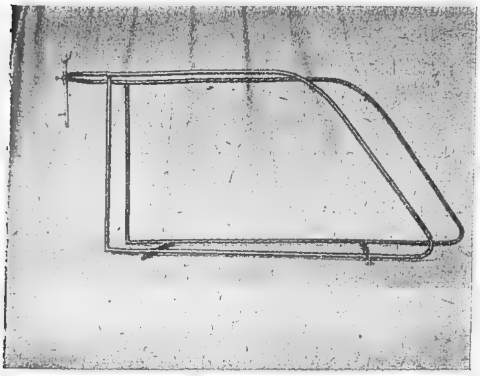


FIG. 1 — La gouttière nue.

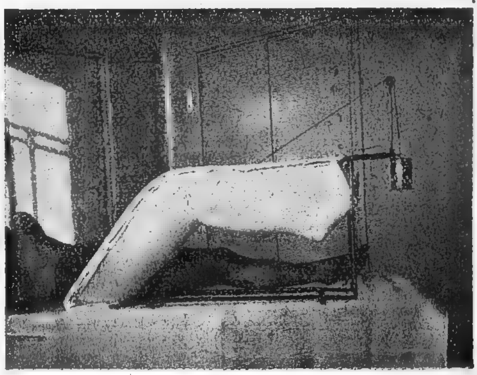


FIG. 2. — La gouttière moulée.

Et Massart a eu bien raison d'insister sur deux points : à savoir, d'abord, que l'enchevillement n'est rien et que la réduction ; est tout ensuite, que tous les appareils, dits de précision, utilisés pour mettre le clou en place ne valent que pour compliquer les choses. Les uns prenant point d'appui sur les parties molles sont une source d'erreurs constantes, les autres qui s'amarrent — mal — sur l'os exigent des délabrements inutiles. Comme lui j'obtiens, *en multipliant* les radiographies une réduction aussi parfaite que possible et la mise en place du clou *sous le contrôle de la main,* est de la plus grande simplicité et m'a toujours donné de très bons résultats.

J'ai pu traiter ainsi des gens âgés de 70 à 80 ans, se portant bien par ailleurs, sans les fatiguer le moins du monde.

Mais il y a de vieilles gens, malades et tarés, qui se brisent le col du fémur. A ceux-là personne ne songerait à proposer une intervention, même aussi bénigne que l'enchevillement. Et il est des blessés qui ne veulent pas être opérés. Chez ceux-là, lorsque l'on a affaire à une fracture engrénée, il faut respecter cet engrènement *providentiel,* asseoir les blessés dans un fauteuil à leur mesure et leur apprendre à user de béquilles.

Pour ceux qui ont une fracture flottante, le problème est moins simple. J'utilise, dans ces cas, une technique qui assure une réduction douce et progressive et s'efforce *à réaliser, artificiellement,* cet *engrènement* que j'ai appelé providentiel.

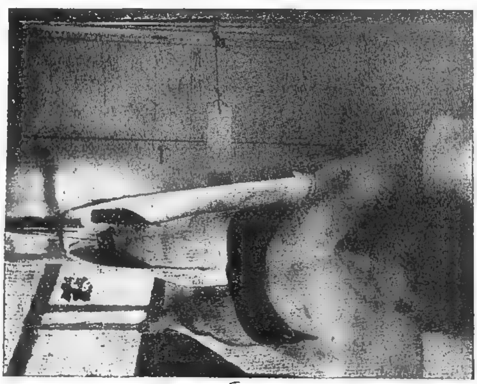


FIG. 3. — Noter la traction perpendiculaire à l'axe de la cuisse. Elle assure le chevauchement cervical et place le membre en rotation interne.

L'attitude à donner au membre fracturé pour mettre les fragments en bonne place est celle qu'à fait connaître Whitmann : flexion, adduction, rotation interne. L'action des muscles entraîne un double déplacement : le raccourcissement dû à l'ascension du fragment inférieur et le chevauchement des fragments cervicaux. Il faut les corriger tous deux. Pour cela j'utilise une gouttière inspirée de celle que Mme le Docteur Navarre a créée pour son remarquable traitement des phlébites. Un de mes infirmiers l'a construite, c'est dire sa rusticité ; elle porte en flèche

une poulie. Avec un bandage de flanelle et des épingles de sûreté on y installe un hamac sur lequel le membre sera mollement suspendu. Il est obligatoirement cuisse fléchie sur le bassin, jambe fléchie sur la cuisse. Une traction continue au moyen d'une bande de leucoplaste est placée sur la cuisse et attelée à des poids toujours croissants qui vont corriger peu à peu le raccourcissement (un Tillaux est placé sur le membre sain, qui est soumis à la même traction, afin de maintenir le bassin horizontal). Le degré d'abduction dépend de l'orientation de la gouttière sur le plan du lit mécanique. La rotation interne s'obtient par la même traction qui lutte contre le chevauchement. Une bande adhésive est posée en point d'interrogation autour de la partie moyenne de la cuisse atteinte et perpendiculairement à elle. Elle se dirige de haut en bas et de dedans en dehors. Elle se réfléchit sur une poulie ou un piton fixé au mur (à défaut sur un dossier de chaise) et porte des poids. Ceux-ci tirent le membre en dehors et en même temps le placent automatiquement en rotation interne (V. Figure).

Les poids sont augmentés progressivement en partant de 1 kilo jusqu'à réduction. Celle-ci s'obtient le plus souvent entre 6 et 8 kgrs.

Lorsque des radios de contrôle exécutées au lit du malade à l'aide d'un petit appareil portatif montrent que tout est en place, avec un maillet de bois emmailloté d'ouate on frappe quelques coups sur le grand trochanter (Cotton), de façon à faire pénétrer le fragment externe dans l'interne. On y arrive deux fois sur trois. On peut alors mettre le patient sur un fauteuil et sur des béquilles. C'est une bonne précaution que d'envelopper le bassin avec une large bande Velpeau qui est engluée de plâtre au niveau du grand trochanter. Ainsi seront formés une coque protectrice et un point d'appui.

Lorsque la manœuvre échoue, que faire ?

Si la vie est menacée, on ne peut qu'abandonner la fracture pour essayer de sauver le blessé en s'inspirant de l'évolution.

Si rien ne presse on laissera le malade sur la gouttière en position de réduction, assis sur son lit et on *le confiera à une infirmière de choix* qui fera le nécessaire pour prévenir les escarres, la congestion des bases, surveillera le fonctionnement des reins, de l'intestin, etc... On contrôlera chaque semaine la position du fragment à l'aide d'une radiographie et on fera les corrections nécessaires ; on donnera enfin à l'organisme la chaux, la mœlle osseuse dont il peut avoir besoin. J'ai pu ainsi laisser au lit des gens âgés, fatigués, sérieusement tarés durant trois mois et plus sans incidents et les lever alors avec un membre fonctionnant dans des conditions acceptables.

Je pense que cette façon de faire pourra rendre des services à la condition de ne pas vouloir en généraliser l'emploi et de la réserver aux cas convenablement choisis.

SUR LA SYMPHYSE PLEURALE

Docteur Pierre HABREKORN

La symphyse pleurale est un état pathologique fréquent, surtout observé au cours des lésions tuberculeuses de l'appareil pulmonaire. Au sens où nous l'entendons, dire qu'un malade a une symphyse pleurale, c'est dire que des adhérences pleurales rendent impossible toute tentative de pneumothorax artificiel.

On peut distinguer une symphyse descendante d'origine corticale, et une symphyse ascendante consécutive à la résorption d'épanchements pleuraux reconnus ou ignorés.

L'absence de symphyse pleurale totale peut être affirmée lorsqu'à la radioscopie on constate un jeu normal du sinus costo-diaphragmatique. Mais il est impossible de savoir si cette liberté de la plèvre est totale ou limitée à la base.

La plupart des signes donnés comme signes de symphyse pleurale, sont des signes d'attraction en rapport avec la rétraction parenchymateuse. Il n'existe aucun signe certain de symphyse pleurale.

Aucun signe clinique ne permet de la déceler. Seul, l'examen radiologique, par l'aspect de sinus costo-diaphragmatique fermé, court, ou comblé, ou par l'immobilisation de l'image radioscopique du sinus, peut donner une forte présomption de symphyse pleurale.

De toute façon étant donné la bénignité d'intervention qu'est la tentative de pneumothorax artificiel, on peut affirmer que pour des lésions devant être collabées, l'essai doit toujours être fait et même répété, quelles que soient les présomptions de symphyse pleurale.

Mais dans les cas, assez fréquents d'ailleurs, où l'on sera en droit de prévoir avec raison une symphyse pleurale, on ne devra pas omettre de prévenir le malade de l'échec probable de l'intervention.

D'autre part, et devant l'insidiosité des signes de quelques cas de symphyse pleurale, il sera toujours prudent, avant toute tentative de pneumothorax artificiel, de prévenir le malade de la possibilité d'un échec imprévisible (1).

(1) Thèse de Paris, 1937.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

■ ■ ■

Contre la diphtérie maligne le traitement préventif importe plus que le traitement curatif

D'après le Professeur Paul GIRAUD et M. HO-TA-KHANH, de Marseille (*)

L'IMPUISSANCE DE LA THÉRAPEUTIQUE DEVANT LA MALIGNITÉ APPARUE

La diphtérie maligne reste un sujet d'une déplorable actualité, en raison des désastres trop fréquents, qui sont encore observés en pareille matière.

Il convient de bien mettre en lumière l'existence de trois périodes critiques de la toxi-infection diphtérique et la réalisation de trois syndromes cliniques bien distincts :

a) le syndrome précoce contemporain des premières heures ou des premiers jours de la maladie ;

b) le syndrome malin secondaire survenant du huitième au quinzième jour ;

c) le syndrome malin tardif, du quarantième au cinquante-deuxième jour.

Ces trois accidents si divers dans leurs manifestations cliniques, comme dans leur pathogénie, ne relèvent pas des mêmes méthodes thérapeutiques. Quelle que soit l'époque de leur apparition au cours de la diphtérie, ils dépendent d'une intoxication massive, qui vient imprégner tout l'organisme, sidérant simultanément les parenchymes nobles du cœur, du foie, des reins, des surrénales, et perturbant en même temps les réactions du système neuro-végétatif. Aussi, pour être efficace, le traitement doit-il s'efforcer de gagner de vitesse, pour ainsi dire, les progrès de l'intoxication ; contre elle, on ne peut rien, lorsqu'elle est installée ; contre elle, on peut beaucoup, lorsque des signes précurseurs font présager son apparition.

Bref, le traitement prophylactique revêt ici une importance particulière. « On ne fouette pas un cheval, qui est près de s'abattre par surmenage, c'est le plus sur moyen d'aboutir plus vite à la défaillance définitive. »

On comprend ainsi que des insuccès à peu près constants aient été enregistrés contre le *syndrome malin précoce*, lorsque celui-ci est réalisé au complet avec fausses membranes envahissantes et nécrotiques, cou proconsulaire, azotémie progressive, syndrome hémorragique. Seuls certains cas limites, dans lesquels le syndrome était incomplet, ou atténué, ont pu être heureusement influencés par la thérapeutique.

La sérothérapie, même avec les sérums riches en unités antitoxiques, même aux doses limites admises jusqu'à ce jour n'ont pu modifier des cas, même pris au début, dans lesquels le syndrome malin se précisait chaque jour sous les yeux du clinicien, jusqu'à l'issue fatale. « Les résultats de l'anatoxine n'ont pas été meilleurs, loin de là » ; sous l'attaque brusquée de la toxi-infection, l'organisme défaille. Ni la strychnine à doses progressives, ni les extraits cortico-surrénaux, à l'exclusion de tout extrait à effet adrénalinique trop marqué ni l'ouabaïne n'ont pas modifié sensiblement le pronostic des cas à malignité bien affirmée ; et cependant ce sont là d'utiles adjuvants habituels de la sérothérapie.

Dans le *syndrome malin secondaire*, le pronostic est un peu moins sombre, pour la raison que souvent, mais pas toujours, il est possible de prévoir dans une certaine mesure les accidents (paralysie précoce du voile, augmentation du volume du foie, brady-arythmie), qui font suite généralement à une diphtérie primitivement grave ; grâce aux mesures, indiquées plus loin, il deviendra possible de les éviter dans un nombre non négligeable de cas. Par contre, il est impossible de guérir le syndrome secondaire, lorsqu'il est nettement précisé.

Du quarantième au cinquante-deuxième jour, on peut observer, à la suite de variations rapides et imprévues dans l'état des malades, le *syndrome malin tardif*.

On voit des enfants atteints d'une paralysie, limitée au voile ou ayant à peine touché soit l'accommodation, soit les réflexes des membres inférieurs, qui, du jour au lendemain, paraissent en danger de mort aux yeux des observateurs les moins avertis.

Subitement, l'atteinte globale du pharynx, du larynx, des bronches, parfois du diaphragme, provoque une accumulation de mucosités dans

---

(*) A propos de la pathogénie et du traitement de la diphtérie maligne. (*La Presse Médicale*, 8 mars 1939.)

la gorge et les voies respiratoires, qui les menace constamment d'asphyxie malgré la broncho-aspiration, d'ailleurs dangereuse à établir chez des malades aussi instables. Parallèlement, la parésie de la nuque, la tachyarythmie, parfois, la paralysie d'un ou plusieurs nerfs crâniens précisent encore l'atteinte globale du système nerveux.

En quelques heures parfois, en un jour ou deux au plus, la situation est ainsi subitement aggravée. Mais si, grâce à un bon traitement préventif, l'enfant peut résister à cette crise soudaine, on voit son état s'améliorer aussi rapidement qu'il s'était aggravé quelques jours auparavant. L'enfant est sauvé. Sans doute, les paralysies ne céderont pas aussi vite et la réapparition des réflexes rotuliens est parfois longue à obtenir, mais les symptômes bulbaires ont disparu, et avec eux la menace, qui pesait si lourdement sur la vie de l'enfant.

***

Le traitement préventif, qui est recommandé

D'après ce qui vient d'être dit, on comprend qu'il ne puisse pas s'appliquer au syndrome précoce.

Pour éviter le syndrome secondaire, ou pour arrêter son évolution imminente, voici la thérapeutique, qui est aujourd'hui classique.

Sérothérapie à doses moyennes appliquée aussi précocement que possible, et massée dans les deux ou trois premiers jours de la maladie ; strychnine à doses progressives à la moindre alerte en allant jusqu'à la limite de la tolérance, et en se tenant ensuite à des doses immédiatement inférieures longtemps prolongées.

Tonicardiaques du type ouabaïne et stimulants généraux. Quant à l'anatoxine, on la prescrit à des doses faibles (1/2 à 1 c. c.), mais fréquemment répétées (tous les trois ou quatre jours), en commençant un jour ou deux après la fin de la sérothérapie.

Contre le syndrome malin tardif, on emploie à titre préventif l'anatoxine et la strychnine.

L'anatoxine est injectée à tous les convalescents de diphtérie deux ou trois jours après la fin de la sérothérapie, et on répète ces injections à des doses variant de 1/2 à 1 c. c. tous les quatre à cinq jours, jusqu'à disparition des bacilles de la gorge, et au moins jusqu'au quinzième ou vingtième jour. On observe parfois des réactions un peu vives, locales et générales, chez les grands enfants et les adultes, mais le plus souvent, surtout chez les enfants au-dessous de 7 à 8 ans, l'anatoxine est parfaitement tolérée. L'anatoxine paraît préférable à la sérothérapie tardive à petites doses (employées autrefois), parcequ'elle ne donne aucun accident sérique, et qu'elle renforce l'immunité spécifique, de façon plus durable.

La strychnine est injectée ou ingérée à doses progressives, toutes les fois où la diphtérie a été sévère, et surtout quand apparaît précocement ou tardivement une paralysie du voile. L'observation des réflexes rotuliens est un guide assez pratique pour régler les doses. Tant qu'ils sont diminués ou abolis, la tolérance au médicament est très bonne. On recherche aussi le signe du *facial* ; cependant l'existence d'une contraction en éclair des muscles de la face par percussion des branches du nerf n'est pas un signe très alarmant, et il apparaît souvent bien avant que la saturation strychnique soit atteinte.

D'ailleurs, en fractionnant les doses et en ne donnant que 1 ou 2 mgr. à la fois au plus, les auteurs n'ont jamais observé de signes d'intoxication. Il est vrai qu'ils n'ont jamais dépassé 12 à 16 mgr. par jour. Dans un seul cas, une infirmière ayant injecté par erreur 4 mgr. en une seule fois, il s'est produit un tétanos strychnique net, qui a cédé rapidement à l'injection d'un barbiturique.

Depuis qu'ils ont adopté cette ligne de conduite, ils n'ont plus observé un seul syndrome tardif grave, ce qui n'était pas le cas auparavant.

Si le malade est amené en pleine évolution de ses accidents tardifs, le traitement curatif est calqué sur le précédent ; on y ajoute cependant des injections intra-musculaires d'ouabaïne ou d'un toni-cardiaque.

En *résumé*, on peut dire que :

La stychnine est un palliatif puissant de la défaillance nerveuse au cours de l'intoxication diphtérique.

L'anatoxine est un médicament très utile pour prévenir les accidents secondaires et le syndrome tardif, mais qu'elle a paru inefficace dans les tout premiers stades de la maladie, et surtout dans les formes à malignité précoce.

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Résultats du traitement de cinquante cas de paralysie générale par la malaria et le stovarsol sodique

Depuis 1930, le Docteur FEUILLADE a traité 50 paralytiques généraux en associant la malariathérapie au stovarsol, procédé qui semble donner les meilleurs résultats thérapeutiques. Voici résumée la technique du traitement.

Après un examen général sévère, qui permet d'éliminer toute contre-indication (tuberculose pulmonaire, affections graves du foie, cardiopathies mal compensées, néphrites), on injecte par voie intraveineuse 2 c. c. de sang prélevé à un malade impaludé, de préférence au cours d'un accès fébrile. L'incubation dure habituellement quatre à six jours, puis apparaissent les accès intermittents qui revêtent soit le type tierce, soit le type quotidien. On laisse évoluer en général huit accès et on interrompt le paludisme, en donnant pendant quatre jours une dose de 1 gramme de sulfate de quinine. Lorsque l'état général du malade est précaire, on coupe le paludisme après quatre accès, et on fait une nouvelle impaludation après un repos d'une quinzaine de jours. Dès que l'impaludation est terminée, on commence le stovarsol après avoir fait pratiquer un examen ophtalmologique, la constatation de lésions de névrite optique imposant une grande prudence. Deux fois par semaine on fait une injection intramusculaire de 1 gramme de stovarsol sodique dissous dans 10 c. c. d'eau distillée, à raison de 20 grammes par série de vingt injections. La première année, on pratique trois séries de stovarsol, la seconde année, deux séries, puis régulièrement une série par an.

Sur cinquante malades ainsi traités l'auteur a obtenu 58 % de récupérations sociales : dans celles-ci il faut distinguer les « bonnes rémissions permettant la reprise des occupations antérieures et les « assez bonnes rémissions », permettant la reprise d'une activité sociale exigeant seulement un travail de routine. Les cas les plus favorablement influencés sont les formes avec excitation psychique et délire euphorique mégalomaniaque. Les formes confusionnelles à type dépressif, avec gros troubles de la mémoire, s'améliorent plus lentement et moins complètement.

La paralysie générale est donc actuellement curable ; mais pour cela il faut que le traitement soit fait de bonne heure et pendant longtemps après la guérison. Des malades dont la rémission au début n'était qu'incomplète, se sont améliorés progressivement, souvent plusieurs mois après l'impaludation.

Les récidives sont dues en général soit à l'absence complète du traitement stovarsolique, soit à un traitement irrégulier, avec un espace trop long entre les séries d'injections. Des visites trimestrielles au cours de la première année, annuelles dans la suite, seraient de nature à prévenir les rechutes.

La solidité des résultats dépend pour beaucoup de la façon dont les malades sont entourés et compris par leur entourage à leur sortie de clinique. A côté des indications strictement thérapeutiques apparaît ainsi la nécessité d'une mesure d'assistance dans tous les cas où le milieu familial n'est pas favorable à une bonne réadaptation du malade. (*Lyon Médical*, 22 janvier 1939.)

A propos de 500 infiltrations du sympathique lombaire

MM. R. DEMAREZ et M. LINQUETTE ont pensé utile, à la lumière de leurs résultats personnels, de résumer la technique, le mode d'action et les résultats d'une méthode thérapeutique, dont le champ d'action apparaît chaque jour plus vaste.

A quelque variante prêt, leur technique est celle du Professeur Leriche. Ils emploient une aiguille longue (10 à 12 cm. suivant l'adiposité du sujet) mince (7 dixièmes de millimètre) et très flexible. L'anesthésique injecté a été constamment une solution à 1 % de scurocaïne sans adrénaline. Ils ont de préférence infiltré le deuxième ganglion de la chaîne sympathique, parce qu'il est à la fois le plus gros, le plus constant et qu'il se repère facilement sur le flanc de la deuxième vertèbre.

On sait que le rôle du sympathique lombaire est surtout vaso-moteur ; sa suppression pathologique ne peut donc qu'entraîner une vasodilatation. Les effets de son infiltration se prolongent bien au delà de la durée normale de l'effet anesthésique de la scurocaïne. On pourrait rapporter le cas de telle malade, qui présentait un syndrome algique du membre inférieur datant de six ans et qui entraînait par son intensité de sérieux troubles de la marche ; une première infiltration l'améliora de façon très sensible ; une seconde pratiquée huit jours après, la guérit de façon définitive. Une action dura-

ble nécessite habituellement une série d'infiltrations rapprochées.

Les résultats de cette infiltration montrent que le sympathique n'a pas une fonction uniquement motrice ; ils ne peuvent s'expliquer que par la coexistence de filets sensitifs et de filets moteurs s'articulant au niveau des ganglions et permettant, par conséquent, la réalisation de véritables réflexes « intrasympathiques ». L'infiltration du sympathique lombaire aura donc une triple action : anesthésie des filets sympathiques ; paralysie des filets moteurs ; suppression des réflexes sympathiques. C'est sous cette triple rubrique qu'on pourrait ranger les indications des interventions sur le sympathique lombaire. En fait, le résultat des réflexes sympathiques étant une vaso-constriction, leur suppression aboutit à une suppression physiologique des filets vaso-moteurs. L'infiltration du sympathique lombaire présente donc deux indications :

1° Les syndromes algiques des membres inférieurs : causalgie, sciatiques radiculaires, etc.

2° Les syndromes d'origine vasculaire : affections artérielles, affections veineuses ; c'est en coupant les réflexes sympathiques que cette méthode agit dans les phlébites et leurs conséquences. Dans la phlébite par exemple, à condition d'être traitée dès les premiers signes, la poussée thermique est de courte durée, l'œdème à peine marqué, la douleur surtout disparaît dès les premières infiltrations, et les malades peuvent se lever après une immobilisation, sans gouttière, qui n'excède pas vingt jours. Les résultats tardifs sont également bons.

Dans certaines algies par hypotonie veineuse, on note également des améliorations ; il en est de même dans certains ulcères variqueux, si l'on y joint une thérapeutique locale. (*Le Progrès Médical*, 28 janvier 1939.)

Les opérations dites « de propreté » dans le traitement du cancer du sein ulcéré

Il s'agit d'une chirurgie palliative analogue à celle de l'anus iliaque, à la gastrostomie, et à la chirurgie de la douleur. A des cancers ulcérés, M. Grimoud substitue une surface de peau saine à l'aide d'artifices techniques divers ; cette chirurgie de propreté abandonne donc toute idée d'exérèse complète du cancer et fait porter tout son effort vers la suppression de l'ulcération néoplasique. Elle est utilisable pour la majorité de cancers intéressants d'emblée ou ayant envahi secondairement les téguments et pour lesquels, pour des raisons diverses, aucune thérapeutique a visées radicales ne peut plus être mise en œuvre. En substituant une surface de peau saine à une ulcération malodorante, saignante, et exigeant un pansement quotidien, elle améliore sensiblement les conditions de vie des malades.

La préparation des malades est banale, et comme seule particularité il convient de signaler les méthodes de désinfection de la plaie néoplasique par des antiseptiques divers, les vaccins locaux, etc... La novocaïnisation de la région opératoire est le plus souvent employée. Dans la technique, l'exérèse doit être calculée en fonction des possibilités de fermeture, car c'est la fermeture qui constitue le point le plus important. (*Toulouse Médical*, 15 janvier 1939.)

Le rôle des vitamines dans la prévention et le traitement de la pellagre

La question de la vitamine P-P. (acide et amide nicotiniques) vient de faire des progrès à la suite des recherches américaines. Sebrell passe en revue cette question d'actualité en y intégrant ses travaux personnels.

La vitamine P-P. est différente des vitamines B1, B 6 et Y. Elle constitue le facteur préventif des accidents caractéristiques de la pellagre, qui, par ailleurs, est une polyavitaminose. A la suite des recherches de Goldberger et de Sebrell, de Ramsdell et de Magness, on a réussi à isoler cette vitamine dans les extraits de foie où elle se trouve à l'état d'amide nicotinique. On la trouve également dans la levure, dont il faut d'ailleurs des doses énormes pour traiter la pellagre — 200 grammes par jour de levure sèche.

La découverte de l'acide et de l'amide nicotiniques par Elvehjem et ses collaborateurs a donc fait faire un pas décisif au traitement de toutes les avitaminoses P-P.

On s'est aperçu, à la suite des travaux de Spies, que l'avitaminose P-P. est extrêmement répandue. De toutes les avitaminoses, c'est probablement la plus fréquente, mais comme il est exceptionnel qu'elle se révèle sous la forme de pellagre, elle passe souvent inaperçue.

Aussi, l'isolement de l'acide nicotinique constitue-t-il un progrès social, puisqu'il va permettre d'introduire la quantité nécessaire de vitamine P-P. dans la ration des pays où l'avitaminose P-P. est endémique.

Bien des troubles digestifs, cutanés et même mentaux, jusqu'ici de nature indéterminée, relèvent en réalité d'une avitaminose P-P. Tous ces accidents disparaissent rapidement sous l'influence de l'absorption quotidienne de quelques centigrammes d'acide ou d'amide nicotinique (*The Journal of the American Medical Association*, 14 mai 1938.)

◆ ◆ ◆ ◆

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

Sérothérapie de l'appendicite et de la péritonite appendiculaire

(M. Weinberg ; 21-2-1939)

M. Weinberg revient sur sa communication antérieure concernant la sérothérapie de l'appendicite et de la péritonite appendiculaire et répond à MM. Hartmann, Pierre Duval et Vincent.

Le traitement sérothérapique de l'appendicite ne vise nullement à suppléer à l'opération précoce, qu'il ne saurait retarder lorsqu'elle est possible. Mais, il peut être utilement mis en œuvre, à titre complémentaire, parfois avant l'opération (en attendant le chirurgien appelé d'urgence), parfois après, et aussi dans les cas opérés tardivement. Il est des circonstances (pays éloignés de tout centre chirurgical, paquebots en mer, colonies, etc.) où, en l'absence de tout chirurgien qualifié, les piqûres de sérum (sérum antigangréneux, anticoli...) constitueront une thérapeutique active et d'application simple. M. Weinberg raconte que le Professeur Eugène Fischer, anthropologiste allemand connu, actuellement recteur de l'Université de Berlin, se fit enlever l'appendice et fit pratiquer l'appendicectomie chez tous ses compagnons, avant de partir en mission en Afrique occidentale, de crainte d'être surpris en pleine brousse par une crise d'appendicite. Aux colonies, où les centres chirurgicaux sont rares, la sérothérapie de l'appendicite trouvera bien des fois son indication.

L'expérience roumaine sur le B. C. G.

(M. A.-B. Marfan ; 7-2-1939)

A l'instigation du Professeur Cantacuzène, la vaccination anti-tuberculeuse par le B. C. G. a pris une grande extension en Roumanie, et cela depuis douze années. Les statistiques montrent l'efficacité du B. C. G., efficacité confirmée par certaines observations particulières. Les médecins roumains citent le cas de familles de tuberculeux dans lesquelles tous les enfants mouraient en bas-âge jusqu'au moment où l'on entreprit la vaccination par le B. C. G. A partir de ce moment, la mortalité cessa.

Le virage de la réaction de Casoni après une deuxième ou plusieurs intra-dermo-réactions

(MM. Em. Sergent, Fourestier et Galliano ; 7-2-1939)

La réaction de Casoni est un test dont la valeur, dans le diagnostic du kyste hydatique, est considérée comme non douteuse. Elle peut cependant, comme d'autres tests, être en défaut.

M. Sergent a vu, chez des sujets indemnes de kystes hydatiques ou de tænia, une intra-dermo-réaction négative, se montrer positive si l'on répète la réaction, faisant penser à une sensibilisation engendrée par la première inoculation. Des résultats identiques ont été obtenus par M. Rist.

Chez 23 sujets pris au hasard et non porteurs de kyste hydatique ni de tænia , ce virage au positif d'une première intra-dermo-réaction de Casoni d'abord négative fut constaté 11 fois (48 %). Une conclusion clinique s'impose : une intra-dermo-réaction de Casoni virant au positif, après une précédente intra-dermo-réaction négative, ne peut être considérée comme imposant sans discussion le diagnostic de kyste hydatique.

D'autre part, ce fait, envisagé du point de vue général, pourrait poser une question analogue en matière de cutiréaction à la tuberculine. Le virage positif d'une intradermo-réaction à la tuberculine, précédemment négative, ne peut-il pas relever simplement d'une sensibilisation ? M. Bezançon répond qu'il n'en est rien. Une première introduction de tuberculine ne sensibilise jamais les individus sains, non tuberculeux, la tuberculine n'ayant pas de propriétés antigéniques. M. Sergent est du même avis. On ne saurait étendre à l'intra-dermo-réaction à la tuberculine cette notion de sensibilisation.

Complexe primaire ganglio-pulmonaire chez le singe après instillation nasale de bacilles de Koch, sous anesthésie générale

(M. J. Troisier et Mlle Sifferlen ; 14-2-1939)

D'une série d'expériences sur le singe, les auteurs concluent :

1° L'instillation nasale de culture de bacilles tuberculeux sous anesthésie générale provoque, en quelques minutes, l'arrivée des microbes dans les alvéoles pulmonaires et leur phagocytose immédiate par les cellules alvéolaires ;

2° L'infection pulmonaire provoquée par l'arrivée des bacilles détermine les jours suivants une réaction pulmonaire du type pneumonique. D'autre part, l'infection a déjà gagné les ganglions trachéo-bronchiques ;

3° Un à deux mois après, on peut observer un complexe primaire ganglio-pulmonaire typique, avec dégénérescnce caséeuse simultanée du nodule pulmonaire et du ganglion trachéo-bronchique, et une pullulation des bacilles acido-résistants dans le « chancre d'inoculation ».

P. L.

Société médicale des Hôpitaux de Paris

Polydipsie, signe révélateur d'une néphropathie complexe chez un enfant de treize ans

(MM. R.-A. Marquézy, Clément Launay et Mlle Edith Mage ; 23-12-1938)

Un enfant de treize ans accuse progressivement une soif intense et une polyurie claire qui sont de prime abord interprétées comme dépendant d'un diabète insipide ; ce diagnostic est bientôt rectifié pour celui de potomanie. Finalement, la constatation d'une perturbation profonde de la fonction rénale oblige à admettre qu'ils'agit, en réalité d'une sclérose rénale latente ; celle-ci est en rapport avec une malformation complexe de l'arbre urinaire : hydronéphrose bilatérale et méga-uretère volvulé bilatéral. Malformation qui coïncide avec d'autres malformations cutanées et également congénitales : atrophie de la main gauche portant sur les quatre derniers doigts, avec syndactylie, lombarisation d'une vertèbre sacrée avec spina bifida occulta ; dysmorphose cranienne. L'enfant est, par ailleurs, un débile intellectuel, dont le test mental décèle un retard de quatre ans. Sa taille, inférieure à la moyenne de son âge de 6 à 7 ans, ne permet pas cependant de parler de nanisme.

Cette observation met en relief l'importance clinique de la polydipsie dans la symptomatologie initiale des scléroses rénales infantiles. Elle concerne, non pas une aplasie rénale de type atrophique, mais une malformation urinaire complexe avec sclérose rénale progressive. Si, au début, on avait porté le diagnostic de diabète insipide, cela tient à ce que les scléroses rénales infantiles entraînent de bonne heure, avec un abaissement général du pouvoir concentrateur du rein, une polyurie compensatrice remarquablement précoce et abondante ; polyurie claire sans albuminurie ni cylindrurie qui prête bien plus à confusion avec la polyurie du diabète insipide que la polyurie modérée avec albuminurie et cylindrurie du mal de Bright de l'adulte. L'influence de l'extrait post-hypophysaire est une autre cause d'erreur ; on sait que ce produit n'agit pas exclusivement sur la polyurie du diabète insipide, mais, à un degré moindre sur la polyurie de l'insuffisance rénale : c'est ce qui est advenu dans ce cas, l'extrait post-hypophysaire ayant paru pendant quelques semaines agir favorablement. Il semble cependant qu'il existe une différence nette entre la soif hypophysaire, et la polydypsie par néphrite ; celle-ci a une évolution plus capricieuse ; la soif est moins régulièrement impérieuse : des jours se passent sans qu'elle se manifeste ; la diurèse est variable. Au surplus, l'étude du fonctionnement du rein permet de rétablir facilement le diagnostic.

Dans tous les cas semblables, il est nécessaire de rechercher s'il existe une malformation latente des voies urinaires. Celle-ci n peut pas toujours être mise en évidence par la pyélographie par voie veineuse, qui comporte des causes d'erreur. Dans tous les cas où celle pyélographie laisse un doute, il n'y a pas d'autre solution que la cystoscopie suivie de cathétérisme urétéral avec pyélographie ascendante. Ici ce procédé a pu révéler, par surcroît, l'existence d'une infection jusque-là latente des voies urinaires.

Un cas de myélite ourlienne. Sclérose médullaire consécutive évoluant depuis plus de quatre ans

(M. Denechau, d'Angers ; 20-1-1939)

Il s'agit d'un cas de « sclérose diffuse médullaire » rappelant sur plus d'un point la sclérose en plaques, mais dont l'origine semble bien être une encéphalo-névraxite ourlienne dont elle ne serait que la suite éloignée.

Une jeune femme, quinze jours après des oreillons classiques apparus au cours d'une épidémie sans caractères spéciaux et sans complications chez les autres malades, a présenté une myélite diffuse dont l'évolution s'est continuée depuis plus de quatre ans, avec des accalmies simulant presque une guérison, et des paroxysmes importants en faisant une véritable paraplégie. Cette paraplégie était spasmodique avec spasticité moindre mais certaine des membres supérieurs, atteinte légère des réservoirs, dysmétrie possible, paresthésie, s'exagérant par poussées assez éloignées, s'atténuant dans leur intervalle. Le premier diagnostic porté fut celui de sclérose en plaques, peu probable cependant par l'absence de troubles oculaires, de tremblement, de nystagmus, et aussi par négativité du benjoin colloïdal. La syphilis ne pouvait être en cause, toutes les réactions du sang, répétées à plusieurs reprises, ainsi que celles du liquide céphalo-rachidien étant négatives. Un premier fait paraît certain, c'est que malgré les périodes d'accalmie, incomplètes d'ailleurs, malgré la prédominance gauche des troubles moteurs de la première poussée, et droite aux poussées ultérieures, malgré la diminution des réflexes rotuliens d'abord, puis leur exagération plus tard, il ne s'agit que de la même maladie intéressant la moelle et les voies pyramidales, l'extension de l'orteil constamment trouvée en étant la preuve. Un second fait est non moins sûr, c'est que tout cela est apparu au décours d'oreillons typiques.

Peut-être l'hérédité nerveuse chargée explique-t-elle l'intensité inhabituelle et la persistance de ces lésions. Elle nous incite en tout cas à ne pas méconnaître les accidents encéphalo-médullaires ourliens et à suivre plus longuement les malades qui les ont présentés. Loin d'être toujours éphémères à la façon de la fluxion ourlienne, ils peuvent laisser des séquelles qui, pour être améliorables, n'en constituent pas moins des infirmités définitives.

G. F.

Société de médecine de Paris

Séance du 9 octobre 1938

A propos de l'opération de O'Shaughnessy ou cardio-omentopexie. Indications et contre-indications. Importance de l'électro-cardiogramme dans leur détermination.

M. A. Pruche après avoir exposé ce qu'est l'opération de O'Shaughnessy ou cardio-omentopexie : revascularisation du cœur par greffe sur le myocarde d'un lambeau épiploïque, montre que cette intervention paraît surtout indiquée dans les déficiences de la circulation coronaire : certaines angines de poitrine, infarctus, myocardite sénile. Il souligne l'importance de l'électrocardiographie pour la mise en évidence des insuffisances fonctionnelles coronariennes et projette une série d'électro-cardiogrammes répondant aux cas logiquement justiciables de l'opération de O'Shaughnessy.

Traitement chirurgical de l'angine de poitrine

M. Pierre Le Gac, après un court exposé de ses recherches personnelles et de ses expériences sur les greffes de «revascularisation du myocarde » dans le but de suppléer à l'oblitération coronarienne, fait un compte rendu de son séjour à Londres auprès de O'Shaughnessy, créateur du procédé dit cardio-omentopexie. Il a pu examiner huit malades opérés par cette méthode dont six pour angine de poitrine avec amélioration de 40 à 90 %. En assistant Schaughnessy dans deux cas, il a pu apprécier la perfection technique de ce procédé ingénieux. La projection de quelques clichés permet de se rendre compte des temps opératoires. Au spécialiste de juger des cas à confier aux chirurgiens.

Traitement des accidents de l'hypertrophie de la prostate par les sels de testostérone

MM. Guy Laroche et E. Bompard communiquent les résultats des traitements avec les sels de testostérone qu'ils ont effectués depuis juin 1936 chez les prostatiques. De l'ensemble de leurs observations ils concluent que les indications de cette thérapeutique hormonale sont différentes suivant les cas. Dans les prostatismes simples, l'activité est indéniable, un résultat favorable peut être régulièrement escompté. Dans les rétentions chroniques incomplètes sans distension, les améliorations sont assez fréquentes et assez importantes pour légitimer une thérapeutique d'essai. La distension vésicale constitue un obstacle presque constant à l'action hormonale. L'évolution de la rétention complète durable est souvent modifiée par le traitement, mais nécessite parfois la cure intensive et prolongée. Lorsqu'il s'agit, comme dans leurs cas, de sujets inopérables, cette thérapeutique doit être instituée. Pour les sujets opérables, l'apport de testostérone constituera toujours une thérapeutique dynamogénique intense. Elle peut faire disparaître les rétentions rebelles, elle n'entrave nullement la décision chirurgicale et améliorera les conditions et suites opératoires. De même dans les cas d'infections, elle doit être associée aux soins habituels. Sous ces réserves, ils ne connaissent aucune contre-indication à la thérapeutique hormonale de l'adénome prostatique. Les soupçons qui ont été émis au sujet d'un pouvoir cancérigène de la testostérone, n'ont à l'heure actuelle reçu aucune confirmation clinique ou expérimentale.

M. Joltrain rapporte des cas où le testostérone a nettement agi non seulement sur les troubles fonctionnels de malades atteints d'hypertrophie prostatique mais encore, sur la perméabilité rénale et l'état général ; on voit la constante d'Ambard s'améliorer, on assiste surtout avec l'acétate de testostérone à une diminution des phénomènes de dépression. L'hormone agit aussi sur les spasmes vasculaires.

M. Cunéo reprend et développe les arguments en faveur de l'origine mullérienne de l'hypertrophie de la prostate. Cette théorie explique les succès obtenus dans le traitement de cette affection par l'administration de l'extrait testiculaire total. Certes, cette thérapeutique n'est pas applicable aux cas avancés. Mais dans les cas légers, elle obtient dans la plupart des cas l'arrêt de l'évolution de la maladie. D'autre part, son rôle préventif paraît indéniable.

La sécurité du forage de la prostate

M. Georges Luys montre les conditions de sécurité complète que donne le forage de la prostate, lorsque l'indication opératoire de l'hypertrophie prostatique est nettement posée. Il oppose ce procédé de thérapeutique chirurgicale à la prostatectomie trop souvent meurtrière et toujours plus grave. Cette sécurité absolue que donne le forage de la prostate est sous la dépendance de quatre éléments essentiels : les qualités de l'opérateur, la perfection de l'installation et du matériel, la préparation minutieuse du malade, la technique opératoire impeccable. Toutes ces conditions étant remplies, le forage de la prostate, qui ne comporte aucune mort opératoire et qui assure des guérisons complètes et durables dans la proportion de 95 %, est ainsi effectué en complète sécurité en raison de la bénignité de son pronostic opératoire.

Société des chirurgiens de Paris

La butée intra-articulaire dans les lésions de la hanche

M. Raphaël Massart décrit un procédé original pour donner un appui solide aux luxations invétérées de la hanche. Le procédé consiste, après avoir ouvert la capsule dont l'épaisseur est toujours considérable, de réséquer une partie de la tête du fémur et de placer au-dessus un volet osseux prélevé sur

l'os iliaque basculé. La capsule est ensuite refermée. Ce procédé que l'auteur a exécuté plusieurs fois permet un appui osseux solide de la tête. Par son efficacité et par sa simplicité il paraît très supérieur à la butée extra-articulaire.

Deux observations de kystes hydatiques du foie

M. Diamant-Berger. — Dans le premier cas, il s'agit d'un kyste suppuré avec collection gazeuse pris pour un abcès sous-phrénique et guéri très simplement. Dans le second cas, le kyste avait été ponctionné par erreur. Enlevé par voie transpleurale, la guérison se produisit mais on vit les mois suivants deux métastases lointaines attribuées à une échinococcose par l'orifice de ponction.

A propos de l'infarctus de l'intestin

MM. Masmonteil et J. Vautier rapportent l'observation d'une malade de 78 ans atteinte d'infarctus de l'intestin grêle. Ils insistent sur la valeur de l'état du shock extrême, de la matité hypogastrique et du silence abdominal à l'auscultation.

L'étude des radiographies, faites sans préparation en position couchée et horizontale, leur a permis de mettre en évidence : 1° une image sombre, médiane, hypogastrique, qu'ils interprètent comme étant l'image de l'infarctus lui-même ; 2° des images de parésie intestinale associée : niveaux liquidiens en aval de l'infarctus, en position verticale ; images gazeuses et image en « feuille de fougère » en position horizontale. Les niveaux de liquide contrastant avec l'absence de péristaltisme, pourraient être considérés comme la traduction radiologique de l'entérorragie.

Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres

Séance du 5 décembre 1938

Les résultats éloignés des cholécystectomies

M. R. Savignac présente, pour la comparer à celle de Mathieu de Fossey, une statistique de 70 cholécystectomies pratiquées depuis deux ans au moins.

Il signale en passant une mortalité opératoire de 9 % en pensant que le hasard l'a faite sûrement trop élevée ; par ailleurs sa statistique est sur tous les points comparable à celle de Mathieu de Fossey.

Cholécystectomies pour lithiase : guérisons 66 %, améliorations, 25 %, échecs 9 %.

Cholécystomies pour cholécystite sans lithiase ; succès 99 %, échecs 81 %.

De ces chiffres et de l'étude de ces cas, l'auteur conclut : toute vésicule lithiasique, sans contre-indication, qui manifeste la présence des calculs, doit être enlevée précocement ou au moins vidée de ses calculs ; toute vésicule non lithiasique ne doit être enlevée qu'en dernier ressort et à la condition d'être certain qu'elle a une part dans le syndrome clinique.

Nouvelles techniques de traitement du cancer du rectum

M. R. Renaux traite les épithéliomas du rectum en association curie-rœntgenthérapique à fortes doses.

En trois mois, le malade reçoit une dose totale d'environ 10 mille « r » internationaux et 10 millicuries détruits. L'originalité de la technique consiste à répartir cette dose en applications intensives de trois jours alternant avec un repos de huit jours.

Si la tumeur est petite, le radium est appliqué en premier temps sous forme de trois ou quatre aiguilles maintenues par une grosse sonde rectale. Si la tumeur est importante, le radium est appliqué après rœntgenthérapie quand le volume est nettement diminué.

Sous réserves d'utiliser ce cycle d'irradiation, l'auteur considère l'épithélioma du rectum comme un des plus favorables d'après ses premiers résultats. Sur trois malades traités au stade opérable, il a obtenu trois cicatrisations complètes dont deux se maintiennent depuis sept et quatre ans. Sur quatre malades inopérables mais en bonne condition physique, il a obtenu trois cicatrisations totales apparentes et pour le quatrième une amélioration des symptômes telle que le malade se considère comme débarrassé malgré la persistance de la tumeur.

M. de Nabias n'a jamais vu disparaître intégralement par des radiations un épithélioma cylindrique.

Sur la sérothérapie de la péritonite appendiculaire par le sérum de porc

M. Bec (d'Avignon). — Dans un travail récent (novembre 1938) MM. Jasienski et S. Kranz (de Cracovie) s'étonnent que la sérothérapie de la péritonite appendiculaire ne soit pas entrée encore dans la pratique courante. Il est difficile, disent-ils, de comprendre pourquoi, puisqu'il s'agit d'une affection grave et si souvent mortelle, tous les chirurgiens n'ont pas essayé de se faire une opinion.

M. Lassablière a personnellement employé avec succès contre la coqueluche le sérum de chèvre, dans le service de Variot.

Sur l'évolution des idées concernant le traitement des cancers du sein

M. Rubens-Duval expose qu'il fut un temps où la thérapeutique du cancer du sein était uniquement chirurgicale et où l'on croyait possible de supprimer par une intervention bien réglée la totalité des cellules cancéreuses.

Le radium et les rayons X peuvent, dans certains cas, faire aussi bien et même mieux. A son avis, la protéinothérapie par les extraits de tumeurs, comme

traitement général, complète les traitements locaux, chirurgicaux et radiothérapiques. Ces divers traitements peuvent être associés entre eux de manières multiples. Leurs combinaisons variées permettent de les adapter aux indications de chaque cas particulier.

En ce qui concerne les cancers du sein de type ordinaire, la radiumpuncture de la tumeur mammaire et la protéinothérapie associées, donneraient autant de chances de guérison que l'ablation chirurgicale classique avec moins de risques et sans mutilation. Ce traitement serait d'autant plus recommandable qu'en cas d'échec l'intervention chirurgicale demeure aussi praticable et conserve toutes ses possibilités d'efficacité.

Société d'oto-rhino-laryngologie de Paris

Séance du 18 janvier 1939

Sur deux cas de fortes réactions vestibulaires par des stimulations acoustiques. (Présentation de film cinématographique)

M. Benjamins. — Le film montre d'abord des pigeons, chez lesquels on avait pratiqué un petit orifice dans un des canaux semi-circulaires et qui réagissaient au son d'une flûte d'Edelmann soit par secousse de la tête soit par un nystagmus. Ces réactions sont absolument identiques à celles que produisent les méthodes usuelles de l'examen vestibulaire, comme la rotation, l'excitation calorique etc...

Pour que ces réflexes, découverts par le physiologiste italien Tullio, se montrent, il faut que, sauf le petit orifice dans l'os d'un canal semi-circulaire, l'appareil de transmission soit absolument intact.

Le film montre ensuite deux cas observés à la clinique de Groningue. Dans le premier cas, une femme atteinte d'un cholestéatome avec fistule du canal horizontal droit, montra les mêmes réactions que la pression d'un ballon de Politzer, au son d'un avertisseur électrique d'automobile. Avec l'évidement total, ces réactions acoustiques ont disparu.

Le deuxième cas, un jeune homme de 28 ans, était sensible aux sons de 1.600 à 3.000 v. d. et spécialement aux avertisseurs électriques des autos. Le traitement consista à retenir les ondes sonores et à modifier en même temps la résonance du conduit. Commencé avec une boule quiès, il aboutit à introduire un tampon de coton dans le conduit, ce qui suffisait pour éviter les troubles vestibulaires par les sons. Il y a déjà amélioration après un an, le vertige et le nystagmus ne se produisant qu'à des sons très forts et sous une forme atténuée.

Société française d'histoire de la médecine

7 janvier 1939

Contribution à l'histoire de l'hydrologie française. Présentation de documents inédits sur les Barrié, de Luchon

M. Molinéry après avoir souligné le très grand effort réalisé au sein des stations thermales sous l'impulsion de M. le Professeur Laignel-Lavastine et de ses collègues des chaires d'hydrologie, appelle l'attention de la Société française d'histoire de la médecine sur la possibilité d'écrire un chapitre sur « la préhistoire de l'hydrologie ».

M. Molinéry rappelle qu'en France, Néris, Vichy, Bourbon-l'Archambault, Saint-Honoré, Bourbon-Lancy, Luchon, etc, ont fourni les unes de beaux silex taillés, les autres des vestiges non négligeables de l'homme à l'âge du Renne. Il est fait état pour une période, relativement plus rapprochée de nous, *des vases apollinaires* et *de la célèbre coupe d'Otanez.*

Après avoir donné un souvenir au « *De Balneis* » dont l'auteur entretint la Société il y a de cela quelques mois ; au *Catalogue raisonné* de Carrère dont il faut souhaiter que l'Institut d'hydrologie, rattaché au Collège de France, prenne la suite ; à la thèse si fortement documentée du Docteur Deguiral, thèse inspirée et dirigée par M. le Professeur Serr, de la Faculté de Toulouse, M. Molinéry résume l'histoire des sept générations des Barrié qui, au cours de près de trois siècles — de père en fils — exercèrent à Luchon.

Dans une thèse toute récente, M. Pierre Molinéry, partant de documents *complètement inédits*, donne la preuve de l'érudition des Barrié, inspecteurs thermaux. Ceux-ci, dans leurs mémoires, adressés à l'Académie de médecine, étudiaient tout ce qui se rapportait à la région où ils exerçaient avec sagacité et continuité. L'un d'entre eux, Nestor Barrié, consacre vers 1840 une partie de son travail à l'étude des crétins goitreux des montagnes pyrénéennes, M. Barrié, qui fut un élève d'Alibert au cours de son internat des hôpitaux de Paris, passe au crible de la critique la plus avertie les notions étiologiques de cette époque et affirme que l'eau dite goitrigène est loin de tout expliquer. Nourriture pauvre et insuffisante, climat de vallées privées de soleil, non usage de vin, hygiène la plus déplorable en leur maison, frappent l'observateur.

Nous dirions aujourd'hui que l'absence des vitamines alimentaires et du vin, l'inactivation des stérols cutanés par le manque de lumière solaire sont facteurs de cette diathèse.... En tout cas, dit M. Molinéry, ne semble-t-il pas que Nestor Barrié expose une façon de voir qui « sent » le précurseur ?...

Les Livres

Gaston Doin et Cie, éditeurs
8, place de l'Odéon, Paris.

R. Liège, chef de clinique médicale infantile à la Faculté de médecine de Paris. — **Vingt études pratiques de médecine infantile**. Préface du Professeur Nobécourt. 1 vol. in-8° de 210 pages, avec 28 figures : 60 francs.

Ecrit par un praticien, ancien chef de clinique à l'hôpital des Enfants-Malades, ce livre, déclare l'auteur dans l'introduction, n'a qu'un seul but : « Etre utile aux enfants et à ceux qui, en dehors des médecins spécialistes, acceptent la lourde tâche de les soigner ».

Dans des monographies volontairement exemptes de théories et d'hypothèses, mais illustrées d'observations qui réalisent de vivants exemples des maladies de l'enfance, l'auteur met le lecteur aux prises avec les difficultés journalières de la clinique et de la thérapeutique chez les enfants.

Les maladies qui plongent trop souvent une famille dans la crainte et le désespoir, telles l'ostéomyélite aiguë à forme septicémique, l'appendicite des tout petits, l'œdème pulmonaire, la péritonite à pneumocoques, et réalisent des « questions d'urgence de médecine infantile » nécessitant fréquemment une étroite collaboration médico-chirurgicale, comptent parmi les sujets pratiquement traités dans ce livre.

Etablir le plus rapidement possible un diagnostic, porter un pronostic et fixer un traitement, dans les maladies graves de l'enfance, tel est le sens de l'ouvrage du Docteur R. Liège, qui vient de paraître et pour lequel le Professeur P. Nobécourt écrit dans la préface :

« Je ne puis passer en revue chacune des « Vingt études pratiques de médecine infantile ». Le style en est alerte, la lecture facile, attrayante et instructive. Dans chacune on trouve en quelques pages les notions indispensables. Le médecin qui suit un malade y rencontre un guide précieux. »

Gaston Doin et Cie, éditeurs
8, place de l'Odéon, Paris (VIe)

J. Oddo. — **La médecine d'urgence. Symptômes, diagnostic, traitement immédiat, formulaire**. 7e *édition revue et augmentée*. 1 vol. in-8° de 840 pages, 120 fr

Dans cette septième édition de « la Médecine d'urgence », l'auteur, tout en gardant à ce livre son caractère essentiellement clinique et pratique, l'a remanié complètement, se bornant à ajouter à certains sujets les perfectionnements que la technique et la thérapeutique modernes y ont apportés, remettant par contre complètement au point les questions que les conceptions actuelles permettent d'envisager sous un jour tout différent : tels l'asthme et les pseudo-asthmes, les insuffisances cardiaques aiguës, l'angine de poitrine, l'urémie, l'épilepsie, l'hystérie, la goutte et le coma diabétique. On trouvera, de plus, traité dans le même esprit, un certain nombre de chapitres, de notes ou de tableaux synoptiques nouveaux concernant des affections médicales d'urgence qui n'avaient pas trouvé leur place dans les éditions précédentes, soit qu'encore mal différenciées elles aient été mêlées à des affections voisines tels l'infarctus du myocarde et les salmonelloses, soit que certains progrès de la thérapeutique aient créé des dangers nouveaux tels les accidents du pneumothorax thérapeutique, le coma insulinique et l'intoxication barbiturique, soit enfin que la science moderne s'étant, hélas ! appliquée à détruire, il faille chercher à en combattre les effets nuisibles, telles les intoxications par les gaz de combat.

Le médecin et l'étudiant trouveront dans ce livre, remis ainsi en quelque sorte à jour, tout ce qui en a fait le succès, complété par les données les plus modernes de la science.

Doin et Cie, éditeurs
8, place de l'Odéon

Professeur Georges Carrière et Professeur agrégé Claude Huriez, de Lille, et Maurice Codron. — **Adénopathies généralisées de l'adulte**. Un vol. 120 pages.

S'appuyant sur 55 observations recueillies, durant ces onze dernières années, à la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Sauveur, les auteurs étudient le problème de diagnostic soulevé par la constatation d'une lymphadénie généralisée chez l'adulte. Ils envisagent successivement les lymphadénies leucémiques (leucémie lymphoïde, syndrome spléno-adénique de la leucémie myéloïde, formes ganglionnaires de la leucémie aiguë), les lymphadénies aleucémiques (maladie de Hodgkin, adénopathies tuberculeuses, adénopathies syphilitiques, adénopathies néoplasiques, lymphomatose, lymphadénies aleucémiques d'étiologie insuffisamment précisée), certaines lymphadénies exceptionnelles. Des données générales de diagnostic et un tableau synthétique des lymphadénies généralisées de l'adulte terminent l'ouvrage.

Les Thèses

P. — Dr J. SOLOMIDÈS. — **Asthénie acquise, dépression constitutionnelle et tuberculose** (auto-observation). (Thèse 1938.)

L'auteur pense que toute neurasthénie acquise qui n'a pas fait ses preuves peut être suspectée de tuberculose. Il conviendrait donc de lui appliquer le traitement de la tuberculose au début et si possible l'héliothérapie générale, d'autant plus que ce traitement n'aggraverait pas l'évolution d'une neurasthénie relevant d'une autre cause, bien au contraire.

P. — Dr P. DUPUY. — **A propos des corps étrangers des voies digestives et leur traitement par l'enrobement cellulosique.** (Thèse 1938.)

Le Professeur Ombrédanne a fait connaître une méthode simple et originale pour évacuer les corps étrangers de l'estomac et de l'intestin. Cette méthode consiste à faire absorber des queues d'asperges au sujet. Les fibres cellulosiques qui constituent les queues d'asperges s'enroulent autour du corps étranger, l'enrobent et lui permettent de cheminer sans dommage le long du tractus digestif.

Nous avons signalé déjà les bons effets de l'ingénieux procédé du Prof. Ombrédanne. Le Docteur P. Dupuy apporte quelques observations nouvelles dont trois lui sont personnelles.

Mp. — Dr R. LASSAVE. — **Abcès froid de la rate** (Thèse 1938.)

L'abcès froid de la rate est une rareté clinique. La symptomatologie de cette affection n'est pas caractéristique, d'où la nécessité d'un examen clinique et biologique complet.

Le diagnostic en est très difficile.

Néanmoins, le pronostic est moins grave qu'il ne semblerait au premier abord à condition qu'une intervention chirurgicale soit appliquée à temps.

La splénectomie est l'opération de choix.

La splénotomie, quoique moins brillante, donne, lorsque l'extirpation complète est dangereuse, des résultats satisfaisants.

P. — Dr A. RICAUT. — **De la mort du fœtus ou du nouveau-né après injection préventive, chez la mère, de sérum antitétanique.** (Thèse 1938.)

L'observation qui sert d'introduction à ce travail relate un cas d'accouchement prématuré avec mort du fœtus consécutif à une injection préventive de sérum antitétanique. Elle pose la question : une injection préventive de sérum antitétanique chez une femme enceinte peut-elle déterminer la mort du fœtus ?

La documentation sur ce sujet paraît encore très pauvre et très incomplète. L'auteur n'a pu réunir dans la littérature que cinq observations qui ne peuvent d'ailleurs pas être admises sans réserves et dont aucune ne concerne le sérum antitétanique, mais d'autres sérums divers.

Il semble en résulter que si le fait de la mort du fœtus par injection de sérum antitétanique doit être considéré comme possible, il est pratiquement et dans l'état actuel de nos connaissances extrêmement rare.

Il y a donc lieu pour le médecin expert appelé à juger de la relation possible entre une injection, chez une femme enceinte, de sérum antitétanique ou d'un autre sérum, et la mort du fœtus, de se méfier de coïncidence possible et de ne donner ses conclusions qu'après une enquête approfondie des faits de la grossesse antérieurs à l'accident en cause, et des modalités de l'avortement ou de la grossesse.

La grossesse, jusqu'à nouvel ordre, ne peut être considérée comme constituant une contre-indication particulière à la sérothérapie. Il convient de s'en tenir aux règles habituelles de celle-ci.

P. — Dr J. DREYFUS. — **Contribution à l'étude du système nerveux végétatif céphalique et des applications thérapeutiques de son anesthésie.** (Thèse 1938.)

L'anesthésie du ganglion sphénopalatin est entrée dans la pratique. On ne compte plus les succès chez les malades présentant le « syndrome sphéno-palatin » ou un des éléments de ce syndrome.

L'anesthésie du ganglion stellaire a déjà eu de nombreuses applications dans les affections des viscères thoraciques et du membre supérieur.

Dans les bourdonnements d'oreille et les vertiges, elle a amené quelquefois des guérisons.

Dans les névralgies ou mieux les sympathalgies faciales, elle ne semble pas devoir être conseillée.

Elle mériterait d'être essayée dans l'œdème de Quincke et l'hémisudation faciale.

L'anesthésie du ganglion cervical supérieur est une méthode trop récente pour qu'on puisse fixer ses indications. Elle mérite encore des recherches.

On ne doit pas oublier les heureux effets des *infiltrations anesthésiques périartérielles*, en particulier au voisinage de l'artère faciale, au cours de certaines algies.

P. — Dr DOREY. — **La protection des enfants en bas âge contre les gaz de combat.** (Thèse 1938.)

Le masque n'est pas toléré par les enfants au-dessous de 5 ou 6 ans, dans la plupart des cas, à moins

qu'ils n'aient été entraînés progressivement dès l'âge de 3 ou 4 ans.

La protection en milieu clos ou surpressé peut être utilisée comme pour les adultes, mais elle offre quelques difficultés et inconvénients. On a été amené à créer un sac-berceau offrant toutes garanties de sécurité, pour la protection des petits enfants, dans le cadre familial ou dans les abris susceptibles d'être atteints par les gaz.

N. — Dr P.-M. BRAUN. — **L'histamine à petites doses dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux.** (Thèse 1938.)

L'auteur rapporte 16 observations d'ulcus gastro-duodénaux traités par la solution de bichlorhydrate d'histamine au dix millième, en injections sous-cutanées, à la dose de un centimètre cube par jour.

Ce traitement a donné dans la plupart des cas des effets heureux sur les symptômes cliniques et radiologiques : disparition rapide des douleurs, amendement également rapide des nausées, des vomissements, possibilité de retour à un régime alimentaire normal, augmentation du poids. A ces effets s'ajoutent des modifications favorables du chimisme gastrique et des images radiologiques.

Comment expliquer ces faits ? Dans l'ulcus, il y a, suivant Aschoff et l'école de Leriche une contraction spasmodique amenant des spasmes coronaires et des plicatures des vaisseaux. Il en résulte une anémie relative de la muqueuse gastrique sur laquelle va pouvoir s'exercer l'action corrosive d'un acide chlorhydrique sécrété de façon trop intense sous l'influence de l'excitation de l'antre par des causes diverses (alimentation grossière, mauvaise mastication, alcoolisme, tabagisme). Nous pouvons dès lors comprendre l'action thérapeutique de l'histamine, dérivant de ses trois propriétés : vaso-dilatation capillaire, régularisation de la contraction des muscles lisses, action sédative dans les algies diverses.

L'auteur s'est servi, chez ses malades, de l'histadimilli (solution d'histamine à 1 p. 10.000).

P. — Dr P. DECOUFLÉ. — **Effet, sur la pression artérielle de certains hypertendus, de l'ingestion d'eau commune.** (Thèse 1938.)

L'auteur a obtenu des cures de diurèse, réalisées par ingestion d'eau commune, une diminution de la tension artérielle huit fois sur onze malades hypertendus. Les trois autres cas ont été des échecs.

L'expérience du Docteur Decouflé, bien qu'intéressante, lui apparaît à lui-même trop restreint pour permettre des conclusions. L'application d'un telle cure demande d'ailleurs une certaine prudence.

NOTE DE THÉRAPEUTIQUE

La Codéthyline contre la toux

Le nom de « Codéthyline », apparu pour la première fois au Codex 1937 pour désigner le chlorhydrate d'éthylmorphine, devra entrer dans la pratique médicale et pharmaceutique pour remplacer le nom de « Dionine », qui est déposé et appartient en exclusivité à une firme étrangère.

Ce nouveau nom a d'ailleurs une signification précise : le produit est, en effet, une codéine dont le groupement méthyle a été remplacé par le groupement éthyle (d'où cod-éthyline).

La « Codéthyline » a une action « sédative et analgésique plus intense, plus durable et plus constante » que la codéine (Pouchet). Son absorption est facile et sa tolérance parfaite, elle n'est pas émétisante, ne ralentit pas le transit gastrique, et son action constipante est inférieure à celle de la codéine et de la morphine. N'entraînant pas d'accoutumance, ni l'euphorie spéciale de la morphine et l'état de besoin, elle ne figure pas au tableau B.

On recourt à la Codéthyline principalement pour son action sédative sur le système respiratoire, dans les toux aiguës ou spasmodiques de la coqueluche, de l'asthme, des bronchites aiguës, de la pneumonie, de la broncho-pneumonie ; dans les bronchites chroniques, l'emphysème ; et surtout, dans la tuberculose pulmonaire (action sur la toux et la respiration s'unissant à l'action calmante générale pour procurer aux malades des nuits calmes).

On emploie de préférence les granules de Codéthyline Houdé dosés très exactement à 5 *milligrammes* de produit très pur et se dissolvant rapidement après l'ingestion. Les doses sont de quatre à dix granules par jour.

(Le Codex 1937 autorise jusqu'à 20 centigrammes par jour).

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

■ ■ ■

A LA RECHERCHE D'UNE MEILLEURE FORMULE D'ÉDUCATION

On dit et on répète que notre époque est une époque de transition. Le propre de telles époques est d'avoir perdu toute certitude et toute sécurité et de se tenir sur un perpétuel « qui vive ». Attitude héroïque, peut-être, mais pleine de désagréments car on ne remet pas impunément en question les fondements d'une société. Le risque le plus probable qu'on court c'est de la voir s'écrouler et d'être aplati sous ses décombres.

Médecins, nous en savons quelque chose : d'innombrables moralistes nous ont déjà décrit ce qu'ils nomment « le malaise médical » et d'innombrables thérapeutes nous ont fourni leur plan de traitement. Phénomène alarmant s'il en fût car nous savons d'expérience que le chapitre thérapeutique n'est jamais si bien fourni que lorsque l'auteur ne sait décidément pas à quelle drogue se vouer.

Si pénible nous soit ce malaise nous sommes pourtant assez grands pour essayer de distinguer ce qu'il présage et, individuellement ou collectivement, y parer de notre mieux. Soit comme professionnels soit comme citoyens nous menons notre barque et prenons nos propres responsabilités ; ce qui constitue un indéniable apaisement aux cœurs bien nés.

Tout autre est le problème en matière d'éducation. Là nous percevons la même sorte d'inquiétude et voguons dans une brume au moins aussi épaisse. Les changements incessants de programmes scolaires, les discussions qui s'élèvent à chaque pas le manifestent assez. Et les universitaires eux-mêmes ne sont pas les derniers à dénoncer les piètres résultats qu'ils obtiennent. Le malaise règne à tous les échelons de l'Université. Mais ce qui donne à ce malaise un pathétique particulier c'est la sorte de victimes qu'il menace. Tous nous réalisons que nous, encourons là des responsabilités plus lourdes puisqu'elles engagent d'autres que nous, de ceux dont le destin est plus précieux que le nôtre parce que plus gonflé d'avenir et de possibilités : les jeunes.

Au moment de prendre une décision un grand trouble nous saisit ; on ne donne pas le coup de barre du même poignet si l'on est seul à bord ou si l'embarcation porte la jeunesse et son inestimable fortune.

Aussi est-il explicable que les ministres et leurs conseilleurs hésitent, et plus explicable encore que, à chaque mesure prise par eux, des voix protestataires s'élèvent, pleines d'angoisse et de colère. Ainsi a-t-on vu âprement discutée l'institution de la classe d'orientation scolaire, et les médecins n'ont-ils pas été les derniers à se faire entendre, tant en médecins qu'en parents d'écoliers.

Et cependant il faut prendre parti. Puisqu'à l'évidence il n'est plus possible de garder l'armature éducative ancienne, force est bien d'en constituer une nouvelle et de courir les risques de toute innovation. Mais, dans un pays comme le nôtre, chaque citoyen a, sur chaque problème posé à la nation, le droit et le devoir de se constituer une opinion, le droit et le devoir de l'exprimer.

Ce n'est donc pas faire œuvre vaine que de founir ici à nos lecteurs une documentation qui leur facilitera ce travail de choix mûri dans lequel se résout le meilleur des institutions démocratiques.

***

Cette documentation m'est fournie par un traval récent du R. P. Jean Frossard sur « Les méthodes nouvelles d'éducation » (1).

Le grand reproche que l'on adresse à l'éducation traditionnelle c'est son uniformité, c'est-à-dire que les enfants y sont spirituellement revêtus d'un uniforme. Celui-ci est conçu pour les « moyens » ; par conséquent les forts et les faibles sont mal accoutrés, ce qui signifie qu'ils perdent leur temps.

A ce grief fondamental s'en ajoute un autre : elle impose à l'enfant une formation passive, elle développe en lui un mécanisme routinier

(1) « *Cahiers Laennec* », janvier-mars 1939, 12, rue d'Assas, Paris (VI[e]).

dont l'ambition se tend vers « la moyenne » dans des examens devenus de plus en plus nombreux.

Les méthodes nouvelles s'inquiètent de la psychologie infantile et de la diversité des individus. Soucis louables, dit le R. P. Frossard, mais qui ne sont pas incompatibles avec l'ancien système. Celui-ci, après tout, a fait ses preuves et a formé ceux mêmes qui le critiquent. Il serait équitable et prudent de l'améliorer plutôt que de le rejeter en bloc.

La méthode Montessori, qui jouit d'une si grande renommée, est en réalité inspirée des travaux de Frœbel et de Séguin.

Le premier, fils d'un pasteur, comprimé dès l'enfance par une austère discipline, eut la charitable pensée d'éviter aux autres l'éducation revêche dont il avait ressenti l'amertume. Et cette pensée le conduisit à inventer les « jardins d'enfants » où l'on instruit en amusant. En outre il créa les jeux à formes géométriques en honneur dans les écoles Montessori.

Quant à Séguin, c'était un spécialiste des déficients mentaux. Son idée originale fut d'appliquer à ceux-ci les méthodes de Valentin Haüy et de l'Abbé de l'Epée, en somme de les amener à faire davantage usage de leurs sens.

Ayant mis à profit les travaux de ces précurseurs, Madame Montessoni basa sa méthode sur trois principes :

a) *Substitution du concret à l'abstrait* (éducation des sens, jeux sensoriels).

b) *Liberté laissée aux enfants* : c'est l'enfant qui s'élève et s'éduque lui-même avec l'aide de ses parents et de ses professeurs. L'enfant devenu libre dans ses mouvements, dans le choix de ses occupations ; on lui *propose* celles-ci, on ne les lui *impose pas*. Il les prend, il les quitte à son gré.

c) *L'école doit être agréable*, joyeuse, attrayante, offrir à l'enfant un monde où tout soit à sa taille.

Le propre de la méthode c'est, en somme, d'éliminer l'effort et la contrainte et de compter pour former l'enfant sur l'excellence de sa nature humaine. Rousseau eût crié « Bravo ». Pour que nous en fassions autant, il faudrait d'abord que Rousseau nous eût convaincus (et il s'en faut !) et que les écoles Montessori nous exhibent des performances convaincantes. Or, la méthode Montessori a par plus d'un point inspiré l'enseignement primaire actuel. Et celui-ci ne mérite pas une admiration sans bornes !

Plus digne d'étude et d'essais semble la méthode Decroly. Decroly est un médecin belge, disciple de Binet, qui considère l'enfant à la fois comme un instable et un « persévérateur ». Passer d'une matière d'enseignement à une autre exige d'abord une inhibition, ensuite une remise en train que l'enfant s'impose très difficilement .

D'où la création nécessaire de « centres d'intérêt » au milieu desquels l'enfant se promène d'abord en simple spectateur mais qu'il devra ensuite décrire. Il s'agira, par exemple, pour commencer de descendre au jardin, puis ce sera une excursion dans la campagne, la visite d'un port, d'une usine, etc.

Les élèves sont répartis en petits groupes, chaque groupe ayant son propre programme. Pas de livres scolaires, mais une bibliothèque où ils apprennent, avec le maître à faire des recherches.

La même sorte d'initiative est suscitée dans les travaux manuels : les enfants sont chargés de meubler et de décorer la salle de classes, de constituer un musée de collections.

La méthode est assez répandue en Belgique. Et puisque nos voisins et amis en sont contents nous pourrions au moins l'examiner d'un peu près.

Avec Davy, professeur de philosophie à Colombia University, on enfourche les grands principes, à ce point que sa méthode n'est, paraît-il, applicable qu'en pays démocratique. Les enfants, formés au self-control, sont responsables de la discipline ; ils s'administrent eux-mêmes par l'intermédiaire de délégués élus ; leurs droits sont égaux, seuls les aînés gardent un plus grand pouvoir d'organisation ; on les initie également aux questions politiques.

Des témoins, ayant vu fonctionner à Michigan l'école Davy, l'accusent d'être surtout une école d'anarchie. Il semble, que, sans être allé à Michigan, on pouvait prévoir ce résultat. On peut même prévoir que l'Etat de Michigan sera, d'ici peu, particulièrement fertile en orateurs de meetings.

Les Etats-Unis ont inventé, en dehors de la méthode de Dervey, une autre formule d'éducation qu'ils appellent le Plan Dalton.

On soumet aux élèves d'une même classe, un plan général de travail à fournir dans l'année ; ce travail est divisé en « tâches » dosées sur la force de chaque enfant, pour lui permettre des succès en rapport avec ses efforts. Il s'engage par contrat signé à fournir cette « tâche » dans l'année. Elle donnera lieu à un examen oral subi par l'élève à une date fixée, mais qu'il peut faire retarder s'il n'est pas prêt à temps. Une note insuffisante oblige à repasser cet examen.

De plus la classe est divisée en deux groupes d'élèves répartis de façon à ce que la force de chaque groupe soit sensiblement égale et l'on confie à chacun de ces groupes un certain nombre de travaux à faire dont le maître explique au préalable l'utilité pratique, la marche à suivre et les erreurs à éviter. Les deux groupes luttent entre eux pour réaliser le meilleur travail dans le minimum de temps.

Cette méthode est excellente, note le R. P. Frossard, mais elle n'est pas neuve. Depuis le

XVII[e] siècle les Jésuites l'emploient dans leurs collèges. Ce en quoi les Américains ont innové, c'est qu'ils sanctionnent le travail fait en équipe plutôt que le travail individuel, inculquant ainsi aux élèves le désir de s'entr'aider plus que de se dépasser. Ils développent donc le sens social et ne cultivent pas l'envie.

Bien entendu, en vrais Américains qu'ils sont, ils ont institué pour chaque élève un contrôle médical et psychologique régulier et emploient dans ce but un matériel ultra-moderne. Ainsi les inadaptés et les malades sont rapidement dépistés et soumis à un régime approprié.

Enfin sont apparus en ces dernières années les méthodes étatistes des Etats « totalitaires ». Il s'agit moins, ici, de former l'enfant dans le sens de sa propre personnalité que d'en faire un instrument au service de la nation et d'un parti. Ce n'est plus de l'éducation, mais du dressage. Il suffira donc ici de les indiquer « pour mémoire » : nous n'avons pas encore en France choisi la couleur d'une chemise officielle.

***

Le R. P. Frossard est d'avis que les méthodes nouvelles d'éducation marquent un progrès certain, qu'elles font preuve d'une connaissance plus approfondie de la psychologie de l'enfant et qu'elles tendent à développer l'initiative et la personnalité.

Elles ont en outre le mérite de rester souples, adaptables et d'avoir compris la nécessité d'un contrôle médical et psychologique.

Enfin elles s'emploient à dépister les anormaux et arriérés et, au lieu de les sacrifier, tentent de les récupérer.

Par contre, dit-il, elles ont le tort de faire de l'éducateur un simple témoin intervenant tout au plus pour redresser les tendances mauvaises. Or il faut, avant tout en inculquer de bonnes et, pour cela, proposer aux enfants des modèles à imiter. Pas davantage il n'est suffisant de respecter leur liberté ; il faut leur apprendre à en bien user, ce qui suppose une discipline consentie et comprise. Ainsi acquiert-on cette liberté intérieure qui s'appelle la maîtrise de soi.

L'idéal à rechercher, conclut-il, est moins de bouleverser que de perfectionner et d'adapter les méthodes traditionnelles selon la parole de A. Comte : « Nous travaillons au perfectionnement de nos descendants sous l'impulsion de nos ancêtres ».

Ce mot du philosophe, assignant aux novateurs le devoir de ne pas perdre le contact du sol ancestral, répond trop bien aux soucis que j'exprimais en débutant pour n'en pas faire ma propre conclusion.

G. LAVALÉE.

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE LA MÉDECINE AU XV[e] SIÈCLE

Les médecins gradués, licenciés et docteurs, raconte le Docteur Ramon (1) sortaient d'une Faculté (par opposition aux « mires ») et restaient sous la tutelle de l'Université, c'est-à-dire de l'autorité religieuse. Cette situation comportait certains avantages tels que l'exemption d'impôts, l'attribution de bénéfices ecclésiastiques ; mais aussi quelques inconvénients tels que l'obligation au célibat comme pour tous les clercs. Certains s'accommodaient mal de cette servitude et il n'était pas rare de les voir se marier. Mais l'autorité religieuse veillait ; c'est ainsi que Charles de Mauregard, qui avait été doyen de la Faculté en 1443, s'étant marié en 1447 fut déchu de tous ses droits et privilèges.

La papauté sentit toutefois qu'il convenait de jeter du lest : en 1452, le Cardinal d'Estonteville arriva de Rome pour réformer l'Université de Paris dans un sens libéral ; il écouta les doléances des maîtres de la Faculté et supprima pour eux cette contrainte du célibat « impie et déraisonnable, dit-il, car c'est surtout aux hommes mariés qu'il convient d'enseigner et de pratiquer la médecine ».

Les médecins cessèrent dès lors d'être gens d'Eglise. Toutefois l'autorisation ne s'étendit pas aux étudiants et, jusqu'en 1600, les bacheliers avant d'être admis à la licence devaient jurer qu'ils étaient célibataires.

En définitive, depuis le XV[e] siècle jusqu'à nos jours, nous avons gagné le droit de nous marier, et nous avons perdu l'exemption d'impôts.

Au train où va le fisc nous finirons par croire que nous avons été roulés.

G L.

(1) *Loire Médicale*, février 1939.

LA PROPRIÉTÉ DU CABINET MÉDICAL OU DENTAIRE
ASSOCIATIONS OU LOUAGES DE SERVICES AVEC UN NON-DIPLÔMÉ

Par sa lettre n° 7.914, un de nos confrères nous pose les questions suivantes :

1° Est-ce qu'une personne non munie d'un diplôme de médecin ou de chirurgien-dentiste peut ouvrir un cabinet ou boutique dentaire à son nom propre ?

2° Peut-elle se faire inscrire au registre du commerce sous son nom, et comme propriétaire de ce cabinet ou boutique ?

3° Cette personne peut-elle être propriétaire légale, malgré qu'elle n'exerce pas (et pour cause), mais fait exercer par des gérants diplômés ?

4° Ou bien la loi du 26 juillet 1935 a son plein effet en disant : « Nul ne peut exercer » — la loi dit exercer et non ouvrir et faire exercer par d'autres ?

Réponse

En 1935, M. Maurice Vincent, député, chirurgien-dentiste, m'avait fait l'honneur de me consulter, à propos d'une proposition, émanant de la C. T. I. (Confédération des Travailleurs intellectuels), qui lui demandait de déposer sur le bureau de la Chambre un texte, par lequel le législateur ordonnerait que seul le diplômé de la loi du 30 novembre 1892 (docteur en médecine, ou chirurgien-dentiste), pourrait être propriétaire d'un cabinet médical ou dentaire.

Dans le *Concours Médical* des 16 et 25 juin 1935, j'avais montré les imperfections juridiques du texte proposé par la C. T. I., car cette proposition de loi, qui était l'œuvre de quelques personnes, bien intentionnées certes, aurait gêné considérablement l'exercice de la médecine, sans protéger efficacement les dentistes contre l'exploitation commerciale de boutiques et cabinets dentaires réclamistes.

Laissant de côté, mon ancienne argumentation, je tiens à répondre aujourd'hui, aux questions qui me sont posées, en restant dans le cadre actuel de la législation et de la jurisprudence. Si les Confédérations médicale et dentaire se mettaient d'accord, pour étudier en commun comment le législateur pourrait mettre un terme à l'exploitation du public, par des firmes commerciales, tous nous pourrions associer nos compétences et nos conceptions d'ordre pratique, pour proposer un texte de loi. En attendant, voici l'état actuel du problème.

Un non-diplômé peut être propriétaire d'un cabinet médical ou dentaire

La jurisprudence civile, répressive ou administrative, c'est-à-dire de la Cour de cassation et du Conseil d'Etat, est actuellement bien fixée dans ce sens, à savoir qu'un non-diplômé, ne possédant ni le grade de docteur en médecine, ni celui de chirurgien-dentiste, peut devenir, ou demeurer propriétaire d'un cabinet médical, à la seule condition de faire exploiter ledit cabinet, en toute indépendance professionnelle, par un associé, ou salarié, possédant les grades requis par les lois des 30 novembre 1892 et 26 juillet 1935 pour exercer la médecine, ou la profession de dentiste.

Je possède une jurisprudence assez abondante, consacrant ce principe : une veuve de praticien, un mécanicien en prothèse dentaire, un fabricant d'appareillage dentaire, ou radiographique, de prothèse, d'orthopédie, etc., peut gérer commercialement un cabinet, ou une firme commerciale, à l'effet de faire soigner le public par des praticiens diplômés, qui sont supposés avoir conservé toute leur liberté et indépendance professionnelles.

Dans le même sens que les décisions des Tribunaux est rédigée une réponse ministérielle, parue au *Journal Officiel* du 27 mai 1933.

Validité du contrat d'association ou de louage de services

La jurisprudence reconnaît également comme licites les tractations intervenues entre un non-diplômé, propriétaire d'un cabinet médical, ou dentaire avec un praticien de la loi de 1892. Pourvu que ce dernier ait sa complète indépendance technique et professionnelle, pourvu qu'il conserve sa liberté d'action, pour traiter les malades et surtout pour leur conseiller, ou ordonner, puis ajuster du point de vue fonctionnel, des travaux de prothèse ou autres, le diplômé de la loi de 1892 peut louer ses services, se placer à gages, sous le vocable d'opérateur chez un mécanicien en prothèse dentaire, chez un prothésiste, un fabricant d'appareils, etc., ou s'associer avec lui.

Disons, à ce propos, que les magistrats se montrent d'une sévérité extrême, excessive, à l'endroit de deux diplômés, qui entendraient s'associer pour mettre en commun leur activité professionnelle. Les juges n'admettent pas que ces praticiens apportent chacun leur clientèle propre, pour en faire un des objets de l'association. A très juste titre, les Tribunaux ont maintes fois décidé que la clientèle d'un médecin ou d'un chirurgien-dentiste, voire même d'un vétérinaire ne saurait faire l'objet d'un acte de commerce (association, cession , succession, etc.), parce que la clientèle est composée de la confiance que les malades ont dans celui qui leur donne des soins

et que, par conséquent, cette confiance est hors commerce.

Mais ce rigorisme s'atténue lorsque le contrat d'association ou de louage de services respecte, le libre choix que le public doit conserver pour désigner celui des associés, qui lui donnera des soins.

Il en résulte que, théoriquement, le non-diplômé, propriétaire du cabinet, ne peut pas donner d'ordres techniques à son employé, parce que ce dernier, titulaire du grade requis par la loi pour exercer, ne doit pas recevoir de directives de son employeur. Le louage de services ou l'association est donc permise entre un diplômé et un tiers.

Le problème envisagé du point de vue fiscal

Deux arrêts du Conseil d'Etat (12 février 1932 et 9 mars 1936) décident que doit être considéré comme un commerçant le propriétaire d'un cabinet dentaire, ne possédant aucun des grades requis par la loi du 30 novembre 1892, pour exercer la médecine, ou la profession de dentiste. En effet, ce propriétaire, tire bénéfice du travail d'autrui et, de ce chef, doit acquitter les taxes et impôts commerciaux.

Quant à l'opérateur salarié, il est, en cette qualité, assujetti à l'impôt sur les traitements et salaires et non inscrit à la cédule des bénéfices des professions libérales.

Discussion

Je laisse de côté les considérations d'ordre professionnel et déontologique, que mes confrères connaissent aussi bien que moi. A eux de démontrer que, dans beaucoup de cabinets dentaires, qui ne sont pas la propriété du diplômé, ce dernier n'a sa liberté professionnelle qu'en apparence. Il est censé avoir conservé son entière indépendance technique et donner ses soins aux malades de la firme, en toute autonomie, n'ayant en vue que leur seul intérêt.

Cependant, d'aucuns prétendent que, placé sous les ordres d'un mécanicien en prothèse dentaire, ou d'un prothésiste, qui théoriquement ne doit pas s'immiscer dans les traitements ordonnés, le diplômé peut encourir des reproches verbaux, risquer même de se faire renvoyer s'il ne procure pas à son patron le maximum de travail de prothèse, quitte à sacrifier des dents, qui pourraient être sauvées par un traitement *ad hoc*, ou en conseillant des travaux qui sont loin d'être indispensables.

En sa qualité de propriétaire du cabinet, le non-diplômé gagne sur le chiffre d'affaires, qui sera d'autant plus élevé qu'il y aura plus de travaux de prothèse ordonnés. Puis, en sa qualité de mécanicien en prothèse dentaire, il gagnera sur lesdits travaux de prothèse, vu qu'il les fabriquera lui-même. Je laisse de côté la tentation, à laquelle beaucoup succombent, celle de pratiquer illégalement la profession de dentiste, sous le couvert du diplôme de l'opérateur salarié ou associé.

J'aborde maintenant une considération juridique bien nouvelle et qui peut prêter à discussion : celle de l'applicabilité des termes du décret-loi du 17 juin 1938, interdisant le compérage entre diplômé de la loi de 1892 et un tiers. Qu'il soit associé, ou opérateur salarié, ce diplômé ne tire-t-il pas un bénéfice direct, ou indirect de l'appareillage qu'il ordonne et fait exécuter par son associé ou patron, le mécanicien-dentiste propriétaire du cabinet ?

Je serais personnellement très heureux, si mes confrères voulaient bien me soumettre des situations de fait, des tractations particulières, qui permettraient de faire décider par les Tribunaux répressifs que sont interdites, comme tombant sous l'application du décret-loi du 17 juin dernier, ces combinaisons diverses, ces associations occultes, ces louages de services, permettant à un non-diplômé de gagner de l'argent, au détriment du public et des malades, grâce à l'utilisation du grade d'un diplômé de la loi de 1892. Ce serait rendre un immense service tant aux malades qu'à tous nos confrères médecins et dentistes.

Autre question également fort délicate : la loi du 30 novembre 1892 nous interdit d'exercer sous un pseudonyme. Or, le salarié qui, en sa qualité d'opérateur, travaille à gages dans un cabinet, un Institut ou autre firme commerciale, n'est-il pas encore plus en contradiction avec la loi, puisque ce n'est pas sous un pseudonyme mais sous l'anonymat qu'il exerce l'art de guérir ?

Si la loi pénale doit être appliquée *stricto sensu* et dans son sens le plus étroit ne peut-on cependant pas soutenir qu'il est bien plus dommageable pour la santé publique, de voir des praticiens exercer sous le couvert de l'anonymat ?

Or, si le législateur de 1892 a interdit l'exercice de la profession sous un pseudonyme, c'est d'abord pour que les Pouvoirs administratifs (préfet et maire) aient connaissance de la véritable identité de chaque praticien, mais aussi pour que les malades puissent demander, en toute confiance, les soins de ces praticiens qui doivent exercer sous leur véritable patronyme et non sous celui d'emprunt, ou d'un tiers, ou enfin d'une firme commerciale quelconque.

Ce problème est actuellement soumis à la Cour d'appel d'Aix-en-Provence.

Conclusion

Il est dommageable, pour la santé publique et pour le Corps médical tout entier, que puissent exister ces associations, ou louages de services

entre commerçants et industriels en soins et praticiens de la loi de 1892. Une proposition de loi est bien difficile à rédiger, pour mettre efficacement un terme à cette exploitation, sans gêner cependant le libre exercice de l'art de guérir. D'autant que bien des mois, sinon des années pourront s'écouler avant que le Parlement ait voté pareille loi.

Aussi, tout en laissant à nos Confédérations, tant médicale que dentaire, le soin d'élucider le problème du point de vue législatif, pourrions-nous unir nos efforts, tant ceux des Syndicats que du Sou Médical, pour poursuivre, devant les Tribunaux compétents, toutes associations, toutes firmes commerciales, à allure pseudo-scientifique qui emploient un personnel anonyme, mais possèdant les diplômes requis par la loi, pour tirer profit de la crédulité des malades et de leur légitime désir d'amélioration des souffrances, voire même de guérison.

A nos juristes compétents de décider dans quels cas, il faut poursuivre l'illégalité de pareilles tractations, dans quels cas, il y a compérage, interdit par le décret-loi du 17 juin 1938 et enfin dans quels cas, il serait possible de faire admettre par les Tribunaux répressifs que l'anonymat est plus dangereux encore que l'exercice défendu sous un pseudonyme.

Dr Paul Boudin.

COLLABORATION ILLICITE ENTRE UN MÉDECIN ET UN MÉCANICIEN-DENTISTE

Un de nos confrères nous demandé (lettre 8.220) s'il pourrait collaborer à la marche d'un cabinet dentaire, appartenant à un mécanicien en prothèse dentaire. Il examinerait les malades, arracherait quelques dents, quelques chicots ; puis, en sa présence, le mécanicien prendrait les empreintes, après quoi, il ajusterait les appareils, toujours en la présence du médecin. Cette situation est-elle légale ?

Je réponds à mon confrère par la négative. Pour qu'un praticien puisse se faire assister ou aider par quelqu'un qui ne possède ni le diplôme de docteur en médecine, ni celui de chirurgien-dentiste, il est nécessaire et indispensable que le diplômé soit capable de donner des ordres et des directives professionnelles ou scientifiques à son assistant. La direction et la surveillance doivent être effectives et non pas apparentes ; le non-diplômé n'est pas à couvert, même s'il travaille en présence d'un diplômé.

En effet, dans le cas qui m'est soumis, le docteur en médecine n'est pas stomatologiste, ni chirurgien-dentiste. Par conséquent, il peut avoir une certaine dextérité pour arracher quelques dents ; mais il ne possède pas les notions scientifiques et pratiques suffisantes pour décider quels peuvent être les appareils soit de prothèse fixe, soit de prothèse mobile, qui peuvent être ordonnés au client. Il ne peut pas surveiller la technique de la prise d'empreinte, ni se tenir prêt à parer à toute éventualité, ou complication. Quant à l'ajustage fonctionnel des appareils, il n'a aucune compétence, puisqu'il n'exerce que la médecine générale.

Aussi sera-ce son associé, ou employé non diplômé, qu' sera, en réalité, le seul capable de diriger le traitement ; le praticien ne pourra qu'acquiescer à ce que dira l'illégal, lequel prendra part effectivement et sans contrôle réel au traitement des maladies de la bouche et des dents.

Le diplôme de docteur en médecine donne, certes, à son titulaire le droit de pratiquer toutes les branches de l'art de guérir ; mais ce diplôme ne constitue qu'un minimum de base. Pour se dire spécialiste et pratiquer telle ou telle spécialité, il faut avoir fait les études théoriques et pratiques nécessaires, pour ne pas être dangereux pour les malades, qui se confieraient à un incompétent. Il faut également avoir ces notions, pour pouvoir se faire assister utilement par un non-diplômé, pour pouvoir surveiller les actes de ce dernier, lui donner les ordres nécessaires et non pas se laisser diriger par lui. Sinon, le délit d'exercice illégal de la médecine, ou de la profession de dentiste serait consommé et le praticien diplômé serait passible des mêmes pénalités, comme étant complice du délit.

Dr Paul Boudin.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

LA POLITIQUE MÉDICALE DES ASSURANCES SOCIALES

(Ve Conférence nationale des Unions régionales)

Au cours de la cinquième conférence nationale des Unions régionales d'assurances sociales, qui s'est tenue à Bordeaux les 25 et 27 novembre dernier, fut présenté un rapport sur l'hygiène sociale qui contient de fort intéressantes indications sur la politique médicale des Assurances sociales.

Etudiant les mesures de *prévention individuelle de la maladie,* le rapporteur, M. Arnaud (Union de Lyon), considère tout d'abord les *dispensaires* et les centres de diagnostic, les dispensaires étaient considérés comme des centres spécialisés dans la tuberculose. Rappelant les résultats obtenus en certaine région (notamment à Lyon) et l'abaissement de la mortalité par tuberculose, le rapporteur estime que « l'action des dispensaires doit être fortement encouragée ». Mais à son avis cet encouragement ne doit pas se traduire par des créations trop onéreuses et d'un rendement trop aléatoire, mais par des subventions. Toutefois il ne faut pas que les subventions aient pour seul effet de substituer l'argent des assurés sociaux à l'effort des collectivités publiques ou privées. Elles ont correspondu nécessairement à une amélioration ou à une extension des services des dispensaires. Il faut les refuser en outre à toute œuvre ayant un caractère commercial. Enfin, conformément à la Circulaire ministérielle du 28 juillet 1931, « le double droit de contrôle technique que les Caisses et les Syndicats médicaux tiennent de la loi, doit s'exercer intégralement ».

Se plaçant ensuite à un point de vue plus général, le rapporteur aborde la question des *centres de diagnostic.* Considérant qu'une politique de prévention intelligente doit faciliter l'établissement précoce d'un diagnostic aussi sûr que possible, il estime nécessaire de mettre en œuvre tous les procédé de la médecine moderne, procédés qui ne sont généralement pas à la disposition des praticiens non spécialistes, et qui sont d'autre part trop onéreux pour l'assuré. Mais « *la réalisation de centres de diagnostic présenterait pour les Caisses des difficultés insurmontables* ». C'est donc aux Unions qu'il appartient de créer, à leur siège, de tels centres, sans qu'il soit nécessaire qu'elles disposent d'un personnel à elles exclusivement attaché ou d'un matériel propre. La solution serait la *conclusion de conventions avec les médecins spécialistes, les laboratoires et les établissements de soins.* « Le fonctionnement d'un tel centre ne se conçoit pas sans la collaboration du médecin traitant... L'établissement d'un diagnostic a comme corollaire nécessaire, la *prescription d'une thérapeutique dont le médecin traitant reste le maître* ». Cet organisme de prévention sera donc un service mis à la disposition du médecin traitant dans l'intérêt du malade ; au point de vue administratif cet examen spécial sera présenté comme un examen de contrôle, afin de ne point faire apparaître aux yeux des clients l'insuffisance des moyens du praticien. « Ainsi sera résolu le problème des spécialistes dont la science sera mise gratuitement à la portée des assurés, alors que l'appel direct aux spécialistes est pratiquement impossible en raison du faible taux de la prestation médicale comparée au prix élevé des honoraires. »

Au cours de la discussion de ce rapport, il faut noter une intervention importante, au double point de vue des dispensaires et des centres de diagnostic, de M. Yung (Union des Caisses de la région parisienne). Ce dernier, à l'inverse du rapporteur, se déclare hostile à la « subventionnite » et se fait le défenseur de la création, de la gestion et du contrôle direct des dispensaires. Il reconnaît cependant que ces organismes sanitaires sont l'objet d'« offensives » de la part du Corps médical qui dénonce l'inégalité de leur régime fiscal par rapport au cabinet du praticien. Mais, dit-il, il en va de même en matière de subvention et de passation de conventions, ainsi que le prouve l'exemple de l'Oise, où le Syndicat médical a prétendu obliger les Caisses à ne pas passer de conventions avec un dispensaire privé offrant toutes les garanties techniques, et permettant de réduire au ticket modérateur la participation des assurés. « Les Caisses d'assurances sociales n'ont pas seulement le devoir de payer des prestations, elles doivent prendre toutes mesures pour mettre véritablement à la disposition des assurés tous les moyens collectifs ou individuels de soins. » Abordant ensuite la question des centres de diagnostic, M. Yung déclare qu'il faut s'orienter vers leur création. Ils doivent d'abord être un service de contrôle médical, et devenir ensuite un service mis à la disposition des médecins traitants. Toutefois il *faut que ces derniers puissent avoir*

la conviction que ces centres ne détourneront pas leur clientèle « car il faut tenir compte des intérêts légitimes des médecins traitants ».

A cette intervention, M. Chauffard (Union de Marseille) répondit en souhaitant qu'aucune rupture définitive ne se produise entre Caisses et Syndicats médicaux, « *car la collaboration des médecins traitants apparaît infiniment souhaitable dans la pratique* ». Sur ces points, le rapport, et la discussion ne donnèrent lieu à d'autres vœux que celui relatif à l'établissement de *l'inventaire dans chaque Union régionale, des institutions sanitaires et sociales, ainsi que des établissements hospitaliers.* A cet effet il est demandé au ministre de la Santé publique d'intervenir auprès des Comités départementaux de coordination sanitaire et sociale, afin que ce travail, prévu par Circulaire du 16 septembre 1937, soit promptement mis à exécution.

Dans une seconde partie de son rapport sur l'hygiène, M. Arnaud étudie les mesures propres à la *prévention de l'invalidité.* Les pouvoirs donnés à cet effet aux Unions par le législateur (art. 28 du règlement d'administration publique) n'ont pas donné ce qu'on en attendait. Il faut attribuer cet échec relatif, tout d'abord à la résistance du malade aux conseils des Caisses pour des raisons d'ordre moral et social parfaitement respectables, mais principalement à la *résistance du médecin traitant* « qui se préoccupe surtout de ne pas perdre son client. » Sur ce point les Caisses sont parfaitement désarmées, en raison de l'art. 15 du règlement d'administration publique, d'après lequel le médecin-contrôleur ne peut s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant et doit s'abstenir de formuler devant le malade un diagnostic ou une appréciation sur le traitement ordonné. Il y a une contradiction formelle entre l'art. 15 et l'art. 28 et les Caisses ne peuvent avoir une politique de prévention puisqu'elles n'ont pas les moyens d'en obtenir l'application. Le rapporteur propose donc à la Conférence, au moment où l'Administration rédige un nouveau règlement, de formuler le vœu suivant : « *Constatant la contradiction existant entre l'art 28 du R. A. P.,... et l'art. 15 du même règlement qui interdit toute immixtion dans le traitement des malades ; considérant que l'intervention du médecin traitant s'est avérée insuffisante pour la mise en œuvre, en temps utile, des mesures préventives, demande à M. le ministre du Travail de donner aux Caisses les moyens d'obtenir l'application des mesures de prévention... compte tenu des desiderata de l'assuré relatifs à sa situation morale ou matérielle* ».

A la vérité ce vœu, qui tend à rien moins que l'abrogation de l'art. 15, n'a pas eu le succès que son auteur en attendait. De nombreux délégués estimèrent que cette rédaction ne pouvait être acceptée, et qu'il convenait de maintenir et de développer une bonne collaboration avec les médecins traitants. M. Rodel (Union de Bordeaux) pense même que la publication de ce vœu « pourrait avoir des conséquences regrettables, en raison de l'attitude que prendra le Corps médical ». En définitive la Conférence se rallia à une rédaction beaucoup plus atténuée :

« *La Conférence..., considérant que l'expérience démontre que trop souvent la mise en œuvre des moyens de traitement les plus efficaces pour la prévention de l'invalidité intervient trop tardivement, demande à M. le ministre du Travail* » ... (comme plus haut).

En résumé, la politique d'hygiène sociale des Caisses, d'après la Conférence de Bordeaux, peut se schématiser ainsi :

a) en matière de prévention de la maladie, création et subvention de dispensaires, création de centres de diagnostic. Mais alors que par dispensaires il faut entendre « centres matériels », les Caisses s'orienteront en matière de diagnostic vers les centres « administratifs » fonctionnant par convention avec les médecins spécialistes et en liaison avec les médecins traitants ;

b) en matière de prévention de l'invalidité, droit pour le médecin contrôleur de s'immiscer dans le traitement du malade, et d'imposer pratiquement à l'assuré les mesures de prévention jugées utiles, même en cas de désaccord avec le médecin traitant.

Si la conception actuelle des centres de diagnostic paraît régler harmonieusement les intérêts en présence, il n'en va pas de même de la politique du dispensaire, susceptible de causer un grave préjudice au Corps médical libre. La solution nous paraît être, pour les Syndicats médicaux, d'exiger que les conventions collectives conclues avec les Caisses s'étendent à tous les organismes de soins, et interdisent toute tractation séparée qui ne soit pas conforme à cette convention. Enfin les projets d'abrogation de l'art. 15 actuel du règlement d'administration publique nous semblent particulièrement dangereux, car ils tendent à instaurer une espèce de traitement dirigé, où l'assuré perdrait le défenseur naturel qu'est son médecin traitant, et où ce dernier verrait son rôle singulièrement amoindri. Il n'est pas inutile de remarquer que la Cour de cassation, dans un arrêt récent, a tenu à préciser les limites du pouvoir de contrôle des Caisses, et à rappeler que le respect de la personne de l'assuré et de l'indépendance du médecin traitant font partie intégrante de la conception française des Assurances sociales.

Jean MIGNON.

La Presse et les Sociétés

Les problèmes sanitaires posés par l'exode en France des réfugiés espagnols

L'exode récent, en France, des réfugiés espagnols, dont le nombre devait en février dépasser 350.000, a posé des problèmes nombreux d'assistance médicale, d'hygiène et de prophylaxie, qui ont dès les premiers jours préoccupé les pouvoirs publics. A la séance du 7 mars de l'Académie de médecine, MM. Cavaillon et Leclainche, inspecteurs généraux techniques du ministère de la Santé publique, ont présenté un tableau général des faits et indiqué les principales mesures prises pour donner aux réfugiés les secours médicaux nécessités par leur état et pour protéger contre toutes épidémies possibles les départements français hébergeant ces réfugiés.

L'arrivée massive des réfugiés espagnols rendait inopérant le dispositif sanitaire qui fonctionnait pour le service normal. C'eût été en pratique fermer la frontière que de continuer à appliquer les consignes de vaccination et d'épouillage individuels. Le barrage à la frontière ayant craqué de lui-même, il fallut recourir à une nouvelle organisation.

Après entente entre les divers services ministériels, de l'Intérieur, de la Guerre, de la Santé publique et de la Marine, les réfugiés espagnols, déjà groupés en fait en trois catégories : réfugiés civils, miliciens valides, et blessés, reçurent une hospitalité différente suivant chaque catégorie.

Les réfugiés civils, composés d'enfants, de femmes, de gens âgés, au nombre total de 160.000, après avoir été réchauffés, abrités, alimentés, furent dirigés par tous moyens de locomotion vers les gares les plus proches et, de là, vers l'intérieur et dispersés en 64 départements. Les locaux les plus variés furent utilisés : usines, écoles désaffectées, salles de fêtes. Pris en charge à leur arrivée par les inspecteurs départementaux d'hygiène, ils furent triés, vérifiés au point de vue parasites, vaccinés et soignés. Heureusement, d'ailleurs, le génie épidémique se montra bienveillant et il n'y eut guère parmi eux que 30 cas de rougeole, 31 cas de diphtérie, quelques coqueluches, quelques grippes.

Une surveillance des maladies vénériennes rendit celles-ci très rares. On avait dû accueillir un groupe de prostituées qui, fuyant Barcelone, avaient franchi, d'un pas léger sans doute, la frontière française. Notons en passant, à leur honneur si l'on peut se servir ici de ce mot, la rareté, constatée chez les miliciens, des maladies vénériennes, de la blennorragie et de la syphilis du moins, car le chancre mou était d'une extrême fréquence (25 p. 100) chez ces mêmes hommes.

Le ministère de la Guerre s'occupa, comme il en avait été décidé, des miliciens valides (200.000 environ) et de l'organisation des camps d'internement, y compris la surveillance sanitaire et hygiénique.

En l'absence de salles libres dans les hôpitaux militaires, c'est au ministère de la Santé publique que fut dévolue l'hospitalisation des miliciens blessés et malades. Ils arrivaient par trains entiers, par camions ou mêlés aux hommes valides. Le matériel sanitaire espagnol était abondant mais impossible à repérer dans le désordre d'une telle évacuation. Un train sanitaire espagnol, admirablement équipé et doté de tout le personnel nécessaire, apporta cependant un concours utile aux formations sanitaires françaises. Un personnel français, comprenant des médecins de l'armée, de la marine, et des médecins civils volontaires vint assurer ces services. Des lits furent installés dans des navires-hôpitaux (4.800 lits), à Perpignan et dans divers départements (13.200 lits). Le résultat peut être considéré comme satisfaisant puisque pour 12.000 blessés, dont beaucoup gravement atteints, il n'y eut que 262 morts.

MM. Cavaillon et Leclainche, en terminant leur communication, expriment le vœu que cette expérience soit mise à profit et que soit réalisé dans notre pays un véritable Service de santé civil, capable de porter secours en toutes circonstances aux populations éprouvées.

P. Lacroix.

Une mission sanitaire française en Chine

A la même séance du 7 mars de l'Académie de médecine, M. A. Lasnet a communiqué un important exposé des bienfaisantes mesures sanitaires mises en œuvre dans le sud de la Chine à la suite des dix mois de séjour, en ce pays, de la mission sanitaire française dont il a eu la direction.

Répondant à la demande du Gouvernement chinois, légitimement inquiet de la situation sanitaire devenue particulièrement défectueuse en Chine à la suite des hostilités entre ce pays et le Japon, la S. D. N., laissant de côté l'assistance aux blessés qui relève de la Croix-Rouge internationale, décida l'envoi en Chine, en octobre 1937, de trois missions : britannique, française et suisse, chargées d'assurer la protection des populations civiles vis-à-vis des épidémies.

La mission française, dirigée par M. A. Lasnet, était composée des Docteurs Laigret, Derolle et Mauclaire et d'un personnel de médecins européens et indigènes, d'ingénieurs, de collaborateurs divers, au total 132 personnes, pour le plus grand nombre de nationalité chinoise. Le groupe territorial réparti à la mission était le sud de la

Chine, voisine de notre Indo-Chine (Kwangsi, Kwangtung, avec 45 millions d'habitants). Un laboratoire aménagé à Nanning par le Docteur Laigret, eut pour attributions : les enquêtes bactériologiques, la préparation des vaccins antivariolique, anticholérique, antityphoïdique, antityphique (vaccin de Laigret contre le typhus exanthématique).

Trois maladies ont dominé la situation pendant le séjour en Chine de la mission française : la variole pendant la saison froide, le choléra pendant la saison chaude, le paludisme surtout au printemps et en automne.

La variole a causé près de 3.000 décès. Elle fut combattue par les vaccinations (plus d'un million en dix mois). Le choléra a provoqué environ 10.000 décès. La lutte contre cette affection a nécessité un personnel nombreux pour le dépistage, l'isolement et le traitement des malades, la désinfection des eaux, la surveillance des marchés, le contrôle des routes et des rivières, les vaccinations (1 million 200.000). Le paludisme exigerait un assainissement complet du pays, difficile à envisager actuellement. On ne peut utiliser qu'une quininisation préventive pour le moment.

Le Gouvernement de Kwangsi a entrepris l'amélioration de l'urbanisme et de l'hygiène générale. De larges avenues sont tracées pour remplacer des ruelles sans air ni lumière. C'est un premier pas vers la suppression des rues étroites à caniveau central recouvert de dalles, de ces nombreux endroits de la vieille Chine où s'amoncellent les dépôts d'ordures, d'urines, de matières fécales, où s'élève — ma foi fort bien ! dit M. Lasnet — une population grouillante d'enfants au milieu des animaux de basse-cour, des porcs et des chiens.

L'éducation populaire et la propagande n'ont pas été oubliées. Le 15 juin, dans toutes les villes du Kwangsi, une « Journée du grand balayage » a été organisée, et a été suivie de « semaines de balayage ». A Nanning, le quartier des chanteuses s'est particulièrement distingué à ce sujet et une distribution solennelle des prix a clôturé la semaine. Bien entendu, la collaboration chinoise a été entière, dans la mise en œuvre de cette propagande.

Malheureusement, les événements militaires, l'avance et les bombardements japonais eurent sur la mission française de graves répercussions. Le fonctionnement de la mission fut, de ce fait, ralenti et même arrêté. Les services rendus n'en ont pas moins été inappréciables et, joints à ceux des missions anglaise (Professeur Robertson) et suisse (Professeur Mooser), ils ouvrent pour la Chine un horizon de grandes améliorations sanitaires. Ces résultats sont à l'honneur de la S. D. N., des Docteurs Lasnet, Robertson, Mooser et de leurs collaborateurs. P. L.

Sur l'éducation physique intégrale à l'école primaire

MM. les Docteurs R.-J. LAUFER et G. ROSENTHAL terminent leur rapport présenté au Congrès international de médecine scolaire et d'éducation physique de Paris par les conclusions suivantes : Considérant les résultats de la pédagogie par les méthodes anti-physiologiques, qui maintiennent le déséquilibre flagrant et excessif entre l'activité intellectuelle et l'activité physique, déséquilibre singulièrement fâcheux à la fois pour l'essor physique et psychique, il y a lieu de souhaiter :

1° Que ce déséquilibre soit corrigé par une éducation physique intégrale rationnelle ne pêchant ni par excès, ni par défaut, et comportant la gymnastique et les jeux quotidiens, doublés par une pédagogie non contrainte et passive, mais active et vivante, stimulant le fonctionnement sensorio-moteur

2° Que cette éducation physique intégrale soit contrôlée non seulement par le développement somatique, mais parallèlement par le développement psychique (attention et caractère) dans les conditions indiquées.

3° Qu'une Commission, composée par moitié, de médecins scolaires et d'éducateurs, soit chargée de la mettre au point en vue d'une application rapide. (*Pédiatrie*, nov. 1938.)

Enquête médicale dans les carrières souterraines de marbre noir

MM. les Docteurs LANGELEZ et UYDENHOFF (Bruxelles) ont établi par leur enquête que la poussière de *calcaire* (le marbre noir étant un calcaire) n'est guère dangereuse et paraît impuissante, en tout cas, à créer les lésions de la silicose pulmonaire. Tout au plus est-elle capable de provoquer à la longue, et en dehors de tout phénomène infectieux appréciable, un certain degré de fibrose du type banal et une légère irritation des voies aériennes.

Les examens radiographiques d'ouvriers ardoisiers tendent à faire admettre au contraire que si la poussière d'*ardoise* n'est pas spécialement silicosante, elle détermine, au moins dans certains cas, des lésions rappelant celles de la silicose. On arrive à supposer que, pour déterminer les accidents nombreux et graves, la silice doit se trouver en proportions énormes dans la poussière inhalée, ou bien encore ne peut être mélangée à d'autres minérais pouvant retarder ou même empêcher l'action (silicosante) du quartz au sein du tissu pulmonaire.

On ne saurait affirmer si cette dernière hypothèse peut s'appliquer à la poussière d'ardoise, qui contient cependant une forte proportion de silice libre. (*Le Médecin d'usine*, novembre 1938.) G. F.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

La demande d'acquit avant paiement faite par des Compagnies d'assurances

Par le Docteur Fernand DECOURT

Il y a plusieurs mois, un certain nombre de confrères s'étaient plaints à moi que des agents de Compagnies d'assurances, au sujet d'honoraires pour soins donnés aux accidentés du travail, leur demandaient d'envoyer acquit de leurs notes comme condition préalable à l'envoi des honoraires. J'adressai donc une protestation à M. le Président de la *Réunion des assureurs*, afin que cessent de semblables errements incompatibles avec les usages courants... et le bon sens.

Faisant aussitôt droit à ma demande, le président de la Réunion des assureurs envoya une Circulaire dans ce sens à tous les présidents de Compagnies d'assurances et nous fûmes en droit de penser que tout allait désormais rentrer dans l'ordre. Mais , la plupart du temps, cette demande d'acquit préalable ne provenait pas du siège central des Compagnies. C'était de la part des *agents régionaux* qu'avaient lieu ces demandes et ceux-ci ne manquèrent pas d'expliquer au « siège central » qu'ils étaient bien obligés d'agir ainsi alors que, trop souvent, les médecins, après avoir touché le montant de leurs honoraires, négligeaient de leur en envoyer le reçu et qu'ils ne pouvaient alors justifier leurs débours auprès de la Compagnie dont ils relevaient.

Cette objection ne me surprit pas. Je sais trop combien, nous médecins, nous sommes négligents en la matière et combien nous avons horreur de tout ce qui est « paperasses ». Mais je fis alors remarquer qu'il y avait un moyen bien simple de parer à cette carence regrettable en envoyant les fonds par chèque postal, le talon servant de reçu à l'agent qui pouvait ainsi justifier ces paiements devant sa Compagnie. Qu'il s'agisse d'un chèque de virement pour les médecins possédant un compte postal ou d'un chèque d'assignation pour ceux qui n'en ont pas, le résultat est toujours le même. Mais hélas ! en France la « fôôrme » a des adorateurs fervents et nous sommes loin, bien loin, des *simplifications* tant en honneur dans les pays anglo-saxons. Ce sont d'ailleurs non seulement nos coutumes, notre tournure d'esprit même, qui est en cause, mais aussi nos lois et nos règlements.

Un exemple typique. En France, en cas de réunion d'actionnaires il faut, pour s'y faire remplacer un « Pouvoir » en bonne et due forme et sur papier timbré. En Angleterre, une simple lettre suffit et même une modeste carte postale, qui vous est envoyée par l'institution intéressée et que l'on n'a qu'à retourner signée, tout comme une demande d'échantillon. Je le sais d'autant mieux que j'ai eu l'occasion, plusieurs fois, d'agir ainsi, véritablement émerveillé de telles simplifications... mais revenons à nos moutons.

Donc, des agents régionaux continuèrent quand même à demander acquit avant paiement et je reçus de nouvelles protestations de confrères.

C'est alors que j'eus l'idée, pour mieux « enfoncer le clou » de demander, dans le *Concours*, aux protestataires des *précisions* et des documents : je mettrais dans le journal les noms des Compagnies agissant ainsi, prêt à fournir à celles-ci tous documents prouvant mes dires et justifiant ainsi mes publications. Je reçus bientôt des confrères tout un stock de documents — mais en même temps une demande de « non-publication « de la part d'un de mes collègues à la Commission ministérielle du Tarif des accidents du travail, avec lequel, ainsi que je l'ai dit en annonçant que je ne ferais pas ces publications, j'entretiens depuis bientôt trente ans, à cette Commission les rapports les plus courtois et même les plus cordiaux.

Seulement, si je ne parlai plus de publication dans le *Concours*, je me fis un devoir de transmettre, à M. le Président de la Réunion des assureurs, tous les documents que je recevais ainsi des confrères avec les noms, non seulement des Compagnies d'assurances, mais de l'*agent local* qui avait fait demande préalable d'acquit. Il me reste même, à l'heure actuelle encore un stock de documents non envoyé mais qui allait l'être quand je reçus, ces jours-ci, une « bonne nouvelle » que je tiens à communiquer à nos confrères.

***

Donc, le 3 mars 1939, je recevais de la Réunion des assureurs la lettre suivante :

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous communiquer sous ce pli les copies d'un certain nombre de lettres reçues de Compagnies d'assurances auxquelles j'avais transmis les réclamations formulées par des membres du Corps médical, au sujet de la demande de signature d'une quittance avant paiement des honoraires.

Je vous prie d'agréer, etc...

Le délégué général,
FOURNIER.

A cette « lettre d'envoi » étaient jointes les copies des lettres d'une dizaine de Compagnies d'assurances auxquelles mes « documents » avaient été respectivement envoyés, d'après les plaintes reçues.

Evidemment, je ne donnerai pas ici le texte de ces lettres qui sont d'ailleurs toutes analogues et dont voici un « échantillon » entre autres (elles sont adressées au secrétaire général de la Réunion des assureurs) :

Monsieur le Secrétaire général,

Nous avons l'honneur de vous accuser réception de votre lettre du 24 courant, laquelle a eu toute notre attention.

Comme suite, nous avons le plaisir de vous informer que nous prenons immédiatement toutes dispositions utiles pour que satisfaction soit donnée au Corps médical. Nous adressons à tous nos agents de province des instructions formelles pour qu'aucune quittance ne soit demandée aux médecins avant que les fonds leur aient été adressés.

Nous vous remercions d'avoir bien voulu attirer particulièrement notre attention sur ce différend et avoir ainsi évité une publicité qui nous aurait été fort désagréable.

Veuillez agréer, etc...

Une autre lettre dit, entre autres choses semblables à celles-ci-dessus rapportées : « ... Nous avons pris note des suggestions que vous faites pour le règlement des honoraires ».

Une autre lettre précise : « Nous vous remercions de cette communication et notamment du fait que vous avez insisté vivement pour éviter qu'une note visant notre Compagnie, ne fut publiée dans le *Concours Médical*. Nous écrivons par ce même courrier à notre inspecteur pour la région de X..., etc... ». Une autre lettre dit : « ... Par ce même courrier, nous écrivons à notre agent de Y..., pour lui demander de régler les notes médicales et pharmaceutiques par mandat-poste, mandat-carte ou virement postal, sans attendre le retour de la quittance régularisée... ».

Etc., etc... Comme on le voit, notre petite « campagne » a été couronnée de succès. Et cela sans avoir eu besoin de rouler de gros yeux ni de taper sur la table, ainsi que se le figurent nécessaire quelques syndicalistes notoires avec lesquels, bien que mes amis depuis longtemps, je suis en désaccord, sur ce sujet, depuis un temps non moins long.

Dr Fernand DECOURT.

LES IMPÔTS PROFESSIONNELS DU MÉDECIN AUX ÉTATS-UNIS

Nos confrères des Etats-Unis ne paient pas de patente ; mais le fisc n'y perd rien, car ils doivent en revanche des impôts personnels à leur municipalité, au Comté, à l'Etat, et au Gouvernement fédéral. Le taux de l'impôt est de 4 % du revenu net, après déduction des exemptions et des dégrèvements.

Il faut établir le montant des impôts fédéraux avant le 15 mars de chaque année, s'ils ont touché en 1938 plus de 5.000 dollars, y compris les revenus de leur conjoint, s'il échet ; les revenus personnels sont ajoutés aux revenus professionnels. L'ensemble des déductions permises ne doit pas dépasser 10 % du revenu brut, et cette déduction ne s'applique qu'aux revenus professionnels proprement dits. On admet une déduction à la base de 3.000 dollars, sauf si le revenu total dépasse 14.000 dollars.

Les déductions autorisées sont :

Le loyer, dans sa partie purement professionnel, et les frais généraux, service, lumière, chauffage, etc.

Les dépenses nécessitées par l'exercice du métier, y compris les abonnements aux journaux les médicaments, les instruments périssables.

D'autres frais professionnels, tels que l'automobile, les livres, l'amortissement de l'installation. On admet qu'une voiture dure quatre ans, un appareil dix ans, des meubles vingt ans.

Les cotisations aux sociétés médicales ; et les dépenses des cours de perfectionnement ;

Les frais de déplacement d'ordre médical ;

Les réparations de l'automobile et ses frais d'entretien ; y compris le garage ;

Les contributions à des œuvres philanthropiques ;

Les assurances sur la vie, et les versements pour une pension de vieillesse ou pour l'assurance contre la maladie ou les risques professionnels ;

Les dépenses du laboratoire, y compris le personnel ;

Les pertes par incendie ou autres sinistres ;

On voit qu'à peu de choses près, les médecins ne sont pas plus libéralement traités au delà de l'Océan qu'ici. C'est que, depuis longtemps, les Gouvernements regardent d'un œil jaloux, et adoptent avec enthousiasme, les petites idées qu'ont les voisins pour faire payer de grands impôts.

Ph. DALLY.

LA MÉDECINE COLONIALE

Le médecin aux colonies, d'après Henry Bordeaux
La réorganisation du Comité médical de l'Institut colonial français et la nouvelle offensive contre la lèpre

Après une interruption de près de trois années passées à accomplir un labeur opiniâtre, mais par malheur désespérément stérile, il m'est agréable de reprendre ici cette chronique de « la Médecine coloniale », où je me suis toujours efforcé de tenir au courant mes confrères de la métropole, des efforts réalisés par le Corps médical des colonies pour lutter contre les endémo-épidémies qui sévissent sur nos territoires d'outre-mer, où j'ai essayé aussi d'établir des contacts entre les différents médecins qui s'emploient en dehors de la France et dont les efforts ou les aspirations ne sont pas toujours exactement connus.

Dans un voyage que je viens d'accomplir, un peu trop rapidement à mon gré, dans notre Union Indochinoise, au cours duquel j'ai pu cependant parcourir les différents Etats qui composent cette Union, il m'a été donné de reprendre langue avec mes confrères, qu'ils fussent médecins militaires hors cadres, médecins de l'Assistance, médecins contractuels ou médecins indochinois, issus de cette Faculté de médecine de Hanoï qui réunit dans son corps enseignant une pléiade de jeunes professeurs, pleins d'allant et de légitime ambition. J'ai constaté avec plaisir combien chacun, en particulier, met de cœur à accomplir sa tâche, et ne trouve de récriminations à formuler que contre ce qui peut gêner son activité dans l'exécution de ses fonctions de tous les jours ou contre ce qui pourrait empêcher encore le libre dével ppement de l'œuvre qu'il a entreprise.

Le travail qui reste à accomplir, nul ne niera qu'il est immense. Qui pourrait d'ailleurs affirmer qu'il sera un jour terminé ? Les maladies, a-t-on dit, naissent et meurent à leur tour, ayant tué plus ou moins. Certaines d'entre elles, désastreuses, que l'on redoutait autrefois, ont disparu et peut-être serait-il présomptueux de laisser croire que nous y fûmes pour quelque chose. D'autres sont nées, que nous étudions avant qu'elles ne se développent et qu'on essaye de juguler avec, il convient aussi de ne pas exagérer un scepticisme de bon ton, des résultats souvent appréciables.

Mais le labeur déjà réalisé mérite d'être pris en sérieuse considération. Que l'on se souvienne de la terreur qui hantait les cerveaux à la moindre idée d'un embarquement vers la Cochinchine. C'étaient des visions d'estomacs délabrés, d'intestins en charpie, de facies olivâtres, de résorption musculaire et graisseuse, de corps s'éliminant tout entier par le rectum en diarrhées profuses. La maladie avait pris son nom au pays, comme s'il avait suffi d'habiter ce dernier pour payer son tribut à celle-ci. La cochinchinite inspirait certainement plus de crainte que le choléra qu'on pouvait au moins s'offrir à domicile. Le paludisme n'était-il pas aussi une autre infection à laquelle il était difficile d'échapper et la syphilis, et enfin, pour étendre notre champ des risques, l'alcoolisme ? Il serait trop beau qu'il n'existât plus de services de cliniques, où l'équation « colonial = gros foie, syphilitique ou alcoolique » ne soit plus, tel un dogme, acceptée.

Peut-on dire, sinon que ces dangers sont désormais écartés, du moins qu'ils ne sont plus fatals et qu'il n'atteignent pas ceux qui veulent bien s'en garder. Les travaux d'assainissement que l'on a réalisés un peu partout sont responsables de cette amélioration et aussi l'œuvre tenace, persévérante, inlassable de tous les médecins coloniaux et de ce personnel subalterne qui gravite autour d'eux, personnel auxiliaire, médecins indochinois, infirmières, infirmiers sages-femmes dont les services accomplis doivent être appréciés à leur valeur.

Je prendrai la liberté de revenir sur tous les développements que soulèvent ces problèmes d'assistance médicale aux colonies et particulièrement en Indochine au cours des mois qui vont venir. Fidèle à la tradition du *Concours Médical*, j'accepterai, je sollicite même, toutes les réflexions, suggestions, critiques, que pourront provoquer mes articles. Il est cependant deux règles, deux étalons, auxquels on m'accordera qu'il faudra s'adapter, la bonne foi d'abord, l'intérêt général ensuite. Il n'est de dissidence ou de discordance qui, sur ces bases, ne puisse s'apaiser.

***

Les faits de l'actualité parisienne ne pouvaient être ces jours-ci plus favorables au chroniqueur de médecine coloniale. A l'occasion, en effet, de l'Assemblée générale de l'Association pour le développement des relations médicales, une causerie de M. Henry Bordeaux, de l'Académie française, avait été annoncée sur le « Médecin aux Colonies ». On ne sera pas surpris que la

salle, si luxueuse, si artistiquement composée, si agréable aussi du Conseil de la Faculté de médecine de Paris, fut pleine pour écouter un orateur qui a donné tant de preuves de sa connaissance de la psychologie des individus.

M. Henry Bordeaux, après tant d'autres, après son maître Paul Bourget, a voulu rendre hommage au médecin des Colonies, et il a reconté ce qu'il avait pu constater au cours de voyages accomplis en Syrie, au Maroc, en Afrique Occidentale. Il a vu des foules atteintes d' « ophtalmies » (lisez de trachome) se presser aux portes des dispensaires, il a vu les lépreux de Bamako et les sommeilleux de la Guinée. Auprès de tous ces malades, nos camarades faisaient leur service et la chose a paru admirable au touriste éminent qui passait.

Remercions M. Henry Bordeaux de sa conférence et des sentiments qu'elle lui a donné l'occasion d'exprimer.

***

L'Institut colonial français dont on sait la place importante qu'il occupe dans le Monde colonial, sous la présidence de l'Amiral Lacaze et la direction de M. Gheerbrandt, avait provoqué le 28 février dernier une réunion dans ses salons pour la réorganisation de son Comité médical et la reprise d'une activité que les circonstances actuelles imposent. Nous avons noté la présence de M. Outrey, de M. A. Delmont, de M. Justin Godart, du Docteur Calmels, conseiller municipal de Paris, celle de M. le Professeur Marchoux, du médecin-inspecteur général Sorel, du Docteur Flandin, médecin des hôpitaux, de M. le Professeur Tanon, du Docteur Marcel Pinard, du médecin-inspecteur général Emily. Je dois toutefois faire une mention spéciale pour ce grand artiste de l'écran qu'est M. Harry Baur et que la conférence sur la lèpre que devait faire le Docteur Flandin avait attiré boulevard Haussmann.

L'exposé du Docteur Flandin sur la maladie de Hansen fut intéressant. Notre confrère fit en quelques mots précis l'historique de l'affection, en décrivit la symptomatologie, attira l'attention de l'auditoire sur le nombre croissant des hanséniens constaté un peu partout et même dans nos régions. Il termina en signalant l'intérêt qu'il y a à étendre les travaux concernant son traitement. « Il faut donner aux chercheurs les moyens de mettre plus rapidement sur pied leurs expériences. Il faudrait arriver à constituer une organisation qui permettrait de centraliser tous les renseignements y compris ceux provenant de l'étranger. Il faudrait surtout, à la veille de la réunion à Paris du prochain Congrès international de la lèpre qu'il y ait ici un centre de la lèpre capable de rassembler tous ceux s'intéressant à cette maladie, de multiplier les rapports entre eux, de créer un foyer de recherches de tout genre et de documentation qui serait mis à la disposition de chacun ».

Après d'intéressantes interventions de M. le Professeur Marchoux, de M. le Médecin-inspecteur général Sorel qui souligna le travail déjà accompli dans l'étude de la lèpre, les résultats déjà obtenus et les efforts que les médecins coloniaux continuent de fournir, M. Alcide Delmont prit la parole pour donner une conclusion au débat et signaler la nécessité d'un organisme de liaison dont le rôle sera de rassembler les efforts dispersés. Cet organisme, doté de nombreux moyens d'action, que les Commissions actuelles ne peuvent pas posséder, contribuerait puissamment à stimuler encore ces efforts.

L'Assemblée tout entière se rendit à cet avis et le Comité médical fut chargé d'étudier dans le plus bref délai la réalisation pratique du vœu ainsi adopté.

Au début de la séance, le Comité médical de l'Institut colonial français avait été composé comme suit : président, M. Justin Godart, sénateur, membre de l'Académie de médecine ; vice-présidents : M. le Professeur Marchoux, M. le Professeur Tanon, M. le Professeur Nattan-Larrier, M. le Docteur Ch. Flandin ; secrétaire général : M. le Docteur Sasportas.

Dr L. SASPORTAS.

VARIÉTÉS

Un mythomane : L'inconnu assassiné par un inconnu, par le Docteur Abbatucci

Dans le cimetière d'Anspach en Bavière une pierre tombale porte l'inscription :

Hic Occultus Occulto Occisus est XIV Déc. MDCCCXXXIII

Quel fut cet inconnu assassiné par un inconnu? C'est ce mystère qu'a cherché à dissiper le Docteur Abbatucci dans *Bruxelles-Médical*. D'après les recherches de M. Edm. Bapst, ancien ambassadeur, cette tombe serait celle de Gaspard Hauser ; sous ce nom serait désigné le fils de Stéphanie de Beauharnais, Grande-Duchesse de Bade, fille adoptive de Napoléon Ier. Lors de la naissance de G. Hauser, qui aurait été l'héritier légitime de Bade, la Comtesse de Hochberg, maîtresse du Grand-Duc, lui aurait fait substituer un enfant malade, qui mourut peu après. Gaspard Hauser fut tour à tour confié à une nourrice à Beuggem, puis séquestré au château de Pilzach. Emmené à Nuremberg, il fut recueilli par le capitaine Wessenig, puis placé aux frais de la ville chez l'instituteur Daumer, car la justice locale cherchait à éclaircir ce qu'il y avait de mystérieux dans le passé de cet enfant. G. Hauser passa ensuite en subsistance dans la famille de Beberbach ; Gottfried de Tucher, puis lord Stanhope s'intéressèrent à son sort. Il finit à Anspach dans la famille du Pr Meyer chez lequel il mourut d'une blessure intéressant le péricarde et le péritoine qui provoqua une infection.

Pour le Docteur Abbatucci qui relève tous les détails de la vie de Gaspard Hauser, il n'est pas douteux qu'il soit le fils de la Grande Duchesse Stéphanie. Sa vie mystérieuse, sans affection et sans soins firent de cet enfant un névropathe, sujet à des crises pithiatiques, un mythomane qui simula deux tentatives d'assassinats, dont il fut lui-même l'auteur. A une troisième tentative, il se fit une blessure trop profonde qui détermina la mort. Le résultat de l'autopsie, les documents secrets ayant trait à Gaspard Hauser, le mystère dont on entoura sa vie, semblent prouver que M. Abbatucci a découvert la vérité

Jean Rey, médecin de campagne au Bugue-sur-Vézère, a découvert la pesanteur de l'air, par le Docteur Henri Godlewski

Le Docteur Henri Godlewski dans *La Médecine générale française* rappelle que Jean Rey, médecin au Bugue-sur-Vézère, près de Sarlat, a été un précurseur de Torricelli, de Pascal et même de Lavoisier en recherchant la cause de l'augmentation de poids du plomb et de l'étain qui, calcinés, s'oxydent.

Les lettres de Rey au père Mersenne, en 1632, ne permettent pas d'émettre de doute à cet égard.

J. N.

La mère de François Ier, Louise de Savoie, a-t-elle été une « femme damnée » ?, par le Docteur Jean Torlais

Le Docteur Torlais, l'auteur d'un important ouvrage sur Réaumur, a, dans une conférence à Cognac, étudié la vie de Louise de Savoie, la mère de François-Ier. Il la montre orpheline, pupille de la régente Anne de Bretagne, vivant dans un milieu austère et rigide, épousant plus tard à 15 ans, Charles d'Angoulême, sans fortune, qui avait une maîtresse, Jeanne de Polignac, dont il avait une enfant, et d'autres concubines. Louise et Jeanne vécurent ensemble en amies ; Jeanne s'occupait des enfants. Après la mort de son mari qui ne fut pas suivie de trop de regrets, elle n'a qu'une passion son fils, qu'elle exprime avec fougue dans son journal.

Inassouvie, Louise, persuadée que seul l'amour pare la vie et vivifie les choses, a mené l'existence que Boccace a décrite dans l'Heptaméron et eut sans doute de nombreux amants.

Elle avait projeté d'épouser le Connétable de Bourbon qui la refusa et se révolta. Devenue femme d'affaires, elle compta parmi les accusateurs les plus dangereux de l'intendant de Semblançay, son propre trésorier, qui fut pendu à Montfaucon.

Fuyant la peste avec sa fille Marguerite, la Marguerite des Marguerites, elle mourut à Gretz, près de Melun. Sa dernière pensée fut pour François-Ier, son fils.

Et M. Torlais conclut en citant une strophe des femmes damnées de Baudelaire, après avoir fait remarquer que Louise de Savoie, bien qu'en proie au démon de midi, ne saurait être considérée comme une de ces femmes damnées.

J. N.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

La recharge des accumulateurs

Nous avons étudié dans notre chronique du 12 février écoulé, la constitution des batteries d'accumulateurs pour voitures automobiles, leur installation et leur en retien.

Mais notre documentation resterait évidemment incomplète si, nous en tenant là, nous omettions de parler de la recharge, car, en dépit de tous les soins, il arrive qu'une batterie soit « à plat », et que sa recharge au moyen d'un « chargeur » fonctionnant sur le secteur électrique soit absolument indispensable.

Sans atteindre la décharge totale, il se produit trop souvent, soit que l'on circule journellement en ville, soit par suite de longues immobilisations du véhicule, soit, surtout en hiver, du fait du démarrages laborieux coïncidant avec un abaissement de la force électromotrice déterminé par le froid, que l'énergie dissipée par les accus ne leur est que partiellement restituée. Leur capacité va, dès lors, en s'affaiblissant rapidement, et l'on constate que, même après une recharge prolongée, les éléments sont incapables de recouvrer leurs qualités primitives

Cette sous-alimentation n'est pas seulement dangereuse pour la batterie. Elle a aussi des conséquences néfastes pour l'automobiliste qu'elle contraint à la pénible corvée de la mise en marche à la manivelle et expose à la fâcheuse panne d'éclairage.

Il importe donc d'être à même de faire périodiquement « le plein », en empruntant au secteur l'énergie que les accumulateurs n'ont pu recevoir de la dynamo. Pour cette opération, on a recours, comme on sait, à un appareil approprié, le chargeur, qui transforme le courant du secteur en un courant assimilable par la batterie.

Certes, beaucoup de garagistes sont équipés pour faire ce travail, sans parler des spécialistes de l'électricité automobile des grands centres, mais il est bien difficile de faire appel à eux quand on a besoin de sa voiture à n'importe quelle heure du jour et de la nuit, comme c'est le cas pour les médecins.

Il est alors infiniment plus pratique et, en fin de compte, moins onéreux (car la durée et le service de la batterie s'en trouvent considérablement améliorés) de procéder soi-même à la recharge des accus, ce qui est devenu extrêmement facile grâce aux chargeurs que l'on trouve maintenant couramment dans le commerce, quand on a soin de choisir un appareil remplissant certaines conditions.

Quelles sont ces conditions ?

Voici, à notre avis, les caractéristiques qui garantiront à l'usager le maximum de satisfaction :

Un chargeur ne doit pas donner de souci d'entretien. Les types ne comportant ni lampe, ni liquide, ni pièce en mouvement sont évidemment à préférer.

D'autre part, pour être pratique, une installation de charge doit pouvoir être logée n'importe où et se déplacer comme une simple prise de courant. Son démarrage doit être instantané et ne comporter aucune manœuvre accessoire et — ceci est particulièrement important — elle doit pouvoir fonctionner sans surveillance afin de pouvoir être utilisée pendant la nuit, où l'on bénéficie, le plus souvent, d'une tarification réduite du courant, tout en gênant au minimum l'usager en évitant l'immobilisation de la voiture aux heures de grande activité.

Bien entendu, le rendement doit rester suffisamment élevé, à toutes les charges, pour permettre la charge de la batterie à un régime quelconque avec le minimum de dépense.

Enfin, il faut penser aux arrêtés municipaux contre les parasites affectant les postes récepteurs radiophoniques ; il est donc indispensable que l'installation ne produise pas de tels parasites.

Les chargeurs à couple cuivre-oxyde de cuivre (1) nous semblent particulièrement indiqués, car ils réalisent toutes les conditions que nous venons de mentionner et ont, en outre, une durée de service pratiquement illimitée.

Leur emploi est des plus simples. Ils fonctionnent sur courant 110/130 volts et 200/230 volts. On les relie à la batterie au moyen d'un fil souple deux conducteurs (le fil « plus » au + de la batterie, le fil « moins » au — de la batterie) et la charge commence aussitôt le courant donné. Des fusibles assurent une complète sécurité. En cas de panne de courant, la batterie ne se décharge pas.

Dimensions moyennes des modèles pour garages particuliers 250 mm. × 240 mm. × 160 mm. Poids de 6 à 8 kgr. Consommation au secteur de 35 à 50 watts, suivant voltage et ampérage.

Marcel TOUSSAINT.

(1) Type oxymétal Westinghouse par exemple.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Histologie** (Enseignement spécial de la technique histologique élémentaire sous la direction de M. Champy, professeur). — *Cours pratiques* destinés aux médecins et étudiants désireux de se familiariser avec la technique histologique. — PROGRAMME : Prélèvement et fixation de pièces (Bouin, Zenker, Regaud, alcool). — Méthodes d'inclusion : celloïdine. — Coupes par congélation, méthodes qui leur sont applicables : méthodes de del Rio Hortega, coloration au Giemsa. — Colorations simples : hématéine-éosine (Weigert, von Gieson, Curtis). — Coloration aux couleurs d'aniline. Colorations spéciales du tissu conjonctif, picro-bleu. Coloration de fibres élastiques. — Colorations cytologiques : hématoxyline au fer ; coloration de Prenant. — Méthodes mitochondriales et méthodes d'imprégnation du réseau de Golgi. — Méthodes spéciales pour la graisse et les lipoïdes. Méthodes pour le glycogène. — Colorations vitales (rouge neutre ; bleu de méthylène ; vert Janus). — Etude du sang : hématimétrie, centrifugation, numération. Coloration du sang. — Méthodes spéciales du système nerveux : méthode de Golgi ; méthode de Cajal. — Coloration des fibres nerveuses : méthodes de Weigert et analogues. — Méthodes de dissociation : rétine osmiée, nerf osmié, muscle, épithéliums. Colorations spéciales de dissociations. — Méthode de nitratation. Ses diverses applications. — Injections vasculaires et méthodes d'étude des vaisseaux. — Principe de quelques méthodes microchimi-

ques (fer, calcium, oxydases). — Méthode de comparaison de la structure des organes pour l'histologie expérimentale. — Principe de la méthode des cultures de tissus. Préparation du plasma, des extraits embryonnaires ; ensemencement et lavage des cultures.

Les séances auront lieu tous les jours, de 14 heures à 17 heures, au laboratoire d'histologie (salle Ranvier) de la Faculté de médecine, à partir du lundi 17 avril jusqu'au 6 mai 1939.

S'inscrire les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet nº 4), ou à la salle Béclard (A. D. R. M.), Faculté de médecinee, tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf samedi après-midi).

Le nombre des élèves est limité à 20. Droit d'inscription : 250 francs.

— **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu** (Professeur : M. Paul Carnot). — *Cours pratique de physiothérapie*, au service central de physiothérapie de l'Hôtel-Dieu, sous la direction du Professeur Paul Carnot et du Docteur Duhem, chef du service central de physiothérapie, du lundi 24 avril au samedi 13 mai 1939. — PROGRAMME :

A. *Conférences*, de 9 h. 1/2 à 10 h. 1/4. — Lundi 24 avril, Docteur DUHEM, électro-radiologiste des hôpitaux : Considérations générales sur la physiothérapie. — Mardi 25 avril, Professeur STROHL : Bases physiques de l'électrothérapie. — Mercredi 26 avril, Docteur DOGNON, agrégé : Physique des rayons X. Mesures et filtrations. — Jeudi 27 avril, Docteur Henri BÉNARD, agrégé, médecin de l'Hôtel-Dieu : Radiations ultra-violettes ; étude physique et physiologique. — Vendredi 28 avril, Docteur MONMIGNAUT : Hydrothérapie médicale. — Samedi 29 avril, Docteur DUHEM : : Electro-diagnostic. — Lundi 1er mai, Docteur DUCROQUET : Physiothérapie et orthopédie. — Mardi 2 mai, Docteur MORO : Radiothérapie des fibromes, etc. — Mercredi 3 mai, Docteur ARRAUD : Diathermie et ondes courtes. — Jeudi 4 mai, Docteur DUHEM : Electrothérapie dans les affections du neurone moteur périphérique. — Vendredi 5 mai, Docteur JARRY : Physiothérapie en gynécologie. — Samedi 6 mai, Docteur DUBOST : Résistivité électrique du corps humain ; angle d'impédance. — Lundi 8 mai, Docteur ARRAUD : Technique de l'électro-coagulation. — Mardi 9 mai, Docteur TAILHEFER : Choix de la thérapeutique dans le traitement des tumeurs malignes. — Mercredi 10 mai, Docteur LÉVY-LEBHARD : Radiothérapie des cancers. — Jeudi 11 mai, Docteur DUREY : Massage. — Vendredi 12 mai, Docteur BRACE-GILLOT : Physiothérapie des rhumatismes. — Samedi 13 mai Docteur CACHERA, médecin des hôpitaux : Indications physiothérapiques dans les acro-cyanoses.

B. *Exercices pratiques individuels*, de 10 h. 1/2 à midi, à la policlinique physiothérapique Gilbert, par le Docteur DUHEM, chef du service, les Docteurs DUCROQUET et DUBOST, MORO, ARRAUD, JARRY, MONMIGNAUT, BRACE-GILLOT et PAGES, assistants.

Les auditeurs inscrits seront autorisés à suivre le service pendant le semestre d'été. Il sera délivré un certificat à la fin du cours. Le prix du cours est de 300 francs.

L'inscription aura lieu au secrétariat de la Faculté (guichet nº 4), les lundi, mercredi et vendredi, de 14 à 16 heures et salle Béclard, à l'A. D. R. M., de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

— **Clinique médicale propédeutique** (Hôpital Broussais-La Charité, 96, rue Didot). — *Cours de vacances, de révision et de perfectionnement. 51e cours de perfectionnement* (Pâques 1939, 1er mai au 15 mai 1939), sous la direction de M. le Professeur Maurice Villaret : *La thérapeutique des maladies du tube digestif, du foie et de la nutrition, à la faveur des acquisitions récentes de la clinique et du laboratoire.* — Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le lundi 1er mai 1939, à 9 heures, à l'hôpital Broussais-La Charité (amphithéâtre Laënnec), avec la collaboration de M. le Professeur Georges LAVIER, de MM. Henri BÉNARD, agrégé, médecin de l'Hôtel-Dieu, A. BASSET, agrégé, chirurgien de l'hôpital Broussais-La Charité, L. JUSTIN-BESANÇON, agrégé, médecin des hôpitaux, assistant de la clinique, Maurice BARIÉTY, agrégé, médecin des hôpitaux, A. AMELINE, agrégé, chirurgien des hôpitaux, René CACHERA, médecin des hôpitaux, Henry BITH, assistant du service, François MOUTIER, Fr. SAINT GIRONS, anciens chefs de laboratoire à la Faculté, AUBIN, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris, Robert WAHL, Jean BOURGEOIS, Roger EVEN, anciens chefs de clinique à la Faculté, Robert WALLICH, ancien interne, médaille d'or, René FAUVERT, Pierre BARDIN, H.-P. KLOTZ et A. RUBENS-DUVAL, chefs de clinique à la Faculté.

Il aura lieu régulièrement : le matin, à 9 h. 30 ; l'après-midi, à 15 heures et 16 h. 30.

Il comprendra 42 leçons, et sera complet en deux semaines.

Des examens au lit du malade, complément de l'enseignement à l'amphithéâtre, seront faits après la leçon du matin, au cours de la visite dans les salles, à partir de 11 heures, par le Professeur Maurice Villaret et le Docteur L. Justin-Besançon, agrégé, assistant de la clinique, avec démonstrations de gastroscopie par M. Fr. Moutier, d'œsophagoscopie par M. Aubin, de rectoscopie par M. Robert Wahl, de radiologie par M. Brunet, chef de laboratoire, assistant de radiologie de la clinique, et des techniques nouvelles de laboratoire par MM. R. Cachera, médecin des hôpitaux, chef du laboratoire de médecine expérimentale, J. Delarue, chef du laboratoire d'anatomie-pathologique, et P. Barbier, chef du laboratoire de chimie.

Des sommaires détaillés, résumant chaque leçon, seront distribués à chaque élève.

Le 47e voyage d'études médicales des cours de perfectionnement sera organisé les 13, 14 et 15 mai 1939, à Vichy, où aura lieu la dernière leçon du programme. Les élèves de ce cours — et des autres enseignements de perfectionnement dirigés par le Professeur Maurice Villaret pendant l'année — qui seraient désireux de participer à ce voyage, sont priés de s'inscrire à l'avance au secrétariat de la clinique médicale propédeutique de l'hôpital Broussais-La Charité, où on leur fera connaître le programme détaillé et les conditions du séjour à Vichy. Les inscriptions sont limitées.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue de ce cours.

Le droit d'inscription à verser est de 300 francs pour ce cours.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Chaque année aura lieu un cours semblable à la même époque. Il sera complété par un autre enseignement de perfectionnement avant les vacances de Pâques 1939, portant sur la Thérapeutique des affections vasculaires, rénales, rhumatismales et endocrino végétatives.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétariat de la clinique médicale propédeutique (hôpital Broussais-La Charité, 96, rue Didot).

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Concours de chirurgien des hôpitaux.** — *Concours de nomination.* EPREUVE CLINIQUE. *Séance du* 20 *mars* : Ont obtenu : MM. Rudler, 14 ; Mialaret, 19 ; Aboulker, 14 ; Longuet, 18.

Séance du 21 *mars* : Ont obtenu : MM. Cordier, 13 ; Padovani, 20 ; Petit, 17 ; Baumann, 19.

— **Concours de l'internat** (oral).— *Séance du* 17 *mars.* Questions posées : Symptômes et complications des cancers du gros intestin (rectum excepté). — Diagnostic et traitement des hémoptysies.

Ont obtenu : MM. Gertzberg, 18 ; Rometti, 22 ; Alperine, 23,5 ; Jomier, 21 ; Isal, 17,5 ; Hiverlet, 10 ; Toufesco, 21 ; Libert, 23 ; Lambert (Léon), 22 ; Rosenkowitch, 22,5 ; Leprat, 23.

Questions posées : Formes cliniques et diagnostic de la maladie de Heine-Médin à sa période aiguë. — Symptômes et complications des varices des membres inférieurs.

Ont obtenu : MM. Camus, 24,5 ; Viguie, 22 ; Fronville, 22 ; Hewitt, 22 ; Tahar, 14 ; Darricau, 22 ; Denizet, 20 ; Verriez, 26 ; Umdenstock, 24 ; Bauchart, 22.

Séance du 18 *mars.* Questions posées : Discussion du diagnostic d'une crise épileptique convulsive généralisée. — Diagnostic des adénopathies cervicales chroniques.

Ont obtenu : MM. Bena, 18 ; Wolf, 17 ; Mlle Kahn, 17 ; MM. Trichard, 12 ; Coldier, 18 ; Mlle Brisac, 19 ; MM. Lanvin, 22 ; Daumet, 18,5 ; Reynaud (J.), 19,5 ; Isorni, 27,5 ; Tran-Van-Hoa, 21.

Séance du 19 *mars.* Questions posées : Complications des avortements. — Diagnostic des compressions médiastinales de l'adulte.

Ont obtenu : MM. Barbier (Pierre), 27 ; Maurice (Pierre), 16 ; Weyl, 20 ; Auregan, 23 ; Blanc (Guy), 19 ; Bach, 20 ; Pérol, 26 ; Ruel, 19 ; Hemeury, 18.

Questions posées : Formes cliniques des complications extra-génito-urinaires de la blennorragie. — Symptômes et complications de la fracture de Dupuytren.

Ont obtenu : Kaeppelin, 21 ; Arnaud, 19 ; Mattei, 27 ; Petit (Jacques), 22 ; Monod (Marc), 19 ; Sevileano (Eugène), 27 ; Orfali, 26 ; Jaussemet, 23 ; Granjon, 26 ; Landau, 15.

Séance supplémentaire en vue de départager les deux premiers. Questions posées : Diagnostic d'un gros rein droit. — Symptômes et évolution de l'infarctus du myocarde.

Ont obtenu : MM. Joublin, 30 ; Isorni, 29.

— **Sont nommés internes des hôpitaux de Paris** :

MM. Joublin, 100 ; Isorni, 99 ; Mlle Meunier, 69 1/2 ; Mlle Lefèvre, MM. Lasry, 69 ; Granjon, Le Brigand (Henri), 67 ; Verriez, Le Brigand (Jean), 66 1/2 ; Barbier (Pierre), Orfali (Joseph), 65 1/2 ; Goury-Laffont, 65 Blanchon (Pierre), 64 1/2 ; Pluvinage (Roger), Debusschère (Frédéric), Bonvallet (Jacques), Koskas, 64 ; Ciaudo (Denis), 63 1/2 ; Gorin (Raymond), Mlle Hahn (Marie), 63 ; MM. Scebat (Lucien), Darricau (Aimé), 62 ; Bastin (Raymond), 61 1/2 ; Maignan (Charles), Mlle Bournisien, MM. Bourdin (Jacques), 61 ; Galmiche (Paul), Renault (Pierre), Bauchart (Jean), Capron (Pierre), Tricot (Robert), Richet (Gabriel), 60 ; Lichnewsky (René), Pérol (Etienne), Bouche (Jean), Henrot (Henri), Moch (Bernard), Mlle Mendras (Marie), 59 ; MM. Hébert (André), Aurégan (Maurice), Hussameddin, 58 ; Joussemet (Raoul), Jardel (Gérard), 57 1/2 ; Lecointe (Pierre), Roger (René), Pergola (Frédéric), Mlle Antoine, 57 ; MM. Poussier (François), (Eman-Zadeh, Viguié (Roger), Paley (Jean), Brenier Jack), Laroche (Claude), 56 ; Berthon (Pierre), Delouche ; Gaston), Carlotti (Jacques), Mlle Kahn (Madeleine), 55 1/2 ; M. Audoly (Paul), Mlle Garnier (Marie), Mme Wiell, MM. Tostivint (René), 55 ; Caufment (André), Kreisler (Léon), Marzet (Alexis), Seviléano, Mlle Jurain (Odette), M. Courjaret (Jacques), Mlle Moreau, M. Flabeau (Fernand), 54 1/2 ; Mlle Corre (Lucienne), MM. Mattei (Marc), Ronsin (Michel), Bernard (Pierre), Prochiantz, Baudon (Jacques), Léandri (Lucien), Mlle Haller (Renée), MM. Joinville (Eugène), Toufesco (Nicolas) d'Œlnitz (Michel), Kaeppelin (Marie), Pruvot (Georges), Debost (Jérôme), Loubrieu (Jean), Haguet (Jean), Lang (Paul), Camus (Jean), Seyer (Jean), Bach (Charles), 54 ; Rometti, 53 1/2.

— **Sont nommés externes en premier** :

MM. Barré (Yves), Ruel (Henri), Courchet (Adolphe), Blancard (Jacques), Monod (Claude), 53 1/2 ; Rognon (Lucien), Durupt (Lucien), Mlle Lipmann (Charlotte), MM. Butet (André), Lambert (Léon), Rie (Georges), Mlle Rosental, MM. Deslandes (Edouard), Verliac (François), Hewitt (Jean), Davy (André), Mlle Grould (Paule), MM. Frinault (Georges), Isal (Paul), Cachin (Yves), Staub, Mlle Fillon (Colette), MM. Michon (Jacques), François (Armand), 53 ; Mlle Rosenkovitch, MM. Kartun (Paul), Demassieux (Jean), Mage, Daumet (Henri), Hagège (Elie), Blanc (Guy), Mlle Brisac, 52 1/2 ; MM. Labayle (Jean), Delatour (Jacques), Kropff (Georges), Leprat (Serge), Mayaud (Jean), Haquin (Charles), Mlle Schweisguth, Mlle Dubois (Laure), Mlle Bourget (Geneviève), Mlle Chaillet (Nicole), MM. Duhamel (Georges), 52 ; Cossart (René), Fortin (Pierre), Amado (Georges), Mlle Dépître (Claire), 51 1/2 ; MM. Fronville (Pierre), Denizet (Pierre) ; Chartrain (Emile), Hemeury (Jean), Mlle Saulnier (Miche), M. Sicard (Jacques), Mlle Samuel (Hélène), MM. Edelmann (Gilles), 51 ; Parsy (Gilbert), Nataf (Aaron), Hadengue (André), 50 1/2 ; Ducournau (Jean), Horvilleur (Pierre), 50 1/2 ; Bolivar (Juan), Umdenstock (Robert), Demétriadès (Mario), 50 ; Enel (Jacques), Alpérine (Georges), Mlle Meugé (Yvonne), Mlle Monghal (Thérèse), MM. Piard (André), Schneider (Maurice), 49 1/2 ; Albou (André), Mlle Tourneville, MM. Lanvin (Michel), Tran-Van-Hoa, Petit (Jacques), Legrand (Marcel), Roblin (Jean), Xambeu (Charles), Royer (Eugène), Devimeux (Pierre), Roman (Marc), 49 ; Reynaud (Jean), Tubiana (Raoul), Polliot (Louis), Nehlil (Jacques), 48 1/2 ; Liénard (Jean), Danset (Pierre), Saltet de Sablet, Weyl (Jean), Ternier (Alexandre), Godlevsky (Guy), Ferrand (Guy), Didier (Raymond), Crépin (Guy), Lelièvre (Jean), Auquier (Louis), 48 ; Mlle Caulliez, MM. Jomier (François), Ancelin (André), Courtenay-Mayers, 47 1/2 ; Gauthey (Maurice), Hermann (André), Bessière (Maurice), Mlle Fossier (Jeanne), M. Hervet Emile, 47.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Les auto-vaccins peuvent être préparés par toute personne autorisée à cet effet par décret

3.439. — M. DE FRAMOND, demande à M. le ministre de la Santé publique : 1° s'il existe un texte, loi, décret, règlement administratif ou arrêté exigeant de toute personne voulant assurer la préparation d'auto-vaccin, le diplôme de médecin ou celui de pharmacien ; 2° dans l'affirmative, à quelle date auraient été prises ces dispositions et en quels termes. (*Questions du* 14 *février* 1939.)

Réponse. — Aucun texte n'exige d'une personne voulant assurer la préparation d'auto-vaccins, le diplôme de médecin ou celui de pharmacien. La préparation et la mise en vente de ces produits sont autorisés par décret suivant la procédure prévue par la règlementation relative aux sérums thérapeutiques et divers produits d'origine organique. Il appartient aux assemblées consultées en application de cette règlementation (Commission des sérums, Académie de médecine et Conseil supérieur d'hygiène publique de France), d'apprécier si le demandeur possède les titres nécessaires pour assurer la préparation des auto-vaccins dans des conditions techniques satisfaisantes.

(*J. O.*, 2 mars 1939.)

Insaisissabilité des prestations

7.614. — M. BELTRÉMIEUX demande à M. le ministre du Travail si une assurée sociale ne bénéficiant pas d'un régime spécial d'assistance, peut donner procuration à une préfecture pour percevoir en ses lieu et place les prestations en nature et en espèces de l'assurance-maternité. (*Question du* 20 *décembre* 1938.)

Réponse. — Sous réserve des dispositions particulières que peuvent prévoir soit les règlements d'assistance en ce qui concerne les assurés indigents admis au bénéfice de l'article 19, paragraphe 3, du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales, soit les règlements des collectivités départementales ou communales en ce qui concerne ceux de leurs agents soumis au régime général des Assurances sociales pour les risques maladie-maternité, la question posée par l'honorable parlementaire appelle la réponse suivante : aux termes de l'article 13, paragraphe 3, du règlement d'administration publique du 19 mars 1936, l'indemnité journalière de maladie des Assurances sociales « ne peut faire l'objet d'une saisie-arrêt ou d'une cession que dans les conditions et limites fixées par la législation contenant la saisie-arrêt des salaires ». La même règle est applicable aux indemnités journalières de repos de maternité Quant aux prestations en nature, il semble, sous

réserve de la jurisprudence des Tribunaux, qu'elles soient à la fois incessibles et insaisissables en tant qu'elles ont un caractère alimentaire ; elles doivent, en conséquence, être versées directement à l'assuré en application de l'article 6, paragraphe 5, et de l'article 9, paragraphe 2, du décret-loi susvisé, cu à l'établissement de soins lorsqu'une convention a été passée à cet effet avec la Caisse d'assurances sociales. C'est seulement lorsqu'il s'agit d'une simple opération d'encaissement de prestations afférentes à une maladie déterminée — et le même principe concerne le cas de maternité — que l'article 115 du règlement d'administration publique du 19 mars 1936 prévoit la possibilité pour l'assuré de déléguer un tiers chargé de les recevoir à sa place et de les lui remettre. Au cas où la question posée viserait une assurée indigente ou une employée d'une collectivité départementale, et en vue de permettre au ministre du Travail d'émettre un avis, après enquête, l'honorable parlementaire est prié de faire connaître le nom, l'adresse et le numéro matricule de l'intéressée et, éventuellement, le nom de la collectivité employant celle-ci.

(*J. O.*, 15 février 1939.)

Un pharmacien devenu aveugle ne peut continuer à gérer son office

8.292. — M. Pierre Taittinger demande à M. le ministre de la Santé publique : 1° si un pharmacien complètement aveugle peut diriger et gérer ou continuer de diriger ou de gérer, selon la loi de germinal, an XI, une officine pharmaceutique ; 2° étant entendu qu'il prendrait, pour le suppléer, puisque aveugle, un préparateur, si ce préparateur devrait être pourvu du diplôme de pharmacien. (*Question du 3 février 1939.*)

Réponse. — 1° et 2°, réponse négative. La responsabilité du pharmacien vis-à-vis des tiers, dans l'exercice de sa profession, devant être entière et sans restriction, cette condition ne peut se trouver remplie, si, par suite de cécité complète, ce praticien se trouve empêché, de manière permanente, soit de procéder lui-même aux opérations techniques de son art qui exigent l'usage du sens de la vue, soit de surveiller l'exécution de ces mêmes opérations par un préparateur non diplômé. La même réponse négative s'applique au cas où le préparateur serait pourvu du diplôme de pharmacien, le législateur n'ayant prévu la délégation de gérance à un diplômé non propriétaire de l'officine qu'au profit des héritiers d'un pharmacien décédé et pendant un temps limité.

(*J. O.*, 17 mars.)

SERVICE DE SANTÉ

Réserve

Par décision du 9 mars 1939, les médecins auxiliaires ci-après sont nommés au grade de médecin aspirant à compter du 21 mars 1939 et sont maintenus dans leur affectation actuelle.

Calas, 15e sect. d'inf. milit. ; Mantoux, 15e sect. d'inf. milit. ; Nègre, 15e sect. d'inf. milit. ; Cohen, 23e sect. d'inf. milit. ; Sterboul, 23e sect. d'inf. milit. ; Lanfranchi, 21e sect. d'inf. milit. ; Sirot, 21e sect. d'inf. milit.

Honorariat

Par décision du 3 mars 1939, les officiers de réserve du Service de santé ci-après désignés, rayés des cadres par décision présidentielle du même jour, sont placés dans la position d'officiers honoraires :

Avec le grade de méd. lieut.-col. : MM. Berge, Blusson.

Avec le grade de méd.-capit. : MM. Ballet, Barthélémy, Duquesne, Labadan, Laurent, Lecoq, Vernet.

Avec le grade de méd. lieut. : MM. Basile, Bonin, Connan, Delepouve, Desarnauts, Fallex, Gachot, Maurin, Monier, Serbat.

Promotions — Nominations

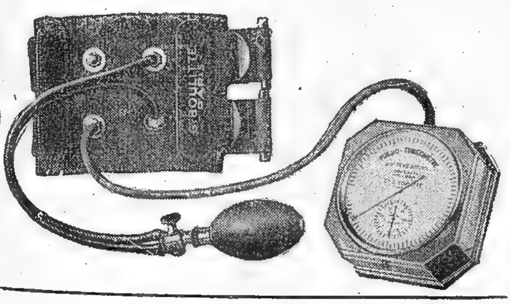
Par décret du 7 mars 1939 sont promus dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé les officiers de réserve ci-après désignés qui par décision de même date, sont maintenus dans leur affectation actuelle :

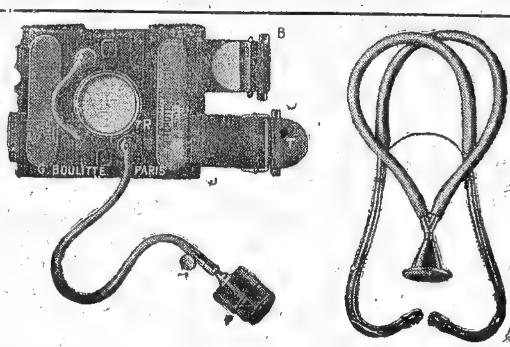
Au grade de médecin lieutenant

Les méd. sous-lieut. (22 mai 1938) Donadieu, 13e rég. ; Lafon, 15e rég. ; (21 juin 1938) Boivin, rég. de Paris ; Welti, rég. de Paris ; (17 août 1938) Méric, 18e rég. ; (21 août 1938) Jean, rég. de Paris ; (11 sept. 1938) Antonini, 15e rég. ; (16 sept. 1938) Balandra, 2e rég. ; (2 oct. 1938) Lemoine, 6e rég. ; Quereux, 6e rég. ; Gauthier, 11e rég. ; Bégule, 14e rég. ; Dury, 14e rég. ; Dussaut, 14e rég. ; (3 oct. 1938) Mathey, 20e rég. ; Caudreliez, 2e rég.

(4 oct. 1938) Lefrançois, 3e rég. ; Anglade, 16e rég. ; Schatz, 20e rég. ; (5 oct. 1938) Lier, 2e rég. ; Vignolles, 2e rég. ; Holtzmann, 20e rég. ; (6 oct. 1938) Gouin, rég. de Paris ; Boulant, 2e rég. ; Brady, 20e rég. ; Gillmann, 20e rég. ; (7 oct. 1938) Fruchart, 2e rég. ; (8 oct. 1938) Busy, 2e rég. ; Monier, 2e rég. ; (9 oct. 1938) Guebel, rég. de Paris ; Robert, 6e rég. ; (10 oct. 1938) Collot, 7e rég. ; Bouton, 20e rég. ; (11 oct. 1938) Meynadier, 1re rég. ; Vernier, 6e rég. ; Desaux, 9e rég. ; (13 oct. 1938) Maunary, 6e rég ; Guichard, 9e rég. ; (16 oct. 1938) Cornier, 3e rég. ; Wiehn, 18e rég. ; (19 oct. 1938) Constant, 19e C. A ; Fischer, 19e C. A. ; Gros, 19e C. A. ; Sorin, 19e C. A. ; Zonza, 19e C. A. ; (22 oct. 1938) Vial, 6e rég.

(23 oct. 1938) Petit, 2e rég. ; Delaroche, 9e rég. ; Massonnet, 9e rég. ; (24 oct. 1938) Dumetz, 15e rég. ; (25 oct. 1938) Dupuy, 18e rég. ; (27 oct. 1938) Bardon, tr. du Maroc ; (30 oct. 1938) Tardies, rég. de Paris ; Bahy, 7e rég. ; Bohn, 7e rég. ; Bonnet, 7e rég. ; Karcher, 20e rég. ; Weidenfeld, 20e rég. ; (31 oct. 1938) Antoni, 13e rég. ; Astorgue, 13e rég. ; Bernole, 13e rég. ; Berthéol, 13e rég. ; Canty, 13e rég. ; Debidour, 13e rég. ; Demahis, 13e rég. ; Ganne, 13e rég. ; Giraudoux, 13e rég. ; Goujou, 13e rég. ; Vey, 13e rég. ; (7 nov. 1938) Maroger, rég. de Paris ; (11 nov. 1938) Laurent, rég. de Paris ; (12 nov. 1938) Favret, 6e rég. ; (13 nov. 1938) Landolt, rég. de Paris ; Varin, 2e rég. ; Rambert, 3e rég. ; Fleys, 9e rég.





Juillard, 13e rég. ; Maupeu, 13e rég. ; Pennetier, 13e rég. ; Pougnet, 13e rég. ; Roquetanière, 13e rég. ; Trarieux, 13e rég. ; Mattéi, 14e rég. ; Castet, 18e rég. ; Latier, 18 rég.

(Rang du 14 novembre 1938) Coirault, 9e rég. ; Paran, 16e rég. ; Roux, 16e rég. ; Deumie, 17e rég. ; Legrier, 17e rég. ; Loubet, 17e rég. ; (15 nov. 1938) Mendailles, 17e rég. ; Toussaint, 17e rég. ; (17 novembre 1938) Achard, rég. de Paris ; Bardéry, rég. de Paris ; Baudet, rég. de Paris ; Beaumel, rég. de Paris ; Frak, rég. de Paris ; Fulconis, rég. de Paris ; Gérard, rég. de Paris ; Gillon, rég. de Paris ; Joseph, rég. de Paris ; Laherrère, rég. de Paris ; Lambling, rég. de Paris; Landman, rég. de Paris ; Manuel, rég. de Paris ; Moreau, rég. de Paris ; Pasqualini, rég. de Paris ; Rossignol, rég. de Paris ; Schwartz, rég. de Paris ; Touati, rég. de Paris ; Touze, rég. de Paris ; Artisson, 1re rég. ; Mothay, 3e rég. ; Chauveau, 4e rég. ; Couffon, 4e rég. ; Divet, 4e rég. ; Lami, 4e rég. ; Vettier, 4e rég. ; Robert, 7e rég. ; Fried, 20e rég. ; Pétri, 20e rég. ; Marx, 20e rég. ; (18 nov. 1938) Mayaud, 9e rég.

(20 nov. 1938) Grandsire, 3e rég. ; (21 nov. 1938) Jourdain, 4e rég. ; (24 nov. 1938) Auffret, rég. de Paris ; Cailleux, rég. de Paris ; Comar, rég. de Paris ; Dugast, rég. de Paris ; Goise, rég. de Paris ; Grauer, rég. de Paris ; Hamelin, rég. de Paris ; de Lignières, rég. de Paris ; Martinie, rég. de Paris ; Nacht, rég. de Paris ; Pecunia, rég. de Paris ; Ribert, rég. de Paris ; Saillant, rég. de Paris ; Fumat, rég. de Paris ; (25 nov. 1938) Mariacci, tr. de Tunisie ; (26 nov. 1938) Ricard, 14e rég. ; Salmon, 14e rég. ; (27 nov. 1938) Dupont, rég. de Paris ; Dalban, 14e rég. ; (28 nov. 1938) Legroux, rég. de Paris ; (30 nov. 1938) Vornière, 3e rég. ; (1er déc. 1938) Garelly, 3e rég. ; Koressios, rég. de Paris ; Leclercq, rég. de Paris ; Milliez, rég. de Paris ; Nau, rég. de Paris ; Buord, 8e rég. ; Théaudière, 8e rég. ; Cousin, 11e rég. ; Baudard, 11e rég. ; Dassonville, 11e rég. ; Marchand, 11e rég. ; Morie-Nelly, 11e rég. ; Nicaud, 11e rég. ; Rabourdin, 11e rég. ; Renoux, 11e rég. ; Stroswski de Lenka, 11e rég.

(2 déc. 1938) Bonnand, 7e rég. ; (3 déc. 1938) Arvay, rég. de Paris ; (5 déc. 1938) Durand, 18e rég. ; (8 déc. 1938) Bogoraze, rég. de Paris ; (11 déc. 1938) Droguet, rég. de Paris ; Martin, rég. de Paris ; Nigaud, 8e rég. ; Pontet, 8e rég. ; Blanchard, 14e rég. ; Rastit, 15e rég. ; (15 déc. 1938) David, rég. de Paris ; Lévi-Valensin, rég. de Paris ; de Palma, rég. de Paris ; André, 2e rég. ; (19 déc. 1938) Frimigacci-Stéphanopoli, 19e C. A. ; (22 déc. 1938) Bernard, 3e rég. ; Drouet, 4e rég. ; Sonrier, 8e rég. ; Wagner, 8e rég. ; (24 déc. 1938) ; Chatellier, tr. du Levant ; (6 févr. 1939) Fischgrund, 6e rég. ; Loiseau, 6e rég. ; Manteau, 6e rég. ; (17 févr. 1939) Billard, 20e rég. ; Galland, 20e rég. ; Hessloehl, 20e rég.

(A suivre.)

A propos de l'Episcope

M. le Docteur Robert Thuillant, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital départemental de Rueil-Malmaison, assistant de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, inventeur de l'épiscope, nous a adressé la lettre suivante où il précise les origines de son invention que nous avouons avoir ignoré avant d'avoir lu un article sur l'épiscope en février dans Paris-Soir. *Nous remercions M. Thuillant de sa lettre que nous nous faisons un plaisir de publier.*

J. N.

Mon cher Confrère,

Dans le *Concours Médical* du 19 mars 1939, page 810, je lis votre article concernant l'épiscope selon le reportage paru dans le numéro du 15 février 1939 du *Paris-Soir*.

Je me permets de vous signaler que cet appareil, de mon invention, existe depuis longtemps : il a été décrit dans le brevet français n° 543.078 du 5 novembre 1921 et dans le brevet 1.609.503 délivré par les Etats-Unis d'Amérique. Le *premier* de ces appareils fut installé, *il y a* 18 *ans*, à l'hôpital Saint-Louis ... déjà dans le service du Docteur Lemaître.

Voici d'ailleurs, très succincte, la liste des articles parus sur l'épiscope il y a une quinzaine d'années : *Paris-Soir* (n° 92, 4 janvier 1924), *Le Monde Illustré* (n° 3453, 23 février 1924), *La Science et la Vie* (n° 88, tome XXVI, octobre 1924), *L'illustration* (20 déc. 1924 et janvier 1925), *L'Eclairage*, par L. Fournier (in bibliothèque des Merveilles, page 120), etc.

Depuis 12 ans, je fais fonctionner régulièrement un modèle plus réduit destiné à projeter les expériences aux étudiants de première et deuxième années de médecine dans le laboratoire des Travaux pratiques de physiologie de la Faculté de Paris

Un modèle chirurgical est installé à Belgrade; un autre au Mexique.

Croyez, mon cher confrère, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Le 23 mars 1939. Dr R. Thuillant.

Le « lave-mains » De Buyer

Dans la rubrique l'Hygiène à la Campagne du *Concours Médical* je lis un article du Professeur Maurice Perrin sur le « lave-mains ».

Je vous signale et vous autorise avec plaisir à publier que certainement l'appareil rencontré par l'auteur en Périgord et fabriqué dans les Vosges a une origine beaucoup plus ancienne que l'on retrouve sous sa forme quasi primitive dans les fermes du Bas-Vendômois.

Il s'agit d'un appareil dont la forme est absolument comparable au lave-mains décrit par le Professeur Perrin et dont la manipulation lui est également identique. Mais cet objet est *grossièrement taillé d'un seul bloc dans un morceau de bois.*

Chaque fois que je vais à la chasse dans le Bas-Vendômois je me lave les mains, de retour à la ferme, à ce lavabo ancien mais très pratique qui porte dans le langage du pays le nom pittoresque de : *godouë.*

Dr P.-U. Dumont (Vendôme)

Le lave-mains de Buyer ? Mais je l'ai toujours vu utiliser au cours de mon enfance et de ma jeunesse passées en Charente, sous le nom de

« Cassotte ». Pas une maison où il n'y en eut auprès du seau d'eau posé en permanence sur l'évier. Il semble que son usage soit très répandu dans l'ouest.

Je n'en ai pas vu dans la région de l'Allier où j'exerce — sauf ces jours derniers chez un habitant de la banlieue. A mon interrogation étonnée sur la présence de cet instrument, il me répondit qu'il l'avait rapporté de Saône-et-Loire.

Dr J. Gibert (Commentry)

Je lis l'article très intéressant d'ailleurs sur le lave-mains de Buyer. Ce n'est pas son nom et dans mon enfance, qui remonte à 50 ans environ, je me lavais les mains, dans la Charente où j'allais passer mes vacances, avec une cassote ou coussotte suivant les villages où je me trouvais. Cet instrument existe aussi en Vendée mais il est en bois ; en Charente il est en zinc, a la forme d'une gamelle de soldat avec à la partie inférieure un tuyau de zinc qui permet de projeter à quelque 20 centimètres un petit jet d'eau suffisant pour laver et rincer les mains avec un ou deux remplissages et l'eau du seau n'est pas souillée. En Vendée le même instrument, en bois d'une seule pièce, était moins commode parce que moins large ; il tenait difficilement sur le seau et une tierce personne était souvent obligée de le soulever.

Je vous donne ces renseignements à titre indicatif pour vous dire qu'il existait avant que M. le Professeur Perrin l'ait présenté. Cela m'a fait grand plaisir de me rappeler ces souvenirs de jeunesse car il y a bien plus de vingt-cinq ans que je ne me suis servi de cassote.

Dr P. Platon (Nantes)

Le lave-mains décrit dans votre no 11 *bis*, page 785, est un vieil ustensile de ménage en honneur dans *toutes* les fermes et maisons du Périgord ainsi que des régions avoisinantes.

Interrogée ce matin une vieille fermière de 87 ans m'a affirmé qu'elle avait toujours vu cet instrument dans sa maison, ce qui indique l'origine lointaine dans ces régions de ce fameux lave-mains.

Un abonné de la Dordogne.

CORRESPONDANCE

A propos des injections antitétaniques

A la suite de mes observations sur la lutte contre le tétanos, dans le *Concours*, j'ai reçu de M. le Docteur Bazy, chirurgien des hôpitaux, la lettre suivante que je publie ci-dessous afin de faire connaître les précisions qu'elle contient et qui ne manqueront pas d'intéresser ceux que cette question préoccupe particulièrement.

Dr F. DECOURT.

Monsieur et très honoré Confrère,

J'ai lu avec le plus vif intérêt votre article intitulé : « L'omission d'injection antitétanique préventive est-elle, *a priori*, une faute ? » Ayant, le premier en 1917, réalisé la vaccination antitétanique (Soc. nat. de Chirurgie, 27 juin 1917, page 1445) après avoir préalablement démontré (Soc. nat. de Chirurgie, 23 mai 1917, p. 1445) pourquoi dans certains cas le sérum antitétanique était inefficace, je n'ai cessé de m'intéresser à ce problème et je crois avoir répondu aux questions qui nous préoccupent, notamment en 1935 à la Soc. nat. de Chirurgie, le 30 janvier 1935, page 149, surtout le 22 mai 1935, page 714, dans une communication intitulée «Documents pour servir à la prévention du tétanos». Enfin à la suite de cette communication, la Société, maintenant Académie de chirurgie, avait tenu à prendre position, vis-à-vis du public médical et j'ai rédigé pour elle un rapport que j'ai lu le 3 juillet 1935, page 902, dans lequel, vous le verrez, la question pratique de la prévention du tétanos me paraît avoir été intégralement traitée. Ces conclusions rédigées par moi et adoptées par mes collègues à l'unanimité, ont servi, je le sais, en justice et je veux croire qu'elles ont transformé l'opinion que les juges avaient jusqu'alors sur la responsabilité du médecin en matière de tétanos.

Je m'excuse de vous avoir donné toutes ces précisions, pensant qu'elles vous intéresseraient peut-être et je vous prie de croire, Monsieur et très honoré confrère, à mes plus dévoués sentiments.

ACCIDENTS ET MALADIES PROFESSIONNELLES

1.978. — Les honoraires d'autopsie ne figurent pas au tarif des accidents du travail

Je vous serais extrêmement reconnaissant de me dire quel est le tarif habituellement employé pour une :

1° autopsie,

2° pour une exhumation avec autopsie en matière d'accident du travail (je ne parle pas des autopsies criminelles tarifées par le décret de 1920).

Je ne trouve pas ces différentes opérations dans le tarif accident du travail.

Dr X.

Réponse

Le tarif des accidents du travail ne concerne que les honoraires dus au médecin traitant qui donne ses soins à la victime de l'accident et que la loi met à la charge du chef d'entreprise responsable.

Il n'est donc pas surprenant que ce tarif ne comporte aucune rubrique indiquant le prix d'une autopsie avant ou après exhumation.

Lorsqu'une autopsie est ordonnée à la suite du décès de la victime d'un accident du travail, les honoraires du médecin expert chargé de l'autopsie doivent être fixés par le magistrat commettant sur proposition de l'expert.

Sans doute le tarif des frais de justice criminelle n'est-il pas applicable en l'espèce. Mais il peut constituer néanmoins une base d'appréciation qui peut être utilement retenue.

1.679. — La créance du médecin d'un accidenté du travail contre le patron est privilégiée

Le paiement de la note d'honoraires ci-jointe étant refusé par la Compagnie d'assurances à laquelle le patron de l'accidenté n'a pas déclaré l'accident survenu à son ouvrier, bien que j'ai adressé à ce patron, à la date du 13 janvier 1939, et la carte postale recommandée, détachée d'un registre à souches prescrite par la loi du 1er juillet 1938 et les deux certificats initiaux, je vous serais reconnaissant de vouloir bien me dire comment je dois m'y prendre pour en obtenir le règlement, étant donné ce qui suit.

Le patron est, actuellement, en faillite.

Si je produis ma note d'honoraires au Syndic, ces honoraires rentreront-ils dans la catégorie des créances privilégiées au même titre que les salaires des ouvriers qui, paraît-il, n'ont pas été payés, en dernier lieu, par le patron ?

Dr B.

Réponse

Aux termes de l'art. 23 de la loi du 9 avril 1898 auquel la loi du 1er juillet 1938, entrée en vigueur le 1er janvier 1939, n'a apporté aucune modification, la créance de la victime et de ses ayants droit relative aux frais médicaux, pharmaceutiques et funéraires, ainsi que les indemnités allouées à la suite de l'incapacité temporaire du travail, est garantie par le privilège de l'art. 2.101 du Code civil et y est inscrite sous le no 6.

Plusieurs décisions de jurisprudence et notamment des arrêts de la Cour de cassation ont décidé que le privilège était attaché à la créance du médecin traitant choisi par la victime contre le chef d'entreprise responsable.

Par conséquent, dès lors que le patron de l'ouvrier auquel vous avez donné vos soins a été déclaré en état de faillite postérieurement à l'accident et que la Compagnie d'assurances rejette le sinistre, vous êtes fondé à produire votre créance entre les mains du syndic de la faillite en demandant votre admission par privilège, conformément à l'art. 23 de la loi du 9 avril 1898 et à l'art. 2.101, no 6, du Code civil.

Par contre, si l'accident s'est produit alors que la faillite était déjà déclarée, c'est la masse des créanciers représentée par le Syndic qui est responsable de l'accident.

Dans ce cas encore vous devez être payé avant toute répartition entre les créanciers.

Produisez donc votre créance entre les mains du Syndic et au cas où celui-ci ferait des difficultés pour admettre le privilège, avisez-vous, nous demanderons alors à notre Conseil d'administration de vous faire bénéficier de l'appui de la Ligue pour porter l'affaire devant le Tribunal de commerce ou le Juge de paix suivant le cas.

---

813. — Accident survenu à un ouvrier se rendant à son travail

Un employé d'une Compagnie d'électricité fait une chute en se rendant à bicyclette à son lieu de travail distant de quatre kilomètres, par la route la plus directe.

Lorsque j'ai adressé à la Compagnie ma note d'honoraires qui se montait à 59 francs, la Compagnie me l'a refusée ne considérant pas cet accident comme imputable au travail.

Un ouvrier n'est-il donc pas garanti dès son départ de son domicile ?

Dr B.

Réponse

En principe la responsabilité de l'employeur en vertu de la loi du 9 avril 1898, ne court que du moment où l'employé a pénétré sur le

chantier, s'est mis à la disposition de son chef et a effectivement pris possession de son service.

En conséquence, un accident ne peut être considéré comme survenu par le fait ou à l'occasion du travail, lorsqu'il est arrivé avant que l'ouvrier, qui en a été la victime , soit parvenu sur le lieu du travail ou après qu'il s'en est éloigné.

Spécialement, un ouvrier est sans droit pour invoquer les dispositions de cette loi à raison d'une chute qu'il a faite en se rendant de son domicile à son chantier, c'est-à-dire en un moment où il n'était qu'un simple passant et non un ouvrier au service du patron.

Etant donné les principes ainsi posés par la jurisprudence, il est certain que l'accident, dont a été victime votre client alors qu'il effectuait le trajet pour se rendre de son domicile à son travail, n'est pas couvert par la législation sur les accidents du travail.

FISCALITÉ

2.028. — Amortissement des automobiles

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me donner quelques renseignements relatifs à un litige avec le Contrôleur des Contributions au sujet de ma dernière déclaration sur le revenu.

Je possède trois voitures me servant uniquement dans mon travail : une 202 Peugeot qui a huit mois une 201 Peugeot qui a 2 ans 1/2, une Chenard qui a dix ou douze ans. Je paie une assurance globale de 4.162 fr. 20 par année.

Or le Contrôleur refuse d'admettre l'amortissement sur ces trois voitures, les frais afférents à ces trois voitures et la déduction du prix de mon assurance.

La loi lui donne-t-elle raison ?

Le cas échéant, serais-je alors en droit de posséder une voiture de 100.000 francs ou plus qui me coûterait en frais plus de la moitié de mes revenus ?

Dr P.

Réponse

Il n'y a pas de règle fixe déterminant quel nombre de voitures doivent avoir les praticiens et en combien d'années elles doivent être amorties. Ce sont des cas d'espèces qui sont résolus eu égard de la manière d'exercer, à la nature et à l'importance de la clientèle et au nombre d'années pendant lesquelles les voitures sont utilisées en moyenne.

Sans précisions sur ces différents points, il nous semble difficile de soutenir que vous avez besoin professionnellement de trois voitures, deux nous semble un maximum.

Le contrôleur peut se refuser à accepter l'amortissement d'une voiture dépassant le coût normal d'un instrument de travail.

Votre Chenard datant de 10 à 12 ans doit être amortie ?

Avez-vous fourni au Contrôleur des états détaillés de vos amortissements ?

Si vos voitures servent à l'usage personnel : promenades, vacances... vous devez évaluer dans quelle proportion et défalquer du prix d'achat de vos voitures ainsi que toutes les dépenses y afférentes, assurances, essence, etc., soit 1/10, 1/7, 1/5, 1/4 ou 1/3. Nous restons à votre disposition pour vous conseiller.

A. MARTINOT
Conseiller fiscal

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

1.268. — Classement dans la 2e réserve. Changement d'affectation

Je suis né en 1900 mais, engagé pour la durée de la guerre en août 1918, ma classe de mobilisation serait la classe 19 si j'étais célibataire, j'ai deux enfants ce qui me fait subir le sort de la classe 1915. Si mes calculs sont exacts, et si je m'en réfère à une réponse que vous avez faite déjà, j'appartiendrais depuis octobre dernier à la deuxième réserve. Par suite je voudrais savoir si je suis fondé à demander un changement d'affectation à la mobilisation (je suis affecté en ce moment à une équipe chirurgicale d'armée), et dans quelle mesure l'on est tenu de faire droit à ma demande. Enfin si ce changement d'affectation est un droit pourquoi la Direction du Service de santé de mon corps d'armée n'en prend-elle pas l'initiative ?

Dr V.

Réponse

Même sans qu'il soit nécessaire de compter sur l'appoint de vos deux enfants, la classe 1919 à laquelle vous appartenez a été rangée dans la deuxième réserve depuis le 15 octobre 1938.

Il vous suffira donc dès maintenant d'arguer de ce fait pour réclamer à votre Directeur du Service de santé une affectation dans une formation de l'Intérieur. Le Service de santé ne se hâte jamais de prendre pareilles initiatives.

QUESTIONS DIVERSES

1.986. — Changement de résidence. Formalités à remplir

A dater du 1er avril prochain, je change de poste médical et je m'installe à C.

Lors de mon installation à St-V. dans le même département, j'ai présenté mon diplôme au greffe du Tribunal civil de 1re instance à V., à la Sous-Préfecture de V. et à la mairie de St.-V.

Dois-je accomplir les mêmes formalités lors de ma

nouvelle installation à C. ou dois-je simplement déposer mon diplôme à la mairie de C.

Je vous serais très obligé de bien vouloir me renseigner à ce sujet.

D^s C.

Réponse

Suivant l'art. 9 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, les docteurs en médecine sont tenus, dès leur établissement et avant d'accomplir aucun acte de leur profession, de faire enregistrer sans frais leur titre à la Préfecture ou Sous-Préfecture, au Greffe du Tribunal civil de leur arrondissement et de le faire viser à la mairie du lieu où ils ont leur domicile.

Le même art. 9 ajoute dans son alinéa 2 que le fait de porter son domicile dans un autre département oblige à un nouvel enregistrement du titre dans le même délai.

A contrario aucune formalité n'est imposée au médecin qui change de domicile à l'intérieur du département dans lequel il a déjà fait procéder à l'enregistrement de son diplôme.

2.026. — Droit des chirurgiens-dentistes alsaciens d'exercer en France

En tant que membre du Sou Médical, j'ai recours à vos lumières pour le renseignement suivant : un dentiste diplômé de l'Institut d'hygiène de Strasbourg, âgé de 35 ans, ayant de par ce diplôme la faculté d'exercer en Alsace-Lorraine, peut-il exercer l'art dentaire en dehors des départements recouvrés ? A noter que ce diplôme a été obtenu vers 1920 après trois années seulement d'études dentaires tout à fait rudimentaires.

Une loi récente est-elle intervenue pour régler ce point ? ou bien cette catégorie de dentistes est-elle toujours astreinte à l'exercice de l'art dentaire en Alsace-Lorraine ?

Dr A.

Réponse

La loi du 13 juillet 1921 a autorisé à exercer la médecine dentaire sur tout le territoire français, dans les mêmes conditions que ceux qui sont pourvus du diplôme de médecin ou de chirurgien-dentiste délivré par le Gouvernement français, les dentistes alsaciens-lorrains diplômés conformément à la réglementation locale en Alsace-Lorraine « zahnærzte » et qui ont été réintégrés dans la nationalité française ou qui auront obtenu cette nationalité.

Si, donc, le dentiste visé dans votre lettre était régulièrement diplômé en Alsace-Lorraine avant la promulgation de la loi du 1er juillet 1921 et s'il a été réintégré ou a obtenu la nationalité française, il est en droit d'exercer son art dans la France entière.

Soixante et unième année | N° 15 | 9 Avril 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg .	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro..........	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.

Demi-Colonnes

Renseignements

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à **2** *fr.* **50** *la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* **Concours Médical,** *Paris* **167-95.**

N° 105. — Normandie. A céder dans jolie sous-préfect., pays tourisme, proxim. mer, cab. Y.-O.-R.-L. à jeune confr. au courant de la spécialité.

N° 106. — Doct. faisant de la représentat. pour un laborat., cherche à s'adjoindre une ou deux autres spécialités pour la région Sud-Ouest.

N° 107. — Bon poste méd. génér. banlieue Paris, à céder de suite.

N° 108. — Pas-de-Calais. Grosse client. à céder campagne. Prix 80.000.

N° 109. — A louer à Cabourg villa 10 lits.

N° 110. — Paris. Appartem. à vend. prem. étage, 6 p. quart. Malesherbes. Renseign. Carnot 13-59.

N° 111. — Jne méd. franç. au courant pneumo, radio, labo, désire place assistant sana, ou aide à remplacer cabinet phtisiolog.

N° 112. — Bonne occasion. Etuve poupinel en cuivre poli, marchant à l'alcool, mais facilem. transform. pour le fonctionnem. électr.

N° 113. — Testut Anatomie 3 vol. reliés en excell. état.

N° 114. — Doct. recomm. à confr. paris. sa gardienne libre mardi, jeudi, samedi après-midi. Reçoit clients, fait service du cabinet et au besoin ménage et raccommodage. Prétentions modestes. S'ad. Dr Bosc, 18, av. Daumesnil, L. M. V. 14 à 18 h. Tél. Dorian 71-12.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Banl. Sud imméd., bonne client., peu déplacem. Présentat. à volonté. Prix 50.000, 35.000 cpt.

Paris. Beau quartier, anc. client. méd. gle, appart. 6 p., loyer 9.000. Prix à déb.

Vienne. Centre riche, concurr. éloignée, habit. agréable. Indemn. 20.000, 1/2 cpt.

Paris. A prendre participation dans import. aff. d'agents physiques.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie des Sciences.** — M. le Professeur G. Roussy, recteur de l'Académie de Paris, a été élu membre de l'Académie des sciences, en remplacement de M. Helbronner, décédé.

— **Association générale des médecins de France.** — *Bourses familiales du Corps médical* (Fondation de M. le Docteur Roussel). — Il est rappelé que des bourses annuelles de 10.000 francs ont été créées par le Docteur Roussel, en faveur des médecins ayant au moins cinq enfants et des veuves ayant trois enfants à leur charge, dont la situation est particulièrement digne d'intérêt.

Comme les années précédentes, les demandes devront être adressées au siège de l'Association générale des Médecins de France, 60, boulevard de Latour Maubourg, Paris (VIIe), pour le 1er mai au plus tard.

Les confrères ou veuves qui se sont déjà mis en instance devront avertir par lettre du maintien de leur candidature pour 1939.

— **Union des médecins mutilés de guerre.** *Assemblée générale du 21 mars 1939.* — L'Assemblée générale de l'Union des médecins mutilés de guerre s'est tenue le 21 mars, dans les salons, 6, rue d'Antin, sous la présidence du Docteur de Parrel, président sortant.

Après une allocution du Docteur de Parrel, le Docteur Masmonteil, secrétaire général, a présenté son rapport. Il rappelle les deux manifestations auxquelles l'Association a pris part cette année : les Journées nationales du service de santé militaire à Lyon, et la fête de bienfaisance de l'Union.

M. Garnier Claudon annonce que l'un des membres de l'Association, le Docteur Fernand Rault, grand mutilé de guerre, vient d'être élevé à la dignité de grand-croix de la Légion d'honneur.

Un élargissement des cadres de la Société a été envisagé. Les statuts permettent d'accueillir comme membres adhérents tous ceux qui ont été mobilisés au cours de la guerre de 1914-1918, et pensionnés.

Le Bureau pour 1939 est ainsi composé : président, de Parrel ; vice-présidents, Garnier-Claudon, O'Followell, Villetard de Laguerie ; secrétaire général, Fernand Masmonteil ; trésorier, Beau.

— **Parti social de la Santé publique.** *Vœu relatif à la vaccination antidiphtérique.* — Le P. S. S. P., persuadé de l'innocuité et de l'efficacité de la vaccination antidiphtérique et rendant hommage à la découverte du grand savant Ramon qui honore notre pays, demande que la gratuité de cette vaccination soit assurée, quand elle est pratiquée par le médecin de famille, par les Assurances sociales rem-

boursant intégralement, sans aucune retenue tous les frais, ou par l'Assistance médicale gratuite pour les indigents ou les assistés.

Et qu'en cas de vaccination collective, celle-ci soit pratiquée après un examen médical des enfants portant sur l'état général et plus particulièrement l'état du cœur et des reins, avec analyse d'urine obligatoire.

— **Société française de cardiologie.**— La prochaine séance de cette Société aura lieu le 18 juin 1939, à Royat (Puy-de-Dôme).

Le thème de cette journée sera consacré à l'*angine de poitrine.* Rapporteurs : MM. M. Mouquin et Pierre Laubry.

Pour renseignements, s'adresser à la Société française de cardiologie, 98, rue du Cherche-Midi, Paris.

— **XXXVI[e] Session d'assises de l'Assemblée française de médecine générale** (avril-mai 1939). — Les prochaines assises de l'Assemblée française de médecine générale seront consacrées au *traitement des varices et de leurs complications.* Les Assises nationales se tiendront le dimanche 7 mai, de 9 heures à midi, à l'Hôtel-Dieu de Paris.

— **La Fondation médicale du Mont-Valérien** met ses services d'hospitalisation, de diagnostic et de traitement à la disposition de tous les médecins et spécialistes qualifiés de la région parisienne.

Toutes les affections peuvent être soignées à la Fondation, même les maladies contagieuses (pavillon d'isolement avec service opératoire particulier), mais non compris les maladies mentales et les toxicomanies.

Pour renseignements, s'adresser à la Fondation médicale du Mont-Valérien, 40, rue Worth, à Suresnes, Longchamp : 18-00.

— **La IV[e] Réunion européenne d'hygiène mentale** se tiendra à Lugano les dimanche 4, lundi 5 et mardi 6 juin 1939, sous la présidence du Docteur Repond (de Malévoz-Monthey), président de la Ligue nationale Suissse d'Hygiène mentale.

Questions à l'ordre du jour : Compréhension mutuelle et hygiène mentale ; Intoxications industrielles et système nerveux.

Des réductions sont accordées par les chemins de fer suisses (sous certaines conditions). Cotisation : 5 francs suisses. Pour renseignements, s'adresser au Docteur A. Repond, Monthey (Suisse).

— **Les médecins de Toulouse à Paris.** — Sous la présidence du Professeur Maranon, la Société des médecins de Toulouse à Paris s'est réunie le 27 mars dernier à la Taverne du Nègre. Etaient présents les Docteurs Molinéry, Bory, Faulong, Groc, Maranon, Tailhefer, Foures, Marie Clavel, Andrée Prost, Babou, Mont-Refet, Busquet, Mazet, Armengaud, Soubiran, Doazan, Cambiès, Aujaleu, Dubarry et

M. Vitry. S'étaient excusés les Docteurs Bandelac de Pariente, Massip, Queriaud, Louet, Montagne, Flurin, Dupau, Lévy-Lebhar, Esclavissat, Perin, Bourguet, Delherm.

A l'heure des toasts le Docteur Groc, secrétaire général, félicita le Professeur Busquet pour sa récente nomination au grade d'officier de la Légion d'honneur ; le Docteur Molinéry présenta en termes éloquents et particulièrement pertinents le Professeur Maranon ; celui-ci prit enfin la parole et prononça un discours de la plus haute noblesse d'inspiration et d'une tenue littéraire parfaite sur la fraternité scientifique au milieu des pires crises politiques, sociales ou internationales. Il fut vivement applaudi et sincèrement félicité par tous les assistants. La prochaine réunion de la S. A. M. T. P. aura lieu fin mai.

— **Allemagne.** — On annonce de Munich la mort du Docteur Wagner, führer des médecins allemands.

Fondateur de l'Association nationale-socialiste des médecins allemands, le Docteur Wagner avait été nommé par le Führer chancelier commissaire pour la Santé publique.

— **Espagne.** — Le Docteur José Alberto Palanca y Martunez-Fortin, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Grenade, est nommé chef du Service national de Santé.

— **Lisbonne.** — Le Professeur Egaz Moniz, l'éminent spécialiste de Lisbonne, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris, a été blessé de plusieurs coups de revolver, dans son cabinet, par un client. (*Le Temps.*)

— **Issoudun.**— Sur l'initiative du Docteur Louis Robert, les médecins d'Issoudun ont créé une Caisse médicale d'allocations familiales.

— **Hôpitaux d'Hanoï.** *Internat.* — Le concours a commencé le 1er décembre 1938.

Epreuves écrites. Anatomie : Tronc cœliaque. — Pathologie médicale : Symptômes et diagnostic de l'insuffisance aortique. Pathologie chirurgicale : Symptômes et diagnostic des fractures du col du fémur.

Epreuves orales. Symptômes et diagnostic de l'hémiplégie. — Symptômes et diagnostic du cancer du sein.

Epreuve de garde. Conduite à tenir en présence d'une épistaxis.

M. Tran-van-Bang a été nommé interne titulaire.

— **Hôpital central des prisons de Fresnes.** *Internat.* — Un concours pour plusieurs places d'interne (chirurgie et médecine) à l'hôpital central des prisons de Fresnes aura lieu le vendredi 21 avril, à 9 heures.

Le registre des inscriptions sera ouvert du 1er au 20 avril, à la direction des prisons de Fresnes ; seuls

peuvent prendre part à ce concours, les étudiants en médecine français pourvus de 14 inscriptions.

Les candidats seront classés par ordre de mérite d'après leurs titres et d'après les épreuves pratiques.

Le classement constitue une simple liste de présentation à l'agrément de M. le Garde des Sceaux, ministre de la Justice, sans donner droit à la nomination.

— **Naissances.** — Le Docteur et Madame PEYAUD sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Evelyne.*

Bernay, 21, boulevard Dubus, le 28 mars 1939.

Nos sincères félicitations.

— Le Docteur et Madame P. COUEDIC ont la joie de vous annoncer la naissance de leur fils *Yves.*

Balleroy, 56, rue des Forges, le 24 mars 1939.

Nos sincères compliments.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Pierre MAUREL, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien médecin consultant à La Bourboule, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Paris le 1er avril 1939, à l'âge de 77 ans.

Nous adressons à Madame Pierre Maurel et à sa famille, l'expression de notre douloureuse sympathie.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Service sanitaire maritime

Par arrêtés en date du 7 mars 1939, sont nommés médecins de la santé :

A Dunkerque, M. le Docteur Ruyssen.

A Marseille, M. le Docteur Sautet

(*J. O.*, 26 mars 1939.)

Assurances sociales

Arrêtés relatifs au fonctionnement de la Commission technique d'assurance-maladie

I. *Arrêté du* 20 *mars* 1939

Art. 1er. — L'article 7 (alinéa 1er) de l'arrêté du 4 juillet 1936 est complété comme suit :

« Le montant des honoraires du médecin président est fixé par arrêté du ministre du Travail et du Garde des sceaux, ministre de la Justice ».

Art. 2. — Le conseiller d'Etat, directeur général des Assurances sociales et de la Mutualité au ministère du Travail, et le conseiller d'Etat, directeur des affaires civiles et du sceau, au ministère de la Justice, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

II. *Arrêté du 21 mars 1939*

Art. 1er. — Les honoraires du médecin, président de la Commission technique prévue à l'article 8 (§ 3), du décret-loi du 28 octobre 1935 susvisé, sont fixés forfaitairement à la somme de 100 francs pour l'examen de chaque affaire soumise à l'appréciation de ladite commission.

Art. 2. — Le conseiller d'Etat directeur général des Assurances sociales et de la mutualité au ministère du travail, et le conseiller d'Etat, directeur des affaires civiles et du sceau au ministère de la Justice, sont chargés, chacun en ce que le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

(*J. O.*, 21 mars 1939.)

Service de Santé militaire

Par décret du 7 mars 1939, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les méd. aspir. : (21 mars 1939) Bercu, 22e sect. d'inf. milit., aff. rég. de Paris ; Gottschalk, 22e sect. d'inf. milit., aff. rég. de Paris ; Heller, 22e sect. d'inf. milit., aff. à la rég. de Paris ; Jacob, 22e sect. d'inf. milit., aff. rég. de Paris ; Markovits, 22e sect. d'inf. milit., aff. rég. de Paris ; Oster, 22e sect. d'inf. milit., aff. rég. de Paris ; Roy, 22e sect. d'inf. milit., aff. rég. de Paris ; Schefler, 22e sect. d'inf. milit., aff. rég. de Paris ; Siraga, 22e sect. d'in. milit., aff. rég. de Paris ; Szylowicz, 22e sect. d'inf. milit., aff. rég. de Paris ; Tuchmann, 22e sect. d'inf. milit., aff. rég. de Paris.

Meir, 3e sect. d'inf. milit., aff. 3e rég. ; Dènes, 6e sect. d'inf. milit., aff. 6e rég. ; Moscovici, 6e sect. d'inf. milit., aff. 6e rég. ; Blanc, 8e sect. d'inf. milit., aff. 8e rég. ; Rabitz, 9e sect. d'inf. milit., aff. 9e rég. ; Castaigne, 13e sect. d'inf. milit., aff. 13e rég. ; Minkowski, 14e sect. d'inf. milit., aff. 14e rég. ; Courty, 15e sect. inf. milit., aff. 15e rég.

Solomon, 15e sect. d'inf. milit., aff. 15e rég. ; Gros, 16e sect. d'inf. milit., aff. 16e rég. ; Fraiberg, 17e sect. inf. milit., aff. 17e rég. ; Berl, 23e sect. d'inf. milit., aff. 20e rég. ; Grunwald, 23e sect. d'inf. milit., aff. 20e rég. ; Hitzig, 23e sect. d'inf. milit., aff. 20e rég. ; Lebovici, 23e sect. d'inf. milit., aff. 20e rég. ; Neumann, 23e sect. d'inf. milit., aff. 20e rég. ; Luteraan, 25e sect. d'inf. milit., aff. aux tr. de Tunisie ; Soulier, 23e sect. d'inf. milit., aff. tr. du Maroc.

Les méd. auxil., titul. du brev. de préparat. milit. sup., ci-après désignés :

(Du 5 avril 1939) Lugez, 2e sect. d'inf. milit., aff. 2e rég. ; Plique, 3e sect. d'inf. milit., aff. 3e rég. ; Gayet, 6e sect. d'inf. milit., aff. 6e rég. ; Roche, 15e sect. d'inf. milit., aff. 15e rég. ; Baumeister, 23e sect. d'inf. milit., aff. 20e rég. ; Hild, 23e sect. d'inf. milit., aff. 20e rég. ; Lecoanet, 23e sect. d'inf. milit., aff. 20e rég.

Les médecins auxiliaires, non titulaires du brevet de préparation militaire supérieure, ci-après désignés :

(21 mars 1939) Chappe, 22e sect. d'inf. milit., aff. rég. de Paris ; Gimault, 22e sect. d'inf. milit., aff. rég. de Paris ; Lange, 22e sect. d'inf. milit., aff. rég. de Paris ; Penit, 22e sect. d'inf. milit., aff. rég. de Paris ; Piguet, 22e sect. d'inf. milit., aff. rég. de Paris ; Verstraète, 22e sect. d'inf. milit., aff. rég. de Paris.

Alexandre, 1re sect. d'inf. milit., aff. 1re rég. ; Choain,

1re sect. d'inf. milit., aff. 1re rég. ; Liégeois, 1re sect. d'inf. milit., aff. 1re rég. ; Denœux, 2e sect. d'inf. milit., aff. 2e rég. ; Louarn, 2e sect. d'inf. milit., aff. 2e rég. ; L'Hirondel, 3e sect. d'inf. milit., aff. 3e rég. ; Bareau, 4e sect. d'inf. milit., aff. 4e rég. ; Langevin, 4e sect. d'inf. milit., aff. 4e rég. ; Le Bozec, 4e sect. d'inf. milit., aff. 4e rég.

Rouxel, 4e sect. d'inf. milit., aff. 4e rég. ; Desrichard, 5e sect. d'inf. milit., aff. 5e rég. ; Lolmède, 5e sect. d'inf. milit., aff. 5e rég. ; Alison, 6e sect. d'inf. milit., aff. 6e rég. ; Eon, 6e sect. d'inf. milit., aff. 6e rég. ; Gropper, 6e sect. d'inf. milit., aff. 6e rég. ; Léger, 6e sect. d'inf. milit., aff. 6e rég. ; Marre, 6e sect. d'inf. milit., aff. 6e rég.

Rouault, 6e sect. d'inf. milit., aff. 6e rég. ; Bernhardt, 7e sect. d'inf. milit., aff. 7e rég. ; Blinder, 7e sect. d'inf. milit., aff. 7e rég. ; Boudon, 7e sect. d'inf. milit., aff. 7e rég. ; Etienne, 7e sect. d'inf. milit., aff. 7e rég. ; Obrefeld, 7e sect. d'inf. milit., aff. 7e rég. ; Beaune, 8e sect. d'inf. milit., aff. 8e rég. ; Raynaud, 8e sect. d'inf. milit., aff. 8e rég. ; Cotillon, 9e sect. d'inf. milit., aff. 9e rég.

Mendelsohn, 9e sect. inf. milit., aff. 9e rég. ; Douvion, 11e sect. d'inf. milit., aff. 11e rég. ; Maillet, 11e sect. d'inf. milit., aff. 11e rég. ; Compagnon, 14e sect. d'inf. milit., aff. 14e rég. ; Galabru, 14e sect. d'inf. milit., aff. 14e rég. ; Guerrini, 14e sect. d'inf. milit., aff. 14e rég. ; Micaud, 14e sect. d'inf. milit., aff. 14e rég. ; Piot, 14e sect. d'inf. milit., aff. 14e rég. ; Sénéchal, 14e sect. d'inf. milit., aff. 14e rég.

Bonnefoi, 15e sect. d'inf. milit., aff. 15e rég. ; Cambassèdes, 15e sect. d'inf. milit., aff. 15e rég. ; Caumes, 15e sect. d'inf. milit., aff. 15e rég. ; Guérin, 15e sect. d'inf. milit., aff. 15e rég. ; Henry, 15e sect. d'inf. milit., aff. 15e rég. ; Roux, 15e sect. d'inf. milit., aff. 15e rég. ; Sarrus, 15e sect. d'inf. milit., aff. 15e rég. ; Avallone, 16e sect. d'inf. milit., aff. 16e rég. ; Benech, 16e sect. d'inf. milit., aff. 16e rég.

Blancard, 16e sect. d'inf. milit., aff. 16e rég. ; Granier, 16e sect. d'inf. milit., aff. 16e rég. ; Miara, 16e sect. d'inf. milit., aff. 16e rég. ; Blouin, 18e sect. d'inf. milit., aff. 18e rég. ; Chaumelle, 18e sect. d'inf. milit., aff. 18e rég. ; Saint-Macary, 18e sect. d'inf. milit., aff. 18e rég. ; Turettes, 18e sect. d'inf. milit., aff. 18e rég. ; Gille, 23e sect. d'inf. milit., aff. 20e rég. ; Steimle, 23e sect. d'inf. milit., aff. 20e rég.

Ulrich, 23e sect. d'inf. milit., aff. 20e rég. ; Albou, 19e sect. d'inf. milit., aff. 19e C. A. ; Attia, 19e sect. d'inf. milit., aff. 19e C. A. ; Ben-Haim, 20e sect. d'inf. milit., aff. 19e C. A. ; Bolo, 20e sect. d'inf. milit., aff. 19e C. A. ; Carrois, 20e sect. d'inf. milit., aff. 19e C. A. ; Mouton, 20e sect. d'inf. milit., aff. 19e C. A. ; Gosserez, 21e sect. d'inf. milit., aff. 19e C. A. ; Pancrazi, 21e sect. d'inf. milit., aff. 19e C. A.

Perrier, 25e sect. d'inf. milit., aff. au tr. de Tunisie ; Rogez, 25e sect. d'inf. milit., aff. tr. de Tunisie ; Callerot, 32e sect. d'inf. milit., aff. tr. du Maroc ; Cazaugade, 32e sect. d'inf. milit., aff. tr. du Maroc ; Crohas, 32e sect. d'inf. milit., aff. tr. du Maroc ; Polge, 32e sect. d'inf. milit., aff. tr. du Maroc ; Tonellot, 32e sect. d'inf. milit., aff. tr. du Maroc ; Toulouse, 32e sect. d'inf. milit., aff. tr. du Maroc.

. . . .

Voir la suite page XLI-1035

PROPOS DU JOUR

TOUJOURS AU SUJET DE LA TUBERCULOSE

Notre Propos du Jour du 15 mars sur *la question toujours controversée de la contagion de la tuberculose* nous a valu quelques observations :

Si l'on se refuse à discuter les idées de M. Auguste Lumière, nous disait un de nos jeunes confrères, médecin très instruit et très distingué, appelé à un brillant avenir, c'est que n'étant pas médecin, mais chimiste, il ne peut avoir l'esprit médical. Nous dûmes apprendre à notre jeune ami, ce qu'il paraissait totalement ignorer, c'est que M. Aug. Lumière était un savant biologiste qui depuis de longues années s'adonnait à la clinique et aux recherches scientifiques médicales dans un dispensaire, créé et outillé par lui de ses propres deniers, où, avec la collaboration de nombreux docteurs en médecine, laborieux et distingués, de Lyon, il examine à fond les malades tant au point de vue clinique qu'au point de vue radiologique, chimique et biologique. M. Aug. Lumière a d'abord collaboré dans son dispensaire avant la guerre, avec le Docteur Gélibert, son beau-frère ; puis pendant la guerre, il a été chargé du service radiographique de l'Hôtel-Dieu de Lyon sous la direction de son ami, le Professeur Bérard dont il fut le collaborateur après la guerre dans le centre anti-cancéreux qu'il dirigeait. Nous croyons devoir répéter cela afin que nul ne l'ignore. D'ailleurs n'est-ce pas le même reproche que l'on fit jadis à Pasteur ? et depuis...

Mais quoi qu'on dise et quoi qu'on fasse — ou plutôt quelque silence qu'on ait voulu faire sur la thèse qu'il a soutenue et sur son nom — la cause de M. Auguste Lumière est gagnée, surtout auprès des praticiens. Nous en trouvons la preuve manifeste dans les cinq fascicules où en 300 pages ont été réunies près d'un millier de lettres d'approbations et de félicitations, émanant de personnalités universitaires, membres des Académies des sciences et de médecine, correspondants de ces Académies et surtout adressées par des médecins praticiens de toutes les régions de France.

C'est à ces dernières que M. Auguste Lumière paraît le plus tenir, car la question de la contagion de la tuberculose intéresse surtout le médecin qui exerce et c'est lui qui, dans sa clientèle populaire, peut le mieux s'en rendre compte et porter un jugement.

***

Un confrère parisien, le Docteur Etienne Maigre, nous a adressé un fascicule où, en collaboration avec M. Pierre Reynier, dans une communication déjà ancienne (12 novembre 1937) à la *Société de médecine de Paris*, intitulée *la contagion et l'hérédité de la tuberculose*, les auteurs font un examen critique des thèses d'Auguste Lumière. La communication de MM. Et. Maigre et Pierre Reynier ne donna lieu à aucune discussion contradictoire et nous n'en avions pas eu connaissance ; elle mérite cependant actuellement d'attirer l'attention.

La thèse de la contagion presque négligeable de l'adulte telle que la soutient Auguste Lumière, paraît aux auteurs irréfutable. Il convient de bien préciser ce qu'a affirmé M. A. Lumière : « M. C., écrit-il, soutient que nous affirmons l'impossibilité de la contagion chez l'adulte. Or, nous n'avons dans aucun de nos ouvrages et dans aucun de nos mémoires émis une semblable assertion. Nous sommes persuadés, bien au contraire, que cette contamination est réalisable dans des conditions exceptionnelles.... Ce que nous croyons avoir démontré, c'est que la contagion n'est pas le mode habituel de la propagation de la maladie. »

Pour prendre un exemple concret... et plaisant... MM. Maigre et Reynier constatent qu'aucun des amants et amis connus de la Dame aux Camélias n'a contracté la tuberculose pulmonaire. Et l'opinion à peu près unanime des médecins aurait été que ces Parisiens de vieille date, ne se livraient pas à un jeu bien dangereux. Nous ajouterons que George Sand qui fut la maîtresse de Chopin, atteint de phtisie pulmonaire, dont il est mort, et qui l'emmena, pour le soigner, à Majorque, ne contracta pas non plus la maladie.

MM. Etienne Maigre et Pierre Reynier font de sérieuses réserves en ce qui concerne la seconde thèse de M. A. Lumière sur l'importance capitale de l'hérédité dans la tuberculose. Cette hérédité ne saurait être contestée après les tra-

vaux de Fontès sur l'ultravirus tuberculeux, les constatations de Brindeau et Cartier sur la fréquence du bacille de Koch dans le sang du cordon ombilical des mères tuberculeuses, et celles de Neyrac et Breton sur l'altération des spermatozoïdes des tuberculeux. Mais cette hérédité n'aurait pas l'importance que lui attribue M. A. Lumière et ses arguments peuvent être plus facilement discutés.

MM. Etienne Maigre et Pierre Reynier concluent par les propositions qui nous semblent soutenables comme ils l'affirment :

I. Dans nos pays de vieille bacillisation, le microbe de la tuberculose est un des germes les plus infectants et les moins pathogènes. Autrement dit, sur la plupart des Européens, dans les conditions où ils l'absorbent couramment, ce microbe ne pousse pour ainsi dire pas. Nous devons à M. Lumière d'avoir mieux démontré cette vérité capitale.

II. Pour devenir tuberculeux, il faut offrir au bacille, hérité ou acquis, un terrain favorable, par hérédité, dénutrition, déminéralisation, convalescence de certaines maladies, ou toute sorte de surmenage, ou par plusieurs de ces moyens dont aucun n'exclut les autres.

III. Pas plus que la blennorragie, la tuberculose n'immunise l'homme. Cette absence de vaccination, comme la chronicité de ces maladies, résulte, peut-être, en partie, de la grande résistance que leurs microbes opposent à la phagocytose.

IV. La moindre proportion de tuberculisables constatée dans certains groupes ethniques, est un effet de la sélection naturelle. La prise en considération de ce facteur, toujours négligé par les phtisiologues, permet de résoudre quelques-unes des difficultés, et précisément celles où les données paraissent contradictoires.

***

L'importance de la cuti-réaction tuberculinique et de son virage paraît pour certains moins grande qu'on ne l'a prétendu.

MM. Etienne Maigre et Pierre Reynier font judicieusement remarquer « que les enfants de nos grandes villes sont très rarement atteints de tuberculose évolutive pendant leurs années d'école. Presque tous ceux qui s'infectent manifestement ne portent que des tuberculoses ganglionnaires bénignes, semblant indiquer une grande résistance, tandis que les tuberculoses graves n'apparaissent guère que bien après la puberté.

Au cours d'une discussion sur le dépistage de la tuberculose dans les lycées de la région parisienne, discussion ouverte à l'Assemblée générale de la Fédération corporative des médecins de la région parisienne, tenue le 3 février 1939 sous la présidence de M. le Docteur Bourguignon, électro-radiologiste de la Salpêtrière, M. le Docteur Ameuille, médecin de l'hôpital Cochin, a donné son avis sur le dépistage par la cuti-réaction en ces termes :

« Quant à la cuti-réaction, je dirai simplement qu'elle est à l'étude. Ce n'est pas bien méchant, pourvu qu'on ne force pas, comme c'est la tendance actuelle, les enfants qui font une primo-infection à lâcher leurs études, à s'en aller passer six mois en montagne, comme c'est la tendance trop souvent écrite et même affichée. Nous tous qui sommes ici, nous avons fait notre virage de cuti-réaction, on nous a cependant laissé faire nos petites affaires et continuer nos études. Je crois qu'il faut demander que nos enfants ne soient pas plus embêtés que nous ne l'avons été à propos de ce petit épisode qui n'a pas plus d'importance que le percement d'une dent de sagesse, même un peu moins.

« La radioscopie systématique telle qu'elle fonctionne à l'heure actuelle, me paraît une bonne chose, digne d'être suivie pour protéger les enfants contre la contagion tuberculeuse éventuelle, et les empêcher de s'engager dans des études jusqu'au bout desquelles ils ne pourront peut-être pas aller.

« Pesonnellement, j'estime que nous avons intérêt à accepter l'essai de la méthode et à en surveiller l'application. » (1)

J. Noir.

(1) Extrait de l'organe de la Fédération corporative : *Le Médecin corporatif*, février 1933, page 56.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LE MÉCANISME DE FORMATION DES DIVERTICULES DE L'ŒSOPHAGE

par J. TERRACOL

Professeur à la Faculté de médecine de Montpellier

L'œsophage peut présenter, sur tout son trajet depuis la région cervicale jusqu'au diaphragme (car au-dessous du diaphragme, il ne s'agit plus d'œsophage mais d'estomac) des poches de dimensions variables, de véritables hernies dont la cavité communique avec la lumière de l'œsophage par un orifice plus ou moins large.

Ces poches siègent habituellement en trois points : dans le segment pharyngo-œsophagien, dans le segment bronchique, au-dessus du diaphragme.

Dans le segment pharyngo-œsophagien, il s'agit plus exactement de diverticules du pharynx ou de naissance pharyngée (diverticule pharyngo-œsophagien) tandis que les deux autres diverticules sont de naissance œsophagienne (diverticules épi-bronchiques). On trouve dans tous les livres classiques : la classification établie par Zenker, classification basée sur le mécanisme, à savoir *diverticules de pulsion* et *diverticules de traction.* Le mécanisme de pulsion s'applique aux diverticules pharyngo-œsophagiens et le mécanisme de traction aux autres diverticules.

A cet égard plusieurs explications sont nécessaires.

En ce qui concerne le mécanisme de traction, Zenker avait raison ; il avait entrevu un mécanisme mais pas tous les mécanismes.

Quand on pense aux relations étroites qui existent entre l'œsophage et tous les amas ganglionnaires dits trachéo-bronchiques, quand on connaît la fréquence d'atteinte de ces amas, on comprend que l'œsophage pourra souffrir de ce voisinage.

On comprend que certains auteurs, en particulier Kragh, aient parlé de diverticules tuberculeux. A la suite de poussées infectieuses ganglionnaires et de péri-adénite, le tissu conjonctif de glissement péri-œsophagien réagit, des adhérences s'établissent, l'œsophage perd sa mobilité et peu à peu, par suite des mouvements de déglutition, de la respiration, des secousses de la toux, la paroi amarrée et immobilisée se laisse attirer, distendre et un petit diverticule se crée ; voilà le mécanisme de traction qui est plus exactement *un mécanisme par adhérence.*

Mais, comme nous l'avons écrit précédemment, ce n'est pas le seul mécanisme ; Zenker n'avait pas pensé au mécanisme de fistulisation. On comprend parfaitement qu'en raison des adhérences déjà signalées, un ganglion caséifié ou suppuré puisse vider son contenu dans la lumière de l'œsophage, s'y fistuliser mais ultérieurement se scléroser d'où, par suite de rétraction fibreuse de la coque, formation d'un petit diverticule. Ainsi s'explique que Kaufmann ait prétendu que les diverticules épi-bronchiques sont le vestige d'un processus fibreux guéri entre un ganglion et l'œsophage, sorte de fistule borgne externe, et que Géry ait parlé de *diverticule de fistulisation.*

Ainsi donc pour les diverticules épi-bronchiques, leur formation résulte *d'un mécanisme par adhérence cicatricielle,* le plus souvent d'origine ganglionnaire mais pouvant résulter également d'applications radiothérapiques, soit à la suite de rœntgenthérapie, soit à la suite de curiethérapie.

b) En ce qui concerne le mécanisme de pulsion, la question est plus complexe.

Ici encore Zenker avait raison mais incomplètement raison. La pulsion n'est qu'un élément de la question.

Quand le bol alimentaire passe du pharynx dans l'œsophage, il passe d'un entonnoir dans un tube mais ce tube n'est pas inerte ; il est muni à son entrée d'un système musculaire (dont on retrouve l'analogue à l'autre extrémité du tube

digestif) ou plus exactement d'un complexe neuro-musculaire, *d'un sphincter* qui ferme la bouche de l'œsophage.

Les muscles constricteurs du pharynx, les muscles de l'entonnoir, pour chasser le bol alimentaire dans l'œsophage se raccourcissent (fibres longitudinales et obliques) et se resserrent (fibres circulaires) comme une véritable pompe foulante ; au même instant l'œsophage tubulaire remonte pour mieux s'adapter à l'entonnoir contracté mais pour que le passage s'effectue, le sphincter doit s'ouvrir synchroniquement, autrement dit, il faut qu'il existe une *coordination* parfaite entre les muscles du pharynx et la musculature interne et externe de l'œsophage.

Si la coordination n'existe pas, si le sphincter ne s'ouvre pas au moment exact où il doit s'ouvrir, le bol alimentaire est « poussé » dans une mauvaise direction. Or, à l'union du pharynx et de l'œsophage ou si l'on veut, à l'union de l'entonnoir et du tube, existent des failles musculaires, *des points faibles* formés seulement par la muqueuse et c'est cette muqueuse soumise à des pressions anormales, qu'elle ne peut supporter, qui va céder, se laisser refouler et ainsi peu à peu la poche se constitue.

Il existe donc, comme l'avait entrevu Zenker, un mécanisme de pulsion mais plus exactement, on en conviendra, *un mécanisme d'incoordination.*

De la sorte, on verra ces poches se produire chez les sujets d'un certain âge, chez les sujets édentés, chez les tachyphages, chez les gloutons, chez les spasmodiques, chez les sténosés, autrement dit chez les gens qui dérèglent leur appareillage neuro-musculaire, qui déclenchent le spasme, qui irritent leur muqueuse avec ce corollaire inexorable : œsophagite = spasme.

Un fait anatomique est intéressant c'est que le muscle constricteur inférieur a deux faisceaux musculaires, l'un oblique, l'autre transversal ; que les points faibles sont situés exactement entre ces deux faisceaux ; que le faisceau oblique est pulsatoire tandis que le faisceau transversal est constricteur et qu'enfin l'innervation semble différente pour l'un et pour l'autre, l'oblique étant innervé par le plexus pharyngien, et plus particulièrement par une branche du nerf glosso-pharyngien, le transversal par un rameau du récurrent.

Il en est de même pour les diverticules épibronchiques, qui siègent au-dessus du diaphragme mais ici la question est moins nette. Si l'on peut affirmer que la bouche de l'œsophage est munie d'un véritable sphincter, il n'en est pas de même pour le diaphragme ; certains auteurs ont parlé de sphincter diaphragmatique, c'est une erreur. Les relations musculo-conjonctives entre le diaphragme et l'œsophage sont des relations anatomiques mais sans rôle physiologique.

Il n'empêche que dans certains cas (et en sens inverse la comparaison morphologique est la même) le passage du tube œsophagien dans l'entonnoir cardiaque (appelé à tort œsophage abdominal) peut s'effectuer également sans coordination dans la boutonnière musculaire et aboutir à la formation des diverticules épi-phréniques.

Enfin certaines théories possèdent une part de vérité. Ribbert a soutenu la théorie congénitale et on a recherché des analogies dans l'anatomie comparée, en particulier la poche pharyngienne chez le porc. Ces faits expliqueraient la présence de diverticules chez des enfants de huit et vingt jours, ou dans une même famille, chez un père et chez un fils. Dans certains cas, du reste le diverticule est recouvert par des fibres musculaires.

On a décrit également des diverticules de l'œsophage associés à des diverticules du tube digestif.

Dans le méga-œsophage, on trouve parfois des diverticules mais ce sont là, en dehors des lésions nerveuses, des relâchements par suite de la minceur de l'étoffe.

Toutes ces considérations pathogéniques ne sont pas théoriques ; elles sont de la plus grande utilité pour le traitement de ces poches, traitement souvent difficile et inconstant dans ses résultats éloignés.

LE SYNDROME SPASMOPHILO-SYMPATHICOTONIQUE ET SON TRAITEMENT

Par MM.

GILBERT-DREYFUS et G. RADZIEVSKY

Médecin Externe en premie

des Hôpitaux de Paris

Sous le nom de syndrome spasmophilo-sympathicotonique, nous nous proposons de synthétiser un ensemble de troubles disparates en apparence et diversement associés, mais réunis par un substratum physio-pathologique commun qui confère au syndrome son cachet d'authenticité et peut servir de base à l'instauration d'une thérapeutique rationnelle.

Se dégageant d'un polymorphisme symptomatique sur lequel nous aurons l'occasion de revenir, deux éléments fondamentaux constituent l'essence même du syndrome : l'*hyperémotivité teintée d'anxiété* et *l'instabilité psycho-vaso-motrice*, génératrices d'*asthénie* et de *perturbations du sommeil.*

I. L'HYPERÉMOTIVITÉ. — Constante, elle se traduit par un abaissement du seuil d'émotivité : tout devient prétexte à émotion, et celle-ci n'étant plus graduée, le plus petit contre-temps déclenche des réactions qualitativement et quantitativement identiques au chagrin le plus légitime et le plus grave.

La crise émotive se traduit par des palpitations et de la tachycardie, accompagnées de violents battements du cœur, des artères du cou, de l'aorte abdominale ; des précordialgies, de l'angoisse, une subite pâleur, de la sécheresse de la bouche et des lèvres entraînant une sensation de soif impérieuse. Souvent il apparaît un léger tremblement et du refroidissement des extrémités, parfois une sueur froide au niveau des mains, du visage et surtout des aisselles. Un impérieux besoin d'uriner marque communément l'acmé ou le déclin de la crise, en même temps qu'une bouffée de chaleur, une brève impression de bien-être et de réchauffement.

II. L'INSTABILITÉ PSYCHO-VASO-MOTRICE. — Plus ou moins entachés de cyclothymie, les sujets passent de l'état dépressif à un état d'excitation euphorique avec une promptitude déconcertante ; ces épisodes alternent de façon anarchique, ceux du type dépressif apparaissant d'ailleurs de beaucoup les plus fréquents et les plus durables.

La coloration du visage est également fort instable et l'on voit en quelques instants la mine s'altérer, un aspect coloré et florissant faire place à une pâleur subite : les traits se creusent, les yeux se cernent, les joues blanchissent, le malade percevant lui-même comme l'apposition d'un véritable « masque » de fatigue.

L'*asthénie* est d'ailleurs réelle : elle prédomine le matin (la sortie du lit nécessitant un véritable effort) et tend à s'atténuer dans la seconde moitié de l'après-midi.

Elle sera d'autant plus marquée que le *sommeil* est plus perturbé, encore que les bonnes nuits ne se montrent pas toujours réparatrices ; la dyssomnie consiste surtout en une difficulté à s'endormir : au moment où la conscience sombre, où l'idéation se fait crépusculaire, survient une petite secousse musculaire, une sensation de contracture involontaire qui déclenche le retour de la lucidité.

III. A ces éléments morbides fondamentaux s'ajoutent d'autres manifestations, variables non seulement d'un malade à l'autre — d'où la multiplicité des formes cliniques —, mais encore chez le même malade qui, accusant tour à tour des troubles psychiques, digestifs, circulatoires, quémande les avis successifs de toute une série de spécialistes. Un interrogatoire précis et un examen bien orienté permettront cependant d'intégrer dans le même cadre spasmophilo-sympathicotonique des malaises aussi labiles dans leur expression et leur localisation prédominante.

Tel sujet viendra consulter pour de la constipation, une colite muqueuse, ou bien encore des alternatives de constipation et de diarrhée ; s'y ajoute-t-il un appétit capricieux, des nausées ou des vomissements, des digestions pénibles, de l'aéro-gastrocolie, c'est vers l'appareil digestif que l'on serait tenté de poursuivre ses investigations.

Tel sujet se présente à première vue comme un cardiaque, tel autre comme un psychasthénique. Celui-ci s'inquiète d'un amaigrissement insolite et souligne l'instabilité de son poids, que fait fléchir la moindre contrariété, que quelques jours de repos à la campagne relèvent rapidement. Celui-là consulte pour des caries dentaires en rapport avec un trouble du métabolisme calcique, pour des migraines, de l'asthme, du coryza spasmodique, ou toute autre manifestation de la diathèse colloïdoclasique.

Les manifestations vaso-motrices peuvent coïncider avec un certain degré de tuméfaction passagère du corps thyroïde (syndrome parabasedowien) et même de réelles petites poussées d'hypersécrétion thyroïdienne qui semblent devoir être mises sur le compte du déséquilibre sympatho-vasculaire, faisant en quelque sorte le pendant au retentissement sur le système sympathique des hyperthyroïdies basedowiennes primitives.

Dans nombre de cas, les règles rythment les paroxysmes spasmophilo-sympathicotoniques ; existe-t-il conjointement un gonflement excessif de la poitrine, des douleurs lombo-pelviennes pré-menstruelles, on est en droit de suspecter une hyperfolliculinie et d'appliquer une thérapeutique par le corps jaune ; mais parfois le trouble des règles apparaît, non comme le *primum movens*, mais bien comme la conséquence du trouble nerveux, la traduction de bouffées congestives de l'ovaire, qui vont pouvoir s'effacer sous la seule influence du traitement de la sympathose.

Toutes ces manifestations, dont notre rapide exposé évoque la variabilité, ont pour caractère commun d'éclore sur un terrain particulier à la faveur d'un fond morbide constitutionnel qui, dès l'enfance, s'est révélé par la timidité, l'émotivité, l'instabilité motrice et circulatoire, l'irritabilité du caractère, les tics, les terreurs nocturnes. Très fréquente encore dans l'adolescence, la spasmophilo-sympathicotonie, relativement rare chez l'homme adulte, s'y teinte volontiers d'obsessions sexuelles, et c'est souvent une impuissance génitale du type dit psychopathique qui va motiver la visite au médecin ; mais c'est dans le sexe féminin que se recrute l'immense majorité de nos patients.

Le rôle des chocs émotifs est considérable dans le déclenchement des poussées paroxystiques qui, abaissant à leur tour le seuil d'émotivité, favorisent leur reproduction : ainsi se trouve réalisé un véritable cercle vicieux.

***

Quelles que soient la richesse et la luxuriance des troubles, l'examen objectif va pouvoir leur assigner un substratum physio-pathologique constant, et corroborer en même temps, à la faveur de l'émotion qu'il engendre, l'authenticité des manifestations fonctionnelles révélées par l'interrogatoire.

Cette base physiologique constante réside dans l'association d'un *signe de Chvosteck*, témoin de la *spasmophilie* et d'une *hypersympathicotonie.*

I. Contrairement à certains auteurs, nous attachons à la découverte d'un SIGNE DE CHVOSTECK une valeur considérable, — opinion appuyée sur le fait qu'on peut observer sa réapparition et sa disparition parallèlement à l'aggravation et à l'amélioration de tout le complexe pathologique. Une hyperréflectivité tendineuse accompagne ordinairement la positivité du signe de Chvosteck. Celui-ci témoigne d'une hypocalcie (J. Decourt) que vérifieraient des dosages du calcium sanguin et urinaire, l'établissement d'un bilan calcique, l'appréciation de la réserve alcaline, toutes investigations délicates dont il nous a paru que l'on pouvait se dispenser dans la pratique courante. Signalons en passant que chez une de nos malades, dont l'insomnie rebelle du type spasmophilique pur, remontant à 17 ans devait céder à la calcithérapie, les mesures de chronaxie autorisaient l'affirmation d'un état tétanique fruste.

II. L'HYPERSYMPATHICOTONIE a pour traductions majeures :

— *Une tachycardie* permanente, quoique très variable d'un moment à l'autre, et qui s'exagère à l'excès lors du passage de la position couchée à l'orthostatisme ; cette instabilité du pouls peut revêtir la forme d'arythmie respiratoire et se compliquer d'extrasystoles.

— Un « *cœur irritable* » (C. Lian) avec battements tumultueux de la pointe, des artères du cou et de l'aorte abdominale ; parfois l'auscultation fait entendre un souffle, modéré ou intense, de la base et un éclat du deuxième bruit, qui risqueraient de faire porter un diagnostic de cardiopathie organique, mais qui s'atténuent ou même disparaissent quand l'appréhension se calme ou que le patient change de position, — conformément à l'excellente description que René Bénard a donnée de l' « éréthisme cardiaque des adolescents » tout en lui attribuant une pathogénie nouvelle.

— Des modifications du *réflexe oculo-cardiaque* qui se montre nul ou inversé.

— Une *tension artérielle* oscillante, variable au cours de l'examen et avec la position ; une accentuation initiale de la maxima (et éventuellement de la minima), traduisant l'incitation émotive, se greffe communément sur un fond tensionnel plutôt abaissé.

Le terme d'hypersympathicotonie peut surprendre à première vue ceux qui considèrent, selon les données classiques, qu'une tendance vagotonique est l'accompagnatrice habituelle des états spasmophiles. L'emploi de ce terme appelle deux remarques :

1° Les stigmates d'hypersympathicotonie que nous venons d'énumérer appartiennent tous au domaine du système circulatoire et électivement du système régulateur du rythme cardiaque. Mais maintes fois une vagotonie de l'appareil digestif, portant ses effets sur la musculature gastro-intestinale, lui fait cortège, ainsi qu'en témoignent les vomissements faciles et la cons-

tatation d'un spasme du pylore à l'examen radioscopique (la crampe pylorique devant être soigneusement distinguée de la douleur solaire par plexalgie avec éréthisme de l'aorte abdominale des sympathicotoniques, qui, d'ailleurs peut coexister avec elle).

Il pourrait donc paraître plus légitime de parler d'amphotonie que d'ortho-sympathicotonie, d'excitation élective du système prépondérant au niveau de chaque appareil, selon la loi de Danielopolu.

Cependant, si certains épisodes gastro-spasmodiques déclenchent une éphémère sialorrhée, la prédominance du sympathique se retrouve encore dans le domaine sécrétoire, comme en font foi l'hyposécrétion salivaire habituelle, avec sensation de bouche sèche, et l'intolérance à l'atropine. Cette sécheresse de la bouche, parallèle à la tachycardie et parfois à la mydriase, s'atténue lors même que le pouls se ralentit dans les phases d'amélioration du syndrome, et constitue un excellent test d'appréciation thérapeutique.

2° A ne considérer que le seul appareil circulatoire, la constatation d'une hypersympathicotonie n'exclut pas la possibilité d'une hyperamphotonie et le *test de Danielopolu*, pratiqué de façon systématique, montre que si l'orthosympathicotonie est, par définition même, absolument constante dans le syndrome qui nous occupe, le tonus du vague se montre tantôt abaissé ou normal et tantôt élevé, son élévation demeurant toujours relativement moindre que celle du tonus sympathique.

Traitement

Et tout d'abord, nous voudrions souligner qu'il est deux groupes de médicaments particulièrement nocifs dans le syndrome spasmophilo-sympathicotonique : les médicaments dits excitants ou remontants (à l'exception toutefois du phosphore et de l'acide phosphorique), tels la strychnine, l'arsenic et les cacodylates, l'adrénaline et l'éphédrine, souvent prescrits en raison de l'asthénie et de la dépression nerveuse accusées par les malades, et les vagolytiques, l'atropine et la belladone au premier chef — dont les spasmes digestifs suggèrent en toute logique l'emploi —, qui sont en règle mal tolérés, exagèrent parfois les palpitations, tarissent inéluctablement la sécrétion salivaire. C'est aux agents thérapeutiques de la *spasmophilie* et aux *modérateurs* directs ou indirects de l'*hypertonie sympathique* qu'il faut faire conjointement appel.

I. Au premier plan des agents thérapeutiques de la *spasmophilie* s'inscrit le *calcium*.

Par voie *intraveineuse*, sous forme de gluconate de calcium en solution à 10 %, à la dose de 10 c. c. par injection et à raison de 10 à 20 injections par série, il est doué d'un pouvoir curateur remarquable sur les poussées dépressives, l'anxiété, et davantage encore sur les insomnies ; souvent on observe dès la troisième ou la quatrième injection le retour d'un sommeil paisible, inconnu depuis nombre d'années.

Per os, les sels de calcium (chlorure ou gluconate), à condition qu'on n'hésite pas à en administrer des doses de 4 à 6 grammes par jour, fournissent également des résultats appréciables.

Le mode d'action de la calcithérapie, outre ses effets sur la calcémie, s'exerce par son effet acidifiant et son effet direct sur l'équilibre neuro-végétatif.

Souvent on se trouve bien d'en renforcer l'efficacité par l'administration orale ou parentérale de vitamine D, ou mieux de *vitamines A et D associées*, en particulier dans les cas où la décalcification et les déperditions calciques se traduisent par des caries dentaires et une calciurie excessive ; lorsque certaines difficultés matérielles font obstacle à la mise en train d'un traitement calcique intraveineux, les seules injections intramusculaires de vitamines A et D peuvent, au moins pour une part, y suppléer.

II. Pour obvier à l'*hypertonie sympathique*, on a le choix entre :

— les sédatifs *globaux* de la neurotonie représentés en première ligne par les *barbituriques* (gardénal et corps voisins administrés à doses réfractées : quatre ou cinq fois par jour 1 ou 2 centigrammes), plus modestement par les innombrables calmants d'origine végétale ;

— et les *modérateurs directs ou indirects de l'ortho-sympathicotonie*. Parmi ceux-ci les sympatholytiques de synthèse ne nous ont guère fourni que des mécomptes (échec plus ou moins absolu ou même mauvaise tolérance avec accentuation de la tachycardie) ; les excitants du parasympathique méritent au contraire une place élective : non pas tant l'acétylcholine, modératrice des spasmes artériolaires ni l'ésérine, médicament classique du cœur irritable et de la solarite, que la *pilocarpine et le jaborandi*, sur la valeur thérapeutique desquels on ne saurait trop insister. Nous en faisons le plus large usage, sans avoir besoin (sauf exceptions) d'avoir recours à la voie sous-cutanée, et nous bornant d'ordinaire à donner 25 à 35 gouttes par jour d'une préparation contenant un centigramme par centimètre cube d'extrait de jaborandi.

En définitive, et abstraction faite des traitements opothérapiques, diététiques et psychiatriques (repos, isolement) *calcium, gardénal* et *pilocarpine* constituent le *trépied* thérapeutique fondamental du syndrome spasmophilo-sympathicotonique. Concomitamment dans la cure d'attaque, puis par périodes alternantes pendant les semaines qui suivent, ils nous ont fourni des succès éclatants avec une fréquence particulièrement appréciable.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

L'énigme d'une dysphagie à éclipses

D'après le Docteur Louis Ramond (1)

Les faits cliniques

Depuis plus d'un an, une malade, âgée de 67 ans, présente des crises de dysphagie, qui surviennent d'une manière inattendue, puis subissent des éclipses prolongées.

Voici en quoi consistent ces manifestations dysphagiques. C'est avec la plus grande facilité que, d'une manière habituelle, cette patiente satisfait avec plaisir son excellent appétit, en avalant à chaque repas les aliments les plus variés, solides, liquides, purées. Mais, tout à coup et sans raison apparente, elle devient incapable de continuer à déglutir quoi que ce soit au milieu d'un repas, qu'elle avait commencé à aborder tout à fait normalement. Cette impossibilité d'avaler persiste quelques instants. Et puis, le plus souvent, elle cesse assez brusquement. Le repas peut alors se terminer comme si rien ne s'était produit. Ces crises de dysphagie se répètent à des intervalles extrêmement irréguliers : quelquefois à plusieurs repas successifs, mais parfois seulement après un intervalle de plusieurs semaines pendant lesquelles aucun trouble, même léger, de la déglutition ne s'est manifesté.

Au moment où la malade ne peut pas avaler, elle éprouve comme une sensation d'obstruction ou de strangulation, qu'elle situe à la base du cou, « au-dessous de la pomme d'Adam ». Mais elle ne ressent aucune douleur.

A l'occasion de ses crises, et au moment de leur terminaison, mais aussi très souvent en dehors de tout incident dysphagique, elle régurgite des aliments qu'elle vient d'ingérer ou qu'elle a absorbés au repas précédent. Il s'agit toujours de liquides ou de particules alimentaires finement divisées, *non modifiées dans leur nature*, et qui rappellent, par leur aspect et par leur goût, les boissons ou les mets, qui viennent d'être déglutis. Ces régurgitations ne sont *pas précédées de nausées*. Elles se produisent spontanément et sans efforts. Elles ne sont guère composées *que de petits ingestes*, tandis que les grosses particules alimentaires — qui sont précisément celles qui sont le plus difficiles à ingérer au moment des accès de dysphagie — ne reviennent jamais dans la bouche.

Aucune douleur dans la région du cou, ni ailleurs. La malade ne salive pas plus que de coutume, mais elle se plaint d'avoir constamment un mauvais goût dans la bouche, avec haleine fétide.

Excellent état général ; pas d'amaigrissement, appétit conservé, bonnes digestions, sans pesanteurs d'estomac, sans brûlures gastriques, sans crampes épigastriques. Aucun trouble respiratoire, pas d'essoufflement.

A l'examen, langue propre, gorge saine. Rien de pathologique n'est décelable à l'inspection ou à la palpation du cou, principalement dans la région thyroïdienne, qui est celle, où s'accuse une sensation d'obstruction au moment des crises dysphagiques. Ventre souple, non douloureux ; foie normal. Poumons parfaitement sains. Cœur et tension artérielle normaux. Système nerveux indemne.

***

La cause de cette curieuse dysphagie ? un diverticule de l'œsophage

Elle ne tient certainement pas à une affection, de la bouche, ou à une maladie du pharynx : aucune inflammation locale, aucune ulcération aucune tumeur susceptibles de gêner la déglutition.

Par contre, cette dysphagie intermittente, associée à des régurgitations, revêt tous les caractères des troubles de la déglutition, liés à une sténose œsophagienne.

Déjà une sténose par compression de ce conduit dans son trajet intra-thoracique peut être éliminée : d'une part, à cause du siège cervical de la sensation d'obstruction du tube alimentaire, éprouvée au moment des accès de dysphagie ; et, d'autre part, à cause de l'absence complète chez la malade de signes de médiasti-

(*) *La Presse Médicale*, 29 octobre 1938.

nite, de tumeur, du médiastin ou d'anévrysme de l'aorte...

Il ne peut pas non plus être question d'une sténose par compression de l'œsophage dans son trajet cervical, puisqu'il n'existe au cou ni tumeur, ni goitre, ni masses ganglionnaires, ni collections suppurées ossifluentes capables de comprimer ce conduit.

Il s'agit donc d'une sténose liée à une affection œsophagienne.

Serait-ce un *spasme œsophagien*, ainsi qu'on pourrait le supposer en raison du caractère intermittent et capricieux de cette dysphagie, de la durée déjà longue des troubles, de la conservation d'un excellent état général ? Mais contre cette hypothèse s'élèvent l'âge avancé de la malade, le calme de son caractère, l'absence de toute tare névropathique chez elle. Ensuite, le spasme œsophagien idiopathique est tout à fait exceptionnel ; il ne s'observe que chez des sujets jeunes, entachés gravement de déséquilibre vago-sympathique. Il est le plus souvent déclenché par une émotion, une frayeur. Il ne procède pas comme ici par crises intermittentes, indépendantes de tout facteur psychique ou émotionnel, isolées, séparées par des périodes intermédiaires de déglutition parfaite. Il s'installe, en général, d'une façon permanente et conduit à la dénutrition et à la cachexie. D'ailleurs, on a constaté l'inefficacité complète des médicaments antispasmodiques, mis en œuvre contre ces manifestations pathologiques : les crises dysphagiques ont continué à se reproduire de plus belle, toujours aussi inopinément.

Ce spasme œsophagien n'est pas non plus un symptôme, c'est-à-dire l'expression d'un réflexe de défense de l'œsophage contre une lésion de nature variable, puisqu'on ne trouve ni corps étranger, ni tumeur, ni inflammation.

Enfin, l'hypothèse d'un *cancer de l'œsophage* doit nécessairement venir à l'esprit devant une dysphagie, survenant sans cause appréciable chez une personne âgée. L'indolence complète de la maladie, le caractère intermittent des troubles de la déglutition, la conservation de l'appétit et d'un très bon état général ne sont pas des raisons suffisantes pour éliminer ici un néoplasme œsophagien, car il n'est pas d'affection plus insidieuse que le cancer de l'œsophage, dont le spasme subit représente souvent « le cri d'alarme ». Cependant, voilà déjà plus d'un an que la dysphagie s'est manifestée pour la première fois sans que, depuis lors, d'autres symptômes de cancer œsophagien soient survenus.

Aucune trace non plus d'une *lésion traumatique ou inflammatoire de l'œsophage*, qui expliquerait un rétrécissement de l'œsophage ; une dysphagie, survenue dans pareilles conditions, eût été progressive, graduelle, constante, et invariable. L'absence complète de tuberculose ou de syphilis élimine tout rétrécissement inflammatoire.

Il semble que l'on soit en présence d'un *diverticule de l'œsophage*, affection considérée comme rare, même aujourd'hui, où l'on peut recourir utilement à la radioscopie.

L'examen radioscopique pratiqué en diverses positions au cours de l'absorption d'une bouillie au sulfate de baryum confirme pleinement l'existence de ce diverticule, en montrant qu'il existe, en arrière et à droite de l'œsophage, une poche qui se remplit et se vide par son pôle supérieur, par lequel elle communique avec l'œsophage, parfaitement normal d'ailleurs. Cette poche reste remplie à moitié de gélobarine, quand l'œsophage s'est débarrassé de son contenu. Elle peut être vidée alors dans l'œsophage par expression manuelle.

Le diagnostic de diverticule œsophagien étant ainsi nettement établi par la radioscopie, il paraît absolument inutile d'imposer à la malade un cathétérisme œsophagien ou une œsophagoscopie.

Il s'agit d'une dépression partielle de la paroi œsophagienne en forme de sac fermé, communiquant avec le canal alimentaire par un orifice plus ou moins rétréci. Le diverticule a pu se former sur la paroi postérieure de l'œsophage, en face du cricoïde, sous l'influence des poussées répétées, exercées par le bol alimentaire, au moment de la déglutition, sur ce point faible où les fibres musculaires sont écartées, laissant la muqueuse à découvert. Ces diverticules ne commencent généralement à se manifester qu'après 40 ou 45 ans, alors que depuis longtemps ils existaient sous forme d'une dépression légère de la paroi œsophagienne, sans influence sur le transit œsophagien. Tout au plus les malades se plaignent-ils à cette époque d'éprouver, immédiatement après avoir dégluti, un certain engouement de l'arrière-gorge, une salivation un peu plus abondante, et d'avoir parfois des régurgitations d'un peu de liquide ou de particules alimentaires tout récemment ingérées. Plus tard, lorsque le sac diverticulaire a pu acquérir un certain volume et s'est insinué entre l'œsophage et la colonne vertébrale, il se remplit, comprime l'œsophage : si les phénomènes de sténose sont légers, ils empêchent seulement dans leur transit les plus gros morceaux de viande ; plus importants, ils bloqueront l'œsophage au milieu d'un repas. La compression pourra encore s'exercer sur le récurrent, les plexus brachial et cervical, les voies aériennes,

les veines jugulaires, et cela jusqu'à ce que la poche se soit vidée, grâce à certaines contractions cervicales ou à certaines positions du cou, grâce parfois à la compression manuelle de la poche.

Par suite de leur séjour dans la poche diverticulaire, les matières alimentaires s'y décomposent, d'où la mauvaise odeur exhalée par l'haleine des malades.

Dans un tiers des cas, les diverticules, quand ils sont remplis, forment à la base du cou une tumeur visible, assez mal limitée, pâteuse et molle, mobile avec les mouvements du larynx, et qui rappelle un goître. Cette tumeur est réductible à la pression avec production de gargouillement. Elle disparaît complètement une fois vidée.

Un diverticule de l'œsophage représente une affection sérieuse. Il ne cesse de s'accroître et peut entraîner la mort de multiples façons : par inanition ou tuberculose pulmonaire, en raison de la progression de la dysphagie ; par perforation et formation d'un phlegmon périœsophagien ; par broncho-pneumonie ou abcès gangréneux du poumon secondaires à la putréfaction des aliments retenus dans la poche ; enfin, par cancérisation secondaire des parois du diverticule. Le pronostic de l'affection est donc très grave.

Thérapeutique

L'extirpation chirurgicale d'un diverticule œsophagien comporte d'assez gros risques (6 à 10 % de mortalité).

On se contentera de prescrire le *traitement médical* suivant :

a) Suivre un régime composé de potages épais et collants (tapioca, crèmes de céréales...), de purées épaisses, de pâtes, de hachis... Eviter les aliments épicés, les fruits à pépins... Manger lentement. Mastiquer toujours soigneusement.

b) Pratiquer après chaque repas le lavage de la poche diverticulaire en la vidant plusieurs fois par expression, après l'avoir préalablement remplie d'eau légèrement antiseptisée, avec II à III gouttes de coaltar pour un verre d'eau ou un comprimé de 0 gr. 25 de chloramine sodique du toluène pour un litre d'eau.

3° Faire tous les six mois une cure vaccinale, en ingérant chaque jour, pendant dix jours, le contenu d'une ampoule d'un *vaccin anti-infectieux général buvable.*

G. Fischer.

L'ANESTHÉSIE EN BAGUE DES DOIGTS

L'anesthésie en bague à la novocaïne est une méthode qui rend au praticien de grands services dans la petite chirurgie de la main. Elle n'est contre-indiquée que si les lésions s'étendent jusqu'à la base du doigt, empêchant la pose d'un garrot. Elle peut s'employer, même s'il y a plusieurs doigts blessés.

Nous donnons ci-après la technique de cette anesthésie, d'après M. Marc Iselin (1) :

« Placer d'abord un garrot à la base du doigt (petit drain ou tout autre caoutchouc résistant) à la fois pour donner un champ opératoire exsangue et empêcher l'anesthésique de diffuser vers la main. Ne jamais piquer d'emblée sur les faces latérales et, à plus forte raison, sur la face palmaire des doigts, qui sont extrêmement sensibles. Commencer par la face dorsale qui l'est moins, injecter d'un côté et de l'autre ; puis, dans les faces latérales insensibilisées et devenues blanches, piquer pour aller jusqu'à la face palmaire. Pour une bonne anesthésie, il suffit de 5 à 10 cent. cubes de solution (novocaïne à 1 pour 100, *sans adrénaline*, de façon à éliminer tout danger de gangrène). Enfin l'injection terminée, *attendre dix minutes* avant de commencer l'opération.

P. Lacroix.

(1) Marc Iselin. — *Chirurgie de la main*, livre du praticien, Masson, édit.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Les pyélonéphrites graves de la première enfance

MM. L. Ribadeau-Dumas et Chabrun exposent les différents aspects de cette affection : formes nerveuses des pyélonéphrites infantiles à colibacilles ; formes rénales ; colibacillose associée à des infections multiples. On comprendra mieux ainsi toutes les difficultés du traitement.

Bon nombre de pyélonéphrites guérissent aisément : une mesure simple suffit à obtenir un succès facile. Par contre, il en est qui tiennent leur durée d'un trouble intestinal profond et d'un trouble humoral de quelque importance. L'action des antiseptiques est très habituellement discutable. On s'est surtout attaqué au colibacille. Beaucoup d'auteurs ont cherché à modifier les conditions de vie du coli, à abaisser le pH ou, au contraire, à l'élever. La diminution de l'acidité des urines sera réalisée par de fortes doses de citrate de potasse : un pH de 8, 6, serait suffisant pour amener la mort du coli. Les méthodes acidifiantes ont été également préconisées. On a pu conseiller l'alternance des deux méthodes, acidifiantes et alcalinisantes. En réalité, dans le premier âge, il importe de créer un milieu intestinal favorable à une digestion normale, entraînant de ce fait la désinfecction naturelle de l'intestin. Les produits biologiques tels que les vaccins n'ont pas paru avoir une action particulièrement efficace. Il importe toutefois, de signaler les effets du sérum préparé par le Professeur Vincent. Beaucoup de médecins en ont tiré profit. Le Professeur Vincent signale, d'autre part, l'action particulièrement active de ce sérum dans les colibacilloses avec troubles psycho-moteurs. Quelle que soit la méthode utilisée, dans les cas de pyélonéphrite durable ou récidivante, il importe de rechercher s'il n'existe pas une anomalie des reins ou des voies urinaires, cette recherche si elle donne des résultats positifs, étant susceptible d'ouvrir la voie à une intervention chirurgicale. Il ne faut pas se dissimuler que les explorations des voies urinaires chez les enfants de moins de 1 ou 2 ans sont particulièrement ardues.

Enfin, la difficulté du traitement tient aussi à l'état antérieur, peut-être congénital, des reins, et ces lésions de néphrite chronique ou d'atrophie rénale parcellaires doivent aussi entrer en ligne de compte dans l'évolution de la pyélonéphrite. (*Revue de Médecine*, janvier 1939.)

Sur l'utilité possible des transfusions rapprochées au cours des hémopathies graves

L'action générale de la transfusion dans les syndromes hémorragipares est complexe et encore assez mal élucidée, car, au caractère de remplacement que possède le sang injecté, peut-être faudrait-il joindre un pouvoir d'excitation, de sollicitation des centres sanguiformateurs. A ce propos, l'observation que rapporte le Professeur A. Clerc et R. André est ntéressante. Il s'agit d'une malade qui, présentait un tableau de purpura hémorragique évoluanit depuis trois mois, avec métrorragies extrêmement abondantes, ayant entraîné un état d'anémie extrême et progressive. Ce n'est qu'après une quinzaine de transfusions que l'état de la malade parut s'améliorer ; la pâleur si impressionnante diminua, les vomissements disparurent, les métrorragies devinrent moins abondantes ; enfin l'évolution favorable se poursuivit en s'accentuant progressivement jusqu'à la guérison.

En pareil cas, il est très difficile de faire un diagnostic étiologique certain, pour lequel il est important d'étudier l'état de la moelle osseuse par ponction sternale. Ici, la myélographie a permis, malgré l'allure dramatique de l'anémie, de prendre sur le fait la réalité de la réaction de la moelle, et d'espérer ainsi un effort de régénération hémopoïétique. A l'inverse de ce cas, par exemple, se trouvait dans le même service, un jeune homme présentant un syndrome clinique analogue ; mais les frottis de moelle sternale, montrant une prolifération exclusive de cellules primordiales, firent d'emblée abandonner toute idée de guérison, ce que, malgré les transfusions répétées, la suite devait rapidement confirmer.

L'observation rapportée par les auteurs a montré la nécessité dans certains cas, de pratiquer des transfusions rapprochées. En effet, si les dites transfusions répétées mais trop espacées, avaient maintenu la malade en vie, elles n'avaient nullement empêché l'accentuation progressive de l'hypoglobulie qui, malgré les dix-huit transfusions précédentes, était descendue à 290.000 G. R. par millimètre cube. D'une façon générale, ces interventions renouvelées à brefs intervalles, viennent en quelque sorte réparer la masse sanguine, réduire le taux excessif de l'anémie, et peut-être favoriser les processus de régénération médullaire. Elles permettent tout au moins

✦✦✦✦

d'attendre dans de meilleures conditions, la reprise de l'hématopoïèse, et peut-être la levée d'une « inhibition médullaire » qui, pour être transitoire, risque néanmoins d'être mortelle, même si la réaction hémopoïétique existe. Dans le cas observé, dès que les transfusions ont été suffisamment rapprochées, s'est dessinée une amélioration, qui progressivement devait se parfaire. Cette malade a reçu ainsi 45 transfusions de 200 à 300 c. c., soit environ 11 litres de sang pur, dont presque la moitié en un mois et demi. Les auteurs n'insistent pas sur les difficultés purement techniques dues à l'état des veines, ni sur les hésitations que peut provoquer la crainte théorique de ces réactions post-transfusionnelles qui sont fréquentes et parfois alternantes chez les anémiques ; mais, en cas d'urgence, de tels inconvénients paraissent dépassés de très loin par les avantages procurés.

Il va sans dire que ces injections sanguines rapprochées ne peuvent s'adresser utilement qu'à des cas cliniques précis ; aussi ne saurait-on escompter des résultats favorables quand la moelle osseuse aura définitivement perdu son tissu noble. (*Le Sud Médical et Chirurgical*, janvier 1939.)

Étude clinique et thérapeutique des gangrènes diabétiques

Parmi les grands facteurs de mortalité du diabète sucré, les gangrènes occupent une place importante : 10 % des diabétiques meurent de gangrène. Il y a évidemment non pas une, mais des gangrènes diabétiques ; cependant ces gangrènes se développent chez le diabétique non pas fortuitement comme on a pu le croire mais bien du fait d'une fragilité tissulaire évidente, au point que tel ou tel facteur inoffensif chez un sujet non-diabétique, aboutit chez ce dernier à la nécrose.

Le Professeur agrégé R. Boulin étudie et passe en revue les différents types classiques de ces gangrènes. Il insiste particulièrement sur la forme commune qui s'observe chez un sujet ayant dépassé la cinquantaine, diabétique avoué ou latent depuis longtemps. Le diabète en cause est un petit diabète, un diabète sans dénutrition. Tantôt le malade, refusant tout régime, conserve depuis des mois une abondante glycosurie qui l'inquiète d'autant moins qu'il a joui jusque-là d'une impunité totale. Tantôt il suit un petit régime, tout à fait insuffisant, et sur la foi de conseils erronés, s'imagine qu'une glycosurie discrète, réduite à quelques grammes, n'offre aucun péril. Parfois, il n'a pas de sucre du tout, non point que la thérapeutique soit adéquate, mais le seuil rénal est élevé, et malgré qu'il n'existe aucune glycosurie, la glycémie à jeun atteint 2-3 grammes. Parfois encore le malade ignore qu'il est diabétique.

La persistance longtemps tolérée d'une hyperglycémie même légère ne peut aller sans entraîner un état de fragilité tissulaire, qui aboutit à la gangrène : le tissu hypersucré ne résistera pas à l'agression de germes microbiens d'autant qu'un nouveau facteur va encore limiter les possibilités de la défense tissulaire, à savoir l'artérite.

A la longue, en effet, chez ces malades à tort maintenus glycosuriques, l'artérite chronique s'installe progressivement de l'extrémité vers la racine. Elle peut s'affirmer au niveau du pied par la disparition des battements de la pédieuse, au niveau du cou-de-pied par la disparition des battements de la tibiale postérieure dans son trajet rétro-malléolaire, au niveau du tiers inférieur de la jambe par l'abolition de toute oscillation. Rarement elle s'élève au-dessus de la partie moyenne de la jambe : fréquemment elle demeure cantonnée à l'avant-pied, seulement décelable par la teinte cyanotique des orteils maintenus en déclivité, ou encore par l'opacité constatée à la radiographie des artères du métatarse ou des orteils.

L'artérite distale jointe à la fragilité tissulaire maintenue par l'hyperglycémie : voilà les deux grands facteurs déterminants de gangrène.

Ce n'est pas spontanément que cette dernière va s'installer ; il va falloir une cause provocatrice, à savoir un traumatisme souvent léger mais suffisant pour permettre la traversée de l'épiderme par les agents infectieux. Progressivement apparaîtra le sphacèle et dans les cas les plus graves s'il s'agit d'un membre on devra recourir à l'amputation en raison de l'aggravation des symptômes locaux et généraux.

En présence des désastres que représente souvent l'apparition d'une gangrène diabétique, on peut regretter que soient si fréquemment méconnues les règles, dont l'application permettrait de les éviter : à savoir la désucration et le retour de la glycémie à la normale. On ne saurait trop insister sur ce qui est en pareil cas une nécessité absolue. (*Le Progrès Médical*, 4 février 1939.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Traitement des artérites oblitérantes par la méthode des compressions et dépressions alternées

(MM. J. WALSER, L. DEGLAUDE et Mlle DJEVAD-ATJIKALIN. — Présentation par M. LAUBRY ; 28-2-1939).

La méthode des « compressions et dépressions alternées » est un nouveau traitement qui semble donner des résultats intéressants dans la thérapeutique des artérites oblitérantes. Il est très largement utilisé en Amérique.

Les auteurs, se servant de l'appareil des Docteurs Rosenstiel et Garsaux l'ont employé chez douze malades dont ils rapportent aujourd'hui les observations .

La jambe malade est placée dans une botte métallique dans l'intérieur de laquelle une pompe fait varier la pression de + 20 mm. Hg à — 80 mm. Hg, au rythme de quatre cycles par minute. L'étanchéité du système est réalisée par un collier pneumatique placé à la racine du membre et gonflé à 30 ou 40 mm. Hg.

Les alternatives de compression et de dépression visent à déterminer une sorte de massage musculaire agissant sur les collatérales et les anastomoses et à provoquer une vaso-dilatation périphérique susceptible d'activer le courant circulatoire dans le tronc principal.

Quoi qu'il en soit du mécanisme d'action de ce traitement, l'expérience montre que la thérapeutique en question peut procurer de bons effets dans une affection trop souvent rebelle aux médications habituelles. Le traitement a été appliqué à toutes les formes d'artérite oblitérante, à l'artérite sénile, aux artérites diabétiques et syphilitiques, à la thrombo-angéite oblitérante. Divers essais ont été aussi tentés dans des cas de maladie de Raynaud, dans les spasmes vasculaires, etc...

MM. Walser, Deglaude et Mlle Atjikalin y ont eu recours chez 12 malades. Ils ont obtenu une amélioration dans les deux tiers des cas. Celle-ci est sensiblement la même chez les hommes et chez les femmes, chez les sujets âgés et chez les sujets plus jeunes. L'amélioration porte principalement sur les troubles fonctionnels accusés par les malades et s'exprime par la diminution ou la disparition des douleurs survenant au repos et l'augmentation de capacité de la marche. Les troubles trophiques sont amendés assez habituellement. L'indice oscillométrique, par contre, est rarement modifié.

En résumé, la méthode des compressions-dépressions paraît apporter au traitement des artérites oblitérantes un appoint non négligeable.

La vaccination préventive contre la brucellose

(MM. Ch. DUBOIS et N. SOLLIER. — Présentation par M. MOURIER ; 21-2-1939)

La brucellose, maladie commune à l'homme et aux animaux (brebis, chèvres, vaches, etc.), sévit en France depuis le début du siècle. On observe présentement par an plus de 4.000 cas de brucellose humaine (fièvre ondulante) avec une mortalité de 6 à 7 %.

Les moyens de prévention tirés de l'hygiène générale n'offrent qu'une efficacité très relative. On connaît la difficulté qu'il y a à imposer, dans les milieux ruraux, les plus élémentaires mesures d'hygiène.

Depuis près de dix ans, MM. Dubois et Sollier emploient un vaccin polyvalent qu'ils préparent avec des souches de *Brucella melitensis* d'origine humaine, ovine et caprine, et des souches de *Brucella abortus bovis* et *suis*. Ce vaccin a été utilisé avec de bons résultats chez les animaux et aussi chez l'homme, chez les personnes vivant dans les milieux ruraux reconnus infectés de brucellose animale ou exposées à la contamination du fait de leur profession. Les auteurs ont pu atteindre aujourd'hui le nombre de 5.000 sujets vaccinés préventivement à l'aide de leur vaccin.

De multiples observations sont venues établir la valeur de cette vaccination, de nombreux cas de fièvre ondulante ayant été rencontrés parmi les non-vaccinés, alors que les sujets vaccinés, pris parmi des professionnels soumis aux mêmes risques (bergers, vachers, bouchers, etc.) sont restés indemnes.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Deux anévrysmes artériels traités par deux techniques différentes

(M. Daniel FEREY, de Saint-Malo ; 1-2-1939)

M. Ferey a opéré, en 1933 et 1938, deux anévrysmes artériels, l'un de la fémorale, l'autre de la poplitée. Le premier a été traité par extirpation totale, opération longue et difficile ; le second par endo-anévrysmorraphie oblitérante, opération de Matas, courte et simple. L'anévrysmorraphie oblitérante, à part quelques cas particuliers, est la méthode de choix.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Hépatonéphrite suraiguë à la suite d'injection intra-veineuse du vaccin anti-chancrelleux

(A. CODOUNIS, membre correspondant ; 13-1-1939)

Presque tous les agents infectieux et la plupart des poisons ont pu être décelés dans l'étiologie des hépatonéphrites. Néanmoins, au point de vue pratique, ce sont surtout les micro-organismes suivants : spirochètes, B. perfringens, streptocoques, B. paratyphique B, virus inconnus, tels que ceux de la fièvre jaune et de l'atrophie aiguë du foie, auxquels il faut ajouter peut-être le bacille de Lœffler et le venin de guêpes introduit directement dans l'organisme par la piqûre de ces insectes, en plus des substances toxiques particulières, telles que l'apiol, le tétrachloréthane, le sublimé. Enfin les hépatonéphrites sont également signalées après les avortements et dans la colibacillose.

Mais parmi ces agents toxiques ou infectieux, qui montrent une prédilection pour le système hépato-rénal, il n'est pas fait mention de la vaccinothérapie en général, ni spécialement de celle de Nicolle. Aussi l'auteur croit-il intéressant de rapporter un cas d'hépatonéphrite suraiguë, survenu à la suite d'une injection intraveineuse de vaccin antichancrelleux, d'autant plus que cette question soulève aussi tout le problème du traitement du chancre mou.

Cette malade, dès le début, ainsi que dans la suite, présenta au point de vue clinique, les quatre grands groupes de signes des hépato-néphrites dans lesquels ni le syndrome hépatique, ni le syndrome hémorragipare, ni le syndrome nerveux, ni même le syndrome rénal ne manquaient. Ictère très intense et progressif avec hépatomégalie accentuée ; augmentation des pigments sanguins et urinaires ; hémorragies multiples de la bouche, du nez et des gencives et hémorragies internes ; prolongement du temps du saignement, anémie avec hyperleucocytose et globules granulo-filamenteux ; troubles nerveux très importants, vomissements, hoquet, torpeur, agitation, asthénie, abattement et cachexie ; azotémie s'élevant jusqu'à 5 gr. 20 pour 1.000; acidose extrême : R. alcaline jusqu'à 20, 2 % en Co_2, bilirubinémie de 1.200 à 1.900 milligrammes p. 1.000 ; anurie au début et ensuite oligurie ; albuminurie, cylindrurie, présence de globules rouges dans l'urine ; enfin état comateux, voilà les éléments principaux qu'il faut retenir de cet exposé détaillé et qui, par eux-mêmes, imposent le diagnostic d'une hépatonéphrite suraiguë, avec abolition presque complète des fonctions rénales et hépatiques.

La cause provocatrice de cette hépato-néphrite, dans le cas présenté, fut le vaccin de Nicolle, injecté probablement dans un organisme peut-être affaibli, soit par la virulence exceptionnelle probable du bacille de Ducrey-Unna, soit parce qu'il a été utilisé chez un sujet présentant une débilité rénale et hépatique antérieure en raison des infections précédentes (dengue, angines à répétitions).

Il ne semble pas néanmoins, malgré cet accident possible, que l'on doive s'abstenir de pratiquer la vaccinothérapie de Nicolle au cours du traitement des chancrelles. Cependant, avant d'actionner cette vaccinothérapie, qui peut avoir des réactions fortes, il est peut-être prudent d'étudier s'il coexiste ou non une insuffisance fonctionnelle rénale ou hépatique En effet, si, dans la majorité des cas, cette réaction paraît être inoffensive malgré ses réactions générales brutales, dans certains cas et chez des sujets sensibles, elle peut donner lieu à des accidents rénaux (hématurie ou albuminurie), ou à des réveils de certaines manifestations morbides, dans des cas d'affaiblissement prolongé, chez les cachectiques, ou enfin à de très graves hépatonéphrites, comme dans ce cas.

L'étude des épanchements pleuraux par la radiographie en position latéro-déclive. Les pleurésies invisibles

(MM. J. PARAF et P. ZIVY ; 27-1-1939)

Les recherches expérimentales et cliniques des auteurs ont spécialement porté sur la disposition des épanchements en plèvre libre et sur les variations de volume du poumon au cours de ces changements de position ; ils ont décrit notamment le signe du soulèvement pulmonaire.

L'intérêt que présente la position latéro-déclive dans l'étude des épanchements pleuraux est d'importance clinique. Dans les gros épanchements, cette position permettra parfois d'analyser un hémothorax sombre dans son ensemble, et d'y discerner l'extensibilité du parenchyme. Dans les petits épanchements et dans certains hydrothorax « invisibles », la position déclive du côté étudié objectivera le plus souvent l'épanchement en modifiant sa présentation, suivant qu'il s'agira du côté atteint ou du côté opposé. En examinant les deux films ainsi recueillis, on peut apprécier : la mobilité liquidienne ; l'importance relative de l'épaississement pleuro-sous-pleural et de l'épanchement, l'existence de lésions parenchymateuses ou pleuro-corticales ; l'existence de symphyses.

En pratique, cette épreuve sera utile : *a*) dans les petits épanchements associés à des lésions pulmonaires (cortico-pleurites) ; *b*) au décours des pleurésies tuberculeuses dans les cas où peut se poser l problème du pneumothorax, car elle pourra, en dévoilant une région pulmonaire masquée en position debout, y préciser certaines opacités ; *c*) enfin, au cours du pneumothorax thérapeutique.

G. F.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 décembre 1938

Traitement de l'otite moyenne chronique suppurée

M. R. GRAIN montre que l'évolution de l'otite moyenne chronique suppurée est conditionnée par le facteur terrain. Véritable manifestation locale d'une carence organique générale, l'otite moyenne chronique suppurée relève plus du traitement général que du traitement local. Sa guérison ne peut en effet être assurée que par la calcification des lésions que seul un traitement général bien conduit peut permettre de réaliser.

Programme de lutte antituberculeuse

M. G. ROSENTHAL résume les principes de la lutte antituberculeuse au point de vue prophylactique. Le B. C. G. sera employé d'abord *per os* et ensuite par injection sous-cutanée. La cuti-réaction doit être faite systématiquement chaque année chez l'enfant avec surveillance de la période allergique. La contagion, si redoutable avant l'allergie cutanée, est presque nulle (Lumière) chez l'adulte allergique (Cuti +). Toute toux, amaigrissement, affection dite grippe, bronchite, est suspecte chez l'adolescent. Cutiréaction, examen des crachats, radioscopie sur la base de la prophylaxie, seront pratiqués en examens périodiques. Il termine en affirmant les espérances de la nouvelle tuberculinothérapie, devenue sans danger grâce aux travaux récents de Denys (de Louvain) et de Cevey (de Lausanne).

Un cas d'érythroblastose

M. L. KERVAREC montre que la connaissance et le classement nosologiques de l'érythroblastose sont de date récente et il y a lieu de multiplier les observations de cette hémopathie curieuse et peu fréquente. L'auteur rapporte une observation complète avec documents histologiques, à l'occasion de laquelle il retrace l'histoire anatomo-clinique de l'affection, les difficultés diagnostiques qu'elle suscite et discute enfin les indications thérapeutiques dont il souligne l'actuelle médiocrité.

Action antalgique des préparations d'insuline en injections intradermiques loco-dolente

M. J. Albert WEIL estime que les préparations d'insuline purifiées du commerce injectées par voie intra-dermique loco-dolente dans des cas d'algies très diverses (points pleurétiques, douleurs rhumatismales, points névritiques, algies par cellulites, etc.) produisent une action antalgique très marquée. Il faut prendre la précaution de faire absorber au malade plusieurs morceaux de sucre au moment de l'injection. L'auteur discute l'action physiologique de l'insuline administrée par voie intra-dermique Il rappelle l'action antalgique de l'histamine et discute la part de l'action histaminique possible dans l'action antalgique de l'insuline. Il note à ce propos que les préparations d'insuline du commerce donnent très rarement lieu à des réactions vaso-motrices générales, comme peut le faire l'histamine.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HÉLIOTHÉRAPIE ET DE PHOTOBIOLOGIE

(26-11-1938)

Protection de la peau contre la lumière solaire

M. LACHARTRE montre comment le salicylate de méthyle absorbe les rayons ultra-violets ; il précise sa valeur protectrice par rapport aux autres substances. Il étudie la constitution d'une crème à 4 % arrêtant partiellement l'ultra-violet solaire, et à 8 % l'arrêtant en totalité.

Une telle crème peut servir à la protection de la peau des sujets exposés à un soleil intense (mer, glaciers), à la prévention des érythèmes solaires chez les sujets sensibilisés, ou chez ceux qui ont une dermatose aggravée par le soleil (lupus érythémateux).

Comportement sexuel sur les plages ensoleillées de la Côte d'Azur

M. André DÉNIER, frappé par l'expérience de Benoist sur le développement génital du canard subissant un flux lumineux sur l'hypophyse par l'intermédiaire des yeux, se demande si le soleil est un facteur d'excitation génitale.

Les épreuves sur un lot d'hommes ne semblent pas montrer une action excitante du soleil, soit que l'insolation soit totale, soit que les yeux soient protégés. On ne peut conclure du canard à l'homme. Mais quel est le comportement féminin ?

Quel est le facteur nocif dans l'atmosphère des noyeraies ?

M. André DÉNIER. — Un dicton populaire dit qu'il ne faut pas s'endormir à l'ombre d'un noyer. Le seul facteur qui paraisse important est la forte ionisation positive de l'air à l'ombre d'un noyer ; elle serait de même ordre que celle qui crée le mal des montagnes.

Autrefois, on recommandait à un tuberculeux de vivre dans une étable où vit un bouc ; il semble que l'explication serait, par contre, la forte ionisation négative.

Les ions négatifs ont une action thérapeutique connue depuis les travaux de Tchijevsky ; le bouc serait un générateur d'ions négatifs par ses essences.

Lille

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE

Fibrome naso-pharyngien

Présentation de pièce, de coupes histologiques et de radiographies

MM. DIDIER et SHINOARA — Un jeune homme de 18 ans présente un fibrome naso-pharyngien, à évolution plutôt pharyngée, avec prolongements dans les fosses nasales. Signes habituels, avec cependant une certaine rareté dans les hémorragies. L'opération, par voie bucco-pharyngée, relativement peu hémorragipare, permet de ramener la tumeur avec ses prolongements. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une forme vieillie avec tissu fibreux caractéristique et vaisseaux en régression.

Mastoïdite latente

Présentation de radiographies

MM. DIDIER et SHINOARA. — Otite moyenne suppurée banale chez un adulte, après un bain de mer. Paracentèse. Ecoulement abondant pendant trois semaines, puis cicatrisation du tympan. Six semaines après l'otite, la mauvaise récupération de l'audition, une légère fébricule vespérale, un certain dépoli du tympan, nécessitent une nouvelle paracentèse, qui donne un léger écoulement muco-purulent pendant six jours, mais n'améliore pas l'audition.

Une radioscopie montre des signes très nets de mastoïdite postérieure. Malgré l'absence totale de douleurs et une nouvelle cicatrisation tympanique, l'opération révèle des lésions considérables s'étendant dans les régions péri-sinusienne et intersinuso-faciale

Association de maladie de Parkinson post-encéphalitique et de maladie de Basedow

MM. DEREUX, DUTILLEUL et BRYGO. — Les auteurs relatent l'observation d'une malade qui présentait, étroitement associés, deux syndromes : parkinsonien post-encéphalitique et basedowien.

Rejetant l'hypothèse d'une coïncidence, les auteurs recherchent quels liens unissent les deux syndromes. Ils inclinent à penser que ces deux maladies sont sous la dépendance de la même cause, sans que leur évolution soit nécessairement liée et parallèle.

Toulouse

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 janvier 1939

Résection du tronc du sciatique (greffe de moelle de chien)

MM. Paul DAMBRIN et ESTRADE. — Les auteurs rapportent l'observation d'un homme chez qui fut pratiquée l'ablation d'un schwanome du sciatique du volume des deux poings avec conservation du nerf disséqué profondément dans la masse de la tumeur. Une récidive étant survenue ils pratiquent huit mois plus tard la résection du nerf (sur 18 cm.) et de la récidive tumorale qui pesait 1 kgr. 200.

Dans les deux cas l'histologie montra qu'il s'agissait de schwanome à mégakaryocyte sans caractère de malignité. La résection du nerf fut suivie de l'hétéro-greffe médullaire suivant la technique de MM. A Gosset et Y. Bertrand. (Les auteurs employèrent une moelle de chien jumelée à cause du diamètre et de la longueur de la perte de substance.)

La récupération n'est encore un an et demi après l'opération qu'incomplète.

La chirurgie chez les diabétiques

M. DARNAUD à propos de 31 interventions qu'il a suivies au point de vue médical indique les soins pré et post-opératoires qu'il est bon de donner à ces malades.

1° *On a un large délai avant l'intervention.* — Il faut accroître les doses d'hydrates de carbone et d'insuline jusqu'à ce que la glycosurie et la glycémie soient normales. La veille de l'intervention il est bon de rechlorurer les malades (200 c. c. de sérum chloruré à 10 p. 100 et 40 c. c. de sérum glucosé). Trois heures avant l'opération injecter 30 unités d'insuline lente et 20 d'insuline normale. L'opération sera de préférence effectuée sous anesthésie locale ou loco-régionale. Après l'intervention ne pas laisser le sujet à jeun. Il ne doit pas passer plus de six heures sans prendre du sucre (doit absorber environ 150 gr. de glucose en 24 heures). Utiliser de préférence l'insuline à absorption lente.

2° *Dans les urgences*, faire prendre 500 c. c. de sérum glucosé et injecter 30 unités d'insuline lente avant l'intervention. Se comporter ensuite comme dans le cas précédent. Lorsqu'il existe une suppuration profonde ou diffuse ne pas se contenter de l'inciser mais toujours l'extirper très largement.

M. P. FABRE enlève toujours très largement les anthrax de la nuque chez les diabétiques. Il donne souvent à ses opérés non diabétiques de l'insuline après l'opération et combat ainsi efficacement l'hyperglycémie post-opératoire qui n'est pas rare.

M. C. DAMBRIN indique les bons résultats qu'il obtient chez les diabétiques opérés depuis qu'il tient compte des conseils donnés par Darnaud.

Douze observations de sarcomes musculaires

M. GRIMOUD, après avoir rappelé les caractères anatomiques et cliniques des sarcomes, insiste sur la gravité du pronostic. Malgré l'impression de relative bénignité que peuvent donner à l'intervention ces tumeurs étant donné leur clivabilité, il faut conseiller dans de pareils cas l'amputation qui seule peut donner de bons résultats.

Les Thèses

P. —. Dr J. Boissonnet. — **Le pneumothorax précocement efficace (association de la section de brides et de la chrysothérapie intra-pleurale).** (Thèse 1938.)

La section de brides et la chrysothérapie intrapleurale permettent d'améliorer un bon nombre de collapsus insuffisants, à la condition de ne pas s'y décider trop tard, ni de les tenter sur des pneumothorax franchement inopérants, à adhérences multiples, pour lesquels les perspectives chirurgicales doivent être évoquées.

Autant que leur technique, c'est le moment de l'application de ces méthodes qui importe : les mettre en œuvre, systématiquement de bonne heure, est le point capital.

C'est de la troisième à la cinquième semaine du pneumothorax qu'il faut agir :

L'état de la plèvre et des adhérences permet parfois la pleurolyse intra-pleurale immédiate.

Plus souvent, la pleurolyse s'avère, à cette date, une entreprise dangereuse. La chrysothérapie intrapleurale lui constitue la meilleure préparation.

P. — Dr V. Morel. — **Contribution à l'étude des manifestations pulmonaires de la maladie de Besnier-Bœck.** (Thèse 1938.)

La maladie de Besnier-Bœck est une affection générale, atteignant tout le système réticulo-endothélial, rare, mais paraissant de plus en plus fréquente depuis qu'on sait la diagnostiquer, pouvant se traduire par des manifestations cutanées (sarcoïdes, lupus pernio), muqueuses, ganglionnaires, pulmonaires, osseuses, glandulaires, viscérales, nasales, oculaires.

Les troubles pulmonaires, entre autres, sont très variés. Il faut savoir rattacher à leur véritable cause telles ou telles lésions, pulmonaires ou para-hilaires, qui peuvent à première vue simuler une granulie froide, une lymphogranulomatose maligne, parfois une tuberculose fibreuse, une métastase néoplasique.

Ces diverses manifestations sont cependant souvent assez typiques et pathognomoniques pour permettre, d'après leurs caractères (cliniques, évolutifs, anatomiques), de poser le diagnostic, en l'absence même de toute lésion cutanée. En cas de doute, seule la biopsie d'un élément cutané ou ganglionnaire pourra donner une certitude.

La maladie de Besnier-Bœck garde toujours, en règle générale, et dans ses diverses formes, la même évolution longue, bénigne et torpide. L'étiologie reste très discutée.

T. — Docteur L. Campan. — **La fièvre boutonneuse à Toulouse. Du rôle de la tique rhipicephalus sanguineus.** (Thèse 1938.)

La fièvre boutonneuse a été signalée pour la première fois à Toulouse en 1933. Depuis, sept cas en ont été publiés. Cinq cas sur sept semblent être autochtones ; on peut donc dire que *la fièvre boutonneuse existe à Toulouse.*

Les recherches géographiques de l'auteur lui ont fait constater que la fièvre boutonneuse a une prédilection constante pour le bord de la mer et des cours d'eau. Cette *hydrophilie* reste à expliquer.

Le rôle de la tique, Rhipicephalus sanguineus, comme vecteur de virus, est surabondamment démontré. Mais on peut supposer que la larve a, dans ce rôle, une importance plus grande que l'adulte. Elle est minuscule, son rostre est peu traumatisant ; sa piqûre doit être beaucoup moins douloureuse que celle de l'adulte : elle doit passer inaperçue dans bien des cas.

Le rôle du chien comme réservoir de virus, bien qu'admis par la plupart des auteurs, n'est pas parfaitement démontré. On sait que, d'une part, nombre d'autres mammifères peuvent, éventuellement, jouer ce même rôle ; d'autre part que la tique ellemême peut cumuler les fonctions de vecteur et de réservoir de virus. Si elle les cumule en réalité, le chien n'est plus qu'un *modeste réservoir de tiques.*

P. — Dr E. Lemesle. — **A propos d'un monstrueux prolapsus utéro-vaginal chez une femme enceinte près du terme.** (Thèse 1938.)

L'auteur a eu l'occasion d'observer pendant son internat à la maternité de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, un cas particulier de prolapsus utéro-vaginal monstrueux chez une jeune femme IIIe pare, près du terme. Les dimensions de la tumeur (10 centimètres hors de la vulve et 38 centimètres de diamètre) en font un cas très rare.

Après une courte étude du mécanisme, du diagnostic positif, du diagnostic du degré, du diagnostic différentiel, de l'évolution et du pronostic des prolapsus de l'utérus gravide, est envisagée la conduite à tenir en présence d'un prolapsus monstrueux de l'utérus gravide chez une femme près du terme.

THÉRAPEUTIQUE

■ ■

A propos de l'action de la vitamine B_1

Considérations physio-pathologiques et thérapeutiques

Les travaux de ces dernières années ont mis en évidence deux ordres de faits en ce qui concerne la régulation du système nerveux.

Nous savons que la transmission de l'influx nerveux dans tout le système neuro-ganglionnaire et dans les divers étages du système nerveux central est conditionnée par la présence d'acétylcholine dans le tissu nerveux. Or, l'effet de cette substance est renforcé, dans des proportions considérables, par la présence simultanée de la vitamine B_1 qui jouerait, en quelque sorte, le rôle de sensibilisant. Il y a en outre un état d'équilibre optimum entre l'acétylcholine et la vitamine B_1. Cet équilibre est rompu dans l'organisme par certaines infections, comme la fièvre typhoïde, la malaria, la dysenterie, la pneumonie, ou même des affections très banales, certaines intoxications, ou bien encore au cours de certains états comme la grossesse ou la lactation qui augmentent considérablement les besoins de l'organisme en vitamine B_1. Que l'une de ces causes surgisse, et des syndromes dus à la carence vitaminique peuvent survenir, même chez les individus suffisamment nourris en vitamine B_1.

La vitamine B_1 est, en outre, la vitamine qui règle le métabolisme des glucides, et nous savons que certaines maladies dues à une carence en vitamine B_1, telles que le béri-béri, voient non seulement leurs symptômes digestifs (gastro-duodénites avec parésie et achylie, fermentations acides, troubles du transit digestif) ou cardiaques (myocardie), *mais encore polynévritiques, disparaître rapidement sous l'influence de l'administration de vitamine B_1.*

Car les lésions nerveuses des polynévrites sont dues à l'accumulation, dans le tissu nerveux, de produits tels que l'acide pyruvique et ses aldéhydes, le métylglyoxal, qui ne sont que des déchets dus à un dysmétabolisme des glucides.

La carence en vitamine B_1 de l'organisme détermine donc deux ordres de troubles, rupture de l'équilibre : acétylcholine-vitamine B_1 qui conditionne le mécanisme de la transmission de l'influx nerveux, et accumulation de produits toxiques dans le tissu nerveux, d'où lésion du nerf.

De la connaissance des faits ci-dessus, il résulte que nombre d'algies qui sont dues à des intoxications ou à des infections : les névrites et les polynévrites d'origine toxique ou infectieuse, et un certain nombre de maladies du névraxe dont l'étiologie ressortit à une des causes ci-dessus, doivent être améliorées par l'administration de vitamine B_1. Et, en fait, dans tous les cas où cette étiologie a été établie d'une façon certaine, le traitement aneurinique a donné les résultats qu'on attendait de lui. On ne compte plus, à l'heure actuelle, les observations de polynévrites, de névrites, de névralgies sciatiques, du trijumeau, du fémoro-cutané, etc., guéries par la vitamine B_1. Nombre d'infections du système nerveux central ressortissant à une étiologie inflammatoire ou toxique ont également retiré les plus grands bénéfices de ce traitement. Un certain nombre de cas de scléroses en plaques, maladie pourtant décevante par son évolution, ont été améliorées.

Il devenait donc intéressant de tenter une association de vitamine B_1 avec une préparation dont l'action élective sur le système nerveux donne des succès remarquables : nous voulons parler de l'iodure de sodium injectable (Naïodine) dont l'action antiphlogistique, antitoxique, stimulante des échanges osmotiques et de l'élimination des produits de désassimilation soustrait le nerf à la plus grande partie des causes déterminantes de sa souffrance.

Une semblable association a pu être réalisée de telle façon que l'iodure de sodium et la vitamine B_1 ne réagissent pas l'un sur l'autre, et qu'ils conservent l'un et l'autre leurs caractères chimiques propres, et cela d'une façon absolue. *Tout se passe en somme comme si la vitamine B_1 se trouvait en solution dans la naïodine.*

Il n'est nul besoin d'insister sur l'intérêt d'une telle association pour admettre immédiatement qu'une semblable préparation (naïodine suractivée, qui est d'ailleurs beaucoup plus active que chacun de ses deux composants et capable, par sa haute teneur en vitamine B_1, de rétablir l'équilibre humoral du nerf) est celle qui réalise la médication la plus énergique, la plus efficace et la plus rapide susceptible de s'attaquer à la douleur dans son mécanisme le plus intime et dans ses causes les plus éloignées.

Les expérimentations faites ont montré que cette médication répond à toutes les espérances qu'on attend d'elle chaque fois que la lésion nerveuse n'est pas irrémédiablement constituée, aussi bien dans les maladies du système nerveux central que dans celles du système nerveux périphérique.

DE JUSPY.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

■ ■ ■

LA PART DU MÉDECIN DANS LE SUCCÈS DES EMPIRIQUES, REBOUTEUX, OSTÉOPATHES ET AUTRES CHARLATANS

Tous les laboratoires de spécialités pharmaceutiques savent que la meilleure publicité qui puisse leur être faite, c'est lorsque le médecin emploie pour lui-même ou pour les siens, telle de leurs préparations. Il est naturel que libre de son choix, le médecin utilise celle qui lui paraît la mieux présentée, la plus efficace, la plus agréable à prendre, aussi son exemple en entraîne toujours d'autres et le succès d'un produit nouveau peut en être la conséquence.

Cet exemple donné par le médecin, pourquoi faut-il que dans le domaine thérapeutique, il ne se contente point, de le réserver aux bons produits de nos laboratoires et pourquoi faut-il que trop souvent, il le donne en faveur d'illégaux, d'empiriques, de charlatans dangereux, dont il est d'ailleurs le premier à être la victime.

J'ai actuellement réuni un nombre important de faits indiscutables où un médecin souvent même pourvu de titres authentiques avait adressé à un empirique, à un guérisseur des membres très proches de sa famille, de ses amis de ses clients.

Avant de s'être donné lui-même la peine de vérifier ce qu'il y a ou non de fondé dans les guérisons attribuées à des charlatans, amusé et intéressé par des pratiques qui lui paraissent mystérieuses et nouvelles, il les recommande, il y conduit les siens et donne l'exemple déplorable du médecin reniant la science, qu'il a mis de longues années à acquérir, pour des pratiques empiriques, brutales, rarement efficaces, qui n'ont demandé ni travail, ni réflexion à celui qui en tire profit.

J'ai il y a quelques mois, étudié dans la *Revue du Rhumatisme* ce qu'il y avait d'intéressant à connaître dans certaines pratiques des rebouteux, je l'ai fait après quelques autres chirurgiens anglais ou américains qui avaient voulu creuser à fond le problème.

En réalité chez ces empiriques, il y a bien peu d'original et de particulier ; il y a l'intimidation, la brutalité et quelquefois un peu de chance. A côté de leurs succès qu'on monte en épingle, il y a d'innombrables échecs beaucoup de cas aggravés et, de temps à autre, de véritables désastres. J'en ai vu pour ma part de dramatiques, une paraplégie brusque chez un pottique en évolution, chez un autre malade, tandis qu'évoluait un myélome, on le soumettait à des malaxages hebdomadaires. La liste est infinie de tous les méfaits, que l'on pourrait citer. Quand on interroge ces malades, dont la bêtise semble incompréhensible, on est souvent étonné d'apprendre que l'empirique avait soigné la femme ou les enfants d'un médecin, que ce confrère recommandait volontiers les manœuvres du chiropractor ou de l'ostéopathe pour les maux de reins, pour les lumbagos. Devant cet exemple de choix, les clients avaient cru bien faire, en y conduisant directement leur malade.

Pour beaucoup de gens du monde, en particulier les hobereaux campagnards, une méfiance native s'exerce à l'égard de tous les soins scientifiques. S'il s'agit d'un animal, on écarte l'ancien élève d'Alfort pour demander conseil à un ancien maréchal-ferrant, et bien entendu l'*ossier* comme son nom l'indique est toujours consulté pour « rhabiller » un membre traumatisé, chez un humain.

Le succès de l'empirique, si le médecin y contribue en lui adressant des malades, il y participe plus encore, en négligeant de s'intéresser à tant de maux, d'algies, de phénomènes subjectifs qui troublent la vie de tant de clients.

Il néglige ces affections, parce qu'il ne les réalise pas du point de vue anatomique, parce qu'il ne les a point vu soigner à l'hôpital, au cours de ses études, parce que trop souvent tous ceux qui s'en plaignent sont ennuyeux et tenaces et que las, de les entendre gémir, on les traite de simulateurs, d'exagérateurs, de nerveux et ils sont renvoyés des consultations, sans traitement, ou avec cinq sangsues à l'anus, comme le recommandait un de mes bons maîtres.

A ces gens qui souffrent, qui ont consulté tant de médecins sans les intéresser à leur cas, l'empirique apparaît comme le salut, il écoute les confidences, il surenchérit sur les récriminations contre la médecine scientifique, contre les diplômés des Facultés qui n'ont pu rien faire, et déjà il exerce son pouvoir. Pour peu qu'il utilise, comme je l'ai vu faire à l'un d'eux, des moyens inusités, il se transfigure et devient le sauveur. Celui auquel je fais allusion exerçait jadis en Normandie, il avait coutume de faire deshabiller entièrement ses clients, y compris chaussures, chaussettes ou bas, et, pour le paysan et surtout la paysanne, se dévêtir aussi totalement c'est déjà diabolique. Dans ce simple appareil, il mettait le malade face au mur les bras en croix. Et alors commençait une séance extraordinaire de brutalités diverses, menées à toute allure, les manœuvres de mobilisation, les malaxages, les pétrissages se succédaient sans répit et le client quelque soit son mal en sortait fourbu, contus, ne sachant plus remuer bras ou jambe.

C'est alors que, peu à peu se remettant de cette rude épreuve, il sentait le mieux l'envahir, mais le mieux par rapport à ce qu'il venait de subir et, oublieux du mal qui l'avait amené, il partait content se croyant déjà amélioré.

Peut-être même quelquefois l'amélioration était-elle durable, les bleus, les contusions agissant à la manière d'une auto-hémothérapie d'un nouveau genre, ou bien la mobilisation forcée rompant des adhérences douloureuses comme Bankart (de Londres) conseille de le faire.

Néanmoins je ne conseillerais point pareil traitement à mon pire ennemi, car sa brutalité, son incohérence ne me semblent point sans dangers.

Je crains que trop de médecins ignorent ce qui se passe chez l'empirique, que trop croient qu'on peut toujours essayer, que si cela ne fait pas de bien cela ne peut faire de mal, et qu'ils ne défendent pas assez leur profession contre ces flibustiers de la médecine.

Il faut bien dire au Corps médical qu'il y a longtemps que les trucs du rebouteux sont connus, que toutes les passes des *ostéopathes* ont été étudiées, que le chiropractor simplifie à l'extrême les causes des maladies en ramenant tout à un déplacement vertébral, et que l'acupuncture chinoise est depuis longtemps considérée, même en Chine, comme réservée aux batteurs d'estrades.

Pourquoi, quand le médecin au cours de ses études apprend tant de choses, ne lui enseignerait-on point ce que les empiriques doivent bien apprendre de quelqu'un, et pourquoi auraient-ils le privilège d'être les seuls à connaître ce qui est utile pour guérir ? pourquoi ne nous approprierions-nous point leurs méthodes si nous les pensions efficaces ?

En réalité, les méthodes restent du domaine de l'empirisme, parce que la preuve a été faite de leur inefficacité, parce que ceux qui les ont étudiées ont reconnu ce qu'elles avaient d'enfantin, qu'elles reposent toujours sur une tromperie vis-à-vis du malade, et c'est cela que le médecin doit savoir.

Il doit comprendre que lui, le conseiller écouté des malades, il n'a pas le droit de se diminuer en favorisant, au lieu de les combattre, des pratiques, dont les conséquences peuvent être dangereuses, et qu'il ne lui est pas permis de faire le jeu de tous les bâtards d'Esculape, qui trop souvent le flattent, en prêtant une oreille trop attentive à leurs boniments.

Dr Raphaël MASSART.

MÉDECIN ASSISTÉ PAR UN MÉCANICIEN EN PROTHÈSE DENTAIRE

Un docteur en médecine, exerçant spécialement la dentisterie, me demande (lettre 1.317) s'il peut, parce qu'il est docteur en médecine, laisser prendre les empreintes de ses clients, par son mécanicien ; s'il peut lui laisser faire l'essayage de l'appareil et le lui laisser ajuster en bouche, sans meuler les dents, ne lui laissant faire que les retouches sur les appareils.

Je réponds à mon confrère, en lui indiquant, tout d'abord, que le mécanicien en prothèse dentaire n'a pas qualité pour prendre les empreintes, ni faire les essayages des appareils, alors qu'il ne se trouve pas placé sous la direction et la surveillance suivies du praticien. Ce n'est pas parce que celui-ci possède le diplôme de docteur en médecine, qu'il lui est loisible de faire exécuter toutes sortes de besognes par des auxiliaires quelconques, qui ne possèdent aucun des diplômes requis par la loi du 30 novembre 1892, pour exercer la médecine, ou la profession de dentistes.

Il faut donc se reporter aux dispositions de la loi du 30 novembre 1892, notamment à son article 16, qui définit l'exercice illégal de la médecine, tant par des non-diplômés que par les diplômés qui tentent de couvrir, par leur grade, des pratiques irrégulières et illicites.

Une loi pénale doit être appliquée *stricto sensu*. Il en résulte que les dispositions du dernier alinéa de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 ne sauraient s'appliquer aux mécaniciens en prothèse dentaire.

Cet alinéa spécifie, en effet, que les « dispositions (concernant la définition de la pratique de l'exercice illégal de la médecine), ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine, qui agissent comme aides d'un docteur, ou que celui-ci place auprès de ses malades, ni aux garde-malades, ni aux personnes qui, sans prendre le titre de chirurgien-dentiste, opèrent accidentellement l'extraction des dents.

Par suite, un mécanicien en prothèse dentaire ne saurait être assimilé à un étudiant, ni à un garde-malade : c'est un ouvrier d'art, qui travaille dans l'atelier de prothèse et n'a aucune qualité pour pénétrer dans le cabinet professionnel du dentiste.

La jurisprudence a toujours séparé la fabrication matérielle d'un appareil de prothèse, qu est confiée à des ouvriers spécialisés, travaillant en atelier, avec la prise des empreintes d'une mâchoire, ou la pose et l'ajustement d'une pièce prothétique. Ces opérations ne peuvent pas être pratiquées par un opérateur, qui ne possède pas le diplôme de docteur en médecine, ou celui de chirurgien-dentiste (Cassation, Chambre criminelle, 15 novembre 1906, Cour d'appel de Toulouse, 2 décembre 1926, Cour d'appel de Grenoble, 29 avril 1926, Cour d'appel de Caen, 26 avril 1934).

Cependant, une certaine tolérance s'est établie alors que l'on a perdu de vue les termes très stricts de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892. Des praticiens diplômés se sont fait aider, en leur présence et sous leur surveillance effective par des non-diplômés, notamment par des mécaniciens en prothèse dentaire. D'où l'arrêt de la Cour de cassation, Chambre criminelle du 25 février 1937, qui décide qu'un mécanicien peut procéder à la prise d'empreintes, à la pose et à l'essayage d'appareils de prothèse, mais à la condition que les opérations ne soient pratiquées que sous la surveillance effective et constante du dentiste diplômé.

Aux termes très généraux de cet arrêt, je dois apporter deux restrictions.

1° La Cour suprême a cru pouvoir assimiler les mécaniciens en prothèse dentaire à l'aide que peut apporter un élève, un étudiant en médecine, qui assiste un docteur. La Cour suprême a perdu de vue la dérogation apportée par l'article 16 de la loi de 1892 en ce qui concerne soit les élèves en médecine, qui apprennent leur métier, auprès d'un professeur, soit les garde-malades, qui ne font qu'exécuter les ordres précis qu'ils ont reçus du médecin. Le mécanicien, ouvrier d'art, ne saurait être assimilé soit à un étudiant en médecine, soit à un garde-malade.

D'ailleurs, la même Chambre criminelle de la Cour de cassation avait déjà, par arrêt du 29 novembre 1929, limité l'aide que peut apporter un non-diplômé à un praticien diplômé, alors même que le premier reste placé sous la direction et la surveillance suivie et effective du second. « Attendu, dit l'arrêt de Cassation, que les opé« rations (effectuées par l'aide) n'ont pas seule-

« ment le caractère secondaire de soins, pouvant « être donnés à un malade par un aide, mais « qu'elles constituaient l'élément essentiel de « l'exercice de la profession de dentiste ; que, « par suite, il ne pouvait être procédé que par un « diplômé aux dites opérations, qui ne pouvaient « être abandonnées, même sous son contrôle, « à une personne ne présentant aucune des « garanties de savoir et d'expérience attestées « par la délivrance du diplôme prévu à l'article 2 « de la loi du 30 novembre 1892 ».

Ainsi, la Cour de cassation précise que l'intérêt des malades doit être garanti par la valeur du diplôme (docteur en médecine ou chirurgien-dentiste) exigé par la loi, pour exercer la profession de dentiste. Quelles que puissent être son habileté et sa dextérité manuelle, le mécanicien en prothèse dentaire ne saurait être qualifié pour prendre des empreintes, ou ajuster un appareil, même en la présence d'un diplômé, car les Sociétés savantes de stomatologie signalent des accidents, qui peuvent survenir lors d'une prise d'empreintes, où l'obligation d'avoir fait des études dentaires, pour ajuster, du point de vue physiologique et fonctionnel, un appareil de prothèse.

Au surplus, la responsabilité civile d'un dentiste se trouverait fortement compromise, dans le cas où son aide non diplômé provoquerait un accident dommageable pour le client. Il serait reproché au praticien de ne pas avoir pratiqué lui-même les opérations, pour lesquelles il était seul qualifié par suite des études théoriques et pratiques, précédant l'obtention de son diplôme.

2° La seconde restriction que j'apporte à l'aide que peut fournir un non-diplômé au praticien, c'est qu'il ne faudrait pas croire que, pour masquer une complicité d'exercice illégal de l'art dentaire, le docteur en médecine croirait pouvoir utiliser l'habileté d'un mécanicien, pour, en sa présence, faire prendre les empreintes et faire les modifications ou réparations en vue du fonctionnement physiologique et pratique de l'appareil. Quelques généraux que puissent être les termes de l'article 2 de la loi du 30 novembre 1892, le titulaire du grade de docteur en médecine ne saurait s'adonner à la pratiquede la profession de dentiste, sans en avoir, au préalable, acquis les connaissances théoriques et pratiques nécessaires

L'association serait déclarée illicite, alors qu'un docteur en médecine, n'ayant aucune connaissance en stomatologie, ou des connaissances superficielles, croirait pouvoir s'adjoindre un mécanicien en prothèse dentaire, qui, en sa présence, prendrait les empreintes, ajusterait et poserait les appareils. Le diplômé doit avoir les capacités professionnelles suffisantes, pour diriger efficacement ses aides non-diplômés, pour leur donner des ordres, les surveiller, les corriger dans leurs erreurs, ou fautes.

Si le mécanicien connaît mieux que son patron, le diplômé, la confection et la pose des appareils de prothèse, il sera décidé qu'est constitué le délit d'exercice illégal de l'art dentaire, avec complicité d'un diplômé.

Voilà pourquoi, devant la multiplicité des spécialisations médicales et le compartimentage de l'art de guérir, pense-t-on, aujourd'hui, à instituer des certificats de spécialités, obtenus après le doctorat en médecine et permettant à leurs possesseurs de se qualifier aux yeux du public. Certes, un docteur en médecine tient de son diplôme le droit de pratiquer l'art de guérir dans son ensemble ; mais l'évolution de la science médicale même, l'augmentation des connaissances spéciales et surtout la nécessité d'une instrumentation et d'une installation moderne obligent le docteur en médecine à renoncer volontairement, dans l'intérêt de ses malades et pour sa propre sécurité personnelle, à la pratique de telle ou telle branche de la médecine

Par conséquent, si les faits relevés à l'encontre d'un praticien diplômé, faisaient ressortir l'incompétence dudit diplômé pour l'exercice de la stomatologie et de l'art dentaire, des poursuites correctionnelles seraient engagées, alors même que le diplômé assisterait en personne à toutes les opérations confiées par lui, à son mécanicien.

Conclusion : Si mon confrère est spécialisé en stomatologie, s'il est dentiste de profession, il agira prudemment en prenant lui-même ses empreintes et en ajustant personnellement ses appareils. Que ces derniers donnent lieu à une revendication du malade et qu'un procès soit porté devant les Tribunaux, le client excipera du fait qu'il a été appareillé par un mécanicien et non par le diplômé lui-même, bien que ce dernier assistasse en personne aux opérations.

Si mon confrère n'est pas spécialisé en stomatologie, je lui conseille de ne pas accepter une collaboration quelconque avec un mécanicien. La place de ce dernier est à l'atelier et non dans le cabinet médical. Le docteur en médecine risquerait de se voir poursuivi devant le Tribunal correctionnel, pour complicité d'exercice illégal. De plus, en cas d'accident opératoire, sa responsabilité professionnelle et civile serait gravement compromise, alors qu'il lui serait fait reproche d'avoir laissé un non-diplômé prendre les empreintes et ajuster les appareils et que la surveillance technique du diplômé n'avait aucun caractère de réalité et de compétence du point de vue art et science stomatologiques.

Dr Paul BOUDIN.

SUR LA PROPAGATION DE LA SYPHILIS EN MILIEU RURAL

Les mouvements de population
L'ignorance et l'insouciance des sujets

De façon évidente, la syphilis est beaucoup moins répandue dans les milieux agricoles que dans les grands centres urbains ; dans les agglomérations moyennes, au contraire, sa fréquence n'excède guère celle de la campagne.

D'autre part, la syphilis infectera plus facilement les régions très visitées, fréquentées par les touristes en raison de leur intérêt pittoresque ou historique, par les ouvriers saisonniers qui auront été recrutés pour la construction à la campagne de grands travaux, de voies ferrées, de voies d'eau, de routes, etc.

L'étudiant, qui a quitté son village pour faire ses études, y reviendra un jour, après avoir été la proie des plaisirs frelatés de la ville. Le soldat issu du moindre hameau, y reviendra au cours de son service militaire, puis à sa libération, et, s'il a été contaminé dans ses garnisons, il pourra devenir un agent de propagation de la syphilis. La fille de la campagne, qui va prendre du service à la ville, constitue encore, et trop souvent, un autre facteur non négligable. Naïve, elle se laisse aisément entraîner vers les plaisirs faciles avec leurs conséquences. Malade, son infection passe souvent inaperçue, ou bien est négligée. Restée au village, à l'occasion des kermesses, elle est recherchée parce que plus coquette plus dégourdie, plus affriolante, et l'on comprend le danger.

En sens inverse, la multiplication des moyens de locomotion permettra aux habitants, ruraux un accès plus facile des villes à l'occasion des foires, des marchés, etc. ; ils s'y rendront pour leurs affaires ou leur plaisir ; les tentations y seront nombreuses, et partant les occasions de contracter l'une ou l'autre — quelquefois l'une et l'autre — maladie vénérienne.

Enfin, comme dans les villes, le chômage et la crise économique sont des facteurs non négligeables de propagation des maladies vénériennes. L'homme désœuvré, en effet, devient une victime toute désignée des rencontres, facilitées encore par la fréquentation des cabarets. D'autre part, la femme se livre plus facilement à la prostitution par nécessité, pour améliorer une situation particulièrement pénible, pour assurer les besoins de sa famille.

Une première considération se dégage de ces faits, c'est que les *centres ruraux isolés* seront peu touchés, ou même pas du tout. D'autre part, dans les pays à population dense, il existe toujours, malgré la facilité des moyens de communication, des îlots nombreux, faiblement peuplés, que l'infection a épargnés. Ce sont de petites agglomérations, villages et hameaux dans lesquels se sont conservées des mœurs simples et saines, et qui ne présentent aucun intérêt pour le touriste ou pour l'ouvrier saisonnier, dont les habitants se déplacent peu, car rien ne les attire à la ville.

Enfin, dans les pays à population de densité moyenne ou faible, dans lesquels le réseau de voies ferrées et de routes n'est pas très étendu, la syphilis atteint beaucoup moins les milieux ruraux, à cause de leur isolement.

Le Docteur Dekeyser (Bruxelles) a exposé, il y a quelques mois (1) les résultats d'une vaste enquête, qu'il a pu mener dans tous les pays, dotés d'organismes, qui s'occupent de la lutte contre les maladies vénériennes. Il convient d'en retenir quelques autres points intéressants.

C'est tout d'abord l'important et curieux facteur de propagation, que constituent les mouvements de population *en masse*. On a cité l'exemple typique d'une endémie provoquée par le déportement d'une population dans un milieu infecté. Les paysans rapportèrent dans leurs villages la maladie contractée au dehors, et celle-ci se répandit rapidement dans la population indigène. Le fait s'est présenté plus d'une fois pendant la guerre, lorsque les populations furent évacuées de régions entières soit par contrainte, soit volontairement, les pauvres gens fuyant les horreurs de la guerre, leurs foyers détruits, ou voulant éviter les duretés de l'occupation étrangère. On cite les habitants de Habura, évacués vers le sud de la Hongrie, où ils vécurent encore, pendant les dix années, qui suivirent la guerre, en contact intime avec une population syphilisée ; les infections se firent en majeure partie par voie extra-génitale. De retour au point de départ, l'extension indigène de la maladie fut néanmoins localisée par l'isolement de l'agglomération. L'épidémie importée s'éteignit peu à peu, par absence d'inoculations nouvelles, ne se manifestant plus que par des lésions tertiaires ou cicatricielles, ou par l'hérédo-syphilis. Manifestations graves sans doute, mais ne présentant plus le caractère infectant, éminemment dangereux pour la population saine. Celle-ci, de mœurs

(1) Le problème de la syphilis en milieu rural. (*Bruxelles-Médical*, nos 48 et 49, 1937).

simples, ne vit plus de nouveaux apports du virus renouveler et maintenir des foyers de syphilis.

Il apparaît donc clairement par cet exemple, qu'un milieu rural peut brusquement être envahi par la syphilis, celle-ci s'étendant à une grande partie de la population, pour s'éteindre ensuite.

Malheureusement, ce n'est pas toujours le cas. Dans bien des villages, des hameaux, des agglomérations modestes, la syphilis peut être introduite et infecter de proche en proche autour d'elle. *Non pas toujours par relâchement des mœurs,* car au village où tout le monde se connaît ; un écart de conduite se sait très rapidement et passe difficilement inaperçu avec toutes les conséquences qui en résultent, dans ces milieux peu enclins à l'indulgence. Mais le *paysan peut ignorer la transmission non-sexuelle,* d'où le grand nombre de syphilis extra-génitales dans certaines régions et même dans certains pays comme le Maroc et la Russie. Dans cet ordre d'idées, les manifestations *buccales et cutanées* sont, à coup sûr, des sources de transmission très dangereuses, car on ne s'en méfie pas, le malade ignorant complètement leur nature contagieuse.

L'exemple le plus caractéristique à cet égard nous est donné par la Russie. Dans la période pré-révolutionnaire, 70 à 80 % des malades de la campagne étaient contaminés par voie non-sexuelle. Parmi eux on comptait 25 à 30 % d'enfants. Ce fait était dû aux conditions anti-hygiéniques, dans lesquelles vivaient les paysans, et à la mauvaise habitude du *baiser sur la bouche* ! On trouvait dans les milieux ruraux 10 % d'enfants atteints de syphilis héréditaire. Cette situation s'est considérablement améliorée aujourd'hui.

Il existe aussi des régions rurales étendues, où l'on ne trouve aucune autre forme de syphilis que la forme non-vénérienne, la forme *extra-génitale.* C'est ce que l'on observe chez les Bédouins. Ceux-ci, au nombre d'environ 150.000, habitent les bords de l'Euphrate dans un pays isolé dans le désert. De mœurs simples, ils ignorent la prostitution, marient leurs filles jeunes et néanmoins sont infestés de syphilis. Mais il ne s'agit pas de syphilis génitale, pas plus qu'on n'observe chez eux de gonorrhée. C'est dans l'*enfance* jusque vers l'âge de quatorze ans qu'apparaissent les lésions *florides.* Les conditions déplorables d'hygiène, dans lesquelles vivent ces *enfants du désert,* facilitent la contagion qui se fait de proche en proche, d'enfant à enfant, d'enfant à mère et au voisin, sans parler d'un agent de propagation particulièrement dangereux, la mouche.

C'est là un autre exemple de syphilis extra-génitale en milieu rural. Et il est donc des milieux ruraux, où la majorité des cas de syphilis constatés appartiennent à la syphilis héréditaire ou tertiaire, les cas récents constituant l'infime exception.

On voit l'importance de ces méfaits, qui résultent de *l'ignorance ou de l'insouciance des sujets,* qu'il s'agisse principalement de paysans isolés ou d'indigènes coloniaux.

Pareils sujets ignorent tout des maladies vénériennes. Si la blennorragie peut les inquiéter plus ou moins, les lésions syphilitiques, par leur caractère indolore, leur disparition spontanée dans presque tous les cas, leur peu de retentissement apparent sur l'état général, ne les impressionnent guère. Quant aux manifestations à distance, il leur est impossible naturellement de les rattacher à leur véritable cause. Dans ces conditions, le mal a pu être disséminé déjà, quand le malade va consulter le médecin, si même il le consulte. Ajoutons à cela une hygiène souvent déplorable, qui facilite singulièrement les inoculations génitales et extra-génitales.

Même insouciance des hommes de couleur aux Colonies pour les affections, dont ils ne souffrent pas. Au Maroc, Gaud et Lépinay, ont signalé, dès 1935, parmi les causes de l'extrême fréquence et de la propagation, quelquefois à forme épidémique des affections vénériennes en pays marocains : l'indigène — ses mœurs, ses habitudes et son ignorance des règles les plus élémentaires de l'hygiène ; sa méconnaissance absolue des modes de transmission des maladies ; son insouciance des accidents, aussi longtemps qu'ils restent indolores ou qu'ils ne l'atteignent pas dans ses forces vives ; l'arrivée trop tardive du malade au médecin, après un temps plus ou moins long de dissémination ; l'abandon prématuré des traitements. Bref, il y a persistance de réservoirs de virus et de foyers épidémiques, qu'il est très difficile de dépister, et quasi impossible de stériliser.

De cet état de choses, il résulte forcément la création de centres d'infection dans les familles, dans les douars, dans les tribus. De ces sources nous voyons aussi, la maladie se propager dans la population blanche à cause de la facilité des rapports sexuels avec les indigènes, et également, il faut bien le dire à cause de la négligence et de l'ignorance des Européens, quant aux modalités et aux conséquences de la syphilis.

Ce *facteur indigène,* on le rencontre dans d'autres pays. Il variera selon les races, les coutumes, les habitudes, mais au point de vue de la propagation il jouera le même rôle.

G. Fischer.

VARIÉTÉS

RÉMINISCENCES SUGGESTIVES

Il ne faut certes pas prendre pour argent comptant les soi-disant « enseignements » de l'Histoire.

D'un siècle à l'autre la mentalité des hommes, l'ambiance, le vœu du destin changent ; et la vieille dame, son nez perdu dans les folios d'archives, sait mal interpréter ces impondérables qui ne figurent sur aucune fiche.

Et cependant il se rencontre parfois des similitudes tellement frappantes que l'on est tenté d'extrapoler d'une époque révolue à l'époque où l'on vit, et de se dire « voilà donc ce qui nous attend ? ».

Telle est bien, je crois, la question que se posera le lecteur en achevant le texte de la conférence que fit récemment, à Nice, le Médecin-colonel Abbattucci sur « La psychologie du Coup d'Etat du 2 décembre 1851 ».

***

Il faut, remarque l'auteur, pour qu'un coup de force contre le Gouvernement établi réussisse, quelques conditions préliminaires ; un climat favorable dans l'opinion publique : la sagesse d'attendre l'occasion ; un choix habile des acteurs.

Ces conditions, le Prince-Président sut les mettre dans son jeu. Et il réussit son Coup d'Etat.

Qu'il ait réussi nous laisse, près de cent ans après, assez indifférents. Il y a belle lurette que nous en avons pris notre parti.

Mais qu'il ait réussi à la faveur de *certaines* circonstances où nous identifions plus d'un visage de connaissance, cela nous émeut au plus haut point. Car la vieille dame, en agitant ses papiers poudreux, à l'air de nous donner un avertissement solennel « Voici ce qu'il advint à vos pères. A bon entendeur, salut ».

Le mouvement d'idées de 1848, prenant la suite de 1789, avait précisé les formules vagues de la « Déclaration des droits de l'homme » et en avait fait des « revendications sociales » qui s'exprimaient ainsi : étatisme, échelle mobile des salaires, nationalisation des usines, disparition du chômage (on disait alors : paupérisme). La lutte est ouverte, non plus contre l'aristocratie, mais contre la riche bourgeoisie industrielle qui l'a remplacée. En 1840 une grève avait fait accourir à Belleville et à la Villette 100.000 ouvriers contre lesquels il fallut mobiliser un corps d'armée.

Les propagandistes ne s'appellent plus Voltaire, Diderot, Rousseau ou d'Alembert, mais Saint-Simon, Fourier, Carbet, Proud'hon, Louis Blanc, Raspail. Barbès, Ledru-Rollin.

Là-dessus surviennent les « trois glorieuses » : elles ne manquent pas à la tradition des Journées glorieuses qui est de coûter cher. En gros les émeutes de juin 1848, durement reprimées par Cavaignac, revenaient à 12.000 morts et quelques milliers de blessés. Aussi, sauf, chez les morts, le mécontentement est-il grand.

« Aristocrates, grands et petits bourgeois, hommes d'affaires, industriels, commerçants, paysans, ouvriers eux-mêmes, tout le monde en a assez de la démagogie, de l'instabilité, des émeutes, des clubs, de la révolution permanente » (Jules Bertaut).

La pagaïe est entretenue par toutes sortes de feuilles partisanes qui s'intitulent : *Le Pilori, La Lave sociale, Le Christ Républicain, Le Diogène sans Culottes*, et qui proclament que l'insurrection est un droit pour le peuple.

Or les prochaines élections sont pour mai 1852 et il est à redouter qu'elles n'amènent les Rouges au pouvoir.

Dans cette appréhension on se tourne vers l'armée, on cherche un homme énergique qui fasse respecter les lois et, au besoin, sache les violer.

L'armée, un Coup d'Etat, tout cela évoque des souvenirs dans le peuple de France. Le 18 brumaire n'est vieux que d'une cinquantaine d'années, et l'effigie de l'empereur se voit encore partout, sur des assiettes, des pipes, des boîtes, des tabatières, et jusque dans les vers de ce vieux renégat de Victor Hugo qui chercha sa pitance dans toutes les mangeoires.

Or la dynastie n'est pas morte ; on l'a bien vu le 10 décembre 1848 où 5 millions et demie d'électeurs ont voté pour Louis Bonaparte, alors que Lamartine obtenait 17.410 suffrages. Le peuple n'a aucune considération pour la poésie mais il adore ceux qui le mènent à coups de bottes.

Patronné par la mémoire de son oncle ce Louis Bonaparte avait aussi réussi à captiver des sympathies par ses tentatives de Strasbourg et de Boulogne, son évasion du fort de Ham, il avait même écrit quelques œuvres socialisantes comme « L'extinction du paupérisme », et faisait en quelque sorte figure de précurseur. Si bien qu'il ralliait des partisans venus des camps les plus éloignés.

***

Reste à accrocher l'occasion.

D'une part les monarchistes préparaient eux-mêmes un Coup d'Etat, dans lequel trempaient Thiers et le général Changarnier.

D'autre part le Président de la République était en conflit ouvert avec la Chambre, assemblée législative unique. Entre eux deux : pas de pouvoir modérateur pour les départager.

Enfin l'année 1852 doit voir expirer les pouvoirs du Président que l'article 45 de la constitution a voulu non rééligible.

Le temps lui est donc compté : il lui faut agir ou disparaître. Pour commencer il constitue un ministère composé d'hommes à lui. Ensuite, pour s'attirer la sympathie des masses, il annonce le rétablissement du suffrage universel.

Ayant en poupe l'opinion publique, maître de la police avec de Maupas, de l'armée avec les généraux Saint-Arnaud et Magnan, des préfets avec de Morny, il peut suivant un illustre exemple, franchir le Rubicon.

Les hommes-liges sont d'assez équivoques personnages. Il a d'abord de Morny, son demi-frère comme on sait, dans la famille de qui la bâtardise est héréditaire. C'est ainsi que par des chemins de traverse il descend du prince de Talleyrand et du roi Louis XV. Viveur fastueux il a tout perdu dans des spéculations boursières, même ses scrupules.

Le général de Saint-Arnaud est une tête brûlée qui, après avoir couru les aventures, a voulu se faire moine mais a mieux fait d'aller en Algérie où il s'est distingué aux côtés de Bugeaud.

De Persigny est un intrigant mais un fidèle serviteur. Il y a encore l'ambitieux Maupas, et quelques autres parmi lesquels notre confrère Louis Coumau qui servit à l'empereur d'agent secret dans ses tractations officieuses.

Tous ces personnages ont leur rôle assigné pour le coup de force, y compris le colonel Vieyra, chef de la Garde Nationale, défenseur attitré de la Constitution (! !)

Et le 2 décembre 1851, à 5 heures du matin, le décret suivant est affiché sur les murs de Paris :

« L'Assemblée Nationale est dissoute. Le suffrage universel est rétabli. La loi du 31 mai est abrogée. Le peuple français est convoqué dans ses Comices. L'état de siège est décrété dans toute l'étendue de la première division militaire. »

Suivent deux proclamations, adressées l'une au peuple, l'autre à l'armée.

Et lorsque le bon peuple de Paris s'éveille, il prend connaissance des affiches, applaudit, conspue les députés et court faire cortège au futur empereur.

Le 20 décembre suivant le pays votait et approuvait le Coup d'Etat par sept millions et demi de *oui* contre 640.000 *non*.

Par quoi l'on vérifie que les pays totalitaires n'ont rien à nous apprendre et que nous avons su avant eux organiser des plébiscites.

G. Lavalée.

BIBLIOGRAPHIE

Masson et Cie, éditeurs, Paris

F. Bourgoin. — **La protection sociale de l'enfance en France.** Préface de M. Paul Strauss, ancien ministre de l'Hygiène.

Le Docteur F. Bourgoin, chef du service de documentation au ministère de la Santé publique, a écrit le compendium des textes officiels de toutes sortes (lois, arrêtés, circulaires), instituant et réglementant la protection de l'enfance, textes en vigueur et textes en projet.

Il envisage cette œuvre de protection à tous les âges, depuis la vie intra-utérine jusqu'à l'adolescence, et non seulement pour les enfants normaux, mais aussi pour les déficients (anormaux mentaux, infirmes, sourds-muets, aveugles), et même pour les délinquants.

Enfin, on trouvera ici l'indication rapide des principales réalisations obtenues soit par les collectivités, soit par les œuvres privées.

En somme, travail de documentation auquel se reporteront utilement tous ceux qu'intéresse la question de l'enfance française.

Editions Spes, Paris

Henri Sarrette. — **Confessions d'un malade.**

Le livre de raison d'un ingénieur martyrisé par la maladie et retranché du monde Les longues heures de solitude aboutissent à des révoltes ou des crises de désespoir. Mais le malade demeure lucide, se juge avec fermeté et ne permet pas à la souffrance physique de le précipiter dans l'ultime déchéance.

Tableau émouvant dont, médecins, nous voyons souvent les ombres et qui nous montre ici un aspect moins quotidien, les pures lumières de l'énergie morale.

G. L.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu** (Professeur : M. F. Terrien). — *Cours de perfectionnement* 1939 (12 mai au 16 juin). — M. le Professeur F. Terrien, avec le concours de M. le Doyen Tiffeneau, de MM. les Professeurs Lacassagne, Rathery, Strohl, de MM. les agrégés Velter, Dognon et Renard, de M. le Docteur Ledoux-Lebard, chargé du cours de radiologie, de M. le Docteur Ramadier, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, MM. les Docteurs Veil, Dollfus et Hudelo, ophtalmologistes des hôpitaux, et de MM. les Docteurs Cousin, Blum, Braun-Vallon, Joseph, Guillaumat et Halbron, chefs de clinique, chefs de laboratoire et assistants du service, fera un cours de perfectionnement, du 12 mai au 16 juin 1939.

Les leçons comporteront : 1° Un exposé des plus récentes méthodes diagnostiques et thérapeutiques, des dernières acquisitions de la physiologie, de la neurologie, oculaires et de l'optique physiologique. — 2° La démonstration des perfectionnements apportés aux procédés chirurgicaux ou aux méthodes de traitement par agents physiques.

A l'occasion de ce cours, des leçons magistrales seront faites par M. le Professeur Tiffeneau (Pharmacologie ophtalmologique), M. le Professeur Rathery (Lésions diabétiques de l'œil), M. le Professeur Lacassagne (Radiumthérapie oculaire) et M. le Professeur Strohl.

Ce cours est divisé en deux séries :

Première série : *Clinique et laboratoire.* — 1re leçon. Relations entre les affections de l'œil et les maladies générales : Etiologie générale de certaines réactions des membranes oculaires ou des milieux de l'œil (réactions conjonctivales, cornéennes, choroïdiennes, iriennes, ciliaires, sclérales, cristalliniennes). — 2° leçon. Examen biomicroscopique de la cornée : La lampe à fente. Le microscope cornéen. La cornée normale à la lampe à fente. Aspects pathologiques : altérations séniles, dégénérescence marginale, lésions traumatiques, buées, bulles, opacités, infiltrations, stries, déchirures de la membrane de Descemet, anneau pigmenté, ligne de Stahli. Kératites : superficielles, interstitielles, profondes. — 3° leçon. Examen biomicroscopique de l'iris : Aspect de l'iris normal et de l'iris pathologique. Anomalies congénitales et altérations séniles. Altérations pathologiques : iritis, iridocyclite, atrophie irienne. — 4° leçon. Examen biomicroscopique du cristallin : Cristallin normal. Cataractes congénitales, séniles, traumatiques, secondaires. Cataractes choroïdiennes. — 5e leçon. Bactériologie oculaire : Examens de laboratoire dans les affections aiguës. Les différents bacilles. Exercices pratiques : culture, coloration, examen. Le laboratoire dans les affections chroniques : tuberculose, lèpre, spirochétose, mycoses. Exercices pratiques. — 6e leçon. L'immunité, la sérothérapie, la vaccinothérapie dans les infections oculaires. Exercices pratiques. Préparation des vaccins. — 7e leçon. L'optique physiologique : Les vices de réfraction : leur mode de détermination. La prescription des verres correcteurs : les nouveaux types de verres, leurs avantages. — 8e leçon. Le décollement de la rétine : Notions pathogéniques. Diagnostic clinique (recherche de la déchirure, technique de son repérage) diagnostic de l'intervention (formes favorables et formes défavorables). — 9e leçon. Syphilis et tuberculose des membranes profondes de l'œil : Aspects cliniques. Caractères différentiels. Indications thérapeutiques. Pronostic. — 10e leçon. Les hypertensions intra-oculaires : Définition et limites de l'hypertension. Hypertension primitive. Hypertension secondaire. Indications thérapeutiques, médicales et chirurgicales. — 11e leçon. Névrites optiques et névrites rétro-bulbaires : Relations entre les névrites et les affections de voisinage. Les névrites de stase. Valeur diagnostique. La ponction lombaire : sa valeur sémiologique. — 12e leçon. Les tumeurs cérébrales : Symptômes oculaires et valeur de localisation. Hémianopsies homonymes. — 13e leçon. Les hémianopsies hétéronymes : Sémiologie. Diagnostic étiologique. Valeur de localisation. Les tumeurs de la région chiasmatique. — 14e leçon. La circulation rétinienne : La circulation rétinienne normale : artérielle, veineuse, capillaire. Troubles de la circulation artérielle. Troubles de la circulation veineuse. Hémorragies rétiniennes. — 15e leçon. Radiothérapie et radiologie oculaires : L'emploi des rayons X en ophtalmologie. Applications. Contre-indications. La radiologie : exploration de la cavité orbitaire et des cavités voisines. Recherche des corps étrangers intra-oculaires. — 16e leçon. Radiumthérapie des tumeurs de l'œil et de l'orbite : Institut municipal de radiumthérapie.

Deuxième série : *Chirurgie oculaire.* — 1re leçon. Opération de la cataracte : Extraction simple et combinée. Complications opératoires et post-opératoires. — 2e leçon. Amélioration de l'opération de la cataracte : Lambeau et pont conjonctivaux. Suture de la cornée. Extraction totale. Extraction à la pique. Discussion des différents procédés. Cataractes secondaires. Indications opératoires. — 3e leçon. Opérations sur la cornée, la sclérotique et l'iris : *a*) Cornée : kératotomie, paracentèse, tatouage, kératocone ; *b*) Iris : iridectomies optiques. — 4e leçon. Opérations antiglaucomateuses : *c*) Sclérotiques : sclérotomies, sclérectomies, cyclodialyse, iridectomies. Traitement du glaucome. — 5e leçon. Ptosis : Procédés opératoires : Motais, Parinaud, Panas, Angelucci, Poulard, de Lapersonne, Gillet de Grandmont. Discussion de leur valeur respective. — 6e leçon. Strasbisme : Orthophorie et hétérophorie. Strabismes latents et confirmés. Traitement orthoptique du strabisme. — 7e leçon. Opérations sur la conjonctive et les paupières : Les autoplasties. Traitement chirurgical de l'ectropion. Réfections palpébrales. Greffes cutanées et muqueuses. Ptérygoïdes et ptérygions. — 8e leçon : Strabisme : Indications du traitement chirurgical Discussion des différents modes d'intervention : ténotomies, avancements, raccourcissement tendineux. Traitement du strabisme paralytique. — 9e leçon. Plaies pénétrantes du globe oculaire : Corps étrangers. Exploration à l'électro-aimant. Examen radiologique. Indications thérapeutiques. — 10e leçon. Opération de l'ectropion : Sutures. Excision de l'orbiculaire. Opérations du trichiasis. — 11e leçon. Opérations sur l'appareil lacrymo-nasal : Dacryoadénites et dacryocystites : indications opératoires. Dacryocysto-rhinostomie. — 12e leçon. Suites éloignées des plaies du globe oculaire : Ophtalmie sympathique. Conséquences médico-légales. Application de la loi 9 avril 1898 sur les accidents du travail. — 13e leçon. Rapports étiologiques et pathogéniques entre les affections du nez, des sinus, de la gorge et des oreilles et les affections oculo-orbitaires. — 14e leçon. Décollement rétinien : Indications opératoires. Procédés récents d'intervention, leurs résultats. — 15e leçon. Symptomatologie, diagnostic et traitement des affections sinusiennes. — 16e leçon. Opérations

sur le globe oculaire et sur l'orbite : Ablation du segment antérieur de l'œil. Enucléation. Exentération. Orbitotomie. Greffes et amélioration des moignons en vue de la prothèse.

Le droit d'inscription est fixé à 300 francs par série. Se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, les lundi, mercredi, vendredi de 14 h. à 16 h. avant le 1er mai, ou à l'A. D. R. M., salle Béclard (Faculté de médecine).

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— Concours de médecin des hôpitaux (ADMISSIBILITÉ). — *Epreuves écrites et cliniques.*

Points obtenus par les candidats, ainsi que le total : MM. Albot (16 ; 11,5 ; 16,5 ; 15,5), 59,5. — Antonelli (12 ; 14 ; 15,5 ; 12), 53,5. — Auzépy (10,5 ; 8 ; 17 ; 13), 48,5. — Bargeton (7 ; 15 ; 12 ; 12), 46. — Benoist (6 ; 11 ; 12 ; 14), 43. — Bernal (18 ; 13 ; 13 ; 10), 54. — Bernard (15,5 ; 17 ; 6 ; 14), 52,5. — Bioy (13 ; 15 ; 10 ; 15), 53. — Bloch dit Bloch-Michel (11 ; 14 ; 14 ; 11), 50. — Bolgert (16 ; 11,5 ; 5 ; 14), 46,5. — Boudin (7 ; 11 ; 15 ; 16), 49. — Bousser (12 ; 15 ; 11 ; 15), 53. — Brocard (16 ; 15, 5 ; 11 ; 16,5), 59. — Brouet (16 ; 13 ; 12 ; 15), 56. — Cachin (13 ; 17 ; 15 ; 18), 63. — Cahen, (13 ; 13 ; 16,5 ; 13), 55,5. — Catinat (10 ; 12 ; 15 ; 14,5), 51,5. — Conte (11,5 ; 14 ; 16,5 ; 13), 55. — Debray (16,5 ; 13,5 ; 15 ; 11), 56. — Delamare (10,5 ; 15 ; 14,5 ; 13,5). 53,5. — Deparis (11 ; 12 ; 16 ; 14), 53. — Duval (10 ; 11 ; 16 ; 17), 54. — Even (13 ; 10 ; 13 ; 13), 49. — Faulong (12 ; 13 ; 11 ; 17), 53. — Fauvert (10,5 ; 15 ; 16 ; 16), 57,5. — Ferroir (7 ; 16 ; 10 ; 13,5), 46,5. — de Font-Réaulx (9 ; 14 ; 17 ; 13), 53. — Fouquet (15,5 ; 13,5 ; 16 ; 14,5), 59,5. — Friedmann (8 ; 19,5 ; 14 ; 15), 56,5. — Frumusan (16,5 ; 18 ; 17 ; 17), 68,5. — Gabriel (6 ; 15 ; 15 ; 15), 51. — Gaultier (7,5 ; 17 ; 12 ; 15), 51,5. — Gilbrin (9 ; 14 ; 15 ; 12,5), 50,5. — de Graciansky (9 ; 13 ; 15 ; 13,5), 50,5. — Hanaut (6 ; 14 ; 14,5 ; 13), 47,5. — Hesse (12 ; 15 ; 12 ; 17), 56 — Israël (11 ; 17 ; 12,5 ; 14), 54,5. — Joseph (15 ; 12 ; 16 ; 19), 62. — Kipfer (12 ; 13,5 ; 12, 5 ; 16), 54. — Klotz Boris (11 ; 17 ; 12 ; 15), 55. — Klotz Henri-Pierre (16 ; 19 ; 12 ; 18,5), 65,5. — Kreis (15 ; 11 ; 6 ; 11), 43. — Lafitte (15 ; 13 ; 13 ; 13,5), 54,5. — Laplane (9 ; 15 ; 14 ; 14), 52. — Lémant (17 ; 11 ; 15 ; 10), 53. — Lemelletier (9 ; 13,5 ; 17 ; 14), 53,5. — Lereboullet (14 ; 10 ; 9,5 ; 15,5), 49. — Lesobre (13 ; 17,5 ; 10,5 ; 14,5), 55,5. — Macrez (9 ; 16 ; 14,5 ; 10), 49,5. — Mahoudeau (7 ; 16,5 ; 14 ; 18,5), 56. — Mallarmé (12,5 ; 14,5 ; 12,5 ; 14), 53,5. — Meyer (15 ; 12,5 ; 9 ; 15), 51,5. — Meyer Heine (10,5 ; 13,5 ; 12,5 ; 16), 52,5. — Netter (13 ; 16,5 ; 15,5 ; 18), 63. — Orinstein (9 ; 7 ; 10 ; 11), 37. — Pautrat (8 ; 12 ; 12,5 ; 13), 45,5. — Perrault (15 ; 18 ; 16,5 ; 15), 64,5. — Poumeau-Delille (15 ; 11 ; 15,5 ; 14,5), 56. — Rambert (14 ; 19,5 ; 16 ; 13,5). 63. — Ribadeau-Dumas (14 ; 10 ; 10 ; 14,5), 48,5. — Rossier (11 ; 14,5 ; 15 ; 18,5), 59. — Salles (13 ; 15 ; 15 ; 14,5), 57,5. — Sallet (5 ; 10 ; 13 ; 12,5), 40,5. — Schwob (16 ; 16 ; 13 ; 16), 61. — Sée (12 ; 11 ; 14 ; 13), 50. — Seringe (8 ; 12 ; 14 ; 10), 44. — Siguier (8,5 ; 16,5 ; 9 ; 17,5), 51,5. — Sterne (12 ; 19 ; 10 ; 15), 56. — Thieffry (6 ; 17 ; 12 ; 10), 45. — Turiaf (10 ; 6 ; 15 ; 15), 46. — Uhry (15 ; 17,5 ; 12 ; 18), 62,5. — Varay (16 ; 12 ; 15,5 ; 14), 57,5. — Weil (13 ; 11 ; 13 ; 13), 50.

Ont été déclarés admissibles : 1. M. Frumusan ; 2. M. Henri Klotz ; 3. M. Marcel Perrault ; 4. M. Marcel, Cachin ; 5, M. Albert Netter ; 6. M. André Rambert ; 7. M. Pierre Uhry ; 8. M. Marcel Joseph ; 9. M. Robert Schwob ; 10. M. François Albot ; 11. M. Jean Fouquet ; 12. M. Henri Brocard.

— Concours de chirurgien des hôpitaux (Nomination). — SÉANCE DU 24 MARS. *Epreuve de médecine opératoire. Questions posées* : Ligature de l'artère cubitale au tiers supérieur de l'avant-bras. — Désarticulation tarsométatarsienne dite de Lisfranc.

Ont obtenu : MM. Petit, 20 ; Aboulker, 24 ; Padovani, 27 ; Mialaret, 24 ; Longuet, 22 ; Cordier, 21 ; Baumann 24 ; Rudler, 25.

SÉANCE DU 25 MARS. *Epreuve clinique.* Ont obtenu : MM. Longuet, 20 ; Baumann, 19 ; Mialaret, 19 ; Padovani, 20.

SÉANCE DU 29 MARS : *Epreuve orale de thérapeutique chirurgicale.*

Ont obtenu : MM. Baumann, 29 ; Padovani, 29 ; Mialaret, 30 ; Longuet, 29.

Total des points obtenus : MM. Padovani, 96 ; Mialaret, 92 ; Baumann, 91 ; Longuet, 89.

SONT NOMMÉS CHIRURGIENS DES HÔPITAUX : MM. Padovani et Mialaret.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — EPREUVE ÉCRITE. Ont obtenu : MM. Aboulker-Kamoun, 24 ; Bérard, 26 ; Gaston, 27 ; Lemaître, 29 ; Lemoyne, 28 ; Leroux-Robert: 30 ; Maspétiol, 28 ; Rémy-Néris, 28 ; Salomon, 27 ; Sergent, 27.

CONSULTATION. Ont obtenu : MM. Aboulker-Kamoun 16 ; Bérard, 18 ; Gaston, 18 ; Lemaître, 19 ; Lemoyne, 18 ; Leroux-Robert, 20 ; Maspétiol, 18 ; Rémy-Néris, 17 ; Salomon, 16 ; Sergent, 16.

TOTAL DES POINTS. Ont obtenu : MM. Aboulker-Kamoun, 40 ; Bérard, 44 ; Gaston, 45 ; Lemaître, 48 ; Lemoyne, 46 ; Leroux-Robert, 50 ; Maspétiol, 46 ; Rémy-Néris, 45 ; Salomon, 43 ; Sergent, 43.

Sont déclarés admissibles : MM. Leroux-Robert, Lemaître, Lemoyne, Maspétiol, Rémy-Néris.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste (Nomination.) — EPREUVE DE MÉDECINE OPÉRATOIRE : Opération donnée : Ligature de la carotide primitive.

Ont obtenu : MM. Maspétiol, 18 ; Leroux-Robert, 19 ; Lemoyne, 18 ; Lemaître, 19 ; Rémy-Néris, 18.

— Répartition dans les services hospitaliers des internes de première année et des externes en premier. — Les séances de répartition des internes de première année et des externes en premier annoncées pour les 30 et 31 mars 1939 ont été reportées aux dates suivantes : internes de première année, mercredi 19 avril à 15 heures ; externes en premier, mercredi 19 avril à 16 h. 30.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE) — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Le prélèvement de 10 % sur les honoraires d'expertise est supprimé depuis le 30 juin 1938

6.090. — M. Pierre Dignac expose à M. le ministre de la Justice que, par suite d'une interprétation, d'ailleurs valable selon les différents ressorts de Cours d'appel, l'Administration de l'Enregistrement continue à prélever 10 p. 100 sur les honoraires alloués aux experts après taxation du juge, et demande si les honoraires d'expertises dont le taux variable est fixé lors de chaque opération, ne doivent pas être considérés comme frais de justice sur lesquels le 10 p. 100 a été supprimé (*Question du 9 juillet* 1938.)

Réponse. — Le décret du 17 juin 1938 paru au *Journal Officiel* du 29 juin 1938 a abrogé le décret du 8 août 1935 portant réduction de 10 p. 100 des droits et émoluments alloués aux experts, administrateurs judiciaires, liquidateurs de sociétés, syndics de faillite et séquestres près les Tribunaux. En conséquence, les mémoires concernant les rapports d'expertises déposés postérieurement au 30 juin 1938 ne sont pas soumis au prélèvement de 10 p. 100.

(*J. O.*, 17 mars.)

Sur le prélèvement de 10 % en matière d'honoraires pour consultations des nourrissons

8.310. — M. Paul Courrent demande à M. le ministre des Finances si le prélèvement de 10 p. 100 prévu par le décret-loi du 16 juillet 1935 doit continuer à être appliqué aux honoraires des médecins pour consultations des nourrissons et la protection des enfants du premier âge, honoraires payés sur les fonds des départements. (*Question du 7 février* 1939.)

Réponse. — Les collectivités intéressées ont la possibilité conformément aux dispositions d'une instruction en date du 8 octobre 1936, d'exonérer du prélèvement les rémunérations dont il s'agit, considérées comme dépenses de personnel

(*J. O.*, 18 mars.)

Une manifestation de sympathie médicale franco-cubaine

Le mardi 28 mars dernier, le Pavillon de Cuba, à la Cité Universitaire, a été le témoin d'une manifestation de sympathie médicale entre les deux pays, comme il serait souhaitable d'en voir un certain nombre entre les différents Etats. Les échanges intellectuels font en effet mieux connaître entre eux les peuples et les individus et c'est là un moyen qu'on ne saurait trop employer pour apprendre à mieux s'apprécier et par conséquent à s'estimer davantage.

L'occasion de cette manifestation intime était la fin des études en médecine de M. Canossa qui venait de passer brillamment sa thèse de doctorat en médecine sur un sujet peu étudié encore : « L'endothélium pulmonaire ».

Le Docteur Figueras, directeur du Pavillon de Cuba à Paris, et Mme Figueras, dont le tact et la courtoisie sont infiniment appréciés par tous ceux qui ont eu le plaisir de les approcher, faisaient les honneurs de leur maison. Rappelons en cette circonstance que la maison universitaire de Cuba est habitée par 72 étudiants et que la tenue de ce pavillon est certainement un modèle.

De nombreux Cubains étaient venus féliciter M. Canossa et entendirent un très délicat discours du Docteur Figueras. Ce dernier, rappelant à son jeune auditeur les efforts qu'il avait fournis, lui fit comprendre en termes pleins de charme que sa thèse constituait pour lui une étape commune à tous les étudiants, celle du passage de la vie plus ou moins facile d'étudiant à celle de la vie toujours sérieuse du médecin.

Le musée-laboratoire Maurice Letulle, ayant été invité à participer à cette manifestation d'amitié était représenté par Mme Blondeau-Clark, conservateur-adjoint du musée, et le Docteur Pierre Labignette, chef du laboratoire de la Maternité de l'hôpital Boucicaut, représentant M. Pierre Normand, conservateur du Musée, empêché au dernier moment de venir lui-même. Des groupes de la Faculté de médecine et des sciences, s'étaient joints aux amis du héros de cette petite fête intime qui marquera certainement dans les annales de l'amitié médicale franco-cubaine.

A. I.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 14 mars 1939, le Conseil a prononcé les admissions ci-après de MM. les Docteurs :

13.674 Agadjanian, 85, avenue de Ségur, Paris (15e). Syndicat des médecins de Paris.

13.675 Baudon, Esbly (Seine-et-Marne). Parrains : Docteurs Baudon, de Creil, et Déjardins.

13.676 Boissonnade, Aumont (Lozère). Syndicat médical de la Lozère.

13.677 Brevière, Mogador (Maroc). Parrains : Docteurs Bonnel et Rault.

13.678 Clavel (Marie), 9, boulevard de Montparnasse, Paris (6e). Parrains : Docteurs Boudin et Molinéry.

13.679 Daniel, Saint-Brévin-les-Pins (Loire-Inférieure). Parrains : Docteurs Hardy et Bourmalo.

13.680 Descottes, Saint-Malo (Ille-et-Vilaine). Syndicat des médecins de l'arrondissement de Saint-Malo.

13.681 Duquesne, Barneville-sur-Mer (Manche). Syndicat médical de Valognes.

13.682 Duvergey, 20, Cours de Verdun, Bordeaux. Syndicat médical.

13.683 Frenay, Nogent-le-Rotrou (Eure-et-Loir). Syndicat des oculistes.

13.684 GOURNAY, 59, rue de Varenne, Paris (7e). Parrains : Docteurs Boudin et Odinet.
13.685 LARDE, Feuquières-en-Vimeu (Somme). Syndicat médical de la Somme.
13.686 LECLERC, Dijon (Côte-d'Or). Société française d'orthopédie.
13.687 LE CROM, Lorient (Morbihan). Parrains : Docteurs Caradec et Vimont.
13.688 LETTRY, Lorient (Morbihan). Syndicat médical de Lorient.
13.689 LEVANNIER, Clichy (Seine). Association médicale de Clichy.
13.690 MARTIGNON, Lagarde (Moselle). Syndicats médicaux de Château-Salins et Sarrebourg.
13.691 PÉRAIRE, 84, boulevard des Batignolles, Paris (17e). Société de médecine de Paris.
13.692 RICHARD, Brouzet-les-Ales (Gard). Parrains : Docteurs Soulier et Sobel.
13.693 ROUX, Veynes (Hautes-Alpes). Syndicat médical des Hautes-Alpes.
13.694 STERIN, Saint-Omer (Pas-de-Calais). Syndicat des médecins de Saint-Omer.
13.695 TANAZAC, Rimogne (Ardennes). Syndicat des médecins des Ardennes.
13.696 VAUTIER, Cambremer (Calvados). Syndicat de l'arrondissement de Lisieux.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune contestation dans les quinze jours qui suivront la présente publication (art. 5 des statuts).

O O O

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Pensionnés de guerre

1.915. — Radiologie à domicile

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner des précisions sur les tarifs suivants :

1o Combien puis-je demander pour des injections sous-cutanées d'oxygène ? Il s'agit d'un malade titulaire d'un carnet de soins et victime de la guerre.

2o J'ai été appelé dans des cliniques de la région pour faire des radioscopies et des radiographies avec mon appareil de rayons X transportable, dans les circonstances suivantes :

a) il y avait un déplacement de 12 km. à l'aller, à faire en montagne

b) j'ai été absent de chez moi une matinée ;

c) l'examen assez prolongé demandait une ou plusieurs radiographies d'un membre au lit du malade et dans la salle d'opération, le repérage radioscopique de la fracture, la réduction de celle-ci sous le contrôle des rayons X. L'examen radioscopique était assez prolongé puisqu'il demandait à être fait avant et après l'application de broches.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir demander à votre collaborateur s'occupant de radiologie ce que je puis demander pour ces examens. J'ajoute que si l'on m'a demandé dans ces cliniques c'est qu'il n'y a pas d'appareil transportable dans la localité.

Réponse

1° Les injections sous-cutanées sont comprises dans le prix de la consultation ou visite.

2° Vous ne pouvez faire de radio sans en avoir donné « avis » à la Commission de contrôle, « le dit avis devra donner motif du traitement et le nombre de séances prévues » (Décret du 31 octobre 1938). Quant au cas de « radiologie au domicile du malade », il est indiqué dans le Décret du 25 octobre 1922 où il est dit qu'il est tarifé : « 1° le prix ordinaire des examens plus 2° une indemnité de déplacement de 50 francs plus 3° le prix de location des appareils au jour de l'examen ». Et il est encore spécifié : « au cas où cette application devrait avoir lieu en dehors de la ville habitée par le médecin, l'autorisation préalable devrait en être demandée à la Commission de contrôle. Dans ce cas, il serait accordé un supplément d'indemnité basé sur la distance et la difficulté plus ou moins grande de transport ». Il y a donc lieu d'indiquer dans cette demande d'autorisation qu'il s'agit en l'espèce, d'un appareil portatif. Quant au prix de l'intervention elle-même, si vous avez doute à ce sujet, vous pourriez demander l'avis du Docteur Aimé, secrétaire général du Syndicat des électro-radiologistes, au siège de ce Syndicat, 60, boulevard de la Tour-Maubourg, Paris (VIIe).

Dr F. DECOURT.

---

b) *Assurances sociales*

1.971. — Sauf interventions chirurgicales spécifiées dans le tarif de réassurance, l'assurée touche un forfait pour un accouchement

Je vous serais très obligé de me donner d'urgence le renseignement suivant concernant une femme d'assuré social.

Dans quelle catégorie — maternité ou maladie — est classé l'acte consistant à provoquer un accouchement avant terme et quel coefficient doit être appliqué à cet acte chirurgical ?

C'est une sage-femme qui, après mon intervention a fait l'accouchement.

Dr B.

Réponse

Le tarif de « maternité » varie avec chaque tarif de responsabilité de la Caisse. Toutefois, d'après le tarif de réassurance des Caisses qui est

d'ordre régional, je puis vous dire ceci : « l'acte consistant à provoquer un accouchement avant terme » suivant votre expression, n'est pas indiqué parmi les « interventions chirurgicales donnant lieu à l'attribution de prestations en nature, en sus de la prestation d'accouchement ». Il est donc compris dans le forfait d'accouchement, lequel pour les villes de moins de 200.000 habitants est fixé à 325 francs » (ce qui est un plafond que les Caisses ne sont pas obligées d'atteindre, ne l'oublions pas). Je vous parle ici de ce que l'assurée peut réclamer à sa Caisse, mais qui, par suite, de « l'entente directe » ne vous lie en rien en ce qui concerne le prix que vous auriez à lui réclamer pour votre intervention personnelle.

Dr F. DECOURT.

1.928. — Indemnité de déplacement sur une même commune, en cas de hameaux séparés

J'ai comme cliente une malade domiciliée dans une commune voisine de la mienne à 9 kilomètres de mon cabinet. Dans la commune où elle habite exerce un médecin. Elle est séparée de son cabinet par une distance de 7 kilomètres. La Caisse d'assurances sociales refuse de lui verser des indemnités kilométriques sous le prétexte qu'il y a un médecin dans la localité. Il me semble pourtant qu'elle a droit du moins à l'indemnité des 7 kilomètres qui séparent son domicile de celui du praticien habitant sa commune, le reste, soit 2 kilomètres, étant entièrement à sa charge.

Dr P.

Réponse

Dans l'arrêté du 7 octobre 1938, fixant le tarif de réassurance des Caisses, il est dit, au chapitre V, alinéa 1er, lequel est consacré aux frais de déplacement du médecin : « ... Lorsque le médecin et le malade habitent deux agglomérations ou hameaux différents situés sur le territoire d'une même commune et que la distance entre le domicile du médecin et celui du malade est supérieure à un kilomètre, l'indemnité kilométrique est comptée, par dérogation à l'alinéa précédent, d'après le double de la distance qui sépare les deux domiciles considérés... ». Par suite votre malade habitant sur la même commune que le médecin le plus rapproché, mais à 7 kilomètres de son domicile, c'est cette distance qui est comptable... s'il n'y a pas — autre part — un médecin plus rapproché de l'assuré. Et par suite, c'est cette distance qu'elle est en droit de réclamer comme minimum de remboursement pour frais de déplacement en ce qui vous concerne, alors que vous étiez éloigné de lui de 9 kilomètres. C'est moi-même qui, il y a

une vingtaine d'années, ai demandé et fait admettre (à la Commission du Tarif des accidents du travail) cette disposition qui fut ainsi reprise dans le tarif de réassurance en matière d'assurances sociales.

D[r] F. DECOURT.

---

c) *Accidents du travail*

1.917. — Infiltrations anesthésiques

J'ai recours à votre obligeance à propos d'une interprétation du tarif des accidents du travail.

A un accidenté (entorse du poignet) envoyé par son médecin habituel, j'ai fait deux infiltrations périarticulaires (méthode de Leriche) et j'ai demandé 50 francs par séance.

La Compagnie me répond :

« Le prix de 50 francs pour les infiltrations périarticulaires (méthode de Leriche) s'entend pour une série d'infiltrations. En conséquence, le 1[er] décembre (lors de la deuxième séance) vous ne deviez compter que 17 francs au lieu de 50 francs. »

J'utilise beaucoup les méthodes de Leriche : infiltrations périarticulaires et périglandulaires, avec d'excellents résultats.

Jamais aucune Compagnie n'avait contesté mes notes d'honoraires où j'applique toujours le tarif à la séance.

(Je parle évidemment d'une infiltration sérieusement faite, au niveau des ligaments, et non d'une injection de novocaïne sous-cutanée.)

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner un conseil sur ce que je dois répondre à cette Compagnie.

D[r] B.

Réponse

La question vient précisément d'être examinée dans une de nos dernières réunions de la Commission du Tarif accidents du travail. Il y fut décidé que les « infiltrations anesthésiques » (au pluriel) sont comptables une seule fois 50 francs pour une même « séquelle de traumatisme », les visites consécutives n'étant justiciables que du prix ordinaire de 17 francs.

D[r] F. DECOURT.

1.954. — Injection de vaccin antitétanique

A propos de votre tout récent article où vous évoquez avec raison l'inquiétude que nous éprouvons tous devant un blessé qui peut « faire du tétanos », je vous pose la question suivante :

En cas d'accident du travail, avons-nous la possibilité, sans nous heurter aux Compagnies, de faire 1° anatoxine, 2° sérum (suivant le conseil de Ramon, Kourilsky, etc., *Soc. Méd. des Hôpit.*, 8 juillet 1938,

Concours Médical, 23 octobre 1938) ce qui permet d'immuniser le blessé pour tout accident ultérieur ?

Dr J.

Réponse

Je ne vois pas en quoi vous auriez un différend avec une Compagnie d'assurances si vous faites une injection antitétanique à un blessé du travail, ce qui est chose courante. Pour la vaccination de Ramon, c est tout aussi bien une injection antitétanique. Néanmoins, cela ne s'expliquerait que difficilement s'il n'y avait pas de plaie car — au compte de la Compagnie — ce n'est pas d'une injection préventive de vaccin en vue d'accidents éventuels ultérieurs qu'elle peut être responsable pécuniairement. Donc cette « vaccination », tout comme une injection antivariolique, ou antidiphtérique ou antityphique ne saurait être mise à son compte. A moins, évidemment, qu'elle accepte à l'amiable de vous la payer, comme une « assurance » sur l'avenir.

Dr F. DECOURT.

2.020. — Soins consécutifs à une intervention à l'hôpital

Pouvez-vous me donner le renseignement suivant : La note d'honoraires pour accidenté du travail opéré et soigné à l'hôpital doit-elle comporter uniquement ce qui est dû pour les actes chirurgicaux ou bien peut-elle comprendre également les visites ou pansements faits après l'intervention.

Je passe tous les jours à l'hôpital et j'en profite pour voir tous mes opérés ; visite sommaire bien entendu.

Dr M.

Réponse

Nous mettons actuellement la dernière main, à la Commission du tarif accidents du travail, à l'établissement d'un « Tarif pour soins à l'hôpital ». Il serait donc prématuré de ma part de nous donner des précisions avant la parution du nouveau tarif à l'*Officiel*. Néanmoins, je puis vous dire dès maintenant que le prix de l'acte opératoire ne comprendra pas les soins consécutifs et qu'il y aura un arrangement spécial à ce sujet.

Dr F. DECOURT.

ASSURANCES SOCIALES

1,965. — Honoraires pour accouchements d'assurées sociales à l'hôpital

Nous nous trouvons en présence d'une offensive des Caisses pour obtenir en faveur des assurés sociaux la gratuité des interventions. Grâce à la Commission administrative, nous avons eu gain de cause en ce

qui concerne la chirurgie et les spécialités, mais la question rebondit au sujet de la Maternité.

Voici la question :

L'hôpital de Nevers a toujours fonctionné comme hôpital et comme clinique ; les chirurgiens ont toujours été honorés par les malades payants, même assurés sociaux, en se conformant toutefois actuellement aux prescriptions de la Circulaire Sellier.

Or, la Caisse départementale soutient que le nouveau tarif de réassurance exempte l'accouchée de toute participation *personnelle* aux honoraires médicaux. Elle se base sur une phrase de la circulaire ministérielle n° 67, relative au tarif de responsabilité (p. 120).

« 2° Si l'accouchement a lieu à l'hôpital public, le tarif de réassurance comporte, la prise en charge « de la totalité des frais exposés, tant ce qui concerne « les frais d'hospitalisation, que les frais médicaux et les frais pharmaceutiques, sans participation de « l'assuré. »

Donc d'après la Caisse, l'accoucheur doit se contenter des 3 ou 4 francs par jour que lui abandonnera peut-être la Commission administrative ; il ne pourr rien faire réclamer à l'accouchée par le receveur hospitalier.

Je soutiens au contraire l'indépendance complète du remboursement et des honoraires médicaux.

Que ce remboursement soit global ou non, c'est affaire entre assurée et Caisse. Quant à l'expression « sans participation de l'assuré », elle veut dire sans ticket modérateur de 20 % (d'après moi).

Si la Caisse départementale persiste dans son interprétation et si cette interprétation vous paraît erronée, seriez-vous d'avis que nous fassions poser une question au ministre ?

Dr L.

Réponse

Voici comment se présente, d'après les textes actuels, la question des honoraires médicaux et chirurgicaux pour soins donnés dans les hôpitaux publics aux assurés sociaux.

D'après l'art. 6, § 15 du nouveau régime des Assurances sociales institué par le décret-loi du 28 octobre 1935, les assurés sociaux sont soignés dans les établissements hospitaliers publics, à des tarifs ne pouvant excéder les tarifs les plus bas appliqués aux malades payants.

Cet article a apporté une innovation par rapport au régime de la loi de 1928-1930, d'après laquelle la limite du tarif le plus bas des malades payants ne s'appliquait qu'aux frais de séjour, abstraction faite des honoraires médicaux. A l'heure actuelle le texte ne fait aucune réserve pour les honoraires des médecins et chirurgiens. L'interprétation de ce changement de rédaction est généralement que cette limitation s'applique aussi bien aux honoraires qu'aux frais de séjour proprement dit.

Telle est du reste l'opinion du ministre du Travail, ainsi qu'il résulte de l'arrêté ministériel du 7 octobre 1938 instituant le tarif de réassurance. Aux termes de cet arrêté, en aucun cas, un assuré social, soigné dans un hôpital public, ne peut être traité à un prix supérieur (frais d'hospitalisation et honoraires médicaux compris) au tarif le plus bas (frais d'hospitalisation et honoraires médicaux également compris) appliqué par ledit hôpital aux malades payants.

En ce qui concerne spécialement l'assurance-maternité, l'arrêté du 7 octobre susvisé prévoit que lorsque l'accouchement a lieu dans un établissement public de soins, le tarif de réassurance est fixé à 100 % du prix de journée le plus bas exigé pour les accouchements payants par l'établissement considéré, ledit prix de journée étant un prix global, comprenant l'ensemble des frais d'hospitalisation, des frais pharmaceutiques et des frais médicaux afférents à l'accouchement.

Dans sa circulaire du 24 novembre 1938 commentant le tarif de réassurance le ministre du Travail, tout en convenant que les Caisses ont la possibilité de fixer un tarif de remboursement inférieur, recommande toutefois, en raison de l'intérêt que présente la protection de la natalité d'adopter, en cas d'accouchement à l'hôpital public, un tarif indentique au tarif de réassurance.

Il résulte de là que le tarif de responsabilité des Caisses doit en règle générale être exactement le tarif d'admission des assurés sociaux dans les maternités publiques. Autrement dit, les assurées ou les conjointes d'assurées sociaux ne doivent supporter aucune participation dans les frais d'hospitalisation publique, puisqu'elles sont dispensées, à la fois par l'art. 9 du ticket modérateur de 20 % et par le tarif de réassurance, de la différence qui existe dans le cas général entre le tarif de responsabilité de la Caisse et le tarif d'admission de l'hôpital.

Ceci ne veut pas dire que les médecins et chirurgiens ne doivent recevoir que le prix de journée forfaitaire de 4 francs par jour. Bien au contraire, dans les hôpitaux publics qui ne sont pas situés dans les villes centres d'enseignement, le tarif de responsabilité de la Caisse, avec laquelle l'hôpital a conclu une convention, peut prévoir des honoraires chirurgicaux à l'acte médical avec application des chiffres-clés de 3,50 et 7 francs au coefficient de la nomenclature générale des actes de chirurgie et de spécialités, le chiffre de 3,50 s'appliquant lorsque le coefficient est inférieur à 24 et le chiffre clé de 7 francs lorsque le coefficient lui est supérieur.

D'autre part, ce tarif ne s'applique que lorsqu'on se trouve en face d'un cas de grossesse ou de suites de couches de nature pathologique entraînant l'application de l'assurance-maladie. Lorsqu'il y a par contre accouchement normal

ou dystocique, les règles à appliquer en cette matière sont celles de l'art. 9 du décret-loi, c'est-à-dire que la Caisse doit verser à l'établissement une prestation spéciale forfaitaire, comprenant dans son ensemble les frais de séjour et les honoraires médicaux.

La prestation doit être différente, par conséquent supérieure à celle de l'accouchement à domicile (art. 9 modifié par le décret-loi du 14 juin 1938).

Aux termes d'une réponse ministérielle n° 829, parue au *Journal Officiel* du 12 novembre 1936, le montant de la prestation maternité versée à l'hôpital public doit être répartie entre le service d'hospitalisation et le Corps médical, suivant les ententes intervenues ou à intervenir entre l'hôpital et le Corps médical.

Enfin la limitation au tarif le plus bas du malade payant qui est le fondement même de l'argumentation actuelle des Caisses, ne peut trouver application que si l'hospitalisation a lieu sous le régime commun de l'établissement envisagé. Au contraire lorsque l'assurée ou la conjointe de l'assuré se fait admettre dans un quartier ou pavillon séparé ouvert aux malades payants, elle doit être considérée comme un malade payant ordinaire et peut se voir réclamer, en conséquence, la différence existant entre le tarif de responsabilité de la Caisse et le tarif d'admission en cette partie spéciale de l'hôpital public.

Ceci résulte implicitement de l'arrêté ministériel du 7 octobre 1938 et explicitement de la convention-type entre Caisses et hôpitaux publics établie par le ministre du Travail et publiée dans le *Journal Officiel* du 8 août 1930 (Art. 5 de cette convention-type).

Dans ce cas le médecin a donc droit à des honoraires complémentaires. Toutefois il résulte de la Circulaire Sellier, généralisant la jurisprudence instituée par le Conseil d'Etat du 21 février 1936 que c'est aux Commissions administratives seules et non aux médecins qu'il appartient de fixer les honoraires médicaux et d'en recouvrer le montant.

J. M.

P. S. — Tous les textes et documents visés par cette réponse se trouvent dans les suppléments mensuels que nous avons publiés sur les Assurances sociales (nos 20, 21, 23).

Soixante et unième année N° 16 16 Avril 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -



Partie Professionnelle

Hôpitaux de l'Assistance publique de Paris

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.

Demi-Colonnes

Renseignements

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 2 fr. pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — ***Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)***

***Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* Concours Médical, *Paris* 167-95.**

N° 115. — Vichy. A céder après décès très ancien cabin. Maison très confort. meublée ou non.

N° 116. — Ouest. A céder très bon poste médic. après décès. Maison confortable.

N° 117. — Dame bonne éducat. connais. sténo-dactylo, sér. référ., cherche place gouvern. secrét. chez doct. ou pharm. Préfér. Touraine. Poitou, Anjou.

N° 118. — Anc. inspect. assur., bien introduit dans milieux médic. cherche situat. visiteur méd. pour un ou plus. laborat. de préfér. région parisienne ou Ouest.

N° 119. — Jne méd. franç. au courant pneumo, radio, labo, désire place assist. sana ou aide, ou remplacem. cabinet phtisiologie.

N° 120. — Paris. Appartem. à vend., prem. étage, 6 pièces, quart. Malesherbes. Renseign. Carnot 13-59.

N° 121. — Bon poste méd. génér. banlieue Paris, à céder de suite.

N° 122. — Pas-de-Cal. Grosse clientèle à céder campagne. Prix 80.000.

N° 123. — Méd. spécialiste tube digestif cherche à aider confr. ville d'eau pendant saison. Sérieuses référ.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Seine-et-Oise. Bon poste en plein rendem. peu déplacem. à céder d'urgence 45.000.

Orléanais. Très anc. client. proximité ville, superbe maison, loyer 5.500. Indemn. 25.000, à déb.

Touraine. Intéres. client. chef.-l. canton, grd rayon à desserv. Maison avec tout conf. moderne. Prix 35.000.

Ouest. Client. urbaine. Méd. gle radio. Ville agréable, prox. plages. A céd. 35.000.

DERNIÈRES NOUVELLES

— Journées médicales belges de 1939. — La séance inaugurale des Journées médicales belges de 1939 aura lieu le samedi 24 juin, à 16 heures, dans la salle Académique de l'Université, place du XX-Mai, Liége. Le Professeur Pierre Mauriac, Doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, fera la conférence d'ouverture.

— Les « médecins amis de la Côte Basque ». — Le dîner annuel des médecins amis de la Côte Basque a eu lieu le 25 mars au restaurant du Chapon fin. Présidé par M. de Rocca-Serra, président du Comité de la Pelote basque, accompagné du peintre Ribera, il réunit autour d'un repas basque le Professeur Marcland, le Professeur Fourneau, le Docteur Morlaas, Docteur et Mme M.-P. et J. Braunberger, Docteur et Mme Farhi, Docteur et Mme Lacau-Saint-Guily, Docteur et Mme Amsler, Docteur et Mme David, Docteur et Mme Colanéri, Docteur et Mme Bellanger, Docteur et Mme Meyer, Docteur et Mme Schreiber, Docteur Hadges (Vichy), Docteur Mignon, Docteur Saidman, Docteur Dally, Mme Boez. Le Docteur Colanéri fit connaître l'extension officielle du groupement, dont l'un des membres a été nommé délégué à la Commission préfectorale de l'urbanisme de la Côte Basque, où il pourra appuyer les revendications sur l'hygiène et le tourisme.

Rappelons que le Docteur Colanéri, secrétaire général, se tient à la disposition de tous ses confrères pour renseignements sur la Côte Basque.

— Comité international de la lumière. — La réunion annuelle du Comité international de la Lumière doit se tenir à Turin, le 27 mai prochain, sous la présidence du Prof. agrégé Jausion, président du C. I. L., mais dans le cadre exceptionnel d'un Congrès de radiobiologie, organisé et présidé par le Prof. Ponzio (27-29 mai 1939).

Un rapport sera présenté par le Prof. Friedrich (Berlin), sur la « lampe ultra-violette standard », suivi des co-rapports du Prof. Deagio (Turin) et du Docteur Saidman (Paris), et de communications de Biancani (Paris), sur : Evolution de l'organisme et radiations ; Casagrandi (Padoue) : Présence des métaux rares dans l'air du littoral marin et dans les zones thermales ; Linke (Francfort) : Phénomène solaire et influence sur la terre ; Reviglio et Sinistrero (Turin) : Chromo-radiothérapie ; Serra et Gagna (Turin) : Modification du pouvoir bactéricicide des substances arsenicales chimiothérapiques et des tissus organiques sous l'action des radiations ; Jausion et Nègre (Paris) : Standard photothérapique et incertitude biologique ; Prof. Rasetti

(Rome) : les applications biologiques des substances radio-actives artificielles ; Prof. Pugno-Vanoni (Padoue) : Action biologique des radiations ; Prof. Jausion (Paris) : Les lois essentielles et les conquêtes récentes de la photo-pathologie, etc.

S'inscrire avant le 1er mai auprès du Prof. Reviglio, 17, rue C.-Colombo, à Turin, 110 (Italie), et s'adresser pour tous autres renseignements au Prof. Jausion, 21, rue Théodore-de-Banville, ou au Docteur J. Meyer, 67, boulevard de Courcelles.

— XXVe Congrès national d'hygiène sociale. — Le XXVe Congrès national d'hygiène sociale se tiendra à la Faculté de médecine de Bordeaux, sous la présidence de M. Georges Risler, membre de l'Institut, les 19, 20 et 21 mai prochain.

Les rapports soumis au Congrès seront relatifs aux résultats obtenus particulièrement dans le département de la Gironde en ce qui concerne la lutte contre les fléaux sociaux et à la coordination dans cette lutte entre l'activité des collectivités publiques et celle des initiatives privées. Ils seront présentés par les Docteurs Petges, Piéchaud, Ginestous, Depierris, Belliard, Réchou, Balard et Forestier, inspecteur général des Services départementaux d'hygiène de la Gironde.

Le Congrès examinera également sur un rapport de Mme Louise Hervieu et du Docteur Brévan la question de l'institution du carnet de santé.

Des visites d'institutions sociales seront organisées à l'occasion du Congrès. Elles comprendront notamment les visites suivantes : la pouponnière des enfants assistés, les piscines municipales, le stade municipal, la cité universitaire, le sanatorium du Haut-Lévêque, le préventorium maritime, l'aérium d'Arès, etc...

La préparation du Congrès est confiée à un Comité bordelais d'organisation sous la présidence du Docteur Rocaz.

La Société nationale des chemins de fer accordera aux congressistes une réduction de 40 % sur le parcours en chemin de fer.

Les adhésions sont gratuites. Elles sont reçues au siège de la Fédération des œuvres girondines de l'Enfance, 168, cours de l'Argonne, à Bordeaux, et au siège de l'Alliance d'hygiène sociale, 5, rue Las-Cases, Paris.

— Prix de la Faculté de médecine de Paris. — Par décision du Conseil de la Faculté du 23 février 1939, les prix suivants (1938) ont été attribués :

Prix Bernheim : M. Vincent. — *Prix Boulay* : M. Paul Guérin. — *Prix Barbier* : M. Faugeron. — *Prix Déroulède* : M. Cornilleau. — *Prix Desmazes* : M. Vieuchange. — *Prix Jeunesse (hygiène)* : Mlle de Colonjon. — *Prix Segond* : M. Chevallier.

— Par décision du Conseil de la Faculté du 23 mars 1939, les prix suivants (1938) ont été attribués :

Prix Girard-Martinet : M. Klotz. — *Prix Selig-*

mann : M. Hector, M. Roche. — *Prix Léri* : Mme Robin. — *Prix Monthyon* : M. Fethke. — *Prix Rigout* : M. Bouyssy. — *Prix Châteauvillard* : M. Seringe.

— **Agrégation de médecine.** — La Commission d'agrégation se réunira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 17 avril 1939, pour procéder au tirage au sort en vue de la constitution des jurys du concours d'agrégation de médecine de 1939.

— **Prix Etienne Taesch** (Donation faite par Mme Constance-Françoise Nicolay, sa veuve). — Ce prix est décerné annuellement à un docteur en médecine français ou à un étudiant en médecine français, de préférence ancien interne ou interne des hôpitaux, âgés l'un ou l'autre de moins de 30 ans, ayant peu de ressources, dont il paraît utile pour la science de favoriser les recherches scientifiques.

Les candidats au prix Etienne Taesch doivent faire acte de candidature avant le 1er juin de chaque année, par lettre adressée au secrétaire général de l'Association française d'urologie.

Ils joindront à leur candidature la liste des travaux déjà publiés par eux et le texte original de ceux de ces travaux qu'ils jugent particulièrement dignes de retenir l'attention du jury.

Les candidats devront joindre également à leur candidature un aperçu sur les recherches qu'ils ont l'intention d'effectuer et pour lesquelles ils sollicitent le prix.

Ils s'engageront, si le prix leur est décerné, à publier dans les deux ans qui suivront la proclamation du prix, un travail sur ces recherches et sur leurs résultats.

Ce travail ou un résumé de ce travail pourra être publié à la suite des comptes rendus du Congrès annuel de l'Association française d'urologie.

Le prix sera publiquement décerné pendant l'Assemblée générale du Congrès de l'Association.

Pour l'année 1939, le prix Etienne Taesch sera de 6.000 francs. Adresser les inscriptions avant le 1er juin 1939, à M. le Docteur L. Michon, secrétaire général de l'Association française d'urologie, 40, rue Barbet-de-Jouy, Paris (VIIe).

— **VIe Congrès international d'hygiène scolaire** (Lille, 8 et 9 juillet 1939). — Un Congrès d'hygiène scolaire de langue française aura lieu les 8 et 9 juillet 1939 à Lille, à l'occasion de l'Exposition du Progrès social, sous le haut patronage de M. le ministre de la Santé publique.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général du Congrès : M. Porez, 68, rue Brûle-Maison, Lille (Nord).

— **Bordeaux.** — *Prix Le Dantec de médecine coloniale* (1938). — Le prix Le Dantec de médecine coloniale a été attribué, au titre de l'année 1938, à MM.

BLANC et BORDES, médecins des troupes coloniales, professeurs agrégés de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales, pour leur ouvrage : Les maladies exotiques dans la pratique médicale des pays tempérés.

Une mention très honorable a été attribuée à M. PARAMANANDA MARIADASSOU, médecin colonial, à Pondichéry, pour ses ouvrages, publiés en 1928, sur la médecine traditionnelle de l'Inde, savoir : L'hygiène locale et La matière médicale ayulvédique.

— **Fondation ophtalmologique Adolphe de Rotschild.** *Internat.* — *Question sortie* : Valeur séméiologique de la stase papillaire. — *Questions restées dans l'urne* : Manifestations oculaires du tabès. Formes cliniques et diagnostic des rétinites dites albuminuriques.

Sont nommés internes : MM. Viellard, Hoang-Xuan-Man, Nguyen-Khac-Tean, Nénault, James, Maurice Perrin ; *internes provisoires* : MM. Kola, Cleper, Itzi.

— **L'Association des médecins-conseils et contrôleurs** tiendra son IVe Congrès national annuel à Nice, du 26 au 29 mai 1939, sous la présidence du Professeur Vanverts.

Cette Association, organe technique d'étude et d'information, a inscrit, à l'ordre du jour de son congrès, les trois questions suivantes, étudiées spécialement depuis plusieurs mois dans les groupements de l'Association et qui font chacune l'objet d'un rapport général qui sera publié, avant le congrès, dans « Le Médecin-Conseil ». Ces trois questions sont les suivantes :

1° Le contrôle des assurés assistés ;
2° Le contrôle des soins spéciaux ;
3° Les Commissions techniques maladie-maternité.

M. le ministre du Travail et M. le ministre de la Santé publique seront représentés aux séances de travail et aux différentes manifestations du Congrès.

Les membres de l'Association ont reçu le programme détaillé du Congrès avec toutes les indications concernant les facilités obtenues pour leur voyage et leur séjour.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au secrétaire général de l'Association des médecins-conseils et contrôleurs, 60, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** — *Concours de médecin adjoint.* — Deux places de médecin adjoint des hôpitaux de Bordeaux sont mises au concours. Les épreuves commenceront le mardi 4 juillet 1939.

Les concurrents déposeront au secrétariat des hospices, cours d'Albret, 91, à Bordeaux, avant le 20 juin 1939 : 1° Les pièces prouvant qu'ils ont au moins 25 ans accomplis et qu'ils sont Français ou naturalisés français et un certificat de bonnes vie et mœurs ; 2° Leur diplôme constatant qu'ils sont depuis deux

ans au moins docteurs en médecine de l'une des Facultés françaises et une note de leurs titres scientifiques. La Commission pourra néanmoins par délibération spéciale admettre à concourir les anciens internes des hôpitaux et hospices de Bordeaux qui compteraient une année au moins de doctorat. 3° L'engagement de se conformer au règlement du Service de santé des hôpitaux et hospices de Bordeaux.

— **Naissances.** — Le Docteur et Madame Pierre Gardien sont heureux de vous annoncer la naissance de leur fils *Jacques*.

Limoux (Aude), le 18 mars 1939.

Nos sincères compliments.

— Le Docteur et Madame S. Desreumaux Denys sont heureux d'annoncer la naissance de leurs filles *Marie-Madeleine* et *Chantal*.

Dunkerque, 30, rue du Maréchal-Foch, 1er avril 1939.

Nos sincères félicitations.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Conseillers techniques sanitaires

M. le Professeur Etienne Sorrel, chirurgien des hôpitaux de Paris, est nommé conseiller technique sanitaire au ministère de la Santé publique pour la tuberculose chirurgicale.

(*J. O.*, 28 mars 1939.)

Enseignement de la médecine

La chaire de médecine légale de la Faculté de Lyon (dernier titulaire : M. Etienne Martin) est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication au *Journal Officiel*, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

(*J. O.*, 29 mars 1939).

Hôpitaux

Circulaire du 27 mars 1939 concernant les instructions relatives au contrôle du calcul du prix de journée dans les hôpitaux.

(*J. O.*, 28 mars 1939).

Hôpitaux psychiatriques

Avis relatif au concours du médicat des hôpitaux psychiatriques

Le concours ouvert au ministère de la Santé publique pour le recrutement de quinze médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques, dont la date avait été primitivement fixée au 24 avril 1939, est reporté au 5 juin 1939. (*J. O.*, 29 mars 1939.)

Par arrêté en date du 23 mars 1939, M. le Docteur Fretet, médecin directeur de l'hôpital psychiatrique de Sarreguemines, est nommé médecin-chef de service à la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher), en remplacement de M. le Docteur Vallade, affecté à l'hôpital psychiatrique de Pierrefeu (Var).

(31 mars 1939.)

Par arrêté en date du 23 mars 1939, M. Soulairac, reçu au concours du médicat des hôpitaux psychiatriques en 1938, a été nommé médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique autonome d'Armentières, en remplacement de M. Adnes, affecté à l'hôpital psychiatrique de Châlons-sur-Marne.

(2 avril 1939.)

Tarif pharmaceutique

Arrêté du 21 mars 1939 fixant le tarif pharmaceutique interministériel

(*J. O.*, 30 mars 1939.)

Brevet d'infirmières

Avis aux infirmières et assistantes sociales candidates à l'examen prévu par l'arrêté du 7 décembre 1938 (Journal Officiel du 8 décembre 1938).

1° Liste des établissements dans lesquels les candidates à l'examen devront avoir exercé, à titre professionnel, pendant plus de dix ans.

A. — Pour les hospitalières

Hôpitaux et hospices publics.

Hôpitaux et hospices privés rentrant dans les catégories visées à l'article 13 du décret du 18 février 1938.

Hôpitaux psychiatriques publics et asiles privés faisant fonction d'asiles publics.

Sanatoria publics et sanatoria agréés par le ministère de la Santé publique, recevant des malades au titre de l'Assistance médicale gratuite.

Maisons maternelles départementales et communales.

Maisons maternelles privées rentrant dans les catégories visées à l'article 13 du décret du 18 février 1938.

B. — Pour les assistantes sociales

Les dispensaires publics d'hygiène sociale.

Les dispensaires privés d'hygiène sociale rentrant

dans les catégories visées à l'article 13 du décret du 18 février 1938.

Les dispensaires de protection maternelle et infantile relevant des collectivités publiques.

Les dispensaires de protection maternelle et infantile privés rentrant dans les catégories visées à l'article 13 du décret du 18 février 1938.

Les services d'assistance scolaire relevant des départements ou des communes.

Le service social auprès des Tribunaux pour enfants.

Le service social à l'hôpital.

Les services sociaux créés par des établissements et organismes publics, services en régie concédés ou entreprises subventionnées assurant un service public.

Les services sociaux des Caisses de compensation et des Caisses d'allocations familiales.

Les services sociaux relevant des institutions privées rentrant dans les catégories visées à l'article 13 du décret du 18 février 1938.

2° Liste des emplois supérieurs visés à l'article 1er de l'arrêté du 7 décembre 1938.

A. — Pour les hospitalières

Directrices d'hôpitaux.

Surveillantes ou infirmières chefs (indiquer le nombre d'infirmières placées sous leurs ordres et le nombre de malades placés sous leur surveillance).

B — Pour les assistantes sociales

Visiteuses chefs.

Assistantes sociales, chefs de service, ayant au moins trois assistantes sociales sous leurs odres.

(*J. O.*, 30 mars 1939.)

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Conditions de perception de la contribution nationale de 2 % sur les salaires des domestiques

8.098. — M. Joseph DENAIS demande à M. le ministre des Finances comment les dispositions arrêtées pour la perception de la Contribution de 2 p. 100 joueront à l'égard des domestiques attachés à la personne, soit de manière permanente, soit de manière accidentelle (femme de ménage), en particulier si la prescription relative à la tenue d'un livre de paye peut être étendue à leurs employeurs. (*Question du* 19 *janvier* 1939.)

Réponse. — Etant donné que les gens de maison sont, d'une manière générale, inscrits aux Assurances sociales et que les rémunérations qui leur sont allouées sous forme d'avantages en nature (logement, chauffage, éclairage, nourriture, habillement, etc.) sont exonérées de la contribution nationale

extraordinaire, les personnes qui utilisent leurs services n'ont pas à pratiquer de retenue, au titre de cette contribution, dans tous les cas où le montant net du salaire en argent qu'elles leur versent n'excède pas 7.000 francs par an. Pour les gens de maison dont les gages, avantages en nature non compris, seraient supérieurs à ce chiffre, la retenue doit être opérée sur le montant de ces gages, d'après les indications contenues dans le barème mis gratuitement par l'Administration à la disposition des employeurs. Ceux-ci doivent prendre note, dans ce dernier cas, des sommes qu'ils ont payées et des retenues qu'ils ont effectuées afin d'être en mesure d'en justifier s'il y a lieu, mais ils ne sont pas tenus d'avoir un véritable livre de paye. Il convient enfin de remarquer que le montant des retenues ainsi faites étant, en général, inférieur à 100 francs, pourra n'être versé au percepteur des Contributions directes que dans les dix premiers jours des mois de juillet et de janvier pour le semestre écoulé.

(*J. O.*, 18 mars 1939.)

Honoraires pour soins donnés à l'hôpital aux assurés sociaux assistés

5.080. — M. Armbruster, sénateur, demande à M. le ministre de la Santé publique s'il est légal de faire entrer en ligne de compte le montant des honoraires médicaux et chirurgicaux versés par les Caisses d'assurances sociales pour leurs assurés bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite traités dans un établissement hospitalier pour calculer la quote-part incombant au Service départemental d'assistance dans les frais de séjour de ces mêmes assurés, étant donné, que, par application d'une circulaire de son département, du 6 mars 1935, le prix de journée appliqué aux assurés sociaux assistés est celui de l'Assistance médicale gratuite, ou si, au contraire, lesdits honoraires ne devraient pas être reversés au Corps médical de l'établissement hospitalier. (*Question du 8 décembre 1938.*)

2e *réponse.* — Conformément aux dispositions du chapitre II, section D), de la Circulaire interministérielle du 28 août 1937, prise en application de l'article 19 du décret-loi du 28 octobre 1935, les prestations dues par la Caisse d'assurances sociales, en cas d'hospitalisation d'un assuré indigent, fixées par son tarif de responsabilité, comprennent le prix de journée d'hospitalisation et le forfait afférent aux honoraires médicaux diminué de 20 p. 100. L'Assistance supporte la charge de la différence éventuelle entre le prix de journée de la Caisse et celui auquel l'établissement soigne les bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite. Quant au 20 pour 100 de réduction que subit le forfait concernant les honoraires médicaux, l'Assistance en conserve également la

Voir la suite page LIX-1101

PROPOS DU JOUR

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR L'HYGIÈNE ALIMENTAIRE ET LES RÉGIMES

Loin de nous la pensée de critiquer les travaux de laboratoire sur l'hygiène alimentaire. En calculant le nombre de calories que peut fournir chaque aliment, en établissant le nombre de ces calories indispensables à l'exécution d'un travail, les chimistes biologistes établissent des bases qui permettent de fixer d'une façon à peu près certaine ce qu'il convient de prévoir pour alimenter une collectivité (armée, personnel d'une usine fournissant un travail donné, etc.). Mais il faut se garder de conclure de l'hygiène alimentaire collective à l'hygiène alimentaire individuelle. C'est ce qui a fait l'objet d'une communication au XXV[e] *Congrès français d'hygiène*, tenu à l'Institut Pasteur, d'un hygiéniste M. Albert DANIEL qui, avec son frère le Docteur Gaston DANIEL, a réuni dans deux gros volumes, *Arts et Techniques de la santé*, toutes les données d'une véritable encyclopédie de l'hygiène. M. Albert Daniel évoque à propos des régimes les sages préceptes d'Hippocrate. Il ne convient pas d'accepter sans réserves et sans critique toutes les conceptions du Père de la médecine, mais nous devons constater combien les lois naturelles qu'il a exprimées méritent encore aujourd'hui de servir de règles tant au point de vue de l'hygiène alimentaire de l'homme sain que des régimes thérapeutiques à imposer aux malades.

Dans le traité *De l'ancienne médecine*, Hippocrate établit que l'origine de l'art du médecin a été dans la recherche par l'homme d'aliments différents de ceux des animaux, aliments qui, sélectionnés et modifiés par la cuisson, permettent à l'homme d'éviter la souffrance et la maladie. « A de telles recherches, a écrit Hippocrate, à de telles inventions, quel nom donner plus juste et plus convenable que celui de médecine : médecine trouvée pour la santé, pour la nourriture, pour le salut de l'homme, changement de ce régime (alimentation commune aux autres animaux) qui ne lui avait causé que souffrance, maladie et mort ? » (1).

Et Hippocrate fait remarquer que pour les hommes en parfaite santé, le médecin doit choisir des aliments et des boissons différents quand ces hommes se livrent à la gymnastique et exécutent des travaux pénibles qui nécessitent une alimentation capable d'accroître leurs forces.

La médecine préventive au point de vue de l'hygiène alimentaire a donc précédé la médecine proprement dite qui s'occupe des malades et qui a dû rechercher avec la même méthode le régime qui convenait le mieux à chacun. Hippocrate s'aperçoit par exemple qu'une nourriture solide ne pouvait être tolérée par certains malades qu'on devait alimenter avec des bouillies, que même les bouillies ne pouvaient être supportées par d'autres auxquels il fallait se borner à donner de simples boissons.

« Celui qui est appelé médecin, celui qui, de l'aveu de tous, possède un art, écrit encore Hippocrate, et qui a découvert le régime et l'alimentation des malades, semble-t-il avoir suivi une autre route que celui qui, changeant à l'origine, le genre de vie sauvage et brutal des hommes, les amena à la nourriture qui est aujourd'hui la nôtre ? Selon moi, la méthode est la même, la découverte est identique. »

Et Hippocrate insiste sur les souffrances qu'une abstinence intempestive peut provoquer tout aussi bien, selon les cas, qu'une intempestive réplétion. Il fait remarquer encore les inconvénients qui peuvent résulter d'un trouble apporté dans l'heure des repas, quand cette heure est déterminée par les exigences de la santé des individus. Il condamne la pratique de ceux qui se basent sur des hypothèses pour fixer un régime à un malade.

Hippocrate ajoutait une importance très

(1) Œuvres d'Hippocrate. Trad. de Littré.

→→

grande à la réglementation de l'alimentation des malades. Un des plus importants traités de ses œuvres est celui *Du régime dans les maladies aiguës* où il insiste sur le danger qu'il y a à alimenter les malades au plus fort d'une maladie aiguë et de la prudence dont il faut faire preuve quand, après l'abstinence, on ramènera le malade à l'alimentation normale. Après avoir minutieusement observé les différents cas, il en déduit par un raisonnement bien établi le régime qu'il doit prescrire et il en est de même pour les maladies chroniques.

On a abusé des régimes théoriques à notre époque et on commence à réagir contre ces abus, car on n'a pas tardé à constater que la théorie et les recherches de laboratoire ne donnaient pas toujours de bons résultats dans la pratique.

Dans l'Introduction de son excellent livre : *Les régimes chez l'enfant* (1), le Docteur L. BABONNEIX fait remarquer que les recherches nouvelles ont établi des notions de carence et d'équilibre qui ont quelque peu bouleversé les règles de l'alimentation qu'on avait coutume de donner aux enfants.

« Des conservateurs ou des révolutionnaires, lesquels choisir ? écrit le Docteur Babonneix. Problème dont la solution ne s'avère pas facile ! Reléguer au magasin des antiquités les régimes de nos pères, c'est oublier que, selon la fine observation de M. J. RENAULT et de Mme C. DE TANNENBERG, « ils ont permis jusqu'ici à l'humanité de subsister et de s'accroître ». Accepter sans discussion les théories à la mode, c'est ignorer que quelques-unes pourraient bien prochainement être soumises à la « déflation » ou à la « dévaluation ».

(1) L. BABONNEIX : Les régimes chez l'enfant. Masson et Cie, édit.

L'idéal serait de concilier passé et présent, de prendre à chacun ce qu'il a de bon, de « se commettre à nature », selon la jolie expression du plus grand des essayistes, sans renoncer pour cela à tirer bénéfice des conceptions actuelles dans ce qu'elles ont de moins conjectural, en un mot de se livrer « à un travail d'abeille », afin de « recueillir un miel exquis. »

C'est là le langage de la raison et du bon sens, celui d'un vrai médecin. L'être humain ne saurait être considéré comme une cornue de laboratoire. Il faut tenir compte non seulement de ce qu'il est vivant mais de ce qu'il a son individualité propre. On ne saurait appliquer identiquement à deux sujets différents les mêmes règles alimentaires et nous conclurons par ce passage emprunté aux *Propos de Compagnon* du Docteur Paul VOIVENEL (1).

« Et on démolit davantage les gens, leur estomac et leur énergie, avec ces pâtes et ces nouilles mélancoliques, et ces légumes à l'eau insipides, qu'en leur laissant manger des choses qu'ils désirent, et que leur désir les aide à supporter et à utiliser. J'affirme que *le surmenage du goût commence au dégoût*. Les glandes stomachales qui bénéficient tant — on l'oublie trop — de cette imagination « qui met l'eau à la bouche », font aux nouilles, officialisées et sacro-saintes, la réception « aimable » d'une maîtresse de maison à la personne qui lui coupe l'appétit. »

J. NOIR.

(1) *L'Archer*, janvier 1939, pages 30 et 31.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LE TÉTANOS POST-ABORTUM (1)

Par le Professeur E. MÉRIEL (de Toulouse)

Le 8 novembre entrait d'urgence, dans un service de médecine de l'Hôtel-Dieu, une jeune femme de 28 ans, au faciès anxieux et pâle, et qui présentait du trismus invincible des maxillaires. Cette contracture des maxillaires, l'empêchait de répondre facilement aux questions de l'interne de garde. Il n'y avait pas de suppuration apparente des régions maxillaires, pas de douleurs d'origine dentaire ; la température était à 37°2 et le pouls bien frappé à 90.

Mais des renseignements fournis peu après son admission par le médecin traitant, apprirent que la malade avait elle-même provoqué, trois jours auparavant, un avortement de deux mois environ, par l'introduction dans l'utérus d'une sonde en gomme — non bouillie assurément. Sur le produit expulsé, le médecin ne put fournir de précisions, attendu qu'il n'avait été appelé auprès de la malade qu'en raison de l'abondance d'un écoulement sanguinolent et malodorant, après quoi il avait ordonné le transport d'urgence à l'Hôtel-Dieu.

Ces antécédents et l'existence du trismus, firent penser au tétanos, et le service de médecine fit alors évacuer la malade dans la section des isolés. C'est à ce moment que nous fûmes appelé à contrôler le diagnostic de tétanos après avortement, et à prendre la direction du traitement. Les commémoratifs d'avortement furent, en effet, confirmés, à défaut de mots bien articulés, par une mimique assez expressive. Le toucher vaginal montra un col ramolli, effacé, entr'ouvert et un corps utérin gros et mollasse. Le doigt explorateur ramenait des écoulements roussâtres et de fort mauvaise odeur. De plus, il y avait un peu de colostrum à l'expression mammaire. Il n'était plus douteux qu'il s'agissait d'accidents infectieux post-abortifs, mais avec cette particularité de la contracture massétérine, du rire sardonique par instants, quand la malade essayait d'articuler un mot : en d'autres termes, nous nous trouvions en présence d'un cas de tétanos succédant à un avortement provoqué par un instrument septique.

Si les cas d'infection locale post-abortive, voire même de septicémie, ne sont pas rares dans les avortements provoqués, je dois vous dire, tout de suite, que les cas de tétanos attribuables à l'acte abortif, ne sont pas — il s'en faut — aussi fréquents. On en connaît une cinquantaine de cas publiés, d'après la statistique récente de Mondor, dans son bel ouvrage sur les *Avortements mortels*.

Bien que la fréquence en soit restreinte, je ne veux pas cependant laisser passer le cas actuel sans vous en parler, avec quelques détails, pour vous donner une nouvelle preuve du danger que présente, quelle qu'en soit la forme, toute manœuvre d'avortement criminel. Trop de femmes en acceptent encore sans réfléchir, ou par ignorance, les risques souvent mortels, pour ne pas vous instruire de toutes les éventualités — même les plus rares — que vous pourrez observer, afin de vous engager aussi à avertir ces malheureuses du danger grave que leur ferait courir une détermination désespérée et irréfléchie.

Notre malade, âgée de 28 ans, avait déjà eu deux enfants ; son amant l'ayant quittée, elle décida d'interrompre la nouvelle grossesse débutante et pour cela, s'introduisit dans l'utérus, une sonde urétrale en gomme. Cette manœuvre fut-elle complétée par une injection intra-utérine, comme cela arrive souvent ? Nous n'avons pas pu le savoir à cause de la difficulté pour la malade à s'exprimer. Le fœtus a été expulsé, nous a dit le médecin, les membranes incomplètement, comme c'est probable, et voilà que trois jours après son avortement, des accidents de plus en plus graves apparaissent et se développent avec une rapidité foudroyante.

L'utérus a donc été contaminé par l'instrument septique. Voilà un fait qu'il faut examiner de près. Cette malpropreté ne suffirait pas à provoquer le tétanos ; il y faut une contagion plus septique encore. « Dans deux cas allemands, paraissant imputables à la même sage-femme, écrit Mondor, et rapportés par Schöttmuller,

(1) Leçon professée à l'Hôtel-Dieu le 21 novembre 1938.

l'enquête des experts permit d'établir que la source des bacilles tétaniques siégeait dans la couche de vernis de la sonde dont se servait la matrone ». Voici donc l'explication attendue, qui peut être également invoquée pour notre cas. On en connaît du reste un semblable : celui de la malade de Joris qui, pendant trois semaines se livra à des manœuvres intra-utérines avec une sonde en gomme.

L'étiologie par l'introduction d'une sonde en gomme septique est donc démontrée et nous pouvons dès lors l'admettre pour le cas qui nous occupe. D'ailleurs, la présence du bacille de Nicolaïer, dans ces formes de tétanos abortif, a été reconnue dans les écoulements utérins, dans les débris placentaires recueillis par la curette et jusque dans les parois de l'utérus. Le microbe de Nicolaïer, ainsi introduit par le moyen de la sonde, trouvera dans l'utérus les associations microbiennes qui faciliteront son développement. C'est en effet une notion admise que les microbes étrangers au bacille de Nicolaïer absorbent l'activité des phagocytes et les empêchent d'englober les spores tétaniques, laissant ainsi ces dernières produire toute leur action nocive. C'est là ce qui se passe dans toute infection tétanique accidentelle : en même temps que les spores tétaniques, des microbes multiples sont introduits dans la plaie ; ils provoquent la formation de pus et détournent l'activité phagocytaire des leucocytes, permettant ainsi le développement du bacille tétanique, comme il ressort des expériences classiques de Vaillard, Vincent et Rouget. Je vous rappelle enfin que les expériences de Tullock ont démontré que la toxine du bacille perfringens favorise la germination des spores tétaniques. Tel est donc le mode d'action du tétanos associé aux autres bacilles qu'il va rencontrer dans l'utérus.

L'inoculation une fois réalisée, ses effets commencent à se montrer dans les deux ou trois premiers jours, dans les cas prompts — tel le nôtre (trois jours) — d'autres fois entre huit et douze jours. C'est en général vers le quatrième ou le huitième jour (Mondor) que naissent les accidents. Ceux-ci se déroulent suivant le type classique et caractéristique. Chez notre malade, le trismus, très serré, empêchait l'articulation d'une parole, si bien que l'intelligence étant conservée, la malade pouvait répondre difficilement aux questions posées et le plus souvent par une mimique du visage exprimant l'affirmative ou la négative. Tandis que chez d'autres malades « la tête est en extension forcée, le tronc raidi, les bras immobilisés en flexion, les membres inférieurs étendus et rigides », chez la nôtre, ces symptômes n'existaient pas au même degré. Elle avait bien la figure figée, le rire sardonique, et une contracture plus marquée au niveau de la nuque, mais il existait aussi des douleurs au niveau des masses musculaires occipitale et scapulaire. Elle ne présentait pas d'attitude en opisthotonos, la température était à 39°3 et le pouls à 90.

Nous n'avons pas remarqué ici la présence de spasmes et de contracture au niveau de la paroi abdominale, de la région lombo-sacrée, et des membres inférieurs, « comme si la toxine avait accentué ses effets sur les segments de la moelle qui répondent à l'organe d'où est partie l'infection, phénomène analogue à celui qu'on observe dans les tétanos partiels » (Courtellemont).

Dans d'autres cas, Sicard a montré que ce sont les spasmes pharyngés qui dominent la symptomatologie. Pas de contracture des membres, à peine du trismus, pas d'abdomen rétracté mais, par contre des secousses convulsives accompagnées de dysphagie, des crises de dyspnée intense, avec cyanose. Ces crises deviennent plus fréquentes et produisent la mort par asphyxie.

Il est à remarquer que tous ces symptômes ne s'accompagnent pas d'élévation notable de température, sauf à la période terminale ; chez notre malade, le thermomètre n'est monté à 40° et même 40°4 qu'au moment de la mort, laquelle est survenue par asphyxie après une période de respiration de plus en plus difficile et bruyante. C'est la terminaison habituelle de ces tétanos splanchniques. « Cette localisation des spasmes au larynx et au pharynx, au cours des tétanos splanchniques a été fort discutée, écrit Sicard. Elle s'explique facilement cependant par l'innervation vago-sympathique des muscles pharyngés et laryngés ».

La forme clinique, où l'incubation fut de trois jours et évolua en totalité en six jours, que nous avons observée, appartient au tétanos suraigu. Mais toutes les formes cliniques peuvent s'observer depuis ce tétanos suraigu jusqu'au tétanos chronique. D'après Auvray et Frantz, la proportion de tétanos chronique serait assez élevée. On connaît peu de tétanos intermittents analogues au cas de Pagniez et Rivoire. Enfin, on a observé une autre forme, avec crises de contracture particulièrement violentes sur le pharynx et la glotte, qu'on a appelé le tétanos hydrophobique. Robert Worms a observé huit jours après la fausse couche, un tétanos mortel en trois jours marqué par des signes pharyngo-laryngés sans qu'il y ait eu contracture des membres ou des muscles du rachis.

Quelle que soit la forme, le pronostic est sévère comme le montrent les chiffres de mortalité : 88,67 % (Vinay), 86 % (Sepet). Auvray et Frantz, totalisant les cas publiés depuis Sepet, au Congrès de Marseille, en 1934, relèvent 35 cas de mort, 6 guérisons, pour 41 cas de tétanos, soit 85,36 % de mortalité. Les statistiques allemandes sont aussi sévères, leurs chiffres

occusent de 89 à 93 % de mortalité. Les cas récents rapportés par Mondor n'améliorent pas le pronostic puisque les malades de Sepet et Bardou, de Rougemont et Clavel, de Worms et de Mondor, ont tous succombé. A ce total de 56 cas, ajoutons celui de ma malade morte en six jours après la fausse couche ; le pourcentage reste invariablement le même.

Cette gravité ne tient pas à la difficulté de diagnostic : il est, en général, facile à faire. Mais il n'y a pas de cas, sauf celui de Sicard, où le diagnostic ait été fait avant les signes classiques. Pour ce diagnostic précoce, il faudrait pouvoir constater l'exagération de l'excitabilité musculaire au voisinage de la blessure avant toute manifestation tétanique, ce qui ne peut guère se faire dans la pratique. En effet, des raisons intimes imposent longtemps le silence au malade et on ne peut assez tôt obtenir des aveux utilisables pour faire un diagnostic et un traitement précoce. Par la force des choses, ce sera toujours un diagnostic retardé.

D'autre part, dans les formes à spasmes pharyngo-laryngés, le diagnostic reste hésitant. Les accidents de contracture musculaire réflexe dus à la dent de sagesse, à l'urémie convulsive, à la méningite cérébro-spinale, à la tétanie puerpérale, à l'empoisonnement par la strychnine, seront par les antécédents l'objet d'une discrimination assez facile.

Les cas de mort subite, après avortement posent parfois certaines difficultés de diagnostic au médecin légiste et l'on incriminera alors les embolies cérébrales (gazeuses, graisseuses ou caustiques). On tiendra le plus grand compte dans les commémoratifs du fait que la conscience était demeurée intacte lorsqu'il s'agit de tétanos.

Le tétanos post-abortum a-t-il bénéficié de la sérothérapie curative, avec les adjuvants modernes ? Est-il d'autre part susceptible à la sérothérapie préventive que Simon, Wolgemuth et Schneider ont systématiquement prescrite dans les avortements ? Il est difficile de le dire. On peut espérer cependant que l'anatoxine de Ramon pourra améliorer le pronostic chez les femmes « en mal d'avortement » (Mondor).

La sérothérapie curative est d'un emploi plus coutumier. Je rappelle qu'il faut la pratiquer et massivement dès les premiers symptômes. C'est ainsi que Auvray et Frantz ont injecté, sous la peau, 600 c. c. en trois jours, de Massary et Léchelle 2.500 c. c. en quinze jours.

Les injections intra-veineuses ont la préférence de Chalier et Rousset, qui ont ainsi injecté 100 à 150 c. c. de sérum par jour. Nous avons procédé de même pour notre malade qui a reçu 120.000 unités, tant par les veines que dans les muscles. Selon les préceptes de Sicard, on a injecté dans le rachis 15 c. c. et Fritch 30 c. c.. Fritch n'ayant pas eu de résultat par la voie rachidienne et par la voie sous-cutanée, n'hésita pas, devant la gravité des accidents à recourir à l'injection intracranienne. Pratiquant alors une trépanation bi-latérale, il envoya 5 c. c. de sérum sous la dure-mère, de chaque côté, et il eut la satisfaction de voir le lendemain la dyspnée disparaître et les accidents s'atténuer peu à peu jusqu'à disparaître au bout de quinze jours. Il convient toutefois de faire remarquer qu'il avait eu affaire à un tétanos à forme prolongée, ce qui diminue un peu le mérite de l'efficacité de l'injection intracranienne. Pour ma part, je rappelle que j'ai fait, voici de longues années déjà, vers 1901, avec mes regrettés collègues Bauby et Daunic, une injection intracranienne analogue de sérum antitétanique, selon la méthode de Borrel et Roux, mais cela n'arrêta pas l'évolution fatale de la maladie. Il faut savoir, écrit Forgue, que « si l'empoisonnement des parties supérieures de la moelle est fait, la mort ne sera pas évitée ; l'antitoxine, même portée dans le cerveau, n'a qu'une action préservatrice, elle ne défait pas les lésions accomplies ». Vallas, sur 84 cas de tétanos enregistre 61 % de mortalité. Ces données de chirurgie générale que je rappelle ici sont également valables pour la chirurgie gynécologique, pour le tétanos post-abortum. J'en dirai de même de l'injection épidurale répétée trois fois que Courtellemont associa aux injections sous-cutanées, à laquelle il attribue un cas de guérison, sans qu'on puisse dire à qui revient la primauté de cette collaboration antitoxique.

La méthode de Dufour, qui associe aux injections de sérum antitétanique (par voie sous-cutanée, intra-musculaire, intra-veineuse ou intra-rachidienne) une anesthésie générale à l'éther ou au chloroforme, une demi-heure au moins, répétée une ou deux fois par jour selon la gravité, est actuellement très en faveur. Pour expliquer l'action de cette méthode, je vous rappelle que « les anesthésiques, surtout le chloroforme et l'éther, neurotropes, ont une affinité pour les lipoïdes du cerveau et du bulbe ; ils en délogent la toxine tétanique qui, ainsi libérée, devient plus vulnérable à l'action du sérum antitétanique (Forgue) ». Ainsi l'efficacité du sérum se trouve accrue, les crises convulsives diminuent, le spasme et l'asphyxie peuvent être évités.

A côté de ces anesthésiques volatils, on a employé les barbiturates. Lœven, en Allemagne, a utilisé l'avertine par voie rectale ? Dans notre cas, au service des isolés, on a fait usage de somnifène et, dès le premier jour, on a, à deux reprises, administré 4 c. c. de somnifène, qui a produit une appréciable sédation des contractures.

Comme d'habitude, notre tétanique a été maintenue au service des isolés à l'abri de la lumière et du bruit ; les anciens auteurs, vous le

◆◆◆

avez, attachaient déjà beaucoup d'importance à cette ambiance reposante, et on sacrifie encore de nos jours à cet usage.

En même temps que le traitement antitoxique est mis en œuvre l'acte chirurgical garde toute sa valeur. Dès que les médecins m'eurent présenté la malade, je me suis décidé, sans hésiter, à pratiquer séance tenante, l'intervention qui me paraissait la plus rationnelle : l'hystérectomie, pour enlever le foyer d'infection initial. Un curettage, suivi d'un lavage intra-utérin continu me parut inopérant à ce moment. En effet, depuis le temps écoulé, j'estimais que l'infection avait dépassé la muqueuse utérine, et qu'il était plus indiqué de sacrifier tout l'organe, pour faire quelque chose d'utile. Sans doute, Sicard a-t-il vu guérir un cas après un simple curettage, mais il faut souligner que la malade fut traitée avec précocité, ce qui confirme l'opinion que je viens de vous donner. Ce qui le prouve encore, c'est que Sicard a vu mourir une autre malade malgré l'hystérectomie : le facteur temps est donc à n'en pas douter l'élément de la guérison plutôt que le genre d'intervention chirurgicale pratiquée.

Mais le curettage également, malgré 470 c. c. de sérum en quarante-huit heures par les voies sous-occipitale, intramusculaire, intraveineuse, épidurales, malgré la chloroformisation et l'urotropine intraveineuse, Sépet et Sardou n'ont pu sauver leur malade.

Kilhone n'a pu guérir qu'une seule malade sur les quatre qu'il eut à soigner.

Cette hystérectomie, je la fis par la voie vaginale, sous anesthésie à l'éther, pour aller vite et déterminer moins de choc opératoire. L'opération fut simple et sans incidents consécutifs. Après le calme des premières heures, la température est brusquement montée à 40° (température axillaire) et le pouls à 130. Un état subcomateux s'est installé. La respiration est devenue rapide, bruyante et stertoreuse ; la contracture s'est étendue, généralisée, mais il n'y a pas eu d'opisthotonos typique. Le soir, la respiration est devenue plus difficile et plus bruyante, la température est montée à 40°4, et le pouls à 135, et la malade est morte en état d'asphyxie. L'autopsie n'a pu être faite, la famille s'y étant opposée.

Telle fut la fin de ce tétanos post-abortum qui eut les allures d'un tétanos splanchnique, son incubation fut brève, sa marche rapide et sa résistance aux divers traitements mis aussitôt en œuvre fut irrémédiable ; le tout constitua un type d'infection tétanique dont le pronostic ne peut manquer de frapper votre esprit ; il vous convaincra qu'on ne peut jamais prévoir quelle sera la terminaison d'un avortement, car une destinée impérieuse et fatale peut suivre toute manœuvre anticonceptionnelle dictée par le désespoir.

HÉMATOME SOUS-UNGUÉAL

Lésion banale, consécutive à un pincement ou un écrasement de l'extrémité du doigt. Elle se reconnaît facilement à la coloration noirâtre de l'ongle, la collection sanguine qui a décollé celui-ci apparaissant au-dessous.

Deux particularités cliniques sont à signaler à propos de ces hématomes. Des lésions osseuses (fractures parcellaires de la phalangette) peuvent assez souvent s'associer à la collection sanguine. D'autre part, des complications importantes (suppuration, tétanos) ne sont pas exceptionnelles. M. Léon Bérard (*Presse Médicale*, 23 juillet 1924) a pu ainsi relever six cas de tétanos, dont quatre mortels, consécutifs à des hématomes sous-unguéaux.

L'hématome sous-unguéal est donc une affection non négligeable. Son traitement, dit M. Marc Iselin, sera essentiellement chirurgical : ne faire qu'une piqûre anti-tétanique apparaît insuffisant. Voici la conduite conseillée par cet auteur (1). Aussitôt que possible, sous-anesthésie en bague, on taille un lambeau quadrangulaire à pédicule rétro-unguéal qui, ramené en arrière avec deux pinces, découvre la région de la matrice de l'ongle. La partie décollée de celui-ci est réséquée au ciseau et le foyer contus est largement mis à jour. On vérifie l'os, évacue les débris et panse à plat. Ne pas suturer le lambeau.

P. LACROIX.

(1) Marc ISELIN. Chirurgie de la main, Masson, édit.

LA BARBE

Par R. Barthélemy

Ancien chef de Clinique à l'Hôpital Saint-Louis

Soit par excès, soit par défaut, la barbe est souvent le sujet de graves soucis pour le client, et donc pour le médecin. Voici deux ans, un jeune ingénieur du plus grand mérite, ancien polytechnicien à l'intelligence méthodique et aux idées précises, venait me trouver pour une consultation, d'ailleurs gratuite. Très brun, avec une barbe dure mais entièrement rasée, il avait une minuscule pelade de cet ornement, supprimé par lui-même, mais dont le gazon ras manquait sur deux ou trois clairières infimes et que j'eus du mal à reconnaître. Pour cette affection, il me fut demandé, en deux phrases affilées, un traitement rapide, pratique, non astreignant et non affichant. Devant cette offensive, je contre-attaquai en proposant d'emblée des injections locales d'acétylcholine, qui, bien entendu, ne furent pas acceptées, malgré les circonstances atténuantes d'un traitement général *per os*. Nous nous séparâmes, fort contents l'un de l'autre, l'intéressé me déclarant qu'il préférait le *statu quo*. Je ne m'étais pas engagé en effet, malgré les infaillibles résultats proclamés (avec les traitements les plus divers) par certains confrères éminents, à promettre la guérison rapide et *sans rechutes* par quelque thérapeutique que ce fût, classique ou non.

S'il s'était agi d'un client moins absolu, moins pressé et disposant, outre de loisirs, de moyens pécuniaires suffisants, les thérapeutiques ne manquaient pas : locales (« excitantes », toniques, hormonales même), générales, stimulantes et vaso-dilatatrices, endocriniennes régulières ou paradoxales. Parmi ces dernières, rappelons l'observation de Klar, où le malade âgé de 58 ans et qui avait perdu tous ses cheveux, vit à la quatrième injection d'un extrait *ovarien* ses cheveux *et sa barbe* repousser. Mais à l'habitude, ce sont les extraits testiculaires, surrénaux et hypophysaires qui donnent les meilleurs résultats. Chez beaucoup d'hommes d'ailleurs, l'exercice des fonctions génitales suffit, à lui seul, pour activer la pousse de la barbe, et maint sujet tant soit peu observateur a pu remarquer sur lui-même, au lendemain de ces prouesses, le coup de fouet ainsi donné à la croissance de sa barbe, et parfois, de ses ongles.

Précisément, une autre difficulté pour le médecin consiste, chez des adolescents soucieux d'un aspect viril, à faire pousser une barbe rare ou retardataire. Ici, la patience du sujet étant beaucoup plus grande, et parce qu'il s'agit d'une stimulation physiologique plus que de la cure d'une affection capricieuse, on peut faire et tenir une promesse dans la plupart des cas. Les excitants locaux, lotions ou irradiations, l'opothérapie hypophyso-surrénale et orchitique le permettent, mais aussi la persévérance. Le temps travaille pour les jeunes barbes.

Le dermatologiste est parfois interrogé sur les points les plus inattendus. Ainsi ai-je reçu l'an dernier, d'un malade chez qui j'avais eu la chance d'améliorer une irritation « eczématoïde » du menton et des joues due précisément au rasage, la lettre suivante : « Monsieur et cher docteur, en pourparler pour l'essai et l'achat éventuel d'un rasoir électrique — appareil qui aurait soi-disant pour avantages d'épargner du temps, d'éviter savon et lames, d'être « excellent pour la peau » — je ne voudrais pas prendre décision sans avoir votre avis... ». On sait que de tels rasoirs, dont la ou les pseudo-lames vibrantes sont animées par un minuscule moteur électrique de mouvements extrêmement fréquents et rapides, permettent le rasage à sec. Ils n'en représentent pas moins, si bien réglés qu'ils soient, une sorte de petite raboteuse qui, à moins de ne pas raser d'assez près, attaquera non seulement les poils, mais les aspérités cornées ou non de la surface cutanée, décapitant ainsi les élevures papillaires, les vésiculettes ou pustulettes d'une peau déjà infectée ou irritée.

Je n'ai donc pas cru possible, malgré mon amour du progrès, de recommander le traumatisme vibratoire de préférence à l'attaque tangentielle d'une lame unique et glissante.

Sans aller jusqu'au rasoir électrique, l'instrument à employer est d'ailleurs souvent l'occasion de questions et de discussions. Pour l'homme d'habileté manuelle moyenne, le rasoir de sûreté à lames de première qualité et neuves, est certainement supérieur au rasoir classique de nos barbiers. Mais pour beaucoup, celui-ci est préféré comme plus pratique et même moins irritant, si l'on sait le manier et le repasser. Or ces dernières opérations sont très délicates, si l'on se fie aux données expérimentales que nous relevons dans un grand journal hebdomadaire :

« Un peu de physique à propos de rasoirs »

« On a fait des observations soignées sur le tranchant « des rasoirs, d'où il est résulté que ce tranchant se pré- « sente sous la forme d'une surface arrondie de très fai- « ble rayon de courbure. Ce rayon de courbure est, pour « le rasoir étudié, inférieur à 1 /8.000e de millimètre. En « retranchant la pression qu'exerce un semblable tran- « chant sur un poil de barbe dont le diamètre est d'envi- « ron 0,15 millimètre, lorsqu'il a pénétré des deux tiers « dans le poil à couper, on a trouvé que la surface de « contact du tranchant avec le poil est de 1 /40.000e de « millimètre carré et comme ce poil de barbe se courbe « de 30° sous trois centigrammes agissant à une distance « de 3 millimètres de la peau, la pression correspon- « dante est de 1,2 kgr. par millimètre carré. »

Il est évidemment difficile d'obtenir à la main un tranchant d'un caractère aussi scientifiquement raffiné.

Et, si l'on se trouve ramené alors vers le rasoir électrique, il faut se rappeler, comme l'écrivait Clément dans la *Presse Médicale* du 22 octobre 1938, qu'en raison de son principe, le rasoir coupe les poils d'autant mieux qu'ils sont plus secs et plus durs. Mais on doit passer l'appareil à plusieurs reprises et dans des sens différents pour sectionner tout le poil.

Dermatologiquement donc, on irritera la peau par ces passages successifs si la barbe est dure, et d'autre part, il est utile de nettoyer le visage surtout lorsqu'il présente une dermatose. Et alors, ou bien l'on se rase mal, le lavage préalable amollisant la barbe, ou bien, comme « il ne suffit pas de se passer le rasoir électrique sur la figure pour être propre », il faut se laver après. Et l'on s'aperçoit que tout est à recommencer. Le lavage « débarrasse la peau des squames cornées, des poussières amalgamées par l'enduit sébaré et les tronçons de poils, qui n'étaient plus apparents, colmatés par ces substances, *redeviennent saillants et visibles* ».

Clément considère cependant que le rasoir électrique serait sans danger pour ceux dont la peau délicate, eczémateuse ou atteinte d'une dermatose quelconque, ne supporte pas le rasoir. Il est difficile de partager cet optimisme dans beaucoup de cas. La seule ressource, pour le malade qui ne veut pas conserver sa barbe sur un ezcéma suintant, un impetigo, des folliculites saillantes, est celle qu'ont depuis longtemps recommandée les vieux dermatologistes : la section à quelques millimètres de la peau avec des ciseaux plats, non pointus, et parfaitement affilés.

Il est même parfois nécessaire dans les sycosis, les folliculites tenaces ou récidivantes, de se séparer temporairement de sa barbe, en la faisant épiler, d'ensemble ou pour partie, *à la pince* selon le procédé antique, aux rayons X (avec la plus extrême prudence), à la pommade au thallium avec une égale prudence.

On voit les innombrables soucis que cause la barbe, soit par excès, soit par défaut. Encore n'a-t-il pas été parlé ici des questions, étudiées pendant quatre ans par Hollander et Casselman à l'Institut Mellon, de Pittsburg, et qui concernaient le savonnage, le blaireau, les crèmes à raser, leur composition leur viscosité, leur durée et leur mode d'application, etc.

Mentionnons seulement que certains savons ou crèmes contenant des substances médicamenteuses, et qui sont parfois recommandés pour les peaux délicates, peuvent être plus nuisibles qu'utiles. J'ai constaté, comme bien d'autres, ce fait pour le Baume du Pérou, qui est souvent mal toléré même par des peaux apparemment normales, pour la résorcine même à petites doses, l'acide salicylique, l'huile de cèdre, etc., sans parler de la cuisante glycérine de certaines crèmes à raser.

Enfin, voici quelques années une firme a essayé de lancer une poudre épilatoire pour la barbe. Elle a disparu du commerce. C'était une poudre blanche à odeur sulfureuse dont on faisait, avec un peu d'eau, une pâte à appliquer, à conserver quelques minutes et à râcler ensuite avec un grattoir en bois du type de nos abaisse-langue. La barbe devait céder sans peine à l'épilatoire, qui, après rinçage, devait ne laisser qu'une « peau de velours ».

J'ai eu la curiosité professionnelle d'essayer sor moi-même cette mixture. Il m'en a cuit...

Consulter :

Clément. — L'art de se bien raser. *Presse Médicale*, 13 avril 1938, n° 30 et 22 octobre 1938, n° 85.

La Nature, n° 3.026 du 1er juin 1938 (article signé R. M.).

P. Boudin. — La responsabilité civile des coiffeurs, *Concours Médical*, mai 1938, p. 1245.

L'ENFANT, L'AMBIANCE ET LES THÉRAPEUTIQUES

Par Albéric BOUDRY

L'enfant devrait être systématiquement soumis à un contrôle médical rigoureux et constant chaque fois que son organisme est brusquement subordonné aux effets de climats, d'horaires, de diététiques inhabituels, d'un *modus vivendi* bouleversé, ainsi qu'aux influences des thérapeutiques soit *sthéniques*, soit *nervines*, pseudosthéniques :

C'est pourquoi, normalement, le médecin « corsette » ses directives climatothérapiques, hygiéno-diététiques, et générales, ainsi que sa thérapeutique sur la réceptivité idiopathique du jeune malade dont nous ne méconnaissons pas les attitudes si diversement imprévisibles en réponse soit aux effets d' « ambiances » que son organisme n'a pas réalisées encore, soit consécutivement à l'absorption de certaines médications dont les effets sont, si souvent, « pivotants » condradictoires, « bipolaires » ou « diaphasiques » (agents sthéniques ou nervins fort improprement et si fréquemment qualifiés de sthéniques (Dupré), et agents opothérapiques (Léopold Lévy).

Le malade sera, dans ces conditions, soumis par le médecin, à une discipline qui exigera une observance, la plus stricte, de la diététique, des « horaires » et des « rythmes » familiaux habituels ; le rythme ne préside-t-il pas, d'ailleurs, aux actes nécessaires ? (Leibnitz) ; oui, de toute évidence, car si nous rompons ce rythme même très brièvement, sous l'influence d'un excitant quelconque dont la nature, la durée ou l'intensité anormales soient telles qu'elles pervertissent « la cadence » organico-fonctionnelle de l'organisme, la *fatigue et ses satellites* naissant de ce « porte-à-faux », feront irruption, brusquement :

1° Réaction générale ; 2° dystonie vagosympathique ; 3° manifestations objectives de *fatigue* et sensibilisation *ipso facto*, de tout point focal et électif de moindre résistance pourront alors « surgir », se manifestant par une *apparence d'état morbide* et neutralisant, dans une relative mesure, toute heureuse conséquence thérapeutique d'une cure thermale si rationnellement conduite soit-elle, s'il a été déterminé une « forçation » de l'organisme : Le séjour du malade ne doit être grevé, en effet, par aucun excès soit extrathérapeutique local (bouleversement du cyclisme actif et passif ; changement des horaires et de l'alimentation ; *excitation irrationnelle de la sportomanie et de la ludomanie permanentes et quasi-constitutionnelles* de certains enfants neuro-arthritiques, maigres, endocriniens). L'enfant sera, d'ailleurs, l'objet de notre surveillance et de notre circonspection médicales les plus attentives, ce frêle organisme assumant les lourdes charges des élaborations de croissance, lorsqu'il n'est pas, en outre, sidéré, par une hérédité « pesante » à ses fragiles épaules.

En particulier l'*outrance en thérapeutique*, sous prétexte que le maximum d'effets doit être fonction du maximum de doses licites et codifiées, réalise le plus souvent l'inverse du but envisagé car, en cette erreur dogmatique, si on tient habituellement compte des quantités on néglige par contre l'*étoffe* elle-même du médicament et l'action si remarquablement « déchaînante » parfois de certains d'entre-eux sur l'organisme, celui des enfants *allergiques* spécialement, aussi tenons-nous le plus grand compte, en posologie, des réactions de l'organisme vis-à-vis de *quantités* (*parfois même très inférieures* à celles du Codex), de certains médicaments *sthéniques, arsenicaux* par exemple, dont les effets peuvent être aussi bien remarquablement et très heureusement actifs, que « décapants ». En tous ces cas, une observation clinique attentive du comportement de l'organisme à l'égard des médications orientera notre posologie (modalités et quantités).

Les résultats les plus remarquables nous semblent être, en réalité, acquis par une posologie souple et très rigoureusement subordonnée aux réactions psycho-énergétiques de tout organisme surtout si ce dernier étant très débilité ou en rupture d'équilibre est alors plus susceptible que tout autre de répondre aux médications dites « *fortes* » par une exagération des phénomènes pathologiques « focaux » ou paradoxalement, obtenant, par exemple, un effet de sédation au lieu d'une stimulation recherchée, circonstance qu'avait signalée Dupré, en certains cas ou chez des enfants arthritiques, hépato-neuro, musculo, et « idiosensibles » allergiques, sthéniques et nervins pseudo-sthéniques avaient été administrés trop « larga manu ».

Est modus in rebus, sunt certi denique fines.

(1) Albéric BOUDRY. — Fatigue de l'enfant. *Presse Médicale*, n° 34, 28 avril 1931.

(2) Albéric BOUDRY. — Education physique ; Sports et « sportomanie » de l'écolier. *Concours Médical*, avril 1938.

LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

■ ■ ■

Que savoir et que faire en cas de grossesse gémellaire ?

D'après L. Gernez et Y. Omez, de Lille (*)

Les enseignements recueillis par l'observation de 226 gémellarités

La fréquence de la grossesse double varie avec certains facteurs. L'âge a tout d'abord une influence certaine, car celle-ci s'observe surtout (28,57 % des cas) de 21 à 25 ans, âge qui correspond d'ailleurs avec la plus grande activité physiologique de la femme ; jusqu'à 35 ans, il en est à peu près de même ; mais ensuite le fait se présente plus rarement. Les deux tiers des cas intéressent des multipares. Après la cinquième gestation, la gémellarite devient assez rare.

L'hérédité joue un rôle important. Chacun sait qu'il existe des familles de jumeaux ; quant à la syphilis, les grossesses monovitellines ayant très souvent une étiologie spécifique, elle entre en jeu dans la proportion de 1 pour 6 environ.

Une femme, grosse de deux enfants, ne les porte pas aussi longtemps que si elle n'en avait qu'un ; assez rarement, la gestation évolue jusqu'à terme. Le plus souvent, elle est interrompue au cours du huitième mois. L'avortement survient dans environ 10 % des cas. Il faut voir comme cause à cette prématuration la plus grande distension de l'utérus et l'exagération du liquide amniotique, qui est très fréquente (souvent plus d'un litre).

Quant aux symptômes subjectifs observés au cours de la grossesse, on observe dans 38 % des cas une accentuation très importante des signes sympathiques de la gestation : sialorrhée ; pyrosis ; vomissements abondants, mais toutefois non incoercibles ; dyspnée.

Objectivement, on note l'albuminurie, l'œdème des membres inférieurs, des pertes de sang peu importantes entre le deuxième et le sixième mois, de l'hydramnios.

La situation des deux fœtus peut donner lieu à un certain nombre de combinaisons : deux présentations longitudinales (les plus fréquentes) deux transversales, ou une présentation longitudinale et l'autre transversale ; on observe le plus souvent un sommet et un siège, ou deux sommets.

Le travail se prolonge assez longtemps, surtout qu'il s'agit souvent de multipares. La durée moyenne de la dilatation est de 12 à 14 heures, celle de l'expulsion de 1 h. 30. L'allongement du travail porte donc surtout sur la période de dilatation. Les présentations du sommet, sans être aussi nombreuses que dans l'accouchement simple, prédominent nettement.

Entre les deux expulsions, l'utérus marque toujours un temps de repos. Dans 62 % des cas, celui-ci est inférieur à un quart d'heure ; il peut être (20 %) de une heure ou deux, et même exceptionnellement plus long (10 heures).

Dans la moitié des cas environ, l'accouchement est dystocique. Les déchirures du périnée sont rares, mais on observe parfois une véritable inertie utérine. Les interventions obstétricales (version par manœuvres internes, extraction de siège, forceps) portent sur le premier fœtus dans une proportion de 40 % et pour 60 % sur le second.

La délivrance se fait, en général, d'une manière simple, et le plus souvent au cours de la première demi-heure, qui suit l'accouchement. Dans 85 % des cas, on trouve deux placentas ; souvent ils sont accolés l'un à l'autre et constituent une masse en apparence unique, lorsqu'on examine le délivre par sa face utérine ; mais la cloison, qui sépare les deux cavités ovulaires est formée de quatre membranes (amnios et chorion de chaque œuf) ; de plus, la vascularisation de chacun des placentas est indépendante. Fréquemment les deux placentas sont contigus, réunis par un pont membraneux plus ou moins large, et leur expulsion se fait également en bloc. La masse placentaire dans ces cas est souvent considérable (jusqu'à 1.950 grammes).

Quand le placenta est unique, l'examen de

(1) L'accouchement gémellaire considéré surtout du point de vue du pronostic et de la conduite à tenir. (*Revue française de gynécologie*, décembre 1938.)

la face fœtale révèle l'existence de nombreuses anastomoses vasculaires entre les deux territoires placentaires. Dans la majorité des cas, il existe deux cavités ovulaires, séparées par une cloison, constituée par les deux amnios.

Dans une proportion à peu près égale pour l'un et l'autre fœtus, on note la macération (4 %), la mort peu après la naissance (7 %) ou avant le dixième jour (5 à 7 %) et la naissance à l'état vivant (93,5 % et 92,5 %).

La mortalité est ici plus importante que celle des enfants uniques, mais il faut tenir compte que les jumeaux sont le plus souvent prématurés, et si on étudie la mortalité d'après l'âge de la grossesse, on remarque qu'elle décroît à mesure qu'on approche du terme. Après trois ans, les chances de survie sont égales pour les deux enfants ; mais le puiné reste souvent plus chétif.

Le poids des enfants vivants est compris entre 2.530 grammes et 3.300 grammes ; il est en moyenne de 2.336 grammes pour le premier né et de 2.325 grammes pour le deuxième né, plus élevé dans les grossesses bivitellines que dans les grossesses univitellines. Bien que, en principe, la différence entre les poids moyens des deux jumeaux soit plus élevée, lorsqu'il s'agit d'une grossesse univitelline, c'est néanmoins dans cette variété de grossesse que l'on rencontre le plus grand nombre de jumeaux ayant le même poids. Si le poids des jumeaux est en moyenne inférieur de 700 grammes au poids moyen d'un nouveau-né à terme, cela tient surtout au grand nombre d'accouchements prématurés. Lorsque la grossesse évolue jusqu'au terme, on peut observer des jumeaux ayant un poids assez élevé (3.120 et 4.100 grammes).

Dans les trois quarts des cas environ, les enfants sont du même sexe. Quant à leur avenir éloigné, il ne semble pas qu'il diffère suivant qu'il s'agit d'un premier ou d'un deuxième né, puisque la mortalité est la même (6,3 %) pour chacun d'eux.

***

Pour sauvegarder les intérêts de la mère et des enfants

Tout d'abord, la conduite à tenir **au cours de la gestation** aura un effet indiscutable sur l'accouchement et ses suites.

Dès que le diagnostic a été posé avec certitude, il faut examiner fréquemment les urines et la tension artérielle, car l'albuminurie et l'éclampsie sont plus fréquentes que dans la grossesse simple. On préviendra l'entourage, puis la femme, de l'existence d'une grossesse double, et on lui fera prévoir la possibilité d'un accouchement prématuré. On s'efforcera d'éviter celui-ci, en prescrivant le maximum de repos à partir du sixième ou du septième mois.

Dans les cas, où l'examen clinique se serait montré insuffisant ou incertain, la radiographie permettra d'affirmer presque toujours le diagnostic de grossesse gémellaire ; elle aura en outre l'avantage de préciser la situation respective des deux fœtus.

En présence d'une menace d'avortement, la conduite à tenir est identique à celle d'un avortement banal. On s'efforcera d'y parer par le repos, le laudanum ou la morphine.

S'il s'agit d'un hydramnios aigu, on sera autorisé à interrompre la grossesse par la ponction des membranes.

Si l'avortement est en cours et qu'un seul fœtus a été expulsé, en dehors de toute raison d'intervention urgente (hémorragie, température), il faut rester dans l'expectative armée, car on a signalé des cas, rares il est vrai, où le col s'est refermé et où la grossesse a continué d'évoluer.

Au cours du travail

En cas d'accouchement eutocique, lorsque la présentation du premier fœtus est longitudinale et que le travail évolue normalement, la conduite à tenir est essentiellement la même que pour un accouchement simple.

Le premier fœtus expulsé, on sectionnera le cordon entre deux pinces. A ce moment l'utérus marquera un temps de repos. (Nous avons vu que le plus souvent l'écart entre les deux accouchements était inférieur à 15 minutes).

On respectera ce repos, si rien d'anormal ne se produit durant cette période. On pratiquera le palper abdominal, et on auscultera fréquemment les bruits du cœur fœtal. Un toucher vaginal pourra être utile pour vérifier la présentation exacte et reconnaître l'existence toujours possible d'une procidence. Si au bout de 5 à 10 minutes les contractions utérines n'ont pas réapparu et s'il y a une deuxième poche des eaux, il faut la rompre, en ayant soin de modérer l'issue du liquide amniotique. Cette simple manœuvre suffit, la plupart du temps, à provoquer le retour des contractions utérines et l'expulsion du deuxième fœtus.

On surveillera attentivement la rétraction utérine, et on n'effectuera l'extraction du pla-

centa que lorsque celui-ci sera dans le vagin. Il faut se souvenir de la fréquence des rétentions placentaires et intervenir après les délai normaux, même en l'absence de tout accident. A plus forte raison, l'hémorragie ou l'infection poseront-elles des indications d'intervention immédiate.

On recourra à la délivrance artificielle, en cas d'hémorragie ou de rétention du délivre. L'accouchement terminé, il sera bon de mettre à la femme un bandage de corps serré et d'injecter un toni-cardiaque ainsi que de l'ergotine ou de l'hypophyse.

Accouchement dystocique. Par suite de la surdistension de l'utérus, de la longueur du travail, on assiste assez souvent à un tableau d'inertie. L'expulsion du fœtus tarde à se faire, ou bien il existe une présentation vicieuse, des signes de souffrance fœtale, une procidence du cordon, etc., qui commandent l'intervention. Ces faits peuvent s'observer avant la naissance du premier fœtus ou avant celle du second.

A) Le premier accouchement s'est passé normalement ; le deuxième tarde à se faire et les circonstances commandent une intervention rapide pour diminuer les risques d'inertie et d'hémorragies consécutives.

Si l'enfant se présente par le sommet, on aura le choix entre l'application de forceps ou l'injection de lobe postérieur d'hypophyse.

Si l'enfant se présente par le siège, on procédera facilement à l'extraction par version.

S'il s'agit d'une présentation tranversale ou oblique, on essaiera de la réduire par manœuvres externes.

Dans les cas de présentation du front, de la face non engagée, de présentation de l'épaule non réduite par version par manœuvres externes, de procidence du cordon, d'hémorragie, etc., la version par manœuvres internes qu'on doit être choisie, d'autant plus volontiers qu'elle s'exécute généralement de la façon la plus simple.

B) C'est avant l'accouchement du premier jumeau que les indications d'interventions se posent (inertie, fatigue de la mère, arrêt de progression, hémorragie, présentation vicieuse, souffrance fœtale, etc.).

On extraira rapidement le premier enfant ; puis, après avoir observé une abstention de quelques minutes, on procédera à l'accouchement du second.

Contrairement à l'opinion classique, lorsque l'expulsion de deux jumeaux a lieu dans un délai inférieur à 15 minutes, le pronostic maternel et fœtal est très amélioré. La mortalité du second facteur est accrue par la temporisation ; d'autre part, l'évacuation rapide de l'utérus (non pas brutale) limite la fréquence des hémorragies.

Au cours de la délivrance

Après un accouchement gémellaire eutocique, si rien ne vient troubler la délivrance, on se bornera à surveiller attentivement la femme ; puis, au bout d'une demi-heure environ, on procédera, si le placenta est décollé, à son extraction par la méthode classique d'expression et de traction combinées.

En cas d'hémorragie ou de rétention du délivre, on aurait recours à la délivrance artificielle. Cette dernière offre a des avantages certains, ne serait-ce que la tranquillité d'esprit que donne à l'accoucheur la certitude d'avoir laissé un utérus bien vide. S'il survenait un accident dans les suites de couches, celle-ci pourrait éliminer d'emblée une rétention placentaire. Enfin il y a souvent intérêt, lorsque les extractions fœtales ont été faites sous anesthésie générale (majorité des cas), à profiter du sommeil de la parturiente pour pratiquer la délivrance artificielle. De la sorte, on préviendra les hémorragies de la délivrance, et on réduira au minimum les risques de complications infectieuses du post-partum.

G. FISCHER.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

De l'influence de l'amygdalectomie sur la réceptivité de l'enfant au bacille diphtérique

Les enfants amygdalectomisés, et nous entendons par là les enfants qui, pour une cause quelconque, ont été privés en totalité des amygdales pharyngée et palatines, sont-ils plus ou moins réceptifs que les autres envers le bacille de Lœffler ?

Cette question est soulevée par le Docteur Bleicher, en raison de ce fait que les diphtéries, observées jusqu'ici par lui, évoluaient toujours chez des enfants porteurs d'amygdales hypertrophiées ou chroniquement enflammées. Ayant interrogé pendant dix ans un grand nombre de médecins, il est arrivé à la conclusion suivante : Sur une proportion de 5.000 enfants environ de moins de 10 ans ayant subi l'amygdalectomie totale, par l'intervention de chirurgiens divers, et surveillés jusqu'à l'adolescence, on ne trouve que deux cas de diphtérie post-opératoires, alors que en cas de non-intervention la proportion serait de 4 à 5 %.

L'enfant amygdalectomisé se montre donc beaucoup moins sensible à la diphtérie. Cependant l'organisme se défend habituellement contre cette infection, en plus de l'immunité générale, humorale, congénitale, ou acquise — par l'immunité locale que représente l'activité normale du tissu amygdalien exempt de toute altération. Mais enlever les amygdales, n'est-ce pas supprimer la défense normale du sujet contre l'invasion du bacille de Lœffler ? Pour qu'un bacille puisse se développer et créer l'état de maladie, il est nécessaire que l'organe au dépend duquel il va proliférer, c'est-à-dire le tissu lymphoïde pharyngé, soit altéré. Or, cette altération n'est pas le fait de la simple présence du bacille ; celui-ci ne colonise pas sur une amygdale saine ; témoin le fait de la grande fréquence des porteurs sains. Ces sujets hébergent à titre épisodique ou permanent des bacilles diphtériques au niveau de leur oro-pharynx, et il est très difficile parfois de les stériliser. Seule l'amygdalectomie est capable de cette stérilisation, dans les cas où la thérapeutique médicale a échoué.

Pour qu'il y ait apparition d'une diphtérie chez un sujet, non ou insuffisamment immunisé du point de vue général, humoral, il est nécessaire qu'il y ait altération préalable du tissu lymphoïde sur lequel le bacille de Lœffler va se développer : hypertrophie ou amygdalite chronique. C'est pourquoi l'amygdalectomie, en détruisant électivement le tissu lymphoïde altéré, supprime peut-être l'immunité locale, mais en tout cas supprime la possibilité de fixation au bacille diphtérique. (*Revue Médicale de Nancy*, 1er février 1939.)

Traitement endocrinien de « stimulation »

En opposition à l'insuffisance et aux contre-indications des thérapeutiques « substitutives », que réalisent en cas de troubles ovariens la folliculine et les extraits ovariens totaux, — l'association lobe antérieur d'hypophyse, extrait orchitique et extrait thyroïdien, constitue une thérapeutique ovarienne de stimulation.

Le Docteur Bozonnet en énumère les indications qui sont les suivantes :

Troubles de la puberté (puberté tardive, infantilisme, acné) ; insuffisance fonctionnelle ovarienne (dysménorrhée, aménorrhée, oligoménorrhées) ; syndromes neuro-ovariens (anxiété, émotivité, nervosité, insomnies, palpitations, migraines, frigidité) ; troubles vago-sympathiques (prurits, bouffées de chaleur, aérophagie, etc.) ; carences sexuelles (fraude, célibat) ; troubles de métabolisme (obésité) ; troubles de la ménopause.

Ce traitement endocrinien de stimulation assurera à l'organisme féminin l'harmonie psychique et l'équilibre physiologique, tant au point de vue des formes (accélération du métabolisme des lipides, mobilisation des surcharges graisseuses) qu'au point de vue des fonctions (système nerveux et appareil génital en particulier. (*Le Bulletin Médical*, 11 février 1939.)

Fréquence comparée et pathogénie de l'infarctus pulmonaire dans les différentes cardiopathies

Il résulte du travail du Docteur Roubier que l'infarctus pulmonaire est d'une fréquence à peu près égale dans toutes les cardiopathies du cœur gauche. On l'observe aussi souvent dans l'aortite syphilitique que dans le rétrécissement mitral ; il est aussi fréquent dans les cardiopathies non valvulaires (gros cœurs dit primitifs, infarctus du myocarde) que dans les lésions orificielles. L'hypertrophie du cœur gauche paraît être une condition nécessaire à sa production ; cette hypertrophie, de degré variable suivant les cas, ne manque jamais. Quant à la stase sanguine dans les cavités droites, invoquée par les

♦♦♦♦♦

auteurs classiques, elle ne paraît pas être en cause puisque dans l'asystolie droite des emphysémateux où cette stase sanguine est poussée à son maximum, l'infarctus pulmonaire fait défaut.

L'origine embolique de l'infarctus pulmonaire semble exceptionnelle (14 % des cas observés), ainsi qu'il résulte de constatations anatomiques faites sur la paroi des valvules ou de l'endocarde. Dans le plus grand nombre des cas, c'est une lésion autochtone qui se constitue sur place et qui peut être la conséquence d'une thrombose d'un petit vaisseau pulmonaire sous la dépendance elle-même de la congestion inflammatoire chronique du poumon cardiaque. (*Lyon Médical*, 12 février 1939.)

Les accidents du ski

MM. Braine et Goury étudient la genèse des lésions traumatiques causées par ce sport, leur fréquence, leur répartition.

Tout d'abord ils insistent sur le nombre relativement faible des accidents, par rapport au grand nombre d'adeptes du ski : celui-ci est beaucoup moins dangereux que le grand alpinisme.

L'étiologie des accidents dépend, pour une part importante, du matériel utilisé : d'abord le ski lui-même dont le fartage doit être pratiqué avec soin ; la chaussure qui doit transmettre au ski tous les mouvements du pied ; mais surtout la fixation joue un rôle capital : elle doit à la fois maintenir solidement le ski au pied et permettre l'abandon automatique du ski en cas d'accident ; enfin le bâton peut être cause d'entorses du pouce et de fractures métacarpiennes ; une disposition correcte des lanières de cuir est importante pour les prévenir.

L'état du terrain conditionne la fréquence et le type des accidents, ainsi que le siège et les caractères des lésions traumatiques observées.

C'est la neige de consistance inégale ou la neige mouillée lourde, qui sont les plus redoutables. Sur la neige tôlée, les chutes sont fréquentes, mais il y a peu d'accidents graves. L'accident type est dû à la pénétration du ski en neige profonde, réalisant des blocages en torsion. Enfin un facteur important est celui de la visibilité.

Le rôle de la résistance du sujet est capital dans l'étiologie des accidents. Il convient de se préparer par un entraînement sportif. La fatigue, le fléchissement de la tonicité musculaire, surtout en fin de journée, peuvent être des causes de chutes. Les citadins, les débutants, les adultes âgés sont particulièrement exposés. Au contraire, la souplesse de l'enfant lui vaut beaucoup de chutes sans gravité.

C'est le ski de descente qui est le grand fournisseur des accidents ; celui-ci se produit en général quand le skieur freine ou quand il veut s'arrêter. Le rôle de la technique est primordial : la technique française, caractérisée essentiellement par le maintien du parallélisme des skis, a diminué incontestablement le nombre des accidents.

Les lésions les plus fréquentes sont, au membre inférieur, les entorses du cou-de-pied, du genou, les fractures de la malléole péronière, les fractures spiroïdes par torsion des deux os de la jambe ; au membre supérieur on observe surtout des luxations de l'épaule, des lésions du pouce et des métacarpiens, des fractures de l'extrémité inférieure du radius. Les lésions des parties molles consistent en plaies cutanées de la face et des membres et ruptures musculaires.

Mais chaque station de montagne fournit des relevés différents, suivant la disposition des terrains et le genre de ski. (*Presse Médicale*, 1er février 1939.)

Le comportement des plaquettes sanguines dans la tuberculose pulmonaire

MM. E. Houcke et Graux démontrent que le comportement des plaquettes sanguines au cours de la tuberculose pulmonaire présente un certain nombre de particularités. Sans avoir la précision de l'hémogramme ou de la réticulocytose, la numération et l'étude qualitative des plaquettes sont susceptibles d'apporter au clinicien des renseignements d'ordre pronostique qui ne sont pas négligeables, en particulier à l'occasion d'hémoptysies récidivantes chez les tuberculeux fibreux.

La constatation d'une hypoplaquettose implique dans ces cas une conclusion thérapeutique dirigée contre les troubles dyscrasiques, qui sont à la base des manifestations hémorragiques. (*Le Sud Médical et Chirurgical*, janvier 1939.)

Les accidents sanguins post-thérapeutiques

Le Docteur J. Olmer expose les principaux aspects cliniques de ces accidents : anémie, troubles hémorragiques, agranulocytose. Puis il développe les conditions étiologiques de leur apparition : emploie du radium ou des rayons X, certaines chimiothérapies (arsenic, bismuth, or, pyramidon, dinitrophénol, sulfamides). De tels troubles qui paraissent surtout relever de l'intolérance des sujets, doivent être bien connus et dépistés précocement, de façon à interrompre immédiatement l'emploi des rayons ou de la substance nocive. En effet, lorsque les accidents sont installés, les divers traitements proposés (hépato et gastrothérapie, transfusions sanguines, injections de nucléotide mentosique) sont trop souvent impuissants à en permettre la guérison. (*Le Sud Médical et Chirurgical*, janvier 1939.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Paralysie faciale par choc direct et fracture de l'apophyse styloïde

(M. le médecin capitaine J. BRUNATI.— Rapport de M. P. TRUFFERT ; 18-1-1939)

M. le médecin capitaine Brunati, de Shanghaï, rapporte le cas d'un soldat blessé, au cours d'une chute, à la région cervicale, au niveau du bord antérieur du sterno-mastoïdien, à la hauteur de l'os hyoïde.

Après quelques accidents laryngés, qui régressèrent en une semaine, apparut une paralysie faciale périphérique, une lagophtalmie et menace d'ulcération de la cornée. Un examen radiologique révéla une fracture de l'apophyse styloïde. Pour parer surtout à la menace d'ulcération de la cornée due à la lagophtalmie, M. Brunati intervint par incision latérale, libération du facial et infiltration novocaïnique du ganglion cervical supérieur du sympathique. Aussitôt après l'opération, l'occlusion palpébrale devint possible et persiste, en partie du moins. Le but poursuivi par l'opération fut obtenu.

M. Truffert présente, à cette occasion, un aperçu symptomatologique des fractures de l'apophyse styloïde. Affection apparemment rare, dont il a retrouvé seulement trois observations (sans paralysie faciale associée d'ailleurs). Deux fois, la fracture fut spontanée (dans un cas : fou rire pendant la déglutition) et une fois traumatique (serrement violent de la gorge). La symptomatologie a comporté : une douleur dans la région amygdalienne au moment de la déglutition, une douleur provoquée par la palpation à la région sus-hyoïdienne latérale, douleur assez profonde. C'est à la région amygdalienne qu'il faut, en somme, rechercher le symptôme douleur de la fracture styloïdienne. La radiographie constitue, il va sans dire, l'élément principal du diagnostic.

L'iléite terminale aiguë

(MM. ERRARD, NÉDELEC, HERBERT, LANGRAND, DU BOURGUET, MEYER-MAY et TON-THAT-TUNG, LAFOURCADE, Roger COUVELAIRE. — Rapport de MM. LARDENNOIS et CAPETTE ; 1 et 8-2-1939.)

Affection assez récemment connue, l'iléite terminale désigne une altération de la partie terminale de l'iléon, la lésion de celui-ci partant du voisinage de la jonction iléo-cæcale et s'étendant à une distance de 10 à 20 ou 30 centimètres environ. L'affection présente des formes aiguës, subaiguës et chroniques, avec des variétés assez nombreuses. Etudiée d'abord à l'étranger, dans ses formes chroniques, elle a fait l'objet de travaux récents en France, dans ses formes aiguës, travaux mis au point dans la thèse d'un élève de M. Capette, le Docteur Boutron.

Quoiqu'il en soit, les observations d'iléite terminale aiguë se sont multipliées depuis quelque temps. Neuf nouveaux cas viennent d'être publiés, par MM. Errard (de Vendôme), Nédelec (d'Angers), Herbert (d'Aix-les-Bains), Langrand (de Brest), du Bourguet (armée), Meyer-May et Ton-That-Tung (d'Hanoï), Mlle Lafourcade (de Sousse) et Roger Couvelaire (de Paris).

La symptomatologie, assez variable selon les cas, comporte un syndrome abdominal qui rappelle tantôt l'appendicite, tantôt l'occlusion intestinale, tantôt la péritonite par perforation. Les lésions constatées au cours de l'opération sont localisées aux vingt ou trente derniers centimètres de l'iléon. Cette partie terminale du grêle est congestionnée, infiltrée, indurée, donnant volontiers l'aspect d'un tube cartonné et rouge, avec parfois parties sphacélées, ulcérations et perforations.

Le diagnostic de l'iléite terminale aiguë n'est pas souvent fait cliniquement. En général, le chirurgien intervient par laparotomie pour un syndrome abdominal sérieux, pensant plutôt à une appendicite, à une occlusion intestinale, à une péritonite par perforation et c'est au cours de l'opération que la lésion intestinale est reconnue. D'ailleurs, nombre de points obscurs restent encore à éclairer dans cette affection, que des travaux ultérieurs viendront sans doute préciser. La thérapeutique apparaît, quant à ce jour, uniquement chirurgicale : laparotomie, nettoyage du péritoine, résection et suture des perforations, résection de l'intestin si les lésions sont graves, etc... Intervention, en un mot, à la demande des lésions.

Fistule traumatique du pancréas

(M. Ch. DUNCOMBE, de Nevers. — Rapport de M. HOUDARD ; 18-1-1939)

Malade de 24 ans. Contusion de l'abdomen au cours d'un accident d'automobile. Le lendemain, vomissements, ventre douloureux. L'intervention montre : un hématome du mésocôlon transverse, des plaies du pancréas sur le bord inférieur de l'organe. Ces plaies sont tamponnées. Après quelques suites mouvementées, se forme une fistule pancréatique. Abouchement du trajet fistuleux dans le duodénum : guérison.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

Accidents cérébraux graves, consécutifs à l'administration, par voie vaginale, d'un comprimé d'un arsenical pentavalent.

(M. Robert Worms ; 20-1-1939)

Parmi les accidents imputables à l'arsénothérapie, les complications nerveuses, fort rares d'ailleurs — auxquelles il est d'usage de donner le nom d'apoplexie séreuse — se présentent sous un aspect qu'on retrouve dans la majorité des cas. Elles surviennent au cours d'un traitement par le novarsénobenzol, après la deuxième ou troisième injection intraveineuse, ou plus tardivement. A la céphalée, qui en est le premier symptôme, succèdent avec une rapidité foudroyante, les crise onvulsives et le coma et celui-ci about t le p us souvent à la mort.

Dans le cas observé par l'auteur, la nature, la dose et le mode d'administration du médicament en cause (il s'agissait d'un seul comprimé d'un arsenical pentavalent, introduit par voie vaginale) ; la précocité du début ; la bénignité de l'évolution, malgré l'apparence dramatique du tableau initial ; enfin le caractère de cet accident, dont douze ans auparavant, après une injection d'acétylarsan, la malade avait déjà présenté les symptômes, sont autant de singularités qui font l'intérêt de cette observation.

En résumé, une femme de 65 ans qui, pour une métrite, avait été traitée avec succès par des applications locales de stovarsol, reprend son traitement après une interruption de trois mois. Quelques heures après l'introduction, par la voie vaginale d'un seul comprimé du médicament, elle ressent des nausées, une vive céphalée et la température s'élève. Le lendemain, apparaît une éruption scarlatiniforme généralisée. Malgré les injections répétées d'adrénaline, la céphalée augmente d'intensité, l'abattement fait place à un état de prostration, coupé de phases d'agitation ; et, brusquement, quarante heures environ après la prise médicamenteuse, éclate une crise convulsive épileptiforme, à laquelle succède le coma. Celui-ci persiste deux jours, puis se dissipe lentement, laissant derrière lui, après une très courte période d'aphasie, un état d'amnésie transitoire. La guérison survient sans la moindre séquelle.

En pratique, il faut cependant retenir — quel que soit le mécanisme invoqué à son origine — l'extraordinaire sensibilité de certains organismes à l'égard des composés arsenicaux. Si cette éventualité est relativement négligeable, en raison de l'importance de l'enjeu thérapeutique, dans la cure de la syphilis, les accidents de l'arsénothérapie prennent une tout autre signification, quand il s'agit de traiter des affections plus bénignes.

Si l'efficacité de ces médicaments en autorise l'essai, du moins a-t-on le devoir formel de suspendre le traitement au moindre signe d'intolérance. Mais l'histoire de la malade envisagée, montre combien celle-ci s'avère parfois imprévisible.

A ces considérations d'ordre préventif, cette observation ne permet pas d'ajouter d'appréciations thérapeutiques. La mise en œuvre précoce du traitement par l'adrénaline n'empêcha pas le développement progressif de l'état comateux, ni l'apparition des convulsions.

Sur cent cas de diabète sucré traités par l'insuline-protamine-zinc

(M. R. Boulin ; 20-1-1939)

Parmi les malades ainsi traités, chez 96 malades sur 100 la glycémie à jeun s'est abaissée avec l'insuline-protamine-zinc, malgré une réduction moyenne de 1 /6 de la dose d'insuline. Seuls 4 malades ont vu leur glycémie s'élever ; il s'agissait dans trois cas de grands diabétiques, exigeant respectivement 59, 60 et 90 unités d'insuline ordinaire. Les accidents locaux paraissent négligeables. Les accidents généraux ont consisté deux fois en céphalées, assez violentes pour faire suspendre le traitement. Les accidents d'hyper-insulinisme ont été observés chez 19 malades ; ils se sont produits pour la plupart dans la deuxième moitié de la nuit ; ils ont presque toujours été bénins, consistant en malaises, sueurs ; quatre fois seulement sont survenus des convulsions, un état comateux, qui ont cédé au traitement habituel.

D'une manière banale, on a observé chez les malades soumis à l'insuline-protamine-zinc des poussées brutales de glycosurie ou inversement des chutes importantes de la glycémie. Ces phénomènes tiennent probablement à des troubles dans la résorption tissulaire, tantôt insuffisante, tantôt massive. Ils nécessitent une surveillance stricte du malade.

Des échecs apparents de l'insuline-protamine-zinc ont paru dus, fréquemment, soit au fait que le malade oublie d'agiter l'ampoule, et par suite de placer l'insuline en suspension, soit à ce que la piqûre est faite dans le muscle et non sous la peau ; soit enfin à ce que le régime est trop abondant ; il vaut mieux s'en tenir à des rations de l'ordre de 80 à 90 grammes, afin d'accroître le moins possible la dose nécessaire d'insuline-protamine-zinc et par suite les chances de malaises. Il y a intérêt à augmenter le repas du soir au détriment de celui de midi, les malaises étant surtout nocturnes.

Il paraît se dégager des cas observés que l'insuline-protamine-zinc constitue une solution très satisfaisante du traitement des diabètes de gravité moyenne et d'un certain nombre de diabètes graves où seule, à doses moindres et administrées en une seule fois, elle a donné de meilleurs résultats que l'insuline ordinaire. Par contre, dans un certain nombre de diabètes graves (soit environ 14 % des diabètes justiciables de l'insuline), elle a donné seule, administrée en une seule fois, de moins bons résultats que l'insuline ordinaire administrée en plusieurs fois, et il y a intéret à l'associer à cette dernière.

G. F.

Société de médecine de Paris

Séance du 13 janvier 1939

Quelques aspects cliniques des sinusites latentes

M. Maurice Vernet étudie : *a)* les sinusites latentes suppurées se révélant en clinique : 1° par une complication (orbito-oculaire, cranienne ou endocranienne) ; 2° par la forme rhume de cerveau à répétition ; 3° par le type de bronchite récidivante ; 4° par le type dentaire ; 5° par le type fébrile et infectieux à distance ; *b)* les sinusites latentes sans pus se manifestant en clinique : 1° par le type d'obstruction nasale avec catarrhe rhino-pharyngien sans pus ; 2° par la forme de catarrhe tubaire ; 3° par le type céphalalgique ou douloureux ; 4° par le type d'hydrorrhée spasmodique ; 5° par la forme oculaire.

La percuti-réaction

M. Lesné estime que les recherches des réactions cutanées à la tuberculine constituent le procédé le plus fidèle de dépistage de la tuberculose infantile. A l'intradermo-réaction et à la cuti-réaction, il faut préférer la percuti-réaction qui a la même sensibilité, d'évaluation facile, de lecture aisée et qui est bien acceptée par parents et enfants. Ce mode d'investigation devrait être généralisé dans toutes les collectivités d'enfants et particulièrement dans les écoles.

La recherche du bacille tuberculeux dans le contenu gastrique prélevé à jeun. Sa valeur diagnostique et son importance au point de vue prophylactique

M. Armand-Delille expose la méthode de recherche du bacille tuberculeux dans le contenu gastrique, par siphonnage, inspirée des premières recherches de H. Meunier, qu'il a perfectionnée et préconisée depuis quinze ans pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire de l'enfant. La haute valeur de cette méthode a depuis montré qu'elle pouvait s'appliquer à certains adultes qui ne savent pas cracher. Il rappelle les applications récentes qu'en ont faites Gülbring et Nils Levin qui, sur 300 cas de tuberculose dite fermée, ont pu constater la présence du bacille dans 50 % des cas, ce qui a une grande importance également pour l'institution des mesures prophylactique selon la méthode de Grancher.

Société des chirurgiens de Paris

Séance du 20 janvier 1939

La gastro-jéjunostomie antérieure dans la chirurgie palliative du cancer non enlevable de l'estomac

M. G. Luquet, avec 182 cas à l'appui, élève un plaidoyer en faveur de cette intervention si décriée et si peu connue. Elle a cependant sa place dans la chirurgie gastrique car elle a des indications nettes et elle peut rendre les plus grands services notamment dans le cas de cancer non enlevable de l'estomac. Il est exclusivement partisan de l'opération de Braun, c'est-à-dire de la gastro-jéjunostomie antérieure, à anse longue, précôlique, avec jéjunostomie complémentaire, la seule qui donne toute sécurité de fonctionnement.

Les fractures du col du maxillaire inférieur

MM. Dufourmentel et Marcel Darcissac présentent les résultats de leurs observations portant sur 84 cas. Leurs conclusions sont :

1° Ces fractures sont beaucoup plus fréquentes qu'il ne semble, mais passent souvent inaperçues au milieu des lésions plus apparentes des grands traumatismes faciaux.

2° On peut, d'après l'étude attentive des modalités de la fracture, prévoir leur évolution.

Toutes celles qui s'accompagnent d'un déplacement considérable du condyle peuvent laisser après elles un défaut d'engrènement interdentaire.

Toutes celles qui s'accompagnent de dislocation du condyle peuvent être suivies, même à longue échéance, d'arthrite temporo-maxillaire avec douleurs, craquement, subluxation, luxation et limitation des mouvements.

Seules peuvent conduire à l'ankylose celles qui s'accompagnent de blessure de la cavité glénoïde. L'otorragie en est un signe constant.

Toutes les fractures qui sont affranchies de ces menaces, et c'est la grande majorité, guérissent sans intervention.

3° Les conclusions thérapeutiques qui en découlent sont donc :

Dans toutes les variétés où la fracture n'entraîne ni le déplacement exagéré du condyle, ni son éclatement, ni blessure de la cavité glénoïde : simple réduction du déplacement mandibulaire par traction intermaxillaire, avec ou sans mentonnière.

Encore beaucoup de cas où le déplacement est peu accentué se réduisent-ils d'eux-mêmes.

Dans les cas où il y a déplacement considérable ou éclatement du condyle : ablation de celui-ci.

Dans les cas où la surface articulaire temporale est enfoncée : habillage de celle-ci et, s'il est irréalisable, interposition cartilagineuse sous peine d'ankylose ultérieure presque certaine.

Contribution à l'étude et au traitement des scolioses graves

M. Raphaël Massart reprenant l'étude de la formation des scolioses graves, voit dans cette malformation qui frappe surtout le sexe féminin, le résultat d'un trouble général exagérant un caractère sexuel propre à la femme : la laxité du système **ligamentaire.**

Cette laxité a des effets particulièrement impor-

tants à l'attache de la ceinture pelvienne avec le rachis et avec les membres inférieurs, ce qui s'explique par le rôle que jouent les articulations du sacrum dans la *station bipède*. C'est la bascule du sacrum qui est la première déviation des scolioses graves. Souvent inaperçue par l'examen clinique, elle est décelable par la radio ; on la retrouve sur les pièces anatomiques ; elle s'exagère à la puberté. Ainsi, un déséquilibre ayant la bascule du sacrum pour origine s'étend à tout le rachis, troublant l'équilibre de ses masses musculaires.

C'est en agissant de bonne heure sur les articulations sacrées qu'on arrêtera la formation des scolioses. Un film en couleurs nous en fait connaître tous les détails.

Société odontologique de France

Séance du 28 février 1939

A propos d'épithélioma spino-cellulaire de la joue opéré et guéri. Présentation de malade

Docteur Gérard-Maurel. — L'auteur présente un malade, opéré depuis un an, ayant tous les signes de guérison clinique.

Il insiste sur la technique uniquement chirurgicale, au bistouri électrique, qu'il a employée, le malade ne présentant point d'adénopathie : incision et exérèse en V, autoplastie de fermeture sous anesthésie locale. Il illustre sa communication de plusieurs photographies.

Un cas de névralgies d'une branche dentaire du trijumeau traité avec succès par des injections parentérales de vitamine B_1 synthétique

M. Naar et le Docteur Sliosberg. — Cette observation ouvre d'intéressants horizons quant au traitement de ces névralgies si rebelles.

Diagnostic et prophylaxie de la tuberculose chez l'enfant

Docteur Julien Huber. — Le petit enfant étant très vulnérable, il est important d'éviter la contagion.

L'auteur préconise : 1° l'enquête prénatale ; 2° l'enquête dans les écoles parmi le personnel enseignant ; 3° la séparation de l'enfant des contagieux ; puis, le plus régulièrement possible, des épreuves de dépistage à savoir : cuti-réaction, intradermo-réaction, percuti-réaction. Bien souvent, du résultat de ces réactions, on peut déduire la gravité des lésions.

Plus les réactions sont vives, moins le sujet est atteint et inversement. Enfin, lorsqu'un enfant est indiqué comme ayant été touché par le bacille, la radiographie est le meilleur moyen de déceler les lésions.

L'auteur insiste pour qu'on ne croit pas un sujet à l'abri du mal parce qu'il a ingéré du vaccin B. C. G. On ne doit pas oublier pour cela, les mesures de prévention et les modes de dépistage qui font l'objet de sa communication.

Toulouse

Société de médecine

Duodénum mobile avec aspect d'inversion du circuit

M. Castay. — Il s'agit d'un homme présentant depuis de nombreuses années un syndrome épigastralgique ressemblant à celui de l'ulcère. La radiographie montre un duodénum mobile partiel portant sur la deuxième portion, qui décrit sur elle-même une boucle, de sorte que la partie inférieure de cette deuxième portion paraît remonter et venir croiser complètement le segment supérieur.

A ce sujet, l'auteur étudie les diverses variétés de duodénum mobile et rappelle les syndromes gastralgiques divers qu'ils peuvent entraîner.

Niche gastrique géante de nature ulcéreuse

MM. Laporte, Morel, Darnaud et Gourdou présentent la pièce anatomique d'un malade venu mourir d'hematémèse à l'Hôtel-Dieu. Il s'agit d'une ulcération de la muqueuse gastrique, située sur la petite courbure, à fond plat, géante par sa superficie (3 cm. sur 5) alors que la profondeur est très faible.

Les auteurs rappellent que cette lésion est du type de celles décrites par Gutmann, et qui se traduisent radiologiquement par un aspect spécial « en plateau » mais qu'à l'opposé des statistiques de Gutmann et des auteurs américains, cette niche est ulcéreuse et non néoplasique. Leur observation n'est qu'une exception qui doit confirmer la règle qui veut que toute niche géante en plateau soit dans l'immense majorité des cas de nature néoplasique.

Corps étrangers du genou

M. J.-P. Tourneux présente un corps étranger qu'il a extrait du genou droit d'une femme de 32 ans. Ce corps ostéo-cartilagineux, mesurant 5 cm. de long sur 4 de large et pesant 7 gr., était logé dans la partie externe du cul-de-sac sous-tricipital et avait révélé sa présence depuis huit ans par les symptômes habituels des corps étrangers articulaires.

Comme la malade n'a subi qu'un traumatisme grave du genou à l'âge de 12 ans, et que depuis elle s'est servie parfaitement de son articulation jusqu'à ce que les accidents aient apparu, il est difficile d'admettre que le trauma ait créé directement un corps étranger qui serait resté silencieux pendant douze ans. Il est plus logique d'admettre que lors de la chute il s'est produit une attrition du cartilage diarthrodial et des zones sous-jacentes aboutissant par un processus de nécrose extrêmement lent d'ostéochondrite disséquante à la mise en liberté du corps étranger.

Les Congrès

■ . ■ ■

IXe CONGRÈS DES SOCIÉTÉS DES SCIENCES MÉDICALES DE L'AFRIQUE DU NORD

(Oran, 3, 4 et 5 avril 1939)

Les brucelloses en Afrique du Nord

Epidémiologie des brucelloses en Tunisie

MM. Et. BURNET et L. BALOZET, de l'Institut Pasteur de Tunis

En Tunisie, après avoir marqué de 1930 à 1932 une recrudescence qui avait été un peu inquiétante, la fièvre ondulante a diminué dans une proportion importante. Br. melitensis a seul été trouvé chez l'homme jusqu'ici. La contamination par les chèvres, la plus commune, est certaine. La contamination par les vaches est vraisemblable mais non encore prouvée.

Br. *suis* est jusqu'ici inconnu en Tunisie.

Epidémiologie de la fièvre ondulante (généralités)

Professeur M. LISBONNE, de Montpellier

L'auteur limite son sujet à l'épidémiologie de la fièvre ondulante en France, la manière de contracter la maladie se montrant un peu différente suivant les contrées (Etats-Unis, France, etc.).

Dans notre pays, la fièvre ondulante frappe surtout les départements du Sud et du Sud-Est mais elle atteint aussi, à des degrés moindres, les autres régions. La Bretagne reste le seul îlot encore vierge, apparemment, de mélitococcie.

Les espèces animales, réservoirs de virus, sont au premier chef la chèvre et la brebis. Après la découverte, en Amérique, de la brucellose humaine à B. abortus, le problème de la participation de l'espèce bovine à la transmission de la maladie s'est posé chez nous. La question n'est pas pour ce qui nous concerne aussi simple qu'ailleurs. La vache, en effet, a pu ici transmettre à l'homme le bacille de l'avortement épizootique et lui communiquer ainsi une fièvre ondulante typique ; mais elle peut également, tout comme la chèvre et la brebis, lui transmettre Brucella melitensis.

Longtemps l'ingestion de laits ou de fromages infectés a tenu la première place dans l'étiologie de la mélitococcie. Cette notion reste valable pour les cas urbains, infiniment plus rares que les cas ruraux. Les fromages non fermentés, qui peuvent receler encore vingt-cinq jours après leur fabrication des B. melitensis vivants, constituent pour les habitants des villes la cause la plus certaine de contamination (à côté des salades et légumes consommés à l'état cru). Toutefois, la fièvre ondulante est avant tout une maladie des campagnes. Chez les habitants des fermes, les deux modes de contamination (contact direct, mode indirect, alimentaire) jouent concurremment. Il semble que les infections par voie directe soient beaucoup plus fréquentes que celles par ingestion.

L'enfant paraît jouir d'un certain degré d'immunité vis-à-vis des brucella.

Epidémiologie des brucelloses au Maroc

MM. FORT et ZOTTNER

Les brucelloses animales et surtout la mélitococcie sont des maladies rares au Maroc où, en près de vingt ans, dans toute l'étendue du pays, quinze épizooties seulement furent diagnostiquées de façon certaine.

Chez l'indigène, les brucelloses sont également rares. Le contrôle de l'importation des animaux et les habitudes des habitants expliquent cette particularité. L'indigène marocain ne consomme généralement que du lait bouilli. Il convient néanmoins d'ajouter que l'affection peut rester plus facilement ignorée chez l'indigène que chez l'Européen.

Epidémiologie de la fièvre de Malte en Algérie

M. le Docteur MERCIER

La contagion de la fièvre de Malte en Oranie paraît surtout s'opérer par l'ingestion de lait ou de ses dérivés et par le contact direct avec les animaux malades, mais une proportion importante de cas relève d'autres contages, soit par des véhicules inanimés (objets souillés), soit par des insectes (mouches), soit par l'absorption de crudités ou de boissons contaminées.

La fièvre de Malte en Oranie, maladie actuellement autochtone du cheptel caprin et bovin présente chez l'homme un caractère d'endémicité qui est loin de s'éteindre, en raison des coutumes et de l'hygiène défectueuse des habitants qui peuplent son sol.

L'identification des brucella

M. le Professeur Lisbonne (de Montpellier) (en collaboration avec M. le Docteur Roman)

Identifier un germe comme Brucella est une recherche de laboratoire assez simple. Les Brucella se distinguent par des caractères négatifs. Le bactériologiste constate sous le microscope qu'il a affaire à un germe à Gram négatif, de dimensions extrêmement petites même après coloration : c'est un cocco-bacille, mais bacille tout de même. Son développement est lent sur la gélose peptonée ordinaire, un peu plus rapide (deux à trois jours) sur les mêmes milieux glycérinés ou glycosés.

Mis en éveil par ces constatations — peu de microbes ont un tel aspect — on soumettra ce germe à l'action d'un sérum spécifique et on observera en quelques heures une agglutination complète à des taux élevés (1/2.500 à 1/5.000 et au delà). A n'en plus douter, le germe est du genre Brucella. Reste à déterminer la variété à laquelle il appartient : B. melitensis ou B. abortus (épreuves de Huddleson, méthode de Maria de Sanctis).

Diagnostic bactériologique des brucelloses

M. le Docteur Edouard Duffau

Les brucelloses reconnaissent comme agents pathogènes les germes suivants : *Brucella melitensis*, isolé par Bruce chez l'homme en 1886 ; *Brucella abortus bovis*, identifié par Bang chez le bœuf en 1897 ; *Brucella abortus suis*, découvert par Traum sur le porc en 1914.

Les procédés de diagnostic bactériologique des brucelloses sont : l'isolement du germe dans le sang ou l'hémoculture ; la séro-agglutination ; l'intra-dermo-réaction.

Pour l'hémoculture, le sang peut être prélevé à toute époque de la maladie, en période fébrile dépassant 38°. Les résultats sont appréciés différemment par les auteurs. M. Duffau a obtenu des hémocultures positives dans 72 % des cas.

Mêmes variations d'opinion sur la séro-agglutination. Tout dépend du choix de la souche. Le pourcentage apparaît d'un ordre analogue à celui des hémocultures mais sans superposition : les cas à résultats négatifs dans l'hémoculture ne le sont pas nécessairement en séro-réaction. Le pouvoir agglutinant se montre rapidement dans les brucelloses. Dans l'espèce animale on peut utiliser le lait ou mieux le sérum de lait pour faire l'épreuve de l'agglutination.

Burnett, convalescent de mélitococcie, a essayé sur lui-même l'intradermo-réaction et il a établi ainsi un nouveau procédé de diagnostic. On inocule deux gouttes de mélitine (venant d'une culture de Brucella) dans le derme à la face antérieure de l'avant-bras, au tiers moyen. La réaction (douleur, et surtout rougeur et œdème) se lit 6, 12, 24 heures après l'inoculation. Le placard rouge a quatre à six centimètres de diamètre. La majorité des auteurs reconnaît à l'intradermo-réaction une spécificité parfaite et pratiquement, si son rendement diagnostique n'est pas absolu, il est hautement appréciable.

En réclamant dans un cas suspect les trois épreuves principales ci-dessus énoncés, l'hémoculture, la séro-agglutination et l'intradermo-réaction, le praticien verra certainement assurer son diagnostic.

Formes cliniques des brucelloses en Afrique du Nord

MM. Maurice Pariente et Méchalis

La forme commune des brucelloses est caractérisée par quatre symptômes cardinaux : la courbe thermique, les douleurs, les sueurs, l'asthénie. L'incubation est de quinze à trente jours.

La courbe thermique dessine des oscillations ascendantes et descendantes pendant des périodes de dix à quinze jours. Ces ondulations se poursuivent durant plusieurs mois, la température entre les périodes fébriles ne revenant pas entièrement à la normale.

Les douleurs (articulaires, tendineuses, osseuses) apparaissent surtout vers la 4e ou 5e poussée. Les sueurs sont très abondantes. L'asthénie est extrêmement marquée.

A ces symptômes ajoutons l'anémie, l'orchite, la tuméfaction du foie et de la rate.

A côté de cette forme commune il en existe nombre d'autres : formes nerveuse (méningée, encéphalique, médullaire), rhumatismale, digestive (hépatique), pulmonaire (pleurésie, pseudo-tuberculose), cardio-vasculaire, etc.

Complications médicales des brucelloses humaines en Afrique du Nord

M. le Prof. Gillot et M. le Docteur Ch. Sarrouy

Les complications des brucelloses, pour un bon nombre d'entre-elles tout au moins, ne sont autres que les troubles mêmes caractérisant les formes de la maladie dont il vient d'être question.

Les hémorragies sont relativement fréquentes au cours de la fièvre ondulante. D'autres complications sont pulmonaires (fausses tuberculoses), cardio-vasculaires, rénales (néphrite), digestives (diarrhée), génitales (métrorrhagies, orchi-épididymites), locomotrices (pseudo-coxalgie méditerranéenne, hydarthrose, spondylite), neurologiques (méningites, myélites), psychiatriques.

Brucelloses et chirurgie

MM. Costantini et Raynol

Certaines similitudes pathogéniques rapprochent la fièvre ondulante de la fièvre typhoïde. Tout comme la fièvre typhoïde, les mélitococcies peuvent créer des ostéites avec abcès, des arthrites, des cholécystites, des ulcérations bucco-pharyngées, etc.

L'orchite est assez fréquente (Gillot) dans la

fièvre ondulante. Celle-ci peut créer, d'autre part, des escharres aux gencives, au voile du palais, des escarres faciales, à pronostic grave.

On a observé, dans la fièvre de Malte, des cholécystites, des spondylites, des ostéites, des arthrites, etc.

Traitement biologique de la mélitococcie

MM. J. Lebon, A. Manceaux et G. Fabiani

La protéinothérapie non spécifique donne dans la mélitococcie des résultats inconstants. La sérothérapie spécifique semble actuellement tombée dans l'oubli. Reste la vaccinothérapie spécifique. L'indication essentielle est l'existence d'un état allergique, condition d'une vaccinothérapie efficace.

Les vaccins proposés dans le traitement de la fièvre de Malte sont nombreux : stock-vaccins, extraits de corps microbiens, vaccins mixtes. La vaccinothérapie spécifique donne une proportion appréciable de guérisons.

Les brucelloses animales

M. Zottner

L'auteur insiste sur l'importance de la vaccinothérapie et de la vaccino-prévention des animaux par vaccins lanolinés dits « vivants » dont l'emploi, du fait de leur innocuité, est appelé à rendre de grands services.

En janvier 1935, MM. Velu et Zottner, et à la même époque, MM. Dubois et Sollier préparèrent des vaccins gras, à la lanoline, inoffensifs pour les animaux et pour l'homme, et utilisés d'abord dans la prophylaxie des brucelloses animales. Ces vaccins « vivants » sont en réalité à germes ayant perdu leur vitalité du fait de la lanoline.

La prophylaxie des brucelloses animales par la vaccino-prévention n'enlève rien à la nécessité des mesures sanitaires rationnelles (abattage des malades, dispersion des troupeaux, etc.). D'ailleurs, le virus n'est pas très résistant et n'offre pas une grande tendance envahissante.

Prophylaxie des brucelloses en Tunisie

MM. Et. Burnet et L. Balozet

Prophylaxie des brucelloses au Maroc

MM. Fort et Zottner

Traitement chimiothérapique des brucelloses

M. R. Anduze-Acher

On a appliqué dans le traitement des brucelloses divers agents chimiothérapiques : acridine, arsénobenzols, sulfamidés. Ces médications sont à l'étude et leurs résultats ne sauraient être fixés de façon précise actuellement.

P. Lacroix.

Les Livres

Masson et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

Léon Imbert. — **Accidents du travail** ; *Accidents de droit commun* ; *Invalidités de guerre* ; *Maladies professionnelles* ; *Guide pour l'évaluation des incapacités.* Un vol. de 244 pages, avec 84 figures : 80 francs.

La librairie Masson nous donne une troisième édition de cet ouvrage, qui constitue en réalité une refonte complète imposée par les progrès incessants de la science médicale, les nouvelles conceptions de la médecine en matière d'infirmité post-traumatique, et l'extension continue des observations de l'auteur, qui lui a permis de modifier sur bien des points les notions acceptées par les livres classiques.

Le rôle social d'un tel manuel de traumatologie prend également de plus en plus d'ampleur, à mesure que le nombre de nos lois réparatrices d'accidents s'augmente et que leur domaine d'application s'élargit. Aux seuls accidents du travail, du commerce et de l'industrie prévus à l'origine par la loi du 9 avril 1898, sont venus s'ajouter les accidents agricoles, les accidents domestiques, et tout récemment les accidents survenus à tout salarié quelle qu'en soit la profession. Parallèlement la jurisprudence a abondamment développé la réparation des accidents de droit commun dont la vie moderne multiplie sans cesse les causes. La loi du 31 mars 1919 a posé le problème de l'évaluation des incapacités de guerre. Enfin les Assurances sociales, en indemnisant l'invalidité en général, ont comblé, pour la classe la plus nombreuse de la population, les lacunes des autres régimes spéciaux de réparation.

Il est donc particulièrement utile de présenter aux médecins, et par leur intermédiaire, à la justice, les bases scientifiques sur lesquelles s'établit dans un cas donné le chiffre de l'invalidité résiduelle.

Les Thèses

Mp. — Dr M. Bouschon. — **A propos de treize cas de polypose recto-colique.** (Thèse 1938.)

La polypose recto-colique est une affection due à la présence dans le gros intestin de tumeurs multiples, bénignes, pédiculées ou sessiles, saillantes dans la lumière intestinale.

C'est une affection des jeunes (mais on peut la voir à tout âge), et du sexe masculin principalement. Sa symptomatologie, quelquefois gastrique, est dominée par des troubles intestinaux (évacuations dysentériformes, hémorragies, etc.). Le diagnostic s'appuie sur trois moyens d'investigation : la rectoscopie associée au toucher rectal, la biopsie et la radiographie.

La maladie est essentielle (12 cas de l'auteur, sur 13) ou secondaire (1 cas de l'auteur).

Le traitement, difficile et assez aléatoire dans la polypose diffuse, donne de bons résultats dans la polypose localisée, qui est justiciable de la diathermo-coagulation. Dans la polypose secondaire inflammatoire, les sels de magnésium ont procuré des effets satisfaisants.

N. — Docteur Marcel Lombard. — **Essai thérapeutique d'un extrait hépato-gastrique injectable dans le traitement des différentes anémies.** (Thèse, 1938.)

Lombard, après avoir fait un historique de l'hépatothérapie, s'attache à préciser les avantages de la voie parentérale dans le traitement des anémies. Après la méthode de Whipple, il insiste sur la gastrothérapie dont il décrit l'intérêt théorique et pratique en considérant surtout l'action d'un extrait injectable mixte, hépato-gastro-pylorique. Une étude expérimentale de ce dernier produit précède les données cliniques. Les 25 observations originales rapportées par l'auteur comportent chacune une étude hématologique soigneuse avec de nombreux graphiques et myélogrammes. Ces faits observés par différents cliniciens de Paris, Nancy, Montpellier, Bordeaux, Toulouse, Rabat (Maroc), portent sur les anémies cryptogénétiques, de type biermérien, post-hémorragiques, gravidiques, toxiques, etc...

Il résulterait de cette étude que l'action de la préparation injectable hépato-gastrique est particulièrement heureuse. Dans 16 observations la croissance hebdomadaire du taux des hématies a varié de 220.000 à 1.000.000. La stimulation de l'état général a été observée dans la plupart des cas et la conservation des résultats acquis paraît un fait notable. Des résultats négatifs ont été notés dans un cas d'anémie pseudo-leucémique type von Jacksh-Luzet, dans deux cas d'anémie benzolique.

Lombard pense que l'action thérapeutique est due à une excitation de la fonction hématopoïétique de la moelle osseuse et il étend les indications de la méthode dont l'innocuité est absolue, aux anémies légères et moyennes.

Cette thèse documentée apporte une contribution au traitement des anémies en nous faisant connaître une méthode originale combinant les données de Whipple et de Castle et permettant l'introduction du principe anti-anémique par la voie parentérale.

Mp. — Dr J. Fouquet. — **Contribution à l'étude des diverticules du duodénum.** (Thèse 1938.)

Les diverticules duodénaux n'ont pas une symptomatologie propre ; ils se présentent sous des *formes cliniques variées*, soit gastrique, soit intestinale, soit hépato-biliaire, soit pancréatique, d'où la difficulté de leur diagnostic. Il faut retenir aussi l'existence fréquente des *lésions associées*, lésions qui bien souvent sont responsables des troubles rencontrés.

Les complications diverticulaires apparaissent plutôt rares vis-à-vis du nombre de diverticules observés.

A signaler le rôle considérable joué par la *radiologie* dans la diverticulose duodénale ; c'est toujours elle qui fait le diagnostic.

P. — Docteur Ch. Chauveau. — **Ostéosynthèses et traitements orthopédiques des fractures diaphysaires fermées de l'adulte.** (Thèse 1938.)

Rien ne justifie la condamnation de l'ostéosynthèse mais rien non plus ne justifie son emploi systématique comme seule méthode capable de donner une très forte proportion de bons résultats anatomiques et cliniques dans les fractures diaphysaires.

S'il est dommage de constater l'extraordinaire fréquence des déplacements secondaires dans les appareils plâtrés, il est regrettable aussi que les méthodes ostéosynthétiques nécessitent un matériel aussi onéreux.

Il faut être prudent et éclectique dans le choix du traitement. Si la plupart des fractures peuvent être soignées orthopédiquement grâce aux appareils de traction sous le contrôle radioscopique, il ne faut plus hésiter à recourir aux différents procédés ostéosynthétiques dès qu'une réduction apparaît impossible à obtenir ou à maintenir.

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement de l'arthrite sèche de la hanche par les injections locales juxta-articulaires

Par le Docteur S. ORECKIN
de Puylaurens

La méthode thérapeutique des injections locales juxta-articulaires dans les arthrites sèches de la hanche a très rapidement conquis la masse des praticiens séduits par la simplicité de sa technique et par l'efficacité immédiate et durable de son action.

A la suite de quelques observations personnelles très concluantes nous nous sommes livrés à quelques réflexions sur la pathogénie et le mode d'action de ces injections, réflexions que nous soumettons à l'appréciation de nos confrères.

OBS. nº 1. — M. M..., 63 ans. Poussée aiguë d'une arthrite sèche de la hanche chez un homme jusque-là indemne de rhumatisme chronique.

Je trouve le malade en proie à de vives souffrances, à tel point qu'il me supplie de ne pas l'examiner car il redoute la moindre tentative de mobilisation. Avec beaucoup de douceur et de patience, j'arrive à l'examiner suffisamment pour poser le diagnostic et à le persuader de se laisser faire une injection de 20 c. c. de thiodacaïne par voie sus-trochantérienne. L'effet de la piqûre est immédiat, le malade éprouve aussitôt un immense bien-être.

Après l'injection, j'ai rangé ma seringue et m'étant lavé les mains, j'allais monter en voiture en donnant quelques explications à la famille, lorsque nous vîmes le malade dévalant l'escalier de sa chambre en caleçon pour me remercier avant mon départ.

Depuis lors, trois mois se sont écoulés sans que le malade éprouve la moindre douleur.

OBS. nº 2. — Mme B..., 36 ans. Rhumatisme chronique à forme acromélique polyarthralgique évoluant depuis quelques années. Devait partir faire une cure à Ax-les-Thermes. La veille de son départ, immobilisée par une poussée brutale d'arthrite sèche de la hanche. Injection de 20 c. c. de thiodacaïne par voie sus-trochantérienne. La nuit est meilleure. Aprèsla deuxième piqûre, la malade peut monter en voiture et se faire porter au train. En gare d'Ax,elle a pu descendre toute seule.

OBS. nº 3. — M. X..., voyageur de commerce en tournée. Immobilisé par une poussée douloureuse aiguë au cours d'une arthrite de la hanche en cours de route. Arrive à Puylaurens au prix de souffrances pénibles. Thiodacaïne sus-trochantérienne 20 c. c. J'essaie de l'encourager et promets ma visite pour le lendemain. Le soir même, un coup de téléphone d'une ville distante de 150 kilomètres m'apprend que mon voyageur a pu reprendre la route et conduire pendant près de trois heures.

OBS. nº 4 (communiquée par le Docteur S..., de Saint-S..., Lot-et-Garonne). — Femme de 60 ans atteinte de coxarthrie double, la gauche (qui est de beaucoup la plus douloureuse) s'étant développée sur une ancienne subluxation congénitale. Douleur vive à la marche qui depuis quelques semaines, est devenue pratiquement impossible. Douleurs persistant même au repos.

Une première injection de thiodacaïne (20 c. c.) du côté gauche, faite par voie sus-trochantérienne donne un soulagement très net (disparition des douleurs au repos) qui se prolonge pendant plusieurs jours. Une seconde injection augmente encore cette amélioration; la malade recommence à faire quelques pas sans souffrir.

On pratique ainsi, à 7 ou 8 jours d'intervalle quelques injections sus-trochantériennes. L'amélioration se confirme et aboutit finalement à la reprise de la marche.

OBS. nº 5 (communiquée par le Docteur S. S..., de S...), Mme S.... — 52 ans. Est atteinte depuis trois ans d'une arthrite de la hanche gauche, avec tendance à l'ankylose. Souffrances vives ; la marche est devenue très difficile. Douleurs nocturnes empêchant le sommeil.

A été diversement traitée par la gamme des calmants usuels les liniments analgésiques, les injections d'huile iodée. La première injection de thiodacaïne faite *loco dolenti* par voie sus-trochantérienne ramène un sommeil normal. La seconde rend la marche plus facile. Après huit injections consécutives faites à 5 ou 6 jours de distance, la situation de la malade est absolument transformée. Les douleurs ont disparu. La marche est facile. Mme S... fait maintenant 4 à 5 kilomètres sans fatigue.

OBS. nº 6 (communiquée par le Docteur R. G..., de R....). — Femme de 65 ans, souffrant depuis longtemps d'une coxarthrie développée sur une luxation congénitale. Aggravation progressive. Finalement, la malade ne marche plus.

Une série de 12 injections de thiodacaïne injectées localement par voie sus-trochantérienne soulage ses douleurs au point de permettre la reprise d'une marche quotidienne de plusieurs heures, avec une douleur très modérée. Une deuxième série améliore encore son état. La malade vient maintenant deux fois par an pour recevoir quelques injections locales qui la maintiennent en bon état.

OBS. nº 6 (communiquée par le Docteur L..., de H...). — Mme L..., arthrite coxo-fémorale double tenace, pour laquelle ont été employés sans succès une foule de remèdes et de traitements physiques variés, sans aucun résultat.

Une première série de 4 ampoules de thiodacaïne injectées localement par voie sus-trochantérienne, à 5 jours d'intervalle, amène une transformation immédiate : douleurs moindres, plus de souplesse dans les mouvements de la hanche, marche plus aisée. Une deuxième série accentue encore les progrès, et achève de redonner une validité suffisante à la malade qui, avant le traitement, se considérait comme vouée à une brève échéance à une infirmité totale.

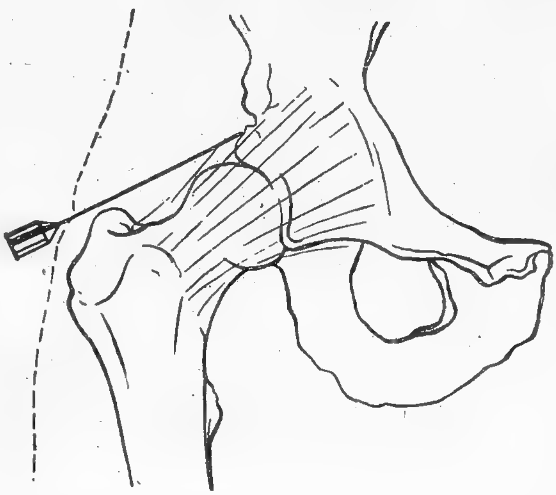
On se propose de renouveler régulièrement ces injections à quelques mois d'intervalle, pour entretenir l'amélioration obtenue.

Technique d'injection

La voie d'élection est la voie sus-trochantérienne. Sujet couché dans le décubitus latéral : après antisepsie de la peau, on procède à une petite anesthésie locale par bouton dermique à la thiodacaïne. Au ras du bord supérieur du grand trochanter on enfonce une aiguille de 10 cm. de long en la dirigeant obliquement en dedans et un peu en haut. A 8 ou 9 cm. de profondeur, l'aiguille rencontre le contact osseux : on est sur le rebord supérieur du cotyle au voisinage immédiat de la partie supérieure de l'interligne articulaire, c'est-à-dire au point de souffrance initial et électif de la coxarthrie.

C'est là qu'il faut injecter 20 c. c. de thiodacaïne.

On peut compléter cette injection par une injection postérieure au milieu de la ligne unissant l'articulation sacro - coxygienne au bord postérieur du grand trochanter.



Pathogénie

En dépit des obscurités et des lacunes de nos connaissances sur les causes des arthrites sèches de la hanche, certains points sont actuellement solidement établis et notamment cette notion : que la coxarthrie exprime la souffrance d'une hanche qui s'use mécaniquement *parce qu'elle est mal nourrie.*

La condition pathogénique essentielle de la coxarthrie c'est une *insuffisance circulatoire locale.*

On peut discuter sur la nature de cette insuffisance circulatoire locale : artério-sclérose des vaisseaux nourriciers de la hanche, troubles circulatoires fonctionnels développés par des traumatismes locaux répétés (mauvais appui par malformation congénitale, traumatismes professionnels, obésité). Mais le trouble circulatoire est certain.

Le problème thérapeutique se ramène donc à ceci : calmer la douleur et améliorer la nutrition locale de l'articulation.

Pour calmer la douleur, rien ne remplace l'infiltration péri-articulaire avec la novocaïne ou la dunacaïne à 1 pour 200.

Pour améliorer la nutrition locale de l'articulation, nous donnons la préférence aux solutions sulfo-iodées grâce auxquelles peuvent être déposées au contact immédiat de la jointure malade, les deux substances dont les propriétés vasculaires et trophiques semblent s'exercer avec électivité sur les tissus articulaires.

L'iode, puissant stimulant de la circulation locale,

Le soufre, aliment naturel des jointures, catalyseur indispensable des métabolismes locaux, animateur des échanges nutritifs au sein des articulations, condition chimique essentielle de la résistance et de la reconstitution des cartilages.

Personnellement, nous avons traité plusieurs cas d'arthrite sèche de la hanche par l'injection sus-trochantérienne de 20 c. c. d'une solution de dunacaïne à 1 pour 200, contenant 0,10 pour 100 de soufre (Thiocarbamide) et 0,5 pour 100 d'iode (Iodazine).

On peut tirer de ces observations la conclusion suivante. Certes, le traitement parfait des arthrites rhumatismales de la hanche, et spécialement de l'arthrite sèche ankylosante chronique, ou coxarthrie, est encore à trouver. Les efforts réalisés dans ce domaine par la chirurgie (voir C. R. du rapport de Mathieu et Padovani à la Journée annuelle de la Ligue française contre le rhumatisme, in *Revue du Rhumatisme*, décembre) seraient sans objet s'il existait un traitement médical permettant de venir à bout de cette affection facilement, et dans tous les cas.

Ce que l'on peut affirmer c'est ceci : que, pour les traitements médicaux proposés, les injections locales sus-trochantériennes faites avec une solution anesthésiante contenant de l'iode et du soufre, telle que la thiocadaïne, représentent une méthode thérapeutique spécialement efficace et rapidement efficace. On en obtient pratiquement dans tous les cas un soulagement rapide de la douleur. En renouvelant ces injections deux ou trois fois par an, par série de huit à douze injections consécutives, et en faisant dans l'intervalle des séries un traitement sulfoiodé de consolidation on obtient dans la plupart des cas soit une régression, soit un arrêt évolutif de cette maladie naguère inexorable.

C'est dire qu'on réussit à préserver définitivement les malades de l'infirmité terrible à laquelle cette affection semblait les avoir voués.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

■ ■ ■

LE MÉDECIN MÉLOMANE

Pourquoi, se demande le Professeur Loeper, les médecins ont-ils toujours aimé la musique ? (1).

Est-ce parce que l'éducation professionnelle exerce leurs sens ? parce que l'éducation mondaine raffine leur goût ? parce qu'ils vivent assez souvent dans l'intimité des poètes, des artistes et des philosophes ? et parce que tout cela engendre comme fatalement, inconsciemment et progressivement, la jouissance reconnaissante et émue de la forme, de la couleur et des sons ?

Peut-être. C'est un fait, en tout cas, que les fils d'Esculape (donc petits-fils d'Apollon ?) tendent volontiers à la musique une oreille amie. Le Professeur Loeper cite Strumpell qui fut un pianiste remarquable, Cabot et Morrisson, fervents des quatuors, Grancher qui d'un coup d'archet donnait le ton d'un bruit pulmonaire, Raoul Blondel qui composa la « Tentation de Saint-Antoine ». On pourrait citer aussi le Professeur Loeper lui-même qui doit être quelque chose comme l'ambassadeur de la Musique à la Faculté puisque, il y a quelques années, c'est sous l'égide de la musique qu'il inaugurait les Journées médicales de Bruxelles.

Mais pourquoi les médecins sont-ils souvent mélomanes ?

Ne serait-ce pas parce que, préposés comme ils sont à l'étude et à la défense de la vie, tout ce qui est vivant les attire et que la musique est par essence l'art vivant ?

Le tableau, la statue se plaisent dans une atmosphère recueillie, confinée, immobile. Aux plus fervents l'œuvre d'art plastique apparaît toujours comme une idole : elle se laisse adorer et ignore son adorateur. Au devant d'elle descend du ciel jusqu'à la terre la rigide démarcation séparant l'humain de l'achevé. L'œuvre d'art plastique n'a vécu que le temps où elle prenait forme sous les doigts de son créateur. Et depuis lors elle est enclose dans un sarcophage de cristal.

Au contraire l'œuvre musicale est une présence permanente et invisible. Beethoven est tout entier là, entre les feuilles de ces cahiers, et des milliers d'hommes passeront à côté de lui sans soupçonner qu'ils côtoient un dieu. Vienne le desservant de cet autel sans faste, l'interprète élu, et la voix d'en haut retentira, clouant sur place ces milliers de passants. Et chacun entendra des paroles prononcées pour lui seul. Car le grand musicien reprend vie dans l'air où vibre sa musique. Cette ubiquité magique, cette image prestigieuse qui s'élève du silence sans jamais perdre un pouce de sa taille, n'est-ce pas une forme fabuleuse de vie à laquelle des biologistes ne peuvent demeurer indifférents, pour peu qu'ils aient le sens de l'immatériel ?

***

Ils l'ont bien ce sens, les médecins mélomanes ; heureusement pour eux il les tire, aux heures d'élévation, hors des misères humaines qui sont leur quotidien souci. Mais ils ont (est-ce un bien ? est-ce un mal ?) une profession qui prétend en toutes choses avoir son mot à dire. Si la musique lui échappe elle va se rattraper sur le musicien et le scruter curieusement. D'où vient que cet homme use d'un langage si particulier ? A quoi se reconnaît cette aptitude? Curiosité qui est bien dans la ligne anthropocentrique des études ordinaires du médecin et qui se trouve satisfaite lorsqu'il est établi que les centres du langage musical sont voisins de ceux du langage articulé : les deux tiers antérieurs de la première et de la deuxième temporales, et le gyrus supramarginilis et angulaire.

« Voilà, s'écrie le médecin mélomane, la réserve d'images sonores, la boîte à musique d'où sourd l'harmonie. Cela est si vrai que ces centres sont développés chez les grands musiciens et que, par contre, ils se sont révélés déplorablement petits chez Anatole France qui n'entendait rien à la musique. »

Et l'on se rend clairement compte que, médecin autant que mélomane, il regrette avec amertume de ne pouvoir réaliser ce rêve : ouvrir

(1) *De la sémiologie à la thérapeutique*, Doin et Cie, Paris.

le crâne de tel grand artiste de son choix et titillant l'écorce du gyrus supramarginalis, susciter l'éclosion d'une symphonie qui ravirait son oreille tout en servant de contrôle physiologique.

Car, enragé d'expérimentation, le médecin ressemble souvent sans y penser à ces enfants qui fouillent avec adresse les entrailles de leur polichinelle préféré.

Par bonheur (pour lui !) ce que les lois et les convenances lui interdisent de faire, la maladie et les déformations de toutes sortes le réalisent. Aucun préjugé ne peut, du moins, l'empêcher de regarder et la médecine, cette fois, reprend son avantage.

Indiscrète comme le sont tous ceux qui se laissent posséder par leur recherche elle pointe des hérédités louches, des antécédents qu'elle a coutume de rencontrer dans les rebuts de l'humanité. Et elle s'émerveille que dans l'inextricable dédale des fibres nerveuses un même complexe puisse aboutir au génie tout aussi bien qu'au crime, qu'il allume une étoile aussi facilement qu'il souffle un lumignon. La tuberculose de la famille Mozart et de la famille Chopin a peut-être supprimé des rejets et paru être une malédiction divine ; et soudain elle a suscité Chopin et Mozart. Est-ce un hasard ? ou un dessein longuement mûri. Et pourquoi de la consomption d'une race jaillit un jour l'être élu ? Une ivrognesse enfante une fille qui, suivant la règle, sombre dans l'aliénation mentale ; et puis elle enfante un garçon qui est Schumann. Pourquoi de l'un à l'autre une telle distance ? Au fait, se dit Lombroso, y a-t-il si loin de la folie au génie ? Le père de Beethoven, lui aussi, buvait et Romain Rolland le dépeint comme un assez triste sire. Dans l'Allemagne d'aujourd'hui peut-être le couteau des stérilisateurs d'Etat eût-il mis fin à sa descendance ; ils auraient prévu une série d'informes, d'idiots et de criminels. Ils n'auraient pas pu prévoir Beethoven. La Nature s'amuserait-elle à nous mystifier ?

Mais sans dépasser l'individu lui-même, pourquoi certains états morbides semblent-ils favoriser l'illumination inventive et pourquoi est-ce justement à propos du tréponème, ce démolisseurs des cerveaux, que la question se pose ? Si impartial soit-on ne faut-il pas être troublé lorsqu'on prend la syphilis en flagrant délit de symbiose à la fois chez Beethoven, chez Schmann, chez Schubert. Et Chabrier ? Et ce maître de l'école française mort il y a à peine un an ? Et tant d'autres musiciens ! Et tant d'autres artistes de toutes sortes et de tous les temps, et parmi les plus grands ! Cette fréquence de la syphilis, chez eux, est-elle seulement une coïncidence ? La biologie a coutume de retenir des coïncidences moins troublantes et Léon Daudet « en faisant du tréponème un agent fécondant de la cellule nerveuse, n'émettait pas une hypothèse de fantaisie. Elle est discutable ? soit ; donc elle est vraisemblable.

Le Professeur Loeper n'en disconvient pas. Il fait seulement remarquer que, côte à côte avec ces génies morbidement exacerbés, restent la robuste santé d'un Bach, le charme mesuré d'un Rameau, la grandeur divine d'un Franck. Nous voilà bien avancés si l'équilibre parfait s'apparente aux foucades pathologiques. La médecine ne verra décidément pas clair dans l'inspiration musicale ; il lui faudra se contenter, comme si souvent, de noter mélancoliquement l'incohérence de ses observations, et avouer que si elle a décelé l'emplacement de la « boîte à musique », elle ignore ce qui se passe dans cette boîte. Le gyrus supramarginalis, fragile amas de substance grise, garde son secret. Il a décrit l'intrusion du tréponème, mais ne veut pas de l'anatomo-pathologiste.

***

Pour la consolation du médecin mélomane la musique se laisse au moins embrigader dans l'arsenal thérapeutique.

Par elle Baudelaire est sauvé du suicide à l'audition du *Tannhauser*, Farinelli guérit Philippe V de l'hypocondrie, Véron, médecin autant que directeur de l'Opéra, traite l'aboulie. Dupré produit l'hypnose en faisant jouer la *Marche Funèbre* de Chopin et Janet fait disparaître avec la musique les stigmates psychasthéniques. Thérapeute résolu à prendre son bien où il le trouve, le Professeur Loeper affirme quant à lui, que les sons doux endorment, que l'unisson des cordes angoisse et que les sons violents réveillent ou grisent comme de l'alcool.

Roger, de Montpellier, prétendait agir sur le paludisme, Hébert sur la phtisie, Boglivi appliqua la mélothérapie à la goutte et Cuveilhier à la fièvre même de son fils.

Et les expérimentateurs de se mettre en branle, d'invoquer l'excitation du sympathique et une action des ondes musciales analogue en somme à l'action de bien d'autres ondes déjà cataloguées.

Hypothèse encore, hypothèse toujours. Le médecin mélomane ne va pas loin lorsqu'il s'attaque à la musique en médecin.

Heureux qu'il lui reste la ressource de la prendre, à la façon de tout le monde, comme le rythme souverain qui exalte et qui console, de la prendre humblement, en homme malade qu'il est... comme tout le monde.

G. Lavalée.

QUELS SONT LES MÉDICAMENTS QUE PEUVENT PRESCRIRE LES CHIRURGIENS-DENTISTES ?

Appelé à requérir pour l'application de la loi, un Procureur de la République me demande des précisions d'ordre législatif et jurisprudentiel, en ce qui concerne les droits que peuvent avoir les chirurgiens-dentistes, pour prescrire des médicaments et les devoirs des pharmaciens, appelés soit à accepter, soit à refuser l'exécution des ordonnances.

A. Loi sur l'exercice de la pharmacie

L'article 32 de la loi du 21 germinal an XI enjoint aux pharmaciens de ne délivrer et débiter des préparations médicinales, ou drogues composées quelconques que d'après la prescription qui en sera faite par les docteurs en médecine ou en chirurgie, ou par des officiers de santé et sur leur signature.

Se référant à la lettre de cet article, certains ont cru pouvoir en déduire que les pharmaciens ont le devoir de se refuser à exécuter les ordonnances émanant d'un chirurgien-dentiste. Disons de suite que la rigueur de ce raisonnement est modifiée par l'étude du texte des lois sur l'exercice de la médecine et sur la prescription des toxiques.

B. Loi sur l'exercice de la médecine

Le texte même de la loi du 30 novembre 1892 apporte la précision suivante sur la distinction à faire entre le grade de docteur en médecine et celui de chirurgien-dentiste. Alors que le premier donne à ses possesseurs la liberté complète de pratiquer l'art de guérir dans son universalité, y compris l'art dentaire, le second, celui de chirurgien-dentiste, n'octroie la possibilité de s'adonner qu'à la profession de dentiste à l'exclusion de l'exercice de la médecine.

Devant cette imprécision en ce qui concerne la limite des droits des chirurgiens-dentistes, nous sommes obligés de nous reporter aux débats parlementaires, qui ont précédé le vote de la loi de 1892 et d'envisager le texte du décret du 11 janvier 1909, définissant les matières qui doivent être enseignées en vue de l'obtention du grade de chirurgien-dentiste.

Lors de la discussion du projet de loi, au Sénat, il fut bien entendu que les chirurgiens-dentistes auraient le droit de soigner toutes les maladies de la bouche et des dents. Une discussion s'éleva au sujet des affections des maxillaires et, après intervention des Professeurs Cornil, rapporteur de la loi et Brouardel, commissaire du Gouvernement, il fut admis que les affections des maxillaires seraient, jusqu'à un certain point, de la compétence des chirurgiens-dentistes. (Voir premier rapport au Sénat, du Professeur Cornil, 31 décembre 1891, *Journal Officiel,* Débats parlementaires Sénat, mai 1892, p. 38 ; Sénat, séance du 21 mars 1892, *Journal Officiel,* 22 mars 1892, Débats parlementaires Sénat, p. 260 ; Brouardel, l'Exercicede la médecine et le charlatanisme, p. 35.)

Indiquons cependant que le décret du 11 janvier 1909 relatif aux études en vue du diplôme de chirurgien-dentiste, n'inscrit pas les maladies des maxillaires au nombre des matières d'examen. Pourtant, en clinique, certaines affections des mâchoires sont en relation directe avec les maladies des dents et sont justiciables de petites interventions qu'extemporanément peut et même doit exécuter le chirurgien-dentiste, au cours, par exemple, d'une extraction.

Si nous nous reportons maintenant aux termes de l'article 32 de la loi de germinal, sur l'exercice de la pharmacie nous constations — et pour cause — que les chirurgiens-dentistes ne sont pas compris dans l'énumération des praticiens qualifiés pour prescrire des médicaments. Mais, si ces diplômés n'ont été créés qu'en 1892, nous devons remarquer le silence de la loi, au sujet des prescriptions médicamenteuses émanant des chirurgiens-dentistes, alors que le texte législatif comporte des interdictions et des restrictions, frappant d'une part les dentistes patentés, c'est-à-dire inscrits au rôle des patentes avant le premier janvier 1892 et, d'autre part, les sages-femmes. Les premiers, les patentés, ne peuvent pas pratiquer l'anesthésie générale ni locale, sans la présence d'un docteur en médecine ; les secondes les sages-femmes ne peuvent prescrire aucun médicament, sauf ceux arrêtés par décret, pris après avis de l'Académie de médecine.

Du silence de la loi au sujet des chirurgiens-dentistes, en ce qui concerne leur droit de prescriptions pharmaceutiques, nous devons déduire que ces diplômés peuvent ordonner tous médicaments, pour l'exercice de la profession de dentiste, sauf les restrictions, concernant les toxiques (arrêté du ministre de l'Intérieur du 22 mai 1917 ci-après).

Peuvent donc être délivrés par les pharmaciens les médicaments prescrits par les chirurgiens-dentistes, visant le traitement des maladies de la bouche et des dents, tels qu'antiseptiques

buccaux, hémostatiques, analgésiques, sédatifs, recalcifiants, ou autres, utilisables directement pour le traitement des affections qui relèvent de la compétence des dentistes, ou que ceux-ci doivent utiliser, pour remédier aux conséquences immédiates de leurs actes opératoires.

C. Législation sur les toxiques

Les lois des 19 juillet 1845 et 12 juillet 1916 ont donné au Gouvernement le droit de règlementer l'emploi des substances vénéneuses. D'où les articles 19, 28 et 40 du décret du 14 septembre 1916, spécifiant qu'un arrêté ministériel fixerait la liste des toxiques que les pharmaciens seraient autorisés à délivrer sur ordonnaces de chirurgiens-dentistes, ou de sages-femmes.

Rappelons que ledit décret et l'arrêté du ministre de l'Intérieur du 22 mai 1917, ont fait l'objet d'un pourvoi en Conseil d'Etat, à la requête du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France, à l'effet d'annulation desdits textes règlementaires, pour excès de pouvoir. Par arrêt du 24 décembre 1920, le pourvoi fut rejeté.

Mais, nous pouvons retenir cette conclusion, c'est que du moment où un texte règlementaire limite les droits de prescription médicamenteuse des chirurgiens-dentistes, uniquement en ce qui concerne les substances vénéneuses et toxiques, il faut en déduire que ces diplômés ont le droit de prescription pharmaceutique générale, en ce qui concerne le traitement des seules maladies de la bouche et des dents.

2° Du point de vue de la jurisprudence

A part l'arrêt précité du Conseil d'Etat, sur la légalité de la réglementation de la délivrance des substances toxiques, d'après ordonnance des chirurgiens-dentistes, la jurisprudence est peu abondante. Le droit à l'anesthésie générale, ou locale est reconnu aux titulaires du grade de chirurgiens-dentiste, par jugement du Tribunal de Montbéliard, 30 janvier 1896 ; Tribunal de la Seine, 27 juin 1901 et 14 janvier 1913. Par suite, le chirurgien-dentiste peut prescrire sur ordonnance, les médicaments qui lui sont nécessaires, pour pratiquer ces diverses anesthésies.

Rappelons, à ce sujet, les paroles du Professeur Brouardel à la séance du Sénat le 18 mars 1892 : « Nous demandons, en conséquence, que « les dentistes diplômés puissent pratiquer « l'anesthésie locale, ou générale, et nous met- « trons dans le programme d'enseignement, ce « qui sera nécessaire pour qu'ils puissent le faire « sans danger ».

Nous devons cependant faire remarquer que, depuis 1982, le nombre des agents d'anesthésie *s'est accru d'unités nouvelles,* dont certaines nécessitent une habileté particulière. De plus, certains malades doivent être examinés médicalement pour rechercher si n'existent pas des contre-indications à l'anesthésie (surtout la générale), telles qu'affections cardiaques, rénales ou autre, qui ne peuvent être décelées que par un docteur en médecine. Aussi, pour mettre leur responsabilité professionnelle à couvert, de nombreux dentistes n'hésitent-ils pas à faire examiner leurs malades par un docteur, avant toute narcose générale, ou à faire pratiquer l'anesthésie par un médecin.

Egalement pour se garantir contre les clients revendicateurs, les médecins, chirurgiens, ou spécialistes font appel à un confrère, qui pratiquera l'anesthésie générale.

3° Du point de vue professionnel

Si, aujourd'hui, nous nous heurtons à des difficultés d'ordre pratique et professionnel nombreuses, la cause en est aux progrès considérables que la science médicale, comme la pratique de la stomatologie et de l'art dentaire ont fait depuis le vote de la loi de 1892. D'autre part la mise en application de certaines lois sociales a rapproché la pratique de la profession de dentiste de l'exercice de la médecine en général.

Du point de vue scientifique et professionnel, il n'est pas en effet, admissible aujourd'hui que le dentiste ne soit pas qualifié pour faire quelques incursions nécessaires dans le domaine de la médecine générale, lorsqu'il s'agit de poser un diagnostic et d'instituer un traitement. Bien que spécialisée de plus en plus, à cause des connaissances et de l'instrumentation particulière obligatoires, la médecine ne constitue cependant qu'une unité scientifique, dont le doctorat représente le minimum de connaissances théoriques et pratiques indispensable à posséder, pour la protection de la santé publique.

Muni de ce bagage scientifique et pratique de base le docteur en médecine, qui veut s'adonner à une branche spéciale de l'art de guérir, doit s'éduquer ensuite dans cette branche de la médecine qui l'intéresse. Mais son diplôme de docteur en médecine lui permet d'utiliser l'ensemble des connaissances médicales, pour diagnostiquer et traiter, dans le cadre de sa spécialisation. Voilà pourquoi de plus en plus nombreux sont ceux qui estiment que, pour la protection de la santé publique, le dentiste devrait posséder le doctorat en médecine.

Ainsi, la science des sérums et vaccins constitue une branche importante de notre thérapeutique moderne. Un chirurgien-dentiste, parce qu'il ne possède pas la science du docteur en médecine, est-il qualifié pour entreprendre, sans danger pour son malade, un traitement vaccinal,

alors qu'il n'est pas à même de savoir, ni de vérifier les résultats de sa médication ? Déjà dans une consultation médico-juridique, publiée dans le *Concours Médical* de 1925, 1742, j'ai conclu que le chirurgien-dentiste n'avait pas le droit d'instituer un traitement par sérum, ou vaccin et que, s'il passait outre, sa responsabilité professionnelle pourrait être fortement engagée, en cas d'accident sérique ou vaccinal.

Cependant, le développement de la science odonto-stomatologique et surtout l'utilisation de méthodes thérapeutiques nouvelles conduisent les chirurgiens-dentistes à pratiquer des traitements de plus en plus importants. Les leur interdire serait priver les malades des bienfaits de la thérapeutique moderne, alors que, dans bien des localités, il ne serait pas possible de recourir au docteur-stomatologiste et que le praticien de médecine générale, l'omni-praticien se déclarerait incompétent pour traiter *secundum artem* certaines pyorrhées, ou autres affections bucco-dentaires justiciables des sérums et vaccins.

L'application des lois sociales (accidents du travail, pensionnés de guerre, assurances sociales, assistance médicale gratuite) a provoqué, pendant longtemps une exclusive contre les chirurgiens-dentistes, qui ont été considérés comme inaptes à donner leurs soins aux bénéficiaires des dites lois. Aujourd'hui, ces barrières tombent, mais elles n'auraient pas eu leur raison d'être si le grade de chirurgien-dentiste avait été supprimé, pour l'avenir et remplacé par l'obtention de celui de docteur en médecine.

Quant au client, il comprend mal que celui qui est habilité pour soigner les maladies de la bouche et des dents puisse être contraint à renvoyer le patient chez un docteur en médecine, pour que celui-ci prescrive des recalcifiants, ou autres médicaments, dont l'indication est précisée par le dentiste au docteur, pour des motifs dentaires.

4° Du point de vue du pharmacien

Le propriétaire d'une officine pharmaceutique peut-il se refuser à exécuter une ordonnance, émanant d'un chirurgien-dentiste ? Non, s'il s'agit de médication courante. Oui, si la prescription contient des toxiques, qui n'entrent pas dans la nomenclature fixée par l'arrêté ministériel du 22 mai 1917.

En ce qui concerne les médicaments officinaux, ou magistraux, faisons cependant remarquer que le pharmacien peut et même doit se rendre compte si la médication ordonnée par le chirurgien-dentiste ne dépasse pas la capacité légale de l'activité professionnelle de ce praticien. Autrement dit, la médication prescrite doit-elle servir pour le traitement des maladies de la bouche ou des dents, ou s'adresse-t-elle au domaine de la médecine générale ? Rappelons le jugement du Tribunal correctionnel de La Rochelle, du 5 décembre 1902, qui décide que la responsabilité professionnelle d'un pharmacien ne saurait être dégagée, du fait que les médicaments débités avaient été prescrits par ordonnance écrite d'un chirurgien-dentiste, alors que lesdits médicaments n'étaient pas utilisables pour le traitement des maladies de la bouche et des dents.

Certes, le pharmacien peut se retrancher derrière les obligations à lui faites par l'article 32 de la loi de germinal, à savoir que le pharmacien ne doit et ne peut délivrer de médicaments que sur ordonnance signée par un docteur en médecine, ou par un officier de santé. Mais existe-t il un seul pharmacien en France, qui obtempère à cette injonction ? Combien de médicaments spécialisés, combien de formules magistrales émanant du pharmacien lui-même ne sont-ils pas débités sans ordonnance ! Aussi, le client ne comprendrait-il pas du tout que le pharmacien lui refuse la vente d'un médicament recalcifiant, par exemple, parce que prescrit par un chirurgien-dentiste, alors que le même produit lui serait débité sans ordonnance, ou sur le conseil du pharmacien lui-même.

Définition interconfédérale

Pour pallier à cette incertitude des textes législatifs et règlementaires, une Commission se réunit, composée des représentants de la Confédération des Syndicats médicaux et de la Confédération des Syndicats dentaires. S'appuyant sur les données de la pratique, comme aussi sur les tolérances professionnelles, cette Commission aboutit aux définitions suivantes :

« Etant entendu que l'activité du chirurgien-dentiste s'inscrit dans le même cadre topographique que celle du médecin-stomatologiste, et considérant la difficulté d'énumérer restrictivement les interventions qui répondent à la capacité professionnelle du chirurgien-dentiste, la Commission a décidé qu'il y a lieu de demeurer dans la portée des définitions générales pour envisager et régler les cas d'espèces qui sont posés par l'octroi des prestations en matière d'assurances sociales, ou par des actions en responsabilité civile, etc...

« Les définitions suivantes sont retenues pour délimiter l'étendue des droits des médecins-stomatologistes et des chirurgiens-dentistes :

« 1° La stomatologie répond au traitement des affections bucco-dentaires et de leurs complications par tous les moyens thérapeutiques. En tant que spécialité médicale, elle comporte l'emploi intégral des éthodes d'investigation qui aident au diagnostic de ces états pathologiques, ainsi que l'application de tous les agents

d'action locale et générale qui peuvent favoriser la guérison des états locaux. »

« 2° La capacité professionnelle du chirurgien-dentiste répond au traitement des affections bucco-dentaires et de leurs complications bucco-dentaires par les moyens diagnostiques et thérapeutiques dont l'emploi n'implique pas la totalité des connaissances requises pour l'obtention du grade de docteur en médecine. »

« L'application pratique de ces définitions ne peut être démontrée que par des exemples :

« 1er EXEMPLE : en dehors des cas de stricte urgence, le chirurgien-dentiste n'entreprendra pas, sans le concours d'un docteur en médecine, un traitement sérothérapique général.

« 2e EXEMPLE : il n'entreprendra pas davantage la cure radicale d'un kyste paradentaire à développement intra-sinusien.

« 3e EXEMPLE : le développement d'une cellulite gangréneuse du plancher buccal commandera au chirurgien-dentiste de faire appel à un docteur en médecine.

« 4e EXEMPLE : le chirurgien-dentiste ne pratiquera pas des injections intraveineuses de cyanure de mercure pour juguler une gingivo-stomatite ulcéreuse grave.

« Les anesthésies générales par voie respiratoire, les médications hémostatiques préventives ou curatives, les médications générales hypnotique, sédative, analgésique, motivées par des états bucco-dentaires sont du domaine de la pratique du chirurgien-dentiste.

« Sont également de la pratique du chirurgien-dentiste les actes de chirurgie bucco-dentaire courante, les actes diagnostiques et thérapeutiques par agents physiques (exception faite de la rœntgenthérapie et de la radiumthérapie).

« Le chirurgien-dentiste peut notamment traiter les malformations dento-maxillaires par les moyens orthodontiques et réaliser la contention des fractures des mâchoires par les moyens mécaniques.

« Les vaccinations anti-pyorrhéiques locales relèvent de la pratique courante de l'art dentaire: le chirurgien-dentiste doit pouvoir les employer, mais il apparaît normal qu'il agisse d'accord avec le médecin traitant (idiosyncrasie, anaphylaxie, etc.).

« Les médications de choc (stock vaccins) devront être pratiquées autant que possible d'accord avec le médecin traitant.

« Les deux Confédérations s'engagent à se consulter chaque fois que surgira dans la pratique une divergence d'interprétation au sujet de l'application de ces textes. »

Ajoutons que cette Commission est actuellement dissoute.

Conclusion

Le jour où le grade de chirurgien-dentiste ne sera plus délivré, alors que le praticien de l'art dentaire devra posséder les connaissances et le diplôme de docteur en médecine, toutes ces difficultés n'existeront plus. Certes, les Syndicats médicaux agissent dans le cadre de leurs attributions, lorsqu'ils poursuivent les cas d'exercice illégal de la médecine, ainsi que les empiètements dans le domaine général des maladies par quiconque ne possède pas le diplôme exigé par l'article premier de la loi de 1892. Mais, à l'heure présente, le développement de l'art de guérir oblige celui qui consacre son activité professionnelle à la pratique d'une spécialité médicale, à posséder un minimum de connaissances générales, c'est-à-dire le grade de docteur en médecine.

Il serait tout à fait illusoire de penser résoudre pareil problème par la création d'un grade spécial pour les dentistes. Certains de ces derniers, dits autonomistes, recherchent toujours et avec obstination la création d'un doctorat en chirurgie dentaire, qui serait imposé même aux titulaires du grade actuel de docteur en médecine, pour exercer la profession de dentiste. Cette création n'aboutirait qu'au morcellement du doctorat en médecine et de l'art de guérir, sans aucun profit pour la santé publique.

Ce doctorat en chirurgie dentaire ne devrait-il pas nécessiter des études théoriques et pratiques, empiétant sur la médecine générale, afin que ses titulaires puissent, en toute autonomie et liberté, traiter les maladies de la bouche et des dents, ainsi que leurs causes générales et leurs complications locales, ou à distance ? D'où la réflexion, qui vient à l'esprit : pourquoi créer un doctorat en chirurgie dentaire, alors qu'existe le doctorat en médecine ? Pourquoi deux enseignements distincts, alors qu'en pratique les deux grades donneraient les mêmes droits, pour les soins à donner au public ?

Devant ce problème d'ordre scientifique et professionnel, je conclus en me tournant vers les Confédérations des Syndicats médicaux et dentaires, pour leur suggérer la mise à l'étude commune de ce gros problème de la délimitation des droits et devoirs des chirurgiens-dentistes, en ce qui concerne la possibilité de prescription pharmaceutique. J'ai donné mon opinion, basée sur des documents de législation et de jurisprudence. Aux Syndicats et à leurs Confédérations de s'inspirer tant de la situation présente que des besoins actuels et futurs de la santé publique, pour définir une délimitation des droits et possibilités de chacun, afin d'aboutir à la suppression pour l'avenir des barrières créées, en 1892, uniquement pour quelques années, disait et écrivait le doyen Brouardel.

Dr Paul BOUDIN.

A PROPOS DES MESURES APPLIQUÉES DEPUIS QUATRE ANS EN ALLEMAGNE POUR VEILLER A LA PROTECTION DE LA RACE

I. — La loi sur les conditions requises pour contracter un mariage

Par le Docteur M. Tisserand
Ancien chef de clinique de la Faculté de Paris

Les mesures appliquées en Allemagne pour veiller à la protection de la race trouvent leur expression dans une série de lois promulguées depuis 1933 et relatives à la protection de la santé héréditaire. Les maladies héréditaires et les tares familiales corporelles et intellectuelles sont en effet à la base de l'avilissement progressif d'une nation. L'étude de la génétique qui de jour en jour éclaire de ses progrès la connaissance de la descendance d'un couple a contribué à faire créer les lois qui régissent actuellement la législation du mariage en Allemagne.

Ces lois qui paraissent au premier examen être une atteinte à la liberté individuelle et par conséquent au bonheur du citoyen, ont cependant pour but la recherche rationnelle de ce bonheur. « Chaque homme voudrait connaître son destin. La science de l'hérédité est seule capable de l'aider à en trouver la clé. De la connaissance du patrimoine héréditaire d'un individu, on peut déduire approximativement sa destinée. On peut en outre l'aider à choisir un conjoint qui lui assure une vie commune heureuse et lui donne la possibilité de mettre au monde des enfants bien doués et bien portants. Le bonheur ne peut exister sans ces conditions primordiales. L'individualisme, la soi-disant liberté individuelle ne peuvent être en eux-mêmes des conditions de bonheur. On ne peut en effet admettre qu'un individu qui met au monde des êtres tarés et qui se sent responsable de ces tares, puisse être véritablement heureux. Il est donc un des devoirs les plus impérieux d'un Gouvernement d'obliger ses citoyens à une connaissance préalable de leur état de santé avant de contracter le mariage. La nation, la famille et donc l'individu qui n'en est qu'un des éléments, doivent bénéficier de ces lois.

La responsabilité individuelle n'est pas toujours en cause car le porteur de tares héréditaires peut les ignorer s'il est sain d'apparence. Tant que nous étions dans l'ignorance de ces faits, il était permis de laisser les unions se faire au hasard, et de compter sur l'instinct pour guider les partenaires, mais à l'heure actuelle les découvertes de la génétique doivent faire bénéficier les individus de leurs progrès » (1).

(1) *Schriftenreihe des Reichs anschlüsses für Volksgesundheitsdienst*, n° 28.

C'est ainsi qu'a été conçu un premier projet d'amélioration de la race par la création de consultations de recherches héréditaires à l'usage des fiancés.

La loi du 14 juillet 1933 est la loi préventive des tares héréditaires, elle se traduit par une sanction qui a soulevé de nombreuses protestations à l'étranger, c'est la stérilisation des individus tarés et l'interdiction du mariage à une certaine catégorie de malades. Mais outre cette première mesure, d'une utilité indiscutable, il y avait lieu d'en édicter une autre, non moins nécessaire. Lorsqu'on laisse à l'individu le libre choix de son conjoint sans l'instruire des possibilités qui peuvent résulter de ce choix pour lui et sa descendance, on ne peut espérer une amélioration de la race livrée par ce moyen au seul jeu du hasard.

L'éducation des masses demande un certain laps de temps ; la seule possibilité de limiter rapidement les dangers des mariages entre individus tarés c'est d'exiger un examen médical prénuptial et un certificat d'aptitude au mariage. C'est pourquoi, le 18 octobre 1935, le Gouvernement national socialiste a promulgué la loi sur les conditions requises pour contracter un mariage.

Voici quel en est le texte :

Paragraphe 1. — Un mariage ne doit pas être conclu :

a) Quand l'un des fiancés souffre d'une maladie entraînant un danger de contagion pouvant réaliser une atteinte grave à la santé du partenaire ou de sa descendance.

b) Quand l'un des fiancés est frappé d'incapacité juridique ou est soumis à l'autorité d'un curateur.

c) Quand l'un des fiancés, sans être interdit, souffre d'une maladie mentale qui semble incompatible avec le mariage et nuisible à la société.

d) Quand un des fiancés est atteint d'une maladie héréditaire indiquée par « la loi préventive des tares héréditaires » (1).

Paragraphe 2. — Avant de contracter un mariage, les fiancés doivent produire un certificat d'aptitude au mariage délivré par l'Office de santé, constatant qu'ils sont dans les conditions requises paragraphe 1.

Paragraphe 3. — Un mariage conclu dans les conditions contraires est nul, soit qu'il s'agisse d'un abus

(1) Ce paragraphe ne vise que les cas où l'autre conjoint n'est pas stérile.

de confiance du médecin ou de l'employé d'Etat civil, soit qu'il ait été contracté à l'étranger en vue de tourner la loi. La demande d'annulation ne peut être enregistrée que par le Tribunal de l'Etat.

Le mariage reste valable lorsque disparaît l'obstacle au mariage.

PARAGRAPHE 4. — Celui qui a conclu par ruse au mariage interdit est passible d'un emprisonnement d'au moins trois mois. La tentative elle-même est condamnable.

On ne poursuit l'individu que si le mariage est déclaré nul.

PARAGRAPHE 5. — Cette loi ne s'applique pas aux fiancés qui sont ou tous les deux de nationalité étrangère ou si le partenaire masculin seul est étranger.

Le paragraphe 4 est mis en application pour un étranger sur l'ordre du ministre de la Justice en accord avec le ministre de l'Intérieur.

PARAGRAPHE 6. — Le ministre de l'Intérieur peut octroyer une dispense.

PARAGRAPHE 7. — Le ministre de l'Intérieur en accord avec le représentant du Führer et du ministre de la Justice donne aux Tribunaux et à l'Administration l'ordre d'exécution de cette loi.

PARAGRAPHE 8. — La loi entre en vigueur le jour de sa proclamation. Le moment d'entrée en application du paragraphe 2, déterminé par le ministre de l'Intérieur. Jusqu'à ce moment-là, le certificat d'aptitude ne sera exigé que dans les cas douteux.

Le texte de cette loi demande quelques brèves explications.

PARAGRAPHE 1 (*a*). — On ne doit considérer ici que les maladies susceptibles de provoquer une atteinte grave et durable à la santé du conjoint ou de sa postérité. Les maladies aiguës contagieuses n'entrent pas en ligne de compte, le malade en étant atteint se trouvant dans l'incapacité matérielle de contracter un mariage par suite de l'isolement règlementaire prescrit mis à part son état physique.

Les maladies seules visées dans ce paragraphe sont donc la tuberculose et les maladies vénériennes.

L'interdiction du mariage lorsqu'un des conjoints est reconnu tuberculeux est obligatoire. La constatation d'une tuberculose ouverte se fait par l'examen des crachats, la radioscopie, l'étude clinique. Un temps d'observation suffisant en préventorium est nécessaire pour décider de la non-contagion.

Le mariage est interdit entre deux conjoints tuberculeux. Si en effet ils ne peuvent se contaminer l'un et l'autre, ils sont cependant dangereux pour leur descendance, et seule une stérilité incontestable de l'un des deux partenaires peut lever l'interdiction (ménopause chez la femme par exemple). On peut délivrer le certificat dès que la lésion tuberculeuse est cicatrisée.

Les maladies vénériennes déterminant une inaptitude temporaire au mariage sont la syphilis, la blennorragie et le chancre mou. Si l'enquête ne révèle que des antécédents de maladies vénériennes sans accidents contagieux en évolution, on néglige la chose. Si le malade est reconnu contagieux, on le dirige vers un dispensaire ou un hôpital pour qu'il y subisse un traitement.

Le délai le plus habituellement observé pour la délivrance d'un certificat d'aptitude au mariage est d'environ six mois en cas de blennorragie et de quatre ans en cas de syphilis traitée après la période sérologique.

En somme il n'y a pas d'interdiction définitive et totale du mariage dans les cas de maladies vénériennes. La loi ici encore n'a qu'un but : mettre en œuvre un traitement curatif et rapide permettant au malade de procréer ensuite sans danger pour sa descendance et son partenaire.

PARAGRAPHE 1 (*b*). — Un individu peut être interdit, c'est-à-dire frappé d'incapacité et privé d'une partie ou de la totalité de ses droits civils en raison d'une maladie mentale, d'une débilité mentale grave, d'alcoolisme ou de prodigalité.

Autrefois le mariage était refusé aux individus interdits à cause d'une maladie mentale, mais les autres pouvaient se marier si leur tuteur les y autorisait. Actuellement cette possibilité n'existe plus car ceux qui ont un curateur, sont en instance d'être privé de leur capacité civile et relèvent donc de la même jurisprudence que les interdits vrais.

PARAGRAPHE 1 (*c*). — Tous les déments ne sont pas passibles d'interdiction et à plus forte raison tous les alcooliques et tous les prodigues ; ceux-ci sont cependant incapables de diriger une famille, de subvenir à ses besoins et à l'éducation des enfants. Quelqu'un qui n'est pas en pleine possession de ses facultés mentales ne peut être apte au mariage. L'examen des deux conjoints est ici particulièrement nécessaire et délicat : l'alcoolisme chronique, le meurtre, le vagabondage, la prostitution, les psychopathies ne sont pas obligatoirement le fait d'individus sévèrement tarés. Les recherches des antécédents familiaux et personnels jouent ici un grand rôle. L'état du conjoint est également à faire entrer en ligne de compte.

L'hystérie, l'épilepsie, les perversions doivent être soigneusement recherchées.

PARAGRAPHE 1 (*d*). Les maladies visées par la loi préventive des tares héréditaires (14 juillet 1933) sont les suivantes : 1) L'imbécillité congénitale ; 2) La schizophrénie ; 3) La folie circulaire (manie dépressive) ; 4) L'épilepsie héréditaire ; 5) La chorée de Huntington ; 6) La cécité héréditaire ; 7) La surdité héréditaire ; 8) Les difformités corporelles héréditaires graves et dans certains cas l'alcoolisme invétéré.

Le mariage est interdit dans tous ces cas, sauf si les conjoints sont stériles. Cette loi qui paraît cruelle n'est, à la réflexion, que raisonnable.

Elle n'empêche pas absolument le mariage. Un homme stérilisé peut épouser une femme arrivée à la ménopause, un homme âgé peut épouser une femme inféconde. Un individu stérilisé peut épouser une femme saine qui appartient à une famille tarée.

PARAGRAPHE 2. — En principe l'employé d'Etat civil ne peut autoriser le mariage et publier les bans qu'après présentation du certificat d'aptitude au mariage, et des papiers établissant l'identité des conjoints, l'absence d'interdiction et, en cas de mineurs, le consentement des parents ou du tuteur.

Autrefois le certificat était facultatif, il doit devenir obligatoire. Il établit qu'il n'existe aucun des obstacles signalés au paragraphe 1 chez l'un et l'autre des deux partenaires.

L'examen en vue de l'obtention du certificat peut être fait par l'Office de santé autorisé ou par un médecin agréé par l'Etat, l'examen est envoyé à l'Office de santé héréditaire qui décide s'il y a lieu de faire une nouvelle investigation. Il possède à cet effet une clinique officielle spécialisée dans les recherches héréditaires et les soins de la race, et l'examen principal consiste en cette consultation prénuptiale.

Ce certificat n'est jamais refusé sans fondement, la consultation prénuptiale nécessite la collaboration des fiancés et du médecin. Même sans penser au mariage, les individus peuvent demander une consultation à l'Office des maladies héréditaires et faire faire une enquête familiale.

Il n'y a que rarement lieu de parler d'interdiction absolue de mariage, puisque dès la guérison de la maladie on peut obtenir le certificat.

Une requête peut être adressée au Tribunal supérieur qui juge en dernier ressort.

La compétence pour la délivrance du certificat est attribué à l'Office de santé du district où réside la fiancée. Cet Office peut examiner également le conjoint même s'il appartient à un autre district.

Un décret pour l'exécution de la loi du 29 novembre 1935 a été promulgué le 10 décembre 1935.

Il n'ajoute que quelques précisions juridiques et administratives au texte primitif.

Le fiancé résidant ou ayant résidé à l'étranger peut se faire examiner par n'importe quel Office de santé allemand, ou par un médecin étranger.

Si les fiancés ne se conforment pas aux instructions de l'Office de santé celui-ci peut refuser le certificat d'aptitude au mariage.

Le certificat garde sa valeur six mois environ après sa délivrance, mais le délai peut être prolongé par l'Office. Si après délivrance du certificat l'Office de santé prend connaissance d'un empêchement du type paragraphe 1 de la loi, il peut retirer le certificat qu'il a délivré. Pour ces formalités l'Office de santé prélève sur chaque conjoint la somme de cinq reichs marks, mais cette somme peut être réduite ou même être annulée.

Le médecin n'est pas rétribué si l'individu fait partie d'une Caisse ou s'il appartient à une famille modeste ou s'il est traité par un dispensaire officiel.

Appel de cette décision peut être fait devant le Tribunal de la santé héréditaire qui siège dans chaque circonscription celui-ci peut dans certains cas, renvoyer l'affaire litigieuse devant un autre Tribunal de santé héréditaire légal qui juge en dernier ressort.

Un mineur peut faire lui-même valoir ses droits, lorsqu'il a obtenu le consentement de ses parents.

Appel peut être fait par l'un des fiancés ou par l'employé de l'Office de santé.

Le Tribunal recherche s'il existe un obstacle (paragraphe 1 de la loi) afin de pouvoir établir le certificat d'aptitude. Les juges sont choisis parmi les médecins qui participent à l'établissement du certificat d'aptitude au mariage.

Un tuteur ne peut être requis comme juge dans ces questions. Le Tribunal peut exiger la comparution personnelle des fiancés et leur examen médical.

La décision du Tribunal est communiquée aux deux fiancés et à l'Office de santé en même temps que les motifs qui l'ont déterminée.

La publication des bans est ordonnée après présentation du certificat d'aptitude à l'Office d'état civil.

L'annulation d'un mariage contracté malgré le paragraphe 41 de la loi n'est faite qu'après demande.

Pour les Allemands résidant à l'étranger les lois ne subissent aucun amendement.

Dans certains cas exceptionnels le ministre de l'Intérieur et le représentant du Führer peuvent apporter des amendements aux paragraphes 1 et 2 de la loi ; dans certaines circonstances le ministre de l'Intérieur peut en décider seul.

Cette loi n'est pas encore entrée complètement en vigueur. L'examen héréditaire est requis dans les cas de prêts au mariage et l'on constate déjà l'efficacité de son usage. Mais à l'heure actuelle, le certificat d'aptitude au mariage n'est exigé des fiancés que lorsque l'employé d'Etat civil a le soupçon, qu'il existe un obstacle au mariage. Il est vraisemblable que l'on ne saurait tarder très longtemps à appliquer textuellement cette loi.

Nous donnerons dans un prochain numéro un résumé de la loi préventive des tares héréditaires et de la loi sur le divorce qui complètent ces mesures.

RESPONSABILITÉ ATTÉNUÉE — PRIME A LA PERVERSITÉ

Par R. Benon

Médecin de l'Hôpital psychiatrique de Nantes

Sommaire. — *L'atténuation de la responsabilité du point de vue médical, depuis* 1905. *Exemple d'anomalies observées ; conscience précise de l'acte commis (homicide). Asile d'aliénés et prison. Demi-responsabilité, encouragement au récidivisme.*

C'est la Circulaire Chaumié (12 décembre 1905) qui a développé dangereusement, en France, la notion médicale de responsabilité atténuée. Chez de nombreux inculpés, notamment chez les inculpés pervers-récidivistes, il se trouve chaque jour, dans les temps actuels, des médecins-experts qui tablent sur des anomalies psychiques constatées chez de tels individus pour conclure à la demi-responsabilité ; chose plus singulière, quelques-uns, confondant anomalies mentales et maladies mentales, en font des aliénés. En l'année 1905, lors de la rédaction de la Circulaire Chaumié, le positivisme scientifique, avec son idéalisme élevé, était tout rayonnant de force : depuis cette époque une dure réalité, complexe, mobile, incline à des réserves, momentanément en tout cas, sur les transformations et améliorations humaines prochaines. Spécialement la guérison des pervers-récidivistes par un traitement rationnel se fera attendre sans doute encore longtemps.

***

Chez l'homicide de 29 ans dont nous rapporterons l'observation, les anomalies « psychiques » constatées étaient nombreuses, variées. Il était avant tout un colérique, un envieux, un concupiscent, enfin un paresseux. L'énervement, très accusé chez lui, se manifestait sous forme d'injures, de menaces, de violences : au cours d'un épisode passionnel de haine, il a tué une fille soumise qui lui avait communiqué une maladie vénérienne (blennorragie) encore que la chose n'était pas certaine. Cet individu maniait le révolver avec une légèreté d'esprit, une fréquence rare, déterminées, partiellement, par l'absence de sanctions prises à l'endroit de ce récidiviste avéré. A noter qu'il était parfois parfaitement capable de contenir son énervement, car, lorsqu'il a tué, il a fait preuve de dissimulation éprouvée et de grande maîtrise de soi. Ce sujet avait présenté des crises d'hystérie, c'est-à-dire des crises à base d'énervement. Ces crises, fréquentes, étaient engendrées par les contrariétés subies dans le foyer familial ; elles cessèrent dès qu'il parvint à jouir d'une indépendance complète ; elles n'étaient point des crises épileptiques (épileptiformes disait son médecin traitant, expression vicieuse à écarter, car l'épilepsie est un syndrome et un sujet donné est ou n'est pas épileptique : lorsqu'un médecin écrit crise épileptiforme on peut être assuré ou presque qu'il s'agit de crises hystériques). Cet inculpé avait déjà montré dans sa vie une grande instabilité professionnelle et commis maintes fugues ou absences, nullement comitiales. Cette instabilité et ces fugues étaient sans aucun doute en relation avec les troubles émotionnels : dès qu'il n'avait plus d'argent ou lorsqu'il ne voyait plus la possibilité de s'en procurer, même par des vols, il regagnait la maison paternelle. Ses appétits pour les boissons alcooliques et pour la femme (gourmandise et luxure) étaient extrêmement développés. L'alcoolisme, intense par intervalles, faisait croire à la nature épileptique des crises. Toutefois l'alcoolisme aggravait les réactions à base d'énervement, et provoquait de fortes alternatives d'excitation et de dépression. Depuis deux ou trois ans, comme il disposait d'un petit héritage de ses parents, il vivait dans la plus complète paresse et gaspillait son avoir. Libre exagérément, abandonné à lui-même, tout sans doute lui semblait permis : il a tué une fille soumise avec ruse et sang-froid. Sans direction, sans appui, sans surveillance, force brute et impulsive, il est arrivé en quelque sorte naturellement à commettre l'acte criminel qui lui est reproché. Pratiquement, il fut très conscient de son acte ; il devait en rendre compte et sans atténuation de sa responsabilité.

***

La prophylaxie criminelle, depuis une cinquantaine d'années, surtout depuis les travaux de Cesare Lombroso, d'Enrico Ferri, retient vivement l'attention des Pouvoirs publics qui seraient heureux de faire l'économie des prisons. Vaine illusion. La société pour se protéger con-

tre les sujets dangereux ne saurait disposer actuellement et nécessairement que de deux variétés d'établissements : les asiles d'aliénés et les maisons pénitentiaires.

a) L'asile des aliénés ne doit recevoir que des aliénés, et non pas des demi-aliénés, des demi-fous, de simples anormaux, tous individus que nous avons appelés des aliénés putatifs. L'aliéné est un type humain si particulier, si distinct, l'anormal psychique est si voisin de l'homme ordinaire qu'on ne saurait les mêler dans le même établissement. Tout médecin aliéniste un peu expérimenté en connaît les graves inconvénients, matériels et moraux.

b) La prison est l'établissement indispensable pour les anormaux, pour les aliénés putatifs, pour les pervers récidivistes. Les anormaux psychiques ne sont pas pratiquement des malades. Le mot prison blesse certains juristes et certains médecins. Il est aisé de supprimer ce terme, mais il faut conserver la chose, c'est-à-dire la maison bien fermée, bien close, avec des chambres d'isolement appropriées. Un médecin spécialiste consultant devra être attaché à la maison, mais il se gardera de diriger sur l'asile des aliénés de simples anormaux psychiques. Il est vrai qu'on peut concevoir qu'un individu soit mis en observation à l'asile après condamnation et réintégré à la prison si l'aliénation mentale n'est pas confirmée. Il faut se pénétrer de cette idée qu'on ne pourra jamais bien protéger la société qu'en isolant les individus dangereux. Les Pouvoirs publics ne sont pas sans savoir, en vérité, qu'il faudrait enfermer tous les récidivistes, mais ils sont effrayés de la dépense à prévoir. Aussi regardent-ils avec complaisance les médecins qui leur parlent de guérir les anormaux psychiques. L'erreur est là. On doit la mettre à jour. Atténuer la responsabilité des pervers-récidivistes parce que ce sont des anormaux psychiques, c'est diminuer la durée de l'isolement, c'est favoriser le récidivisme, donc, en quelque sorte, donner une prime à la perversité. La réalité actuelle est dure, la vérité est triste : mais qu'y pouvons-nous ? Pensons seulement que les temps futurs seront peut-être meilleurs. Voici le fait observé récemment.

***

RÉSUMÉ. — *Homme, 29 ans* (1937). *Homicide volontaire dans une maison de tolérance. Anomalies psychiques : alcoolisme, luxure, paresse, colère, crises hystériques, fugues, instabilité. Alternatives d'excitation et de dépression. Responsabilité non atténuée.*

Le nommé Pl. (Armand), âgé de 29 ans, né le 5 février 1908, charpentier en bateaux, célibataire, domicilié à X., est inculpé d'homicide volontaire.

Fait et antécédents. — Le nommé Pl., le 27 novembre 1937, dans la soirée, vers dix-neuf heures trois quarts, a donné la mort par coups de revolver à la fille soumise Rose, âgée de 21 ans, pensionnaire d'une maison de tolérance. Il a expliqué, après l'acte, qu'il avait tué cette fille parce qu'elle lui avait communiqué une maladie vénérienne, la blennorragie, quelques jours auparavant (vers le 21 novembre 1937).

Les antécédents héréditaires et personnels de l'inculpé ont été, les uns fournis par l'inculpé, les autres puisés au dossier. — Son père, charpentier en bateaux, serait mort à 51 ans, en 1934, des suites d'urémie post-typhoïdique. Sa mère, cigarière, serait décédée en mai 1937 d'une maladie de foie. L'inculpé a un frère, âgé de 17 ans, qui serait bien portant. Un cousin éloigné, du côté paternel, aurait présenté des troubles mentaux et de la tuberculose pulmonaire : il fut interné. Le nommé Pl. a été élevé par ses parents. Il n'a eu dans son enfance ni méningite, ni convulsions. A l'âge de six ans, il a fait une rougeole « rentrée », mais pas de complications spéciales. Il aurait obtenu son certificat d'études primaires. Il a appris le métier de charpentier en bateaux chez son père. Il se plaint des sévérités de celui-ci à son endroit : il ne s'entendait pas avec lui ; il aimait mieux sa mère. Parfois, il disparaissait pendant plusieurs jours (variété de fugues), puis revenait à la maison. Il a travaillé, de ce fait, çà et là, comme manœuvre. Pris bon pour le service militaire, après avoir été ajourné pour faiblesse de constitution, il a été réformé définitif à Avignon, en 1931. Il a été victime, à l'âge de deux ans, d'un traumatisme du crâne, mais pas de séquelle physique, ni psychique précise. Il a toujours habité X., sauf de 2 à 4 ans et après la mort de sa mère, en mai 1937 : il a habité alors Angers durant deux ou trois mois (de juillet à septembre). Il n'est pas marié. Il n'a pas vécu en concubinage. Il serait revenu d'Angers à X. à l'occasion de la maladie de sa grand'mère paternelle, décédée le 5 octobre 1937. A ce moment, il était hospitalisé à l'Hôtel-Dieu pour pleurésie de la base gauche : il a quitté l'hôpital le 18 novembre 1937. Il reconnaît qu'il fait parfois des excès de boisson. Il n'aurait pas contracté la syphilis ; pas de chancre, pas de traitement spécial. Il a été affecté de blennorragie à 17 ans, puis à 29 ans. Il a été condamné pour vols en 1930 et en 1934. Il a eu des crises de nerfs pendant plusieurs années de 1929 à 1934, environ : elles seront étudiées spécialement. Il aurait fait deux tentatives de suicide, l'une en 1931 et l'autre en 1935, à la suite de contrariétés. Il a hérité, d'après ses dires, d'une cinquantaine de mille francs : son notaire lui avançait de l'argent et il lui aurait versé mille francs à sa sortie de l'hôpital, le 18 novembre 1937.

Examen spécial. — L'examen de l'inculpé, psychique et physique, a été pratiqué à la prison. Il parle avec naturel et aisance relative devant l'observateur. Il est calme, répond avec précision et rapidité aux questions qui lui sont posées. Il ne présente pas de signes d'affaiblissement des facultés mentales. Il est attentif à la conversation engagée avec lui. Il évoque volontiers tous souvenirs concernant ses antécédents personnels et héréditaires ; il donne des dates qui sont aussi exactes que possible. Il n'est désorienté ni dans le temps, ni dans l'espace. Son jugement, son raisonnement ne sont pas troublés. Il se rend compte de la situation dans laquelle, il se trouve et il l'explique sans hésitation. Il n'est pas en proie au délire. Il ne développe nulle sorte d'idées vésaniques. Il avait des ennuis avec son père, décédé en 1934, mais cela n'a pas éveillé chez lui de concepts à thème de persécution. Il n'est d'ailleurs ni halluciné, ni parathymique interprétant, ni paragnosique. Il n'a

pas d'idées d'auto-accusation ; il n'exprime pas spontanément d'idées de suicide ; il n'est ni hypocondriaque, ni mégalomaniaque, ni érotique délirant, ni mystique, etc... Ses propos ne sont pas désordonnés, ni extravagants, sur aucun point. On ne note pas chez lui de confusion dans les idées (pas d'anidéation associée nettement ou non à l'amyosthénie), ni confusion dans les perceptions (pas de troubles de la reconnaissance des lieux, des personnes, des objets), ni excitation hypersthénique, ni dépression, ni obsessions-phobies. Aucune crise nerveuse n'a été constatée à la prison. — L'examen physique à l'état de nudité met en présence d'un sujet de constitution ordinaire, sans troubles de la motilité, ni de la réflectivité, ni de la sensibilité. Les pupilles sont égales et actives. Le cœur est sain ; on note à la base gauche du thorax de la diminution du murmure vésiculaire (séquelle de pleurésie). Sur le corps, on observe à la face antérieure et inférieure de l'avant-bras gauche, un tatouage fait d'un cœur et de trois lettres : M. A. V. (mort aux vaches). La coloration de la peau est terne, brunâtre, mais pas de lésion hépatique précise.

Examen rétrospectif. — Au temps de l'action, le 27 novembre 1937, quel était l'état psychique de l'inculpé ? Il est sorti de l'hôpital le 18 novembre 1937. Aussitôt, semble-t-il, il est allé chercher de l'argent chez son notaire. Le même jour, il se serait rendu dans deux maisons de tolérance, à la Maison de l'Espérance et à Cyrano : il aurait passé plusieurs jours dans ce dernier établissement. A ce moment, aucun symptôme d'aliénation mentale n'a été constaté chez lui. Dès le 21 novembre, il éprouve des brûlures dans la verge, et un écoulement s'installe. Il se soigne pendant plusieurs jours. Mais il explique qu'il était contrarié, furieux d'avoir contracté cette maladie. Il y pensait chaque jour. Il en veut à la femme Rose, qui lui aurait passé la blennorragie. Il a dans l'idée de lui donner une leçon. Enfin, il achète un revolver à M., le 27, le jour même de l'acte homicide (à M. où il avait loué une chambre pour se reposer). Il prend un taxi pour se rendre de M. à X., ; il essaie son revolver en cours de route. Il dit au chauffeur qui le voyait énervé : « J'aime mieux être le boucher plutôt que le veau. » Il va à la maison de tolérance dite Maison de l'Espérance, et s'y montre énervé, puis à l'autre maison, Le Cyrano : là, il demande la fille Rose, lui dit qu'il est malade, qu'il va lui f... une volée parce qu'il a contracté la blennorragie. La fille dit : « C'est bien baisé pour toi ». Sans faire d'autre menace, froidement, semble-t-il, il sort son revolver armé, tire sur la fille et la blesse mortellement. A la sous-maîtresse, il crie : « Si tu bouges, je t'en fais autant ». Il quitte l'établissement et dit à un moment au chauffeur de taxi qui l'accompagnait : « Baisé pour baisé, je finirai au bagne ou au sanatorium ». Il va chez son cousin, dit qu'il a fait un coup dur, un sale coup, parle de se tuer. Après l'acte, dans un café, il aurait chanté, mais il se serait tu lorsqu'on l'en a prié. Il est allé enfin à l'hôpital où la blessée avait été transportée. Il a vu le cadavre de la femme, a dit : « C'est de sa faute », et l'a embrassée Dans aucun des faits rapportés, on ne relève des signes d'aliénation mentale.

Il est à noter encore que l'enquête n'établit l'existence de crises nerveuses, ni avant l'acte ni après. Sur les crises qu'il a présentées pendant cinq ans environ, de 1929 à 1934, et au nombre de sept ou huit par an, dit-il, il explique qu'il en avait quand il buvait et aussi à cause des contrariétés avec sa famille. Il n'a jamais suivi aucun traitement spécial pour ces accidents spéciaux. Un jour, au moment du conseil de révision, on l'aurait trouvé dans la neige, mais il avait bu. Il précise encore que, dans ces crises, on lui a dit qu'il se cramponnait aux objets, ne les lâchait plus, cherchait à mordre, donnait des coups de pieds, grattait par terre, pleurait à la fin de la crise. Il n'urinait pas sous lui ; il ne se coupait pas avec les dents la pointe ou les côtés de la langue.

Enfin, on lui pose cette question : — D. Vous aviez tiré des coups de revolver, plusieurs autres fois, sur des personnes ? — R. Oui, j'ai tiré une fois sur ma mère (en juin 1935), une autre fois sur des paysans (décembre 1935). J'étais énervé, je ne sais pourquoi, contrarié peut-être... Quand j'ai bu, j'ai l'idée d'avoir un revolver et de tirer comme ça... ».

***

La fréquence de l'apport médical en matière de responsabilité atténuée est due à la Circulaire Chaumié (12 décembre 1905). Sa rédaction est claire et bonne, mais son application nous semble avoir été assez désastreuse. Les sujets qui en tirent profit sont spécialement les pervers-récidivistes. Il serait curieux de voir ce qu'était le récidivisme vers 1890 et de le comparer à ce qu'il fût en 1912 et en 1925. Asile d'aliénés et prison (prison ou maison d'isolement ou maison de redressement ou maison d'éducation spéciale ou tout autre mot, du moment que l'établissement sera un établissement bien fermé, bien surveillé, afin d'éviter évasions et révoltes), ces deux sortes de maisons fermées sont indispensables à toute nation qui veut vivre dans un ordre relatif.

DE L'ART DE GUÉRIR AU PAYS DE LIÈGE AU XVIIe SIÈCLE

■ ■ ■

Nous lisons, sous ce titre, dans le Bulletin de la Fédération médicale belge *du* 31 *décembre* 1938, *ou plutôt dans son supplément rédigé par le « Comité national contre le charlatanisme », les précisions suivantes tirées du* Liége Médical :

On y remarquera bien des problèmes encore discutés de nos jours et qui avaient déjà reçu une solution — en rapport du moins avec l'esprit du temps et les connaissances médicales existantes. Citons entre autres : « l'Ordre des médecins » avec un « collège » chargé de régler tout ce qui concerne la médecine et « d'exterminer les abus ». La visite des pharmacies avec sanctions en cas de besoin allant jusqu'à trois ans de suspension ; — Et aussi un tarif limitatif des médicaments ; — Collusion interdite entre médecin et pharmacien ; — Déclaration au prêtre de maladie grave, après au plus deux visites, sous peine d'amende... pour le médecin ; — Défense au pharmacien de délivrer des médicaments sans ordonnance médicale ; — Limitation du nombre des chirurgiens et barbiers dans la ville de Liége (donc lutte contre la pléthore), etc., etc... D'ailleurs, nous croyons que l'article lui-même intéressera nos confrères et c'est pourquoi nous sommes désireux de le transcrire ici.

Dr F. DECOURT.

***

Ce fut à la fin du XVIIe siècle que nos princes-évêques s'occupèrent pour la première fois de légiférer sur l'état précaire de la médecine et de la pharmacie. Le document le plus ancien que nous possédions sur la matière est vraisemblablement le Règlement du 31 mars 1699 imposé par Joseph-Clément de Bavière. Cette pièce est intéressante à plus d'un titre, d'abord parce qu'elle institue une sorte d'Ordre des médecins et des pharmaciens, ordre dont ces professions sollicitent actuellement la restauration ensuite parce qu'elle décide l'Ecriture d'une Pharmacopée liégeoise.

Avant l'intervention de l'évêque, il semble que le désordre devait régner en maître dans le domaine de l'art de guérir. C'est ce que nous révèle l'exposé des motifs, lequel débute comme suit : « *La fâcheuse expérience que font plusieurs de ceux que Dieu a commis à notre conduite lorsque, pressés de maladie ou de quelque accident dangereux, ils confient leur corps à des gens qui, faute d'une véritable connaissance de la médecine ou de la chirurgie, prolongent leurs maux ou les finissent par une mort précipitée, ont incité nos soins à trouver les moyens d'exterminer par un bon Règlement ces pernicieux abus, pour la conservation de nos peuples. Les fautes et les vices de la pharmacie causent un autre désordre qui n'est pas moins nuisible au corps de l'homme quand l'effet de médicaments mal préparés, altérés ou changés trompe l'attente du plus habile médecin.* »

La situation apparaît ainsi presque tragique. Pour y remédier, le législateur crée un Ordre des médecins, apothicaires, chirurgiens et barbiers. « Il est formé un *Collège* de médecins qui aura pour président un *savant et habile homme* et pour assesseurs ou consulteurs quatre médecins, deux pharmaciens et deux chirurgiens. L'Ordre ainsi formé aura pour compétence la discussion sur tout *ce qui se présentera à régler en fait de médecine, de pharmacie et de chirurgie pour exterminer les abus.* Les *ausculteurs* seront choisis uniquement parmi les dix plus anciens médecins apothicaires et chirurgiens.

Le Collège sera tenu de s'assembler au moins tous les quinze jours, le mercredi, à 3 heures de l'après-midi et en autre temps sur convocation du président *pour entendre les plaintes.*

Il aura le droit de faire connaître devant lui tout membre de l'Ordre objet d'une plainte quelconque soit de la part d'un collègue, soit de la part du public. L'accusé sera admis à se défendre, s'il le désire.

Le Collège dressera une liste des hommes de l'art désormais seuls autoriss à pratiquer celui-

défendre, s'il le désire.

Le Collège dressera une liste des hommes de l'art désormais seuls autorisés à pratiquer celui-ci. Tout candidat ne pourra s'établir qu'après avoir sollicité une inscription au registre *ad hoc* : « *Personne se présumera de dresser boutique d'apothicaire sans en avoir préalablement averti le président du collège, lequel le fera examiner en latin tant sur la composition des médicaments que sur la connaissance des simples qui seront dans le Dispensaire* (la Pharmacopée) ; le candidat devra en plus, produire l'attestation qu'il a fait un stage de cinq ans *chez un bon maître* ».

Suivent quelques articles concernant les droits à payer par le nouvel apothicaire et . . . l'interdiction de fêter la nomination par des ripailles ou beuveries : « *Les festins qui se faisaient à la réception des nouveaux maîtres seront entièrement abolis, à raison qu'outre ces débauches ordinairement suivies de querelles et de malheurs ne sont d'aucune utilité pour le public* (sic) ».

Nous assistons maintenant à la naissance de l'ancêtre de nos commissions médicales provinciales.

« *Le Collège disputera, chaque année, deux médecins et deux apothicaires pour visiter les drogues composées ou simples, sirops, extraits et poudres et tout ce qui regarde la pharmacie. Tous les apothicaires devront accepter cette visitation sous peine d'être suspendus de l'excercice de leur boutique.* » Si les délégués découvrent une drogue qui n'a pas les qualités requises, ils l'emporteront pour la faire examiner par le collège, si elle est jugée mauvaise ou insuffisante, elle sera jetée à la rue par le valet de l'Ordre. Le détenteur sera frappé d'une amende de dix florins d'or outre la confiscation.

Pourtant, jusqu'à cette heure, tout pharmacien agit à sa guise, ce qui crée une confusion extrême dans l'art. Le Règlement s'occupe donc de discipliner la profession, en décidant l'Ecriture d'une Pharmacopée que notre texte nomme un *Dispensaire*.

« *Comme on remarque des abus par faute de Dispensaires, chacun suivant diverses pharmacies qui varient les doses et préparations ; et par ainsi, trompent l'espérance des médecins, nous avons ordonné à quatre médecins, Bimy, Bocqueau, Loncin et Nessel, de former un Dispensaire au plus tôt, qui sera employé par tous les apothicaires sous peine d'être suspendus pendant trois ans de leur boutique.* »

In cauda venenum : « *Et attendu que les prix des drogues sont souvent excessifs au détriment de nos pauvres sujets, les mêmes rédigeront une taxe des drogues le plus juste qui se pourra* », et comme il importe de sauvegarder les droits de nos apothicaires, les quatre médecins ci-dessus désignés se feront assister, pour la rédaction du tarif, par deux pharmaciens établis.

Suivent quelques dispositions à l'usage des seuls médecins. Ceux-ci ne pourront faire que deux visites à un patient atteint de maladie dangereuse, après quoi ils seront tenus d'avertir le client qu'il a à se confesser sans délai ; et s'ils lui faisaient une troisième visite avant que le prêtre ait été prévenu d'avoir à exercer son ministère, le médecin écoperait d'une amende de 3 florins d'or par visite supplémentaire.

Le même ne pourra « faire des *ordonnances sous termes cachés dans le but de favoriser un apothicaire à l'exclusion des autres* ». Il ne pourra pas davantage *assister aux pansements*, ce qui est de la compétence du chirurgien.

Nous en revenons, finalement, à la Pharmacie :

Le pharmacien devra conserver les ordonnances pendant un an au moins ; s'il en trouve une qui lui paraisse « *défectueuse ou obscure* », il devra en référer immédiatement au médecin qui l'a signée ; et s'il y a urgence manifeste, il aura le droit d'*approcher un autre médecin*. Si malgré ses efforts, il n'en trouve pas, il pourra la *modérer* selon sa seule conscience.

Sa femme ou sa fille ne pourra *vendre ou préparer* un médicament, sous peine d'une double amende (20 florins d'or).

Il ne pourra *distribuer de médicaments, purgatifs, violents, vomitifs, histériques, narcotiques, antimoniels* et *mercuriels* sans ordonnance de médecin, sous peine d'une amende de 10 florins d'or.

Enfin il lui est formellement interdit de *composer Thiriac et Mithridate, à moins que les ingrédients ou simples qui y entrent n'aient été examinés par un médecin délégué par le Collège.*

Il ne pourra y avoir à Liége, plus de 28 chirurgiens et plus de 140 barbiers-perruquiers.

Le chirurgien ne pourra faire opération de *conséquence comme trépan, amputation, incision intercostale* sans intervention de médecin. Il devra s'abstenir de faire une saignée à une femme enceinte.

Aucune personne autre que le barbier ne pourra travailler à *l'art du cheveu et de la perruque*. Le barbier sera tenu de faire un stage de quatre ans chez un maître-barbier et ne pourra, sous aucun prétexte, vendre ou travailler *cheveux colorés*.

Rod. DE WARSAGE.

LA MÉDECINE COLONIALE

Le Ier Congrès scientifique de la médecine de colonisation

(*Alger, 29 et 30 mars 1939*)

Les médecins de colonisation de l'Algérie viennent de prendre une initiative que le succès a pleinement couronnée et pour laquelle il convient de les féliciter chaudement. Malgré le labeur écrasant auquel chaque jour ils ont à faire face dans des circonscriptions, aux populations clairsemées sur des étendues considérables, malgré les tâches nombreuses qui leur incombent et qui exigent tous leurs soins, — ils sont les propagateurs les plus importants des notions de l'hygiène, les artisans de la prophylaxie de toutes les endémo-épidémies qui sévissent dans les départements nord-africains, médecins accoucheurs et pionniers de la protection infantile, ils sont encore les collaborateurs éclairés du service judiciaire et requis pour les expertises médico-légales et les autopsies, ils sont aussi plus simplement médecins praticiens parcourant à dos de mulets des pistes invraisemblables pour soigner de malheureux égrotants, mais que ne sont pas en Algérie, les médecins de colonisation ? — malgré toutes ces tâches dont une seule suffit à absorber en d'autres lieux l'activité entière de certains de nos confrères, ils ont eu l'idée, gaillardement, avec le sourire, de faire, en plus, de la science et de mettre, au cours d'assises désormais annuelles, à la disposition de tous les médecins intéressés, les résultats fructueux de leurs observations sagaces. Leur premier Congrès qui vient de se tenir à Alger les 29 et 30 mars 1939 fut consacré à la prophylaxie et au traitement du paludisme.

Le sujet fut des mieux choisis. Il est du plus haut intérêt à l'heure où la notion de l'Empire français commence à pénétrer les masses. Car il convient de faire connaître aussi que les Colonies françaises ce n'est pas seulement l'exotisme et les fruits savoureux, le riz, le coton, le caoutchouc ou le café, etc., mais qu'on y trouve encore la variole et le choléra, la peste, le typhus et la trypanosomiase, le paludisme enfin. Il convient que l'on sache que, pour lutter contre ces maladies il existe tout un corps de médecins, civils ou militaires, fonctionnaires ou libres, qui lutte de toutes ses forces, en se sacrifiant parfois, avec succès le plus souvent.

Si les médecins de colonisation de l'Algérie ont voulu mettre en évidence leur personnalité scientifique, s'ils ont voulu signifier que la condescendance avec laquelle il a semblé de bon ton quelquefois de les considérer, n'est plus de mise, s'ils ont voulu prouver qu'ils savent, comme il convient, juger à sa valeur le champ d'expérience dont ils disposent et que leurs observations pourraient utilement être mises à profit par d'autres dont le savoir est par trop livresque, qu'ils soient satisfaits, ils y ont pleinement réussi.

La sympathie qui, au cours de cette manifestation scientifique, les entourait, a dû être pour eux d'un très grand réconfort. Nous les avons vus encouragés, en effet, par les plus hauts fonctionnaires de l'Administration centrale, Gouverneur général, Secrétaire général, directeur de la Santé publique, par le maire d'Alger représentant sa ville et le président du Conseil général pour le département, par le doyen de la Faculté de médecine, et le Corps de santé militaire, par le directeur de l'Institut Pasteur, et le président de l'Office algérien d'hygiène et de médecine préventive, par les membres les plus qualifiés de l'Assemblée des délégations financières, par le président de la Fédération des Syndicats médicaux de l'Algérie qui venait apporter le tribut de sa confraternité à nos amis.

Deux séances de travail seulement eurent lieu, mais toutes deux bien remplies de communications de la qualité la plus haute. La première présidée successivement par M. le doyen Leblanc le directeur de l'Institut Pasteur Ed. Sergent, membre de l'Académie de médecine, le professeur Gillot, président de la Fédération des Syndicats médicaux d'Algérie, fut consacrée à la lecture et à la discussion des rapports sur la prophylaxie et le traitement du paludisme présentés, pour le département d'Alger par les Docteurs Lartigue, Grenoilleau, Mégnin et Laurens, pour le département de Constantine par les Docteurs Palau, Lehtihet et Ciavaldini.

Il est regrettable que le même travail n'ai pu être fourni pour le département d'Oran.

Un rapport sur les médicaments synthétiques fut enfin lu par le Docteur Olivier.

La deuxième séance fut consacrée à quelques communications parmi lesquelles, il faut signaler :

Le médecin de colonisation, prospecteur scientifique (Docteur G. Fournier).

Les insuffisances surrénales dans le paludisme (Docteurs Ciavaldini, Lartigue).

Remarques sur deux cas de paludisme traités par des décoctions de feuilles d'olivier (Docteur Lanterno).

Traitement du paludisme par les extraits spléniques (Docteur Palau).

Le sérum antiscorpionique (Docteur Tramini)

Pseudo-urticaire produit par un acare, parasite de l'orge (Docteur Cambillet).

Assistance médicale en milieu indigène (Docteur Lehtihet).

Nos confrères qui établirent les rapports sur le paludisme dans les départements de Constantine et d'Alger y ont fait la synthèse des observations qui leur furent adressées par les médecins de colonisation ou autres, exerçant dans les contrées impaludées de ces territoires administratifs.

Ciavaldii, Palau et Lehtihet, pour le *département de Constantine,* après avoir rappelé que le paludisme a existé de tout temps en Algérie, que les indigènes le connaissaient bien et lui donnaient des appellations différentes suivant les contrées et suivant le symptôme prédominant (Hamma ou sekhana = fièvre ; metalta ou teltia = tierce ; barda = froide ; bekla = paludisme chronique avec grosse rate et anémie prononcée) montrent le mal en régression dès la conquête, grâce à la mise en valeur des terres, et les nouvelles méthodes de traitement préconisées par Maillot. « Le paludisme perd du terrain peu à peu et recule, çà et là, devant la charrue et devant le sulfate de quinine. »

La lutte antipaludique entreprise méthodiquement par la suite a été malheureusement localisée à certains centres fortement impaludés de façon à créer autour d'eux des réseaux de protection. En dehors de ces villages, la grande masse de la population indigène qui constitue pourtant un immense réservoir de virus, n'en a pas bénéficié.

Il n'est pas douteux que, par suite de l'extension du paludisme parmi les indigènes ruraux, de leur dissémination, sur de vastes territoires et dans des conditions d'insalubrité extrêmement variables (sources, marais, etc.), la lutte antipaludique généralisée nécessiterait en personnel, médicaments et travaux, des dépenses de l'ordre d'une vingtaine de millions.

Il est, cependant, des mesures simples à appliquer dans les douars impaludés.

Le paludisme s'attaque à tous les organes, provoque une symptomatologie protéiforme et les auteurs signalent une série de malades qui feraient l'objet d'autant d'erreurs de diagnostics de la part d'esprits non prévenus. A l'origine de tous ces cas se trouve l'hématozoaire.

Chez la plupart de ces impaludés, en effet, la quinine en injections intramusculaires, car le traitement doit être rapide et puissant, sera suivie des plus heureux effets.

Cependant, le traitement des complications du paludisme ne doit pas être l'unique but. Des mesures générales doivent être prises. Il faut renforcer la résistance de l'organisme humain, c'est-à-dire créer cet état de prémunition dont a parlé Ed. Sergent. Pour cela, il convient d'étudier de très près les problèmes posés par l'hypoalimentation des indigènes, et l'habitation. Il faut, enfin, mais avec beaucoup de doigté lutter contre les pratiques de sorcellerie et de magie qui tiennent le malade éloigné du médecin.

A ces mesures d'ordre général viendront s'ajouter ce qu'on a appelé les petits travaux antilarvaires (désherbage, faucardage des canaux et des ruisseaux, empoisonnement des oueds, pétrolage, etc.).

La prophylaxie médicamenteuse, enfin, comprendra deux phases : le traitement du malade et la prévention de la maladie.

Pour le traitement, les différents produits employés présentent des avantages et des inconvénients. Mais il est évident que tout médicament toxique doit être prohibé et que la préférence doit aller à un produit inoffensif qu'on pourrait mettre entre toutes les mains. Des essais faits dans différents pays sous les auspices de la Commission du paludisme de la S. D. N., il résulte que les sels de quinine remplissent cette condition.

En résumé : amélioration du sort matériel des indigènes d'Algérie et de leur vie sociale, petites mesures antilarvaires si possible, traitement des malades et prophylaxie médicamenteuse, telles seront les mesures qui fourniront « le trépied » de la lutte antipaludique.

Pour l'étude du même problème dans le *département d'Alger,* Lartigue, Grenoilleau, Mégnin et Laurens ont sollicité l'opinion des 34 médecins qui y sont en fonction.

Le paludisme est relativement peu important en pays Kabyle. Il y atteint surtout les femmes et les enfants qui, seuls, vont travailler dans les creux des oueds » et fréquentent les sources, « pour les corvées de bois et d'eau, et pour l'abreuvement du petit bétail familier ».

Le paludisme présenté par les hommes dans les villages de montagne serait donc importé, après avoir été contracté dans les travaux du bas pays.

L'assainissement du domaine colonisé a fait des progrès remarquables, mais l'importation de virus étrangers peut mettre parfois en cause la valeur des résultats obtenus.

Contre les insectes ailés, la stabulation est pratiquée par la plupart des agriculteurs indigènes. Contre le stade larvaire, l'aspect le plus grandiose est offert par les grands travaux hydrauliques. Les travaux antilarvaires trouvent leur indication de choix dans un rayon de quelques kilomètres autour des agglomérations importantes.

La lutte antiplasmodiale, enfin, peut être individuelle ou collective. Il est acquis que dans les régions endémiques où l'on ne peut obtenir rapidement une assistance médicale, dans celles qui

ne comptent par exemple qu'un médecin pour une population de 40.000 habitants environ dont beaucoup sont des porteurs permanents de parasites, la méthode de choix est ce qu'on a appelé la prophylaxie clinique. Dans de telles régions la première qualité à exiger du remède antipaludique destiné à faire l'objet d'une distribution générale, c'est évidemment l'innocuité, c'est donc la quinine, distribuée selon les règles de la méthode préventivo-curative d'Edm. et Et. Sergent qui est ici indiquée.

Mais en année épidémique, la prophylaxie clinique sans discipline est considérée comme insuffisante. Il convient d'instituer des traitements individuels avec cures d'attaque énergiques.

Le but poursuivi est la saturation maxima d'un certain milieu humain en quinine.

Un traitement standard du paludisme algérien est possible. A sa base, cure d'attaque par injection intramusculaire de 0,75 à 1 gr. 50 de sel de quinine par jour. Les hautes doses sont maintenant rejetées. La quinino-résistance est inconnue en Algérie. En ce qui concerne le post-traitement, certains continuent de donner un gramme de quinine par jour pendant une semaine, d'autres 0 gr. 50 pendant une quinzaine de jours. Mais pour les malades susceptibles de suivre une cure surveillée, la quinine peut faire place aux médicaments synthétiques.

Le dernier rapport fut consacré à l'emploi de ces médicaments dans la lutte antipaludique. « Si mes confrères vous ont apporté le fruit personnel de leurs expériences, déclare dès le principe, le Docteur Olivier qui en fit la lecture, je ne vous apporte, moi, que ce que j'ai puisé dans le champ du voisin ». Cette étude des propriétés de l'atébrine et de la plasmochine fit l'objet d'une intervention très écoutée du Prof. Edm. Sergent, directeur de l'Institut Pasteur d'Alger qui rappela les travaux de la Commission du paludisme de la S. D. N. qu'il préside, insista sur le fait que la marge entre les doses efficace et toxique des produits synthétiques est par trop étroite et sur la prudence avec laquelle il convient de les manier. Ces produits ne peuvent actuellement dans une campagne prophylactique être confiés sans crainte de complications aux agents auxiliaires de la lutte antipaludique. Il termina en souhaitant que l'on découvre bientôt des médicaments efficaces, mais non toxiques.

Le Congrès scientifique de la médecine de colonisation de l'an prochain sera consacré à l'étude de la tuberculose en Algérie.

Dr L. SASPORTAS.

SAGES-FEMMES ET PLÉTHORE MÉDICALE

Je dois répondre à M. R. Jodin auteur de l'article paru dans le *Concours* du 12 mars 1939 sous ce titre.

Un des vœux, que nous avons émis lors de notre Congrès international d'avril 1938 « qu'aucune naissance ne devrait avoir lieu sans l'assistance d'une sage-femme même si un médecin pratique l'accouchement », correspondait exactement à qui est devenu une obligation en Allemagne, c'est-à-dire donner les soins à la mère et à l'enfant.

Il faut croire qu'en Allemagne, on est plus soucieux de la santé des mères et des enfants que dans notre pays.

Quoi qu'il en soit, j'estime qu'il n'y avait pas matière à ironiser ni rien de savoureux à méditer dans ce vœu.

L'article de M. R. Jodin pourrait se résumer en quelques mots : trop de médecins supprimons les sages-femmes.

Que M. Jodin se rassure si le projet d'un nouveau statut professionnel que la Confédération nationale des Syndicats de sages-femmes a déposé entre les mains de M. le ministre de la Santé publique, le 13 décembre 1938 portant les études de sage-femme à quatre années est adopté il se produira par la suite du vide dans les rangs.

Je passe sur l'allusion, concernant les officines à discrétion comprise dans le prix de la pension. Toutes les professions ont leurs brebis galeuses, si malheureusement dans notre profession, il y a des sages-femmes marrons, celle des médecins n'en est pas exempte.

La fin de l'article ne corrige pas ce qu'il contient de blessant pour nous.

Madame BOLIVET, sage-femme,
Confédération nationale des Syndicats de sages-femmes
à Signan-en-Pontivy (Morbihan).

Loi sur les sages-femmes en Allemagne. — La loi du 21 décembre 1938 sur les sages-femmes repose sur les quatre principes suivants : 1° le droit de toute femme, pauvre ou riche, allemande ou étrangère, de jouir de l'assistance d'une sage-femme lors de ses couches ; 2° l'obligation pour la sage-femme de répondre à tout appel ; 3° *l'obligation pour toute parturiente de faire appel à une sage-femme* ; 4° l'obligation à tout médecin qui préside à un accouchement de veiller à ce qu'une sage-femme prenne ensuite soin de la mère et de l'enfant.

Le titre de sage-femme est accordé aux candidates ayant satisfait à l'examen et présentant la santé et les qualités morales nécessaires à l'exercice de la profession.

Afin d'assurer une répartition équitable des sages-femmes dans le pays, l'autorisation de pratiquer d'une façon indépendante leur sera refusée lorsque le nombre des sages-femmes déjà établies dans la région, comparé avec la densité de la population et le nombre moyen des naissances, montre que l'on n'a pas besoin de leurs services. L'autorisation de s'établir est donnée pour une région déterminée avec domicile obligatoire ; mais en même temps, il est garanti à la sage-femme un revenu minimum, mesure qui sera financée en grande partie par une taxe spéciale payée par les sages-femmes ayant un gain professionnel dépassant une norme à fixer.

A PROPOS DU PROJET PORTMANN

A la suite de notre article « Le numerus clausus est-il la vraie solution du problème médical au point de vue économique et social », nous avons reçu d'un de nos lecteurs la lettre suivante :

Votre article, dans le nº du 2 février 1939, à propos du projet Portmann, est plein de réflexions judicieuses. Mais vous avez laissé de côté les causes de la pléthore médicale ; elles sont multiples, et d'importance variable. Toutefois, à une époque où l'esprit de lucre prédomine, on peut affirmer que si beaucoup de jeunes gens se dirigent vers la carrière médicale, c'est parce qu'ils sont persuadés que les médecins gagnent tous beaucoup d'argent. Et quels sont ceux qui contribuent le plus à répandre cette idée ? Ce sont les médecins eux-mêmes le plus souvent, et avec autant d'inconscience que d'impudeur !

Dans un même numéro de journal, on pourra lire, par exemple, que la médecine ne nourrit plus son homme, qu'une clientèle raréfiée ne peut plus faire vivre des médecins de plus en plus nombreux ; et dans un article voisin, si une loi nouvelle nous impose une nouvelle paperasserie, un certificat de plus à établir ou une signature à apposer, c'est une véhémente levée de boucliers qui proteste contre le surcroît de travail imposé à des médecins surchargés de besogne ; consultations, visites, accouchements, etc., tellement occupés qu'il ne leur reste pas trois minutes, en 24 heures, pour remplir ces formalités ! Il faudrait tout de même garder un peu d'esprit logique !

Mais ce qui est plus grave, à mon sens, ce sont les annonces de ventes de clientèles. Peut-on parler de pléthore médicale, peut-on dire qu'on ne gagne pas sa vie dans cette profession, lorsqu'on peut lire, dans le *Siècle Médical* du 15 février, que sur environ vingt clientèles à céder, treize annoncent un rapport supérieur à 100.000 francs, dont une de 260.000 francs et deux de 180.000 francs ! Que ces chiffres astronomiques (pour des clientèles de médecine générale) soient faux ou exacts, le résultat est le même : le candidat à une profession intellectuelle s'oriente sans hésiter vers une carrière où les billets de mille tombent par centaines ? Ne pensez-vous pas qu'un peu plus de pudeur dans l'affichage de pareils chiffres serait préférable, non seulement pour détourner les jeunes de la profession médicale, d'autant plus que de pareils gains sont plutôt rares, mais encore au point de vue fiscal ? J'ai à peine besoin d'insister.

Il y a surtout, comme vous le dites, déséquilibre, mauvaise répartition. Il y a des médecins qui vivent très dignement avec 70 ou 80.000 francs (si l'on veut avant tout « faire des affaires », ce n'est pas la profession médicale qu'il faut choisir) et élèvent même une nombreuse famille. Si certains postes rapportent 260.000 et 180.000 francs, il n'y a qu'à les partager entre deux ou trois médecins ; voilà un remède très simple pour combattre la pléthore. Pourquoi tant pour les uns et rien pour les autres ?

Si pléthore il y a, et si cette pléthore doit être enrayée, recherchons-en toutes les causes, et surtout ne la provoquons pas nous-mêmes en excitant l'envie.

Notre correspondant a certes raison de signaler l'influence néfaste que peut avoir sur les « jeunes » la publicité donnée aux chiffres de rendement des clientèles médicales, chiffres le plus souvent gonflés pour les besoins de la cause, ou qui ne représentent qu'un revenu brut là où le lecteur croit voir un bénéfice net.

Par contre nous pensons que la solution préconisée par lui pour combattre la « mauvaise répartition » des médecins, à savoir le partage des clientèles à haut rendement, provient d'une fausse conception de la « valeur » d'une clientèle. Il n'est plus à démontrer semble-t-il que cette valeur est fort loin d'être une réalité objective et dépend en majeure partie de la personnalité et de l'activité de son titulaire. S'il en était autrement d'ailleurs on ne comprendrait point pourquoi, telle réussite n'attirerait pas immédiatement des concurrents à son auteur. Jusqu'à présent l'exercice de la médecine reste en effet soumis en France au régime de la libre concurrence.

J. M.

Nos réunions médicales

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA MAISON DU MÉDECIN

A l'Assemblée générale de la Maison du Médecin qui s'est tenue à la Faculté de médecine le dimanche 26 mars, sous la présidence du Pr B. Cunéo, président de l'Œuvre, le Dr R. Massart, secrétaire général, a exposé dans son rapport moral la situation actuelle de la Société. Nous en extrayons quelques passages :

« L'Assemblée générale qui se réunit aujourd'hui marque une date dans les annales de notre œuvre, car la voici pour la première fois depuis sa fondation portée du plan parisien sur le plan national.

« La Maison du Médecin a depuis le 15 décembre dernier réalisé notre rêve, en ouvrant à Antibes une nouvelle maison de retraite.

« Nous avons dû le faire devant le nombre croissant des demandes qui nous parvenaient et aujourd'hui, bien que le Château des Charmilles à Valenton soit complet, bien qu'à la Résidence de la Badine, à Antibes, il n'y ait plus une place libre, nous avons encore quinze demandes de confrères âgés que nous ne pouvons satisfaire. Le succès grandissant de cette belle œuvre confraternelle s'affirme chaque jour davantage, je tiens à le dire bien haut, car il y a des esprits chagrins qui nous reprochent d'avoir trop d'argent et peu de pensionnaires.

« Quand on réalise qu'au prix actuel de la vie, un pensionnaire ne coûte pas moins de dix mille francs par an, c'est une somme de plus de 400.000 francs que nous avons dépensée cette année pour secourir les misères médicales.

« Jadis, on pouvait dire que c'étaient les imprévoyants, les prodigues, les cigales que nous abritions ; avec les temps nouveaux, avec les ruines, la dépréciation des capitaux, ce sont souvent les plus dignes, les plus travailleurs qui, ruinés par les événements, viennent nous demander un abri sûr pour leur vieillesse et s'il m'était permis de préciser quelques-unes des situations vraiment dramatiques que nous secourons, vous ressentiriez une émotion comparable à celle qui nous étreint parfois au Conseil d'Administration, lorsque nous nous trouvons en face de ces pénibles réalités.

« Je voudrais que mes paroles dépassent les murs de cet amphithéâtre et qu'elles aillent jusqu'à ceux des nôtres dont la fortune, où les possibilités financières sont grandes, elles les feraient s'intéresser davantage au sort de nos vieux confrères. Je suis certain qu'ils ne resteraient pas sourds à nos appels, et que quelques-uns d'entre eux penseraient en formulant leurs volontés dernières que la Maison est bien une des œuvres les plus belles et les plus utiles que nous ayons réalisées.

« Nous disposons actuellement de deux maisons de retraite : Valenton et Antibes.

« De Valenton je ne dirai que quelques mots, beaucoup d'entre vous y sont allés, ils savent dans quel cadre agréable vivent nos vieux confrères, ils savent que nous avons tout fait pour que le séjour leur y soit sans soucis et qu'ils y goûtent cet « Otium cum dignitate » qui est notre devise.

« A Antibes, dans un cadre un peu différent, nous voulons réaliser quelque chose d'analogue. La Résidence de la Badine, située dans un des paysages les plus beaux du monde, est une villa moderne et spacieuse dotée de tout le confort que nous allons agrandir grâce à l'appui que nous apporte avec la Commission des Jeux, le Dr J. Renault, auquel je dis en votre nom le grand merci qu'il mérite. « La villa va être doublée en la surélevant d'un étage, elle pourra ainsi abriter vingt confrères.

« Nous avons pu rapidement mettre sur pied l'organisation d'Antibes grâce à l'activité de notre confrère et ami Zipfel, dont vous connaissez l'esprit de méthode et d'organisation. Il est pour nous, un auxiliaire précieux et, chaque semaine, il quitte sa retraite d'Agay et il vient en voisin à la Badine surveiller toutes choses ; qu'il trouve ici l'expression de la gratitude que nous lui en gardons.

« Cette année encore de nombreux dons, de nombreux legs sont venus accroître notre capital...
A nos bienfaiteurs que je remercie vivement, je dois ajouter nos amis de la Bidoche qui, par leur dîner universellement connu, viennent apporter justement à nos pensionnaires le superflu, et nous permettent des générosités que ne prévoient point les statuts et qui sont bien agréables à faire. Cette année nous aurons plaisir à les recevoir à Valenton pour déjeuner, le jour de l'Ascension.

« Avant de terminer ce rapport moral je voudrais vous dire ce que nous avons fait pour relier entre elles toutes les œuvres d'Entr'aide médicale qui vivaient les unes à côté des autres sans se connaître, ce qui permettait aux malins d'en profiter, et à ceux qui sont trop timides d'hésiter sur la porte à laquelle il faut frapper.

« Actuellement, en fondant le Centre de Liaison des Œuvres d'Entr'aide Médicale, toutes nos fondations se donnent la main, collaborent sans perdre l'indépendance et l'autonomie qui ont permis à chacune d'elles de se développer librement.

« Une brochure vient de paraître où sont donnés tous renseignements sur nos œuvres... »

On a procédé ensuite au vote de nouveaux statuts en accord avec les statuts-type des œuvres reconnues d'utilité publique, et à l'approbation des comptes du trésorier.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Hôpital Tenon** (4, rue de la Chine, métro Gambetta). — *Cours de perfectionnement sur les arythmies.* — Ce cours, qui aura lieu à l'hôpital Tenon du 16 au 26 mai 1939, sera fait par M. Camille Lian, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. Haguenau, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon ; Henri Welti, chirurgien des hôpitaux ; Gilbert-Dreyfus et F.-P. Merklen, médecins des hôpitaux ; Facquet et P. Frumusan, anciens internes des hôpitaux et assistants du service ; Abaza, Brocard, Deparis, Even, Menetrel, Odinet, Pautrat, Puech Schapira, Siguier, Tardieu et J.-J. Welti, anciens internes du service ; M. Marchal, assistant d'électro-radiologie ; Golblin, assistant d'électro-cardiographie et de consultation (maladies des veines) ; Baraige, assistant de laboratoire ; G. Minot, ingénieur E. P. C. I. ; Aurenche, interne du service.

Tous les matins à 10 heures, conférence clinique à l'amphithéâtre des cours ; à 11 heures, exercices cliniques dans le service.

Tous les après-midi à 15 heures et à 17 heures, deux conférences cliniques ; à 16 heures, démonstration pratique.

Programme du cours. — Mardi 16 mai, 10 heures, M. Lian : Démonstration clinique à la consultation de cardiologie du service ; 15 heures, M. Frumusan : Forme commune de l'arythmie complète ; 16 heures, M. Odinet : Démonstration de sphygmomanométrie auscultatoire ; 17 heures, M. Golblin : Causes et formes cliniques de l'arythmie complète.

Mercredi 17 mai, 10 heures, M. Lian : Traitement de l'arythmie complète ; 11 heures, M. Golblin : Démonstration clinique (traitement des varices) ; 15 heures, M. Facquet : Forme commune de l'arythmie extrasystolique ; 16 heures, M. Golblin : Démonstration d'électro-cardiographie ; 17 heures, M. J.-J. Welti : Formes cliniques de l'arythmie extrasystolique.

Jeudi 18 mai, 10 heures, M. Lian : Traitement de l'arythmie extrasystolique ; 11 heures, M. Marchal : Démonstration de radiologie du cœur ; 15 heures, M. Puech : Tachycardies permanentes ; 16 heures, M. Golblin : Démonstration d'électro-cardiographie ; 17 heures, M. Menetrel : Tachycardies paroxystiques.

Vendredi 19 mai, 10 heures, M. Lian : Démonstration clinique à la consultation de cardiologie du service ; 15 heures, M. Schapira : Cœur irritable ; 16 heures, M. Golblin : Démonstration d'électro-cardiographie ; 17 heures, M. Merklen : Flutter auriculaire.

Samedi 20 mai, 10 heures, M. Lian : Traitement du flutter auriculaire ; 11 heures, M. Marchal : Démonstration de radiologie du cœur ; 15 heures, M. Siguier : Traitement médical des tachycardies ; 16 heures, M. Pautrat : Démonstration d'oscillométrie ; 17 heures, M. Deparis : Forme commune du pouls lent permanent par dissociation auriculo-ventriculaire.

Lundi 22 mai, 10 heures, M. Frumusan : Formes cliniques des bradycardies par dissociation ; 11 heures, M. Lian : Exercices pratiques d'interprétation d'électrocardiogrammes ; 15 heures, M. Facquet : Troubles du rythme sinusal ; 16 heures, M. Baraige : Détermination du métabolisme basal ; 17 heures, M. H. Welti : Traitement chirurgical des tachycardies.

Mardi 23 mai, 10 heures, M. Lian : Démonstration clinique à la consultation de cardiologie du service ; 15 heures, M. Haguenau : Epreuves neuro-végétatives ; 16 heures, M. Tardieu : Mesure et valeur sémiologique de la pression veineuse ; 17 heures, M. Brocard : Diagnostic des bradycardies.

Mercredi 24 mai, 10 heures, M. Lian : Traitement des bradycardies ; 11 heures, M. Golblin : Démonstration clinique (traitement des varices) ; 15 heures, M. Abaza : Le pouls alternant ; 16 heures, M. Facquet : Mesure de la vitesse circulatoire ; 17 heures, M. Gilbert-Dreyfus : Les troubles du rythme dans les infections et les intoxications.

Jeudi 25 mai, 10 heures, M Lian : Traitement de l'insuffisance cardiaque ; 11 heures, M. M. Marchal : Démonstration de radiologie du cœur ; 15 heures, M. Golblin : Dérivations précordiales et trémulation auriculaire ; 16 heures, M. Baraige : Mesure du débit cardiaque ; 17 heures, M. Even : Les inégalités du pouls.

Vendredi 26 mai, 10 heures, M. Lian : Démonstration clinique à la consultation de cardiologie du service ; 15 heures, M. Baraige : La constante systolo-diastolique ; 16 heures, M. Minot : Auscultation collective et vision simultanée sur un écran phosphorescent des vibrations sonores (bruits et souffles cardiaques), leur inscription sur films et sur disques, l'enregistrement électrique simultané des phénomènes mécaniques (choc apexien, pouls artériel et veineux) ; 17 heures, M. Lian : Résultats pratiques de la phonocardiographie.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi régulièrement le cours ; ils pourront ensuite faire un stage dans le service.

Chaque année, avant la Pentecôte et à la mi-novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en quatre cours : 1° arythmies ; 2° grands syndromes cardiaques ; 3° maladies organiques du cœur, de l'aorte et de l'artère pulmonaire ; 4° artères, veines et capillaires.

Le cours de novembre 1939 (13 au 23 novembre) portera sur les grands syndromes cardiaques. Il sera précédé par un cours de révision sur les acquisitions médicales pratiques fait à l'hôpital Tenon du 6 au 11 novembre sous la direction du Professeur Sergent et de M. Lian, avec la collaboration des rédacteurs de l'Année médicale pratique.

Droits d'inscription : 250 francs. S'inscrire ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours de 9 h. 30 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi après-midi), salle Béclard (A. D. R. M.) ou bien à l'hôpital Tenon auprès du Docteur Frumusan, assistant du service, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

charge en principe. Cependant, lorsque la rémunération du médecin de l'hôpital se trouve forfaitairement incluse dans le prix payé par l'Assistance à l'établissement hospitalier, la part revenant au médecin au titre des honoraires est strictement limitée à la somme que la Caisse alloue.

D'autre part, l'article 19 précité du décret-loi du 28 octobre 1935 spécifiant, dans son dernier alinéa, que les frais d'hospitalisation sont payés directement par la Caisse à l'établissement débiteur, il appartient à la Commission administrative intéressée de rembourser les praticiens suivant toutes règles fixées au règlement intérieur de l'hôpital, soit par la voie de forfait, soit eu égard à chaque intervention. (*J. O.*, 15 mars 1939.)

Le « lave-mains » de Buyer

L'article du Professeur Perrin sur le « lave-mains » m'a fort intéressé et amusé. Il me rappelait mes premiers étonnements devant cet objet insolite, lorsqu'il y a quelques années je quittai le Nord pour le Poitou.

Aux alentours de Poitiers toute ferme ou toute maison n'ayant pas l'eau courante, possède son « godet ». C'est le nom sous lequel vous trouverez l'objet dans tous les bazars et toutes les ferblanteries de la région. Dans les Deux-Sèvres, on l'appelle « coussote » ou parfois « pichotte » (Pissote).

Elle a sa place à côté du seau, sur le petit évier creusé dans la muraille et éclairé par une petite vitre enchâssée au fond.

De façon générale, le « godet » est en fer galvanisé. Quelques très vieux ménages en ont encore en bois grossièrement équarri, mais peu pratiques parce que les courbures en sont mal étudiées.

Dans le folklore des Deux-Sèvres, on trouve cette devinette :

« Qu'est-o-tchieu tchi monte su soun'homme pre pissaïe ? (qui est-ce qui monte sur son homme pour pisser ?)

Réponse : C'est *la* coussotte que l'on place sur *le* seau pour obtenir un jet d'eau à hauteur convenable.

Dr A. Thomas,
Secondigny (Deux-Sèvres).

• • •

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Accidents du Travail

2.230. — Les indemnités de déplacement s'ajoutent un prix de 17 francs tarif de la visite ou consultation

D'après le nouveau tarif d'honoraires concernant les accidents du travail, doit-on ajouter le montant de l'indemnité kilométrique à 17 ou à 18 pour les visites à domicile chez les blessés habitant en dehors de l'agglomération où habite le médecin ?

Le chiffre 18 m'est contesté par une Compagnie d'assurances.

Ma note d'honoraires est-elle conforme à la loi ou dois-je me ranger à l'opinion de l'assureur ?

Je vous serai reconnaissant de bien vouloir m'éclairer.

Dr P.

Réponse

Le prix de la visite, comme celui de la consultation est fixé, pour toute la France, à 17 francs (art. 1er). A ce prix s'ajoutent en cas de visite à domicile des « indemnités kilométriques de déplacement » (art. 2) qui sont de deux espèces :

a) dans les mêmes agglomérations 4 francs, 2 francs ou 1 franc suivant l'importance de la commune ;

b) dans les agglomérations différentes indemnités par kilomètre parcouru, de 1 fr. 50, 1 fr. 80 et 2 fr. 25 suivant que la région est en « plaine », en « montagne » ou en « haute montagne ».

Vous ne pouvez cumuler les indemnités de déplacement indiquées ci-dessus en *a*) et en *b*). Conclusion : Ajoutez-les, quelles qu'elles soient, au prix de 15 francs qui est le prix de l'acte médical appelé « visite ou consultation ».

Dr F. DECOURT.

2.262. — Interventions concomitantes

Voudriez-vous me renseigner sur la tarification des accidents du travail, pour l'ophtalmologie. Faut-il appliquer l'article 10 et ne compter plein tarif que la première petite opération, et les autres au demi-tarif lorsqu'il y a plusieurs petites interventions sur l'œil.

Par exemple extraction d'un corps étranger profond, cathétérisme des voies lacrymales, injections sous-conjonctivale.

Faut-il mettre : 35 + 17,50 + 17,50 ou 35 + 35 + 35 en appliquant le plein tarif ?

Dr M.

Réponse

Voyez le deuxième alinéa de l'art. 10 : « En cas d'interventions chirurgicales comportant plusieurs opérations concomitantes effectuées dans la même séance, l'opération la plus importante est seule comptée au tarif plein, les autres sont complées à demi-tarif ». Cet article 10, placé au début du tarif, dans les questions d'ordre général doit s'appliquer à toutes les subdivisions consécutives de ce même tarif, donc à ce qui concerne les interventions des ophtalmologistes, comme de tous autres opérateurs.

Dr F. DECOURT.

2.232. — Un exemple de « mauvais cas » de tarification

J'ai vu aujourd'hui un blessé — accidenté du travail — qui s'est présenté avec l'ongle du médius droit à demi-arraché par un traumatisme.

J'ai enlevé cet ongle, j'ai régularisé et épluché la plaie contuse et j'ai fait une injection de sérum antitétanique.

Je vous serais obligé de vouloir bien m'indiquer combien je dois tarifer cette intervention car je ne vois rien qui se rapporte à ce cas dans le tarif officiel.

Dr L.

Réponse

a) L'ablation d'un ongle n'est pas l'objet d'une tarification spéciale.

b) Vous ne pouvez compter « régularisation », épluchage, etc. » s'il n'y a pas eu suture pour réunion par première intention (voir note 1 de l'article 17).

c) *Conclusion.* — C'est bien là un « mauvais cas » pour le médecin qui n'a à compter qu'une visite ou consultation simple... et même pas cela puisque vous avez fait une injection antitétanique. Auquel cas, c'est celle-ci seule que vous pouvez compter, sans y ajouter le prix de la consultation car ce serait alors le cumul interdit par l'art. 13.

Dr F. DECOURT.

2.378. — Transport d'un blessé à l'hôpital

Ayant été appelé auprès d'une malade, accidentée du travail, qui présentait un phlegmon des gaines du membre supérieur droit, je l'ai prise dans ma voiture et l'ai transportée d'urgence dans une clinique de B... pour lui faire subir un débridement large.

Je vous serais très reconnaissant si vous vouliez bien m'indiquer :

1° Si je peux réclamer mes frais de déplacement à la Compagnie d'assurances et à quel taux.

2° Si je dois compter les 50 kilomètres que j'ai dû parcourir à l'aller et au retour pour me rendre à B..., ou bien les 12 kilomètres qui me séparent d'A... où se trouve l'établissement hospitalier le plus proche.

Dr D.

Réponse

En transportant un blessé à un hôpital, vous faites acte, non plus de médecin traitant, mais de « loueur de voiture ». Vous n'avez donc plus, pour vos frais de transport à vous baser sur le tarif accident du travail qui est un tarif ne visant que les actes médicaux. Vous ne pouvez donc que demander à l'amiable à la Compagnie un dédommagement pour vos frais de transport du malade en précisant :

1° qu'il y avait urgence,

2° qu'il n'y avait pas d'autre moyen de transport.

Naturellement il faudrait justifier vos dires et donner le nombre exact de kilomètres du domicile du malade à celui de l'hôpital le plus rapproché.

Dr F. Decourt.

b) *Assurances sociales*

2.123. — Une radiographie comprend le cliché à fournir au médecin traitant

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me renseigner sur le cas suivant :

Lorsque j'effectue à un assuré social de multiples examens radiologiques, tels que : poumons, estomac, intestin, etc., puis-je marquer sur sa feuille d'assuré donc K10 pour l'estomac, K10 pour l'intestin, K5 pour le poumon, plus K4 pour autant de clichés que j'ai effectués.

Comme vous le savez, la nomenclature ne portant pas le cas du « tube digestif complet » je pense qu'il y a donc lieu que je marque autant de K équivalents à autant d'examens que j'ai effectués.

Vous serez donc bien aimable de me donner votre avis à ce sujet et je vous en remercie à l'avance.

Dr R.

Réponse

Une radiographie comprend toujours un cliché sans quoi ce serait une simple radioscopie. Et encore à ce cliché doit-il être joint (comme par exemple en accident du travail) un commentaire détaillé destiné au médecin traitant. Je comprends que si vous avez à faire trois radiographies, vous comptiez Kx + Ky + Kz, mais sur quoi vous baseriez-vous pour compter en plus K4 pour chaque cliché, si j'ai bien compris

votre question ? Au K4 de la nomenclature, il est parlé uniquement de « cliché supplémentaire » et non pas du cliché normal faisant partie intrinsèque de l'intervention appelée « radiographie » — bien « intrinsèque » en effet car à quoi servirait votre radio si ce n'était pas pour renseigner le médecin traitant par le cliché et son commentaire éventuel ?

D[r] F. Decourt.

2.466. — Amygdalectomies en consultations externes à l'hôpital

Installé depuis deux ans et adjoint à l'hôpital de X., abonné au *Concours*, j'ai recours à vos précieux avis, je ne doute pas que vos lumières éclaireront la modeste lanterne de votre jeune confrère.

Voici la chose :

J'ai eu l'occasion, d'opérer, à différentes reprises quelques enfants, fils d'assurés sociaux assistés (cotisations en règle), je leur ai fait subir l'ablation des amygdales et des végétations, en une seule séance avec anesthésie générale. Le département à toujours refusé de m'honorer pour cela ou l'a interdit aux Caisses d'assurances sociales ce qui revient au même. La ville de son côté acceptait de m'honorer pour ses ressortissants au tarif de responsabilité des Caisses avec petit prélèvement en faveur de l'hôpital (K24 — 10 %).

Or, elle vient de recevoir par les Caisses d'assurances sociales l'ordre formel venu de la Préfecture de ne plus régler ces interventions par mesure d'économie et je pense que cela est général pour toute la France !

Quel est le fonctionnaire zélé qui a décidé, une fois pour toutes, que les assurés sociaux assistés seraient opérés gratuitement (pour les Caisses et le département et pour les assurés) dans les hôpitaux de X. en ce qui concerne l'ablation des amygdales et des végétations ?

C'est la seule intervention du répertoire pour laquelle les Caisses d'assurance sociales n'ont pas à honorer le chirurgien de l'hôpital : pourquoi ?

Il paraît que les honoraires dus par les Caisses pour les assurés sociaux assistés ont été calculés suivant le tarif « accident du travail » et comme cette ablation n'y figure pas elle n'est pas rétribuée, est-ce vrai ? Dans ce cas, puisque vous faites partie de la Commission de ce tarif, vous devriez bien la faire mentionner, vous rendriez ainsi grand service à tous les laryngologistes français.

N'y aurait-il pas lieu de faire intervenir le Syndicat dont je fais partie ou la Confédération, ou le Syndicat des laryngologistes français (dont je ne fais pas encore partie) ?

Je compte sur vos précieux renseignements car je serai bientôt chef de ce service hospitalier et appelé à opérer davantage : je ne tiens pas du tout à offrir mes honoraires aux Caisses d'assurances sociales richissimes.....

D[r] L.

Réponse

Pourquoi opérer à l'hôpital (sans que l'intéressé soit hospitalisé) un enfant, fils d'assuré social, ayant des végétations et grosses amygdales, alors que vous avez votre cabinet en ville comme oto-rhino-laryngologiste ainsi que je le vois d'après votre en-tête de lettre ?

Syndicalement, nous avons déclaré (dans votre département qui est le mien) que nous n'admettions pas les consultations externes à l'hôpital et c'est pourquoi il n'en est pas fait mention dans nos Syndicat-Caisse. Ceci étant donné, comme nous sommes d'accord à ce sujet avec les Caisses, je comprends fort bien que les interventions dont vous parlez ne vous soient pas payées — et avec raison à mon avis. Il est assez de confrères oto-rhino-laryngologistes dans notre département pour subvenir aux besoins des assurés sociaux, l'hôpital étant réservé pour les grosses interventions qui ne peuvent être effectuées à domicile.

D[r] F. DECOURT.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

1.877. — Solde d'un médecin à la disposition de la défense passive

Je vous remercie des renseignements fournis la semaine dernière concernant ma situation militaire. Je voudrais, si possible, avoir le renseignement complémentaire suivant :

Dans le deuxième alinéa vous me dites : une fois rayé des cadres, vous restez deux années à la disposition de la Défense passive avec ordre de mobilisation. Ultérieurement vous pouvez être requis pour assurer par exemple le service pour des blessés de votre résidence.

Bien. Mais alors si je suis à la disposition de la défense passive, dans quelles conditions de rémunération ? Est-ce avec un traitement de médecin lieutenant ou autre ?

D[r] L.

Réponse

Lorsqu'un médecin de réserve est maintenu à la disposition du ministre de la Guerre pour la Défense passive, durant les deux années qui suivent sa libération normale du service, il conserve son grade antérieur, et durant ces deux années, il touche éventuellement la solde de ce grade.

QUESTIONS DIVERSES

2.111. — Avortement. Confidences au médecin. Déclaration des causes de décès

J'ai sous les yeux un article du *Concours Médical* (5 mars, p. 649) qui a pour titre : Déclaration des causes de décès.

Avec l'espoir de trouver auprès de vous un avis très net permettez-moi de vous soumettre un cas qui à l'occasion laisserait sans doute hésitants beaucoup de confrères y compris votre correspondant occasionnel. C'est toujours le secret professionnel qui est en jeu. Voici :

Une femme X... fait une fausse-couche ; elle en meurt ; mais avant de trépasser elle a confié au médecin traitant sous le sceau du secret le plus absolu qu'elle est victime de manœuvres criminelles. Refuser le certificat de décès ? s'est se faire *ipso facto* dénonciateur en ouvrant la porte à la Justice. Le délivrer ? il faudra répondre à la question : causes du décès. Comment ? Voilà le point délicat. Il faut prévoir la lettre anonyme au Parquet en temps opportun, le fait n'est pas rare. Voilà la Justice en mouvement et de gros ennuis pour le médecin qui n'est pas couvert par le médecin-inspecteur départemental d'hygiène auquel le Procureur de la République a le droit de demander la communication d'un diagnostic, étant chargé aux termes de l'art. 22 du Code d'instruction criminelle de la recherche et de la poursuite de tous les délits.

D^r^ D.

Réponse

Si le Corps médical n'avait pas eu la faiblesse et commis l'imprudence d'accepter, à la légère, les termes de la circulaire ministérielle, mettant à sa charge — et gratuitement — la déclaration des causes des décès, la question que vous me posez n'aurait pas sa raison d'être.

Respectueux des termes de l'article 378 du Code pénal, le médecin n'a pas à rédiger un certificat de décès et surtout ne doit pas y mentionner les causes de la mort. A l'officier de l'Etat civil de se conformer aux dispositions de l'article 77 du Code civil et de venir en personne constater la mort, ou de déléguer, aux frais de la mairie, un médecin dit de l'Etat civil.

Dépositaire d'un secret, dans le cas que vous me citez, le médecin a le devoir de se taire. Si son Syndicat n'avait pas imprudemment eu la faiblesse d'accepter la déclaration des causes des décès, le praticien traitant n'aurait été ni directement, ni indirectement dénonciateur, ou complice d'un crime. Dénonciateur, s'il refuse le certificat ; complice s'il se tait. De toutes façons, ce sera le malheureux praticien, qui paiera l'imprudence de ses dirigeants.

Il peut donc : ou bien se refuser — comme la loi actuelle le lui ordonne — de délivrer des certificats de décès pour n'importe qui, ou simplement accepter de certifier l'état de mort, sans en dire les causes. S'il déclare les causes des décès, en toute franchise, il manque à la parole donnée à la cliente, il dévoile ses confidences et ses secrets, au risque aussi de se voir poursuivi par la famille de la défunte, qui soutiendra avec succès, que le médecin a porté un grave préju-

dice à la mémoire de la *de cujus* par la déclaration de l'avortement, cause du décès.

Voilà pourquoi je déclare une fois de plus que les Syndicats médicaux ont eu le plus grand tort de se laisser embarquer dans cette galère, alors qu'aucun texte de loi ne les contraint à déclarer la cause des décès.

Dr Paul BOUDIN.

2.446. — Délivrance par le médecin de médicaments à ses clients

Je vois dans votre article du *Concours* du 12 mars 1939, p. 717, qu'exerce illégalement la pharmacie le médecin qui revend à un malade des médicaments achetés par lui.

D'accord, mais à mon avis il faut distinguer deux ordres de faire.

Le médecin qui achète d'avance des médicaments et les revend aux malades est en faute.

Il ne doit pas en être de même pour le médecin qui, sur la demande d'un malade qui veut rester inconnu, achète pour ce malade un médicament donné. L'acheteur est ici non le médecin, mais le malade. Le médecin n'agit pas pour son compte personnel, mais uniquement à titre de mandataire du malade. Il n'exerce pas plus illégalement la pharmacie que le domestique que son maître envoie acheter le médicament.

Dr H.

Réponse

Votre observation est très juste, mais ne vise que des cas exceptionnels. Le médecin, qui agit au nom de son client, achète des médicaments et se fait rembourser par le malade, sans prélever aucun bénéfice, n'est que le mandataire, le *negotiorum gestor* du patient.

Il n'y a pas exercice illégal de la pharmacie, lorsque le praticien ne généralise pas cette pratique et n'en tire aucun bénéfice pécunier.

Mais, si cette manière de faire se répétait souvent, pour de nombreux malades, si le médecin gardait pour lui la différence entre le prix médical et le prix fort du public, ou si en faisant bénéficier ses malades du prix médical, il portait ainsi préjudice aux intérêts des pharmaciens détaillants, le procédé du médecin pourrait être considéré comme coupable, par le Conseil de famille du Syndicat.

Ce sont donc questions de fait et d'espèce.

Dr Paul BOUDIN.

2.221. — Honoraires pour expertises de justice criminelle

Je fais, depuis de longues années, des expertises, tant civiles que criminelles, pour le Tribunal de X.... Ces jours derniers, deux mémoires de frais de justice criminelle me sont revenus non-visés,

parce que je ne m'étais pas conformé au tarif de 1920.

Or, je n'ai jamais suivi ce tarif et aucune observation ne m'était venue. En l'appliquant, j'arrive à ceci, qui s'est produit maintes fois : j'irai examiner un cadavre (sans autopsie) à la morgue de l'hôpital, je ferai un rapport plus ou moins long, en moyenne cinq pages dactylographiées, je déposerai mon rapport, le tout pour 25 francs, et après avoir prêté serment..... ce n'est vraiment pas cher ! Jusqu'à présent, je demandais 100 francs, qu'on me donnait.

Voulez-vous me dire ce que vous en pensez, et ce que je dois faire à l'avenir ?

D[r] W.

Réponse

L'art. 26 du tarif des frais de justice en matière criminelle ne prévoit, en effet, qu'un honoraire de 25 francs pour une visite judiciaire simple. En cas d'autopsie, avant ou après exhumation, les honoraires sont de 120 ou de 220 francs.

Mais il ne faut pas oublier que le dernier alinéa de l'art. 26 déclare qu'au cas d'expertise présentant des difficultés particulières, le magistrat commettant fixe d'après les circonstances la taxe qui doit être allouée.

Il est bien certain que l'examen d'un cadavre et la rédaction d'un rapport détaillé comportent des difficultés plus grandes qu'une visite judiciaire banale.

Nous vous conseillons donc de retourner vos mémoires au Procureur de la République en faisant valoir à l'appui de la tarification que vous proposez le dernier alinéa de l'art. 26 du tarif et le temps que vous avez dû passer pour l'accomplissement de votre mission.

2.258. — Conditions d'exercice de la propharmacie

En qualité d'abonné au *Concours Médical*, j'ai l'honneur de vous prier de bien vouloir me donner quelques précisions sur les propharmaciens.

Les propharmaciens sont, je crois, les médecins qui vendent des médicaments dans la commune où ils sont installés, laquelle commune ne comporte point de pharmacie.

Questions :

1° A partir de quelle distance kilométrique d'un pharmacien exerçant, un médecin a-t-il le droit, selon loi ou usage, de vendre des médicaments à ses clients ? Un médecin installé à 11 kilomètres d'une pharmacie, par exemple, peut-il sans encourir une action en dommages intérêts du pharmacien, vendre des spécialités pharmaceutiques et préparer chez lui des potions urgentes, ou communes ?

Un texte légal fixe-t-il le périmètre à partir duquel il peut vendre des médicaments ?

2° Le propharmacien est-il obligé de déclarer à la

Préfecture de son département qu'il se livre à la pharmacie ?

Je m'exprime, évidemment, comme si un médecin à son installation dans une commune isolée d'une dizaine de kilomètres d'une pharmacie avait l'idée bien arrêtée de faire de la pharmacie chez lui, un commerce.

Mais si le médecin livre des médicaments préparés par lui ou des spécialités pour rendre service aux gens, pour leur éviter un trop long ou trop difficile parcours il me semble qu'un pharmacien même installé à 5 kilomètres ne peut rien contre lui et qu'il n'a aucune déclaration officielle à faire ?

Dr G.

Réponse

L'art. 27 de la loi du 21 Germinal, an XI, sur l'exercice de la pharmacie, permet aux médecins installés dans des bourgs, communes ou villages où il n'existe pas de pharmacien tenant officine ouverte, de vendre des médicaments simples ou composés aux malades auprès desquels ils sont appelés, mais sans qu'ils puissent eux-mêmes tenir une officine ouverte.

Tel est le seul texte qui régisse encore actuellement l'exercice de la propharmacie.

Aucune distance minima n'est imposée entre le domicile du médecin propharmacien et la plus proche officine de pharmacie. Pour qu'un médecin ait le droit de vendre des médicaments à ses clients, il faut et il suffit qu'il soit installé dans une commune dépourvue de pharmacie, alors même que dans la commune limitrophe et très près de son domicile se trouverait installé un pharmacien.

Par ailleurs, le médecin propharmacien n'a aucune déclaration à faire à la Préfecture et les bénéfices qu'il peut réaliser dans la vente des médicaments ne sont pas considérés comme des bénéfices commerciaux. Ces bénéfices doivent être joints aux recettes médicales proprement dites et sont imposables comme elles au bénéfice des professions non commerciales.

ACCIDENTS

2.259. — Accident survenu à un agriculteur au cours du déménagement d'un agriculteur voisin

Un sabotier habitant A. loue pour l'exploiter une petite ferme sise à B. et exploitée jusque-là par le propriétaire, auquel il achète une jument et des instruments agricoles. Le règlement se fait comptant les affaires sont faites le 1er mars 1939. En attendant l'arrivée du locataire le propriétaire reste dans la ferme.

Le déménagement ayant lieu le 6 mars 1939, le locataire demande à un voisin de la ferme de prendre

la jument et de venir à A. chercher son mobilier. Sur le trajet B.-A., la jument prend peur et culbute avec le conducteur et l'attelage dans un étang. Le conducteur a une fracture de cuisse. Aucune assurance.

Le conducteur, fermier lui-même, ne devait recevoir aucun salaire pour ce travail qu'il effectuait, suivant l'habitude, pour rendre service à ses futurs voisins.

Qui est responsable ? et que devra payer le responsable ?

Si les frais sont trop élevés (pension d'invalidité par exemple) le sabotier-fermier ne pourra les supporter. Qu'adviendra-t-il alors ?

A qui devrai-je adresser ma note d'honoraires ?

Dr H.

Réponse

La question que vous nous posez par votre lettre du 15 mars a fait l'objet d'un arrêt de la Chambre civile de la Cour de cassation du 16 juin 1936, dans une espèce semblable :

« Si l'existence d'un contrat de travail est en principe la condition nécessaire de l'application des lois de 1932 et de 1898, il n'en est plus ainsi lorsque la loi elle-même, en dehors de tout contrat de louage de services, met directement à la charge de l'employeur ou de l'exploitant la responsabilité du risque professionnel, comme le décide l'article 1er, paragraphe 2 de la loi du 15 décembre 1922. Il n'y a pas lieu, par ailleurs, de distinguer entre les travaux essentiellement agricoles et les travaux accessoires ayant un lien direct et nécessaire avec l'exploitation.

« Bénéficie donc de la loi de 1922 le cultivateur blessé au cours d'un déménagement qu'il effectuait à titre d'entr'aide, pour le compte d'un cultivateur voisin, ce déménagement, qui s'opérait d'une ferme à l'autre ayant un lien direct et nécessaire avec l'exploitation agricole du bénéficiaire de l'aide. »

Suivant l'arrêt ci-dessus rapporté, dans ces conditions, le fermier pour le compte duquel le déménagement venait d'avoir lieu, doit être considéré comme responsable de l'accident conformément aux lois de 1922 et 1898.

Si l'auteur responsable de l'accident n'est pas assuré et ne présente pas une solvabilité suffisante, les rentes dues seront payées par la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse, au moyen d'un fond spécial de garantie.

En ce qui concerne vos honoraires, vous aurez une action directe en paiement dans la limite du tarif contre le fermier responsable.

S'il ne vous paie pas ou s'il est hors d'état de vous payer, vous pourrez vous retourner contre votre client lui-même.

1.955. — Chute au lieu du travail

Le 28 décembre 1938 une ouvrière d'usine sort à 11 heures de son travail, franchit la porte de l'atelier, fait deux mètres en dehors, glisse sur le verglas, tombe, et se blesse assez sérieusement à l'épaule (éclat osseux au niveau de la tête humérale, visible à la radio). A remarquer que l'endroit où elle est tombée se trouve à l'intérieur d'une cour-jardin qui fait encore partie de la propriété de l'usine.

La déclaration de l'accident est faite dans les délais normaux et voici qu'il y a quelques jours (deux mois après l'accident), la Compagnie d'assurances, après avoir demandé à l'industriel un rapport avec schéma des lieux de l'accident, conteste sa responsabilité, prétextant que l'accident a eu lieu en-dehors de l'usine.

Je croyais d'ailleurs que même dans ce cas la responsabilité de l'Assurance était engagée.

Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me dire si la Compagnie d'assurances est dans son droit, et sinon, ce qu'il y a lieu de faire pour l'obliger à payer.

D^{r} T.

Réponse

En principe, la responsabilité de l'employeur, en vertu de la loi du 9 avril 1898, ne court que du moment ou l'employé a pénétré sur le chantier, s'est mis à la disposition de son chef et a effectivement pris possession de son service.

En conséquence, un accident ne peut être considéré comme survenu par le fait ou à l'occasion du travail, lorsqu'il est arrivé avant que l'ouvrier qui en a été la victime soit parvenu sur le lieu du travail ou après qu'il s'en est éloigné.

La jurisprudence est depuis longtemps fixée dans ce sens.

Il convient donc de rechercher si, en l'espèce, l'accident s'est produit alors que la victime avait ou non quitté les locaux de l'entreprise.

D'après les indications que vous nous donnez, c'est à l'intérieur des limites de l'usine que l'accident s'est produit.

Il nous semble donc que le chef d'entreprise en est responsable et que la Compagnie d'assurances fait une application trop étroite de la jurisprudence en refusant de reconnaître la responsabilité de son assuré.

La seule procédure à suivre en la circonstance consiste pour la victime à citer le chef d'entreprise responsable devant le Juge de paix du canton où l'accident s'est produit, en paiement du demi-salaire.

Si, comme il est probable, elle obtient gain de cause, vous aurez à votre tour une action contre le chef d'entreprise en paiement de vos honoraires dans les limites du tarif.

Soixante et unième année N° 17 23 Avril 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie Professionnelle

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg .	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro...........	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.

Demi-Colonnes

Renseignements

AVIS

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — ***Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)***

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du **Concours Médical**, ***Paris*** **167-95.**

N° 124. — Allier. A vend. très gros poste de pro-pharm., gros chiffr. d'aff. prouvé des 2 dern. années, fixe 35.000. Seul médec., pas sage-fem.. Mais. tout conf., chauf. cent., eau cour. ch. et fr., gr. jardin. Loyer 700 frs par an. Prix de vente à débatt. Cession pour juillet, cause fatigue.

N° 125. — Doct. désirer. reprend. bon poste méd. génér. urbain ou rural dans Nord ou Pas-de-Calais.

N° 126. — Jne méd. non mobilis., anc ext. Paris, anc. int. hôp. libre Paris, cherche situat. fixe, sauf remplacem. ou représent.

N° 127. — Paris. Appartem. à vend. prem. étage, 6 pièces, quart. Malesherbes. Renseign. Carnot 13-59.

N° 128. — Suis acheteur coupé ou cabriolet Primaquatre 38 ou 39. Dr Brideau, 37, rue Desrenaudes, Paris (17e).

N° 129. — Dame bonne éduc. conn. sténo-dactylo, sér. référ., cherche place gouvern. secrét. chez doct. ou pharmac. Préfér. Touraine, Poitou, Anjou.

N° 130. — Normandie. Proxim. grande ville, à céder client. récente, bon chiffre facile à augmenter. 20.000 comptant.

N° 131. — Banlieue bordelaise, face église groupe d'immeubles, à vendre poste médical demi-repos ou activité.

N° 132. — Sud-Est. Très bon poste méd. à céder Condit. intéress. Proximité grande ville. Prix 40.000.

N° 133. — Médecin recomm. son fils, anc. inspect. assurances, bien connu dans milieux médicaux, comme visiteur médic. pour un ou plus. laborat., ou affaire paramédic.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Paris. Cliniques O. R. L., aff. anciennes, gros rapport. Prix à déb.

Vallée de la Seine. Jolie résid. à 45 kil. Paris bon poste rural. Prix 45.000.

Paris. Quart. agréable et central, anc. client. avec bel appart. 6 p. Loyer 9.000. indemn. à déb.

Normandie. Joli pays, seul médecin, propriété conf. Prix 35.000.

Abonnés du « Concours » exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains : Bertier, Blondel, Dardel, H. Forestier père, Lelong, Pégaz.

Amélie-les-Bains : Boulx.

Ax-les-Thermes (Ariège) : Boyer, Girard.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne : Censier, R. Hügel, Joly, Le Gouriérec, J. Louvel, R. Louvel, Doctoresse M. Peillon, E. Poulain.

Bains-les-Bains : M. Henry, L. Rose.

Barèges, Orliac.

Barbotan-les-Thermes : P. Pitous.

Besançon La Mouillière : G. Giraud, Jean Sexe (*opht.*), Tronchon.

Biarritz : Clavel, Dejeant (*derm.*), M. Claverie Lacour. Pitchalsky (*m. g. sto.*) M. Pourquié (*chir.*) G. Pourquié (*o. r. l.*)

Bourbon-Lancy : Bellœuf, G. Vincent.

Bourbon-L'Archambault : Bénabu, Litaud.

Bourbonne-les-Bains : Delacroix, Gay.

Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers** : d'Arbois de Jubainville, Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Dieudonné, J. Trotot.

Capvern : J. Pouy.

Cauterets : Anglada, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Challes-les-Eaux : Vexenat.

Châtel-Guyon : Angeras J. M. Ballan, Baumann, Cambiès Casati de Montgolfier, Foucaud, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Contrexeville : Contal.

Dax : Barrau, Delmas (Armand).

Divonne-les-Bains : Ballivet, R. Fau, Vieux.

Eaux-Bonnes : Bourragué, Creignou.

Enghien-les-Bains : Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains : Sarda.

Evaux-les-Bains : Maurice Fabre (*gyn.*), E. Legâte.

Evian-les-Bains : Bernex, J. Eyraud-Joly,

Hammam-Lif (Tunisie) : Fére.

La Bourboule : Anglada, Barthomeuf, Boudry, Cany, Mme Eyraud-Dechaux, R. Galimant, Jean Godonnèche, Jumon, Rongier Th., Maurel.

La Léchère : Bouverat, Millet, Noailly.

La Motte-les-Bains : Goirand.

Lamalou-les-Bains : Faure, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains : Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Lépine.

Luchon : P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Germès, Pierre Molinéry, Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Causeret, Cugnier, Rimey.

Mont-Dore : J. André, Roger André, Béal, Débidour, Dullin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris : Ducros, Jossand.

Plombières-les-Bains : Bernard, J. Dumont, Truelle.

Pougues-les-Eaux : P. Baillet.

Preste (La) : Dr P. Baron.

Royat : Mougeot, Perrin Georges.

Salers : Rongier.

Salies-de-Béarn : Coustère, David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains : Bourny, Henri Neumand.

Salies-du-Salat : Barbé, St Béat.

Saujon : M. Boisseau, Doublet, R. Dubois.

Saint-Didier (Vau.) : Masquin.

St-Honoré-les-Bains : Charpin, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire : Sérane, Siguret.

Santenay-les-Bains : A. Mélé.

Sermaize-les-Bains : Fritsch.

Uriage : G. Barbier.

Vals-les-Bains : David, Galtier.

Vernet-les-Bains : Ponson

Vichy : Arama (Michel) (*stom.*), Bargy, Berthomier, (*phys.*) Caillault, Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Cluzan, Cornillon, Cotar, Cros L., Desmaroux, Enjalbert, Fau, R. Fraudet, (*stom.*), Gannat, Lère, Martin-Péridier, Reynès, Roche, Roussignol.

Vic-sur-Cère : Delsériès.

Vittel : G. Constant, P. Genay, Finck.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine.** (Professeur Maurice Loeper). — Les Professeurs Hernando, de Madrid, et Pi Suner, de Barcelone, feront une conférence à l'amphithéâtre Hayem en avril et mai 1939, le samedi à 11 heures.

Professeur Pi Suner, samedi 29 avril : Glycopathies et glucidystrophies. — Professeur Hernando, samedi 6 mai : Le traitement des syndromes neuro-anémiques.

— **Ligue française contre le rhumatisme.** — *Réunion clinique.* — Le samedi 29 avril, à 9 h. 30, se tiendra une réunion clinique de la Ligue, dans le service du Docteur Weissembach, à l'hôpital Saint-Louis, 2, rue du Docteur-Fournier. Cette réunion sera consacrée à la présentation de cas cliniques, se rapportant aux rhumatismes chroniques et aux infections cutanées.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Ligue française contre le rhumatisme, 23, rue du Cherche-Midi.

— **Les transformations de Vichy.** — Chaque année, le Corps médical est informé des améliorations et des aménagements nouveaux apportés par la Compagnie fermière de Vichy à ses organisations thermales.

1939 consacre par des aménagements nouveaux le succès des cataplasmes de boue, dont les services ont encore été étendus et améliorés au point de vue confort et aération. Les bains de vapeur ont également subi des modifications du même ordre et dans l'ensemble des Etablissements de 1re, 2e et 3e classes, la réalisation des perfectionnements de détail, qu'il serait oiseux d'énumérer, suit les progrès de la technique en s'adaptant au confort du malade.

Au milieu du hall de l'Etablissement thermal de 1re classe, jaillit maintenant la source Boussange, qui alimente les bains et dont les eaux, jusqu'ici captives, s'épanouissent maintenant en gerbes irisées au milieu d'une claire vasque de verrerie. C'est dans ce même établissement que les services d'entéroclyse ont été perfectionnés par l'adjonction de deux méthodes nouvelles de lavages intestinaux, l'Aspiroclyse et le bain intestinal subhydrique. Ces trois procédés réalisent des indications thérapeutiques propres à chacun d'eux et leur application est un adjuvant utile de la cure de Vichy.

La clientèle infantile, de plus en plus nombreuse à Vichy, depuis que la tendance est de modifier le terrain humoral, et de redresser une hérédité, trouve dans le parc du Soleil des organisations de gymnastique de plein air, dans un décor gai et lumineux, où les jeux d'eau, de sable, de prairie, ajoutent au

bénéfice de la cure celui des journées d'été passées dans la joie.

C'est dans le même ordre d'idées que 1939 verra l'inauguration d'une belle piscine en plein air, de dimensions olympiques, aux eaux surveillées et constamment renouvelées, qui complète heureusement un ensemble sportif inégalable.

— **Parti social de la Santé publique.** — *Vœu pour un ministère technique de la Santé Publique et la création du Service de santé civil.* — Le P. S. S. P., demande que le ministère de la Santé publique soit considéré comme un ministère technique réunissant tous les services épars un peu partout, doté de crédits importants, ayant ses agents d'exécution ne dépendant que de lui, et que soit créé le Service de santé civil, afin que ne se reproduisent plus, au point de vue santé publique, les improvisations qu'ont nécessitées les arrivées massives de réfugiés espagnols en France.

— **Semaine nationale de la sécurité.** — *Sous-section d'hygiène industrielle et médecine du travail* (Paris, 22-25 mai 1939). — PROGRAMME DU CONGRÈS : Lundi 22 mai, à 10 h. 30, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, discussion du rapport : « Conditions hygiéniques des divers travaux de soudure ». (Rapporteur : M. le Professeur HEIM DE BALSAC) ; 13 h. 45, départ en autocar devant la Faculté de médecine. Démonstration complémentaire du rapport de M. le Professeur Heim de Balsac à l'Institut de soudure, boulevard de la Chapelle ; visite d'une usine de produits chimiques et visite du Musée des travaux publics.

Mardi 23 mai, 9 h. 30, discussion du rapport : « Etiologie et pathogénie des dermatoses professionnelles ». (Rapporteurs : MM. les Docteurs FLANDIN et RABEAU) ; 14 heures, départ en autocar devant la Faculté de médecine. Visites d'hôpitaux.

Mercredi 24 mai, 9 h. 30, discussion du rapport : « Des divers systèmes d'indemnisation des maladies professionnelles ». (Rapporteur : M. le Docteur POLLET) ; 10 h. 30, communications relatives à l'indemnisation des maladies professionnelles (législation) ; 14 heures, visite d'une usine de construction automobile ; 18 heures, réception au ministère des Affaires étrangères.

Jeudi 25 mai, 9 h. 30, discussion du rapport : « Etude toxicologique des principaux constituants des aciers dits spéciaux ». (Rapporteurs les Professeurs FABRE et KAHANE) ; 10 h. 30, communications relatives à la toxicité des constituants des aciers dits spéciaux ; 20 heures, banquet au Palais d'Orsay sous la présidence de M. le ministre du Travail.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX. — Adresser toute la correspondance au nom du président du Congrès à l'Institut médico-légal, place Mazas, Paris (XIIe), téléphone : Diderot 42-54. Adresser le montant des inscriptions au nom du trésorier, Docteur Brisard, soit en espèces ou chèque bancaire, soit par chèque

postal au compte, Brisard Paris 18-753. Inscription : 100 francs pour le Congrès, donnant droit aux visites d'usines. Inscription au banquet : 65 francs.

— **Une importante manifestation d'ensemble des périodiques français.** — Le premier acte de « l'Union des Syndicats français de la Presse périodique », qui vient d'être créée, va consister en une manifestation qui réunira, du 13 au 29 mai prochain, au Salon de la Presse, à la Foire de Paris, dans un cadre spécialement approprié, toutes les publications périodiques adhérentes aux sept syndicats qui composent l'Union.

Le nombreux public de la Foire de Paris (deux millions de visiteurs en 1938), pourra se faire une idée de la place de jour en jour plus grande occupée dans la Presse par le Périodique. (*Communiqué.*)

— **Congrès de la diurèse.** (Vittel, Pentecôte 1939.) — Nous rappelons que le Congrès de la diurèse aura lieu à Vittel les 27, 28 et 29 mai prochain.

Les adhésions seront reçues jusqu'à la date limite du 15 mai. Bien entendu, le montant de l'inscription sera immédiatement remboursé aux intéressés si, pour un cas de force majeure, le Congrès n'avait pas lieu.

Pour renseignements, s'adresser à M. P. Frisch, secrétaire administratif du Congrès, à Vittel (Vosges).

— **Barèges.** — La Société médicale dénonce les fausses nouvelles affirmant le bourg de Barèges détruit par une avalanche.

L'intégrité des quatre thermes et hôpitaux, du funiculaire, de la plupart des hôtels, pensions et magasins a été constatée par toutes les autorités départementales et par un inspecteur de l'Agriculture, sans compter de nombreux touristes.

Aussi, personne ne saurait douter de l'ouverture précoce de la saison thermale, malgré les mesures de protection matérielle et d'aide financière que doit encore demander le Barèges hivernal.

— **Hôpitaux de Grenoble.** — Des concours s'ouvriront en novembre 1939 pour la nomination d'un médecin suppléant et d'un chirurgien accoucheur suppléant des hôpitaux de Grenoble.

Inscriptions au secrétariat général des hôpitaux avant le 1er octobre 1939.

— **Naissances.** — Le Docteur et Madame Roger Beigbeder sont heureux de nous annoncer la naissance de leur fille *Séverine.*

Piennes (Meurthe-et-Moselle), 31 mars 1939.

Nos sincères compliments.

— Annick Mainguy est heureuse de vous annoncer la naissance de son petit frère *Jacques.*

Bourg-la-Reine (Seine), 8 avril 1939.

Nos sincères félicitations.

◆ ◆

A TRAVERS L'OFFICIEL

Lutte anticancéreuse

Par arrêté en date du 20 mars 1939, M. le Professeur Fruchaud, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine d'Angers, est nommé directeur du centre de lutte anticancéreuse d'Angers, en remplacement de M. le Docteur Papin.

(*J. O.*, 4 avril 1939.)

Médecine coloniale

M. le Docteur Mathis, assistant de M. le Professeur Roubaud à l'Institut Pasteur de Paris, est chargé d'une mission au Cameroun, pour effectuer des recherches sur les maladies des animaux de la jungle susceptibles de transmission humaine.

(*J. O.*, 4 avril 1939.)

Service de santé militaire

Par décret du 1er avril 1939 sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé à compter du jour de l'acceptation de la démission de leur grade, les *officiers de réserve démissionnaires* ci-après désignés, qui, par décision de même date, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

(Rang du 27 déc. 1935) Poubelle, ex-lieut. de rés. inf., c. m. inf. 12, aff. 1er rég. ; (rang du 1er déc. 1936) Clave ex-lieut. de rés. de l'armée de l'air, bat. de l'air 136, aff. 18e rég.

Sanatoriums publics

Avis de concours pour le recrutement de médecins adjoints des sanatoriums publics (tuberculose chirurgicale).

Par arrêté en date du 7 avril 1939, un concours pour cinq emplois de médecins adjoints des sanatoriums publics (tuberculose chirurgicale) est ouvert au ministère de la Santé publique.

La date de ce concours est fixée au vendredi 16 juin 1939.

Toutefois, il est spécifié que les nominations des candidats admis à la suite des épreuves du concours ne pourront intervenir que lorsqu'auront été accordées les dérogations prévues par le décret du 2[illegible] mars 1939 concernant la limitation du recrutement des fonctionnaires.

Il est rappelé que les candidats doivent être Français, âgés de trente-trois ans au plus au 1er janvier de l'année du concours, cette limite d'âge étant reculée d'un temps égal à la durée des services militaires antérieurs valables pour la retraite. Les candidats masculins doivent avoir effectivement accom-

pli leur service militaire actif ou en avoir été définitivement dispensés.

De plus, ils doivent être titulaires du diplôme d'Etat de docteur en médecine.

Les candidats adresseront leurs demandes, qui devront être rédigées sur papier timbré, au ministère de la Santé publique, 7, rue de Tilsitt, Paris, sous le timbre : Direction du personnel, 1er bureau ; elles seront accompagnées des pièces ci-après :

1° Une expédition authentique de leur acte de naissance ;

2° Un extrait de casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

3° Un certificat de nationalité française et s'il y a lieu, les pièces établissant la naturalisation et indiquant la date d'obtention du droit d'exercer ;

4° Copie conforme des diplômes (notamment du diplôme de docteur en médecine d'une Faculté de l'Etat) ;

5° Un état des services militaires ou, à défaut, une pièce précisant la situation militaire ;

6° Un résumé de leurs titres de toute nature et des fonctions qu'ils ont remplies avec références à l'appui, notamment en ce qui concerne les stages accomplis dans les services hospitaliers spécialisés ;

7° Un exemplaire de la thèse et des travaux publiés ;

8° Une note de renseignements sur leur situation de famille ;

9° Un certificat d'aptitude physique constatant que leur état de santé leur permet de remplir la fonction qu'ils sollicitent. Ce certificat est délivré par un médecin phtisiologue assermenté, désigné par le ministre ;

10° Un engagement d'accepter le poste qui leur sera attribué.

Les candidats désignés comme médecins adjoints devront, au moment de leur nomination, subir les visites médicales réglementaires.

Les demandes seront reçues au ministère de la Santé publique jusqu'au 16 mai 1939 inclus.

Avis de concours pour le recrutement de médecins adjoints des sanatoriums publics (tuberculose pulmonaire).

Par arrêté en date du 7 avril 1939, un concours pour quinze emplois de médecins adjoints des sanatoriums publics (tuberculose pulmonaire) est ouvert au ministère de la Santé publique.

La date de ce concours est fixée au mardi 13 juin 1939.

Toutefois, il est spécifié que les nominations des candidats admis à la suite des épreuves du concours ne pourront intervenir que lorsqu'auront été accordées les dérogations prévues par le décret du 20 mars 1939 concernant la limitation du recrutement des fonctionnaires.

Il est rappelé que les candidats doivent être Fran-

Voir la suite page LIX-1167

PROPOS DU JOUR

UNE PETITE LEÇON DE MORALE

A notre avis, il n'y a rien d'horripilant comme ces discours où les médecins se vantent eux-mêmes, parlent de leur conscience, de leur désintéressement, de leur dévouement, de leur bonté. Il est des vertus, ou, soyons modestes, disons des qualités qui sont inhérentes à la profession même ; jamais il ne viendra à l'idée de personne de vanter un épicier de ne pas faire faux-poids, ni de féliciter un fonctionnaire qui refuse de se laisser corrompre. Il est vrai qu'actuellement règne dans le public une singulière conception de l'honnêteté vulgaire, nous n'en citerons qu'un exemple qui nous est personnel. Appelé un jour auprès d'une vieille femme qui nous paraissait être une pauvresse et se trouvait à la dernière extrémité, nous lui conseillâmes d'entrer à l'hôpital. Avant de gagner la Pitié, elle se fit conduire par une voisine à notre domicile et voulut à toutes forces nous faire prendre en dépôt un paquet qui devait, nous dit la voisine, contenir quelques valeurs. Comme la malade à bout de souffle pouvait mourir d'un moment à l'autre, nous prîmes le paquet sans discuter et le lendemain matin nous fûmes le porter au directeur de l'hôpital. Ce dernier appela un commis et voulut faire faire en notre présence l'inventaire de ce que contenait le paquet. Nous y trouvâmes 120.000 francs en excellentes valeurs et une dizaine de billets de 1.000 francs. La malade mourut le jour même. Tout cela est assez banal, mais ce qui l'est moins, c'est l'admiration que nous témoigna le commis : « Monsieur, pour un honnête homme, vous êtes un parfait honnête homme. » Un peu interloqué par ces éloges excessifs et réitérés pour un acte qui consistait à ne pas nous approprier ce qui ne nous appartenait pas, nous eûmes assez de peine à convaincre ce commis qui était un Français moyen et qui nous paraissait un brave homme, qu'à notre place il en aurait fait autant et qu'il n'y avait aucun mérite à ne pas devenir un voleur. Nous citons ce fait pour montrer quel est l'étiage de la moralité publique à notre époque.

Un médecin qui soigne un contagieux ne fait que son devoir. S'il contracte la maladie en donnant à son malade des soins normaux et s'il en meurt, il est une malheureuse victime qui a droit à tous nos regrets, mais il n'est pas un héros. Sa mort, infiniment triste, rentre dans le cadre des risques professionnels, des accidents du travail.

Aussi n'aimons-nous guère à entendre les médecins eux-mêmes vanter leur conscience et leur dévouement. Le résultat obtenu auprès du public est l'opposé de ce qu'ils désirent et l'on prend un malin plaisir à souligner les fautes de nos confrères, qui sont rares mais réelles, car, étant hommes, les médecins sont faillibles.

Nous avons reçu à ce propos un article de M. le Professeur FIOLLE, l'éminent chirurgien de Marseille. Le Professeur Fiolle est à la fois un fin lettré, un érudit et un savant dont nos lecteurs se rappellent sans doute le remarquable ouvrage : *La crise de l'Humanisme* et les leçons qu'il fit au Collège de France, à la demande du Pr Ch. Nicolle. L'article qu'il nous a adressé rentre bien dans le cadre de nos *Propos du Jour*. Tout en l'approuvant sans réserve, nous n'eussions pas osé l'écrire nous-mêmes, car nos obligations de journaliste, notre âge, notre caractère, nous incitent à quelque indulgence et nous sommes plus porté à imiter Philinte qu'Alceste.

> Nous faisons un peu grâce à la nature humaine
> Ne l'examinons pas dans la grande rigueur,
> Et voyons ses défauts avec quelque douceur.

M. Fiolle, qui a plus que nous le caractère d'Alceste, ne met pas cependant une aigreur excessive dans sa misanthropie, il garde la mesure et n'irait pas jusqu'à dire :

> On ne trouve partout que lâche flatterie.
> Qu'injustice, intérêt, trahison, fourberie

Et cependant.....!

J. NOIR.

VERTUS, MÉDECINS ET DISCOURS

Par J. Fiolle
de Marseille

La morale, depuis quelques lustres, tient beaucoup de place dans les discours médicaux : c'est mauvais signe.

Il faut croire que le *serment d'Hippocrate* épuise rapidement ses effets ; toute occasion est bonne de nous redonner de l'éperon, et Dieu sait si les occasions, chez nous, pullulent : leçons inaugurales, dernières leçons, visites d'adieux, jubilés, épinglages de croix des braves, et puis l'ouverture du Congrès, et sa fermeture, et puis les obsèques, et la plaquette et la médaille et le buste et la statue...

Il y a un style qui peut aller, vaille que vaille, pour toutes ces circonstances. Il y a aussi une hiérarchie des valeurs à glorifier : ainsi, la mention du « désintéressement » est de rigueur, mais succincte, et, pour ainsi dire, à la volée ; la « droiture » demande déjà quelques lignes ; le « dévouement » exige une demi-colonne. Cependant, le gros morceau, la pièce de résistance, c'est, incontestablement, et jusqu'à nouvel ordre, la « Bonté ».

Qui me démentira si je prétends que, par un extraordinaire et tenace hasard, la « bonté » ne fait jamais défaut au récipiendaire, au décoré, au défunt, au statufié ? Vous connaissez les formules : « Mais plus encore que la valeur scientifique d'Amédée Boiron, plus que ses mémorables travaux, ce que nous admirions en lui, Messieurs, c'était sa bonté, une bonté qui... etc... ». Ou bien encore : « Sous une apparence de froideur et parfois de rudesse, le Professeur Mangematin cachait, etc., etc. ».

Qu'on rassemble les discours médicaux du temps présent : nos petits-neveux y découvriront avec stupeur une compagnie, non, une armée entière de Saints-Vincents-de-Paul. Ni plus, ni moins.

Vous vous trompez si vous croyez que de telles niaiseries, cent et mille fois proférées, sont inoffensives. Elles dégoûtent de la vertu ; elles insinuent dans la plus respectable morale un élément de fadeur ; elles écœurent, elles repoussent. Tout compte fait, ce sont de mauvaises actions.

Faut-il donc se taire ? Oui, sans aucun doute, s'il n'est pas possible de saisir et de faire saisir ce que l'homme loué a de personnel, de véritablement unique, l'accent de sa voix, l'expression de ses yeux, l'atmosphère créée par sa présence, ce que nul autre que lui ne peut nous donner.....

Hélas, toutes ces « bontés » et autres vertus, dont on nous comble à chaque coup, sont anonymes et interchangeables ; on en affublerait aussi bien le chirurgien de Vladivostock, mis à la retraite, que l'anatomo-pathologiste de Sydney décoré de l'ordre du Bain. Ce sont de pauvres choses mortes.

Presque jamais je n'ai pu réaliser, je l'avoue, une représentation même vague des divers personnages dont les orateurs médicaux me vantent, en termes abstraits et neutres, la valeur morale. Un simple geste évoqué, le signe involontaire d'une émotion, un mot, un soupir, feraient mieux mon affaire.

Enfin ! je ne me fais pas trop d'illusions. Et quand j'aperçois tel homme de médecine, ni meilleur, ni pire que tant d'autres, mais dont la boutonnière est provisoirement vierge, ou bien encore celui-là qui est sur le point de quitter son service, je me dis avec un léger soupir : « Mon pauvre ami, tu risques fort d'assister, un de ces quatre matins, au défilé, par rang de taille, d'un « désintéressement admirable », suivi d'une « droiture exceptionnelle », elle-même serrée de près par un « dévouement sans borne », avec, pour fermer la marche, une « Bonté » de premier choix ».

* * *

Exalter les vertus du prochain, c'est bon et utile, du moins pour l'auteur du discours. Mais on peut faire mieux, infiniment mieux : devenir le gardien de la Vertu non incarnée, de la vertu « en soi ». — C'est plus large, plus riche, et il en rejaillit plus d'honneur sur le protagoniste. Celui qui clame à tout propos : « Voyez, mes amis, il faut être dévoué, il faut être scrupuleux et délicat, il faut être bon », comment les âmes candides lui refuseraient-elles, à lui, tout ce qu'il réclame des autres, d'une façon si pressante ? Celui-là, pour sûr, c'est le champion !

L'apostolat s'exerce de plusieurs façons : par

petites touches dans des conversations de groupes, élémentaire méthode : à la dose massive des conférences, c'est déjà mieux ; par l'ouvrage imprimé, coup de massue magistral. Ils pleuvent, depuis quelque temps, les coups de massue, et on ne voit pas que la morale s'en porte plus gaillardement ; ni d'ailleurs beaucoup plus mal, je dois le reconnaître.

C'est que la Charité vaut en actions, non en dissertations. Saint Vincent-de-Paul, soyez-en persuadés, n'a jamais prononcé le mot « vertu ». Quant à l'apologiste quasi-professionnel de l'honnêteté et du dévouement, son rôle est faux par définition et inspire une défiance instinctive.

J'ai vu, il y a peu, un médecin, spécialisé paraît-il dans ce genre d'apostrophes, réclamer d'un public de jeunes la droiture, la bonté, etc., avec une colère et des coups de gueule d'adjudant. Ce n'était peut-être pas un mauvais homme bien qu'il fut de basse mine ; peut-être même (qui peut le savoir) était-il sincère. A tout hasard, j'ai serré mon portefeuille.

***

Alors, pas d'éducation morale ? ou pas de morale du tout ? Eh, pas si vite ! Je n'ai blâmé jusqu'ici que ces discours, parlés ou écrits, qu'on nous assène avec une grossière impudence, et qui font songer à des harangues de politiciens.

Le vrai, c'est que les admonestés n'ont, pour la plupart, nul besoin qu'on les prêche, soit qu'ils possèdent un instinct naturel de la morale, soit que leur éducation ou leur religion l'aient développé en eux. Restent, d'une part les franches canailles sur lesquels (ou lesquelles), la parole de MM. les prédicants ne saurait mordre, et, d'autre part, les indécis, les « panachés » qui constituent, en définitive, le seul objet du débat.

Pour ceux-là, qui hésitent entre la vertu et le vice, les mornes adjurations coutumières ne font ni chaud, ni froid. Il leur faut autre chose. Quoi ? Eh bien, l'exemple ; l'exemple sans emphase, sans encre ni salive, l'*exemple qui s'ignore*. Mais les exemples, par malheur, c'est le hasard qui les met sous nos yeux ; et le hasard n'est bienveillant que pour quelques-uns.

Quels secours encore ? Inutile de chercher très loin : ceux qui précisément font défaut aux formules stéréotypées de nos apôtres d'amphithéâtre. Le vice essentiel des homélies coutumières, c'est, immédiatement après la platitude, leur méconnaissance de toute réalité, de toute psychologie, de toute méthode.

La vertu d'un Homme n'est tout de même plus celle, toute passive, du bon élève, de l'enfant sage. C'est, particulièrement pour nous médecins, une construction complexe, progressive, et rigoureusement personnelle ; le résultat de luttes, d'efforts, d'erreurs ; une chose vivante, soumise à des adaptations, susceptible de croissance ; une conquête, une fin jamais atteinte.

De tout cela, nos discoureurs se soucient peu. Le « bouquet » planté au haut du mur, voilà ce qu'ils exigent sur l'heure. Les assises, les infrastructures, lequel d'entre eux s'en préoccupe ? Un replâtrage par-ci par-là sur les lézardes, et tout doit tenir : « Soyez désintéressés... soyez bons... ah, surtout, soyez bons ! »

Eh bien non, le mur ne tient pas si les dessous se délitent. Le seul moyen, alors, c'est de reprendre les choses par la base : un rien, comme on voit...

Privé de l'assurance propre aux répétiteurs de morale professionnelle, je n'aurai garde de donner des recettes. Je crois, d'ailleurs, dur comme fer, qu'il n'y a pas, en cette matière, de régime « omnibus », et que chacun doit faire son salut à sa façon. Mais enfin, il n'est probablement pas impossible d'assigner une direction à tous ces sentiers où s'efforcent et parfois s'embourbent les pèlerins. On peut toujours essayer. Essayons. Et, pour commencer, allons aux extrêmes, considérons les ilotes.

Ce qui m'a toujours frappé, chez les très rares forbans de la médecine qu'il m'est arrivé de coudoyer, c'est leur miraculeuse ignorance. Je n'ai pas spécialement en vue ici l'ignorance professionnelle. Non, je parle d'une ignorance diffuse et, si j'ose m'exprimer ainsi, encyclopédique. Ces gens, qu'on croit avertis de tout, et qui, logiquement, devraient mettre tant de connaissances diverses au service de leur malice, ne savent rien de rien. Ajoutez qu'ils comprennent de travers tout ce qui ne met pas en jeu leur intérêt immédiat, et que leurs perceptions sont obtuses et leurs intuitions nulles, en dehors de l'évaluation mentale des porte-monnaie. L'astuce absorbe tout.

Il est sans doute des pirates plus raffinés ; tant pis pour moi, ou tant mieux, si « ma série » est exceptionnelle. J'en ai reçu cette impression, définitive et forte, corroborée depuis par mainte lecture, qu'il existe un lien entre l'ignorance et la malhonnêteté. Pensez seulement aux significations différentes du substantif *conscience* et de l'adjectif *conscient*, et vous reconnaîtrez que le génie de la langue ne nous a pas attendus les

philosophes et moi, pour établir une telle relation.

Pouvons-nous inverser la formule et avancer, ce qui ne serait d'ailleurs pas bien neuf, que la connaissance est la base de la morale ? J'hésiterais à jouer avec de si grands mots, s'il s'agissait en ce moment de concepts abstraits à l'usage des dialecticiens. Mais n'oubliez pas que nous ne nous occupons que d'un objet limité, à savoir notre vie de médecins, avec ses exigences et ses conventions particulières. Sur ce terrain modeste, qui n'est pas celui de la spéculation, et qui nous est familier, nous reprenons quelques droits. En conséquence, je considère qu'il m'est permis de répondre à la question posée ; et sans hésiter, j'opine : oui, la connaissance est une des conditions premières de *notre* morale.

Expliquons-nous au sujet du mot « connaissance ». Je l'entends au sens le plus large : tout ce qui fait pénétrer l'intimité des choses, ressources de la mémoire, du cœur, de l'âme, intuitions, poésie, science, émotions ; tout ce qui nous abstrait de notre métier et surtout de nous-mêmes ; tout ce qui élargit notre vue ; tout ce qui révèle l'univers et donne à la vie un sens plus profond.

Le savoir objectif n'est pas « connaissance ». Seul compte ce savoir qui imprègne la trame de nos pensées et de nos sentiments, celui que nous avons assimilé au point de ne plus l'isoler comme réalité extérieure.

Rien de plus vaste et de plus divers que l'objet de la connaissance ainsi comprise. Cela nous est offert — en germe — par une lecture, par la rencontre d'un homme, mais à cette condition expresse que nous soit épargnée la mise en demeure puritaine. Le travail se fait peu à peu dans les profondeurs de l'âme, obscurément, comme une élaboration physiologique. C'est pourquoi suggérer vaut mieux que commander, faire réfléchir vaut mieux qu'imposer une attitude. Le rôle des professeurs, des chefs de services hospitaliers, peut, à cet égard, être décisif.

La connaissance *vraie* rend meilleur. Si les enfants sont cruels, c'est qu'ils « ne savent pas », n'ayant pas souffert : la douleur fait le fond le plus sérieux de l'expérience intime.

Dès lors sont utilisables, pour nos desseins de perfectionnement, les éléments les plus dissemblables et ceux qui paraissent le plus étrangers à la vertu toute faite et toute raide. Le champ est infini : nous le décorons, si vous voulez, de ce nom beau et vague : *humanisme*.

Il y faut toutefois quelque chose de plus. Un homme, un ouvrage, ne peuvent donner qu'une première impulsion. Le progrès personnel, s'il doit se produire, est l'œuvre propre de la volonté, étayée d'attentions, de méditations, et, je n'hésite pas à écrire, *de loisirs*. Nous avons besoin, plus que jamais, de loisirs. La nécessité la plus pressante à l'heure actuelle, c'est, pour chacun de nous, l'organisation du désœuvrement.

Pour réaliser, en effet, l'intégration du savoir, beaucoup de temps est nécessaire, et cela au moment où la trépidante vie moderne nous harcèle. Il n'importe... Précisément parce que le rythme précipité de notre existence est à l'origine de tant d'incompréhensions, donc de tant de défaillances, le seul correctif, le seul remède, c'est le recueillement. Pas de connaissance sans méditation ; et, sans connaissance, pas de morale agissante pour nous : « Sur le vaisseau de la Science, dit la Bhagavad-Gitâ, tu traverseras tout pêché ».

***

Par bonheur, il est encore, dans notre profession, des hommes capables de nous consoler des fades discours habituels. Ce sont des gens qui ont pris le temps de rêver. Jean-Louis Faure sert la vertu plus efficacement que tous les moralisants réunis, lorsque, d'un accent juste et chaleureux, il nous fait part de ses doutes, de ses espoirs et de ses faiblesses, lorsqu'il nous entraîne à sa suite dans les drames de la chirurgie : l'émotion d'un homme de cœur ne peut pas ne pas nous émouvoir et nous élever. Pierre Mauriac, Okynczic, sont « moraux » par le seul fait qu'en établissant les rapports entre nos activités et l'humanisme, ils nous inclinent à une communion plus générale avec les êtres et les choses. Si les panégyriques de Lenormant, de Mondor, de Louis Bazy, nous sont bienfaisants, c'est en raison de la culture et de la sensibilité qui les inspirent. Leriche qui, dans ses écrits, ne se préoccupe pas directement de morale, s'avère, grâce à son allant, à sa ferveur, à son courage, le plus tonique des auteurs. Et il faudrait parler aussi de Duhamel, de Charles Nicolle...

La place m'est mesurée, et c'est peut-être un bonheur : car ce propos contre nos prédicateurs menace de tourner au prêche. Ainsi, concluons : Les ultimatums de vertu sont d'effets nuls. Qu'on vitupère un peu moins ; de préférence, qu'on éclaire. Salomon, dans ses prières, demandait à Dieu « *un cœur intelligent* ».

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAUMATISMES THORACIQUES SIMPLES ET ACCIDENTS DU TRAVAIL

Par E. Duhot

Professeur à la Faculté de médecine de Lille
Expert près les Tribunaux

Contusion thoracique

La contusion thoracique simple, limitée aux plans pariétaux, sans fracture des côtes ou du sternum, sans déchirure des organes intrathoraciques, est extrêmement fréquente. Chute contre un escalier, contre un métier, heurt d'une poutre, du volant d'une automobile, éboulis d'un bloc de charbon, d'une pierre, compression contre un mur, la provoquent quotidiennement.

Le blessé éprouve une *douleur* localisée ou diffuse, parfois irradiée suivant le trajet des nerfs intercostaux, exaspérée par la moindre pression, par les mouvements respiratoires.

La respiration est superficielle, dyspnéique, le pouls rapide, parfois irrégulier ; le faciès est pâle, anxieux ; il existe des tendances lipothymiques, parfois une syncope. Il arrive que ces phénomènes soient exagérés jusqu'à un véritable état de choc qui a été décrit sous le nom de *commotion thoracique* : à titre tout à fait exceptionnel, on a même vu survenir la mort rapide sans que l'autopsie ait montré aucune lésion viscérale (Nélaton, Méola, Renbold, Riedinger). La règle est que les phénomènes initiaux s'atténuent en quelques heures.

Les divers degrés de la contusion, l'attrition plus ou moins importante des parties molles peuvent être observés ; ils se traduisent par une *ecchymose*, par un *épanchement sanguin localisé*. Très rarement, en cas de contusion étendue, on constate le grand épanchement séro-sanguin de Morel-Lavallée.

Il existe parfois une rupture musculaire portant le plus communément sur le grand pectoral, avec épanchement sanguin important. Il peut exister aussi un hématome rétro-sternal, un hématome intercosto-pleural (Dervieux et Desoille) n'ayant de traduction clinique que la gêne subjective.

En cas de compression thoracique violente sans qu'il y ait nécessairement lésion viscérale, on a signalé, surtout chez les sujets jeunes, la possibilité d'*ecchymoses à distance* sur la face et le cou, les membres supérieurs : masque ecchymotique avec piqueté hémorragique, hémorragies muqueuses et conjonctivales, disparaissant d'ordinaire en quelques jours.

La contusion thoracique simple guérit en une ou deux semaines : mais parfois persiste, au point contus, une douleur paraissant liée à la contusion des nerfs de la paroi thoracique. Si le traumatisme a été violent cette douleur peut motiver une incapacité permanente partielle de 5 à 10 % destinée à disparaître dans les délais de révision.

Fractures du sternum

La fracture du sternum est peu fréquente (1 sur 1.000 fractures) ; au-dessous de vingt ans, elle est absolument exceptionnelle.

Le plus souvent, il s'agit de fracture *directe* : chute portant sur un trottoir, une machine ; choc d'une poutre, d'un bloc de charbon, passage d'une roue de voiture, heurt violent d'un timon, du volant d'une automobile.

Parfois il s'agit de *fracture indirecte* : chute d'un lieu élevé sur le dos, le siège, les pieds, dans laquelle le mécanisme est soit la flexion forcée du tronc en avant, soit l'extension forcée en arrière : elle s'accompagne alors souvent de fracture de la colonne vertébrale ou du bassin.

Le trait de fracture est en général, unique et transversal. Lorsque la lésion siège à l'union de la poignée et du corps, on peut discuter s'il s'agit de disjonction intra-articulaire ou de fracture para-articulaire, ce qui peut être aisément précisé par la radiographie, mais pratiquement d'ailleurs, importe peu.

En général, on constate une *fracture sans déplacement*, caractérisée par un point douloureux localisé : une tuméfaction, une ecchymose, quelquefois, il y a *chevauchement des fragments* ou *écartement des fragments*.

Si des lésions viscérales concomitantes ou d'autres fractures éloignées n'aggravent pas le pronostic, la fracture du sternum est en elle-même bénigne. La consolidation s'effectue en trente à quarante jours par un cal osseux ou

fibreux ; parfois il y a pseudoarthrose, entraînant peu de gêne fonctionnelle.

L'incapacité permanente partielle pour séquelle de fracture du sternum isolée peut être évaluée de 5 à 10 % ; en cas d'enfoncement avec douleurs entravant les efforts physiques, elle peut aller jusqu'à 20 %.

Les déplacements traumatiques de l'appendice xyphoïde sont rares : en avant ils ne causent aucun trouble et leur réduction est aisée ; en arrière, ils donnent lieu à des douleurs, des troubles gastriques, des vomissements et la réduction sanglante peut être nécessaire.

Il ne subsiste pas d'incapacité permanente partielle.

Fractures de côtes

Les fractures de côtes sont fréquentes, représentant d'après les statistiques 10 % du nombre total des fractures.

Elles ne s'observent pas avant 15 ans, en raison de l'élasticité de la cage thoracique ; elles sont rares jusqu'à 25 à 30 ans ; elles sont surtout nombreuses après 40 ans (Malgaigne, 201 cas sur 263).

Elles suivent souvent un traumatisme violent, écrasement, tamponnement, coup de pied de cheval, chute d'un lieu élevé, chute sur une crête saillante ; mais chez le sujet âgé, elles peuvent être déterminées par un choc modéré.

Il est classique de considérer des *fractures directes* en dedans par hyperextension de la côte au point d'application du traumatisme, la table interne cédant la première et les fragments faisant saillie du côté de la plèvre, — et des *fractures indirectes* en dehors par hyperflexion de la côté serrée par exemple entre une roue et le sol, siégeant en un endroit plus ou moins éloigné du point d'application du traumatisme dans la région antérieure ou postérieure, la table externe cédant alors la première et les fragments faisant saillie du côté de la peau.

Le cas le plus habituel est la fracture d'une seule côte ; la quatrième, la cinquième, la sixième, la septième étant les plus exposées. Cette fracture peut être incomplète (fêlure, enfoncement, fracture sous-périostée, fracture en bois vert) ou complète (trait vertical à bords nets ou avec dentelure et engrènement des fragments) ; parfois deux traits isolent un fragment médian. Le déplacement est généralement nul ou faible.

Les fractures portant sur trois ou quatre côtes ne donnent lieu également d'ordinaire qu'à un déplacement nul ou peu marqué. Il en peut être autrement quand il y a fracture d'un nombre considérable de côtes pouvant alors provoquer une déformation de la cage thoracique, voire en cas de fracture double de plusieurs côtes voisines un volet mobile avec les mouvements respiratoires.

Le seul signe fonctionnel constant est la douleur à *localisation précise* que l'on recherche par la pression de l'extrémité du doigt, de la pointe d'un crayon, et également par la pression de la côte à distance ; les mouvements respiratoires, la toux, les efforts l'exagèrent.

Le signe physique caractéristique est la *crépitation* perceptible par la palpation et surtout l'auscultation pendant que le blessé fait une large inspiration ou un effort de toux. La déformation en cas de fractures multiples est facile à apprécier.

L'examen radiographique objective le diagnostic.

La consolidation osseuse se fait en vingt à trente jours par un cal souvent peu perceptible, parfois exubérant ; en cas de fracture de deux côtes voisines, un pont osseux peut les réunir ; la pseudarthrose est possible, sans grande gêne fonctionnelle.

Chez certains sujets persiste, de façon tenace, une névralgie intercostale ou une pleurodynie plus diffuse. Plus ou moins accompagnées de gêne respiratoire et de difficulté à l'effort ces séquelles peuvent conduire à l'attribution d'un taux de 10 % en cas de fracture de côtes, d'un taux de 20 à 30 % en cas de fractures de plusieurs côtes avec déformation thoracique.

Fracture des cartilages costaux

Observée surtout après 40 ans et presque toujours à la suite de choc direct, la fracture généralement unique siège sur le huitième cartilage costal ou par ordre de fréquence, sur le septième, neuvième, dixième, en un point généralement plus rapproché de l'extrémité costale que de l'extrémité sternale, quelquefois à l'union du cartilage et de la côte (*improprement luxation chondro-costale*). Il y a toujours déplacement, le fragment sternal étant généralement en avant du fragment costal. Ce chevauchement rend aisé le diagnostic.

La consolidation se fait en vingt ou trente jours par virole osseuse périchondrale ou par cal intermédiaire fibreux, généralement avec gêne fonctionnelle nulle ou minime.

INDICATIONS ET TECHNIQUE DE L'INFILTRATION ANESTHÉSIQUE DU SYMPATHIQUE LOMBAIRE

Par A. Escarras

Chef de clinique chirurgicale (Marseille)

Le but recherché par cette méthode est de porter une solution anesthésique au contact de la chaîne sympathique lombaire pour supprimer, de façon plus ou moins prolongée, son action. Elle représente avant tout une « solution physiologique des filets vaso-constricteurs » du membre inférieur qui, issus de la moelle, atteignent les vaisseaux par l'intermédiaire du sympathique caténaire, nerf anatomiquement différencié et individualisé, par conséquent atteingible. Les recherches anatomo-cliniques et expérimentales ont montré que celui-ci exerce une très grande influence sur la vaso-motricité du membre, et d'autre part que sa suppression (réalisée par la sympathectomie lombaire chirurgicale) n'entraîne aucun trouble permanent. De ces faits il ressort que les affections provoquant des réactions vaso-constrictives, que les états pathologiques responsables de spasmes vasculaires ou secondaires à ces spasmes sont justiciables de cette suppression « mineure » de l'arc réflexe sympathique obtenue par son anesthésie. Ce n'est pas le moindre mérite du Professeur Leriche que d'avoir posé les bases et les indications de cette méthode thérapeutique si simple et appelée à rendre au praticien des services immenses.

1° Les oblitérations artérielles constituent l'indication majeure de l'infiltration. Celle-ci supprime le spasme issu de la zone oblitérée et étendue non seulement au vaisseau principal mais encore à toutes ses collatérales et jusqu'à leurs ramifications les plus fines, entraînant ainsi une vaso-dilatation active importante qui supprime en partie tout au moins, les troubles dus à l'ischémie.

a) Dans les oblitérations aiguës, dues à l'embolie artérielle, l'infiltration peut suffire à faire rétrocéder les accidents menaçants, et parer à l'ischémie. Elle paraît indiquée, surtout chez les cardiaques en état précaire où elle « peut être préférable » à toute intervention (Leriche). Nous avons eu récemment l'occasion de l'employer chez un insuffisant cardiaque en très mauvais état qui fit une embolie de sa fémorale droite avec syndrome au grand complet : douleurs vives, refroidissement, disparition du pouls, abolition des oscillations, signes qui disparurent progressivement dans les heures qui suivirent l'injection de 20 c. c. de syncaïne au niveau de sa chaîne lombaire droite. Ce malade conserva son membre atteint et ne mourut que quelques mois plus tard de son affection cardiaque.

Lorsque l'action de l'infiltration est douteuse ou inefficace, il ne faut pas différer l'intervention chirurgicale mais, dans cette éventualité, associée à l'acte chirurgical local, elle présente encore des avantages : dans certains cas en effet, l'artériectomie ou l'embolectomie ne peuvent donner que des résultats assez tardifs. L'infiltration sera alors d'un puissant secours en raccourcissant ou en supprimant cette « phase critique » post-opératoire. Elle donnera souvent « le coup de pouce » qui complétera la guérison (Nassi).

b) Dans les oblitérations chroniques par artérite les services rendus par la méthode sont inestimables. Employée à la phase prégangréneuse elle provoque la diminution ou la cessation des phénomènes subjectifs et objectifs, par la vaso-dilatation certaines des voies de suppléance artérielles. La claudication intermittente, le refroidissement, les douleurs de décubitus sont amoindries et l'on peut constater à l'examen, sinon le rétablissement de l'index oscillométrique (on ne peut demander à l'infiltration de rendre perméable un tronc artériel oblitéré) du moins souvent, la disparition des signes physiques. L'apparition des troubles trophiques ne contre-indique pas l'infiltration : chez un vieil artéritique qui présentait déjà des taches noirâtres au niveau de quatre orteils du pied droit, nous avons assisté à la suite d'une série d'injections anesthésiques à la *restitutio ad integrum* des lésions, et à une amélioration fonctionnelle notable.

Enfin à la phase de gangrène on assistera souvent à une limitation très nette du processus de nécrose et à une reprise de vitalité du segment sus-jacent qui permettra dans de nombreux cas une exérèse chirurgicale plus économique.

2° Les troubles vaso-moteurs des extrémités type Raynaud, et les ulcérations localisées, sans atteinte artérielle organique sont de la même manière améliorés.

3° Les douleurs dues aux moignons d'amputation. On connaît le terrible supplice parfois infligé aux amputés du membre inférieur par les douleurs dues aux névromes de cicatrisation de leurs nerfs sectionnés, véritables « centrales électriques » d'où émanent des réflexes vaso-constricteurs. Ces réflexes sont à l'origine des douleurs et aussi des troubles trophiques si

fréquents sur les cicatrices d'amputation. Leur interruption par section physiologique entraîne une sédation à peu près constante des symptômes et permet souvent aux blessés le port d'appareils orthopédiques auxquels ils avaient dû renoncer pour reprendre leurs béquilles.

4° Indiquons aussi parmi les indications possibles de cette méthode les douleurs de type névralgique sciatique sans lésion organique et rebelles au traitement médical ordinaire, et les ostéoporoses post-traumatiques douloureuses : dans ce dernier cas les mutations calciques locales déclenchées par la vaso-dilatation entraînent en général une reformation osseuse efficace.

5° Enfin l'infiltration lombaire donne dans le traitement des phlébites des résultats, dans la plupart des cas, inespérés. La pâleur ou la cyanose du membre malade disparaît ; l'œdème diminue et se résorbe ; les oscillations augmentent sensiblement. La température redevient petit à petit identique à celle du membre sain. Enfin, et surtout les crampes douloureuses, les fourmillements, les piqûres qui accompagnent en général la constitution d'une thrombose sont souvent supprimées ou tout au moins diminuées et rendues supportables. Ces effets sont d'autant plus nets que l'infiltration est pratiquée de façon plus précoce. Cependant en cours d'évolution l'amélioration se fait toujours sentir, de même qu'à l'occasion d'une reprise.

Une malade opérée dans le service de notre maître le Professeur Fiolle pour péritonite encapsulante sous-hépatique fut atteinte d'une phlébite grave avec gros œdème, ayant nécessité une immobilisation de trois mois en gouttière. Elle sortit du service avec un œdème marqué, des douleurs et des raideurs articulaires. Elle revint huit jours après avec une jambe très œdémateuse et très douloureuse, une température à 38°5 et un pouls à 110. Nous pratiquâmes une infiltration lombaire qui entraîna dans les quarante-huit heures suivantes une fonte de l'œdème et une disparition de tous les signes (*in* Thèse de Panzani, Marseille, 1937).

Technique

Le point capital est de parvenir sur la chaîne sympathique placée de part et d'autre de la colonne vertébrale, en rapport étroit avec la veine cave à droite et l'aorte à gauche, dont la piqûre sans entraîner des complications dramatiques est cependant à éviter.

INSTRUMENTATION. — Elle se limite à une seringue de 10 c. c. et à une aiguille de 6/10 de millimètre d'épaisseur et de 18 cm. de longueur munie d'un mandrin ; elle doit être souple et fléchir sans se rompre à la rencontre d'un plan osseux.

La solution à infiltrer peut être de la syncaïne à 1 ou 2 %, de la scurocaïne, de la novocaïne, etc., à la dose de 10 à 20 c. c.

POSITION DU MALADE. — De préférence assis sur le bord de la table, tournant le dos à l'opérateur. Dans le cas de phlébite, afin d'éviter des mouvements violents, il est préférable de placer le sujet en décubitus latéral sur le côté sain.

INFILTRATION. — Après asepsie de la région on repère le bord des crêtes iliaques et la ligne épineuse correspondant à la troisième vertèbre lombaire, et avec le doigt on remonte jusqu'à l'apophyse épineuse de la deuxième lombaire. Leriche et Fontaine préconisent la piqûre à 2 cm. des apophyses épineuses, en enfonçant l'aiguille entre les deux apophyses transverses. Frieh et Nassi piquent à quatre travers de doigt en regard de l'apophyse épineuse de la deuxième lombaire afin de pouvoir passer devant cette apophyse.

On introduit l'aiguille sans la seringue et on la pousse avec une obliquité d'environ 45° vers la ligne médiane et à une profondeur de 7 à 8 cm. On pousse ensuite légèrement jusqu'à la perception du contact osseux : on bute contre le corps vertébral. Il faut retirer légèrement l'aiguille et rectifier sa position oblique, enfin enfoncer en avant de 1 cm. en passant devant le corps vertébral. La pointe de l'aiguille se trouve à ce moment dans le plan de clivage rétropéritonéal, sur le bord antérieur du psoas, immédiatement derrière la veine cave ou l'aorte selon le côté infiltré. On branche la seringue et on aspire légèrement avant d'injecter afin de voir si l'on n'a pas blessé un vaisseau et l'on pousse très lentement, sans grande pression, le contenu de la seringue.

On peut d'ailleurs combiner deux ou trois infiltrations à des niveaux différents atteignant ainsi la chaîne sur une plus longue portion.

INCIDENTS. — Ils sont rares si l'infiltration est faite correctement. La pénétration dans un trou de conjugaison ou la piqûre d'une artère sont sans conséquence si l'on prend soin de vérifier avant d'injecter par aspiration. Il arrive fréquemment qu'immédiatement ou quelques minutes après l'infiltration les malades éprouvent une certaine impression de torpeur ou d'ivresse avec vertige, nausées, dyspnée. Ce malaise n'est que passager et d'habitude tout rentre dans l'ordre en quelques minutes.

VOMISSEMENTS ACÉTONÉMIQUES

J. Langle

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Ancien chef du Laboratoire de l'Hôpital Trousseau

Vomissements répétés, odeur d'acétone, tels sont les deux éléments principaux d'un syndrome fréquemment observé chez l'enfant, très particulier même à la deuxième enfance, de pronostic presque toujours bénin, justifiable d'un traitement simple et efficace, appelé aussi vomissements cycliques ou périodiques. C'est le plus souvent, entre un an et sept ans qu'on le rencontre. Les vomissements peuvent apparaître brusquement sans aucun prodrome ; quelquefois, au contraire, plusieurs jours auparavant, les parents ont remarqué que l'enfant a mauvaise mine, une langue sale, une mauvaise haleine, qu'il a perdu l'appétit, que ses selles enfin sont moins louables que d'habitude. Puis l'enfant se met à vomir, dès qu'il prend un aliment quelconque et souvent immédiatement après : il vomit même l'eau ; il vomit, semble-t-il, surtout les liquides. Ces vomissements se répètent avec une fréquence et une insistance qui ne tardent pas à alarmer l'entourage, et entraînent une intolérance gastrique absolue. Ce sont des vomissements faciles, en fusée ; le liquide rejeté, outre les aliments, peut contenir de la bile ou même un peu de sang.

Quant à l'odeur perçue elle peut être d'intensité très variable : elle est parfois si forte qu'en pénétrant dans la chambre, un nez bien averti et éduqué la reconnaît, l'identifie et pose tout de suite un premier diagnostic. D'autres fois, il est nécessaire de humer de très près l'haleine de l'enfant en le faisant expirer largement la bouche ouverte : cette odeur qui peut s'exhaler aussi des liquides vomis est tout à fait caractéristique et facile à déterminer pour quiconque a débouché une fois un flacon d'acétone ; aigrelette, elle rappelle un peu celle de la pomme de reinette, ou celle du chloroforme additionné d'acide acétique, comme l'a signalé le Professeur Marfan. Chez un sujet normal, bien que l'air expiré contienne toujours des traces d'acétone (trois à huit centigrammes en 24 heures) semblable parfum n'est jamais perceptible.

Peu d'autres troubles fonctionnels accompagnent ces vomissements : une soif intense, une anorexie complète sont habituelles ; la constipation et la décoloration des matières sont fréquentes. Mais il n'est pas rare d'observer aussi de la diarrhée.

Un des caractères de ces vomissements incessants et répétés est d'altérer très rapidement le facies et l'état général de l'enfant ; profondément choqué et prostré, il est couché dans son lit, immobile, les traits tirés, les yeux excavés, les pupilles dilatées, le nez un peu pincé avec une langue et des lèvres sèches. Essaie-t-on de l'asseoir, il se tient difficilement, et tous ses muscles sont en hypotonie. Si la crise est intense, les globes oculaires peuvent être révulsés ou « plafonner » comme ceux d'un méningitique. Un degré de plus, et l'enfant est tout à fait somnolent, les paupières mi-closes laissant voir le blanc des sclérotiques.

D'autres fois, mais plus rarement, et surtout s'il y a de la fièvre, l'enfant peut être agité et même délirer. L'ictère est exceptionnel, mais un très léger subictère des conjonctives peut parfois être constaté, et d'autre part, des vomissements avec odeur d'acétone peuvent marquer le début d'un ictère infectieux. Fait important, l'enfant ne se plaint pas du ventre. A l'examen, celui-ci est tout à fait souple, plat ou creux (ventre chiffon) ; aucune contracture, aucun point douloureux ; la peau pincée entre le pouce et l'index se décolle facilement des plans sous-jacents et garde un pli longtemps persistant, témoin de la déshydratation intense, et aussi de la fonte du tissu graisseux. Le foie est souvent un peu gros et très légèrement sensible. La température de l'enfant est des plus variables, tantôt normale, tantôt hypothermique ; mais plus souvent il y a de la fièvre, 38° ou 39°. Le pouls est toujours accéléré, et peut être petit et mou comme s'il s'agissait d'une péritonite.

Les urines enfin, sont rares, denses, hautes en couleur, et contiennent des corps acétoniques, en quantités importantes, et toujours supérieures à celles que peut renfermer une urine normale, soit 10 à 30 milligrammes par litre d'acétone et d'acide diacétique. Par contre l'acide β-oxybutyrique ne se rencontre jamais dans une urine normale.

Chez les enfants atteints de vomissements acétonémiques, l'urine peut contenir de 0 gr. 20 à 2 grammes par litre d'acétone ; les classiques réactions de Gerhardt, de Legal ou d'Imbert et Bonamour permettront d'avoir une idée quantitative suffisante pour l'acide diacétique et l'acétone, quant à l'acide β-oxybutyrique dont le taux peut atteindre 3 gr. 25 par litre (Vitry et Labbé) la recherche en est trop délicate pour être faite au lit du malade. Notons qu'on

n'observera jamais les grosses acétonuries analogues à celle des diabétiques (20 grammes, 50 grammes, 100 grammes même par 24 heures). Chez ces petits malades, jamais de glycosurie, ni d'albuminurie. Une analyse plus complète peut montrer une augmentation de l'azote total, de l'ammoniaque, de l'acide lactique et d'autres acides organiques, des acides aminés ; quant au taux de l'urée il est des plus variables. L'acidité urinaire enfin, qu'on pourra évaluer simplement avec ces papiers utilisés pour une mesure rapide du pH, est toujours augmentée.

La durée de ces accès de vomissements est des plus variables ; elle est soit de quelques heures, soit de quelques jours, rarement de plus de 3 à 4 jours. Ils se terminent en général brusquement, comme ils ont commencé : l'estomac redevient tolérant, les vomissements cessent, l'inappétence disparaît et dès que l'enfant a été suffisamment réalimenté, l'état général s'améliore rapidement et l'on ne perçoit plus l'odeur d'acétone. Les cas de mort avec, à l'autopsie, dégénérescence graisseuse du foie, signalés par certains auteurs, restent tout à fait exceptionnels. Malgré les craintes que peut donner l'état de l'enfant, quelquefois vraiment très alarmant, le pronostic reste bon, à condition d'être bien sûr qu'il s'agit de vomissements acétonémiques purs, primitifs, et qu'il n'existe aucune autre maladie concomitante.

Mais l'une des caractéristiques de cette variété de vomissements, c'est leur répétition, à plus ou moins longue échéance, chez le même enfant, qui peut êtreparfaitement bien portant dans l'intervalle des accès ; ceux-ci récidivent presque toujours, avec une périodicité qui est bien rarement régulière, de quelques semaines, ou de quelques mois. Souvent ces récidives se produisent à l'occasion d'un excès alimentaire, ou de l'ingestion d'un aliment inhabituel, et certains parents savent les prévoir. Aux environs de la puberté il est de règle que les accès finissent par ne plus se reproduire.

***

Ce syndrome de vomissements avec odeur d'acétone est presque toujours d'un diagnostic facile et rapide, mais il faut bien se rappeler qu'il est d'une grande banalité surtout chez les enfants fébricitants et l'on doit toujours rechercher, par un examen minutieux, s'il ne masque pas une maladie bien plus importante : un enfant qui commence une pneumonie du sommet, avec une température de 40°, vomit fréquemment et peut fort bien sentir l'acétone ; ce serait une faute lourde, dans ce cas, de se contenter du diagnostic de vomissements acétoniques, en oubliant de reconnaître la pneumonie. Même remarque pour un début de rougeole, de varicelle, d'oreillons à forme méningée avec vomissements, de scarlatine surtout qui débute si souvent par un vomissement. Il serait maladroit aussi de qualifier de vomissements cycliques les vomissements répétés, avec possible odeur d'acétonequi accompagnent le début d'une méningite tuberculeuse ; c'est du reste surtout à la période terminale de cette maladie, chez l'enfant somnolent, cachectique et inanitié qu'on perçoit l'odeur d'acétone avec le plus d'intensité.

Lorsque l'état général du petit vomisseur est profondément atteint avec prostration intense, pouls petit et rapide, facies un peu péritonéal, l'odeur d'acétone ne doit certes pas empêcher de discuter le diagnostic de péritonite possible : il y a bien la contracture abdominale, l'hyperesthésie cutanée, les points douloureux, mais tous ces signes peuvent manquer chez l'enfant surtout au début de la péritonite ; c'est dans ces cas qu'il faut savoir réexaminer son malade plusieurs fois dans le courant de la journée ; s'il s'agit de simples vomissements acétonémiques, une injection de sérum physiologique, la réalimentation sucrée, l'administration de bicarbonate de soude produiront en quelques heures une rapide amélioration de l'état général et permettront d'écarter l'idée de toute intervention chirurgicale, il n'en sera pas évidemment de même, s'il s'agit d'une péritonite et les signes particuliers à celle-ci ne feront que se préciser. Même en l'absence de signes de péritonite chez tout entant vomisseur, la recherche d'un point douloureux appendiculaire doit toujours être pratiquée en tenant compte de la moindre sensibilité à la pression, souvent plus près de l'ombilic que de l'épine iliaque antéro-supérieure, et en se souvenant que bon nombre d'indigestions ne sont que de petites crises d'appendicite. Les vomissements acétonémiques ne sont assurément pas toujours dus à une appendicite chronique ; il est des enfants que l'on fait opérer et qui après l'appendicectomie, continuent de vomir comme par le passé, mais la coïncidence de ces vomissements cycliques avec une appendicite chronique à minima est très fréquente ; même si l'on ne décèle, pendant la crise, aucune sensibilité appendiculaire, il est bon de réexaminer l'enfant systématiquement et plusieurs fois dans l'intervalle des accès ; souvent alors, on finira par mettre en évidence une petite douleur bien localisée dans la fosse iliaque droite, nette et constante ; en ce cas il y a tout avantage à faire opérer l'enfant, avec l'espoir de lui éviter ensuite le retour de ses vomissements périodiques.

Avant de formuler, enfin, le diagnostic de vomissements acétonémiques purs ou essentiels, il ne faut pas oublier de penser à l'helminthiase intestinale ; sans vouloir lui attribuer une importance excessive, il est certain que, parfois, après des vomissements répétés exhalant une odeur

d'acétone, l'enfant finit par rejeter un ascaris et que tout rentre alors rapidement dans l'ordre. La recherche des œufs de parasites dans les selles sera donc toujours utile à conseiller.

***

Malgré les données que nous fournissent les chimistes sur le métabolisme des graisses et des corps acétoniques, la pathogénie des vomissements cycliques des enfants est encore loin d'être clairement élucidée. Les trois corps dits acétoniques, acide β-oxybutyrique, acide diacétique, et acétone, se transforment dans cet ordre les uns dans les autres et proviennent eux-mêmes de la désintégration en cascade des acides gras supérieurs des graisses, depuis les acides oléique et stéarique en C^{18}, palmitique en C^{16}, jusqu'à l'acide butyrique en C^4, suivant le mécanisme de la β-oxydation de Knoop (β désigne le deuxième maillon de la chaîne en comptant de droite à gauche et en partant de la fonction acide).

Acide butyrique.... $CH^3 — CH^2 — CH^2 — COOH$ (β) (α)

↓

Acide β-oxybutyrique $CH^3 — CHOH — CH^2 — COOH$

↓

Acide acétylacétique $CH^3 — CO — CH^2 — COOH$

↓

Acétone........... $CH^3 — CO — CH^3$

D'après ce mécanisme de β-oxydation, seuls les acides gras possédant un nombre pair d'atomes de carbone sont cétogènes.

De nombreuses expériences ont d'ailleurs montré que les corps cétoniques représentent une étape intermédiaire obligatoire de la désintégration des acides gras (Cristol). C'est pourquoi, même chez l'homme normal, les tissus, l'air expiré, le sang, les urines en contiennent des traces, mais il s'agit là d'une étape fugace et difficile à saisir de ce métabolisme. Au contraire, toutes les fois que l'organisme est privé de glucides, le taux des corps cétoniques dans le sang et les urines augmente, soit qu'il y ait cétogénèse exagérée, soit qu'il y ait une cétolyse insuffisante jusqu'aux produits terminaux Co^2 et H^2O.

C'est cette carence en glucides qui représente le mécanisme univoque de toutes les acétonémies ; le diabétique acidosique manque de glucides pour deux raisons : régime très réduit en hydrates de carbone, et surtout impossibilité pour lui d'utiliser ceux qu'on lui offre encore. C'est en quoi l'enfant vomisseur acétonémique diffère du diabétique, car celui-ci n'a pas perdu ce pouvoir d'utilisation des hydrates de carbone, et il suffira de lui en donner pour qu'il guérisse.

Cette carence en glucides, on la retrouve chez les jeûneurs expérimentaux ou forcés (opérés) (vomissements post-opératoires), d'où l'idée qu'il n'est pas bon de faire jeûner longtemps les malades chirurgicaux ni avant ni après l'opération et qu'il faut au contraire, par un régime riche en glucides, assurer à leur foie un glycogène suffisant pour résister au choc opératoire.

Même pathogénie peut être invoquée aussi pour les vomissements incoercibles de la grossesse, encore que dans ce cas la question soit plus compliquée : « il s'agit, dit Cristol, d'un « jeûne parasité » et les réserves glycogéniques de la femme enceinte sont soumises à une spoliation de la part du fœtus. » Ces vomissements incoercibles peuvent entraîner eux aussi, l'acétonurie et l'acidose.

La privation d'hydrates de carbone explique encore deux acétonémies intéressantes : celle de la fatigue et celle de la fièvre. Le glycogène étant l'aliment du muscle, un travail ou exercice prolongé peut épuiser les réserves de ce corps et provoquer l'acétonurie. Quant à la fièvre, c'est en exagérant le métabolisme général et les combustions qu'elle brûle et détruit une quantité exagérée de glucides.

Chez l'enfant vomisseur sont presque toujours réalisées ces deux conditions favorables à l'acétonémie : la fièvre et la diète.

L'odeur d'acétone est tout à fait banale et fréquente chez les enfants fébriles ; tandis que chez l'adulte, cette odeur a pu nous permettre plusieurs fois et d'emblée, de poser un diagnostic de diabète, avant même d'avoir interrogé ou examiné le malade, il n'en est nullement de même chez l'enfant et, à ce sujet, il conviendra de savoir rassurer les parents effrayés par l'analyse d'urines et par ce terme d'acétone.

Enfin, cet enfant a une deuxième raison pour devenir acétonémique. C'est que, étant fébricitant, on l'a mis à la diète absolue ou hydrique, suivant une équation très répandue : fièvre = diète. Ce jeûne, sans être évidemment le primum movens de l'accès, contribue certainement à augmenter l'acétonémie et à entretenir l'intolérance gastrique.

Le rôle cétogène des vomissements, pour la carence en glucides qu'ils entraînent, paraît donc indiscutable. Mais pour expliquer le début de l'accès des vomissements cycliques, peut-on renverser la proposition et dire : l'enfant vomit parce qu'il est intoxiqué par les corps cétonémiques ? Ce qui pourrait le faire supposer, c'est que l'odeur d'acétone précède souvent les vomissements ; par contre, il est remarquable que chez les diabétiques en état d'acidose et d'acétonémie maxima, les vomissements peuvent souvent manquer. La toxicité propre des corps acétoniques est variable pour chacun d'eux : l'acide β-oxybutyrique est trois fois plus toxique

l'acide diacétique, deux fois plus toxique que l'acétone.

La toxicité de l'acide β-oxybutyrique est de 1 gr. 59 par kilog. Pour tuer un homme de 60 kilogs il faudrait donc une élimination de 90 grammes d'acide β-oxybutyrique par 24 heures, taux qu'on ne constate qu'exceptionnellement dans les diabètes les plus graves, et jamais dans les vomissements cycliques (1).

Mais en dehors de la toxicité propre de ces corps il faut sans doute aussi tenir compte pour l'acide β-oxybutyrique et de l'acide diacétique, de leur toxicité en tant qu'acides, tous les acides étant toxiques pour l'organisme (Cristol). L'acide acétyl-acétique serait d'ailleurs plus toxique sous sa forme enolique CH^3-COH-CH-COOH que sous sa forme cétonique CH^3-CO-CH^2-COOH.

Il faut reconnaître aussi que les vomissements font partie des symptômes observés, avec la fatigue et l'albuminurie chez les sujets expérimentalement soumis à un régime dépourvu de glucides (Lambling) ; au cours de ce jeûne hydrocarboné strict, Landergren et Forsnner ont pu relever une excrétion de corps acétoniques allant jusqu'à 42 grammes en 24 heures, chez des individus normaux soumis à un régime très riche en graisses : les malaises constatés avaient été suffisamment graves pour les obliger à interrompre l'expérience.

Gouget, d'autre part, par la méthode des injections intra-cérébrales, a réussi à provoquer la mort des animaux avec de très faibles doses d'acide β-oxybutyrique.

Quoiqu'il en soit, le Professeur Marfan pense que cette toxicité des corps acétonique est trop faible pour devoir être invoquée, et que « les vomissements et l'acétonémie ne sont pas liés l'un à l'autre par une relation de cause à effet ; les vomissements et l'acétonémie sont deux conséquences concomitantes d'une même cause ».

Pour lui, l'accès de vomissements résulterait d'une perturbation brusque des échanges consistant en une décomposition subite des graisses et des protéines de l'organisme aboutissant à un grand excès d'acides gras et d'acides aminés que le foie transformerait en corps cétoniques... Cette perturbation mettrait aussi en liberté, une substance émétisante hypothétique (2) ».

Ce qui est bien particulier aux accès de vomissements cycliques des enfants, c'est la soudaineté et la brusquerie de leur début, à l'occasion souvent une cause minime : écart de régime, administration médicamenteuse, émotion, contrariété. Il semble que chez les enfants prédisposés, nerveux, en état d'instabilité humorale, une intoxication même très légère, puisse être capable de provoquer une brusque rupture d'équilibre s'accompagnant de vomissements, ceux-ci, en se répétant, augmentent l'acétonémie, l'enfant se trouve ainsi pris dans un véritable cercle vicieux qu'une thérapeutique avisée devra s'efforcer de rompre au plus vite.

Cette brusquerie même du début a fait souvent penser à l'origine anaphylactique possible de ces accidents, d'autant qu'en même temps qu'eux ont été signalés leucopénie et hypotension, hypercoagulabilité sanguine, raréfaction des hématoblastes et abaissement de l'indice réfractométrique. Notre maître E. Lesné, pense que ces vomissements acétonémiques » ne sont souvent qu'une expression clinique de la grande anaphylaxie alimentaire (1) » et incrimine, à l'origine des accidents, l'ingestion fréquente d'une albumine végétale ou animale déchaînante (œufs, charcuterie, lentilles).

Pourquoi l'acétonémie se produit-elle avec tant de facilité chez l'enfant, beaucoup plus facilement que chez l'adulte ? Sans doute parce que son foie, plus que celui de l'adulte, est sujet à des défaillances brusques et passagères et parce que ses échanges sont plus actifs, son métabolisme, plus élevé que celui de l'adulte. De nombreuses expériences de circulation artificielle ont montré que les corps acétoniques se formaient dans le foie : un corps cétogène, traversant le foie, en perfusion, produit plus d'acétone quand le foie est pauvre en glycogène que lorsqu'il en est largement pourvu ; le glycogène est donc anticétogène. Or, le foie de l'enfant, c'est un fait reconnu, contient moins de glycogène que celui de l'adulte (Cristol, Lambling). Chez l'enfant, d'autre part, disent Langsten et Meyer, cités par Lambling, les accidents du jeûne hydrocarboné prennent plus vite que chez l'adulte, un caractère menaçant et c'est un fait d'observation courante que les enfants supportent moins bien la diète que les adultes. Mais le foie n'est sans doute pas le seul à entrer en jeu. On ne saurait évidemment faire abstraction du rôle du pancréas et des fonctions hormonales : vagotonine favorisant la mise en réserve des glucides dans le foie sous forme de glycogène, insuline ayant une fonction céto-régulatrice, ni oublier la part des reins et du système nerveux..

Une dernière pathogénie intéressante à rappeler est enfin celle qui assigne un rôle important à la compression du duodénum par l'artère mésentérique supérieure (P. Duval, J.-Ch. Roux). Mais, Marfan, Lereboullet et Bohn, font, de cette sténose intermittente du duodénum un

(1) Desgrez et Saggio, 2 octobre 1907. Soc. de biologie, p. 288. — Marfan. Les vomissements périodiques avec acétonémie. Masson 1926.

(2) Marfan cité par Lereboullet et Bohn. *In* Traité de médecine des enfants. Tome III, page 739.

(1) E. Lesné. *In* Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, 1923. Article : Vomissements cycliques.

syndrome différent de celui des vomissements cycliques.

A ne s'en tenir qu'à l'observation clinique, il est bien certain que ces vomissements cycliques ne s'observent que chez certains enfants et que la notion de terrain est capitale. Il s'agit, presque toujours, d'enfants nerveux ou neuro-arthritiques et de petits insuffisants hépatiques, sujets aux migraines, à l'eczéma, à l'asthme, au prurigo, au strophulus, à l'entérite. Ce sont également des descendants d'arthritiques, de goutteux, d'obèses ou de lithiasiques et ils font souvent partie d'une famille de cholémiques. Quant à l'hérédité syphilitique, invoquée par certains, elle paraît moins importante que celle signalée plus haut.

Ces enfants vomisseurs sont enfin bien souvent des gros mangeurs, des tachyphages, et leurs accès sont généralement déclenchés par une faute de régime qualitative ou quantitative (gâteaux, charcuterie, œufs, coquillages).

***

Le traitement de ces vomissements cycliques est d'une grande simplicité : il se résume ainsi : lutter contre l'acétonémie et l'acidose ; donner à l'enfant les hydrates de carbone qui lui manquent.

Voici la conduite à tenir pendant l'accès.

1° Dans un verre d'eau, mettre : 1 cuillerée à café de bicarbonate de soude, 4 morceaux de sucre (Marfan), et faire absorber ce mélange à l'enfant prudemment et patiemment par cuillerées à café toutes les 3 à 5 minutes. S'il vomit avec insistance même ces petites doses de liquide, on pourra lui administrer ce mélange en lavement avec une poire — en une ou plusieurs fois. On pourra d'ailleurs donner dans la journée plusieurs verres de cette solution.

2° Une demi-heure après qu'il aura absorbé ce mélange, et sans tarder, on réalimentera l'enfant, non plus avec du bouillon de légumes ou du lait, mais avec une bouillie ou une purée très épaisse ; de même que chez certains nourrissons vomisseurs, de même que chez la femme enceinte, les aliments consistants et épais seront mieux tolérés par l'estomac que les liquides ; on fera également sucer quelques morceaux de sucre, imprégnés de quelques gouttes de la solution d'adrénaline au millième. Plusieurs bouillies ou purées pourront être ainsi données dans la journée ; si elles sont bien acceptées par l'estomac, l'amélioration sera rapide et la partie vite gagnée.

3° L'état de l'enfant est-il plus inquiétant, le shock plus intense, il faut alors le réhydrater rapidement par un goutte à goutte rectal, de sérum glucosé adrénaliné (excellente méthode, mais d'application difficile chez un enfant souvent agité ou atteint de diarrhée), ou lui injecter sous la peau une bonne dose de sérum salé ou sucré, ou un mélange des deux, injections qui feront rapidement merveille. On pourra pratiquer aussi, suivant la gravité des symptômes, des injections de camphre, d'adrénaline ou d'éphédrine.

4° Comme traitement adjuvant : faire coucher l'enfant sur le ventre avec enveloppements chauds du tronc ; lui administrer un lavage d'intestin avec du sérum chaud, lui faire prendre un bain chaud de 10 minutes.

5° Il nous paraît inutile presque toujours de recourir à d'autres médicaments : bromure, belladone, injection d'insuline (préconisées par certains).

La crise une fois passée, il y a lieu d'essayer de prévenir les suivantes en donnant aux parents quelques conseils diététiques : alimentation modérée, à heures fixes, bien réglée, rien entre les repas ; régime relativement pauvre en aliments cétogènes (lipides et protides) et riche au contraire en glucides ; suppression de tout aliment à digestibilité difficile : charcuterie, hors-d'œuvre, gibier, conserves, abats, épices, morue, raie, etc... Dans l'intervalle des crises de vomissements, ces enfants se trouveront bien d'un traitement hépatique ; cures d'eau de Vichy, de solution de Bourget, de calomel à petites doses ou de Boldine alternées. Deux dernières recommandations à faire enfin aux parents : à la moindre odeur d'acétone, même avant tout vomissement, donnez du sucre et du bicarbonate ; ne laissez pas plus de 12 ou 24 heures votre enfant à la diète absolue.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

Certains états fébriles des suites de couches sont des septicémies à colibacilles

D'après R. A. Suzor

Accoucheur des Hôpitaux de Paris (1)

La pyélonéphrite, résultante ordinaire de ces septicémies

Les habitudes de plus en plus sédentaires de nos contemporains semblent prédisposer à la colibacillose. De fait, les infections sanguines à colibacilles sont extrêmement fréquentes au cours de l'état puerpéral ; mais si l'état septicémique franc est relativement rare, ce sont des pyélonéphrites colibacillaires que l'on observe le plus souvent pendant les suites de couches. Après un « passage » sanguin rapide de l'agent pathogène, c'est la localisation urinaire.

D'ailleurs l'hémoculture pratiquée durant cette courte période reste, dans la majorité des cas, négative, et rien dans l'aspect clinique de la malade n'est comparable à un aspect septicémique confirmé. Par contre, on doit remarquer la fréquence avec laquelle l'examen systématique des urines révèle la présence de colibacilles, alors qu'aucun état fébrile net n'a pu être constaté auparavant.

A noter que le colibacille est très facile à déceler. Ce germe pousse sur tous les milieux, même à basse température. Son identification est également commode. Il fait fermenter les sucres (sauf la saccharose), transforme la peptone en indol, réduit et fait virer au jaune-serin le rouge neutre.

Cette infection du rein débute rarement au cours de la grossesse, mais plutôt au cours des suites de couches, car à ce moment il existe une véritable anergie, une diminution des moyens de défense de l'organisme. L'état fonctionnel de l'intestin est alors voisin de l'inertie totale, ce qui constitue une cause favorisante.

Si l'on ajoute que chez certaines accouchées on se voit obligé, en raison de lésions périnéales plus ou moins étendues, de prolonger cette atonie intestinale par une médication opiacée, on se rend aisément compte du degré de virulence que peut atteindre le contenu intestinal.

D'autre part, à cette même période, c'est le fléchissement maximum dans la production des anticorps, qui fait qu'alors les moyens de défense anti-infectieuse sont fortement déficients. Cette diminution est d'ailleurs un phénomène très général. Qu'il s'agisse de variole, de pneumonie, de grippe ou de toute autre infection, on voit, surtout après l'accouchement, évoluer ces maladies avec une gravité et une rapidité déconcertantes.

Voici comment se développe le processus infectieux rénal dès sa **phase prodromique.**

Signes généraux :

Après l'accouchement, la température doit être normale, c'est-à-dire osciller entre 36°8 le matin et 37°5 maximum le soir. Or les malades en question présentent, après l'accouchement et *dès le premier jour*, un *état subfébrile*, en général discret. Il consiste en une élévation thermique de quelques dixièmes. Cet état n'attire, en général, pas l'attention. Il faut néanmoins insister sur l'*absence de la rémission matinale* : le plus souvent, durant cette courte phase la température ne descend pas au-dessous de 37°.

Un second signe important est constitué par la *fréquence du pouls*, dont l'accélération très accentuée est souvent disproportionnée avec l'élévation, discrète au début, de la température. Ce signe est d'autant plus à retenir que normalement on doit observer un ralentissement des pulsations dans les heures qui suivent l'accouchement, réserve faite des femmes, dont la délivrance s'est acccompagnée d'hémorragies plus ou moins abondantes.

Le faciès de la malade est également caractéristique ; traits tirés, teint terreux et mat, parfois même très léger subictère.

Signes fonctionnels.

Ils existent dès le début : *céphalée et frissons.*

La céphalée est plus souvent marquée que discrète ; elle s'étend parfois à toute la voûte cranienne et à la région occipitale. Certaines malades se plaignent de sensation de battements intracraniens extrêmement pénibles.

Les frissons précèdent, suivent ou accompagnent la céphalée. Ils sont rarement intenses et solennels. Ce sont plutôt de petits frissons répétés au cours de la journée. Ce dernier caractère est assez important, car il s'oppose à celui des frissons de l'infection streptococcique : de lon-

(1) Les septicémies à colibacilles des suites de couches. (*Revue de médecine*, janvier 1939.)

gue durée, solennels et suivis d'une ascension brusque de la température.

Signes physiques :

A cette phase, ils sont très banaux : langue chargée, mais encore humide ; abdomen météorisé, ce qui est d'ailleurs fréquent durant les suites de couches.

Cependant, la palpation du cadre colique permet de se rendre compte d'un état de tension particulière des côlons, avec gargouillement, surtout au niveau de la région cæcale.

Les urines sont d'aspect moiré, propre à la colibacillurie, avec de nombreux colibacilles ; ou bien elles sont normales et sans germes.

Cette phase prodromique peut être très courte, et ne durer que quelques heures. Elle est parfois assez longue, jusqu'au quinzième jour. Cela dépend de l'état général des malades, la période d'état étant plus précoce quand les hémorragies importantes au cours de la délivrance ont créé une anémie marquée.

La **période d'état** s'annonce par une recrudescence des signes généraux.

Progressivement ou par paliers, la température s'élève en même temps que les frissons se répètent ; l'élévation thermique est parfois considérable (40°5 et plus). En même temps, la fréquence des pulsations s'accuse davantage. L'état général peut se trouver profondément atteint avec délire, forme ataxo-adynamique, amaigrissement rapide.

Les signes fonctionnels précédemment observés persistent ; la céphalée est rebelle à toute thérapeutique médicamenteuse ; si la montée laiteuse s'est déjà effectuée, on constate une diminution, puis un tarissement rapide de la sécrétion lactée.

L'examen physique permet de constater des signes de déshydratation : langue sèche, avec enduit épais ; urines peu abondantes, très épaisses, dépôt particulièrement abondant. La palpation de la région lombaire est douloureuse ; on peut déjà observer la douleur aux points urétéraux et les signes de cystite.

L'examen bactériologique des urines montre de très nombreux éléments microbiens ; le nombre des cellules augmente rapidement, et bientôt on trouve une quantité considérable de polynucléaires altérés. A ce stade, l'hémoculture est positive ; la leucocytose est moyenne, mais la prédominance des éléments granuleux augmente à mesure que la localisation rénale s'affirme.

La durée de cette période de septicémie confirmée dépasse rarement une huitaine de jours ; la température présente un plateau, mais plus souvent une courbe oscillatoire ; les rémissions sont en général, brèves, plusieurs clochers pouvant être observés dans la même journée. Bientôt la température tombe en lysis ; puis la localisation va évoluer pour son propre compte, sauf complications : vésicale, vésiculaire, hépatique. Cependant, l'affection présente une tendance spontanée à la guérison. Fait curieux, tandis que les pyélonéphrites de la grossesse sont presque toujours suivies d'une longue période de colibacillurie et de poussées récidivantes, celles des suites de couches ne donnent qu'inconstamment lieu à une *évolution* vers la chronicité. Si certaines malades conservent cependant pendant des années des urines riches en colibacilles, il en est d'autres qui, sans traitement spécifique particulier, guérissent totalement et définitivement. Cependant la *convalescence* est assez longue avec un état d'asthénie persistant.

Le **diagnostic** des septicémies à colibacilles pendant les suites de couches est facile. Il suffit d'y penser. Comme la localisation urinaire est la règle, l'examen des urines fournira la preuve de la nature de l'infection en évolution. L'hémoculture, d'autre part, confirmera ou non la présence des germes dans le sang. La principale erreur consisterait à confondre une telle septicémie avec une infection streptococcique. La confusion ne saurait cependant exister que si les deux affections évoluaient simultanément, car l'allure clinique est bien différente. L'aspect des lochies, le défaut d'involution utérine, l'allure de la courbe thermique, le parallélisme du pouls, l'anémie progressive liée à l'action hémolytique du streptocoque sont autant de signes permettant d'éviter cette erreur. Les formes compliquées d'ictère peuvent cependant donner lieu à confusion avec les septicémies à perfringens évoluant souvent de pair avec un sphacèle utérin. La distinction s'établit néanmoins sans grosse difficulté devant l'évidence des signes locaux.

***

Comment prévenir et traiter cette pyélonéphrite

I. *Pendant la grossesse*, combattre la constipation par tous les moyens. Il est inutile, nuisible d'administrer des purgations ; mieux vaut favoriser la sécrétion biliaire par des cholagogues doux et efficaces. Pas d'excès dans les irrigations intestinales, car une distension de la muqueuse intestinale n'est pas sans inconvénient. Les ferments lactiques, sous quelque forme que ce soit, neutraliseraient la pullulation microbienne du contenu intestinal. Le régime alimentaire sera suffisant, sans excès.

Au moment de l'accouchement, s'efforcer de

limiter la perte de sang à la proportion normale,

Dans les suites de couches, éviter la purgation que souvent on prescrit le quatrième jour, pour ne pas rappeler brutalement à l'ordre un intestin n'ayant pas fonctionné depuis plusieurs jours, et dont le contenu est ainsi devenu riche en éléments virulents. Favoriser dès le deuxième jour l'évacuation intestinale par un laxatif doux, et entretenir le fonctionnement le plus régulièrement possible paraît plus indiqué.

Entretenir une hydratation suffisante (un verre d'eau d'Evian à jeun), sinon il en résulte une accentuation de l'atonie intestinale, un défaut de diurèse et de sécrétion lactée.

II. *L'infection colibacillaire déclarée,* le bactériophage, les vaccins stock ou les auto-vaccins sont décevants dans leurs résultats. Par contre le sérum anticolibacillaire du Professeur Vincent s'est montré efficace dans des cas désespérés (60 c. c. par jour). La voie sous-cutanée est la voie d'élection. Les injections doivent être répétées quotidiennement. En général un résultat favorable est obtenu en quatre jours. La fièvre tombe rapidement ; la céphalée, les douleurs lombaires, la dysurie disparaissent ; l'urine redevient claire.

La chimiothérapie paraît nettement contre-indiquée. Par contre, il est nécessaire de stimuler les procédés de défense naturelle de l'organisme. Au cas d'une anémie prononcée, on pourrait avoir recours à la transfusion sanguine ; son action anti-anémique s'accompagne d'un effet anti-infectieux par apport de substances favorisant le développement des anticorps naturels.

G. Fischer.

TRAITEMENT SÉROTHÉRAPIQUE DE LA DYSENTERIE BACILLAIRE

Le traitement de la dysentérie bacillaire n'a pas présenté depuis quelques années, de modification importante : la sérothérapie en reste la base. Le sérum, injecté précocement et en quantité suffisante, amende rapidement, dans la règle, les phénomènes toxiques et diminue le nombre des selles chez les dysentériques bacillaires.

La dysenterie bacillaire peut être causée par le bacille de Shiga, le bacille de Flexner ou le bacille de Hiss. Les microbiologistes ont signalé il est vrai, depuis la guerre, des bacilles dysentériques atypiques ou pseudo-dysentériques auxquels l'avenir attribuera ou non un rôle dans la pathogénie de la maladie.

Le sérum anti-dysentérique d'usage courant est le sérum anti-Shiga. Préparé d'abord (Shiga, Vaillard et Dopter) par injection au cheval de cultures vivantes, on l'obtient actuellement par injection de toxine dysentérique. Les bacilles de Flexner et de Hiss étant avirulents et atoxiques pour les animaux de laboratoire, les sérums anti-Flexner et anti-Hiss ont un pouvoir antitoxique très incertain. En fait, le sérum antidysentérique de l'Institut Pasteur est un sérum uniquement anti-Shiga. On l'utilise en injections hypodermiques, sous la peau de l'abdomen.

Comment le praticien pourra-t-il régler la sérothérapie de la dysentérie bacillaire. Quelles en sont les indications et les doses ?

Voici ces doses et ces indications, telles que les précise M. J. Dumas, de l'Institut Pasteur, dans un ouvrage récemment paru (1) :

1° *Adultes.* — *a*) Dysentérie légère (dix à douze selles, pas d'intoxication) : pas de sérum. Les dysentéries légères de l'adulte, avec selles peu nombreuses, état général peu touché, évoluent en effet vers la guérison par la simple thérapeutique habituelle. La dysentérie à bacille de Flexner-Hiss est généralement (quoique non toujours) bénigne.

b) Dysentérie moyenne (trente à quarante selles, légère intoxication) : 30 cent. cubes de sérum pendant plusieurs jours.

c) Dysentérie grave (quatre-vingts à deux cents selles, intoxication profonde) : recourir d'emblée aux doses massives, 80, 90 et même 100 c. c. en deux injections dans la journée. Les jours suivants, doses décroissantes jusqu'à diminution sensible du nombre des selles (10 à 15 par vingt-quatre heures).

2° *Adolescents.* — Injecter la moitié des doses de l'adulte.

3° *Nourrissons.* — Les nourrissons supportent bien 20 à 30 cent. cubes de sérum dans les formes graves de la maladie.

A la sérothérapie, s'ajoutera le traitement symptomatique par les moyens thérapeutiques usuels.

P. Lacroix.

(1) J. Dumas. — La dysentérie bacillaire (*La Pratique médicale illustrée*) 1938. Doin, édit.

A PROPOS D'UNE ARTICULATION COXO-FÉMORALE DOULOUREUSE AVEC FIÈVRE

Par le Docteur Pierre TYRODE (de Melun)

Les parents de la jeune malade, Mlle Liliane M..., 13 ans, me demandent de l'examiner en faisant état des faits suivants :

Un chirurgien, au mois d'avril 1938, frappé par les bronchites fréquentes et la douleur des hanches, pensa à une coxalgie tuberculeuse et proposa l'immobilisation plâtrée, ainsi qu'un séjour à Berck.

D'ailleurs un médecin, au printemps 1937, à la suite d'accidents fébriles prolongés accompagnés d'une sensibilité dans la région iliaque droite, avait fait le diagnostic d'appendicite. L'opération n'amena aucune amélioration, ni de l'état fébrile, ni de la douleur iliaque.

Cette douleur, d'abord localisée dans la fosse iliaque droite au niveau de l'abdomen, se propagea petit à petit à l'os iliaque lui-même, puis à la hanche droite, empêchant l'enfant de courir, puis de se baisser, et enfin l'enfant fut cloué au lit.

J'examine l'enfant le 24 mai 1938, la douleur était devenue plus vive et la fièvre oscillait aux environs de 39°.

En voyant cette malade, je suis frappé par l'existence d'un petit goître et de nombreux petits kystes sébacés au visage.

Cette existence du goître m'orientait logiquement vers un état de dégénérescence important de l'organisme.

Folley (1) en 1927, après de longues recherches sur le goître, nous a appris que le goître endémique n'apparaissait que sur des individus atteints de spirillose extrêmement importante et d'une infection intestinale considérable avec helminthiase. Pour lui, le goître endémique marquait un stade de dégénérescence important des individus l'hypertrophie du corps thyroïde n'était qu'un événement secondaire n'apparaissant que dans un organisme suffisamment désaxé et dégénéré.

Cette spirillose due aux multiples parasites endo-cellulaires qu'il avait découverts, s'accompagnait de troubles morphologiques, et fonctionnels de tous les tissus de l'organisme. En particulier, du côté de l'intestin il se produit des anomalies considérables au point de vue de l'absorption, la digestion est imparfaite, accompagnée le plus souvent de putréfactions.

Il y a toujours, *dans tous les cas de goître*, une *bactériurie concomitante* [voir Prost (1), Folley] et très souvent les urines sont très chargées de colibacilles.

L'infection intestinale dûe aux micro-parasites s'accompagne toujours de manifestations à macro-parasites (ascaris, trichocéphales, etc.). Les uns agissent par leurs toxines sur le corps thyroïde : les toxines sont « goitrigènes ». Pour d'autres parasites au contraire les toxines ne sont pas « goitrigènes » (douves, oxyures).

Par conséquent ce simple aspect du visage et du cou de la petite malade, m'orientait :

1° Vers un envahissement massif de tout l'organisme par toutes sortes de parasites endocellulaires, spirilles, spirochètes, etc...

2° Vers une infestation du tube digestif par divers parasites « goitrigènes » et « non-goitrigènes ».

3° Une absorption anormale au niveau de la paroi de l'intestin des bactériacées de toute nature qui passent par la grande circulation et peuvent déterminer de la bactériurie ou des métastases purulentes à distance.

Tels sont les points capitaux suggérés par la communication de Folley au Congrès international du goître (1927), et qui m'ont servi de base pour l'examen clinique.

— La surface de l'abdomen montre une cicatrice d'appendicectomie, — je rappelle à ce sujet ma note sur les relations entre l'appendicite et les verminoses — (voir *Courrier médical* des 5 et 12 juin 1938).

— La palpation montre un manque de souplesse du grêle, — un côlon ascendant dilaté et gargouillant.

— La palpation de l'abdomen montre une douleur dans la fosse iliaque droite (*exactement comme avant l'opération*, aux dires de la petite malade), sous l'ombilic, et dans la fosse iliaque gauche, symétrique de la douleur de la fosse iliaque droite.

Si l'on précise le caractère de ces douleurs, on voit que la zone douloureuse à la palpation se prolonge symétriquement de chaque côté le long d'une bande qui, passant au niveau des crêtes iliaques, aboutit à la région sacro-lombaire. D'autre part, si au siège iliaque des douleurs, on exerce très lentement une pression pro-

(1) Congrès international du goître, Berne, 1927.

(1) Goître et colibacillose, par le Docteur J. PROST-Congrès 1934 de Châtel-Guyon.

fonde, l'enfant déclare ne pas souffrir, la sensation douloureuse apparaissant par contre dans toute sa netteté si l'on empaume même doucement les téguments de l'abdomen à ce niveau.

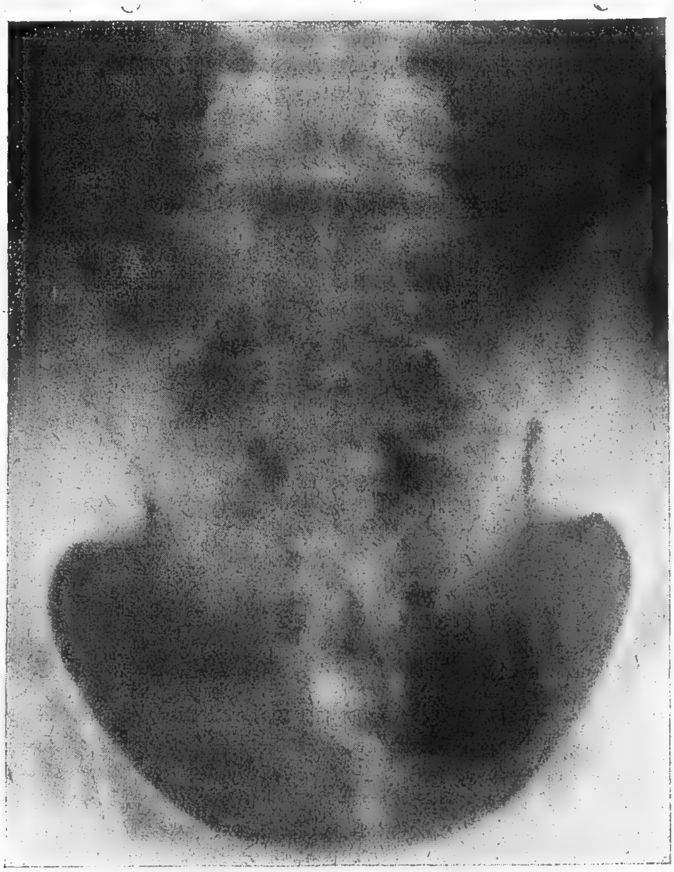
Par contre, la douleur de la région sous-ombilicale se manifeste lors de la pression profonde.

Le système cardio-vasculaire montre une tension artérielle de 12 : 6 au Vaquez — et en plus on constate des variations d'amplitude du pouls, en même temps qu'un léger déséquilibre entre la carotide et la radiale. Les bruits du cœur sont assourdis à la pointe de celui-ci, à la palpation, et surtout si on les saisit entre les doigts.

En comparant au côté gauche, je constate comme à droite, un état douloureux des parties molles péri-articulaires.

Il n'y a aucune limitation des mouvements des articulations coxo-fémorales, à droite et à gauche. Ayant obtenu la passivité totale de l'enfant et son relâchement musculaire complet, je constate que les mouvements provoqués des hanches sont indolores.

Par contre, il y a une sensibilité très nette à la pression au niveau de l'articulation sacro-



L'examen des poumons est entièrement négatif.

Le lobe droit du corps thyroïde est tuméfié. Il existe au moment de l'examen une légère angine pultacée.

Les réflexes tendineux sont normaux aux quatre membres.

L'examen de l'articulation de la hanche droite ne révèle aucune adénopathie inguinale. La palpation du col fémoral par sa face antérieure ne décèle aucune douleur. De même par la région fessière, à condition de procéder par une pression profonde, lentement progressive, car les téguments de la région sont douloureux

lombaire, ainsi qu'au niveau des parties supérieures des deux articulations sacro-iliaques.

Ayant obtenu que l'enfant se lève de son lit, je constate que les mouvements de flexion de chaque cuisse alternativement sur le bassin, se font avec leur amplitude normale.

D'autre part, après plusieurs essais. l'enfant peut, quoique avec lenteur, se pencher à plusieurs reprises, pour ramasser un objet ; le rachis paraît souple quoique l'enfant se plaint d'une douleur légère à la zone sacro-lombaire.

Cet examen clinique permet de constater quelques symptômes légers de la nouvelle entité morbide, décrite par Folley,

•En outre tout ce que je disais à propos de l'état général et goitreux se trouvait vérifié.

Je demande de faire une radiographie afin de vérifier qu'il ne s'agit ni de coxalgie, ni de mal de Pott.

Ce diagnostic a été confirmé (voir figures) par le radiologue, le Docteur Villa, de Dieppe, qui constata l'existence d'une sacralisa-

1° Désinfections intestinale par comprimé de sulfate de soude, comprimés évacuants, antihelminthiques sous forme de comprimés de semen-contra suivant des principes connus (1).

2° Prise au milieu des repas, midi et soir : deux comprimés de tréparsol à 0,25.

3° Boissons abondantes, alimentation non carencée et riche en scories.



tion de la cinquième lombaire, sans aucune lésion des articulations coxo-fémorales.

L'examen fut complété par une analyse de selles recueillies aussitôt après la consultation, et envoyées au Laboratoire du Docteur Guerbet, à Rouen. Cet examen devait montrer la présence d'œufs de trichocéphales.

Sans attendre le résultat de l'examen radiographique ni de l'analyse des selles, je prescrivis immédiatement :

Evolution

Deux jours après la fièvre était tombée, — entre temps les examens radiologique et copro-

(1) Appendicite et verminose (*Courrier Médical* des 5 et 12 juin 1938). — Fièvre de Malte (*Revue de pathologie comparée*, n° 492, septembre 1937). — Traitement de quelques cas de psoriasis (*Rev. biodynamisme*, juin 1938). — Discussion de la méthode Schieppati (1er Congrès de l'Union thérapeutique internationale de Berne, mai 1937). — Migraine et parasitisme intestinal (*Courrier Médical*, 21 avril 1935). — Migraine et infection intestinale (*Courrier Médical*, 11 août 1935). —

◆◆◆◆◆◆

logique avaient confirmé mon diagnostic : poussée douloureuse au niveau d'une malformation vertébrale, chez une infectée chronique de l'intestin, avec verminose.

Le traitement fut poursuivi intégralement. Huit jours après le début de la cure, l'enfant ne se plaignait plus d'aucune douleur et pouvait faire une longue course en campagne.

A la fin de la première période de vingt jours, le bon état persistait, la tuméfaction du corps thyroïde avait disparu. L'enfant n'avait plus toussé.

Revue en août 1938, l'enfant n'avait plus présenté, que par intermittence, des sensations de raideur au niveau de la zone sacro-lombaire, sensations disparaissant par la reprise du traitement intestinal et anti-helminthique, que la mère reprenait spontanément suivant les indications que je lui avais données.

La toux, la tuméfaction du corps thyroïde n'avaient pas reparu.

Commentaire

Cette observation est un exemple d'une cause de douleurs trop souvent méconnue : les douleurs ayant leur point de départ dans une malformation vertébrale (Kropfe und Infektionen = Des relations entre l'état goitreux et les dysmorphies de toute nature. La sacralisation rentre dans le cadre des dysmorphies de même que les côtes surnuméraires).

On pose le diagnostic de : coxalgie, — d'appendicite, — alors qu'un examen soigneux du rachis complété au besoin par une radiographie montrerait l'origine vraie des troubles (1).

La fièvre peut induire en erreur. L'origine de cette dernière doit être recherchée dans une infection d'origine intestinale. Et je pense qu'il faut attribuer à des infections de cette origine le fait que des malformations deviennent tout à coup douloureuses, alors qu'elles étaient très longtemps demeurées ignorées. De même les alternatives d'accalmie et d'exacerbation qu'elles présentent sont liées à des exacerbations ou à des diminutions de l'infection intestinale et générale.

Angine grippale et infection intestinale (*Courrier Médical*, 16 juin 1935). — Certains états fébriles des nourrissons (*Courrier Médical*, 15 septembre 1935). — Orchi-épididymites et infection intestinale (*Courrier Médical*, 11 août 1935). — Urétrite gonococcique et infection intestinale (*Courrier Médical*, 16 juin 1935).

(1) Il ne faut jamais oublier les douleurs dues à des poussées de cellulite, à allure goutteuse, siégeant dans les insertions tendineuses de certains groupes musculaires ou dans les muscles eux-mêmes. J'en ai eu un cas en mars 1938, simulant à première vue une crise aiguë d'appendicite.

DYSPEPSIES D'ORIGINE OVARIENNE

Docteur L. TRONEL-PAYROZ

Depuis toujours, mais surtout depuis l'ère endocrinienne, les cliniciens ont affirmé l'existence de dyspepsies d'origine ovarienne, ou pour mieux dire ont constaté la coexistence d'états dyspeptiques et de troubles ovariens.

La liaison des deux ordres de troubles, digestifs et ovariens, n'est pas encore établie de façon indiscutable. Ce sont les réactions hépato-biliaires qui semblent le plus sûrement en rapport avec les altérations ovariennes. L'angio-cholécystite, et d'une façon plus générale les réactions vésiculaires douloureuses apparaissent, en effet, comme intimement liées aux diverses étapes de la vie génitale de la femme.

La clinique fournit à ce sujet des observations suggestives.

Les quelques faits expérimentaux relatifs à ces troubles, et rapportés par divers auteurs, sont encore trop peu nombreux, peu démonstratifs, trop souvent contradictoires, pour que l'on puisse en tirer des arguments décisifs.

Les considérations pathogéniques forcément imprécises en ce qui concerne le mécanisme même des troubles, montrent cependant la multiplicité des syndromes ovariens que l'on peut trouver à la base des dyspepsies d'origine ovarienne.

Le traitement doit être logiquement opposé aux deux ordres de symptômes, dyspeptiques et endocriniens, mais surtout, il doit viser à réduire ces derniers dans l'hypothèse, vraisemblablement légitime, où ils sont primitivement en cause.

Le traitement endocrinien repose sur l'emploi des hormones génitales dites femelles (œstrone, progestérone) et dite mâle (testostérone). Ce traitement hormonal sexuel doit parfois être aidé — voire même en partie suppléé — par des opothérapies ou hormonothérapies complémentaires ou par des actions physiothérapiques (rœntgenthérapie) dirigées sur d'autres glandes endocrines (et spécialement l'hypophyse).

La clinique suffit en général à guider le choix du thérapeute. (*Thèse de Paris*, 1939).

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Les encéphalites aiguës post-infectieuses de l'enfance

Les encéphalites infectieuses ne présentent pas de caractère spécifique ; toutes les formes peuvent se rencontrer et, si certains syndromes ont été observés plus que d'autres au cours de certaines maladies, sans exclusivité, ils ne permettent pas de conclure à une autonomie. D'autre part, il n'y a pas habituellement de lien entre la gravité de la maladie initiale et celle de l'encéphalite. Toutes les formes, mêmes les plus graves et les plus compliquées, peuvent exister au cours des maladies infectieuses les plus bénignes. Enfin, les syndromes neurologiques relevant de l'encéphalite aiguë à foyers disséminés, évoluent en toute indépendance à côté des complications nerveuses propres à chaque maladie. Tel est, par exemple, le cas des encéphalites observées au cours de la diphtérie.

Cette forme d'encéphalite aiguë non suppurée, qui se rencontre au cours ou au décours de toutes les maladies infectieuses de l'enfance, est à distinguer d'une façon absolue de l'encéphalite épidémique de von Economo-Cruchet ; elle ne suit pas la même évolution clinique ; elle n'est pas contagieuse comme elle ; elle ne relève pas du même germe et ne se traduit pas par les mêmes lésions anatomiques. Autre distinction : l'évolution de la maladie est le plus souvent assez rapide et ne procède pas par poussées successives comme l'encéphalite épidémique. Malheureusement, on constate souvent la constitution de séquelles (convulsives, motrices, sensorielles) qui sont parfois transitoires, mais souvent définitives.

Au cours de son étude, le Docteur J. Comby fait remarquer que certaines encéphalites aiguës se montrent en dehors de toute maladie infectieuse définie ; on les qualifie de primitives et leur origine est indéterminée. Cependant, elles ne diffèrent, ni par leur expression clinique, ni par leur évolution immédiate, ni par leurs séquelles tardives, ni par leurs lésions anatomiques, des encéphalites secondaires à une maladie spécifique.

Le rôle du terrain serait prépondérant dans la genèse des encéphalites. L'âge de l'enfant et son hérédité nerveuse seront des facteurs favorisants auxquels s'ajoutent les troubles vasculaires (vaso-dilatation en particulier) propres à certaines maladies infectieuses.

De ces notions, il découle que les médications antitoxiques et anti-microbiennes spécifiques propres à la maladie infectieuse initiale ne sauraient être exclues de la thérapeutique des encéphalites aiguës. Des succès impressionnants ont été enregistrés à l'actif de diverses séro- et vaccinothérapies. On y ajoute ordinairement les médications chimiques anti-infectieuses. On ne possède pas encore de traitement spécifique. Autrefois la médication symptomatique était seule en usage et des guérisons inespérées lui furent trop souvent attribuées. En matière d'encéphalite aiguë infantile, l'interprétation des résultats thérapeutiques sera prudente. (*Le Bulletin Médical*, 18 février 1939.)

La cure d'insuline peut-elle guérir le diabète ?

Le mode d'action de l'insuline reste encore bien mystérieux ; en faisant la piqûre, nous n'appliquons pas une médication purement substitutive ; ce n'est pas tant l'insuline elle-même qui manque au diabétique, mais bien le moyen d'utiliser l'insuline qu'il sécrète ou de l'exporter ; et, dans ce mécanisme de l'exportation, d'autres glandes sans doute interviennent avec le système nerveux : l'insuline que nous injectons agit-elle sur le glycogène hépatique, par l'intermédiaire du système nerveux, ou en mettant en branle d'autres glandes endocrines ? On conçoit alors que, dans bien des cas, le traitement le mieux suivi donne des résultats irréguliers, du fait de l'état lui-même irrégulier de l'équilibre nerveux et endocrinien.

On est même à se demander si, dans certains accidents d'hypoglycémie paradoxaux, le pancréas du diabétique ne se réveille pas par instants pour ajouter son insuline à celle de la piqûre. Enfin, il y a le facteur tissulaire d'absorption du médicament, qui entre en jeu à ce point que, chez un même malade, l'action d'une même dose d'insuline ne se fait pas toujours sentir dans le même temps, suivant les heures de la journée.

Ces considérations exposées, P. Mauriac distingue, dans les résultats du traitement par l'insuline, d'une part l'équilibre du diabète et d'autre part l'amélioration du diabète. Pratiquement, on rencontrera des diabétiques très faciles à équilibrer, c'est-à-dire pour lesquels on trouve la dose d'insuline et le régime convenables pour amener le sucre à zéro. On en rencontrera d'autres, qui demanderont des mois pour arriver à un équilibre convenable. On en rencontrera,

enfin, qui déroutent l'observation la plus soigneuse, et pour lesquels on est obligé de se contenter d'un « à peu près » peu satisfaisant.

Quant à l'amélioration du diabète, la tolérance plus grande aux glucides, la diminution des doses d'insuline nécessaires ne seront obtenues qu'à la longue par un traitement régulier, sans écarts, sans accidents. Une faute de régime, une négligence dans l'adaptation des piqûres, une aggravation même récente de l'état diabétique compromettent la situation, et font perdre en quelques jours ce qui n'a été acquis qu'en plusieurs mois. Un diabète a d'autant plus de chances de s'améliorer vraiment qu'il est soigné plus rapidement, dès l'apparition des premiers signes.

Si bons, si encourageants que soient les résultats de la cure insulinique, ils ne doivent pas nous rendre trop optimistes sur la possibilité d'une guérison brève, que les auteurs n'ont d'ailleurs jamais observée. Il faut se souvenir que l'amélioration la plus étonnante obtenue dans la cure d'un diabète n'est pas une raison pour se départir de la régularité ou de la constance dans les soins ; car la rechute est plus proche que la guérison. (*Paris Médical*, 25 février 1939.)

L'ouabaïne Arnaud

L'ouabaïne Arnaud, qui provient du strophantus gratus, constitue un produit bien défini, toujours identique à lui-même, dont les solutions aqueuses peuvent, dans certaines conditions, être conservées sans subir d'altération. Le nom d'ouabaïne, définitivement admis pour cette substance, est une sûre garantie contre toute confusion avec les diverses strophantines, dont l'action n'est pas toujours exempte de dangers.

Le Docteur DIMITRACOFF résume, ainsi qu'il suit, les indications de l'ouabaïne Arnaud dans toutes les insuffisances du cœur, aiguës, progressives et chroniques :

1° Dans l'*insuffisance aiguë*, le plus souvent du cœur gauche, accompagnée de la dyspnée terrible que l'on sait et de l'œdème pulmonaire avec ses crachats caractéristiques, on doit faire, sans perdre de temps, la saignée classique et injecter par voie veineuse 1/4 de mg. d'ouabaïne Arnaud ; cette injection sera répétée les jours suivants.

2° Dans toutes les autres insuffisances cardiaques, sans tenir compte s'il y a arythmie ou non, on peut recourir à la solution d'ouabaïne à 2/100 ; l'*insuffisance progressive du cœur gauche* chez les hypertendus, les aortiques et les porteurs de lésions orificielles, chez les néphrétiques chroniques. Dans les cas de bruit de galop, symptôme caractéristique de la dilatatation du ventricule, l'ouabaïne relève rapidement le tonus.

3° *L'insuffisance du cœur droit*, si fréquenet chez les bronchitiques chroniques avec emphysème et chez les scléreux pulmonaires, lors de la sclérose de l'artère pulmonaire, chez les mitraux, chez les parturientes ou après l'accouchement.

4° Dans les *myocardites* chroniques à rythme régulier du cœur et les arythmies des artério-scléreux.

5° Dans l'angine de poitrine d'effort. Spécialement contre les symptômes d'insuffisance cardiaque dans la thrombose coronarienne, on donne de XX à XXX gouttes par jour de la solution d'ouabaïne à 2/100 avec de très bons résultats.

6° Dans les troubles de conduction, maladie d'Adam-Stokes, où la digitale est contre-indiquée.

7° Dans la *tachycardie paroxystique*, surtout quand la crise se prolonge et que l'insuffisance cardiaque devient menaçante, l'injection intraveineuse d'ouabaïne a souvent réussi à couper la crise (Vaquez).

8° Dans toutes les *maladies infectieuses* (fièvres typhoïdes, typhus exanthématique, pneumonie, diphtérie, scarlatine, grippe, etc.) quand il y a lieu de craindre l'insuffisance cardiaque, l'ouabaïne est le plus sûr des cardiotoniques.

Bien que tous les auteurs soient d'accord pour citer comme contre-indication aux injections intraveineuses les endocardites aiguës et surtout l'endocardite lente, on ne voit pas de contre-indication pour la solution glycéro-alcoolique d'ouabaïne.

En conclusion, l'ouabaïne Arnaud est, comme la digitale, un cardio-tonique majeur. Elle est mise au point sous ses deux formes pharmaceutiques : ampoules injectables et solution à 2/100 pour la voie buccale. On ne craindra pas de se servir, dès le début et sans trop tergiverser, de ces deux puissants cardio-toniques, afin d'éloigner le plus possible l'échéance fatale de l'insuffisance cardiaque irréductible. (*La Presse Médicale*, 15 octobre 1938.)

Action de la stérilisation et de quelques modes de conservation sur le pouvoir antiscorbutique du jus de citron

D'après les recherches faites par G. MOURIQUAND, H. TETE, G. WENGER er P. VIENNOIS, la stérilisation fraîche du jus de citron n'atténue pas son pouvoir antiscorbutique, lequel est suffisant pour empêcher l'évolution du scorbut du cobaye pendant au moins 100 jours ; il en est de même pour la stérilisation ou la conservation prolongée sous azote. Au contraire, si le jus de citron est maintenu au contact de l'air, on note par suites de phénomènes d'oxydation ainsi provoqués une baisse rapide de son pouvoir antiscorbutique. (*Le Journal Médical Français*, janvier 1939.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Essai de chimiothérapie du trachome

(MM. Et. BURNET, CUÉNOT et NATAF, de Tunis ; 7-3-1939)

MM. Burnet, Cuénot et Nataf ont essayé dans le traitement du trachome le dérivé glucosé du 4 : 4'-diaminophénylsulfoné. Le 4 : 4'D a été employé seul, en injections locales, sans qu'on y associât aucune intervention opératoire, ni aucun médicament, cuivre, mercure, phénol, chaulmoogra.

Le traitement s'est montré peu actif sur la conjonctive, mais, par contre, très efficace sur la cornée.

Sur un cas d'endothéliome pleural

(M. A. COURCOUX ; 7-3-1939)

M. Courcoux a eu l'occasion d'observer un cas de cancer pleural primitif dont il a pu faire le diagnostic clinique, en particulier grâce aux aspects radiologiques. La symptomatologie a été celle d'une pleurésie. La radiologie a montré dans l'hémithorax malade une série de bosselures polycycliques d'opacité variable, les unes claires, les autres complètement opaques.

Pancréatite aiguë hémorragique et ascaride

(M. LECERCLE, de Damas ; 7-3-1939)

L'auteur a assisté à l'évolution classique d'une pancréatite aiguë hémorragique. Au cours de l'opération, il a trouvé, en outre, dans les voies biliaires, un ascaride et il se demande si ce parasite n'a pas joué un rôle dans l'étiologie de la pancréatite.

Une enquête médico-sociale sur les jeunes chômeurs à Paris

(Mlle SERIN et M. TARGOWLA ; 7-3-1939)

L'enquête en question a porté sur 234 adolescents de quatorze à dix-huit ans, dont 163 garçons et 71 filles, inscrits au chômage. Les auteurs signalent l'absence d'illettrés mais, par contre, la tendance manifeste, du moins pour une certaine catégorie de jeunes sujets, à préférer l'apprentissage en atelier (plus rapidement lucratif) aux Ecoles professionnelles. Physiquement, l'habitus infantile persistait assez souvent, soulevant des problèmes sociaux, quant à l'éducation physique et à l'alimentation.

Il se dégage de ces données, la nécessité d'une politique de l'adolescence prolongeant au delà de l'âge scolaire la politique de l'enfance dont les résultats sont dès à présent appréciables.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Traitement de la ptose gastrique

(M. G. LAMBRET, de Lille ; 18-1-1939)

Au cours de séances récentes de l'Académie de chirurgie, le traitement chirurgical de la ptose gastrique a été remis en question. D'une façon générale, on le sait, les chirurgiens sont ici peu partisans de l'intervention en raison de l'incertitude des résultats et de l'état général et psychique des malades atteintes de cette affection, état la plupart du temps névropathique et volontiers revendicateur.

M. Lambret est d'un avis différent. En remontant l'estomac par la grande courbure, on peut, estime-t-il, ouvrir largement l'angle antro-pyloro-bulbaire, faire cesser la traction due à la chute de l'organe. M. Lambret a obtenu des résultats favorables dans la plupart des cas. Si l'opération est pratiquée de bonne heure les échecs sont plus rares.

— M. HARTMANN rapporte l'histoire d'une malade qu'il a opérée de ptose gastrique il y a vingt-trois ans. L'amélioration obtenue a été durable.

Anévrysme artério-veineux huméral spontané

(M. Pierre GOINARD, d'Alger. — Rapport de M. P. WILMOTH : 1-2-1939)

Il est classique de dire que l'anévrysme artério-veineux a généralement une origine traumatique et qu'il est exceptionnellement spontané.

M. Goinard rapporte le cas d'une jeune Algérienne de dix-huit ans, enceinte pour la seconde fois, et atteinte d'un anévrysme artério-veineux huméral, de la grosseur d'un œuf de poule. Une résection artérielle étendue fut pratiquée et la malade repartit chez elle, guérie, trois semaines après l'opération.

Trois points de cette observation sont à signaler : l'origine spontanée de l'anévrysme d'abord ; un certain allongement du squelette constaté sur le membre atteint, ensuite ; une répercussion de la lésion sur le système veineux, enfin.

L'anévrysme artério-veineux est ici apparu sans traumatisme. On peut penser au facteur étiologique gravidité. On sait, en effet, que le facteur gravidité a été invoqué pour l'anévrysme artério-veineux sinuso-carotidien non traumatique, qui se traduit par l'exophtalmos pulsatile. L'avant-bras du côté malade offrait une longueur supérieure de 3 cm. à celle de l'avant-bras du côté sain, avec disparition des cartilages de conjugaison. Existaient, en outre, quelques caractères contradictoires de la pression artérielle et de la pression veineuse. P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

L'influence de la pyrétothérapie sur un cas de paralysie générale avec lésions oculaires

(MM. G. PAMBOUKIS et A. DADOUNIS, d'Athènes ; 20-1-1939)

Il s'agissait d'un malade atteint de paralysie générale avec kératite et ulcération de la cornée. En dehors des bons résultats de la malariathérapie sur l'évolution clinique de la maladie en général, il faut insister sur l'effet favorable immédiat, vraiment impressionnant, de la pyrétothérapie sur la kératite parenchymateuse et l'ulcération de la cornée, résistant à tout traitement depuis quatre mois environ. La pyrétothérapie était naturellement associée au traitement spécifique. Il y a lieu de noter que le résultat obtenu dure depuis presque sept ans.

Il est à noter que le malade en question présentait une sensation de bien-être toutes les fois que, au cours de ces dernières années, il présentait un accès fébrile, soit pendant une grippe, soit à la suite d'un simple refroidissement ou d'un embarras gastrique.

Cette observation très démonstrative prouve en outre que la pyrétothérapie a exercé une influence nette et favorable sur les lésions de syphilis tertiaire. Peut-être sera-t-il utile d'envisager un jour son application précoce non seulement contre les altérations quaternaires (post-luétiques) mais aussi bien contre celles de la syphilis tertiaire (luétiques).

Note sur la vaccination par l'anatoxine diphtérique de 172 enfants tuberculeux

(MM. Et. BERNARD, P. ZYVY, J. WEIL et P. CHICHE 10-11-1938)

Les auteurs observaient chaque année deux ou trois cas d'angine diphtérique avec tous les inconvénients qui en découlaient : évacuation, contagions diverses, etc... C'est pourquoi ils ont résolu de recourir à la vaccination par l'anatoxine diphtérique.

Ils n'ont retenu comme contre-indications que les sujets ayant une température au-dessus de 38°5 et, d'une façon plus générale, ceux qui étaient dans un état grave ou cachectique. Ce lot n'a représenté qu'un petit nombre de cas. Un enfant entré avec une fièvre élevée était vacciné au moment où la fièvre s'abaissait au-dessous de 38°5. Les nourrissons recevaient l'anatoxine à partir de 9 mois. La première piqûre était faite en général une quinzaine de jours après l'entrée du tuberculeux. Le nombre des piqûres, les délais entre les piqûres et les doses utilisées ont été conformes aux méthodes en usage chez les enfants non-malades. Les enfants qui avaient été vaccinés antérieurement ont été l'objet d'une injection de rappel.

En trois ans, 172 enfants ont été vaccinés, la plupart avec trois injections d'anatoxine, un certain nombre avec deux piqûres seulement. Le total des injections pratiquées a été de 430.

Chez 114 enfants, aucune réaction n'a été observée, la courbe thermique ne subissant le lendemain ou les jours suivants aucune modification ; quand le sujet présentait de la température, l'injection d'anatoxine n'a pas exagéré l'hyperthermie. Dans 33,7 % des cas, la courbe thermique a subi une ascension d'amplitude variant de 0°3 à 1°5 : tantôt simple clocher éphémère, tantôt élévation thermique durant deux ou trois jours. Cette hyperthermie réactionnelle est survenue en général le lendemain de la piqûre ; elle n'a commencé quelquefois que le surlendemain. Ces réactions sont plus fréquentes dans le jeune âge, contrairement à ce qui est classique chez les sujets ordinaires ; ce fait peut être dû à l'instabilité thermique au cours de la tuberculose chez le jeune enfant.

En dehors de ces incidents de température, on n'a relevé aucun fait pathologique méritant d'être souligné. Enfin, chose importante, dans aucun cas sur 172 enfants vaccinés, ni l'examen clinique ni l'étude radiologique n'ont permis de constater une évolution tuberculeuse paraissant liée à l'injection vaccinale.

S'il fallait démontrer l'innocuité de l'anatoxine diphtérique, pourrait-on en donner une preuve plus flagrante. Quant à son efficacité un seul cas d'angine diphtérique a été constaté en trois ans et demi. Depuis 1936, la diphtérie a disparu du service. Quant au problème des porteurs de germes, problème toujours si ennuyeux dans un service d'enfants, il a été simplifié au maximum. On ne s'en est plus préoccupé.

M. CHEVALLEY a étudié sur 200 cas récents les conditions de la vaccination antidiphtérique chez les enfants hospitalisés pour tuberculose de primo-infection à Brévannes. Les incidents sont très fréquents (60 % des cas en moyenne) surtout avant 4 ans, en période de tuberculose évolutive (86 %). Les réactions consistent en fièvre éphémère ou cyclique, isolée dans les 2/3 des cas, associée à un catarrhe des premières voies aériennes dans 1/5 des cas, et à des troubles digestifs pour le reste. Jamais elles n'ont déclenché de poussée évolutive de tuberculose. Depuis trois ans, 2.000 enfants tuberculeux admis à Brévannes ont été vaccinés dès l'entrée avec injection de rappel après quinze mois de séjour ; ils ont été ainsi protégés contre la diphtérie, sans aucun inconvénient appréciable.

G. F.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 février 1939

Gastrocolopexie dans les distensions gastriques avec ptose du gros intestin

M. René GAULTIER précise les indications du traitement médico-chirurgical des grandes distensions atoniques de l'estomac, accompagnées ou non de l'abaissement de son segment pylorique, de la ptose du duodénum et du gros intestin. Il passe en revue les diverses techniques de gastro-colopexie et montre les bons résultats que l'on peut obtenir de certaines d'entre elles, les indications et les contre-indications en ayant été au préalable bien pesées par la clinique et la radiologie.

M. DUPUY DE FRENELLE approuve M. Gaultier et insiste lui aussi sur la nécessité de la colopexie jointe.

M. LE GAC admet la possibilité de l'utilité de ces opérations de suspensions bien faites et non dangereuses, mais il est opposé dans ces cas à des opérations s'adressant à la vidange de l'estomac, comme la gastro-entérostomie.

De l'influence du champ électrique terrestre sur le corps humain isolé ou non isolé

MM. GÉRARD et DEILLE communiquent une étude qui a eu pour objet de montrer comment en isolant électriquement le corps humain, capacité d'une des armatures du champ électrique terrestre dont il subit l'influence, le retour au calme après l'effort (par le retour plus rapide à l'équilibre ionique troublé) s'établit dans un temps plus court.

Les indications opératoires de trente-trois hystérectomies vaginales récentes

M. P. SÉJOURNET. — Parmi les utérus qui saignent ou présentent des lésions de métrite invétérée un certain nombre sont justiciables de l'hystérectomie vaginale. La vaginale doit être réservée aux utérus de moyen volume, non adhérents et ne s'accompagnant pas de lésions annexielles. Dans les métrites hémorragiques, la vaginale sera conservatrice et doit être préférée à la radiothérapie qui provoque la castration avec tous ses troubles.

Nouveaux cas de sténoses congénitales de l'œsophage

M. Jean GUISEZ rapporte quatre nouvelles observations de sténoses œsophagiennes chez de jeunes enfants. L'origine congénitale ne fait pas de doute puisqu'elles se sont manifestées dès les premiers mois de la vie et surtout lors du passage de l'alimentation purement liquide à des bouillies plus épaisses. Le traitement basé sur des constatations endoscopiques précises a permis de recalibrer l'œsophage et de rendre à ces jeunes enfants une alimentation normale.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(7-2-1939)

Au sujet des améliorations aux locaux des infirmeries régimentaires

M. MILLET résume les améliorations désirables. Parmi les plus importantes, il cite : l'aménagement d'un abri Z de guerre dans le sous-sol ; trois salles d'attente au moins (dont une pour les familles) ; l'installation d'une cuisine, de salles de soins et d'une salle de réunion aux étages ; la création d'un service de contagieux (à capacité variable) ; l'installation d'un bureau pour les secrétaires (Bureau des entrées) ; chauffage central automatique assurant la distribution d'eau chaude. Il rappelle, en outre, que les médecins doivent s'efforcer d'apporter des améliorations de détails dont il a énuméré antérieurement un grand nombre (ameublement, éclairage, etc.).

Désorientation en vol d'avion. Troubles intellectuels post-commotionnels

MM. CARROT et GIORDAN rapportent l'observation d'un officier aviateur, pilote d'avant guerre, âgé actuellement de 57 ans, qui, en 1922, fait une chute grave avec perte de connaissance de 24 heures.

A sa reprise de service, il fait des fautes d'orientation, de plus en plus marquées. Baisse progressive de la mémoire. En 1934, apparition d'épilepsie. Désorientation progressive, se perd dans les rues. Les essais de reprise de vol sont malheureux et les fautes d'atterrissage constantes.

A propos de cette observation, les auteurs insistent sur la nécessité de facultés psychiques intactes pour le pilotage, de perceptions normales et rapidement intégrées, d'une mémoire suffisante. L'orientation du pilote sans appareils de bord est un travail intellectuel à base essentiellement optique.

Psychose colibacillaire et collection purulente rétro-cæco-colique

MM. A. BARRAIX et R. SOHIER rapportent l'observation d'un homme de 30 ans atteint d'un phlegmon rétrocolique qui extériorisa une symptomatologie psychique riche, à base d'agitation maniaque et de sub-confusion ; elle céda lorsque les signes locaux devinrent très apparents. Guérison complète par le drainage. Ils envisagent le rôle de la suppuration colibacillaire dans la détermination des troubles psychiques et le balancement psycho-somatique de l'infection.

M. POMME insiste sur le bon pronostic psychique de ces confusions d'origine infectieuse chez des sujets bien équilibrés et sans antécédents psychopathiques.

Diplacousie transitoire survenue après une ponction lombaire

M. Millet. — Après une ponction lombaire, et pendant environ six mois, chaque son émis était entendu avec un double d'intensité moindre, à l'unisson vers le mi aigu (au-dessus des lignes de la portée de sol), et avec un intervalle augmentant vers les notes graves en même temps que l'intensité de ce son parasite diminuait. L'explication pathogénique en semble difficile. L'auteur ne se rallie pas à un phénomène physique d'interférence dans l'appareil de transmission, mais pense à un déséquilibre tensionnel des liquides labyrinthiques des deux oreilles (hypotension unilatérale due à une obstruction par bride anormale de l'aqueduc du limaçon).

Contribution à l'étude de la pathogénie de la fièvre bilieuse hémoglobinurique

M. Phylactos (Grèce) étudie les causes de la fièvre bilieuse hémoglobinurique : pour qu'apparaisse cette complication du paludisme, il faut d'abord qu'il existe une prédisposition à l'hémolyse, créée le plus souvent par l'infection palustre, mais qui peut être aussi congénitale.

La quinine agit comme agent anaphylactique préparant et déclenchant, à des doses variables suivant la sensibilité individuelle. La conclusion thérapeutique est l'abstention d'administration de quinine pendant l'accès et la possibilité de désensibiliser le sujet par l'ingestion répétée de petites doses du médicament lorsque la crise est terminée.

Lille

Société médicale et anatomo-clinique

Sur les métastases osseuses du cancer primitif du poumon

MM. Bernard et Desoutter. — A propos de deux observations de cancer primitif du poumon avec métastases osseuses, les auteurs exposent les problèmes diagnostiques posés par une telle association.

Les métastases peuvent survenir à tous les stades évolutifs de l'affection pulmonaire, mais celles qui surviennent aux tout premiers stades sont plus difficiles à identifier. La symptomatologie est généralement bruyante, en raison des phenomènes de compression de voisinage, contrairement aux autres localisations viscérales profondes, le plus souvent silencieuses.

Réflexions sur les nouvelles méthodes de traitement des états schizophréniques (première note)

MM. Le Grand, Giscard et Herbaux. — La thérapeutique par le choc est entrée déjà depuis de nombreuses années dans la pratique psychiatrique. Toutefois, il faut faire une place à part dans le traitement dse états schizophréniques, à deux méthodes récentes dont l'efficacité paraît très remarquable : l'insulinothérapie et la cardiazolthérapie.

Dans cette première note, les auteurs se bornent à étudier la technique de l'insulinothérapie. Ils insistent sur la nécessité formelle de ne réaliser cette thérapeutique que dans des conditions techniques très précises, si l'on veut se mettre à l'abri des accidents et obtenir les meilleurs résultats possibles. Ils décrivent les différentes phases du choc hypoglycémique, jusqu'au coma, et donnent toutes les précisions voulues sur la surveillance du malade pendant le choc.

Un cas de pancréatite œdémateuse

M. Vincent. — Il s'agit d'un cas de pancréatite œd mateuse observée chez un homme de 27 ans, présentant un syndrome aigu abdominal.

Le traitement a consisté dans le drainage de l'arrière-cavité des épiploons. A ce propos, l'auteur fait plusieurs remarques concernant la pathogénie et le traitement de cette variété de pancréatite.

Fausse hémicraniose. Métastase osseuse d'un cancer du sein

MM. Dereux, Sorrant et Dutilleul. — Les auteurs relatent l'observation d'une malade qui a présenté une affection osseuse évoquant, par sa distribution, sa délimitation, son aspect clinique, l'hypothèse de l'hémicraniose de Brissaud et Lereboullet. Une analyse clinique minutieuse, des radiographies précises, montrent qu'il n'en est rien. Il ne s'agit même pas d'une hémicraniose acquise, réaction particulière d'une moitié du crâne à une tumeur méningée, mais d'une fausse hémicraniose, consécutive à un développement particulièrement curieux d'une métastase d'un cancer du sein.

Sur les complications d'un méga-œsophage

MM. Bernard, Baude et Dansette. — A propos d'une observation d'œsophagite et de deux observations de gangrène pulmonaire compliquant un méga-œsophage, les auteurs passent en revue les diverses complications que peut entraîner cette affection.

Souvent bien toléré durant de longues années, le méga-œsophage peut entraîner la mort lente, par inanition, par tuberculose pulmonaire, ou subite, par irritation du pneumogastrique. Ses complications peuvent être de trois ordres : infectieuses (œsophagite, médiastinite, gangrène pulmonaire, bronchiectasie), mécaniques (compression des divers organes du médiastin), dégénératives (cancer).

Les Congrès

◆ ◆ ◆

XXXIVe SESSION D'ASSISES DE L'ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Le cancer de l'utérus

Par GERMAIN BLECHMANN

Le 8 janvier 1939, les Assises présidées par M. Georges LABEY, se sont réunies à l'Hôtel-Dieu de Paris et ont couronné comme lauréat du XXVe prix Debat, notre collègue Louis BETHOUX, de Grenoble (Isère).

Synthèse des conclusions des Assises départementales

Par M. HENRI GODLEWSKI.

Fréquence

Il est dit partout avec insistance que le cancer de l'utérus est d'une importance numérique très inférieure à celle des cancers digestifs et du cancer du sein. Il figure dans la liste générale des cancers, le plus souvent dans la proportion de 7 % et tout au plus 10 % (Moselle, Lot), 15 % (Charente-Inférieure). « Il semble surgir au hasard, tandis que les cancers digestifs ont, dans certains villages les allures d'une endémie » (Eure-et-Loir).

La plupart des départements constatent que le cancer de l'utérus n'est pas particulièrement fréquent (surtout en Pyrénées-Orientales, Puy-de-Dôme, Sarthe, Finistère). Dans ce dernier département même, il est, dans certains cantons, si exceptionnel qu'au cours de longues carrières il n'en est observé qu'un nombre infime de cas.

Aussi exceptionnelle est la recrudescence régionale. Elle n'est signalée inquiétante qu'en Vaucluse. Partout ailleurs, il y a stabilité ou même plutôt régression (Charente-Inférieure, Bouches-du-Rhône).

Un peu partout, on rencontre le cancer familial, bien moins souvent le cancer conjugal. Les médecins de campagne voient plus le cancer utérin dans les agglomération que dans les fermes isolées (Dordogne, Maine-et-Loire).

Quant à la fréquence relative des localisations au corps et au col, ce dernier est beaucoup plus souvent en cause (80-90 %).

Diagnostic

Partout beaucoup de malades, par crainte, ignorance ou pudeur, ne font part que tardivement de leurs troubles et ne les révèlent au médecin qu'à une période déjà fatale. Elles font ainsi obstacle au *diagnostic précoce* indispensable : « Le salut de la femme est dans l'examen gynécologique et la biopsie de toute lésion suspecte » (Pyrénées-Orientales).

Les signes cliniques, et surtout les petites pertes spontanées ou au moindre contact, ont une valeur capitale. Dès qu'ils lui sont révélés le praticien recherche au toucher la dureté ligneuse de la lésion, le « chancre induré cancéreux ». Il examine l'ulcération au spéculum, même à la colposcopie — procédé facile et qui se répand ; il utilise le badigeonnage au lugol pour repérer la localisation douteuse sur laquelle portera la biopsie, confiée à des mains expertes.

S'il ne trouve pas de lésion au col, suspectant un cancer du corps, il envoie la malade au chirurgien, qui décide en général le curetage dans un double but thérapeutique et biopsique : « on découvre ainsi des cancers au début, qui étaient à peine soupçonnés » (Bas-Rhin) et l'on constate que plus de la moitié des cas cliniquement suspects sont histologiquement cancéreux (Pas-de-Calais).

Thérapeutique

Ces Assises ont montré qu'il y avait, en France, accord unanime sur la thérapeutique du cancer de l'utérus : le cancer du corps est chirurgical, tandis que pour le cancer du col, les chirurgiens ont de plus en plus abandonné le Wertheim pour la physiothérapie.

Les conclusions de l'Orne ont ainsi résumé l'opinion la plus générale :

La règle est simple et appliquée presque sans exception : Chirurgie seule pour le cancer du corps ; Radium seul pour le cancer du col.

Ainsi sont obtenus aujourd'hui des résultats inespérés jadis ; toutefois, la chirurgie conserve à son actif les brillants résultats que dès la fin du siècle dernier, le Professeur Jean-Louis Faure avait montrés possibles pour la guérison du cancer du col.

Prophylaxie

La lutte contre le cancer utérin doit se poursuivre par :

a) *L'éducation des femmes*, qui doivent apprendre que tout signe utérin anormal doit nécessiter un examen gynécologique (Haute-Savoie) ;

b) *L'action contre le charlatanisme* devenu danger public. A lui seul, il détourne une grande partie des

malades, à la période initiale où les soins utiles, unanimement reconnus efficaces, assureraient la guérison (Maine-et-Loire).

***

M. Georges Labey, président des Assises. — Nous possédons aujourd'hui, pour arriver à ce diagnostic précoce, des moyens d'investigation dont les plus récents, l'hystérographie et l'hystéroscopie, ne sont qu'un adjuvant du curetage biopsique, seul élément de certitude s'il est positif.

Si, dans le cancer du corps, le diagnostic est parfois difficile mais la thérapeutique bien fixée, les éléments sont renversés pour le cancer cervical.

Ici, la lésion est ordinairement visible, et l'examen microscopique d'un fragment prélevé permet d'en confirmer la nature maligne.

Lettre du Prof. Jean-Louis Faure. — Toute la question revient au dépistage précoce. Si l'on veut que ce dépistage soit fait en temps opportun, il faut faire l'éducation et du public et du Corps médical, c'est une question de propagande.

M. A. Siredey. — Il y a environ près d'un demi-siècle que je me suis attaché à l'étude clinique du cancer utérin.

On nous enseignait jadis, que le diagnostic du cancer utérin repose sur le trépied suivant : douleurs, hémorragies et ulcérations. Rien n'est plus faux : la douleur fait presque toujours défaut au début du cancer utérin — il en est de même de l'ulcération.

Le premier et unique symptôme dans l'immense majorité des cas consiste dans la perte de sang.

M. de Fourmestraux, de Chartres, rappelle que Claude-Anthelme Récamier avait, le 23 juillet 1829, en présence de Marjolin et de Breschet, enlevé un cancer utérin par la voie basse, et guéri sa malade qui survécut une année.

Fréquence régionale

M. Latour, de Buzançais. — Sur la question du traitement des cancers du col, l'unanimité des chirurgiens s'est faite pour reconnaître que, sauf dans certains cas d'espèce, la chirurgie devait céder le pas à la radiumthérapie.

M. Freysz, de Strasbourg. — Le cancer de l'utérus est fréquent dans nos départements de l'Est, du Bas-Rhin et de la Moselle.

M. R. Dubois, de Saujon. — Tous nos confrères ont attiré l'attention sur la diminution de fréquence du cancer du col observée depuis quelques années. Avec Torlais, de La Rochelle, ils attribuent ce fait au succès des soins locaux appliqués au traitement des cervicites, des ulcérations du col, des métrites, de toutes les irritations locales en un mot.

M. Paul Durand, de Courville. — Si je considère le nombre des cancers que j'ai pu observer en vingt ans, je constate que ce chiffre n'est pas supérieur à 20. Ainsi chacun de nous est appelé à diagnostiquer *par an environ « un cancer utérin »*. C'est donc cet unique cas annuel qu'il s'agit de ne pas méconnaître.

M. René Huguenin. — M. le Recteur Roussy et moi-même, avons toujours à batailler avec les internes de l'Institut du cancer qui, par scrupule d'exactitude scientifique, font mourir tous les malades de l'hôpital de gangrène pulmonaire, d'urémie, d'insuffisance cardiaque, alors qu'ils avaient un cancer de l'œsophage, de la cavité abdominale ou thoracique, cause première des accidents terminaux : si bien, qu'à en croire les statistiques officielles avant qu'elles ne fussent corrigées, il n'y aurait guère de pays, en France, où l'on meure moins de cancer qu'à Villejuif !

M. Paul Viard. — La notion de terrain familial, là encore, domine la notion de maladie et si la carcinomatose en elle-même ne semble pas héréditaire, ce qui semble bien l'être, c'est le terrain cancérisable.

Diagnostic

M. Delmas, d'Agen. — J'insiste sur la nécessité — en matière gynécologique — d'examiner les malades seules, sans leurs famille et sans leurs maris.

M. Adrien Piollet, de Clermont. — Je crois que *seule* la biopsie peut nous donner une certitude, mais qu'elle ne doit pas être pratiquée à la légère, qu'elle demande de réelles précautions, et qu'elle ne doit être exécutée que par le chirurgien et en milieu chirurgical, à l'hôpital ou à la clinique, car elle peut être la cause d'accidents parfois redoutables.

M. Claude Béclère. — Pour dépister précocement les cancers du col de l'utérus dès leur début, il faut adjoindre à la biopsie superficielle classique (surtout chez les femmes jeunes et dans le cas d'hémorragie après les rapports), un curettage biopsique de l'entrée du canal cervical.

Pour dépister précocement tous les cancers du corps au début, la meilleure technique est de réaliser une hystérographie chez toutes les femmes présentant des hémorragies utérines anormales d'origine inconnue. On complète l'hystérographie par un curettage biopsique dans les cas où l'examen radiologique révèle l'existence d'une lésion intra-utérine.

M. Filhoulaud. — La première et peut-être la plus importante des difficultés en matière de diagnostic précoce du cancer utérin est d'ordre social.

En pratique, c'est avant l'apparition des métrorragies qu'il faudrait découvrir le cancer du col, pour en faire véritablement un diagnostic précoce.

Celui-ci ne pourra donc être réalisé que par une systématisation des examens gynécologiques (et surtout de l'examen au spéculum), par leur répétition à intervalles réguliers surtout au cours de la période juxta-ménopausique.

M. Marcel Chaton, de Besançon. — Deux vœux à transmettre aux Pouvoirs publics ne seraient-ils pas dignes de retenir l'attention de l'Assemblée française de la médecine générale :

1° Qu'aux centres de natalité soient aussi donnés désormais le titre et les fonctions de « Centre de traitement de la stérilité pathologique et de dépistage des maladies de la femme » ;

2° Que chaque année chez toute femme titulaire

des Assurances sociales et entre l'âge de 40 à 50 ans, fut accordée, à raison d'une par semestre, une consultation gratuite de médecine générale au cours de laquelle le médecin praticien aurait pour objectif spécial d'explorer, en y recherchant le cancer, la sphère génitale des malades.

Traitement

M. Louis HAUTEFORT. — S'il s'agit du cancer du corps, la chirurgie reprend ses droits, et l'hystérectomie totale demeure la méthode de choix.

M. Adrien PIOLLET, de Clermont. — Faut-il, à l'intervention chirurgicale, même pour le cancer du col, au début, préférer l'application de radium ?

J'avoue que, songeant aux risques opératoires comparés à ceux d'une bonne application de radium, je préfère de beaucoup conseiller à mes malades le traitement curiethérapique.

M. DELMAS, d'Agen. — En pratique, devant un cancer du col même récent, mais confirmé par la biopsie, nous orientons la malade vers le radium.

M. Antoine BÉCLÈRE. — Dans le traitement du cancer du col utérin, le seul dont je veuille parler, le radium et les rayons X ont presque complètement remplacé la chirurgie et considérablement élargi les limites de la curabilité ; c'est une des plus belles conquêtes de la radiothérapie.

M. E. WALLON. — La supériorité des radiations s'est affirmée peu à peu, au fur et à mesure qu'on en constatait les heureux effets.

Ce qu'il faut donc : *c'est un traitement énergique et efficace.* Il faut faire donner au radium tout ce qu'il peut et il peut beaucoup.

M. E. PETIT DE LA VILLÉON. — Pour le cancer du corps, nous sommes tous d'accord : chirurgie.

Pour le cancer du col : dans les publications que j'ai faites, il y a six et sept ans, je disais : 1er temps, curie-thérapie ; 2e temps, chirurgie par ce que j'appelais le « Wertheim diminué ».

Aujourd'hui, j'y ajouterai un 3e temps post-opératoire : rœtgenthérapie par application périphérique, mais bien au voisinage de 300.000 volts.

M. DE FOURMESTRAUX, de Chartres. — Le privilège relatif d'avoir fait ma première hystérectomie pour cancer, il y a trente-deux ans, me permet d'affirmer que j'ai la joie de revoir des cancéreuses, opérées avec diagnostic certain, et confirmation histologique depuis plus de vingt ans.

M. René HUGUENIN. — Le traitement par les radiations du cancer utérin est aussi difficile à bien manier qu'un Wertheim correct à faire. Il serait donc préférable que l'on ne lise pas dans nos *Annales* que, pour traiter un cancer du col : « Il suffit de louer des tubes de radium, ce qui est très commode ». Pour mener à bien un traitement par radiations et éviter de multiples complications possibles, toute une éducation est nécessaire.

M. Georges LABEY, *président.* — Sans pouvoir donner une statistique aussi nombreuse que celle du Professeur J.-L. Faure, j'ai personnellement des opérées de plus de quinze et vingt ans (j'en ai une de trente ans) guéries de cancer du col.

A l'heure actuelle, comme je le disais à l'ouverture de cette séance, mes préférences vont à l'hystérectomie après radium.

Conclusions des Assises nationales

Le cancer de l'utérus est moins répandu que les cancers digestifs et les cancers du sein ; il est bien plus souvent localisé au col qu'au corps ; il n'est pas en général en recrudescence ; il est même des régions où il est d'une grande rareté.

Si l'on admet que cette inégalité de répartition ne tient pas au hasard, il faut en chercher les raisons, mais en se gardant d'invoquer une cause avant d'avoir établi sa constance.

Depuis le début du siècle, d'immenses progrès ont été réalisés pour le diagnostic et le traitement. Aujourd'hui, jusque dans les campagnes les plus reculées, tout praticien, au moindre doute, fait procéder à une biopsie par des mains expertes ; il y a unanimité pour considérer que la chirurgie conserve tous ses droits pour le cancer du corps et que sans abandonner ces droits pour le cancer du col, les chirurgiens le reconnaissent justiciable de la physiothérapie (radium et radiothérapie).

Malheureusement, les malades confient trop tard leurs troubles au médecin et elles perdent le bénéfice du diagnostic précoce dont dépend la guérison.

Pour amener au plus tôt les malades aux soins efficaces, la lutte anticancéreuse doit s'attacher à l'éducation des femmes. Celle-ci serait insuffisante s'il n'était pris enfin des dispositions légales et sévères contre un charlatanisme, devenu danger public, car il détourne les malades du traitement efficace en temps opportun.

THÉRAPEUTIQUE

■ ■ ■

Rhumatisme chronique et association iode-soufre-vitamine B_1

Il est un fait certain, c'est que dans la maladie rhumatismale chronique le métabolisme du soufre est profondément troublé.

Chez le rhumatisant, il y a insuffisance de glutathion, et chacun sait, à l'heure actuelle, le rôle capital que joue ce dipeptide soufré dans les phénomènes d'oxydo-réduction. Nous savons d'autre part que l'organisme du rhumatisant est extrêmement avide de soufre, et que le soufre est fixé dans une proportion d'autant plus grande qu'il n'est pas ox ydé.

Il n'est donc pas besoin d'insister sur l'intérêt que présente l'administration de soufre dans l'organisme du rhumatisant ; c'est un fait acquis, et les seules controverses à ce sujet sont celles qui portent sur la préparation soufrée à employer ou bien sur son mode d'administration. La meilleure préparation soufrée à administrer sera celle qui contiendra une forte proportion de soufre labile non oxydé, sera rigoureusement atoxique et ne causera aucune réaction de l'organisme, quel que soit son mode d'administration tout en laissant fixer son soufre par l'organisme dans les plus fortes proportions.

L'une des préparations qui nous paraît présenter, au maximum, ces qualités, est le thiosulfate de magnésium qui, en outre, est un modificateur profond de l'équilibre humoral, fort troublé dans la maladie rhumatismale, et un antichoc puissant.

Un autre corps dont le métabolisme est troublé : c'est le sucre, et la preuve en est dans l'excès fréquemment constaté, dans le sang, de l'acide oxalique dont la présence résulte d'une mauvaise utilisation du glucose.

On sait que le sucre est nécessaire à la constitution de certains glycoprotéides du cartilage, et il y a fréquemment intérêt à donner au rhumatisant un apport supplémentaire en sucre, mais encore faut-il que l'utilisation de ce sucre soit faite dans les meilleures conditions possibles.

Or, nombre de rhumatismes ont comme origine des infections, et même des infections très banales, et nous savons d'autre part que ces infections causent un déséquilibre du métabolisme des glucides par augmentation des besoins de l'organisme en vitamine B_1, régulatrice du métabolisme des glucides.

Donc, un apport supplémentaire en vitamine B_1 est nécessaire au rhumatisant. Notons de plus que la vitamine B_1 est un antialgique puissant.

Un autre corps dont l'action a été reconnue de tout temps comme hautement efficace dans le traitement de cette maladie : c'est l'iode. L'iode, dans le rhumatisme chronique, agit de plusieurs manières : c'est un antiphlogistique remarquable ,drainant vers les émonctoires, par les capillaires dilatés du fait même de son action, les produits de désassimilation, les déchets et les toxines. C'est de plus un sclérolysant puissant, et, enfin, s'il est administré sous forme d'iodure de sodium, dont le neurotropisme est un fait indiscutable, c'est un antialgique de tout premier ordre.

Voilà donc trois éléments : iode, soufre et vitamine B_1 dont l'association constitue une synergie thérapeutique des plus intéressantes pour le traitement du rhumatisme chronique. Le seul problème à résoudre était de réunir ces trois corps dans une même préparation.

La solution a été apportée par la thionaïodine comprimés qui réalise d'une façon parfaite ce complexe, sous forme de thiosulfate de magnésium, dont l'ion magnésium vient encore ajouter son action antispasmodique et neuro sédative à celle de l'iodure de sodium et de la vitamine B_1 cristallisée, qui en forment les deux autres constituants, apportant ainsi à l'organisme les *doses nécessaires* de ces trois éléments pour réaliser un traitement de fond de la majorité des manifestations du rhumatisme chronique, un traitement complémentaire des cures thermales sulfureuses et même un traitement immédiat de certaines algies (myalgies, lumbagos, etc.) dont l'acuité ne nécessite pas un traitement par voie parentérale.

L. GUIPEL.

◆ ◆ ◆ ◆

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

■ ■ ■

LA VIEILLESSE DU MÉDECIN

Voilà déjà pas mal d'années que mes fonctions de secrétaire général de la Maison du Médecin me font m'occuper de ce difficile problème et je dois à la vérité de reconnaître que l'examen des faits montre que, pour beaucoup de médecins, c'est surtout avec l'âge qu'arrivent les soucis, les préoccupations matérielles et quelquefois même le besoin.

On pourrait croire, en jugeant de l'activité d'un médecin dans la force de l'âge, qu'il vit facilement, qu'il brasse des sommes importantes et qu'il lui est facile d'amasser de quoi vivre honorablement le jour où la clientèle l'abandonnera. Je dois avouer que moi-même je l'ai longtemps cru et j'attribuais à un manque d'ordre, ou à de l'insouciance, le fait de n'avoir point assuré son avenir.

Si la chose pouvait être exacte autrefois, quand les placements d'argent étaient solides, quand la monnaie où les immeubles constituaient des placements de tout repos, il n'en est plus ainsi maintenant, et je vois souvent, que les plus travailleurs, ceux qui, par leur ordre, par leur sagesse auraient dû compter sur la sécurité de l'avenir, connaissent à leur tour le souci du lendemain quand il ne leur est plus possible de faire de clientèle.

Ce problème devient d'une telle fréquence et d'une telle acuité, que c'est un devoir d'attirer sur lui l'attention des plus jeunes, de ceux qui n'imaginent pas qu'un jour viendra où le client se fera plus rare, que la profession ne permettra plus de vivre et qu'il faudra songer avec angoisse aux difficultés du lendemain.

D'une façon générale, le médecin aime la vie familiale, son foyer compte de nombreux enfants, il y a quelques semaines, on nous donnait la liste imposante des médecins pères de familles nombreuses et nous comprenions que le Corps médical était encore un des groupements où la natalité était importante et que, de ce fait, il contribuait à la prospérité du pays. Mais les nombreux enfants sont pour un médecin, une bien lourde charge, et l'un d'eux dont je recevais, il y a quelques semaines les confidences, ne me cachait pas qu'en dépit de son activité, en dépit de la petite fortune personnelle de sa femme, il arriverait à la vieillesse, après avoir élevé ses six enfants, après leur avoir donné une éducation et une situation, en ayant à peu près tout dépensé. Il faut réaliser ce qu'a de tragique la situation de celui qui, toute sa vie, a fait tout son devoir, qui n'a reculé devant aucune des obligations qui lui ont été imposées, et qui se rend compte qu'il va petit à petit et malgré les privations qu'il s'impose, vers le terme d'une vie de labeur où il sera réduit à une existence misérable, faute de pouvoir encore travailler.

Ces situations que bien peu connaissent, car elles ne s'étalent point au grand jour, car elles se cachent, il est nécessaire cependant d'en parler, car trop souvent on a considéré le médecin comme un des derniers capitalistes, comme un de ces manieurs d'argent que le fisc se doit de débusquer et qu'il convient d'imposer durement.

C'est toujours en partant de cette idée fausse du médecin gagnant beaucoup que les démocraties ont édifié contre lui tout un système social destiné à limiter ses gains, à diminuer le nombre de ses clients payants, et à lui imposer des tarifs limitatifs comme si l'acte médical avec toute la science qu'il demande, avec toutes les responsabilités qu'il comporte pouvait être mis en parallèle avec l'acte d'un travailleur manuel, ou d'un fonctionnaire dont les soucis s'arrêtent bien souvent à la porte de son bureau.

Actuellement, si la vie du médecin en pleine activité devient elle-même difficile, quelle pourra être sa vieillesse ? C'est précisément parce que de tous côtés, nous entendons des gens dans la force de l'âge se plaindre que se pose angoissante la question de ce que sera leur vieillesse.

Ce problème, c'est maintenant qu'il faut l'envisager, alors que des solutions sont susceptibles d'aboutir alors qu'il est possible à nos groupements et à nos syndicats de s'en occuper sérieusement.

La solution la plus simple consiste à étudier la retraite, j'ai été, il y a plusieurs années, un de ceux que l'idée a séduit ; actuellement l'ensemble du Corps médical, la Confédération s'y attachent et nous sommes persuadés pour en

avoir souvent parlé avec Cibrie que la réalisation peut en être rapide.

Pour aboutir, il faut trouver un appui sérieux chez les médecins eux-mêmes et leur faire comprendre qu'aucune retraite n'est possible sans qu'il soit fait des versements importants et nombreux.

L'avantage du groupement, c'est de pouvoir associer dans le service des retraites, la capitalisation et la répartition et de se mettre ainsi à l'abri des surprises des dévaluations et de l'avilissement de la monnaie.

La retraite servie par un organisme d'Etat et obligatoire pour tous paraît la seule manière de vaincre l'insouciance d'un grand nombre des nôtres ; des organisations comme notre Mutualité familiale auraient pu assurer la sécurité de la vieillesse mais l'esprit de prévoyance manque à bien des médecins et seule l'obligation de verser des primes annuelles permettra d'assurer à tous le pain des vieux jours.

En dehors de cette retraite que j'appellerai officielle, rien n'empêcherait le médecin désireux d'en augmenter le chiffre, d'adhérer aux sociétés, aux groupements, aux associations, aux mutuelles qui existent depuis longtemps auxquelles beaucoup d'entre nous cotisent et dont les retraites viendraient s'ajouter à celle qui serait servie par l'Etat (1).

Quand j'ai sous les yeux, en faisant les enquêtes pour la Maison du Médecin, les sommes misérables dont disposent en tout et pour tout quelques-uns des nôtres (elles sont, le plus souvent de 150 à 500 francs par mois), j'en arrive à croire que le vieux médecin est plus malheureux que le plus pauvre fonctionnaire, plus malheureux qu'un sergent retraité après quinze années de service et je comprends qu'on trouve parmi les plus âgés de nos confrères de très nombreux partisans d'une fonctionnarisation de la profession.

Je crois d'ailleurs, que la tendance à tout fonctionnariser, à tout remettre entre les mains d'un Etat-providence, qui a été depuis la dernière guerre un principe de politique générale, commence à amener bien des déceptions. Il est à craindre qu'une tendance inverse se développe et, pour ma part, je ne crois point que nos dirigeants aient le désir de fonctionnariser la médecine ; ce qui se passe aujourd'hui avec les budgets d'Assistance publique, d'assistance hospitalière ne les y encourage guère.

Les destinées de la médecine sont souvent liées à l'évolution des idées politiques, et il suffira d'une réaction contre ce qui s'est fait jusqu'ici pour que notre profession redevienne libérale et que toute idée de fonctionnarisation soit abandonnée.

Sans nous soucier de ce changement encore hypothétique et dont les conséquences seraient imprévisibles, il faut songer à notre avenir, à assurer la tranquillité de nos vieux jours, à constituer sérieusement une retraite honorable et ne pas nous en tenir à des rapports et à des discussions.

Profitons des bonnes dispositions d'un ministre du Travail qui veut la retraite des vieux, montrons lui, que, parmi les vieux, il y a des médecins qui se contenteraient des petites retraites dont il étudie la possibilité, montrons-lui qu'il y a chez nous des misères qui se cachent, qu'il existe des confrères qui ont honoré la profession, qui ont occupé des chaires magistrales (je possède quelques-uns de ces dossiers), et qui ne peuvent plus vivre, exposons-lui exactement ce qu'est la misère d'un grand nombre et nous trouverons près de lui, près de ses services, la possibilité de réaliser la retraite du médecin.

En attendant, ce sont nos œuvres confraternelles qu'il faut développer ; on ne peut dire la joie que nous avons de pouvoir offrir à ceux qui en sont les plus dignes, l'abri de nos maisons de retraite d'Antibes et de Valenton. Nous voudrions pouvoir réunir assez d'argent et disposer d'assez de place pour les recevoir tous, pour leur assurer à l'abri des préoccupations, des soucis, une vieillesse tranquille et sereine, mais nous nous trouvons toujours limités par nos possibilités financières.

Un pensionnaire dans nos maisons de retraite coûte environ, au taux actuel de la vie, une dizaine de mille francs, tout compris, quand on en abrite quarante, comme c'est le cas de la Maison du médecin, c'est une somme très importante qu'il faut trouver.

Jusqu'à ce que la retraite soit sur pied des organisations comme la nôtre sont réellement bienfaisantes, elles remplissent exactement le rôle que leurs fondateurs avaient voulu.

Nous voudrions à notre tour que notre génération fasse un effort et apporte sa contribution à tout ce qui peut assurer au médecin une vieillesse heureuse et digne, et ne le laisse pas comme une épave le jour où il ne peut plus rien faire.

En apportant à l'Assemblée générale de la Confédération, une étude sérieuse de la retraite, Cibrie a voulu nous demander d'y réfléchir, et de l'aider à réaliser une idée magnifique qui contribuerait beaucoup à améliorer la situation du médecin, tout en lui permettant de garder son caractère libéral.

Dr Raphaël MASSART.

---

(1) Rappelons que notre filiale la *Mutualité familiale du corps médical français* peut donner pour une prime totale de 2.500 francs environ à un jeune ménage (30 ans et 25 ans) une retraite de 24.000 francs à 65 ans, soit 6.000 fr. lorsque le mari atteint 60 ans, 18.000 fr. quand le mari a 65 ans et 24.000 fr. quand les deux époux ont atteint 65 ans, le capital étant contre-assuré. J. N.

LE DROIT POUR LES MÉDECINS AUX CONGÉS PAYÉS ET A LA SEMAINE DE QUARANTE HEURES

A propos de mon article paru dans le *Concours* du 15 mars 1939, un de nos lecteurs me demande par sa lettre n° 2.549 quelques précisions, notamment le texte de la réponse ministérielle que je citais et parue au *Journal Officiel* du 5 février 1937.

Notre confrère est médecin d'une Compagnie minière et de la Société de Secours mutuels de la mine. Il se considère donc comme ayant contracté un contrat de louage de services. Il voudrait, en conséquence, savoir de nous s'il peut obtenir ses congés payés annuels et s'il ne pourrait pas également se prévaloir de la semaine de 40 heures. Il a cependant le droit de faire de la clientèle payante en ville, mais à la condition d'accomplir régulièrement et aux heures prescrites, le travail médical pour lequel il a passé convention avec la mine et la Société mutuelle.

Cependant, un scrupule l'arrête dans la mise en pratique : il est seul médecin dans la localité. Comment et par qui doit être assuré le service de son remplacement ?

Je réponds aux questions de mon confrère :

1° En ce qui concerne les congés payés, voici les termes de la réponse ministérielle, parue au *Journal Officiel* du 5 février 1937.

Le Docteur Georges Lévy, député, a demandé au ministre du Travail, si les dispositions de la loi du 20 juin 1936, modifiant l'article 54 du Code du travail et accordant à tout employé, occupé dans une entreprise industrielle, commerciale, ou libérale le droit à un congé annuel payé, pouvaient être invoquées par un médecin au service, depuis plusieurs années, d'une Compagnie minière et d'une Caisse de Secours mutuels, nommé par décision du Conseil d'administration de ces organismes et rémunéré par un traitement fixe mensuel et s'il n'y aurait pas lieu d'assimiler ce médecin aux autres employés de ces établissements pour l'application des lois sociales.

Il lui fut répondu : « Le médecin, dont il s'agit, doit être considéré comme un employé et admis, de ce fait, au bénéfice des congés annuels payés, s'il est lié à la Compagnie minière et à la Caisse de Secours mutuels, dont il relève, par un contrat de louage de services. Un lien d'une telle nature juridique impliquerait, semble-t-il, outre la fixité de la rémunération, une certaine régularité des heures pendant lesquelles le médecin en cause doit consacrer chaque jour son activité, tant à la Compagnie minière qu'à la Caisse de Secours mutuels qui l'emploient. En tout état de cause, il n'appartient qu'aux tribunaux d'apprécier la nature du contrat dont il s'agit. »

2° En ce qui concerne l'application de la loi des 40 heures, nous devons nous reporter à une réponse ministérielle parue au *Journal Officiel* du 19 novembre 1937, au sujet des mécaniciens en prothèse dentaire. Le Ministre fait remarquer que les dispositions de la loi du 21 juin 1936 sur la semaine de 40 heures ne sont applicables que dans les établissements industriels, commerciaux artisanaux et coopératifs et dans leurs dépendances. Elles ne visent pas les professions libérales, qui occupent des salariés. D'où le résultat : c'est que si les mécaniciens en prothèse dentaire bénéficient de la semaine de 40 heures, lorsqu'ils sont employés dans des ateliers de fabrication d'appareils de prothèse dentaires, visés par le décret du 27 octobre 1936, appliquant la loi du 21 juin 1936 (ce sont des façonniers), par contre les mécaniciens en prothèse dentaire attachés à des cabinets de chirurgiens-dentistes, semblent devoir être considérés comme des employés de profession libérale et, à ce titre, ils ne peuvent se prévaloir des dispositions de la loi sur la semaine de 40 heures, bien qu'ils aient droit aux congés payés.

Or, un arrêt de la Cour de cassation, Chambre civile, du 26 juillet 1938, reconnaît la qualité de contrat de travail et de louage de services au contrat qui lie un médecin à un sanatorium, motifs pris que, si le médecin conserve une pleine indépendance professionnelle dans l'exercice de son art, le contrat lui impose de visiter les malades chaque matin, de faire une contre-visite l'après-midi et de procéder chaque semaine à un examen approfondi et à une pesée de chaque hospitalisé. Ce médecin est ainsi placé sous la dépendance et le contrôle du propriétaire de l'établissement.

D'où la conséquence, c'est que le médecin, qui peut justifier d'un contrat de louage de services à une entreprise industrielle, commerciale, coopérative, ou artisanale, peut obtenir le droit à la semaine de 40 heures. Cependant, certaines dérogations ont été apportées à la règle générale, par les décrets-lois récents et, d'autre part, il faut considérer si l'octroi des 40 heures ne serait pas un obstacle au bon fonctionnement du service médical.

Toutefois, lorsque le praticien est seul dans la localité, il peut obtenir ses congés payés et la semaine de 40 heures, en demandant à la société qui utilise ses services de prévoir le remplace-

ment par un confrère voisin, ou par un remplaçant désigné par la firme ou que celle-ci agréera sur présentation par le titulaire du service.

Il importe d'ailleurs aux Syndicats médicaux et à leur Confédération d'étudier ce problème avec le ministère du Travail, étant donné que le nombre des situations de médecins employés est assez considérable et que de nombreux contrats de louage de services lient le praticien à une collectivité quelconque.

Dr Paul BOUDIN.

MÉDECINS ET SAGES-FEMMES DES HÔPITAUX

Peut-on leur interdire l'exercice de la profession à la fin de leurs fonctions hospitalières ?

Un de nos confrères nous demande (lettre 763) si la clause suivante est légale. Un hôpital veut insérer dans son règlement intérieur et de santé un article, par lequel les sages-femmes, attachées au service de la Maternité, doivent s'engager à ne pas exercer la clientèle, en dehors de l'établissement. De plus, à la fin de leurs fonctions, elles devraient ne plus exercer dans la ville ou quitter les lieux. Voici le texte : « Article 18 : « L'exercice de leur profession en ville et dans le département est interdit aux sages-femmes de l'hôpital, pendant la durée de leurs fonctions « hospitalières et pendant dix ans, en cas de « cessation de fonctions, pour quelque motif « que ce soit avant la limite d'âge ».

Ajoutons que la Maternité dudit hôpital est en grande partie réservée aux malades payants et que, par conséquent, l'hôpital entend supprimer toute concurrence quelconque, dans ce domaine des profits commerciaux.

La Commission administrative d'un hôpital a parfaitement le droit de spécifier, dans son règlement intérieur et de santé que telle ou telle personne, faisant partie du Corps médical, devra consacrer tout son temps et toute son activité à son service hospitalier.

Pourvu que la rémunération soit suffisamment honorable, pour que le praticien n'ait pas besoin de rechercher un complément, par l'exercice de sa profession en ville, il est possible de concevoir une réglementation interdisant la clientèle au dehors de l'établissement.

La jurisprudence administrative considère le médecin, ou la sage-femme, comme étant en quelque sorte un fonctionnaire d'établissement public. Aussi, tel un médecin inspecteur départemental d'hygiène, ou un directeur de bureau municipal d'hygiène, ou un médecin d'asile public d'aliénés, peut-il renoncer à l'exercice de la pratique de la clientèle en dehors de l'hôpital.

Quant à la clause, par laquelle il serait interdit à une sage-femme d'exercer sa profession d'accoucheuse pendant un laps de temps déterminé et dans un rayon délimité, je crois que cette clause du règlement serait considérée comme étant illégale par les Tribunaux, si ceux-ci devaient en connaître. En effet, l'hôpital ne peut pas agir comme le ferait une entreprise commerciale quelconque, car, même en admettant des malades payants, il n'a pas qualité de commerçant.

De plus, la Cour d'appel de Poitiers, par arrêt du 23 juin 1936, considère comme nulle la clause par laquelle un médecin, remplaçant un confrère, s'interdit de s'installer dans la même localité, à la fin de son remplacement. Je me hâte de dire que le Sou médical a déféré cet arrêt à la Cour de cassation ; mais tant que la Cour suprême ne s'est pas prononcée, nous pouvons considérer que l'interdiction, prévue par le règlement de l'hôpital, serait nulle, alors que ledit règlement empêcherait les sages-femmes de l'établissement de pratiquer dans la même ville, à la fin de leurs fonctions hospitalières.

Le cas devrait être signalé au Préfet, qui doit approuver le règlement de santé de l'hôpital.

Dr Paul BOUDIN.

LE PLACEMENT DES ALIÉNÉS

Dispositions nouvelles — Applications pratiques

Par P. et M.-P. GARDIEN

Médecins des Hôpitaux psychiatriques

La Circulaire ministérielle du 7 décembre 1938 des ministres de la Santé publique, de la Justice et de l'Intérieur, apporte au régime des aliénés certaines modifications heureuses sur lesquelles il nous semble utile d'attirer l'attention des médecins praticiens.

Jusqu'au 7 décembre 1938, il n'existait en fait, dans la plupart des départements, que deux modes de placement : le placement volontaire et le placement d'office. Or, suivant l'esprit et la lettre de la loi du 30 juin 1838, le placement volontaire *est une mesure d'assistance* aux psychopathes non dangereux, payants ou indigents peu importe. Le placement d'office, par contre, est prescrit par l'autorité à l'égard de certains malades, malfaisants, qu'il faut mettre dans l'impossibilité de nuire : le préfet, par un arrêté, ordonne le placement obligatoire de tels aliénés : *c'est une mesure de police.* Par une simplification administrative regrettable, il était devenu de règle que le pensionnaire, seul, soit interné par placement volontaire, tandis que l'indigent, même le plus inoffensif, était placé d'office. Et même, quand une famille ne pouvait plus subvenir à la pension d'un des siens, placé volontaire, le préfet prenait alors un arrêté de placement d'office. Ce qui revenait à dire que l'aliéné était inoffensif tant que sa famille payait la pension, mais qu'il devenait dangereux du moment où la collectivité se substituait à la famille. Il y avait là, c'est évident, quelque chose de vexatoire pour l'indigent. Cette confusion, entre placements au compte de la collectivité et placements d'office, a contribué dans une certaine mesure au discrédit attaché aux asiles d'aliénés.

Actuellement on considère les aliénés comme des malades, au même titre que les malades des hôpitaux. Les asiles d'aliénés sont devenus des hôpitaux psychiatriques, mais il était nécessaire qu'à la nouvelle dénomination corresponde une réforme réelle et utile du régime des aliénés. C'est cette réforme que tend à réaliser la Circulaire ministérielle du 7 décembre 1938.

En effet, cette Circulaire prescrit d'abord l'internement par *placement volontaire gratuit* de l'aliéné indigent inoffensif. Ce mode de placement n'est pas nouveau. Il était prévu par la loi du 30 juin 1838 (2e § art. 25), mais, dans la presque totalité des départements, il était tombé dans l'oubli (1).

Le placement volontaire gratuit, outre qu'il est équitable de l'accorder à l'indigent inoffensif, présente tous les avantages du placement volontaire ordinaire. Le principal, c'est de permettre l'internement précoce d'un psychopathe avant qu'il soit devenu dangereux, et surtout avant qu'il soit trop tard pour qu'un traitement approprié ait quelque chance de réussir. Le plus souvent, il en est, en effet, des maladies mentales comme des maladies physiques, plus tôt elles sont soignées et meilleurs sont les résultats.

Voilà pour l'admission. Pour la sortie, elle s'effectue sans formalités, sans arrêté préfectoral, sur simple demande de la famille. Il arrive fréquemment qu'au cours d'une maladie intercurrente grave de l'aliéné, sa famille demande à l'emmener. C'est là un désir légitime auquel les formalités de sortie du placement d'office (demande au Préfet, arrêté de sortie) faisaient parfois obstacle. Grâce au placement volontaire gratuit les sorties *in extremis* seront facilitées, et d'autant mieux que la Circulaire ministérielle du 7 décembre 1938 rend possible la transformation du placement d'office en placement volontaire, gratuit ou non selon les cas, à la seule condition que le malade soit devenu inoffensif.

II. La Circulaire ministérielle du 7 décembre 1938 prescrit ensuite de diriger directement

(1) Le placement volontaire gratuit existait dans la Nièvre, l'Oise, le Nord, le Haut-Rhin, les Landes et quelques autres départements peu nombreux. Il avait été rétabli, il y a quelques années, dans le Jura, sur l'initiative du Docteur M. Desruelles, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Saint-Ylie.

l'aliéné sur l'hôpital psychiatrique, sans mise en observation préalable dans un hôpital ou un hospice. La loi du 30 juin 1838 envisageait bien *un dépôt provisoire*, qui était nécessaire il y a cent ans, du fait de l'éloignement relatif de l'asile d'aliénés, par suite de la lenteur et de la rareté des moyens de transport. Il n'a plus sa raison d'être aujourd'hui. Mais, de « *mise en observation* » dans un hôpital ou un hospice il n'est question nulle part. Si encore la mise en observation avait une utilité quelconque. Mais elle n'a que des inconvénients dont le principal est que les hôpitaux et hospices ne sont pas disposés pour recevoir les psychopathes qui troublent la tranquillité des hospitalisés et apportent la perturbation dans les services. Pour obtenir le calme, on doit recourir à des moyens de contention, à des médicaments calmants plus ou moins toxiques, au régime cellulaire, toutes choses souvent nuisibles à l'aliéné. En supposant même que le malade ne subisse ni contention ni cellule ni « camisole chimique », le seul fait de retarder son admission à l'établissement spécialisé peut être lourd de conséquences et rendre inefficace toute thérapeutique.

Il existe peut-être des cas où le dépôt provisoire est difficile à éviter, « en tout cas il ne doit constituer qu'un pis-aller, et il convient de lui préférer toujours l'entrée directe à l'hôpital psychiatrique ». (*C. M.* du 7 décembre 1938) (1).

III. La troisième réforme de la Circulaire ministérielle qui nous intéresse, c'est la tendance à supprimer les enquêtes à domicile dont l'usage s'était généralisé pour les placements d'office. Ces enquêtes présentent de graves inconvénients par la publicité donnée à la maladie mentale de tel ou tel individu. « Des étrangers sont mis au courant de la maladie mentale dont la réalité même semble être suspectée, et la crainte bien compréhensible d'une telle publicité empêche les familles de faire soigner les malades en temps opportun ». De telles enquêtes ne présenteraient aucune utilité si le certificat du médecin qui constate l'aliénation mentale était suffisamment détaillé en ce qui concerne l'attitude du malade, son état et ses réactions. Au cas où des renseignements supplémentaires seraient utiles, une enquête à domicile pourra être faite, non plus par des policiers ou des gendarmes, mais par des infirmières assistantes sociales, déjà accoutumées par leur profession à des enquêtes présentant une certaine analogie avec celles-là.

(1) Dans le département de l'Aude, le préfet a enjoint aux administrateurs des hôpitaux et hospices du département « de ne plus accepter de malades présumés atteints de maladie mentale, en observation », (Circulaire du 16 avril 1938).

Applications pratiques

I. Plus de mise en observation dans les hôpitaux ou les hospices.

Dès que le praticien a constaté l'état d'aliénation mentale, s'il estime l'internement nécessaire, il doit rédiger un certificat de placement à l'hôpital psychiatrique.

II. Il s'agit d'un aliéné inoffensif.

Internement par placement volontaire.

a) *Si l'aliéné, ou ceux qui en ont la charge, possèdent des ressources* : C'est le placement volontaire ordinaire.

Il faut : 1° une demande d'admission à l'hôpital psychiatrique, écrite et signée par celui qui la forme. Il n'est pas nécessaire d'être parent ou allié d'un malade pour demander son placement, n'importe quelle personne s'intéressant à lui en a la possibilité.

2° Un certificat médical datant de moins de quinze jours, établi sur papier timbré, constatant l'état mental de la personne à placer et indiquant la nécessité de la faire traiter dans un hôpital psychiatrique.

Ce certificat pourrait être rédigé de la façon suivante : « Je soussigné, docteur en médecine à......, certifie avoir examiné M..... (nom, « prénoms, âge, état-civil, profession, domicile). « J'ai constaté qu'il (ou elle) est atteint d'aliénation mentale. Cette affection qui remonte « environ à ..... se caractérise par les symptômes suivants (arriération ou démence ; idées « délirantes, leur nature, leurs caractères ; hallucinations ; impulsions ou tendances morbides, « comportement, etc.). J'estime que dans ces « conditions il est nécessaire de placer M... « dans un hôpital psychiatrique où lui seront « assurés les soins nécessités par son état ».

Se garder d'ajouter « étant dangereux pour lui-même et pour autrui », ou encore « l'état d'aliénation mentale de M... compromet l'ordre public et la sécurité des personnes », ces formules étant réservées au placement d'office.

3° Pièces d'identité de la personne qui demande le placement.

4° Pièces d'identité du malade à placer.

b) *Si l'aliéné est indigent* :

Ce sera un placement volontaire gratuit. Mêmes formalités que pour le placement volontaire ordinaire. Certificat médical légalisé, mais établi sur papier libre (par analogie avec ce qui se fait pour un malade à diriger sur un hôpital). La

demande de placement peut être faite et signée par une assistante sociale.

III. Il s'agit d'un aliéné dangereux qui fait du scandale dans la rue, ameute les voisins brandit des armes, fait des menaces, etc., dans ce cas, c'est l'internement d'office qui convient. Le certificat médical n'est pas obligatoire, seul l'arrêté du Préfet est nécessaire et suffisant. Mais, le plus souvent, dans la pratique, le médecin est requis par le maire ou le commissaire de police et rédige un certificat sur papier libre qui précède et détermine l'arrêté du Préfet. Mentionner sur ce certificat que M... « est dangereux pour lui-même et pour autrui », ou que son « état d'aliénation mentale compromet l'ordre public et la sécurité des personnes ».

a) *Si l'aliéné dangereux, placé d'office, possède des ressources*, la collectivité se fera rembourser les frais de transport, d'entretien et de traitement du malade. En outre, ce dernier a la possibilité d'être mis au nombre des pensionnaires (tout en restant placé d'office), à la condition de payer le supplément afférent au prix de pension, selon la classe choisie.

Il est des cas où la famille d'un aliéné dangereux qui possède des ressources devance l'autorité administrative et demande le placement volontaire du malade. En ce cas, les formalités sont celles que nous avons énumérées au paragraphe II. Si, ultérieurement, la famille, peu compréhensive, réclame avec insistance une sortie inopportune, le malade étant toujours dangereux, le médecin de l'hôpital psychiatrique pourra faire transformer le placement volontaire en placement d'office (Art. 14 et 21, loi de 1838).

b) *Si l'aliéné dangereux est indigent*, la collectivité assumera les frais de transport, d'entretien et de traitement.

IV. Il s'agit d'un aliéné en traitement dans un hospice, un hôpital civil ou un hôpital militaire :

Ne faire un placement d'office que dans le cas d'un malade dangereux.

Si l'aliéné est inoffensif : placement volontaire gratuit s'il est indigent, simple dans le cas contraire. Dans ces deux éventualités, la famille consultée devra rédiger une demande de placement ; en cas d'urgence, ou d'absence de la famille, une infirmière du service peut faire cette demande.

***

La question de la responsabilité a déjà été agitée ; notre collègue, le Docteur R. Got, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Navarre à Evreux, dans une lettre que le *Concours Médical* a publiée le 26 mars 1939, a fort justement noté que « la responsabilité du praticien est exactement ce qu'elle était avant la parution de la circulaire ».

***

Les modifications apportées aux modalités de placement, par la Circulaire ministérielle du 7 décembre 1938 sont des améliorations indéniables. Toutes trois : placement volontaire gratuit, suppression de la mise en observation dans les hôpitaux, et suppression des enquêtes de police à domicile, ont le même but, traduisent le même souci du ministre de la Santé publique : l'internement précoce du malade mental, qui permettra un traitement plus efficace, et en outre, l'aliéné étant interné avant d'être devenu dangereux, un bon nombre de délits et de crimes seront évités.

Il nous a paru utile, en insistant sur ces améliorations, d'attirer sur elles l'attention des médecins praticiens et de les engager à collaborer dans la mesure de leur influence à l'application de la Circulaire du 7 décembre 1938.

POUR REMÉDIER A L'ENCOMBREMENT DE LA PROFESSION MÉDICALE

Nous recevons de M. le Docteur JODIN, secrétaire général du Syndicat des Journalistes médicaux français, la lettre suivante dont nous le remercions cordialement :

Monsieur le Directeur,

J'ai lu avec très grand intérêt votre article du 15-2-1939 sur l'encombrement médical et les moyens d'y pallier.

D'accord pour renforcer encore le niveau des études : l'Etat a le droit et le devoir d'être exigeant devant la cohue des candidats.

D'accord pour renforcer les mesures d'élimination de la concurrence étrangère, concurrence qui n'améliore pas toujours la qualité de notre médecine ; donc dix ans ou plus de naturalisation avant d'exercer, et le service militaire quel que soit l'âge.

D'accord même pour le stage dans les campagnes, encore que ce soit une amorce tentante pour le service de santé civil avec ses galons, sa hiérarchie, sa servitude sans grandeur.

Nous envisageons par contre difficilement le numerus clausus inélégant et arbitraire.

La création de nombreux postes rétribués — dits de médecine sociale — serait une lourde charge pour le budget général, serait-elle un véritable bienfait pour la santé publique ? La médecine administrative est-elle préférable à la médecine libérale ? nous pensons que non, et n'oublions pas que l'acte médical dispensé au Cabinet du praticien revient deux fois moins cher à la collectivité que l'acte médical dispensé dans un dispensaire social.

Une face du problème qui nous semble capitale est aussi à envisager : les médecins occupent-ils bien toutes les places qu'ils doivent occuper ?

Autrement dit, n'y a-t-il pas moyen d'étendre encore le champ d'action des médecins — champ d'action protégé par la loi de 1892.

N'est-il pas étrange que quiconque puisse ouvrir un laboratoire médical, faire des diagnostics biologiques, fabriquer des auto-vaccins et diriger ainsi des traitements souvent très délicats ?

N'est-il pas étrange que l'on songe à restreindre le recrutement de docteurs en médecine devant posséder le maximum de connaissances et jouissant du maximum de droits, alors qu'on continue à recruter des praticiens partiels : dentistes et sage-femmes. Ces praticiens, partiels plus que spécialisés, sont obligés par l'extension constante des connaissances et des moyens d'action à déborder dans des zones pour lesquelles leur culture de base et leur instruction technique ne les a pas préparés. Ils font constamment par la force des choses de l'exercice illégal de la médecine, au plus grand dam des malades et des médecins.

Les colonies ont constitué un débouché, surtout par le truchement de l'armée. Les médecins civils trouvent difficilement une pitance sans aide officielle. Les médecins étrangers — Russes après la guerre, réfugiés de l'Europe centrale plus récemment (et sous le nom je crois d'aides de santé) — ont donné des déboires à l'Administration et une fâcheuse idée du prestige français auprès des indigènes.

Nous espérons que les cent vingt emplois créés récemment par M. Mandel, Ministre des Colonies, permettront à des médecins exclusivement français de vivre, avec l'aide de l'Etat (aide qui là nous semble indispensable) de façon honorable. Ils compenseront d'ailleurs à peine l'effectif des praticiens coloniaux Annamites, Algériens, Tunisiens, Marocains — déjà installés dans notre douce France si hospitalière, malgré l'ingratitude de certains Protectorats qui ferment la porte aux Français de France, tels le Maroc et la Tunisie.

Nous pensons que nombre de docteurs en médecine français pourraient grâce à ces mesures exercer en France une activité honorable et utile, susceptible de maintenir bien haut le renom de la médecine française.

Veuillez croire, Monsieur le Directeur, à mes sentiments de très vive reconnaissance pour votre grande bienveillance et croire à mon très respectueux dévouement.

Dr R. JODIN.

A PROPOS DES MESURES APPLIQUÉES DEPUIS QUATRE ANS EN ALLEMAGNE POUR VEILLER A LA PROTECTION DE LA RACE (1)

II. — La loi préventive des tares héréditaires
III. — La loi sur le divorce

Par le Docteur M. TISSERAND
Ancien chef de clinique de la Faculté de Paris

Le 14 juillet 1933 le Gouvernement du Reich édictait la loi suivante qui fut appliquée dès 1934 et que nous résumons dans ses points essentiels.

PARAGRAPHE 1. — L'individu héréditairement taré peut être stérilisé s'il y a lieu d'escompter avec une grande probabilité la transmission de tares héréditaires physiques et mentales à sa postérité. Huit groupes de maladies héréditaires tombent sous le joug de cette loi :

1° L'imbécillité congénitale ;
2° La schizophrénie ;
3° La folie circulaire (manie dépressive) ;
4° L'épilepsie héréditaire ;
5° La chorée de Huntington ;
6° La cécité héréditaire ;
7° La surdité héréditaire ;
8° Les malformations héréditaires graves.

Peut être en outre stérilisé, l'alcoolique invétéré.

PARAGRAPHE 2. — Est en droit de requérir la stérilisation, la personne qui doit subir l'opération. Si cette personne est frappée d'incapacité juridique, interdite pour cause de débilité mentale, ou n'a pas accompli sa dix-huitième année, ce droit appartient à son représentant légal. Dans les cas de capacité juridique restreinte la requête doit être accompagnée du consentement du représentant légal, ou du curateur. A la requête, doit être jointe une attestation d'un médecin autorisé certifiant que la personne a été instruite des conséquences de la stérilisation.

PARAGRAPHE 3. — La stérilisation peut également être demandée : 1° par le médecin officiel compétent 2° pour les détenus ou les pensionnaires d'un hôpital, d'un établissement pénitentiaire... par le docteur de l'institut.

PARAGRAPHE 4. — La requête est consignée dans un, procès-verbal dressé au greffe du Tribunal institué pour la prévention des tares héréditaires.

PARAGRAPHE 5. — Celui-ci a seul compétence pour la décision à prendre.

PARAGRAPHE 6. — A ce Tribunal qui siège dans chaque circonscription, est adjoint un Tribunal de baillage composé d'un juge, d'un médecin autorisé et versé dans l'eugénique.

PARAGRAPHE 7. — La procédure a lieu à huit clos. Le Tribunal est astreint à prendre les informations nécessaires et doit exiger la comparution et l'examen médical de l'individu à stériliser. Les médecins sont déliés du secret professionnel, vis-à-vis du Tribunal.

PARAGRAPHE 8. — La décision est prise par délibération orale à la majorité des voix, on doit indiquer les motifs qui justifient la stérilisation. Cette décision est signifiée au requérant, au médecin officiel et à l'intéressé ou à son représentant légal.

PARAGRAPHE 9. — Le délai de pourvoi est de quatorze jours.

PARAGRAPHE 10. — Un Tribunal supérieur pour la prévention des tares héréditaires statue en dernier ressort.

PARAGRAPHE 10 *a*. — En cas de stérilisation décidée par le Tribunal pour une femme enceinte de moins de six mois à condition que l'interruption de la grossesse ne constitue pas un danger grave pour la vie de la mère, l'opération est pratiquée après l'avortement.

PARAGRAPHE 11. — La stérilisation ne peut être pratiquée que par une intervention chirurgicale, dans un hôpital désigné par le Tribunal et par un médecin spécial.

PARAGRAPHE 12. — L'individu ne peut se soustraire à la stérilisation lorsqu'elle a été jugée nécessaire L'intervention peut être différée s'il consent à être interné dans une maison spéciale et à supporter les frais d'hospitalisation.

PARAGRAPHE 13. — Les frais de la procédure judiciaire sont supportés par la Caisse de l'Etat, les frais de l'intervention chirurgicale par la Caisse maladie pour les membres faisant partie de l'assurance-maladie, et par l'Assistance pour les indigents. Dans tous les autres cas par la Caisse de l'Etat, jusqu'à concurrence du tarif moyen des soins à donner dans les hôpitaux publics.

PARAGRAPHE 14. — La stérilisation et l'interruption de la grossesse ne sont autorisées en dehors de cette loi que pour conjurer un danger grave pour la vie de la personne intéressée. On a le droit de pratiquer la castration chez certains dégénérés possédant un instinct génital anormal permettant de redouter une infraction à la loi 175-178-183-223-226 du Code pénal.

PARAGRAPHE 15. — La discrétion absolue est recommandée au Tribunal et au médecin. Est passible d'un emprisonnement d'un an, l'individu qui a transgressé cette loi.

Ce texte demande quelques explications. Il faut bien comprendre que seules sont en cause les tares héréditaires graves et dangereuses pour la postérité, soit par leur gravité même soit par la fréquence de leur transmission.

Les maladies énumérées sont en réalité des groupes de maladies et sont nettement délimitées. Le commentaire de Gütt, Rüdin, Ruttke fixe les directives scientifiques selon lesquelles chaque maladie rentre dans un des groupes prévus par la loi.

Le taré doit être atteint de la maladie. Un individu ayant un phrénotype normal ne tombe

(1) Voir *Concours médical*, n° 16.

pas sous le coup de la loi. On néglige donc les hétérozygotes et la procédure de la stérilisation se limite aux cas de malades manifestes :

a) Pour des raisons psychologiques ; *b*) pour des raisons de diagnostic (nous ne connaissons pas encore suffisamment les hétérozygotes) ; *c*) pour des raisons démographiques (le nombre des hétérozygotes est trop élevé). Par contre, il n'est pas indispensable que l'individu en question présente des symptômes certains de maladie, au moment de la procédure. C'est l'état primaire seul qui est à considérer. On doit également examiner l'individu taré au point de vue de l'aptitude à procréer. L'âge de 45 ans pour une femme implique habituellement l'incapacité d'engendrer et la met à l'abri de la loi.

Le mot Erbschaden « tares héréditaires » n'implique pas que la descendance sera obligatoirement atteinte de la maladie dès la première génération, mais que sa postérité sera sûrement touchée à l'une des générations successives.

Les sujets tarés mais doués de dons exceptionnels sont visés par la loi car le pourcentage des tares étant beaucoup plus grand que celui des dons chez les descendants, de tels individus sont plus nuisibles qu'utiles à leur pays en procréant.

Un certain nombre de précisions ont été apportées à ce texte grâce aux divers arrêtés parus au cours de ces dernières années. Les points à retenir sont les suivants :

1° Lorsque le fœtus est viable, c'est-à-dire lorsque le terme du sixième mois est dépassé on ne doit pratiquer ni l'interruption de la grossesse ni la stérilisation.

2° Il est recommandé de procéder simultanément à l'interruption de la grossesse et à la stérilisation lorsque la Commission d'experts requis s'est prononcée en faveur de l'intervention. Cette intervention peut être pratiquée en dehors de l'hôpital lorsque le transport dans un établissement de ce genre constitue un grave danger pour la femme enceinte.

3° La stérilisation doit s'effectuer par voie chirurgicale, toutefois :

ARTICLE 1er (*ordonnance du* 25 *février* 1936). — La stérilisation d'une femme aux fins de prévention de tares héréditaires peut s'effectuer par radiothérapie (traitement par les rayons X, traitement par le radium : 1° si la femme est âgée de plus de 38 ans ou 2° si l'intervention chirurgicale comporte un danger pour la vie de la femme ou si pour des raisons de santé un traitement radiothérapique s'avère nécessaire.

Ce traitement ne peut s'appliquer qu'avec l'assentiment de la femme ou de son représentant légal, ou de son curateur.

ARTICLE 2. — Les personnes ayant fait l'objet d'un traitement radiothérapique sont tenues à se soumettre ultérieurement à trois examens médicaux et en cas de besoin à un traitement complémentaire.

La loi est entrée en vigueur dès 1934. A la date du 1er août 1935 le Tribunal de santé héréditaire de Hambourg avait reçu 1.325 demandes de stérilisations, dont un peu plus de la moitié formulées volontairement, et ordonna la stérilisation de 761 personnes.

Il n'est pas encore possible de se faire une opinion précise sur les conséquences de sa mise en pratique. Le nombre des stérilisations pratiquées reste secret. Ce sont les cas de débilité congénitale qui fournissent le plus fort contingent d'individus stérilisés (proportion d'un demi-environ de la totalité) ; puis viennent les cas de schizophrénie. Quant aux autres maladies le pourcentage des cas de stérilisation est extrêmement minime. La stérilisation rencontre parfois une certaine opposition parmi les sujets du sexe féminin et certaines femmes préfèrent se laisser interner jusqu'à l'âge de 45 ans plutôt que de s'y soumettre.

Ce que l'on doit noter, c'est un pourcentage assez élevé de neurasthénies post-opératoires, mais la prédisposition aux troubles mentaux est l'apanage de tels sujets.

Il sera intéressant de comparer le nombre des individus tarés existant en 1934 (antérieurement à la loi) et quelques années après, la mise en pratique de la stérilisation. On ne peut escompter cependant avoir un résultat intéressant avant un temps relativement long, en raison de la persistance des hétérozygotes.

La loi du 6 juillet 1938 sur le divorce

Considérant la famille comme une cellule sociale et raciale, les Allemands devaient admettre la nécessité du divorce dans tous les cas où cette cellule ne fonctionne pas d'une manière satisfaisante. Un délai de cinq ans d'expérience conjugale est nécessaire et suffisant pour pouvoir en décider.

Voici les causes permettant le divorce :

1° L'adultère à moins que le partenaire lésé y soit consentant. 2° Le refus de l'un des conjoints d'avoir une famille. 3° L'incapacité de procréer constatée après une expérience conjugale de dix années. 4° Le déshonneur lié à une peine infamante, atteignant l'un des époux. 5° La folie, les maladies vénériennes (syphilis, gonorrhée), les maladies contagieuses ou répugnantes, les troubles intellectuels, ou mentaux. 6° Le mariage par intérêt. 7° L'abandon du domicile conjugal pendant une période de trois ans. Le divorce est refusé par contre : 1° Si le mariage dure depuis plus de dix ans. 2° Si l'époux a plus de 30 ans. 3° Si le ménage a adopté des enfants.

Le divorce est prononcé après six mois de délai dans le cas de maladies contagieuses, et après un an dans les cas de stérilité.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Une mise au point au sujet de la « Carte-Lettre »

Par le Docteur Fernand DECOURT

A propos de la « carte-lettre » dont nous a gratifiés l'art. 5 de la nouvelle loi sur les accidents du travail en date du 1er juillet 1938, j'ai reçu (ainsi que de nombreux confrères, sans doute) une circulaire-prospectus d'une Agence de recouvrement. En nous vantant l'excellence d'une carte-lettre établie à *sa façon* elle nous expose dogmatiquement certains détails nous concernant *professionnellement* et certaines affirmations qui m'ont paru aussi erronées que hors de propos de la part d'un organisme de ce genre.

Ne sommes-nous pas assez grands pour discuter entre nous ce qui concerne notre profession sans immixtion de tiers non-médecins ?

Aussi, m'occupant particulièrement depuis plus de vingt-cinq ans, à l'Union puis à la Confédération de la question des accidents du travail, ainsi qu'au *Concours*, comme chacun de ses lecteurs le sait, j'ai pensé de mon devoir de mettre au point cette question de la carte-lettre afin que nos confrères, ne soient pas troublés et émus par les assertions inexactes contenues dans le prospectus que, ainsi que moi, ils ont pu recevoir.

Une question préalable s'impose tout d'abord : où, quand et à *quel titre* la dite agence aurait-elle, d'après son dire, « entamé des pourparlers avec le Ministère intéressé », au sujet de cette carte-lettre ?... Le plus amusant c'est qu'elle daigne admettre que la Confédération a « elle-même » (la pôvre) « entamé des pourparlers en décembre 1938 ». Elle aurait même « soumis au ministère du Travail un modèle de carte-lettre détachée d'un carnet à souche et comportant une carte-retour ». Elle reconnaît même que « ce ministère, d'accord avec celui des P. T. T., *a bien voulu accepter ce modèle sous certaines réserves* ». Puis, sans nous dire quelles étaient ces « réserves », que je ne connais pas et que je serais heureux de connaître, elle annonce que « des différends pourraient surgir par suite de l'emploi de cette carte *qui n'est pas conforme à la loi* (souligné dans le texte même du prospectus).

Elle ajoute enfin (et là, nous voici en plein roman) que « le ministère du Travail a demandé aux assureurs de bien vouloir se contenter de cette carte-lettre *non recommandée* » d'où elle tire cette conclusion — bien troublante pour les confrères — « que le docteur aura beau prouver qu'il a envoyé la carte, le destinataire pourra toujours nier l'avoir reçue ».

Le malheur, pour cette thèse audacieuse, c'est qu'elle pêche par la base, alors que la carte-lettre de la Confédération acceptée par le ministère, comporte, comme le dit la loi, la franchise postale avec la recommandation, attendu qu'elle porte, en tête même : « Accidents du travail, loi du 1er juillet 1938, art. 5. »

***

Néanmoins, avant de rien écrire à ce sujet, j'ai voulu examiner *pratiquement* par moi-même si la « recommandation » serait bien effectuée automatiquement, « d'office », par les bureaux de poste. Je me suis donc rendu à l'un d'eux, ai montré le carnet de cartes-lettres de la Confédération et ai demandé si la recommandation serait bien faite « d'office ».

Aimablement me fut montrée une circulaire remontant déjà à janvier dernier (donc avant tout établissement de carte-lettre) où il était dit : « ... c'est ainsi qu'il a été prévu qu'une souche et un talon extrait du carnet spécial en même temps que la carte, *tiendront lieu de la formule* 517 (1 *et* 2) ». Or, cette formule 517 est précisément la petite feuille jaunâtre, a feuillets 1 et 2, que nous avons tous à remplir lorsque nous voulons *faire recommander une lettre, ou un petit paquet, etc*... Et, *in fine* de cette circulaire, on lisait : « Des instructions réglementaires concernant le dépôt des cartes prévues par la loi du 1er juillet 1938 vous seront adressées ultérieurement ».

Ainsi donc la carte-lettre, avec sa souche et son talon, portant tous trois un même numéro d'ordre, *doit remplacer la demande de recommandation* habituelle. Peut-on donc écrire que cette carte-lettre ne sera pas recommandée ?...

Ce n'est pas tout. Le 6 avril dernier, lors de la réunion plénière de la Commission du tarif des accidents du travail, je parlai, après la séance officielle, au représentant du ministère du Travail qui avait présidé cette séance, au sujet du carnet de cartes-lettres de la Confédération que je lui présentais. En souriant, il tira de son dossier un même carnet et nous le déclara accepté officiellement par le ministère comme devant être envoyé *recommandé d'office par la poste.* J'invoquai alors le dérangement causé au médecin pour porter la carte-lettre et son coupon de retour, chaque fois, à la poste et lui demandai si ce dérangeemnt était vraiment nécessaire. Il me

déclara qu'il était inutile pour le médecin de se rendre à la poste pour la recommandation avec un tel modèle de carnet, qu'il n'y avait qu'à déposer la carte-lettre (avec sa carte de retour attachée) dans une boîte aux lettres quelconque...

Que reste-t-il alors des assertions de ce prospectus bizarre où j'ai lu encore : « ... c'est pourquoi nous laissons à d'autres le soin et la responsabilité de faire imprimer ce nouveau modèle qui, par sa conception même, sera d'ailleurs très coûteux à éditer et qui, loin d'être officiel, n'est même pas légal... ». N'est-ce pas, confrères, que n'était pas inutile une petite « mise au point » de la question ?

Je passe sous silence la question soulevée sur le « secret professionnel ». Elle est en dehors de la compétence d'une agence de recouvrement. J'ai voulu seulement apporter ici ma protestation contre le prospectus d'une société qui, n'a pas hésité à... comment dirais-je ?... à « romancer » la situation et à s'efforcer de jeter ainsi le trouble dans l'esprit des confrères...

***

Naturellement je n'ai pas la moindre intention, en l'espèce, de soutenir l'institution même de la carte-lettre, ni de célébrer la beauté de l'art. 5 de la loi du 1er juillet 1938, en ce qui concerne cette innovation. Celle-ci m'apparaît au contraire, comme un « test » mémorable de la « paperassomanie », si j'ose dire, de nos institutions françaises.

Je ne sais qui à eu une idée aussi saugrenue. J'avais pensé, et même dit, qu'elle pouvait bien être sortie, toute armée comme Minerve, du cerveau d'un patron ou d'un assureur... *Mea culpa* ! Ce même 6 avril, lors de la réunion de la Commission plénière que j'ai évoquée ci-dessus, j'en ai parlé avec les délégués des assureurs. Tous furent du même avis que le Corps médical : cette carte recommandée est *complètement inutile.* Il était si simple de ne rien changer, sur ce point, à la loi de 1898 et de réclamer, comme avant, le certificat initial dans les quatre jours... Pourquoi une semblable innovation inexplicable ? Mystère et parlementarisme, telle fut notre commune conclusion.

Qu'il me soit donc permis pour conclure, d'exprimer le souhait que les milliers de carnets de cartes-lettres que fait, en ce moment, imprimer la Confédération pour répondre aux demandes affluant de partout — deviennent au plus tôt une « pièce de musée » que chacun de nous conservera dans un tiroir de son bureau, comme le souvenir d'une inexplicable aberration qui aurait été heureusement passagère...

Dr Fernand DECOURT.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

D. AMIHADO. — **Pointes de feu**. Recueil de maximes. Préface de Tristan Bernard. Dessins de V. Campion. Editions de la Tournelle, Paris, 7, rue des Grands-Degrés, 1939.

Comme le dit TRISTAN BERNARD dans la Préface : « La lecture des livres de maximes est un régal pour dégustateurs. Les yeux du lecteur ne sont pas attachés constamment sur la ligne imprimée. La plupart du temps, ils s'en vont du livre s'égarer doucement dans la rêverie... »

Pour démontrer la vérité de cette assertion, il suffit de citer dans *Pointes de Feu* la première et la dernière maximes.

La première a trait aux *Affaires publiques* :

« Pour qu'une tribune soit vraiment libre, il faut la débarrasser de l'orateur », et la dernière dans le chapitre *De tout bois* ne manque pas non plus d'humour :

« Il est triste de perdre son temps, affirme-t-elle. Perdre sa montre est plus triste encore ».

Marcel Proust eut pu la mettre en épigraphe au début de son œuvre : *A la recherche du temps perdu.*

Un chapitre est consacré à l'amour. Il nous faut de l'amour, n'en fût-il plus sur terre, comme dans la chanson.

Nous y relevons quelques « pointes » légèrement (comment les qualifier ?) rosses.

D'abord :

« Quand une femme s'évanouit, elle sait ce qu'elle fait ».

Puis : « Ne jetez pas de pierres à une femme, si ce n'est une pierre précieuse. »

« Dans la biographie d'une femme, la chronologie va jusqu'à trente ans. Après, c'est de la mythologie. »

« En amour, plutôt les épices que le sirop. »

Et encore une vérité et un bon conseil : « Une vieillesse prématurée est moins dangereuse qu'une seconde jeunesse. »

Un autre bon conseil, cueilli dans le chapitre intitulé : *Vacances payées* :

« Si vous êtes stoïque, partez en vacances avec votre propre femme.

« Si vous êtes cynique, partez avec la femme de votre meilleur ami.

« Mais, si vous voulez jouir de la vie, partez seul. »

Bornons-nous à ces citations, car nous ne pouvons citer toutes les maximes et M. Aminado a écrit :

« Les citations ressemblent aux femmes : il ne faut pas qu'elles viennent mal à propos. »

J. NOIR.

LE SALON DES INDÉPENDANTS AU GRAND PALAIS

La Société des artistes indépendants commémore cette année son cinquantième Salon en réintégrant le Grand Palais des Champs-Elysées. Je me souviens, au temps de ma jeunesse, lorsque je visitais les premières expositions, on s'y donnait rendez-vous comme à un spectacle comique pour voir ces néophytes de la peinture.

Que de chemin parcouru ; beaucoup d'artistes, la risée du public d'alors, sont devenus des maîtres auréolés à tort ou à raison de la grande renommée. Tel Paul Cézanne dont une rétrospective consacre le centenaire.

Moins d'horreurs que jadis, quelques bonnes choses et le reste d'une honnête médiocrité.

Parcourons les salles. Signalons *Le charretier* de Bontemps (1), *La femme au parasol* dans une symphonie de jaune de Guénard (2). Il y a de la fantaisie dans *Le Guignol* de Villon, *La femme au bord de la mer* d'Atamian, le *Portrait de jeune fille* de Nordauet, cette femme allaitant (*Maternité*) de J. Gilis doivent retenir l'attention.

Un très joli ensemble de *Fleurs variées* d'Emma Dupuy-Benoit agrémente la salle 3. On y voit aussi cette *Cueillette stylisée de raisins* par des jeunes filles en blanc d'un heureux effet de Guérard. La vue de la *Pointe du Raz* de Deverin plaît par son charme poétique. *La femme en jaune* tenant en mains des gants jaunes de Dayné est pleine de fantaisie (4), Chauvet nous montre avec talent une *Vieille rue de la Ferté-Milon* avec son église en arrière-plan (4). J'aime toujours les aspects du vieux Paris, telle cette *Cour de Carnavalet* et le *Pont Neuf* de Besson Bussy-Sauvage. *Forêt animée* d'Igounet de Villers,bonnes *Natures mortes* de Wagner. En passant dans cette salle voyons les puissantes sculptures de Jacqueline Nissim (*Buste et lutteur*).

La série des nus capiteux de Tavernier charment la vue, de même le nu féminin (*Lecture*), de Clément Serveau (5). Zinoviev a figuré une gracieuse composition de jeune fille (*Danseurs ambulants*). *Les paysages* de Rousseau Decelle montrent l'œuvre d'un maître (5).

La salle 7 contient des productions de cubistes. Bon ensemble de L. Massin qui excelle dans ses *Clairs de lune* (8). Seevagen donne *deux marines, Bréhat* sous le ciel nuageux de Bretagne d'heureuse qualité. J'apprécie particulièrement les œuvres de cet artiste (8) . Les toiles de Weismann dont la *Vieille Catalane* sont toujours appréciées. Je ne parle pas des peintures enfantines de Madeleine Luka (9). Je signale la composition destinée à une école de jeunes filles de Feuillate, qui ne manque pas de mérite (11). C'est également une composition originale que cette *scène de toilette* de Le Breton (12).Cette salle renferme aussi de Marguerite Sicard deux vues de Paris le *Pont Neuf* et la *Rue Galande*.

Waroquier expose figurant l'*architecture*, une matrone bien puissante (13) et François nous fait voir deux agréables *Visions de bord de mer*. La salle 17 est réservée à la rétrospective de Paul Cézanne qu'il convient de visiter en détail. J'indique notamment la *Rue des Saules à Montmartre*, l'œuvre principale, *Zola et Alexis en conversation*, la *Route tournante en sous-bois*, les divers *Portraits de Madame Cézanne* et des souvenirs personnels de ce peintre renommé.

Nous arrivons à la salle 18 pour y remarquer les intéressantes toiles de Suzanne Fegdal le *Pêcheur au Carlet* et le *Jardin au bord de la mer*, le *Paysage de Pont-Croix* de Mme Adhemar, de la Baume, et surtout le *Portrait* si vivant de Maximilien Luce par Texcier.

Arrêtons-nous (21) devant les natures mortes un peu compliquées de de Houy (*Meli-melo*) et celle de R. Artaud, en dédaignant la fumisterie irrespectueuse de Roubtzoff (21). Le *Portrait de Neville Chamberlain* (G. Tréville) est d'actualité (21), le tableau de Toublanc *Jeune fille travaillant* devant un poste de T. S. F., est d'une charmante harmonie (25).

On voit quelques excellents *paysages* de Ladureau (27), puis le *Jeune paysan à l'oie* de Pinean bien pris sur le vif, les *Funérailles de Jésus* pour les amateurs de macabre (28) de Deteix. Assez bon *portrait de M. Brunesseaux*, vice-président du Conseil municipal, de Barthelot (31). La *Moisson* de Derulle (31) offre des qualités et la toile de Merio-Ameglio traduit bien la physionomie de *La rue des Martyrs*. On revoit avec plaisir la *Côte d'Azur* de G. Lyques et ses *Amandiers en fleurs* (37). La salle 32 offre au regard du public de gracieux paysages, les *Blés murs* de Venet, la campagne ensoleillée avec *son bœuf attelé* de Magueratet, la *Terrasse fleurie* de Bellanger, contrastant avec les *Effets de neige* de Sedrac.

Ch. Gueldry a une exposition copieuse où il y a de bonne choses (35). Dans la même salle buste de *Paysan* de chez nous, très vivant de Girard et deux *Paysages* pittoresques *de Figeac et de Piana* (*Corse*) de Roblin. Les compositions sculpturales de Breton, *Tragédie humaine* et *l'Escadrille*, sont à signaler, de même les portraits toujours si consciencieux de L. Lavrut (*Femme à la voilette*) et celui de la *Femme au bonnet noir* d'Emile Scouflaire. Il est agréable de revoir ces coins de Bretagne : *Notre-Dame de la Joie* et les *Vieilles demeures de Landernau* de R. Yan et pour terminer (38) notons cette agréable vision de fleurs dans les tableaux de Gugen.

Dr M. VIMONT.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale** (Professeur : M. Pierre Duval). — *Chirurgie du thorax, de la glande mammaire et de l'appareil génital de la femme.* — Quatrième cours par MM. Billet et Boudreaux, prosecteurs, sous la direction de M. le Professeur Grégoire. Ouverture du cours le lundi 1er mai 1939, à 14 heures.

Première série. — 1° Ablation des tumeurs bénignes du sein. Traitement chirurgical du cancer du sein — 2° Pleurotomie avec ou sans résection costale. Phrénicectomie. — 3° Thoracoplasties partielles (ablation de la première côte) et totales. Voies d'abord du cœur. — 4° Chirurgie thoraco-abdominale. Traitement des hernies diaphragmatiques. Thoracophréno-laparotomie. — 5° Traitement chirurgical des déviations utérines Périnéorraphie. Colpectomies.

Deuxième série. — 1° Traitement des fistules vésico-vaginales et urétéro-vaginales. Hystérectomie vaginale. — 2° Hystérectomie fundique. Myomectomie. Ablation unilatérale des annexes. — 3° Hystérectomie supra-vaginale : ses différents procédés. — 4° Hystérectomie totale. — 5° Colpo-hystérectomie pour cancer utérin.

Les cours auront lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis : les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 300 francs, pour ce cours.

S'inscrire à la Faculté de médecine : ou bien au secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4, de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures) ; ou bien tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), à la salle Béclard (A. D. R. M.)

—**Les lundis urologiques de Cochin à la clinique Guyon** (Hôpital Cochin, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques. Professeur : M. Maurice Chevassu). — A partir du 1er mai 1939, un urologue de Paris, de province ou de l'étranger, sera invité à faire à la clinique Guyon, le lundi, de 11 heures à 12 heures, une leçon originale sur un sujet choisi par lui.

Avant cette leçon, de 10 heures à 11 heures, le Professeur Maurice Chevassu présentera les malades, les explorations, les radiographies ou les faits particulièrement intéressants observés à la clinique pendant la semaine précédente.

1er mai, Docteur Gouverneur, chirurgien de l'hôpital Necker : Diagnostic et traitement des contusions du rein. — 8 mai, Docteur Fey, agrégé, chirurgien de l'hôpital Lariboisière : Variations de forme et de volume des cavités rénales. — 15 mai, Professeur Gayet, professeur honoraire de clinique urologique à la Faculté de médecine de Lyon : Calculs de l'extrémité inférieure de l'uretère. — 22 mai, Docteur Louis Michon, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis : Traitement conservateur des hydronéphroses. — 5 juin, Docteur Heitz-Boyer, agrégé, chirurgien honoraire de l'hôpital Lariboisière : La maladie diverticulaire de la prostate. — 12 juin, Docteur de Berne Lagarde, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph ; Résultats éloignés du traitement des cancers du rein.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris** (Année 1939). *Conférences du dimanche.* — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année 1939, une série de conférences hebdomadaires. Elles ont lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, au petit amphithéâtre de la Faculé de médecine de Paris, rue de l'Ecole-de-Médecine. Ces conférences sont publiques et gratuites.

Programme pour le 2e trimestre 1939. — 23 avril, M. Lesné : La fièvre typhoïde chez l'enfant. — 30 avril, M. N. Péron : Traitement par le choc insulinique et l'épilepsie provoquée en psychiatrie. — 7 mai, M. Ameuille : L'origine des hémoptysies. — 14 mai, M. Mollaret : Les infections après morsure de rat. — 21 mai, M. L. Binet : La lutte contre l'asphyxie (projections). — 4 juin, M. Caroli : Formes cliniques de la glandulose pigmentaire (cirrhose bronzée). — 11 juin, M. Lévy-Valensi : Les magnicides « Louvel ». Etude de psycho-pathologie historique (projections). Exceptionnellement, cette conférence aura lieu à 10 h. 30 à l'Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis (métro : Glacière). — 18 juin, M. Sureau : Quelques considérations sur le problème de l'hérédité. — 25 juin, M. de Sèze : La pathologie douloureuse du disque lombo-sacré (projections).

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

çais, âgés de trente-trois ans au plus au 1er janvier de l'année du concours, cette limite d'âge étant reculée d'un temps égal à la durée des services militaires antérieurs valables pour la retraite. Les candidats masculins doivent avoir effectivement accompli leur service militaire actif ou en avoir été définitivement dispensés.

De plus, ils doivent être titulaires du diplôme d'Etat de docteur en médecine.

Les candidats adresseront leurs demandes, qui devront être rédigées sur papier timbré, au ministère de la Santé publique, 7, rue de Tilsitt, Paris, sous le timbre : direction du personnel, 1er bureau ; elles seront accompagnées des pièces ci-après :

1° Une expédition authentique de leur acte de naissance ;

2° Un extrait de casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

3° Un certificat de nationalité française et, s'il y a lieu, les pièces établissant la naturalisation et indiquant la date d'obtention du droit d'exercer ;

4° Copie conforme des diplômes (notamment du diplôme de docteur en médecine d'une Faculté de l'Etat) ;

5° Un état des services militaires ou à défaut une pièce précisant la situation militaire ;

6° Un résumé de leurs titres de toute nature et des fonctions qu'ils ont remplies, avec références à l'appui, notamment en ce qui concerne les stages accomplis dans les services hospitaliers spécialisés ;

7° Un exemplaire de la thèse et des travaux publiés ;

8° Une note de renseignements sur leur situation de famille ;

9° Un certificat d'aptitude physique constatant que leur état de santé leur permet de remplir la fonction qu'ils sollicitent. Ce certificat est délivré par un médecin phtisiologue assermenté, désigné par le ministre ;

10° Un engagement d'accepter le poste qui leur sera attribué.

Les candidats désignés comme médecins adjoints devront au moment de leur nomination subir les visites médicales réglementaires.

Les demandes seront reçues au ministère de la Santé publique jusqu'au 13 mai 1939 inclus.

(*J. O.*, 8 avril 1939.)

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Le déclaration de la tuberculose

8.664. — M. A. Fié demande à M. le ministre de la Santé publique s'il lui sera possible de demander à ses conseillers techniques qualifiés et à l'Académie de médecine s'il ne serait pas opportun de rendre obligatoire la déclaration des cas de tuberculose dans le but d'obtenir simplement une meilleure organisa-

tion de la prophylaxie (par application de l'article 3 du décret-loi du 30 octobre 1935, rendant obligatoire la déclaration de certaines maladies contagieuses). (*Questions du* 3 *mars* 1939.)

Réponse. — La question de la déclaration obligatoire de la tuberculose a été examinée à l'occasion de la préparation du décret du 16 mai 1936 qui a arrêté la liste des maladies contagieuses soumises actuellement à déclaration ; elle a été ajournée, conformément aux avis des conseils techniques qualifiés.

(J. *O.*, 20 mars 1939.)

Sur le contrôle médical des assurés sociaux

7.236. — M. Saint-Martin expose à M. le ministre du Travail que la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse charge de l'expertise au second degré des assurés candidats à l'invalidité, les médecins résidant à proximité de ces malades ; que ces médecins-contrôleurs occasionnels n'ont aucune formation spéciale en matière d'assurances sociales et sont cependant appelés à apprécier les constatations et les conclusions du médecin-contrôleur de la Caisse maladie qui, lui, est spécialisé, qu'en outre, les médecins ainsi désignés ne remplissent pas la première condition que la loi exige du médecin-contrôleur : ne pas donner de soins aux assurés affiliés à la Caisse ; que ces médecins, de par leur proximité avec le malade et le médecin traitant, ont peut-être précédemment donné leurs soins à ce même malade et risquent de ne pas être en état de neutralité ; et demande si la Caisse nationale respecte les prescriptions de l'article 15 (§ 1er) du règlement d'administration publique du 19 mars 1936. (*Question du* 13 *septembre* 1938.)

Réponse. — Il résulte de l'enquête effectuée sur le cas particulier auquel s'intéresse l'honorable parlementaire, qu'un médecin a été chargé par la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse d'examiner une assurée invalide afin de fournir des précisions complémentaires sur l'incapacité de travail de l'intéressée. Ce praticien, qui n'est pas le médecin traitant de l'assurée et qui ne la connaissait pas, a été choisi parmi les médecins habilités à contrôler les assurés de la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse, en raison de la proximité de son cabinet et du domicile de l'assurée. Dans ces conditions, il apparaît que le contrôle a été exercé dans les conditions fixées par l'article 15 du règlement d'administration publique du 19 mars 1936, ainsi qu'il était précisé dans la deuxième réponse du 16 décembre 1938.

(*J. O.*, 1er avril 1919.)

◆ ◆ ◆

Fracture associée de l'aileron sacré et de l'apophyse tranverse lombaire

Dans un des derniers numéros du *Concours*, à la chronique des Sociétés savantes, vous signalez une *Variété rare de fracture associée de l'aileron sacré* et de *l'apophyse transverse lombaire du côté opposé*, et, rapportant le travail de MM. Roederer et Guillot sur cette question, vous ajoutez que l'association de ces deux espèces de fractures est exceptionnelle.

Je crois intéressant de vous signaler que je viens d'observer un de ces cas rares.

Il s'agit d'un ouvrier tuilier employé à extraire l'argile d'une « terrière », qui reçoit pendant son travail et d'une hauteur de 3 mètres sur la région lombaire une grosse motte deterre du poids d'une vingtaine de kilogr.

La radio montre une fracture de l'apophyse transverse gauche de la Ve lombaire et un trait de fracture incomplète sur l'aileron sacré gauche.

Dr Raoul Gourrin
Morizès (Gironde).

CORRESPONDANCE

ACCIDENTS ET MALADIES PROFESSIONNELLES

995. — Accident survenu à un fonctionnaire au cours du service

Je suis expert avec deux confrères pour examen médico-légal du sieur B... (droit commun). B... étant en vélo-moteur a été tamponné le 2 août 1937. par une auto.

Suites de l'accident : 1o fracture ouverte du plateau tibial (genou gauche) ; 2o fracture ouverte du tiers inférieur de la jambe droite.

Actuellement : séquelles sérieuses dont ankylose du genou en extension, nous avons conclu à une incapacité permanente partielle de 50 %. Mais B... est un blessé de guerre à 60 % pour lésions pulmonaires suites de plaie du poumon par balle qui a traversé le thorax.

J'ai lu dans le guide-barème de Mayet, 6e édition, page 336, tout ce qui a trait à l'évaluation des incapacités chez les mutilés de guerre victime d'un accident du travail.

(J'ajouterai que B... est facteur titulaire qui faisait son service au moment de l'accident, et cepen-

dant l'expertise qui nous a été confiée est présentée comme un accident de droit commun.)

Première question. — Comment expliquer qu'il s'agit d'un accident de droit commun et non d'un accident de travail. L'Administration des P. T. T. interviendra-t-elle ensuite pour indemniser l'accidenté qui a une part de responsabilité d'après le jugement ce qui va réduire les trois-quarts son indemnité évidemment. Les P. T. T. vont-ils intervenir pour payer le supplément de manière à lui donner 25 % de salaire ? puisque incapacité permanente partielle : 50 %.

Deuxième question. — Comment calculer définitivement incapacité permanente partielle. Est-ce 50 % de 40 %, c'est-à-dire de l'incapacité restante (blessé de guerre à 60 %) ? ce qui ferait 20 %.

Ou bien 50 % net sans tenir compte de la blessure de guerre qui concerne des organes autres que ceux affectés par l'accident et considérer B... comme un homme valide avant son accident (voir page 340).

Les explications de Mayet me paraissent contradictoires.

Dr M.

Réponse

Les fonctionnaires titulaires des différentes Administrations publiques sont soumis au régime des retraites et ne peuvent cumuler le bénéfice de leur statut de fonctionnaire avec celui de la loi du 9 avril 1898, même en cas d'accident survenu au cours du travail.

C'est pourquoi en l'espèce, bien que l'accident dont le blessé a été victime soit survenu au cours du service, il n'en reste pas moins un accident de droit commun qui échappe à l'application de la législation sur les accidents du travail.

L'indemnité qui devra lui être attribuée devra conformément au droit commun constituer l'exacte réparation du préjudice qu'il a subi à l'exception toutefois de la part qui représente sa responsabilité personnelle dans l'accident.

Dans ces conditions, vous n'avez pas à tenir compte pour votre expertise des règles concernant l'attribution des rentes aux victimes d'accident du travail antérieurement pensionnés pour blessures de guerre.

Vous devez vous borner à rechercher quelle est la réduction de la capacité résultant de l'accident par rapport à l'état du blessé avant cet accident.

1.763. — L'incapacité temporaire partielle en matière d'accidents du travail

Abonné au *Concours Médical* et secrétaire d'un Syndicat médical devant lequel a été posé un cas particulier d'application de la nouvelle loi sur les accidents du travail, j'ai proposé à mes confrères,

qui sont d'ailleurs presque tous abonnés au *Concours*, de demander votre avis.

Voici la question : un employeur, dont un ouvrier a été victime d'un accident du travail occasionnant une blessure légère jugée par son médecin traitant comme compatible avec une continuation du travail tout en recevant des soins, peut-il refuser à son ouvrier blessé l'entrée des chantiers, l'obligeant ainsi à interrompre ses occupations ?

L'article 5 de la nouvelle loi dit que « l'article 4 est ainsi rédigé : « quelle que soit l'interruption du travail occasionnée par l'accident, et même s'il n'y a pas eu interruption de travail, le chef d'entreprise supporte en outre les honoraires des praticiens, etc. ».

Il semble donc que soit prévue cette catégorie de blessés légers pouvant continuer leur travail tout en recevant du médecin de leur choix des soins donnant lieu à honoraires.

Par contre l'employeur aurait laissé entendre que si le blessé se faisait soigner à l'hôpital privé de la Société par le médecin patronal, il pourrait être admis sur le chantier et continuer son travail, ce qui semble une atteinte au libre choix.

C'est sur ces deux points que nous serions heureux d'avoir l'avis de votre conseiller médical.

Dr R.

Réponse

La question que vous nous posez est celle fort délicate de la reconnaissance de l'incapacité temporaire partielle en matière d'accident du travail.

En effet, de trois choses l'une :

a) Ou bien l'accidenté, malgré sa lésion, conserve sa pleine capacité de travail et peut continuer à remplir intégralement son service. Cette hypothèse est celle prévue par l'alinéa 1er de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 modifiée par la loi du 1er juillet dernier. La réforme a consisté à reconnaître légalement ce que la jurisprudence antérieure avait posé : la responsabilité patronale en matière de frais médicaux est indépendante de la durée de l'interruption du travail. Elle existe même s'il n'y a pas interruption (même s'il n' y a pas incapacité temporaire).

b) Ou bien la lésion dont l'accidenté est victime nécessite une interruption du travail et un repos complet. Dans ce cas qui est le plus général, il y a incapacité temporaire totale.

Le patron ou son Assurance doivent verser à la victime l'indemnité prévue par la loi jusqu'à la fin de cette incapacité, c'est-à-dire jusqu'à la guérison ou la consolidation constatée par le certificat médical prévu par l'article 11, parag. 4 de la loi.

c) Ou bien la lésion de l'accidenté n'atteint que partiellement sa capacité de travail. C'est l'hythèse qui nous intéresse et c'est malheureuse-

ment un cas que la loi n'a pas prévu expressément.

Sous le régime antérieur à la loi du 1er juillet 1938, la jurisprudence admettait que l'indemnité journalière prévue par la loi en cas d'incapacité temporaire du travail présentait un caractère forfaitaire et que la loi ne prévoyait aucune exception à l'obligation de payer cette indemnité. Par suite « elle reste due par l'assureur du patron alors même que l'ouvrier a pu continuer un travail restreint pendant la durée duquel le chef d'entreprise lui a continué à titre de libéralité tout ou partie de son salaire » (Cour de cassation, Chambre civile, 14 juin 1937, *D. H.*, 1937, 423).

D'autre part, deux décisions des Tribunaux correctionnels de Saint-Etienne et du Havre en date respectivement du 16 octobre 1923 (*Gazette du Palais*, 12 novembre 1923) et du 24 mars 1924 (*Gazette des Tribunaux* du 13 octobre 1924) ont décidé que « la loi du 9 avril 1898 ne faisant aucune distinction entre l'incapacité temporaire partielle et l'incapacité temporaire absolue, il est rationnel d'en conclure que ces deux hypothèses doivent être réglées d'une manière identique. On ne saurait donc faire grief à un ouvrier d'avoir utilisé comme bon lui semble la capacité de travail qui lui reste. Le fait par lui d'avoir tiré parti de cette capacité ne saurait constituer de sa part une escroquerie. » Sous ce régime, l'ouvrier atteint d'une incapacité temporaire partielle peut donc parfaitement continuer à travailler. D'autre part, l'accident du travail n'ayant pas pour effet de rompre le contrat de travail, du moment que l'incapacité n'est pas de longue durée, rien ne s'oppose à ce que l'ouvrier prétende continuer son travail dans la mesure ou ses forces le lui permettent auprès de son chef d'entreprise habituel.

La réforme instituée par la loi du 1er juillet 1938 n'a pas innové en cette matière, et, comme elle garde le même silence que la loi de 1898, il paraîtrait donc possible de soutenir que la jurisprudence précitée continue à être valable. Toutefois cette thèse ne semble plus aussi solidement fondée si on se reporte aux travaux préparatoires de la récente loi.

Dans le texte proposé par la Commission du Sénat, il était prévu à l'article 3 un alinéa 5 d'après lequel, si l'ouvrier en état d'incapacité temporaire se livre, sans l'autorisation du médecin à un travail quelconque pour le compte d'un autreemployeur que le sien, il doit en aviser ce dernier et, si la rémunération reçue est supérieure au demi-salaire, l'employeur astreint au paiement de ce demi-salaire est exonéré à due concurrence.

Cet alinéa consacrait avec quelques précautions complémentaires la jurisprudence que nous avons citée ci-dessus. Or il a fait l'objet

d'un amendement et d'une discussion assez serrée en séance publique et finalement a été rejeté. L'amendement tendait tout d'abord à exiger une autorisation du médecin pour continuer un travail partiel durant l'incapacité temporaire. Il limitait d'autre part le cumul du demi-salaire et de ce salaire occasionnel.

Le ministre du Travail, dans une intervention à ce sujet à déclaré qu'à son avis l'accidenté du travail ne devrait reprendre ses occupations qu'au momentoù il se trouve guéri. Invoquant la jurisprudence antérieure, dont d'ailleurs il a méconnu le véritable sens, il a déclaré qu'il résulte incontestablement des décisions de justice qu'un ouvrier qui est blessé et atteint d'une incapacité temporaire de travail et qui, par conséquent, bénéficie d'un demi-salaire, n'a pas le droit de travailler : « c'est cet état consacré par la jurisprudence que je vous demande de maintenir ». L'auteur de l'amendement a demandé qu'un ouvrier qui a un certificat d'incapacité pour une période déterminée puisse se livrer tout de même à un travail partiel. Cette demande a suscité les protestations de l'assemblée et les dénégations du ministre du Travail. Le président a alors proposé la suppression de l'alinéa 5 de l'article 3 et cette suppression a été adoptée.

Il semble donc qu'il faille en conclure que la nouvelle législation refuse de reconnaître l'incapacité temporaire partielle et ne prévoit que deux hypothèses : ou bien la reprise intégrale du travail, ou bien l'incapacité absolue.

Dans ces conditions, nous croyons que la thèse soutenue en l'espèce par le chef d'entreprise quoique avec des arguments fort contestables, a bien des chances d'être juridiquement fondée, et nous ne saurions vous engager à poursuivre un procès dont le sort s'avère dès aujourd'hui comme bien aléatoire.

2.088. — Maladie professionnelle contestée. Déclaration à faire à la Caisse d'assurances sociales

J'ai soigné un blessé du travail le 20 février 1939, qui présentait un eczéma suintant de la main. Il travaille depuis sept ans chez le même patron et a contracté cette affection en travaillant au ciment.

J'ai fait les certificats d'usage, concluant à une maladie professionnelle — j'avais averti l'Assurance par lettre recommandée.

La guérison est réalisée depuis le 6 mars. Or l'Assurance rejette cette affaire et demande de la déclarer aux Assurances sociales.

Je croyais, que l'assurance accident devait couvrir également les maladies professionnelles ? Que faut-il faire ? Si l'ouvrier est en droit de se faire régler par l'Assurance, quelle est la marche à suivre ?

Dr B.

Réponse

Il est exact que les dermites secondaires eczématiformes (gale du ciment) sont au nombre des maladies professionnelles bénéficiant de la législation spéciale, lorsqu'elles ont été contractées au cours des travaux de manutention, fabrication et emploi des ciments.

Votre client semble donc être dans son droit et pourrait, si la Compagnie persiste à lui refuser les indemnités légales, citer son patron en paiement de son demi-salaire devant le Juge de paix du lieu où les travaux ont été effectués.

Mais, pour être plus sûr d'être indemnisé, il devrait déclarer sa maladie à la Caisse d'assurances sociales et demander une feuille de maladie, en même temps qu'il engagerait contre son employeur l'action en paiement du demi-salaire pour faire reconnaître son droit à réparation au titre de la loi sur les maladies professionnelles.

Il obtiendrait ainsi le bénéfice des prestations de l'assurance-maladie et celles-ci lui resteraient acquises en cas d'échec de son action.

2.605. — Le certificat de guérison doit être déposé en double exemplaire

Le médecin traitant d'un accidenté du travail est-il tenu à fournir, au moment de la reprise du travail du blessé, un certificat de guérison en double exemplaire ?

Une entreprise vient de me le faire savoir, me faisant remarquer que cette nouvelle disposition existe dans la loi de juillet 1938. Je l'ignorais.

Ne jugeriez-vous pas utile de faire paraître dans le supplément mensuel du *Concours* les dispositions nouvelles de la loi en dehors de l'incapacité temporaire qui a été publiée en décembre 1938.

Dr V.

Réponse

La réponse à votre lettre du 23 courant figure précisément dans le *Supplément* de décemrbe dernier du *Concours Médical*, page 12 *in fine*.

L'article II de la loi sur les accidents du travail modifiée, dispose que « lors de la guérison de la blessure sans incapacité permanente, ou s'il y a incapacité permanente, au moment de la consolidation, un certificat médical, indiquant les conséquences définitives, si elles n'avaient pu être antérieurement constatées, sera déposé dans les mêmes formes que le certificat initial ».

Or celui-ci doit être déposé à la mairie et une

copie doit en être remise au blessé, sur sa demande Le certificat de guérison doit donc bien être fait en double exemplaire.

Nous avons l'intention de consacrer un *Supplément mensuel* (nº 17) à l'étude du régime de l'incapacité permanente en matière d'accident du travail. Sa publication aura lieu dès la parution du barème prévu par l'art. 3-3º nouveau de la loi.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

Accidents du travail

2.423. — Lésions de doigts ou orteils

Article 17, § 5 : Régularisation, épluchage... avec suture des tendons extenseurs ou lésions articulaires, 110 francs.

S'il y a lésions tendineuses et ostéo-articulaires (cas fréquents), l'opération devient complexe et longue, se termine par un appareil plâtré... la même tarification est-elle équivalente et équitable, alors que l'amputation ou la désarticulation, infiniment plus rapides et plus simples, sont tarifées le double? Ne croyez-vous pas qu'il y a là une anomalie ?

Dr P.

Réponse

Il est plutôt rare qu'il y ait une lésion de doigt ou d'orteil avec lésion ostéo-articulaire sans lésions des tendons ou vice-versa. Je ne pense donc pas que le « ou » puisse modifier le chiffre des honoraires quand il y a deux lésions. On ne pouvait, en effet, mettre « et », car les honoraires n'auraient pu être réclamés dans le cas où il n'y aurait pas eu les deux lésions à la fois. Quand à « l'anomalie » dont vous parlez à savoir que l'amputation serait payée plus cher, elle n'est peut-être pas la seule de ce genre qu'on puisse relever dans une tarification d'ordre général.

Dr F. DECOURT.

2.442. — Visite dite « de contrôle »

Au sujet de la loi récente sur les accidents du travail, en application depuis le 1er janvier 1939 :

1º Le médecin traitant prévenu de la contre-visite du médecin patronal, est-il obligé de se tenir à la disposition de ce dernier ? Ne peut-il simplement autoriser le contrôle en dehors de sa présence ?

2º Au cas d'assistance, quels seront ses honoraires. Du moment qu'il s'agit d'accident du travail a-t-il droit aux honoraires du prix de trois visites de l'article 5 du tarif du 18 février 1938, bien qu'il ne s'agisse pas de « cas grave et pressant » ou de consultation à proprement parler ?

3º En cas d'affirmative, les trois visites doivent-elles être comptées : $(17 \times 3) + 4 = 55$ francs, ou bien $(17 + 4) \times 3 = 63$ francs ?

Pour que le médecin patronal ait droit au même tarif. Voilà des visites de contrôle (dont la nouvelle loi n'est pas avare) qui, par ce temps d'économies, vont coûter ch r au payant !!!

Et sans grand espoir de récupération car, neuf fois sur dix, ces contrôles ne seront que des visites de constat et non de suspicion de fraude !

Dr R.

Réponse

1° La loi dit simplement que le médecin patronal a droit à un « accès hebdomadaire auprès du blessé » mais qu'il doit en prévenir le médecin traitant, etc. ». Ce dernier a le droit mais non l'obligation d'assister à la visite de contrôle.

2° En cas où il est présent, il a droit au prix de la visite majoré de 50 %, soit 17 + 8,50 = 25,50 (art. 3, alinéa a). Dr F. Decourt.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

2.662. — Les médecins auxiliaires ne peuvent suivre les cours de perfectionnement. Promotion au grade de médecin sous-lieutenant

J'ai le grade de médecin auxiliaire.

Suis-je autorisé à suivre les cours de perfectionnement du Service de santé des officiers.

En cas d'assiduité puis-je bénéficier de la carte de surclassement sur les réseaux de chemin de fer ?

Au bout de combien de temps puis-je être proposable pour le grade de médecin sous-lieutenant ? dans quelles mesures puis-je bénéficier de la Circulaire n° 18.097 1/7, du 21 novembre 1938, spécifiant que les médecins auxiliaires de réserve pourront être proposés pour le grade de médecin sous-lieutenant bien que ne réunissant pas les conditions exigées par l'article 13 de l'instruction du 1er septembre 1936, modifié le 17 octobre 1938, s'ils sont reconnus aptes par les Directeurs régionaux du Service de santé à exercer les fonctions qui peuvent être dévolus à un médecin sous-lieutenant de réserve.

Le ruban violet d'Officier d'Académie peut-il figurer sur l'uniforme comme décoration ?

Dr E.

Réponse

Les médecins auxiliaires ne sont pas autorisés à suivre les cours de perfectionnement réservés aux médecins de réserve, leur permettant d'obtenir des facilités de circulation sur les chemins de fer.

Adressez-vous à votre Directeur, en vous référant à la Circulaire indiquée ; il jugera de vos titres, et appréciera les notes, que vous avez obtenues soit à la préparation militaire supérieure, soit aux cours de stage, que vous avez pu suivre au moment de votre incorporation. Ainsi sera déterminée votre aptitude à remplir les fonctions de médecin sous-lieutenant.

Le ruban d'officier d'Académie peut se porter sur l'uniforme comme décoration.



Soixante et unième année — N° 18 — 30 Avril 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.

● ● ●

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Annecy. Lortet, Pierron.
Chamonix. de Chabanolle (*enf. cure hélio-alpine*)
Jougne. (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louvesc (Ardèche). J. Goubert.
Langogne (Lozère). Adrien Forestier.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Mégève. Marcel Grenet, Jacqueline Grenet-Gazamian (*enf.*)
Mouthe (Doubs). R. Paindestre.
Osséjà (Pyr.-Or.). J. Avérous.
Pau (Basses-Pyr.). Cornet. Lorber.
Plateau d'Assy. E. Sivrière.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Villard-de-Lans. Bassaget (*mal. enf.*), Suau (*mal. enf.*)

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires et climatiques

MM. les docteurs :

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.), Lévy.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Berck-Plage. Bouquier, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Biarritz. Clavel, M. Claverie, Lacour, Pitchalsky (*chir. répar. Stom.*)
Cannes. Bourgeois-Gavardin, P.-E. Bousquet, P. Houssiaux, Joublot, Gérard Monod, Roques.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Croix-de-Vie. Cristau.
Deauville. Molina.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Grau du Roi (Gard). Ramain.
Hendaye. Th. Casenave.
Le Boulou. J. Noguès.
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, M. Lelongt, Nicolas, Trutié de Vaucresson (*chir.*)
Ouistreham-Riva-Bella. Ch. Poullain.
Paramé. Bazin.
Pau. Cornet. Lorber.
Roscoff. Bagot père, Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer. (Calvados), Em. Quiquemelle.
St-Georges-de-Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul.
St-Jean-des-Monts. Riou.
Ste-Maxime-s/Mer. E. Bausset, Ficonetti.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
Saint-Raphaël. Boulle, Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Roux de Laroque (*Gyn. enf.*), Pierre Tridon,
Saint-Servan. Huet.
Sanary-sur-Mer. Gaillard,
Trébeurden. Royer.
Villars-de-Lans. Bassaget,

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du **Concours Médical**, *Paris* **167-95.**

N° 134. — A céder cliniq. 15 lits (médec., chirurgie, accouch.) 15 km. de Paris.

N° 135. — Méd. libre 4 jours par semaine cherche poste Paris ou banlieue imméd., pour présentat. client. avant rachat. Dispose comptant.

N° 136. — Jne méd. non mobilisable, anc. ext. Paris, anc. int. hôp. libre Paris, cherche situat. fixe, sauf remplacem. ou représentat.

N° 137. — Belle collect. timbres tous pays, cotée 75.000 catalog. Yvert 1939, à vend. au plus offrant à partir de 14.000 fr. Illustrat. de guerre, 9 vol. reliés chagrin, au plus offrant à partir 500 frs.

N° 138. — Veuve de méd. désire louer chambre meublée à femme de préférence. Ecrire.

N° 139. — Veuve de confr. recherche occupat. chez méd. après-midi pour réceptions, ou dame de compagnie auprès malade.

N° 140. — Isère. A céder poste méd. génér. et accouch. en plein développem. Conviendr. à confr. jeune et actif. Reprise du bail et pet. indemnité.

N° 141. — Jne méd. français non naturalisé, 5 années de pratique, voiture personn., cherche remplacements.

N° 142. — Visiteur médical, très au courant, cherche laboratoire pour représentation produits en banlieue parisienne.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Paris. — Beau quartier bien desservi. Anc. cab. méd. gén. Bon rapport. Grand appart. conf. Loyer 9.000 ch. c. Prix : 60.000.

Seine, très gros chif. d'aff. Prix : 120.000. 65.000 cpt.

35 kil. Paris. — Très imp. poste médico-chirurgical avec petite clinique instal. Prix : 150.000.

Station balnéaire et climatique. — 3 heures Paris, méd. gén. sans accouch. Rapport intéres. et fixes transm. Gr. villa. Prix : 55.000. ; 30.000 comptant.

Renseignements

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Vous avez l'air triste, c'est votre estomac qui fonctionne mal et qui vous fait souffrir. Il vous donne des idées noires, et la vie vous paraît un fardeau. Revenez vite et sûrement à la joie en suçant 4 à 6 TABLETTES DE MANGAÏNE par jour.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

Silicyl réalise ou assure, seul, la médication siliceuse active dans toutes ses indications.

Action tissulaire antiathéromateuse. Diurétique. Déchlorurante. Abaisse T. Mxa et T. Mma. Consolidation accélérée des fractures (Sté Chirurgie, Paris 2/12/27).

Ne pas confondre **Silicyl**, gouttes, comprimés, ampoules 5 c. c. intrav., produit pur, actif, de formule biologique et sans adjuvant médicamenteux.

Rhumatismes. L'« UROPHENYL » en est la thérapeutique moderne et efficace. 2 à 6 cachets par jour. — Laboratoire CROUY, à Vernon (Eure).

Les médecins, spécialistes ou non, les préventoria, maisons d'enfants, qui s'intéressent à la RÉÉDUCATION RESPIRATOIRE sont priés de s'adres. au Dr Jullien, Joyeuse (Ardèche).

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Assemblée générale ordinaire de 1939

L'Assemblée générale ordinaire de la Ligue est convoquée pour le jeudi 8 juin 1939, à 15 h. 1/2, au Siège social, 37, rue de Bellefond, Paris (IXe).

ORDRE DU JOUR

1° Rapport du secrétaire général ;

2° Rapport du trésorier ;

3° Rapport des commissaires contrôleurs ;

4° Approbation des comptes de l'exercice 1939 ;

5° Fixation de la cotisation de l'exercice 1940 ;

6° Renouvellement de la série sortante des membres du Conseil ;

7° Election de deux commissaires contrôleurs.

◆ ◆

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Centre de liaison des Œuvres d'entr'aide médicale.** — Les délégués des Œuvres d'entr'aide médicale se sont réunis récemment en assemblée plénière. Étaient représentées : Association des médecins de la Seine, Association générale, Société centrale, Lagoguey, *Concours Médical*, Mutualité familiale, Confraternelle, Maison du Médecin, F. E. M., Femmes-Médecins, Externes, Médecins du front, Médecine et Famille, Allocations familiales, *Nord Médical*.

Après avoir pris connaissance d'une brochure de renseignements et de propagande qui vient d'être éditée, les délégués ont émis le vœu que cette brochure soit présentée et distribuée aux confrères, par les diverses Sociétés médicales, lors de leur assemblée générale annuelle.

Demander la brochure de renseignements au Centre de liaison des Œuvres d'entr'aide médicale, 60, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris (VIIe).

— **Médaille Florence Nightingale.** — La Médaille Florence Nightingale, la plus haute distinction réservée aux infirmières, a été remise à Sa Majesté la Reine Elisabeth, présidente d'honneur de la Croix-Rouge de Belgique, par M. Max Huber, président du Comité international de la Croix-Rouge.

— **Le LXXVe anniversaire de la Croix-Rouge de Belgique** a été célébré le 31 mars au cours d'une séance académique au Palais des Académies, en présence du Roi, des ministres et des plus hautes personnalités de la Croix-Rouge internationale.

— **Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie.** *Conférences-promenades.* — M. le Professeur Laignel-Lavastine dirigera en avril, mai et juin, des conférences-promenades qui auront lieu le dimanche à 10 h. 30.

Programme. — Dimanche 30 avril : Hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital (rendez-vous dans l'amphithéâtre de l'Ecole des infirmières). — Dimanche 7 mai : Hôpital Saint-Louis, 38, rue Bichat (rendez-vous au Musée). — Dimanche 21 mai : Hospice de Bicêtre, 78, rue du Kremlin, Kremlin-Bicêtre (rendez-vous dans la cour d'entrée). — Dimanche 4 juin : Hôpital psychiatrique de Charenton (rendez-vous dans la Cour d'honneur de la Maison nationale de Santé, 57, Grande-Rue, Saint-Maurice).

— **Association amicale des anciens médecins des Corps combattants.** — L'Assemblée générale statutaire des anciens médecins des Corps combattants aura lieu le mardi 9 mai, à 18 h. 30, dans un salon

de l'hôtel Royal-Monceau, 39, avenue Hoche. Elle sera suivie du dîner à 20 h. 30, sous la présidence du général Gamelin, chef d'Etat-Major de la Défense nationale et de l'Armée, vice-président du Conseil supérieur de la Guerre.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, Docteur Bellanger, 2, rue Pigalle, à Paris.

— **Le Ve Congrès national de médecine homœopathique**, organisé par le Centre homœopathique de France, 25, rue Murillo, à Paris, tiendra ses assises du 1er au 6 mai prochain sous la présidence d'honneur de M. le Docteur Oberkirch, ancien sous-secrétaire d'Etat, député du Bas-Rhin, et de M. le Docteur Léon Vannier, président du Centre homœopathique de France. Les séances seront présidées par M. le Docteur Kopp, de Thann, président du Centre homœopathique d'Alsace.

Trois rapports seront présentés : La tradition scientifique de l'homœopathie, par le Docteur Léon Vannier ; l'homœopathie dans les maladies du cœur, par le Docteur Jean Poirier ; la prescription homœopathique dans ses rapports avec la pharmacie, par Mlle Wurmser, pharmacien ; ainsi que de nombreuses communications. Un banquet de clôture aura lieu à l'hôtel Continental sous la présidence de M. le Docteur Oberkirch.

— **Hôpital central des prisons de Fresnes.** — *Internat.* — Le concours d'internat (chirurgie et médecine) de l'hôpital central des prisons de Fresnes a été remis au vendredi 5 mai, en raison des circonstances extérieures.

Le registre des inscriptions sera ouvert jusqu'au 4 mai, à la Direction des prisons de Fresnes ; seuls peuvent prendre part à ce concours les étudiants en médecine français pourvus de 14 inscriptions.

Les candidats seront classés par ordre de mérite d'après leurs titres et d'après les épreuves pratiques.

Le classement constitue une simple liste de présentation à l'agrément de M. le Garde des Sceaux, ministre de la Justice, sans donner droit à la nomination.

— **Dispensaires anti-tuberculeux de la Charente-Inférieure.** — Un concours sur titres, complété par une épreuve clinique et orale, est ouvert en vue du recrutement d'un médecin spécialisé (n'exerçant pas en clientèle), chargé du service des dispensaires antituberculeux de Rochefort, Marennes, Royan et Saint-Pierre-d'Oléron du Comité d'hygiène sociale et de défense contre la tuberculose de la Charente Inférieure.

Pour les demandes de renseignements et l'envoi des dossiers, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris, avant le 20 mai prochain.

— **Hôpitaux de Lyon.** — Le concours de chirurgien des hôpitaux de Lyon s'est terminé par la nomination de M. Labry.

— **Hôpitaux de Cannes.** — A la suite des concours ouverts le 27 mars 1939 devant la Faculté de médecine du Marseille, ont été proposés à la Commission administrative : M BUFNOIR, pour le poste de chirurgien suppléant ; M. WEILL, pour le poste d'urologiste suppléant des hôpitaux de Cannes.

— **Faculté de médecine de Marseille.** — M. le Docteur BOUDOURESQUE est nommé chef de clinique des maladies nerveuses.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** — M. DARMAILLACQ est nommé, après concours, chirurgien résidant des hôpitaux de Bordeaux.

— **Distinction honorifique.** — Le Docteur TRAMUSSET, professeur à l'Ecole de médecine, stomatologiste des hôpitaux de Reims, vient de recevoir la médaille d'or de l'Education physique. Notre distingué confrère s'occupe depuis de nombreuses années de questions sportives. Il est président du Stade de Reims et du Reims Université Club.

Nos sincères félicitations.

— **Prix des Associations des Industriels de France.** (*Fondation Périssé*). — Les prix de cette fondation sont destinés à récompenser au concours, les personnes ou les Sociétés qui, par l'invention ou l'indication d'appareils, procédés ou dispositifs, ou par leur meilleure application, auront le mieux contribué à diminuer le nombre et la gravité des accidents du travail, et à améliorer l'hygiène des ateliers.

Pour tous renseignements, mémoires, dessins, pièces à fournir, s'adresser au Directeur de l'Association des Industriels de France, 14, rue de Londres, Paris (IXe).

— **Ligue française contre le cancer.** — La Ligue française contre le cancer a attribué le *Prix Amerongen* (100.000 francs), au Professeur A.-H. Roffo, directeur de l'Institut de médecine expérimentale pour l'étude et le traitement du cancer, de l'Université de Buenos-Aires (République Argentine), pour son mémoire sur le : « Développement de tumeurs malignes — carcinomes et sarcomes — par l'ingestion d'aliments ».

Le Prix Amerongen a été destiné par son fondateur, à récompenser le travail permettant d'établir de façon certaine que les aliments conservés ou chimiques ont ou n'ont pas d'influence sur la genèse du cancer.

Il sera décerné au cours de l'Assemblée générale de la Ligue française contre le cancer, à la Faculté de médecine, le 16 mai 1939.

— **U. M. F. I. A.** — *Prix annuel Bandelac de Pariente*, pour commémorer la fondation de l'U. M. F. I. A. (Union médicale latine) en 1912. — Ce prix pour l'année 1938, a été décerné au Docteur Luis Escomel de la Piedra, de Lima, pour sa brillante thèse soutenue à la Faculté de médecine de Paris, sur la « Contribution à l'étude des thrombophlébites de la veine porte ».

Le doyen de la Faculté, M. le Professeur Tiffeneau, a bien voulu remettre la somme de mille francs, montant du prix Bandelac de Pariente, à Son Excellence M. Garcia Calderon, ministre du Pérou en France, en présence du donateur vice-président-fondateur de l'UMFIA, en priant Son Excellence M. Garcia Calderon de vouloir bien la faire parvenir au Docteur Luis Escomel de la Piedra, et l'a félicité pour le succès remporté par un de ses compatriotes, qui certainement propagera dans son pays, les avantages de l'enseignement de la Science médicale française.

— **Naissances.** — Le Docteur et Madame Grépinet sont heureux de vous faire part de la naissance de leur fille *Françoise*.

Marmande, 4, boulevard Meynier, 12 avril 1939.

Nos sincères félicitations.

— Le Docteur Julien Le Gall et Madame ont la joie de vous faire part de la naissance de leur fils *Gérard*.

Genillé (Indre-et-Loire), 10 avril 1939.

Nos sincères compliments.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Camille Archambault, de Saint-Epain (Indre-et-Loire) ; du Docteur Bernard Arrès-Lapoque, d'Agen ; du Docteur Bachellerie, de Cussac-Médoc (Gironde) ; du Docteur Jules Bernard de Nyons (Drôme) ; du Docteur Carpentier, de Bavay (Nord) ; du Docteur Colpaert, de Petite-Synthe (Nord) ; du Docteur Crunel, de Lerrain (Vosges) ; du Docteur Paul Dumas, de Verrières (Vienne) ; du Docteur Dupuy, de Noailles (Oise) ; du Docteur Jean Gaume, de Rupt-sur-Moselle (Vosges) ; du Docteur Jean Gayet, de Triaucourt (Meuse) ; du Docteur Albert Jacques, de Rochefort (Charente-Inférieure) ; du Docteur Gaston Legros, de Bordeaux ; du Docteur Malzach, de Perpignan ; du Docteur Yves Morault, de Saint-Etienne-du-Rouvray (Seine-Inférieure) ; du Docteur Gabriel Leven, de Paris, secrétaire général de la Société de thérapeutique ; du Docteur Pons, de Draguignan ; du Docteur Stauder, de Cannes ; du Docteur Maurice Venot, de Saint-Germain en Laye, ancien interne des hôpitaux de Paris ; du Docteur Georges Seibel, de Livarot (Calvados), décédé le 14 avril, à l'âge de 60 ans.

— Nous apprenons avec un vif regret la mort du Docteur Pol Reynes, chevalier de la Légion d'honneur, vice-consul de la République argentine, médecin consultant à Vichy, décédé le 30 mars 1939, à Nice.

Nous adressons à son fils, le Docteur Maurice Reynes, d'Harfleur, nos sincères condoléances et l'expression de notre douloureuse sympathie.

Voir la suite page XLI-1219

PROPOS DU JOUR

A PROPOS D'UN CINQUANTENAIRE RÉCEMMENT CÉLÉBRÉ : LES ORIGINES DE L'INSTITUT PASTEUR

Le cinquantenaire de l'*Institut Pasteur* a été récemment célébré. Il nous paraît intéressant à ce sujet de préciser ses origines. En feuilletant les derniers chapitres de la *Vie de Pasteur*, biographie passionnante du savant, écrite par son gendre, M. René Vallery-Radot, on peut facilement établir l'histoire des origines de l'Institut Pasteur.

***

Pasteur dès le début de sa carrière avait déploré la parcimonie avec laquelle on subventionnait les recherches scientifiques et l'absence presque absolue de crédit pour les laboratoires. En 1867, il écrivit un article intitulé le *Budget de la science* qui parut alors subversif, où il disait des laboratoires :

« Ce sont les temples de l'avenir, de la richesse et du bien-être. C'est là que l'humanité grandit, se fortifie et devient meilleure. »

En 1868 il obtint très péniblement la construction d'un laboratoire insuffisant à l'Ecole normale de la rue d'Ulm, et cela grâce à une subvention de Napoléon III, prise sur la cassette personnelle de l'Empereur. Ce fut là qu'il fit ses découvertes et ses travaux sur le traitement de la rage. Ce fut là qu'il soigna avec succès le jeune Maister et le berger Jupille cruellement mordus par des chiens reconnus manifestement enragés. Le 26 octobre 1885, certain de l'efficacité de son traitement, il put annoncer que le remède de la rage était trouvé. Les victimes des chiens enragés affluèrent aussitôt rue d'Ulm et les locaux devinrent manifestement insuffisants. Pasteur fit construire alors à proximité rue Vauquelin des baraques où furent installés une salle d'attente, un cabinet d'inoculation, une salle de chirurgie, des cages, des poulaillers, des niches adossés aux murs lézardés de l'ancien collège Rollin. Mais toute cette installation sommaire ne pouvait être que provisoire.

En 1886, un collègue de Pasteur à l'Académie française, Hervé, remit au savant pour faciliter ses travaux une somme de 40.000 francs, don du comte de Laubespin. C'est alors que Pasteur confia à Hervé son désir, nous ne dirons pas encore son projet, de la création d'un Institut spécial : « Mon intention, dit-il, est de fonder à Paris un établissement modèle sans avoir recours à l'Etat, à l'aide de dons et de subventions internationales. »

Le 1er mars 1886, l'Académie des Sciences, convaincue de l'importance des découvertes de Pasteur, prit l'initiative d'ouvrir une souscription en France et à l'Etranger dans le but de créer un établissement destiné au traitement de la rage qui serait nommé *Institut Pasteur*.

Les dons et les souscriptions devaient être adressés à la Banque de France, au Crédit foncier (Pasteur faisait partie de son Conseil d'administration où il avait été désigné pour remplacer J.-B. Dumas), chez les trésoriers-payeurs généraux, les receveurs particuliers et les percepteurs. Un Comité de patronage avait été constitué.

Une des premières souscriptions fut celle ouverte par le journal de Milan, *la Perseveranza*, qui donna 6.000 francs. Le *Journal d'Alsace* et la presse alsacienne et lorraine adressèrent à la fille de Pasteur 43.000 francs, en faisant remarquer qu'avant 1870, Pasteur avait été professeur à la Faculté des sciences de Strasbourg et que le premier qui avait bénéficié du traitement de la rage était un jeune Alsacien, Maister.

Les dons importants ou modestes ne cessèrent d'affluer. La Conférence *Scientia*, sur l'initiative de Ch. Richet, Gaston Tissandier, Talansier et de Nansouty, lança l'idée d'un festival au Palais du Trocadéro au bénéfice du nouvel Institut.

Ce festival eut un succès prodigieux et Pasteur fut acclamé par la foule des auditeurs quand Coquelin, se tournant vers lui, déclama les vers d'Eugène Manuel :

> Et dans l'œuvre de Dieu, que l'homme calomnie,
> Ceux-là sont les plus grands qui font par leur génie
> Reculer la mort devant eux.

Gounod en personne dirigea l'orchestre qui joua son *Ave Maria* et salua Pasteur « l'une des gloires les plus pures du pays et du siècle ».

Un banquet fut donné le soir en l'honneur du savant par l'Académie des sciences.

La santé de Pasteur fut ébranlée par toutes ces émotions et la préoccupation constante des résultats de son traitement qui trouvait encore de rares détracteurs. Il dut accepter d'aller se reposer à Bordighiera dans la villa mise à sa disposition par Bischoffsheim. Ce fut là qu'il reçut le 27 décembre 1886 une lettre de Duclaux lui annonçant la fondation des *Annales de l'Institut Pasteur.*

En 1888, furent entrepris rue Dutot l'édification du nouvel Institut dans un terrain de 11.000 mètres carrés au milieu de jardins maraîchers.

L'édifice fut construit en pierres meulières et briques avec une façade de style Louis XIII. Le nouvel Institut devait être à la fois un dispensaire pour le traitement de la rage, un centre de recherches microbiologiques et un centre d'enseignement. Le cours de chimie que Duclaux faisait à la Sorbonne, y fut transféré. Le Docteur Roux fut chargé du cours de microbie technique, Chamberland dirigea les vaccinations anticharbonneuses et à Metchnikoff fut confiée l'organisation des laboratoires personnels.

Le 14 novembre 1888 le Président de la République, Sadi-Carnot, inaugura l'Institut Pasteur dans la salle de la Bibliothèque en présence de Joseph Bertrand, président du Comité, de nombreux ministres, hommes politiques, représentants des Corps savants et des collaborateurs. Citons parmi les collaborateurs médecins, Grancher, Roux, Chantemesse, Charrin et le chirurgien Terrillon.

Le trésorier, Christophe, annonça que la souscription avait produit 2.586.680 francs, comprenant 200.000 francs votés par les Chambres, les dons du Tsar, de l'Empereur du Brésil et du Sultan. L'édification de l'Institut et l'achat du terrain avaient nécessité une dépense de 1.563.786 francs. Le reste constituait le fonds de dotation de l'Institut Pasteur.

Telles furent les origines de l'Institut Pasteur dont la renommée est aujourd'hui universelle et qui a servi de modèle à d'innombrables établissements de ce genre qui s'élèvent dans le monde entier et contribuent puissamment à la gloire de Pasteur et au prestige de la France.

J. NOIR.

LES TAXES DE SÉJOUR IMPOSÉES AUX MÉDECINS DANS CERTAINES STATIONS CLIMATIQUES

LA SINGULIÈRE OPINION QUE SE FAIT LE MAIRE D'UNE DE CES STATIONS SUR LE CORPS MÉDICAL

Un de nos fidèles lecteurs nous écrit qu'il y a un an, à la suite d'une pneumonie, il eut un abcès du poumon et de la gangrène pulmonaire. Sur les conseils du Docteur Ameuille, il gagna une ville de la Côte-d'Azur où le confrère qui lui donna des soins, lui fit remarquer que le séjour dans une station de l'arrière-pays, à quelques kilomètres de la mer lui serait plus favorable. Or, le malade qui avait déjà payé une taxe de séjour de 75 francs dans la ville où il s'était préalablement fait soigner, crut qu'il pouvait dans la petite station de l'arrière-pays demander comme médecin l'exonération de cette taxe. Voici ce que lui répondit le maire : « Les médecins doivent moins que tout autre pouvoir bénéficier de la suppression de taxe, parce que non seulement ils ne sont d'aucune utilité pour le pays, mais ils nous envoient des quantités de tuberculeux qui infestent celui-ci. Ils sont donc nuisibles et nous n'avons aucune faveur à leur accorder. » C'est charmant ! Heureusement que la transmission de la tuberculose n'est pas telle que le conçoit M. le Maire. Nous serions curieux de savoir s'il exprime ici la pensée de tous ses administrés ?

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

GANGRÈNE CUTANÉE D'UN DOIGT CONSÉCUTIVE A UN PANSEMENT D'EAU OXYGÉNÉE

Par le Docteur P. Hardoüin

Professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Rennes

Au début de septembre dernier, un enfant de 3 ans m'est amené en consultation par ses parents. Il y a quelques jours, au bord de la mer, ce petit garçon jouant dans le sable, se fit une piqûre à l'extrémité du médius gauche.

La mère lava immédiatement la petite plaie, insignifiante, me dit-elle, puis entoura le bout du doigt d'un pansement fait avec de la gaze imbibée d'eau oxygénée pure.

Ce pansement resta en place pendant environ vingt-quatre heures puis fut enlevé. L'enfant paraissait souffrir et les parents constatèrent que la moitié du doigt sur lequel avait été placé le pansement, restait d'un blanc livide.

Nouveau pansement sans aucun médicament, cette fois. Au bout de quarante-huit heures la coloration du doigt était devenue grisâtre, la peau se plissait légèrement et l'enfant poussait des cris au moindre contact.

C'est alors que je suis appelé à le voir. Je constate aussitôt que la moitié distale du doigt, exactement les deux dernières phalanges sont de coloration gris noirâtre. La peau est légèrement suintante, couverte de plis irréguliers, d'aspect nettement nécrotique. Elle tranche de la façon la plus complète sur la peau de la première phalange qui a conservé sa coloration blanc rosée normale. La ligne de démarcation circulaire, délimite exactement, me disent les parents la zone où fut appliqué le pansement.

Je nettoie doucement, la région mortifiée avec un peu d'éther et je mets un pansement sec sur le doigt, pansement qui sera renouvelé tous les deux jours.

Une semaine plus tard, un sillon d'élimination était déjà bien visible entre la peau mortifiée et la peau saine, et de petits lambeaux sphacelés se détachaient des téguments pour finalement peler toute l'extrémité du doigt.

A ce moment, fin septembre, j'ai craint de voir survenir une élimination totale de la peau, mais quelques jours plus tard, spécialement vers la base de la deuxième phalange, on voyait apparaître de petits îlots épidermiques montrant que le sphacèle avait respecté, au moins par places la couche profonde et que nous pouvions espérer une rénovation du revêtement cutané.

La famille de cet enfant rejoignant Paris à cette époque, je n'ai pu suivre mon petit malade plus longtemps, mais j'ai bon espoir qu'il a fini par guérir complètement.

Le reste du flacon d'eau oxygénée m'ayant été remis, j'ai demandé à mon collègue de l'Ecole de médecine, le Docteur Le Gac, professeur de chimie biologique et médicale et de toxicologie, de bien vouloir faire une analyse aussi complète que possible de cet échantillon.

Voici la réponse qu'il m'a fournie :

Ecole de plein exercice
de médecine et de pharmacie
de Rennes
—
Laboratoire de Chimie biologique et médicale et de toxicologie
Dr P. Le Gac, professeur

Rennes, le 18 octobre 1938

Analyse d'un échantillon d'eau oxygénée sur demande de M. le Professeur Hardoüin :

Densité : 1.018 à + 15°. Réaction : Acide.

Acidité de titration : 0 gr. 547 par litre, exprimé en HCl. (10 c. c. d'eau oxygénée sont neutralisés, en présence de phtaléine par 1 c. c. 5 de soude décinormale.)

Chlorures : présence. Sulfates : présence.

Phosphates : présence. Nitrates : traces.

Ion chlore fixe : 3 gr. 393 par litre, exprimé en NaCl.

Oxygène actif : 11 volumes 2.

N. B. — La quantité d'eau oxygénée remise — insuffisante — n'a pas permis de pratiquer d'autres recherches ou dosages.

Conclusions : Dans la limite des recherches effectuées cette eau oxygénée ne diffère de l'eau oxygénée « officinale » du Codex 1908 que :

1) Par la présence de traces de nitrates ;

2) Par une légère insuffisance en oxygène actif (Le Codex de 1908 exige 12 volumes d'oxygène, mais comme le supplément du Codex de 1926 a remené le taux à 10 volumes, l'échantillon examiné est de ce fait plus riche en oxygène actif que ne le demande la pharmacopée officielle) ;

3) Par une acidité de titration légèrement exagérée : la tolérance limite autorisée par le Codex de 1908 est de 1 c. c. 2 de soude décinormale pour 10 c. c. d'eau oxygénée.

Le sphacèle des doigts par pansement médicamenteux est actuellement exceptionnel, depuis que l'on connaît bien le danger des antiseptiques forts sur les tissus.

Il était plus fréquent autrefois et un certain nombre d'accidents ont été jadis publiés, imputables à l'eau phéniquée tout spécialement, qui paraissait avoir un pouvoir nécrotique particulier en application prolongée par pansements sur les doigts.

Je crois qu'à l'heure actuelle aucun médecin ne l'utilise plus.

Mais je n'avais jamais constaté pour ma part de gangrène cutanée consécutive à une application locale d'eau oxygénée même employée pure.

Il est probable que l'on se trouve ici en présence d'une prédisposition individuelle très rare. Cependant je pense que le fait mérite d'être signalé, car dans le public et aussi chez les médecins, on considère l'eau oxygénée comme un produit anodin et pouvant s'employer en pansements sans inconvénients.

Il ne me paraît nullement avantageux d'employer l'eau oxygénée pure. En outre il est toujours utile, parce que moins caustique et tout aussi antiseptique de l'alcaliniser au moment de l'emploi.

Pour ma part, lorsque je m'en sers pour le traitement des plaies j'utilise toujours la formule suivante :

Eau oxygénée à 12 v. mélangée à parties égales d'une solution saturée de borate de soude.

Pour les bains médicamenteux dans les plaies des membres par exemple, j'emploie comme d'ailleurs je crois, tous les chirurgiens, une petite quantité de ce mélange étendu d'une grande quantité d'eau bouillie.

Enfin rappelons-nous que les doigts des petits enfants sont particulièrement sensibles, et là surtout, même si l'on se sert d'eau oxygénée, il est prudent de n'employer que des solutions étendues.

ENDOCARDITES LENTES A LA SUITE D'AVULSIONS DENTAIRES CHEZ DES MALADES PORTEURS DE LÉSIONS VALVULAIRES

Par M. A. Bécart

Médecin de l'Hôpital Saint-Michel

La loi des séries nous ayant fait voir coup sur coup trois cas d'endocardite lente survenue chez de jeunes sujets porteurs de lésions valvulaires, à la suite d'avulsions dentaires, nous avons cru utile de les signaler. Il s'agissait de trois jeunes gens habitant la campagne respectivement âgés de 17, 22 et 28 ans, chez lesquels l'hygiène dentaire était assez défectueuse, et qui, porteurs de lésions cardiaques (insuffisance mitrale) se virent atteints d'endocardite maligne lente, à la suite d'une extraction dentaire. La fièvre s'alluma, dès le jour même de l'ablation dentaire (qui fut, du reste, très simple) et ne quitta pas le malade jusqu'à sa mort, ce qui est classique.

Nous croyons donc utile d'attirer l'attention des stomatologistes sur ces faits, et à l'heure actuelle, chez tout malade porteur d'une lésion valvulaire cardiaque, nous conseillons formellement la vaccination préventive surtout avec un vaccin à base de streptocoque viridans, avant toute extraction dentaire ; cette pratique nous a donné toute satisfaction dans tous les cas où nous l'avons employée. En effet, chacun sait que le streptocoque viridans est l'hôte habituel de la bouche et en particulier, celui des infections dentaires. Nous savons aussi que c'est le microbe le plus souvent rencontré dans le sang des malades atteints d'endocardite lente encore appelée « maladie de Osler ».

L'endocardite lente consécutive à une extraction dentaire est loin d'être rare ; ne savons-nous pas que l'ablation d'une dent avec le léger traumatisme qui s'ensuit est largement suffisant pour essaimer dans le sang, le microbe ? Quelques minutes après l'extraction d'une dent infectée dans une bouche septique, un stade bactériémique peut être mis facilement en évidence (le même phénomène peut du reste se produire après l'ablation des amygdales). Cette bactériémie n'est que transitoire, et dans les heures qui suivent, l'hémoculture devient presque toujours négative. Cependant, un acte aussi simple, que celui d'une extraction dentaire peut devenir dangereux chez les sujets porteurs de lésions valvulaires (les microbes essaimés trouvant un point d'appel dans la lésion cardiaque préexistante (voie morbide).

Il ne faut pas pour cela hésiter à enlever la dent cariée car celle-ci, peut être, elle aussi, la cause de dissémination bactérienne avec localisation secondaire au *locus minoris resistentiæ.*

La vaccination préventive ne pourra qu'être très utile aux malades, non seulement pour éviter le danger de la bactériémie consécutive à l'ablation dentaire, mais aussi, pour préserver le malade contre un ensemencement ultérieur.

LES GOITRES SIMPLES (1)

M. le Professeur agrégé MENEGAUX

Le corps thyroïde est une glande vasculaire sanguine annexée à la région cervicale de la trachée. Il peut être atteint par de nombreuses maladies ; il est en particulier assez fréquemment le siège d'une tumeur.

Le goitre simple est la tumeur bénigne du corps thyroïde ne s'accompagnant pas de dysfonctionnement glandulaire. Son étude tient la première place dans la pathologie thyroïdienne.

Etiologie

La nature véritable et les causes efficientes du goitre simple sont encore inconnues. On ne peut qu'insister sur un certain nombre de facteurs qui jouent un rôle important dans l'apparition du goitre.

Il est d'abord indiscutable que la maladie s'observe surtout dans certaines régions où elle atteint d'ailleurs aussi bien les animaux domestiques que l'homme : c'est l'*endémie goitreuse* généralement associé au *crétinisme*. Les régions atteintes sont surtout les régions montagneuses : en France, les Alpes, les Cévennes, le Jura, les Vosges (y ajouter encore l'Aisne, l'Orne). En Europe, il existe de nombreux îlots goitrigènes ; en Suisse, les cantons du Valais, de Berne, en Bavière, en Wurtemberg, en Autriche, en Italie, dans toutes les vallées supérieures.

Le goitre atteint surtout la femme, deux fois plus que l'homme. Chez elle les épisodes de la vie génitale favorisent son développement (menstruation, grossesse, allaitement).

Il apparaît habituellement vers la puberté. Il existe pourtant un *goitre congénital* observé à la naissance de certains enfants issus de mères goitreuses.

L'action de l'*eau de boisson* est indiscutable ; il existe en effet des sources goitrigènes dont le rôle a pu être démontré expérimentalement. Parmi les altérations de l'eau, sa *carence en iode* paraît être le facteur principal : on en déduit la méthode prophylactique largement employée en Suisse d'administration systématique d'iode mélangé au sel de cuisine.

Enfin, il est certain aussi que les *conditions d'hygiène générale* ont aussi un rôle, car le goitre apparaît surtout dans les vallées humides et obscures. Aussi grâce à l'amélioration des conditions de vie, le goitre endémique est actuellement en décroissance. Cependant il existe toujours des *goitres sporadiques*.

(1) Leçon faite à la Faculté de médecine, décembre 1938.

Anatomie pathologique

A. ÉTUDE MACROSCOPIQUE

Deux sièges différents :

1° goitre de la région thyroïdienne ;

2° goitre de siège anormal.

1° *Goitre de la région thyroïdienne.*

L'hypertrophie du corps thyroïde peut être totale ; le plus souvent elle est partielle et n'atteint qu'une partie de la glande. A la coupe il s'agit souvent de goitres diffus qui ne diffèrent pas du tissu thyroïdien : c'est l'*hypertrophie adénoïde* ; parfois, il renferme des cavités remplies de substance gélatineuse : c'est le *goitre colloïde*. Dans d'autres cas, il s'agit de *goitres nodulaires* : les uns sont solides : *adénomes, goitres fibreux* ; les autres sont liquides : *goitres kystiques*.

Il existe souvent des altérations secondaires (ossification des parois, vascularisation intense) qui changent alors l'aspect macroscopique du goitre.

2° *Goitre de siège anormal.*

a) *Goitre plongeant* soit à partir de l'isthme soit à partir des bords latéraux. Ce goitre donne des accidents, mais on peut l'extraire facilement par la classique incision cervicale « en cravate ».

b) *Goitre endothoracique*. Il est parfois réuni à la glande thyroïde par un pédicule. On peut alors l'énucléer. Parfois, au contraire, il a perdu toute connexion avec la glande thyroïde et il est alors nécessaire pour l'extraire d'utiliser de larges voies d'abord.

c) *Goitres aberrants*. Ce sont des goitres qui n'ont que des rapports lointains avec le corps thyroïde : tumeur de la base de la langue, goitre dans l'espace rétro-viscéral, dans les tuniques de la trachée ou de l'œsophage même.

B. ÉTUDE MICROSCOPIQUE

Le goitre est toujours constitué par une hyperplasie épithéliale, mais on discute encore sur l'origine de celle-ci. Est-ce une hyperplasie de l'épithélium adulte (Virchow) ou une hyperplasie de l'épithélium embryonnaire (Wölfler) ? En pratique, les aspects histologiques des goitres sont variables.

a) Les *goitres diffus* sont voisins de la glande normale, avec des vésicules de petite taille, renfermant une substance colloïde peu abondante.

b) Les *goitres colloïdes* ont au contraire des vésicules énormes, renfermant de la substance colloïde en très grande abondance.

c) *L'adénome vésiculaire* est formé d'un tissu qui ressemble à la glande normale, où l'on

voit de nombreuses vésicules de taille variable, parfois avec végétations.

d) *L'adénome trabéculaire* ne comporte pas de vésicules ; les cellules épithéliales y sont groupés en amas formant des cordons ou des réseaux.

Il existe encore d'autres tumeurs du corps thyroïde, d'origine différente :

les tumeurs mixtes avec prolifération à la fois épithéliale et conjonctive ;

les *tumeurs parathyroïdiennes* avec des cellules claires, vacuolaires renfermant du glycogène.

Enfin, les *strumes post-branchiales* que l'on considère comme des dérivés du canal post-branchial (huit cas connus).

La *teneur en iode* des goitres est variable (Oswald) ; les goitres colloïdes sont très riches en iode ; les autres au contraire en sont pauvres.

Tous les goitres donnent en se développant des *lésions de voisinage*. Ils distendent les muscles sous-hyoïdiens, refoulent les vaisseaux carotide et jugulaire, compriment les nerfs pneumogastrique et récurrent et compriment les voies aériennes. La trachée en particulier se dévie et s'aplatit (rétrécissement trachéal) ; de plus, elle se ramollit (trachéo-malacie) ce qui expose, au moment de l'ablation du goitre, à l'asphyxie.

Parmi les autres lésions du voisinage, citons aussi les lésions pulmonaires (emphysème, bronchites à répétition), celles de l'œsophage, souvent comprimé, et enfin celles du cœur (dilatation du cœur droit par gêne de la circulation pulmonaire).

Clinique

1° SIGNES PHYSIQUES. — Le premier symptôme est habituellement l'augmentation du volume du cou. La tumeur est plus ou moins importante ; lorsqu'elle est volumineuse, elle peut s'extérioriser (goitre pendulaire). Son siège est variable aussi, tantôt symétrique, tantôt n'atteignant qu'une seule région (lobe latéral ou isthme). La peau est normale au devant du goitre. Celui-ci est mobile transversalement, mais monte avec le larynx pendant la déglutition ;

La surface et la consistance du goitre varient selon sa forme anatomique. Le goitre diffus parenchymateux, généralement symétrique (comme dans le goitre juvénile) a une consistance mollasse et une surface lisse. Dans le goitre vasculaire, on note des battements synchrones du pouls, et parfois un souffle. Le goitre colloïde forme les plus volumineuses tumeurs, irrégulièrement bosselées ; sa consistance est souvent très molle, tremblotante, pseudo-fluctuante.

Les petits goitres nodulaires, avec un ou plusieurs noyaux, sont souvent fermes, parfois même très durs (goitres fibreux). Les gros kystes thyroïdiens sont fluctuants ou rénitents.

2° SIGNES FONCTIONNELS. — Leur intensité n'est pas directement en rapport avec le volume du goitre. Les troubles essentiels sont :

a) *Respiratoires* : essoufflement, crises dyspnéiques, souvent la nuit ; altération de la voix (atteintes des cordes vocales et du récurrent).

Avant l'opération, il est toujours indispensable de faire faire un examen complet. Par la radiographie du cou, on apprécie la déviation de la clarté trachéale qui se détache sur la masse sombre des corps vertébraux. Par l'examen laryngoscopique, on prend connaissance de l'état des récurrents : paralysie d'une ou des deux cordes vocales.

b) *Troubles dysphagiques*, moins importants.

c) *Troubles de la fonction thyroïdienne* : hypo- ou hyperthyroïdie, qui doivent toujours être systématiquement recherchés.

3° PRONOSTIC : le goitre peut rester sans changement, le plus souvent il s'aggrave par poussées successives aboutissant à de véritables complications.

4° COMPLICATIONS

a) *hémorragies* (interstitielle ou interkystique) dues le plus souvent à un traumatisme ou à une ponction intempestive : hypertrophie brusque du goitre avec douleur et dyspnée intense ;

b) *rupture traumatique des gros kystes*, avec possibilité d'infection ;

c) *strumites* : inflammation du goitre, soit légère (thyroïdite ligneuse), soit grave (strumite gangréneuse), pouvant aboutir à la suppuration, ou à la résolution ;

d) *dégénérescence cancéreuse* enfin, avec l'augmentation rapide de volume du goitre, l'apparition de ganglions de la chaîne carotidienne et l'apparition subite du cortège fonctionnel.

Le DIAGNOSTIC du goitre simple n'est pas en en général bien difficile. L'existence de mouvements à la déglutition permet d'éliminer les autres tumeurs du cou, les adénopathies chroniques en particulier. Plus délicat est parfois le diagnostic avec d'autres tuméfactions ou tumeurs thyroïdiennes (thyroïdites, cancer thyroïdien). Une fois le diagnostic du goitre établi, il faut encore de toute nécessité distinguer la variété et reconnaître les altérations des organes voisins (trachée, récurrent).

Le *goitre endo-thoracique*, à cause des troubles dyspnéiques qu'il entraîne, de la stase veineuse cervicale, de la paralysie récurrentielle gauche (4/5 des cas) se comporte comme une tumeur du médiastin. Seule la radiographie de face et de profil permet de le localiser avec précision et d'en apprécier le volume.

Traitement

1° PROPHYLACTIQUE : administration systématique de sel iodé (5 mmgr. iodure de potassium par kilogramme de sel). Inspection médicale des écoles.

2° CURATIF :

a) *Le traitement médical* : l'administration d'iode bien surveillée ne guérit jamais radicalement un goitre ; elle améliore souvent, mais pas toujours.

b) *Le traitement radiothérapique* n'arrive jamais à la résolution complète du goitre et gêne l'intervention chirurgicale ultérieure.

c) *Le traitement chirurgical* seul donne la guérison complète. L'opération doit être faite à l'anesthésie locale. Suivant la grosseur du goitre, il faudra faire une énucléation ou une résection du lobe atteint. Les résultats sont en général excellents (0,8 % de mortalité).

Les accidents à redouter sont : l'asphyxie brusque due à l'ostéomalacie de la trachée, la blessure des gros vaisseaux, l'atteinte du nerf récurrent. Dans les suites opératoires, l'hyperthermie brusque se voit surtout dans les goitres toxiques. Elle est très rare dans les goitres simples. Les récidives sont relativement rares ; elles sont pourtant plus fréquentes après l'énucléation.

Quand on est en présence d'une *asphyxie goitreuse,* la trachéotomie est une très mauvaise méthode car on est gêné par le volume du goitre et on ne sait pas quel est l'état de la trachée.

Deux interventions sont seules à envisager :

1° la thyroïdectomie d'urgence ;

2° l'exothyropexie : très large incision par laquelle on extériorise le goitre.

Le goitre *endo-thoracique* peut parfois être énucléé par une incision cervicale basse. Lorsque l'extirpation est impossible par cette voie, il faut alors faire une sternotomie médiane.

LA MÉDICATION EXPECTORANTE : IL Y A TRENTE ANS ET AUJOURD'HUI

Une intéressante étude sur la médication expectorante vient d'être présentée à la Société médicale des hôpitaux de Lyon par MM. P. Delore, Coudert, Dumont et Rizard.

MM. Delore, Coudert et Dumont ont recherché, chez l'homme, les variations quantitatives de l'expectoration après emploi des médicaments suivants : ipéca (0 gr. 10 à 0 gr. 30), kermès (0 gr. 05 à 0 gr. 30), oxyde blanc d'antimoine (2 gr.), polygala (40 gr. de sirop), benzoate de soude (4 gr.), terpine (0 gr. 30 à 0 gr. 80), chlorure d'ammonium (3 gr.). Ils concluent de leur travail que le kermès, l'oxyde blanc d'antimoine, l'ipéca et le polygala méritent d'être retenus comme expectorants actifs et fidèles. Le polygala a l'avantage de ne pas offrir le caractère désagréable des trois autres agents médicamenteux.

L'adjonction d'un sirop à l'expectorant n'a pas seulement un intérêt gustatif : le sucre favorise l'expectoration. A leur avis, par contre, l'association des expectorants et des sédatifs de la toux paraît illogique.

En pratique, la prescription des expectorants est-elle, aujourd'hui, plus fréquente ou moins fréquente qu'autrefois ? Pour en juger, M. Rizard a consulté les registres de la pharmacie centrale des hôpitaux de Lyon et il a complété ces documents lyonnais par la statistique de M. Grimbert établie à la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris.

A Lyon, comme à Paris, les registres hospitaliers ont montré un état stationnaire ou une diminution de la consommation du kermès et de l'oxyde blanc d'antimoine. En revanche, une hausse très sensible a été notée sur la consommation du sirop de polygala, du sirop de Desessartz, du benzoate de soude. A Lyon, de 1905 à 1936, les prescriptions globales hospitalières de sirop de polygala sont passées de 84 à 609 kilogrammes ; celles du benzoate de soude de 10 à 128 kilogrammes. Le benzoate de soude, il est vrai, n'est pas seulement un expectorant ; il est indiqué à d'autres titres, qui expliquent pour une part la hausse particulière de sa consommation.

P. LACROIX.

LE RÔLE DE LA CHIRURGIE DANS LA THÉRAPEUTIQUE DE L'INFECTION PUERPÉRALE

Par le Docteur Paul BALARD

Chirurgien en chef de la Maternité de Bordeaux

Le rôle de la chirurgie est à coup sûr assez restreint dans la thérapeutique de l'infection puerpérale. Elle y a cependant une place marquée en des points très particuliers. Elle seule est susceptible, dans certains cas, lorsqu'elle est appliquée au moment opportun, de résoudre le problème et de guérir les malades. Encore, convient-il de préciser.

Le CURETTAGE était jadis assez communément pratiqué. Dès qu'une femme présentait de l'endométrite, on faisait un écouvillonnage, des injections intra-utérines, un curettage appuyé. Or cette médication est dangereuse parce qu'en dilacérant les sinus elle ouvre des portes nombreuses à l'infection. D'autre part, au lieu de maintenir celle-ci en place, elle détruit la membrane granuleuse de protection qui est à la limite de la muqueuse utérine infectée et du myomètre et annihile ainsi toutes les défenses histologiques. Si bien, que le curettage doit être systématiquement abandonné dans la thérapeutique de l'infection puerpérale à terme.

Il importe en effet en la matière de la différencier de l'infection *post-abortum* parce que les conditions ne sont pas les mêmes. Les sinus n'ont pas la même surface, la curette alors peut avoir la prétention de réviser l'utérus tout entier et ce serait aborder une grande querelle entre chirurgiens et accoucheurs que de juger en quelques lignes de la pré-éminence du curage ou du curretage.

Il est d'autres localisations de l'infection puerpérale qui relèvent plus efficacement de la chirurgie ce sont les PÉRITONITES PUERPÉRALES GÉNÉRALISÉES qui sont hélas trop souvent méconnues et par suite traitées d'une façon irrationnelle au grand détriment des malades.

Pour poser le diagnostic de péritonite puerpérale, on compte toujours sur la triade symptomatique classique : défense, arrêt des matières et des gaz ; mais on ignore trop que dans la péritonite des suites de couches il 'y a ni défense, ni arrêt des matières, ni vomissements et qu'il faut pourtant arriver à faire le diagnostic sur d'autres signes.

Un certain nombre de facteurs caractérisent ces infections péritonéales généralisées. C'est d'abord le fait que ces malades se présentent plutôt comme des septicémiques que comme des péritonéales. Il n'y a pas de réaction locale dominante, mais des réactions générales. En outre, le péritoine des suites de couches ne bâtit pas. En dehors de la puerpéralité il se forme des adhérences qui localisent l'infection. Par contre, les accoucheurs ne voient jamais d'adhérences. Il suffit pour se convaincre d'avoir fait des autopsies, d'avoir ouvert des ventres : s'il y a parfois quelques petites adhérences très discrètes dans le petit bassin, il y a déjà du pus dans tout l'abdomen.

Dernière considération : la femme durant la grossesse a eu l'abdomen distendu par un gros utérus, elle n'a plus de muscles pariétaux, ceux-ci ne peuvent donc pas réagir et donner le phénomène de défense que connaissent bien les chirurgiens.

Dans ces conditions, nous nous trouvons en présence de femmes qui ont un faciès infecté et non péritonéal, il ne le deviendra qu'à la dernière extrémité. Elles n'ont pas d'arrêt des matières et des gaz, mais une diarrhée ocreuse, profuse, diarrhée des septicémiques, laquelle, au contraire, est un signe quasi-pathognomonique de l'infection péritonéale. On note, au début, un frisson important qui marque l'invasion de l'infection. En même temps, elles accusent un peu de douleur, bas située généralement du côté des deux fosses iliaques, fugace, que l'on ne retrouve guère au moment de l'examen. Enfin, pouls extrêmement rapide qui s'accélère d'heure en heure. La température reste stationnaire ou s'abaisse, tandis que le pouls continue à augmenter de fréquence.

A la palpation, le ventre est ballonné dans toute son étendue, mais ne présente pas d'ondes péristaltiques sous-jacentes, avec une consistance égale, sans avoir nulle part le phénomène de défense. (En opposition, on relève dans la pelvi-péritonite la sensation de ventre en ciment dans la partie inférieure, tandis que la partie supérieure, distendue par les gaz, est modérément dépressible). Le ventre respire assez mal, mais il respire quelquefois ; la parole est entrecoupée. Enfin, les malades ont parfois des vomissements, mais c'est à la période terminale, heure à laquelle la chirurgie n'a plus d'action.

Il y a donc là un ensemble de signes fugaces, mais c'est sur eux et en particulier sur la diar-

rhée, le ballonnement et l'accélération du pouls : qu'il va falloir porter le diagnostic.

Quelquefois ces signes sont atténués, insuffisants. Il faut pourtant être fixé puisque tout retard dans la thérapeutique va aggraver, si l'on peut dire, les risques de la malade, et que toute péritonite généralisée étant un diagnostic de mort, on lui enlève ainsi quelques chances de guérison. Un seul moyen : la laparotomie exploratrice que nous estimons absolument inoffensive, et nous n'avons qu'un regret c'est d'avoir quelquefois hésité.

En voici deux preuves topiques :

Nous fûmes appelé un jour à l'Hôpital Boursier par le Docteur Mahon, en l'absence du Professeur Andérodias, pour voir une malade soupçonnée de péritonite au début. Un chirurgien des hôpitaux distingué avait vu cette malade et ne jugeait pas utile de l'opérer, non qu'il repoussât le diagnostic, mais parce qu'il croyait en la localisation possible de l'infection. Nous affirmons au contraire que toute péritonite puerpérale doit être opérée. Nous n'avons pas trouvé grand'chose : des anses intestinales rouges de partout, dans l'état, nous dit le chirurgien qui était présent, où on les voit dans une crise appendiculaire au début. Mais tout s'est passé comme si c'était l'opération qui avait amené la guérison : dès le lendemain, la température tombait, le pouls descendait et la femme renaissait à la vie.

Il y a trois mois, j'ai opéré avec le Docteur Lafargue une femme qui avait eu un accouchemeet par le siège, à Léognan. Elle faisait une accélération du pouls, de la fièvre, du ballonnement ; bref nous avons pensé qu'elle avait de la péritonite ; nous l'avons opérée et nous n'avons rien trouvé. Les anses intestinales étaient absolument normales. Mikulicz. Le lendemain la température a baissé et la malade a guéri.

Si elles ne démontrent pas l'efficacité de l'opération dans le traitement de la péritonite puerpérale, ces observations témoignent au moins de son innocuité. Or, puisque l'opération est inoffensive, nous avons le droit de la pratiquer parce qu'étant donné la difficulté du diagnostic nous ne devons pas nous priver de ce moyen héroïque qui nous permet de faire en même temps le traitement.

Il ne s'agit pas, bien entendu, d'aller dérouler l'intestin, ni de mettre la malade en Trendelenburg ! il faut simplement faire une boutonnière, l'agrandir, si besoin est, mettre un Mikulicz, faire un emmaillotage de l'utérus et des annexes, ou mettre des mèches.

Sur 28 malades observées par moi en cinq ans je note 16 cas *post abortum* et 12 *post partum*. Les 14 *post abortum* ont donné seulement 4 succès, tandis que pour les autres, 11 sur 12 ont été opérées et j'ai eu 6 succès et 5 morts.

En comparant ces résultats on peut constater que le pourcentage des guérisons est plus élevé dans le *post partum* contrairement aux données classiques car les infections péritonéales *post abortum* nous arrivent à la suite d'une inoculation directe. Ce sont des femmes qui se sont fait avorter, qui ont caché leur avortement, qui nous arrivent plusieurs jours après le début des accidents : nous les opérons toujours trop tard. Tandis que les autres sont des femmes suivies régulièrement par la sage-femme ou par le médecin, nous les voyons plus tôt et par conséquent nous les opérons dans de meilleures conditions.

Ces résultats doivent déterminer notre décision. Le diagnostic de péritonite généralisée commande toujours une intervention immédiate. Je ne crois pas, en effet que nous devions refuser l'opération du fait des risques que les cas malheureux peuvent faire courir à notre réputation. Nous n'opérons pas les malades en vue de notre statistique personnelle, mais bien pour des bénéfices qu'elles en peuvent retirer. Or, toute guérison de péritonite constitue une malade arrachée à la mort.

Voici une observation qui démontre qu'il ne faut jamais désespérer :

Une accouchée faisait de la péritonite à la Maternité. C'était une péritonite généralisée mais à forme progressivement extensive, donc forme peut-être un peu moins grave. La malade était *in extremis*, tellement, que M. Péry jugea inutile de l'opérer. Je la vis une demi-heure après, je lui demandai de m'autoriser à l'opérer Sur la table d'opération, il nous fallut la ressusciter car bien qu'on ne lui donnât que quelques bouffées d'anesthésique, elle sembla passer de vie à trépas. Respiration artificielle, etc... Je ne sais trop comment elle fit pour vivre quelques jours. Puis elle fit une éviscération. Ensuite elle présenta une pneumonie à streptocoque dont elle guérit. Le Professeur Bégouin pratiqua un an plus tard la cure radicale de son éventration. Elle doit la vie à un entêtement systématique que nous croyons être la vérité.

A côté de ces localisations péritonéales dans lesquelles la chirurgie a une place prédominante, il est d'autres localisations de l'infection puerpérale vis-à-vis desquelles cette place est un peu plus discutée, tout au moins quant à l'indication et au moment de l'intervention, ce sont les THROMBO-PHLÉBITES PELVIENNES SUPPURÉES.

Dans les veines du petit bassin se forment des caillots qui, au lieu de tourner à la phlébite adhésive, suppurent, et de temps en temps des embolies microbiennes provenant du caillot sont lancées dans la circulation entraînant à chaque fois d'énormes frissons. Par leur répétition, ces inoculations septiques à distance risquent d'emporter les malades, chacun de ces frissons indiquant l'apport des microbes en différents endroits, soit au niveau du poumon, soit dans d'autres organes, réalisant la septico-pyohémie.

Le diagnostic, à vrai dire, est malaisé. Par les examens locaux on peut parfois arriver à découvrir dans le petit bassin un cordon dur qui permet d'affirmer l'existence de cette thrombo-phlébite. On tiendra compte également des

frissons périodiques avec alternance de mieux dans l'état général de la malade.

Trendelenburg a soutenu que pour guérir ces malades il fallait lier les vaisseaux de façon à empêcher l'essaimage embolique qui se fait ainsi périodiquement. Cette opération a été étudiée à différentes reprises par Houël, d'Alger, qui a démontré qu'il fallait lier haut et gros, c'est-à-dire aller le plus loin possible de façon a arrêter cette propagation de l'infection.

L'indication opératoire est difficile à poser. Du reste, ce qui est plus décevant encore et plus difficile, c'est le moment de cette intervention. Les auteurs hésitent sur le moment opportun. Certains disent qu'il faut opérer au début, non point certes au premier frisson, mais au troisième, a dit quelqu'un. D'autres interviennent seulement beaucoup plus tard, mais alors on a quelquefois l'heureuse chance de voir guérir spontanément les malades qui extériorisent en quelque sorte leur infection par une *phlegmatia alba dolens*, qui guérissent par un processus oblitérant réalisant la guérison spontanée, ligature vivante, par la fibrine qui emprisonne le caillot et empêche sa propagation dans l'organisme.

Devant la rareté de ces cas, la difficulté du diagnostic et l'incertitude du moment opératoire, il ne faut donc pas s'étonner si les chirurgiens et les accoucheurs appelés en consultation réservent parfois leur opinion. Sans doute seraient-ils mieux fixés, s'ils étaient appelés plus souvent et plus précocement auprès de malades qui sont d'ordinaire traitées médicalement à domicile par le médecin praticien.

Il convient enfin de dire un mot d'un sujet plus vaste et plus général : LA PLACE DE L'HYSTÉRECTOMIE DANS L'INFECTION PUERPÉRALE.

On a en effet essayé de traiter l'infection puerpérale en faisant l'amputation de l'utérus comme celle d'un membre gravement infecté. Cette opération est théoriquement séduisante, mais pour qu'elle fut logique il faudrait d'abord démontrer que l'infection part *uniquement* de l'utérus. Or, il est bien certain qu'elle est parfois endogène, à point de départ amygdalien par exemple. Dans ces conditions, l'hystérectomie n'a qu'une valeur relative, aussi cette façon de faire n'a pas recueilli l'adhésion unanime.

Jean-Louis Faure, vers 1920, à propos de la thérapeutique de l'avortement, avait proposé une formule un peu schématique : curettage, et si la température continuait à remonter, vingt-quatre heures après, hystérectomie. On s'est aperçu que c'était ainsi sacrifier inutilement des quantités d'utérus. Les malades font souvent en effet, de la température pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures après un curettage et tout retombe ensuite dans l'ordre.

J'ai jadis publié avec le Docteur Péry une observation dans laquelle nous avions pensé devoir réaliser une hystérectomie, la formule de J.-L. Faure s'appliquant exactement à notre cas. Pour des raisons matérielles l'opération fut différée jusqu'au lendemain matin, mais déjà s'amorçait une localisation dans un cul-de-sac et, dans ces conditions, nous avons pensé que le plus sage était d'attendre. De fait la malade a guéri.

Il est cependant un certain nombre de cas dans lesquels l'hystérectomie a sa place indiscutable : lorsque les lésions siègent d'une façon non douteuse dans l'utérus. En cas d'utérus fibromateux, lorsque le fibrome empêche l'écoulement des lochies, il n'est pas douteux qu'il y a là une indication formelle à l'hystérectomie. De même, lorsque après un avortement on fait le diagnostic d'infarctus utérin chez des femmes qui se sont fait des injections d'eau de savon, de savon noir, on a le devoir de faire une hystérectomie parce que la lésion maximum est au niveau de l'utérus.

Enfin, lorsque se trouve réalisée cette forme métritique hémorragique de l'infection puerpérale décrite par Couvelaire, soit après rétention, soit sans rétention, en présence de ces hémorragies tardives du *post partum* qui mettent la vie de la femme en danger par le processus hémorragique, l'hystérectomie est alors indiquée, non seulement pour arrêter la source de l'hémorragie mais aussi celle de l'infection.

Dans la thérapeutique de l'infection puerpérale deux points sont à l'heure actuelle définitivement acquis : dans les vulgaires métrites il convient d'abandonner le curettage, dans les péritonites il importe de faire une laparatomie et un drainage.

Il existe d'autre part un certain nombre de cas qui sont à l'étude : ce sont les thrombo-phlébites et c'est la question de l'hystérectomie. Il dépend des praticiens, de nous aider à étudier et à réaliser ces questions en nous faisant appeler assez tôt, en nous portant des malades pour que nous puissions les traiter à temps et non point *in extremis*. Il dépend d'eux que nous puissions préciser avec plus de détails la place relativement large et importante qui, dans la thérapeutique de l'infection puerpérale revient à la chirurgie.

LA CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

■ ■ ■

L'œil ypérité et son traitement

D'après le Docteur BONNEFON (1)

LE TABLEAU CLINIQUE DES LÉSIONS

On distingue trois périodes distinctes : imprégnation, état, détente.

Période d'imprégnation

Elle est muette ; l'œil exposé aux vapeurs vésicantes se laisse imprégner sans manifester la moindre velléité de douleur ou de gêne.

Durée : une à trois heures.

Période d'état

Elle débute de façon foudroyante par l'hypersécrétion de toutes les glandes de la conjonctive, le flux lacrymal noyant et balayant les sécrétions meiboniennes et ciliaires. La douleur cuisante, accompagnée de photophobie, s'installe et en quelques minutes le tableau clinique se complète par l'inondation plasmatique du tissu cellulaire des deux paupières, provoquant avec leur gonflement l'oblitération de la fente palpébrale que ne tarde pas à colmater hermétiquement la sécrétion ciliaire.

A cette période, l'œil ypérité présente assez exactement l'aspect de la conjonctivite gonococcique du nouveau-né, moins le pus.

Lorsqu'une toilette des cils permet d'entr'ouvrir la fente palpébrale, il en jaillit un liquide limpide d'aspect citrin, doué de propriétés vésicantes. Ce liquide de rétention est un mélange lymphe-larmes.

Cette période dure de deux à cinq jours. Elle peut être abrégée par un traitement judicieux.

Période de détente

Elle est caractérisée par la diminution progressive de l'œdème palpébral, la persistance de la sécrétion lacrymale et de la photophobie, avec vaso-dilatation intense du réseau capillaire sous-muqueux.

Cette période peut durer des semaines et des mois ; elle voit éclore parfois des complications secondaires d'origine infectieuse banale, conjonctivites ou kératites, sans le moindre rapport direct avec l'action vésicante des gaz, depuis longtemps épuisée. Cette période dite des séquelles, peut être également abrégée ou supprimée par une thérapeutique précoce de l'imprégnation caustique.

***

LES BASES D'UN TRAITEMENT RATIONNEL

Ce tableau clinique contraste avec les données acquises sur l'action générale des gaz vésicants : il existe, en effet, une sorte d'immunisation spontanée de la conjonctive et de la cornée humaine par rapport aux effets vésicants destructifs que l'ypérite est capable de produire en d'autres régions du corps. Cependant, les signes dramatiques du début ne permettent pas d'augurer de la bénignité des lésions oculaires, ni leur tendance spontanée à la guérison rapide et complète. Voici une explication : l'ypérite ou sulfure d'éthyl-dichloré devient un caustique intra-cellulaire, grâce à un phénomène d'hydratation des tissus : au contact de l'eau tissulaire, l'hydrogénation du chlore produit de l'acide chlorhydrique.

Or l'œil humain, par voie réflexe, se débarrasse aussitôt des particules nocives du gaz, grâce à une sécrétion lacrymale ; vient ensuite un réflexe osmotique qui précipite la lymphe lacunaire vers les espaces cellulaires sous-cutanés, enfin une vaso-dilatation intense du réseau capillaire sous-muqueux renforce cette action, grâce à la lymphe

(1) *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 12 mars 1939.

circulante. Ce triple lavage en surface et en profondeur chasse et dilue les molécules caustiques, par suite empêche leur éruption vésicante.

Pareil phénomène de défense n'existe pas chez les chevaux, par exemple : leur cornée est lésée ou détruite par l'ypérite, car ils ne possèdent ni sécrétion lacrymale, ni défenses lymphatiques péri-oculaires. Cette assertion s'est trouvée vérifiée durant la dernière guerre, au moment d'une atteinte simultanée d'hommes et de chevaux par l'ypérite.

Une thérapeutique rationnelle des lésions doit donc tendre à renforcer l'action des défenses naturelles de l'organisme.

Non seulement des grands lavages oculaires bi-quotidiens, seraient impraticables à cause de l'affluence des gazés ; ils seraient également superflus, en raison du lavage superficiel effectué par les larmes ; d'autre part, ils ne sauraient prétendre expulser le caustique intra-cellulaire. Contre la douleur, pas de cocaïne, qui fait desquamer l'épithélium cornéen, et arrête la sécrétion lacrymale. Pas de pommades, car elles entravent l'expulsion naturelle du caustique.

Il faut simplement, au cours des premières heures, c'est-à-dire du poste de secours à l'ambulance ou à l'H. O. E., empêcher la rétention des liquides caustiques par une fente palpébrale oblitérée : une bassine d'eau chaude et du coton, avec la manière de s'en servir, chaque gazé étant son propre infirmier.

Dès son arrivée au centre hospitalier et après une nouvelle et soigneuse toilette des cils, l'œil ypérité est plongé dans une solution hypertonique tiède dont la formule est aujourd'hui classique :

Sulfate de soude à saturation..	800 grammes
Sirop de sucre...............	200 —

Quel que soit l'œdème des téguments palpébraux, cette eau de purge s'insinue à travers la fente palpébrale et gagne par capillarité le fond des culs-de-sac. La cornée, la conjonctive bulbaire sont bientôt entièrement immergées et le mécanisme du drainage osmotique entre en jeu ; le lavage lymphatique de la muqueuse s'opère, entraînant dans la cupule de porcelaine, les résidus d'ypérite extra-cellulaires ou intracellulaires.

Ainsi se trouve réalisé le drainage osmotique de la muqueuse. Ce traitement par les bains osmotiques doit être poursuivi sans relâche, non seulement pendant la période d'état, mais encore et surtout pendant la période de détente, aussi longtemps que persisteront les symptômes de photophobie et de larmoiement. Seul il permet de juguler rapidement les séquelles irritatives des gaz oculaires.

En cas de douleurs violentes, la cocaïne étant rigoureusement interdite, on peut instiller dans l'œil ypérité, une goutte de butelline, anesthésique plus puissant et plus rapide, qui, de plus, n'altère pas l'épithélium cornéen.

Les analgésiques sont préférables aux anesthésiques, dont l'effet est transitoire : la dionine à 2 p. 100 est, en outre, un dialytique puissant, qui renforce l'action du bain osmotique

En cas d'infection précoce de la conjonctive, aux solutions colloïdales d'argent on doit préférer les solutions isotoniques ou hypertoniques de di-bromo fluorescéinate mercurique à la dose de 2 p. 100.

Dans les cas tout à fait exceptionnels de lésions cornéennes graves (infection, troubles trophiques), le traitement d'attaque de la lésion doit consister, sans préjudice des soins ultérieurs qui appartiennent à la thérapeutique ophtalmologique classique, en une injection de un centimètre cube tout autour du limbe, de la solution suivante, dite : « osmolytique ».

Chlorure de sodium...........	0,05
Chlorure de magnésium.......	0,05
Chlorhydrate d'éthylmorphine.	0,05
Novocaïne	0,02
Eau distillée................	1 c.c.

Les résultats concluants obtenus dans de nombreux cas de brûlures accidentelles par caustiques chimiques, ont paru justifier son introduction dans le formulaire de la thérapeutique des brûlures graves par gaz de combat.

G. FISCHER.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Amygdalectomie et rhumatisme

MM. G.-C. Bertani et B.-R. Messina font ressortir l'importance de certaines précautions pré-opératoires. Etant accepté le principe que les amygdales sont les principales portes d'entrée de la fièvre rhumatismale chez l'enfant, il est logique que l'on ait été amené à envisager la nécessité de leur extirpation, avec l'idée que la suppression du principal foyer infectieux améliorera le malade. On a été conduit, d'autre part, à envisager l'amygdalectomie prophylactique avec l'idée d'éviter l'infection rhumatismale.

En ce qui concerne le premier point, certaines précautions sont à prendre, afin de ne pas opérer des amygdales qui ont été enflammées ; il est nécessaire que les signes d'inflammation aient disparu depuis six semaines. D'autre part, il faut que l'accès aigu du rhumatisme soit terminé depuis environ quatre à six semaines, car tout patient opéré d'amygdalectomie peut présenter à titre de complication post-opératoire, soit une poussée articulaire, soit une localisation métastatique dans n'importe quel viscère de l'organisme. Après l'amygdalectomie, on note en effet une franche invasion de l'organisme par les germes pathogènes, celle-ci étant liée à l'appauvrissement des défenses organiques. Cependant, il existe un procédé de laboratoire, l'érythro-sédimentation qui se prête admirablement à servir de guide pour apprécier par confrontation avec les signes cliniques, l'activité du processus infectieux. Or, lorsque la vitesse de sédimentation est trouvée accélérée (cette accélération étant due aux résorptions pathologiques de l'infection) on peut être sûr que l'intervention sanglante déterminera une réinfection de l'organisme qui se trouve sensibilisé, et que cette réinfection déterminera une aggravation de la maladie. Avant d'intervenir chez un patient affecté d'un foyer septique, on devra donc par le salicylate de soude ou toutes autres thérapeutiques porter préalablement sa vitesse de sédimentation aux plus bas chiffres possibles. (*Revue du Rhumatisme*, février 1939.)

Ostéomyélites aiguës avec bactériémie et septicémies à staphylocoques

MM. R. Debré et J. Leveuf donnent les conclusions suivantes à leur travail : on doit distinguer formellement l'ostéomyélite avec bactériémie et la septicémie staphylococcique. Au cours de cette dernière la douleur osseuse ne traduit pas forcément l'existence d'un foyer au niveau de l'os. Dans la septicémie staphylococcique l'abstention chirurgicale doit être absolue. Seul le traitement médical est mis en jeu. Bien que les thérapeutiques spécifiques aient pu en pareil cas remporter des succès elles restent en général inefficaces.

Dans les ostéomyélites, il faut par l'abstention de tout acte chirurgical précoce et par une immobilisation plâtrée rigoureuse du membre atteint respecter la barrière tissulaire qui tend à isoler le foyer infectieux. Cette barrière tissulaire représente en effet le moyen le plus actif de la résistance organique, les thérapeutiques spécifiques (sérum et anatoxine) n'étant vis-à-vis de la staphylococcie que des procédés adjuvants aux effets limités. L'action chirurgicale (ouverture des abcès, ablation des séquestres, éventuellement résection osseuse) ne devient utile qu'à un stade ultérieur. (*La Presse Médicale*, 8 mars 1939.)

La voie artérielle dans le traitement du tétanos

Le Docteur J. de Fourmestraux utilise de façon courante l'angeiothérapie par voie artérielle, depuis quelques années, avec M. Fredet. La première injection de sérum antitétanique, par la voie carotidienne a été faite par Leriche ; la toxine tétanique se fixant au niveau des centres nerveux, il apparaît logique d'agir directement sur ces derniers. Mais en France, cette méthode paraît abandonnée.

L'auteur a traité par la voie carotidienne, six cas de tétanos sévère ; deux morts, quatre guérisons. La technique est d'une extrême simplicité, par découverte chirurgicale de l'artère ; il est même possible d'utiliser la carotide externe et la vertébrale.

La dernière observation concerne un enfant de 6 ans qui a été traité au quatrième jour, par une dose massive et unique de 110 c. c. de sérum purifié (quelques gouttes de chloroforme). L'état est resté stationnaire puis, à partir du cinquième jour après injection, la température tombe et devient normale en une semaine. Dans ce cas, le sérum par voie artérielle fut utilisé en une seule dose importante à l'exclusion de toute autre thérapeutique active.

L'auteur n'a jamais constaté l'existence de ces angiospasmes, qui rendent parfois redoutable l'introduction artérielle de solutions non isotoniques. (*Archives Hospitalières*, mars A, 1939.)

Quelle est la part du rein dans les syndromes aigus de l'abdomen ?

Les affections qui, à leur début et au cours de leur évolution, prennent le masque d'une urgence chirurgicale de l'abdomen sont nombreuses : affections pleuro-pulmonaires, cardio-vasculaires, infectieuses, génito-urinaires, les épanchements intra-péritonéaux aseptiques, certains syndromes péritonéaux aigus sans cause apparente.

Le Docteur E. Truc envisage ici quelle peut être la part durein dans ces syndromes aigus de l'abdomen.

Les affections rénales sont de grandes simulatrices, elles ont causé de nombreuses erreurs diagnostiques. Il suffit en effet, dans le doute, de penser au rein s'il peut être logiquement en cause mais le remède se trouve à côté du mal car le chirurgien et l'urologiste ont, à leur disposition, des moyens merveilleux de mettre en évidence l'intégrité ou l'état pathologique du rein. Les principales affections urinaires simulatrices ayant entraîné une laparotomie pour appendicite, occlusion intestinale, cholécystite suppurée, péritonite perforante, etc., sont les calculs de l'uretère, du rein, l'hydronéphrose et, tout particulièrement, l'anthrax du rein.

Pour les calculs du rein et de l'uretère, il semble que certaines explorations pourraient être faites avec avantage. Actuellement il est facile d'obtenir en un court délai le résultat des examens radiologiques et de laboratoire. L'azotémie, l'analyse histo-bactériologique des urines devraient pouvoir être effectuées d'urgence ainsi qu'une radiographie simple de l'abdomen.

Cette façon de faire présente aussi certains avantages dans le diagnostic d'une occlusion intestinale aiguë. M. Moulonguet a tout récemment, à l'Académie de chirurgie, attiré à nouveau l'attention des chirurgiens sur ce sujet. La radiographie sans préparation est susceptible, pour lui, de donner des indications précises dans les cas d'occlusion du grêle et dans celles portant sur le côlon. Mais inutile d'insister sur ces faits, qui ont trait à une autre question que nous n'avons pas à envisager. Ce qui a paru intéressant d'être rapporté c'est la possibilité par cette méthode d'exploration d'écarter le diagnostic d'occlusion et d'identifier une autre affection.

En agissant ainsi on découvrira des urines riches en hématies, en cristaux d'oxalate, d'acide urique, des images de suspectes radiographies, qui feront porter le diagnostic de la lithiase.

Les reins mobiles et l'hydronéphrose sont souvent pris pour des affections intestinales ; ils simulent, dans leurs formes chroniques, la dyspepsie, l'entérite ; l'hydronéphrose peut faire croire à une appendicite chronique. Les formes aiguës simulent parfois un iléus paralytique, une péritonite. Lorsqu'on ne découvre pas un signe urinaire, il faut pratiquer une radiographie totale des reins et des uretères.

Quant aux abcès corticaux et à l'anthrax du rein, le début peut être masqué par l'infection focale : furoncles, anthrax, angine. Le plus souvent, il n'existe aucun symptôme urinaire, mais l'examen des urines décèle des traces d'albumine et l'ensemencement peut donner une culture. La radiographie montrera : la disparition de l'espace clair périrénal et celle de l'ombre du psoas du côté malade ; la compression et la déviation coliques. La pyélographie ne sera utile qu'à un stade avancé. (*Montpellier Médical*, février 1939.)

Traitement de l'hypertension artérielle

MM. Riser et J. Gérard établissent qu'un fait incontestable, observé par tous, domine la thérapeutique de la maladie hypertensive : c'est qu'il y a de nombreux hypertendus artériels qui ne sont pas atteints dans leurs œuvres vives par le dérèglement tensionnel. Certes, ils peuvent succomber à la suite d'une artérite cérébrale (maladie ou hémorragie, les deux processus ayant des liens de parenté certains), mais c'est là un « accident » et dans l'ensemble, l'évolution de la maladie est assez bénigne parce qu'elle respecte longtemps les tissus et organes essentiels de l'économie. Il ne saurait être question, pour ces sujets, de thérapeutiques qui leur font courir un risque sérieux. Mais il est d'autres malades chez qui, d'emblée, ou rapidement, les facteurs de malignité apparaissent vite. Les auteurs ont signalé la difficulté d'apprécier ces facteurs. N'importe, le fait est là : ces sujets sont irrémédiablement condamnés à une déchéance rapide et à une mort certaine ; on les voit tous disparaître après un, deux, cinq ans au plus, et il s'agit de jeunes adultes frappés en pleine force.

Il ne paraît plus possible d'attendre le glas inéluctable sans rien tenter, et c'est pourquoi il faut se tourner délibérément vers des possibilités thérapeutiques raisonnables, même si elles ne sont pas encore parfaitement codifiées. Ces auteurs en font une étude critique. (*Le Journal Médical Français*, février 1939.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les réactions humorales de la période anté-allergique de la tuberculose

(M. Paul COURMONT ; 14-3-1939)

L'allergie cutanée à la tuberculine, dit M. Paul Courmont, n'est qu'un des modes de l'allergie générale déterminée par l'infection tuberculeuse dans un organisme neuf. Avant l'allergie cutanée, d'autres modifications de l'organisme infecté peuvent se produire, modifications que l'auteur recherche par divers procédés (agglutination, floculation, etc.).

La séro-agglutination est la réaction la plus facile comme technique, la plus constante et la plus sûre dans la période pré-allergique. L'Institut bactériologique de Lyon prépare un antigène (cultures homogènes) pour cette réaction. A l'aide de la séro-agglutination, M. Courmont a pu faire des rectifications de diagnostic dans des cas où les réactions tuberculiniques étaient absentes. Pour l'auteur, la séro-agglutination est ordinairement la réaction la plus précoce.

Les aspects radiologiques du hile pulmonaire normal

(MM. F. BEZANÇON, R. AZOULAY, O, MONOD et ROTEMBERG ; 14-3-1939)

En raison de la part de plus en plus grande prise par l'examen radiologique dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire, il importe que les causes d'erreurs possibles dans l'interprétation de ces examens soient bien connues et évitées.

Parmi les interprétations erronées, l'une des plus fréquentes est celle qui consiste à prendre pour anormaux certains aspects radiologiques des hiles. M. Bezançon et ses collaborateurs ont étudié ce problème en s'appuyant sur plusieurs centaines de radiographies d'étudiants en médecine chez lesquels on ne trouvait aucun indice héréditaire ou personnel de tuberculose, nombre d'entre eux même (28 %) ne présentant pas de cuti-réaction positive à la tuberculine.

Chez ces sujets, qui pouvaient être considérés comme indemnes de toute lésion bacillaire, la région hilaire a été explorée radiologiquement sous ses divers aspects. Le hile est apparu variable en longueur, en largeur, en épaisseur. Dans 33 % des cas, on a trouvé un hile épais. La constatation d'un hile épais ne correspond donc pas nécessairement à un état pathologique et n'est pas liée comme on l'a écrit souvent à la présence d'adénopathie tuberculeuse ou de sclérose péri-hilaire ; elle tiendrait plutôt à un état constitutionnel de l'artère pulmonaire, vaisseau beaucoup plus volumineux qu'on ne le croit d'habitude. En présence de hile épais, tomenteux, on recherchera toutes causes susceptibles de procurer ces aspects (syndrome de stase veineuse pulmonaire, altérations pulmonaires, adénopathies), tout en sachant que ces hiles peuvent être normaux.

— M. Emile SERGENT estime que l'interprétation des épreuves radiologiques pulmonaires est toujours délicate. Si elle indique le siège et la forme d'une image, elle n'en précise pas la nature. L'exploration aux rayons ne peut prétendre à contenir tous les secrets du diagnostic. La saine et vraie clinique « à la française », ne saurait se soumettre à cette conception.

L'asthme infantile, affection diathésique Son indépendance de la tuberculose

(M. P.-F. ARMAND-DELILLE ; 14-3-1939)

M. Armand-Delille a cherché à établir chez l'enfant les rapports de l'asthme et de la tuberculose. Sur 61 petits asthmatiques, présentant tous une éosinophilie variant de 8 à 25 %, il n'a trouvé que 12 cuti-réactions positives, soit 20 %, proportion plus faible que chez la moyenne des enfants du même âge.

En ce qui concerne les ombres anormales pouvant constituer les prétendues épines dont parlait déjà Landouzy, il n'existait, parmi les enfants de ce groupe à cuti-réaction positive, que trois cas avec taches pulmonaires, un seul avec ombre de primo-infection parenchymateuse et deux avec ombres de calcifications hilaires.

L'auteur se croit dès lors en droit d'affirmer que, chez l'enfant, l'asthme constitue bien une affection héréditaire diathésique essentielle, caractérisée par l'éosinophilie, et que cette affection est absolument indépendante de la tuberculose. Ses constatations impliquent que les traitements anti-tuberculeux sont ici inutiles, et que les petits asthmatiques à cuti-réaction négative doivent être tenus séparés des enfants à cuti-positive traités pour primo-infection tuberculeuse.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

L'exploration lipiodolée des bronches au cours de la coqueluche avec expectoration purulente

(MM. R.-A. MARQUÉZY, Clément LAUNAY, LEMOINE et Mlle E. MAGE ; 3-2-1939)

L'existence d'une expectoration purulente au cours de la coqueluche est un fait classique. Le syndrome clinique est presque toujours le même : huit ou dix jours en général après l'apparition de la première quinte nette, on voit l'expectoration purulente se constituer ; elle atteint en quelques jours, souvent même en vingt-quatre, quarante-huit heures, une très grande abondance : 50 à 100 c. c. par jour sont des chiffres assez souvent observés. Au cours même de la quinte, l'enfant rejette une série de véritables crachats purulents ; souvent s'y associent des mucosités filantes, abondantes ; l'expectoration rappelle, comme il a été maintes fois observé, celle de la dilatation des bronches. Entre les quintes, l'enfant ne présente jamais d'expectoration. Une partie du pus rejeté se confond fréquemment avec les vomissements. La durée de cette expectoration purulente est très variable : tantôt quelques jours, tantôt au contraire dans les formes avec expectoration abondante, plusieurs semaines ; dans ces cas, elle atteint rapidement son acmé pour ne diminuer ensuite que très progressivement. Cette expectoration purulente se voit surtout au décours des coqueluches avec quintes fréquentes, mais elle ne paraît pas être l'apanage des coqueluches sévères : une moyenne de quinze quintes par vingt-quatre heures est ce que l'on observe habituellement. Fait important il y a le plus souvent dissociation entre l'importance de l'expectoration et la discrétion des signes sthétacoustiques. On ne perçoit, en général, que quelques râles de bronchite disséminés, quelques râles bulleux comme au cours d'une coqueluche banale.

La fièvre peut manquer complètement, mais dans les formes sévères, elle est fréquemment élevée, irrégulière, parfois oscillante et peut demeurer telle pendant quinze jours, trois semaines.

Malgré l'importance de l'expectoration et de la fièvre, ces enfants gardent habituellement un bon état général. Puis, fièvre et expectoration disparaissent parallèlement après un temps plus ou moins long, trois à six semaines ; en tout cas, l'abondance de l'expectoration diminue nettement quand la température redevient normale et, le plus souvent à la sortie de l'hôpital, ces enfants ne crachent plus. Cette expectoration purulente s'observe avec une particulière fréquence entre 4 et 7 ans.

L'exploration radio-lipiodolée des bronches, au cours de la coqueluche avec expectoration purulente, permet de mettre en évidence des images différentes. Si les bronches gardent souvent un aspect normal, dans une assez grande proportion des cas (près de 50 %) elles apparaissent très nettement dilatées. Aussi les auteurs pensent qu'il faut distinguer au cours de ces coqueluches compliquées des formes avec bronchite purulente simple, des formes avec ectasie bronchique. Ces bronchiectasies peuvent être durables après une coqueluche avec expectoration purulente ; mais, les faits rapportés prouvent qu'il existe des bronchectasies transitoires au cours de la coqueluche.

M. LEREBOULLET. — Je n'ai jusqu'à présent pas observé nettement, chez l'enfant du moins, de faits d'infections bronchiques responsables de bronchectasies secondaires. Je ne nie pas que les maladies aiguës de l'enfance, au premier rang desquelles la rougeole et la coqueluche, puissent contribuer au développement des bronchectasies (et certains des faits apportés aujourd'hui semblent à cet égard assez significatifs), mais, avec mon collègue Debré, je persiste à croire qu'ici, comme dans bien d'autres lésions viscérales de l'enfance, l'existence initiale d'une malformation congénitale est souvent à la base du syndrome clinique et radiologique observé.

Deux cas de cardiopathies chroniques améliorées par l'oxygénothérapie

(MM. Ch. FLANDIN, G. POUMEAU-DELILLE, R. LEMAIRE et R. MANDE ; 3-2-1939)

Les résultats que nous avons obtenus dans le traitement des cardiopathies décompensées par les inhalations d'oxygène sont encourageants car ils montrent une action de secours immédiat et surtout permettent d'obtenir une amélioration suffisamment prolongée pour modifier l'existence de ces malades.

Dans deux observations communiquées, on constate :

1° Le soulagement immédiat des troubles subjectifs par l'inhalation d'air enrichi d'oxygène à un taux convenable, suffisant pour augmenter l'oxygénation, mais limité à des proportions ne provoquant pas de réflexes pénibles.

2° Les effets favorables persistent après les séances d'inhalation ; ils entraînent la disparition progressive des troubles fonctionnels qui résistaient aux médications toni-cardiaques classiques.

3° Il est nécessaire de poursuivre à intervalles convenables l'oxygénothérapie.

Il semble par conséquent qu'une action profonde, durable, puisse être obtenue, même chez les sujets porteurs de grosses lésions anatomiques, et ce n'est pas le point le moins intéressant de la méthode.

G. F.

Montpellier

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN

Endocardite apexienne latente au cours d'une pneumonie mortelle du vieillard

MM. J.-M. BERT et A. VEDEL ont observé à l'autopsie d'un sujet âgé mort de pneumonie un petit thrombus apexien déterminé par un processus endocarditique très localisé sans aucune détermination valvulaire associée.

Hémorragie protubérantielle diffuse avec envahissement du quatrième ventricule. Danger de la position genu-pectorale chez les vieillards

MM. J. BAUMEL, J.-M. BERT et Paul BETOULIÈRES rapportent les constatations nécropsiques faites chez un vieillard décédé par ictus peu après un examen endoscopique ayant nécessité pendant quelques minutes une attitude en déclivité de la tête. Ils insistent sur le danger de pareilles positions chez les hypertendus athéromateux.

Un cas de noma guéri par la sérothérapie antigangréneuse

MM. J. MARGAROT, P. RIMBAUX, J. RAVOIRE et P. SENSTEIN. — La sérothérapie antigangréneuse a permis d'obtenir la guérison d'un noma chez une malade de 65 ans, dont l'état général et local étaient si graves que toute tentative chirurgicale avait dû être écartée.

Toulouse

Les insulines végétales

M. MAURIN. — A l'heure actuelle on peut trouver dans de nombreuses plantes des éléments hypoglycémiants analogues à ceux de l'insuline tirée du pancréas. On a pu grouper quatorze plantes capables de jouer un rôle important dans l'hyperglycémie, et on a pu isoler un principe hypoglycémiant avec des extraits de légumes crus ou avec des infusions concentrées de radicelles d'orge. Qu'elle est la nature chimique exacte de ces insulines végétales et peut-on les assimiler à des homologues de l'insuline elle même, c'est une question à rechercher, mais, quoi qu'il en soit, il reste à la disposition des médecins une série de plantes pouvant dans une large mesure diminuer le sucre de leurs diabétiques.

Diffusion et contagion de la fièvre ondulante

M. IZARD. — La contagion interhumaine est exceptionnelle, la contagion de l'animal par l'homme est assez restreinte et nécessite des contacts répétés. La contamination se fait le plus souvent par voie digestive, par l'intermédiaire de mains sales : l'absorption des produits laitiers intervient à peine dans 10 % des cas. La contagion exige des doses rares mais importantes ou de faibles doses répétées. L'extension et la dissémination de la fièvre ondulante sont presque exclusivement fonction de la transhumance et des échanges d'animaux à l'occasion des foires et marchés. La prophylaxie des brucelloses humaines est avant tout du domaine de la police sanitaire des animaux.

A propos de cas familiaux de rétrécissement mitral

M. BAUDOT rapporte les observations de quatre malades atteintes de rétrécissement mitral pur et concernant d'une part deux sœurs et de l'autre une fillette de 10 ans et sa tante maternelle. Ces cas ne présentent aucune particularité clinique et leur intérêt réside dans leur caractère familial, coïncidant avec l'absence de tout antécédent infectieux rhumatisant ou autre pouvant être invoqué à l'origine d'une endocardite acquise. Sans vouloir tirer aucune conclusion étiologique de ces faits isolés, l'auteur pense que recueillis en fort peu de temps (moins d'un an) ils constituent une curieuse série de coïncidences.

Méningite à bacille de Pfeiffer à type morphologique rare

MM. GADRAT et LASSERRE. — Un enfant de 11 mois, après trois jours de manifestations respiratoires discrètes mais fébriles, présente un tableau de méningite aiguë. La ponction lombaire ramène un liquide purulent : à l'examen direct, on constate la présence de filaments flexueux, immobiles, homogènes, se décolorant par la méthode de Gram. Les cultures sur milieux usuels demeurent négatives : sur milieu au sang, on obtient une culture pure de ces éléments filamenteux. Après un deuxième passage sur gélose au sang, on vit apparaître des formes cocco-bacillaires qui permettent de préciser qu'il s'agit d'un bacille de Pfeiffer.

Les formes filamenteuses du bacille de Pfeiffer sont bien connues, mais il est exceptionnel qu'elles demeurent, comme dans ce cas, exclusives.

Syndrome sympathique cervical postérieur

MM. BAUDOT et L. TAMALET rapportent l'observation d'un homme de 45 ans présentant des névralgies brachiales droites, extrêmement pénibles, dans le domaine du radial. La rétropulsion passive et la flexion latérale droite de la tête provoquait de vifs paroxysmes douloureux ; en outre le malade accusait depuis deux ans des bourdonnements d'oreille, des céphalées, à prédominance périorbitaire, du larmoiement, des éblouissements sans vertiges. La radiographie de la colonne cervicale montra un feston des lignes latérales irrégulier, et la présence d'ostéophytes. Il s'agissait d'un syndrome décrit par Barré, lésion du sympathique cervical postérieur par arthrite chronique de la colonne cervicale.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

Chez MASSON et Cie
120, boulevard Saint-Germain

L. STROMINGER. — **Les erreurs et les fautes en urologie.** ETUDE CRITIQUE, CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE. Préface du professeur Marion. Un vol. 176 pages. Prix : 45 francs.

Pierre MACQUET. — **Les calculs de l'uretère.** Préface du Professeur G. Potel. Un vol. 190 p. avec 22 fig. Prix : 45 francs.

H. HAZARD. — **Applications médicales du nouveau Codex et prescription des substances vénéneuses.** Un vol. 92 p. (Collection Médecine et Chirurgie : Recherches et applications, nº 15), 1939. Prix : 18 francs.

Actualités médico-chirurgicales, par les chefs de clinique de la Faculté de Marseille. *Quatrième série.* Neuf conférences par MM. ALLIEZ, AUDIER, BUISSON, DARCOURT, DOR, DUMON, OLMER, RECORDIER et SARRADON. Un vol. 193 p., 1939. Prix : 30 francs.

M. BOIGEY. — **Lésions et traumatismes sportifs.** Un vol., 330 pages, 210 fig., 1938. Prix : 65 francs.

Louis BORY. — **Clinique et pathologie comparée.** VÉNÉRÉOLOGIE. CANCÉROLOGIE. DERMATOSES. MÉDECINE GÉNÉRALE. PHYTO PATHOLOGIE. Préface du Professeur FIESSINGER. Un vol. 240 p. Prix : 50 francs.

LIBRAIRIE POLYTECHNIQUE Ch. BÉRANGER
Paris, 15, rue des Saint-Pères ; et Liège.

H. COUTIÈRE. — **Connais tes ennemis.** Les ennemis intérieurs. Un vol. 194 pages, 1939.

VIGOT, frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine

INSTITUT D'HYGIÈNE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, DÉFENSE ANTIAÉRIENNE DU TERRITOIRE. — **La protection contre les gaz de combat.** *Cours de perfectionnement et exercices tactiques sur des questions d'actualité.* Cours fait au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine (15-30 juin 1938) sous la direction du Professeur TANON et du médecin-général COT, avec la collaboration de MM. BRUÈRE, CATHAL, GENAUD, KOHN-ABREST, MOYNIER, PAITRE, PÉRONNET, PERRIER et SOHIER. Un vol. de VIII-284 p., 54 fig., 1939. Prix : 30 francs.

Ce livre, qui réunit l'enseignement de conférenciers particulièrement compétents, initiera le lecteur à la tactique présumée et à la défense passive dans la guerre aérienne. Il y a une guerre chimique et une défense chimique, la même science intervenant dans les deux sens. Les observations du temps de paix ont ici d'ailleurs leur intérêt. Bien des accidents dus aux progrès de l'industrie, asphyxies accidentelles, électrocution, conduisent en effet à la thérapeutique des intoxications par les gaz. Si la chimie est une arme de guerre redoutable, dit le Professeur Tanon dans sa préface, il faut savoir que nos services de protection ont prévu toutes éventualités pour le cas où, dans une conflagration éventuelle, les puissances en lutte ne respecteraient pas les engagements internationaux qu'elles ont pris de ne pas utiliser les gaz comme arme de combat.

Plan de l'ouvrage : I. *Réalisations* : Organisation sanitaire. Réalisations effectuées dans Paris et sa banlieue, par M. PERRIER.

II. *Protection individuelle* : La protection des enfants en bas-âge, par M. COT ; Physiologie du masque, par M. GENAUD.

III. *Protection collective* : Le milieu surpressé. Sa réalisation par l'air comprimé, par M. COT.

IV. *Thérapeutique. Physiopathologie* : Le traitement des blessés gazés, par PAÎTRE ; L'auto-protection en matière d'agression chimique, par MOYNIER ; Les caustiques vésicants, par R. SOHIER.

V. *Détection* : La détection chimique, par P. BRUÈRE ; La détection physiologique, par M. PÉRONNET ; L'oxyde de carbone et l'attaque aérienne par M. E. KOHN-ABREST ; Sur l'utilisation de l'oxyde de carbone comme poison militaire, par MM. COT et GENAUD.

VI. *Exercices tactiques* : Organisation départementale des services sanitaires en fonction de l'attaque aérienne, par MM. COT, MOYNIER, SOHIER, GENAUD, PÉRONNET ; Fonctionnement des services sanitaires pendant l'attaque aérienne, par MM. COT, CATHAL, MOYNIER, SOHIER, GENAUD, PÉRONNET.

Les Thèses

P. — Dr Madeleine PROUST. — **Etude du fonctionnement d'un dispensaire antituberculeux à Tours, pendant dix ans, et de ses résultats.** (Thèse 1938.)

L'auteur étudie le fonctionnement, depuis dix ans du dispensaire anti-tuberculeux créé à Tours par la Compagnie des chemins de fer du P.-O., pour ses agents.

L'œuvre a été féconde à la fois pour le personnel, qui s'est présenté de plus en plus nombreux au dispensaire (213 en 1927 à 1.340 en 1938) et pour la Compagnie.

St. — Dr NERSON-ROBERT. — **Diagnostic clinique des tumeurs kystiques et des collections liquides intra-abdominales par la cysto-diaphanoscopie.** (Thèse 1938.)

De cette étude, portant sur 28 cas, il semble résulter que la cysto-diaphanoscopie, décrite par Klaften en 1934, constitue une méthode d'examen clinique complémentaire permettant de préciser le diagnostic dans des cas de tumeurs kystiques et de collections liquides intra-abdominales.

Si dans deux cas le résultat de la diaphanoscopie a été en contradiction nette avec les lésions trouvées à l'intervention, la cause principale en semble être l'instrumentation simple employée par l'auteur.

L'emploi d'une source lumineuse plus puissante que celle d'un cystoscope, réalisée dans le cysto-diaphanoscope de Klaften, augmente certainement la valeur de la méthode.

La colpo- et la recto-diaphanoscopie constituent deux modes d'examen complémentaires, dérivés de la cysto-diaphanoscopie.

P. — Dr MALO LENOIR. — **La voie xiphoïdienne dans le traitement des péricardites purulentes** (Thèse 1938.)

De très nombreux symptômes ont été décrits pour la péricardite purulente mais le diagnostic est rarement ou tardivement fait ; si tous les chirurgiens sont d'accord sur la nécessité de la péricardotomie, ils prennent des voies fort différentes pour arriver au même but.

Il semble que le pronostic assez fâcheux de cette affection pourra être amélioré grâce au diagnostic radiologique. Les progrès de la chimiothérapie pourront aider le chirurgien. La voie xiphoïdienne que l'auteur décrit paraît simple et peu dangereuse ; il semble que dans bien des cas elle puisse permettre un drainage facile du péricarde, et contribuer ainsi à améliorer le pronostic.

Mp. — Dr A. LONJON. — **Les lésions vasculo-cérébrales de la fièvre de Malte.** (Thèse 1938.)

Les constatations anatomiques au cours des méningo-neuro-brucelloses, quoique encore rares, ont permis d'affirmer l'atteinte élective des méninges et des vaisseaux, alors que l'axe cérébro-médullaire conserve habituellement son intégrité, étant le plus souvent (à part quelques cas) simplement irrité par le processus méningé de voisinage.

L'auteur signale l'importance de la réaction inflammatoire des vaisseaux, leur congestion, réaction inflammatoire qui paraît conditionner certaines manifestations fréquentes dans les complications nerveuses de la fièvre de Malte.

Mp. — Dr F. JOLLÈS. — **L'innervation vasculaire somatique.** Travail du laboratoire d'anatomie du Professeur Jean Delmas. (Thèse 1938.)

De nombreux travaux se sont efforcés de résoudre le difficile problème de l'innervation vasculaire. Le mémoire inaugural du Docteur Jollès apporte une utile contribution à l'étude de cette intéressante question.

Mp. — Dr J. VÉDRINES. — **De la conduite à tenir dans l'accouchement et la puerpéralité au cas d'utérus fibromateux.** (Thèse 1938.)

Chez la femme enceinte porteuse d'un fibrome, il est impossible avant la période du terme de prévoir ce que fera le fibrome. Cette donnée est actuellement classique. L'élévation d'un fibrome inséré sur le corps près de l'isthme peut se faire précocement, dans les premiers mois de la grossesse, mais elle peut aussi attendre la formation du segment inférieur et ceci avec une fréquence d'autant plus grande que l'insertion est plus basse sur l'isthme.

L'examen complet à terme guidera la décision. Si la filière génitale est libre, laisser faire la nature, sauf rares exceptions (présentation transversale, causes générales ou locales). Lorsqu'on a à intervenir, on aura recours à la césarienne suivie de myomectomie (femme jeune, pas de soupçon d'infection utérine), ou d'hystérectomie (si infection amniotique).

THÉRAPEUTIQUE

● ● ●

Histamine ou Histidine ? et à quelles doses ?

L'histamine paraît en passe de supplanter les acides aminés, et en particulier l'histidine, dans leurs différentes indications thérapeutiques et semble même pouvoir prétendre à des indications beaucoup plus étendues encore. Ses prétentions sont-elles justifiées ?

Sans parler de l'action sédative de l'histamine injectée *in situ* au voisinage des zones douloureuses ou au niveau de l'algie cutanée — et ici également certains auteurs très autorisés se demandent s'il ne s'agit pas d'une action générale plutôt que d'une action locale révulsive ou anesthésiante — les deux grandes applications thérapeutiques de l'histamine sont les ulcères gastro-duodénaux et les états anaphylactiques et de sensibilisation. Sur quoi peut-on légitimer pareille action thérapeutique ?

Le *traitement des ulcères gastro-duodénaux* paraît avoir été enlevé de haute lutte à l'histidine. Non pas que ce dernier composé ait du jour au lendemain perdu toute activité, mais parce qu'il paraît acquis que ce qui agit dans l'histidine, c'est l'histamine qui y existerait toujours en petite quantité à l'état d'impureté ou qui en proviendrait par une facile dégradation. Mieux vaut en effet utiliser directement le produit véritablement actif !

La désensibilisation des *états anaphylactiques et d'intolérance* appartient en propre à l'histamine car aucun travail systématique n'avait été publié auparavant sur ce sujet avec l'emploi de l'histidine.

L'idée en était ingénieuse : puisque l'histamine paraît être « l'hormone du choc anaphylactique », formée au lieu même ou ce dernier se produit (peau, bronche, vaisseaux, suivant qu'il s'agit d'urticaire, d'asthme ou de migraine) ne serait-il pas possible de désensibiliser l'organisme aux propriétés néfastes de ce corps en en injectant au préalable des petites doses. L'expérimentation clinique devait rapidement confirmer le bien-fondé de cette hypothèse et ainsi se trouvent concrétisé le principe d'une *désensibilisation chimique* spécifique.

La question des *doses* à employer mérite de retenir l'attention et le problème ne paraît pas se poser de la même façon dans les ulcères et dans les états anaphylactiques.

Dans les ulcérations gastro-duodénales où l'histamine est employée par milligramme, avec l'épreuve de Carnot et Libert, on sait que l'action sédative n'est pas directement liée à l'importance même de la dose utilisée. La disparition des douleurs est obtenue aussi bien avec un dixième de milligramme qu'avec une dose de dix, un, voire même 0,1 et 0,01 gamma, soit de dix à dix mille fois moins élevée.

Seul importe de savoir s'il est vraiment nécessaire chez ces malades porteurs d'une plaie digestive de risquer de mettre au contact de cette dernière un liquide hyperacide. Or la sécrétion gastrique est encore très nette et fortement chlorhydrique lorsqu'on injecte un dixième de milligramme, et cette considération seule plaide très logiquement en faveur des doses plus faibles.

La nécessité des doses minimes ne se discute pas au contraire lorsqu'on envisage le traitement des états anaphylactiques. L'idée de désensibilisation comporte celle de doses infinitésimales, progressivement croissantes, amenant ainsi l'organisme à supporter peu à peu des taux plus élevés dont l'emploi sans précaution, d'emblée pourrait amener au contraire des réactions plus ou moins vives. Les différents auteurs qui ont étudié la question sont arrivés à considérer le chiffre de 10 gammas d'histamine (soit un centième de milligramme) comme constituant ce palier de désensibilisation qu'il vaut mieux ne pas franchir et auquel on doit parvenir lentement en partant de microdoses de l'ordre du centième gamma. On conçoit dans ces conditions qu'à la dose d'un dixième de milligramme (100 gammas) non seulement on ne peut pas prétendre à une désensibilisation progressive, mais qu'on risque des accidents de réactivation.

Ainsi, prudemment maniée, l'histamine paraît devoir devenir l'*associée indispensable du bismuth dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux* et représenter dans la *thérapeutique des états anaphylactiques et d'intolérance un « vaccin chimique » de désensibilisation.*

Des études cliniques déjà importantes et disposant d'un recul suffisant, paraît ressortir qu'approximativement 60 % au moins des malades sont soulagés ou guéris, qu'il s'agisse *d'asthme, d'urticaire, d'œdème de Quincke, de migraines, d'intolérances alimentaires,* même en tenant compte des formes rebelles aux traitements classiques, qu'il s'agisse d'adultes, d'enfants ou de nourrissons, l'emploi des microdoses permet une même posologie. Et la simplicité de son administration à tous les âges n'est pas non plus un des moindres avantages de cette nouvelle médication.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

■ ■ ■

LES AMBITIONS TOTALITAIRES DES CAISSES D'ASSURANCES SOCIALES

Chat échaudé craint l'eau froide.

C'est bien parce que, en tant qu'Européens, nous venons d'apprendre assez rudement comment on perd à la fois la face et la victoire que nous savons , en tant que médecins, flairer la tyrannie d'assez loin.

Que les Assurances sociales rêvent de domestiquer les médecins, ou tout au moins, de se recruter un service médical à leur solde, cela n'est un mystère pour personne. Il y a bien des apparences qu'elles y seraient déjà parvenues si la loi en leur imposant le respect du libre-choix, n'avait élevé un obstacle préventif.

Mais une volonté forte et persévérante renverse bien des obstacles, (n'est-il pas vrai?) même si cet obstacle est une loi, même si c'est un traité. Les Assurances sociales, par le nombre de leurs adhérents et l'énormité de leurs ressources financières, sont devenues une force dans l'Etat ; et elles le savent. Groupées comme elles sont elles peuvent parler haut. Or, la notion de puissance est la chose du monde qui monte le plus facilement à la tête. L'ennuyeux de l'histoire, c'est que ce soient nous, les 23 ou 24.000 médecins français pratiquant notre profession, qui soyons destinés à subir le premier choc. C'est bien aussi pourquoi, du reste, il est grand temps d'examiner la situation.

***

La loi française des Assurances sociales a été votée pour assurer aux participants des soins, lorsqu'ils sont malades. La prévention du risque, la médecine préventive, n'y est mentionnée qu'à titre facultatif.

Mais « dès les premières années de mise en vigueur des Assurances sociales, les nouveaux organismes ont considéré qu'ils ne devaient pas limiter leur rôle à l'attribution des prestations individuelles prévues par la loi du 30 avril 1930, mais qu'ils devaient intervenir d'une façon directe dans la réalisation d'une large politique sanitaire en faveur des travailleurs du Commerce, de l'Industrie et de l'Agriculture » (1).

(1) Grimald, de Lagarde et Yung. — In *Mouvement sanitaire*, février 1939, p. 66.

Conception parfaitement justifiée en un siècle où à propos de tous les risques et particulièrement du risque morbide, la prévoyance est devenue la forme la plus effective de défense.

Conception qui, dès 1935, avait retenu l'attention du ministère de la Santé publique soucieux, à cette époque, d'établir un grand plan d'équipement sanitaire du pays.

Les hygiénistes s'y montrent d'ailleurs favorables et nombre d'entre eux, fonctionnaires de l'hygiène publique, poussent les Caisses à assumer un rôle plus vaste et de valeur plus générale que la distribution et la surveillance des feuilles de maladie. Ils préconisent une liaison constante entre les Comités de coordination chargés de mettre au point les programmes de politique sanitaire publique, d'une part, et, de l'autre, les Caisses ou les Unions régionales. Ceci afin d'instaurer une « unité d'action ».

Rien de mieux. Des efforts dispersés ont beau se déployer dans le même sens, ils perdent, à s'ignorer l'un l'autre, une grande partie de leur efficacité. Il est certain que la lutte contre les maladies sociales et infectieuses, la protection de la maternité et de l'enfance, l'établissement de statistiques de morbidité ne sont désormais possibles que si les Assurances sociales y collaborent.

Ce qu'il y a lieu de craindre, c'est que cette collaboration ne se révèle envahissante et que les services d'Etat ne soient peu à peu relégués par les Caisses au dernier plan.

Sellier et Hazemann, il y a quelques années, préconisaient la fusion des Assurances sociales et des services de la Santé publique en un grand ministère commun. Faisant un pas de plus d'aucuns prévoyaient la généralisation des Assurances sociales qui gèreraient alors le budget unique de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

Or, les Caisses sont (et se flattent d'être !) autonomes. A moins de démolir leur statut, leurs laisser prendre un tel pied dans l'Etat ne serait rien d'autre que constituer un trust investi des intérêts sanitaires de la collectivité. Et où cela nous mènerait-il ?

***

Un article fort intéressant, récemment paru (1), répond assez ouvertement à la question.

Il a pour titre « Comment l'Assurance sociale peut augmenter l'efficacité de son activité tant préventive que curative, en employant les méthodes de la médecine sociale », et pour auteur M. Hynck-Pelc, membre de l'Institut d'hygiène publique de l'Etat tchécoslovaque.

On croirait lire une transposition de « Mein Kampf » dans un autre domaine. Il s'agit, c'est entendu, des idées d'un hygiéniste étranger et les dirigeants de nos Caisses d'assurances sociales pourront toujours dire que l'auteur en est seul responsable. Il n'en est pas moins vrai que ces idées sont diffusées par un *Bulletin* qui ne s'imprime pas à Prague, mais bien à Paris, et qu'un « chapeau » préliminaire indique que le texte intégral est reproduit « à la demande de certaines personnalités ». Peut-on remarquer que si ces « personnalités » l'avaient trouvé baroque et sans intérêt elles n'auraient pas eu la pensée de le présenter aux lecteurs de ce *Bulletin* ?

Du reste, M. Hynck Pelc remarque qu'il « existe certaines tendances générales dans le développement de l'Assurance sociale... qui présentent beaucoup de traits semblables dans tous les pays », et il précise que dans son travail il « fera état de ces tendances d'ordre général ».

Nous voici donc dûment avertis.

Un postulatum préalable : « Il serait difficile à l'heure actuelle d'avoir un doute quelconque sur la valeur positive de l'Assurance sociale pour la pratique de la médecine sociale. »

L'Assurance sociale étant un bienfait, il convient de se demander si la façon dont elle fonctionne actuellement est la plus rationnelle et si des « méthodes scientifiques » ne la rendraient pas plus efficace.

M. Hynck Pelc tranche délibérément le problème que j'exposais tout à l'heure de la coordination entre les services de la Santé publique et l'Assurance sociale. A son avis, celle-ci représente une branche de la médecine d'Etat beaucoup plus vivante que l'autre, et il se retient difficilement de dire qu'elle mérite de supplanter sa rivale. En effet, la participation des représentants des personnes intéressées dans la gestion des Assurances sociales leur apporte un appui politique très net qu'elles peuvent utiliser selon leurs intérêts. Elles jouissent d'une liberté financière très grande. Elles ne sont pas entravées par un système bureaucratique, ni par les limitations de crédits.

Tout en leur reconnaissant ces dons particuliers, l'auteur montre que les Assurances sociales ne peuvent donner toute leur mesure en matière de médecine préventive, du fait qu'elles s'adressent à une classe seulement de la population. Faut-il entendre que la médecine préventive ne sera réellement bien faite que du jour où les Assurances sociales régiront l'ensemble de la Nation ?

***

Par contre, M. Hynck-Pelc a des idées très précises sur le fonctionnement de la médecine curative pour assurés sociaux et sur le plan qu'il convient d'élaborer pour obtenir un rendement satisfaisant.

C'est ici, confrères, le moment de tendre l'oreille.

La cheville ouvrière du système est, sans conteste le praticien de médecine générale. Faut-il admettre le libre-choix qui constitue dans tous les pays l'une des exigences fondamentales des organisations médicales ? En faveur du libre choix il y a l'importance thérapeutique de l'influence psychique du médecin. C'est tout ! Il faut pourtant reconnaître que c'est quelque chose.

Contre lui, il y a ce que lui reprochent (et à juste titre) les Caisses : dépenses accrues en honoraires médicaux et en allocations aux assurés ; la clientèle la plus nombreuse n'indique pas forcément le meilleur médecin ; un médecin librement choisi est plus accommodant en matière de prescriptions et de délais d'incapacité ; nécessité d'un contrôle, donc nouvelle source de dépenses.

En ce qui concerne les spécialistes, la tendance est de concentrer tous les soins spéciaux dans des « services de consultations » (en France nous disons : centres de diagnostic) comprenant une section de triage et des sections spécialisées. On y fait aussi du traitement. Il faut élaborer des *instructions précises* délimitant les cas à traiter par les praticiens généraux et les cas à adresser aux centres de diagnostic.

La question de l'hospitalisation mérite d'être examinée à loisir : plus un hôpital est bien agencé, plus les malades ont le désir d'y être soignés et plus le séjour y coûte cher. D'autre part, un médecin rétribué par un fixe, a tendance à se débarrasser des cas difficiles en les hospitalisant. Donc : *instructions spéciales* pour fixer les conditions dans lesquelles les malades peuvent être hospitalisés ; et nécessité que la Caisse puisse surveiller ses adhérents à l'hôpital, recevoir de celui-ci une *communication détaillée* sur le traitement appliqué et ses résultats, entrer en contact étroit avec les médecins d'hôpitaux. C'est affaire d'accords et de conventions fixant les obligations de chacun et tendant, en particulier, à éviter les séjours inutilement prolongés.

Le contrôle doit être très strict à l'entrée des sanatoriums où le traitement est dispendieux et long.

(1) Bulletin de Documentation de l'Union des Caisses d'Assurances sociales de la région parisienne, 20 mars 1939.

Pour la bonne gestion de leurs finances, les Caisses sont conduites à « exercer une pression » pour limiter la rétribution des divers services et le coût des matériaux employés, pression que « peut même atteindre la limite qui menace tant la qualité du traitement médical que celle du matériel employé » (en style moins pompeux cela s'appelle : fournir de la camelote).

Les institutions d'assurances s'efforcent de « normaliser » les méthodes de traitement et de définir les principes du traitement dit économique, le *plan-type de traitement*.

Ici M. Hynck Pelc se rend sans doute compte que son système de cures à prix fixe va dégoûter autant les assurés que les médecins, car il poursuit en ces termes empreints d'une émouvante naïveté :

« Il serait sans doute très regrettable, sous prétexte d'un traitement économique, de voir se constituer, à côté de la médecine académique, une médecine spécifique propre aux organes d'assurance qui se servirait de ses propres méthodes. Il serait beaucoup plus utile que le point de vue économique, maintenant réalisé, tout d'abord par les organes d'assurance, soit également adopté par les Facultés de médecine dans une mesure telle que le traitement y soit orienté dans ce sens. »

Ayant ainsi donné, en passant, une amicale suggestion aux Facultés, M. Hynck Pelc veut bien détourner un moment son regard des médecins et le porter, plein de soupçons et de reproches, sur les pharmaciens ;

Parmi les mesures permettant de rendre le traitement plus économique, il faut mentionner tout d'abord la *fabrication industrielle* des médicaments et leur *distribution rationnelle.*

Les Assurances sociales étant maintenant un des consommateurs principaux des médicaments, il est légitime qu'elles se fassent une idée de la façon dont on calcule le prix de ces produits. Conclusion : droit de regard sur la fabrication pour les représentants des Assurances sociales, contrôle sur les officines (« afin que les assurés reprennent confiance en l'honnêteté du travail des pharmaciens ») et même création d'officines spécialisées.

Et voilà, en un tour de main, tout le commerce pharmaceutique garrotté. Pharmaciens, veillez !

***

Quant à nous, inutile de nourrir des illusions, nous ne serons pas mieux lotis.

Notre auteur, en veine d'établir la « structure rationnelle du système des Assurances sociales », se met en devoir, après ces quelques considérations, de « soumettre à l'analyse la manière de rétribuer le travail du médecin ».

Vous pensez bien que pour faire de la médecine économique, il faut avant tout des médecins économiques, résignés à « s'adapter à la compression de leurs honoraires en abaissant leur niveau de vie ». « Ce qui satisfait le mieux les intérêts des institutions d'assurance, c'est l'appointement fixe pour l'exercice du travail médical ». Ainsi, et c'est un grand avantage subsidiaire, les médecins sont directement intéressés dans le service préventif.

Une fois réglée de façon satisfaisante la question des honoraires, les Caisses verront avec plaisir « s'éclaircir les relations » avec les médecins à leur service (autrement dit, les ayant détroussés, elles auront la bienveillance de ne pas leur en tenir rigueur et leur proposeront un pacte d'amitié ; c'est un procédé très usité à l'époque actuelle).

Au bout du compte, les médecins ont, selon M. Hynck Pelc, de grandes obligations de gratitude à l'égard des Assurances sociales. Elles ont étendu les clientèles, permettant aux classes nécessiteuses de se soigner davantage et plus tôt, aux classes moyennes de recourir à certains traitements coûteux. Ceci n'est qu'un début car « une évolution progressive devrait, grâce aux ressources si importantes que l'on consacre à cet effet, assurer une meilleure qualité du service médical ».

C'est ainsi que l'on peut envisager la création de centres de travail scientifique ; par exemple, la valeur thérapeutique des médicaments est exceptionnellement expérimentée d'une façon rationnelle. Les Assurances sociales pourraient consacrer un budget à cet ordre de recherches, et coopérer ainsi, maintenant qu'elles couvrent dans certains pays, la grande majorité de la population, à de véritables mesures d'intérêt public.

***

Ces extraits montrent assez clairement ce que, dans l'esprit de certains, doivent devenir les Assurances sociales. En parlant de trust je ne crois pas avoir exagéré.

N'est-il pas saisissant qu'un M. Hynck Pelc puisse tranquillement , sans fanfaronnade, comme s'il exposait le développement logique d'un problème, envisager la mise en tutelle de tout un corps professionnel et édicter déjà à celui-ci directives et instructions ? La politique de dictature est une affaire de long vouloir. Etant Tchécoslovaque, M. Hynck Pelc en goûte aujourd'hui, et par un retour que nul ne lui aurait souhaité, les fruits amers.

Quant à nous, médecins français, nous savons où l'on nous mène.

G. LAVALÉE.

ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE — COMMUNES A RÉGIME SPÉCIAL

RETOUR AU DROIT COMMUN

Un de nos confrères, maire de sa commune, nous demande comment il pourrait obtenir soit de l'Etat, soit du département, une contributon pour aider le Bureau de bienfaisance à faire face aux dépenses toujours croissantes du budget d'assistance.

Sa commune bénéficie des dispositions de l'article 35 de la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale. En d'autres termes, la commune a été autorisée par arrêté du ministre de la Santé publique, après avis du Conseil supérieur de l'Assistance publique, à organiser son service d'assistance, sans avoir à se conformer au règlement départemental, qui a été arrêté par le Préfet, après délibération du Conseil général.

Je dois répondre à mon confrère que le bureau d'assistance de sa commune ne peut qu'opter pour l'un des termes du dilemne suivant : ou bien conserver son régime spécial — et, dans ce cas, abandonner l'espoir d'obtenir une subvention quelconque ; — ou renoncer au bénéfice de son régime spécial et rentrer dans le droit commun.

C'est ainsi qu'en a décidé le ministre du Travail, par réponse parue au *Journal officiel* du 1er février 1928 : « Les communes qui ont sollicité « l'autorisation spéciale prévue par l'article 35 « de la loi du 15 juillet 1893, se sont ainsi placées « en dehors de l'application de la loi Elles n'ont « donc plus qualité pour réclamer le bénéfice des « subventions prévues par l'article 28, ainsi qu'il « résulte de la Circulaire du 18 mai 1894 ».

Au contraire, si la commune entend rentrer dans le droit commun, elle pourra se réclamer des termes du décret-loi du 30 octobre 1935 et des décrets des 29 décembre 1936, 27 février 1939. Selon l'article 4 du dernier décret, pour la commune qui aura été admise à renoncer au bénéfice de l'article 35, les pourcentages de répartition des dépenses d'assistance seront modifiés par un décret, de telle sorte que les nouveaux pourcentages seront calculés comme si la commune, dont il s'agit n'avait pas, en 1934, disposé d'une organisation spéciale d'assistance.

Lorsqu'elle décide de renoncer à son régime spécial d'assistance, une ville ou une commune doit adresser une demande au ministre de la Santé publique, qui décidera, après avis de la section permanente du Conseil supérieur de l'Assistance publique de France et après consultation des ministres des Finances et de l'Intérieur (décret-loi du 30 octobre 1935, article 9).

De son côté, le décret du 27 février 1939 stipule, en son article 3, que la demande doit être transmise par l'intermédiaire du préfet, accompagnée de toutes les pièces justificatives, dont la nomenclature sera précisée par un arrêté concerté des ministres de la Santé publique, des Finances et de l'Intérieur.

En apparence, cette question ne semble pas devoir intéresser nos lecteurs : ne s'agit-il pas là d'une simple question d'ordre budgétaire et communal ? Cependant, les communes, qui possèdent un régime spécial d'assistance, ont, la plupart du temps, organisé leur service médical, nons pas d'après le libre choix par l'indigent et paiement à l'acte médical, mais par abonnement, forfait, alloué à quelques praticiens choisis non après concours, mais par le maire, selon, hélas, les sympathies d'ordre politique et électoral.

Les difficultés budgétaires de l'heure présente conduisent certaines communes à se demander si, pour boucler leur budget d'assistance, elles n'auraient pas intérêt à renoncer à leur autonomie d'assistance. Obtenant le retour au droit commun, elles auraient droit aux subventions du département et de l'Etat, mais devraient désormais appliquer le règlement départemental, c'est-à-dire libre choix et tarif à la visite.

Le problème est donc fort intéressant pour nos Syndicats médicaux, qui luttent pour l'égalisation de droits entre tous les praticiens, par la suppression de ces monopoles divers. Supprimer les régimes spéciaux d'assistance, c'est faire profiter la collectivité médicale locale des avantages tirés des soins donnés aux familles nécessiteuses, alors que ce bénéfice était réservé à quelques praticiens, nommés souvent sans concours, uniquement parce qu'ils étaient dans les meilleurs termes avec la municipalité du moment.

Cependant, la question peut soulever de gros problèmes. Il faut en effet tenir compte des situations acquises, surtout lorsque les fonctions de médecin du Bureau de Bienfaisance ont été acquises après concours et selon un Règlement administratif. Aux syndicats de faire connaître leur opinion.

Dr Paul BOUDIN.

Maladies professionnelles

■ ■ ■

LE TÉTRACHLORÉTHANE

Le tétrachloréthane est un des plus puissants dissolvants industriels connus, et, à ce titre, on lui destine de nombreux emplois : il est d'un usage courant dans la fabrication du trichloréthylène, pour l'extraction des huiles et graisses, comme solvant du soufre et du caoutchouc dans la fabrication des masques à gaz et des films cinématographiques, mais son utilisation principale se trouve dans la fabrication des perles artificielles, où il constitue la base du vernis utilisé pour l'irisation de ces perles.

Mais, à côté de ces avantages industriels qui rendent son emploi de plus en plus étendu, le tétrachloréthane présente un danger considérable, qui devrait suffire à amener son interdiction totale dans quelque technique que ce soit. Ses vapeurs sont, en effet, parmi les plus toxiques qui soient connues, beaucoup plus que celles du trichloréthylène ou du tétrachlorure de carbone, à tel point qu'un grand nombre de fabricants de perles ont dû renoncer à son emploi pour le nacrage.

C'est par l'inhalation des vapeurs que se fait en grande partie l'intoxication. Mais la prépondérance de la voie respiratoire ne doit cependant pas faire perdre de vue que l'absorption demeure possible par la voie cutanée et par la voie digestive. Une grosse importance semble, d'autre part, devoir être attribuée à la susceptibilité individuelle : c'est ainsi que les maladies antérieures ont une notable influence sur la vulnérabilité du sujet, en particulier celles qui ont eu un retentissement hépatique (syphilis, alcoolisme). Il peut exister, d'autre part, une véritable sensibilisation aux effets toxiques du produit, déclenchée par une première atteinte : on a, en effet, signalé le cas d'ouvriers qui, reprenant le travail après avoir présenté de légers troubles, retombaient très rapidement sous le coup d'une seconde intoxication, en général bien plus grave que la première.

Parmi les signes précoces que l'on observe constamment, citons une sensation anormale de fatigue, de la sudation, de la perte d'appétit, des vertiges, des nausées, des vomissements, des douleurs abdominales sans localisation précise.

Mais avant tout, le tétrachloréthane est un poison du *foie et du système nerveux*, d'où deux grands groupes de manifestations morbides que nous allons examiner rapidement.

I. *L'atteinte du foie* peut ne se traduire que par de simples troubles digestifs banaux, peu différents des symptômes généraux du début, dont nous venons de parler.

Souvent, cependant, les choses n'en restent pas là. Les lésions hépatiques sont plus profondes, et l'on est alors en présence d'une affection sérieuse, cliniquement connue sous le nom *d'ictère des pertières*. Cet ictère revêt un caractère de gravité variable. Dans la plupart des cas, l'atteinte est bénigne, quoique les accidents se produisent presque toujours d'une façon rapide, assez brusque, parfois du soir au matin. On observe dans ces cas une jaunisse accentuée, s'étendant à tous les téguments. Elle s'accompagne d'une légère augmentation de volume du foie, avec sensation douloureuse dans la région épigastrique. Les symptômes sont toujours au minimum : état nauséeux, intolérance gastrique, démangeaisons, abattement, sont les signes les plus constants.

Parfois cependant, les manifestations sont plus bruyantes. On est alors en présence d'un *ictère grave* avec vomissements, associés à de la diarrhée et installation en peu de jours de signes d'insuffisance hépatique graves, qui s'accompagnent d'excitation nerveuse puis de dépression avec coma terminal.

II. L'action du tétrachloréthane *sur le système nerveux* est encore plus nette.

En dehors de son action sur le cerveau qui se traduit par des signes d'ébriété, des vertiges, de la somnolence, il faut mentionner des manifestations nerveuses réalisant un « syndrome polynévritique » qui se présente habituellement de la façon suivante : paralysie à début rapide, portant de façon prédominante sur les muscles des mains et des pieds et s'accompagnant de zones d'insensibilité cutanée. Il y a des fourmillements, des engourdissements, mais pas de phénomènes douloureux. Les réflexes sont abolis dès les premiers jours de l'atteinte paralytique. La guérison est très lente, même après éloignement de la cause toxique.

Ces troubles nerveux sont des plus fréquents on peut même dire qu'ils existent chez la plupart des ouvrières manipulant le tétrachloréthane à un degré plus ou moins atténué.

III. Au point de vue hématologique, on a observé (Léri) une leucopénie.

En présence de ces faits, quelles sont les mesures à prendre ?

En premier lieu, il faut, autant que possible, arriver à poser le diagnostic dès le début afin de soustraire l'ouvrier aux graves séquelles de l'intoxication.

Mais il faut aussi, et ce point est encore plus important, prévenir l'apparition des accidents par des mesures prophylactiques appropriées. Ces mesures sont simples puisqu'il suffit d'empêcher les vapeurs de se répandre dans l'atelier.

Les vapeurs de tétrachloréthane étant lourdes (six fois plus que l'air), l'aération simple des locaux et le brassage de l'air par des ventilateurs hélicoïdaux ne suffisent pas à mettre les travailleurs à l'abri de l'intoxication.

La formule qui offre le plus d'efficacité est la captation des vapeurs lourdes à l'endroit même où elles se forment et leur rejet à l'extérieur, ou encore mieux, leur condensation dans des appareils spéciaux, ce qui permet de récupérer le tétrachloréthane évaporé.

De toute façon, les ateliers où l'on manipule le tétrachloréthane seront ventilés suffisamment pour que l'odeur du dissolvant ne soit pas perceptible. Il importe que l'air des locaux n'en contienne pas plus de 0,001 par litre.

Individuellement, toutes les mesures nécessaires seront prises pour protéger les ouvriers contre l'action des vapeurs toxiques. En raison de l'absorption possible du produit par la peau et par les voies digestives, on doit exiger des soins minutieux (nécessité de vestiaires et de lavabos).

Avant l'embauchage, puis périodiquement au cours du travail, une visite médicale s'impose. Les sujets qui présentent des troubles digestifs, en particulier du foie, doivent être rigoureusement exclus. De même, les sujets présentant des signes de début d'intoxication doivent être affectés à d'autres travaux.

La plupart des médecins hygiénistes pensent, et nous sommes d'accord avec eux, que dans tous les cas où cela est possible, il est préférable de remplacer le tétrachloréthane par un autre solvant moins nocif. Dès à présent, d'ailleurs, l'usage en est de plus en plus limité ; dans la fabrication des perles en particulier, où l'on observait le plus grand nombre d'accidents en raison de l'utilisation intensive du produit, il n'est plus guère employé que pour l'irisation des perles, et en très petites quantités.

Les intoxications par le tétrachloréthane sont indemnisées en France depuis 1931. Récemment (14 décembre 1938) le tableau annexé à la loi de 1919 et concernant ce produit a été modifié et est ainsi rédigé :

Intoxication professionnelle par le tétrachloréthane

DÉLAI DE RESPONSABILITÉ : UN AN

MALADIES engendrées par le tétrachloréthane	TRAVAUX INDUSTRIELS susceptibles de provoquer l'intoxication des ouvriers par le tétrachloréthane
Ictère, Cirrhose, Polynévrites, lorsque les affections ci-dessus énumérées sont causées par le tétrachlorétane.	Préparation, emploi, manipulation du tétrachloréthane et des produits en renfermant, à l'exclusion des opérations effectuées à l'intérieur d'appareils soit rigoureusement clos en marche normale, soit fonctionnant en dépression.

Enfin, les intoxications aiguës et accidentelles peuvent être indemnisées au titre de la loi sur les accidents du travail.

D[r] Guy HAUSSER.

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE

LANGELEZ. — Les Maladies professionnelles. G. Thone, éditeur, Liége, 1936, pp. 222-226.

LANDE et DERVILLÉE. — Hydrocarbures chlorés (tétrachloréthane) 16.047-2. *In* Encyclopédie médico-chirurgicale (1936).

Encyclopédie d'hygiène du travail. — (Ed. Bureau International du Travail), Genève, 1930, p. 824, tome I.

MULLER. — Contribution expérimentale à l'intoxication par le tétrachloréthane. *Arch. f. Gewerbe Path.*, 1931, t. II, nº 2.

LEJEUBE. — Difficultés du diagnostic de l'intoxication par le tétrachloréthane. *Arch. f. Gewerbe Path.* (1934, T. V, nº 2).

PETRI. — Anatomie pathologique et histologie des intoxications, Berlin, 1930, p. 268.

KOELSCH. — Manuel des Maladies professionnelles. t. I., page 114, Berlin 1935 ; t. II, pp. 1028-1137, Berlin, 1937.

FLEURY et ZERNIK. — Les gaz toxiques, Berlin, 1931, p. 327.

(Ces cinq dernières références en langue allemande)

EXPERTISES

Tuberculose pulmonaire et contusions thoraciques

Les Docteurs G. Poix et E. Vivant font une étude pathogénique, clinique et médico-légale de cette importante question. Les faits expérimentaux et cliniques, qu'ils citent, paraissent établir la très grande probabilité de l'existence d'une tuberculose pulmonaire d'origine traumatique, et démontrer qu'un traumatisme thoracique est capable, chez un sujet allergique, de déterminer la transformation de sa tuberculose-infection, en tuberculose-maladie. Il s'agirait en somme de la mise en liberté, par le traumatisme, des germes tuberculeux qui existaient à l'état latent dans un foyer tuberculeux ancien.

Les traumatismes thoraciques ressortissent le plus souvent à des contusions causées par un brancard de voiture, à des écrasements déterminés par les roues d'un véhicule, à la chute d'un lieu élevé, ou encore à des accidents d'automobile ou d'avion. Ils sont d'ordinaire directs.

La symptomatologie de la lésion traumatique du poumon n'a rien de caractéristique.

Le signe capital, indiquant à coup sûr la déchirure du parenchyme pulmonaire, est *l'hémoptysie.* Unique ou multiple, d'intensité variable, elle apparaît le plus souvent précocement dans les premières heures qui suivent l'accident. Lorsqu'elle se produit tardivement, elle peut faire suspecter le développement d'une lésion tuberculeuse.

Lorsque le médecin est chargé d'examiner, à *titre d'expert,* un cas de tuberculose pulmonaire présumé d'origine traumatique, son rôle consiste à répondre aux questions suivantes :

La contusion thoracique a-t-elle existé ;

La tuberculose pulmonaire est-elle réelle ;

Y a-t-il une relation de cause à effet entre la contusion et la tuberculose ?

La réponse à ces questions lui permettra de formuler le taux d'invalidité de l'accidenté.

Fréquemment l'expert n'examine le blessé que lorsque toute trace de traumatisme thoracique a disparu, si celui-ci ne s'est accompagné ni de fracture, ni de plaie. Il y a lieu de préciser son siège et aussi sa violence. Quand exceptionnellement l'hémoptysie primitive manque, il devient plus difficile, par les témoignages rétrospectifs, d'établir la réalité du choc.

Pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire, les causes d'erreur peuvent être de deux ordres : d'une part la constatation de reliquats radiologiques ne présentant aucun signe d'activité, ni d'évolution, et qui sont en rapport soit avec la primo-infection, soit avec une réinfection qui a spontanément guéri ; d'autre part, la présence de séquelles du traumatisme thoracique qui simulent des lésions tuberculeuses. Après les plaies de poitrine en particulier, on peut en effet observer des symptômes généraux et fonctionnels, ou même des signes physiques comparables à ceux que l'on a l'habitude de constater chez les tuberculeux. Une observation prolongée et répétée du malade s'impose donc ainsi que la constatation de bacilles, par les différents procédés connus, afin d'écarter tout diagnostic erroné.

Y a-t-il relation de cause à effet entre le traumatisme et la tuberculose ?

Si l'expertise a lieu longtemps après la blessure, il peut manquer d'éléments suffisants pour se rendre compte de l'état antérieur, une enquête sérieuse s'impose alors sur les antécédents pathologiques, la capacité et la régularité du travail, etc...

Chez une première catégorie de sujets, sans aucun antécédent, ni symptôme bacillaire du poumon, on peut établir cette relation, à la condition de préciser l'évolution des signes entre le moment de la contusion et l'apparition de la tuberculose : convalescence traînante, diminution du poids et des forces, état fébriculaire, toux, expectoration. Si ces signes n'ont pas apparu au cours de la période de quatre à six mois, on ne saurait admettre une relation.

Pour d'autres sujets, la contusion thoracique a atteint le porteur d'une lésion tuberculeuse avérée, ignorée ou connue, avant l'accident. Si, après le traumatisme, il n'y a ni aggravation des lésions, ni diminution dans la capacité de travail, la responsabilité est nulle. Si au contraire, une poussée évolutive s'est produite, il y a lieu d'admettre une incapacité temporaire pendant la durée de la poussée et de ses suites, et, si cette durée se prolonge, le blessé pourra bénéficier d'une pension en rapport avec son incapacité de travail.

Cette pension sera maintenue ou supprimée après la révision au bout de trois ans. A noter que ce délai de trois ans est en contradiction avec nos acquisitions récentes en phtisiologie, d'après lesquelles un délai prolongé est nécessaire, qui dépasse de beaucoup les trois années légales pour obtenir d'heureux résultats.

(*La Presse Médicale*, 1er janvier 1938.)

BORGNES, MANCHOTS, BOSSUS ET AUTRES SOI-DISANT INAPTES MILITAIRES

Par le Docteur Henri DIFFRE

Le très opportun article paru dans un récent numéro du *Concours Médical* sur l'utilisation du borgne dans l'armée mérite, à notre avis, une discussion immédiate dans les Sociétés scientifiques médicales compétentes. Il est évident que ce qui a été jugé bon, à ce point de vue, en 1916, au moment où la question des effectifs avait une importance vitale pour nous, ne manquerait pas d'être assez vite considéré comme nécessaire à nouveau, si le malheur des temps nous ramenait à de redoutables conflits internationaux.

Mais il nous semble qu'il faudrait surtout élargir le débat et « reconsidérer », pour employer un terme à la mode, la question de l'incorporation en tenant compte des données nouvelles de la mobilisation. Nous entendons dire couramment qu'en cas de guerre une révision générale des inaptitudes serait faite et qu'il y aurait maintes récupérations... comme cela se serait fait, affirme-t-on, de 1914 à 1918, ce que n'ont pu contrôler ceux qui avaient, en première ligne, d'autres sujets de méditation.

Le problème se présente beaucoup plus simplement qu'on ne voudrait nous le faire croire. Car les données essentielles ont changé, puisqu'il est admis, et l'expérience de la mobilisation partielle de septembre l'a prouvé : 1° que les « affectations » officielles ne correspondent plus toujours aux capacités ; 2° que la Nation tout entière serait appelée à collaborer à la défense du pays.

Par conséquent, le point de vue médical doit tenir compte de ces notions nouvelles, et s'adapter à des circonstances qui ne ressemblent plus en rien à ce que nous avons connu dans le passé. Quant à prétendre qu'une nouvelle récupération remettrait toutes choses en état, c'est une erreur monumentale, au double point de vue de la justice et des résultats finaux d'une expérience guerrière. Car personne n'a le droit d'oublier que *la place au créneau* doit toujours être occupée, et que si l'on favorise, de quelque manière que ce soit, et même par un sentiment louable de pitié et de charité... ou pour une raison moins noble, tel individu à ne pas être à son poste à l'heure dite, il faut nécessairement faire boucher le trou par un autre.

Un exemple vécu pour illustrer ma pensée. Un jour de 1917, je me trouvais en permission dans ma famille, à Montpellier, où la vie était belle. Je déjeunais à la table paternelle et mon père, mobilisé sur place, fut dérangé au cours du repas par une de ses clientes. Revenant parmi nous quelques minutes après, il me dit, distraitement, et en manière d'excuses : « c'est Mme de V... qui venait demander huit jours de prolongation pour son fils Alexandre, que tu as bien connu au collège... ». Or, ce jeune homme était soldat dans un régiment voisin de celui que j'allais rejoindre le soir même. Et je me rappelle que, sans y prendre garde et oubliant le précepte évangélique qui recommande de tourner septante fois sept fois la langue dans sa bouche avant de parler, je dis à haute voix : « comme ça, si dans trois ou quatre jours le x... régiment d'infanterie monte à l'assaut, le jeune célibataire Alexandre sera bien à l'abri, et c'est peut-être un père de famille qui sera tué à sa place ».

Je n'oublierai jamais le bouleversement de mon père, qui, stupéfait, me répéta plusieurs fois : « c'est vrai ! c'est vrai ! Je n'avais pas pensé à ça ! » et j'ai du remords aujourd'hui d'avoir fait pénétrer le doute dans le cœur d'un homme dont je puis témoigner, mieux que quiconque, que sa vie s'écoulait sous le signe du devoir... et souvent du sacrifice.

Et pourtant, tout est là ! Il n'appartient à aucun de nous de substituer un individu à un autre sans une raison impérative, sans une raison de conscience. Et c'est à la lueur de cette affirmation qu'il faut envisager *toutes* les questions relatives à l'incorporation et à l'affectation des mobilisables.

***

Aujourd'hui où il est impossible d'imaginer un conflit armé sans que toutes les forces vives de la nation ne soient immédiatement alertées, il n'y a plus place dans la catégorie des ajournés, comme dans celle des réformés, que pour un nombre infime d'individus. Nul n'ignore qu'il y a une « mobilisation industrielle » heureusement prévue cette fois-ci à l'avance. Des hommes savent déjà qu'ils seront mobilisés à l'usine qui les utilise, dans les bureaux où ils sont employés en temps de paix. Des femmes se préparent, avec une conscience patriotique magnifique, à remplir des tâches souvent modestes mais toujours indispensables.

Dans ces conditions, nous posons la question

de savoir si les médecins ne doivent pas être les premiers à demander *d'être relevés de certaines servitudes règlementaires*, qui les rendrait le cas échéant les complices d'une injustice. Car il faut en finir avec cette « prime à la paresse et à la lâcheté » que constitue l'ajournement, répété jusqu'à la réforme automatique, du jeune homme qui ne fait rien pour atteindre à la plénitude de son développement... jusqu'au jour où il se trouve définitivement libéré de tout service militaire.

Il doit y avoir trois catégories d'individus à écarter délibérément des cadres de l'armée, trois et pas davantage : les *aveugles*, les *fous* et les *tuberculeux*. Tous les autres, ou je me trompe fort, doivent rendre des services, à condition qu'on les affecte, et c'est en cela que le médecin peut continuer à rendre des services capitaux, à l'emploi qui leur convient.

Veut-on des exemples ? Qui est-ce qui empêche un manchot — je prends exprès des extrêmes — de faire un planton à la porte du général ? Les grandes administrations s'honorent d'en avoir à la porte de leurs bureaux importants. Qui est-ce qui empêche un bossu de faire un scribouillard sédentaire ? Qui est-ce qui empêche un bancal d'être manipulateur télégraphiste, etc.

Le principe nouveau qui devrait dominer toute la question du recrutement de l'armée est le suivant : « *Tout individu capable de gagner sa vie dans le civil doit pouvoir rendre des services équivalents dans le militaire* ».

Reste le cas du gringalet plus ou moins volontaire. Il est le plus facile à résoudre. Il y a d'abord la solution du temps de paix : Entendu ! vous n'êtes pas assez fort pour faire un soldat, mais nous avons pitié de vous... et nous sommes chargés de sauvegarder les intérêts supérieurs de la Nation. Donc, nous allons vous prendre en charge pendant le temps qu'il faudra pour que, un jour plus ou moins prochain, vous puissiez être, vous aussi, un glorieux soldat. Et, naturellement, ce temps-là ne compterait pas comme service. Je suis prêt à parier qu'en cinq ans tous les gringalets seraient supprimés à l'avance.....

Solution du temps de guerre ? Entraînement méthodique et intensif dans des postes de choix, c'est-à-dire pas très loin du danger.

J'entends bien qu'on m'accusera d'être cruel, de n'avoir pas de cœur... ou de pitié, etc... Je réponds que ce qui me fend le cœur c'est de voir réserver l'honneur de mourir à ceux qui remplissent en tout temps leur devoir envers la nation. L'impôt du sang ne doit pas connaître les riches ou les pauvres. Pourquoi commettrait-on, ou plutôt continuerait-on à commettre cette effroyable injustice de le réserver à l'élite et d'en exonérer la partie la moins intéressante de la Nation, comme les gringalets dont je parle, ou la partie la plus déshéritée, en donnant en revanche à celle-ci toutes les compensations justifiées par une incapacité relative ?

***

Je ne prétends pas voir aboutir immédiatement une réforme de cet ordre. Il y faudrait un « courage civique » qui ne court pas les rues. Soit ! Mais je prends date !

Et je vais jusqu'au bout de ma pensée en suggérant la suppression totale du très onéreux conseil de révision. Il ne sert plus à rien actuellement, sauf à faire un triage précaire et insuffisant puisque toutes les recrues sont examinées à fond à leur arrivée au régiment. Il serait aussi simple de réaliser l'économie de ces 200.000 journées de travail par contingent que cela fait perdre au pays, sans compter les frais inhérents au personnel des conseils de révision qui emploieraient leur temps utilement ailleurs.

On laisserait subsister la seule commission médicale qui examinerait les cas typiques qui ne sont jamais bien nombreux, et la visite d'incorporation ferait le reste, c'est-à-dire éventuellement quelques mutations d'armes, quelques réformes temporaires, de très rares réformes définitives, etc... Et tout le monde y trouverait son compte : l'individu, l'Etat, l'armée, la collectivité.

En tout cas, ce n'est pas parce que nous vivons sur des idées fausses et sur un état d'injustice devenu réglementaire, qu'il ne faut pas essayer de faire les indispensables réformes que les temps que nous vivons exigent.

Quand j'ai offert, en 1913, à mon colonel de récupérer les 80/100e des « auxiliaires » de mon régiment, c'est-à-dire 160 hommes sur 200, ce qui est l'enfance de l'art de l'entraînement méthodique, mon colonel m'a objecté que ce n'était ni son affaire, ni la mienne, et que nous n'avions, l'un et l'autre, qu'à appliquer la loi. C'est un argument ! on m'excusera de ne pas le trouver sans défauts. Car un an après, ces « auxiliaires » restaient à l'abri pendant que la fine fleur de notre race allait mourir. Qui sait si ce n'est pas de là que viennent tous nos maux actuels ?

● ● ●

MUTUALITÉ FAMILIALE

Réunion du Conseil d'administration du 4 avril 1939

Présents : MM. Noir, président ; Vimont, O'Followell et H. Mignon, vice-présidents ; Lavalée, secrétaire général ; Fischer, trésorier ; J. Mignon, trésorier adjoint ; Boudin, Chevallier et M. Mignon, membres.

Excusés : MM. Hervouet, Boelle.

La séance est ouverte à 17 heures.

Lecture est donnée du procès-verbal de la précédente séance, publié dans le *Concours Médical* du 19 février 1939.

Après adoption du procès-verbal le Conseil passe à l'ordre du jour.

Indemnités maladies-accidents

Sur le rapport du Secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes :

MM. Calazel (Ariège), 1.425 francs ; Chabriat (Constantine), 1.495 fr. 85 ; Delort (Cantal), 121 francs ; Mme fGiraud (Hérault), 1.430 francs ; Jacob (Tunisie), 418 7rancs ; Moré (Aveyron), 506 francs ; Nodet (Loire), s15 francs ; Robert (Isère), 580 francs ; Szkolnik (Meu(e), 264 francs ; Taviani (Corse), 264 francs ; Tiollier Ardèche), 77 francs ; Voutier (Savoie), 462 francs.

MM. Anrioud (Calvados), 1.100 francs ; Bapteste (Saône-et-Loire) ; 550 francs ; Baudot (Vosges), 1.430 francs ; de Belleville (Seine), 2.400 francs ; Blanchard (Loire-Inférieure), 275 francs ; Bourrud (Jura), 264 francs ; Breffeil (Deux-Sèvres), 99 francs ; Dupond (Deux-Sèvres), 3.245 francs ; Gavaudan (Hérault), 671 francs ; Layral (Loire), 143 francs ; Maréchal (Vienne), 396 francs ; Orliac (Lot-et-Garonne), 242 francs ; Roy (Nièvre), 110 francs ; Thomas (Loire-Inférieure), 476 fr. 50 ; Vire (Isère), 528 francs.

MM. Gaudichon (Eure), 1.650 francs ; Cleuet (Nord), 440 francs ; Forestier (Yonne), 242 francs ; Forestier (Savoie), 198 francs ; James (Charente-Inférieure), 264 francs ; Labour (Loire-Inférieure), 4.350 francs ; Lavigne (Pas-de-Calais), 900 francs ; Léger (Charente-Inférieure), 385 francs ; Michelet (Gironde), 187 francs ; Picarougne (Loir-et-Cher), 902 francs ; Proby (Haute-Savoie), 2.145 francs ; Pujo (Côte-d'Or), 825 francs ; Runel (Seine), 561 francs ; Truelle (Seine), 110 francs.

MM. Archambaud (Eure), 330 francs ; Balatre (Aisne), 330 francs ; Beaupère (Saône-et-Loire), 330 francs ; Bézy (Haute-Garonne), 330 francs; Bigeon (Manche), 330 francs ; Boudey (Haute-Garonne), 571 fr. 80 ; Cadilhac (Yonne), 330 francs ; Copreaux (Saône-et-Loire), 330 francs ; Delucq (Gers), 330 francs ; Duhamel (Lot-et-Garonne), 330 francs ; Dumas (Sarthe), 1.870 francs ; Durieux (Savoie), 2.695 francs ; Gardette (Seine-et-Oise), 330 francs ; Girard (Constantine), 561 francs ; Gobert (Marne), 330 francs ; Goniondski (Isère), 660 francs ; Gouriou (Finistère), 486 fr. 40 ; Guisset (Pyrénées-Orientales), 663 fr. 65 ; Guyot (Haute-Marne), 330 francs ; Houques (Gironde), 330 francs ; Huchon (Côte-d'Or), 330 francs ; Jullien (Ardèche), 660 francs ; Leroy (Manche), 660 francs ; Mainsbrecq (Loir-et-Cher), 660 francs ; Marnay (Indre-et-Loire), 253 francs ; Mathieu (Seine-Inférieure), 330 francs ; Mazeroux (Nièvre), 330 francs ; Mendel (Cher), 330 francs ; Molinéry (Seine), 330 francs ; Mons (Hérault), 748 francs ; Morvan (Finistère), 660 francs ; Moulinié (Tarn), 330 francs Orsini (Corse), 439 fr. 70 ; Pareau (Gironde), 660 francs ; Poueydebat (Basses-Pyrénées), 330 francs ; Rault (Ille-et-Vilaine), 660 francs ; Renoult (Calvados), 660 francs ; Rossigneux (Rhône), 330 francs ; Roure (Savoie), 330 francs ; Ruppe (Seine-et-Oise), 1.650 francs ; Seibel (Calvados), 1.188 francs ; Serfaty (Seine), 660 francs ; Sexe (Haute-Saône), 330 francs ; Suttel (Haute-Loire), 330 francs ; Traby (Pyrénées-Orientales), 330 francs ; Turlais (Maine-et-Loire), 330 francs ; Viaud (Manche), 770 francs ; Vincent (Seine-et-Oise), 2.175 francs ; Devars (Drôme), 330 francs.

Pensions aux veuves

Le Conseil alloue ensuite les pensions suivantes à :

Mmes Barret de Nazaris (Lot-et-Garonne), 150 francs ; Gillette (Calvados), 150 francs ; Chevreux (Seine), 150 francs ; Gallois (Côte-d'Or), 150 francs ; Gelain (Nord), 450 francs ; Lefebvre-Blanchard (Nord), 450 francs ; Lepage (Seine), 150 francs ; Rousselot (Haute-Marne), 150 francs.

Ratifications d'admissions

Sur le rapport du Secrétaire général constatant qu'aucune protestation ne s'est élevée au sujet des admissions provisoires en date du 24 janvier 1939, le Conseil prononce les admissions définitives suivantes:

M. Cadier (Basses-Pyrénées), Mme Cazes (Saône-et-Loire), M. Daull (Belfort), Mme Daull (Belfort), MM. Delort (Oran), Drecq (Meurthe-et-Moselle), Dugoin (Seine), Fischer (Ain), Gaquière (Charente), Godard (Manche), Guisoni (Alger), Lhoste (Sarthe), Marinet (Drôme), Martin (Gard), Montagne (Pas-de-Calais), Pichon (Ardèche), Puymartin (Haute-Vienne), Sucret (Aveyron), Voirin (Hautes-Alpes).

Admissions provisoires

Sur la présentation et le rapport du Secrétaire général, le Conseil prononce à titre provisoire, les admissions suivantes :

MM. Auslander (Loire), Duc (Indre-et-Loire), Mme Duc (Indre-et-Loire), MM. Dumont (Creuse), Martin (Djibouti), Quiquemelle (Calvados), Mlle Marécaux (Loire-Inférieure), M. Magniaux (Seine-Inférieure). Mme Magniaux (Seine-Inférieure).

Ces admissions seront définitives au 1er juillet 1939, si aucune protestation n'est parvenue à cette date au Conseil.

A la dernière réunion du Conseil avait été adoptée une proposition de M. J. Mignon, trésorier adjoint établissant un barème de majorations à réclamer aux sociétaires dont la cotisation est recouvrée par la poste.

Bien que le taux de ces majorations soit calculé de façon à rembourser strictement la Société des débours causés par ces recouvrements et que l'intervention onéreuse de la poste ne soit déclenchée que vis-à-

vis des sociétaires négligents n'ayant pas encore payé à la date du 1er février, il s'élève des réclamations qu'on ne peut négliger.

En conséquence, M. Jean Mignon propose qu'un avertissement soit envoyé chaque année aux membres pour leur remettre en mémoire l'échéance de leur cotisation. Cet avertissement prendra la forme d'une carte postale pour réduire au minimum les frais d'affranchissement. Ceux-ci seront compensés par une légère élévation des frais de gestion.

Cette proposition est adoptée.

Le Secrétaire général propose le texte d'un court prospectus qui sera joint, à titre de propagande, à la ettre-circulaire envoyée chaque année aux membres du « Sou médical », conformément à la décision du Conseil en date du 24 janvier dernier.

Le texte est adopté.

M. Jean Mignon expose ensuite quelques projets de placement de fonds.

Ces projets sont ratifiés après discussion.

Enfin la date de la prochaine Assemblée générale est fixée au 8 juin prochain à 17 heures.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 18 h. 30.

Le Secrétaire géénéral,

G. Lavalée.

Le Docteur Bézy, de Toulouse, a fait un don de 5 francs. Les Laboratoires Rosa ont adressé 250 francs à la caisse auxiliaire de la Mutualité Familiale. Au généreux donateur nous exprimons nos sincères remerciements.

BIBLIOGRAPHIE

Collction « Hippocrate » Lefrançois, Edit., 91, boulevard Saint-Germain, Paris, 1938

Dr Jean Halley des Fontaines. — **La notion d'androgynie dans quelques mythes et quelques rites** (avec seize illustrations)

Le Docteur Jean Halley des Fontaines étudie l'ensemble psychologique qui constitue la notion d'Androgynie. Son travail surtout documentaire et qui, malgré une érudition très vaste, ne saurait d'après l'auteur être complet, élimine tout ce qui peut entrer dans la pathologie d'hôpital, mais peut néanmoins être consulté avec fruit par les psychiatres.

Dans l'Egypte antique, le mythe du Scarabée (mâle) et du Vautour (femelle) réunis tous deux dans la déesse Muth et aussi dans le dieu Nil, est un mythe androgyque.

Les sémites (Chadéens, Phéniciens, peuple d'Israël) mettent à l'origine une divinité bisexuée : Esman-Astarté, Elohim, Adam avant la naissance d'Eve, sont androgynes. Il en est de même dans la cosmogonie des Perses. Chez les Grecs le culte et le mythe d'Attis et de Kybèle, dont les prêtres, les Galles, sont émasculés, exaltent l'asexualité et l'androgynie. Les Amazones qui abdiquent leurs caractères féminins, tendent à l'androgynie.

Dionysos mi-femme, mi-homme, est confondu parfois avec Attis. La même conception règne en Asie avec Anaïtis, Mitra, Artémis et la Lune.

L'union d'Hermès et d'Aphrodite devient Hermaphrodite, le type de la divinité Androgyne. Le culte d'Hercule-Sandon (1) d'origine lydienne et la légende d'Omphale sont encore avec la fable de Ganymède et d'Hébé des évocations androgynes.

Platon dans le Banquet, affirme que l'homme était primitivement androgyne et qu'il a été dédoublé. Il explique l'inversion sexuelle par le désir de chaque partie humaine séparée de s'unir à celle qui lui correspond le mieux. Les Romains, avec Pline l'Ancien, croyaient que la hyène était hermaphrodite Ces croyances donnèrent lieu à des rites de travestissements un peu dans toute la Grèce à l'occasion des certaines fêtes (Kybele-Attis-Dionysos, Aphrodite, Ariadne, etc.). Les mêmes rites se retrouvent de nojours aux Célèbes, au centre de l'Inde, en Asie Mineure, chez les Aïnos.

De nos jours l'androgynie donne naissance à peu de mythes et de rites, mais provoque des spéculations théologiques, métaphysiques, cosmologiques dont les symboles remontent à l'antiquité. On en trouve des traces dans l'Eglise primitive et le mariage mystique du Christ et de l'Eglise en est un exemple. Ces conceptions se manifestèrent au cours du Moyen-Age et surtout à la Renaissance.

M. Halley des Fontaines termine son ouvrage par l'étude de l'androgynie chez les primitifs et leurs divinités en Australie, en Afrique centrale. Il a relevé de curieuses observations sur la circoncision et la subincision (sorte d'hypospadias artificiel) et sur la couvade.

Il conclut que la notion d'androgynie ne provient pas de la constatation de faits tératologiques mais semble être un mode symbolique de pensée qui permet de concevoir la copulation comme permanente et indissoluble. A cela ajoutons des tendances multiples telles que l'imitation du couple parental, le narcissisme, le symbolisme magique, la toute puissance du rite, de la pensée, du désir, l'homosexualité, l'angoisse de la différence des sexes, la négation de cette différence, la fixation des zones érogènes détachées de leur fonction physiologique précise, une libido diffuse, archaïque dont peut émerger une exaltation de l'asexuel et de l' « informe ».

J. Noir.

(1) Sandon, de sandyn, vêtement de femme dont les lydiens affublaient Hercule.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine.** — Professeur : M. Maurice Loeper ; assistant : M. André Lemaire, agrégé, médecin des hôpitaux, avec le concours de M. Bioy, Mme Brouet-Sainton, MM. Lesobre, Mallarmé et Varay, chefs de clinique ; M. Duchon, chef du laboratoire de bactériologie ; M. Lesure, chef du laboratoire de chimie générale ; M. Parrod, chef du laboratoire de chimie physique ; M. Cottet, chef du laboratoire d'histologie ; des médecins de l'hôpital Saint-Antoine ; de MM. Bariéty, Mollaret, Turpin, agrégés, médecins des hôpitaux ; Henry, professeur à l'Ecole d'Alfort ; Debray, Decourt, Degos, Faroy, Flandin, Garcin, Marchal, Merklen, Michaux, de Sèze, Soulié, médecins des hôpitaux ; Bory, Gilbrin, Lœwe, Netter, Ollivier, Riom, anciens chefs de clinique ; MM. Mahoudeau et Mougeot, anciens internes des hôpitaux ; et de M. Ordioni, radiologiste des hôpitaux pour la radiologie ; M. Lallemant, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux et J.-L. Parrot, pour l'endoscopie ; Mme David, pour l'électro-phono-cardiographie.

I. *Organisation de l'enseignement* : tous les jours à 9 heures, conférences aux stagiaires ; à 10 heures, visite dans les salles ; jeudi à 11 heures, leçon clinique à l'amphithéâtre par le Professeur LOEPER ; mardi et samedi à 11 heures : leçon clinique par les assistants du service ; mercredi à 11 heures, policlinique (Professeur LOEPER).

II. *Consultations spéciales* : lundi à 10 heures, maladies chroniques, nutrition et endocrinologie (Docteur MICHAUX et Mlle RIOM) ; mercredi à 10 heures, maladies digestives (Professeur LOEPER et Docteur OLLIVIER) ; vendredi à 10 heures, dermatologie (Professeur HENRY et Docteur BORY).

III. *Radiologie et endoscopie* : lundi, mercredi, samedi, à 10 heures, Docteur ORDIONI ; jeudi à 10 heures, Docteur LALLEMANT et M. PARROT.

IV. *Exercice de laboratoire* : tous les jours en fin de visite ou de consultation.

V. *Travaux de médecine expérimentale*, sous la direction du Docteur André LEMAIRE, agrégé.

— **Cours de stomatologie.** — M. le Docteur DECHAUME, délégué dans les fonctions de chargé de cours, a commencé le cours de stomatologie, le lundi 17 avril 1939, à 18 heures (salle de thèses n° 2), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

OBJET DU COURS : Pathologie bucco-dentaire.

— **Adjuvat.** — ÉPREUVE ÉCRITE D'ANATOMIE. *Question posée* : Les artères scapulaires.

ÉPREUVE ÉCRITE DE PHYSIOLOGIE. *Question posée* : La ventilation du poumon. Son mécanisme et sa régulation. Moyen de mesure chez l'homme. Déductions pratiques.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE. *Question posée* : Les fractures de l'extrémité inférieure du fémur.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Hôpital Necker** (Service d'urologie). — M. R. GOUVERNEUR, chef de service, a commencé le 18 avril 1939, des leçons avec la collaboration de M. le Professeur Marion, de MM. Pérard et René Martin, assistants du service, Tissot et Charles Motz.

Lundi et jeudi : Visites dans les salles, à 9 h. 30. — Mardi et vendredi : Opérations par M. GOUVERNEUR, à 10 heures. — Mercredi et samedi : Consultations et cystoscopies par M. GOUVERNEUR, à 10 heures ; Opérations par les assistants, à 9 h. 30. — Mardi : Leçon de technique chirurgicale urologique, à 9 h. 30. — Mercredi et samedi : Présentations de malades et leçon théorique, à 10 heures.

Tous les jours : Consultation externe par M. Charles MOTZ, à 9 h. 30. — Examens cystoscopiques et uréthroscopiques par M. TISSOT, à 9 h. 30. — Examens radiographiques par M. HICKEL, à 10 heures.

— **Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux** (Nomination). — ÉPREUVE ORALE THÉORIQUE. *Question posée* : Signes et diagnostic des anévrysmes de la crosse de l'aorte.

Ont obtenu : MM. Leroux-Robert, 20 ; Lemaître, 20.

ÉPREUVE CLINIQUE. Ont obtenu : MM. Leroux-Robert, 20 ; Lemaître, 19.

TOTAL DES POINTS OBTENUS : MM. Leroux-Robert, 109 ; Lemaître, 106.

Sont nommés oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux : MM. Leroux-Robert et Lemaître.

— **Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux.** — JURY (après acceptation) : MM. Bourdier, Terrien, Poulard, Hartmann, Bolack, E. Bernard, Cunéo. — *Censeurs* : MM. Hudelo et Parfonry.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

A TRAVERS L'OFFICIEL

Décrets-lois fiscaux

Décret du 21 avril 1939 relatif à la taxation forfaitaire d'après les signes extérieurs de certains revenus. (Extraits.)

Art. 1er. — En aucun cas, le revenu imposable ne pourra être inférieur à une somme forfaitaire déterminée en appliquant à certains éléments de train de vie des contribuables le barème ci-après :

ÉLÉMENTS DU TRAIN DE VIE	REVENU forfaitaire correspondant
Valeur locative de la résidence principale :	
Dans les villes de 100.000 habitants et plus, et dans les localités se trouvant dans les limites de la région parisienne, telles qu'elles sont fixées par la loi du 14 mars 1932.	4 fois la valeur locative.
Dans les villes de moins de 100,000 habitants.	5 fois la valeur locative.
Valeur locative des résidences secondaires en France et hors de France	1 fois la valeur locative.
Domestiques, précepteurs, préceptrices, gouvernantes :	
Pour la première personne du sexe féminin	6.000 fr.
Pour chaque personne de sexe féminin en sus de la première. .	9.000 fr.
Pour le premier homme	12.000 fr.
Pour chaque homme en sus du premier	15.000 fr.
Voitures automobiles destinées au transport des personnes :	
Par cheval-vapeur de la puissance de chaque voiture jusqu'à 10 C. V.	400 fr.
Au-dessus de 10 CV	1.000 fr.

Par application des dispositions qui précèdent, la valeur locative est déterminée soit au moyen de baux écrits ou de déclarations de locations verbales dûment enregistrées, soit par comparaison avec d'autres locaux dont le loyer aura été régulièrement constaté ou sera notoirement connu et à défaut de ces bases, par voie d'appréciation.

Les éléments dont il sera fait état pour le calcul du revenu minimum sont ceux dont le contribuable, sa femme et les autres membres de la famille qui

habitent avec lui auront disposé pendant l'année précédant celle de l'imposition.

Toutefois, pour ceux de ces éléments dont le contribuable n'aura disposé que pendant une partie de l'année, le revenu indiciaire correspondant sera réduit au prorata du nombre de mois compris dans cette période.

Décret du 21 avril 1939 portant dégrèvement sur la patente (Extraits)

Art. 1er — Pendant toute la durée d'application de la taxe d'armement de 1 p. 100, le principal fictif de la contribution des patentes déterminé comme il est dit à l'article 311 du Code général des impôts directs sera réduit de 20 p. 100 pour le calcul des impositions départementales et communales dues au titre de 1940 et, éventuellement, de chacune des années ultérieures. Cette réduction est fixée à 10 p. 100 en ce qui concerne le calcul des impositions afférentes à 1939.

Dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, les mêmes réductions seront appliquées au principal fictif de l'impôt local sur les professions. (*J. O.*, 22 avril 1939.)

N. D. L. R. — *Le décret portant création de la taxe d'armement de 1 pour 100 ne s'applique pas aux recettes des professions libérales.*

Statut des étrangers résidant en France en temps de guerre

Décret du 12 avril 1939 relatif à l'extension aux étrangers bénéficiaires du droit d'asile des obligations imposées aux Français par les lois de recrutement et la loi sur l'organisation de la nation en temps de guerre. — (Extraits).

Art. 1er. — Tout étranger âgé de dix-huit à quarante ans, peut être admis à contracter, dès le temps de paix, un engagement dans un corps de l'armée française, dans les conditions fixées par l'article 64 de la loi du 31 mars 1928, modifié par les lois des 24 juin 1931, 16 février 1932 et 20 mars 1939.

Art. 2. — Les étrangers sans nationalité et les autres étrangers bénéficiaires du droit d'asile, sont soumis à toutes les obligations imposées aux Français par la loi du 11 juillet 1938 sur l'organisation de la nation en temps de guerre.

Ils peuvent faire l'objet de réquisitions individuelles ou collectives, générales ou locales, fondées sur la nationalité, sur l'âge ou sur la profession.

Art. 3. — Les étrangers sans nationalité et les autres étrangers bénéficiaires du droit d'asile, du sexe masculin, sont assujettis, de vingt à quarante-huit ans, dans les conditions fixées par les lois de recrutement, à fournir, dès le temps de paix, aux autorités militaires françaises, pour une durée égale à la durée du service imposé aux Français, des prestations dont le caractère et le mode d'exécution sont déterminés par décret.

La durée des services accomplis dans un corps de l'armée française, soit en vertu de l'article 3 de la loi du 31 mars 1928, soit en vertu d'un engagement contracté, par application de la loi du 9 mars 1831 ou de l'article 64 de la loi du 31 mars 1928, compte dans

la durée des prestations imposées par l'alinéa qui précède.

Art. 4. — Les étrangers sans nationalité et les autres étrangers bénéficiaires du droit d'asile sont tenus de se soumettre aux obligations résultant des articles 2 et 3, du jour de la notification qui leur est adressée à cet effet, et sont passibles des sanctions applicables en vertu des lois visées aux dits articles, à moins qu'ils ne quittent la France, sans esprit de retour, dans le délai imparti par cette notification.

(*J. O.*, 16 avril 1939.)

L'hématome sous-unguéal

Le *Concours* du 16 avril publie une note à propos des hématomes sous-unguéaux, de leurs dangers, de leur traitement.

Au cours d'une carrière déjà longue, j'ai vu beaucoup de ces hématomes, et je les ai toujours traités très simplement, en traçant à la partie moyenne de l'ongle à l'aide d'une petite lime triangulaire bouillie, et après badigeonnage à la teinture d'iode, un trait qu'on approfondit peu à peu jusqu'à ce que l'ongle soit traversé. La douleur cesse immédiatement après la sortie d'un peu de sang ; le caillot se résorbe, l'ongle est toujours conservé et je n'ai jamais vu de tétanos

Dr Poirson
Vauvillers (Haute-Saône).

Les taxes de séjour dans les villes d'Eaux

Le Docteur Barbier, de Paris, nous communique la lettre suivante que nous publions pour renseigner nos lecteurs.

Dax, le 11 août 1938.

Monsieur Milliès-Lacroix, sénateur des Landes, maire de la ville de Dax,

à Monsieur le Docteur Barbier, médecin-chef de l'Union générale des anciens sous-officiers, 12, rue de Tournon, Paris (VIe)

Monsieur le Docteur,

J'ai l'honneur de vous accuser réception de votre lettre du 7 de ce mois, concernant la taxe de séjour perçue à Dax.

Le règlement de la taxe de séjour dans notre ville ne prévoit pas l'exonération des femmes et enfants de docteurs. Sont seulement exonérés, les médecins de passage ou en traitement (art. 3 et 6).

Ce règlement a été pris conformément à l'article 3 de la loi du 24 septembre 1919 qui dit simplement ceci : « Sont exemptés de la taxe, les personnes béné-

ficiant des lois d'assistance, les mutilés, les blessés et les malades du fait de la guerre.

Cet article dit ensuite « *Peuvent* être exemptées de la taxe, les personnes occupant des locaux d'un prix inférieur à un chiffre déterminé, celles qui sont exclusivement attachées aux malades ou celles, qui, *par leur travail ou leur profession*, participent au fonctionnement et au développement de la station ».

Je sais que des villes climatiques appliquent d'une façon très étendue, les possibilités d'exonérations. A Dax, ville thermale, la Chambre d'industrie thermale a maintenu, tout dernièrement encore, son avis de ne pas étendre plus que ne le veut la loi les exemptions susceptibles d'ouvrir la porte à des exagérations.

Je suis donc au regret de ne pouvoir donner suite à votre protestation que je communiquerai à la Chambre d'industrie thermale à une de ses prochaines réunions.

Veuillez agréer, Monsieur le Docteur, l'expression de mes sentiments distingués.

Le Maire,

MILLIÈS-LACROIX

● ● ●

BUREAU DE VOYAGES

Circuits au Canada et aux Etats-Unis avec visite de l'Exposition mondiale de New-York

A l'occasion de l'Exposition de New-York, nous avons fait un choix de plusieurs voyages, partant à des dates échelonnées et de durées différentes utilisant les paquebots les plus connus.

Voyage H : départ 1er juillet, durée 21 jours, Québec, Montréal, Ottava, Toronto, chutes du Niagara, New-York. Prix à partir de $ 372,50.

Voyage I : départ 1er juillet, 27 jours, Québec, Montréal, Ottava, Toronto, chutes du Niagara, Chicago, Washington, Atlantic City, New-York. Prix à partir de $ 494,50.

Voyage K : départ 26 juillet, 31 jours, itinéraire comme ci-dessus. Prix à partir de $ 505,50.

Voyage L. : départ 5 août, 21 jours, Québec, Montréal, Ottava, Toronto, chutes du Niagara, New-York. Prix à partir de $ 401,50.

Voyage IOA : départ 11 août, 30 jours, Québec, Montréal, chutes du Niagara, Washington, New-York. Prix à partir de $ 428,50.

Voyage O. : départ 26 août, 32 jours, Québec, Montréal, Ottava, Toronto, chutes du Niagara, Chicago, Washington, Atlantic-City, New-York. Prix à partir de $ 496,30.

Demandez-nous la brochure détaillée de ces circuits. Si la durée des voyages ci-dessus ou leur date de départ ne vous conviennent pas, indiquez-nous vos préférences, nous vous ferons parvenir l'itinéraire se rapprochant le plus de vos désirs.

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Accidents du Travail

2.845. — En cas de divergence pour une radiographie à effectuer

Une accidentée du travail présente à la suite de son accident datant de trois mois, une douleur au poignet, pour laquelle je voudrais avoir une radiographie. J'ai adressé la blessée à la Compagnie d'assurances avec une lettre constatant la nécessité de la radio en question.

Le médecin de la Compagnie me répond : « Je ne vois pas l'utilité d'une radiographie,... la patiente pourrait bénéficier de quelques séances d'infrarouges ».

Je tiens néanmoins à avoir une radiographie. Que dois-je faire ?

Dr A.

Réponse

Il est évident que, pour une « exploration radiologique », vous devez vous mettre « d'accord » avec le médecin patronal ou de l'Assurance, ainsi qu'il est dit art. 27, observ. 3°. Mais là, en 5°, il est dit : « en cas de divergence, il sera procédé conformément à l'art. 9, alinéa 2 : « En cas de divergence, on recourra à l'avis d'un troisième médecin choisi d'accord avec le blessé, le médecin traitant et le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué ». C'est, en somme, une sorte d'arbitrage auquel la Compagnie ne pourrait se soustraire sans perdre son droit, à mon avis, de vous refuser, dans la suite, le paiement de la radio que vous auriez fait effectuer malgré elle.

Dr F. Decourt.

Violation du libre choix

Je vous communique l'extrait d'une lettre que j'ai reçue d'un chirurgien, propriétaire d'une clinique et praticien consciencieux.

J'estime grave l'intervention de la Compagnie.

Quel est votre avis ? Que faut-il faire ?

« Le 20 mars dernier, on m'amenait un blessé qui, pour la quatrième fois présentait un blocage du genou droit. Le premier blocage s'était produit au cours du travail. Il s'agissait donc d'un accident du travail.

« La clinique, d'autre part, permettait de faire le diagnostic de rupture de ménisques du genou droit.

« J'avertissais la Compagnie d'assurances et préconisais une intervention.

« J'attendais une semaine pour avoir l'avis de la Compagnie. Ce dernier me fut donné par son agent.

« La Compagnie acceptait le diagnostic, mais elle ne voulait pas que ce soit moi qui opère. Il paraît que le Docteur G. est spécialisé pour cette opération et la Compagnie voulait que le malade soit opéré par le chirurgien. L'agent m'a même ajouté : « nous avons un prix forfaitaire avec ce chirurgien ».

« Je n'ai pas pu atteindre le malade qui habite la Belgique et je ne sais ce qu'il est devenu. »

Dr X.

Réponse

Il est évident qu'en l'espèce, la Compagnie a agi contre la loi des accidents du travail, en ce que concerne le libre-choix, voir art. 5 de la loi du 1er juillet 1938 où il est dit : « La victime peut toujours faire choix, elle-même, de son médecin et de son pharmacien, lesquels sont soumis au contrôle syndical ... ». Et cet attentat contre le libre-choix est sanctionné à l'art. 24 où il est dit : « ... 3° Toute personne qui, soit par menace de renvoi, soit par renvoi systématique des ouvriers qui se seront adressés à un médecin ou à un pharmacien autre que celui de l'employeur ou de la Compagnie d'assurances... aura porté atteinte ou tenté de porter atteinte aux droits de la victime de choisir son médecin ou son pharmacien ».

Il s'ensuit de tout cela que le chirurgien avait fort bien le droit d'opérer son malade, non pas en demandant « l'autorisation » à la Compagnie, mais seulement en lui donnant un « avis préalable » (art. 7 du Tarif accidents du travail), puisqu'il ne s'agit pas là d'une « opération mutilante ou de grande chirurgie », il s'agit alors de l'art. 9 du même tarif. Auquel cas, sauf urgence, l'opération devait être « décidée après avis, par lettre recommandée du médecin traitant au médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué. En cas de divergence, on recourra à l'avis d'un troisième médecin choisi d'accord avec le blessé, le médecin traitant et le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué ».

Mais, même dans ce cas, il s'agit de savoir si l'opération est indiquée et non de fixer qui sera l'opérateur, au sujet duquel le libre-choix inscrit dans la loi (non dans le tarif) reste toujours en vigueur.

Conclusion. — 1° Il y aurait lieu pour le blessé de porter plainte (évidemment son médecin pourra l'aider officieusement) et l'art. 20 de la loi dit : « Le bénéfice de l'assistance judiciaire est accordé de plein droit, sur le visa du Procureur de la République, à la victime de l'accident, ou à ses ayants droit, devant le Président du Tribunal civil ou devant le Tribunal pour toute action intentée en vertu de la présente loi ». Ici, l'action serait basée sur la violation du libre choix (Art. 5 de la loi).

2° Si on ne va pas jusqu'à l'action en justice, on pourrait toujours saisir de l'affaire M. le Président de la Réunion des assureurs, contre les agissements de la Compagnie qui précisément est membre de ce Groupement.

Dr F. Decourt.

---

b) Assurances sociales

2.620. — Opérations concomitantes

A la suite d'un échange de lettres avec le Docteur H..., médecin chef de la Caisse d'assurances sociales au sujet d'interventions multiples simultanées sur les dix orteils, nous avons accepté l'un et l'autre l'arbitrage du Syndicat des médecins de la Seine ou éventuellement de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine.

Cette question paraissant intéresser tous les confrères, je me fais un devoir de vous la soumettre, afin que vous examiniez s'il y a lieu pour le Sou de prendre parti ou non dans la circonstance.

Le point qui nous sépare, le Docteur H... et moi-même, est le suivant :

Le Docteur H... pense que dans les opérations multiples, la première doit être remboursée au tarif plein, la deuxième à moitié, la troisième au quart, la quatrième au huitième, etc., ce qui pour la dizième ne représente plus que quelques centimes.

Je soutiens au contraire que la première doit être remboursée au tarif plein, et toutes les autres à demi-tarif quel qu'en soit le nombre, du moment où elles sont pratiquées avec des incisions séparées.

Ignorant la manière dont sera rendu l'arbitrage du Syndicat ou de la Fédération, si nous serons entendus ou représentés, je vous demande conseil au sujet de ce que je dois faire et je serais prêt si vous le jugiez utile à l'intérêt général, à remettre pour ma part entièrement cette affaire entre vos mains.

Dr W.

Réponse

En matière de soins aux assurés sociaux, en vertu de l'entente directe, vous pouvez demander à votre client les prix de votre tarif ordinaire de clientèle. Or dans le Tarif des chirurgiens de la région parisienne, il est dit qu'en cas d'interventions multiples, la plus importante est à tarif plein et les autres à demi-tarif. De même dans le tarif, officiel celui-ci, des soins aux accidentés du travail, il est dit à l'art. 10, alinéa 2 : « En cas d'interventions chirurgicales comportant plusieurs opérations concomitantes effectuées dans la même séance, l'opération la plus importante est seule comptée au tarif plein, les autres sont comptées à demi-tarif ». Ces deux exemples semblables en tous points, peuvent logiquement servir de base pour résoudre le différend que vous m'indiquez.

Dr F. Decourt.

2.670. — « Accouchement dystocique » ou « état morbide » de la parturiente

Assurances sociales : maternité ou maladie ?

Femme dont le mari est immatriculé pour la première fois le 1er octobre 1938 et remplit les conditions de versement au quatrième trimestre pour bénéficier de l'assurance-maladie. Cette femme est enceinte du 10 juillet 1938, donc pas de prestations maternité à attendre.

Mais le 22 mars 1939, elle m'appelle pour hémorragies sans douleurs. Excavation vide et au palper, je trouve par un col effacé, un matelas qui me conduit au diagnostic de placenta prævia. En raison du danger d'hémorragies renouvelées, j'adresse cette malade à la clinique, où elle est accouchée après dilatation au ballon et après version par manœuvres externes (il s'agissait en effet d'un siège). Extraction d'un enfant vivant pesant 1.500 grammes qui est élevé en couveuse et vit encore.

Cet enfant est donc à la clinique. Faut-il ouvrir à son nom une feuille de maladie pour les soins qui lui sont actuellement donnés du fait de sa naissance prématurée et de sa déficience physique ?

J'adresse une feuille de maladie à la Caisse en indiquant « grossesse pathologique », d'où contestation de la Caisse. Le médecin-contrôleur de celle-ci avec lequel j'ai eu une conversation courtoise m'explique que en cas de grossesse pathologique, l'assurance-maladie court à partir de la constatation de l'état morbide ; — que l'hémorragie n'est qu'un accident et non un état morbide — que la femme n'a pas eu à subir de transfusion du sang et qu'il n'existait pas d'état morbide. Je lui ai répondu qu'à mon avis il existait un état morbide du fait de l'hémorragie d'une part, du fait de la coexistence d'un placenta prævia central d'autre part et que vraiment il ne m'avait été possible d'attendre la reproduction d'une hémorragie nouvelle et peut-être mortelle pour décider de l'intervention urgente à opérer chez cette femme.

Je ne l'ai pas convaincu et il persiste à penser que le placenta prævia avec hémorragie ne constitue pas l'état morbide nécessaire pour justifier l'appellation grossesse pathologique et ouvrir le droit aux prestations maladie. Je ne partage pas son avis.

Qu'en pensez-vous ? Je lui ai indiqué que je vous soumettais le cas et que je me ferai un plaisir de lui communiquer votre avis.

Enfin d'autre part, pensez-vous que l'intervention effectuée chez ma cliente puisse porter le nom de « accouchement provoqué », sur la dénomination que je trouve parmi les interventions obstétricales énumérées dans la convention entre notre Syndicat et les Caisses du département. Ici, encore, le médecin-contrôleur estime que l'appellation « accouchement provoqué » ne corresond pas à la réalité de notre intervention. Est-ce que cette intervention est susceptible d'être rémunérée sur la feuille de maladie autrement qu'une visite ? Dr M.

Réponse

Il s'agit là d'un accouchement dystocique assimilable à un « accouchement avec grande extraction du siège » pour lequel, en sus du forfait d'accouchement de 325 francs est due une majoration de 200 francs. Ces prix sont ceux du Tarif de réassurance des Caisses lequel est le seul d'ordre national. C'est le « plafond » de ce que peut établir une Caisse pour son tarif de responsabilité, lequel étant d'ordre local ne peut être envisagé par moi. Le même tarif de réassurance précise que sont considérées comme interventions chirurgicales relevant du risque maladie différentes interventions parmi lesquelles aucune n'est assimilable à celle dont vous me parlez. Je pense donc que la thèse du médecin-contrôleur est exacte.

Par contre, si dans votre Convention Syndicat-Caisse existe la rubrique « accouchement provoqué », celle-ci me paraît s'appliquer très bien à votre cas, puisque, devant les dangers d'un placenta prævia, l'accouchement fut « provoqué » par la pose d'un ballon qui fut suivie d'une version par manœuvre externe, tout cela alors que le jour normal de l'accouchement ne paraissait pas être encore arrivé.

Dr F. DECOURT.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

2.089. — Convocation d'un invalide de guerre pour une période d'instruction

Un de mes malades, atteint d'arthrite du genou et reconnu par la Commission de réforme porteur d'une invalidité, imputable mais inférieure à 10 %, s'étonne d'être convoqué pour une période.

Est-ce régulier ou y a-t-il une erreur et le malade peut-il adresser une réclamation ?

Dr M.

Réponse

Il est normal qu'un homme atteint d'une invalidité de guerre soit convoqué pour une période d'instruction. Toute invalidité reconnue par une Commission de réforme entraîne en même temps de la part de cette même Commission, une décision sur l'aptitude militaire de l'intéressé, qui soit en rapport avec ses facultés physiques : service armé, service auxiliaire, réforme temporaire, réforme définitive.

Ce que peut faire votre client s'il ne se juge pas apte, c'est de demander aussitôt au recrutement, par l'intermédiaire de la gendarmerie, sa convocation devant une Commission de réforme.

Soixante et unième année — Nº 18 *bis* — 3 Mai 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Propos du Jour

Partie Scientifique

Travaux Originaux

L'Actualité scientifique

Partie professionnelle

SERVICE DE PROPAGANDE DU " CONCOURS "

Les docteurs en médecine et les étudiants qui en feront la demande recevront gracieusement le *Concours Médical* pendant deux mois, afin de leur permettre de se rendre compte des services que ce journal peut leur rendre.

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteur en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg..	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro..........	2 fr. 50	Deuxième Zone..........	125 fr.

LA DÉFENSE PROFESSIONNELLE INDIVIDUELLE par le SOU MÉDICAL

■ ■ ■

En dehors de sa garantie de 150.000 francs
(1.000.000 de francs pour les abonnés du *Concours Médical*)
le Sou Médical défend aussi les intérêts professionnels de ses membres

Deux exemples suggestifs

Notre Ligue ne se borne pas à assurer la garantie des risques de responsabilité que ses adhérents peuvent encourir à l'égard de leurs clients, dans l'exercice de leur profession. Elle a aussi pour but de les soutenir moralement et pécuniairement dans les procès de toute nature, d'ordre professionnel, qu'ils peuvent avoir à soutenir, soit comme demandeurs, soit comme défendeurs. Contrairement à une opinion très répandue dans le Corps médical, c'est ce contentieux professionnel, et non la garantie des risques de responsabilité, qui constitue la part la plus importante de l'activité de notre Ligue.

Quelques exemples, choisis parmi les affaires que nous avons le plus récemment menées à bonne fin montrent avec quelle énergie et quelle efficacité la Ligue soutient, en toute circonstance, les intérêts de ses adhérents.

1° Il était dû à l'un de nos adhérents d'un département du Midi une somme de 1.076 francs, somme qui représentait, pour l'hospitalisation dans sa maison de santé d'un assuré social indigent, la part mise à la charge de la collectivité du domicile de secours. Toutes ses réclamations étaient demeurées vaines, et il ne pouvait obtenir le paiement de son dû. En désespoir de cause, cet adhérent s'adresse à la Ligue et lui demande d'intervenir en sa faveur.

Après examen de son dossier, la procédure nécessaire est aussitôt entreprise et une action

est introduite devant la Commission d'arrondissement des Assurances sociales. En juin 1936, la Commission lui donne gain de cause. Mais nous avons affaire à un adversaire tenace qui, sans interjeter appel de cette décision, entend bien ne jamais l'exécuter. Nous nous trouvons dans l'obligation de demander au Préfet d'inscrire d'office au budget de la commune en cause, le montant de la condamnation prononcée au profit de notre adhérent. Notre requête est rejetée par le Préfet.

Nous formons alors un pourvoi en Conseil d'Etat contre la décision du Préfet, et le 12 juillet 1938 notre pourvoi est accueilli par cette haute juridiction. Finalement, la commune est priée de s'incliner et, en février 1939, grâce à notre action et à notre ténacité, notre adhérent reçoit le mandat de paiement qu'il attendait vainement depuis plus de trois ans.

2° Deux autres de nos adhérents d'un département de l'Ouest sont grossièrement pris à partie en mai 1937 par un journal local, qui met en cause leur conscience professionnelle. La Ligue leur accorde aussitôt son appui pour intenter une action en diffamation devant le Tribunal correctionnel et met à leur disposition le talent de son avocat à la Cour, Me Crochard.

Par deux jugements aux attendus sévères, le Tribunal correctionnel donne gain de cause aux deux médecins, condamne le journal diffamateur à de lourdes amendes et à 5.000 francs de dommages-intérêts. Appel est formé contre ces jugements.

Deux arrêts de la Cour de Caen les confirment. Encore une fois l'adversaire espère échapper à l'exécution des décisions judiciaires, mais nous ne lui laissons aucun répit et, enfin nous le contraignons à payer l'intégralité des condamnations prononcées. L'affaire se solde pour lui par plus de 20.000 francs de dépenses. La leçon sera certainement profitable

***

Ainsi le Sou Médical ne couvre pas seulement ses adhérents contre le risque de la responsabilité civile, pour une faute imputée à tort ou à raison à la pratique médicale, risque qui ne correspond d'ailleurs qu'à une très minime partie des misères, que les confrères sont exposés à rencontrer au cours de leur carrière. Nous venons de voir qu'il y en avait bien d'autres, notamment : troubles de jouissance quelconque, aussi bien d'une fonction médicale que d'un logement professionnel ; mésententes confraternelles ; dénigrement et diffamation, difficultés avec le fisc, etc., etc... Une Compagnie d'assurances n'en a cure. Seul, le Sou Médical peut, grâce à ses conseils juridiques de premier ordre et à son orga-

nisation, aider ses membres à vaincre et à surmonter des difficultés de ce genre.

En outre, il ne faut pas oublier qu'en cas de poursuite en responsabilité professionnelle, notre Ligue assure, en plus du paiement éventuel de la somme garantie par elle, tous les frais de procédure ; d'où une nouvelle supériorité de son action sur celle des Compagnies d'assurances.

***

Confrères, venez donc au « Sou Médical » qui, *en plus* de tous les avantages énumérés plus haut, pour CENT TRENTE FRANCS de cotisation par an, vous offre une garantie de CENT CINQUANTE MILLE FRANCS. Celle-ci peut même être portée à UN MILLION, si, d'autre part, pour 75 francs, vous vous abonnez au journal *Le Concours Médical*, organe de premier ordre pour les informations scientifiques et professionnelles.

N'oubliez pas non plus la *garantie complémentaire*, qui vous est offerte pour vos aides, le personnel et le matériel de vos cliniques.

Vous trouverez plus loin, page 1284, un bulletin d'adhésion, qu'il vous suffira de remplir et de nous adresser sans retard.

Dr G. FISCHER
Secrétaire général adjoint.

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Accidents du Travail

2.584. — Pour « fracture du poignet », préciser quel os est fracturé

A quel prix, peut-on évaluer un appareil plâtré pour fracture du poignet (accident du travail) ?

Dr T.

Réponse

Il n'y a pas, dans le Tarif, de « fracture du poignet », mais « fracture de l'extrémité inférieure du radius, par exemple ». La réduction et la contention sont marquées d'un prix différent suivant l'os fracturé. Dans l'exemple ci-dessus, ce serait 110 francs. Pour fracture d'un seul os autre que l'exemple ci-dessus, cubitus par exemple, ce serait 65 francs. Pour les deux os de l'avant-bras, ce serait 165 francs.

Dr F. DECOURT.

2.665. — Infiltrations anesthésiques

Je vous adresse ci-joint la lettre que je reçois d'une Compagnie au sujet d'une note d'honoraires : accident du travail dont voici la copie :

18 janvier : certificats	10 fr.
18 janvier : visite à domicile	21 fr.
19 janvier : infiltration anesthésique (Leriche)	50 fr.
21 janvier : *Idem*	50 fr.
23 janvier : *Idem*	50 fr.
25 janvier : *Idem*	50 fr.
27 janvier : consultation	17 fr.
Total	248 fr.

Reprise du travail le 30 janvier.

La Compagnie m'offre 98 francs en affirmant que les infiltrations anesthésiques en une ou plusieurs fois sont tarifées 50 francs.

Cette décision du contrôle médical de la Compagnie, me paraît d'autant plus abusive, qu'elle ne tient même pas compte des visites à domicile que j'ai dû faire pour pratiquer les infiltrations anesthésiques. A ce compte, mieux vaudrait passer sous silence les infiltrations anesthésiques afin de toucher quatre visites, soit 84 francs au lieu des 50 francs de la « série d'infiltrations ».

A noter que la durée d'incapacité de travail de cette entorse fort sérieuse n'a été que de douze jours et que les infiltrations ont, par suite, beaucoup diminué les indemnités que la Compagnie a dû verser.

Dr B.

Réponse

D'après l'interprétation récente de la sous-Commission du Tarif, on ne pourrait compter qu'une fois la majoration sur le prix de la visite simple, pour les injections Leriche. La Commission plénière se réuni prochainement, il est probable qu'elle entérinera les précisions apportées par la sous-Commission qui propose de remplacer le texte actuel par « Traitement par infiltrations anesthésiques (méthode de Leriche) : 50 francs. Naturellement, si vous faites plusieurs consultations ou visites ultérieures, celles-ci sont comptées en plus au tarif ordinaire.

Dr F. Decourt.

2.521. — Ne pas oublier de fournir le certificat de guérison

Je vous serais obligé de me donner votre avis au sujet d'une note d'honoraires contestée par la Compagnie X. J'ai donné mes soins en septembre dernier à un blessé habitant à 8 kilomètres de mon domicile ; je lui avais octroyé vingt jours de repos lors de la constatation d'accident et j'avais fourni un certificat de prolongation ; j'ai établi la note suivante :

11 août : 8 kilomètres, plus visite, plus certificat : 52 francs.

29 août, 8 kilomètres, plus visite, plus certificat prolongation, 42 francs.

10 septembre, reprise, consultation : 17 francs.

La Compagnie entend me faire sauter la consultation du 10 septembre 1938, pour les raisons indiquées, sur les lettres ci-contre.

Dr O.

Réponse

Il est évident, que si vous avez fait une consultation le 10, elle vous est due soit 15 francs. Mais non si vous n'avez pas vu en consultation le blessé. C'est là une question de fait et non d'appréciation. La date de la reprise du travail n'est le plus souvent pas celle de la dernière consultation. Mais je ne comprends pas la note de la Compagnie. Auriez-vous donc omis de remettre au blessé le certificat de guérison indispensable pour fixer la date de reprise du travail ? Dans ce cas, vous vous seriez mis nettement dans votre tort et le différend vient peut-être de cela. Alors que la Compagnie n'aurait payé, dit-elle, le demi-salaire que jusqu'au 30 août, ce qui indiquerait que le blessé s'est déclaré guéri à cette date. Là encore, c'est une question de fait.

Dr F. DECOURT.

b) Assurances sociales

2.689. — Soins spéciaux

Je viens vous demander un renseignement au sujet des Assurances sociales. Je traite en ce moment un malade atteint d'une uréthrite gonococcique, et je joins à l'action des sulfamides des lavages au permanganate de potasse. Ce malade désirant que ce soit moi qui lui fasse ses lavages, il vient chaque jour à mon cabinet. Que dois-je marquer sur la feuille des Assurances sociales ?

Dr B.

Réponse

Le lavage de la vessie est une intervention de petite chirurgie que vous devez trouver, non dans la nomenclature générale, mais dans le tarif syndical minimum de votre région, tarif qui fut placé en annexe de la Convention Syndicat-Caisse et qui vous donnera le P. C. à indiquer. Mais, par suite de la répétition journalière de ces lavages, il s'agit là de « soins spéciaux ». En ce cas, vous devez songer à l'art. 24 de l'arrêté du 30 janvier 1937 qui dit : « Si le praticien estime nécessaire... des soins spéciaux... les prestations correspondantes ne peuvent être remboursées que si la Caisse adresse à l'intéressé, préalablement au traitement et sur demande de l'assuré... l'acceptation de prise en charge, etc... ». Si votre

malade ne veut pas se voir refuser le remboursement, il doit donc se mettre en règle avec les prescriptions de cet article en joignant à sa demande, au besoin, un mot de vous déclarant la nécessité de soins journaliers, en vue d'un contrôle éventuel du médecin conseil de la Caisse.

Dr F. DECOURT.

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

2,604. — L'âge et la modicité du salaire n'empêchent pas l'application de la législation sur les accidents du travail

Dois-je considérer comme un accident de droit commun ou comme un accident du travail, l'amputation des cinq métatarsiens par une scie circulaire chez un ouvrier agricole travaillant d'une façon fort irrégulière chez un entrepreneur de sciage et étant rémunéré peu en raison de son âge de 67 ans, c'est-à-dire en nature par la nourriture et des déchets de scierie.

Cette question m'intéresse pour savoir si je dois établir le double certificat d'origine, et pour ma future note d'honoraires, attendu que le patron n'est pas assuré et que l'ouvrier est à peu près insolvable.

Dr B.

Réponse

La modicité du salaire perçu par l'ouvrier en échange de son travail ne peut modifier le caractère du contrat de louage de services intervenu entre lui et l'employeur.

Par conséquent, dès lors que l'accident dont cet ouvrier a été victime est survenu par le fait ou à l'occasion du travail, le patron en est responsable dans les termes de la législation sur les accidents du travail.

Sans doute avez-vous envoyé au patron dans les délais impartis par la loi du 1er juillet 1938, la carte-lettre instituée par cette loi. Vous devrez, en outre, délivrer un certificat de constatation en double exemplaire, l'un pour le chef d'entreprise, l'autre devant être remis à la mairie à l'appui de la déclaration d'accident.

Si le patron responsable ne règle pas spontanément votre note d'honoraires, vous aurez une action contre lui dans les limites du tarif. Cette action relève de la compétence du juge de paix du canton sur le territoire duquel l'accident s'est produit.

Voir la suite de la correspondance page XLIII-1277

PROPOS DU JOUR

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR MÊME MÉDICAL EN FRANCE

M. J. Delsarte, professeur à la Faculté des sciences de Nancy, a fait dans le numéro de mars 1939 de la *Revue scientifique* un exposé critique *De l'Enseignement supérieur en France et spécialement des Facultés des sciences.* Bien que les critiques d'ordre assez général ne visent pas particulièrement l'Enseignement de la médecine, elles peuvent dans une certaine mesure lui être appliquées et c'est à ce titre que nous croyons intéressant de les signaler ici.

***

Avant la Révolution les Facultés supérieures étaient au nombre de trois : théologie, droit et médecine. La quatrième Faculté, celle des Arts, donnait l'enseignement secondaire, délivrait le diplôme de maître ès Arts, assez semblable à notre baccalauréat, sans lequel on ne pouvait être admis dans les Facultés supérieures.

En 1808, Napoléon, conservant les établissements d'enseignement supérieur et les Facultés de théologie, de droit et de médecine, y ajouta les Facultés des lettres et celles des sciences. Mais ces dernières qui prenaient rang après les autres étaient constituées par des jurys d'examen pour le baccalauréat, la licence et le doctorat. Formées en partie par des professeurs de lycée, elles ne s'occupaient pas ou fort peu d'enseignement. Jusqu'en 1870, seules les Facultés parisiennes prirent une certaine extension. Encore les professeurs de la Sorbonne cherchaient plutôt à transformer leur chaire en tribune pour attirer comme auditeurs les gens du monde.

La IIIe République établit en 1875, la liberté de l'enseignement supérieur. En 1893, elle organisa l'enseignement supérieur tel qu'il existe aujourd'hui, donnant aux Universités de Paris et de Province l'autonomie administrative et l'autonomie financière aux Facultés. Le budget de l'enseignement supérieur de 1870 à 1893 fut triplé et cent millions furent consacrés à des constructions universitaires. Le nombre des étudiants passa de 9.000 à 25.000.

Au début du XXe siècle, malgré un succès momentané par l'élargissement des Facultés des sciences dans le domaine technique, l'effort de l'État pour l'enseignement supérieur se ralentit. Des constructions nombreuses furent édifiées, mais elles surchargèrent les budgets des Facultés de frais de chauffage et d'entretien, et cela au point qu'on dut supprimer en 1938 la plupart des abonnements des périodiques étrangers dans les bibliothèques universitaires et restreindre le chauffage des locaux. Pendant ce temps l'Etat dotait de 50 millions le Service central de la recherche scientifique, qui devait être, dans son principe, intra universitaire. Donc il y avait une tendance à cantonner les Facultés dans leur rôle d'enseignement.

Avec ce système la science française qui, il y a trente ans, tenait le premier rang dans le monde, est descendue au quatrième ou cinquième rang. Cependant la France ne manque pas de savants ; ce qui, d'après M. Delsarte, lui fait défaut ce sont les grandes idées directrices, les grands courants de pensée qui viennent des centres scientifiques d'Angleterre et des Etats-Unis.

M. Delsarte attribue cette situation, surtout pour la province, à quatre causes : 1° Le *recrutement des étudiants*, faible en quantité dans les Facultés des sciences, car les étudiants du P. C. B composés de futurs médecins, n'y sont rattachés que par un caprice administratif ; ce recrutement est aussi faible en qualité, car les meilleurs sujets préfèrent aborder les concours des grandes écoles. Les étudiants en médecine qui, pour la plupart, formaient jadis une élite, pourvue d'une véritable vocation, se recrutent à présent dans tous les milieux. On aborde les études médicales, comme l'on aborderait un métier quelconque avec le seul désir de gagner de l'argent.

2° *Le recrutement des professeurs.* Il est fait dans les facultés des lettres et des sciences non plus par concours mais, depuis 1878, par nomination directe du ministre pour les maîtres de conférence après avis d'un Comité compétent. Le concours a été conservé pour les agrégés des facultés de médecine. Les deux systèmes ont leurs avantages et leurs défauts. Tout a été dit il y a 25 ans sur l'agrégation en médecine. Les professeurs sont nommés par *cooptation*, c'est-à-dire que le Conseil de la Faculté choisit ceux qui lui semblent les plus compétents et les plus dignes, et les propose à la nomination du ministre. Jusqu'en 1852, tous les profeseurs d'enseignement supérieur étaient nommés au concours. Si le système de la cooptation donne plus d'indépendance à l'enseignement supérieur, il a quelques inconvénients, tels que l'incompétence relative d'un certain nombre de ceux qui choisissent, les pressions politiques, les rivalités

d'écoles, le népotisme et en province l'influence des candidatures locales, qui fait choisir des candidats médiocres, de préférence à des sujets distingués qui ne sont pas de la localité.

3º *Le rôle prépondérant de la Sorbonne et, pour l'enseignement médical, de la Faculté de Paris.*

Nous souffrons en France d'une centralisation abusive. Il y avait à Paris, il y a quelques années, 25.000 étudiants, et dans toutes les autres facultés de province 30.000 environ ; le budget des seules facultés de Paris était sensiblement égal à celui de toutes les facultés de province réunies. Les professeurs de province aspirent pour la plupart à être nommés à Paris et les étudiants, en surnombre, surtout en médecine, font de médiocres études ;

4º *La mentalité des professeurs.*

M. J. Delsarte se montre sur ce point sévère et les réflexions qu'il fait, pourraient s'appliquer aux Facultés de médecine, peut-être encore plus qu'aux Facultés des sciences. Il fait remarquer que les professeurs de Facultés sont peu payés et qu'en dehors de leur enseignement strictement accompli, ils ont trop de loisirs. Ils pourraient les employer aux recherches désintéressées, mais vraiment ce serait trop leur demander à une époque où l'interpénétration de la science et de l'industrie et les avantages de la clientèle ont pris un tel développement. Beaucoup se laissent tenter et trouvent de riches compensations en dehors de leurs fonctions universitaires. Interdire ce cumul serait la condamnation de presque tous les médecins et d'une partie des professeurs des autres facultés. En réprimant ces abus de cumuls, qui ne sont pas tous d'ailleurs illicites, il faudrait en faire autant dans toutes les administrations, et ce serait une révolution.

M. J. Delsarte déplore « un relâchement de la conscience professionnelle, un aimable laisser-aller, qui seuls peuvent expliquer un certain genre de manquement à l'honnêteté scientifique ». Comme les considérations du Professeur de Nancy valent à notre avis pour les Facultés de médecine, nous allons citer textuellement le passage de l'article, ne voulant à aucun prix trahir la pensée de l'auteur :

« La réputation d'un savant, écrit M. J. Delsarte, tient à sa valeur professionnelle, mais il ne faudrait pas croire que cette valeur en soit l'élément essentiel. Dans la plupart des cas, on trouve au début d'une carrière scientifique, un certain nombre de travaux au moins intéressants, qui ont lancé l'homme ; après quoi les étapes se succèdent, la carrière se développe, soit que d'autres travaux viennent confirmer une réputation naissante, soit qu'une exploitation habile des premiers résultats et de quelques autres recherches ultérieures, conduisent aux mêmes conséquences, grâce à un bluff ingénieux à quelques conversations bien placées, à la chance enfin. Pour bien comprendre ce phénomène, il faut savoir que les savants arrivés, les hommes en place, ceux qui font les réputations et qui détiennent les postes, n'ont guère la possibilité, faute de temps le plus souvent, de se faire une opinion motivée ; dès lors tout se passe en paroles : « Que pensez-vous d'Un Tel ? — Oh, c'est quelqu'un de très bien ; ou bien : c'est un médiocre ». Or, répétez à satiété, à toute occasion et à chacun : « Un tel est un médiocre ou un homme de premier plan », et tout le monde finira par le croire.

Qu'on nous entende bien : il est quasi nécessaire que les choses se passent ainsi. Il en est ainsi partout ; mais dans d'autres domaines (l'industrie, les affaires) les faits se chargent rapidement de redresser les erreurs commises et de remettre à leur juste niveau les « réputations » surfaites ou indûment dépréciées. Dans l'Université, le plus souvent, on ne dispose pas de pareils contrôles ; le merveilleux est que néanmoins jusqu'à une époque récente, le système ait correctement marché.

Si jusqu'alors, l'ensemble des hommes ayant eu ce qu'on appelle une belle carrière scientifique, a sensiblement coïncidé avec l'ensemble des individus de réelle valeur, c'est que l'honnêteté foncière, la correction morale, étaient chose courante dans le milieu qui nous intéresse. Mais depuis quelques années les choses ont changé. Qu'on rattache cela aux facilités d'après-guerre, à l'envahissement de la science par l'affairisme, ou à toute autre raison, il est certain qu'on aperçoit partout les symptômes d'une évolution, qui pourrait devenir rapidement désastreuse ; le désintéressement devient rare ; l'arrivisme fondé sur le bluff, sans être fréquent, n'est plus exceptionnel. Il est tant d'y prendre garde. »

Toutes les observations de M. J. Delsarte peuvent s'appliquer à la médecine. Si nos maîtres n'ont rien à faire avec l'industrie et les affaires, il arrive à quelques-uns de sacrifier manifestement leur enseignement à la clientèle. Cet abus s'explique, étant donnée la faiblesse de leurs appointements. Mais une explication n'est pas un remède, et il conviendrait de chercher un moyen pour mettre une limite à ces abus. Il serait fâcheux d'empêcher des malades d'avoir recours aux soins de maîtres réputés et injuste d'empêcher ces derniers de bénéficier de la situation que le plus souvent, ils ont péniblement et trop tardivement acquise, mais il conviendrait de faire que l'enseignement n'en souffrît pas.

En tous cas, nous devons féliciter et remercier M. J. Delsarte d'avoir courageusement abordé cette délicate question, tout en notant que l'Enseignement supérieur est loin d'être le seul milieu où l'on constate le fléchissement de la morale professionnelle ; nous, médecins praticiens, nous en savons quelque chose.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CARDIALGIE OU PNEUMALGIE ?

Par le Docteur A. DUMAS
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon
Médecin des Hôpitaux

La question est parfois délicate de rapporter soit au cœur, soit au poumon, une vive douleur de la région thoracique. C'est au cœur que l'on pense tout d'abord, et plus spécialement à une crise d'angor pectoris. Or, dans les observations que nous rapportons, ce n'est pas d'angor qu'il s'agit, mais tantôt d'infarctus pulmonaires destinés à faire ou non leur preuve, tantôt d'états de choc à localisation, principalement ou exclusivement pulmonaire, dont la douleur est le symptôme primordial.

Nous rappellerons, dans le but d'éclairer le diagnostic, que les emphysémateux sont sujets à des manifestations thoraciques douloureuses, moins brutales mais plus tenaces, qui peuvent aussi en imposer pour l'angor. Les cardiaques enfin, et surtout les cardiaques à gros cœur, pourront présenter parfois des manifestations douloureuses, qui poseront le problème soit d'un infarctus du myocarde, soit d'un infarctus pulmonaire. Problème d'autant plus délicat que la coexistence de ces deux sortes d'accidents est loin d'être rare.

Nous étudierons tout d'abord les conditions d'apparition de ces accidents pulmonaires douloureux, après quoi nous rapporterons, en les discutant, quelques observations personnelles.

Conditions d'apparition

1° FRACTURES EN VOIE DE CONSOLIDATION. — Nous éliminons bien entendu les fractures compliquées, accompagnant les grands traumatismes, et susceptibles de provoquer des embolies pulmonaires, dont on connaît toute la gravité. Nous ne retenons que des fractures simples, en apparence les plus bénignes, et en voie de consolidation normale. Nous avons à diverses reprises observé dans de telles conditions de brusques accidents pulmonaires avec douleur thoracique aiguë, ayant fait penser à une crise d'angine de poitrine. Dans la plupart des cas, cette erreur se dissipe au moment où apparaissent les symptômes de l'infarctus pulmonaire. Mais, bien souvent dans de tels cas, ces symptômes sont tardifs ou peuvent même ne pas se manifester. Il s'agit très vraisemblablement, dans tous ces cas, de fines embolies parties du foyer de consolidation des fractures. On comprend que ces accidents, inattendus dans des conditions de fracture simple en bonne voie de consolidation, puissent dérouter momentanément le praticien. Nous rappellerons cependant que le Docteur Masmonteil a, dans ce même journal, à la date du 7 décembre 1936, éclairé très utilement, dans une intéressante étude, le public médical, sur l'ensemble des manifestations vasculaires que l'on peut observer au cours des fractures fermées. Il avait entre autres insisté sur la fréquence des embolies, admettant qu'elles avaient pour point de départ le foyer de cicatrisation, en dehors même de tout processus infectieux. Cet article nous avait vivement intéressé parce que, à la même époque, nous avions eu l'occasion d'observer deux accidents pulmonaires successifs, extrêmement douloureux, survenus chez un sujet hospitalisé pour une fracture fermée du calcanéum, en voie de consolidation parfaite et n'ayant donné lieu à aucune complication locale. Depuis lors de nouvelles observations analogues se sont présentées à notre examen, soulevant le même problème. On en trouvera le résumé plus loin.

2° RÉSORPTION D'HÉMATOME. — Indépendam-

ment de toute fracture, les hématomes, consécutifs à des traumatismes, peuvent donner lieu, au moment de leur résorption, à des accidents pulmonaires, analogues aux précédents. Parfois, même à ces symptômes pulmonaires s'ajouteront des réactions cardiaques (tachycardie, arythmie), qui viendront encore compliquer le diagnostic. Ici l'embolie n'est pas toujours en cause, et les accidents observés peuvent être dus plus à des manifestations d'ordre hémoclasique ou anaphylactique qu'à une embolie véritable. On sait, en effet, qu'il est relativement fréquent de voir survenir dans de telles conditions des symptômes de choc anaphylactique les plus authentiques : urticaire, arthralgies, lipothymies, collapsus tensionnel. Les accidents cardio-pulmonaires douloureux se manifestant dans de telles conditions peuvent être, eux aussi, rapportés à l'état de choc conditionnant un spasme dans le domaine de la circulation pulmonaire.

3° Douleurs des emphysémateux. — Ici les douleurs sont moins aiguës. Elles présentent un caractère plus continu. On ne peut relever de causes précises, susceptibles de les expliquer. Ces douleurs ne se produisent pas toujours au moment des efforts. Elles peuvent se produire au repos. En général, elles sont franchement thoraciques. Il s'agit de points de côté douloureux et persistants. Ces douleurs cèdent en général à la compression du thorax par des bandages compressifs. Il s'agit de douleurs imputables à la distension par l'emphysème. Elles sont sans gravité, mais liées à leur cause, elles sont susceptibles de persister aussi longtemps que l'emphysème lui-même. En réalité, il se fait assez rapidement une adaptation à cette distension et les malades cesseront de se plaindre jusqu'à ce que survienne, du fait de l'accentuation de l'emphysème ou de l'apparition d'une inflammation bronchique dyspnéisante, une nouvelle cause de distension thoracique. Dans ces conditions, ce sera moins du côté de l'angor que sera sujet de s'égarer le diagnostic que du côté de l'aortite ou de la péri-aortite avec irritation du plexus solaire.

4° Accidents pulmonaires observés chez les cardiaques. — Tout cardiaque, qu'il s'agisse d'hypertrophie simple ou de lésions orificielles, est susceptible de présenter des infarctus pulmonaires qui, dans la majorité des cas, seront de diagnostic facile en raison de la connaissance où l'on est de la cause qui les provoque. Quand il s'agit d'infarctus simplement congestifs, tels qu'on les rencontre dans l'hypertrophie cardiaque et dans la phase avancée des affections orificielles, aucun doute n'est permis, l'infarctus s'impose. Quand il s'agit, au contraire d'infarctus emboliques — et ce sont les plus douloureux, — tels qu'on peut les observer au cours du rétrécissement mitral en dehors de toute asystolie, le diagnostic peut être parfois délicat, avec une crise de cardialgie. On sait que certains rétrécissements mitraux avec oreillette droite dilatée peuvent s'accompagner de douleurs dorsales, dues probablement à la compression ou à l'irritation des nerfs intercostaux. On sait aussi que l'angine de poitrine peut se rencontrer au cours des cardiopathies orificielles (Gallavardin), et non seulement au cours de l'insuffisance aortique d'origine artérielle dont elle n'est qu'une complication banale, mais aussi au cours du rétrécissement mitral.

L'infarctus du myocarde, dont les manifestations douloureuses sont bien connues, risquera également d'être confondu avec l'infarctus pulmonaire et cela d'autant plus qu'il peut y avoir parfois coexistence d'infarctus myocardique et d'infarctus du poumon. Cardialgie et pneumalgie peuvent, dans de telles circonstances, s'associer.

Observations

Nous nous contenterons de rapporter des observations relatives au choc pulmonaire consécutif aux traumatismes.

Observation I. — *Double infarctus pulmonaire survenu en cours de consolidation normale d'une fracture simple du calcanéum.*

Il s'agit d'un homme de 31 ans qui entra dans notre service le 21 janvier 1937, adressé par son médecin traitant, en raison d'une violente douleur au niveau de la partie droite du thorax, accompagnée d'une dyspnée intense.

Le 1er janvier 1937, le malade s'était fracturé le pied gauche en glissant dans l'escalier. Les radiographies pratiquées avaient montré qu'il s'agissait d'une fracture du calcanéum. Il était alité à la suite de cette fracture, pour laquelle le membre inférieur avait été mis en plâtre, depuis une huitaine de jours, lorsqu'il fut pris de l'accident douloureux qui motiva son envoi dans notre service. A son entrée, la température est de 36°. La douleur est vive, angoissante. Il n'existe aucune expectoration et aucun signe à l'auscultation de la région pulmonaire douloureuse.

Par ailleurs, le plâtre enlevé, on ne constate aucun symptôme anormal du côté de la fracture.

Ce fut seulement le surlendemain qu'apparurent des crachats hémoptoïques, qui signèrent le diagnostic d'infarctus pulmonaire. Les jours suivants une ponction permit de ramener du liquide faiblement hémorragique.

Le 28 janvier, alors que tout restait normal du côté de la fracture et que l'infarctus pulmonaire droit était à peu près résorbé, un infarctus gauche apparut dans les mêmes conditions douloureuses et évolua de la même façon.

Enfin, le 19 février, la température qui était restée jusqu'ici à peu près normale s'éleva à 38° et on vit apparaître une phlébite du membre inférieur gauche, qui se compliqua ultérieurement d'une phlébite à bascule du côté droit. La fracture du calcanéum paraissait alors consolidée et deux mois plus tard le malade put sortir guéri, sans aucune gêne.

Cette observation présente un intérêt particulier du fait de l'absence absolue de tout symp-

tôme vasculaire cliniquement décelable au niveau même de la fracture. C'est elle cependant qui a été responsable des accidents successifs, qui se sont manifestés. La cause première réside sans doute, comme l'a admis dans des cas analogues le Docteur Masmonteil, dans la production de petits foyers inflammatoires osseux au niveau même de la région fracturée en voie de réparation. Les embolies responsables des infarctus pulmonaires successifs ont été certainement des plus minimes. Mais on sait bien aujourd'hui, et les travaux expérimentaux du Professeur Villaret et de ses élèves sont venus récemment le confirmer, que les dimensions de l'embolie ne sont nullement en rapport avec l'intensité des manifestations pulmonaires. Il s'agit avant tout d'un état spasmodique, analogue aux états de choc, et déclenché par les plus fines particules embolisantes, et l'on sait qu'il en est de même expérimentalement. Au surplus la phlébite à bascule, survenue plus tard, est le témoignage non douteux de la réalité de cette pathogénie. Mais là encore cette phlébite a évolué sans présenter aucune relation apparente avec la fracture, qui était déjà consolidée et dont l'évolution et la réparation ont été, comme nous l'avons dit, entièrement normales.

Dans cette observation, l'authenticité de l'embolie a été signée à la fois par les infarctus et par les phlébites secondaires, ce qui a rendu ultérieurement l'interprétation facile. Il n'en a pas été de même dans l'observation suivante où les symptômes de l'infarctus ont été moins manifestes.

OBSERVATION 2. — *Troubles cardiaques fonctionnels douloureux au cours de la résorption d'hématomes.*

Il s'agit d'un jeune garçon de 14 ans qui, le 7 juillet 1938, fut victime d'un accident d'automobile, à la suite duquel il présenta des accidents cardiaques douloureux. Il se trouvait à bicyclette lorsqu'il fut heurté par l'automobile et projeté dans le fossé de la route. Il ne perdit pas complètement connaissance et l'examen pratiqué quelques instants plus tard par le médecin de la localité révéla une plaie du front, au-dessus de l'arcade sourcilière gauche, ayant donné lieu à un hématome. On releva quelques autres blessures légères, notamment au niveau de la lèvre, et une minime contusion de la région lombaire, à gauche. Mais on ne constata aucun symptôme de contusion thoracique. Le médecin conclut à la bénignité de l'accident et envisagea une indisponibilité d'une dizaine de jours. Or, la semaine suivante, exactement sept jours après l'accident, ce jeune sujet ayant voulu se lever, présenta une vive douleur dans la région précordiale, sans perte complète de connaissance, mais il fut nécessaire de le ramener dans son lit. Le lendemain, ayant voulu se lever de nouveau, le même accident se reproduisit et l'obligea de nouveau à s'aliter. Le médecin qui le vit de nouveau à ce moment-là constata une légère accélération du cœur et à l'auscultation un petit souffle systolique en dedans de la pointe. Il en conclut à un retentissement cardiaque de l'accident, commanda le repos et envisagea cette fois une indisponibilité plus prolongée, d'environ un mois. Une dizaine de jours plus tard, on pratiqua une radioscopie qui montra un élargissement léger, des diamètres cardiaques. Le médecin qui le vit à ce moment-là signala la persistance de la tachycardie, mais ne retrouva pas le souffle systolique.

L'examen pulmonaire resta entièrement négatif. Le jeune sujet n'accusait plus aucun trouble, ni douloureux, ni dyspnéique, mais en raison des accidents présentés il nous fut adressé pour examen.

Nous eûmes à examiner ce jeune garçon au mois de février 1939, c'est-à-dire plus de six mois après l'accident. Il ne persistait aucun symptôme subjectif anormal, pas de dyspnée, pas de douleur. Le petit sujet avait repris ses classes depuis la rentrée d'octobre et pouvait même depuis quelque temps faire le trajet à bicyclette. L'examen montrait un cœur, dont la pointe battait normalement dans le IVe espace intercostal, sans tachycardie, ni spontanée, ni provoquée par l'effort De 70 au repos, le rythme s'élevait seulement à 80 après l'effort provoqué d'une dizaine de flexions. L'auscultation révélait un petit souffle systolique au niveau du bord gauche du sternum, souffle variable avec la respiration et présentant tous les caractères des souffles cardio-pulmonaires. La radioscopie montrait un cœur légèrement globuleux, mais sans qu'on pût considérer cet état comme pathologique. Il n'existait par ailleurs aucun trouble de l'état général. Il était donc évident que les manifestations thoraciques douloureuses survenues huit jours après un accident, qui ne s'était pas accompagné de contusions thoraciques, ne pouvaient être attribuées à une lésion cardiaque d'origine traumatique, mais à des troubles fonctionnels que nous avons cru pouvoir rattacher à la résorption des hématomes.

Il est certainement difficile de donner une pathogénie précise à ces accidents. S'est-il agi d'une embolie pulmonaire véritable à symptomatologie purement douloureuse et n'ayant pas abouti aux symptômes habituels de l'infarctus du poumon ? C'est une hypothèse défendable. On sait d'ailleurs que le rôle mécanique de la gêne circulatoire pulmonaire n'est pas toujours en relation avec les dimensions du caillot. Il s'agit là d'accidents, qui sont plus en rapport avec l'état de choc qu'avec la lésion infarctoïde elle-même, laquelle peut rester des plus minimes. Nous reviendrons plus loin sur l'interprétation à donner à ces sortes d'accidents, mais nous tenons auparavant à donner une autre observations dans laquelle le facteur hémoclasique a été plus manifeste encore.

OBSERVATION 3. — *Manifestations anaphylactiques à prédominance cardio-pulmonaire en cours de résorption d'hématomes.*

Il s'agit d'un homme de 54 ans, vigoureux, bien portant, et n'ayant jamais présenté d'affections cardiaques. Il fut victime en 1936 d'un accident grave d'automobile, à la suite duquel il présenta des contusions considérables de la région lombaire et de la face externe de la cuisse gauche. L'état commotionnel ainsi que les contusions l'obligèrent à garder le lit pendant plusieurs mois dans une clinique. Tout semblait devoir évoluer simplement et normalement, quand une dizaine de jours après l'accident il présenta, en même temps que des phénomènes anaphylactiques, qui ne pouvaient laisser aucun doute sur leur cause, des accidents cardiaques douloureux avec tachycardie au-dessus de 100, dyspnée, quelques râles au niveau niveau des bases des poumons et même de l'albuminurie. Ces accidents s'atténuèrent sous l'influence d'un traitement adrénaliné, mais réapparurent à plusieurs reprises, avec une intensité qui ne laissait

pas d'être inquiétante. Au bout de plusieurs semaines, lorsque les hématomes furent complètement résorbés, tout rentra dans l'ordre et rien ne subsista de ces manifestations dramatiques. Ajoutons que l'état tensionnel se rétablit à son taux habituel de 14/9, alors qu'au moment des accidents, la tension était tombée à 9/5.

Si nous avons tenu à rapporter cette observation, c'est qu'elle comporte un ensemble qui éclaire et explique la nature des accidents présentés. L'intensité des hématomes, l'abondance du sang épanché sous les téguments, la crise anaphylactique caractérisée par des douleurs articulaires, une éruption urticarienne, de l'albuminurie, montrent bien que c'est aussi à ces mêmes accidents anaphylactiques des hématomes résorbés que l'on doit attribuer les troubles cardio-pulmonaires douloureux. Comme dans le cas précédent, on peut discuter l'authenticité de l'embolie ou plutôt de l'oblitération réelle d'une branche des vaisseaux pulmonaires, avec infarctus consécutif. Mais ce qu'on ne peut mettre en doute, c'est l'état de choc, localisé au niveau du poumon, de même origine et de même nature que les fluxions articulaires, l'éruption urticarienne, etc... Nous retrouvons dans cette symptomatologie cardio-pulmonaire, les mêmes phénomènes douloureux, la même tachycardie, le même état syncopal que dans l'observation précédente, mais avec ici, la signature facilement lisible de la cause à invoquer.

Interprétation

Ces différentes observations se sont toutes traduites par des accidents thoraciques douloureux, à type d'angor pectoris, qui, plus ou moins rapidement, ont pu être imputés à des accidents pulmonaires de type embolique.

Deux cas sont à envisager dans ces sortes d'accidents. Dans un premier groupe de cas, il s'agit d'embolie pulmonaire véritable, dont le caractère principalement douloureux au début peut égarer le diagnostic et faire croire à l'angine de poitrine. Ultérieurement tout évolue dans le sens de l'infarctus pulmonaire et aucun doute ne subsiste sur la nature du cas. Dans un second lot, se rangent les cas dans lesquels l'oblitération par embolie d'une branche des vaisseaux pulmonaires peut être discutée et où les accidents doivent être imputés à un état de choc dans le domaine de la petite circulation.

Cette discussion entre ces pathogénies voisines, mais tout de même différentes, est intéressante à poursuivre étant donné les discussions actuellement en cours sur la nature même de l'embolie.

On sait qu'actuellement, on tend à nier la réalité de l'embolie et que l'on attache au choc une importance beaucoup plus grande qu'à l'oblitération artérielle elle-même. Nous n'en voulons pour preuve que les communications récentes présentées à l'Académie de Chirurgie, dont la dernière en date est due à M. Villaret, Justin-Besançon et P. Bardin. Ces auteurs appuient leur manière de voir sur des recherches expérimentales, qui démontrent bien la discordance entre l'intensité des symptômes et l'étendue de l'oblitération vasculaire.

Manifestations cliniques

Les douleurs pulmonaires, dont on trouvera les manifestations symptomatiques principales dans chacune des observations que nous venons de rapporter, présentent comme caractère primordial une analogie avec les douleurs de l'angine de poitrine, qui en rend souvent le diagnostic difficile.

Les conditions, au cours desquelles elles apparaissent, méritent d'être retenues, car elles ont pour le diagnostic une importance réelle. Un sujet, qui a dépassé la cinquantaine et qui a été victime d'un traumatisme important, peut évidemment voir se manifester des accidents d'angor. Toutefois, s'il en a été indemne jusqu'alors, une grande réserve s'impose et il faudra savoir interpréter les symptômes douloureux qu'il présente en s'efforçant de les rattacher au traumatisme. Dans la plupart des observations rapportées, ces accidents douloureux se sont manifestés en position de décubitus et au repos le plus complet. Ce n'est pas évidemment une raison pour éliminer l'angor. On est cependant en droit de s'étonner de l'apparition au repos de manifestations angoreuses chez un sujet indemne de tout accident cardiaque antérieur. L'intensité de la douleur n'est pas un argument décisif en faveur de l'angor, puisque nous avons vu les infarctus les plus authentiques donner lieu comme premiers symptômes à une douleur extrêmement aiguë. Un caractère de la douleur, plus important pour le diagnostic, est souvent sa latéralité, son siège quand la douleur est à droite, son caractère de pleurodynie, ne comportant pas l'angoisse de l'angor pectoris, malgré l'intensité du mal.

Pathogénie

Si nous nous en rapportons à leurs conditions d'apparition, ces pneumalgies peuvent appartenir à deux pathogénies différentes.

Dans un premier groupe de cas, l'embolie paraît non douteuse. Cependant ces embolies sont, en général minimes, et, du fait du caractère latent et de l'absence de tout phénomène inflammatoire au niveau de leur foyer d'origine, on peut admettre qu'elles agissent comme de véritables embolies graisseuses, de volume très minime et tout à fait disproportionné avec les accidents qu'elles provoquent. C'est là précisément que

réside l'intérêt de la question puisque l'on sait aujourd'hui, d'après les expériences physiologiques récentes, parmi lesquelles nous signalerons celles du Professeur Villaret et de ses élèves, que le volume de l'embole importe moins dans le drame pulmonaire consécutif que le terrain lui-même, ou plus exactement la réceptivité vago-sympathique à l'excitation, même minime que les poudres injectées provoquent au niveau de l'endothélium vasculaire.

Dans un second groupe de cas, l'importance de l'embole est encore plus discutable et nous voulons parler des cas dans lesquels les accidents pulmonaires s'apparentent plus directement encore au choc anaphylactique. Il s'agit des cas dans lesquels les accidents pulmonaires accompagnent la résorption d'hématomes traumatiques plus ou moins volumineux et s'associent à d'autres manifestations nettement anaphylactiques, telles que l'urticaire, les arthralgies, le collapsus vasculaire, etc...

Diagnostic

Il ressort de ce que nous venons de dire que le diagnostic étiologique des douleurs thoraciques à début brusque et violent est toujours délicat. Et c'est là, croyons-nous, l'intérêt de la présente étude. L'angine de poitrine ne pourra être que difficilement éliminée au premier examen, car l'immobilisation thoracique et la dyspnée douloureuse sont autant de particularités qui l'accompagnent fréquemment. Nous ne citerons que pour mémoire un début de pleurésie ou de pneumonie. Il est tout à fait exceptionnel que de telles affections aient un début aussi brutal, à l'exception toutefois de certaines gangrènes pulmonaires à manifestations douloureuses. Le contexte clinique permettra rapidement d'établir le diagnostic. Il en sera de même dans le cas de pneumo-thorax. Ces diverses affections éliminées, on pensera à l'infarctus pulmonaire et les données étiologiques, dont un examen attentif permettra de s'entourer, faciliteront le diagnostic en établissant la cause du mal. Dans les cas de fractures l'attention sera attirée sur la possibilité de l'infarctus pulmonaire par la connaissance que nous avons aujourd'hui des complications vasculaires, susceptibles d'accompagner leur consolidation. Dans les cas de contusion simple, le diagnostic d'état de choc pulmonaire sera facilité par la coexistence d'éruptions, de douleurs articulaires et, de cet état de collapsus si caractéristique des états de choc.

Au cours d'une affection organique du cœur, le diagnostic ne peut hésiter qu'entre l'infarctus pulmonaire ou l'angine de poitrine. On, sait en effet, que des accidents angoreux peuvent se rencontrer au cours des affections orificielles. Quand il s'agit d'insuffisance aortique d'origine artérielle, les raisons sont importantes d'admettre l'angor, du fait de la proximité des coronaires et de leur participation aux lésions. Dans le cas de rétrécissement mitral, où les coronaires restent en général indemnes, c'est au contraire à l'infarctus pulmonaire que l'on pensera tout d'abord et ce n'est que plus tard, du fait de la récidive des crises, de leur caractère angoissant, de leur soulagement par la trinitrine, que l'on admettra la réalité de la crise d'angine de poitrine.

Traitement

Nous n'avons que peu de chose à dire sur la thérapeutique de ces accidents. Elle sera tout d'abord analgésique, avant même que le diagnostic ait pu être affirmé. On n'hésitera pas, si la douleur l'impose, à pratiquer une injection de morphine. Mais la thérapeutique ne sera véritablement utile que si l'on peut agir sur la cause même de l'accident, en instituant une médication anti-choc pour éviter le spasme des vaisseaux pulmonaires qui est, comme nous l'avons vu, autant et plus que l'embole, responsable des accidents.

COMMENT DÉBRIDER L'ANTHRAX DE LA NUQUE ?

Les incisions verticales parallèles

Par le Docteur J. FIÉVEZ, de Malo-les-Bains

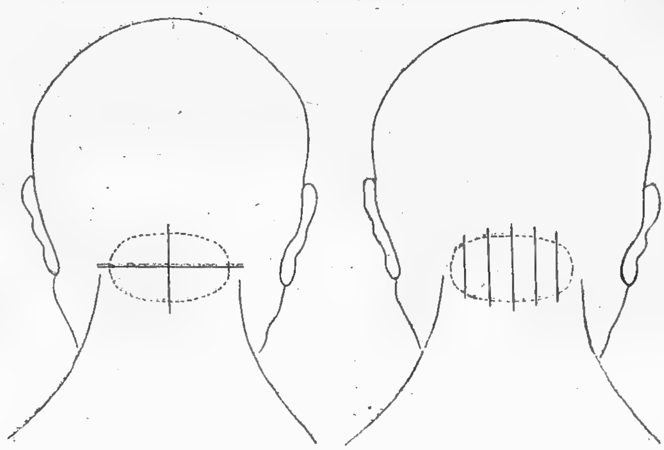
Cette petite note ne discutera pas du traitement de l'anthrax, ne dira pas quand il doit être médical, et quand chirurgical, ne comparera pas les avantages respectifs de l'incision et de l'excision... Elle est écrite pour démontrer qu'il existe des anthrax de la nuque qu'il faut inciser (personnellement, je considère que c'est la grosse majorité, mais, je le répète, là n'est pas le problème) ; comment les inciser ?

Je dis bien les inciser, et non les larder de perforations au bistouri ou au thermocautère. Les bourbillons, parfois innombrables, parfois énormes, assemblés par confluence à la face profonde du derme épais de la nuque, n'en peuvent traverser la solide barrière que par des foramina beaucoup trop étroits. Pour éviter les accidents de cette rétention, et permettre aux régions cutanées avoisinantes de résister à l'envahissement du processus nécrosant, c'est largement qu'il faut débrider.

***

Les classiques conseillent l'incision en croix, qui permet de relever les quatre petits lambeaux carrés et d'exciser sous eux, sans ménagements, les tissus nécrosés (*Fig. a*). A cette technique, je fais le reproche de laisser sûrement une cicatrice fort disgracieuse.

Voici vingt ans que j'ai remplacé, à la satisfaction des opérés, cette incision cruciale par une série (de 2 à 8) de sections verticales et parallèles, cette série se terminant, aux extrémités du mal, par deux sections plus courtes que les autres, mais dépassant tout de même, en haut et en bas le pourtour de l'anthrax, pourtour rouge, œdémateux, gardant l'empreinte du doigt (*Fig. b*). Entre deux sections voisines, le rectangle cutané reste, à ses deux extrémités, en continuité avec le cuir chevelu et la peau du cou, et garde toute sa vitalité. En le soulevant en pont, le chirurgien peut à son aise exciser les parties mortifiées sous-jacentes. Dans la flexion de la tête, attitude habituelle pendant le jour, permanente pendant la nuit, du malade atteint d'anthrax de la nuque, la face profonde du lambeau s'applique exactement sur la nuque, cependant que les bords des lambeaux, bien tendus, s'accolent régulièrement aux bords correspondants des lambeaux voisins, d'où cicatrices linéaires, réduites au minimum de largeur.



a *b*

Incision d'un volumineux anthrax de la nuque.

a. Incision cruciale classique.
b. Incisions verticales parallèles proposées.

Trois détails pour préciser l'aspect de l'intervention :

1° Les cheveux sont coupés, aux ciseaux, sur une grande hauteur, d'une oreille à l'autre. Puis la région est rasée, mais sous anesthésie générale, en quelque sorte comme premier temps de l'opération. Excellent moyen de ne pas se brouiller d'emblée avec son opéré !

2° Anesthésie générale au kélène, donné au masque que j'ai décrit ici-même en 1930 (n° 45), et qui garde mon entière confiance !

3° Le pansement, à la gaze iodoformée, est maintenu par un leucoplaste perforé, qui l'empêche de bouger, de frotter sur les plaies. Coton stérile au-dessus du leucoplaste, changé à la demande de la souillure. Cependant que le pansement proprement dit et son leucoplaste ne sont en principe, pas enlevés avant trente-six ou quarante-huit heures.

DIAGNOSTIC, PRONOSTIC ET TRAITEMENT DES PAROXYSMES TACHYCARDIQUES

Par le Docteur Maurice JACQUET

Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine de Reims
Médecin des Hôpitaux de Reims
Membre de la Société française de Cardiologie

Si la maladie de Bouveret reste la cause la plus fréquente des paroxysmes tachycardiques observés en clinique, il n'en est pas moins vrai qu'actuellement, un certain nombre de ces crises paroxystiques ressortissent à des troubles rythmiques de siège et de pronostic bien différents : ceux-ci, auxquels on ne songe pas assez fréquemment, ne sont souvent reconnus que par l'examen électrocardiographique.

C'est, à la demande du *Concours Médical*, sous l'angle de la pratique, que nous nous proposons d'envisager, dans les lignes qui suivent, ces problèmes de diagnostic et de pronostic.

Nous préciserons ensuite les modalités thérapeutiques de ces paroxysmes, comme nous avons été amené à les apprécier et à les employer actuellement.

***

A) DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

On ne saurait trop insister sur l'importance, pour tout praticien, de porter un diagnostic exact de la crise, c'est-à-dire de la ranger dans une des cinq catégories ci-dessous énumérées. Ceci sera, quelquefois, possible par la simple clinique, plus souvent, réalisable seulement après la lecture d'un électrocardiogramme pris pendant la crise, voire de deux tracés, le second précisant l'état myocardique et coronarien en dehors des crises.

L'importance de ce diagnostic tient essentiellement, à l'heure actuelle, aux conclusions *d'ordre pronostic* qu'il pourra comporter : tantôt il sera bénin, au moins « *quoad vitam* » devant une tachycardie paroxystique essentielle, tantôt il sera réservé, parce que cette même forme de tachycardie prendra la valeur d'un signe avant-coureur de défaillance myocardique, ou de coronarite aiguë ; tantôt il sera fatal à échéance rapprochée, parce que l'aspect même du tracé de la tachycardie ventriculaire la fera considérer comme un épisode préterminal d'une insuffisance ou d'un infarctus du myocarde, ou d'une bradycardie par dissociation.

Son importance, au point de vue thérapeutique, est généralement plus restreinte car, si elle permet parfois, d'éviter des médications intempestives, l'inconstance encore trop fréquente de l'efficacité de nos traitements ne permet pas de lui conférer la première place.

I. — Tachycardie paroxystique supra ventriculaire ou juxtanodale

1° C'est la tachycardie paroxystique classique, décrite par Bouveret, trop bien connue de tous pour qu'il faille y insister. Précisons seulement la fréquence de son rythme. C'est à l'allure de 160 à 250 pulsations environ à la minute, que le rythme cardiaque s'inscrit sur le tracé : au delà il faut songer déjà cliniquement à un flutter auriculaire, même si le rythme est régulier ; en deçà, la tachycardie ventriculaire devra être envisagée, surtout si la crise se présente plutôt comme une succession d'extrasystoles rapides plus ou moins prolongées, que comme un accès durable. De nos cas personnels nous pouvons déduire, en outre, les remarques symptomatologiques suivantes : si le début de la crise est pratiquement toujours instantané, accompagné d'une sensation de « coup de bélier thoracique », la brusquerie de la fin, par contre, est extrêmement inconstante. Assez souvent une petite *toux sèche* en marque le début, et parfois des signes annonciateurs variables avec les sujets, mais toujours identiques chez le même individu, permettent de prévoir la crise une demi-heure, voire une heure avant son éclosion. Une de nos malades présente ainsi, toujours, une *douleur transfixiante* du mamelon à la pointe de l'omoplate gauche une heure avant le paroxysme.

Le déclanchement de celui-ci est assez souvent favorisé, chez nos malades, par la *faim* (les crises surviennent alors presque exclusivement dans la période préprandiale), par une course un peu longue en *automobile* ; quant au facteur aérogastrique, son importance et sa fréquence sont trop connus pour que nous croyions devoir les confirmer.

Tout l'intérêt de l'examen réside dans l'attribution du paroxysme soit au groupe des tachycardies supraventriculaires *essentielles*, soit au groupe des tachycardies *symptomatiques* d'une affection myocardo-coronarienne : c'est le contexte clinique et électrique qui tranchera le problème.

2° L'intérêt de l'*électrocardiogramme* est, en effet, ici double :

a) Bien entendu, le profil recueilli *pendant la crise,* permet d'affirmer le *diagnostic,* en montrant l'aspect *régulier* et normal des ondes ventriculaires (R et T) et l'existence *d'une onde auriculaire* (P), qui, bien que plus rapprochée de R que normalement, le précède encore (tachycardie supranodale) ou, au contraire, suit R et, est alors inversée (tachycardie infranodale), ou plus rarement se combine exactement avec R au point de devenir invisible (tachycardie nodale). Il élimine ainsi le « flutter auriculaire », où *plusieurs* ondes P précèdent l'onde R et la tachycardie ventriculaire, où les ondes P sont *peu nombreuses ou absentes,* et les complexes ventriculaires sont déformés.

b) Mais surtout le tracé, pris *entre les crises,* précise le *pronostic,* soit qu'une altération de la fibre myocardique ou des signes de coronarite ne fassent de la tachycardie paroxystique *qu'un signe avant coureur* d'une affection sévère, soit que l'absence de ces signes permette de la considérer comme une simple tachycardie paroxystique *essentielle* : c'est alors une maladie de Bouveret, plus gênante par la répétition possible des crises, que grave.

II. — Tachycardie ventriculaire

1° Tout comme les tachycardies supraventriculaires, les tachycardies ventriculaires peuvent réaliser, soit des accès plus ou moins brusques et durables, soit des salves extrasystoliques plus ou moins prolongées. La seule différence réside dans le fait que celles-ci sont plus fréquemment rencontrées dans la forme ventriculaire, tandis que celles-là constituent l'aspect le plus fréquent de la forme supraventriculaire.

Si, par ailleurs, on se souvient que les trois caractères qui peuvent, à la rigueur, opposer cliniquement cette forme à la tachycardie juxtanodale sont :

— sa relative rareté ;

— son rythme moins accéléré, dépassant rarement le taux de 160 ;

— son apparition, soit chez des polyscléreux, porteurs d'insuffisance ventriculaire gauche, avec ou sans participation aortique, soit au cours de paroxysmes angineux, mais aussi parfois, sans antécédent pathologique.

— on comprendra combien la distinction clinique sera difficile en présence d'un sujet exempt de tout antécédent cardiaque, ou d'un insuffisant ventriculaire, sans paroxysmes douloureux présentant une tachycardie aux environs de 150.

2° C'est dire l'importance, là encore, du *tracé électrique,* pour faire le diagnostic et le pronostic :

a) Le plus souvent, tandis que, dans la tachycardie juxtanodale, les ondes auriculaires P étaient aussi nombreuses que les complexes ventriculaires, et que ces complexes ventriculaires gardaient un aspect normal, ici les ondes auriculaires sont presque toujours *moins nombreuses* que les ondes ventriculaires *ou même totalement absentes.*

D'autre part, les complexes ventriculaires sont le plus souvent *très déformés et atypiques,* semblables à une succession d'extrasystoles ventriculaires, le plus souvent du type gauche, leur branche descendante se combinant parfois avec l'onde T, pour former un *ensemble diaphasique.* Cet aspect, d'une valeur diagnostique considérable, a une signification pronostique nettement *péjorative* : la tachycardie ventriculaire n'est que le signe avant coureur, ou, au contraire, la complication d'une arythmie complète, sur un myocarde défaillant, ou, encore le témoin d'un infarctus myocardique.

b) D'autres fois, les complexes ventriculaires — toujours à type extrasystolique — présentent un aspect « *monomorphe* » : dans ces cas, rares il est vrai, tout se passe en pratique *comme si* l'on avait affaire à une « forme basse de la maladie de Bouveret », il n'y a pas d'antécédents d'insuffisance ou d'atteinte cardiaque chez le malade, et le pronostic peut être considéré comme *bénin.*

III. — Tachysystolie ou « Flutter » auriculaire à forme régulière

1° Ici, la distinction clinique avec les tachycardies juxtanodales ou ventriculaires est assez souvent facile, car le rythme est nettement irrégulier, et, souvent, nettement plus rapide que dans les formes précédentes (300 à 400 pulsations à la minute). En outre, deux signes fréquemment concomitants, l'inégalité du pouls, périodique ou apériodique, et le bruit de galop intermittent, permettent, dans certains cas, de poser le diagnostic, dès le simple examen clinique.

Par contre — et ce sont là les seuls cas qui nous intéressent — il est des tachysystolies auriculaires régulières, à rythme relativement peu rapide (200, 220 pulsations à la minute) survenant sur des cœurs sains en apparence, et ne s'accompagnant ni d'anisosphygmie, ni de galop intermittent. Ici, le tracé électrique est rigoureusement indispensable pour trancher le diagnostic.

2° *L'électrocardiogramme* rend, en effet, le trouble rythmique évident en montrant, à l'inverse des cas précédents, des ondes auriculaires nettement séparées les unes des autres et plus fréquentes que les complexes ventriculaires : *deux, trois, quatre soulèvements P précèdent l'onde rapide du ventricule* réalisant un type 4/1 3/1 2/1, etc., trouble qui peut être encore exagéré par la compression du pneumogastrique, qui ralentit encore le rythme ventriculaire, sans modifier l'accélération de l'oreillette.

C'est un *pronostic* encore *réservé,* que permet de porter l'électrocardiogramme.

IV. — « Fibrillo-flutter »

Dans ces cas le diagnostic n'est fait que par le tracé. En effet, ce sont parfois de véritables crises paroxystiques de « fibrillo-flutter », où voisinent et se succèdent à intervalles irréguliers la tachysystolie auriculaire et la fibrillation auriculaire que le tracé électrique, et lui seul, va permettre de déceler au cours de ces paroxysmes.

V. — Paroxysmes tachycardiques ventriculaires des bradycardies par dissociation

1° Par l'ensemble *clinique* particulier qu'elle réalise, par son caractère non exceptionnel bien qu'assez rare (une dizaine d'observations ont pu en être rapportées depuis deux ans), par sa signification pronostique particulièrement sérieuse, et surtout par la contre-indication au traitement atropinique, une forme spéciale de tachycardie ventriculaire nous semble devoir mériter une place spéciale : c'est celle qui survient à la suite des pauses ventriculaires, et des accidents syncopaux concomitants, au cours des bradycardies par dissociation auriculo-ventriculaire.

Tout se passe comme si la pause ventriculaire (généralement de l'ordre de 30 secondes) favorisant la libération d'adrénaline par l'hypotension transitoire qu'elle entraîne, déclenchait une tachycardie ventriculaire, qui, épuisant le muscle cardiaque, provoquera à son tour une nouvelle pause et ainsi de suite, réalisant un véritable cercle vicieux (R. Froment et Gonin) que l'on peut réaliser expérimentalement (Froment et Jourdan).

La coexistence de manifestations syncopales, et l'existence d'une bradycardie par dissociation dans l'anamnèse permettent, il est vrai, le diagnostic. Mais dans les cas où l'on serait appelé pour la première fois chez le malade, au moment d'une phase de tachycardie ventriculaire, qui dure habituellement de deux ou trois minutes à dix minutes (exceptionnellement quarante-cinq minutes) la notion de bradycardie par dissociation pourrait échapper et devant une crise tachycardique simple, ou soi-disant telle, on pourrait être amené à faire intempestivement une injection d'atropine.

2° D'où l'intérêt, non seulement d'avoir ces faits présents à l'esprit pour rechercher la bradycardie et les manifestations possibles de Stokes-Adams dans l'anamnèse, mais aussi d'avoir recours au tracé électrique qui, montrant *un allongement de l'espace S-T* dans ces tachycardies ventriculaires spéciales (probablement par anoxémie de la fibre cardiaque) les différencient des autres tracés de tachyextrasystolie ventriculaire où l'espace S T est au contraire souvent raccourci, voire supprimé. Signalons, accessoirement, que l'anoxémie bulbaire elle-même, a pu réaliser des phases d'apnée et d'hyperpnée réflexes concomitantes, calquées sur les modifications du rythme cardiaque.

C'est un *pronostic fatal* pour les heures ou les jours qui suivent, que ces constatations imposent.

VI. — En conclusion :

1° Devant un paroxysme tachycardique à type de crise de durée variable, il n'est pas toujours facile de distinguer à quelle *variété* de tachycardie on a affaire et, dans certains cas, seul le tracé électrique peut trancher le diagnostic entre une tachycardie juxta-nodale, une tachycardie ventriculaire à rythme modéré (160), chez un sujet indemne d'insuffisance cardiaque et un flutter auriculaire régulier dans ses formes les plus lentes, non accompagné d'anisosphygmie ou de galop intermittent.

2° Au point de vue *pronostic* ces distinctions diagnostiques ont une valeur considérable :

Bénin dans la tachycardie supraventriculaire essentielle et — rarement, il est vrai — dans la tachycardie ventriculaire du sujet apparemment indemne de tout antécédent cardiaque, s'inscrivant sur le tracé par des ondes ventriculaires monomorphes, il est *réservé* dans la tachycardie supraventriculaire symptomatique d'une lésion myocardo-coronarienne, le flutter auriculaire — ou le fibrillo-flutter —, il est *très fâcheux* dans la tachycardie ventriculaire, qui traduit l'épuisement final du myocarde, ou la myomalacie de celui-ci par obstruction coronarienne, ou enfin l'aboutissant d'un syndrome de Stokes-Adams. La mort est dans ces cas parfois une question d'heures, souvent une question de jours.

3° Au point de vue *thérapeutique* leur valeur n'est pas moindre : c'est ce que nous allons envisager maintenant.

***

B) THÉRAPEUTIQUE

I. — Tachycardie paroxystique juxtanodale

1° Il n'existe, actuellement, aucun traitement spécifique de la tachycardie paroxystique essentielle type Bouveret ; il suffit de considérer la multiplicité des agents thérapeutiques utilisés pour s'en rendre compte.

2° Pourtant, il existe un certain nombre de produits qui, outre les petits moyens classiques, permettent dans beaucoup de cas d'obtenir des succès, variables suivant les sujets et les crises.

3° De toutes façons, quel que soit l'agent thérapeutique employé, avec nombre d'auteurs, nous pensons que chaque crise est d'autant plus rebelle à la thérapeutique, qu'elle est traitée

plus loin de son début, et qu'elle fait partie d'un groupe de crises rapprochées, voire subintrantes, qui mériteraient le nom de « *poussées évolutives* » de crises de tachycardie paroxystique essentielle. Au cours de ces poussées, les crises semblent, elles-mêmes, d'autant plus rebelles au produit employé qu'elles détiennent un numéro d'ordre plus élevé.

Ces trois principes étant posés, il n'en reste pas moins qu'en moyenne, on peut juguler, une fois sur deux, la crise par l'injection de produits divers, dont l'action pharmacodynamique est parfois théoriquement contradictoire : ésérine et atropine, par exemple. *Il semble donc, que la solution la meilleure, actuellement, soit d'avoir dans son arsenal thérapeutique le plus grand nombre possible de drogues que l'on pourra essayer successivement chez chaque malade.* Nous nous proposons d'énumérer ici les substances que nous avons été amené à employer, en les classant par ordre d'activité décroissante, selon les résultats que nous avons pu observer au cours de ces deux dernières années : bien entendu cette classification ne saurait prétendre avoir une valeur de principe absolue. La preuve la plus suggestive en est que, chez tel malade, un produit, qui nous avait permis de juguler deux crises consécutives, est resté entièrement inopérant au cours des crises suivantes, qui ont au contraire été arrêtées par des médications d'action pharmacodynamique entièrement opposée. Aussi bien, les lignes qui vont suivre ne sauraient être considérées que comme une contribution personnelle à la thérapeutique, encore bien décevante, de la Maladie de Bouveret.

a) Les médications qui nous semblent mériter un emploi habituel. — Nous ne nous arrêterons pas aux « *petits moyens classiques* », qui, au début d'une crise, méritent d'être employés par le malade comme par le médecin, en raison de leur innocuité absolue. Rappelons : l'ingestion d'une boulette de pain un peu volumineuse ; la compression des deux bifurcations carotidiennes sous le maxillaire inférieur, excitant le vague par voie réflexe ; la compression des globes oculaires ; la flexion du tronc, sa torsion latérale ; les aspirations profondes, etc. Une de nos malades, ayant remarqué que ses crises surviennent souvent lorsqu'elle est à jeun, les jugule habituellement en s'alimentant.

1° *C'est l'atropine, associée ou non à la morphine*, qui, jusqu'ici, nous a donné les résultats les moins inconstants. Comme d'autre part, il n'existe, en pratique, jamais de contre-indications à ce traitement, c'est généralement par l'injection de ce produit que nous commençons le traitement curatif d'une crise.

Nous injectons, par voie intramusculaire, un quart de milligramme de sulfate neutre d'atropine — parfois nous avons recours à la voie intraveineuse, qui est tout aussi bien tolérée. — Une fois sur trois, la crise s'arrête brusquement dans les minutes qui suivent.

Lorsqu'au bout de six minutes les paroxysmes tachycardiques persistent, nous complétons le traitement par un demi, trois quarts ou un centigramme de chlorhydrate de morphine ou de ses succédanés : ce produit est d'une inocuité d'autant plus grande que l'atropine, précédemment injectée, lui sert pratiquement d'antidote. Une fois sur trois, là encore, nous avons vu la crise disparaître brusquement, dans les trois minutes suivantes, si bien que six fois sur dix, en moyenne, l'association thérapeutique morphine-atropine nous a donné de bons résultats. Il ne saurait être question de faire entrer dans ce pourcentage les crises qui, sans rétrocéder au traitement, ont vu leur taux diminuer à la suite de l'injection, la crise rétrocédant « *par paliers* », au bout d'un temps plus ou moins long. De même dans la suite de cet article, nous ne considérons comme résultats positifs que les rétrocessions complètes notées dans les trois minutes, qui suivent l'injection.

Inversement, dans vingt pour cent de nos cas, nous avons pu constater l'échec total de la médication atropinique, avec ou sans morphine, au cours des crises successives où elle avait été tentée, alors qu'une des médications suivantes a pu agir de façon satisfaisante.

2° *Les sels de choline* constituent le deuxième agent qui — plus rarement que l'association précédente — nous a procuré d'assez bons résultats.

C'est le *bromure de méthylacétylcholine* à la dose de un ou deux centigrammes (un demi ou un centimètre cube des ampoules du commerce) qui, parmi ces dérivés de la choline, semble le plus actif. Tous nos malades, quel que fût leur état tensionnel antérieur, l'ont bien supporté. Il est bon de pousser le liquide assez lentement (30 secondes), par voie intramusculaire, en prévenant les malades, surtout s'ils sont pusillanimes, qu'ils éprouveront une bouffée vasomotrice transitoire et sans signification fâcheuse dans la minute qui suit. Les succès que nous avons obtenus avec cette méthode sont de l'ordre de trois à quatre pour cent.

L'association acétylcholine-papavérine, à la dose de dix centigrammes, par voie intramusculaire, nous semble moins souvent efficace, mais agit pourtant, au moins dans deux cas sur dix, de façon immédiate.

3° *L'hormone circulatoire pancréatique* (Kallikréine, padutine), à la dose de quatre à huit unités biologiques, par voie intramusculaire, soit un ou deux centimètres cubes d'une solution injectable, qui n'est pas actuellement dans le commerce, nous a donné des résultats sensible-

ment analogues à ceux de l'acétylcholine-papavérine, quant à la fréquence. En particulier, elle est parvenue à arrêter, plusieurs fois de suite, des crises chez quelques malades qui s'étaient montrés constamment rebelles à l'atropine.

4° *Le 883 F*, à raison de dix centigrammes injectés par voie intramusculaire, nous a enfin donné des résultats sur lesquels nous nous proposons de revenir ultérieurement.

b) Dans un deuxième groupe, nous rangeons LES SUBSTANCES QUI PEUVENT ÉGALEMENT ETRE EMPLOYÉES mais qui, jusqu'ici, ne nous ont pas fourni de résultats bien démonstratifs. Telles sont :

1° *La génésérine sous-cutanée* à raison de un milligramme et demi par jour. Il est intéressant de noter que, dans les quelques cas où elle est parvenue à arrêter des crises, il se trouvait que des paroxysmes identiques cliniquement et électriquement avaient rétrocédé, dans les mois précédents, par des injections d'atropine, dont l'action physiologique est, en principe, diamétralement opposée.

2° *La pilocarpine sous-cutanée* (un demi-milligramme) et

3° *L'ouabaïne intraveineuse*, à raison d'un huitième ou d'un quart de milligramme, médication devenue classique, ne nous ont pas, jusqu'ici, donné de succès supérieurs à la génésérine.

4° *La digitaline cristallisée* au 1/1000e à raison de VI à VIII gouttes dans un centimètre cube d'eau distillée par voie intraveineuse, la *digifoline* intramusculaire, ont quelquefois donné des succès là où d'autres produits avaient échoué.

5° L'association *scille-trinitrine* chez les aérogastriques peut également être signalée.

c) Dans un dernier groupe, nous classons LES PRODUITS, QUE NOUS N'EMPLOYONS PAS OU PLUS.

1° C'est tout d'abord *la quinicardine intraveineuse* (0 gr. 50 dans 10 c. c. de sérum physiologique). Certes, cette méthode de Padilla et Cossio a, à son actif, un certain nombre de succès, mais outre le risque de défaillance cardiaque qu'elle peut, en principe, entraîner, les phénomènes de nausées, vomissements voire même de schock plus ou moins net, auxquels il nous a été donné d'assister, nous font penser, avec d'autres auteurs, que les inconvénients de cette médication annulent en pratique les succès certains qu'elle a permis d'obtenir. Si les crises ne sont pas subintrantes, nous aimons mieux employer les agents déjà énumérés. Si les crises sont subintrantes, nous donnons la préférence à l'infiltration novocaïnique du ganglion stellaire.

Ceci ne nous empêche pas, bien entendu, de recourir au sulfate de quinidine *per os* qui, en période de crises subintrantes, diminue l'intensité, la fréquence et la durée des crises, mais nous sortons ici du cadre envisagé : le paroxysme tachycardique. Il n'en reste pas moins que le traitement de fond de la maladie, à instituer dans l'intervalle des crises, reste la médication quinidinique, associée suivant l'usage à la digitale ou l'actibaïne, pour en combattre l'action dépressive sur le cœur. Ses avantages certains et sa posologie bien connue nous dispensent d'y insister plus longtemps.

2° C'est également, parce que le désagrément causé au malade nous semble disproportionné avec le service éventuellement rendu d'un arrêt de la crise, que nous renonçons à employer :

l'*apomorphine sous-cutanée* (un demi à un centigramme), méthode brutale déclenchant immédiatement les vomissements, et continuant à les provoquer parfois pendant une ou deux heures ;

l'ipéca (une cuillerée à dessert de sirop ou 15 centigrammes de poudre, en cachets) présente des inconvénients analogues. S'il agit moins brutalement que l'apomorphine son action est d'ailleurs parfois plus difficile à déclancher chez certains malades, pour lesquels Weiss et Sprague ont quelquefois été contraints de recourir jusqu'à 32 centimètres cubes de sirop.

Nous ne recourons pas davantage aux autres méthodes vomitives.

3° *Les sels de calcium*, en raison de leur peu d'efficacité, même par voie intraveineuse, des dangers d'escharre qu'ils peuvent présenter, des manifestations de pâleur et d'angoisse déjà publiées, nous semblent également à rejeter.

d) LES TRAITEMENTS DES PAROXYSMES TACHYCARDIQUES REBELLES ET SUBINTRANTS. — C'est à l'infiltration du ganglion étoilé *gauche* par une solution de novocaïne ou de cocaïne à un pour cent, que va notre préférence.

Cette intervention, d'autant plus facile à pratiquer qu'il n'est pas nécessaire d'atteindre anatomiquement le ganglion stellaire, mais qu'il suffit d'imprégner abondamment les plans qui recouvrent immédiatement ce ganglion, peut être facilitée par le contrôle radioscopique : environ dix minutes après, l'apparition d'un syndrome de Claude-Bernard-Horner témoigne de sa réussite.

Mais là encore, si la méthode est précieuse, elle n'est pas une panacée. A côté de cas où son action est évidente (suppression brusque d'une crise durant depuis plusieurs semaines, ou disparition de crises subintrantes que les autres moyens n'avaient pu enrayer), il existe des cas où la méthode échoue nettement. A mi-distance entre ces cas extrêmes, signalons des résultats positifs certains, mais retardés (ceci, avec un décalage atteignant parfois vingt heures dans un cas récent de Donzelot et Menetrel).

L'intérêt de cette méthode réside à la fois dans son efficacité, dans des paroxysmes où tout autre procédé avait échoué, et dans sa bénignité.

Elle a permis dans un certain nombre de cas d'éviter de véritables interventions (stellectomie, thyroïdectomie) à laquelle des crises subintrantes et rebelles ont pu contraindre, et qui ont été tentées avec des fortunes diverses.

II. — Tachycardie ventriculaire

a) Trois substances nous semblent à la fois inoffensives et *susceptibles d'agir efficacement*, ce sont :

1° *L'atropine avec ou sans morphine* qui dans quelques cas a pu faire rétrocéder le paroxysme tachycardique. De plus, la morphine associée s'impose plus particulièrement dans les cas où la tachycardie ventriculaire est concomitante d'un infarctus du myocarde.

Seule l'existence d'un bloc auriculo-ventriculaire habituel, sur lequel est greffé le paroxysme tachycardique, pourrait contre-indiquer son emploi.

2° *L'acétylcholine avec ou sans papavérine*, à la dose de 0 gr. 10, peut donner également des résultats indiscutables.

Elle a l'avantage de n'être contre-indiquée par aucune étiologie de tachycardie ventriculaire (sclérose myocardique, coronarite aiguë, bloc auriculo-ventriculaire) et de ne risquer, en aucun cas, de transformer la tachycardie en fibrillation ventriculaire, dont elle est trop souvent le stade initial.

3° *L'ouabaïne intraveineuse* mérite également d'être administrée, sauf dans les coronarites aiguës, dont la contre-indication de principe et même de pratique, commence à être bien connue.

b) Par contre *l'emploi de la digitaline est à rejeter* constamment.

c) *Faut-il enfin recourir à la quinidine* ? Il semble que par voie buccale, elle ait donné à certains auteurs des résultats intéressants. En ce qui concerne la voie parentérale, elle nous semble devoir être proscrite plus explicitement encore que pour les tachycardies supraventriculaires, surtout dans les tachycardies accompagnant le bloc auriculoventriculaire, en raison des fibrillations ventriculaires terminales, qu'elle a pu provoquer expérimentalement.

III. — Flutter auriculaire et fibrillo-flutter

Ce qui nous intéresse ici, ce n'est pas le flutter auriculaire durable, manifestation encore plus rebelle aux procédés classiques, et aux traitements déjà énumérés, que la maladie de Bouveret. Aussi n'insisterons-nous pas sur le fait paradoxal bien connu, qu'il y a intérêt parfois à transformer la tachycardie auriculaire en une véritable arythmie complète par des doses répétées et assez fortes de digitaline, celle-ci étant beaucoup moins rebelle à la quinidine que le flutter auriculaire.

Ce qui nous intéresse, c'est *le paroxysme de flutter auriculaire*, qui vient d'éclater brusquement comme une crise de tachycardie juxta-nodale de Bouveret et dont le diagnostic n'est parfois tranché que par la lecture de l'électrocardiogramme. Dans deux cas personnels, *l'atropine* nous a permis d'obtenir, en trente secondes, le retour au rythme sinusal normal : aussi cette méthode, qui ne comporte aucune contre-indication, nous semble mériter d'être employée sur une grande échelle, associée ou non à la morphine

IV. — Conclusion

De ces remarques thérapeutiques, il semble découler :

1° Que ce qui agit, dans le traitement curatif d'un paroxysme tachycardique, *n'est peut-être pas exclusivement la propriété pharmacodynamique* de la substance injectée puisque, chez un même malade et au cours de crises semblables, des substances antagonistes (atropine et génésérine, atropine et 883F) peuvent provoquer l'arrêt de la tachycardie. C'est pourquoi il nous semble que l'efficacité ressortirait plutôt aux *conditions de réceptivité* du malade, au moment où on injecte le médicament (distance du début de la crise, état digestif, etc.), qu'à sa nature même, ce qui explique à la fois la multiplicité des produits susceptibles d'agir et l'efficacité variable de chacun d'entre eux.

2° En tout état de cause, la voie *parentérale* semble plus propice que toute autre, à favoriser l'apparition de ces conditions de réceptivité.

3° La fréquence avec laquelle les crises tachycardiques paroxystiques surviennent chez les *neurotoniques*, incite dans ces cas à choisir ces substances, principalement parmi les « sédatifs » et, chez de tels malades, on retire souvent la conviction que n'importe quel produit peut agir pourvu qu'il appartienne à cette catégorie.

4° De même, l'action indiscutable de *l'aérogastrie* dans le déclanchement de nombre de crises, explique les résultats obtenus dans certains cas par l'association scille-trinitrine, de même qu'il invite à traiter ce facteur et à conseiller un régime de moindre fatigue hépatique en même temps qu'à administrer, selon les modalités classiques, la quinidine, dans l'intervalle des crises.

CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT DE L'ANGINE DE POITRINE

Par le Docteur René GIROUX
Ancien chef de clinique médicale à la Faculté
Médecin de l'Hôpital Bellan

Dans ces dernières années, l'angine de poitrine a été l'objet de travaux très nombreux. Certains auteurs ont insisté tour à tour sur la fréquence de l'angor, sur les difficultés du diagnostic clinique, basé sur un phénomène subjectif : la douleur, ou sur l'importance des renseignements fournis par l'électrocardiographie ; d'autres ont tenté d'élucider la pathogénie de la maladie d'Heberden ou se sont consacrés au traitement médical, chirurgical ou physiothérapique du syndrome douloureux. Nous nous proposons d'exposer brièvement ce que le médecin est en droit d'attendre des méthodes modernes, qui ont certes une efficacité dans quelques cas. Elles visent d'ailleurs toutes à la suppression de l'influence nerveuse sympathique.

Les progrès réalisés dans la connaissance de la *physiologie pathologique des coronaires et du plexus cardiaque* ont permis de mieux pénétrer les processus pathogéniques de l'angine de poitrine. Pour ceux que la question intéresse, le récent travail de notre maître, le Professeur Laubry, dans lequel il expose les réflexions que lui a suggéré sa grande expérience clinique, suffit à montrer les facteurs multiples et complexes qui peuvent jouer dans le déclenchement de la crise douloureuse. Mais, à la lumière des données pathogéniques, le clinicien ne doit pas oublier les faits *anatomo-pathologiques* qui ont été et restent encore, pour une grande part, à la base de tous les traitements de la douleur angineuse.

Chacun sait la fréquence de *lésions coronariennes*, lésions d'artérite assez particulières sur lesquelles Gallavardin a spécialement insisté.

Ces lésions ne s'accompagnent pas habituellement d'oblitération complète, ce qui renforce l'hypothèse d'un spasme surajouté.

Il ne faut pas oublier non plus les *lésions aortiques* concomittantes : aortite syphilitique ou athéromateuse. A ce propos, il est bon de rappeler la part de la syphilis dans la pathogénie de l'angor. Pendant longtemps, on a exagéré la fréquence de la syphilis ; cette infection joue surtout chez les sujets jeunes porteurs de signes cliniques d'aortite et le pourcentage de 30 % de cas d'angor syphilitique (Gallavardin) est aujourd'hui admis par tous les auteurs.

Enfin, les *lésions myocardiques* doivent être prises en considération, car au moins chez les sujets jeunes, elles sont en rapport avec des lésions coronariennes.

Nous n'avons pas l'intention de rappeler les médicaments nombreux qui agissent favorablement sur la douleur angineuse. L'efficacité certaine de la médication calmante par l'opium et la morphine ou le gardénal, des vaso-dilatateurs tels que le nitrite d'amyle et la trinitrine, de l'histidine, les traitements préventifs comme les injections iodées, les injections d'hormones circulatoires (extraits musculaires, extraits pancréatiques), ne nous retiendront pas.

Nous désirons en effet insister sur les récentes médications, les méthodes chirurgicales, et les traitements physiothérapiques qui ont été préconisés dans la thérapeutique moderne de l'angor pectoris.

A. — Traitement médical

Les médications récentes se résument dans les xanthines et les sympathicolytiques.

Parmi les xanthines, il faut retenir la théophylline, qui est prescrite habituellement en association avec l'éthylène-diamine dans la proportion de 78 % de théophylline pour 22 % d'éthylène-diamine. Cette association a une action diurétique, hypotensive et dilatatrice puissante sur les coronaires. Les recherches physiologiques comme celles consacrées au système coronaire altéré, les résultats électro cardiographiques, notamment ceux de MM. Laubry, Soulié et P. Laubry, prouvent l'action certaine de la théophylline-éthylène-diamine. Ces derniers auteurs conseillent de l'employer de préférence par la voie intra-musculaire ; l'action est, en effet, plus durable que par la voie intra-veineuse, et elle ne comporte pas les risques qu'elle peut présenter, quand il existe une zone étendue d'ischémie.

Comme nombre d'auteurs, nous avons observé en employant d'assez fortes doses quotidiennes (0,50 centigr.) d'excellents résultats, mais il faut avouer que les résultats sont variables, et parfois nuls dans le cas d'angor par aortite.

Après avoir connu un grand succès, ce mode de traitement jouit d'une faveur moindre, du fait de l'inconstance des résultats obtenus.

Les sympathicolytiques de synthèse ont pour but d'amener la suppression de l'action sympathique. Certaines substances comme l'ergotamine et l'yohimbine n'ont pas donné de résultats satis-

faisants. Aussi les auteurs, notamment Clerc et Sterne, ont expérimenté les benzodioxans dont les propriétés sympathicolytiques expérimentales avaient été démontrées par les travaux de Fourneau et Bovet et ceux de Sterne et Monnier.

Le 883*F* ou diéthylaminométhylbenzodioxan a paru le mieux approprié aux recherches cliniques de MM. Clerc et Sterne. Le médicament est donné par voie buccale sous forme de comprimés dosés à cinq centigrammes ; on administre 1, 2, 3 comprimés par jour en ayant soin de ne pas dépasser la dose de 20 centigrammes, ni celle de 5 centigrammes par prise. Dans ces conditions, les phénomènes d'intolérance sont peu marqués et se réduisent à des brûlures d'estomac, calmés par les alcalins, ou bien à une certaine somnolence. Comme autre inconvénient, on a signalé de la bronchite et une tendance à l'hypercalcémie ; par contre, on n'a jamais constaté d'action nocive sur le cœur. Clerc a rapporté des cas où l'action du médicament a été vraiment remarquable, mais il reconnaît avoir connu d'indiscutables échecs.

Nous avons obtenu personnellement une action sédative nette, mais seulement dans des cas d'angor solitaire ou à type vaso-moteur. Ces formes constituent en effet les cas les plus favorables à l'action du 883F. Chez les cardiaques et surtout chez ceux qui présentent de l'insuffisance ventriculaire gauche, l'action nous a paru douteuse. Quand la médication est suivie de succès, la sédation des douleurs apparaît au bout de quelques jours, parfois dès le troisième, mais elle doit être surveillée et poursuivie assez longtemps. Si les douleurs réapparaissent, il faut reprendre la médication.

Le mécanisme exact de l'action du 883F reste encore à élucider et, malgré les beaux succès enregistrés, il faut toujours se montrer prudent dans l'administration de la drogue, surtout chez les sujets porteurs d'accidents coronariens.

B. — Traitement chirurgical

Trois sortes d'opérations ont été préconisées dans le traitement de l'angine de poitrine : les interventions portant sur le sympathique, la thyroïdectomie et les méthodes de revascularisation du myocarde.

Pour ce qui est de la thyroïdectomie, elle n'a eu de faveur qu'en Amérique, et, devant les résultats problématiques qu'on peut en attendre, elle semble n'avoir plus grands partisans.

Quant à la revascularisation du myocarde par une greffe d'épiploon ou de muscle strié, l'avenir seul pourra dire ce qu'on doit en penser. La statistique de Beck, quoique signalant certaines améliorations, n'est pas suffisamment démonstrative et, pour notre part, nous faisons de grandes réserves sur l'efficacité d'un tel traitement.

Restent les opérations sur le sympathique. Qu'il s'agisse soit de la méthode dite de « suppression des réflexes presseurs » (Daniélopolu), soit des méthodes comportant l'extirpation du ganglion étoilé (Leriche), soit encore de l'infiltration novococaïnique du ganglion étoilé (Leriche et Fontaine), elles ont toutes à leur actif des succès ; mais l'opinion quasi-unanime des médecins, est moins favorable que celle des chirurgiens. Si les statistiques de Daniélopolu (70 % de guérisons), celles de Leriche relative à la stellectomie (50 % de guérisons) sont à retenir, il ne faut pas oublier que les malades opérés n'accusent souvent que des modifications dans le siège, le caractère, l'intensité, les irradiations de la douleur, ou qu'une amélioration des phénomènes subjectifs (certains malades ont vu disparaître la sensation d'angoisse ou de mort prochaine). Enfin lorsque les douleurs disparaissent, c'est souvent d'une manière transitoire et quand elles reprennent, c'est parfois avec une intensité plus grande et des irradiations plus pénibles.

Aussi l'intervention doit être réservée, selon nous, aux sujets présentant un maximum de douleurs surtout, et dont la vie est devenue vraiment insupportable.

C. — Traitement physiothérapique

La radiothérapie du plexus cardiaque semble avoir donné des améliorations dans certains cas d'angor. C'est, évidemment, une méthode assez aveugle qui s'accompagne souvent d'exacerbations douloureuses et commande une très grande prudence dans l'application des doses. Il ne faut employer que de faibles doses et, suspendre les irradiations en cas d'aggravation des douleurs.

Le traitement par les ondes courtes est à conseiller. Les effets sont variables suivant les sujets et, à côté de fréquents insuccès, on a noté des améliorations nettes et durables. C'est, en tous cas, une méthode sans danger dont les indications demandent à être précisées.

La richesse et la diversité des traitements médicamenteux, les interventions chirurgicales qui ont été mises au point dans ces dernières années, les traitements physiothérapiques, devraient donner au praticien des armes efficaces et fidèles pour triompher de la douleur angineuse. Les succès thérapeutiques ne sont malheureusement pas complets, seules les améliorations sont certaines et encourageantes.

S'il n'est pas possible de parler de guérison, il est à souhaiter que le traitement de l'angine de poitrine s'enrichisse dans l'avenir de nouvelles et précieuses acquisitions, notamment dans le domaine de la chimiothérapie, pour que le praticien puisse enfin atteindre son but, celui de guérir.

QUELQUES INTERVENTIONS CHIRURGICALES UTILES DANS LE TRAITEMENT DES ARTHRITES DÉFORMANTES DE LA HANCHE

Par M. Raphaël MASSART

Ancien chef de clinique à la Faculté

Le problème complexe du traitement des arthrites déformantes de la hanche a fait depuis dix ans l'objet de bien des recherches, de biens des essais thérapeutiques, et là où les traitements habituels du rhumatisme chronique paraissaient rester sans effet, la chirurgie est venue apporter des solutions qui sont actuellement entrées dans la pratique courante et que nous pouvons examiner aujourd'hui avec un certain recul.

L'anesthésie. — Le rhumatisant est et sera toujours, comme j'ai été un des premiers à l'écrire, un malade auquel les solutions chirurgicales ne doivent être proposées que sous certaines conditions de technique, et en particulier d'anesthésie. Le sujet taré, vieux avant l'âge qu'il représente toujours, ne peut supporter ni les anesthésies habituelles, par inhalation d'éther, de chloroforme ou de Schluch, ni les grands délabrements et c'est courir à des échecs, que de vouloir lui appliquer des traitements qui, théoquement défendables, se révèlent à l'usage comme grevés d'une lourde mortalité immédiate et même secondaire.

L'expérience nous a montré que pour opérer les hanches rhumatismales, **les anesthésies de base**, légères, étaient suffisantes, qu'elles permettaient, sur un opéré bien fixé sur une table orthopédique, des interventions d'une certaine longueur et d'une certaine importance et actuellement les doses d'avertine ou de rectanol, que nous employons, sont de l'ordre de sept à huit centigrammes par kilo d'opéré, et les doses de Duna 21, ou de Scophédal en deux piqûres, d'un centigramme espacées d'une heure.

Ces anesthésies ne provoquent pas de chute de tension au cours de l'opération, elles suppriment le vomissement post-opératoire, elles permettent un retour rapide des réactions normales de l'opéré. C'est à ces anesthésies que nous attribuons l'extension de nos possibilités opératoires, et une partie de nos succès dans la chirurgie des hanches rhumatismales.

Les interventions. — Parmi toutes les opérations proposées, il faut savoir choisir celle qui convient le mieux au malade, celle qui sera le mieux supportée, celle qui n'oblige pas un opéré déjà âgé à une très longue immobilité, cause fréquente de complications secondaires.

Il y a quelques années dans leur rapport au Congrès de chirurgie, Cunéo et Rocher abordant cette question avaient fait une large place à l'arthrodèse et à la résection arthroplastique du fémur. Il semble que depuis, ces interventions aient perdu du terrain en raison des risques qu'elles peuvent faire courir.

L'arthrodèse qui consiste à souder le fémur à l'os iliaque convient à certaines arthrites unilatérales où le mouvement est la cause de phénomènes douloureux et aussi de destructions osseuses. On a pensé qu'en ankylosant la hanche, en bloquant le mouvement on apporterait au rhumatisant un soulagement appréciable, tout en arrêtant l'évolution des désordres articulaires ;

Dans quelques cas, l'ankylose opératoire a apporté des améliorations incontestables cependant il faut savoir que pour être bien supportée, l'arthrodèse doit s'exécuter sans délabrements, sans sections importantes, sans perte de sang appréciable.

C'est la raison pour laquelle nous pensons que l'arthrodèse par enchevillement tibial, passant à travers la masse du trochanter à travers le col et aboutissant à la partie supérieure du cotyle où elle prend une solide insertion, est très supérieure aux autres techniques beaucoup plus délabrantes et d'exécution beaucoup moins rapides. Cette manière de faire que nous avons imaginée, que nous utilisons, que le Professeur Rocher qualifie « arthrodèse 37 » convient tout particulièrement aux rhumatisants par sa simplicité, sa rapidité et le bloquage complet de la coxo-fémorale qu'elle réalise. Elle nous a permis de faire bénéficier de l'ankylose de la hanche des rhumatisants obèses pour lesquels tout autre procédé s'avérait plein d'aléas.

L'inconvénient de l'arthrodèse chez le rhumatisant, c'est de déterminer dans les années qui suivent et du fait de l'interdépendance articulaire des mouvements exagérés dans les articulations du bassin, en particulier dans les sacro-iliaques, d'être à l'origine de nouveaux phénomènes douloureux souvent gênants, en particulier de sciatiques rebelles.

Quoiqu'il en soit l'arthrodèse reste une manière intéressante d'améliorer certaines arthrites unilatérales de la hanche.

Le forage préconisé par Duvernay a connu il y a quelques années une grande vogue. Il consistait à créer un canal à travers le col du fémur,

allant jusqu'au noyau épiphysaire fémoral et réalisant un espèce de drainage transosseux.

Son action exacte, la manière, dont elle agissait, n'a jamais été exactement déterminée.

Cette intervention avait pour elle sa simplicité, sa rapidité, son absence de gravité. J'en ai pour ma part fait un grand nombre et j'en ai même obtenu d'excellents résultats, en particulier dans une double coxarthrie.

Si le forage connaît actuellement une faveur moindre, c'est qu'on l'a utilisé dans trop de cas où il n'était pas indiqué, qu'on a foré des têtes fémorales subluxées et luxées, qu'on a percé le col sans atteindre le noyau, qu'on a voulu voir là une panacée de toutes les arthrites de la hanche.

Si, pour ma part, je l'utilise moins c'est que l'infiltration par le novocaïnum du deuxième ganglion lombaire m'a apporté à moins de frais des résultats comparables et que j'ai jugé le forage superflu car, à peu de choses près, ses indications étaient analogues à celles de l'infiltrations des ganglions sympathiques.

Je crains qu'on en fasse de moins en moins, bien qu'il ait donné, dans des cas que j'ai pu suivre, des résultats certains et durables.

Nous en arrivons maintenant aux ***opérations destinées à supprimer ce qui dans la coxarthrie limite le mouvement***, le rend douloureux et est le fait de la déformation anatomique de la tête du fémur et des bords de l'acétabulum.

En premier lieu, il faut placer **la résection arthroplastique**, qui réalise une nouvelle articulation faite d'un moignon de col fémoral jouant librement dans un cotyle libéré de ses proliférations ostéophytiques. Cette opération préconisée par le Professeur Mathieu et dont il a à plusieurs reprises montré et publié des résultats, dont Padovani a fait le sujet de sa thèse, est une intervention importante. Ses résultats immédiats, au dire même des auteurs, sont grevés d'une mortalité qui n'est point négligeable ; elle constitue pour le rhumatisant taré une épreuve dont la gravité est certaine et, si elle apporte dans des cas choisis une amélioration de la fonction articulaire, elle laisse souvent une hanche douloureuse à l'appui, nécessitant le secours d'appareils de prothèse du type Bouvier.

L'intérêt de la résection arthroplastique c'est de débarrasser le joint de la hanche de ses proliférations osseuses, de le libérer de tout ce qui s'oppose à la facilité des mouvements.

Il y a quelques mois, E. Sorrel à l'Académie de chirurgie est venu décrire une opération faite en Amérique par Smith Petersen, qu'il avait exécutée plusieurs fois avec succès, et qui réalisait une résection économique des parties déformées de la tête fémorale et de l'acétabulum.

Nous avons eu, depuis la communication de Sorrel, l'occasion de faire plusieurs fois chez des rhumatisants de tous âges cette opération, et elle nous a paru par sa simplicité, son absence de gravité, son efficacité au moins immédiate, mériter d'être mieux connue.

Cette opération que nous appelons **coxo-fémoroplastie**, pour la bien distinguer de la résection arthroplastique, consiste à faire de la place à la tête fémorale, en abattant au ciseau le rebord antérieur du cotyle, car c'est en avant que la tête hypertrophiée et déformée se développe et fait saillie, puis à régulariser la tête hypertrophiée par une résection économique enlevant la partie exhubérante de la tête. Cette tête, comme on le constate, a perdu sa forme sphérique, elle apparaît aplatie, irrégulière, chargée d'ostéophytes nombreux envahissant les surfaces normalement encroûtées de cartilage. Il y a là de véritables exostoses osseuses comparables à ce qui s'observe chez l'homme dans l'hallux valgus, et à ce qui s'observe chez l'animal en particulier chez le cheval, au-dessus de l'articulation du sabot.

Ce sont ces exostoses qui gênent le mouvement, ce sont leurs rapports avec les tendons d'insertion musculaire, en particulier les tendons du muscle droit antérieur qui créent les douleurs dans les mouvements et dans l'appui, et sitôt les exostoses réséquées, on redonne à la hanche un mouvement indolore plus étendu.

Nous avons à l'heure actuelle utilisé cette résection économique chez dix malades, dont une de 77 ans, et une ayant une coxarthrie double, toutes ont eu un bénéfice immédiat important et ont ressenti une cessation complète de leurs douleurs. Cette coxo-fémoroplastie ne nécessite qu'un bref séjour au lit, huit jours avec un plâtre ou même une extension continue, suivis de huit autres jours de mobilisation au lit. Le lever se fait au quinzième jour.

Quel sera *l'avenir de ces opérés* ? Nous n'avons pour le moment que des résultats vieux au plus de trois mois, cependant, chez tous les opérés, la coxo-fémoroplastie a apporté *sans faire courir aucun risque grave* un soulagement total, et une récupération des mouvements disparus. Du point de vue du rhumatisant comme d'ailleurs du rhumatologue c'est une intervention qui mérite d'être retenue, en raison de son efficacité immédiate, de la simplicité de ses suites opératoires, de la courte immobilisation qu'elle nécessite. De plus en plus la chirurgie des coxarthries doit s'orienter *vers des thérapeutiques fonctionnelles*, rendant la possibilité du mouvement et de l'appui indolores, à des malades dont l'avenir est le fauteuil à roulettes, la chaise-longue, l'appareil prothétique lourd et gênant, car ils ne viennent à la solution chirurgicale qu'après avoir épuisé les effets salutaires des innombrables thérapeutiques médicales, radiologiques et thermales.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

● ● ●

Le rhumatisme et ses atteintes rénales

D'après le Docteur Albaux-Fernet (*)

Le danger rénal par association d'autres atteintes viscérales ou par urémie

L'existence d'atteintes rénales au cours du rhumatisme n'est plus mise en doute aujourd'hui. On en décrit plusieurs formes cliniques ; mais, quelles qu'elles soient, les éléments dangereux en restent les mêmes ; sans doute se présentent-ils plus volontiers dans certaines de ces formes, mais toujours ils restent dépendants de la gravité de l'infection rhumatismale elle-même.

Dès le début de l'attaque de rhumatisme articulaire aigu, dans 30 % des cas environ, une congestion des reins détermine de l'albuminurie. Parfois même cette « *néphropathie albumineuse* » (Rathery) précède les manifestations articulaires.

Reconnaître la néphrite rhumatismale est, en général, chose aisée. Bien que les symptômes en soient nuls, l'aspect du bocal d'urines attire l'attention ; les urines qu'il contient sont peu abondantes, de teinte bouillon sale. D'autres fois cependant, ce n'est que leur analyse systématique, qui met en évidence une albuminurie, généralement si légère qu'elle n'est pas dosable. Toutefois on a pu noter des chiffres de 7 grammes.

Aucun indice d'une atteinte des grandes fonctions du rein : le taux de l'urée dans le sang ne s'élève pas ; il n'y a pas de cylindres granuleux dans le culot de sédimentation urinaire. Aussi cette néphrite est-elle éphémère. Apparue avec les phénomènes généraux de l'infection, elle se dissipe avec eux. Il s'agit d'une néphrite bénigne et sans séquelles, somme toute assimilable à celle que l'on observe dans toutes les pyrexies infectieuses.

Il est rare que, dans ces conditions, l'albuminurie persiste et qu'elle prenne les caractères d'une albuminurie résiduelle. Mais il est possible qu'elle apparaisse de nouveau à l'occasion d'une nouvelle poussée rhumatismale.

A la période d'état, parfois assez tardivement vers le 20e ou 25e jour, l'atteinte rénale se manifeste sous la forme d'une *néphrite aiguë*. Le début peut en être marqué par des douleurs lombaires, d'une intensité beaucoup plus grande que dans aucun autre cas de néphrite aiguë.

Les œdèmes sont rares ; lorsqu'ils existent, ils sont légers, entraînant une légère bouffissure de la face, un gonflement discret des malléoles. L'anasarque est exceptionnelle.

Le retentissement cardio-vasculaire est de peu d'importance ; il consiste seulement en une élévation tensionnelle passagère ou un bruit de galop intermittent.

Plus caractéristique est le syndrome urinaire lui-même ; l'oligurie est constante, mais les chiffres en sont très variables ; elle augmente parallèlement à la gravité. L'albuminurie est abondante, jusqu'à 20 grammes ; elle s'accompagne de cylindres granuleux ou épithéliaux. Le taux des chlorures et de l'urée est généralement abaissé.

L'hématurie paraît assez fréquente ; elle serait due à de petits infarctus, liés à des lésions d'endocardite ; mais aucune vérification anatomique n'est encore venue appuyer cette conception.

L'*évolution par poussées* est peut-être le caractère le plus curieux de cette néphrite rhumatismale, chaque poussée se traduisant, par exemple, par un syndrome complet de néphrite avec hémorragie, ou bien par des hématuries apparaissant chaque fois au moment d'une reprise des phénomènes infectieux et articulaires.

La cylindrurie, l'hématurie, l'élévation toute passagère du taux de l'urée ne sauraient être considérées comme des éléments de gravité.

La guérison est la règle.

Mais, si la néphrite s'accompagne d'*autres déterminations viscérales* du rhumatisme articulaire aigu, telles qu'endocardite, myocardite ou syndrome hépato-rénal, *le pronostic s'aggrave*; il est commandé par le degré de gravité de l'infection causale, qui peut aller jusqu'à réaliser le tableau du rhumatisme malin. Ensuite l'existence de troubles nerveux vient traduire des accidents urémiques.

Il faut savoir que le nombre des rechutes, est en pareil cas, de mauvais augure, et que certaines néphrites azotémiques rhumatismales subaiguës sont parfois à l'origine d'une néphrite chronique ultérieure.

Des manifestations urémiques caractérisent

◆◆◆◆◆

(1) La néphrite rhumatismale. (*La Science médicale pratique*, février 1939.)

surtout la « *néphrite rhumatismale grave* ». Celles-ci peuvent être digestives ; elles sont plus souvent nerveuses et consistent en céphalée, délire, convulsions, ou même coma pouvant faire penser au rhumatisme cérébral. Dans un cas, l'azotémie atteignait le taux de 6 gr. 30.

Ici *l'évolution est dramatique*, et se fait en quelques jours vers la mort. Cette forme grave est heureusement exceptionnelle.

Le traitement rationnel des néphropathies rhumatismales

La question du salicylate de soude

Toute affection de nature rhumatismale réclame son traitement par le médicament spécifique du rhumatisme, qu'est le salicylate de soude.

Cependant une seule contre-indication existe, c'est l'*imperméabilité rénale* à ce corps. Cette imperméabilité peut résulter d'un blocage momentané, comme de lésions du parenchyme rénal, qui conditionnent également la gravité de certaines atteintes, en créant notamment la forme grave avec urémie ; elle peut aussi résulter de lésions rénales, antérieures au rhumatisme.

Ces notions commanderont donc l'abstention dans les formes graves, la prudence dans certains cas d'attente rénale antérieure, la surveillance toujours.

Ces principes exposés, il est intéressant de les étayer par un exposé de l'action du salicylate sur le rein, afin d'en mieux saisir la raison.

On sait que les urines éliminent la plus grande partie du salicylate de soude absorbé ; d'autre part, sous l'influence de ce corps, on note une augmentation de l'excrétion de l'urée et de l'acide urique, un accroissement du résidu sec total. C'est un diurétique azoturique, qui, de plus, ne semble pas, en expérimentation tout au moins, augmenter la quantité d'une albuminurie préexistante. Si donc certains auteurs ont pu redouter une action nocive du salicylate par congestion du rein, celle-ci est très minime, si tant est qu'elle existe.

Il n'en est pas moins nécessaire de préciser certaines circonstances d'application du salicylate de soude, pour permettre d'en rechercher l'action spécifique sur les néphrites rhumatismales.

En dehors de toute lésion rénale antérieure, deux cas :

1° La constatation d'une albuminurie légère au cours de la maladie de Bouillaud. Celle-ci non seulement ne contre-indique pas, mais implique la thérapeutique salicylée. « Aucun argument ne vient ici à l'encontre de la constatation empirique, mais absolue, suivante : le salicylate fait disparaître l'albuminurie. »

2° Plus fréquemment, l'apparition d'une néphrite rhumatismale aiguë. Ici, tous les faits parlent d'eux-mêmes pour montrer l'action favorable et inoffensive du salicylate sur la néphrite.

La *conduite à tenir* est donc simple et peut ainsi se résumer : indépendamment des procédés habituels : repos au lit, révulsion lombaire, — la néphrite rhumatismale doit être traitée par le salicylate de soude comme les autres localisations de la maladie de Bouillaud ; mais il faut prendre des précautions. Celles-ci sont de deux ordres : précautions à l'égard du médicament, précautions à l'égard de la maladie.

Les précautions à l'égard du médicament sont celles-là mêmes qui régissent la méthode salicylo-alcaline massive : diète lactée, adjonction de bicarbonate de soude à doses doubles, dilution et fractionnement des doses.

Les précautions à l'égard de la néphrite sont simples : elles n'ont pour but que le contrôle de l'élimination du salicylate par le rein. Celui-ci se fait très simplement par l'addition de quelques gouttes de perchlorure de fer à l'urine : la présence d'acide salicylurique se traduit par une coloration bleu violet intense.

Au cas d'une lésion rénale antérieure, il faut non pas l'abstention, mais la plus grande prudence, c'est-à-dire que, par le procédé précédent, on doit s'assurer d'intervalles réguliers de la perméabilité rénale au salicylate de soude.

L'imperméabilité rénale est donc la seule contre-indication à l'emploi du salicylate dans le traitement de la néphrite rhumatismale. Lorsque la perméabilité reste bonne, on peut augmenter les doses du médicament, si l'allure clinique l'exige, et prolonger la thérapeutique, tant que persistent les phénomènes infectieux. Mais une fois que les phénomènes généraux ont disparu, une fois que le taux de l'albuminurie reste fixe, on peut et on doit cesser le médicament ; c'est qu'alors les lésions ont perdu leur spécificité, et que la néphrite chronique constituée présente des dangers d'imperméabilité plus considérable.

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Comment préciser la localisation exacte des calculs du rein et les indications opératoires

L'attention a été attirée vers l'hypothèse d'un calcul du rein, soit par des coliques néphrétiques, soit par des douleurs sourdes profondes dans la région lombaire, soit par une hématurie, soit par une pyurie.

L'examen clinique ne permet pas le diagnostic de calcul du rein. La palpation fera sentir un rein augmenté de volume, si le calcul s'accompagne d'uro ou de pyonéphrose, mais, sauf cas exceptionnel, ne fournira aucune précision sur son existence. D'ailleurs, en dehors d'une période de crise, la palpation d'un rein calculeux ne provoque aucune douleur.

Le premier examen à demander est une radiographie. Cette radiographie sera faite, de préférence, le matin à jeun ; le malade ayant été purgé la veille. Elle doit porter sur l'ensemble des voies urinaires et non pas sur le seul rein soupçonné, pour ne pas laisser échapper des calculs de l'autre rein ou un calcul de l'uretère.

Le Docteur A. Garcin expose en détail de quelle manière la radiographie pourra indiquer le volume, le nombre et la forme des calculs.

Quant aux indications opératoires, pour les calculs qui ne sont pas susceptibles d'être éliminés par les voies naturelles, elles sont faciles à poser dans les cas extrêmes. Un calcul unilatéral du bassinet, qu'on aura facilement par une simple pyélotomie, ne prêtera pas à discussion ; l'intervention est toute indiquée et sera pratiquée le plus tôt possible. Par contre, chez des sujets très âgés, d'état général médiocre, ayant une constante élevée, une lithiase bilatérale suppurée, mais relativement bien tolérée, il faudra s'abstenir. On n'interviendrait que poussé par les circonstances : crises répétées, douloureuses, fébriles ; pyonéphrose fermée.

D'une manière générale, en matière de calculs du rein, il faut : 1° intervenir d'une façon précoce, même avec peu de troubles fonctionnels, car le calcul fixé dans le rein comporte toujours un pronostic sérieux, d'autant plus sérieux que le calcul est plus volumineux, même s'il est bien toléré.

2° Drainer systématiquement tout rein néphrotomisé, même s'il n'est pas infecté.

3° Respecter la capsule propre du rein pour pouvoir faire une bonne hémostase par des points de suture qui tiennent et ne coupent pas le parenchyme rénal, et ne jamais mettre de mèche intra-rénale.

4° Etre très conservateur en matière de lithiase rénale, le drainage prolongé permettant à des reins uro-pyonéphrétiques de reprendre un fonctionnement convenable.

Dans les cas graves, diminuer les risques de l'intervention en pratiquant l'opération en deux temps, méthode qui permettra de faire bénéficier de l'intervention chirurgicale un plus grand nombre de malades. (*Le Bulletin Médical,* 25 février 1939.)

Les injections intra-artérielles dans le traitement de divers déséquilibres vaso-moteurs

MM. R. Massart et G. Vidal-Naquet ont eu surtout en vue les séquelles traumatiques articulaires, les arthrites chroniques, les œdèmes douloureux et les asphyxies locales, ainsi que des ostéoporoses douloureuses. D'après leur expérience personnelle la pénétration dans une artère est moins aisée que dans une veine ; les deux vaisseaux les plus facilement accessibles sont la fémorale, à l'anneau crural, et l'humérale au pli du coude avant sa bifurcation. Les injections sont toujours faites sur le malade couché ; elles peuvent être renouvelées sans inconvénients après un intervalle de quelques jours.

Les auteurs rapportent en détail quelques-uns de leurs cas traités par des doses de 5 c. c. et même couramment de 20 c. c. de novocaïne à 1 p. 200. Finalement, la préférence a été donnée par eux à des ampoules de diverses solutions d'histamine. Avec ces solutions, si l'action anesthésique est nulle, l'action vaso-dilatatrice est considérable : on voit sous ses yeux le segment de membre se recolorer, devenir rose, se réchauffer, et la circulation se transformer véritablement. L'injection intra-artérielle comme moyen d'agir sur la motricité des membres, est une méthode encore à ses débuts ; elle semble appelée à jouer un rôle important en rhumatologie. (*Revue du Rhumatisme,* janvier 1939.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Réalisation expérimentale de l'adénome prostatique

(MM. Gabriel PETIT, Pierre GLEY et Et. BÉRAUT ; 28-3-1939)

L'origine de l'adénome prostatique et le rôle des hormones mâles et femelles dans la genèse de cette affection sont à l'ordre du jour, l'intérêt pathogénique de ces questions se doublant d'un intérêt thérapeutique, laissant apparaître la possibilité d'un traitement préventif et même curatif, d'ordre médical, d'une affection ressortissant uniquement jusqu'à ce jour de la chirurgie.

Une thèse actuellement en faveur est celle de l'adénome prostatique lié à un déséquilibre hormonal par carence testiculaire. Elle s'appuie sur la notion admise de la double élaboration par le testicule d'hormones mâles et femelles, normalement équilibrées, mais antagonistes. Les premières se tarissant du fait de la sénilité, les secondes, ou œstrogènes, désormais non contrebalancées, provoqueraient l'hypertrophie de la prostate.

M. Gabriel Petit et ses collaborateurs ont poursuivi chez le jeune chien impubère une série d'expériences sur ce sujet. Notons d'abord que, chez le chien âgé, l'hypertrophie spontanée de la prostate n'est pas exceptionnelle. Quoi qu'il en soit, injectant à des chiens impubères de la folliculine pendant dix à quinze jours, de façon à provoquer chez ces animaux une hyperpolliculinémie temporaire, les auteurs ont vu se produire un développement particulier de la prostate qui, pour le moins, doublait de volume. Cette action, il est vrai, est fugace, disparaissant assez rapidement après cessation des injections de folliculine. Des coupes histologiques montrent la structure microscopique des tissus hyperplasiés.

— M. Maurice CHEVASSU remarque que les coupes dont il s'agit ne reproduisent pas l'aspect microscopique de l'adénome. Les intéressantes figures de M. Petit démontrent certes l'action de la folliculine sur la prostate du chien impubère. La folliculine provoque la maturation de cette prostate et tend à transformer l'organe infantile en prostate adulte. On ne retrouve pas là, néanmoins, l'image caractéristique de « l'hypertrophie prostatique ».

— M. Gabriel PETIT répond que si l'expérience était poursuivie assez longtemps, peut-être cette image histologique serait-elle réalisée.

Les petits oxycarbonémiques ignorés

(M. Maurice LOEPER ; 28-3-1939)

A côté de l'intoxication oxycarbonée accidentelle, d'origine extérieure, M. Loeper décrit une petite oxycarbonémie, non exceptionnelle, d'origine interne, provoquant habituellement des troubles assez légers, quelquefois même ignorée et inapparente symptomatologiquement.

Pour la déceler, la spectroscopie est insuffisante. Il faut employer le dosage chimique suivant la méthode de Nicloux.

L'oxyde de carbone est ici un produit de la combustion incomplète des substances riches en carbone, comme il est dans les appareils de chauffage un produit de la combustion au rouge sombre du charbon.

M. Loeper a rencontré cette oxycarbonémie endogène dans des états morbides assez variés : maladies de la nutrition, diabète, affections hépatiques, troubles circulatoires ou pulmonaires, congestifs ou nerveux, de nature variable, anémies, etc.

Tout un syndrome morbide (céphalée, asthénie, nervosisme, anémie...) peut être déterminé par cette oxycarbonémie chronique endogène. L'oxyde de carbone formé *in situ* peut même apparaître dans certaines maladies comme l'intermédiaire entre les processus morbides et les symptômes observés.

L'aération intense, l'altitude, le bleu de méthylène, les digérants des hydrates de carbone, semblent en pareil cas, les meilleurs médicaments.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Un produit plastique transmettant la lumière : le novolight

(M. Bernard FEY ; 22-3-1939)

Produit américain, ayant l'aspect et la transparence du verre, le novolight a pour propriété essentielle de transmettre les rayons lumineux d'une de ses extrémités à l'autre, en lumière froide. Il est à rapprocher des tubes de quartz. Incassable, il peut se modeler, se mouler, se stériliser par ébullition. On peut en construire des abaisse-langues, des valves vaginales, etc., les uns et les autres éclairants.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

● ● ●

LES RHUMATISMES, MALADIES SOCIALES

Le grand mouvement d'intérêt, que suscitent depuis une dizaine d'années les maladies rhumatismales, prend chaque jour plus d'ampleur, il est marqué par le développement de *la Ligue internationale contre le rhumatisme* dont Mathieu-Pierre Weil est le représentant français, par le succès que connaissent les publications spécialisées comme la *Revue du Rhumatisme*, les *Archives de Rhumatologie*. Aussi est-ce avec une très grande curiosité et un grand intérêt que nous avons lu l'ouvrage que nos amis Weissenbach et Françon (1) viennent de consacrer « **aux rhumatismes, maladies sociales** ». Faisant à la fois œuvre de médecins et de sociologues, ces auteurs vont nous montrer successivement les ravages causés par les rhumatismes, les dépenses qu'ils entraînent, les moyens de prophylaxie et de traitement qu'ils ont tirés de leur expérience, les causes accessibles à nos moyens d'investigation pour y porter remède.

C'est dire que la lecture de cet ouvrage, si elle est pleine d'enseignements, s'impose à tous les praticiens, dont les rhumatisants constituent une part importante de la clientèle.

Le praticien est le rouage indispensable à la lutte antirhumatismale et c'est en y participant dès maintenant, en s'imposant, en montrant l'importance de son rôle, qu'il évitera de voir se réaliser contre lui un armement comparable à ce qui a été déjà fait en matière de tuberculose ou de syphilis.

Q'entend-on par rhumatismes ?

On groupe sous ce nom, disent Weissembach et Françon, une série d'affections très diverses, entités morbides vraies, et surtout groupe de syndromes, qui traduisent l'inflammation, l'irritation ou la dégénérescence du tissu conjonctif, de ses dérivés et de son réseau nerveux portant tout particulièrement sur les articulations et les organes annexes des jointures. Elles se manifestent par des douleurs ou de l'impotence fonctionnelle sans jamais aboutir à la suppuration.

Les frontières du rhumatisme sont encore mal établies et, sur plus d'un point, elles présentent des territoires contestés ; cependant, dès maintenant, une classification est possible, et nous la trouvons détaillée dans une nomenclature d'étude que les auteurs nous proposent.

L'importance médico-sociale des rhumatismes ne saurait être méconnue, les statistiques étrangères et française permettent de s'en rendre compte, nous les trouvons réunies en un chapitre dont les tableaux montrent les invalidités qu'elles ont entraînées ; le chiffre des dépenses pour l'Assistance publique seule a été évalué par Lacapère à plus de 18 millions.

Envisageant ensuite les différentes manifestations de l'affection rhumatismale, Weissenbach et Françon vont successivement étudier, la maladie de Bouillaud, les rhumatismes aigus et subaigus en dehors de la maladie de Bouillaud et enfin les rhumatismes chroniques.

***

La maladie de Bouillaud est définie comme une polyarthrite infectieuse et spécifique, qui atteint surtout la deuxième enfance et l'adulte jeune ; elle frappe les articulations de façon éphémère et mobile, mais elle atteint gravement le cœur en y provoquant souvent des lésions indélébiles. Loin d'immuniser, elle rend les sujets plus sensibles à ses attaques et, dans la règle, les malades font des récidives articulaires ou cardiaques, ce qui donne à l'affection la signification d'une maladie chronique à éclipses avec des épisodes aigus et bruyants. Les manifestations articulaires, mais non ses déterminations cardiaques, sont rapidement soulagées, puis guéries par le salicylate de soude, à condition que cette médication soit convenablement appliquée. L'affection comporte une lésion histo-pathologique à peu près caractéristique *le nodule d'Aschoff*, qui s'observe

(1) Les rhumatismes, maladies sociales. G. Doin, éditeur.

surtout dans le myocarde. Il est très rare que la maladie de Bouillaud aboutisse à la constitution d'un syndrome articulaire chronique. Dans sa forme habituelle la chorée de Sydenham paraît relever du même virus et expose aux mêmes accidents cardiaques. Il en serait souvent de même pour le rhumatisme scarlatin ou du moins pour certains rhumatismes polyarticulaires observés au décours de la scarlatine.

L'importance sociale de la maladie de Bouillaud est bien mise en valeur dans l'ouvrage de Weissenbach et Françon, qui ont cherché dans des services, où ils avaient la possibilité de le faire, à établir des statistiques montrant quel véritable fléau constituent les séquelles cardiaques, leur fréquence, leur gravité, les lourdes conséquences économiques qui s'ensuivent pour l'individu, la famille, les collectivités.

Les mesures à prendre doivent être envisagées à ce triple point de vue.

Pour l'individu, c'est d'abord le traitement par le salicylate de soude administré à dose suffisamment élevée, et pendant une durée suffisamment prolongée. Son action peut en être renforcée soit par des thérapeutiques appropriées, soit par des mesures d'hygiène particulièrement opérantes au moment des poussées.

Pour prévenir les récidives, souvent se posera le problème de l'orientation professionnelle et surtout pour prévenir les manifestations cardiaques le problème de la cure thermale.

Pour la famille, les mesures se bornent à celles que l'on prend contre des maladies dont la contagiosité est faible et elles se limiteront souvent à savoir prescrire de bonne heure le salicylate.

Pour les collectivités, il existe déjà des organisations de charité et de solidarité qui cherchent à fournir du travail, à assister ceux qui peuvent difficilement subvenir à leurs besoins : l'*Aide aux cardiaques* créé par Vaquez, l'*Entr'aide aux rhumatisants* fondée par Dausset, l'*Association amicale des cardiaques* présidée par Lian rendent déjà d'importants services.

Mais c'est dans de multiples domaines que la prophylaxie doit s'exercer : à l'école, dans les usines, dans les hôpitaux et là apparaît comme prépondérante *l'action personnelle du médecin familial*, du praticien, qui voit l'affection aller d'une génération à l'autre, qui la suit à ses différentes étapes, en prévoit les conséquences redoutables et peut coordonner son action avec celle de tous ceux qui à un degré quelconque s'occupent des rhumatisants et des cardiaques.

En dehors de la maladie de Bouillaud, les rhumatismes aigus et subaigus, comprennent les rhumatismes infectieux, les rhumatismes protéiniques, ceux de la sérothérapie de la chimiothérapie, les rhumatismes abarticulaires, myalgiques et névralgiques.

Ces affections rhumatismales polymorphes posent par leur fréquence des problèmes de prophylaxie et de traitement, qui sont les mêmes et se confondent avec ceux, que posent les rhumatismes chroniques qui peuvent leur succéder, et que Weissenbach et Françon groupent en un très important chapitre.

***

Les rhumatismes chroniques, s'ils imposent au sociologue la nécessité d'un armement à peine ébauché, ont par contre largement bénéficié depuis vingt ans d'études médicales faites en commun par les médecins, les radiologues, les biologistes, les bactériologistes et même les chirurgiens.

L'étude des circonstances étiologiques générales et locales, des mécanismes pathogéniques sera de plus en plus facilitée par la réalisation de statistiques encore peu nombreuses, assez hétérogènes qui tireront surtout leur intérêt, du nombre des malades observés, et de la précision des dossiers réunis. Donnant l'exemple, Weissenbach apporte la sienne portant sur un ensemble de 2.062 malades, mais c'est à l'Etranger, en Suède, en Grande-Bretagne où la lutte contre ces affections est particulièrement bien organisée, que nous allons voir quelle est l'importance sociale du rhumatisme chronique, quelles invalidités elles produisent, quelles dépenses elles entraînent.

En améliorant les conditions de travail dans les professions rhumatogènes, et en orientant vers des emplois convenables les sujets prédisposés, on réalisera une véritable prophylaxie des rhumatismes chroniques.

Et en matière de conclusions Weissenbach et Françon terminent en nous montrant que :

« les progrès déjà réalisés dans la connais-
« sance et le traitement des maladies rhumatis-
« males en général, et spécialement des rhuma-
« tismes chroniques permettent d'affirmer que
« la plupart des maladies rhumatismales répu-
« tées incurables peuvent être arrêtées dans leur
« évolution, le plus souvent même guérir com-
« plètement si elles sont soignées dès leur début
« par des traitements appropriés à chaque cas. »

Ainsi posés, ces problèmes, qui doivent éveiller l'intérêt des médecins, qui doivent utiliser leurs compétences, apparaissent comme des questions médico-sociales de premier plan, et nous devons remercier Weissenbach et Françon, qui les premiers ont attiré sur eux l'attention, d'avoir facilité le rôle du praticien en synthétisant leurs idées et leurs observations dans l'intéressant livre, qu'ils viennent de faire paraître.

Dr Raphaël MASSART.

LES MAISONS DE SANTÉ PRIVÉES SONT-ELLES APPELÉES A DISPARAITRE ?

De très nombreux confrères me consultent, pour décider de leur ligne de conduite. Les uns déjà anciens dans la carrière, veulent s'adjoindre un ou plusieurs jeunes. Faut-il dès lors engager de nouveaux capitaux, soit pour créer, soit pour développer la maison de santé déjà existante ? D'autres me demandent s'ils doivent engager une lutte contre l'hôpital local, qui, avec des fonds publics et des subventions, va créer, ou a créé une hospitalisation payante ? D'autres enfin se déclarent enchantés de pouvoir, en leur qualité de médecin ou de chirurgien de l'hôpital, soigner leurs clients payants, dans l'établissement public. Mais ils voudraient que leur situation hospitalière soit stable, que le règlement leur reconnaisse leur privilège : ils cherchent aussi à maintenir le principe de l'entente directe.

Aussi ai-je tenu à schématiser toutes ces aspirations, pour jeter un coup d'œil d'ensemble sur le problème hospitalier actuel.

Hospitalisatiou payante en maisons de santé privées

Les défenseurs de l'hospitalisation des malades payants en cliniques privées donnent, comme argument principal que l'hôpital public a pour fonction sociale, d'héberger les seuls malades privés de ressources, ou économiquement faibles. L'hôpital aux indigents : tel est leur mot d'ordre. Ajoutons qu'une proposition de loi, déposée par M. Raoul Brandon, sur le bureau de la Chambre des Députés, tend à faire admettre, par le Parlement, qu'en raison des subventions publiques qu'il reçoit, eu égard aux fondations charitables qu'il administre, l'hôpital public ne doit, en aucune sorte, faire acte de commerce, en vendant l'hospitalisation, l'hébergement et les soins : la situation juridique d'un établissement public, tel un hôpital, interdit à ce dernier de faire concurrence à l'initiative privée.

En second lieu, la pléthore médicale et la décentralisation de la chirurgie et des spécialités médicales conduisent les praticiens à créer de nombreux centres, dans lesquels sont admis tous ceux qui ne sont pas privés de ressources. La maison de santé, dont le chirurgien est le propriétaire, ne constitue qu'un accessoire, un adjuvant de l'exercice de l'art de guérir. Si le praticien a été conduit à fonder sa clinique, c'est pour pouvoir y soigner ses propres clients qu'il vient d'opérer.

Ces chirurgiens, propriétaires de cliniques privées, sont souvent attachés à l'hôpital. Ils y opèrent, en principe, les indigents et les économiquement faibles ; mais s'ils veulent se faire honorer par qui peut payer, ils se heurtent à l'obligation de ne toucher d'honoraires que par le canal de l'administration, puisque le Conseil d'Etat et le règlement modèle des hôpitaux ne reconnaissent pas le principe de l'entente directe.

Mais des conflits surgissent parfois, à cause de l'admission trop large des payants à l'hôpital, lesquels sont plus ou moins détournés du chemin de la clinique privée. Le chirurgien d'hôpital trouve dans son service hospitalier des gens aisés, qui seraient cependant en mesure d'être traités dans la maison de santé du praticien.

D'autres enfin s'élèvent contre les abus provenant des nominations aux postes hospitaliers. Le concours de nomination n'est pas obligatoire pour la grande majorité des hôpitaux, sauf dans les grandes villes : les amitiés, les opinions politiques, ou confessionnelles, en un mot des considérations étrangères à la pratique de l'art de guérir président trop souvent au choix arbitraire des Commissions administratives, pour la nomination des médecins et chirurgiens de l'établissement public qui ont seuls le privilège d'y soigner les payants.

Hospitalisation payante dans l'établissement public

A ces arguments, les Administrations hospitalières répondent par d'autres considérations. Certes, le mobile qui les guide est parfois louable en soi : la difficulté de boucler le budget, refus de subventions communales, ou départementales, diminution du revenu du patrimoine des pauvres, cherté et coût de l'achat, de l'amortissement, de l'entretien du matériel chirurgical, ou spécialisé : tout conduit une Commission administrative à considérer que l'admission de malades payants contribuera à diminuer les frais généraux de l'établissement, tout en procurant des ressources nouvelles pour le budget des pauvres.

Aussi invoque-t-on le nombre sans cesse croissant des économiquement faibles, qui se trouvent gênés lorsque la maladie entre au foyer familial. Nombreux sont ceux qui ne peuvent pas faire les frais de la clinique privée, ni des honoraires des médecins et des chirurgiens, alors qu'un

traitement long et coûteux doit être imposé à un membre de la famille.

Nombreux malades de médecine, les contagieux, les agités, ne peuvent pas être hospitalisés par l'initiative privée ; rares sont les maisons de santé pour clients de médecine pure, ou pour les personnes atteintes de maladies infectieuses. L'hôpital ne doit-il donc pas leur ouvrir ses portes ?

En outre, recevant des subventions pour améliorer le traitement à donner aux malades privés, ou partiellement privés de ressources, l'hôpital offre au Corps médical local le droit de libre accès et la possibilité de soigner les malades payants dans l'établissement public. Les médecins font ainsi l'économie d'immobiliser leurs capitaux dans la création et le fonctionnement d'une maison de santé, alors que l'hôpital peut suffire à tous les besoins.

Ajoutons que les défenseurs de l'hôpital largement ouvert aux malades payants et aux médecins — et ils sont un nombre respectable même parmi nos confrères qui exercent dans des localités où la clinique privée ne pourrait pas faire ses frais — font valoir une série d'arguments en faveur de leur thèse : tantôt l'hospitalisation privée coûte trop cher aux malades ; tantôt ces derniers sont parfois un peu exploités du point de vue commercial, tantôt le praticien a besoin d'avoir sous son observation immédiate un client, pour lequel des examens en série s'imposent : recherches de laboratoire, radioscopies ou graphies en série, vérification de l'action médiate ou immédiate d'un produit, ou procédé thérapeutique.

Bref, chacun défend sa thèse avec de nombreux arguments.

Discussion

Nous nous trouvons en présence d'un problème social, qui dépasse de beaucoup les contingences du respect des intérêts privés. J'ai souvent, dans mes articles, fait allusion à cette socialisation d'Etat, qui tend à concentrer l'art de guérir dans les établissements publics. Sous des prétextes divers, il entre dans l'esprit de nombreux dirigeants, tant dans les ministères que dans les assemblées départementales, ou communales, que l'hôpital moderne doit être largement ouvert à quiconque a besoin de soins. Certains m'ont fait observer que le respect des intérêts privés des médecins, ou des maisons de santé, ne saurait prévaloir contre le besoin social de récupérer, au plus tôt et le mieux possible, toutes les énergies momentanément suspendues par le fait de la maladie.

A l'hôpital, me dit-on, existe au maximum la concentration de l'art de guérir. Les malades y trouvent un personnel entraîné tant parmi les médecins, chirurgiens et spécialistes que parmi le personnel infirmier. Dans les grandes localités, le concours sélectionne les plus capables, tant pour les médecins et chirurgiens des hôpitaux que pour le choix des internes et des externes.

Dans les localités secondaires, la nomination par voie de concours sur titres tend à s'instaurer, cependant que, dans les petites localités, le système prévaut de laisser les praticiens du lieu soigner librement leurs malades payants dans l'hôpital public.

Les fonds publics servent à l'organisation de salles d'opérations, ou de spécialités. L'initiative privée, surtout le corps médical, ne doit pas immobiliser des fonds pour la création et le fonctionnement d'une clinique, qui, parfois, ne répond pas à tous les besoins.

Bref, la collectivité tend à prendre en mains la charge sociale des soins à donner aux malades, quelle que puisse être leur condition.

A ceci, les partisans des maisons de santé font observer que, dans bien des hôpitaux publics, la surveillance administrative est parfois en defaut : les malades sont plus ou moins vite examinés, suivis, traités ; un certain laisser-aller se manifeste, qui n'existe pas lorsque le médecin et la maison de santé ont besoin de maintenir leur réputation. La nourriture laisse trop souvent à désirer ; le confort est quelquefois assez rudimentaire, chauffage défectueux ; personnel infirmier n'ayant pas le stimulant de l'intérêt individuel, puisqu'il est quasi fonctionnarisé; salles de malades parfois trop grandes, avec bruit ; contagiosité fréquente surtout dans les hôpitaux d'enfants.

Quant aux consultations externes, elles sont trop largement accessibles : d'où encombrement, examens faits trop vite, superficiels, simples dépistages ; utilisation des externes ou d'étudiants ou de praticiens peu qualifiés, qui ne recherchent que la possibilité de faire accroître à la clientèle de ville, qu'ils ont un service à l'hôpital, ou qu'ils y sont attachés avec le titre d'assistant.

Malheureusement, les maisons de santé privées n'ont pas de cohésion juridique entre elles : leurs intérêts sont parfois en opposition. Ici, le chirurgien ne fait aucun bénéfice sur la partie hotelière, préférant opérer chez lui et gagner son existence par ses honoraires chirurgicaux. Ailleurs, le chirurgien fait appel au concours financier d'autres confrères spécialistes, ou même à des étrangers à la médecine. Plus loin, la maison de santé est un établissement à gestion commerciale, qui doit distribuer des dividendes aux prêteurs d'argent.

Les praticiens eux-mêmes ne sont pas d'accord. Ici, le chirurgien n'a que sa clinique ; il lutte contre l'hôpital et contre le confrère qui a seul le droit d'opérer, pour son propre compte,

les payants de l'établissement public. Ailleurs, le chirurgien est à la fois propriétaire de sa clinique et chirurgien à l'hôpital ; il n'a aucune concurrence. Plus loin, le chirurgien, ou même tous les chirurgiens et spécialistes de la ville ont libre accès à l'hôpital pour le traitement de leur clientèle payante : point n'est donc besoin de maison de santé.

Ajoutons à cela le fonctionnement des lois sociales, qui imposent certaines règles pour l'hospitalisation des accidentés du travail, des assurés sociaux, des pensionnés de guerre, des mutualistes etc...

Signalons enfin que, devant cette menace de l'hospitalisation sociale quasi obligatoire, se sont fondées des organisations mutualistes privées, qui, par entente avec des maisons de santé, tendent à draîner la clientèle payante loin de l'établissement public.

La fonctionnarisation du Corps médical est-elle possible ?

Je n'entends pas donner ici une conception qui me soit personnelle : je ne me fais que l'écho de conversations, ou de discussions tenues au cours de réunions dans les milieux ministériels.

Une conception de vaste envergure est entrée dans l'esprit de certains, et non des moindres. L'hôpital doit devenir un centre social de soins ; le pays doit être recouvert par un réseau hospitalier bien compris.

A l'hôpital, dit-on, le malade est certain de trouver les soins qui lui sont nécessaires. Des services de médecine, de chirurgie, de spécialités, de maternité, d'isolement, d'enfants sont créés ou seront appelés à fonctionner par cohésion des hôpitaux les uns avec les autres. Les règles administratives s'imposent à tous. Les praticiens attachés à l'hôpital sont considérés, par le Conseil d'Etat, comme étant de véritables fonctionnaires d'établissements publics. Ils doivent être présents à certaines heures fixées. Un service de garde fonctionne dans les importantes villes permettant de donner tous les soins de grande urgence.

Le mode de nomination du Corps médical hospitalier fait l'objet d'études, qui se poursuivent difficilement à cause de la divergence des intérêts et des situations dites acquises par les médecins eux-mêmes.

Quant aux malades, triés par la consultation externe, ils sont admis dans le service hospitalier le plus apte à leur donner les soins nécessaires à leur état. Après la sortie, ces patients sont suivis chez eux, surveillés, inspectés par les assistantes du service social. Ces personnes ont également la mission d'enquêter sur les conditions sociales d'existence, puis de diriger sur la consultation de l'hôpital adultes et enfants, qui leur paraissent, à première vue, devoir bénéficier d'un examen médical.

Un réseau d'hôpitaux est envisagé par certains comme devant couvrir l'ensemble des départements. Alors que les très grands centres, sièges de Facultés ou d'Ecoles de médecine, constitueraient le sommet de la pyramide scientifique de soins, les hôpitaux de ville secondaires admettraient les malades qui ne pourraient pas recevoir les soins nécessaires à leur état dans les établissements de petite localité.

Le téléphone, l'automobile permettraient le déplacement rapide soit du malade, soit du chirurgien, selon les cas et les nécessités.

Réaction du Corps médical

Parmi mes confrères, les uns s'opposent de toutes leurs forces à ces tentatives de fonctionnarisation, alors que d'autres verraient d'un bon œil la perception d'appointements mensuels. Certains vont même jusqu'à souhaiter la création de services hospitaliers, dont les titulaires ne feraient aucune clientèle de ville. C'est dire que, même parmi nous, les conceptions les plus diverses se font jour.

Que déclare la Charte médicale, hautement proclamée par les syndicats et leur Confédération. Pour maintenir l'indépendance nécessaire au bon exercice de notre profession, le malade doit conserver sa libre confiance dans celui qui lui donne des soins et qui devient son confident nécessaire. Par conséquent les termes de la Charte médicale sont : libre choix du médecin, maintien absolu du secret professionnel, paiement des honoraires à l'acte médical.

Ceux d'entre nous, qui sont attachés à un hôpital, demandent à être placés, non plus dans un état de subordination au regard de la Commission administrative, mais sur un pied de collaboration. Par suite, le Corps médical devrait obligatoirement être représenté au sein des Commissions hospitalières.

La manière de soigner et d'enseigner doit échapper entièrement à la tutelle administrative. Le mode de nomination doit être complètement révisé pour ne désigner que selon les capacités scientifiques et professionnelles et non plus selon le choix, qui trop souvent ne procède que du bon vouloir.

Conclusions

Je dois me contenter de brosser un tableau rapide, forcément incomplet, de la situation actuelle et future de l'organisation des soins à donner aux malades payants. Je tiens simplement à susciter un mouvement d'opinion parmi mes confrères. Doivent-ils maintenir le *statu quo* et se laisser progressivement entraîner vers une fonctionnarisation plus ou moins

rapide, plus ou moins complète ? Doivent-ils lutter pour la défense des intérêts privés et pour le maintien des maisons de santé actuelles ? Doivent-ils faire intervenir les syndicats médicaux ?

Certes, la meilleure solution, à mes yeux de vieux syndicaliste, ce serait de concevoir l'organisation, par les syndicats eux-mêmes, de maisons de santé syndicales, gérées par les syndicats, ou gestion contrôlée par eux, avec libre accès de tous les praticiens syndiqués. Mais n'est-ce pas caresser une utopie ? Je dois donc ne considérer que l'opposition doctrinale et d'ordre pratique entre la thèse de l'administration, véritable socialisme d'Etat, sur le plan médical et la thèse chère à nos cœurs de Français, amoureux de leur indépendance et de leur liberté individuelle.

Si nous ne réagissons que mollement, les maisons de santé privées sont appelées à disparaître peu à peu, incapables qu'elles sont de lutter, sur un pied d'égalité, principalement au point de vue des charges fiscales, avec l'hôpital public. D'ailleurs de nombreux confrères me consultent pour savoir s'ils ne feraient pas mieux de fermer leur clinique et d'obtenir de l'hôpital le droit de soigner les malades payants, contre honoraires. D'autres reculent devant les charges financières considérables, nécessitées pour la modernisation et l'adaptation instrumentale de leur maison de santé, qui date de nombreuses années.

D'autres enfin — ce sont surtout les jeunes — verraient avec faveur la création de services hospitaliers, bien payés, avec interdiction de pratiquer en ville. Finis, dès lors, les soucis de l'installation, les frais familiaux pour attendre la clientèle, ou pour la retenir.

Mais, ne convient-il pas de crier : « casse-cou »? A côté des établissements publics fonctionnent des organisations privées, qui, sous le nom d'hôpitaux privés, de dispensaires de tous ordre, d'hôpitaux de Croix-Rouge, ou autres, organisent une médecine qui, par certains points, se rapproche beaucoup de la conception des pouvoirs publics.

Que deviendront, dès lors, les termes de la Charte médicale ? Le libre choix s'arrête souvent à la porte de l'établissement ; l'entente directe est impossible à l'hôpital, parfois difficile dans un hôpital privé ; quant au secret professionnel, il devient celui de Polichinelle. Enfin, l'appât de la retraite, d'où qu'elle puisse venir, entraîne peu à peu le médecin libre vers une fonctionnarisation plus ou moins déguisée.

A mon humble avis, le salut ne peut nous venir que du syndicalisme médical lui-même. Tout d'abord, devant cette diversité d'intérêts privés, le Corps médical doit définir sa position et surtout arrêter ce qu'il veut, ses tendances, ses aspirations.

En face des projets gouvernementaux d'organisation, sur tout le territoire, d'un vaste réseau sanitaire, le syndicalisme médical se doit de faire connaître son opinion. Ne doit-il pas également avoir son plan ?

Il convient ensuite de proposer une collaboration étroite, non pas avec des menaces à la bouche, mais plutôt avec des rapports murement réfléchis et établis avec le concours de personnalités idoines.

L'aboutissant, ce seront des contrats collectifs, qui interviendront localement, pour utiliser le mieux possibles toutes les ressources sanitaires du lieu. Il conviendra de respecter, si possible, certaines situations acquises, ou d'obtenir une nuit du 4 août, sur l'autel syndical et confraternel. Il conviendra également d'affirmer, puis d'entretenir le parallélisme et la cohésion entre les organisations publiques et les maisons de santé déjà créées.

Certes, la loi du 7 août 1851, sur les hospices et hôpitaux, doit être réformée et modifiée sur certains de ses points. Mais ne nous leurrons pas sur la rapidité de la solution : le Parlement mettra de longues années avant de réformer une loi, qui donne satisfaction aux Administrations publiques. Le Corps médical aura fort à faire, avant d'avoir pu faire admettre que le médecin doit devenir le collaborateur de l'Administration, pour la gestion de l'hôpital et pour doter les médecins d'hôpitaux d'un statut, qui ne les place pas comme aujourd'hui dans la situation de dépendance d'un véritable fonctionnaire.

Il me semble que la besogne des syndicats est également d'ordre local, pour l'organisation de ce qui existe. Ces réorganisations sur place, ces recherches d'entente et de collaboration collective permettront la conclusion d'accords locaux, sinon la signature de véritables contrats collectifs.

Je conclus en quelques mots.

Le Corps médical syndical doit savoir et définir ce qu'il veut, en matière de politique sanitaire et hospitalière ; il doit l'exprimer par l'élaboration d'un plan et d'une règlementation ; il doit faire aboutir ses desiderata par la signature de contrats collectifs.

Dr Paul BOUDIN.

LE « STATUT MODERNE » DE LA PROFESSION MÉDICALE

■ ■ ■

Il faut donner aux conventions collectives un caractère obligatoire et général

Parmi les importantes modifications apportées au cours de la présente législature à la réglementation du travail, il en est deux auxquelles on n'a peut-être pas prêté une suffisante attention, et qui sont cependant susceptibles des plus heureuses conséquences sociales : nous voulons parler des lois sur la conciliation, l'arbitrage, et sur les conventions collectives, qui ont substitué aux rapports individuels d'autrefois entre patrons et travailleurs, de véritables institutions corporatives présentant un caractère d'ordre public.

Nous voudrions montrer aujourd'hui que le Corps médical aurait intérêt à prendre exemple sur cette législation, et à réclamer pour lui-même des institutions analogues.

Mais une question préjudicielle se pose : la comparaison est-elle possible entre ces deux domaines d'activité de prime abord si différents ? Au risque de choquer certains de nos lecteurs, nous avancerons que non seulement nous pouvons comparer, mais encore superposer, avec un simple décalage de temps, et d'échelle, l'évolution des conditions d'exercice de la médecine sur celle du travail général. Nous n'aurons pour nous justifier qu'à énoncer des vérités premières :

La médecine a été et est encore partiellement aujourd'hui sous le régime de l'artisanat (possession par l'homme de l'art des moyens de production, accomplissement par lui des actes essentiels de sa profession, rapport direct avec le consommateur). Ce régime tend à se transformer, sinon à disparaître pour deux raisons, externes et internes. Raisons internes : les progrès des techniques entraînant un important outillage et la spécialisation (machinisme et division du travail), avec comme conséquences la hausse du prix de revient, et comme remède la concentration (hôpitaux, dispensaires, « usines » à soins). Raisons externes : la nécessité de satisfaire les besoins médicaux de toutes les classes sociales, même non solvables ou faiblement solvables.

La réaction sociale naturelle a été l'interposition entre le médecin (l'artisan) et le client d'un tiers (l'entrepreneur) qui, soit s'est chargé de l'organisation économique de la médecine (hôpitaux et dispensaires), soit a groupé les clients en les prenant en charge par assistance ou assurance (A. M. G., bienfaisance privée, accidents du travail, Mutualité, Assurances sociales). Non moins naturellement, ce tiers, dont la force économique se trouvait supérieure à celle du praticien isolé, a tendu à en abuser, obligeant ainsi les médecins à se grouper en Syndicats pour défendre ce qui restait de leur indépendance et, si possible, reconquérir les libertés perdues. Cette lutte donne lieu de manière périodique à de véritables crises, suivies de traités de paix qui sont soit enregistrés par la loi (accidents du travail, Assurances sociales), soit mis sous forme de règlements administratifs (assistance médicale gratuite, soins aux pensionnés de guerre), soit enfin, sous forme de conventions collectives (Assurances sociales, Mutualité, etc.).

On nous objectera sans doute que le mouvement syndicaliste médical diffère essentiellement du mouvement ouvrier, en ce sens qu'il s'agit de syndicats de *patrons* et non de *salariés*. C'est là pure distinction verbale qui ne résiste pas à l'examen. Certes le médecin est généralement un patron, en ce sens qu'il emploie pour les services accessoires de son art des auxiliaires domestiques ou professionnels. Mais ce n'est point à ce titre et pour régler ses rapports avec ces salariés qu'il est syndiqué. L'action des Syndicats médicaux est, au contraire, entièrement dirigée contre ces tiers qui utilisent à un titre quelconque les services du médecin, et que l'on peut parfaitement comparer au patron du commerce et de l'industrie, locateur des services de ses salariés. Le contrat de travail, dans la conception moderne, n'est en effet, pas autre chose qu'une location de services, accompagnée d'une certaine dépendance économique et administrative. Certes, cette dépendance est beaucoup moins étroite pour le médecin que pour le salarié ordinaire. Mais les médecins ont besoin par profession même de plus d'indépendance que quiconque. En tenant compte de ce décalage d'origine, le problème se pose donc en des termes semblables, et l'on ne peut trouver tout au plus qu'une différence de degré, là où l'on voulait introduire une différence de principe.

Donc la comparaison que vous voulions établir est valable. Il nous reste maintenant à la faire, et, en premier lieu à rechercher quelles sont à l'heure actuelle les supériorités du régime général sur le régime médical.

Les acquisitions récentes de la législation du travail

Les réformes de 1936 et 1938 n'ont point créé les procédures de conciliations et d'arbitrage et

les conventions collectives. Il ne s'agit pas là de solutions nouvelles. Les conventions collectives, en particulier sont nées de la pratique vers la fin du siècle dernier. Ce qui a changé, ce sont les caractères mêmes de ces institutions et la place qu'elles tiennent dans l'économie générale. Pour mieux comprendre, dressons brièvement le tableau de leur évolution.

Dans une première période (avant 1892 pour les procédures de conciliation et d'arbitrage, 1919 pour les conventions collectives), nous sommes en face d'une *absence totale de réglementation*. Les tentatives de *conciliation ou d'arbitrage* dans les différends collectifs entre patrons et syndicats ne constituent que les accidents isolés, parfois heureux. Aucune procédure particulière n'est prévue, aucun organisme permanent n'existe. Les décisions n'obligent pas les parties, et leur entrée en vigueur ne dépend que de la bonne foi réciproque des adversaires en présence. *A fortiori*, bien entendu chacun de ces adversaires peut préférer recourir à la lutte et à la violence pour faire triompher son point de vue.

Quant aux *conventions collectives*, elles ne constituent que de purs contrats de droit privé, exigeant pour leur conclusion la libre adhésion des parties. Elles ne rentrent dans aucun cadre juridique existant, et par leur caractère inommé, *sui generis*, sont régies uniquement par les principes généraux du droit. En particulier, elles ne font la loi qu'entre les parties présentes ou représentées, et ne sont nullement opposables aux tiers.

Une seconde phase nous fait assister à un essai, encore timide d'ailleurs, de réglementation et d'organisation. Il s'agit somme toute de dresser les lois de la guerre, afin qu'elle n'apporte pas de trop brusque secousse à l'équilibre social, mais la guerre reste licite. Cette tentative se manifeste très tôt *en matière de conciliation*, par la loi du 27 décembre 1892. Cette loi s'est contentée d'organiser une procédure de conciliation, se déroulant sous la présidence du Juge de paix, suivie en cas d'échec d'une nomination d'arbitres par chacune des parties. Ces deux procédures sont entièrement facultatives. Aucun organisme permanent n'est créé pour connaître de ces différends. En pratique cette loi n'a eu que peu d'effets utiles.

Plus tardive, plus importante, quoique encore trop timide, fut la loi du 25 mars 1919, réglementant les *conventions collectives*.

Ces conventions sont encore laissées à l'initiative et à l'accord des parties, la loi se contentant de déterminer sous quelle forme cette initiative et cet accord doivent se manifester. Toutefois, un pas important est accompli : la convention n'est plus seulement un contrat du droit privé ordinaire, connu et appliqué des seuls signataires. Elle fait l'objet d'une publication, prend ainsi le caractère d'une coutume professionnelle, et son domaine d'application s'élargit. En outre des signataires, en dépendent également ceux qui y adhèrent de manière directe, indirecte ou implicite (c'est-à-dire ceux qui, traitant avec une partie adhérente, eux même ne l'étant pas, ne prennent pas soin de l'écarter formellement).

D'autre part, les Syndicats signataires sont fondés à agir judiciairement, pour obtenir le respect de la convention, soit en exerçant les actions individuelles de leurs membres, soit en agissant en leur propre nom, et peuvent, dans cette hypothèse invoquer un préjudice personnel et obtenir une condamnation à des dommages et intérêts. En bref, cette phase intermédiaire, tout en conservant l'ancien principe contractuel, fondé sur l'autonomie de la volonté, contient en germe les réformes futures par le caractère d'ordre public de la convention dans les rapports entre parties liées par elle, par son caractère d'usage professionnel pour les autres parties.

C'est aux lois de 1936 et de 1938 que revient le mérite d'avoir fait passer la conciliation, l'arbitrage et les conventions collectives du plan du droit privé et de la volonté, sur le plan de la profession et de l'obligation. A la suite des événements de 1936, la nécessité est apparue de ne point laisser à la liberté des parties le recours aux procédures de conciliation et d'arbitrage. Une série de lois de circonstances, codifiées par la loi du 4 mars 1928, ont introduit dans notre vie sociale le *principe de la conciliation et de l'arbitrage obligatoires*. Les sentences arbitrales ayant, d'autre part, force exécutoire, la grève et le conflit violent se trouve implicitement exclus des rapports entre employeurs et salariés. La procédure à suivre est réglementée par la loi qui distingue deux formes : la forme conventionnelle, au cas où les parties sont liées par un contrat collectif, et dans le cas contraire la forme légale. Dans ces deux hypothèses sont créées et organisées des Commissions paritaires, régionales et nationales, fonctionnant sous la présidence des préfets ou des ministres, et une juridiction arbitrale, comportant à son sommet une Cour supérieure chargée de faire respecter la loi et d'unifier la jurisprudence. La compétence des arbitres s'étend, non seulement aux différends d'ordre juridique, mais aussi, et c'est là les plus importants, aux *différends d'ordre économique*. En particulier, il leur appartient de *proportionner les salaires aux hausses du coût de la vie*, lorsque cette hausse atteint au moins 5 %, et dans la mesure où cet ajustement est compatible avec les possibilités économiques de la branche d'activité envisagée.

Mais la conciliation ou l'arbitrage dans un cas particulier donné ne suffisent pas. Il faut assurer

une collaboration permanente entre les deux parties en présence. D'où la nécessité d'encourager et de sanctionner ces « traités de paix » qu'on nomme *conventions collectives.* La loi du 24 juin 1936 est intervenue à cet effet. A juste titre, elle ne s'en remet plus, pour la conclusion de telles conventions, à la libre initiative des deux parties. Il est prévu au contraire qu'*à la demande d'une seule des deux parties*, le Ministre provoque la réunion d'une Commission mixte destinée à l'élaboration de la convention, à laquelle chaque partie est tenue d'assister. Si l'accord ne se fait pas, il appartient alors aux procédures de conciliation et d'arbitrage de jouer. *La sentence arbitrale tient lieu de convention collective.* La teneur du contrat collectif n'est, d'autre part, pas laissé à la liberté des parties ; la loi a déterminé au contraire les clauses qui doivent obligatoirement y figurer (liberté syndicale, salaires minima, procédure de conciliation, procédure de révision ou modification, etc.). Enfin, et c'est là, la principale innovation de la loi de 1936, qui donne aux conventions collectives leur caractère institutionnel, le ministre du Travail peut, par arrêté, *les rendre obligatoires pour tous les employeurs et employés* des professions et régions comprises dans leur champ d'application. Il s'agit alors d'un véritable Code professionnel, d'ordre public, et auquel nul ne peut déroger.

Le statut actuel de la profession médicale

La médecine connaît, comme l'industrie, depuis pas mal de temps déjà les conventions collectives. Cette forme de rapports sociaux est un produit naturel de la création des Syndicats. Mais leur régime, de même que celui de la conciliation et l'arbitrage, n'en sont encore qu'au premier stade, au second peut-être dans les cas les plus récents. Une revue rapide nous permettra de nous en convaincre.

Une place à part semble tout d'abord devoir être faite à l'*assistance médicale gratuite* et aux *soins aux victimes de la guerre.* Certaines décisions administratives avaient bien considéré qu'il s'agissait là de rapports analogues à ceux qui existent en droit privé entre le médecin et son client, mais le Conseil d'Etat pour l'assistance, le décret du 22 décembre 1935 pour les bénéficiaires de l'art. 64 de la loi des pensions ont rappelé qu'en réalité les rapports Corps médical-Administration présentaient un *caractère réglementaire* assimilable en beaucoup de points au régime des marchés de travaux publics. Autrement dit le statut collectif de la profession résulte non point d'une convention, mais d'un acte administratif, unilatéral (règlement départemental d'assistance arrêté par le Conseil général, décret fixant les modalités des soins aux victimes de la guerre). Il n'en existe pas moins un *statut collectif* à l'élaboration et au fonctionnement duquel les Syndicats médicaux collaborent dans une large mesure, l'Administration devant tenir compte, *en fait*, de l'acceptation ou de la résistance du Corps médical, et faisant appel d'autre part, aux délégués médicaux pour les opérations de contrôle. Cette collaboration, plus souvent de fait que de droit, pourrait être normalisée, ainsi que nous le verrons plus bas.

Le régime des *soins aux accidents du travail* présente lui aussi au premier abord un aspect fort différent des conventions collectives. Nous nous trouvons pourtant bien en face d'un statut collectif, mais c'est qu'il s'agit ici d'un *statut légal*, présentant un caractère d'ordre public et échappant à l'accord des parties en présence (Corps médical, patrons et Cie d'assurances). Mais, comme dans les deux cas précédents, cet aspect juridique des choses ne doit point nous cacher la réalité économique et sociale. Le régime de délivrance des soins médicaux aux accidents du travail résulte d'une lutte entre Corps médical et industriels ou Compagnies d'assurances, lutte arbitrée par le législateur, qui a créé d'ailleurs un organisme permanent de collaboration : *la Commission du tarif* des accidents du travail, où les deux parties sont représentées. A côté de cet organisme officiel, est intervenue une convention purement privée, mais de caractère collectif, entre la Confédération des Syndicats médicaux et la réunion des assureurs, dont le but, peut-être trop limité, est de régler par arbitrage les litiges *particuliers* des médecins et des Assurances. Enfin la réforme du 1er juillet 1938 a apporté un nouvel organe corporatif au statut médical : le *contrôle technique* des médecins par leurs pairs. A ce régime créé sans plan d'ensemble nous verrons plus loin s'il n'est pas possible d'apporter des réformes utiles.

Abordons maintenant le véritable domaine des conventions collectives. Comme type le plus pur de convention échappant à toute réglementation, et régie seulement par les principes généraux du droit, nous citerons celles qui ont été ou sont conclues actuellement entre Syndicats médicaux et *Sociétés de Secours mutuels* ou *Caisses chirurgicales mutuelles*. De telles conventions nécessitent tout d'abord le libre-accord des deux parties. Si l'une d'elle est hostile à une politique de collaboration, ou prétend la subordonner à des conditions consacrant la mise en tutelle de l'autre, le différend prend aussitôt l'allure d'un conflit dont les conséquences sont presque toujours dommageables aux deux, ainsi que nous l'avons vu récemment dans l'affaire de Bordeaux, ou cette *absence d'organe de conciliation ou d'arbitrage* s'est fait particulièrement sentir. Cette lacune entraîne les

tribunaux de droit commun à vouloir jouer ce rôle auquel ils ne sont nullement préparés.

D'autre part, les conventions, n'étant soumises à l'observation d'aucune règle, ne consacrent le plus souvent que des rapports de force, et l'une des deux parties peut ainsi se voir refuser des garanties professionnelles désirables. Enfin le domaine d'application de ces conventions ne s'étend généralement qu'à *une fraction du Corps médical* : soit uniquement aux membres du syndicat contractant (ce qui a l'inconvénient de limiter le libre choix et de rendre le syndicat pratiquement obligatoire), soit aux médecins non syndiqués qui acceptent d'adhérer aux clauses de la convention. Mais, dans ce cas, rien n'interdit à la Société contractante de conclure des conventions particulières avec d'autres médecins ou établissements de soins ou de prendre en charge la création et la gestion de tels établissements. La convention collective, dont le but essentiel est de réglementer la concurrence entre médecins, se trouve ainsi avoir manqué son but.

Le régime des *Assurances sociales* nous offre l'exemple de conventions collectives du second type. Elles continuent, en effet, à présenter un caractère contractuel, exigeant l'accord des deux parties. Mais leur forme et leur contenu sont contrôlés et réglementés, et par le jeu de l'adhésion implicite du médecin qui signe les feuilles d'assurance-maladie, elles tendent à prendre un caractère institutionnel.

Toutefois ce caractère n'est encore qu'ébauché, et nous voulons montrer du doigt toutes les lacunes du régime actuel. Tout d'abord, ces conventions, bien que très généralement pratiquées, restent *facultatives*, et le décret-loi (art. 6, § 11), prévoit le mode de remboursement des honoraires médicaux à intervenir « à défaut de convention ». Cette faculté constitue pour les Caisses, une arme dont elles savent user : toute tentative d'indépendance de syndicat est sanctionnée par la menace d'une rupture, signifiant la création ou la protection des établissements de soins à bon marché, autrement dit la reprise de la concurrence sur le plan économique. En second lieu, le champ d'action des conventions est *trop limité*. Les médecins individuels non syndiqués peuvent ne pas y adhérer, en ne signant point les imprimés de la Caisse. D'autre part, le syndicat ne peut obtenir de la Caisse signataire qu'elle renonce à susciter de la concurrence au Corps médical libre, en créant ou subventionnant des dispensaires : une telle clause même acceptée serait illégale d'après la jurisprudence du Conseil supérieur des Assurances sociales. Echappent également à la juridiction de la convention toutes les tractations entre Caisse et établissements hospitaliers privés. Les conventions en cette matière sont faites en particulier avec chaque établissement, qui est ainsi placé dans une position très faible vis-à-vis de son co-contractant.

En dernier lieu, les conventions Syndicats-Caisses sont *insuffisamment réglementées*. En dehors du libre choix, du paiement direct du praticien et du contrôle technique, rendus intangibles par la loi, le Syndicat peut être amené à renoncer à certaine liberté précieuse telle que l'entente directe, et, faute de pression suffisante, ne peut obtenir en contre-partie la garantie essentielle d'une clause d'échelle mobile pour les tarifs de remboursement.

Le statut moderne de la profession médicale

Ce statut se caractérise à notre avis par trois qualités essentielles : il doit être *obligatoire*, *général* et *réglementé*.

Obligatoire tout d'abord. Mais nous dira-t-on, la médecine n'est-elle pas une profession libérale ? Certes, mais le libéralisme pur et l'application des principes généraux des contrats privés ne se conçoivent qu'entre parties d'égale force économique. Dès que les deux contractants ne sont plus sur un pied d'égalité, la liberté des conventions veut dire droit du plus fort. Si d'autre part, on peut et l'on doit laisser les clients individuels libres de traiter ou de ne pas traiter avec tel ou tel médecin, il n'est pas admissible que les représentants des classes sociales les plus nombreux excluent le Corps médical dans son ensemble, et réservent à quelques médecins la délivrance des soins. Une telle organisation conduit à la pléthore médicale, au déséquilibre social. La dignité personnelle de chaque médecin, l'indépendance qu'il doit avoir dans l'exercice de son art, exigent donc, dans toute médecine de groupe, *que le groupe traite avec la profession*. Comment doit se traduire en pratique cette obligation ? En ceci que les deux parties doivent se réunir, à la demande *de l'une d'elles*, essayer de s'accorder pour conclure une convention collective ; si elles ne le peuvent, faire appel à un organisme de conciliation, et en dernier ressort à un arbitrage, dont la sentence tiendra lieu de statut professionnel.

Ce statut doit être *général*. Il ne s'agit pas d'un contrat privé n'étendant ses effets qu'aux personnes qui l'ont conclu, mais d'une institution d'ordre public. La profession médicale doit être considérée comme un tout, une *unité indivisible*, une véritable personnalité morale. Toute brèche dans cette unité, dans cette généralité réintroduit la concurrence et le déséquilibre. Il faut en particulier inclure dans ce statut collectif tous les établissements de soins, qu'ils aient un but lucratif ou désintéressé, qu'ils soient publics ou privés.

Enfin, ce statut doit être *réglementé*. La médecine n'est pas une profession comme une autre.

Elle a ses exigences et ses servitudes. Nous dirions même qu'elle a ses lois naturelles. Leur reconnaissance ne doit pas être remise en cause lors de chaque discussion. Leur principe doit être inscrit dans une loi, et le rôle des conciliateurs ou des arbitres doit être seulement de rechercher dans quelle mesure les circonstances du moment en permettent le respect.

Ces trois principes constituent le fondement même de la législation moderne du travail. Ce n'est donc point faire preuve d'une exigence démesurée que d'en demander l'extension à la profession médicale. Nous allons voir de plus près comment ils pourraient s'insérer pratiquement dans les cadres actuels.

Il importe peu tout d'abord que *les soins aux pensionnés de guerre* soient ou non régis par décret, et non par convention. Ce qu'il faudrait obtenir, c'est la consécration et la normalisation de ce qui existe déjà en fait, à savoir la collaboration des Syndicats médicaux dans la prépadation de ce statut collectif. Autrement dit, il revrait appartenir à une Commission mixte (Syndicat, Administration), d'établir le projet de décret que publierait le Ministre. En second lieu, le statut collectif devrait prévoir une procédure de révision du tarif en cas de variation des indices du coût de la vie (révision qui serait fait par la Commission) ainsi que l'institution du contrôle technique par les Syndicats. Au cas où l'accord ne pourrait s'établir, il y aurait lieu de recourir à un arbitrage. L'arbitre tout désigné, puisqu'il s'agit d'une réglementation nationale, nous paraît être le Conseil national économique, où le Corps médical est représenté.

Quant à l'*assistance*, nous pensons qu'il y aurait lieu d'englober dans un même règlement, à la fois l'assistance médicale gratuite (Assistance publique) et l'assistance privée. L'organisme de conciliation et d'arbitrage existe depuis quelques temps déjà : il s'agit des Comités départementaux de coordination sanitaire et sociale. Une convention collective dressée sous l'égide de ce Comité avec le syndicat départemental organiseraient le statut des médecins à la fois pour les soins à domicile ou au cabinet du praticien, les soins en dispensaires (publics ou privés), et les soins à l'hôpital. Elle prévoierait en particulier les conditions de révision du tarif, en tenant compte à la fois des indices de la vie et des possibilités financières des collectivités publiques et privées, l'exercice du contrôle technique par les Syndicats, et l'établissement de la démarcation entre les malades bénéficiaires de l'assistance (totale ou partielle, temporaire ou occasionnelle), admissibles comme tels dans les dispensaires et hôpitaux à des tarifs proportionnés à leurs facultés de paiement, et les malades solvables ne relevant que de la médecine privée.

Les rapports entre le Corps médical et la *Mutualité* exigent également des organismes paritaires régionaux pouvant jouer le rôle de conciliation, ainsi qu'une procédure de désignation d'arbitre (membre du Conseil supérieur de la Mutualité par exemple) en cas de différend collectif. Des conventions régionales réglementeraient la délivrance des soins aux mutualistes, l'établissement et les variations des tarifs de remboursement, la création, la gestion ou le fonctionnement de dispensaires ou cliniques mutualistes suivant les besoins et les ressources locales. La loi sur la Mutualité consacrerait le principe du libre-choix et du contrôle syndical.

De même, en matière d'*accidents du travail*, serait-il préférable de faire de la Commission du tarif un véritable organisme conciliateur et arbitrale, chargé d'élaborer ce statut collectif dans ses détails, la loi se bornant à imposer le respect de principe de la charte, et à fixer les conditions de révision du tarif suivant les indices économiques. Ainsi éviterait-on de donner force de loi à des dispositions ou des formalités secondaires que l'accord des deux parties suffirait amplement à régler. Ainsi pourrait-on donner à ce régime une souplesse que les lenteurs de la procédure parlementaire refusent aux lois.

Le régime des *Assurances sociales* a la chance de posséder à l'heure actuelle tous les organes nécessaires à la formule « moderne ». La conciliation, l'arbitrage rentrent au premier chef dans la compétence des Commissions régionales tripartites, l'appel devant la section permanente du Conseil supérieur constituant le 2e degré, et le Conseil d'Etat, la Cour supérieure d'arbitrage. Les conventions collectives sont déjà la pièce essentielle des rapports entre Caisse et Corps médical. Il suffit d'en rendre la conclusion obligatoire, d'étendre leur pouvoir réglementaire à la création d'organismes de soins par les Caisses, aux contrats particuliers conclus par elle avec des dispensaires ou établissements de soins publics ou privés, et au remboursement des honoraires chirurgicaux pour le cas d'hospitalisation privée. Qu'on prévoit enfin une clause de variation parallèle des tarifs médicaux et des tarifs de responsabilité, suivant les indices des prix sous réserve des possibilités financières des Caisses et de la sentence des arbitres, et la plupart des difficultés qui opposent actuellement les organismes d'assurances au Corps médical auront trouvé le chemin de leur solution.

Un tel statut ferait enfin apparaître le nouveau caractère du syndicalisme français : le Syndicat peut régir efficacement la profession, sans devenir obligatoire, sans perdre son indépendance et son dynamisme.

Jean Mignon.

A PROPOS DU RECLASSEMENT SOCIAL DES TUBERCULEUX

Par MM.

Maurice Perrin et Emile Abel
Professeur de Clinique médicale Professeur agrégé, chargé de Cours
à la Faculté de médecine de Nancy

La réadaptation au travail, qui doit assurer l'avenir du tuberculeux et son reclassement social, doit être considérée comme un problème connexe de la cure sanatoriale et climatique. De fait, ce sont surtout les médecins des sanatoriums qu'elle a préoccupés. Ce problème pose une série de questions que nous avons énumérées à la Société d'hydrologie et climatologie de Nancy (8 février 1939), dans le but de montrer sa complexité et la difficulté des résolutions à prendre.

I. — Tout d'abord, quelles sont les conditions requises pour la reprise du travail ?

P. Luton et J. Renard, de Clermont-Ferrand, les ont, en 1938, excellemment précisées : ils divisent en quatre catégories les malades pour lesquels la reprise du travail peut être envisagée :

1° Les malades guéris cliniquement et anatomiquement (avec la réserve que comporte toujours ce mot de guérison chez un tuberculeux), c'est-à-dire chez lesquels n'existe plus aucun signe physique ou fonctionnel et dont l'examen radiologique révèle la résolution complète des lésions. Ces cas constituent malheureusement la minorité.

2° Les malades porteurs d'un pneumothorax artificiel unilatéral, complet ou électif, créé depuis au moins un an, chez lesquels l'examen clinique ne montre aucune anomalie et l'examen radiologique indique l'intégrité absolue du côté opposé. Dans ces cas, la reprise du travail peut être envisagée avant la cessation du pneumothorax et avant la *restitutio ad integrum*.

3° Les malades stabilisés depuis au moins un an avec reliquats scléreux. Ces séquelles laissent persister des signes stéthacoustiques de sclérose et des images radiologiques aux aspects variés, mais toutes caractéristiques de la sclérose inactive du fait de leur opacité, de la netteté de leurs contours et de leur immuabilité au cours d'examens successifs. Des recherches répétées de l'expectoration doivent montrer l'absence de B. K. et prouver l'inactivité des séquelles.

4° Enfin les malades stabilisés avec séquelles actives par intermittences mais ne tendant pas à évoluer. Les signes cliniques et radiologiques sont les mêmes que dans le groupe précédent avec le même caractère de stabilité et de non-évolutivité, mais l'expectoration est bacillifère de façon continue ou par intermittences. Des précautions tout à fait spéciales doivent être prises pour les malades de cette catégorie.

Ajoutons que c'est aux tuberculeux jeunes, c'est-à-dire les plus capables de se réadapter, qu'il convient de s'intéresser particulièrement.

II. — Comment procéder à la reprise du travail ?

Ici deux cas se présentent, qui doivent être étudiés isolément, selon que le malade peut reprendre son ancien métier ou doit en choisir un autre. Doivent délibérément être écartés les métiers insalubres ou trop pénibles : c'est le cas des cultivateurs, des ouvriers du bâtiment (terrassiers, maçons), de l'alimentation (boulangers, bouchers), de la métallurgie lourde, des mines, des industries chimiques.

1° L'éventualité optima est la possibilité du retour à l'ancien métier. Le problème est ici relativement simple. Il comporte néanmoins la nécessité d'un réentraînement préalable au sanatorium, ce que nous développerons plus loin, et une fois la sortie effectuée, la nécessité d'une activité réduite. Ces deux obligations se heurtent à deux écueils. Le premier relève du malade lui-même qui montre souvent peu de bonne volonté à sa réadaptation, parce qu'il se complait dans son oisiveté ou qu'il voudrait sortir prématurément du sanatorium. Le second relève de l'employeur qui montre peu d'enthousiasme à embaucher un ouvrier dont l'activité sera réduite et qu'il sait être tuberculeux ; une tuberculophobie inconsidérée tend à faire de ces tuberculeux guéris des parias. Des exemples navrants pourraient en être donnés. Refusé dans l'entreprise où il travaillait antérieurement, l'ancien malade cherche ailleurs, cache sa maladie pour être plus facilement embauché, finalement

exerce son métier sans aucune surveillance médicale, sans ménagements, sans réduction des heures de travail : il est exposé à la rechute.

2º Dans une seconde éventualité, le malade ne peut reprendre son ancien métier. La solution idéale consisterait à trouver pour lui un métier compatible avec la vie à la campagne, à faire de ce citadin un campagnard. Mais le tuberculeux guéri ne peut être un cultivateur, c'est à-dire qu'il ne peut labourer, herser, semer, faucher, moissonner (G. Roux). Il lui faut une occupation agricole moins pénible (jardinage) ou une occupation du type artisanal (apiculture, vannerie, ébénisterie, reliure, couture, etc.), ou bien encore un emploi dans un sanatorium. Ce sont là, on le conçoit, des débouchés notoirement insuffisants. Aussi est-on amené à envisager, pour les sujets de cette catégorie, le retour à l'industrie, solution moins satisfaisante du point de vue hygiénique, mais plus conforme aux conditions économiques actuelles, parce qu'elle offre des situations mieux rémunérées. Gagnant davantage, ces anciens malades peuvent mieux se procurer les conditions favorables à leur santé. Bien entendu, il ne saurait être question que de certaines branches spéciales de l'industrie, telles que la métallurgie légère, la mécanique de précision (horlogerie), etc... MM. Lelong et Meyer, d'Hauteville, ont, tout récemment proposé l'utilisation de ces tuberculeux guéris ou stabilisés dans certaines industries de la Défense nationale : celles-ci forment, écrivent ces auteurs, un secteur particulièrement privilégié dans l'économie actuelle, où non seulement aucun chômage n'est en perspective, mais encore où se fait sentir une activité accrue, qui aura pour conséquence un besoin de plus en plus marqué d'ouvriers qualifiés et d'outillages perfectionnés. Or c'est précisément ce genre de travail, hautement mécanisé, dans lequel les efforts physiques sont de plus en plus réduits, qui convient à des tuberculeux stabilisés ou guéris. Dans ces usines, pour la plupart nationalisées, les organismes d'assurances et d'assistance doivent, semble-t-il, plus facilement aider ces anciens malades en leur faisant obtenir des emplois réservés. Enfin, ajoutent MM. Lelong et Meyer, leur maintien en temps de guerre dans ces usines libérerait autant d'hommes valides, aptes au service militaire actif, et la récupération ainsi réalisée ne serait pas négligeable.

Ce reclassement social des anciens tuberculeux n'est possible que sous plusieurs conditions, dont la première est l'apprentissage ou la réadaptation au sanatorium. C'est au sanatorium lui-même qu'il faut préparer cette réadaptation au travail, en créant des sections agricoles et des sections industrielles, sortes d'ateliers-écoles, fonctionnant sous le contrôle médical. Le médecin de sanatorium est seul à même de bien connaître les possibilités de travail de ses malades ; le travail doit pouvoir être dosé, augmenté ou diminué, suivant le résultat d'examens réguliers portant sur le poids, la température, les réactions du pouls, la vitesse de sédimentation globulaire, etc.

Le but social de ces sanatoriums-écoles se double d'avantages d'ordre moral (Parodi) : en même temps qu'elle empêche la perte des aptitudes professionnelles ou la perte de la capacité ouvrière tout court, cette organisation combattrait l'oisiveté prolongée, source fréquente d'indiscipline ; elle combattrait chez les malades la démoralisation en leur rendant confiance dans leurs moyens, surtout si le travail reçoit le stimulant d'une juste rémunération.

Il est inutile d'insister sur la différence fondamentale qui sépare cette conception de celle de Paterson sur la cure par le travail. D'après Paterson, l'effort musculaire était capable de créer des processus immunisants à l'égard des toxines tuberculeuses, de véritables antidotes spécifiques, applicables même aux tuberculeux en activité évolutive. La théorie de Paterson a fait faillite : il ne s'agit pas d'une action médicale directe par le travail, mais d'une orientation professionnelle maintenant éveillée la capacité de travail chez ces tuberculeux curables et favorisant la reprise d'un métier au moment de la sortie du sanatorium (Parodi).

Malheureusement, la mise en pratique, en France, de cette conception s'est heurtée jusqu'ici à deux écueils, justement signalés par l'un de ses meilleurs protagonistes, G. Roux : c'est la mauvaise volonté des malades, et l'inertie des Pouvoirs publics.

Certains malades refusent le travail, alléguant qu'ils sont venus au sanatorium pour se soigner, et non pour travailler. D'autres, et ils sont nombreux, l'acceptent avec nonchalance, dans le double but d'échapper aux rigueurs de la cure hygiéno-diététique, et d'obtenir un certificat de reprise de travail qui leur permettra à leur sortie de s'inscrire comme chômeur et de toucher l'allocation de chômage.

C'est aux Pouvoirs publics de réprimer ces abus. Faute de consécration officielle, l'initiative, si encourageante cependant, du Docteur Roux au sanatorium de Campagne n'a pas été viable.

Ce qui a été possible à l'étranger, et notamment en Amérique, en Hollande, en Suisse (clinique-manufacture du Docteur Rollier à Leysin), en Italie (école professionnelle de Camerlata), en Belgique (Marcinelles), doit pouvoir l'être en France. Les fructueux efforts du Docteur Roux, réédités au sanatorium de Mardor, le prouvent. Le premier rôle des Pouvoirs publics est donc d'organiser dans les sanatoriums publics des Centres de réadaptation du travail et de contraindre les convalescents tuberculeux à les fréquenter

Mais leur rôle doit être aussi d'assurer l'assistance post-sanatoriale. Nous ne pouvons ici qu'énumérer, sous forme de vœux, les modalités d'action de l'Etat dans le reclassement social des tuberculeux :

A) Favoriser le recrutement du personnel des sanatoriums et hôpitaux sanatoriums parmi les anciens malades. Abolir certains règlement issus de préjugés ou de conceptions erronnées, en vertu desquels les Commissions administratives n'embauchent dans les services de tuberculeux que des sujets neufs et écartent systématiquement les tuberculeux stabilisés ou guéris.

En attendant, l'essai de menues occupations serait intéressant à réaliser dans les établissements hospitaliers quand les malades s'y prêtent; mais les tentatives se heurtent à la fois aux risques des responsabilités qu'ont les «employeurs» en cas d'accident, et à l'incompréhension de certaines administrations lorsque les frais d'hospitalisation leur incombent. Nous avons vu un Conseil municipal voter la radiation des listes de l'Assistance médicale gratuite d'une jeune fille indigente, sous prétexte qu'elle était devenue employée des hospices : pour vérifier ses forces et sa stabilité thermique, elle aidait depuis quelques jours la sœur surveillante à mettre la table et à arroser quelques pots de fleurs; il fut très difficile de faire annuler cette décision.

B) Encourager et subventionner les entreprises privées qui, telle la ligue pour la réadaptation des diminués physiques ou le centre de rééducation de Plappeville, près de Metz, ont pour but la rééducation des tuberculeux à la sortie du sanatorium. Ainsi pourraient être créés dans les centres industriels, avec la collaboration patronale et syndicale, de petits ateliers de travail et d'apprentissage, où une surveillance médicale étroite serait réalisée par les soins de l'Office d'hygiène sociale.

C) Créer des offices de placement pour les petits emplois intellectuels (employés de bureau, etc.). Sans doute, des initiatives privées, des amicales d'anciens malades, des cours gratuits par correspondance (Cours Auxilia) cherchent à réaliser ces desiderata et souvent y réussissent, mais ce ne sont là qu'efforts parcellaires et dispersés. Pour l'artisanat, participer aux frais de premier établissement par l'attribution d'allocations spéciales ou de prêts remboursables, comme cela se pratique en Norvège.

D) Pour les emplois industriels, élaborer un statut déterminant les conditions spéciales d'embauchage et de travail des tuberculeux guéris ou stabilisés et déjà rééduqués : offices de placement, création d'emplois réservés, réglementation des heures de travail et du genre de travail, surveillance médicale obligatoire.

E) Pour certaines catégories de malades, enfin, les tuberculeux stabilisés avec séquelles actives par intermittences, création de villages-sanatoriums du type agricole comme à Herrnprotsch, ou industriel comme à Papworth (les critiques auxquelles Clairvivre a pu donner lieu n'enlèvent rien de sa valeur auprincipe de ces collectivités), ou d'ateliers suburbains pour tuberculeux avec logements-sanatoriums à proximité.

Telles sont les conditions du reclassement social des tuberculeux. Il reste beaucoup à faire, comme on le voit. Mais les résultats obtenus dans certaines grandes administrations, comme la Société nationale des chemins de fer français, au point de vue du réemploi et de la surveillance post-sanatoriale des tuberculeux, montrent que ces conditions ne sont pas irréalisables ni vaines. Sans doute tout n'a-t-il pas été dit et faut-il aussi envisager l'éducation psychologique des employeurs et des employés. C'est là affaire de longue haleine. Mais si l'on songe aux fréquentes rechutes qu'entraîne l'absence de directives médico-sociales chez les malades sortis du sanatorium, on conviendra que ce problème n'est pas un des moins pressants parmi ceux de la lutte antituberculeuse.

QUELQUES RÉFÉRENCES :

Professeur F. Parodi. — Le travail dans les sanatoriums. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale de Passy*, n° 5, nov. 1936, p. 153.

Docteur Roux. — La réadaptation du tuberculeux à la vie normale. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale de Passy*, n° 5, nov. 1936, p. 165.

P. Luton et J. Renard. — La reprise du travail chez le tuberculeux pulmonaire guéri ou stabilisé. Congrès de l'Association des médecins-Conseils, Nancy, juin 1938.

Docteur Warnery. — Réadaptation, rééducation, récupération des tuberculeux pulmonaires. *Revue de la tuberculose*, n° 9, nov. 1938.

J.-Ph. Lelong et L. Meyer. — De l'utilisation des tuberculeux guéris ou stabilisés dans certaines industries de la défense nationale. *Revue de la tuberculose*, n° 10, décembre 1938.

Docteur Pellier. — L'union régionale et la réadaptation des tuberculeux pulmonaires. *Le Médecin-Conseil*, n° 56, février 1939.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Extrait des procès-verbaux du Conseil d'administration

Au cours de sa Réunion du 28 mars 1939, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

13.697 Ardoin, Vautebis (Deux-Sèvres). Syndicat Médical des Deux-Sèvres.
13.698 Barbe, 21, rue Lacépède, Marseille (Bouches-du-Rhône). Syndicat médical des Bouches-du-Rhône.
13.699 Batail, 39, avenue Kléber, Paris (XVIe). Parrains : Docteurs Cochez et Padovani.
13.700 Bereni, Vitry (Seine). Syndicat de Vitry.
13.701 Bordier, Amiens (Somme). Parrains : Docteurs Hetroy et Cappelle.
13.702 Bouchara, Joinville-le-Pont (Seine). Syndicat Banlieue Est et Sud.
13.703 Boucheron, Evreux (Eure). Syndicat de l'arrondissement d'Evreux.
13.704 Cahour, Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord). Parrains : Docteurs Leuret et Le Foll.
13.705 Chabaud, Marines (Seine-et-Oise). Syndicat médical de Seine-et-Oise.
13.706 Chatonet, Lesparre (Gironde). Syndicat médical du Médoc.
13.707 Chevalerias, 101, avenue du Maine, Paris (XIVe). Association des médecins du département de la Seine.
13.708 Despons, 71, rue Saint-Genès, Bordeaux (Gironde). Syndicat professionnel des médecins Bordelais.
13.709 Dubuc, Pauillac (Gironde). Parrains : Docteurs Flurian et Rascol.
13.710 Fievet, Iwuy (Nord). Parrains : Docteurs Leprêtre et Baly.
13.711 Guericolas, Saint-Chamond (Loire). Parrains : Docteurs Cochet et Metafiot.
13.712 Habrekort, Vanves (Seine). Parrains : Docteurs Arthur et Jean Lucas.
13.713 Harbonnier, Valenciennes (Nord). Syndicat médical de Valenciennes.
13.714 Jotly, Ivry (Seine). Syndicat de la Banlieue Est et Sud.
13.715 Kaplan, 11, avenue Carnot, Paris (XVIIe). Parrains : Docteurs Kaplan et Boudin.
13.716 Le Huede, Hennebont (Morbihan). Syndicat de Lorient.
13.717 Manieux, Tournus (Saône-et-Loire). Président du Syndicat des médecins de l'arrondissement de Macon.
13.718 Millet, Carcassonne (Aude). Parrains : Docteurs Giron et Cathala.
13.719 Olbinski, Suresnes (Seine). Parrains : Docteurs Weissenbach et Soupault.
13.720 Ollivier, Saint-Denis (Seine). Parrains : Docteurs Archambaud et Vaslin.
13.721 Roustan, 29, place Jean Jaurès, Marseille. Syndicat des médecins de Marseille.
13.722 Soustelle, 65, boulevard de la Part-Dieu, Lyon (Rhône). Association française de chirurgie.
13.723 Van costenoble, La Gorgue (Nord). Syndicat de l'arrondissement de Hazebrouck.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours suivant la présente publication (art. 5 des statuts).

Le Docteur O. a été appelé à donner ses soins à une femme atteinte de fracture de la jambe gauche au quart supérieur. La fracture a été correctement réduite et consolidée, mais, pendant l'immobilisation, le genou s'est ankylosé, de telle sorte que la malade ne peut s'en servir. A l'envoi de la note, le mari a répondu par des grossièretés et un refus catégorique de payer.

Le Conseil décide de faire bénéficier le Dr O. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Docteur G. a donné ses soins à un enfant atteint de tuberculose, qui est décédé. Les parents, qui avaient payé une première note, refusent de payer la seconde, s'élevant à 470 francs, en prétendant le rendre responsable du décès.

Le Conseil décide de le faire bénéficier de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Docteur E. a fait signer à l'un de ses clients, qui devait quitter le pays, une reconnaissance de dette de 540 francs, montant des honoraires qu'il lui devait. Mais il refuse de s'acquitter, malgré l'intervention d'un avoué.

Le Conseil décide de faire bénéficier le Docteur E. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour poursuivre le recouvrement de la créance.

Le Docteur G. a changé de domicile en cours d'année et a été imposé à la patente pour son nouveau domicile sans qu'il ait été tenu compte de la patente qu'il avait déjà payée à son ancien domicile.

Suivant l'avis de M. Martinot, le Conseil décide de le faire bénéficier de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour présenter au Directeur des Contributions directes, une demande en dégrèvement partiel de la seconde patente.

Le Docteur V. a été appelé en 1936 à examiner une jeune femme qui était enceinte et qui avait un fibrome. Après une fausse couche et un curetage, une opération plus complète a dû être faite par un chirurgien. Depuis lors, la malade et son mari refusent de payer ses honoraires (2.000 francs), en prétendant qu'il aurait commis une faute professionnelle, dont ils ne précisent pas la nature.

Le Conseil décide de faire bénéficier le Docteur V. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Docteur T. a examiné, en janvier 1938, un pensionné pour une maladie sans rapport avec le motif de la réforme, puis lui a fait, par la suite, trois visites pour la maladie ayant motivé la pension. Pour ces trois visites, il s'est fait payer par le Service des soins aux pensionnés de guerre. Mais le malade refuse de payer le prix de la première visite (40 francs), sous prétexte que le Docteur T. aurait été payé par le Service des soins aux pensionnés de guerre. Malgré la modicité de la somme, le Docteur T. désire poursuivre l'affaire en justice.

Le Conseil décide de le faire bénéficier à cet effet de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue.

Le Docteur B. ayant donné ses soins à la victime d'un accident du travail, a présenté sa note d'honoraires à l'Assurance du patron. La Compagnie a refusé de payer, en prétendant qu'un jugement de paix l'avait obligée de régler au blessé lui-même les frais médicaux en même temps que le demi-salaire.

Le Conseil, considérant que la Compagnie a mal payé, décide de faire bénéficier le Docteur B. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires contre le patron du blessé.

Le Docteur D. a été appelé à donner ses soins à un jeune homme qui avait été victime d'un grave accident dans une scierie et dont le père, directeur de cette scierie, avait déclaré l'accident comme accident du travail. Actuellement, la Société chef de l'entreprise et son Assurance contestent leur responsabilité et refusent de payer.

Une démarche amiable auprès de la Compagnie étant demeurée infructueuse, le Conseil décide de faire bénéficier le Docteur D. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires contre le père du blessé.

Le Docteur B. a donné ses soins, au cours de l'année 1938, à un jeune homme, qui avait été victime d'un accident d'automobile. Les honoraires s'élevant à 555 francs, ont été compris dans l'indemnité reçue par le blessé. Après avoir pris l'engagement écrit de payer son médecin, le débiteur refuse de s'acquitter.

Le Conseil décide de faire bénéficier le Docteur B. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires contre son client.

Le Docteur Y. ayant fait à une cliente une injection sous-cutanée, la cliente prétend le rendre responsable d'un abcès qui s'est formé au niveau de la piqûre et qui a nécessité une intervention chirurgicale.

Le Conseil estime que la responsabilité du Docteur Y. n'est pas engagée et décide de le faire bénéficier éventuellement de l'appui et de la garantie de la Ligue pour le cas où une action judiciaire lui serait intentée.

Le Docteur Z. ayant appliqué à une malade un traitement par injections intramusculaires, un abcès s'est formé qu'il a lui-même incisé et drainé. La malade refuse de payer les frais de ce dernier traitement, qui s'élèvent à 350 francs.

Le Conseil décide de faire bénéficier le Docteur Z. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour en poursuivre le recouvrement et éventuellement de la garantie de la responsabilité.

Le Docteur R. est en conflit avec une Compagnie d'assurances qui prétend réduire de 333 à 237 francs, une note d'honoraires accidents, sous prétexte que le blessé aurait dû se rendre à sa consultation.

Le Docteur R. maintenant que le blessé ne pouvait se déplacer, le Conseil décide de le faire bénéficier de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour porter l'affaire devant la Commission d'arbitrage.

Le Docteur G. demande l'appui pour recouvrer une somme de 300 francs lui restant due sur une note de 600 francs, pour opération des amygdales et des végétations sur un enfant, contre un assuré social, qui refuse de payer, en prétendant que la Caisse lui aurait déclaré que la somme demandée était excessive.

Le Conseil décide de faire bénéficier le Docteur G. de l'appui qu'il demande.

Le Docteur A. a donné ses soins à une femme dans le besoin et qui était hébergée tour à tour par ses enfants. Il a assigné ceux-ci, après le décès de la malade, suivant les conseils qui lui ont été donnés par la Ligue et demande maintenant l'appui pour soutenir l'action qu'il a engagée.

Le Conseil décide de le faire bénéficier de cet appui.

Le Docteur P. a donné ses soins en 1934 à la victime d'un accident d'automobile et a fait pratiquer une opposition pour sûreté de ses honoraires s'élevant à 9.950 francs, entre les mains de l'Assurance de l'auteur de l'accident.

Cette opposition étant irrégulière et devant être renouvelée pour être valable, le Conseil décide de faire bénéficier la succession du Docteur P. décédé depuis, de l'appui de la Ligue pour faire la procédure utile.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ FAMILIALE

■ ■ ■

La morbidité dans le Corps médical

Dire et ressasser aux médecins qu'ils sont de la même argile humaine que leurs clients et que, si satisfaits soient-ils de leur santé, ils peuvent, du jour au lendemain, choir dans la triste légion des égrotants, c'est proférer, certes, une indiscutable vérité.

Mais elle a, cette prophétie à la Cassandre, un si banal aspect de lien commun que nul ne s'y arrête et que le lecteur l'accueille avec le sourire entendu qui signifie « Parle toujours, mon bonhomme ; d'ici deux minutes, tu vas me faire des offres de service ».

Tel est, en effet, mon dessein, et je ne m'en cache pas. Mais quittant le ton des homélies coutumières je m'en vais, pour une fois, parler chiffres et étaler des statistiques.

Car la Mutualité Familiale commence à devenir une personne d'âge mûr et, par conséquent, d'expérience. Ses seuls dossiers lui ont permis de se livrer à un examen précis de la morbidité dans le Corps médical. Les chiffres que je vais citer sont empruntés à un travail accompli, il y a déjà une dizaine d'années, par mon distingué prédécesseur au secrétariat général, le Docteur H. Mignon. Véritable travail de bénédictin, dont il sied de remercier l'auteur : il a dû compulser des milliers de fiches, classer des milliers de dossiers, se livrer aux ingrates rigueurs du calcul. Mais enfin, il est parvenu à des conclusions dont les éléments ont été empruntés uniquement à la morbidité médicale. Il s'agit de médecins en pleine activité professionnelle, dissimulés par tout le territoire, et observés pendant une période de trente ans.

Le seul correctif à noter est que, ayant subi l'examen d'entrée dans la Société, ils constituent, du point de vue santé, une sorte d'élite sélectionnée déjà.

C'est la grippe qui est, et de loin, le plus redoutable ennemi du Corps médical. Viennent ensuite les maladies des voies respiratoires (pourquoi diable sortons-nous la nuit ?) et les infections localisées telles que furoncles, panaris et autres séquelles de piqûres anatomiques.

Moins fréquentes, mais longues et mineuses pour les budgets (le nôtre, en l'espèce et celui des confrères qui ne sont pas assurés) sont : les cardiopathies, la tuberculose, les maladies organiques du système nerveux, les maladies mentales, la goutte et le rhumatisme.

Rares sont les streptococcies, les maladies typhiques et colibacillaires, les maladies éruptives, les cirrhoses (nous sommes sobres !) et, réjouissez-vous, confrères, les cancers.

Par contre, les accidents sont légion chez nous : nous sommes de grandes victimes de l'automobile et aussi, curiosité, des escaliers au long desquels nous collectionnons fractures, luxations et entorses (que serait-ce si nous n'étions pas sobres ?).

C'est de 40 à 50 ans que nous avons le plus de chances de tomber malades, à 50 ans que notre maladie sera la plus longue. A partir de 60 ans, la vieillesse aidant, la morbidité s'accroît d'une façon vertigineuse.

Les statistiques du Docteur H. Mignon comportent quelques précisions sur les influences locales, qui ne peuvent manquer d'intéresser les médecins français.

Les maladies des voies respiratoires sont plus fréquentes dans la région froide de l'Est et les régions humides de l'Ouest ; la région privilégiée à ce point de vue est limitée au Nord par le plateau central et au midi par la Garonne.

Paris est le grand centre producteur de psychopathies. Une fois de plus la ville est prise en flagrant délit. Avis aux jeunes qui cherchent éperdument à venir y vivre.

La goutte est fréquente dans le Nord. Par contre, il n'en a pas été noté un seul cas en Bourgogne. Boirait-on plus de bourgogne à Lille qu'à Dijon ?

Enfin il semble (mais le Docteur Mignon transcrit le fait sous toutes réserves) que la morbidité dans le monde médical soit plus forte dans la région Nord et Ouest, au climat maritime que dans le Centre, le Sud-Est et les pays de montagne.

Et maintenant, confrères, à vous d'évaluer vos risques et d'examiner si vous préférez les courir vous-mêmes ou nous les donner en charge.

G. Lavalée.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— Congrès international des hôpitaux. — Le Congrès de l'Association internationale des hôpitaux se tiendra à Toronto, Canada, en septembre 1939.

Il y sera traité aussi bien des questions matérielles, telles que architecture hospitalière, hygiène, alimentation, etc., que des sujets financiers et administratifs. D'autre part, les congressistes visiteront les hôpitaux les plus modernes du Canada et des Etats-Unis.

Pour permettre aux délégués européens de se connaître déjà avant l'arrivée à Toronto et de voyager sur le même bateau, le paquebot *Duchess of Atholl*, 20,000 tonnes, de la flotte du Canadian Pacific appareillera de Liverpool le 8 septembre prochain. Les congressistes visiteront les hôpitaux de Québec et de Montréal, et un programme touristique est également prévu dans ces deux villes, puis un séjour de cinq jours à Toronto leur permettra d'assister aux sessions de l'Association internationale des hôpitaux qui se tiendront à l'Hôtel Royal York.

Le Congrès ayant terminé ses travaux, les délégués pourront à leur choix revenir en Europe par New-York, après avoir visité les Chutes du Niagara, Buffalo, et l'exposition mondiale, ou, s'ils le désirent, séjourner un peu plus longtemps en Amérique.

S'adresser à M. A.-V. Clark, administrateur délégué du Canadian Pacific, 24, boulevard des Capucines, pour tous renseignements concernant l'organisation du voyage.

— Premier Congrès international de biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports (Bruxelles, 9 au 12 juillet 1939). — Ce Congrès coïncidera avec la réunion à Bruxelles de l'Association internationale médico-sportive

Programme provisoire. — Dimanche 9 juillet : 10 h. 30 : Rapport du Professeur Bigwood, professeur de chimie biologique à l'Université de Bruxelles, et Grégoire : « Rôle de l'alimentation dans le rendement du travail musculaire ». — Séance de la Fédération internationale. Visite de la ville. — Visite de l'Institut d'éducation physique de l'Université de Bruxelles (Fondation H.-E. Andriesse) et du Laboratoire d'éducation physique « Fondation Pro Juventute ».

Lundi 10 juillet : Démonstration de gymnastique éducative par les élèves de l'Institut militaire d'éducation physique. — Séance à l'Université de Louvain. Rapport du Prof. Bouckaert, professeur à l'Université de Louvain : « Physiologie de la contraction musculaire ». — Visite du laboratoire de physiologie appliquée et démonstrations, par le Professeur Bouckaert et ses élèves.

Mardi 11 juillet : Départ pour Gand (autocar). — Séance à l'Université de Gand. Rapport du Prof. Heymans, professeur de pharmacodynamie de l'Université de Gand : « Travail musculaire et circulation sanguine ». — Visite de l'Institut du Prof. Heymans, et démonstrations. — Retour à Bruxelles. — Visite du sporting club Anderlechtois. Cabinet médico-sportif. Démonstration d'une leçon d'entraînement de football.

Mercredi 12 juillet : Départ pour Liège. — Séance à l'Institut d'éducation physique. Rapport du Prof. Brouha, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université de Liége : « Mécanismes physiologiques pendant l'entraînement ». — Démonstration d'un laboratoire de contrôle sportif. Professeurs Vandervael et Brouha. — Visite de l'Exposition de l'Eau. Retour facultatif à Bruxelles. Banquet de clôture.

Conditions générales. — Inscription au secrétariat, 96, avenue Paul Janson à Bruxelles.

Cotisation donnant droit à un exemplaire de la publication des rapports, tous les déplacements payés en autocar : 200 francs.

Inscription et voyages en autocar pour dames accompagnant en qualité de membres associés : 125 francs.

— Une statistique internationale des accidents. — L'Institut de médecine légale de Berne vient d'établir une statistique des accidents d'automobiles calculés par rapport au nombre d'automobiles en circulation. Ses recherches ont porté sur sept pays. Nous regrettons que la France ne soit pas comprise dans cette étude, car nous savons que le pourcentage des accidents y est plutôt moins élevé que dans d'autres contrées.

Le nombre de personnes tuées pour 10.000 autos en circulation est de 12,5 pour le Danemark, 13,6 pour les Etats-Unis, 30,6 pour l'Angleterre, 36,5 pour la Belgique, 46,6 pour l'Allemagne, 50 pour la Suisse et 59,4 pour l'Italie. (*U. N. A. T.*, mars-avril 1939).

— Statistique des diplômes d'État de docteur en médecine. — Le nombre des diplômes d'État de docteur en médecine délivrés par les Facultés françaises pendant les onze dernières années scolaires est le suivant :

1927-1928 :	901.		
1928-1929 :	965,	soit	64 en plus.
1929-1930 :	1.052,	soit	87 en plus.
1930-1931 :	1.120,	soit	68 en plus.
1931-1932 :	1.123,	soit	3 en plus.
1932-1933 :	1.293,	soit	170 en plus.
1933-1934 :	1.464,	soit	171 en plus.
1934-1935 :	1.579,	soit	115 en plus.
1935-1936 :	1.495,	*soit*	84 *en moins.*
1936-1937 :	1.545,	soit	50 en plus.
1937-1938 :	1.393,	*soit*	152 *en moins.*

— La lutte contre les rats en Birmanie. — La nourriture principale des Carians de Birmanie est le riz. La plante pousse sur le flanc des montagnes où les pluies continuelles de mai à octobre rendent le terrain suffisamment humide.

Les oiseaux, les cochons sauvages et les poules sont les ennemis des paysans mais l'ennemi public « numéro un » est le rat. En troupes nombreuses, les rongeurs s'installent dans les rizières et en quelques heures les détruisent. Toujours dangereuses, leurs attaques deviennent un véritable fléau tous les cinquante ans quand fleurissent les bambous. L'armée des rats devient alors importante et pendant trois ans ils dévorent les bambous et le riz. Quand les bambous sont détruits l'armée se retire et émigre.

Un missionnaire des Missions étrangères de Milan, ayant vécu dans un village carian de Yoma, déclare avoir vu des forêts entières de bambous détruites en peu de temps. Les populations qui ont pendant trois ans souffert du fléau meurent de faim. Il faudrait leur enseigner les moyens de lutter contre leur ennemi, le rat. (Agence Fides.)

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

2.316. — Intoxication par un vernis gras. Maladie professionnelle

Une Assurance me prie de contrôler un malade atteint de troubles digestifs, coliques et vomissements, qui se dit atteint d'intoxications par le vernis gras. Ce malade a été soigné par son médecin traitant en juin 1938 pour les mêmes symptômes, l'Assurance actuelle a accepté l'origine, il a été de nouveau soigné pour la même raison d'octobre en janvier dernier.

Sur la demande de l'Assurance, l'établissement employeur n'a pas remis l'ouvrier au même travail, il ne fait plus de pistolet, mais uniquement du pinceau, c'est dire qu'il ne travaille plus dans le même atmosphère.

Les mêmes troubles se reproduisant et le médecin diagnostiquant rechute d'intoxication, vous serait-il possible de me conseiller dans ce contrôle qui me paraît difficile.

Dr D.

Réponse

Nous avons soumis cette lettre à un médecin très compétent en médecine légale qui désire conserver l'anonymat et en avons reçu la réponse suivante :

Pour qu'une maladie soit indemnisable au titre de la loi sur les maladies professionnelles, il faut :

1° Qu'elle ait son origine dans l'action d'un des agents nocifs nominativement désignés par les lois des 25 octobre 1919 et 1er janvier 1931 et décrets ultérieurs ;

2° Que les troubles répondent à l'une des affections inscrites au titre de cet agent nocif ;

3° Que l'ouvrier ait travaillé habituellement depuis moins d'un certain délai (variable suivant les agents nocifs, mais, en général d'un an) dans une des professions assujetties au titre de cet agent nocif.

Le médecin-contrôleur devra vérifier si ces trois conditions sont bien remplies.

Les agents nocifs pouvant donner lieu à indemnisation sont actuellement : le plomb, le mercure, le tétrachloréthane, la benzine (C^6H^6) et homologues (c'est-à-dire toluène et xylènes) ; le phosphore blanc ; les rayons X et les substances radio-actives ; les ciments, la trichloronaphtaline ; le bichromate de potassium ; enfin le tétanos et la spirochétose ictéro-hémorragique des égoutiers.

Cette liste a été augmentée par le décret du 9 décembre 1938, mais celui-ci n'entrera en application que le 14 juin 1939.

Votre correspondant parle d'une « *intoxication par le vernis gras* ».

Les vernis gras sont préparés en dissolvant une résine fondue dans des huiles cuites, ou bien en ajoutant, au cours de la cuisson, de l'huile et,

en même temps que les combinaisons métalliques, les corps colorants et la résine fondue. Au mélange refroidi on ajoute, selon les besoins, les diluants nécessaires.

La composition des vernis varie suivant la nature du solvant ou des substances dissoutes ou leur emploi.

Suivant le solvant, on classe les vernis en :
— vernis à l'alcool ou vernis à la laque ;
— vernis à l'essence de térébenthine ;
— *vernis à l'huile ou gras* (voir plus haut) ;
— vernis divers (à l'éther, au chloroforme, à l'acétone, à l'acétate d'amyle, au sulfure de carbone, au goudron, au bitume, etc.).

Il est regrettable que votre correspondant, étant donné surtout qu'il s'agit d'une rechute d'une maladie professionnelle indemnisée, ne donne aucune précision sur l'agent nocif au titre duquel la maladie initiale a été indemnisée.

En l'absence de ce renseignement *indispensable*, on est conduit à supposer qu'il a pu s'agir de « benzine » ajoutée au « vernis gras » comme diluant, d'autant plus que votre correspondant parle « de troubles digestifs, coliques et vomissements » et que parmi les maladies benziniques indemnisables figurent les « troubles gastro-intestinaux accompagnés de vomissements à répétition ».

Il s'agit là de troubles qui, habituellement, guérissent sans séquelles.

Votre correspondant précise que les premiers accidents de cet ordre sont survenus en juin 1938, où leur indemnisation a été admise. A ce moment, l'ouvrier appliquait le vernis « au pistolet ». Sur la demande de la Compagnie, l'ouvrier n'effectuerait plus le travail au pistolet, mais au pinceau et cependant, il aurait à nouveau été soigné d'octobre 1938 à janvier 1939 et il semble que ce soit cette rechute qui soit discutée (le texte de la lettre est imprécis et obscur).

Le médecin-contrôleur devra tenir compte qu'à produit analogue, la peinture au pistolet est incontestablement plus dangereuse que la peinture au pinceau, si l'ouvrier n'a pas de masque, en raison du nuage que détermine la peinture au pistolet ; mais si le produit employé est nocif, la peinture au pinceau n'en garde pas moins la possibilité d'être nocive surtout s'il s'agit d'un sujet présentant une idiosyncrasie constitutionnelle au produit en cause, ou une *sensibilisation acquise à ce produit du fait de la première atteinte.*

De cet exposé, il résulte que, dans le cas actuel, le médecin-contrôleur devra :

1° S'informer du produit incriminé et rechercher, au besoin par analyse d'un échantillon, s'il contient un des agents nocifs assujettis actuellement à la loi. Dans la négative, la maladie n'est pas indemnisable ;

2° S'informer si l'ouvrier travaille bien *habi-*

tuellement dans une profession assujettie (le vérifier sur le tableau annexé à la loi) ;

3° Vérifier si les troubles accusés rentrent bien dans le cadre de l'une des maladies assujetties (le vérifier sur le tableau annexé à la loi).

Dans l'affirmative, le médecin-contrôleur ne perdra pas de vue que l'ouvrier jouit de la *présomption légale d'origine*, c'est-à-dire doit être indemnisé à moins que la preuve *formelle* puisse être produite que les troubles accusés ne sont pas imputables à l'agent nocif incriminé.

Je regrette, en raison du vague de la lettre de votre correspondant, de ne pouvoir répondre de façon plus précise au problème qu'il pose sans en donner les éléments indispensables. Je signale, cependant, pour le cas où il s'agirait de benzinisme, que la lésion la plus habituelle et la plus grave du benzinisme, est l'*anémie avec leucopénie et mononucléose*. Il serait donc utile de faire faire un hémogramme et de vérifier s'il n'existerait pas :

1° une anémie, condition nécessaire mais non suffisante, puisqu'il doit y avoir en outre ;

2° une leucopénie ;

3° une neutropénie.

Si l'examen de sang montrait de telles modifications, il y aurait lieu d'envisager un *changement de profession*, ou tout au moins la suppression de tout contact avec le benzène, car une telle anémie risque de s'aggraver et d'engendrer alors une affection grave qui les choses allant au mieux, entraînerait une incapacité temporaire de très longue durée. Ce serait donc un service à rendre à l'ouvrier et . . . à la Compagnie que d'attirer l'attention sur un tel trouble sanguin.

Je précise enfin, ou plutôt j'insiste sur le fait que « benzine » comme le précise la loi signifie « C^6H^6 » et vise donc plutôt les benzols extraits de la houille, que les « essences de pétrole » qui, le plus souvent ne contiennent pas de benzène.

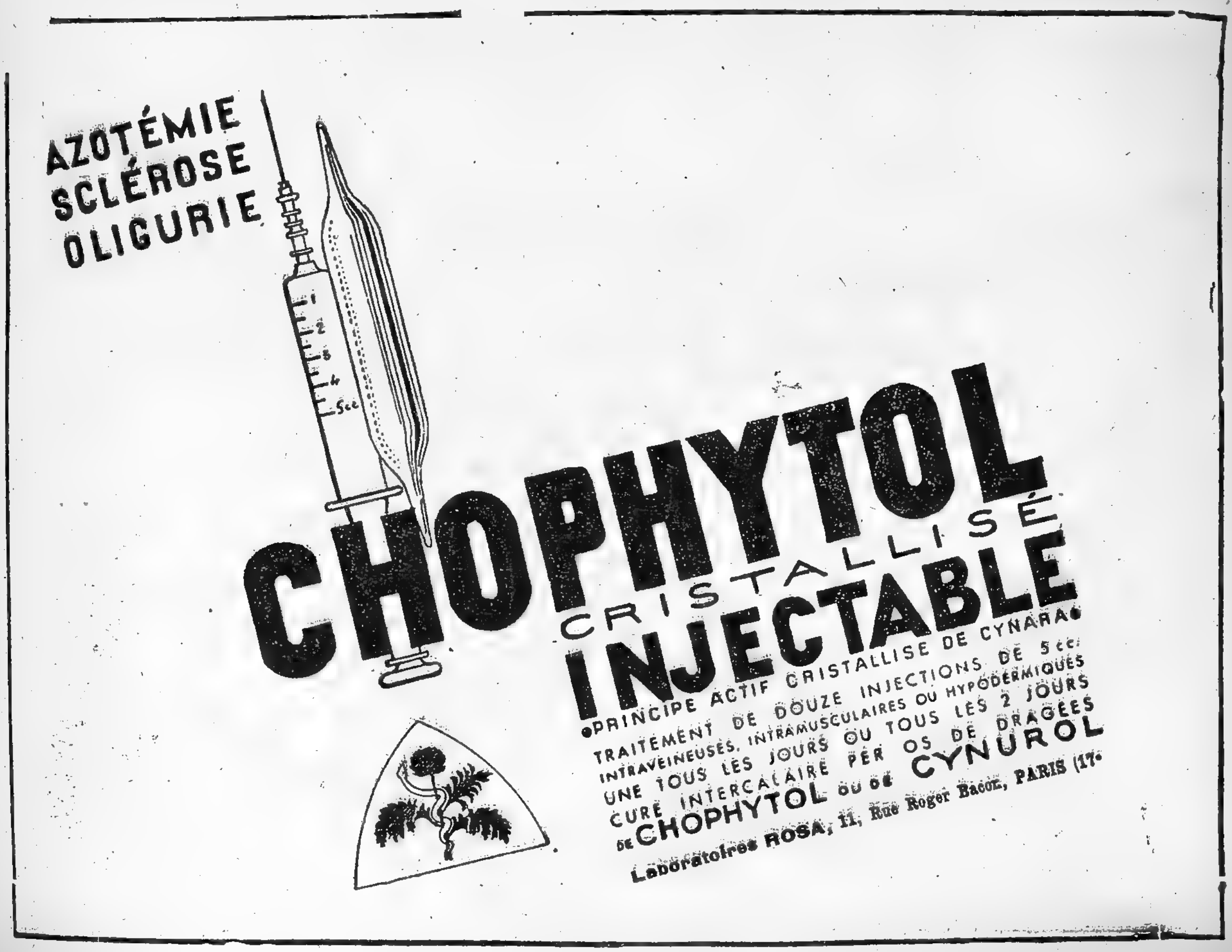
Cette distinction est capitale d'où la nécessité d'une analyse du produit orientée dans ce sens. C'est ainsi que les « troubles gastro-intestinaux avec vomissements à répétition » qui seraient dus à une essence non benzinique ne rentreraient pas dans le cadre de la loi, c'est-à-dire ne seraient pas indemnisables.

ASSURANCES SOCIALES

2.595. — Les prestations spéciales de deux ans sont-elles un droit pour l'assuré ?

Je vous prie d'avoir l'amabilité de me répondre si l'assuré A... a le droit au remboursement de ses frais médicaux.

Je le soigne avec du CyHg depuis mars 1937. La



dernière série fut faite en septembre 1938. La Caisse en refuse le remboursement. Dr L.

Réponse

Si nous comprenons bien il s'agit, en l'espèce, des prestations spéciales de deux ans prévues par l'art. 6, parag. 16 du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales. Aux termes de cet article, l'assuré ou l'ayant droit dont l'état nécessite des soins préventifs ou qui est atteint d'une maladie ne comportant pas cessation de travail reçoit s'il y a lieu, pendant une durée de deux ans au plus, des prestations spéciales dont le montant maximum et les conditions d'attribution sont fixés par le règlement intérieur de la Caisse.

Une controverse s'est élevée sur le point de savoir si ces prestations constituent véritablement un droit pour les assurés ou s'il ne s'agit que d'une faculté donnée par la loi aux Caisses et leur laissant le soin d'apprécier en toute liberté si elles doivent en user.

Une Circulaire du ministre du Travail en date du 27 janvier 1938 est venue déclarer que les prestations de l'art. 6, paragr. 16, tout en n'entrant pas dans la catégorie des avantages que les Caisses peuvent accorder sur leurs bonis n'ont pas d'autre part le caractère de prestations obligatoires, en ce sens que l'art. 6, paragr. 16, ne confère pas aux assurés sociaux un droit et qu'il laisse aux Caisses une certaine latitude pour l'octroi de ces prestations.

Aussi, si les Caisses ont l'obligation de prévoir ces prestations dans leur règlement, leur appartient-il de déterminer la mesure de leur intervention, d'énumérer si elles le jugent utile les différents cas la justifiant et d'apprécier dans chaque cas d'espèce si elles doivent ou non intervenir en tenant compte de leur situation financière au moment où elles sont saisies de la demande.

Mais, à notre avis, cette Circulaire méconnaît l'esprit du législateur et s'il est certain que les prestations spéciales ne doivent pas être délivrées automatiquement par le seul fait de la maladie comme les prestations ordinaires, il n'en reste pas moins qu'elles constituent, en principe, un droit de l'assuré du moment qu'il remplit les conditions légales (soins préventifs ou maladies n'exigeant pas l'arrêt du travail). S'il appartient aux Caisses d'examiner dans chaque cas, la mesure de leur intervention, leurs décisions n'en restent pas moins soumises au contrôle des juridictions instituées par le décret-loi sur les Assurances sociales. Elles ne peuvent opposer un refus de manière arbitraire ou par pur caprice.

Dans ces conditions, nous serions d'avis que votre client saisisse la Commission d'arrondissement dans les trois mois de la décision du refus

afin que la Commission examine le bien-fondé de la demande, soumette éventuellement à la Commission technique l'étude de l'état du malade et décide du bien ou du mal fondé des prétentions de l'assuré.

2.208. — Cotisations aux Assurances sociales pour gens de maison. Immatriculation des femmes de ménage

Par la voie d'un prochain *Concours*, puisque ceci peut intéresser beaucoup d'autres que moi, voudriez-vous me renseigner sur le taux des versements trimestriels à effectuer cette année, aux Assurances sociales, pour gens de maison, bonnes à tout faire, notamment ?

Il y a sans doute, comme les autres années, un forfait et pas de catégories. Combien faut-il verser à Paris, en banlieue, en province ?

Le médecin est parfois aussi interrogé pour le cas des femmes de ménage qu'il est appelé à soigner. Elles doivent se déclarer elles-mêmes ; beaucoup ne le font pas, parce qu'elles travaillent quelque peu dans plusieurs maisons et elles n'arrivent guère à se faire rembourser par les employeurs ; malgré la loi, c'est à prendre ou à laisser et elles n'ont entre elles, ni syndicat, ni entente de solidarité.

Elles gagnent peu, doivent se loger, se nourrir : sur quoi se baser pour établir ce qu'elles doivent payer ? Quel est le minimum mensuel exigé ?

La question devient d'importance maintenant en raison même de la future retraite des vieux et vieilles.

Dr F.

Réponse

Aucune modification n'a été apportée aux cotisations forfaitaires des Assurances sociales pour les gens de maison. En conséquence, les tarifs appliqués seront les mêmes en 1939 qu'en 1938.

En ce qui concerne les femmes de ménage, en vertu des parag. 4 et 5 de l'article 1er du décret-loi du 28 octobre 1935, leur immatriculation est à la charge de l'employeur lorsqu'il n'en existe qu'un seul.

Par contre, lorsque les femmes de ménage travaillent pour le compte de plusieurs employeurs ou ne travaillent pour le compte d'un même employeur qu'une seule fois ou par intermittence, l'immatriculation reste à la charge de ces salariées.

Dans les cas où les formalités incombent à l'assurée, l'employeur pour se justifier au regard du Service des Assurances sociales, doit lui faire signer une attestation par laquelle l'intéressée certifie appartenir aux catégories énumérées à l'article 1er, paragr. 5, et prendre à sa charge sa propre immatriculation.

QUESTIONS DIVERSES

2.375. — Conditions d'exercice de la propharmacie

Un médecin déjà installé dans une localité pourvue d'un confrère et d'un pharmacien a-t-il le droit d'installer en même temps dans une localité voisine dépourvue de médecin et de pharmacien un cabinet de consultations et d'y faire acte de médecin propharmacien ?

Devra-t-il payer alors une nouvelle patente ?

Dr M.

Réponse

Suivant l'art. 27 de la loi du 21 Germinal, an XI, sur l'exercice de la pharmacie, les médecins établis dans les bourgs, communes ou villages où il n'existe pas de pharmacien ayant officine ouverte, ont le droit de vendre des médicaments simples ou composés aux malades auprès desquels ils sont appelés et sans avoir eux-mêmes le droit de tenir officine ouverte. Tel est le seul texte qui régisse encore actuellement l'exercice de la propharmacie.

Aucune distance minima n'est imposée entre le domicile du médecin propharmacien et la plus proche officine de pharmacie. Pour qu'un médecin ait le droit de vendre des médicaments à ses clients, il faut et il suffit qu'il soit établi dans une commune où il n'existe aucun pharmacien, quand bien même sur le territoire d'une commune limitrophe existerait une ou plusieurs officines de pharmacie.

Mais, d'autre part, il est impossible pour tourner la loi qu'un médecin établi dans une commune où exerce un ou plusieurs pharmaciens aille ouvrir un cabinet de consultations dans une commune voisine dépourvue de pharmacien. Pour que ce médecin puisse valablement exercer la propharmacie dans cette commune, il est nécessaire qu'il y transporte en fait comme en droit son domicile.

Bien entendu et sous réserve de la légalité de ses agissements, le médecin visé dans votre lettre serait assujetti à une seconde patente pour le cabinet secondaire qu'il établirait dans la commune dépourvue de pharmacien.

FISCALITÉ

2.678. — Amortissement du prix d'achat des automobiles

J'avais compté amortir en cinq ans (3.000 francs annuellement) une voiture achetée en 1934 (février); sa valeur était de quinze mille francs nets (déduction faite du prix de reprise de la voiture usagée. Or, je reçois cet avis du Contrôleur des Contributions directes : « votre voiture a été amortie de 1934 à 1937 pour

12.000, sa valeur comptable est donc actuellement, de 3.000 francs. Cette valeur n'étant pas supérieure à la valeur réelle actuelle aucun amortissement ne peut être admis ».

Je trouve qu'il y a là un raisonnement faux, parce que :

1° Si ma voiture est accidentée ou brûlée, la voiture que j'achèterai sera à amortir de x francs + 3.000 non amortis.

2° Si je revends cette voiture 5.000 et que j'achète une voiture de 25.000 francs, la facture du vendeur portera 20.000 plus 5.000 francs de reprise, or, en réalité, la voiture m'aura coûté 23.000.

Que pensez-vous des deux raisonnements ?

Dr B.

Réponse

La voiture achetée 15.000 francs en 1934 et amortissable en cinq ans, ayant été amortie pour 12.000 francs jusque là devait effectivement faire l'objet d'un amortissement de 3.000 francs en 1938, sans que le Contrôleur ait qualité pour apprécier sa valeur actuelle.

Si elle est complètement amortie fin 1938 et si ultérieurement, lorsque vous la changerez, elle est reprise pour une valeur quelconque, par exemple 5.000 francs, vous devrez porter en recette sur votre livre-journal le montant de la reprise. Le prix total de la nouvelle voiture (25.000) sera amortissable en autant d'années que son service probable.

A. et S. Martinot,
Conseillers fiscaux

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

2.657. — Proposition pour le grade de médecin commandant

Je crois me souvenir avoir lu dans le *Concours*, il y a deux ou trois ans, mais je ne saurais la retrouver, l'information ci-après :

Pour être proposé, dans la réserve, au grade supérieur, il faut avoir, au maximum, deux ans de moins que l'âge auquel les officiers de l'active du grade pour lequel on serait proposé, sont admis à la retraite.

C'est-à-dire que, un médecin capitaine, pour être nommé médecin commandant, doit avoir moins de 54 ans, l'âge auquel les médecins commandants de l'active sont atteints par la limite et doivent prendre leur retraite étant 56 ans.

Ces dispositions sont-elles encore en vigueur ?

N'ont-elles pas été abrogées ?

Dr S.

Réponse

Ne sont proposables en 1939, pour le grade de médecin commandant de réserve, que les médecins capitaines, nés en 1898 ou années antérieures. (Circulaire ministérielle du 30 juillet 1938.)

LA DÉFENSE PROFESSIONNELLE DU MÉDECIN

par le SOU MÉDICAL

Plus de huit mille praticiens français sont membres de la Ligue médicale de Défense professionnelle, le « Sou Médical », et ce nombre s'accroît chaque jour. S'ils ont adhéré aussi nombreux à cette Société, c'est qu'elle est la seule capable de les défendre contre tous les risques professionnels, dont ils sont menacés dans l'exercice de la profession médicale, tout en prenant une part active à la défense générale des intérêts médicaux.

Le service juridique du « Sou Médical » compte six juristes, parmi lesquels un avocat à la Cour d'appel de Paris et un avocat à la Cour de cassation et au Conseil d'Etat. Une permanence fonctionne tous les jours au Secrétariat général de cette Société, pour recevoir les sociétaires, écouter l'exposé de leurs litiges, les conseiller dans les affaires courantes qui ne comportent aucune difficulté de solution, constituer leur dossier pour le soumettre aux avocats conseils, pour les affaires plus importantes.

Le « Sou Médical » possède une Réserve spéciale de garantie dotée de plus de deux millions de francs, afin de faire face, jusqu'à 150.000 francs, *en outre* des frais du procès, à toutes les demandes en dommages-intérêts motivées par la mise en cause de la responsabilité professionnelle de ses membres.

S'ils sont en même temps abonnés au *Concours Médical*, les membres de la Ligue bénéficient d'une couverture totale de **un million de francs**.

Pour être membre du « Sou Médical », il faut faire partie d'un Syndicat ou d'une Association médicale, ou être présenté par deux parrains déjà membres de cette Ligue.

La cotisation annuelle est de cent trente francs.

Les membres ne sont admis qu'après envoi de leur adhésion, payement de la cotisation, et publication au *Concours Médical*, n'ayant donné lieu à aucune protestation.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

"LE SOU MÉDICAL"

Siège social : **37, Rue de Bellefond, PARIS (9e)**

C. M. 5-39

BULLETIN D'ADHÉSION

Je soussigné (nom, prénoms, qualités) ____________________

médecin à ____________ *Rue* ____________ *Dépt* ____________

né le ____________ *à* ____________

reçu devant la Faculté de ____________ *le* ____________

membre de (1) ____________________

ou présenté par MM. (2) ____________________ *déclare*

adhérer à la Ligue médicale de défense professionnelle (LE SOU MÉDICAL)

J'envoie en même temps ma cotisation pour l'année 1939 (3) par (*) ____________

Je déclare, en outre, être déjà assuré contre la responsabilité civile à ____________

____________ *jusqu'à concurrence de* (4) ____________

et abonné au « *Concours Médical* » (5) *A* ____________, *le* ____________

SIGNATURE :

(1) Syndicat médical ou Association médicale.
(2) Deux confrères membres du Sou Médical.
(3) 130 fr. pour l'adhésion donnée du 1er Janvier au 31 Mars.
97 fr. 50 — — 1er Avril au 30 Juin.
65 fr. — — 1er Juillet au 30 Septembre.
32 fr. 50 — — 1er Octobre au 31 Décembre.
(4) En cas d'assurance antérieure, indiquer la ou les Compagnies, auxquelles l'adhérent est déjà assuré et la somme assurée.
(5) Rayer cette mention, s'il y a lieu.

(*) Envoyer ce Bulletin au Siège Social, 37, rue de Bellefond, Paris (3e), avec la cotisation, soit par chèque ou virement postal (*Sou Médical*, Paris 182-31), soit par mandat-poste ou chèque bancaire.

Soixante et unième année — N° 19 — 7 Mai 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.

Renseignements

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.



DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

N° 143. — Important labor. de spécial. pharmac. de Paris, cherche méd. suscept. d'apporter une collabor. limitée à 5 matinées de travail par semaine pour assurer liaison avec hôpitaux et occasionn. travail de rédaction.

N° 144. — A céder clinique de 15 lits (médec. chirurg. accouch.) à 15 km. de Paris.

N° 145. — Doct. prendr. pens. pour vacances à Carnac-Plage (Morbihan) enfants ou adultes. Ecr. Dr Desormeaux à Ayron (Vienne).

N° 146. — Médec. actif, médec. générale, anc. interne, non mobilisable, remplacer. en cas de conflit médec. mobilisé d'une importante ville du Centre.

N° 147. — Gironde. Cause repos, cherche chir. associé cath. franç. pour cession part. ou total. clinique orthop. et chirurg. Aff. sérieuse.

N° 148. — Banlieue Est. A vend. pavillon bien situé près gare, 7 p., tout confort, avec jardin clos de murs.

N° 149. — A céder après décès, dans excell. centre médic. de l'Ouest, import. client. méd. génér., ray. X. Prix raisonn. avec location belle et grande maison tout conf. en plein centre ville : 15.000 frs.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Seine. Urgent, import. client. à céd. prix intéress.

Seine-et-Oise. 1/2 heure Paris, intéress. client. petit loyer. Indemn. 50.000, 35.000 cpt.

Picardie. Propharmacien, très gros rapport, maison d'habit. confort. Prix 100.000 à déb.

Normandie. Poste industriel très actif. Petit centre près ville. Indemn. 100.000.

Abonnés du « Concours » exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains : Bertier, Blondel, Dardel, H. Forestier père, Lelong, Pégaz.

Amélie-les-Bains : Bouix.

Ax-les-Thermes (Ariège) : Boyer, Girard.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne : Censier, R. Hügel, Joly, Le Gouriérec, J. Louvel, R. Louvel, Doctoresse M. Peillon, E. Poulain.

Bains-les-Bains : M. Henry, L. Rose.

Barèges, Orliac.

Barbotan-les-Thermes : P. Pitous.

Besançon La Mouillère : G. Giraud, Jean Sexe (*opht.*), Tronchon.

Biarritz : Clavel, Dejeant (*derm.*), M. Claverie Lacour. Pitchalsky (*m. g. sto.*) M. Pourquié (*chir.*) G. Pourquié (*o. r. l.*)

Bourbon-Lancy : Bellœuf, G. Vincent.

Bourbon-L'Archambault : Bénabu, Litaud.

Bourbonne-les-Bains : Delacroix, Gay, Pellet.

Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers** : d'Arbois de Jubainville, Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Dieudonné, J. Trotot.

Capvern : J. Pouy.

Cauterets : Anglada, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Challes-les-Eaux : Vexenat.

Châtel-Guyon : Angeras J. M. Ballan, Baumann, Cambiès Casati de Montgolfier, Foucaud, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Contrexeville : Contal.

Dax : Barrau, Delmas (Armand).

Divonne-les-Bains : Ballivet, R. Fau, Vieux.

Eaux-Bonnes : Bourragué, Creignou.

Enghien-les-Bains : Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains : Sarda.

Evaux-les-Bains : Maurice Fabre (*gyn.*), E. Legâte.

Evian-les-Bains : Bernex, J. Eyraud-Joly,

Hammam-Lif (Tunisie) : Fére.

La Bourboule : Anglada, Barthomeuf, Boudry, Cany, Mme Eyraud-Dechaux, R. Gallmant, Jean Godonnèche, Jumon, Rongier Th., Maurel.

La Léchère : Bouverat, Millet, Noailly.

La Motte-les-Bains : Goirand.

Lamalou-les-Bains : Faure, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains : Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Lépine.

Luchon : P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Germès, Pierre Molinéry, Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Causeret, Cugnier, Rimey.

Mont-Dore : J. André, Roger André, Béal, Débidour, Dullin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris : Ducros, Jossand, J. Wibrotte.

Plombières-les-Bains : Bernard, J. Dumont, Truelle.

Pougues-les-Eaux : P. Baillet.

Preste (La) : Dr P. Baron.

Royat : Mougeot, Perrin Georges.

Salers : Rongier.

Salles-de-Béarn : Coustere David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains : Bourny, Henri Neumand.

Salies-du-Salat : Barbé, St Béat.

Saujon : M. Boisseau, Doublet, R. Dubois.

Saint-Didier (Vau.) : Masquin.

St-Honoré-les-Bains : Charpin, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire : Sérane, Siguret.

Santenay-les-Bains : A. Mélé.

Sermaize-les-Bains : Fritsch.

Uriage : G. Barbier.

Vals-les-Bains : David, Galtier.

Vernet-les-Bains : Ponson

Vichy : Arama (Michel) (*stom.*), Bargy, Berthomier, (*phys.*) Caillault, Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Cluzan, Cornillon, Cotar, Cros L., Desmaroux, Enjalbert, Fau, R. Fraudet, (*stom.*), Gannat, Lère, Martin-Péridier, Reynès, Roche, Roussignol.

Vic-sur-Cère : Delsériès.

Vittel : G. Constant, P. Genay, Finck.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Assemblée générale ordinaire

L'Assemblée générale ordinaire de la Mutualité Familiale se tiendra le jeudi 8 juin, à 17 heures, au siège du *Concours Médical*, 37, rue de Bellefond.

ORDRE DU JOUR

1° Rapport du Secrétaire général ;

2° Rapport du Trésorier ;

3° Rapport des Commissaires aux comptes et approbation des comptes ;

4° Cotisations de gestion ;

5° Renouvellement d'un vice-président, du trésorier et de deux membres du Conseil ;

6° Ratification de la nomination d'un vice-président ;

7° Renouvellement de trois commissaires aux comptes ;

8° Questions diverses.

O O O

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Association générale des médecins de France.** — *Assemblée générale annuelle.* — Cette Assemblée aura lieu sous la présidence du Docteur Chapon, le dimanche 21 mai 1939, à 14 h. 30, dans la grande salle des séances, 60, boulevard de La Tour-Maubourg. Seuls peuvent y assister les membres du Conseil général de l'Association, les présidents et délégués des Sociétés départementales et les membres de la Presse médicale.

Le soir, banquet au Pavillon Dauphine, sous la présidence de M. le Professeur Legueu, président de la Société de femmes et enfants de médecins (F.E.M.). En dehors des invités, tous les confrères peuvent y prendre part en envoyant avant le 18 mai leur adhésion et le prix du banquet (60 francs), à M. le Docteur Jules Bongrand, trésorier général de l'Association, 60, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris (VIIe). Chèques postaux : Paris 186-07. Téléphone : Invalides 55-19.

— **F. E. M.** — L'Assemblée générale annuelle de la *Société de Secours mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins* aura lieu le mardi 9 mai, à 17 h. 30, au siège social, 60, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris (VIIe).

— **Concours de médecin des hôpitaux de Paris.** — *Jury du 1er concours de nomination.* — MM. Jacquet, Milhit, Debray, Léon-Kindberg, Clerc, Pruvost, Brouardel, Stévenin, Carrié, Weissenbach, Baumgartner.

— **VIIIe Congrès français de gynécologie.** — Nous rappelons que ce Congrès aura lieu à Lille, du 27 au 30 mai 1939.

Question à l'ordre du jour : La parthénologie.

Secrétariat général : Docteur Maurice Fabre, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris (IXe).

— **Prix des thèses de la Faculté de médecine de Paris** (1937-1938). — *Médailles d'argent* : MM. Barbier, Barcat, Bassir, Baudouin, Benassy, Bonnet, Broutman, Bose, Bour, Bourée, Bouteau, Boutron, Bouvrain, Bouyssy, Buvat ; Mme Calvet née Cottineau ; MM. Catinat, Chareire, Coldefy ; Mme Coquoin née Carnot ; MM. Daum, Delaunay, Delort, Demartial, Domart, Dreyfus, Dufour, Duperrat, Duval, Eon, Fasquelle, Faulong, Fethke, Filhoulaud, Gallerand, Gaultier, Gautier, Gayrard, Genty, de Gracianski, Grépinet, Gross, Halley des Fontaines, Herrenschmidt ; Mmes Hyon née Jomier, Israël ; MM. Jaïs, Kia ; Mlle Ladet ; MM. Lapipe, Lavedan, Le Beau, Le Cœur, Leconte ; Mme Leconte, née Lorsignol ; MM. Lefebvre, Léger, Lesobre ; Mlle Luxembourg ; MM. Mallet, Malpart, Manoutcherian, Marachi ; Mlle Maréchal ; MM. Masius, de Maulmont, Maury, Maynadier, Molinéry, Morin, Netter, Nicolas, Orinstein, Orsini, Parrot, Perret, Porge, Puymartin, Rendu, Rist, Rogé, Rossier, Rouchy, Roy, Rymer, Sautter, Scheid, Seringe, Siguier, Tanret, Temerson ; Mme Tetreau, née Thévenot ; MM. Turiaf, Tzannetis, Ullmann, Vaidié, Varay, Vercier, Pierre Vincent, Philippe Vincent, Wibrotte, Yglesias y Betancourt.

Médailles de bronze : MM. Adle, Arnaud, Bailly, Barbier, Barry, Belot ; Mlle Boucabeille ; M. Bourgin ; Mlle Boutonier ; MM. Boyer, Bryskier, Carle, Carrez, Cernéa, Chabaud ; Mlle Chaminadas ; Mme Chaput, née Courrier ; MM. Cohen, Colin, Crohas ; Mme Darier née Pascal ; MM. Dennewald, Deschamps, Deshaies, Destouches, Devernoix, Djelveh, Douay, Druilhe, Ducros, Etévé, Farreras ; Mlle Fruton ; MM. Gahinet, Gaube, Genty, Gharib, Giraux, Goulène, Grevelink, Grinfeder, Grundland, Gruner, Halperin ; Mlle Huard ; MM. Isaacson, James ; Mlle Jolivet ; MM. Jousset, Kipfer, Koffas, Lades, Lebreton, Le Crom-Hubert, Lejosne ; Mlle Marcus ; M. Mardrus ; Mme Mennesson née Robert ; MM. Michaut, Mouchotte, Olivier, Oudot, Picquart, Poncet, Proux, Rabant, Reinert, Richard, Rotenberg, Rozée-Belle-Isle ; Mlles Saulnier, Schneider ; MM. Sierra, Steinberg, Vandenplas ; Mlles Vigneron, Weingarten.

Mentions honorables : MM. Blaire ; Mmes Boulenger née Conty ; Cauvy née Saint-Paul ; MM. Fretet,

Goldberger, Greene, Haguier, Jouanneau ; Mlle Kritschewsky ; MM. Lanthier, Loze, Maury, Ponpon Rook.

— **Fondation Hélène-Edouard Nathan pour bourses de voyages.** — L'Université de Paris dispose, sous le nom de « Fondation Hélène-Edouard Nathan », d'un revenu réservé à l'attribution de bourses de voyages pour les étudiants.

Ces bourses sont accordées exclusivement à des Universités françaises de l'Etat en vue de faciliter les voyages d'étudiants, de préférence dans les pays suivants : Etats-Unis, Angleterre, Suisse, Allemagne, et éventuellement dans tout autre pays.

Aucune condition de nationalité n'est exigée des candidats. Toutefois, la préférence dans l'attribution des bourses sera donnée aux pupilles ou ex-pupilles de la nation, et aux étudiants peu fortunés qui seront jugés dignes d'en bénéficier.

Les candidats devront adresser leur demande à M. le Recteur de l'Académie de Paris, à la Sorbonne ; cette demande devra parvenir par voie hiérarchique et être accompagnée de tous renseignements et justifications susceptibles d'éclairer le choix de la Commission.

Les candidatures seront reçues jusqu'au 15 mai 1939. L'attribution des bourses sera faite à la fin du mois de juin.

— **Le Casier sanitaire communal.** — Le département de Seine-et-Marne et le département de la Gironde ont établi des fichiers des maladies transmissibles déclarées dans les différentes communes. Ces « casiers sanitaires communaux » permettent de connaître rapidement l'état sanitaire de chaque localité.

— **Institut municipal et Laboratoires départementaux d'électro-radiologie du département de la Seine.** — Par arrêté de M. le Préfet de la Seine en date du 1er avril 1939, M. le Docteur Adrien CHEMIN a été nommé Directeur de l'Institut municipal et des Laboratoires départementaux d'électro-radiologie du département de la Seine, en remplacement du Docteur Desmoulins, nommé directeur honoraire.

— **Hôpital-fondation de Rothschild** (Médecine, chirurgie, maternité, urologie et consultations). *Internat.* — Un concours est ouvert à l'hôpital Rothschild pour la nomination de sept internes titulaires et de quatre internes provisoires. Il comportera :

Deux épreuves écrites : 1° une question de pathologie interne ; 2° une question de pathologie externe ou obstétricale.

Une épreuve orale portant sur la pathologie externe, interne ou obstétricale.

Un minimum de douze inscriptions est exigé.

Les internes titulaires sont nommés pour deux ans, avec faculté de prorogation d'une année ; les internes provisoires sont nommés pour un an. Le registre d'inscriptions sera clos le 31 mai 1939.

Les épreuves du concours auront lieu, pour l'écrit, le lundi 5 juin 1939, à 9 heures, à l'hôpital. Entrée en fonctions le 1er juillet prochain.

Pour tous renseignements, s'adresser au directeur de l'hôpital, 15, rue Santerre, Paris (XIIe).

— **Mariages.** — Le Docteur Th. Coader, d'Hennebont (Morbihan), et Madame, nous font part du mariage de Mademoiselle Madeleine COADER, leur fille, avec M. Léonce CORITON.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée, dans la plus stricte intimité, le samedi 15 avril 1939, en la basilique Notre-Dame-des-Victoires, à Paris.

Tous nos souhaits de bonheur aux nouveaux époux.

— Le mariage de M. Paul LE SOURD, fils du Docteur François Le Sourd, directeur de la *Gazette des hôpitaux*, et de Madame Fr. Le Sourd, avec Mademoiselle Marcelle HUGOT, a été célébré le samedi 29 avril 1939, à Paris, en l'Eglise Notre-Dame-de-l'Assomption.

Nous adressons au Docteur et à Madame François Le Sourd, nos meilleurs compliments et tous nos souhaits de bonheur aux jeunes époux.

— **Naissance.** — Mireille CHEVASSU a le plaisir de vous annoncer la naissance de sa petite sœur *Vincenette*, Vaux-sous-Aubigny (Haute-Marne), le 11 avril 1939.

Nos sincères compliments au Docteur Chevassu et à Madame le Docteur M. Chevassu.

— **Nécrologie.** — Nous apprenons avec un vif regret la mort du Docteur Charles SADOUN, de Paris. Le Docteur Ch. Sadoun fit partie du Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine.

Homme du monde accompli, d'un dévouement sans égal, il organisait admirablement nos fêtes syndicales et collabora plusieurs fois complaisamment à nos fêtes du *Concours Médical*. Nous gardons de lui un reconnaissant souvenir.

J. N.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort, à Bar-sur-Aube, de M. le Docteur Paul LEBRUN, officier de la Légion d'honneur, président honoraire de l'Association des médecins de l'Aube, vice-président de la Commission administrative de l'hôpital de Bar-sur-Aube, à l'âge de 88 ans.

M. Paul Lebrun était le père du Docteur et de Madame E. Lebrun, de Paris, et le grand-père du Docteur et de Madame Henry Goupil, de Bar-sur-Aube, et du Docteur et Madame Jean Thiboumery, de Saint-Malo. Nous adressons nos plus vives condoléances à nos confrères et à leur famille.

◆ ◆ ◆

A TRAVERS L'OFFICIEL

Exercice de l'art dentaire en Indochine

Décret du 7 avril 1939 relatif au droit d'exercer l'art dentaire en Indochine

Art. 1er. — Le droit d'exercer l'art dentaire est maintenu pour une période de six ans, à compter du 1er janvier 1939, à tout dentiste indigène de formation traditionnelle justifiant qu'il est inscrit à cette date au rôle des patentes.

Art. 2. — Le ministre des Colonies est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et au *Journal officiel* de l'Indochine.

(*J. O.*, 12 avril 1939.)

Inspection départementale d'hygiène

Par arrêtés du ministre de la Santé publique en date du 12 avril 1939 :

M. le Docteur Villiet, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de la Dordogne, a été affecté sur sa demande dans le département de la Haute-Garonne.

M. le Docteur Frealle, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de la Meuse, a été affecté dans le département du Nord (intérêt de service).

Par arrêtés du ministre de la Santé publique en date du 12 avril 1939 :

M. le Docteur Violet a été nommé inspecteur adjoint départemental d'hygiène du département de l'Isère.

M. le Docteur Lavoine a été nommé inspecteur adjoint départemental d'hygiène du Loiret.

Mlle le Docteur Lafond a été nommée inspecteur adjoint départemental d'hygiène des Bouches-du-Rhône.

Mlle le Docteur Regnault a été nommée inspecteur adjoint départemental d'hygiène du Nord.

Mlle le Docteur Solente a été nommée inspecteur adjoint départemental d'hygiène du Calvados.

M. le Docteur Dufour a été nommé inspecteur adjoint départemental d'hygiène des Bouches-du-Rhône.

M. le Docteur Olle a été nommé inspecteur adjoint départemental d'hygiène du Tarn-et-Garonne.

Mlle le Docteur Guy a été nommée inspecteur adjoint départemental d'hygiène du Pas-de-Calais.

M. le Docteur Jaujou a été nommé inspecteur adjoint départemental d'hygiène de la Corse.

M. le Docteur Bapt a été nommé inspecteur adjoint départemental d'hygiène des Hautes-Alpes.

M. le Docteur Delecourt a été nommé inspecteur adjoint départemental d'hygiène du Nord.

Mlle le Docteur Mosser a été nommée inspecteur adjoint départemental d'hygiène des Vosges.

M. le Docteur Eckert a été nommé inspecteur adjoint départemental d'hygiène de la Marne.

M. le Docteur Cordoliani a été nommé inspecteur adjoint départemental d'hygiène de la Corse.

M. le Docteur Phelippeau a été nommé inspecteur adjoint départemental de l'Isère.

(*J. O.*, 15 avril 1939.)

Assurances sociales

Décret du 8 avril 1939 instituant une Commission chargée de reviser la nomenclature des actes de pratique médicale courante et la nomenclature des actes de chirurgie et de spécialités utilisées pour les assurés sociaux

Art. 1er. — Conformément à l'avis exprimé par le Conseil supérieur des Assurances sociales, il est institué au ministère du Travail une Commission consultative chargée de procéder à la révision :

1° De la nomenclature des actes de chirurgie et des actes de spécialités ;

2° De la nomenclature des actes de pratique médicale courante et de petite chirurgie.

Art. 2. — Cette Commission comprend :

Le directeur général des Assurances sociales et de la Mutualité au ministère du Travail ;

Le directeur des Services techniques et de l'Administration générale au ministère du Travail.

Un contrôleur des Assurances sociales, désigné par le ministre du Travail et ayant le titre de docteur en médecine.

Un médecin désigné par le ministre de la Santé publique.

Trois représentants des Caisses d'assurances sociales, désignés par le ministre du Travail.

Trois représentants de la Confédération des Syndicats médicaux français.

Art. 3. — Le conseiller d'Etat, directeur général des Assurances sociales et de la Mutualité, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

(*J. O.*, 18 avril 1939.)

Accidents du travail

Arrêté du 5 avril 1939 nommant le président et le vice-président de la Commission du tarif des frais médicaux et pharmaceutiques

Art. 1er. — Est nommé président de la Commission chargée de l'élaboration des tarifs de remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques en matière

d'accidents du travail, M. Gazier, conseiller à la Cour de cassation.

Art. 2. — Est nommé vice-président de la Commission, M. Grignon, conseiller à la Cour de cassation.

Art. 3. — Le Conseiller d'Etat, directeur des assurances privées, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

(*J. O.*, 21 avril 1939.)

Assistance sociale

Décret du 18 avril 1939 relatif à l'encouragement national aux familles nombreuses

(*J. O.*, 19 avril 1939.)

Enseignement de la médecine

Par décret en date du 6 avril 1939, M. le Docteur Alfred Weiss, agrégé de chirurgie à la Faculté de Strasbourg, a été nommé, à compter du 1er avril 1939, professeur titulaire de la chaire de clinique chirurgicale B de cette Faculté (chaire vacante ; M. Stolz, retraité, dernier titulaire).

(*J. O.*, 14 avril 1939.)

Un emploi de professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'Ecole de Nantes est actuellement vacant par suite de la nomination de M. R. Bureau en qualité de professeur de clinique chirurgicale. D'autre part, un emploi de professeur suppléant de chimie à cette même Ecole va devenir vacant par suite de l'admission à la retraite de M. Rebillé.

Les candidats qui se trouvent dans les conditions fixées par l'article 4 du décret du 19 août 1938 ont un délai de vingt jours, à compter de la date de publication du présent avis au *Journal officiel* pour adresser leur candidature au secrétariat de l'Ecole en vue d'une nomination éventuelle sans concours à ces emplois.

(*J. O.*, 19 avril 1939.)

M. Laignel-Lavastine, professeur d'histoire de la médecine à la Faculté de Paris, est transféré, à compter du 1er octobre 1939, dans la chaire de clinique des maladies mentales et de l'encéphale à cette Faculté (dernier titulaire de la chaire : M. Claude).

La chaire d'histoire de la médecine de la Faculté de Paris (dernier titulaire M. Laignel-Lavastine) est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication du présent arrêté au *Journal Officiel* est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

(*J. O.*, 21 avril 1939.)

Voir la suite page LV-1341

PROPOS DU JOUR

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR L'URBANISME

L'urbanisme de notre époque n'a rien à envier à celui des époques passées, même à celui de l'ancienne Rome à l'apogée de l'Empire. Dans un ouvrage récent (1) M. Jérôme CARCOPINO, membre de l'Institut, fait un tableau aussi exact que possible de ce que fut autrefois la Ville Eternelle. Nous la voyons à travers le prisme qui nous fit admirer les ruines de ses monuments magnifiques, des forums de Trajan, d'Auguste et de César. Nous prenons comme type de l'habitation romaine la *maison de Livie* sur le Palatin, la *Casa dei Dipinti* d'Ostie ou les fastueuses villas exhumées à Pompéï, comme si nous considérions les riches hôtels particuliers de notre Paris actuel avec les splendides villas de la Côte d'Azur comme les types de maisons qu'habitent les Français de notre époque. Il faut dissiper ce mirage et abandonner les illusions qui nous portaient à croire que les Romains du Haut Empire bénéficiaient d'un confort comparable à celui dont nous jouissons.

En dehors de quartiers où étaient accumulés les palais, les monuments publics et les temples, la Rome antique dans sa grande prospérité, celle de Trajan, d'Hadrien, d'Antonin le Pieux, était composée de quartiers où s'enchevêtraient des demeures de différentes qualités. A côté de l'hôtel particulier (*domus*), réservé à une seule famille, s'élevaient les *insulæ*, maisons à appartements (*cenacula*), beaucoup plus nombreuses puisqu'on a évalué à 46.602 le nombre des insulæ, tandis que les domus ne dépassaient pas 1.797. Si la domus offrait quelque confort et s'étendait surtout en surface, l'insula qui comprenait plusieurs étages, trois en moyenne et qui s'élevait parfois très haut malgré la défense officielle, établie sous l'Empire, de dépasser 20 mètres, avait l'allure dans la ville nouvelle de nos gratte-ciel contemporains, telle l'*insula Féliclos*. Ces insulæ souvent bâties avec des matériaux défectueux, (car les constructions romaines privées n'avaient pas les murs et les fondations que nous découvrons dans les fouilles des monuments publics) ces insulæ s'écroulaient fréquemment et étaient la proie de très fréquents incendies. Tout ceci, s'il faut en croire Juvénal, rendait le séjour de Rome dangereux et même insupportable. Les rez-de-chaussée, loués à des gens aisés et parfois riches, étaient ordinairement confortables, mais les étages étaient le plus souvent sordides, car, si l'eau abondait dans la ville et jaillissait à flots des fontaines publiques, elle n'était pas distribuée dans les maisons et les locataires devaient avoir recours aux porteurs d'eau (*aquarii*). Le chauffage était très défectueux ; il était assuré par des brassiers portatifs ou roulants et les hypocaustes qu'on cite si souvent en exemple, n'existaient que dans des demeures de gens très fortunés et leur influence était réduite à une seule pièce dans la maison. Les fenêtres, fermées par des volets en bois, plongeaient dans l'obscurité l'appartement si l'on voulait s'abriter en cas de mauvais temps. Il n'y avait pas d'éclairage urbain et, malgré les patrouilles des vigiles, les rues obscures devenaient après le crépuscule le domaine des voleurs et des assassins. Malgré un réseau d'égouts insuffisamment développé dont la *cloaca maxima*, qu'on admire encore, conduisait au Tibre les eaux usées, il n'y avait pas dans les insulæ de latrines, les fosses quand elles existaient manquaient de profondeur et d'étanchéité. Les latrines publiques payantes étaient à plusieurs places et offraient un mélange de délicatesse et de grossièreté pour nous inconcevable. A l'époque de Vespasien les foulons avaient établi devant leurs ateliers des jarres ébréchées pour recueillir l'urine des passants et l'utiliser dans leur industrie. Un *dolium* était placé sous la cage de l'escalier où chacun venait vider les vases, quand, comme l'indique Juvénal, le locataire ne jetait pas au hasard par la fenêtre le contenu et parfois le contenant. Il en résultait des accidents assez fréquents et l'on avait beaucoup de peine à se faire rendre justice. Selon Ulpien les frais médicaux étaient assurés dans ce cas au blessé mais il n'avait pas droit à une indemnité si une cicatrice vicieuse persistait après la guérison, sous le fallacieux prétexte que « le corps d'un homme libre n'a pas de prix ». Les rues formaient un dédale entre les domus et les insulæ ; la plupart étaient des *itinera* où seul un piéton pouvait passer ; il existait des *actus* où un chariot pouvait cheminer mais sans croiser, ni doubler ; enfin venaient les *viæ*, routes où les voitures pouvaient librement circuler. Elles avaient 4 m. 80 à 6 m. 50 de large et les principales seules étaient pavées. Dans les rues, il y avait des amoncellements de fumiers et d'ordures, surtout dans les impasses, sur lesquels on déposait les enfants abandonnés.

Cette description, faite d'après les renseignements très précis de M. J. CARCOPINO, ne nous

(1) *La vie quotidienne à Rome à l'apogée de l'Empire.* Hachette, édit., 1939.

donne pas une fameuse idée de l'urbanisme à l'apogée de la Rome impériale. Le manque de moyens de transports dans cette ville qui comptait 1.000.000 à 1.200.000 habitants obligeait de surpeupler les logements et d'élever les insulæ.

Les invasions de barbares n'améliorèrent pas les conditions d'existence dans les villes et il en fut de même jusqu'à notre époque où nous voyons, même dans les Palais royaux, l'étalage d'un luxe fastueux contraster avec la négligence des plus sommaires mesures de propreté et d'hygiène et où les palais et les hôtels somptueux s'élèvent dans des rues sordides à côté de déplorables taudis. Sébastien MERCIER dans ses *Tableaux de Paris* nous donne une assez triste idée de la propreté de Paris à la fin du XVIIIe siècle.

Depuis un demi-siècle de sérieuses réalisations d'urbanisme ont été faites dans les grandes villes et gagnent actuellement les plus modestes bourgades dans les campagnes qui progressivement sont dotées d'eau potable et d'électricité. Dans le deuxième volume de leur important ouvrage : *Arts et techniques de la santé*, le Docteur Gaston DANIEL et M. Albert DANIEL ont exposé ce que l'on entend par urbanisme, terme qui répond à ce que l'on appelait autrefois hygiène urbaine, en y ajoutant une préoccupation esthétique naguère à peu près négligée.

Nous n'avons pas la prétention d'analyser ici en quelques lignes un sujet que MM. Daniel ont simplement effleuré en plus de 300 pages, mais par une simple énumération nous montrerons l'ampleur des progrès effectués ou à effectuer depuis l'époque romaine.

Les causes d'insalubrité sont nombreuses : citons l'humidité, le froid, le chaud, le bruit, les fumées, les poussières, les animaux, qui servent de vecteurs à nombre de maladies transmissibles, les déchets urbains, les eaux usées, les ordures ménagères, les radiations nocives dont l'étude est à peine ébauchée, l'encombrement, etc., etc. Knapen, au moyen de son siphon atmosphérique monobranche est parvenu à lutter contre l'humidité.

Le froid et le chaud dépendent souvent d'une mauvaise conception architecturale et des matériaux qui ont servi à la construction de l'habitation. Il existe actuellement des appareils de chauffage central qui permettent de régler la température. Le problème du bruit est partiellement résolu par l'éducation du public et la répression des causes qui le produisent. Les solutions de ce problème sont aussi d'ordre technique : l'isolation des immeubles, l'atténuationdes vibrations extérieures sont encore loin d'être réalisées d'une façon pratique. Il est possible de supprimer les fumées, les appareils fumivores bien adaptés sont efficaces et le chauffage urbain en supprimera une source importante. Le nettoyage humide pratiqué avec le même soin qu'il l'est par les ménagères hollandaises, le balayage combiné avec l'arrosage, l'usage des appareils aspirateurs, peuvent atténuer le danger des poussières. Pour les animaux vecteurs de germes morbides, la lutte s'organise contre les moustiques, les poux, les rats, les puces et les mouches vulgaires. Il est sans doute dans cette recherche des modes de transmission beaucoup de progrès à réaliser. Le tout à l'égout, l'incinération des déchets urbains, la transformation des eaux usées par le système Gandillon, appliqué avec succès à Rouen, et les tours de Boggiano-Pico répondent aux besoins des agglomérations urbaines.

Les taudis proviennent de la spéculation qui a sévi pendant tout le XIXe siècle. On n'a tenu compte ni de l'aération, ni de l'insolation indispensables. Les très hauts bâtiments ont été construits sans le souci de leur isolement et ont souvent présenté au point de vue de l'hygiène les mêmes dangers que les taudis des vieilles villes.

Certes la cité future gagnerait à être une cité-jardin où chaque maison, autant que possible destinée à une seule famille, serait entourée d'arbres et de verdure, abondamment aérée et ensoleillée. Mais il conviendrait dans les métropoles de doter le centre d'immeubles plus élevés, consacrés au commerce et aux affaires, et de songer à multiplier les voies de communications de toutes sortes pour faciliter la circulation de ces centres fatalement encombrés.

Mais s'il est relativement facile d'appliquer à la construction d'une ville neuve toutes les conceptions et les théories des architectes et des urbanistes contemporains, il en va autrement si l'on veut tâcher de moderniser une ville ancienne. En la dotant autant que possible de tous les bienfaits de l'urbanisme actuel, on doit s'efforcer de sauvegarder les monuments qui, au point de vue historique ou esthétique, donnent son caractère à la Cité et sont les glorieux témoins de sa prospérité et de sa beauté. On devra éviter d'écraser par des constructions trop élevées les chefs-d'œuvre des architectes d'autrefois, de détruire des perspectives pittoresques. Là le goût de l'urbaniste doit se manifester sans être obligé de se plier aux règles d'une théorie inflexible.

Souhaitons qu'il en soit ainsi dans l'aménagement de Paris et du plus grand Paris, dont la banlieue a été, hélas ! après la guerre, la proie de spéculateurs qui l'ont déshonorée par des lotissements chaotiques sans souci des exigences de l'hygiène la plus sommaire.

Ce que nous disons pour Paris est vrai pour toutes nos vieilles villes de France. Qu'on s'efforce en les dotant de tous les bienfaits de l'urbanisme moderne, de conserver leurs monuments et l'aspect pittoresque qui font leur charme et leur beauté.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES PYÉLONÉPHRITES DU NOURRISSON

Par M. P. Baize

Médecin Assistant de l'Hospice des Enfants-Assistés

Tous les pédiatres savent combien il peut être difficile de reconnaître l'origine d'une fièvre prolongée chez le nourrisson : pendant des jours voire des semaines, la température oscille entre 38° et 39°, montant parfois à 40°, sans qu'aucun symptôme décisif permette de rattacher l'hyperthermie à une cause plutôt qu'à une autre. Les habituels diagnostics de « rhinopharyngite » ou d' « infection intestinale » dont on se contente, faute de mieux, ne répondent le plus souvent à rien de réel et les thérapeutiques ordinaires restent sans effet.

Dans ces cas, il est une affection, à laquelle il faut penser de parti pris : c'est *la pyélonéphrite* dont les travaux modernes ont montré la fréquence chez le nourrisson, et dont le signe essentiel ou pour mieux dire unique (en dehors de la fièvre) est *la pyurie*. La difficulté d'obtenir des urines chez l'enfant très jeune explique aisément pourquoi jusqu'à ces dernières années, ces infections urinaires étaient si souvent méconnues. Pour notre part, *nous les rencontrons souvent*, depuis que nous recherchons systématiquement la pyurie en présence de toute fièvre persistante qui « ne fait pas sa preuve ». Il n'est peut-être pas inutile, en dépit du grand nombre de travaux parus à ce sujet, de rappeler ici, de façon pratique, l'allure clinique et l'évolution de ces pyélonéphrites, ainsi que les bons résultats obtenus dans certains cas par un traitement approprié.

***

Depuis quatorze mois, nous avons pu observer 7 cas de pyélonéphrite du nourrisson ; tous concernaient *des filles*, 6 d'entre elles étant âgées de 6 mois à 1 an, et la septième de 18 mois. Cette prédilection pour le sexe féminin, si elle n'est pas le résultat de la « loi des séries » est assez remarquable : elle a du reste été signalée par beaucoup d'auteurs (Trumpp, Meyer, Friendenwald, Kowitz, Morquio) ; elle est contestée par d'autres (Gorter, Kohmer, Thomson).

Si l'on admet avec la plupart des urologistes que l'infection de l'arbre urinaire se fait *par voie descendante sanguine*, on comprend pourquoi la pyélonéphrite peut être secondaire à nombre d'affections, même parentérales, telles que rhinopharyngite, adénoïdite, broncho-pneumonie ou pyodermites, et pourquoi l'on peut dans les urines, trouver n'importe quels germes : entérocoque, proteus, strepto, pneumo ou staphylocoque, seuls ou quelquefois associés.

Mais dans la grande majorité des cas, *la pyélonéphrite apparaît comme primitive*, et le germe en cause est le *colibacille*, dont le point de départ est évidemment l'intestin. Il y a là un mécanisme identique à celui que l'on observe chez l'adulte (syndrome entéro-rénal de Heitz-Boyer) et dont la réalité est démontrée *par la fréquence des troubles digestifs* dans les antécédents de ces petits malades. Bien souvent d'ailleurs, il s'agit de nourrissons alimentés *au lait de vache* chez lesquels les selles ont été ou sont encore franchement diarrhéiques, liquides, grumeleuses et fétides ; d'autres fois, elles offrent l'aspect et les caractères des selles « mastic » particulières à la dyspepsie du lait de vache, selles dont on connaît le polymicrobisme et la richesse habituelle en colibacilles. D'autres fois enfin, les selles sont presque normales, et il n'existe qu'un peu de tendance à la constipation.

Ces troubles digestifs sont banaux ou si atténués parfois qu'en pratique la pyélonéphrite peut être considérée comme primitive. Son expression clinique est très pauvre et se résume essentiellement en *une hyperthermie* d'allure variable dont l'origine ne peut être reconnue que par l'examen des urines.

1° La fièvre peut revêtir tous les types possibles. Tantôt elle est *intermittente* ; sur un fond d'apyrexie habituelle apparaissent des poussées fébriles à 39 ou même 40°, durant de 3 à 5 jours et répétés à intervalles variables (Gisèle Ch..., *fig.* 1). Tantôt *les poussées sont de longue durée*, portent sur plusieurs semaines et revêtent vaguement l'allure d'une fièvre ondulante, d'une typhoïde ou d'une typho-bacillose, avec une phase ascendante et une phase descendante

comme dans ces affections, mais avec beaucoup plus d'irrégularités (Jocelyne Van H..., *fig.* 2). Tantôt enfin (et c'est le cas le plus fréquent) la fièvre est *continue*, irrégulière, désarticulée, généralement élevée avec des sommets à 39°5 ou 40°, ou davantage, parfois inverse avec maximum matutinal. Tous ces types fébriles peuvent alterner ou se succéder chez un même sujet, les périodes d'apyrexie du début devenant de plus en plus incomplètes et de plus en plus courtes.

Devant cette fièvre prolongée on pense évidemment d'abord à la tuberculose ; *mais la cuti-réaction* (*ou l'intradermo-réaction*) *à la tuberculine, qu'il faut toujours pratiquer, restent obstinément négatives.* Dans une de nos observations (Jocelyne Van H...), l'allure ondulante de la fièvre était si nette que nous pratiquâmes une intradermo-réaction à la mélitine ; cette réaction fut d'ailleurs négative. Enfin, *l'hémoculture* s'impose, chaque fois qu'elle sera possible ; nous l'avons trouvée négative six fois sur sept observations ; la septième fois, elle donna du colibacille.

A cette fièvre qui se prolonge s'adjoignent quelques symptômes accessoires dont l'accentuation peut faire penser à la pyélonéphrite. *L'anorexie* est en général très accusée, parfois invincible ; l'enfant ne prend que le tiers ou le quart de ses biberons et *vomit* avec facilité quand on insiste ou même spontanément. Le visage est *pâle*, d'une pâleur en rapport avec une *anémie* qui peut descendre à 2.500.000 hématies au millimètre cube, ou même au-dessous ; il est souvent un peu *bouffi*, sans qu'il y ait œdème à proprement parler. La *courbe de poids*, régulièrement ascendante au début de la vie, reste stationnaire dans l'ensemble, l'enfant perdant lors des poussées fébriles ce qu'il a pu regagner en période de rémission. A la longue, elle finit, par fléchir, et *l'hypotrophie* peut devenir très marquée : une de nos enfants ne pesait à 18 mois que 6 kgr. 200 ; les autres avaient un poids inférieur de 2 kilos en moyenne à la normale.

Les petits malades sont habituellement grognons, somnolents, abattus ; ils ne jouent pas, ne sourient pas. Dans certains cas, ces symptômes sont très accusés : l'inertie, la fixité du regard, la raideur musculaire, la faculté de conserver de façon prolongée les attitudes passives réalisent alors une véritable *forme catatonique.* Il en était ainsi dans la belle observation récemment publiée par MM. Ribadeau-Dumas et Chabrun (1) et dans l'observation II de la thèse de M. Mitoff (2). La pathogénie de cette forme catatonique s'éclaire à la lumière des travaux du Professeur Vincent sur *l'exotoxine neurotrope du colibacille,* et surtout grâce aux recherches cliniques et expérimentales de M. Baruk qui a montré en 1934 le rôle de l'infection colibacillaire dans la génèse de certains états schizophréniques ou catatoniques de l'adulte. Ces formes sont assurément exceptionnelles au cours des colibacilloses du nourrisson, mais il est néan-

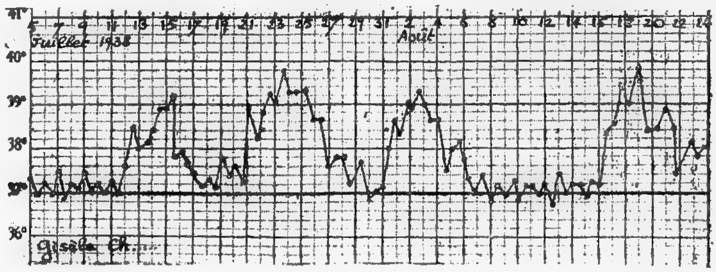


FIG. 1

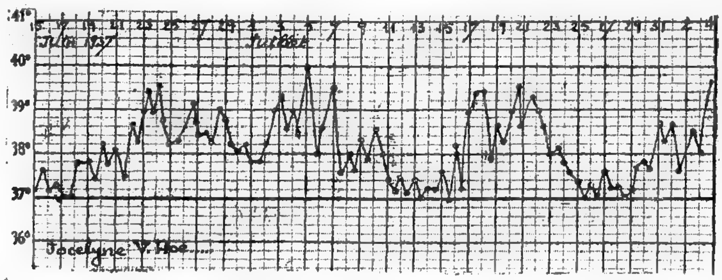


FIG. 2

(1) *Revue de médecine*, janv. 1939, p. 53.
(2) Thèse de Paris, 1935, p. 64.

moins possible d'en retrouver les symptômes, très atténués, dans un certain nombre de cas.

L'exploration clinique des différents organes est négative ; elle ne révèle d'ordinaire qu'un peu de rougeur pharyngée, peu capable d'expliquer une température aussi élevée et aussi tenace. La palpation des fosses lombaires, difficile en raison de l'indocilité des sujets, ne provoque ordinairement pas de douleur appréciable et ne montre qu'exceptionnellement un gros rein.

2° La clé du diagnostic est dans l'examen des urines, trop négligé chez le nourrisson en raison d'obstacles qui n'ont cependant rien d'insurmontable. Il est certainement difficile de recueillir *aseptiquement* les urines, mais cette condition n'est pas indispensable pour affirmer la pyélonéphrite, le diagnostic de celle-ci reposant essentiellement sur la constatation *de pus* dans l'urine. Beaucoup de nourrissons ont été habitués de bonne heure par leur mère à uriner sur le vase ; quand ce mode de prélèvement est impossible, nous conseillons de procéder en pratique comme suit :

— *chez la fillette*, après savonnage de la vulve, sonder avec une fine canule de verre préalablement stérilisée ; cette petite intervention n'offre aucune difficulté, ni aucun danger, même chez une enfant très jeune ;

— *chez le garçon*, la verge, soigneusement nettoyée, est introduite dans l'orifice d'un tube de verre ou d'un de ces petits pistolets pour bébés dont il existe des modèles dans le commerce ; tube ou pistolet sont maintenus en place par un ou deux rubans d'albuplast fixés d'autre part à la peau du pubis.

Au pis aller, et faute de mieux, on peut encore dans l'un ou l'autre sexe, garnir la région périnéale d'une lame de coton hydrophile stérilisé, épaisse et large comme une paume de main, qu'il suffit d'exprimer une heure ou deux plus tard pour obtenir les quelques centicubes d'urine nécessaires à un examen sommaire.

Il faut examiner les urines aussitôt que possible après leur émission ; quand il y a pyurie, leur aspect est trouble, mais c'est *l'examen entre lame et lamelle, sans centrifugation préalable* qui permet le diagnostic, en montrant la présence de *nombreux leucocytes* plus ou moins altérés. On sait que les urines normales ne doivent pas contenir plus de 2 ou 3 leucocytes par champ ; en cas de pyurie, on en compte 40, 50 ou même bien davantage. En même temps que du pus, l'examen entre lame et lamelle révèle en cas de colibacillose, la présence de *nombreux germes* — plusieurs dizaines par champ — très mobiles, ne prenant pas la coloration de Gram. *Pour que cette constatation soit valable, il est absolument nécessaire d'examiner l'urine dès son émission* ; trop d'examens sont effectués sur des urines prélevées depuis 10 heures, 15 heures, ou même davantage et recueillies sans aucune précaution ; dans ces conditions, ce ne sont pas quelques microbes, mais bien des milliers de germes par champ que l'on observe ; l'étonnant serait qu'il en soit autrement.

La culture des urines exige le sondage avec des précautions d'asepsie spéciales, rarement réalisées en pratique ; c'est pourquoi beaucoup d'auteurs ne lui reconnaissent aucune valeur. Neuf fois sur dix, elle donne du colibacille, mais aussi, dans quelques cas, d'autres germes : streptocoque, entérocoque, staphylocoque, proteus. Les associations microbiennes, ou la succession d'une colibacillose qui vient « effacer la bactériurie initiale » (Ribadeau-Dumas et Chabrun) sont d'ailleurs loin d'être rares ; elles aggravent le pronostic de la pyélonéphrite et compliquent singulièrement son traitement.

En même temps que la bactériopyurie, l'examen des urines montre encore la présence de cellules épithéliales desquamées, d'hématies, de cylindres, et, après centrifugation, d'une *albuminurie* plus ou moins importante ; chez une de nos petites malades, âgée de 8 mois, Sylvie de la Mor..., deux dosages d'albumine, à deux jours de distance, avaient donné 0 gr. 85 et 1 gr. 50 par litre, il existait un œdème net de la face et des membres inférieurs. Peu d'albumine et pus abondant indiquent la prédominance des lésions pyélitiques. L'atteinte des fonctions rénales est encore prouvée par *l'élévation de l'azotémie* qui peut atteindre 1 gr. et plus dans les formes sévères, et par les modifications de l'équilibre acido-basique de l'organisme, dans le sens d'une *acidose* (élévation du rapport chlore globulaire sur chlore plasmatique, diminution de la réserve alcaline).

***

En dehors de tout traitement, l'évolution est assez variable. Le plus souvent: la température baisse après 2 ou 3 semaines, ou davantage ; les urines se clarifient, l'appétit revient, les fonctions digestives s'améliorent et l'enfant guérit ; mais la reprise de poids est lente et il faut encore compter avec des rechutes. D'autres fois, le sujet reste subfébrile, avec de temps en temps des poussées de température à 38°5 ou 39° ; les urines restent purulentes. A la longue, l'état général s'altère gravement, la dénutrition progresse, et la mort survient, soit par cachexie, soit du fait d'une intercurrence comme la broncho-pneumonie pour laquelle ces enfants débilités sont une proie facile. Dans ces formes prolongées le pronostic est lié pour une grande part à l'état du parenchyme rénal. Enfin, certaines pyélonéphrites apparaissent d'emblée sévères, s'accompagnant d'une fièvre élevée et d'une rapide atteinte de l'état général ; l'albuminurie est forte,

l'azotémie importante ; l'hémoculture est fréquemment positive. La mort survient en quelques semaines par infection généralisée ou cachexie aiguë. La mortalité générale des diverses formes de pyélonéphrite est chez le nourrisson de 10 % environ (Nobécourt).

C'est ici le lieu d'insister sur un point d'une importance capitale : *toute pyélonéphrite d'allure sévère et toute pyélonéphrite qui passe à la chronicité en dépit d'un traitement médical bien conduit doivent faire suspecter l'existence d'une malformation qui gêne le drainage pyélo-uretéral.* Cette notion découle des nombreuses recherches anatomiques effectuées à l'étranger, surtout par les auteurs anglo-américains (Abt, Hyman, Hunner, Bruce Chown, Helmholz, Kretschmer, Barash, etc...) et des travaux français de Nobécourt, Debré et Semelaigne, Lepoutre, Mouriquand et d'autres ; le récent article de MM. Lesné, Launay et Carrez (1) constitue une bonne mise au point de la question.

Tous les étages de l'arbre urinaire peuvent présenter ces anomalies, évidemment congénitales ; mais certaines revêtent par leur fréquence une importance particulière. Telle est *l'hydronéphrose congénitale*, si commune, et latente tant qu'une infection urinaire surajoutée n'est pas venue la révéler ; tels sont *les rétrécissements de l'uretère*, situés le plus souvent à la partie inférieure de ce conduit, vers son abouchement dans la vessie ; telles sont enfin *l'hypertrophie du col de la vessie* (maladie de Marion) avec l'énorme rétrostase qu'elle entraîne ; les anomalies de nombre et de forme de l'uretère ou du bassinet, etc...

Le rôle de la malformation congénitale est bien mis en évidence par l'observation suivante :

L'enfant Lisk..., née par césarienne, s'est comportée normalement jusqu'au septième mois de sa vie ; elle n'a présenté en particulier aucun trouble digestif sérieux.

En septembre 1937, à 8 mois, *premier épisode fébrile* avec température à 39°-40° pendant quatre jours, mis sur le compte, faute de tout symptôme, de l'éruption dentaire ou d'une rhino-pharyngite.

Puis *ces épisodes fébriles se répètent*, avec des intervalles d'apyrexie complète de moins en moins durables, l'examen clinique restant chaque fois rigoureusement négatif. Cuti-réaction à la tuberculine négative. Au moment des poussées, puis de façon permanente s'installent de l'*anorexie*, des *vomissements* (surtout à l'occasion de l'alimentation) une grande nervosité. Le poids, jusque-là stationnaire, commence à décroître (7 kgr. 800.)

L'examen des urines, pratiqué le 26 octobre, montre des *urines purulentes*, avec présence en abondance de *colibacilles* et de *B. Proteus.*

Un traitement par le mandélium associé à l'acide phosphorique est institué ; on a beaucoup de mal à acidifier les urines, d'autant que l'anorexie progresse, l'enfant ne prenant pas certains jours plus de 200 c. c. de liquide ; vomissements abondants.

L'état général s'altère ; poids le 10 décembre 7 kgr. 200 Ce jour là, le Docteur Bouchard, appelé en consultation. *pratique le cathétérisme des uretères* ; le rein droit donne en 5 minutes quelques gouttes d'urine claire et amicrobienne, tandis que *le rein gauche fournit* 15 c. c. *d'urine trouble fourmillant de colibacilles.*

L'injection de ténébryl immédiatement pratiquée montre *une énorme dilatation* des calices, du bassinet et surtout de l'uretère gauches ; *l'uretère a le calibre du gros intestin et présente des coudures multiples* ; il semble rétréci au niveau de l'orifice urétéral, et son cathétérisme est difficile.

On discute alors l'opportunité d'une *néphrectomie* ; mais l'état général est si médiocre qu'on se contente de laisser *les sondes à demeure*, et d'instituer un traitement successivement par le *sérum anticolibacillaire de Vincent*, puis par le *bactériophage*, en s'efforçant d'améliorer l'état général de l'enfant.

Malgré tout la fièvre persiste, l'amaigrissement progresse, les vomissements deviennent incessants. Cependant, les radiographies (le 7 janvier 1938) montrent une amélioration certaine de l'état anatomique du tractus urinaire gauche. On donne du septoplix (1 gr. par jour).

A partir du 10 janvier, température en permanence à 40°, gros foie, déshydratation massive ; mort le 18 janvier, par collapsus.

Si importantes soient-elles, de pareilles malformations ne peuvent être décelées que par des procédés spéciaux : *urographie* après injection intraveineuse d'urosélectan, *exploration instrumentale, urétéro-pyélographie.*

L'*urographie* est théoriquement le procédé de choix, et tout récemment M. Marcel (1) s'en est fait le défenseur en produisant de nombreux documents à l'appui ; elle est en effet toujours possible, quel que soit l'âge du nourrisson, par injection intra-veineuse (en pratique dans le sinus longitudinal supérieur) d'une solution d'Urosélectan, d'Abrodyl ou de Ténébryl à 30 % (5 à 8 c. c. suivant l'âge) ; des radiographies successives sont prises toutes les deux minutes après l'injection, les images les plus nettes apparaissant après un délai variable, en général 6 à 8 minutes.

Malheureusement, la lecture des pyélogrammes est souvent rendue difficile chez le nourrisson par l'abondance des gaz intestinaux ; comme le dit Bouchard (2), parfois « calices et bassinet n'apparaissent qu'injectés partiellement, ce qui rend l'interprétation délicate, voire impossible ; d'autres fois, l'un des reins est aisément reconnaissable, tandis qu'au niveau de l'autre, ne se révèle aucune image... S'agit-il d'un rein dont le fonctionnement est si parfait, le débit si rapide que la radiographie ne peut le fixer, ou bien s'agit-il d'un rein à ce point lésé que sa sécrétion est à peu près nulle ? ou bien même s'agit-il d'une absence congénitale du rein ? ». Dans les très grosses hydronéphroses, le Ténébryl peut être assez dilué pour ne plus

(1) *Archives de médecine des enfants*, t. 40, n° 1, 1937, p. 5.

(1) Société de pédiatrie de Paris, séances du 20 déc. 1938 et du 17 janvier 1939.

(2) *Presse Médicale*, 1938, p. 1472.

être visible et faire conclure à tort à l'absence congénitale de l'organe. Enfin, l'innocuité de l'urographie n'est pas toujours certaine.

Pour ces raisons, beaucoup d'auteurs préfèrent, même chez le nourrisson, et en dépit d'indéniables difficultés techniques, *l'urétéro-pyélographie ascendante*, qui fournit de l'uretère du bassinet et des calices une image extrêmement nette et relativement facile à interpréter. Bien entendu cystoscopie et cathétérisme urétéral exigent une anesthésie générale que le nourrisson supporte d'ailleurs fort bien (Bouchard) ; ils exigent aussi un matériel approprié à l'âge des petits malades, et une habileté manuelle très grande, en particulier quand il s'agit de garçons. La méthode ascendante, grâce à la cystoscopie qui la précède, a encore cet intérêt qu'elle permet parfois de découvrir des *anomalies basses*, urétrales ou vésicales. Enfin, et ce n'est pas son moindre avantage, l'urétéro-pyélographie constitue, en laissant les sondes urétérales à demeure, *une excellente thérapeutique d'urgence* en présence de certains accidents infectieux graves ; elle assure en effet un drainage parfait des voies urinaires, thérapeutique souvent suffisante, parfois préparatoire à une intervention rendue nécessaire par l'importance des lésions. On peut en effet être amené à envisager, comme sanction thérapeutique, la *néphrectomie* ou *la néphrostomie*, ou, à un moindre degré, la dilatation d'un uretère sténosé. De telles interventions, chez des nourrissons infectés et affaiblis, sont évidemment très graves ; elles ont cependant été réalisées par Hyman en Amérique, par Bœve en Hollande, et par Franconi en Suisse, avec des résultats favorables.

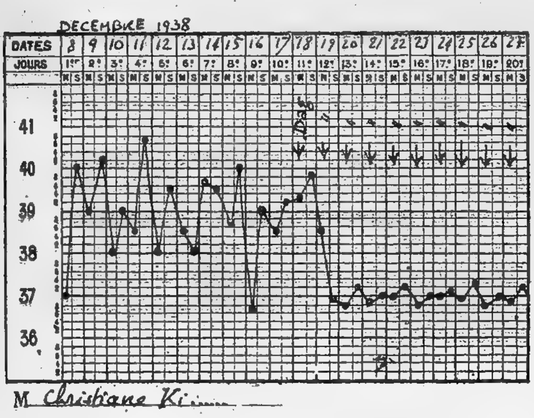


Fig. 3

***

Il ne peut être question, dans un article aussi limité, d'étudier en détail tous les traitements qu'on a opposés à la pyélonéphrite du nourrisson ; leur multiplicité même prouve leur peu d'action.

Parmi les antiseptiques urinaires classiques, *l'urotropine* est certainement le plus employé ; nous l'avons essayée bien souvent sans en obtenir jamais le moindre résultat, à quelque dose que ce soit · la vogue dont jouit ce médicament nous semble peu justifiée.

L'action des *vaccins* (stock ou mieux autovaccins) est également très inconstante ; par contre *le bactériophage* paraît plus intéressant. Le Professeur Lereboullet a utilisé avec succès un bactériophage administré *per os*, préparé à l'aide des colibacilles isolés de l'urine du petit malade ; dans deux cas, il a obtenu, par cette méthode un résultat rapide alors que la pyurie était déjà ancienne.

En se basant sur le fait que le développement du colibacille est entravé quand les urines sont trop alcalines ou trop acides, on a récemment cherché à modifier le pH urinaire, soit dans le sens d'une alcalinisation à l'aide de fortes doses de citrate de potasse (un pH à 8,6 serait suffisant pour entraîner la mort du coli), soit plutôt dans le sens d'une *acidification* (pH à 5,3 ou au-dessous). A ce dernier point de vue, les auteurs anglais et américains auraient obtenu d'excellents résultats avec *l'acide mandélique*, ou mieux avec les mandélates de sodium ou d'ammonium aux doses de 2 à 3 gr. par jour chez le nourrisson, réparties en 4 prises par 24 heures. Ils insistent sur la nécessité d'obtenir une acidité urinaire suffisante, et pour cela conseillent, lorsque le pH de 5,3 n'est pas obtenu par l'acide mandélique seul, d'adjoindre à ce dernier des acidifiants comme le chlorure d'ammonium (1 à 2 gr. par 24 heures chez le nourrisson) ou comme l'acide phosphorique (0 gr. 25 à 0 gr. 50). Nous avons utilisé ces données chez 4 nourrissons atteints de colipyurie ; chez le premier, résultat excellent, urines claires au bout de 4 à 5 jours, et stériles après le dizième jour. Chez le second (enfant

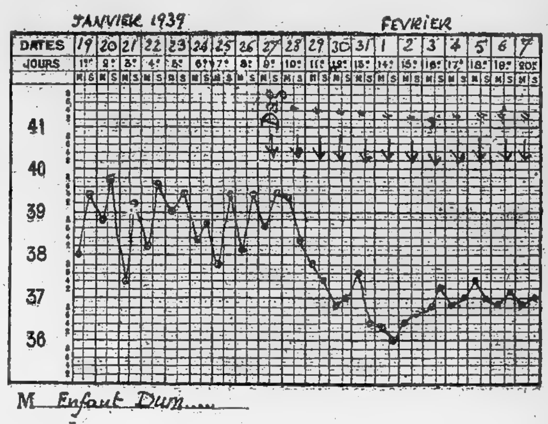


Fig. 4

Lisk...) échec complet mais la pyurie était entretenue par une malformation grave urétéro-pyélique et tout traitement médical devait nécessairement échouer. Chez deux autres sujets enfin, il fallut abandonner rapidement cette thérapeutique, en raison des nausées, puis des vomissements répétés qu'elle entraîna.

Le *sérum anticolibacillaire du Professeur Vincent* paraît être actuellement l'arme la plus efficace dont nous disposions contre les colipyuries du nourrisson, à condition bien entendu que celles-ci ne soient pas appelées et entretenues par une malformation des voies urinaires. Nous n'avons pas d'expérience personnelle de cette thérapeutique, mais elle a donné d'excellents résultats, surtout dans les formes aiguës, entre les mains de Ferru (de Poitiers) de Dayras et Bernheim, de Darget, Carles et Noguès, et d'autres. *Il faut l'appliquer précocement,* et ne pas craindre, suivant le conseil du Professeur Vincent lui-même, d'employer *des doses importantes* chez le nourrisson, soit 10 à 15 centicubes par jour, pendant 5 à 6 jours, ou même le double dans les formes sévères ; la voie d'élection est la voie sous-cutanée, la voie intraveineuse toujours difficile chez l'enfant très jeune, devant être réservée aux formes particulièrement graves où l'action du sérum doit être immédiate. Dans ce dernier cas, le sérum doit être dilué dans du sérum physiologique et injecté très lentement.

Dans ces dernières années, l'arsenal thérapeutique anti-infectieux s'est enrichi d'une arme très puissante avec *les dérivés sulfamidés* ; ces produits ont donné des succès, tout au moins dans les infections urinaires et colibacilloses de l'adulte. L'un des derniers nés de la lignée, *la p. amino-benzène-sulfamidopyrine* (Dagénan) nous a paru doué d'une action remarquable dans les deux cas où nous l'avons essayé, et que nous résumons ci-dessous :

I. Christiane K..., âgée de 10 mois, nous est amenée le 15 décembre 1938, pour fièvre oscillante (entre 38° et 39°5, avec clochers à 40° et plus) durant depuis dix jours. Enfant pâle, hypotrophique, chez laquelle on constate des symptômes (nez en lorgnette, gros foie, rate perceptible) qui rapprochés d'un Bordet-Wassermann positif chez les parents permet d'affirmer la syphilis héréditaire. Mais rien dans l'examen ne révèle le point de départ de la fièvre. Cuti-réaction négative Le 18 décembre, l'examen des urines montre *une pyurie abondante avec présence de nombreux coli.*

L'enfant est immédiatement mise au *Dagénan* (1 gr. par jour en plusieurs fois) et celui-ci est continué à la même dose jusqu'au 31 décembre. Dès le deuxième jour du traitement, *la température tombe à pic* à 37° et ne remonte plus. Les 21 et 24 les urines se montrent de moins en moins purulentes et bactériennes, et, la veille du jour de l'an, *elles sont parfaitement claires et stériles.* Pas d'autre médication.

Depuis, l'enfant n'a plus présenté de fièvre ni de pyurie, mais sa croissance est stationnaire, sans doute sous l'influence de son hérédo-syphilis antérieure.

II. Nous voyons l'enfant Dum..., âgée de 8 mois, en consultation avec le Docteur V... de Malakoff, le 27 janvier 1939, pour une fièvre oscillant entre 38° et 39°5 depuis une quinzaine de jours. L'examen de l'enfant est entièrement négatif ; cutiréaction négative.

Nous faisons pratiquer l'examen des urines qui se montrent *purulentes et riches en colibacilles.* On donne dès le jour même du *Dagénan* (1 gr. 50, rapidement réduits à 1 gr., puis à 0 gr. 50 *pro die*). Dès le lendemain, la courbe thermique est modifiée ; la température *tombe rapidement en deux jours à* 37°, et après une phase d'hypothermie temporaire, remonte autour de 37° où elle se tient désormais.

Un deuxième examen d'urines, pratiqué le 10 février, montre la disparition de la bactériopyurie.

Nous savons bien qu'il faut être prudent, dans l'interprétation des résultats, car nombre de pyélonéphrites chez le nourrisson guérissent par une mesure simple ou même spontanément ; cependant, dans ces deux cas, l'amélioration a été si nette, la chute de la fièvre, si manifeste après administration de la sulfamide qu'il est difficile de n'y pas voir le résultat de la thérapeutique (*fig.* 2) ; il y a là une médication des plus intéressante.

De toute façon, il importe de créer, par un régime approprié, un milieu intestinal favorable à une digestion normale et donc défavorable à la pullulation du colibacille ; dans cet ordre d'idées, la restriction lactée, l'emploi de ferments lactiques ou du bactériophage sont nettement indiqués.

***

En conclusion, la pyélonéphrite — presque toujours à colibacilles — est *fréquente* dans le premier âge, et il faut toujours y penser en présence d'une fièvre qui dure et dont la cause n'est pas évidente ; l'examen des urines, en révélant la colipyurie, est nécessaire et suffisant pour affirmer le diagnostic. *Toute pyélonéphrite d'allure sèvère, ou qui s'éternise, doit faire soupçonner un mauvais drainage pyélo-urétéral* en rapport avec une *malformation congénitale des voies urinaires* (hydronéphrose, sténose urétérale) dont l'urographie descendante ou l'exploration instrumentale par un spécialiste averti permettent seules de reconnaître la nature. L'existence relativement fréquente de ces malformations explique bien des échecs thérapeutiques. Dans tous les autres cas, l'infection pyélo-urétéro-cystique *doit céder rapidement* à des médications parmi lesquelles *la sulfamide* apparaît comme une des plus efficaces.

FRACTURES OUVERTES [1]

Professeur Lenormant

La fracture ouverte est une fracture compliquée avec une plaie mettant le foyer de fracture en communication avec l'extérieur. L'évolution et le pronostic sont différents de ceux des fractures fermées. Une fracture ouverte est une fracture compliquée car les chances d'infection sont grandes, et la vie même du malade est en danger.

Nous étudierons aussi les plaies articulaires car il y a aussi possibilité d'infection, et elles s'accompagnent souvent de fractures. Elles comportent les mêmes indications de traitement.

La coexistence d'une fracture et d'une plaie n'indique pas toujours une communication de la plaie avec le foyer de fracture. Mais la plaie, même superficielle, n'est pas toujours négligeable. Car, si elle s'infecte, elle pourra secondairement infecter le foyer de fracture.

Les fractures ouvertes, les plaies articulaires sont généralement produites par une action directe, de dehors en dedans (jambe écrasée par un autobus, projectiles). Il arrive au contraire des cas où l'ouverture du foyer de fracture se fait de dedans en dehors : par exemple fracture de jambe à la partie moyenne, car le fragment supérieur est taillé en pointe et vient soulever les téguments de la face interne qui se perforent quand le blessé cherche à se relever.

Il est plus rare qu'une luxation soit ouverte, sauf pour une variété, la luxation interphalangienne dans laquelle il y a souvent une plaie formée par la tête phalangienne.

Toutes ces ouvertures dont nous venons de parler sont primitives. Il existe des fractures dans lesquelles l'ouverture est secondaire. Par exemple, dans une fracture de Dupuytren, la peau a résisté au moment de l'accident. Mais elle est très tendue, mal nourrie, secouée par le traumatisme. Si on met un pansement un peu serré, la peau se mortifie, il y a ouverture secondaire.

Les lésions anatomiques sont différentes dans une fracture diaphysaire ou articulaire. La lésion osseuse dans une fracture ouverte peut évoluer d'une manière aussi simple que dans une fracture fermée, surtout quand il s'agit d'une fracture ouverte de dedans en dehors. Il n'en est pas de même d'une fracture ouverte de dehors en dedans ; pour que la peau ait été ouverte, il faut toujours un gros traumatisme.

La fracture peut être comminutive, avec esquilles, certaines sont libres, destinées à mourir, d'autres sont adhérentes au périoste, vascularisées, susceptibles de vivre.

La lésion des parties molles est très différente suivant que la perforation de la peau s'est faite de dehors en dedans, ou de dedans en dehors. Dans ce dernier cas, on a un petit trou par lequel est sortie la pointe de l'os. Par cette petite perforation coule du *sang noir*. C'est l'hématome du foyer de fracture qui s'écoule. Malgré le tout petit trou, cet écoulement de sang noir montre qu'il s'agit d'une fracture ouverte.

Quand l'ouverture de la peau s'est faite de dehors en dedans, les lésions sont souvent considérables : la peau est crevée, il y a de gros décollements cutanés, les muscles sont broyés, les artères écrasées. Il n'y a pas de terrain plus favorable au développement des pires microbes que les muscles traumatisés. C'est pourquoi on meurt bien plus souvent d'une fracture ouverte des membres inférieurs que des membres supérieurs, les grosses masses musculaires traumatisées des membres inférieurs favorisant l'apparition de gangrène. Donc, en présence d'un blessé présentant une fracture ouverte, surtout au niveau de la jambe, il faut chercher l'état vasculaire : *pied*, *froid*, battement de la pédieuse.

Les signes des fractures ouvertes sont habituellement évidents : membre de travers, mobile, qui craque. On précisera par la radiographie le nombre de fragments.

L'*évolution* est conditionnée par l'infection. Pratiquement, une fracture ouverte est toujours suspecte. Cependant, il faut distinguer entre une plaie infectée et une plaie ensemencée, pas encore infectée. Dans ce dernier cas, si le traitement primitif est bien dirigé, l'évolution est celle d'une fracture fermée ; elle guérit dans les mêmes conditions de temps. De même, une plaie articulaire qui ne s'infecterait pas, guérirait comme un épanchement, par résorption.

(1) Leçon clinique faite à la Clinique chirurgicale de l'Hôpital Cochin, le 17 novembre 1938.

Souvent, soit parce que la plaie est souillée au moment du traumatisme, soit par mauvais soins du début, des phénomènes infectieux se déclarent. Ces phénomènes sont de deux ordres : généraux et locaux. Parfois les accidents locaux sont insignifiants, et le malade est emporté par une septicémie. D'autres fois ce sont les accidents locaux qui prédominent avec cependant frissons et température élevée. Du côté de l'os infecté, il y a une certaine quantité de tissu osseux qui meurt par les toxines des microbes, et aussi par l'insuffisance de la vascularisation. Ce sont les esquilles libres et les extrémités des fractures qui se nécrosent. L'extrémité osseuse nécrosée creuse un sillon qui petit à petit se sépare du tissu osseux sain. Les éléments morts empêchent la cicatrisation, il faut absolument débarrasser le foyer de fractures des séquestres. La cicatrisation osseuse de ces fractures ouvertes avec séquestres, risque d'être défectueuse. Tantôt le cal est fibreux réalisant la pseudarthrose, tantôt le cal sera énorme, par réaction du périoste. La radio montrera l'existence du séquestre qu'il faudra extraire chirurgicalement car pour peu qu'il soit gros, il ne sortira pas par le petit trou de la fistule.

Les lésions articulaires ouvertes évoluent comme une plaie infectée avec nécrose partielle et élimination des séquestres quand elles s'accompagnent de fractures, ce qui arrive fréquemment. Mais il y a, dans l'articulation, des réactions secondaires :

La synoviale s'épaissit et s'indure ; le cartilage, tissu très peu vascularisé, a peu de vitalité ; très vite, il se mortifie et se détruit par deux processus soit par destruction mécanique progressive, soit par infection qui décolle le cartilage. Le résultat, c'est qu'au bout d'un certain temps, il n'y a plus de cartilage ; les deux surfaces osseuses sont alors en rapport, il y aura fusion soit fibreuse, soit osseuse. L'aboutissement d'une arthrite infectée est presque fatalement l'ankylose. Il faut donc savoir dépister dès le début, une arthrite infectée. Il ne faut pas attendre les douleurs violentes avec épanchement, les frissons, la température élevée, la peau rouge, car alors ce sera le moment de l'amputation. Les signes, au début sont beaucoup plus atténués. La température reste aux environs de 38 ; il faut rechercher avec soin les craquements articulaires en même temps que le petit jet purulent qui sort. C'est alors qu'il faut intervenir.

***

Le traitement le plus important est celui de la prophylaxie de l'infection. Quand l'infection est déclarée on pourra l'enrayer mais au prix d'une perte fonctionnelle ou d'une mutilation considérable.

Les grands principes pour le traitement prophylactique de l'infection sont les suivants :

— Toute plaie est suspecte d'infection, mais, dans les premières heures elle est ensemencée et non infectée.

— L'immobilisation rigoureuse est le meilleur antiphlogistique des os et des articulations.

— Quand on a bien désinfecté la plaie, il ne faut faire que des pansements rares. Cela a une importance capitale pour la chirurgie des traumatismes.

— Enfin, penser qu'on risque toujours l'ankylose et immobiliser en bonne position (jambe en extension, coude en flexion).

Technique : puisque la plaie n'est pas infectée pendant les premières heures, il est important de voir le malade tout de suite.

Dans le foyer traumatisé, enlever tout ce qui est ensemencé : téguments, parties molles, masses musculaires, et tout ce qui est susceptible d'être ensemencé. Le nettoyage soigneux a une importance capitale.

Pour les articulations, si la lésion osseuse est minime, il faut refermer tout de suite ; la suture primitive dans les douze premières heures après excision donne d'excellents résultats.

Pour le squelette, après le même nettoyage soigneux, il faut réduire la fracture.

DÉLIRE APRÈS OPÉRATION DE LA CATARACTE

Par le Docteur GINESTOUS de (Bordeaux)

Cette question a déjà fait l'objet — il y a quarante ans devant la Société de médecine — d'une communication de notre regretté confrère Camille Fromaget. Il s'agit du délire après l'opération de la cataracte — et si après tant d'autres nous apportons sur le sujet une nouvelle observation notre intention est simplement de contribuer à la connaissance pathogénique de ces manifestations morbides (1).

M. X..., 84 ans, nous consulte en février 1938. Il est atteint de myopie élevée de seize dioptries. La correction optique ne lui a jamais procuré qu'une amélioration peu satisfaisante ; mais depuis quelques mois sa vision a considérablement diminué. Elle est abolie de l'œil gauche, et ne permet pas à l'œil droit de compter les doigts à un mètre.

A l'examen, nous constatons une cataracte double, en évolution à droite, complète à gauche. Les réflexes lumineux et la projection visuelle sont bons. Cependant, les conjonctives sont rouges, injectées.

Les voies lacrymales ne paraissent pas obstruées mais après une nuit d'occlusion par le bandeau d'épreuve nous trouvons une sécrétion muco-purulente assez abondante et suffisante pour constituer une contre-indication opératoire. Nous soumettons le malade à un traitement approprié (instillation de collyre à l'argyrol) et après examen oto-rhino-laryngologique le Docteur Martin du Magny ayant constaté de la pharyngite catarrhale lui prescrivit des instillations nasales d'huile céphédrinée.

Au mois de novembre dernier l'état conjonctival s'est beaucoup amélioré ; il n'existe plus ni rougeur, ni larmoiement, et sous le bandeau d'épreuve le pansement témoin ne présente aucune souillure.

L'état général du malade est excellent. Malgré son grand âge il bénéficie d'une très bonne santé. Il n'est atteint d'aucune affection pulmonaire. Le cœur est en parfait état. L'analyse d'urines ne révèle aucun élément anormal. Dans ces conditions, l'intervention est décidée sous les réserves commandées quant au résultat visuel par la réfraction myopique antérieure.

Le malade entre à la maison de santé protestante de Bagatelle le 6 décembre pour être opéré le lendemain. Comme d'habitude il est fait une instillation d'atropine dans l'œil gauche à opérer ; par prudence il est de nouveau placé le bandeau d'épreuve. La température est de 36°2, le pouls est à 60 à la minute. La nuit est calme mais malgré dix centigrammes de gardénal le malade ne dort pas. Le 7 décembre, après anesthésie locale par instillations de collyre à la cocaïne 4 %, nous procédons à l'extraction de la cararacte avec iridectomie de l'œil gauche.

L'opération est effectuée sans aucun incident.

Il est placé un pansement binoculaire. Les heures qui suivirent l'opération furent calmes. Le pouls était très ralenti 48 à 50 à la minute. La température qui était le matin à 36° s'éleva le soir à 37°5. La nuit fut encore tranquille mais toujours sans sommeil. Le lendemain, le malade déclare ne ressentir aucune douleur de son œil mais il se plaint de son insomnie. La quantité d'urines est de 600 grammes ; leur analyse ne révèle ni sucre ni albumine. Il est donné un lavement qui procure une évacuation abondante. Le Docteur Soulé, médecin traitant, prescrit de la passiflorine. La journée du 8 décembre se passe sans incident. La température est à 37° mais le pouls toujours très ralenti est à 60. La tension artérielle à l'oscillomètre de Pachon est Mx 17 Mn 7 indice 4. Le malade est très calme, ne souffre pas mais se plaint beaucoup de ne pouvoir dormir. Dans la nuit du 8 au 9 décembre, malgré son insomnie persistante, vers 3 à 4 heures du matin: le malade sans être agité raconte qu'il voit clair à travers son bandeau auquel cependant il n'a pas touché. Il prétend que la lumière le frappe, qu'il voit la prairie ensoleillée de Bagatelle — en effet en face de sa fenêtre — qu'il aperçoit des animaux étranges. Le 9 décembre la température est à 37°, le pouls à 60. Les hallucinations persistent. Il continue à apercevoir toutes sortes d'objets imaginaires. Prenant son café au lait avec plaisir il dit en riant que toujours à travers son bandeau intact il voit des nouilles qu'il aime beaucoup. Cependant, alors que jusqu'à ce moment il avait toujours excellent appétit, qu'il était même nécessaire de modérer, il déclare au repas de midi, n'avoir plus faim. A 1 heure après-midi bien que n'éprouvant aucune douleur, au calme succède une période d'agitation. Dès qu'on l'interroge il répond par des propos incohérents. Dans l'après-midi l'excitation du malade augmente. Il a toujours des hallucinations visuelles accompagnées de mouvements désordonnés, il prononce des paroles incompréhensibles parmi lesquelles on distingue qu'il y voit. Il tente à chaque instant de se lever et d'arranger son pansement. Dans la soirée, il a des nausées et vomit le repas assez léger qu'il a pris à midi. Sur les conseils du Docteur Soule et du Professeur Cruchet, il est fait une injection de pantopon. Demi-heure après, le malade s'endort et est calme ; mais vers 3 heures du matin de nouveau il s'agite et dans son sommeil, il prononce des mots sans suite. Vers 6 heures, il se réveille, se déclare reposé. La température est à 37°5 le pouls à 60. Dans les 24 heures le malade a uriné 750 grammes sans sucre ni albumine. Le dosage de l'urée dans le sang donne 65 centigrammes. Dans la matinée du 10 décembre il est fait un premier pansement. L'état de l'œil opéré est excellent. Nous instillons de l'atropine et nous ne plaçons qu'un pansement monoculaire dégageant l'œil droit. Le malade est ensuite autorisé à se lever et à s'asseoir dans un fauteuil. La journée est calme. C'est avec plaisir que le malade prend un déjeuner léger qui ne provoque aucun trouble digestif. L'entrain est revenu. La température vespérale est à 36°4, mais le pouls est à 58. La quantité d'urines dans les 24 heures est de 750 grammes. Bien que dormant peu, la nuit est calme.

Dès ce moment les pansements furent chaque jour renouvelés avec instillations biquotidiennes d'atropine. Le 14 décembre tout bandeau est enlevé. L'état général est bon. La température est à 37°. Il a été fait des injections de solucamphre spartéiné et le pouls est remonté à 65. Le malade a toujours des insomnies mais il a retrouvé son entière lucidité. Il quitte la maison de santé le 16 décembre.

(1) Communication à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, séance du 20 janvier 1939.

Actuellement, avec un verre cylindro-sphérique 60° + 3 + 5 l'acuité visuelle de l'œil opéré est égale 3/10 vision que ce vieillard de 84 ans n'avait jamais connue du temps de sa jeunesse de myope. Il est plein de gaîté et d'entrain et détail à noter il se rappelle ses hallucinations visuelles, son délire, et il se plaît à les conter.

Nous l'avons dit, nous n'avons pas la prétention d'apporter un fait nouveau.

Le délire après l'opération de la cataracte est de connaissance ancienne ; la première observation remonte à 1819 et est rapportée dans les leçons de cliniques chirurgicale de Dupuytren. Depuis lors, nombreux sont les faits qui ont été apportés. Plusieurs thèses (1) ont été consacrées à leur étude et le délire post-opératoire de la cataracte est signalé dans les ouvrages classiques (2). Ce qui importe surtout c'est la connaissance pathogénique de ces psychoses. Certains les ont attribuées à l'alcoolisme, au tabagisme, à l'état d'excitation antérieur de l'opéré.

Dans le cas particulier de notre malade cette étiologie ne saurait être retenue ; car il s'agit d'un vieillard très calme n'ayant aucune tare de cette nature.

D'autres, parmi lesquels Schmidt-Rimpler ont accusé l'obscurité résultant du bandeau. Chez notre malade, il est vrai, tout délire a disparu dès que l'œil non opéré dont la vision est d'ailleurs minime a été dégagé. Que l'occlusion oculaire ait contribué à provoquer le délire, c'est possible ; mais nous ne pensons pas qu'elle ait suffi. D'autres enfin ont rapporté ces psychoses à l'action de l'atropine — il ne saurait en être ainsi, car bien avant l'opération l'atropinisation a été pratiquée sans déterminer aucun désordre et elle a été reprise précisément au moment où le calme psychique est revenu.

Reste enfin la théorie de l'auto-intoxication. C'est celle-là que nous retiendrons. Elle a été soutenue par le Professeur Régis et Chevallier-Lavaure (1) qui l'ont développée au Congrès des aliénistes de la Rochelle en 1893.

C'est cette théorie pathogénique qui a été acceptée et précisée par Camille Fromaget dans son mémoire publié en 1900 dans les *Annales d'Oculistique.* D'après Fromaget il faudrait rechercher l'origine de ces délire onériques à de l'urémie par diminution notable de la quantité d'urine. Notre observation corrobore cette conception pathogénique. La quantité d'urine émise dans les vingt-quatre heures ne dépassait pas de 650 à 750 grammes et nous insistons sur ce fait que nous ne retrouvons dans aucune publication antérieure. Le dosage de l'urée dans le sang atteignait 0 gr. 65.

(1) GINOUX. Des psychoses consécutives à l'opération de la cataracte. Th. de doctorat, Bordeaux 1903-1904. — Victor DAVID. Le délire post-opératoire, chez les opérés de la cataracte. Th. de doctorat, Paris, 1909.

(2) TERRIEN. — Précis d'ophtalmologie, p. 476, Chirurgie de l'œil, p. 222.

(1) RÉGIS et CHEVALIER-LAVAURE. — Des auto-intoxications dans les maladie mentales. Congrès des méd, aliénistes (1893).

Camille FROMAGET. — Les délivres postopératoires en ophtalmologie. *Ann. d'oculistique* 1900, p. 183. Médecin de l'hôpital Saint-Michel.

AUTOPLASTIES FACIALES PAR GREFFON DU CUIR CHEVELU

Par le Docteur Roger FORGET

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Le cuir chevelu est un excellent matériel de greffe en raison de sa riche vascularisation et de sa vitalité.

Les greffes de cuir chevelu sont indiquées sur des tissus dont la nutrition est profondément troublée, par un lupus par exemple.

Le cuir chevelu (épilé ou non), utilisé en chirurgie réparatrice permet la restauration de la face après des mutilations étendues et graves d'origine traumatique, après de larges exérèses de tumeurs malignes.

On se servira d'un lambeau bipédiculé, suivant la technique de Dufourmentel, de lambeaux tubulés à pédicule temporal, de lambeaux prélevés à la fois sur le cou et le cuir chevelu.

La rhinoplastie du cuir chevelu avec épilation (destruction des bulbes pileux par râclage de la face profonde du lambeau) a procuré à son auteur, le Docteur MOURE, de fort beaux résultats.

Par l'abondance et la vitalité de l'apport tégumentaire qu'il permet de réaliser, le cuir chevelu a donné de magnifiques possibilités à la chirurgie réparatrice de la face (2).

(2) Thèse de Paris, 1939.

SUR UN TRAITEMENT NOUVEAU DES HERNIES

Par M. Raphaël MASSART

Plusieurs fois déjà des lecteurs nous ont écrit pour nous demander ce qu'il fallait penser d'une publicité qui est faite dans toute la presse quotidienne sur une cure idéale, indolore et ambulatoire de la hernie.

Naturellement ce procédé vient d'Amérique, et a traversé l'Océan riche de milliers de succès.

Mon collègue et ami Diamant-Berger dont l'attention avait été attirée par les brochures publicitaires largement distribuées a eu le grand mérite d'étudier ce que valait ce traitement, ce qu'il y avait de sérieux dans la méthode, et aussi les risques qu'il faisait courir et la confiance qu'il fallait lui faire. Il a exposé à la Société des chirurgiens de Paris, puis dans un article du *Progrès Médical*, tout ce que le praticien doit connaître de cette nouvelle méthode.

En réalité l'idée de traiter les hernies par les injections sclérosantes est fort ancienne. Elle date de l'époque pré-listérienne et aurait été préconisée par Bichat.

Depuis quelques années le succès croissant des centres de « sclérothérapie » a amené les Américains à appliquer le procédé aux hernies ; mais l'analogie entre la cure des varices et celle des hernies n'est que superficielle, comme Diamant-Berger nous le montre, puisque le principe essentiel du traitement sclérosant des hernies consiste à agir exclusivement *sur le tissu musculaire*.

Les solutions employées pour provoquer la sclérose agissent sur le muscle en déterminant une myosite sclérogène dont l'action doit être répétée, jusqu'à ce que la cure soit obtenue. Mais les solutions caustiques peuvent amener des gangrènes, des nécroses lorsqu'elles sont mises au contact des vaisseaux, des nerfs ou d'organes comme le testicule ou le cordon.

Quel est, se demande Diamant-Berger, l'effet anatomique de ces injections ?

Le tissu ou elles sont faites passe d'abord par une phase d'œdème puis des cellules fibroblastiques apparaissent et enfin le tissu dur se constitue. Ainsi l'orifice herniaire devient scléreux, rétracté et la hernie au dire des promoteurs se trouve guérie. On peut avoir des inquiétudes sur le sac resté en place, car l'injection ne doit jamais le pénétrer.

Il ne semble pas que tous les cas soient des succès, les statistiques rapportent des échecs partiels, totaux et même des accidents.

Les accidents bénins sont des douleurs, des maux de tête, des troubles digestifs, de la dysurie, des névralgies scrotales et testiculaires, parfois une impuissance consécutive (huit cas sur quarante-cinq malades).

Les accidents plus graves sont les suppurations, des orchites, de la gangrène ; on a observé aussi des œdèmes graves du membre inférieur.

Certes ces accidents sont imputables à des fautes de techniques, mais elles sont à craindre et elles comportent bien des risques, puisque des péritonites par perforation et des fistules stercorales ont été observées.

Ce procédé qui mérite d'être connu, peut dans quelques cas bien déterminés donner des résultats, mais il paraît plus dangereux et moins sûr que le traiement chirurgical. Il pourrait tirer ses indication des contre-indications opératoires formelles.

Nous devons remercier Diamant-Berger de nous avoir apporté une documentation précieuse sur une méthode qui semble en Amérique jouir d'une grande vogue et que certains étrangers installés à Paris appliquent directement à la clientèle.

La conclusion de notre confrère est à reproduire car elle nous apparaît pleine de bon sens.

« Médecins et chirurgiens doivent être au courant de cette méthode qui est loin d'être anodine, qui est susceptible de créer des lésions que l'on peut avoir à traiter secondairement et qui peut augmenter la difficulté et les risques des opérations.

UNE NOUVELLE INDICATION DU RÉGIME LACTÉ

Les entérocolites à flagellés

Par le Docteur H. Gæhlinger

Ex-chef de Clinique de la Faculté de Lille

Il y a une trentaine d'années, la question du lait dans le régime des entéritiques et plus encore celle du régime lacté a donné lieu à des controverses passionnées.

Pour ses partisans, c'est un aliment complet, léger et de digestion facile, « c'ést peut-être de tous les aliments celui auquel nos fonctions digestives sont le mieux adaptées » (Martinet). C'est l'aliment dont, toutes proportions gardées, la digestion nécessite le moins de ferments stomacaux et pancréatiques (Pavlow et Walther). Il est relativement antiputride et Bolh (1887), Biernacki, puis Winternitz constatent par son emploi la diminution rapide et considérable des sulfo-éthers.

Les recherches coprologiques de Gilbert et Dominici confirment ces données et ils constatent qu'après cinq jours de régime lacté, le nombre total des microbes de l'intestin est réduit au 71e de ce qu'il était auparavant. Cette diminution des microbes semble due à la lactose.

Cependant Combes considère que du fait de sa grande teneur en protides, le lait est un excellent milieu de culture pour les bacilles protéolytiques du côlon. Il contient bien une substance antiputride, la lactose, mais celle-ci est absorbée dans l'intestin grêle et la caséine, ainsi privée de son moyen de protection, se putréfie très rapidement.

Aussi Combes conclut-il que le lait pur doit être interdit dans les entérites aiguës comme dans les entérites chroniques. Seule l'association du lait avec les farineux peut être supportée parce que les farines constituent l'aliment antiputride par excellence.

Malgré cette restriction de Combes, c'est-à-dire la tolérance du lait lorsqu'il est associé avec cinq ou six fois son poids de farineux hydrocarbonés, le lait a été pratiquement interdit dans la diététique des maladies de l'intestin. Seuls les dérivés du lait, yoghourt, képhir, ont conservé la faveur des diététiciens parce qu'ils contiennent une quantité plus ou moins grande d'acide lactique, qu'ils sont en partie coagulés et de plus parce que leur caséine a déjà subi un commencement de digestion.

Il faut encore noter la contre-indication hépatique : « L'usage du lait longtemps continué chez les hépatiques, entretient ceux-ci dans l'état de faiblesse auquel les prédispose leur hypofonction ». Comme la soi-disant insuffisance hépatique a pris une part prédominante dans la conception actuelle des affections digestives, la prohibition du lait a trouvé là un nouveau motif d'extension.

Quelques auteurs, étudiant les anaphylaxies digestives, ont à tort ou à raison incriminé le lait comme réactogène et considèrent que dans toute intolérance digestive, la suppression du lait et des œufs constitue la première indication diététique.

Enfin, dans la colibacillose d'origine intestinale, le lait, nous ne savons pourquoi, a été accusé d'être l'aliment nocif par excellence et il suffirait d'en absorber quelques centimètres cubes pour s'exposer aux rechutes les plus graves.

Dans de telles conditions, d'un consentement à peu près général, le lait est regardé comme l'aliment poison et sa proscription doit constituer notre premier réflexe, en présence d'une affection intestinale ou hépatique.

Cependant quelques auteurs ont insisté sur ce fait que la façon d'absorber le lait joue peut-être un rôle dans la constitution de la soi-disant intolérance. Il est certain que le dyspeptique qui avale d'un trait un bol de lait, réalise dans son estomac un caillot unique et volumineux de caséine qui offre aux sucs digestifs une bien faible surface d'attaque. Au contraire, si l'on mange le lait, si on le boit lentement en l'insalivant, à doses modérées et suffisamment espacées, en une vingtaine de minutes au moins, comme l'enfant qui tète sa mère, il se forme autant de petits caillots que de gorgées successives et la digestion devient facile et complète. En prenant ces précautions et avec quelques soins de la bouche, on n'observe pas cet état saburral, ces fermentations gastriques fétides, les douleurs, les coliques et la diarrhée que l'on voit trop souvent lorsque le lait est pris sans précautions.

Il est un argument auquel on ne songe peut-être pas assez et qui mériterait des développements qui nous entraîneraient trop loin. Il y a trente ou quarante ans, les troubles intestinaux chroniques de l'adulte étaient surtout du type putréfactif et c'est pourquoi on interdisait le lait, aliment de putréfaction, tandis que l'on recommandait les préparations lactiques qui apportaient la concurrence de leurs microbes de fermentation. A l'heure actuelle, les gastroentérologues sont d'accord pour dire que les colites de fermentations sont maintenant de

beaucoup les plus fréquentes tandis que se raréfient les colites pures de putréfactions. S'il en est ainsi, les indications devraient logiquement se trouver inversées tant pour le lait que pour les préparations lactiques. C'est là un sujet qui mériterait de nombreuses digressions et sur lequel nous comptons revenir prochainement.

***

Comme gastro-entérologue, nous avons personnellement observé la réserve générale à l'égard du lait pendant toute une période de notre activité professionnelle, lorsque l'observation de deux de nos malades guéris par le régime lacté nous obligea à reviser nos conceptions.

Observation I. — M. C..., 45 ans, vient à Châtel-Guyon, en 1923, atteint de diarrhée chronique durant depuis une dizaine d'années. A l'examen coprologique, nombreux kystes de lamblias. Traitement : stovarsol, très mal supporté et abandonné au quatrième jour. Le malade nous quitte au bout de trois semaines, n'ayant pas obtenu d'amélioration appréciable.

Six mois plus tard, nous rencontrons le malade complètement guéri à la suite de trois semaines à un mois de régime lacté exclusif, prescrit par un de nos confrères parisiens. Sur notre demande, le malade fait faire plusieurs recherches parasitaires qui sont négatives.

Observation II. — Mme L..., 42 ans, atteinte de lambliase chronique, intolérante au stovarsol, présente un syndrome de douleurs tardives et des signes radiologiques qui font penser à la possibilité d'une ulcération duodénale. Sous l'influence du régime lacté pendant trois semaines et des poudres de saturation pendant plusieurs semaines, disparition des douleurs, mais également disparition des lamblias.

Ces deux observations et quelques faits cliniques observés pendant ces dernières années nous avaient fait penser que la prohibition systématique du lait et des produits lactés dans les colites n'était pas toujours justifiée et c'est pour cette raison que dans nos diverses publications sur la diététique des colites de fermentations, nous avons recommandé le lait et les fromages comme constituants du régime, mais nous n'avions plus eu l'occasion d'ordonner le régime lacté intégral chez des entérocolitiques.

Nous n'avions pas accordé d'intérêt à la disparition des parasites dans nos deux observations ; pourtant le fait était assez important pour attirer l'attention.

En juillet 1938, parut dans *Lyon Médical* un article de M. L. Morenas qui nous donna l'explication du phénomène qui ne nous avait pas suffisamment intrigué.

***

Comme le rappelle l'auteur lyonnais, déjà en 1923, R. Hegner avait montré l'efficacité du régime carné prolongé chez le rat vis-à-vis du parasitisme flagellé, principalement trichomonas et giardia (lamblia). Cet auteur avait proposé pour l'homme des régimes carnés qui auraient été employés avec succès par Magath (1924) à la clinique Mayo.

De son côté, Ratcliffe (1930) était arrivé à des conclusions moins absolues, des résultats ayant été obtenus avec certaines protéines tandis que d'autres étaient inefficaces.

L. Morenas a voulu mettre fin à ces interprétations divergentes et a expérimenté divers régimes équilibrés sur des lots de rats parasités par des trichomonas seuls ou en association avec des giardias (lamblias), des entéromonas et des hexamita. Chez les rats soumis à un régime contenant 60 % de caséine, les trichomonas disparaissent rapidement en même temps que l'acidité cæcale fait place à l'alcalinité et que la flore intestinale, jusqu'alors gram-négative, devient gram-positive. Les lamblias quoiqu'un moins rapidement, subissent le même sort.

Au contraire entéromonas, hexamita et surtout les amibes ne sont nullement gênés et il semble même que les amibes soient plus nombreuses. Il est intéressant de faire remarquer que les autres protéines, peptone ou ovalbumine, n'ont pas l'action anti-flagellée de la caséine.

Inversement, un régime riche en glucides et pauvre en peptones a comme effet de stimuler tous les protozoaires, aussi bien les amibes que les flagellés.

D'ailleurs Morenas rappelle qu'au point de vue expérimental, lorsqu'on veut inoculer des trichomonas à un jeune rat, il faut attendre que l'animal soit sevré depuis quelques jours. C'est là la preuve que la flore intestinale de l'alimentation lactée ne convient pas à ces parasites.

Les expériences de Carré nous apprennent également que le régime lacté exclusif est le meilleur traitement de la lambliase des agneaux, affection extrêmement grave pour ces animaux.

Dans ces conditions, il semble qu'on puisse conclure avec Morenas que dans les entérocolites à flagellés (lamblias, trichomonas), il faut que le régime soit riche en caséine pour obtenir une guérison rapide par la seule modification du terrain.

***

Ainsi s'expliquent nos deux observations dont nous n'avions tiré que des conclusions incomplètes, puisque nous n'avions vu que le facteur fermentations.

Au point de vue théorique, c'est un fait extrêmement intéressant de constater que des parasites intestinaux ne peuvent se développer que s'ils trouvent des conditions favorables de développement et qu'ils cessent au contraire de vivre lorsqu'on modifie le milieu nutritif. La grande loi du « terrain » que l'on étudie depuis ces

dernières années trouve là une éclatante confirmation.

Au point de vue de la thérapeutique pratique, deux cas peuvent se présenter, les entérocolites à lamblias et les entérocolites à trichomonas.

Comme le fait remarquer Morenas, les résultats que l'on obtient actuellement dans la lambliase par l'atébrine-quinacrine semblent à première vue diminuer, l'intérêt du régime. Il est cependant des cas, d'ailleurs assez rares qui résistent à cette thérapeutique de même qu'il existe quelques cas d'intolérance à cette médication.

Les entérocolites à trichomonas ne cèdent pas toujours au traitement classique par l'essence de térébenthine. Il y a là encore une indication pour le régime lacté.

D'ailleurs nous sommes en droit de conclure qu'il est toujours intéressant de diminuer les doses médicamenteuses que nous employons si nous pouvons trouver dans le régime une aide efficace.

Personnellement, depuis six mois, nous avons soumis trois malades, deux lambliasiques récidivant malgré des doses importantes d'atébrine-quinacrine et l'autre atteint de trichomoniase rebelle, au régime lacté exclusif pendant quinze jours et nous avons obtenu sans médication la disparition complète des parasites.

Deux remarques sont indispensables. Tout d'abord nous n'avons pas l'impression qu'il soit possible de remplacer le lait par du képhir ou du yoghourt parce qu'il est indispensable d'obtenir un milieu alcalin cæcal, ce que l'on n'obtiendrait pas avec les préparations lactiques.

Enfin, pour que le lait soit bien toléré, il faut le donner à doses modérées et espacées de quatre à cinq heures et recommander au malade de le mastiquer, de l'insaliver de façon à former des caillots petits et de digestion facile.

BÉRIBÉRI NOSTRAS

L'avitaminose B_1, maladie coloniale (béribéri asiatique) et expérimentale, s'observe-t-elle dans notre pays, sous des formes atténuées ? M. le Professeur Langeron, de Lille, est enclin à le penser et il apporte à l'appui de son opinion des arguments pathogéniques et des données cliniques dont l'intérêt est à la fois médical et social (1).

Trois éléments pathogéniques peuvent intervenir ici : l'alimentation, le travail, l'intoxication alcoolique chronique. La vitamine B_1 se trouve surtout dans la cuticule des céréales, cuticule éliminée des farines et de notre pain courants. Or, le pain constitue, pour nombre de sujets, la base principale de l'alimentation. Le travail élève, d'autre part, les besoins en vitamine B_1. L'ingestion de boissons alcoolisées, enfin, intervient en exagérant encore les besoins en vitamine B^1, et, par troubles digestifs, en réduisant l'absorption de celle-ci. Chez nombre de travailleurs, malheureusement, les trois éléments pathogéniques se trouvent réunis.

Au point de vue clinique, le béribéri nostras en question se manifesterait par deux ordres de troubles pathologiques : des troubles nerveux (polynévrites), des troubles cardio-vasculaires (myocardie). On retrouve là, probablement, divers cas de polynévrite et de myocardie attribuées à l'alcoolisme et réunies dans le groupe global des « polynévrites et des myocardies alcooliques ».

Certes, la preuve dudit béribéri nostras n'est pas apportée avec assez de rigueur pour faire entrer cette notion dans la clinique courante. Nous ne disposons pas pour le moment de moyen clinique, pratique, de détection de la vitamine B_1.

La prophylaxie et la thérapeutique se déduiront de la pathogénie : amélioration de l'alimentation et lutte contre l'alcoolisme. Chez le travailleur, en particulier, une alimentation suffisante et variée est nécessaire, mais cette alimentation convenable doit marcher de pair avec une consommation très modérée d'alcool et de boissons alcoolisées. Malheureusement l'intoxication alcoolique chronique avec ses conséquences pathologiques (digestives, circulatoires, nerveuses, mentales) n'est pas, en France, en régression, tant s'en faut !

P. LACROIX.

(1) L. LANGERON. — Note sur la possibilité et l'importance d'une avitaminose B_1 (béribéri nostras) dans nos conditions actuelles d'existence. (Académie de médecine, 21-3-1939.)

AU CHEVET DES PATIENTS

■ ● ■

Chez la femme, une incontinence d'urine a caractères spéciaux décèle un abouchement anormal de l'uretère

Il faut y penser, car on rencontre des femmes, qui ont gardé cette infirmité jusqu'à un âge relativement avancé, et ceci dans des milieux où la chose peut paraître au moins surprenante.

Cette incontinence spéciale se caractérise par le fait qu'elle existe depuis la naissance, sans aucune période de rémission. Elle persiste après la disparition de l'incontinence du nourrisson ; parfois même, elle accompagne une incontinence essentielle. Elle est continue : la malade est jour et nuit souillée, ce qui provoque des lésions assez spéciales de la peau du voisinage. Elle n'est nullement influencée ni par la position de la malade (couchée ou debout), ni par les efforts.

Enfin, certaines mictions sont normales, ne présentant aucun caractère pathologique de douleur ou de fréquence.

Pour mettre les choses au point, MM. **Lepoutre** et **Dewailly** (1), qui ont consacré à cette étude d'intéressants travaux, précisent que, à part certaines circonstances exceptionnelles, dans les deux tiers des cas il s'agit d'un uretère ectopique, desservant un petit rein supplémentaire placé au-dessus du rein normal, dont l'uretère s'abouche normalement aussi dans la vessie. Les autres cas correspondent à un rein simple non dédoublé.

Parfois le diagnostic s'impose dès l'interrogatoire, parfois on hésite.

Les cas les plus embarrassants sont ceux où l'incontinence perd ses caractères. Elle n'est plus continue, cesse la nuit pour reprendre le jour ; la malade en est délivrée pendant quelques semaines, puis elle réapparaît ; elle est influencée par des efforts, tout comme une incontinence par insuffisance urétrale, etc.

Il faut bien étudier la façon dont l'incontinence s'est établie. Toujours, l'incontinence de l'uretère ectopique a débuté avec la vie ; elle a eu, pendant une certaine période, des caractères bien tranchés ; puis, elle les a perdus par suite de la perte du pouvoir fonctionnel du rénicule, par suite de la dilatation considérable de l'uretère qui recueille l'urine à la façon d'un réservoir.

(1) Les abouchements extra-vésicaux de l'uretère chez la femme. (*Journ. des Sc. médicales de Lille*, 8 janvier 1939).

Jamais cette incontinence ne peut être confondue avec l'incontinence essentielle, qui a les caractères d'une véritable miction.

L'incontinence acquise par suite d'une fistule vésico-vaginale ou urétéro-vaginale est toujours précédée soit d'un accouchement laborieux, soit d'une intervention chirurgicale.

L'incontinence par insuffisance sphinctérienne s'accompagne le plus souvent d'une vulve insuffisante ; elle se présente chez des femmes qui ont eu des enfants. Elle survient à l'occasion d'un effort, de la toux, d'un éclat de rire.

Et cependant, ces diagnostics doivent parfois être discutés. Certaines incontinences font penser à l'abouchement anormal de l'uretère, même chez les femmes d'un certain âge. Si l'on trouve le méat anormal, le diagnostic est facile ; si on ne le trouve pas, le diagnostic peut être très difficile ; et bien des malades n'acceptent pas les examens nécessaires.

Les malades accusent parfois des *douleurs lombaires* : douleurs souvent assez vagues et à caractères imprécis, comme celles qui accompagnent les dilatations congénitales de l'uretère et qui sont si fréquemment l'occasion d'erreurs de diagnostic.

Quand les caractères de l'incontinence font penser à l'uretère ectopique, il y a lieu de rechercher l'orifice anormal.

La malade étant placée en position gynécologique, on écarte les lèvres, on essuie doucement au moyen d'un coton, et l'on examine d'abord les environs du méat ; c'est là où siège le plus souvent l'orifice anormal. Si on ne le voit pas, on attend patiemment, et parfois une goutte suinte, qui favorise la découverte.

Cependant, l'orifice anormal peut se présenter en divers points, et il est bon d'orienter méthodiquement les recherches.

Chez la femme, les abouchements anormaux de l'uretère se font surtout dans l'urètre et à la vulve, plus rarement dans le vagin, exceptionnellement dans l'utérus, dans les canaux de Gartner, de Muller.

L'orifice découvert, il faut le cathétériser. Si l'on recueille un liquide, dont la composition se rapproche de celle de l'urine, on a toutes raisons de croire qu'il s'agit d'un uretère: une injection de collargol, tenebryl, etc., à travers la sonde puis une radiographie donnera l'image d'un tube

allongé, plus ou moins dilaté et sinueux, se terminant par une petite dilatation en massue : c'est la pyélographie de l'uretère anormal.

Il est cependant des cas, où l'on ne parvient pas à découvrir le méat ectopique. Or, ni la cystoscopie, ni les éliminations colorées, ni l'urographie intraveineuse ne peuvent apporter un diagnostic certain. Seule la pyélographie, (les uretères s'abouchant dans la vessie), si elle montre l'absence d'un calice supérieur d'un seul côté, viendra montrer que l'anomalie siège probablement de ce côté.

Il faut alors se porter du côté supposé malade. Si l'on trouve un rénicule supérieur atrophié, correspondant à un uretère dilaté, le diagnostic sera fait. On pourra, pour plus de prudence, cathétériser de façon rétrograde cet uretère anormal et préciser son point d'abouchement inférieur.

Mais si l'on ne trouve ni rein atrophié, ni uretère dilaté, il est bien probable que la lésion siège de l'autre côté, ou que le diagnostic est erroné. On ne pratiquera pas de chirurgie mutilante sans avoir recherché, par le cathétérisme rétrograde, l'abouchement inférieur de l'uretère suspect.

« Le seul *traitement*, à la fois conservateur et efficace, c'est la néphrectomie partielle, l'extirpation du rénicule correspondant à l'uretère ectopique.

« Parfois cette néphrectomie partielle est techniquement irréalisable. Il faudra faire alors l'extirpation de toute la masse rénale du côté malade, si toutefois le rein opposé est suffisant. Toutes les autres opérations proposées n'ont plus actuellement qu'un intérêt historique. »

***

La petite insuffisance surrénale, une cause méconnue d'aménorrhée

Chez *la jeune fille* entre 15 et 17 ans, il est fréquent qu'un *arrêt des règles constitue le signal d'alarme* de l'insuffisance surrénale. Quand était survenue la puberté, écrit le Docteur **G. Hirtz** (1), les cycles menstruels avaient été normaux pendant quelques mois ou quelques années ; puis la quantité de flux a diminué progressivement jusqu'au jour où les règles ont cessé d'apparaître. Mais, le plus souvent, c'est à l'occasion d'une infection banale (grippe, angine), d'un changement de vie (transplantation), d'un surmenage scolaire, d'une simple refroidissement, que l'aménorrhée s'est installée brusquement.

Chez la femme, après certaines grossesses particulièrement pénibles, après la convalescence de certaines infections graves, les règles ont disparu sans qu'il soit possible d'invoquer une cause purement gynécologique.

Dans un cas, comme dans l'autre, aux périodes correspondant à la date des menstrues, la malade ne présente aucun trouble objectif, ni subjectif (nervosisme, migraines) comme c'est le cas dans d'autres variétés d'aménorrhée.

Cependant, il est rare que dans ces conditions, un examen clinique attentif ne révèle pas dans l'interrogatoire ou dans les troubles présentés d'autres *signes plus ou moins discrets d'insuffisance surrénale*. Ce sont :

a) l'asthénie, constante, plus ou moins intense, mais spécialement marquée le matin et accompagnée de fatigabilité ;

b) l'hypotension artérielle, de chiffres variables quelquefois légère ;

c) la dystonie neuro-végétative, à prédominance vago-tonique, avec exagération du réflexe oculo-cardiaque (et souvent lipothymie) ;

d) la raie blanche de Sergent.

Ces signes s'accompagnent rarement de pigmentations anormales, mais toujours de troubles du tonus veineux et capillaire, signés par une acrocyanose, une érythrocyanose sus-malléolaire et une prédisposition aux hémorragies. Les malades sont frileuses. Elles présentent, en outre, des troubles variés d'insuffisance digestive avec légère maigreur.

Chez la femme, les signes surrénaliens constants sont l'asthénie et l'hypotension artérielle. La tendance vago-tonique est souvent moins nette que chez la jeune fille. Les signes d'hypotonie veineuse et capillaire peuvent manquer.

Le diagnostic étiologique est rarement fait d'emblée, et les divers traitements symptomatiques échouent ou ne donnent que des résultats temporaires. L'opothérapie ovarienne ou la folliculinothérapie font reparaître une, deux ou trois périodes menstruelles, puis l'aménorrhée recommence, plus résistante, souvent rebelle à l'action des traitements déjà utilisés.

Le *traitement* doit consister uniquement dans l'injection de bons extraits de cortico-surrénale à doses assez fortes (0 gr. 50 à 1 gr. d'organe frais par jour) ; on peut y associer l'ingestion d'adrénaline, mais cette substance n'a d'action que sur le tonus neuro-vasculaire.

G. Fischer.

(1) Les aménorrhées de la petite insuffisance surrénale. (*La Clinique*, février 1939.)

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Que faire en présence d'une métrorragie post-ménopausique

Les métrorragies post-ménopausiques ne sont pas toujours sysmptomatiques d'un cancer de l'utérus ou de l'appareil génital. M. J. Aussilloux pense cependant que le cancer génital est le plus souvent en cause. Seul un interrogatoire complet et précis suivi d'un examen méthodique, général et local, permettra de serrer de près le diagnostic.

L'examen clinique, presque toujours insuffisant, devra être aidé au besoin par l'hystérographie, parfois le curettage, exceptionnellement la laparotomie exploratrice. En cas de doute, l'argument de fréquence conserve ici tous ses droits et on devra penser au cancer du corps utérin.

Si l'état général le permet, la seule sanction thérapeutique sera l'hystérectomie abdominale, qui permettrait au surplus, le cas échéant, de reconnaître et de traiter les cas exceptionnels de métrorragies post-ménopausiques d'origine extra-utérine. (*Montpellier Médical*, février 1939).

Les facteurs et signes de malignité de l'hypertension artérielle

M. le Professeur Rixer, MM. Becq et Dardenne admettent une forme clinique primitivement maligne de l'hypertension artérielle, mais ils ne pensent pas qu'il s'agisse d'une véritable « maladie autonome »; n'importe quelle forme de la maladie hypertensive, quelque soit son origine et sa pathogénie, peut aboutir à la gravité et à la malignité (termes non synonymes), plus ou moins rapidement, d'emblée ou secondairement. Ce syndrome de gravité-malignité apparaît donc dans des circonstances très différentes : primitivement et rapidement ; ou secondairement à une hypertension artérielle, jusque-là bien tolérée. Il peut être décelé à un stade relativement précoce, et son intérêt est alors tout autre que le syndrome grave évident, de l'hypertension artérielle aboutissant au grand déficit cardio-rénal terminal. Léger, à peine ébauché, il peut rapidement se compléter ; net et indiscutable, il peut devenir massif en quelques jours.

Le syndrome de gravité-malignité est dû à l'intervention de différents facteurs, parmi lesquels il faut placer au premier plan le facteur de pan-vascularité, périphérique et viscérale ; les facteurs d'âge, d'étiologie particulière, de grossesse, d'hérédité, ont leur intérêt.

Les signes de gravité-malignité les plus significatifs sont avant tout, les signes exsudatifs rétiniens et méningés, la tendance au déséquilibre extrême des tensions de l'extrémité céphalique, et d'infiltration des tissus de la face, les signes vasculaires périphériques (artères musculaires), les symptômes fonctionnels épisodiques cardio-cérébraux, l'atteinte progressive de la fonction de concentration des reins, certains signes d'anémie et de dénutrition. Parfois, ils sont isolés, mais souvent réunis en un syndrome très objectif ; ils permettront un pronostic précoce et des décisions thérapeutiques, fortement étayées. (*Journal Médical Français*, février 1939.)

Néphrite typhoïdique hyperazotémique

MM. Massias, Phan-Huy-Quat et Nguyen-Dinh-Hao communiquent six observations de cet aspect anormal de la fièvre typhoïde. Après une revue historique de cette question, ils en font une étude critique, puis exposent le traitement auquel il est bon de recourir.

La néphrite hyperazotémique peut donc se ranger au nombre des manifestations rénales de la fièvre typhoïde ; il s'agit ici d'une glomérulonéphrite aiguë, qui se développe sur des reins préalablement sensibilisés.

Le diagnostic pourra être soupçonné sur certains signes : vomissements fréquents, encéphalisme marqué, signes urinaires. Le traitement combinera les indications générales de la thérapeutique de la fièvre typhoïde (A-vitamino et C-vitaminothérapie, réfrigération, surveillance armée) et des indications particulières, telles que transfusion, sérum glucosé hypertonique. Le pronostic est toujours très grave. Néanmoins sur six cas les auteurs ont eu trois guérisons. (*Rev. Médic. Française d'Extrême-Orient*, mai 1938.)

Traitement des rétrécissements de l'œsophage consécutifs à l'absorption de lessive

La fréquence des rétrécissements de l'œsophage en Slovaquie doit être attribuée à la vente libre de lessive, en solution ou en pierre (mélange d'hydroxyde de soude et de potasse). A la clinique orthopédique et de chirurgie infantile de Bratislava, M. Mikula procède, depuis l'année

◆◆◆◆◆◆

1919, au sondage prophylactique par lequel est évitée la stricture et accélérée la guérison. Dans tous les cas graves, où l'emploi de sondes cylindriques détermine de la fièvre et de la péri-œsophagite, il recommande la gastrotomie, suivie au bout de 10-14 jours, de l'introduction d'une mince sonde conique, laissée à demeure ; le bon résultat obtenu est beaucoup plus rapide et après 3-4 semaines l'enfant peut absorber sans difficulté des aliments solides. Ce procédé (gastrotomie, puis mise en place d'une sonde conique) a, en outre, l'avantage d'empêcher les perforations de l'œsophage. Il a été employé avec succès chez 54 enfants. (*Bratisl. Lekarske Listy*, février 1939).

Sur les accidents provoqués par l'insulinothérapie

M. R. Boulin établit que, indépendamment des accidents hypoglycémiques que l'on peut éviter en dosant très exactement l'insuline, il existe ou, pour mieux dire, il semble exister des accidents indépendants de toute hypoglycémie qui ne se produisent qu'assez rarement et presque tous dans les mêmes conditions chez des sujets âgés, polyscléreux, prédisposés à ces accidents par l'état de leurs vaisseaux. Ces accidents sont principalement nerveux ; ce sont les convulsions, les paralysies, le coma, qui, par ordre de gravité croissante, sont le plus à redouter en pareils cas. Puis viennent les accidents cardiaques : angine de poitrine, insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde.

Dans les manifestations hypoglycémiques, l'insuline est seule en cause ; dans les manifestations non hypoglycémiques, c'est le terrain qui est responsable, et l'insuline ne joue que le rôle épisodique d'un agent provocateur. On conçoit que l'éventualité de tels accidents doive imposer une certaine réserve dans l'usage de l'insuline toutes les fois que l'emploi n'en est pas indispensable. (*Revue Médicale Française*, février 1939.)

Biotropisme bismuthique indirect de Milian

MM. G. Petges et Deprecq rapportent une observation de ce biotropisme, qui fût à forme de rhumatisme articulaire aigu généralisé, fébrile. Ce rhumatisme, qui déjà avait fait l'objet de soins antérieurs, fut réveillé par le traitement bismuthique chez un ancien syphilitique, non soigné, ancien paludéen. Les accidents articulaires fébriles ont été si nets, avec leur cortège de douleurs violentes, intolérables, siégeant sur les articulations électivement touchées dans le rhumatisme articulaire aigu généralisé, qu'on n'a pu mettre en doute ce diagnostic. On est forcé de conclure à un phénomène de biotropisme bismuthique, tel que le conçoit Milian, puisque ce rhumatisme articulaire aigu, fébrile, d'aspect franc, a cédé à la continuation du traitement antisyphilitique bismuthique, sans l'aide du salicylate de soude, de l'antipyrine ou autre spécifique adéquat, chez un syphilitique avéré, à réaction de Wassermann positive.

La notion du microbisme latent du rhumatisme articulaire aigu généralisé attesté par ses récidives fréquentes, sa localisation élective et durable dans le myocarde, selon les conceptions actuelles généralement admises, permet de mieux comprendre le réveil d'une crise de ce rhumatisme, sous l'influence d'une médication active antisyphilitique bismuthique. Qu'un type infectieux morbide aussi net ait pu renaître de telle manière, cela incite à penser que des circonstances analogues peuvent également éveiller d'autres infections latentes. (*Paris-Médical*, 4 mars 1939.)

Remarques sur les perforations de l'utérus gravide

Au cours de 17 années, 27 perforations de l'utérus gravide ont été traitées par S. Kadlecik à la clinique obstétricale et gynécologique de Bratislava. Il s'agit surtout de femmes nullipares ou n'ayant eu qu'un petit nombre d'accouchements. La majorité était dans le deuxième mois de la grossesse, deux dans le troisième, deux dans le quatrième ; deux furent amenées quelques jours après l'absence des règles. Dix perforations étaient dues au médecin, trois à la sage-femme ; trois étaient survenues dans un établissement. Dans dix cas, lésions non compliquées de la paroi utérine ; dans dix-sept, lésions multiples, soit de l'utérus soit des organes voisins. Parmi ces dernières : deux perforations de l'intestin, deux malades présentaient, à leur admission, des symptômes de péritonite. Dans dix cas, la blessure fut suturée ; chez des malades au-dessous de 25 ans, deux amputations de l'utérus, une hystérectomie ; chez des malades au-dessous de 30 ans, quatre amputations, deux hystérectomies. Quatre malades amenées dans un état désespéré moururent (14,8 %). Pas une seule mort ne fut causée par hémorragie, quoique un rameau de l'artère utérine fût blessé dans un cas. Des cas graves, mais amenés et traités à temps, eurent un cours beaucoup plus favorable que des cas amenés tardivement même sans lésion des organes voisins. (*Bratisl. Avské Lekarske Listy*, février 1939.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les appendicites aiguës. Leur traitement post-opératoire par les procédés biologiques, en particulier par le sérum anti-coli de Vincent

(MM. M. LARGET et J.-P. LAMARE ; présentation par M. VINCENT ; 21-3-1939)

MM. Larget et Lamare emploient avec avantage depuis quatorze années les méthodes biologiques dans le traitement post-opératoire de l'appendicite aiguë. Ils ont surtout recours à la sérothérapie, celle-ci, méthode de défense passive, ne demandant à l'organisme aucune collaboration active.

La sérothérapie, d'ailleurs, ne s'adresse pas à tous les cas d'appendicite aiguë. Elle est indiquée dans les formes toxiques avec toxémie appendiculaire, les péritonites appendiculaires avec sidération de l'organisme, dans les appendicites localement peu accentuées mais où l'on a des raisons de craindre un fléchissement de la défense.

Quelle sérothérapie utiliser ? Attendre la culture du germe n'est pas toujours possible. Pour les auteurs, les anaérobies ne sont que très rarement en cause. Certains caractères révèlent le coli-bacille : l'odeur fécaloïde, butyreuse, les plaques brunes ou verdâtres, l'aspect noirâtre de la muqueuse, un liquide intra-appendiculaire couleur d'encre, à odeur nauséabonde. Ces caractères, malgré leur apparence gangréneuse, portent la signature du coli-bacille. En fait, MM. Larget et Lamare ont employé et emploient généralement le sérum anti-colibacillaire de Vincent. Il faut habituellement injecter des doses importantes d'emblée : cinq ampoules le premier jour, autant le second et parfois davantage.

La statistique des auteurs donne, sur 89 appendicites graves, 79 guérisons.

Les spirochètes de l'appareil respiratoire

(MM. R. VINZENT et P. SÉGUIN. — Présentation par M. SERGENT ; 21-3-1939)

C'est surtout à la suite des travaux de Castellani, en 1906, que le rôle des spirochètes de l'appareil respiratoire a été envisagé.

La plupart des auteurs s'accordent avec Delamare pour reconnaître une origine buccale ou rhino-pharyngée aux spirochétoses pulmonaires. Cependant divers autres germes ont été considérés. Ayant repris la question, MM. Vinzent et Séguin ont été conduits à isoler des germes identifiés pour la plupart à des souches buccales (sp. microdentium, sp. comandoni, sp. macrodentium, etc.). Cette notion offre un intérêt non seulement pathogénique mais pratique. Elle impose des mesures préventives bucco-dentaires et aussi des mesures curatives du même ordre.

Action du zinc sur les divers états utéro-ovariens

(M. Henri VIGNES ; 21-3-1939)

M. Vignes a employé des préparations à base de zinc (valérianate, acétate de zinc) dans le traitement de certains états utéro-ovariens : irrégularités des règles, dysménorrhée, métrorrhagies, etc.

Les résultats enregistrés ont été uniquement d'ordre symptomatique, sans recherches biologiques ni précisions pathogéniques. Ces réserves faites, le zinc a paru avoir des effets favorables chez un nombre appréciable de malades atteintes de stérilité, de troubles du fonctionnement ovarien (aménorrhée, ménorrhagies, etc.).

Action comparée de l'eau distillée, de l'eau de Vichy et des solutions équimoléculaires dans la pléthore aqueuse expérimentale

(MM. Maurice CHIRAY, L. JUSTIN-BESANÇON, Ch. DEBRAY et M. LACOUR ; 21-3-1939)

Le travail de MM. Chiray, Justin-Besançon, Debray et Lacour est une contribution à l'étude de l'intoxication par l'eau. Etude complexe où interviennent la quantité, la composition, les propriétés biologiques de l'eau considérée. Ainsi, dans des expériences sur le lapin et le chien, faites par voie intra-veineuse et par voie gastrique, la tolérance s'est montrée beaucoup plus grande pour l'eau de Vichy que pour l'eau distillée. L'organisme de l'animal a pu tolérer sans aucun trouble une quantité massive de la source Grande Grille alors que la dose supportée d'eau distillée ne dépassait pas 70 c. c. par kilogramme de poids, chez le lapin. Dans la pléthore aqueuse expérimentale, il faut placer le facteur qualitatif sur le même plan que les autres facteurs antérieurement admis (quantité de liquide, concentration moléculaire).

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Méningite à méningocoques compliquée de septicémie à méningocoques

(MM. J. DECOURT, R. MARTIN, HÉRAULT et PANTHIER ; 3-2-1939)

La thérapeutique sulfamidée semble particulièrement active dans les infections streptococciques localisées dans le derme (érysipèle) ou dans les méninges (méningites streptococciques). Ce que l'on a constaté pour le streptocoque semble vrai également pour le méningocoque, comme il ressort de l'observation relatée aujourd'hui, où une faible dose de 1.162 F a suffi à guérir une méningite à méningocoques, et s'est montrée impuissante à juguler une septicémie à méningocoques, qui n'a cédé qu'à de fortes doses de ce même produit.

Un enfant de 13 ans, pesant 25 kilogrammes, fait une méningite purulente à méningocoques, et guérit rapidement de cette méningite par une dose faible de sulfamide : 1 gramme à 1 gr. 50 par jour. Mais cette faible dose de 1.162 F. n'empêche pas une septicémie à méningocoques de s'installer et d'évoluer. Pour juguler cette septicémie, il faut doubler les doses et administrer 3 grammes du produit par vingt-quatre heures. Cette forte dose, dès le premier jour, amène la chute définitive de la température.

Cette observation a paru intéressante, car elle prouve, que les méningites réagissent mieux au traitement sulfamidé que les septicémies.

Le brachy-œsophage avec estomac partiellement thoracique

(MM. LELONG, P. AIME, A. AUBIN et J. BERNARD 3-2-1939)

Les auteurs décrivent sous le nom de brachy-œsophage avec estomac partiellement thoracique une malformation congénitale de l'œsophage caractérisée par un défaut d'allongement du conduit au cours de son développement embryologique, une partie du pôle supérieur de l'estomac se trouvant retenue au-dessus du diaphragme. Cette malformation tire son principal intérêt du fait qu'elle est compatible avec la vie : en cela elle s'oppose à d'autres difformités congénitales de l'œsophage, connues jusqu'ici, lesquelles sont ou bien des constatations d'autopsie, ou bien des découvertes radiologiques chez des nouveau-nés destinés à ne vivre que quelques jours. Sa rareté est probablement plus apparente que réelle, si l'on tient compte de la facilité avec laquelle elle peut être ignorée ou confondue avec des affections voisines.

Le tableau clinique est dominé par un symptôme : le vomissement ou la régurgitation alimentaire. A vrai dire, le rejet des aliments se fait selon des modalités variables. Il peut être précoce, survenir immédiatement après la déglutition, au cours même du repas, le lait ou les autres aliments n'ayant pas eu le temps d'être modifiés par la digestion, leur quantité ne dépassant pas quelques gorgées : cet ensemble, lorsqu'il se présente, impose l'idée de régurgitations œsophagiennes. Il n'en est pas toujours ainsi, non seulement d'un sujet à l'autre, mais chez le même malade. Le rejet alimentaire peut être tardif, abondant (le tiers, la moitié du repas), se faire sans état nauséeux décelable, sans grand effort apparent. La distinction entre le vomissement vrai et les régurgitations (œsophagiennes ou gastriques) est alors cliniquement malaisée, comme souvent chez le nourrisson. La consistance de l'alimentation a une influence sur la fréquence des vomissements. Les vomissements sont plus fréquents pendant les premiers mois de la vie, phase pendant laquelle l'alimentation est uniquement liquide. Les aliments solides, quand ils ne sont pas très finement divisés et bien liés, sont mal supportés : ils font apparaître les vomissements quand ceux-ci ont préalablement cessé. Il semble bien que les aliments de consistance pâteuse, onctueuse, comme les bouillies farineuses, soient les plus facilement absorbés et retenus. Le décubitus horizontal favorise nettement les vomissements.

Aux vomissements et aux régurgitations alimentaires peuvent s'ajouter des régurgitations glaireuses et des hématémèses.

Au delà de la première année, régurgitation et vomissements vont en s'espaçant ; ils ne surviennent plus que par crises passagères, séparées par des périodes d'accalmie plus ou moins longues. Cette évolution intermittente, ces phases de tolérance parfaite conduisent à penser, que, dépourvue de toute complication surajoutée, la malformation pourrait être entièrement latente : les vomissements expriment surtout le spasme ou le reflux gastro-œsophagien, et les hématémèses sont la conséquence de l'œsophagite.

De nombreuses affections peuvent être confondues avec le brachy-œsophage, : devant tout vomisseur habituel, l'examen systématique de l'œsophage s'impose. La radiologie elle-même peut être trompeuse. C'est avec la hernie gastrique trans-diaphragmatique que le diagnostic est le plus difficile.

En dehors de toutes complications (spasmes, œsophagite, ulcération) le pronostic s'améliore beaucoup quand l'enfant a doublé le cap de la première année.

Le traitement n'est que médical : il doit s'appliquer à calmer le spasme et l'œsophagite par le sous-nitrate de bismuth ou les alcalins associés au gardénal ou à la belladone, à régler la consistance des aliments pour les rendre plus faciles à déglutir. Enfin, les régurgitations et les vomissements étant favorisés par le décubitus horizontal, il faudra s'appliquer à éviter dans la mesure du possible le décubitus horizontal après les repas.

G. F.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 3 février 1939

Apoplexie utéro-placentaire. Hystérectomie abdominale. Guérison

M. P. SÉJOURNET présente l'observation d'une femme de 32 ans, hospitalisée 21 heures après le début d'une apoplexie utéro-placentaire, survenant au septième mois d'une grossesse normale. Devant la gravité des symptômes, intervention d'urgence. Les lésions apoplectiques de l'utérus, des annexes, des ligaments larges et des plexus utéro-ovariens semblent irréparables et une hystérectomie en bloc est pratiquée. La malade guérit sans incident. Après avoir rappelé les travaux initiaux de Couvelaire, Séjournet fait l'exposé des deux conceptions thérapeutiques qui se partagent la faveur actuelle des obstétriciens. Traitement chirurgical qui, suivant l'état des lésions, optera pour la césarienne conservatrice, la césarienne suivie d'hystérectomie et l'hystérectomie en bloc. Traitement médical, préconisé par Solomons, de Dublin, par médication très active avec temporisation et abstention opératoire, quelle que soit la gravité des cas. L'application de cette méthode se traduirait par un abaissement impressionnant de la mortalité globale.

A la faveur de recherches récentes, le mécanisme physiopathologique de l'apoplexie utéro-placentaire a franchi une nouvelle étape. Sans prétendre résoudre tous les problèmes pathogéniques, le rôle du sympathique abdominal paraît être prépondérant dans la genèse de ces accidents. Des apoplexies utéro-placentaires ont été reproduites expérimentalement chez des femelles gravides. Dans le cas rapporté par l'auteur, il semblerait que le choc d'intolérance ait irrité les plexus utéro-ovariens, branches directes du plexus solaire et ait ménagé des plexus utérins, tributaires des ganglions hypo-gastriques. La topographie des lésions est en faveur de cette hypothèse.

Fracture des deux os de l'avant-bras. Cal vicieux du cubitus. Pseudarthrose du radius. Opération. Guérison

M. André TRÊVES présente une malade atteinte de fracture grave de l'avant-bras, réduite en province. Le déplacement s'est produit progressivement sous le plâtre, le cubitus était consolidé avec angulation, le radius pseudarthrosé ; l'auteur a pratiqué un enchevillement central du radius par greffon tibial et une simple suture du cubitus après ostéotomie du cal vicieux. Excellent résultat deux ans après la fracture, mais les remaniements osseux se poursuivent et se poursuivront encore pendant des années.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DES HÔPITAUX LIBRES

Séance du 3 janvier 1939

A propos du traitement de certaines épilepsies

Mlle SERIN insiste sur l'utilité d'associer les différents traitements symptomatiques connus de l'épilepsie et, en particulier, sur l'emploi du chlorure de calcium injectable, en tenant compte des manifestations cliniques.

En outre, il y a parfois des indications spéciales tirées des facteurs étiologiques. A côté des traitements chirurgicaux et antisyphilitiques, l'auteur attire l'attention sur l'utilisation du salicylate de soude intra-veineux dans le traitement de certaines épilepsies d'origine infectieuse récente et sur l'emploi de certains agents vasculaires (iode, extrait de pancréas, etc.), dans les épilepsies tardives mal connues de l'adulte.

M. P. DESCOMPS poursuit depuis quinze ans, l'étude systématique des épilepsies parasitaires, plus fréquentes qu'on ne le pense habituellement.

M. DENET a vu bien souvent des épilepsies dites essentielles, trépanées par M. Th. DE MARTEL dans le but d'explorer la zone épileptogène, être améliorées par la seule trépanation et rester sans crises plus ou moins longtemps.

Evolution favorable d'un mégacôlon à complications multiples par traitement médical à base de drainage intestinal prolongé

M. M. DELORT rapporte le cas d'une femme observée pendant cinq années, atteinte de méga et de dolicho-côlon, troubles toxiques graves et notamment troubles endocriniens marqués.

Le drainage, puis divers traitements de l'état général et des endocrines amènent une telle amélioration que cette malade qui avait des absences de règles de plus de 19 mois, eut une grossesse en janvier 1938 qui vient d'aboutir à la naissance d'un enfant normalement constitué. L'auteur attire l'attention sur les effets multiples et graves de la toxémie par stase colique, plus particulièrement sur ses effets endocriniens, sur l'efficacité du drainage par procédés médicaux, méthodiques, énergiquement institués, tenacement maintenus.

Il faut remarquer l'utile collaboration que donne le malade, quand il est de bon esprit, à cette action longue qui peut comporter pour celui qui souffre des moments d'impatience.

M. NEMOURS-AUGUSTE attire l'attention sur la petite taille de la malade, son état de maigreur que l'on peut comparer à l'aspect de certains sujets atteints de dolicho-méga-œsophage.

A propos de la communication de M. SAVIGNAC : **Résultats éloignés des cholécystectomies**

M. DENET. — Il vaut souvent mieux pratiquer une cholécystostomie qui réalise un excellent drainage de la vésicule plutôt qu'une cholécystectomie, opération idéale qui peut, de temps à autre, se terminer par un désastre ou être la cause d'adhérences et de soudure du duodénum, pouvant apporter une gêne importante à l'évacuation de l'estomac.

M. R. GIROUX, au cours de son séjour à l'hôpital La Rochefoucauld, a pratiqué de nombreuses autopsies chez les malades particulièrement âgés.

Il a découvert certaines vésicules bourrées de calculs énormes, sans que dans le passé des malades, on ait pu retenir soit un syndrome douloureux, soit des troubles dyspeptiques.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(7-2-1939)

Traitement de la blennorragie par les sulfamides

M. COUMEL rapporte deux statistiques concernant l'emploi des sulfamidés dans la blennorragie masculine.

La première statistique, établie par MM. Saby et Duval (hôpital Desgenettes, Lyon), porte sur 72 cas. La posologie forte employée par ces auteurs dans 54 cas leur a donné 97 % de succès, en un temps moyen variant entre 8 et 15 jours.

La deuxième statistique, établie par MM. Coumel, Paraire et Piguet (hôpital du Val-de-Grâce, Paris), porte sur 141 cas. Le pourcentage de succès est de 77,3 % ; la posologie a été plus faible que la précédente.

Les auteurs sont d'accord pour constater l'action remarquable du traitement et son innocuité. Ils insistent sur l'utilité du repos et du régime en cours de cure, et recommandent, lorsque l'un et l'autre peuvent être observés, l'emploi des doses fortes à l'exclusion de toute autre thérapeutique.

M. MILLET estime qu'en milieu militaire, il ne faut point se rallier à des conclusions prématurées. A son avis, les sulfamidés, qui constituent un progrès dans la thérapeutique de l'urétrite, exigent un traitement surveillé, à action contrôlée.

Toulouse

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(21-1-1939)

Anesthésie au scophédal

M. P. FABRE a utilisé ce produit et a eu deux crises d'agitation très brutales et vraiment impressionnantes l'une au moment de l'opération, l'autre après. Cette méthode qui d'ailleurs demande toujours à être complétée par une anesthésie locale ou générale n'est pas sans ennui.

M. RIEUNAU a eu de grosses excitations post-opératoires par l'évipan et la scopolamine-morphine.

M. P. DAMBRIN ayant vu dans un grand sanatorium une mort quelques heures après une thoracoplastie à l'évipan n'emploie plus ce produit pour ses thoracoplasties. L'énarcon donne aussi des ennuis.

M. C. DAMBRIN reste fidèle à la vieille méthode d'anesthésie locale ou générale à l'éther qu'il ne fait précéder d'aucune autre anesthésie.

Reims

SOCIÉTÉ MÉDICALE

(22-2-1939)

Discussion clinique et radiologique d'un énorme arc inférieur droit sur un cœur hyperthyroïdien et rhumatismal

MM. SEGAL père et M. JACQUET rappellent la difficulté devant un énorme arc inférieur droit du cœur, de préciser s'il s'agit d'une grosse oreillette droite ou d'une oreillette gauche véritablement «anévrysmale», recroquevillant devant elle l'oreillette droite, dont elle occupe la place, réalisant à elle seule l'augmentation de l'arc inférieur droit du cœur, comme Lutembacher l'a constaté dans les affections mitrales rhumatismales.

Ici, on a donc eu recours à un procédé de visualisation, inspiré de la technique d'Enquin et Aguirre, pour faire apparaître, par transparence, dans la masse cardiaque, l'ombre de l'oreillette gauche, qui déborde à droite et à gauche ses limites physiologiques. Elle est donc grosse, mais l'oreillette droite est encore plus volumineuse car :

1° L'oreillette gauche reste distante de 4 centimètres du bord droit du cœur, et n'encoche nulle part celui-ci pour réaliser un double contour ou un « double centre de battements » comme dans les cas où elle est responsable de l'augmentation de volume de l'arc inférieur droit ;

2° La bronche droite est non seulement soulevée, ce qui atteste une grosse oreillette gauche, mais déviée en dehors ce qui ne peut être réalisé que par une grosse oreillette droite.

La clinique décelant un bruissement systolique léger de la partie interne du deuxième espace gauche, séparé par une zone de silence du rythme mitral de la pointe, l'électro-cardiogramme montrant une prédominance droite, les auteurs proposent, avec les réserves d'usage, le diagnostic de persistance du trou de Botal chez une mitrale rhumatismale et hyperthyroïdienne. En effet, le diagnostic d'anévrysme de l'oreillette gauche ne justifie pas la présence de tous ces signes, comme l'un d'entre eux l'a exposé à la Société française de cardiologie.

Les Congrès

◆ ◆ ◆

LE IXe CONGRÈS NATIONAL DE LA TUBERCULOSE

(Lille, 11, 12 et 13 avril 1939)

Enregistrons de suite le vif et légitime succès obtenu par le Congrès de la tuberculose, qui vient de se tenir à Lille : les adhérents étaient nombreux, les rapports intéressants, les discussions courtoises et animées. Du reste, une atmosphère de cordialité n'a cessé d'envelopper ce Congrès et la sérénité scientifi- d'y régner, en dépit des nuages qui s'amoncelaient à l'horizon politique.

Volontiers, je souligne aussi, la part importante prise aux travaux par la Faculté libre de médecine de Lille et tout particulièrement par notre collègue, le Professeur Henri D'Hour, secrétaire général adjoint du Congrès.

MARDI 11 AVRIL

A 9 heures, en la salle des fêtes de la Société industrielle, M. Carles, préfet du Nord, président du IXe Congrès, ouvrait la session, devant une nombreuse assistance, où se coudoyaient médecins français et étrangers, infirmières visiteuses sociales, étudiants des deux Facultés de médecine de Lille. Le président saluait le représentant du ministre de la Santé publique, retenu à Paris par les devoirs de sa charge, et souhaitait la bienvenue aux congressistes. Il rappelait que Lille a toujours été à l'avant-garde de la lutte antituberculeuse, avec Pasteur, qui fit dans notre ville, ses premières recherches sur les fermentations, avec Calmette, fondateur de la *Ligue du Nord contre la tuberculose* et créateur du premier dispensaire.

Le Professeur Gernez, secrétaire général, exprime sa gratitude au Préfet du Nord, pour les paroles aimables qu'il vient de prononcer ; il remercie tous ceux qui ont contribué à la bonne organisation de ce Congrès. En termes heureux, il esquisse ensuite à grands traits la physionomie géographique du Nord, souligne les faits importants de son histoire, évoque la mentalité de ses populations, leur ardeur au travail, leur énergie froide et résolue, leurs mœurs, leurs traditions.

Le Professeur Bezançon, délégué du ministre, affirme sa joie de se trouver dans une région où l'activité industrielle ne le cède en rien au labeur scientifique. Il fait le plus vif éloge de Calmette et retrace, en termes éloquents, sa bienfaisante carrière.

La séance inaugurale est close ; lecture est alors donnée des rapports de MM. NÈGRE, BOQUET et GERNEZ, puis, les congressistes sont reçus par la Chambre de commerce de Lille, au Palais de la Bourse, dont ils visitent les somptueux aménagements.

L'après-midi fut consacrée à la discussion des premiers rapports, sur la **question biologique** : *caractères distinctifs et rôle des divers types bacillaires, autres que le bacille humain, dans l'infection tuberculeuse* (1). M. NÈGRE s'attache au bacille aviaire et conclut à la rareté de l'infection humaine par ce germe. M. BOQUET donne les caractères morphologiques, chimiques, etc., du bacille bovin et précise son rôle dans l'infection humaine. Il serait, d'après M. GERNEZ, plus important qu'on ne le croit généralement : l'A. se réfère aux travaux de son maître Calmette, pour indiquer la fréquence des infections digestives chez le nourrisson par le lait provenant de vaches contaminées.

Puis, M. DERSCHEID, président du Comité exécutif de l'Œuvre belge contre la tuberculose, fait une communication sur *les localisations laryngo-trachéo-bronchiques chez les tuberculeux pulmonaires*.

Les congressistes visitent ensuite le *Dispensaire Emile-Roux*, fondé par Calmette lui-même et qui leur est présenté par le Dr Vansteenberghe, Administrateur-Délégué de la *Ligue du Nord contre la tuberculose*. Puis, ils se rendent à la Faculté libre de médecine, pour voir le service de phtisiologie de l'*hôpital Saint-Philibert* et le Musée anatomo-radiologique, thoracique, dû à l'initiative et à l'activité de M. D'Hour. M. le Professeur Lepoutre, doyen de la Faculté libre de médecine et de pharmacie, accueille avec sa bonne grâce coutumière les congressistes, qui demeurent émerveillés de l'originalité et de l'intérêt présenté par ce Musée.

Cette première journée s'achève par une brillante réception à la Préfecture de Lille. Dans la nombreuse assemblée, où se trouvaient beaucoup de praticiens et d'infirmières, on notait la présence de M. Nicolle, ancien Ministre, du Professeur Bezançon, du Professeur Lepoutre, doyen de la Faculté libre de Lille, des Professeurs Leclercq, Gernez et d'Hour, de Lille, des Docteurs Rist, Ameuille et Courcoux,

(1) On trouvera le texte intégral des rapports sur les trois questions à l'ordre du jour, dans le volume publié chez Masson, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris.

de Paris, du Docteur Derscheid, de Bruxelles, et du Docteur Bachmann, de Suisse.

MERCREDI 12 AVRIL

Les réunions de ce jour se tenaient à l'hôpital Calmette, dont les 500 lits, aux portes de Lille, sont réservés au triage des tuberculeux pulmonaires et aux soins spéciaux dont ils ont besoin. La **question d'ordre clinique**, avait trait aux *exsudats puriformes et purulents du pneumothorax thérapeutique.* M. Léon KINDBERG préconise les lavages de la plèvre et donne d'impressionnantes statistiques ; M. Robert MONOD examine et discute les résultats du traitement chirurgical , MM. BERNOU, FRUCHAUD et D'HOUR se montrent éclectiques suivant les types divers de pyothorax et ont recours, tantôt aux méthodes médicales, tantôt aux procédés chirurgicaux ; ils discutent minutieusement les résultats qu'ils ont obtenus et ils envisagent avec une entière sincérité l'avenir des sujets qu'ils ont traités.

Parmi les communications faites à cette séance, signalons celles du Professeur Sergent, dont on connaît l'importance des travaux sur la question, du Docteur Dumarest, sur l'intérêt et le pronostic lointain des pleurotomies, des Docteurs Jullien et Weiller, qui présentaient un aspirateur pleural électrique de leur invention, des Docteurs Maurer et Rolland, qui comparaient entre elles, les diverses méthodes de traitement des pyothorax.

Après discussion de ces rapports, le Professeur LECLERCQ, fait une conférence sur l'*organisation et le fonctionnement de la lutte antituberculeuse dans le département du Nord.*

En fin de matinée, les congressistes avaient été reçus à la mairie de Lille. Durant l'après-midi, ils visitèrent quelques-uns des monuments de Lille, examinèrent en détail l'hôpital Calmette et la nouvelle Faculté de médecine, encore en construction ; puis ils furent reçus par la Commission administrative des hospices. Cette laborieuse journée s'achevait par une soirée au grand théâtre de Lille, mis gracieusement par la Municipalité à la disposition des organisateurs, — spectacle coupé, dans lequel nous eussions aimé trouver la part plus large, faite au folklore.

JEUDI 13 AVRIL

L'ordre du jour appelait la **question sociale** : *Prophylaxie antituberculeuse par les examens des collectivités.* MM. OLMER, MATTÉI et BERTHIER discutent l'opportunité des examens bactériologiques, qui n'auraient de véritable intérêt que, dans des circonstances spéciales : virages massifs de cuti-réactions, apparition simultanée de manifestations tuberculeuses dans un milieu restreint. MM. COURCOUX, VAUCHER et CODVELLE exposent avec pertinence, les résultats fournis par les recherches biologiques et radiologiques : la cuti, test d'infection bacillaire, l'écran, révélateur de lésions pulmonaires. Ils estiment pratiques et fructueuses, ces méthodes, à condition qu'elles soient correctement exécutées et judicieusement interprétées. Ils déclarent aussi que l'examen liminaire doit être complété par des examens périodiques.

Discussion très animée, à laquelle prennent part de nombreux orateurs... Citons, au moins, les interventions de plusieurs de nos confrères de l'armée, où l'on se préoccupa activement du dépistage de la tuberculose, celle du Professeur Troisier sur la nécessité d'un examen systématique chez les étudiants en médecine, celle de Mme le Docteur Butavand sur la prophylaxie dans les écoles d'infirmières, celle du Docteur de Winter sur l'utilisation, en Belgique, des voitures radiologiques pour l'Inspection médicale scolaire et pour l'examen systématique des ouvriers d'usines.

Entre temps, les congressistes avaient visité le Musée de Lille, l'un des plus riches de province. A 16 heures, eut lieu la séance solennelle de clôture, sous la présidence de M. le Préfet du Nord, entouré des Professeurs Honnorat, Bezançon, Sergent, Leclercq, Gernez, d'Hour, des Docteurs Rist Courcoux et Poix...

Le Docteur RIST prononça la première allocution et fit la synthèse des travaux du Congrès. M. CARLES, remercia les personnalités éminentes, les rapporteurs et les nombreux praticiens, qui avaient par leur présence et leur concours effectif, donné tant de relief et de valeur à ces assises scientifiques. Puis, il déclara la Session close, en annonçant que la prochaine se tiendrait à Alger, dans quatre ans.

Le soir, au banquet traditionnel, de nombreux toasts furent portés, soulignant l'importance et l'excellente organisation de ce Congrès, dont le succès a dépassé les prévisions les plus optimistes.

Durant les jours qui suivirent, des excursions étaient organisées aux mines de Béthune, au sanatorium d'Helfaut, aux preventoria de Montceau-Saint-Vaast et de Trélon, aux établissements de Berck, aux champs de bataille de l'Artois, au littoral belge et aux sanatoria des environs de Bruxelles.

Prof. A. DAVID.

Les Livres

Les Livres qui viennent de paraître...

Chez Doin et Cie, éditeurs

H. Bordier. — **Traitement physiothérapique moderne de la paralysie infantile.** Un vol. 70 pages, 11 grav. 1939. (Collection : La Pratique médicale illustrée). Prix : 26 francs.

J. Saidman. — **récis d'actinolɔgie. Les sources de rayons ultra-violets.** Leur utilisation en pratique journalière. Un vol. 294 p., 120 fig., 1939. Prix : 75 francs.

L. Devraigne. — **L'obstétrique à travers les âges.** Un vol. 138 p., 77 fig., 1939. Prix : 40 francs. Edition de « La Solidarité sociale », 6, rue de Berri, Paris.

Editions Delmas,
6, place Saint-Christoly, Bordeaux

Professeur C.-E. Benjamins (Groningue). — **Les tumeurs osseuses du nez et des sinus.** Un vol. Collection « monographies oto-rhino-laryngologiques internationales », 306 pages, 103 illustrations. Prix : 60 francs.

Les tumeurs osseuses du nez et des sinus, relativement rares d'ailleurs, ne sont étudiées que sommairement dans les traités. L'auteur en présente un exposé détaillé où il envisage successivement les tumeurs bénignes (ostéomes, ostéochondromes, ostéofibromes, angio-ostéomes, tumeurs fibro-ostéoïdes, tumeurs de l'ostéite fibreuse) et les tumeurs malignes, (ostéo-sarcomes, ostéo-chondrosarcomes, épithéliomas ostéoblastiques). L'ouvrage se termine par un résumé en langue allemande et en langue anglaise.

Librairie Maloine
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris

Professeur M. Laignel-Lavastine et N.-T. Koressios. — **Recherches sémiologiques, sérologiques, cliniques et thérapeutiques (La sérothérapie hémolytique) sur la sclérose en plaques.** Un vol. 370 pages, 90 francs.

Les auteurs ont groupé, dans ce livre, le résultat de leur travaux effectués depuis 1925, sur la sclérose en plaques.

La première partie comprend les recherches sémiologiques, sérologiques et cliniques.

La deuxième partie présente les recherches thérapeutiques. (La sérothérapie hémolytique.)

MM. Laignel-Lavastine et Koressios rapportent l'observation de cent quatre-vingt-huit cas de sclérose en plaques.

Ils divisent leur sujet en :

a) Cas guéris fonctionnellement ou organiquement. Vingt malades ont été suivis pendant huit à deux ans. Ils n'ont pas présenté de rechute à ce jour ;

b) Cas améliorés définitivement ou transitoirement. Cent cinquante malades ont été suivis pendant un temps plus ou moins long. Les auteurs évaluent à 60 p. 100 le pourcentage de réussite chez des malades présentant des formes avancées de sclérose en plaques (évoluant depuis plusieurs années) ;

c) Cas non améliorés. Il s'agit de formes très avancées de sclérose en plaques.

L'ouvrage se termine par une étude approfondie sur le mode d'action du sérum hémolytique.

Librairie Le François
91, boulevard Saint-Germain, Paris

Drs Anglade et G.-G. Imbert. — **Ypérite,** le plus redoutable des gaz de combat. Etude générale. Un vol. in-4°, 112 pages, janvier 1939, 10 francs.

Cet ouvrage contient toute la documentation classique sur l'ypérite ainsi qu'un grand nombre de renseignements concernant l'organisation pratique des postes de désypéritage et des équipes spécialisées.

Y sont traitées successivement les questions suivantes : composition de l'ypérite ; propriétés agressives ; détection ; moyens de neutralisation ; protection individuelle et collective ; traitement des ypérités au sein des collectivités civiles et militaires ; les ypérités aux armées ; les équipes de désypéritage.

Librairie Armand Colin
103, boulevard Saint-Michel, Paris (Ve)

Gustave Roussy. — **Le cancer.** Un volume in-16, 224 pages avec 6 fig., 1939. Prix : 15 francs.

M. Gustave Roussy examine les différentes faces sous lesquelles se présente à l'heure actuelle le problème du cancer. Causes et nature du cancer, manifestations anatomiques et cliniques de la maladie, thérapeutique et sociologie du cancer : tels sont les sujets qui sont successivement traités.

Bien que d'immenses progrès aient été réalisés dans la thérapeutique du cancer, il n'est pas de jour où le médecin ne s'entende demander si l'on découvrira bientôt un mode efficace de le combattre. Et

tels charlatans aggravent encore l'incertitude en annonçant la découverte d'un traitement nouveau.

Il est apparu utile, dès lors, au Prof. Roussy de documenter le public sur cette grave question.

Librairie Maloine
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe)

Louis Caillon, médecin de l'hôpital thermal de Vichy. — **Le livre du diabétique.** Hygiène, Régime, Traitement. 8e édition, 1939. (Collection « Le livre du malade ». Un vol. 184 pages. Prix : 15 francs.

Ce livre, qui a ouvert la série des livres de la Collection « Le Livre du malade », atteint après quatre ans sa huitième édition. L'auteur y expose avec clarté la question du diabète. Il montre ce que le malade doit connaître pour aider l'action médicale, et il écarte de son texte tout ce qui n'est pas pratique, tout ce qui n'est pas dans l'intérêt du malade.

Librairie J.-B. Baillière et Fils,
19, rue Hautefeuille, Paris (VIe)

Questions d'actualité démographiques, médico-sociales et sociales. Docteur Abel Lahille. Préface de M. le Professeur Tanon. Prix : 50 francs.

Il convient de louer ans réserve l'auteur du livre, et même de l'envier.

Condamné au repos par la m ladie il a, au lieu de se désespérer, tiré parti de son inaction physique. Et le résultat de ce changement d'orientation c'est ce gros volume de 367 pages où, à l'appui des idées qu'il exprime, il a réuni une formidable documentation.

Aussi cet ouvrage constitue-t-il, pour tous ceux qu'intéressent les questions médico-sociales, une source inépuisable de renseignements.

Après avoir dit son mot, net et sans ambages, sur tous les problèmes actuellement pendants : la dépopulation et la surpopulation, les diverses formes d'assistance sociale, les fléaux sociaux et l'eugénisme, l'auteur conclut par ce remède auquel aboutissent tous les homme de bonne foi : le retour à la terre.

Il rappelle ce mot de J.-J. Rousseau : « Les villes épuisent un Etat et font sa faiblesse ».

Et, pour cette fois du moins, le « visionnaire » n'avait-il pas vu clair ?

G. L.

Librairie Maloine
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe)

L. Baldenweck. — **Oto-rhino-laryngologie.** 3e édition, 1939. Un vol. 230 pages, avec 83 fig. (Collection les « Petits Précis »). Prix : 18 francs.

Cette troisième édition comporte, outre la mise à jour des questions d'oto-rhino-laryngologie, des notions élémentaires de trachéo-broncho-œsophagoscopie.

Par ailleurs, l'esprit du « Précis » n'a pas changé depuis sa première édition. Il est écrit non pour le spécialiste, mais pour l'étudiant et le praticien général. Grâce à lui, ils pourront, au lit du malade, tirer le maximum de renseignements avec le minimum d'instruments et baser les grandes lignes du diagnostic et du traitement des affections oto-rhino-laryngologiques.

Les symptômes les plus saillants et les plus caractéristiques, la thérapeutique d'urgence, les traitements susceptibles d'être faits par le praticien lui-même, ont été envisagés avant tout et illustrés par des figures simples et claires.

Editions Debresse, 38, rue de l'Université, Paris

Banques et banquiers, par Aureus.

L'auteur de « Banques et Banquiers » se dissimule sous le pseudonyme d'Aureus, par quoi il veut sans doute nous laisser entendre qu'il est lui-même orfèvre. En fait, ce livre, dépouillé de prétention littéraire et sans passion, est d'une orthodoxie indiscutable. Le tableau qu'il esquisse de l'organisation bancaire en France n'apprendra certes rien aux spécialistes ; il peut être un guide utile pour les non initiés et il est possible, qu'après avoir mesuré ce que l'économie française doit de stabilité relative à la prudence tant décriée de ses banquiers, beaucoup en reviennent à adopter la sage méfiance de l'auteur vis-à-vis des initiatives étatistes et des trop ingénieuses constructions planistes.

La première partie de l'ouvrage est consacrée aux grands marchands d'argent des époques révolues. L'histoire de ces aventuriers au destin prestigieux vaut bien des romans d'aventures. Grands collecteurs d'épargne au profit d'une puissance publique toujours à court de ressources, celle-ci leur facilite l'enrichissement, les élève et les dépouille tour à tour, suivant un cycle qui a la fatalité des grandes lois naturelles. L'auteur nous affirme toutefois que les temps ont changé.

Les Thèses

P. — Dr Oppman-Laudon. — **Une vue d'ensemble sur le fonctionnement des dispensaires municipaux de la région parisienne.** (Thèse 1938.)

Ces dernières années ont vu un accroissement considérable du nombre des dispensaires municipaux de la région parisienne.

La grande majorité de ces dispensaires tend vers l'organisation des centres de santé, de diagnostic et de traitement.

Ces dispensaires polyvalents s'efforcent d'obtenir, dit l'auteur, la collaboration des médecins praticiens des communes, afin de pouvoir mettre à la disposition de toute la population le matériel technique de la médecine moderne.

Str. — Dr G. Georgiadès. — **Les granulomes de résorption de la paupière et de la conjonctive** (Thèse 1938.)

Les *granulomes de résorption* sont des lésions fréquentes et bien connues en pathologie générale. Depuis plus de soixante ans, les anatomo-pathologistes ont été frappés par la présence de cellules géantes autour de corps étrangers introduits accidentellement dans les tissus. Ces éléments sont les plus caractéristiques du granulome, et jouent un rôle actif dans la résorption du corps étranger.

Les granulomes de résorption, très fréquents dans le domaine oculaire, y ont une importance plus grande que ceux du reste de l'organisme. Malgré leur fréquence, ils n'ont jamais fait l'objet d'une étude systématique. L'auteur s'est proposé, sur le conseil de son maître, le Professeur Redslob, d'étudier spécialement les granulomes de résorption des paupières et de la conjonctive.

Str. — Dr R. Witz. — **Contribution à l'étude des endométriomes.** (Thèse 1938.)

L'auteur a eu l'occasion d'observer, à la clinique chirurgicale B de Strasbourg, deux cas d'endométriome périnéo-anal. Les deux cas ont donné des résultats opératoires très satisfaisants : on n'a eu à déplorer aucune récidive ; les malades revues à plusieurs reprises depuis l'opération sont considérées comme guéries.

Cette localisation de l'endométriome est une localisation rare et permet un certain nombre de réflexions concernant la pathogénie de l'affection.

Au cours de cette thèse, sont exposées les différentes théories pathogéniques susceptibles d'expliquer les endométriomes : théories Wolffienne, soutenue par Recklinghausen ; müllérienne ; ovarienne; péritonéale (transformation de l'endothélium péritonéal en endothélium du type ovarien) ; greffe de débris de muqueuse utérine ; métastases d'éléments endométriaux, etc.

Mp. — Dr M. Marty. — **Contributin à l'étude du traitement de certaines fractures du calcanéum par une greffe osseuse rigide trans-calcanéenne.** (Thèse 1938.)

La greffe osseuse rigide segmentaire trans-calcanéenne vient compléter heureusement les différentes méthodes de traitement des fractures du calcanéum.

Elle donne, par son rôle *mécanique* de contention, la possibilité de réduire de plusieurs semaines l'immobilisation du blessé. Par son emplacement dans le corps calcanéen, elle maintient ce dernier en position de réduction et rend permanents les heureux résultats de la méthode de Böhler.

Par son rôle biologique, elle apporte des sels de calcium nouveaux au foyer de fracture et favorise ainsi une consolidation rapide.

Intervention bénigne, la greffe osseuse rigide segmentaire paraît devoir donner d'excellents résultats, à la fois immédiats et tardifs, dans certaines fractures du calcanéum et notamment les fractures thalamiques.

P. — Dr J. Valtat. — **Les kystes péri-coronaires, accidents locaux liés à l'éruption des dents.** (Thèse 1938).

Toutes les dents sans exception, temporaires ou permanentes, peuvent être à l'origine des kystes péri-coronaires. Ceux-ci évoluent au niveau du sac péri-coronaire par propagation d'une infection atténuée de voisinage.

Ces kystes sont essentiellement des accidents locaux liés à l'éruption des dents. Il serait donc souhaitable qu'une place leur soit faite dans ce chapitre de la pathologie dentaire à côté des seuls accidents connus jusqu'alors sous le nom de péri-coronarites aiguës suppurées.

THÉRAPEUTIQUE

Acné et Soufre

Si les symptômes de l'acné sont bien connus, les causes essentielles de cette dermatose restent controversées. On peut s'en rapporter aux débats du dernier Congrès international de dermatologie et admettre les conclusions suivantes :

a) L'acné apparaît toujours sur un épiderme altéré par une sécrétion glandulaire anormale.

b) Sur cet épiderme, l'acné se présente sous forme de folliculite et de périfolliculite, atteignant les glandes sébacées obturées par un comédon.

c) Dans le cocon suppuré se trouvent toujours des bacilles et des cocci.

De ces données découle le traitement de l'acné. Celui-ci doit être essentiellement celui de la séborrhée et du terrain séborrhéique. Là, le doute n'est plus permis, le médicament reconnu comme spécifique de cette affection, est le soufre et nous n'en voulons pour preuve que les opinions exprimées par les divers auteurs dans les traités classiques de dermatologie.

« Le soufre est le meilleur topique qu'on puisse opposer à l'acné... Le soufre paraît être le seul médicament spécial qui ait une action réelle... Le soufre est empiriquement le meilleur médicament local qu'on puisse appliquer dans le traitement des acnés... On pourrait dire que le médicament de la séborrhée est le soufre et qu'il n'y en a pas d'autre... ».

L'accord est complet. Le soufre, en effet, débarrasse la surface cutanée de tout encrassement ; c'est le plus actif et le moins nocif des décapeurs de surface ; c'est, de plus, l'agent kératoplastique par excellence qui apporte à la peau le soufre déficitaire et contribue à la réfection de la kératine. Après avoir dégraissé la peau, il lui rend sa résistance, son élasticité et l'état de perméabilité nécessaire à l'accomplissement de son rôle physiologique. *Le soufre refait d'une peau malade une peau saine.*

Mais il y a soufre et soufre et l'on se rappellera les données essentielles suivantes :

1° La qualité du produit employé a une importance première. La pureté chimique est une condition nécessaire à la bonne tolérance du médicament par l'épiderme.

2° Il faut que le soufre se présente sous une forme physique telle qu'il soit très également réparti dans la totalité de la préparation de façon à ne pas faire masse lors de son application.

3° La forme pharmaceutique enfin doit être judicieusement choisie.

C'est d'après ces données que sur les conseils du Docteur Brocq, les laboratoires Brisson ont créé une lotion au soufre électro-négatif d'usage courant maintenant : la Denisoline.

La Denisoline est une formule « étalon soufre ». Toujours égale à elle-même en qualité et en quantité de soufre, ne contenant aucun corps à action violente tel que mercure ou autre antiseptique puissant, la Denisoline, grâce à un ingénieux artifice de préparation, prend au moment même de l'emploi par simple agitation une forme colloïdale ; le soufre qu'elle contient se disperse en particules infinitésimales réparties de façon égale dans toute l'étendue de la lotion.

Ainsi divisé à l'infini, le soufre lors de l'application sur la peau à l'aide d'un tampon de coton hydrophile se dépose sur chaque point de la lésion, sur chaque pointe de folliculite, sur chaque comédon — c'est une pulvérulence soufrée qui se fixe en quantité minime et égale sur les divers éléments constitutifs de l'acné.

L'excipient de la Denisoline contient entre autres, un corps très spécial « le Witch-Hazel » qui apporte à la lotion ses qualités antiseptiques, astringentes et décongestives. Il complète l'action thérapeutique en luttant contre l'élément congestif et contre l'élément microbien toujours surajoutés à l'élément acnéique lui-même.

L'emploi de la Denisoline, depuis sa création, s'est montré entre les mains du praticien et du dermatologiste, une arme thérapeutique efficace dans le traitement de la séborrhée et de l'acné, traitement si décevant en général. Le médecin aura en mémoire dans certains cas, la susceptibilité spéciale de quelques peaux au soufre. La forme lotion sous laquelle est présentée la Denisoline lui permettra de conseiller au malade de faire, au début, des applications légères et même de diluer la lotion par telle quantité d'eau bouillie qu'il jugera nécessaire.

A ce traitement externe des éléments acnéiques par le soufre, le médecin aura intérêt à associer un traitement de base de la dermatose et du terrain séborhéique. On sait combien le mauvais fonctionnement du tube digestif et, en particulier la déficience hépatique, jouent un rôle important dans ces états. La Vulcase, laxatif cholagogue soufré apportera à l'épiderme par voie humorale le soufre de secours, et entravera l'auto-intoxication qui déchaîne et entretient le processus acnéique.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

■ ■ ■

LES VERTUS ABUSIVES

Au cours de la perpétuelle comédie que les humains se jouent les uns aux autres et qui pourrait porter comme titre général « Ce qu'ils veulent paraître », l'avocat, le prêtre et le médecin ont souvent, de par leur état, l'occasion de pénétrer dans les coulisses, de voir l'envers du décor et de constater « ce qu'ils sont réellement ».

On s'explique ainsi qu'un avocat comme M. de Monzie, groupant ses propres souvenirs autour de quelques types représentatifs, se divertisse à écrire « Les veuves abusives » et dépeigne ces veuves d'hommes illustres qui escaladent allègrement le piédestal élevé à leur époux défunt alors qu'elles l'ont, de son vivant, desservi et parfois bafoué.

La documentation du médecin n'est pas moins fournie ; elle a même souvent sur celle de l'avocat l'avantage d'une précision toute biologique et que le sujet lui-même ne saurait contester. Il a suffi au Professeur Porot, professeur de clinique psychiâtrique à la Faculté de médecine d'Alger, de compulser son fichier de psychiâtre pour y trouver la riche matière avec laquelle il a écrit ce discours de rentrée des Facultés d'Alger « Les vertus abusives ».

Pour l'agrément de son auditoire il a au si puisé dans sa belle culture littéraire et signifié, ce faisant, que psychiâtrie et littérature continuent à entretenir de bons rapports d'amitié.

***

Pour être vertueux il faut non seulement de la vertu, mais aussi de la mesure.

En d'autres termes il est très louable d'être vertueux, à condition de ne pas en faire payer aux autres les éclats intempestifs.

Déjà La Rochefoucault écrivait « La vertu n'irait pas loin si la vanité ne lui tenait compagnie » ; sceptique endurci il affirmait même « Nous aurions souvent honte de nos plus belles actions, si le monde voyait tous les motifs qui les produisent ».

Le monde du XVIIe siècle en eût peut-être, en effet, vu de belles, mais, au XXe, ne voyons-nous pas, note le Professeur Porot « ces industriels qu'on dit vertueux et qui font de leur philanthropie un placement à 10 ou 20 % ; ces présidents de Sociétés glorieuses ou bienfaisantes, en quête d'une décoration ou d'un tremplin électoral ; ces femmes du monde, un peu agitées, qui fondent des œuvres inutiles ou équivoques, et cherchent, sous le masque de la bienfaisance, à satisfaire leur vanité ou à éclipser une rivale ».

Ah oui ! nous ne les connaissons que trop ces femmes du monde un peu agitées ! Combien d'entre nous, médecins mes frères, n'ont-elles pas embrigadés dans leurs « œuvres inutiles ou équivoques » et n'ont-elles pas réduits au rôle fâcheux de dindons de la farce, de niais du dispensaire !

Ces altruistes au benoît visage ne sont en somme que d'audacieux trafiquants de la publicité.

D'autres se posent en fougueux parangons d'une vertu qui est chez eux de parade ou de récente implantation. Las de pécher ils fustigent les pécheurs avec une sorte de rancune. Comme le lait tourne à l'aigre, la courtisane usagée tourne à la dévotion. « La vertu, disait Anatole France, comme les hiboux, n'habite que les ruines. »

Il est d'autres ruines que les retraités de la galanterie : ce sont ces apathiques, ces médiocres, ces vaincus de la vie qui dissimulent leur faillite sous l'apparence d'une sage résignation. Vauvenargue les avait vus avant d'écrire : « La médiocrité et la paresse font plus de philosophes que la réflexion ». Mais ce sont là des philosophes qui n'acquièrent un peu de prestige qu'auprès des naïfs et des imbéciles.

D'une autre allure sont les grands misanthropes à la façon d'Alceste. Il y a en eux de l'héroïsme et une véritable foi dans la mission qu'ils assument de dénoncer l'iniquité. Mais Alceste n'en impose pas au Professeur Porot qui décèle en lui un paranoïaque type, un de ces revendicateurs protestataires qui ne capitulent jamais et encombrent les prétoires. A force de hanter les frontières de la folie ils les outrepassent souvent et versent dans le délire. Pauvre Alceste ! te voilà jaugé !

***

A la véritable vertu il faut donc un minimum d'intelligence, d'esprit critique et d'équilibre mental.

Les âmes simples peut-on dire qu'elles aient de la vertu ? Il s'agit plutôt d'une candeur qui n'est du reste pas sans beauté, ni même sans valeur sociale à en croire le mot de Barrès : « Si nous devions mourir, ce serait de la sottise de nos gens d'esprit ; mais nous sommes sauvés par les simples et les muets ».

Est-ce aussi de la vertu ces générosités étonnantes, ces philanthropies forcenées qui précèdent l'internement de certains maniaques ou paralytiques généraux ; ces assagissements tardifs, ces conversions qui préludent à une crise mélancolique ; ces donations baroques inspirées par la sénilité ?

Il est tant de démarquages de la vertu au compte du déséquilibre mental.

L'alcoolique peut être sympathique et bon garçon et un beau jour se livrer, on ne sait pourquoi, à un affreux carnage.

Le quidam qui, « n'écoutant que son courage », se jette à l'eau pour sauver un enfant en passe de se noyer, a seulement oublié qu'il ne sait pas nager et qu'il va donner un surcroît de besogne aux véritables sauveteurs.

La vieille fille, dans son amour immodérédes animaux, deshérite ses neveux pour faire élever à son chat un somptueux mausolée.

Une autre, plusieurs jours de suite, avait acheté la totalité des grenouilles mises en vente sur le carreau des Halles afin de les soustraire aux vivisecteurs.

Sans verser dans la pathologie mentale la vertu peut devenir, à force de rigueur, intolérable et rebutante et mériter la boutade de de Flers et Caillavet : « La vertu, c'est comme la Bretagne ; c'est beau, mais c'est triste ! ».

Ainsi voit-on, l'amour maternel, comme dans la « Genitrix » de Mauriac, parvenir à un tel paroxysme de tutelle jalouse, qu'elle étouffe l'enfant et fait son malheur.

L'amour conjugal déchaîné tyrannise le conjoint et fait de son foyer un enfer. Ou il s'en évade ou il perd irrémédiablement toute personnalité.

Même l'amour de l'humanité peut avoir des outrances et devenir une sorte de dévergondage qui mène aux désastres. La mort de Tolstoï en fournit le plus illustre et récent exemple : idéologue généreux, prêchant (après en avoir du reste amplement joui) la renonciation aux biens de ce monde il entre en conflit avec sa femme, personne pondérée qui défend les intérêts de ses enfants. Et l'atmosphère familiale devient si tendue que le vieillard, buté et rancunier, s'échappe en pleine nuit d'hiver et va mourir de pneumonie dans une gare de campagne.

***

C'est l'exaltation et l'intransigeance qui faussent les ressorts de la vertu et en font un instrument de perdition.

Les « idéalistes passionnés » du Docteur Dide sont des êtres bien intentionnés et malfaisants, qu'ils le soient pour eux-mêmes ou pour les autres.

Le baiser au lépreux, la succion des plaies étaient des pratiques d'ascitisme mais dégoûtantes et funestes.

Les Fakirs indous, les Aïssaouas africains renouvellent la technique des mortifications.

Les régicides, les anarchistes imposent la mortification à autrui au nom de leurs principes immanents.

Plus nocifs sont les apôtres épris de prosilytisme car la personne humaine n'est plus à leurs yeux que l'enveloppe corruptible et négligeable d'une âme. Daudet a écrit dans « l'Evangéliste » l'apôtre puritain. Il y eut les utopistes du communisme, depuis Jean de Leyde jusqu'au père Enfantin et certains doctrinaires contemporains, les idéalistes de la nature, comme Rousseau ; il y a aujourd'hui les utopistes de la race, aux exploits si variés.

Des gens comme Torquemada, Calvin, Robespierre sont, sans aucun doute, des saints ; il leur a manqué du bon sens. Leurs méditations solitaires construisent leurs édifices à l'écart de la nature humaine ; s'ils ne sont pas à l'échelle de l'homme, c'est l'homme qui a tort et qui doit expier sa taille discordante. Ils sont de vertu austère et impérieuse et finissent par se croire les instruments du destin. L'Europe d'aujourd'hui pourrait bien avoir maille à partir avec ce type de saint dévastateur.

Celle d'hier, mieux partagée, ne connut, en ce genre, que Fourier, de petite envergure mais franchement amusant. Ponctuel, probe, charitable, ami des bêtes et des fleurs il avait conçu un système. Et ce système était plein de mirobolantes promesses. Plus de guerres, donc plus de soldats ; plus de voleurs, donc plus de gendarmes ; peu de malades, donc moins de médecins (le surplus aurait peut-être été pourvu d'une retraite !). L'homme devait vivre en moyenne 144 ans, avoir 2 m. 27 de taille et passer son temps dans une ripaille continuelle. La terre devait acquérir quatre lunes nouvelles et une aurore boréale perpétuelle faire fondre les glaces des pôles. Fourier fonda une école et eut des disciples, parmi lesquels Considérant. Malheureusement pour nous il mourut avant d'avoir réalisé ses idées. Nous y avons beaucoup perdu !

***

Le type le plus noble et le plus touchant des vertus abusives est sans conteste l'immortel Chevalier de la Triste Figure, le redresseur de torts, le pourfendeur d'ailes de moulins. Celui-là, au moins, ne porte tort qu'à lui-même ; les déconvenues et les nasardes ne découragent jamais sa foi en son étoile, son optimisme généreux. S'il « y a de l'abus » c'est seulement de candeur et de sacrifice de soi-même.

Et le Professeur Porot termine sa galerie de portraits psychiâtriques en extrayant de ses dossiers celui d'un don Quichotte femelle qu'il eut le bonheur d'arracher au Conseil de guerre (c'était en 1917).

Bien que parvenue à l'âge respectable de 65 ans, et à travers deux veuvages, cette Suissesse, déléguée de la Société protectrice des animaux, s'était laissé étourdir par le soleil d'Algérie et par un rutilant spahi du Palais d'Eté.

Pendant deux ans elle fut la maîtresse honteuse, bafouée et grugée de ce guerrier sans scrupules. Mais, des scrupules, elle en avait, elle, pour les deux, et, tiraillée par des mouvements contraires, tantôt elle se reprenait et tantôt retombait dans la luxure. Elle alla jusqu'à embrasser la religion musulmane afin de consacrer par le mariage cette union baroque.

Des amis compatissants l'ayant envoyée au Maroc par manière de diversion, elle trouva moyen d'y faire interdire les courses de taureaux et d'ameuter 25.000 Espagnols.

Puis son spahi ayant été envoyé aux armées elle vint à Paris et sublima son amour des choses musulmanes en fréquentant l'Ecole des langues orientales et visitant les blessés Nord-Africains dans les hôpitaux.

Enfin dégrisée par la rapacité de son amant qui ne cessait de faire appel à sa bourse, elle revint en Algérie, persista à hanter les Arabes, commenta avec eux les événements et tint de tels propos qu'elle fut arrêtée.

A la prison elle prêchait le relèvement aux filles enfermées avec elles, professant que l'emprisonnement devait être une leçon plus qu'une punition. Elle demandait du pétrole pour tuer les punaises : « Je veux disait-elle, que mon passage soit marqué par un peu de bien ».

De sa grotesque aventure amoureuse elle tirait, grâce à une sorte de providentielle anesthésie au ridicule, cette conclusion réconfortante : « Cet homme, avec son infamie, m'a forcée à déployer tant de douceur et de force de caractère qu'à certains points de vue, ç'a été un bienfait pour moi ».

Vertu abusive, et plus encore abusée, qui prête à rire et mérite d'être plainte. Le Professeur Porot tient, avec l'histoire de sa doña Quichotte, la matière d'un roman genre « Clochemerle » ou genre « Nana », au choix.

A lui de l'écrire pour le plaisir de ses amis.

Mais en attendant que le romancier se mette à l'œuvre, le psychiâtre est bien obligé de conclure de sa revue des vertus abusives que les principes sont toujours à couper de moitié d'eau, même les plus moraux ; et que si un Molière moderne écrivait un sixième acte au « Misanthrope » il montrerait Alceste pensionnaire d'un asile et mieux placé que jamais pour haïr l'humanité « d'une immortelle haine ».

G. LAVALÉE.

L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE DE LA MÉDECINE SOCIALE

Le jeune médecin qui sort de la Faculté, son diplôme en poche, ne se doute pas du genre d'apprentissage qu'il lui reste à faire. En vérité, il ignore tout de la pratique de sa profession.

Les malades qu'il a vus à l'hôpital étaient des échantillons de maladies, dépourvus de leur personnalité, soumis à des règles uniformes et séparés de leurs familles.

A l'hôpital le *coût* des interventions diagnostiques ou thérapeutiques ne fait l'objet d'aucune préoccupation et n'entrave jamais une décision.

L'hospitalisé est un passant que le médecin traitant ne connaît pas et ne reverra peut-être jamais.

Les leçons d'hôpital enseignent à dépister et soigner les maladies, non pas à *manier* les malades.

C'est pour toutes ces raisons que le Docteur Sand, professeur à l'Université de Bruxelles, technicien réputé de médecine sociale, donne depuis l'an dernier des leçons où il s'efforce de relier les notions médicales à des notions sociales (1).

D'autres leçons sont consacrées aux conséquences si graves des diagnostics superficiels ou tardifs, à l'influence des facteurs émotifs sur la santé physique, à la protection de la maternité et de l'enfance.

En une douzaine d'heures par an, les étudiants qui assistent à ces cours se préparent à leurs tâches professionnelles et sociales.

Le besoin ee cet enseignement complémentaire se fait sentir partout et il est opportun de rappeler ici qu'il y a environ deux ans la Faculté de Paris a créé une chaîne de médecine sociale dont le premier titulaire fut le regretté Professeur O. Crouzon.

G. L.

(1) *Bruxelles Médical*, 29 mars 1939.

LES AIDES OPÉRATOIRES
CONSIDÉRATIONS JURIDIQUES ET DÉONTOLOGIQUES

Le secrétaire d'un Syndicat médical me demande (lettre 925) quelle est la jurisprudence, concernant l'assistance opératoire par des auxiliaires. Dans sa région, les chirurgiens se font assister par des infirmières, laïques ou religieuses, lesquelles aident aux opérations, pratiquent les anesthésies générales, font les pansements, etc. Bref, l'équipe qui accompagne le chirurgien n'est constituée que par des auxiliaires, des infirmiers, jamais par des docteurs en médecine. Cette pratique est-elle légale ?

Je réponds à mon correspondant en lui faisant remarquer que la question qu'il me pose doit être envisagée tant sous son angle juridique que sous le jour déontologique.

Juridiquement, faisant application des termes du dernier paragraphe de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892, la jurisprudence admet que n'exerce pas illégalement la médecine tout auxiliaire médical, qui, sans être muni du diplôme de docteur en médecine, exécute les ordres du médecin, lui sert d'aide et reste constamment sous la surveillance et la direction suivie du diplômé. C'est en vertu de ce principe que notamment les chirurgiens se font assister par des infirmières de tous ordres.

Faisons cependant remarquer que les dites infirmières qui se prévalent du diplôme d'Etat d'infirmière, ou d'assistante, n'ont aucun droit légal. Ce diplôme ne constitue qu'un certificat d'études, un accréditif auprès d'un employeur. En effet, tout le monde peut se dire, ou se faire infirmier, même sans aucun diplôme.

Quant aux internes des hôpitaux, ils doivent, avant toute intervention, prévenir le médecin, ou le chirurgien de garde. Ils ne peuvent pratiquer une opération que sur l'ordre de leurs chefs. D'ailleurs, lorsqu'ils sont nommés au concours et sont munis de seize inscriptions, ils sont censés remplacer leurs chefs de service.

Il ne faut pas croire cependant que les aides, auxiliaires d'un médecin, ses infirmiers puissent exécuter toutes les besognes médicales sans exception. Un arrêt de la Chambre criminelle de la Cour de cassation, en date du 29 novembre 1929, décide que, même en présence d'un diplômé le non-diplômé ne peut exécuter certaines opérations, ou traitements médicaux, qui nécessitent une certaine habileté, une certaine connaissance, qui seules peuvent être attestées par des études puis par les examens subis dans les Facultés.

Nous pouvons conclure que, juridiquement, un chirurgien peut se faire assister, aider par un personnel infirmier, alors même que celui-ci n'aurait pas obtenu le diplôme d'Etat d'infirmier ; mais pour l'accomplissement de certaines tâches médicales ou chirurgicales, l'infirmier doit être considéré comme incompétent, même s'il accomplit cette besogne sous les yeux et sous la surveillance du chef.

Déontologiquement, il faut considérer la pléthore médicale et se demander si, dans certaines circonstances, un chirurgien agit correctement envers le Corps médical, en se faisant assister, non pas par des confrères, mais par des infirmiers.

Certes, certains auxiliaires médicaux acquièrent une habileté professionnelle des plus incontestées ; des infirmières ont une grande pratique de l'anesthésie générale ; d'autres sont entraînées pour assister le chirurgie au cours des opérations.

Néanmoins, le syndicalisme médical pourrait, me semble-t-il, intervenir dans cet emploi des aides des chirurgiens. Ne pourrait-on pas faire décider qu'au nom des principes de la déontologie et de l'entr'aide confraternel, les chirurgiens pourraient se faire assister d'abord par des confrères, qu'au besoin, ils pourraient éduquer à la place des infirmières. Je crois que le gros problème de la dichotomie se trouverait en partie simplifié, si le chirurgien se faisait aider efficacement par le médecin traitant soit comme aide opératoire, soit comme anesthésiste.

Les chirurgiens vont répondre qu'ils ont l'habitude de travailler avec une équipe d'infirmières qu'ils ont dressées et qui ont acquis une grande expérience ainsi qu'une certaine dextérité. A cela, je puis répondre qu'aux situations nouvelles, économiques, actuelles, les Syndicats se doivent de se préoccuper de la condition matérielle — par suite morale — des praticiens de la région. A eux de prendre localement les initiatives voulues, pour qu'au lieu d'éduquer des infirmières, les chirurgiens puissent réorganiser leurs équipes chirurgicales avec des docteurs en médecine. Certes, peut-être ces docteurs ne se tiendront-ils pas dans la situation subalterne et pécuniaire qui est faite aux auxiliaires de la médecine ; mais les ristournes de dichotomie ne seraient-elles pas mieux employées à rémunérer l'assistance de confrères et à aider ces derniers à gagner leur vie ? La question mérite d'être creusée par les Syndicats et par leur Confédération.

Dr Paul Boudin.

CE QU'IL FAUT SAVOIR SUR...

LES RÉCENTS DÉCRETS-LOIS

Les décrets-lois de défense nationale parus au *Journal Officiel* du 22 avril contiennent, à côté de mesures proprement militaires, un certain nombre de décrets fiscaux, contre-balancés partiellement de décrets d'économie, dont nous avons publié les dispositions essentielles dans notre dernier numéro, mais sur lesquels nous voudrions revenir plus longuement aujourd'hui.

1° Les décrets fiscaux

Trois seulement intéressent le Corps médical. Les deux premiers renforcent le contrôle fiscal, le troisième apporte un allègement à l'impôt des patentes.

A priori d'aspect anodin, le décret « relatif au contrôle immédiat des revenus en vue de la répression de la fraude fiscale » réorganise entièrement les services de l'Administration des Contributions directes « en vue de la prévention et de la recherche de la fraude ». Au cours d'un long rapport préliminaire, le ministre des Finances expose les grandes lignes de cette réforme de structure dont il demande l'application immédiate. Il rappelle tout d'abord les mesures déjà prise en cette matière : affectation de certains agents du cadre principal à des missions de vérifications, création dans certains départements et depuis peu dans le cadre national de spécialistes groupés en « brigades » et travaillant selon des méthodes précises, documentation économique et fiscale centralisée. Depuis un an déjà des inspecteurs principaux *ont été spécialisés dans la vérification des bénéfices des professions libérales,* pour les contribuables jouissant d'une grande notoriété professionnelle. Cet ensemble de mesures a permis, pour cette seule cédule, de faire passer le total des rehaussements de 141 millions en 1935 à 220 millions en 1938.

Toutefois ces résultats « pour substantiels qu'ils apparaissent *ne constituent qu'un début* ». Les réformes projetées tendent à une division du travail plus poussée dans les divisions de contrôle, à un regroupement de ces divisions en circonscriptions plus étendues, à la généralisation et la systématisation des brigades de spécialistes. En outre seraient créés à Paris plusieurs services nationaux dont en particulier un service de documentation centralisée entretenant avec les Syndicats et groupements économiques toutes les relations nécessaires. Enfin, dans les départements, seraient mis à la disposition des directeurs, des agents supérieurs chargés du contrôle des contribuables de grande notoriété et de l'*étude des dossiers de bénéfices non-commerciaux.* Ces nouvelles mesures doivent entrer en vigueur dès le 1er mai 1939. « Ainsi rajeunie et modernisée, l'Administration des Contributions directes pourra accentuer sensiblement son effort de lutte contre la fraude... et obtiendra, de ce resserrement définitif du contrôle une amélioration de rendement ».

Nous avons tenu à citer fort longuement ce rapport car il est la marque d'une prochaine et massive offensive de l'Administration fiscale, qui, mieux dotée en personnel et en documents, va se servir au maximum des armes que lui donne la loi contre les contribuables, nous voulons parler des *Commissions de taxation.* C'est ici le lieu de rappeler le danger que présentent ces Commissions et le peu de garanties qu'elles offrent à ceux qui sont appelés à passer devant elles. Composées en majeure partie d'agents de l'Administration, statuant sans motifs précis, d'après les *documents et dossiers secrets* qui leur sont fournis par le fisc et qui ne sont point communiqués à l'intéressé, elles ont le redoutable pouvoir de *renverser la charge de la preuve,* et leurs décisions sont sans appel, sans recours. Si le contribuable entend en effet ne point s'incliner devant elles, il lui faut établir devant le Conseil de Préfecture, puis devant le Conseil d'Etat le chiffre de son bénéfice réel, et la production de ses livres comptables ne constitue point d'après la jurisprudence une preuve suffisante. C'est donc bien en réalité la sentence de la Commission de taxation qui constitue la phase essentielle de la procédure de rehaussement.

Nous avions demandé la réforme de cette Commission alors que nous étions encore, au point de vue fiscal, en période normale. L'accroisement du taux des impôts, le resserrement du contrôle fiscal, avec tous les abus qu'il fait craindre rend plus nécessaire que jamais cette réforme qui tend simplement à *lutter contre l'arbitraire et à obtenir le respect des droits de la défense.* L'idée est en marche, et grâce à l'appui de notre conseil fiscal, M. Martinot, nous espérons pouvoir la faire aboutir.

Mais, à côté de ce contrôle fondé sur l'examen des faits et la décision d'une juridiction, un décret-loi du 21 avril vient d'instituer une méthode de *taxation forfaitaire d'après certains signes extérieurs de revenus.* Notons, tout de

suite, que cette méthode de taxation s'applique exclusivement au *revenu global* et non point aux revenus cédulaires tels que les revenus professionnels, qui ne relèvent que de la procédure générale de contrôle ci-dessus décrite. Le fondement de cette taxation est l'existence d'une proportion minima entre le revenu global et certaines dépenses facilement contrôlables telles que le loyer de la résidence principale et des résidences secondaires, le personnel domestique, et les voitures automobiles « destinées au transport des personnes ». Nous avons publié le tableau fixé par le décret dans les demi-colonnes de notre dernier numéro. Ces rapports étant des minima, le revenu forfaitaire auquel ils correspondent ne peut être discuté, et le décret *n'a point réservé aux contribuables la possibilité d'apporter la preuve contraire.* Il y a là une injustice certaine pour les contribuables amenés pour une raison ou pour une autre à vivre sur leur capital (jeune médecin qui vient de s'installer par exemple). Le rapport préliminaire du décret le reconnaît, mais passe outre !

Une question se pose au sujet des médecins dont les *signes extérieurs de revenus sont le plus souvent le résultat des nécessités de la profession.* Va-t-on retenir pour la taxation forfaitaire leur loyer total, leur personnel mixte, leur voiture professionnelle dont ils usent également pour leur vie privée ? Le décret-loi ne semble point avoir prévu ce problème. Mais à notre avis il faut répondre par la négative. Pas plus qu'on ne songerait à invoquer à l'égard d'un industriel la valeur locative de son usine ou la puissance des voitures automobiles qu'il utilise, on ne doit retenir comme signes extérieurs du revenu global du médecin ce qui constitue des frais professionnels. L'application des coefficients légaux ne doit être faite qu'à la partie personnelle du loyer, et des services domestiques. C'est d'ailleurs là un point que le Sou Médical se chargera éventuellement de faire trancher par la jurisprudence.

Enfin signalons que la taxation forfaitaire ne saurait priver les porteurs de rente 4 % 1925 ou de bons de la défense nationale, des immunités d'impôt général sur le revenu qui leur ont été accordées. Un communiqué du ministère des Finances, en date du 26 avril dernier, a précisé que cette part du revenu global serait déduite du revenu forfaitaire pour le calcul de l'impôt.

Si extraordinaire que la chose puisse paraître, le dernier train de décret-loi contient une mesure de *dégrèvement* ! Il faut dire qu'elle concerne le plus injuste des impôts, nous avons nommé la *patente.* Ce dégrèvement est présenté comme la contre-partie de la nouvelle charge fiscale que constitue la « taxe d'armement » de 1 %. Cette taxe, véritable renaissance de l'ancien impôt sur le chiffre d'affaires remplacé depuis 1937 par la taxe à la production (qui continue bien entendu à subsister), ne concerne que les professions assujetties à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux. Bien que les médecins n'y soient pas soumis, ils bénéficieront cependant du dégrèvement de patente, le décret ne faisant aucune distinction. C'est là une petite compensation qu'ils ne refuseront point.

Le dégrèvement consiste, pour 1939, en un *abattement de* 10 % *sur le principal fictif* (anciens droits). Rappelons que ce principal fictif est la somme du droit fixe et du droit proportionnel (voir *Supplément* nº 6), et que la multiplication de ce principal par les centimes additionnels locaux (14 fr. 30 à Paris cette année) donne le montant de l'impôt. *A partir de* 1940 *l'abattement sera porté à* 20 %.

2° Les décrets d'économie

L'augmentation croissante des dépenses militaires a conduit le Gouvernement à consacrer la majeure partie de ses ressources, et à réduire au minimum les dépenses de grands travaux civils destinés à prévenir et combattre le chômage. Cette réduction déjà entreprise au début de cette année, est fortement accentuée et porte au total sur plus de 1.800 millions.

Si nous avons voulu insister sur ce point particulier des décrets-lois, c'est que le ministère de la Santé publique comptait pour une large part dans ces investissements civils où la « Commission de la Hache » vient de porter ses coups. Parmi les autorisations d'engagements annulés sur l'exercice 1939, figurent 118 millions de subventions pour construction et agrandissement d'hôpitaux et d'hospices, de préventoria et de sanatoria, de subventions aux dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse, de crédits relatifs à la lutte contre les maladies vénériennes et le cancer, etc.

La politique économique et financière du Gouvernement peut donc se schématiser ainsi : réduire le rôle de l'Etat dans tous les domaines autres que celui de la défense nationale, afin de lui permettre de consacrer à cette tâche le maximum de forces, et s'en remettre pour les travaux « civils » à l'initiative privée et aux ressources dont elle peut disposer. En matière médicale, cette politique se traduira, sinon par une diminution, tout au moins par une stabilisation de la concurrence faite par l'Etat et les collectivités publiques à la médecine privée.

Jean MIGNON.

L'ACTUALITE PROFESSIONNELLE

La Presse et les Sociétés

La photographie à rayons infra-rouges pour la recherche sur les vêtements de marques de coups de feu tirés

Lors de l'examen médical des lésions dues aux armes à feu, on a souvent besoin d'examiner les vêtements, surtout quand les plaies, provenant de coups de feu par leur travers, ne sont pas caractéristiques, quand on ne peut pas établir la direction du tir, et aussi quand il s'agit de déterminer la distance, à laquelle le coup a été tiré. L'examen de la forme et de la dimension des déchirures du vêtement et la présence des produits de la combustion nous fourniront la preuve que l'orifice examiné est celui de l'entrée de la balle.

Quand le coup de feu est tiré à courte distance et quand on a employé de la poudre noire, les bords des déchirures sont brûlées. Les tatouages sur les étoffes claires sont bien visibles à l'œil nu, mais dans la majorité des cas, ils sont invisibles sur des étoffes foncées ou noires.

MM. S. Manocsarski et J. Neumann (de Varsovie) ont fait des expériences avec une méthode nouvelle, qui photographie les rayons infra-rouges, pour rendre évident les tatouages sur les étoffes foncées ou noires. On sait que les étoffes, qui ne réflètent pas les rayons du spectre solaire visible et qui semblent noires, peuvent refléter les rayons à ondes plus longues que celles du rouge visible. Ces rayons contigus aux rayons rouges visibles ou aux rayons infra-rouges, invisibles pour notre œil, peuvent être fixés sur une plaque photographique suffisamment sensibilisée. Le degré d'absorption ou de réflexion des rayons infra-rouges dépend du genre de colorant noircissant employé pour la teinture du vêtement : la suie absorbe tous les rayons du spectre solaire, y compris les infra-rouges.

Après avoir fait un certain nombre d'expériences les auteurs arrivent aux conclusions suivantes :

1° La méthode d'examen des marques du coup de feu à courte distance au moyen de la photographie à rayons infra-rouges donne, dans la majorité des cas, de bons résultats.

2° Cette méthode est supérieure à toutes les autres méthodes employées jusqu'à présent : elle donne l'image de l'étendue et de l'intensité des tatouages, ce qui est une donnée précise pour déterminer la distance d'où on a tiré.

3° Elle ne détruit pas l'étoffe examinée.

4° Elle conserve intact l'image des tatouages.

5° Elle est simple et prompte.

6° Cette méthode doit être employée à titre d'essai avant l'emploi de méthodes plus strictes, comme par exemple les méthodes chimiques.

7° Un résultat négatif, obtenu par cette méthode, n'exclut pas la possibilité de l'existence des marques de coup de feu à courte distance, surtout dans les cas où l'on a tiré d'une distance de quelques centimètres, et où l'étoffe a été souillée, ou soumise à des manœuvres ayant pour but de détruire les traces de sang ou de coup de feu, comme par exemple le lavage à l'eau chaude. (*Annales de médecine légale,* décembre 1938.)

Paralysie faciale périphérique, gangrène du membre inférieur gauche suivie d'amputation, phlébite du membre inférieur droit, d'origine septicémique, survenues à la suite de l'avulsion d'une dent de sagesse saine

Les accidents infectieux consécutifs à l'avulsion d'une dent de sagesse, sont loin d'être rares ; cependant la multiplicité, chez un même sujet, de localisations septicémiques, et notamment la gangrène d'un membre inférieur, par oblitération artérielle, à la suite de l'avulsion d'une dent de sagesse saine, doit être tout à fait exceptionnelle.

Le 22 janvier 1934, le nommé C. H.. dont la dent de sagesse supérieure gauche, évoluant de façon vicieuse, menace de perforer la muqueuse jugale, se présente au cabinet d'un dentiste diplômé ; mais il est examiné et traité par un aide, mécanicien-dentiste. Ce dernier, dit le Docteur Ch. Gand (d'Alger), sous anesthésie locale, pratique l'extraction de cette dent au davier, puis à l'élévateur ; au cours des manœuvres un bridge, comprenant les deux prémolaires et les deux molaires supérieures gauches, est accidentellement descellé, mais la dent avulsée est reconnu saine et entière.

Le soir même, gencive douloureuse et œdématiée. Cinq jours plus tard. abcès se prolongeant jusqu'au pilier gauche du voile du palais ; incision ; mais le lendemain, phlegmon diffus de l'hémiface gauche, qui est ouvert par voie sous-maxillaire. Trois jours après (31 janvier) se manifeste du même côté une paralysie faciale périphérique. Le premier février, le phlegmon s'est propagé à la région temporale, et nécessite de nouvelles incisions. suivies d'injections de sérum antistreptococcique et antigangréneux. Le 7 février apparaissent les premiers symptômes de gangrène du membre inférieur gauche,

par suite de l'oblitération de l'artère fémorale, consécutive soit à une thrombose, soit à une embolie septique. Malgré des injections d'acétylcholine, l'amputation de la cuisse au tiers supérieur doit être pratiquée. Le 2 mars, se déclare à la jambe droite une phlébite qui, contre toute attente, est guérie le 1er avril suivant.

Il ne semble pas qu'il ait été commis une faute de technique. Cependant, l'avulsion de la dent ayant eu lieu 21 jours après la guérison d'une intervention pour mastoïdite post-grippale, il est possible que la salive de la victime ait pu renfermer encore des éléments infectieux, et notamment des streptocoques, laissés par la grippe, éléments infectieux, dont la virulence se soit exaltée lors du trauma provoqué par l'extraction dentaire : ce trauma a été en effet, assez violent puisqu'un bridge a été accidentellement descellé. (*Ann. de Médecine légale*, décembre 1938.)

Mort subite au cours d'une tentative d'avortement par injection intra-utérine sous pression.

Voici une observation intéressante, communiquée par le Docteur P. Muller (de Belfort).

Une femme d'une quarantaine d'années, veuve, ne vit pas ses règles en novembre dernier, ni en décembre. Elle eut la certitude qu'elle était enceinte et demanda à son amant de la débarrasser de sa grossesse. Elle lui dit que, pour cela, il existait un bon moyen : l'injection d'eau de savon dans la matrice, et elle l'invita à avoir recours à ce moyen. Elle insista tellement que l'amant « se laissa attendrir ».

Sa femme légitime était en possession d'une espèce d'injecteur muni d'une pompe et il prit la décision d'utiliser cet appareil. Le 13 janvier, vers 17 heures, la patiente « prépara elle-même de l'eau de savon dans une bassine. Elle se coucha ensuite sur le plancher, les jambes écartées. L'amant plaça la bassine entre ses jambes et déposa l'appareil à l'intérieur de cette bassine. Il introduisit la canule en métal, qui se trouvait au bout du tuyau de caoutchouc, dans le vagin de sa maîtresse et se mit à actionner la pompe de l'injecteur. Il pompa pendant environ cinq minutes. Au bout de ce laps de temps, la patiente éprouva une douleur. Il s'arrêta aussitôt et retira la canule du fond du vagin. Presque aussitôt après, la femme lui dit qu'elle se sentait mal : elle était en train de s'évanouir. Il la prit dans ses bras et la porta sur son lit. Il lui tamponna ensuite le visage avec un mouchoir imbibé de vinaigre. Voyant qu'elle continuait à demeurer évanouie, il se précipita pour appeler du secours ». Finalement un médecin arriva et constata que la patiente était morte.

L'amant expliqua en outre au médecin, qu'après avoir placé l'intéressée sur son lit, il l'avait vu faire seulement trois mouvements respiratoires et ensuite la respiration avait complètement cessé. C'est alors qu'il courut chercher du secours.

A l'autopsie, on constatait une boursouflure de la région vulvaire due aux phénomènes de la putréfaction. Mais il n'y avait à ce niveau ni plaie, ni érosion, ni trace d'aucune espèce de traumatisme.

A l'ouverture de la cavité abdominale, on constatait que les anses intestinales étaient distendues par des gaz de fermentation *post-mortem* : aucune agglutination des anses, ni épanchement séreux, hématique ou purulent ; pas trace de réaction péritonéale. L'utérus avait le volume d'une grossesse de trois mois environ, mais, en réalité, ses dimensions étaient un peu exagérés par la présence de gaz de putréfaction. Le cul-de-sac de Douglas était indemne de tout épanchement ; il ne présentait aucune trace de perforation, aucune suffusion sanguine.

Après ablation de l'utérus, on constata la parfaite intégrité de cet organe : il ne présentait aucune trace de perforation à sa surface, aucune blessure du col, aucune lésion du vagin. Le col était simplement entr'ouvert.

La cavité utérine était indemne de toute plaie, blessure, excoriation. Elle contenait un œuf intact présentant seulement cette particularité d'être complètement décollé de l'utérus sur toute la surface de ses membranes. Par contre, l'œuf était entièrement adhérent à l'utérus par son placenta. Son ouverture permit d'extraire un fœtus qui, dans sa plus grande dimension, mesurait 9 centimètres.

Ainsi, l'avortement ne s'était pas produit ; il n'avait pas eu le temps de se produire. Mais la dilatation cervicale et le décollement complet des membranes ovulaires permettaient d'affirmer la réalité des manœuvres abortives d'une part, et, d'autre part, la certitude que l'avortement se serait produit par la suite si la mort n'était survenue.

Une injection de liquide sous pression est le type parfait des manœuvres ayant pu déterminer semblable décollement. Cette injection dans un utérus gravide a déterminé un réflexe inhibiteur.

Ce genre de mort doit être rapproché des cas consécutifs à ce que H. Dufour a décrit sous le nom d'épilepsie réflexe thérapeutique, entraînant parfois la mort du sujet.

Il est analogue aussi à la mort survenant par dilatation un peu brutale de l'anus sous une anesthésie incomplète.

Dernière remarque : il est tout à fait étonnant que, sans spéculum, sans toucher vaginal, une main non expérimentée ait pu introduire une canule dans l'utérus, sans déterminer la moindre blessure et sans léser l'œuf.

G. F.

L'HYGIÈNE MENTALE

Par le Docteur Marcel VIARD

Il existe une hygiène de l'esprit comme il existe une hygiène du corps. Mais les réactions organiques ont une telle influence sur notre façon de penser qu'on ne peut vraiment pas séparer, à aucun moment, ces deux grands chapitres de l'hygiène tout court.

C'est pourquoi l'étude de l'hygiène mentale doit elle-même se subdiviser : 1° en prophylaxie mentale ; 2° en hygiène mentale proprement dite.

La prophylaxie mentale

Devant le nombre toujours croissant des fous et des demi-fous, certains médecins ont cherché quelles pouvaient être les causes prédisposantes et déterminantes du déséquilibre mental.

On sait,depuis longtemps, que l'enfant d'un alcoolique, d'un syphilitique, d'un névropathe, est, beaucoup plus qu'un autre, prédisposé aux psychoses. Mais on sait également qu'un sujet né de parents sains, en devenant nerveux, alcoolique ou syphilitique, peut souffrir un jour de troubles mentaux. Certaines infections ou intoxications (infection puerpérale, encéphalite, morphinomanie, cocaïnomanie, etc.), déterminent aussi très souvent des psychoses.

Enfin, nous savons quel rôle important jouent les glandes à sécrétions internes dans notre façon de penser et de sentir.

Il est extrêmement intéressant d'étudier comment le caractère se modifie soit dans l'hypofonctionnement, soit dans l'hyperfonctionnement de la glande thyroïde, des glandes génitales et des surrénales.

« Les hormones » que déversent ces glandes dans le torrent circulatoire déterminent une série de réactions organiques et psychiques et contribuent, dans une très large mesure, à donner à l'individu son caractère. Celui-ci se modifie plus ou moins lorsque l'activité de ces glandes est elle-même modifiée au cours d'une maladie, d'une intoxication, d'un changement de vie ou de climat, d'un accident ou d'un choc émotionnel.

C'est en combattant dans tous les milieux l'alcoolisme, c'est en multipliant les conférences sur l'éducation sexuelle et la prophylaxie des maladies vénériennes, c'est en soignant, comme il convient, et aussi longtemps qu'il est nécessaire, ceux qui sont atteints de toutes les affections dont nous venons de commencer l'énumération qu'on leur évitera, presque à coup sûr, la maison de santé ou l'asile.

On ne saurait donc trop admirer et soutenir la très belle œuvre accomplie par le Docteur Toulouse et ses collaborateurs de l'hôpital Henri Rousselle et manifester le désir de voir s'ouvrir dans toutes les villes de France des centres analogues. Mais on se heurte trop souvent, hélas, à l'ignorance et à l'inertie.

A l'issue d'un Congrès international d'hygiène mentale auquel j'avais assisté, le Docteur Claparède (de Genève) avait déjà traduit ce sentiment dans la phrase qui terminait son rapport et que voici :

« *L'inertie et la routine des Administrations étant tacitement soutenues par l'indifférence du grand public, ou son incompréhension pour la réforme à accomplir, les Ligues d'hygiène mentale doivent entreprendre, dans tous les pays, une propagande intense en faveur des idées nouvelles.* »

« *La véritable prophylaxie, dit le Professeur Austragilo, de Rio-de-Janeiro, serait le résultat de « l'Eugénique », la nouvelle science biologico-sociale de Galton, dont le but est l'amélioration de l'espèce au point de vue physique, intellectuel et moral. Il n'y a pas de meilleur idéalisme que celui qui a pour objet le perfectionnement de notre espèce. En suivant ce programme, on pourrait éviter les dégénérescences dans toutes les classes sociales. Il conviendrait donc d'examiner le principe fondamental de l'Eugénique.* »

Les médecins sont actuellement puissamment armés pour lutter très efficacement contre les fléaux qui engendrent un amoindrissement des facultés mentales, mais leur arsenal thérapeutique ne suffit pas. Il importe que le public connaisse d'abord les ressources dont on dispose et qu'ensuite il accepte les traitements ou les précautions qui lui sont conseillés.

On ne saurait trop diffuser ces connaissances tant pour le bien-être de l'individu que pour consolider les liens familiaux et rendre la société humaine plus puissante et plus belle.

L'hygiène de la pensée

Nous entrons ici dans un domaine encore mal exploré. Nous n'avons pas d'instrument qui nous permette de voir ce qui se passe exactement dans un cerveau. En outre, nous avons, pour chaque individu, un problème différent à résoudre.

Toutefois le simple bon sens nous incite à appliquer au cerveau les principes que nous appliquons aux autres organes.

La propreté mentale

Nous supposons que, grâce aux méthodes de prophylaxie mentale, le sang et la lymphe se soient purifiés et que le système nerveux baigne dans des « humeurs » saines. Le cerveau sera donc dans d'excellentes conditions pour fonctionner normalement.

Mais ces conditions réalisées ne suffisent pas pour que le sujet pense, *à coup sûr*, correctement. Il importe que les pensées qui circulent dans la substance grise soient propres, elles-mêmes. Il existe, en effet, une alimentation spirituelle qui peut être toxique, composée de pensées destructrices, génératrices de troubles mentaux divers tels que phobies, idées fixes, obsessions, anxiété, jalousie, désarroi sentimental, haine, neurasthénie, psychasthénie, etc... La rumination d'idées déprimantes est la source d'un nombre incalculable de troubles.

Lorsque chaque être humain aura compris cette vérité essentielle que, *s'il faut connaître le mal pour l'éviter il ne faut pas s'y appesantir*, la face du monde changera. Mais les vérités fondamentales paraissent aux yeux des gens superficiels tellement banales qu'ils n'y font plus attention et tombent ainsi dans l'erreur et la souffrance.

La sobriété et la clarté mentale

« Ce n'est pas ce qu'on absorbe qui nourrit, c'est ce qu'on assimile. » Or, pour ne pas surmener le cerveau et pour assimiler les notions qu'on y fait entrer, il importe que ces notions n'y pénètrent pas trop nombreuses dans un temps donné. Ainsi, l'attention augmentera de puissance, le jugement sera plus sûr, la mémoire plus fidèle. L'esprit sera plus clair.

Nos pensées se succèdent trop rapidement presque toujours. Elles se bousculent, s'entrechoquent, se multiplient, tourbillonnent, apparaissent, disparaissent, réapparaissent, sans aucune discipline, ce qui détermine une dispersion mentale fâcheuse qui conduit peu à peu le sujet à la fatigue cérébrale, à l'amnésie, etc., au repos forcé dans une maison de santé ou à la campagne.

La gymnastique mentale

Il existe un mouvement et un rythme de la pensée comme il existe un mouvement et un rythme cardiaque, respiratoire, et musculaire. Il importe d'atteindre le rythme mental *optimum* grâce auquel on obtiendra du cerveau un rendement maximum avec un minimum d'effort. C'est, autrement dit, la loi du mouvement rythmé appliquée aux états de conscience. Ce rythme peut être calculé grâce à des associations d'idées faites dans des conditions déterminées. A la base de ces exercices se trouve le procédé de « *la chaîne des mots* » de Rolin, qui a pour but de faire apparaître au cerveau une série d'IMAGES MENTALES nettes, toutes reliées les unes aux autres par des rapports d'analogies, d'opposition ou de coexistence d'idées. Il ne faut pas oublier que la gymnastique mentale est aussi nécessaire à l'esprit que la gymnatique suédoise ou rythmique est utile aux muscles et aux articulations. L'une entretient la souplesse de l'esprit comme l'autre entretient la souplesse du corps.

Conclusion

Par ce rapide exposé (d'où nous avons écarté volontairement la suggestion, la dérivation mentale et la sublimation, sur lesquelles nous reviendrons plus tard), nous avons voulu montrer simplement que l'hygiène mentale n'était pas un mythe. Non seulement elle existe, et nous pouvons tous l'utiliser, mais *il est de notre devoir de la pratiquer journellement.*

Par l'hygiène physique nous préparons admirablement le cerveau à fonctionner. Par la propreté mentale nous supprimons le virus moral, qui nous amoindrit, nous fait souffrir, nous rend malheureux. Par la gymnastique de l'esprit, correctement pratiquée, nos facultés mentales acquièrent plus de force, plus de souplesse, et nous pouvons connaître alors les joies pures de l'esprit et du cœur.

LA NÉVROSE ET LE GÉNIE

Robert Schumann

« Ce Schumann aux allures toujours obliques, sans cesse effarouché, en retraite et en recul, cette âme noble et sensible sans cesse brûlante d'un bonheur ou d'une souffrance impersonnels, cette âme sans cesse petite fille, *noli me tangere* de naissance... ». Ainsi parle Nietzsche du génial musicien qu'on pourrait appeler le *sublime chantre de la douleur* puisque, comme Camille Mauclair le souligne « il avait pris goût à la dépeindre, il la retrouvait jusque dans la nature, elle était assise à son foyer. Elle devait le tuer et le rendre immortel ».

Le grand-père maternel de Schumann était médecin et son grand-père paternel pasteur ; son père, libraire-éditeur très intellectuel, écrivit un roman, des ouvrages de science, publia en allemand les œuvres de Walter Scott. Il mourut d'une « maladie de nerfs » transmise apparemment à deux de ses enfants (1) : Emilie, morte de démence précoce à l'âge de 20 ans et Robert né en 1810 à Zwickau, petite ville de Saxe.

L'irrésistible vocation manifestée de très bonne heure pour la musique par Robert Schumann a été longtemps contrariée par sa mère. Vers 1830 seulement, après avoir commencé son droit à Leipzig et à Heidelberg, Schumann peut se donner entièrement au piano et combler les lacunes de son éducation musicale. Voulant acquérir une virtuosité exceptionnelle, il maintient pendant plusieurs semaines, au cours d'exercices d'assouplissement sur le clavier, le médius de sa main droite attaché à une poulie fixée au plafond. Le doigt devient rigide, s'ankylose et la main elle-même s'engourdit. La nature contrariée s'est vengée et le pianiste doit voir un médecin. Le traitement prescrit par le Docteur Kühl : bains de la main dans du sang de bœuf fumant, dans de l'eau-de-vie, compresses d'herbes aromatiques, est ponctuellement suivi (2). A la longue une amélioration survient ; néanmoins Scuhmann ne peut plus songer à être virtuose, il va donc se consacrer à la composition.

Ce romantique trop tendre qui écrivait à sa mère : « Oh ! maman, j'ai une nature trop sensible, je le sais bien ; quiconque sent aussi profondément que moi est destiné à être malheureux », ce sentimental qu'une lecture passionnante faisait pleurer à chaudes larmes, ce neurasthénique qui définissait le monde « un vaste fossé de songes éteints, un jardin de cyprès et de saules-pleureurs, un morne spectacle de marionnettes », cet hyper-émotif ne pouvait que s'affecter à l'extrême de toute déception, de tout échec, de tout chagrin. Après la perte récente d'un de ses frères, Schumann en octobre 1833 apprend la mort de sa belle-sœur Rosalie affectueusement aimée. Il en ressent un choc si affreux que pour la première fois il craint de perdre la raison et songe au suicide.

C'est dans un labeur acharné que le malheureux puise le courage de vivre, ne connaissant que des joies éphémères toujours coupées de périodes d'angoisse, de tristesse. Noirs pressentiments, idées funèbres l'assaillent, à Vienne par exemple, en 1838-39, pendant la composition de *Pièces nocturnes* (primitivement intitulées *Fantaisie mortuaire*) : « Il s'y trouve un endroit auquel je ne puis m'empêcher de revenir sans cesse. C'est comme si quelqu'un, le cœur accablé de douleur, soupirait : « Ah ! mon Dieu !... ». En composant je ne voyais que cortèges funèbres, cercueils, gens malheureux et désespérés ; et j'avais beau chercher un titre je ne trouvais que celui de *Fantaisie mortuaire.* Je ressentais souvent un saisissement tel que les larmes me venaient sans que je susse pourquoi. Alors me parvint une lettre de Thérèse (1) et je compris tout : mon frère Edouard était à la mort ».

Au cours de ses premières années de mariage, Schumann mène de front une production intense et la direction d'un journal musical qu'il a fondé (2). Ce surmenage continu ne tarde pas à user sa santé déjà si précaire. Ecoutons le Docteur Helbig, son médecin homéopathe :

« Sitôt qu'il commençait à travailler du cerveau, c'étaient des tremblements, de la lassitude ; ses pieds se glaçaient. Il éprouvait une angoisse générale et la crainte de la mort qui se reconnaissait par son effroi des hauteurs, de tous les objets métalliques (fût-ce d'une clef), des remèdes, des empoisonnements. Il souffrait

(1) Ils étaient cinq : quatre fils et une fille.

(2) « Traitement grotesque » a écrit le Docteur Pascal dans son étude *Les maladies mentales de Robert Schumann.*

(1) Sa belle-sœur.

(2) Il épousa en 1840 Clara Wieck, jeune pianiste virtuose qu'il accompagna dans ses tournées de concerts en Allemagne et à l'étranger. Le ménage, très uni, eut huit enfants.

d'insomnies et se trouvait mal surtout le matin. Il examinait chaque ordonnance jusqu'à ce qu'il ait découvert une raison de ne pas prendre le médicament prescrit. Aussi lui ordonnai-je des douches froides qui améliorèrent son état... »

Le Docteur Helbig ayant également conseillé au malade une longue diversion à son occupation habituelle, la composition, le musicien quitta Leipizg pour Dresde et tenta un instant de s'intéresser aux sciences naturelles. Vainement d'ailleurs : la musique seule comptait pour lui, il s'y remit bientôt. Cependant sa tendance naturelle à garder un silence misanthropique s'accentuait, allant souvent jusqu'à un mutisme qui déconcertait. Wagner en fit l'épreuve : « Un musicien hautement doué, dit-il, de Schumann, mais un homme impossible. Je lui parlai de l'état de la musique en France, puis en Allemagne, je lui parlai littérature et politique mais lui resta quasi muet une heure presque entière. On ne peut pourtant pas toujours causer tout seul ! Un homme impossible ! ». Schumann, lui, trouva en Wagner « un garçon instruit et spirituel, plein d'idées folles, mais qui parlait sans cesse, si bien qu'au bout d'un certain temps on ne pouvait plus y résister ».

En 1850 Schumann accepte une situation de chef d'orchestre à Dusseldorf. Avant son départ, en cherchant dans une géographie des renseignements sur cette ville, il trouve qu'il y existe une maison de fous ; il n'en faut pas davantage pour éveiller en lui de pénibles appréhensions, malheureusement justifiées. A Dusseldorf, en effet, sa santé continue à décliner ; la direction d'un orchestre ne convient pas à son tempérament et le fatigue trop, aussi doit-il bientôt résigner ses fonctions.

D'après Möbius, dès 1850 certains actes de Schumann relèvent de l'aliénation mentale par leur bizarrerie. Son inspiration musicale est encore abondante mais elle n'a plus sa richesse première. Vers 1852 débutent les troubles de la parole. En 1853 le musicien s'adonne, avec une exaltation qui effraie ses amis à des expériences de tables tournantes. La maladie évolue ; Schumann a des maux de tête accompagnés de violentes douleurs d'oreilles ; les hallucinations de l'ouïe persistent ; quelquefois pendant de longues heures un *la* le poursuit ; à d'autres moments il entend des harmonies, des morceaux de musique entiers. Une nuit il se lève pour écrire un thème « envoyé par Schubert et Mendelssohn et qu'il doit noter tout de suite ». Du reste il se sent nettement envahir par la démence. Certitude affreuse ! Il parle de se faire soigner dans une maison de santé et, quand il pressent une crise d'excitation, recommande aux siens de s'éloigner. Enfin, le 27 février 1854 survient l'incident fatal : Schumann, pendant la visite de son médecin Hasenclever et du musicien Albert Dietrich, les quitte soudain sans mot dire ; nu-tête, en robe de chambre et en pantoufles il sort de chez lui sans être vu et va se jeter dans le Rhin. Des bateliers réussissent à le recueillir vivant, reculant ainsi de trente mois sa délivrance par la mort. Il passa ces trente mois interné à l'asile d'Endernich, près de Bonn. Une amélioration trompeuse survint, laissant espérer un instant la guérison, mais ce mieux ne se maintint pas. Le musicien s'éteignit le 29 juillet 1856 dans un état d'extrême cachexie ; pendant les derniers mois on avait été contraint de l'alimenter artificiellement.

D'après le Docteur Richards qui pratiqua l'autopsie (1), Schumann fut atteint de *paralysie générale à forme mélancolique* ; Möbius toutefois penche pour la *démence précoce* car, selon lui, les hallucinations auditives excluent le diagnostic de paralysie générale. Le Docteur Pascal, sans être formel dans ses conclusions, adopte la *psychonévrose constitutionnelle* qui s'est manifestée entre vingt-trois et quarante et un ans et s'est conjuguée ensuite avec la paralysie générale.

Michel RENAULT.

---

(1) Le rapport d'autopsie signalait :

1° Congestion de tous les vaisseaux sanguins, principalement à la base du cerveau ;

2° Exostoses de la base du crâne, les unes dues au développement exagéré des saillies normales, les autres déterminées pas une formation de tissu osseux. Toutes traversaient la dure-mère par leur extrémité.

3° Epaississement et dégénérescence des deux autres méninges avec accolement de la pie-mère à la substance corticale. Ces adhérences méningées, nombreuses, existaient sur plusieurs points de l'écorce grise ;

4° Une diminution notable de la masse du cerveau dont le poids était inférieur de sept onces à ce qu'il aurait dû être chez un homme de l'âge de Schumann.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Les origines anciennes de la Faculté de médecine de Montpellier

Nous recevons la lettre suivante de M. le Professeur Paul DELMAS *sur les origines de la Faculté de médecine de Montpellier. Connaissant le véritable culte que M. le Professeur Paul Delmas a voué à l'histoire et aux trésors de sa vieille Faculté nous avons lu avec le plus grand intérêt sa lettre et nous le remercions vivement tout en le félicitant de sa grande érudition.* J. N.

Monsieur le Directeur et cher Confrère,

J'ai lu avec le plus vif intérêt, pages 727 et 728 du *Concours Médical* du 12 mars 1939 l'article de votre collaborateur G. L. sur « Un grand chirurgien du XIIIe siècle, Roland de Parme ».

Sans discuter l'intérêt du manuscrit contenant les œuvres de ce personnage, mort en 1264, peut-être me sera-t-il permis de vous signaler que la bilbiothèque de la Faculté de médecine de Montpellier possède dans sa série H (manuscrits médiévaux) les œuvres de Roger de Parme, maître de Roland, et mort en 1230, c'est-à-dire trente-quatre ans avant son élève. La multiplicité, le réalisme et le caractère artistique des illustrations de cet ouvrage permettent de se faire une idée parfaite de ce qu'était sa pratique chirurgicale.

Mais tel n'est pas l'objet de cette lettre.

En note, au bas de la colonne 1 de l'article du *Concours Médical,* il est indiqué, à propos de l'Ecole de Salerne : « Elle existait... au IXe siècle, alors que l'Ecole de Montpellier fut fondée en 1220 ».

Il y a là une double inexactitude.

L'Ecole de Salerne fut en effet organisée en 1134 par Roger II. Elle devait disparaître, après une vieillesse sans grand éclat, le 29 novembre 1811.

Par contre, la date de 1220, indiquée pour la naissance de l'Ecole de Montpellier n'est que celle des statuts qui lui furent donné le 17 août par un légat du Pape Honorius III, le Cardinal Conrad d'Hurach, comte de Seinen, évêque de Porto et de Sainte Rufine. Et encore, dans la « narration » de cet acte, son auteur précise-t-il : « Depuis fort longtemps, la profession de la science médicale a brillé et fleuri avec une gloire insigne à Montpellier, d'où elle a répandu sur les diverses parties du monde la salutaire abondance et la vivifiante multiplicité de ses fruits ».

A négliger les documents antérieurs qui témoignent de l'ancienneté de l'Ecole de Montpellier, Guilhem VIII en 1180, Benjamin de Tudèle en 1174, Jean de Salisbury en 1160, Saint-Bernard de Menthon en 1153, et Anselme de Havelberg en 1137, on trouve, antérieurement à la mort d'Avicenne, survenue en 1136, dans l'auteur anonyme du célèbre « Livre de la médecine que Rabbi Albon, de Narbonne, professeur juif, est l'un des maîtres les plus écoutés de Montpellier.

Au delà il n'est plus de document précis, mais il est de tradition constante que l'enseignement de la médecine à Montpellier est contemporain des origines de la ville, et tout au moins du début de la domination des Guilhem vers 990.

Par là s'explique la légende d'un ancien sceau de la Faculté, datant du premier Empire et remis en usage depuis le 1er janvier 1921 et selon laquelle l'effigie du Père de la Médecine qu'elle entoure doit s'entendre : « Scholæ medicæ Monspelii seculo decimo institutæ Hippocrates ».

Ainsi donc, même si l'Ecole de Salerne n'avait disparu, la Faculté de Montpellier serait encore le plus ancien centre d'enseignement médical du monde.

Je ne sais si de telles précisions peuvent être de quelque intérêt pour vos lecteurs, je vous les adresse cependant à toutes fins utiles, et vous pourrez en faire l'usage que bon vous semblera.

Heureux de cette occasion de me rappeler ainsi au souvenir de mes amis du *Concours Médical,* je vous renouvelle, Monsieur le Directeur et cher Confrère, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

P. DELMAS.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Institut de parasitologie** (Directeur : Professeur E. Brumpt. Année scolaire 1938-1939. Quatorzième session). — *Ecole de malariologie*. — Un enseignement spécial de malariologie sera donné à la Faculté de médecine de Paris, du jeudi 1er juin au jeudi 6 juillet 1939, en vue de l'obtention du diplôme de médecin malariologiste de l'Université de Paris.

PROGRAMME. — Les cours auront lieu au laboratoire de parasitologie de la Faculté de médecine, sous la direction de M. le Professeur E. Brumpt. Les leçons théoriques seront données l'après-midi de 14 à 15 heures ; elles seront immédiatement suivies d'une séance pratique, d'une durée maxima de 3 heures, dirigée par le Docteur L. Brumpt, ex-interne des hôpitaux, assisté de M. Dao Van Ty.

I. *Hématologie*. — Trois leçons par L. BRUMPT. — Hématies de l'homme et des vertébrés. — Numération. — Hémoglobine. — Hématies pathologiques. — Physiologie pathologique des hématies. — Leucocytes normaux et pathologiques. — Formule leucocytaire. — Rôle des organes hématopoïétiques. —Hématoblastes. — Sérologie, réaction d'Henry. — Détermination spécifique du sang ingéré par les moustiques. — Techniques diverses utilisées en hématologie.

II. *Entomologie*. — 1. Quatre leçons par le Professeur E. BRUMPT.— Morphologie et classification des insectes. — Les moustiques.— Procédés de capture, de conservation et d'étude.— Classification des moustiques. — Anophèles européens, africains, asiatiques,océaniens et américains.— 2. Quatre leçons par le Professeur E. BRUMPT. — Biologie des moustiques. — Métamorphoses, œufs, larves, nymphes, adultes. — Les culicidés, biologie et rôle pathogène. — Les anophélidés, biologie et rôle pathogène.

III. *Protozoologie (sporozoaires et parasites du sang)*. — Trois leçons par le Professeur E. BRUMPT. — Cycle évolutif des sporozoaires. — Hémosporidies de l'homme et des animaux. — Piroplasmes. — Hémogrégarines. — Toxoplasmes. — Flagellés sanguicoles. — Microfilaires

IV. *Parasites du paludisme*. — Quatre leçons par le Professeur E. BRUMPT. — Cycle évolutif et biologie des plasmodidés. — Paludisme expérimental. — Etude détaillée, morphologique, biologique et géographique des quatre plasmodiums humains : P. vivax, P. malariæ, P. falciparum, P. ovale, plasmodiums simiens et aviaires.

V. *Etude clinique et épidémiologique du paludisme*. — Quatre leçons par le Professeur G. LAVIER. — Historique du paludisme, théories anciennes, découvertes modernes. — Epidémiologie. — Indice endémique. — Symptomatologie. — Pathogénie. — Anatomie pathologique. — Méthodes de diagnostic. — Thérapeutique. — Une leçon par le Docteur Ph. DECOURT, sur la chimiothérapie du paludisme. — Une leçon par les Docteurs X. HENRY et LE BOURDELLÈS. — Méthode de diagnostic par mélano-floculation.

VI. *Paludisme thérapeutique*. — Une leçon par le Docteur P. MOLLARET. — Paludisme thérapeutique (Malariathérapie).

VII. *Prophylaxie*. — Huit leçons par le Professeur E. BRUMPT. — Facteurs de l'endémie. — Prophylaxie individuelle. — Quininisation.— Protection mécanique. — Prophylaxie générale.— Stérilisation du réservoir du virus. — Destruction des anophèles. — Théorie du rideau protecteur.— Grandes et petites mesures antilarvaires ; méthodes hydrologiques, chimiques et biologiques. — Choix des méthodes prophylactiques. — Rôle de l'Etat. — Propagande. — Personnel. — Contrôle. — Résultats acquis.

VIII. *Assainissement et drainage*. — Deux leçons par M. PREAUD, inspecteur général du Génie rural. — Assainissement agricole. — Une leçon par le Professeur E. BRUMPT. — Historique de l'assainissement antipaludique en Asie (Chine, Japon, Indo-Chine, Malaisie, Ceylan).

Le diplôme peut être délivré : 1° aux docteurs en médecine français ; 2° aux étrangers pourvus du diplôme de doctorat de l'Université de Paris (mention médecine) ; 3° aux étrangers pourvus d'un diplôme médical admis par la Faculté de médecine de Paris.

Les étudiants en médecine pourvus de seize inscriptions ou les internes en médecine reçus au concours pourront s'inscrire, mais le diplôme ne pourra leur être délivré que lorsqu'ils seront docteurs en médecine.

Le diplôme est obtenu après un double examen comportant obligatoirement les épreuves suivantes :

Premier examen : Epreuve pratique d'hématologie ; Epreuve pratique de protozoologie ; Epreuve pratique d'entomologie appliquée à l'étude du paludisme.

Deuxième examen : Epreuve théorique de protozoologie ; Epreuve théorique d'entomotogie appliquée à l'étude du paludisme ; Epreuve théorique sur l'épidémiologie, la symptomatologie et la prophylaxie du paludisme.

Un certificat d'assiduité peut être délivré aux élèves n'ayant pas passé l'examen.

Droits à verser : droit d'immatriculation, 150 francs ; droit de bibliothèque, 60 francs ; droits de laboratoire, 1.500 francs. Total : 1.710 francs.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Les titres et diplômes, et, de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance devront être produits au moment de l'inscription.

— **Adjuvat**. — *Sont nommés aides d'anatomie* : MM. Debeyre, Champeau, Morel-Fatio, Monsaingeon, Nardi.

— **Prosectorat**. — EPREUVE ÉCRITE D'ANATOMIE. *Question posée* : Le muscle digastrique et ses rapports.

EPREUVE ÉCRITE DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE. *Question posée* : Phlegmon périnéphrétique.

EPREUVE ÉCRITE DE BIOLOGIE. *Question posée* : Caractères généraux de la cellule cancéreuse.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE) — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Tableau de concours pour la Légion d'honneur

(ANNÉE 1939)

Service de santé

RÉSERVE (*Médecins*)

Sont inscrits :

Les médec. command. : Béraud, 15e rég. ; Russo, 14e rég. ; Trucy, 15e rég. ; Delorme, tr. Maroc ; médec. lieut.-col. Chauliac, 9e rég. ; médec. command. Averseng, 17e rég. ; Nodot, tr. Maroc ; médec. lieut.-col. Pottier, 4e rég. ; Villejean, 3e rég. ; Joh, 20e rég. ; médec. command. Charrier, 18e rég. ; Sotty, 8e rég. ; Chailly, 5e rég. ; médec. col. Boidin, rég. Paris ; méd. command. Mouriquand, 13e rég. ; Dolain, 1re rég. ; médec. lieut.-col. Viannay, 13e rég. ; méd. command. Guglielmi, 2e rég. ; Bing, 4e rég. ; médec. lieut.-col. Abel, 20e rég. ; médec. command. Prével, 4e rég. ; Audet, rég. Paris ; Sauvageot, 7e rég. ; Beaussart, 5e rég. ; Meslin, 18e rég. ; Lloubes, 11e rég. ; Person, 2e rég. ; médec. lieut.-col. Stepowski, 3e rég. ; Benard, rég. de Paris ; médec. command. Hernette, 18e rég. ; médec. capit. Le Petit, 4e rég. ; médec. col. Barthélemy, 20e rég. ; médec. command. Basset, rég. de Paris ; Grigant, 5e rég. ; médec. capit. Gensollen, 14e rég. ; médec. lieut.-col. Hamou, 19e C. A. ; médec. command. Plaisant, 4e rég. ; Cœurdevez, 19e C. A. ; Trouve, 4e rég. ; Nadaud, 7e rég. ; Bilbault, 5e rég. ; Métivet, rég. Paris ; Gardiol, 15e rég. ; Bertaux, 6e rég. ; Terracol, 16e rég.

Médec. capit. Walter, rég. Paris ; médec. command. Roustan, 15e rég. ; Descottes, 9e rég. ; médec. capit. Récamier, rég. Paris ; Tassin, rég. Paris ; Favre, 14e rég. ; médec. command. Leveuf, rég. Paris ; médec. capit. Bellanger, rég. Paris ; médec. lieut.-col. Even, rég. Paris ; médec. capit. Meyer, rég. Paris.

Service de santé militaire

Rang d'ancienneté

Par décret du 11 avril 1939 et par application de la loi du 15 mars 1927, le rang d'ancienneté des médecins et sous-lieutenants de réserve, ci-après désignés, est fixé ainsi qu'il suit et par décision ministérielle du même jour, ces officiers sont maintenus dans leur affectation actuelle.

Les médecins sous-lieutenants promus au grade de lieutenant n'auront pas droit a la solde afférente à ce grade pour la période antérieure au 15 avril 1939.

Les méd. sous-lieut. : (21 mars 1934) Henry, 15e rég. ; (21 septembre 1934) Robey, 5e rég. ; (21 mars 1935), Marache, 7e rég. ; Hawthorn, 15 rég. ; (21 septembre 1935) Aupinel, rég. de Paris ; Balazuc, rég. de Paris ; Eudel, rég. de Paris ; Pouch, rég. de Paris ; Lenoel, 2e rég. ; Hardel, 6e rég. ; Klotz, 6e rég. ; Pointeau, 6e rég. ; Campagne, 7e rég. ; Muller, 7e rég. ; Gandrille, 8e rég. ; Bennegent, 13e rég. ; Mora, 13e rég. ; Huber, 14e rég. ; Egg, 15e rég. ; Ranque, 15e rég. ; Revol, 15e rég. ; Vedel, 16e rég. ; Fourquet, 18e rég. ; Bussienne, 20e rég. ; Le Sourd, 20e rég. ; Mathieu, 20e rég. ; Ristelhueber, tr. de Tunisie ; Candau, tr. du Maroc ; Magdelenat, tr. du Maroc ; Picot, tr. du Maroc ; Tiret, tr. du Maroc.

(21 mars 1936) Chappe, rég. de Paris ; Gimault, rég. de Paris ; Lange, rég. de Paris ; Penit, rég. de Paris ; Piguet, rég. de Paris ; Verstraete, rég. de Paris ; Denœux, 2e rég. ; Louarn, 2e rég. ; L'Hirondel, 3e rég. ; Bareau, 4e rég. ; Langevin, 4e rég. ; Le Bozec, 4e rég. ; Rouxel, 4e rég. ; Lolmède, 5e rég. ; Gropper, 6e rég. ; Marre, 6e rég. ; Rouault, 6e rég. ; Doudon, 7e rég. ; Etienne, 7e rég. ; Beaune, 8e rég. ; Raynaud, 8e rég. ; Douvion, 11e rég. ; Compagnon, 14e rég. ; Guerrini, 14e rég. ; Jeanjean, 14e rég. ; Micaud, 14e rég. ; Piot, 14e rég. ; Senechal, 14e rég. ; Bonnefoi, 15e rég. ; Cambassedès, 15e rég. ; Caumes, 15e

rég. ; Roux, 15e rég. ; Avallone, 16e rég. ; Benech, 16e rég. ; Blanchard, 16e rég. ; Miara, 16e rég. ; Laporte, 17e rég. ; Blouin, 18e rég. ; Saint-Macary, 18e rég. ; Turettes, 18e rég. ; Gille, 20e rég. ; Steimle, 20e rég. ; Ulrich, 20e rég. ; Albou, 19e C. A. ; Attia, 19e C. A. ; Ben-Haim, 19e C. A. ; Bolo, 19e C. A. ; Cabrois, 19e C. A. ; Gosserez, 19e C. A. ; Mouton, 19e C. A. ; Rogez, tr. de Tunisie ; Gazaugade, tr. du Maroc ; Crohas, tr. du Maroc ; Polge, tr. du Maroc ; Tonnelot, tr. du Maroc ; Toulouse, tr. du Maroc.
(21 septembre 1936) Danel, 19e C. A.

Sont promus au grade de médecin lieutenant :

Les méd. sous-lieut. : (21 mars 1938) Henri ; (21 septembre 1938) Robey, Marache, Hawthorn, Lenoel, Klotz ; (21 mars 1939) Aupinel, Balazuc, Eudel, Lacroix, Pouch, Hardel, Pointeau, Campagne, Muller, Gandrille, Bennegent, Mora, Huber, Egg, Ranque, Revol, Vedel, Fourquet, Bussienne, Le Sourd, Mathieu, Risteihueber, Candau, Magdelenat, Picot, Tiret, Jeanjean, Laporte.

Honorariat

Par décision du 31 mars 1939 et par application de l'article 23 de la loi du 8 janvier 1925 sont placés dans la position d'officier honoraire à compter du jour de leur radiation des cadres :

Avec le grade de méd. col. : MM. Grégoire, Gross, Lenormant, Raymond, Lexa, Tellier.
Avec le grade de méd. lieut.-col. : MM. Janin, Delherm, Acheray.
Avec le grade de méd. command. : MM. Baldenweck, Helie, Picot, Sautelet, Bing, Hubert, Kœnig, Saintot, Brelet, Lemoine, Mabin, Pouliquen, Gimbert, Genet, Ciaudo, Fabregat, Durand, Raspide, Challamel, Rouyer.
Avec le grade de méd. capit. : MM. Amado, Astrault, Chabassut, Cleret, Le Savoureux, Metenier, Moutier, Richez, Henry, Potelet, Railliet, Collenet, Copreaux, Fanjoux, Bignon, Hersant, Pascal, Milan, Provansal, Mattei, Anglada, Pilleboue, Courcières, Flurian, Lemée, Saada.
Avec le grade de méd. lieut. : MM. Crépin, Patron, Boube, Fournier.

Réintégration

Par décret du 13 avril 1939, les officiers de réserve du Service de santé rayés des cadres ci-après désignés sont réintégrés dans les cadres et, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :
Avec le grade de méd. comm. : Izard, aff. rég. de Paris.
Avec le grade de médecin capit. : Léon Kindberg, aff. rég. de Paris ; Vallery-Radot, aff. rég. de Paris.
Par le présent décret, le dentiste capit. de réserve Sapet, rég. de Paris, titul. du diplôme de docteur en médecine, est nommé, pour compter du 11 juillet 1938, au grade de méd. capit. de rés. et, par décision de même date, est maint. rég. de Paris.

Médecins du ministère de la Défense nationale

Décret du 13 *avril* 1939 *portant fixation de la rémunération des médecins chargés du service medical de l'Administration centrale.*

Art. 1er. — Le médecin chargé du service médical de l'Administration centrale du ministère de la Défense nationale et de la Guerre reçoit, à titre de rétribution annuelle, pour le service des consultations et visites du ministère, une indemnité de 18.000 francs payable mensuellement, et non sujette à retenue. Le médecin adjoint reçoit une indemnité de 4.000 francs payable dans les mêmes conditions.

Art. 2. — Les médecins reçoivent les indemnités suivantes pour les visites de contrôle à domicile des fonctionnaires et employés civils :

Paris, 25 francs.

Seine :

Communes limitrophes (lorsque la distance ne dépasse pas 1.500 mètres), 30 francs.

Communes limitrophes (lorsque la distance dépasse 1.500 mètres), 35 francs.

Communes non limitrophes, 40 francs.

Seine-et-Oise, prix variable suivant la distance avec prix maximum de 50 francs.

Les sommes dues sont payées trimestriellement aux intéressés sur mémoire établi sur papier timbré.

Art. 3. — Les dispositions du présent décret auront effet à partir du 1er janvier 1939.

(*J. O.*, 22 avril 1939.)

Conseil supérieur de l'Assistance publique

Arrêté du 21 avril 1939 nommant les membres du Conseil supérieur de l'Assistance publique

Sont nommés membres du Conseil supérieur de l'Assistance publique pour une période de quatre ans :

Au titre de sénateurs

MM. Paul Bersez, Bienvenu-Martin, Chauveau, Daraigniez, Fallières, Honnorat, Paul Jourdain, Lancien, Le Gorgeu, Mourier, Philip, Steeg.

Au titre de députés

MM. Aubaud, Blaisot, Briquet, Daille, Dézarnaulds, Fié, Galimand, Garchery, Landry, Rollin, Schumann, Emile Vincent.

Au titre de préfets en exercice

M. Billecard, préfet de Seine-et-Oise ; M. Dupuy, préfet des Vosges.

Au titre d'anciens directeurs de l'Assistance et de l'Hygiène

MM. Desmars et Mirman.

Au titre de directeur administratif des asiles publics d'aliénés

M. Tournaire, directeur de l'asile départemental de Clermont.

Au titre de médecins des asiles publics d'aliénés

M. le Docteur Demay, médecin chef des asiles de la Seine, et M. le Professeur Perrens, médecin chef de l'asile de Château-Picon.

Au titre de membres du Corps médical des hôpitaux

M. le Docteur Couvelaire, médecin des hôpitaux de Paris, et M. le Docteur Desbouis, médecin des hôpitaux de Caen.

Au titre de compétence spéciale

MM. Berthelemy, Boudin, Boverat, Brelet, Mme E. Brault, MM. Charlety, Cibrie, Constantin, Couturier, Cros-Mayrevieille, Gaudaire, Grou, Hendle, Jacomet, Legrain, Leredu, Maringer, Merma, Olivier Plytas, Randon, Renaux, Roubinovitch, Roussel, Mme Jules Siegfried.

(*J. O.*, 23 avril 1939.)

Groupement de défense des assurés sociaux de la Région parisienne

Paris, le 19 avril 1939,

Le Directeur du Groupement de Défense des Assurés sociaux de la Région parisienne, 47, rue Bonaparte, Paris (VIe) à Monsieur le ministre du Travail,

Monsieur le Ministre,

Un certain nombre de nos adhérents assurés sociaux sont venus se plaindre à nous parce que les Caisses auxquelles ils étaient affiliés avaient refusé de les rembourser de leurs frais d'opération en maison de santé (frais de séjour et honoraires chirurgicaux).

Les Caisses, pour ne rien payer, ont argué de ce fait que les maisons de santé très honorablement connues où avaient été opérés nos adhérents n'avaient pas été agréées par elles.

Il nous apparaît qu'il y a là un abus de pouvoir inacceptable de la part des Caisses. La loi des Assurances sociales a prévu explicitement le libre choix du chirurgien par l'assuré. Et si les Caisses se refusent à rembourser une partie des frais de séjour à la Maison de santé sous prétexte que cette maison de santé n'a pas été agréée par elles, elles devraient au moins rembourser une partie des honoraires du chirurgien choisi par l'assuré. Nous payons des cotisations assez lourdes (720 francs par an pour la plupart d'entre nous) pour avoir droit, lorsque nous sommes gravement malades, à autre chose qu'un refus méprisant et inhumain de tout remboursement.

C'est pourquoi nous venons au nom de nos camarades du Groupement de défense des assurés sociaux vous demander, Monsieur le Ministre, de vouloir bien intervenir auprès des Caisses d'assurances sociales en cause pour que les dossiers de nos adhérents lésés soient réexaminés avec bienveillance et pour qu'il soit mis fin le plus tôt possible à une situation qui ne peut qu'amener, parmi nous, de la désaffection pour une loi pourtant si belle en son principe.

Dans l'espoir, que vous voudrez bien accueillir favorablement notre requête et dans l'attente de votre réponse, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de nos sentiments de parfaite considération.

Pour le Groupement de Défense des assurés sociaux de la Région parisienne :
LE DIRECTEUR

P. S. — Nous avons appris que votre Administration s'était déjà émue de la situation faite aux assurés sociaux soignés en maison de santé et que vous aviez l'intention de faire paraître une Circulaire sur ce sujet au *Journal Officiel*. Le Groupement de défense des assurés sociaux de la Région parisienne se permet de vous remercier par avance de ce que vous pourrez faire pour résoudre cette importante question dans un sens favorable aux intérêts des assurés.

Un cas d'eczéma

Voici une observation qui me semble présenter un certain intérêt pratique et théorique :

Un garçon de 11 ans, avait reçu un léger coup sur le nez, sans autres suites, sauf quelques égratignures, insignifiantes, non infectées.

Quarante-huit heures environ après, un eczéma aigu congestif et suintant avait recouvert en partie les joues et surtout le menton.

Un confrère, consulté en mon absence, avait prescrit une pâte.

Lorsque j'ai été appelé à voir le jeune malade, ce traitement avait effectivement produit une certaine amélioration. Néanmoins, quinze jours après son début, l'eczéma persistait encore sur le menton, sous forme d'une large plaque rouge et suintante.

Malgré l'absence de toute surinfection apparente, frappé par le fait que cet eczéma était survenu après quelques égratignures, constatant d'autre part, une pyorrhée alvéolaire, je fus tenté d'essayer un traitement antimicrobien, par une pommade à base de p. amino-benzène sulfamide.

Quelle ne fut ma surprise et ma satisfaction de constater, 24 heures après la première application, une très grande amélioration, suivie le lendemain, après continuation du même traitement, de la guérison complète.

Je précise, il ne s'agissait ni d'un eczéma impétigineux, ni d'un eczéma dit « des plaies ou paratraumatique » lequel est dû aux antiseptiques, à la macération, qui ne sont pas intervenus dans ce cas.

La rapidité foudroyante de l'action d'une pommade à base de sulfamide, antistreptococcique, est un argument de poids en faveur de l'origine microbienne de cet eczéma ; et la coexistence chez ce sujet d'un terrain hypothyroïdien et hypoorchitique, ainsi que d'une dentition en mauvais état, tend à prouver que sur un terrain prédisposé, une inoculation microbienne, sans réaction inflammatoire, peut, comme tout autre réactogène provoquer un eczéma.

Pratiquement, il est impossible de diagnostiquer l'origine microbienne, mais il sera utile d'essayer les récents produits à base de sulfamide, toutes les fois que l'on soupçonnera cette origine et que le traitement classique n'aura pas donné de résultat satisfaisant.

Dr M. AUSLANDER
(Saint-Bonnet-le-Château)

BUREAU DE VOYAGES

Croisière d'inauguration du MS « ORANJE »

A MADÈRE ET AUX AÇORES

comprenant un voyage en avion de Paris à Amsterdam et retour ou par train, à volonté

Le nouveau paquebot à moteur M. S. *Orante*, 27.000 tonnes, baptisé le 8 septembre 1938, a été construit sur des données extrêmement modernes. Il transportera en service régulier vers les Indes Néerlandaises, 700 passagers environ à une vitesse de croisière de 21 nœuds. Il commencera son service régulier dès l'achèvement de la croisière inaugurale indiquée ci-dessous.

Paris (Le Bourget)	Départ	18 août	8 h. 25
Amsterdam	Arrivée	18 août	11 h. 10
—	Arrivée	18 août	17 h.
—	Départ	18 août	17 h.
Madère (Funchal).....	Arrivée	22 août	7 h.
—	Départ	23 août	6 h.
Açores (Ponte Delgada)	Arrivée	24 août	8 h.
— —	Départ	24 août	19 h.
Amsterdam..........	Arrivée	28 août	9 h.
—	Départ	28 août	12 h. 35
Paris (Le Bourget)....	Arrivée	28 août	14 h. 05

TARIFS

Première classe. Salle à manger A.

Cabine de luxe	5.300 fr.
» à un lit	4.500 fr.
» à 2 lits	4.300 fr.

Deuxième classe. Salle à manger B.

Cabine à 2 lits..........	3.300 fr.
» à 3 lits	3.000 fr.

Troisième classe. Salle à manger C.

Par place	2.300 fr.

Prix basés sur le cours de 1 florin : 20 francs.

Demander la brochure spéciale pour le détail et les prix des excursions à terre.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 11 avril 1939, le Conseil a prononcé les admissions ci-après :

MM. les Docteurs :

13.724 ABIB, Beire-le-Châtel (Côte-d'Or). Syndicat des médecins de la Côte-d'Or.

13.725 AVRAM, Courlon-sur-Yonne (Yonne). Syndicat de Sens.

13.726 BARA (Armand), Saint-Omer (Pas-de-Calais). Syndicat médical de Saint-Omer.

13.727 BARBRY, 11, place de Tourcoing, Lille (Nord). Parrains : Docteurs Didier et Lavrand.

13.728 BONHOMME (Marguerite), Sanary (Var). Parrains : Docteurs Charniot et Rozet.

13.729 BLOUQUIER DE CLARET, Montpellier. Parrains : Docteurs Deshons et Desfour.

13.730 Carrin, Quiévrechain (Nord). Parrains : Docteurs Leleu et Gorget.
13.731 Chalon, 33, rue de la Plaine, Lille (Nord). Syndicat Médical de Lille.
13.732 David, 4, rue de Galliera, Paris (XVIe). Parrains : Docteurs Barret et Marie.
13.733 Dewailly, Vireux-Molhain (Ardennes). Syndicat médical des Ardennes.
13.734 Fautrel, Fougères (Ille-et-Vilaine). Syndicat médical de Fougères.
13.735 Jalabert, Maussane (Bouches-du-Rhône). Syndicat médical d'Arles.
13.736 Malraison, Nancy (Meurthe-et-Moselle). Syndicat médical de Lorraine.
13.737 Marquet, Bujaleuf (Haute-Vienne). Syndicat médical de la Haute-Vienne.
13.738 Maynadier, Rodez (Aveyron). Parrains : Docteurs Boudin, père et fils.
13.739 Nouvion, Champrosay, par Draveil (Seine-et-Oise). Syndicat des médecins de Sanatoriums publics.
13.740 Pansin, Montreuil-sur-Mer (Pas-de-Calais). Syndicat de Montreuil.
13.741 Pouvreau, Chatellerault. Parrains : Docteurs Pouvreau et Kauffmann.
13.742 Sacquépée, 28, rue Ch.-Baudelaire, Paris (XIIe). Parrains : Docteur Houssiaux et Professeur Lemaître.

Ces admissions deviendront définitives, si elles ne font l'objet d'aucune prestation dans les quinze jours qui suivront la présente publication (art. 5 des Statuts).

O O O

CORRESPONDANCE

MUTUALITÉ FAMILIALE

Oculos habent....

Ceci est pour les distraits.

Il y a quatre ans que la trésorerie de la Mutualité Familiale est transférée à Paris et deux ans que notre vénéré trésorier d'honneur, le Docteur Gassot, est mort.

Il y a quatre ans que le secrétariat général est transféré à Paris et deux ans que j'ai pris la lourde succession du Docteur H. Mignon.

Et pourtant, il arrive encore que des cotisations soient envoyées à Chevilly et des bulletins de maladie au Docteur Mignon, au Vésinet.

D'où pertes de correspondances, retards dans les réponses, palabres et récriminations.

Que faire pourtant ? Ces divers changements ont été clamés et proclamés à tous les échos, imprimés sur tous les papiers à en-tête.

Redisons-le une fois encore :

Toute la correspondance pour la Mutualité Familiale doit être adressée : 37, *rue de Bellefond Paris* (*IXe*).

Et ainsi soit-il ! G. L.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Assurances sociales

2.490. — Sur la valeur de K.

Un malade aux Assurances sociales, a fait faire une radiographie du thorax. Il a payé 250 francs, et les Assurances sociales, sous la rubrique ERK12, lui remboursent 76 fr. 80.

Je vous serais très obligé de me dire s'il n'y a pas une erreur, et si cette somme est bien valable ?

Dr B.

Réponse

Le tarif de remboursement varie avec chaque Caisse, c'est donc question d'ordre local et je ne saurais, *a priori*, donner de précisions à ce sujet. Je puis vous dire néanmoins ce qui existe pour le Tarif de réassurance des Caisses, car cela est d'ordre national. Or, en ce qui concerne la valeur de K, il y est dit, pour ce tarif (qui est un « plafond » pour les Caisses) que K = 8 francs si le coefficient de la nomenclature est inférieur à 40 et 15 francs, s'il est égal ou supérieur à 40. Conséquences : pour K12, il m'apparaît que le tarif de responsabilité de la Caisse serait de 12 × 8 = 96 francs, à diminuer de 20 % pour avoir le tarif de remboursement. Mais je répète que c'est là un « plafond » et que le Tarif de la Caisse intéressée, en l'espèce, peut lui être inférieur — ce que je ne crois pas, néanmoins, en ce qui concerne la région parisienne. Et, en effet, si vous faites les calculs indiqués ci-dessus, vous arrivez au chiffre de 79 fr. 80 que vous indiquez.

Dr F. DÉCOURT.

2.314. — Un assuré social conserve toujours le libre choix

Je soigne un tuberculeux par les sels d'or avec l'agrément de la Caisse d'assurances sociales de l'intéressé. Depuis un an nous avons fait deux radiographies, la dernière ayant montré une légère évolution d'un côté.

Je demande ce mois-ci, une nouvelle radiographie. On nous renvoie la lettre ci-jointe. Pourtant, mon malade a besoin d'une radiographie.

Quelle conduite dois-je suivre ?

Dr K.

Union régionale des Caisses....

M. le Directeur de l'Union régionale,
à M. le Directeur de la Mutuelle.....

Monsieur le Directeur,

Répondant à la demande de radiographie que vous avez bien voulu me présenter en faveur de l'assuré : P...

J'ai l'honneur de vous transmettre ci-joint l'avis de notre médecin-conseil, estimant que le dispensaire

d'hygiène sociale de X. peut très bien se charger de cet examen.

Le médecin conseil,

Mutuelle X

Un examen bacilloscopique et radioscopique de l'intéressé par le dispensaires H. S. de X. me paraît pour l'instant suffisant.

7 mars 1939,

Le médecin.

Réponse

D'après la lettre du médecin-conseil que vous a transmis la Caisse intéressée, il y a accord entre la Caisse et le médecin traitant sur le fait que le malade a besoin d' « un examen bacilloscopique » (qui est, en somme, une recherche du bacille dans les crachats) plus « un examen radioscopique ». Quant à vous indiquer que ces actes doivent être effectués dans tel ou tel endroit, c'est une autre affaire, car, ce faisant, la Compagnie contrevient à l'art. 6, alinéa 2 du décret-loi du 28 octobre 1935, concernant le « libre-choix ». L'alinéa 14 du même art. 6 dit bien : « L'assuré a droit aux consultations et aux traitements dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure et de prévention dépendant de la Caisse d'assurances dont il reçoit les secours de maladie ou ayant passé contrat avec elle ». Or, en supposant même qu'il y ait un des liens indiqués ci-dessus entre le dispensaire d'H. S. et la Caisse intéressée (ce qui n'est nullement prouvé) même dans ce cas, l'assuré conserve toujours son libre-choix, puisqu'il est dit à l'alinéa 14 « l'assuré a droit... » et non pas « l'assuré devra obligatoirement se rendre... ». Le législateur s'est bien gardé, comme vous voyez, d'abolir à l'alinéa 14, ce qui était écrit à l'alinéa 2. L'assuré a droit... si tel est son désir, son choix, et c'est tout.

Dr F. Decourt.

b) Pensionnés de guerre

2.719. — Tarif des pneumothorax chez les pensionnés de guerre

J'ai lu dans un *Concours* récent (art. 1.570) (19 mars 1939) que, d'après le décret du 5 mars 1927, le prix d'une insufflation mensuelle de pneumothorax d'un mutilé au titre de l'art. 64 était de 100 francs.

La Préfecture qui m'avait communiqué le tarif qu'elle possède m'avait donné le prix de 80 francs pour une telle insufflation et n'a pas connaissance du prix de 100 francs.

Quel est le tarif que je dois appliquer en pareil cas ?

Dr P.

Réponse

L'arrêté du 5 mars 1927 porte bien 100 francs

pour une insufflation mensuelle du pneumothorax. Mais, le dernier tarif, à ce sujet est du 29 janvier 1939. Modifiant les tarifs précédents, il porte : « Pneumothorax : *a*) Ponction de la plèvre avec injection d'azote ou de tout autre gaz (première insufflation) : 200 francs ; *b*) Insufflation pour entretien du pneumothorax (séparées de la première et de la suivante pour un intervalle d'au moins trente jours (y compris un examen radiologique) : 80 francs ; *c*) Insufflations plus fréquentes ou décompression (désinsufflation) : 50 francs ». Comme on le voit, on a porté à 200 francs, le premier pneumo et, par contre, on a diminué de 20 francs les insufflations mensuelles.

Dr F. DECOURT.

ASSURANCES SOCIALES

2.881. — Tarif applicable aux soins donnés aux assurés sociaux assistés

Voulez-vous permettre au président du Syndicat médical de l'arrondissement de Pontivy, qui est aussi l'un de vos très vieux et très fidèles adhérents de vous demander un bon conseil.

Vous avez ma confiance, sans réserves. Vous êtes toujours l'homme de bon conseil dont la compétence et la serviabilité ne sont jamais en défaut.

Voici en deux mots la question qui me fait m'adresser à vous. C'est un point de jurisprudence administrative au sujet de l'assurance-assistance.

De tout ce que j'ai pu savoir jusqu'ici, par les différentes études et mises au point publiées dans nos journaux corporatifs, il me paraît que les assurés sociaux assistés sont et restent avant tout des assurés, — l'assistance qui leur est accordée ne pouvant porter que sur la quote-part qui, normalement devrait rester à leur charge en sus du tarif de remboursement réel de la Caisse d'affiliation.

Comme conséquence, il semble que le tarif des honoraires médicaux, applicable aux assurés assistés doit toujours être le Tarif de remboursement, ou mieux, le tarif de responsabilité des Caisses responsables.

En ce qui concerne le tarif de l'assurance-maternité, ce tarif est, de par la loi, forfaitaire et net de tout ticket modérateur ; en conséquence, le tarif médical de l'assurance-maternité, applicable aux assurés sociaux assistés, doit donc obligatoirement être, dans chaque département, celui adopté par l'Union des Caisses de ce département — ou éventuellement — celui de la Caisse d'affiliation qui peut être différent de celui des autres Caisses.

Or, il se trouve que, dans le département du Morbihan, l'Administration préfectorale prétend nous imposer un tarif maternité pour les assurés-assistés, très inférieur au tarif-responsabilité de l'Union des Caisses du département. Je précise :

	Tarif de responsabilité des Caisses	Tarif préfectoral
Accouchement :		
à domicile.........	300	250
gémellaire, majoration	100	50
avec forceps ou délivrance artificielle, majoration......	100	néant
extraction siège ou version, majoration	150	néant
Prestations prénatales	50	néant

En un mot, la Préfecture, au lieu de nous fixer pour l'assistance-assurance-maternité — le tarif responsabilité des Caisses, — nous attribue le tarif de l'Assistance médicale en cours dans le département.

Est-elle fondée à ce faire ? ou est-ce moi qui interprète mal la loi, dans son application ?

Veuillez avoir l'amabilité de me donner à ce sujet une consultation motivée, et de me dire, de plus, quelle est, à votre avis, la meilleure conduite, à tenir par les Syndicats médicaux, pour faire redresser cette interprétation fausse et préjudiciable à nos intérêts de la Préfecture.

Dr Lohéac.

Réponse

Un assuré social indigent est avant tout un assuré social. Telle est l'opinion des législateurs, des ministres du Travail et de la Jurisprudence.

Dans ces conditions, c'est le tarif de responsabilité des Caisses départementales d'assurances qui doit servir de base, à la Préfecture, pour payer les honoraires des praticiens, lorsque ceux-ci donnent leurs soins à des assurés sociaux indigents, soit pour la maladie, soit pour la maternité.

Si des difficultés s'élevaient entre un confrère et la Préfecture, notre confrère n'aurait qu'à s'adresser au Sou Médical — s'il fait partie de cette Ligue — pour que nous puissions l'aider moralement et pécuniairement à obtenir satisfaction.

Si aucun conflit de fait ne surgit actuellement, votre Syndicat pourrait faire remarquer à la Préfecture qu'elle est dans l'erreur, lorsqu'elle croit pouvoir appliquer le tarif départemental d'assistance médicale gratuite — et non celui de remboursement des Caisses — pour les dépenses forfaitaires de maternité.

Si le Préfet n'est pas convaincu par vos arguments, qu'il se renseigne auprès du ministre du Travail, à moins qu'il ne préfère que nous fassions poser une question écrite au ministre, par un parlementaire. La réponse paraîtra au *Journal officiel* et convaincra votre Préfet.

Dr Paul Boudin.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

Rectification

Les médecins auxiliaires sont autorisés à suivre les cours de perfectionnement

Dans le numéro 17 du *Concours Médical*, 23 avril 1939, page 1176, n° 2.662, nous avions donné à un confrère une réponse, qui est partiellement erronée. Nous disions, en effet, que « les médecins auxiliaires ne sont pas autorisés à suivre les cours de perfectionnement réservés aux médecins de réserve ». Plusieurs de nos lecteurs ont bien voulu nous avertir que c'était là un renseignement inexact, et nous rapporter des exemples contraires. Une source particulièrement autorisée nous a confirmé le bien-fondé de ces remarques : les médecins auxiliaires peuvent effectivement être autorisés à suivre les cours de perfectionnement réservés aux médecins de réserve. Il leur suffit d'en adresser la demande à leur Directeur régional du Service de santé. Des facilités de transport à prix réduit leur sont également accordées, mais uniquement pour se rendre à ces cours.

Cependant, là où nous ne nous étions pas trompés, c'est que l'assiduité à ces cours ne permet pas aux médecins auxiliaires d'obtenir la carte de surclassement sur les chemins de fer.

2.783. — Affectation d'un chirurgien

Classe 1918, marié, un enfant, chirurgien de carrière, je suis affecté comme médecin chef d'une ambulance chirurgicale légère, et pars encore le troisième jour de la mobilisation. Vu mon âge (41 ans), et ma classe (1918), ai-je droit à une affectation comme chirurgien à l'intérieur ?

Voudriez-vous me dire si, étant de la classe 1918, je fais partie de la deuxième réserve, et si, par conséquent, quoique chirurgien, mon affectation à l'Intérieur est un droit absolu.

J'ai eu l'occasion de poser la question au médecin général de mon corps d'armée qui m'a répondu ne pouvoir rien y faire, les affectations de chirurgiens étant faites directement par Paris. Qu'en pensez-vous ?

Dr D.

Réponse

La classe 1918 fait partie de la deuxième réserve, elle donne droit en principe, à une affectation à l'Intérieur. Mais, il est exact que la répartition des chirurgiens soit réservée au ministre de la Guerre, car les chirurgiens sont plus rares que les médecins et les besoins de l'armée en chirurgiens sont grands.

Exposez donc votre désir au ministre de la Guerre, dans une lettre que vous remettrez à votre Directeur du Service de santé, en le priant de la transmettre.

Soixante et unième année — N° 20 — 14 Mai 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Propos du Jour

Partie Scientifique

Travaux Originaux

L'Actualité Scientifique



TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg .	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro........	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Annecy. Lortet, Pierron.
Chamonix. de Chabanolle (*enf. cure hélio-alpine*)
Jougne. (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louvesc (Ardèche). J. Goubert.
Langogne (Lozère). Adrien Forestier.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Mégève. Marcel Grenet, Jacqueline Grenet-Gazamian (*enf.*)
Mouthe (Doubs). R. Paindestre.
Osséja (Pyr.-Or.) J. Avérous.
Pau (Basses-Pyr.). Cornet. Lorber.
Plateau d'Assy. E. Sivrière.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Villard-de-Lans. Bassaget (*mal. enf.*), Suau (*mal. enf.*)

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires et climatiques

MM. les docteurs :

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.), Lévy.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Berck-Plage. Bouquier, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Biarritz. Clavel, M. Claverie, Lacour, Pitchalsky (*chir. répar. Stom.*)
Cannes. Bourgeois-Gavardin, P.-E. Bousquet, P. Houssiaux, Joublot, Gérard Monod, Roques.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Croix-de-Vie. Cristau.
Deauville. Molina.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Grau du Roi (Gard). Ramain.
Hendaye. Th. Casenave.
Le Boulou. J. Nogués.
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, M. Lelongt, Nicolas, Trutié de Vaucresson (*chir.*)
Ouistreham-Riva-Bella. Ch. Poullain.
Paramé. Bazin.
Pau. Cornet. Lorber.
Roscoff. Bagot père, Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer. (Calvados), Em. Quiquemelle.
St-Georges-de-Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul.
St-Jean-des-Monts. Riou.
Ste-Maxime-s/Mer. E. Bausset, Ficonetti.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
Saint-Raphaël. Boulle, Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Roux de Laroque (*Gyn. enf.*). Pierre Tridon.
Saint-Servan. Huet.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Trébeurden. Royer.
Villars-de-Lans. Bassaget.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du **Concours Médical**, *Paris* **167-95.**

N° 150. — Côte d'Azur. On céderait poste méd. générale et infantile d'avenir. Bail et installation.

N° 151. — A céder clinique de 15 lits (médec., chirurg., accouch.) à 15 km. de Paris.

N° 152. — Jne doct. roumain, orthodoxe, cherche avant son départ définitif pour la Roumanie, une occupat. médic. ou paraméd. Marié, père de fam.

N° 153. — A louer libre de suite, maison à Sours, près Chartres, avec 10 pièces, tout confort, remises. S'adr. Mathieu, notaire à Chartres.

N° 154. — Française recherche poste secrétaire ou autre, sana, clinique, ou établ. privé 100 km. Paris environ.

N° 155. — Cherche remplacement jusqu'au 7 juin. Méd. franç. non natural., voit. personn., 5 années de pratique.

N° 156. — Dr A. E. H. P. achèterait client. méd. à Paris ou proche banlieue, de préfér. client. ouvrière dans local à faible loyer, ou particip. en clinique.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Sud. de Paris. 20 kil. Bonne client. payant compt. Peu de frais. Indemn. 45.000, 30.000 cpt.

Grde banlieue. Très grosse client. Méd. gle, acchts, petite chirurg., grde maison tout conf. Prix 150.000.

2 heures. Paris. Joli pays, client. rurale très active contrée riche à 20 kil. grand centre. Prix 70.000 à déb.,

Région des Alpes, à prox. belle stat., bonne client. à céd. pour raisons de santé avec quelques fixes. Urgent.

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 2 fr. pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Bourses de voyage d'études médicales aux stations thermales.** — Un nombre important de bourses de voyage est mis cette année à la disposition des étudiants français et étrangers de cinquième année, des externes et des internes des hôpitaux de Paris et des assistants étrangers, pour visiter les stations thermales françaises.

Les bourses de 500 francs seront attribuées par priorité suivant les titres et pour les étudiants suivant la note obtenue à l'examen de thérapeutique et d'hydrologie.

Les inscriptions des candidats aux bourses de voyage d'études médicales sont reçues dès maintenant et jusqu'au 1er juin prochain au laboratoire d'hydrologie thérapeutique et de climatologie de la Faculté (Professeur Chiray), tous les jours, sauf le samedi, de 15 heures à 17 heures.

— **Œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose.** (Œuvre Grancher. Siège social : 16, rue de l'Abbé-de-l'Epée). — La 36e Assemblée générale annuelle de l'Œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose a eu lieu à l'Institut Pasteur, le 6 mai 1939, sous la présidence de M. le Professeur Marfan, membre de l'Académie de médecine.

Le rapport moral sur l'Œuvre parisienne et ses Filiales départementales a été présenté par le Docteur P.-F. Armand-Delille, secrétaire général.

— **Congrès international d'hygiène scolaire de langue française** (Lille, 8 et 9 juillet 1939). — Un Congrès d'hygiène scolaire de langue française aura lieu les 1er et 2 juillet 1939 à Lille, à l'occasion de l'Exposition du Progrès social.

La séance d'ouverture sera présidée par M. le ministre de la Santé publique qui a bien voulu accorder son patronage à cette manifestation.

Les questions mises à l'ordre du jour sont les suivantes : I. De la nécessité de l'Inspection médicale scolaire obligatoire (rapporteur : Docteur Dezarnaulds, ancien ministre) ; II. Biomorphologie et pédagogie (rapporteur : Docteur Laufer, secrétaire général de l'Association nationale de médecine scolaire) ; III. La scoliose à l'école (rapporteur : Docteur Ledent, de Liége) ; IV. Technique de l'inspection médicale scolaire (rapporteur : Docteur Duvernoy, de Besançon).

Les congressistes seront ou membres titulaires du Congrès, seuls susceptibles de présenter des communications, ou membres associés (femmes et enfants).

La demande d'inscription devra être accompagnée d'un mandat de 100 francs pour les membres titulaires et de 70 francs pour les membres associés, à l'adresse du trésorier du Congrès : Docteur Jules Dubois, 355, boulevard Victor-Hugo, Lille (c/c postal Lille 417.64).

Le coût du banquet est compris dans la cotisation. Des réductions sur les tarifs de chemin de fer, des prix spéciaux dans les hôtels, l'entrée gratuite à l'Exposition, seront accordés aux congressistes.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général du Congrès : Docteur Porez, 68, rue Brûle-Maison, Lille.

— **Congrès de la diurèse** (Vittel, 27, 28 et 29 mai 1939). — Nous rappelons que les adhérents à ce Congrès bénéficient d'un séjour gratuit (trois jours et quatre nuits) dans les premiers hôtels de la station, séjour comportant banquet et soirée de gala, et d'un tarif réduit sur les chemins de fer (40 %). Mêmes avantages pour les personnes (femme et enfants non mariés) accompagnant les congressistes. Droit d'inscription obligatoire de 200 francs, plus 100 francs par personne accompagnant.

Les adhésions sont reçues par M. P. Frisch, secrétaire administratif du Congrès, à Vittel (Vosges).

— **Umfia.** *Réunion du Conseil d'Administration du 27 avril 1939.* — Sous la présidence du Docteur Bandelac de Pariente, vice-président-fondateur de L'Umfia (le Docteur Dartigues étant empêché au dernier moment), a eu lieu la réunion trimestrielle et statutaire du Conseil d'administration.

Après l'examen des affaires courantes portées à

l'ordre du jour, il a été décidé, en raison des circonstances actuelles, l'opportunité de la publication de l'émouvant manifeste écrit par l'éminent Académicien, M. Louis Madelin — pour le *Bulletin France-Italie*, — manifeste auquel le Conseil s'est rallié à l'unanimité, car il traduit et précise fort heureusement, nos sentiments « latins » à l'égard de nos collègues italiens.

Le mercredi 24 mai sera donné au Cercle interallié un déjeuner amical en l'honneur de M. le Professeur agrégé Lardennois, qui, le soir même à 9 heures, à l'Institut océanographique, donnera dans le lieu habituel des conférences des Voix latines, un exposé documentaire sur : « Ce qu'a été la chirurgie au cours de la douloureuse guerre espagnole ».

Prière de s'inscrire d'urgence au siège social de L'Umfia, 39, rue d'Amsterdam, Paris (VIII[e]), Tél. : Trinité 39.07, pour le déjeuner (55 francs), déjeuner auquel les dames sont admises. On pourra également y demander les cartes d'invitation pour la conférence.

— **Syndicat de journalistes et écrivains.** — Au concours littéraire et scientifique du Syndicat de journalistes et écrivains, le prix du Docteur Arama Michel vient d'être décerné au Docteur Charles Brody, de Grasse, pour ses publications sur la cure solaire préventive et curative et au Docteur Alfred Roux, de Saint-Jean-Cap Ferrat, pour ses ouvrages sur les radiations. Une mention très honorable est décernée au Docteur Pathault.

Le prix de la ville de Nice est donné au Docteur Molinéry, de Luchon, et à M. Eugène Conti, pour son ouvrage : « La culture de l'Humanité ». Mentions très honorables aux Docteurs Brody, de Grasse, Guépin, de Cannes, Herscovici, au Colonel Lobligecis.

— **Hôpitaux de Paris.** — A la suite des récents concours, sont nommés :

Médecin des hôpitaux : MM. PERRAULT, DEROT, ALBOT.

Ophtalmologiste des hôpitaux : M VOISIN.

— **Société scientifique d'hygiène alimentaire.** — M. le Docteur HEMMERDINGER fera à l'Institut d'hygiène alimentaire (angle des rues Clotilde et de l'Estrapade), à 16 h. 45, une conférence, le 20 mai, sur : L'adolescent. Alcool. Sport; et une conférence le 27 mai sur : La table familiale.

— **Hôpital mixte de Melun.** — Un concours est ouvert en vue de la désignation : 1° d'un médecin chargé du service d'oto-rhino-laryngologie ; 2° d'un médecin chargé du service d'ophtalmologie.

Les candidats devront être de nationalité française et ne pourront être nommés que les praticiens ayant leur domicile effectif à Melun.

Les demandes de participation à ce concours devront être adressées au secrétariat de l'hôpital, avant le 31 mai. La date, le lieu et les modalités de ce

concours seront indiqués ultérieurement à chaque candidat.

— **La « Nuit de mai » de l'Entr'aide des rhumatisants.** — Les « Nuits de Mai », fêtes annuelles de l'Entr'aide des rhumatisants, dont les bénéfices sont versés à cette œuvre, furent inaugurées l'an dernier par une soirée de gala au Centre Marcellin-Berthelot.

Cette année, c'est au café-concert, à Bobino, que l'Entr'aide nous convie le soir du 25 mai, à une représentation gaie, joyeuse. Places à 25, 40, 60 francs chez M. F. Dausset, 30, rue Bonaparte, et à Bobino.

— **Hospices civils de Saint-Etienne.** — Un concours pour la nomination d'un médecin des hôpitaux de Saint-Etienne sera ouvert à l'hôpital Herriot, à Lyon, le lundi 11 décembre 1939.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général des Hospices, 37 *bis*, rue Michelet, à Saint-Etienne.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** — *Internat* (onze places) et *externat* (soixante places). — Le concours pour les places d'internes titulaires s'ouvrira le 17 octobre 1939. Le concours d'externat pour l'année scolaire 1939-1940 s'ouvrira le 16 octobre.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le secrétaire général des Hospices civils, cours d'Albret, à Bordeaux.

— **Comité national de l'enfance**, 51, avenue Victor-Emmanuel-III. — Le Comité organise dans toute la France, du 15 au 22 mai, la « Semaine nationale de l'enfance », en faveur des œuvres d'hygiène maternelle et infantile. Cette « Semaine » a reçu le haut patronage de M. le ministre de l'Intérieur et de M. le ministre de la Santé publique.

— **Mariage.** — Le Docteur Arnould, chirurgien de l'hôpital Saint-François, chevalier de la Légion d'honneur, et Madame Arnould ; le Docteur Guinoiseau, chirurgien de l'hôpital de Saint-Dizier, chevalier de la Légion d'honneur, Croix de guerre, et Madame Guinoiseau, ont la joie de vous annoncer le mariage de leur petit-fils et fils M. Paul Guinoiseau avec Mademoiselle Marthe Tiret.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée à Paris, en l'église Saint-François-Xavier, par Son Excellence Monseigneur Petit de Julleville, archevêque de Rouen, le samedi 6 mai 1939.

Nos meilleurs souhaits de bonheur aux jeunes époux.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Paul-Henri Moulinié, ancien médecin de l'hôpital d'Alès, de la Compagnie des chemins de fer P.-L.-M. et de la Compagnie de Mokta-el-Hadid, décédé le 15 avril 1939, dans sa 77e année.

Nous adressons à sa famille, au Docteur André Moulinié, au Médecin capitaine Pierre Moulinié, l'expression de notre douloureuse sympathie.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Assurances sociales

Décret du 21 avril 1938 fixant le pourcentage de réduction applicable aux assurés sociaux assistés pour les frais pharmaceutiques proprement dits, les frais d'appareils et les frais pharmaceutiques autres que les médicaments.

Art. 1er. — En ce qui concerne les assurés obligatoires indigents et les membres de leur famille, qui sont inscrits sur les listes d'assistance dans les conditions de la loi du 15 juillet 1893, les frais pharmaceutiques autres que les médicaments sont réglés aux praticiens et aux fournisseurs conformément aux dispositions des articles ci-après.

Art. 2. — Le tarif applicable aux frais pharmaceutiques proprement dits est celui qui est appliqué par les Caisses d'assurances sociales à l'ensemble de leurs adhérents, ce tarif étant diminué de 1 p. 100.

Art. 3. — Le tarif applicable aux frais d'appareils orthopédiques est le tarif interministériel pharmaceutique prévu comme tarif limite de responsabilité par l'arrêté du 17 janvier 1939 susvisé et réduit, le cas échéant, du rabais consenti aux Caisses par le fournisseur, ce tarif étant diminué de 7 p. 100.

Art. 4. — Le tarif applicable aux frais d'analyses médicales est le tarif interministériel pharmaceutique prévu comme tarif limite de responsabilité par l'arrêté du 17 janvier 1939 susvisé, et diminué de 1 p. 100.

Art. 5. — Le tarif applicable aux frais d'appareils d'optique médicale est le tarif interministériel pharmaceutique prévu comme tarif limite de responsabilité par l'arrêté du 17 janvier 1939 susvisé, et diminué de 1 p. 100.

Art. 6. — Les réductions susvisées se substituent, pour les assurés assistés, à celle prévue à l'article 2 de l'arrêté du 31 mai 1938, modifié par l'arrêté du 30 novembre 1938, fixant le tarif pharmaceutique interministériel.

Art. 7. — Les décrets des 25 mars 1937 et le décret du 31 juillet 1937, fixant les pourcentages de réduction en ce qui concerne les frais d'appareils orthopédiques, les appareils d'optique médicale et les frais pharmaceutiques, sont abrogés.

(*J. O.*, 29 avril 1939.)

Arrêté du 25 avril 1939 instituant auprès du Conseil supérieur des Assurances sociales, une Commission spéciale de la tuberculose

Art. 1er. — Il est institué à titre temporaire, auprès du Conseil supérieur des Assurances sociales, une Commission spéciale de la tuberculose, chargée

de préparer l'adaptation de la réglementation de l'assurance-invalidité à la lutte contre la tuberculose, et de définir une politique générale des Assurances sociales au regard de cette cause d'invalidité.

Art. 2. — Sont nommés membres de cette Commission :

Au titre de représentants du Conseil supérieur des Assurances sociales

M. le Docteur Hilaire, secrétaire général suppléant de la Confédération des Syndicats médicaux français.

M. Yung, administrateur de la Caisse interdépartemental des Assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise.

M. Poinsot, membre de l'Union des Sociétés de Secours mutuels de la banlieue Ouest.

Au titre de représentants du ministre de la Santé publique

M. le Docteur Poix, médecin phtisiologue assermenté du ministère de la Santé publique.

M. Félix, chef de bureau au ministère de la Santé publique.

M. Richard, chef de bureau au ministère de la Santé publique.

Art. 3. — Les rapporteurs près cette Commission sont pris parmi les rapporteurs du Conseil supérieur des Assurances sociales.

Art. 4. — Le secrétariat de la Commission est assuré par le secrétariat général du Conseil supérieur des Assurances sociales.

(*J. O.*, 28 avril 1939.)

Hôpitaux psychiatriques

M. le Docteur Masson, reçu au concours des hôpitaux psychiatriques en 1938, est définitivement classé dans le cadre et nommé médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Sarreguemines (Moselle), en remplacement de M. le Docteur Fretet, affecté, en qualité de médecin chef de service, à la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher).

M. le Docteur Couderc, reçu au concours des hôpitaux psychiatriques en 1938, est nommé médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Vauclaire (Dordogne), en remplacement de M. le Docteur Teulie, nommé médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Villejuif.

Inspection départementale d'hygiène

Décret du 3 avril 1939 relatif aux conditions de recrutement des inspecteurs et inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène des villes d'au moins 50.000 habitants

Art. 1er — Sont prorogées jusqu'au 30 juin 1939 les dispositions du décret du 12 août 1937 fixant à titre transitoire les conditions de recrutement des inspecteurs et inspecteurs adjoints départementaux

d'hygiène, les directeurs et directeurs adjoints des bureaux d'hygiène des villes de 50 000 habitants au moins. (*J. O.*, 18 avril 1939.)

Par arrêté en date du 4 avril 1939, M. le Docteur Perrier, directeur du bureau d'hygiène de Rouen, a été nommé inspecteur départemental d'hygiène du Var.

Par arrêté en date du 12 avril 1939, ont été maintenus en fonctions et admis au bénéfice des dispositions du titre III du décret du 15 avril 1937 :

I. — *Inspection départementale d'hygiène*

M. le Docteur Delteil, inspecteur départemental d'hygiène du Lot-et-Garonne.

M. le Docteur Vielledent, inspecteur départemental d'hygiène du Nord.

II. — *Directeurs de bureau d'hygiène des villes de plus de* 100.000 *habitants*

M. le Docteur Techoueyres, directeur du bureau d'hygiène de Reims.

III. — *Directeurs de bureau d'hygiène des villes dont la population est comprise entre* 500.000 *et* 10.000 *habitants*

M. le Docteur Salmon, directeur du bureau d'hygiène de Boulogne-sur-Mer.

Par arrêté en date du 12 avril 1939, M. le Docteur Goulley, inspecteur départemental d'hygiène en disponibilité, est maintenu en fonctions et admis au bénéfice des dispositions du titre III du décret du 15 avril 1937 à titre provisoire en attendant l'intervention d'un texte réglant la mise en disponibilité des fonctionnaires des services d'hygiène.

Réponse d'un ministre à la question d'un parlementaire

Sur l'emploi des docteurs en médecine dans les Bureaux du Ministère de la Santé publique

3.638. — M. A. Fié expose à M. le ministre de la Santé publique : *a*) que les services purement administratifs du ministère de la Santé publique ont été critiqués par diverses personnalités ; *b*) que l'un des anciens ministres de la Santé publique, M. Henri Sellier, a déclaré devant le Sénat, le 16 juin 1937 : « Le personnel administratif sédentaire du ministère est trop important par rapport aux techniciens et médecins susceptibles d'exercer des fonctions de contrôle et d'inspection... » ; *c*) que, d'après un rapport de M. Strauss (rapport n° 436 de l'année 1935, documents parlementaires du Sénat), 50 médecins anglais, 35 médecins tchécoslovaques, etc., font partie ou ont fait partie des Administrations centrales de la Santé publique, dans leurs pays respectifs, et demande :

1° d'envisager la possibilité de réglementer l'entrée des techniciens dans l'Administration centrale en s'inspirant des exemples fournis et des résultats obtenus dans divers pays étrangers ; 2° de mettre à l'étude un projet de règlement d'administration publique tendant à établir que dorénavant, et au fur et à mesure des vacances de postes, les emplois de sous-chef et de chef de bureau, ayant à s'occuper des questions d'hygiène et de médecine publique, soient confiés, après concours, à des docteurs en médecine (hygiénistes, médecins de sanatoriums, d'hôpitaux psychiatriques, etc.) ; 3° quelles sont les raisons éventuelles qui s'opposent à la préparation d'un tel projet de règlement. (*Question du* 2 *mars* 1939.)

Réponse. — L'entrée des techniciens dans l'Administration centrale ne pourrait être envisagée qu'à titre provisoire sous la forme du détachement temporaire de certains fonctionnaires des services extérieurs chargés d'une mission déterminée, ainsi que cela s'est d'ailleurs déjà produit. Mais leur accession directe aux grades de sous-chef et de chef de bureau présenterait de sérieux inconvénients. Les techniciens manquent généralement de la formation juridique et de l'expérience administrative qu'ont acquises les fonctionnaires des cadres qui n'obtiennent ces postes qu'après l'exercice prolongé des fonctions de rédacteur ou de sous-chef.

(*J. O.*, 18 avril 1939.)

Gangrène cutanée d'un doigt consécutive à un pansement d'eau oxygénée

A lire l'observation du Docteur Hardouin, publiée dans le n° 18 du 30 avril 1939, on reste un tantinet sceptique ; *post hoc, propter hoc* ; c'est l'eau oxygénée appliquée sur la plaie qui est la cause, dites-vous. Pour ma part je ne le crois pas et je pense que l'origine en est la piqûre reçue par l'enfant ; au sable de mer sont mêlés des débris d'algues et des pigments de différents mollusques de la mer ou des épidermes de poissons durcis par le soleil ; nous savons déjà les dégâts occasionnés par une actinie ; alors, pourquoi pas la piqûre originelle.

J'ai vu le cas se produire chez un enfant, qui avait manipulé une sèche. *Sub judice, lis est.* Je demande l'opinion des confrères exerçant sur le littoral maritime.

Docteur André Denier.

◆ ◆

Voir la suite page LIX-1409

PROPOS DU JOUR

I. — LES ORIGINES DE LA MÉDECINE EN ISLAM
LES EXERCICES PHYSIQUES DANS LES ŒUVRES D'AVICENNE

Hippocrate dans son traité *De la médecine ancienne* paraît attribuer à la médecine grecque des origines rationnelles. Les hommes se seraient primitivement aperçus des aliments qui leur convenaient et de ceux qui leur étaient nuisibles, d'abord lorsqu'ils étaient bien portants, puis lorsqu'ils étaient malades.

Nous ne nions pas l'existence de ces observations, mais il n'est pas douteux qu'en Grèce, comme dans tous les pays, la magie, l'astrologie et la mystique religieuse soient à l'origine de la médecine bien avant l'observation raisonnée. Les mythes grecs, les dieux guérisseurs si nombreux, les poèmes homériques, les temples de Delphes, d'Epidaure, d'Asklépios à Athènes, le culte du serpent, etc., etc., en font foi. D'ailleurs la médecine de la Grèce antique dérivait des pratiques magiques et sacerdotales d'Egypte et d'Orient.

Si l'origine magique de la médecine grecque ne nous paraît pas douteuse, cette même origine est encore plus manifeste dans la médecine arabe, ou plutôt islamique, car nombre des médecins qui illustrèrent la médecine dite arabe étaient originaires de Perse et d'autres pays et appartenaient à d'autres races. M. René Pottier dans un livre récent : *Initiation à la médecine et à la magie en Islam* (1), en fait la démonstration évidente.

Avant Mahomet, les Arabes étaient livrés aux sorciers et à la magie. Le Coran qui pour les Musulmans est le livre saint, le livre par excellence, n'est pas un livre de magie, mais les adeptes de l'Islam mêlent souvent des passages des sourates du Coran aux rites magiques qu'ils tiennent de la tradition. Mahomet condamnait la magie noire, la nécromancie, mais il autorisait la magie blanche et avait lui-même recours à l'incantation. Certains versets du Coran, dont la copie est enfermée dans de petits sachets de cuir rouge, sont les amulettes qui préservent contre les maladies et que l'on peut observer encore de nos jours chez les Touareg.

Les conquêtes du VII[e] siècle mirent les Arabes en relation avec les peuples de vieille civilisation depuis la Perse jusqu'à l'Espagne. Ils s'initièrent aux sciences de l'Antiquité qui se superposèrent à leurs pratiques magiques. On aurait tort de croire que les conquérants arabes imitèrent les Vandales ; l'exemple de l'incendie de la bibliothèque d'Alexandrie est une exception et les écoles de Cordoue accumulèrent plus de 300.000 volumes dans leur bibliothèque. Ce sont les Arabes qui nous conservèrent Aristote, Hippocrate, Galien et nombre d'œuvres antiques.

Dans la population sédentaire arabe, le médecin était à la fois toubib (guérisseur), taleb (savant, lettré) et marabout (religieux, possédant des secrets divins).

Dans les centres très civilisés le médecin était surtout un philosophe et un savant. Tel Averroès (Ibn Rushd), fils et petit-fils de Cadhis de Cordoue où il naquit en 1126, qui fut médecin, attaché à la personne de deux sultans. Disciple d'Aristote, il fut en butte aux persécutions des orthodoxes musulmans, parce qu'il faisait une distinction entre l'âme mortelle et l'intelligence éternelle qui s'unit à Dieu après la mort. Ses théories subtiles font presque du philosophe un magicien et son enseignement correspondait un peu à une initiation magique. Chose curieuse les doctrines d'Averroès, condamnées par les purs Musulmans, furent pour la même raison l'objet de l'index des chrétiens au XIII[e] siècle.

Tandis qu'Averroès et le Juif Maïmonide illustraient l'Ecole d'Andalousie, à l'extrémité orientale de l'Empire de l'Islam, Rhazès à Bagdad et Avicenne à Boukhara, d'origine perse, tenaient le premier rang dans la médecine arabe. Tous ces fameux médecins étaient à la fois des philosophes disciples d'Aristote et s'inspiraient des œuvres d'Hippocrate et de Galien qu'ils connaissaient à fond.

Avicenne (Ibn Sina) fut indiscutablement le plus célèbre. La guérison d'un sultan mit le comble à sa réputation.

Imbu de spéculations néoplatoniciennes et disciple du philosophe aristotelien El-Farabi, il se considérait comme une sorte de prophète, inspiré par Dieu, et sa croyance en intermédiaires entre Dieu les objets particuliers et la raison humaine aboutissait à la magie. Avicenne réunit le fruit de ses études et les résultats de son expérience dans les cinq livres de son *Canon*.

Cet ouvrage qui faisait autorité dans les Universités du Moyen-Age, est plus une construction dogmatique et scolastique, basée sur des con-

(1) Fernand Sorlot, édit., 7, rue Servandoni, Paris (IV[e]).

naissances très étendues, et une érudition immense que sur des observations et l'expérience de l'auteur.

Un chapitre intéressant de l'œuvre d'Avicenne sur lequel M. René Pottier insiste, est celui où la médecin arabe traite de l'hygiène des adultes, règle les exercices physiques, l'emploi de la nourriture et la durée du sommeil. En somme l'on peut dire qu'Avicenne est l'initiateur de l'hygiène par le sport, que l'on considère de nos jours comme une découverte moderne.

L'exercice, selon Avicenne, est un mouvement volontaire qui force ensuite à reprendre haleine. Son rôle ne se borne pas à obtenir un développement harmonieux du corps, il est en outre un traitement préventif s'il est employé en temps opportun et si l'on observe certains principes.

Les exercices sont de deux ordres ; les uns consistent dans l'activité normale de la vie courante et peuvent suffire aux individus jouissant d'une bonne santé. Les autres consistent en une activité volontaire, accrue qui peut être douce et violente, rare et fréquente, vive et lente.

Comme exercices violents, citons la lutte, la boxe, la course, la marche rapide. Parmi les exercices doux Avicenne, classe la balançoire, les promenades en voiture ou sur un chameau facile à conduire. Il conseille de varier les exercices et de les régler selon l'état de la santé de celui qui s'y livre.

Aux déprimés, aux convalescents, aux migraineux, il prescrit l'usage de la balançoire qui tient aussi une grande place dans les rites magiques. Quand la vue s'affaiblit, les promenades en voiture dans lesquelles les objets se déplacent lentement, faciliteront la rééducation des yeux et favoriseront le retour à l'accommodation normale. Les voyages en mer qui produisent un doux massage intérieur, auront raison du ballonnement de l'estomac. Les massages seront utiles si le sujet n'a aucune humeur dans le corps, si l'estomac n'est pas tout à fait vide et si les urines sont claires. L'hydrothérapie (douches chaudes et froides, bains chauds et froids) sera prescrite chez les gens bien portants en tenant compte de leur complexion et de la température de leur peau.

Parmi les exercices physiques que préconise Avicenne et qui confinent à la magie, sont les vocalises dont la pratique excessive peut provoquer l'extase, et qui sont en usage dans le soufisme.

Ces conseils d'Avicenne, mal interprétés et poussés à l'extrême, donneront lieu plus tard aux excès de sectes magico-religieuses comme les Aïssaoua et M. René Pottier constate qu'avec la disparition de l'Empire arabe, survint le retour des sciences islamiques dégénérées aux pratiques magiques dont elles étaient sorties et desquelles elles n'avaient pu se libérer complètement.

J. Noir.

II. — NOUVELLE CONTRIBUTION A LA PHYLOGÉNIE HUMAINE

Dans un de nos récents *Propos du Jour*, (*Conc. Méd.* du 19 mars 1939) nous avons rendu compte d'un mémoire de M. le Professeur G. Montandon sur les perspectives de phylogénie humaine que lui avait suggérées l'étude du *sinanthrope*, hominidé fossile, découvert aux environs de Pékin : le Docteur R. Broom du *Transvaal Museum Pretoria* (Afrique du Sud) vient de faire paraître un article sur *les singes anthropoïdes fossiles de l'Afrique du Sud et leurs relations à l'homme*, dont M. G. Montandon a donné une traduction dans *la Revue scientifique* (mars 1939).

M. R. Broom a découvert et étudié un nouveau singe anthropoïde fossile du Transwaal qu'il dénomme *Plesianthropus* dont le crâne se rapproche plus de celui de l'homme que celui de l'*Australopithecus*. Sa capacité crânienne pourrait atteindre 650 c. c. et sa dentition disposée en arc en fer à cheval, se rapproche beaucoup de celle de l'homme. La saillie des pommettes excessive rend sa face absolument dissemblable de celles des singes et des hominidés connus.

M. R. Broom croit pouvoir conclure de ses études « qu'il a vécu en Afrique, au Pliocène, une famille de singes anthropoïdes, aux dents de type humanoïde, mais avec des capacités crâniennes de 500 à 600 c. c. et que les singes fossiles du Transvaal sont les descendants peu modifiés de ces singes du Pliocène ; nous pouvons affirmer, de plus, la grande probabilité du fait que le premier hominidé s'est aussi développé à partir de cette famille d'anthropoïdes du Pliocène par augmentation du volume du cerveau. Le fossé qui sépare de pareils types fossiles, dont la capacité crânienne est de 450 à 650 c. c., et le nouvel exemplaire de *Pithecanthropus* de von Kœnigswald, dont la capacité est de 750 c. c., n'est pas bien large. Cependant le *Pithecanthropus erectus* était indubitablement un hominidé précoce, pas très éloigné du *Sinanthropus* de Chine, de ce sinanthrope d'intelligence suffisante pour lui permettre de savoir faire du feu ».

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HOTEL-DIEU

LES INDICATIONS DU TRAITEMENT DU STRABISME

Leçon du 10 *février* 1939

Par le Professeur F. TERRIEN

J'ai à vous parler aujourd'hui du strabisme et voudrais insister à ce propos sur la conduite à tenir et sur les indications de son traitement.

Il pourrait peut-être paraître superflu de parler de traitement du strabisme, puisque, dit-on, Vénus, elle-même en était atteinte et cela semble-t-il ne la déparaît pas. Et Descartes, l'illustre auteur du Discours sur la méthode, avait une petite amie, atteinte de strabisme, pour laquelle, tout philosophe qu'il était, il avait une inclination très vive ; et pour cette raison il n'était nullement impressionné par les sujets qui présentaient une déviation de l'œil.

Toutefois, en dépit de ces illustres parrainages, la plupart des sujets atteints ne partagent pas cette opinion, surtout lorsque la déviation de l'œil est très accentuée. Comme nous avons aujourd'hui les moyens de la combattre et de la corriger, je voudrais passer en revue les indications de ce traitement.

Voici différents types de strabisme que présentent ces trois malades :

Le premier, âgé de 15 ans, a comme symptôme apparent une déviation de l'œil gauche en dedans : c'est un strabisme convergent. L'œil droit est normal. Si on demande à ce malade de fixer un objet, on constate que l'œil droit est dirigé vers cet objet alors que l'œil gauche ne le fixe pas et demeure dirigé en dedans. Car la déviation peut varier : en dedans, c'est le strabisme convergent, qui est celui que présente notre malade ; en dehors, c'est le strabisme divergent. Il y a même des strabismes sursum et deorsumvergents, l'œil dévié étant en même temps plus haut ou plus bas. Le plus répandu est le strabisme convergent.

Voilà donc ce premier malade dont la déviation semble limitée à l'œil gauche ; cependant en l'examinant de plus près on voit que cette déviation porte en réalité sur les deux yeux. Si en effet on ferme l'œil sain et qu'on demande au sujet de fixer de l'autre œil un point quelconque, il arrive à redresser péniblement cet œil, mais si à ce moment nous découvrons l'œil sain, nous le voyons à son tour dévié en dedans. La déviation dure quelques instants, puis immédiatement le strabisme se reporte sur l'œil gauche.

ASPECT CLINIQUE. — Le premier symptôme du strabisme est donc un symptôme objectif, c'est la déviation de l'œil.

Il peut être intéressant d'en mesurer l'intensité car il en existe des degrés. Chez notre premier malade la déviation est d'au moins 45° par rapport à l'axe antéro-postérieur. Elle peut se mesurer par la mesure linéaire ou par la mesure angulaire.

On applique le strabomètre le long de la paupière inférieure et on mesure la déviation en millimètres ; le zéro correspondant au milieu de la paupière, ici elle serait d'au moins 7 à 8 millimètres par rapport à la ligne médiane. C'est la mesure linéaire.

Pour la mesure angulaire on utilise le périmètre dont on fait fixer le centre par l'œil non dévié. Dans ces conditions l'œil dévié est fixé sur l'arc du périmètre, en un point d'autant plus éloigné du centre que la déviation est plus accusée. Dans le cas actuel l'axe de l'œil dévié fait avec l'axe antéro-postérieur du périmètre un angle de 45°. C'est la mesure angulaire.

En pratique il n'est pas absolument nécessaire de connaître le degré exact de la déviation car il est essentiellement variable suivant l'attention que porte le sujet ou suivant son état de fatigue. Il suffit d'une mesure approximative.

La déviation peut être fixe ou alternante ; si alors on fait fixer l'œil dévié il se redresse et la déviation passe de l'autre côté. Chez notre second malade elle est complètement fixe.

Comme type de strabisme alternant, je vous présente ce petit enfant âgé de 4 ans, dont le strabisme paraît fixé sur l'œil gauche alors qu'en réalité la déviation passe alternativement d'un œil à l'autre ; et ceci est en rapport avec son âge. Le strabisme chez lui est apparu à 2 ans ; il est donc récent. En général il commence par être alternant, puis peu à peu, avec le développement

et à mesure que le sujet avance en âge il se fixe sur un œil.

Voici une troisième malade, d'un âge relativement très avancé, elle est âgée de 30 ans environ, atteinte d'un strabisme assez accentué de l'œil droit d'environ 45°. Cet œil droit est dévié et l'œil gauche fixe. Et cependant, on réussit beaucoup plus que chez notre premier malade, à faire passer le strabisme d'un œil à l'autre.

Voici donc un strabisme fixe chez notre premier malade et deux strabismes alternants chez les deux autres ; chez le petit malade il est constamment alternant, chez la troisième il s'agit d'un strabisme fixe avec possibilité de faire passer de temps en temps la déviation d'un œil à l'autre et c'est un point important.

Quels sont les autres symptômes du strabisme ?

A côté de la déviation, mesurée de façon approximative, il faut en noter le sens et voir si elle est alternante. Puis on recherchera les phénomènes subjectifs, c'est-à-dire le degré d'acuité visuelle de chaque œil et les troubles de vision binoculaire.

En matière de strabisme il n'y a pas de troubles visuels apparents ni ressentis. Les malades ne se plaignent de rien et *ne voient pas double.* Il paraîtrait cependant logique qu'il existât de la diplopie ; car la moindre déviation momentanée d'un œil entraîne aussitôt la vision double de l'objet fixé, son image ne venant plus se faire en des points symétriques des deux rétines. Déjà Lucrèce, dans son *De Natura rerum*, insiste sur ce point. Si, dit-il, fixant un objet, tu refoules un œil avec le doigt, tu en verras deux. En effet, toute paralysie d'un muscle de l'œil entraîne aussitôt de la diplopie.

Si, lors de strabisme concomitant, le sujet ne voit pas double c'est que : où bien il ne peut pas voir de l'œil dévié, ou bien il ne le veut pas.

La première condition est réalisée chez notre premier malade de 15 ans. Alors que son œil droit a une acuité visuelle normale, l'œil gauche dévié a seulement une acuité de 1/20 et ne voit même pas la dernière ligne des échelles. Cependant le fond de l'œil est tout à fait normal et celui-ci ne présente aucune lésion. Cette amblyopie de l'œil strabique est le cas le plus habituel.

Chez notre troisième malade, qui est arrivée à l'état adulte, l'œil dévié cependant voit très bien. Le strabisme est déjà ancien, puisqu'il est apparu vers l'âge de 10 ans et qu'elle est âgée de 30 ans. Ce strabisme au premier abord paraît fixé du côté droit ; mais l'acuité visuelle est très bonne aux deux yeux, elle est normale et cependant il n'y a pas de diplopie. Pourquoi cela ? Parce que notre malade neutralise son œil dévié.

Qu'est-ce que la neutralisation ? C'est l'absence de perception de l'œil dévié ; le centre visuel correspondant fait momentanément abstraction de l'image que lui envoie la rétine. L'examen à l'aide des divers appareils individualisant la vision des deux yeux rend très bien compte du phénomène. Si, par exemple, on fait fixer au sujet les quatre lettres du diploscope, au lieu de voir ces quatre lettres, les deux consonnes avec l'œil droit, les deux voyelles avec l'œil gauche, le strabique ne verra que deux de ces lettres ; il les verra avec l'œil qui n'est pas dévié, tandis que l'œil dévié ou ne les voit pas s'il est amblyope, ou les neutralise si sa vision est bonne. Notre premier malade, qui ne voit rien de l'œil gauche, perçoit seulement les deux consonnes avec l'œil droit ; mais notre jeune femme qui, elle, a à peu près la même vision des deux yeux, c'est-à-dire une acuité visuelle normale, ne voit aussi que les deux voyelles avec son œil gauche ; au contraire si l'on couvre cet œil gauche instantanément les deux lettres vues par cet œil disparaissent et l'œil droit cessant de neutraliser voit aussitôt les deux voyelles.

Donc l'œil dévié ou ne voit pas, ou s'il voit très bien quand il est seul, il neutralise lorsque l'autre est ouvert et son centre visuel fait abstraction de l'image que lui envoie la rétine. C'est d'ailleurs un phénomène général. Nos appareils sensoriels ont la faculté de neutraliser en partie ce qui nous gêne. Quand nous travaillons par exemple, nous n'entendons pas les bruits de la rue ; si l'oreille les a bien transmis au centre auditif, son centre les a effacés. Ce qui se passe pour l'oreille se passe d'une façon constante pour l'œil atteint de strabisme et même d'une façon constante chez tout individu. Sinon nous devrions voir double à peu près tout ce qui nous entoure à l'exception du point fixé : c'est la *diplopie physiologique.*

Si, en effet, nous fixons un objet, il est vu simple ; mais il est évident qu'un point situé en arrière ou en avant de lui sera vu double parce qu'il donnera son image sur des points non symétriques de la rétine, en dedans de la fovea s'il est situé au delà du point fixé, en dehors de celle-ci s'il est situé en deçà. Ainsi tout point situé en avant du point fixé sera vu en diplopie croisée. Inversement tout point situé au delà sera vu double, mais en diplopie homonyme ; l'image se faisant en dedans de la fovea est projetée au dehors.

Cette diplopie dans les circonstances habituelles n'apparaît pas parce que nous neutralisons. Mais on peut la mettre en évidence dans certaines conditions d'expérience. Si dans une chambre noire on place deux bougies sur une même ligne antéro-postérieure et que l'on fixe tantôt celle située en avant, tantôt la postérieure, celle non fixée sera vue double, en diplopie croisée pour l'antérieure, homonyme pour la postérieure.

Nous comprenons ainsi pourquoi la diplopie n'apparaît pas dans le strabisme. C'est que bien

souvent l'œil dévié ne voit pas, il est amblyope, ou, s'il ne l'est pas, il neutralise.

Mais pour quelle raison l'œil est-il amblyope ? Cette question a été très discutée. On s'est demandé quelle pouvait en être la cause. En tout cas l'amblyopie est réelle, c'est un fait.

Cette amblyopie d'ailleurs n'est pas totale. Il n'y a pas suppression de la totalité de la vision ; ainsi notre premier malade, qui a seulement un vingtième d'acuité visuelle, a un champ visuel sensiblement normal ; la diminution de la vision porte simplement sur la vision centrale qui est diminuée et il en est toujours ainsi. Souvent on note un scotome de quelques degrés qui entoure le point de fixation, mais tout le reste du champ visuel est conservé de façon à peu près normale, sauf aux limites extrêmes.

Le plus souvent cett amblyopie ne reconnaît pas pour cause une lésion de l'œil, mais plutôt un défaut d'usage, d'où son nom d'ex anopsia (a, privatif). L'œil ne voyant jamais a perdu l'habitude de voir : c'est l'hypothèse admise, et qui paraît tout à fait juste, tout au moins dans certains cas, car elle est confirmée par les faits.

L'œil, en effet, peut être amblyope pour de multiples raisons.

Dans certains cas il y a une lésion manifeste ; taie de la cornée, altérations de la rétine, cataracte, etc... Mais, chez notre premier malade le fond de l'œil est normal, la cornée est transparente ; il n'y a aucune lésion.

On a encore incriminé des hémorragies : on trouve parfois chez les nouveau-nés, surtout chez ceux accouchés par le forceps, comme cela a été le cas de notre petit malade de 4 ans, des hémorragies favorisées par une compression. Ces traumatismes et ces hémorragies de la naissance s'observent encore assez souvent, bien qu'on ait peut-être exagéré leur fréquence.

Alors que j'étais interne en médecine, et m'intéressant déjà à l'ophtalmologie, j'avais examiné systématiquement dans le service de crèche où j'étais, chez M. Cuffer, tous les enfants que j'observais. Or je n'ai guère trouvé chez eux d'altérations du fond de l'œil. Il est vrai qu'il s'agissait le plus souvent d'enfants ayant au moins dix semaines à deux mois et ces hémorragies rétiniennes disparaissent très vite.

En tous les cas, à supposer que des hémorragies rétiniennes puissent parfois être incriminées, ces hémorragies sont presque toujours bilatérales, alors que l'amblyopie est unilatérale. De sorte qu'à moins de constater une lésion de la cornée, ou de la rétine, en dehors de ces lésions on ne peut guère parler, si la déviation strabique est apparue seulement vers l'âge de deux à trois ans, d'amblyopie congénitale. Il s'agit presque toujours d'amblyopie ex anopsia ou amblyopie par défaut d'usage.

Ce qui montre bien qu'il s'agit d'une telle amblyopie ce sont d'abord ses caractères ; seule c'est la macula, qui ici ne voit jamais et est constamment neutralisée, qui devient amblyope. Tout le reste du champ visuel persiste, l'extrémité temporale seule étant généralement diminuée lors de strabisme convergent. Dans cette variété, en effet, l'œil étant dévié en dedans, l'ora serrata du côté nasal, par suite de cette déviation, est reportée en arrière et les rayons lumineux n'intéressent plus la partie la plus antérieure de la rétine ; aussi par suite du défaut d'usage l'extrême partie du champ visuel devient amblyope.

D'autre part cette amblyopie ex anopsia peut disparaître : c'est là un point capital. Aussi en présence d'un strabisme nous devons toujours chercher à combattre l'amblyopie si elle existe, j'y reviendrai tout à l'heure. S'agit-il d'une amblyopie congénitale, on ne peut espérer aucune amélioration ; au contraire on peut espérer voir disparaître l'amblyopie ex anopsia par défaut d'usage.

L'évolution même du strabisme nous montre qu'il doit s'agir de cette dernière variété d'amblyopie. Sur une statistique de 100 cas de strabisme que j'ai relevés, lorsque le strabisme est apparu de bonne heure, à la naissance, ce qui est rare, (car en général il ne se montre que vers l'âge de 2 ou 3 ans, comme chez notre petit malade où il est survenu à 2 ans, au moment où s'établit la vision binoculaire), l'amblyopie était constante. Ainsi l'amblyopie s'établit d'autant plus vite que le strabisme est apparu plus tôt. Et à ce point de vue l'amblyopie existait dans 100 % des cas de strabismes congénitaux.

Chez notre premier malade le strabisme est apparu à la naissance ; il a seulement 1/20 d'acuité visuelle ; chez la troisième où le strabisme est apparu à 10 ans, la vision de l'œil dévié est restée bonne et il n'est pas devenu amblyope. C'est, qu'en effet, le strabisme chez elle est demeuré quelque peu alternant, ce qui a permis de prévenir le développement de l'amblyopie. Chez un autre malade que j'ai suivi assez longtemps ici, le strabisme était apparu à l'âge de six semaines ; aussi l'acuité visuelle de l'œil dévié était de 1/50 et il avait une amblyopie complète. Au contraire notre petit malade de 4 ans ne paraît pas amblyope et semble avoir une aussi bonne vue d'un œil que de l'autre.

On pourrait se demander pourquoi notre troisième malade, dont la vision est bonne et dont le strabisme est apparu à 10 ans, n'a pas d'amblyopie. C'est qu'en réalité le strabisme chez elle est encore alternant, on réussit à le faire passer d'un œil à l'autre, et il persiste même un instant du côté sain, l'œil dévié fixant à son tour.

Au contraire chez notre jeune homme de 15 ans qui a une déviation très accentuée de l'œil

gauche, celle-ci, apparue de très bonne heure, est fixée et il est presque impossible de faire passer le strabisme de l'autre côté ; aussi l'œil dévié est amblyope.

Ainsi l'amblyopie ex anopsia semble bien une réalité ; la preuve en est qu'on réussit souvent à la faire disparaître.

Que faire pour cela ? Faut-il intervenir par une opération ou par des moyens médicaux ?

En principe il faut toujours intervenir, mais pas toujours chirurgicalement ; il faut tout d'abord empêcher le développement du strabisme par un traitement médical aussi précoce que possible et plus tard, en cas d'échec, on interviendra par une opération.

On peut se demander pourquoi chez les sujets qui ont une paralysie des muscles de l'œil la diplopie ne disparaît pas ou disparaît très tardivement et pourquoi ces sujets ne neutralisent pas. C'est qu'il y a une différence considérable entre le strabisme paralytique et le strabisme concomitant.

Il se fait dans ce dernier une sorte d'adaptation de la déviation, laquelle accompagne toujours et dans le même rapport les mouvements de l'autre œil ; ces rapports demeurent identiques, c'est toujours le même point de la rétine qui fait abstraction de l'image, tandis qu'il n'en est pas de même dans les paralysies.

Soit par exemple la paralysie du droit externe. Cet œil droit n'ayant pas à se porter en dehors pour les objets situés à gauche, la diplopie apparaît seulement quand l'objet est situé à droite. Il faudrait pour qu'elle disparut que tous les centres correspondants prennent l'habitude de neutraliser. Et l'on comprend très bien que si pour le strabisme, à la rigueur, les fibres maculaires provenant de l'œil dévié puissent prendre l'habitude de neutraliser ce sera beaucoup plus difficile et même impossible lors de paralysies, les points de la rétine excités n'étant pas toujours les mêmes et variant constamment. Aussi lors de paralysie, la neutralisation quand elle apparaît, est-elle particulièrement tardive et d'autant plus que la paralysie sera peu accentuée. En pareil cas, en effet, l'image est déviée sur un point très voisin de la macula, et la rétine vous le savez, est d'autant moins sensible qu'on s'en éloigne. A la périphérie la sensibilité est très faible ; aussi à l'extrémité du champ visuel il n'est guère possible de distinguer la forme d'un objet. Aussi plus l'image sera éloignée de la macula, c'est-à-dire plus la paralysie sera intense, plus la neutralisation sera facile : lors de parésie elle est beaucoup plus difficile.

Evolution et traitement. — Que devient le strabisme ? Tout dépend, de l'intensité, du degré, de l'ancienneté de la déviation. Il est donc important de se rappeler l'évolution du strabisme, car le traitement suit une marche analogue à son développement.

D'abord pourquoi louche-t-on. Ce peut être héréditaire et tous ces enfants sont des nerveux. On a incriminé la syphilis. Sans doute elle peut favoriser le strabisme, comme une foule d'autres anomalies ; mais il est exagéré de faire du strabisme un signe de syphilis héréditaire, comme l'ont voulu certains syphiligraphes.

Le strabisme est cependant une tare héréditaire, il existe là un état général nerveux favorisé par un terrain spécial.

Le strabisme apparaît chez les sujets prédisposés et il est généralement favorisé par la concomitance d'un vice de réfraction. Ainsi Donders voulait que le strabisme fût toujours la suite d'un vice de réfraction. L'hypermétrope, en effet, accommode constamment et d'autant plus qu'il est plus hypermétrope. En raison du rapport étroit existant entre la convergence et l'accommodation, il sera sollicité à trop converger ; il reporte alors tout l'effort de la convergence sur un seul œil, qui se dévie en dedans pour permettre à l'autre de fixer. Ainsi l'hypermétropie peut favoriser le strabisme convergent.

Par opposition le myope, obligé de converger, n'est pas sollicité à le faire puisqu'il ne doit pas accommoder ; aussi il reporte tout l'effort sur un œil et l'autre est abandonné à la divergence.

Ainsi les vices de réfraction favorisent le strabisme. C'est là une notion à retenir, car le port de lunettes atténuera un important élément d'action sur le strabisme. Mais combien de sujets ne sont ni myopes ni hypermétropes et qui louchent cependant. Combien d'autres, étant myopes, ont cependant du strabisme convergent, ou inversement du strabisme divergent tout en étant hypermétropes.

Notre troisième malade a un strabisme convergent et elle n'est pas hypermétrope.

Aussi, si les vices de réfraction jouent un rôle énorme dans le strabisme, ils ne le créent pas. Javal, un des premiers, dans sa thèse sur le strabisme, avait pris position contre les idées de Donders et avait montré, avec Parinaud, qu'à la base était un terrain nerveux. Tous ces malades en effet sont des nerveux. Et l'on peut dire que le strabisme est avant tout un trouble de la convergence. Chez les enfants qui ont des vers intestinaux, on voit souvent du strabisme. Il faut en réalité considérer le strabisme comme un désordre nerveux d'origine centrale dû à un trouble du centre de la convergence. Nous savons en effet qu'à côté des noyaux d'origine des nerfs moteurs il y a des centres dits supranucléaires. Cette vieille conception, qui n'est plus admise aujourd'hui, permet bien de comprendre l'action de ces centres supranucléaires ou de ce qui en tient lieu. De même que der-

rière les généraux de Corps d'armée il y a les généraux d'armée chargés d'en coordonner les mouvements de masse, il y aurait derrière les noyaux moteurs des nerfs oculaires et au-dessus d'eux, des centres ou mieux des associations de centres agissant sur l'ensemble des yeux. Et bien qu'on n'ait jamais pu en réalité distinguer ces centres, tout se passe comme s'ils existaient car il y a des paralysies des mouvements de latéralité et des paralysies de la convergence.

Le strabisme semble donc un trouble du centre de convergence, ou, pour parler plus exactement, de la réunion des fibres qui agissent à la fois sur plusieurs nerfs moteurs de l'œil : en plus pour le strabisme convergent, en moins pour le strabisme divergent.

Quelle conduite tenir ?

Il faut d'abord soigner l'état nerveux, éviter toute colère, chez le jeune enfant ; parfois celle-ci a pu suffire à déclencher un strabisme chez un prédisposé.

Ensuite — de très bonne heure — on prescrira des lunettes s'il y a un vice de réfraction. Si le sujet est hypermétrope les verres convexes, en soulageant l'accommodation, diminueront la convergence ; inversement s'il est myope, les verres concaves, en l'obligeant à accommoder, le contraindront en même temps à converger. On se rend compte du bienfait de ces lunettes : lorsqu'on soulève les verres, le strabisme redevient immédiatement plus accentué. Donc correction et suppression de l'accommodation dans le strabisme convergent, effort d'accommodation dans le strabisme divergent, tout cela diminue le degré du strabisme.

Il faut donc toujours avoir présente à l'esprit l'évolution du strabisme quand on veut le traiter. Il apparaît de bonne heure mais rarement à la naissance ; alors l'amblyopie est nettement congénitale et d'ordinaire indélébile. C'est probablement le cas chez notre premier malade.

D'ordinaire il apparaît vers l'âge de 2 à 3 ans et il est tout d'abord intermittent, puis alternant, preuve que l'amblyopie est bien ex anopsia par défaut d'usage. Le strabisme est d'abord alternant parce que la convergence s'établissant mal, qu'il y ait excitation ou diminution du réflexe de convergence un œil se dévie, tantôt l'un tantôt l'autre, pour permettre à l'un d'eux de converger sur l'objet fixé. Puis pour simplifier le travail c'est toujours le même qui prend l'habitude de dévier.

Si le strabisme est alternant il faut donc le laisser se développer ainsi. Par contre s'il a tendance à se fixer sur un œil on instille de l'atropine deux fois par mois dans l'autre pour paralyser l'accommodation. La vision se trouble et l'œil dévié se redresse pour fixer à son tour, ce qui maintient l'alternance et prévient le développement de l'amblyopie sur un œil.

Plus tard, une fois celle-ci développée, il faut essayer de faire travailler l'œil dévié seul, par l'occlusion du bon œil. Les améliorations qu'on peut obtenir montrent bien que l'amblyopie ex anopsia n'est pas une conception de l'esprit, mais une réalité. Pour ma part j'ai obtenu souvent des résultats par le travail forcé de l'œil dévié.

Et bien souvent si on n'obtient pas ces mêmes résultats c'est que l'on se contente d'obturer l'œil dévié sans surveiller ces jeunes enfants, qui ne font aucun effort de vision de l'autre œil ou le font mal. Il faut, pour avoir un résultat, demander au sujet un effort cérébral et l'enfant ne supporte pas l'occlusion permanente s'il ne fait pas l'effort nécessaire. Chez des sujets qui voulaient vraiment travailler, j'ai vu des acuités visuelles d'un et deux dixièmes, une fois la réfraction corrigée et l'effort accompli, remonter de deux ou trois dixièmes, surtout si on isole le tableau de lettres et mieux encore si on entoure chaque lettre d'un cadre noir qui cache les voisines afin de concentrer l'attention du malade sur un seul point. Il faut bien entendu répéter longtemps ces exercices si on veut obtenir un résultat.

Le plus bel exemple d'amélioration que j'ai ainsi obtenu est celui d'un jeune homme de 22 ans qui avait un strabisme analogue à celui de notre premier malade avec 1/20 d'acuité visuelle. C'était pendant la grande guerre et il voulait être aviateur. Je lui conseillai de faire travailler son œil dévié et en l'espace de quatre mois l'acuité était remontée à 2/3. Je l'opérai alors de son strabisme, redressai la déviation, rétablis assez rapidement par des exercices convenables la vision binoculaire et il put entrer dans l'aviation où il succomba.

Il faut donc essayer de vaincre l'amblyopie ex anopsia. Puis, si on a pu y parvenir ou si elle n'existe pas, il faut alors rétablir la vision binoculaire.

Pour cela il faudra, bien entendu, combattre tout d'abord la neutralisation, ce qui est facile, grâce aux multiples appareils dont nous disposons : diploscopes, synoscopes, stéréoscope. Elle disparaît d'ordinaire assez vite parce qu'en réalité sa disparition permet le retour à la vision simultanée et celle-ci est la vision ancestrale, apparaissant chez les animaux les plus inférieurs avec la première ébauche de l'appareil visuel.

C'est la vision des poissons et de tous les animaux à yeux latéraux. Puis, à mesure qu'on s'élève dans l'échelle animale, la vision binoculaire apparaît. Toutefois, même chez les animaux les plus élevés cette vision simultanée n'a pas complètement disparu et elle persiste aux extrémités latérales des champs visuels. Si, par exemple, regardant directement devant nous, nous plaçons nos mains de chaque côté de

la tête, seule la main droite sera vue par l'œil droit et la main gauche par l'œil gauche.

Et nous comprenons ainsi que si la vision simultanée, comme la vision binoculaire a disparu dans le strabisme, on puisse assez facilement la faire réapparaître, car c'est une vision qui a toujours existé. Pour y réussir on se sert d'appareils comme le stéréoscope permettant d'individualiser les images et certaines couleurs sont susceptibles de la faire plus vite réapparaître.

Une fois la neutralisation disparue le sujet voit, mais il voit mal et les lettres du diploscope sont faussement projetées, déplacées en dehors lors du strabisme convergent ou en dedans lors du strabisme divergent.

Afin de rétablir la vision binoculaire et de voir les lettres en position correcte, le malade devra selon les cas converger ou diverger et c'est là l'écueil de la méthode. Car un sujet, et surtout un enfant qui a du strabisme convergent, qui a déjà de ce chef une sorte de spasme de la convergence, aura les plus grandes difficultés à faire diverger ses yeux. Cette divergence est déjà très difficile au sujet normal. On a recommandé pour la faciliter le port de prismes. Les prismes donnent l'image de l'objet du côté de la base. En vertu des lois de la réfraction elle est donc projetée vers l'arête. On placera donc l'arête du côté de la déviation et on soulage ainsi le sujet ; puis, diminuant peu à peu la force du prisme, on arrive à maintenir l'œil en bonne position.

Mais là encore il faut que le sujet arrive à diverger ; il le peut quelquefois mais il est toujours beaucoup plus facile de converger que de diverger. C'est pourquoi le strabisme divergent est plus facile à traiter par l'exercice.

Pour ma part je suis arrivé à une proportion de guérisons de 30 p. 100 de strabiques divergents par le seul traitement orthoptique alors que la proportion pour le strabisme convergent atteint à peine 20 %, et encore pour les strabismes de faible degré.

Javal, qui a passé une grande partie de sa vie à la recherche du traitement du strabisme, donne, en conclusion de son étude, un conseil aussi judicieux que désabusé : Ne consacrez pas dit-il, trop de temps au traitement orthoptique du strabisme. Dans les cas faciles, essayez le traitement médical, dans les cas difficiles, opérez.

Pour essayer de traiter médicalement le strabisme on se basera donc sur les possibilités de convergence et de divergence. Chez notre premier malade dont l'œil dévié est amblyope, il faudrait tout d'abord faire travailler cet œil dévié seul. Mais comme il s'agit d'une amblyopie congénitale nous n'obtiendrions probablement rien. Et puis, à supposer même que cette amblyopie disparaisse, l'œil étant bloqué en dedans, jamais il ne pourra exécuter d'exercices de divergences. Il faut donc l'opérer. Au contraire les sujets qui ont une possibilité de divergence ou de convergence devraient tout d'abord être soumis aux exercices orthoptiques, puis opérés si on n'a pas obtenu par eux de résultats.

Les interventions pratiquées se ramenant à la ténotomie du muscle du côté dévié, il faut le reculer ou avancer l'antagoniste suivant les cas. Car les modalités en matière de strabisme sont très différentes ; il faut surtout prendre garde de ne pas affaiblir le muscle ; or une ténotomie trop large peut donner une réaction inverse. Il y a là une question d'espèce ou d'opportunité ; mais d'une manière générale la ténotomie sera toujours *prudente*, *tardive* et en principe *unilatérale*.

Les strabiques ne seront jamais opérés trop tôt, on essayera d'abord de les améliorer par le traitement orthoptique et on n'interviendra que plus tard, vers l'âge de 8, 10 ou 15 ans.

Et puis, même après l'opération on continuera les exercices afin de rétablir la vision binoculaire. Car l'opération en facilite seulement le rétablissement mais ne suffit pas à elle seule. Si l'acuité visuelle est bonne, les exercices, une fois les yeux redressés et devenus alors capables de diverger et de converger, prouveront la perfection du résultat.

Il m'a paru intéressant à propos de ces trois malades d'insister sur cette affection très répandue qu'est le strabisme, et en présence de laquelle, quel que soit l'âge du sujet, il convient de ne jamais rester inactif. Son traitement commence, nous l'avons vu, dès son apparition pour se continuer jusqu'à l'opération et même après celle-ci. Car on n'aura de résultat parfait après l'intervention que si le malade n'était pas amblyope et si on a pu rétablir la vision binoculaire. L'opération agissant sur les seuls muscles et la vision binoculaire étant une vision cérébrale, centrale, la correction parfaite ne pourra être obtenue que par son rétablissement. A son défaut les résultats seront néanmoins assez satisfaisants et la déviation pourra être assez bien corrigée. Mais une correction parfaite est alors exceptionnelle et pour ainsi dire impossible, en l'absence de vision binoculaire qui seule assure la synérgie parfaite des axes visuels, quelle que soit leur direction.

PSYCHOSES PUERPÉRALES ET ACCIDENTS GRAVIDO-CARDIAQUES

MM. J. Borel, Ayzinman et Mlle Marie-Louise Martin

(Hôpital psychiatrique de Breuty-la-Couronne, Charente)

Dans la pathologie, si importante et variée, de l'état puerpéral, il existe deux catégories de troubles qui ne semblent guère avoir entre eux de rapports particuliers : les psychoses puerpérales et les accidents gravido-cardiaques.

Les psychoses puerpérales, qu'elles soient gravidiques, du post-partum ou d'allaitement représentent « des syndromes cliniques fort différents les uns des autres et dont l'étiologie et la pathogénie sont probablement variées » Sivadon, (Thèse de Paris 1933). Pour de nombreux auteurs, dit Sivadon, elles n'ont aucune spécificité clinique, expriment des syndromes courants en psychiatrie, traduisent banalement un état toxi-infectieux évoluant sur un terrain prédisposé et n'ont pas droit à une place nosologique distincte.

Cependant « elles sont une réalité clinique ». Nous pensons de même et si l'on considère le retentissement si profond que peut avoir en tous les domaines de l'économie l'état puerpéral, on doit admettre que celui-ci n'est pas seulement une cause occasionnelle mais une cause directement provocatrice de troubles mentaux.

Les deux observations qui suivent permettent un rapprochement entre ces deux notions si éloignées des psychoses puerpérales d'une part et des accidents puerpéro-cardiaques de l'autre. Elles montrent qu'au cours de psychoses puerpérales aiguës, peuvent apparaître des accidents ayant le type et aussi la gravité des accidents gravido-cardiaques ; la possibilité de leur apparition, même en dehors d'une cardiopathie mitrale, doit entrer en ligne de compte dans le pronostic vital de la psychose. Ainsi, en dehors des considérations pathogéniques encore obscures, et pour son intérêt pratique, ce point de vue particulier, non signalé à notre connaissance, mérite d'être envisagé.

Obs. I. — Mme V..., 23 ans. Lourde hérédité psychopathique, père suicidé à 36 ans ; mère internée à plusieurs reprises ; oncle paternel interné ; arrière-grand-père maternel interné. Rien d'important dans les antécédents personnels, mais santé délicate ; caractère un peu difficile, autoritaire, capricieuse, humeur peu stable, quelques tendances mystiques.

Grossesse pénible dès le début ; au bout de quelques mois, légers troubles anxieux, peur des microbes, craintes diffuses. A ce moment apparaît une albuminurie rapidement réduite. Accouchement difficile, présentation du siège, forceps, déchirure et périnéorraphie, anesthésie au chloroforme. Pendant les cinq jours suivants, tranquille et calme, quitte la clinique.

Dans la nuit, réveil brusque, dit qu'elle vient de faire un mauvais rêve, qu'elle sent des odeurs fétides, qu'elle est infectée ; commence à s'agiter, crie : « le ciel, la fin du monde, je suis morte, le purgatoire est fini, etc., etc. » Ce délire mystique dure toute la journée ; agitation par intervalles ; à plusieurs reprises elle manifeste l'envie de passer par la fenêtre.

A partir du lendemain, excitation maniaque sans confusion ; agitation modérée, mais épisodiquement assez violente pour nécessiter le maintien.

Entre dans le service, six jours après le début des troubles, le onzième jour après l'accouchement.

Excitation psychique, logorrhée, fuite des idées, agitation motrice, opposition. Confusion d'intensité variable ; parfois très marquée, elle se dissipe à d'autres moments.

La température est à 38°3. Au cœur on note une simple tachycardie mais très variable, instable, allant de 100 à 140 ; les bruits sont bien frappés, pas de souffle. Le ventre est souple ; l'utérus derrière le pubis, les culs-de-sac souples et non douloureux. Pas de pertes lochiales. Au périnée, trois points de suture, non suppurants.

Dans les urines ni sucre ni albumine.

L'affection évolue ainsi pendant trois jours, marquée d'excitation confuse de moyenne intensité, l'alimentation restant relativement facile ; insomnie nocturne avec agitation subcontinue, onirisme discret. La température monte à 39°3, 39°9 le second jour, à 40°1 et 40°4 le lendemain.

Mais au matin du cinquième jour apparaît un collapsus cardiaque ; la malade est immobile, inerte, indifférente, les bruits du cœur sont faibles, les temps s'égalisent, la matité précordiale ne paraît pas augmentée. Au Pachon on trouve une maxima presque à 10, mais la minima ne peut être fixée et l'indice oscillométrique insignifiant à un demi. La température est tombée à 38°. Le traitement, les injections d'ouabaïne et de sérum, ne modifient pas sensiblement la tension artérielle, et maintiennent seulement la situation jusqu'au lendemain soir où la malade meurt, la température étant remontée à 39°3.

Obs. II. — Mme R..., robuste paysanne de 30 ans. Pas d'antécédents psychopathiques connus, père alcoolique. A eu quatre enfants, dont l'un s'est noyé accidentellement il y a quelques années.

Pendant la dernière grossesse, dont le début remonte à près de deux ans, apparition de craintes, de scrupules, d'obsessions religieuses, de vagues idées de sorcellerie, qui se prolongent après l'accouchement. Elle nourrit encore son enfant, âgé de 13 mois. Depuis quelques mois, insomnie, irritabilité. Brusquement apparaît un état d'excitation psychique marquée, avec agitation, cris, chants, délire polymorphe et hallucinatoire à prédominance mystique. Elle entre dans le service le 2 avril 1936.

La malade est confuse, excitée, très agitée. L'état mental évolue irrégulièrement pendant deux semaines avec alternance d'excitation et de dépression ; puis apparaît une confusion torpide, qui se dissipe au bout d'une dizaine de jours, laissant une dysmnésie lacunaire.

L'examen physique à l'entrée faisait constater une hypertension artérielle à 22-8, qu'on ne devait plus retrouver, le pouls à 60, un léger souffle systolique à la base. Dans les urines, traces d'albumine et de sucre. Subictère du visage. Léger tremblement digital. Réflexes tendineux normaux ; douleur à la pression des

masses musculaires du membre inférieur. Seins gorgés de lait. La température à 37°6, puis entre 38° et 39° pendant huit jours, revenait à la normale le dixième jour. Dès le second jour la tension artérielle était à 13-7 et restait stable. Le troisième et le dixième jour survenait une crise épileptiforme atypique, avec grimaces du visage, convulsions des membres et contorsions de tout le corps, cris inarticulés, durant une vingtaine de minutes, sans perte de connaissance complète ni morsure de langue et suivie de prostration.

Urée sanguine 0 gr. 25. Bordet-Wassermann du sang négatif.

La malade, complètement guérie, sortait un mois après, avec l'expresse recommandation d'éviter une nouvelle grossesse.

Deux ans après la malade entrait à nouveau dans le service, ayant accouché trois mois plus tôt d'un enfant né à terme, qu'elle allaitait. La grossesse avait été tout à fait normale.

Elle présentait un état d'excitation confuse qui avait débuté brusquement trois jours auparavant ; agitation par intervalles, avec gesticulations, cris, chants, logorrhée incohérente, onirisme épisodique, refus d'aliments.

L'examen physique montrait l'existence d'une polynévrite des membres inférieurs, avec abolition des réflexes tendineux et douleur à la pression des masses musculaires. Foie et rate normaux. Rien d'anormal aux poumons et au cœur. Tension artérielle 11-6. Traces d'albumine dans les urines. Urée sanguine 1 gr 50 Seins gorgés de lait.

La température à 37° à l'entrée, s'établissait ensuite autour de 39°.

Le huitième jour apparaissait brusquement une crise d'œdème pulmonaire aigu, avec dyspnée, cyanose, anxiété, râles aux deux poumons, cœur très arythmique, tension 9-7. La crise cédait assez facilement. Mais le lendemain s'installait une insuffisance cardiaque irréductible, tachyarythmie à 130, extrasystoles, tension à 8-6, indice 1, encombrement pulmonaire. Le lendemain le pouls devenait imperceptible, la tension inexistante, et la malade mourait le matin du quatrième jour après la crise d'œdème pulmonaire, la température étant montée depuis la veille de 38°5 à 42°4.

Voici donc deux psychoses puerpérales d'intensité moyenne, de pronostic vital relativement bon, qui se terminent brusquement par la mort, l'une en collapsus cardiaque, l'autre en asystolie irréductible après une crise d'œdème aigu du poumon. Dans les deux cas la forme de l'affection n'était pas de celles qui entraînent un pronostic grave d'emblée et une évolution presque fatale vers la mort. L'excitation était moyenne, l'agitation parfois violente mais épisodique, la fièvre modérée, l'alimentation relativement facile, l'hydratation suffisante.

La mort au cours des psychoses puerpérales survient classiquement dans les formes excito-confusionnelles très graves qui prennent le type clinique du délire aigu, véritable délire suraigu, caractérisé par une excitation intense, une confusion profonde, une agitation extrême de jour et de nuit, un délire hallucinatoire particulièrement violent et un état général grave d'emblée, hyperthermie, amaigrissement précoce et rapide, refus d'aliments total, difficulté d'alimentation artificielle, dénutrition et déshydratation. Dans certains cas on peut voir apparaître une azotémie élevée, de cause complexe, où la déshydratation jointe à l'inanition semble entrer en ligne de compte autant qu'une perturbation centrale du métabolisme azoté.

Mais les états d'excitation et d'agitation d'intensité moyenne et même de forte intensité, qui sont en pratique psychiatrique d'observation courante, sont loin d'entraîner de ce fait un pronostic grave. Les accès maniaques, les confusions agitées, les mélancolies anxieuses avec agitation, déterminent des difficultés d'alimentation, une insomnie à peu près complète, une agitation de jour et de nuit, qui durent pendant des semaines et des mois, sans imposer un pronostic inquiétant, sans s'accompagner en particulier d'insuffisance cardiaque.

Il faut donc admettre, dans les cas que nous rapportons, une atteinte cardiaque, parallèle à la psychose, et qui relève comme elle de l'état puerpéral. La fragilisation du cœur par la grossesse, même en dehors de lésions cardiaques, est un fait acquis, comme le prouvent la dilatation ventriculaire, les crises cardiaques du « choc obstétrical », enfin les petits et les grands accidents gravido-cardiaques, survenant à l'effort, au froid ou spontanément.

On trouve dans nos deux observations, la preuve d'une atteinte diffuse par la « toxémie » gravidique : légers troubles mentaux dès le début de la grossesse et albuminurie transitoire dans la première ; dans la seconde, légers troubles mentaux, albuminurie, poussée hypertensive, crises épileptiformes, pour la première grossesse et ses suites ; polynévrite, albuminurie et azotémie, lesquelles semblent bien signer une atteinte rénale, pour la seconde grossesse et ses suites.

Chez ces deux malades, non cardiaques en apparence en dehors de la puerpéralité, est survenue, au cours d'une psychose puerpérale banale, une défaillance myocardique aiguë du type manifeste des accidents gravido-cardiaques. Il est difficile d'apprécier le rôle exact de la psychose dans le déterminisme de ces accidents. Mais il nous paraît hors de doute qu'ils relèvent directement et primitivement de l'état puerpéral, la psychose n'étant que la cause occasionnelle et tardive de leur éclosion. Cliniquement ils s'estompent un peu dans le tableau bruyant de l'affection mentale, mais dans des cas probablement assez nombreux, la possibilité de leur apparition doit dominer le pronostic.

D'un point de vue plus doctrinal, leur coexistence avec la psychose semble montrer qu'on ne doit pas considérer l'état puerpéral comme une simple cause occasionnelle de troubles mentaux chez des prédisposées mais comme la cause directe et efficiente des psychoses puerpérales.

PYORRHÉE ALVÉOLAIRE COMPLIQUÉE D'OSTÉOMYÉLITE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR DIABÈTE — GASTRITE ANCIENNE

Par le Docteur Ch. Coffart

X..., 57 ans, atteint, depuis plusieurs années, de la maladie de Fauchard (pyorrhée alvéolaire) présente le 6 juin 1932 des accidents aigus et douloureux d'infection ascendante (du collet vers l'apex) au niveau de la canine inférieure droite dont l'extraction est faite immédiatement ;

Bains de bouche habituels après chaque intervention.

16 juin : L'incisive latérale droite voisine est enlevée.

2 juillet : L'alvéole de la canine déshabitée laisse sourdre un pus crémeux, jaune, bien lié. Je demande une radio et supprime le port de la prothèse.

4 juillet : Les douleurs cessent, la suppuration a légèrement diminué, la radio montre une alvéole largement ouverte mais, jusqu'ici, aucun séquestre.

A chaque consultation : bains de bouche, lavage alvéolaire, attouchements vaccinaux et autres.

6 juillet : Etat inflammatoire en légère régression. Suppuration moindre. Vestibule toujours un peu tuméfié au toucher.

7 juillet : La canine et la latérale inférieures gauches, les dernières dents du bas, devenues très douloureuses, sont extraites sous anesthésie régionale.

10 juillet : Apparaissent hypersalivation et gêne à la déglutition avec œdème sous-maxillaire, grosseur d'un petit œuf région des apophyses géni.

12 juillet : Régression nette, tuméfaction fixée à l'os, région sous-mentonnière, peau normale, plus de douleurs spontanées, l'alvéole de la canine droite suppure toujours.

19 juillet : Consultation avec le Professeur agrégé R.-Ch. Monod. La suppuration existe encore, le vestibule est moins rouge et moins boursouflé, la douleur spontanée a disparu, mais toujours il y a tuméfaction sous-mentonnière. Diagnostic : origine inflammatoire, ostéomyélite légère.

Vers la fin du mois de juillet, nouvelle poussée. Est apparue une réaction inflammatoire dans la région sus-hyoïdienne et le long de la branche horizontale du maxillaire où l'on sent un épaississement périostique indiscutable. Une tentative de vaccination avec un vaccin polyvalent ne donne, comme il fallait s'y attendre, aucun résultat.

31 juillet : Les douleurs spontanées augmentent beaucoup, la tuméfaction sus-hyoïdienne est dure, tendue, très douloureuse à la palpation. Par plusieurs orifices muqueux, sur le rebord alvéolaire de la branche horizontale du maxillaire inférieur, s'écoule du pus. Il ne fait aucun doute qu'il s'agisse d'une ostéomyélite de la branche horizontale du maxillaire avec ostéo-phlegmon sus-hyoïdien. Dès le 31 juillet le Docteur Bonnet-Roy, consulté, pratique, de concert avec le Professeur R.-Ch. Monod (1), une incision sus-hyoïdienne médiane, donnant issue à du pus et à du liquide séro-purulent en assez grande quantité : curetage du rebond alvéolaire.

A l'occasion de cette opération une analyse d'urine révèle la présence de 14 grammes de sucre par litre. Les suites sont simples et banales : sédation des douleurs, mais persistance de la suppuration aussi bien dans la bouche, par les fistules gingivales du bord alvéolaire, que par l'incision sus-hyoïdienne devenue fistuleuse. Fin septembre, une radiographie montre avec évidence un foyer d'ostéite raréfiante de toute la branche horizontale du maxillaire inférieur, mais pas de séquestre. Après consultation avec le Professeur Sébileau, une nouvelle intervention est décidée et pratiqué le 5 octobre par les Docteurs Bonnet-Roy et R.-Ch. Monod : incision du rebord gingival, décollement de la muqueuse et évidement du maxillaire à la curette et à la pince-gouge. Ce faisant, on trouve et on extrait un gros séquestre pour terminer par mise à plat de la cavité. L'opération achevée, la branche horizontale est réduite à une mince baguette osseuse. A noter qu'il existait dans la région symphysaire une trépanation osseuse spontanée du bord basilaire mettant en communication le foyer osseux et la région sus-hyoïdienne.

A la suite de cette intervention la suppuration diminue progressivement mais rapidement. En quinze jours la fistule sus-hyoïdienne se ferme : en quelques semaines la brèche osseuse de la branche horizontale se comble. Le malade se remonte très vite. Le sucre diminue dans les urines. La dernière analyse pratiquée en juin 1933 donne sucre = zéro, malgré l'absence presque complète de régime.

En 1937 quelques grammes de sucre.

En 1938, 4 à 5 grammes sans un régime sévère.

Etat général aussi bon que possible, comme jamais je ne l'ai vu.

Pour compléter l'histoire ci-dessus par une note extrêmement intéressante, j'ajouterai que le malade avait particulièrement souffert d'algies gastriques en 1927, avait été opéré en 1928 ; que, dix-huit mois après, l'intervention, le résultat n'avait jamais été parfait, nécessitant la continuation d'une thérapeutique médicamenteuse, laissant, malgré tout, un léger doute sur la nature de la lésion.

Prothèse : Le moulage du maxillaire inférieur me donnait un modèle où deux rebords alvéolaires latéraux, le gauche un peu plus long que le droit, étaient séparés par un vide en arc mesurant d'une extrémité à l'autre 32 millimètres et 10 millimètres en verticale au plus profond : perte de substance énorme comparée au substratum restant. Le haut complet étant en caoutchouc *léger*, j'ai fait monter le bas en caoutchouc *lourd*, cette matière formant pont d'un rebord à l'autre ; le dessous, correspondant à la lésion et au deux caps, bourré de caoutchouc *mou*. La pièce n'est nullement douloureuse, tient d'une façon telle que la mastication est presque normale. Tout médicament fut déconseillé au 14 juin 1933 où l'appareil définitif fut posé : depuis ce temps (en 1938) les douleurs gastriques ont complètement disparu et la fonction est normale.

(1) Je dois les renseignements chirurgicaux à M. le Docteur R. Ch. Monod, chirurgien des hôpitaux, à qui j'adresse un bien vif remerciement.

Discussion (1)

Maladie bien décevante pour nous, extrêmement commune, la plupart du temps dédaignée par les patients, à laquelle on s'intéresse seulement quand, victime de ses complications proches ou lointaines, une personnalité marquante disparaît, le syndrome de Fauchard retient maintenant l'attention des chirurgiens avant leurs interventions, moins souvent l'attention des médecins avant leurs prescriptions.

Pour les praticiens l'observation ci-dessus me paraît intéressante à plusieurs points de vue.

a) *La radiographie* n'a donné aucun renseignement quant au séquestre. Il serait donc, en pareille occasion, inutile d'attendre d'elle confirmation du diagnostic clinique.

b) *Diabète :* Un jour, à un examen pratique de chirurgien-dentiste, le président du jury, professeur à la Faculté, un de nos maîtres les moins contestés me dit un peu... tendancieusement : « La prothèse dentaire a fait d'énormes progrès maintenant que vous guérissez le diabète avec un appareil ». A quoi je répondis : « Nous n'avons certes pas cette absolue prétention, mais je suis sûre qu'un maître de votre valeur ne soigne jamais un diabétique sans avoir sérieusement examiné sa bouche ».

Les relations des deux affections ont fait l'objet de nombreuses études ou discussions. Les uns prétendent prouver que le diabète est une cause de pyorrhée, les autres maintenant diamétralement le contraire.

On peut affirmer que la pyorrhée s'observe fréquemment, au cours du diabète. Comme tous mes confrères, j'ai soigné d'assez nombreux glycosuriques dont l'hygiène buccale était très bonne et qui sont restés indemnes. Le sucre crée une moindre résistance comme pour toutes les affections septiques. Oui. Encore n'est-il pas fatal de voir tous les états pyorrhéiques spécifiquement aggravés par lui.

Faut-il, au contraire, suivre Galippe et considérer le diabète non comme une des causes mais comme des conséquences de la « gingivite arthro-dentaire infectieuse » s'appuyant sur ce fait que le sucre diminue ou disparaît après traitement des suppurations alvéolaires, le processus se faisant du tube digestif par la voie ascendante du canal de Wirsung ? « opinion plausible mais non basée sur des faits positifs » dit le Professeur R. Lépine.

(1) Le meilleur travail et le plus complet sur la pyorrhée alvéolaire a été présenté par Julien Tellier, de Lyon, au IIe Congrès de stomatologie Paris, 1911. Notre confrère et ami, un des cliniciens les plus avertis de notre groupement, toujours sur la brèche, a été un des plus grands artisans mondiaux dont les merveilleux efforts ont contribué à faire tomber la cloison étanche séparant la stomatologie de la pathologie générale.

J'ai soigné, depuis trente ans de lamentables pyorrhées dont les porteurs ne sont pas tous devenus diabétiques. Et pourtant il faut admettre une relation de cause à effet en lisant l'observation de Baldwin-Keyes : « Femme de 60 ans ayant un eczéma étendu, du sucre, de l'albumine et une pyorrhée abondante au niveau de deux incisives inférieures portant un appareil fixe : granulations abondantes, gencive très hypertrophiée. En somme forme grave : le traitement chirurgical fait disparaître eczéma et diabète, sans récidive ».

D'autres observations comme celle-ci on en trouvera, je suis sûr, quand on voudra bien chercher et voir, dans l'état pyorrhéique, un état pathologique non exclusivement local. Même si nous ne voyons pas, au début, les relations possibles, nous devons recueillir les éléments, en apparence, les plus disparates qui, un jour, pourront s'assembler à la lumière d'un cas révélateur.

En 1926, une femme de cinquante ans, assez grosse, en état de déficience hépatique, avec quelques crises douloureuses sans drame que je soignais depuis près de huit ans pour un état pyorrhéique avec un succès relatif, dut quitter Paris, son mari étant devenu hémiplégique. Petite maison à la campagne, exercices journaliers par diminution de personnel, jardin, grand air et légumes frais, le régime restant en général le même qu'autrefois, l'hygiène buccale plutôt ralentie, et, en trois mois, on p uvait entrevoir la guérison totale.

c) *Voies digestives* : Il faut cesser de considérer la bouche comme un simple entonnoir, voire même un simple broyeur-malaxeur. Nous avons tous vu disparaître des états pathologiques locaux : dyspepsie, diarrhée, constipation ; ou généraux : asthénie, amaigrissement, par le port de prothèse reconstituant complètement ou partiellement des arcades, donc la fonction masticatrice. Je me souviens d'une femme de 58 ans portant un complet dont j'ai dû, pour une intervention urgente, la priver pendant trois semaines et chez qui une ancienne gastro-entérite reparut très vite pour disparaître rapidement quand l'appareil fut rendu. Ceci est simplement le côté fonctionnel et trop souvent le seul retenu par beaucoup de praticiens.

Aucun doute, à l'heure actuelle, n'existe plus cependant, parmi les stomatologistes, sur le côté septique plus grave. De nombreux examens m'ont souvent laissé rêveur sur la quantité de pus quotidiennement avalée par certains porteurs, indépendamment de ce qui peut et doit pénétrer par la voie sanguine. Je sais bien que le suc gastrique, normalement, est un merveilleux antiseptique, mais l'est-il toujours au même titre et en quantité suffisante pour neutra-

liser cette abondante pyophagie ? Et alors n'est-il pas logique de penser à une possible action locale du microbe ou de ses toxines pour déterminer une véritable gastrite septique ? ou à une intoxication générale atténuée se manifestant d'abord et surtout (1) par des troubles digestifs (forme gastrique de la septicité bucco-dentaire). La question des points focaux, centres initiaux de départs septiques pour des accidents lointains ne fait pas de doute pour nous. Enfin serait-il illogique d'admettre l'influence et l'irritation sympathique par les états pathologiques des régions alvéolodentaires comme sur la peau, pelade), l'ouïe, (surdité), la vue (cécité), les bronches (toux spasmodiques, etc.).

Ajoutez les uns aux autres ? Pourquoi pas ?

Toujours est-il que, dans ces cas, les phénomènes douloureux de gastralgie se sont ajoutés aux autres, avec pâleur de la face, teint e subictérique des conjonctives : c'est la septicémie chronique bucco-dentaire pouvant donner lieu à des interprétations plus graves.

Lebediusky n'a-t-il pas cru pouvoir accuser la pyorrhée de certains cancers de l'estomac ou de l'intestin en s'appuyant sur deux observations personnelles ?

Conclusions. — Jusqu'à ces derniers temps le problème fut étudié sous l'angle étroit : ébranlement des dents, congestion gingivale, écoulement de pus. Il était simplement local et quelle confusion dans le nombre de noms dont il fut baptisé !

Actuellement, depuis une vingtaine d'années environ, la paradentose (une appellation nouvelle donnée à la maladie) est un syndrome beaucoup plus logique, aussi plus complexe, ayant comme préliminaire indispensable l'étude d'un petit groupe anatomo-physiologique, le paradentium qui a la valeur d'une entité organique, fonctionnelle, pathologique. Il est constitué par l'ensemble des éléments de soutien de la dent. Il est indiscutablement rattaché à l'ensemble de l'organisme dont il subit l'influence ou auquel il fait subir la sienne. Tout examen pour être complet devra être général. La cloison étanche qui séparait ou semblait séparer la stomatologie des autres spécialités ou de la pathologie générale doit disparaître. L'étude des « états pyorrhéiques » si variables en leurs aspects, si différents par les résultats qu'ils nous donnent, réserve aux chercheurs beaucoup de difficultés mais, je crois, de très belles satisfactions par les guérisons inespérées qu'ils aideront à obtenir souvent bien loin de leur point de départ buccal.

C'est dans cet esprit qu'il m'a paru utile de présenter aux praticiens, mes confrères, une observation assez rare par sa complication osseuse locale, mais où les considérations de pathologie générale pourront intéresser quelques-uns d'entre eux je l'espère.

Dire, comme cela l'a été surtout à l'étranger, que tout mal vient de la bouche est une grosse erreur, mais négliger d'y chercher d'utiles renseignements est une faute grave.

BIBLIOGRAPHIE

Chompret. — Pathogénie générale des affections buccales. *Archives générales de médecine*, 1903.

Chompret. — Atlas Manuel de Preiswerck.

H. Ferré. — De certaines infections secondaires d'origine buccale. Thèse de Paris, 1906.

Galippe. — Notes sur l'étiologie et les complications de la gingivite arthro-dentaire infectieuse.

A.-J. Held (2). — *In* Notes et Recherches ori inales, Paris 1891.

Herschell. — Londres, 1894, cité par Baldwin Keyes with spécial référence to practical médecine dental cosmos.

W. Hunter. — Oral sepsis as a cause of septic gastritis. *Journal of the British dental Association*, 1900.

Kœrner (Halle). — Pyorrhée et diabète, D. M. f. Z. 1901.

Lebedinsky. — Influence du système dentaire sur l'état général. Traité de stomatologie Gaillard et Nogué, fol V.

R. Lépine. — Traité du Diabète, Paris 1909.

E. Roussin. — Contribution à l'étude de la gastrite septique d'origine bucco-dentaire. Thèse Lyon, 1910.

Rousseau-Decelle. — Réflexion sur l'ostéomyélite mandibulaire. *Revue de stomatologie*, 1937.

Ch. Labattier. — Thèse de Lyon.

Tellier (Julien). — En marge des pyorrhées alvéolaires. *Revue de stomatologie*, 1936.

Tellier (Julien). — Septicité bucco-dentaire et ses conséquences. *Odontologie*, 1906.

Tellier (Julien). — Gastrite septique d'origine buccale forme gastrique de la septicémie d'origine bucco-dentaire. *Revue de stomatologie*, 1907.

Tellier (Julien). — Rapport sur la pyorrhée alvéolaire au II[e] Congrès de stomatologie. Paris, 1911.

Tellier (Julien et Camille). — Contribution à l'étude clinique des septicémies d'origine bucco-dentaire. *Revue de stomatologie*, 1903.

Tellier (Julien). — Nouvelles généralités préparatoires à l'étude des pyorrhées alvéolaires : la méthode, les méthodes. *Revue de stomatologie*, 1937, n° 7.

Tellier (Julien). — Simples remarques sur les pyorrhées alvéolaires, leurs conséquences, etc... *Province Dentaire*, n° 5, 1933.

Docteur René Vingent. — Corrélation entre la maladie de Fauchard et les foyers infectieux gastro-intestinaux. *Revue Odontologique*, mars 1927 ; *Progrès Médical*, août 1928.

(1) Julien Tellier. — Rapport au Congrès. *Loc. cit.*

(2) D.-J. Held. — Quelques aspects actuels du problème des paradentoses. *Revue de stomatologie* 1937, n° 11.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

■ ■ ■

Une vésicule biliaire douloureuse n'est pas nécessairement enflammée

D'après le Professeur agrégé Et. CHABROL (*)

LES RÉACTIONS VÉSICULAIRES SIMPLES CHEZ LES INSTABLES BILIAIRES ET NEURO-VÉGÉTATIFS

Quelque soit leur aspect clinique, elles traduisent la susceptibilité plus ou moins aiguisée d'un même terrain morbide. Dans la gradation des faits, le clinicien peut observer quatre variétés de réactions vésiculaires.

Dans leur premier degré, la palpation du foie s'impose cependant pour les extérioriser.

Le malade s'est présenté *comme un migraineux ou un dyspeptique* banal, qui n'a jamais souffert dans l'hypocondre droit : il faut la manœuvre de Gilbert-Murphy pour réveiller la douleur élective de la vésicule, lors des mouvements inspiratoires. Cette sensibilité provoquée sera d'autant plus significative qu'elle n'aura point sa réplique en d'autres territoires solaires, et notamment aux différents étages du cadre intestinal. Précieux symptôme révélateur, elle invitera à confirmer le diagnostic par une étude comparative de la cholémie pigmentaire et de la cholalémie ; car, s'il est vrai que dans 80 % des cas il existe chez ces sujets une bilirubinémie anormale, oscillant entre 30 et 60 milligrammes au litre, il n'est pas rare non plus de découvrir dans leur sang un excès de sels biliaires ; parfois même, le taux de ces derniers l'emporte sur celui des pigments.

Au deuxième degré, la réaction vésiculaire se révèle spontanément au malade, qui vient consulter *pour une névralgie scapulaire*, ou *une douleur* plus ou moins diffuse *dans la région du foie*. Qu'elle soit spontanée ou provoquée, cette sensibilité locale contribue à renforcer la valeur des nuances plus ou moins subtiles, que l'on prête aux dyspepsies biliaires : vomissements bilieux du matin, fringales impérieuses succédant à l'état nauséeux, horaire capricieux des troubles gastriques, alternances de la constipation tenace et de la diarrhée prandiale, autant de signes, dont le clinicien doit s'inspirer pour rechercher les variations de la courbe thermique, pour découvrir sous l'écran les déviations et les déformations gastro-duodénales, les encoches spasmodiques du tube digestif adjacent.

Au troisième degré, les réactions vésiculaires atteignent leur apogée dans le *tableau bruyant d'une colique hépatique*, plus ou moins riche en irradiations phréniques ou solaires. Le malade parle de crampe d'estomac ou d'indigestion ; il évoque l'empoisonnement ou la péritonite par l'expression de son visage crispé et pâle, et, lorsque l'état de choc s'est dissipé sous l'action apaisante d'une piqûre de morphine, la palpation abdominale permet une fois de plus de rapporter à la région cystique le grand branle-bas, dont le système neuro-végétatif a subi la répercussion dans toute son étendue.

Le quatrième degré des réactions vésiculaires doit son individualité à la *persistance* de ce branle-bas durant des jours et des semaines, à la *répétition* des crises douloureuses qui aboutissent à un véritable état de mal biliaire, sous la menace de graves accidents cardio-pulmonaires : angor pectoris ou œdème aigu, lipothymie ou syncope mortelle.

Mais l'*instabilité neuro-végétative* s'est généralement révélée bien avant l'éclosion des premières douleurs de l'hypocondre droit : les crises de migraine et d'urticaire, les accès d'asthme en ont été autant de signes avant-coureurs.

Lorsque apparaissent les premiers troubles dyspeptiques, le faisceau des symptômes vago-sympathiques se renforce avec les vertiges, les nausées, l'aérophagie et l'ensemble des manifestations spasmodiques et sécrétoires, que la radiographie et le chimisme stomacal révèlent conjointement. A l'apogée des accidents douloureux, aucune barrière ne sépare l'état de mal biliaire du tableau impressionnant des crises cœliaques, que les infarctus du myocarde, du pancréas et de l'intestin peuvent d'ailleurs engendrer chacun pour leur compte.

Entre temps, c'est un curieux *déséquilibre de leur sécrétion et de leur excrétion biliaires*, qu'ont subi ces malades : cholémiques souffrant dans la région du foie, et dont le teint fonce à la moindre émotion ; sujets accusant des flux bilieux depuis leur enfance : ils sécrètent trop de bile, et de plus ils la drainent mal,

(1) Réactions vésiculaires et cholécystites (1 *vol.*, 184 *pages, chez Baillière éditeur, Paris*, 1939).

Comment distinguer les réactions vésiculaires simples des cholécystites franchement inflammatoires

Il est tout d'abord entendu que c'est par le *caractère phrénique de la douleur* que, dans un cas comme dans l'autre, nous aurons pu rapporter à la vésicule des réactions solaires bruyantes, que nombre d'affections abdominales peuvent revendiquer chacune pour son compte. En effet, un sujet atteint de colique néphrétique ne souffre pas à l'épaule droite ; ses douleurs se propagent le long du rein et de l'uretère dans la direction de l'aine et de la verge, accompagnées de pollakiurie et de mictions légèrement sanguinolentes. De même l'appendicite a pour elle le début précis de la douleur au point de Mac Burney, et sa progression descendante vers le membre inférieur droit, qui se place en légère flexion, lorsqu'on palpe la fosse iliaque droite. Enfin, le tabes à son début est le prétexte de crises gastriques, qui rappellent la forme gastralgique de la réaction vésiculaire ; mais le caractère fulgurant de ces algies n'aurait qu'une médiocre valeur sémiologique, si l'abolition des réflexes achilléens ou la découverte d'une inégalité pupillaire ne conduisait à la recherche de la lymphocytose rachidienne. On n'oubliera pas non plus que nombre de réactions vésiculaires peuvent être dépistées par le *même caractère de la douleur,* alors qu'elles revêtent, rarement il est vrai, dans leurs crises isolées, les caractères de soudaineté, de violence et d'angoisse de la perforation de l'ulcus, de la pancréatite aiguë, de l'occlusion et de l'infarctus de l'intestin.

Toutefois, lors de crises renouvelées à intervalles rapprochés, on ne pourra incriminer la vésicule, sans se demander si le syndrome douloureux n'a pas été forgé de toutes pièces par un ulcus duodénal, une appendicite récidivante, une colite muco-membraneuse.

Mais la *mesure de la cholémie* orientera le praticien vers le vaste domaine des réactions vésiculaires. Elle éclairera de plus son diagnostic. L'hypercholémie notamment est éphémère au lendemain des accès douloureux de la maladie calculeuse, alors qu'elle ne se résoud jamais au cours de la cholémie familiale.

Sachons enfin que pareilles réactions vésiculaires peuvent s'observer chez différentes catégories de malades : chez les bilieux et les hépatiques ; chez les sujets atteints de stase vésiculaire sans calculs ; chez les dyspeptiques gastro-intestinaux, les appendiculaires ; ou dans les syndromes neuro-végétatifs et endocriniens.

Pour terminer, *la recherche systématique d'une poussée infectieuse* établira le départ entre une réaction douloureuse simple et une angio-cholécystite.

Lorsqu'au cours d'un accès douloureux le malade éprouve d'assez vifs frissons et note une élévation thermique à 39° ou 40°, — l'alerte serait-elle de très brève durée, le médecin aurait-il rassuré l'entourage en parlant de fièvre hépatalgique —, une infection est sous roche, prête à se rallumer et à devenir tôt ou tard menaçante.

Lorsque la température n'a pas été enregistrée, le diagnostic d'infection ne peut prendre corps que si l'on fait valoir conjointement *la durée de la crise, la persistance des douleurs sous-hépatiques, l'augmentation de volume du foie et les poussées d'ictère.*

Mieux vaut, au moindre doute, recommander, aux malades, qui n'ont pas encore éprouvé les frissons avant-coureurs de la fièvre hépatalgique, de noter soigneusement leur température de quatre heures en quatre heures.

La note infectieuse sera également appréciée par la mesure de la leucocytose et le pourcentage des globules blancs, qui varient suivant les étapes de l'accès douloureux. Enfin le tubage duodénal renseignera, non seulement sur la perméabilité du cholécyste, mais encore sur l'abondance de l'albumine et sur la présence des leucocytes polynucléaires dans la bile B, car ces signes constituent les meilleurs témoins d'une inflammation de la vésicule.

La complication de cholécystite sera confirmée par la *radiologie* : recherche des signes indirects gastro-intestinaux, cholécystographie, angio-cholégraphie.

***

Contrairement à la cholécystite inflammatoire, la réaction vésiculaire simple indique le traitement médical

L'acte opératoire reste, pour cette dernière, subordonné à la répétition et à l'intensité des accidents douloureux, tandis que la cholécystite franchement inflammatoire pose le problème de l'intervention d'urgence.

Calmer la douleur et régulariser le jeu fonctionnel des voies biliaires, ce sont là les deux indications majeures du traitement médical, quels que soient la forme et le prétexte des réactions vésiculaires.

Les larges compresses chaudes et le laudanum apparaissent comme le traitement de choix. On

peut en compléter l'effet par l'administration rectale de vingt gouttes de laudanum et de 1 à 2 grammes d'analgésine, dans le véhicule de 80 grammes d'eau de guimauve, prescription très simple, qui dispensera de recourir aux injections de pantopon et de papavérine ou même à l'éther amyl-valérianique.

Si les accès douloureux se reproduisent avec une fréquence déprimante, l'emploi de la chaleur et du laudanum pourra alterner avec les topiques locaux, que représentent les pommades belladonées et l'huile d'amandes douces, imprégnée de chloroforme. C'est alors que les applications directes ou indirectes de la physiothérapie : infra-rouges, ultra-violets, diathermie, ondes courtes, radiothérapie pourront trouver des partisans.

D'autre part, on régularisera le transit pyloro-duodénal, qui commande l'ouverture du sphincter d'Oddi et l'évacuation du canal hépato-cholédoque.

« La *diététique* justifie cette conception en démontrant l'efficacité des petits repas fractionnés et répétés, dans le but d'éviter les brusques afflux de bile ; nul doute que ce régime ne contribue à calmer les douleurs, mais il a sa rançon, lorsque sous la forme du lait bouilli et écrémé, administré à faibles doses, il facilite tôt ou tard l'amaigrissement du malade. Le médecin qui l'applique, dans un esprit de temporisation, doit savoir l'interrompre par intermittences, pour juger de la stabilité des progrès obtenus.

« Certains motifs inviteront le thérapeute à remplacer le lait écrémé par le régime végétarien : le lait ne convient guère aux dyspeptiques, qui sont sujets à des fermentations intestinales, et c'est là bien souvent un élément de différenciation que le clinicien saura mettre à profit. Les constipés chroniques et les malades prédisposés à l'entéropathie muco-membraneuse ne voient guère leurs réactions douloureuses s'atténuer sous l'effet du lait écrémé, dont on les abreuve par demi-tasses à thé, sans autres aliments ; ils apprécient davantage les farines de céréales, les légumes herbacés, quelques légumineuses, les fruits cuits, en attendant l'étape où on leur permettra du maigre de jambon, un blanc de volaille ou des viandes grillées ».

Parmi les traitements régulateurs, on conseille l'atropine, l'ésérine, et même la folliculine pour apaiser les réactions vésiculaires périodiques, dont souffrent si fréquemment les victimes d'une ménopause chirurgicale prématurée.

On fera un emploi judicieux des cholalogues et des cholérétiques. Enfin, le traitement hydro-minéral recherchera la régularisation digestive en modifiant le pH des sécrétions gastro-duodénales.

G. Fischer.

LES ANÉMIES DES CIRRHOTIQUES

Docteur Alexandre Gefel

L'anémie est assez fréquente au cours des cirrhoses ; elle l'est d'autant plus que la maladie est plus ancienne. Il s'agit en général d'anémies moyennes, le chiffre des globules oscillant entre 2-3,5 millions. On voit plus rarement des cas sévères dans lesquels le nombre des globules descend à 1 million et même au-dessous.

Du point de vue morphologique on peut classer ces anémies en : *a*) macrocytiques et hyperchromes, et *b*) microcytiques et hypochromes. Ces deux groupes ne sont pas nettement tranchés, le même malade pouvant montrer au cours de son évolution une anémie hypochrome qui devient par la suite hyperchrome ou inversement. L'anémie hyperchrome, si elle se rapproche par certains caractères de l'anémie de Biermer, en diffère par d'autres et on ne peut pas les identifier.

Les études expérimentales ont démontré que la cirrhose animale provoquée s'accompagne elle aussi d'anémie hyperchrome, qui n'est pas due à la lésion directe du système hématopoïétique et qui doit par conséquent être mise sur le compte de la lésion hépatique. En outre, on a montré que le foie cirrhotique ne possédait pas le principe anti-anémique qui se trouve dans le foie normal et qui était pauvre en fer et en matière hémo-globino-formatrices.

En se basant sur les études expérimentales et cliniques il faut conclure que l'anémie est le résultat de l'insuffisance hépatique portant sur de nombreuses fonctions : carence en principe hématopoïétique, carence en matières hémoglobino-productrices (fer, acides aminés) ; il s'y ajoute probablement aussi une carence en vitamines (A ? B ? C ?).

Le traitement consistera dans l'administration du foie de veau dans les formes hyperchromes et du fer dans les formes hypochromes. Les résultats sont en général peu favorables et temporaires (1).

(1) Thèse de Paris, 1939.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Le traitement du diabète sucré par l'insuline protamine-zinc

Au cours de son étude, R. Boulin rappelle que l'insuline-protamine-zinc est un produit complexe dont la nature exacte n'est pas encore parfaitement établie. On peut la considérer comme une insuline-protamine additionnée d'une petite quantité de zinc : 2 milligrammes pour 1.000 unités. Primitivement, il était nécessaire, au moment de l'usage, de mélanger la protamine-zinc à une solution tampon qui permettait d'en ajuster le pH au point voulu ; actuellement elle est présentée toute prête à l'emploi dans un seul flacon, la solution est trouble ; il faut l'agiter, point capital, avant de la puiser, sous peine de n'obtenir avec le liquide surnageant qu'un effet hypoglycémiant médiocre, les particules d'insuline-protamine-zinc tendant à se rassembler dans le fond du flacon. La solution titre ordinairement 40 unités par centimètre cube, mais certaines firmes préparent des insulines-protamines-zincs titrant 80 unités par centimètre cube. L'injection doit être faite superficiellement dans le tissu cellulaire sous-cutané et non dans le muscle, sous peine de n'obtenir qu'un effet hypoglycémiant analogue à celui de l'insuline ordinaire.

Tout le monde admet actuellement que l'insuline-protamine-zinc n'abaisserait que lentement la glycémie ; celle-ci en effet ne commencerait à décroître que dans la troisième heure qui suit l'injection ; par contre, l'action hypoglycémiante serait maxima au bout de douze heures et même se prolongerait davantage lorsqu'on utilise des doses élevées. L'abaissement et le relèvement de la glycémie serait très lent et exempt des violentes oscillations que provoque chez certains sujets l'insuline ordinaire. Ces propriétés de l'insuline-protamine-zinc comportent quelques déductions : tout d'abord il ne faut pas l'employer lorsqu'il faut agir vite, par exemple dans le cas de coma diabétique ou encore chez des sujets porteurs de suppurations. A part les gangrènes qu'il s'agit de désucrer assez rapidement pour les opérer d'urgence, quand leur évolution n'est pas trop rapide et qu'on attend leur limitation pour intervenir, l'insuline-protamine-zinc est préférable à l'insuline ordinaire, car elle permet plus facilement l'obtention de ces glycémies basses, qui sont particulièrement recommandables dans le traitement des gangrènes.

Son emploi est encore particulièrement indiqué dans le diabète compliqué de tuberculose pulmonaire ; ces malades ont en effet besoin fréquemment de doses élevées d'insuline ; souvent cette dernière entraîne chez eux des malaises que l'on peut éviter ou tout au moins réduire, avec l'emploi de l'insuline-protamine-zinc. Il en est de même pour les diabètes compliqués d'angine de poitrine, de coronarite ; chez ces malades, l'insuline ordinaire provoque souvent l'apparition des crises, il n'en est pas de même avec l'insuline-protamine-zinc, qui abaisse plus doucement la glycémie.

L'insuline-protamine-zinc est toujours indiquée dans le diabète avec acidose et dénutrition. Dans le diabète sans acidose et dénutrition, elle est inutile quand l'insuline ordinaire l'est également, c'est-à-dire quand le seul régime, sans être trop restrictif en hydrates de carbone, sans soumettre le malade à une alimentation trop riche en albumine et en graisse, suffit à ramener la glycosurie à la normale, à maintenir le poids en équilibre. Cependant, quand ces conditions ne sont pas toutes réalisées, il vaut mieux employer l'insuline-protamine-zinc.

Dans la pratique, avant de soumettre un malade à ce médicament il faut d'abord l'astreindre à un régime fixe, qui n'a rien de spécial. Pour connaître la dose à employer, il faut d'abord obtenir de l'insuline ordinaire le maximum de ce qu'il est possible ; ensuite, on n'administre en insuline-protamine-zinc que les trois quarts de la dose qu'on administrerait en insuline ordinaire ; dans ces conditions, aucun effondrement important ne se produit dans la glycémie. Si cette dose réduite aux trois quarts est insuffisante, on augmente progressivement de deux unités par jour. Dès que la glycémie a totalement disparu, et que la glycémie est retombée au voisinage de 1 gr. 10, on peut considérer le résultat comme excellent, et adopter la dose comme celle qui convient au malade. En principe, pour les petits diabètes on adopte une dose quotidienne de 10 à 20 unités ; pour les diabètes modérés de 20 à 40 unités, et pour les diabètes graves des doses supérieures à 40 unités, allant jusqu'à 50 ou 60 unités. (*Revue Médicale Française*, février 1939.)

Quelques considérations sur le cancer du corps de l'utérus

MM. KELLER et P. MEYER basent leur travail sur une statistique de 82 observations faites à la maternité de Strasbourg de 1919 à 1937.

La malignité de l'affection a toujours été reconnue par l'examen histologique des débris de muqueuse recueillis au cours d'un curettage explorateur de la cavité utérine, pratiqué systématiquement dans chaque cas suspect — à l exception des cas où le cancer était associé à d'autres tumeurs nécessitant déjà à elles seules une intervention. Ce curettage explorateur de la cavité utérine est supérieur à toute autre méthode d'investigation pour poser le diagnostic de cancer du corps. L'examen radiologique de la cavité utérine n'est pas indispensable et peut être dangereux (incertitude d'interprétation, danger d'infection).

Les auteurs ont noté treize fois la coexistence du cancer du corps avec d'autres tumeurs (cinq fois avec fibrome, cinq fois avec kyste de l'ovaire, une fois avec cancer du col, deux fois avec sarcome) ; 55 % des malades ont été opérées et 24 ont été soumises aux méthodes physiothérapiques. La morbidité post-opératoire s'élève à 25,4 % ; la mortalité opératoire atteint 3,8 % pour la voie vaginale, et 17,8 % pour la voie abdominale. Les résultats éloignés obtenus par l'opération (toutes les méthodes comprises) donnent un pourcentage de 53,4 % de guérisons ; ceux obtenus par les radiations (radium seul ou radium combiné à la radiothérapie profonde), 35,7 % de guérison dans les cas reconnus inopérables, mais leur nombre est trop restreint (14 cas), pour pouvoir en tirer des conclusions valables.

L'intervention chirurgicale est certainement le traitement de choix du cancer du corps dans les cas opérables. Lorsque l'état général de la malade est satisfaisant, lorsqu'il n'y a point de métastases et que toutes les conditions de bonne réussite sont requises, l'hystérectomie abdominale totale avec les annexes entre en ligne de compte. Chez les malades âgées, moins résistantes, et tarées, on pratiquera de préférence l'hystérectomie vaginale. Ces deux méthodes de traitement présentent encore à leur actif le plus de guérisons éloignées, pouvant atteindre et même dépasser parfois largement 50 %. Les autres malades inopérables par suite d'altérations *morbides, d'ordre général* ou d'un cancer déjà trop avancé, bénéficieront du traitement par les radiations. Ici on pourra encore obtenir des guérisons que l'opération n'aurait pu réaliser. (*Rev. Franç. de Gynécologie*, mars 1939.)

La transfusion sanguine dans les infections puerpérales généralisées

La valeur de la transfusion sanguine n'est plus niée aujourd'hui dans la lutte contre l'infection puerpérale. MM. R. KELLER et J. LIMPACH en ont fait une application étendue dans leur clinique de Strasbourg et ils ont remarqué que, bien que son efficacité soit loin d'être absolue, son utilisation produirait dans de nombreux cas une amélioration, dans d'autres cas une guérison définitive. Dans les cas graves, son application doit donc être tentée de toutes façons.

Voici d'ailleurs les conclusions adoptées par ces auteurs : La transfusion sanguine a une influence effective sur l'évolution de certains cas de fièvre puerpérale généralisée. Cette influence se manifeste par une chute souvent assez brusque du pouls et de la température, par la suppression des frissons et par l'amélioration de l'état général. L'efficacité de la transfusion est liée à la précocité de son application. Pour obtenir un effet positif, elle doit être faite au début de la phase sanguine de l'infection puerpérale.

Pour obtenir un résultat définitif, durable, il y a intérêt à renouveler les transfusions à des intervalles assez rapprochés (5 à 8 jours).

La transfusion sanguine devient inopérante dans la phase tardive de l'infection puerpérale, après la formation de métastases et de lésions septiques graves des organes. L'existence d'endocardite, de néphrite, d'hépatite et d'affections pulmonaires aiguës constitue une contre-indication.

La quantité de sang transfusé n'a pas besoin d'être grande (150 à 200 grammes) ; mais il est nécessaire de répéter les transfusions à des intervalles assez rapprochés. Pour leurs transfusions, les auteurs ont utilisé du sang citraté, du sang pur et du sang placentaire ; ils n'ont constaté aucune différence apparente. La valeur thérapeutique de la transfusion sanguine est incontestable ; actuellement, elle constitue la méthode la plus efficace, que nous ayons à notre disposition pour lutter contre l'infection puerpérale généralisée. (*Rev. Franç. de Gynécologie*, mars 1939.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Cancers et acides déshydrascorbiques à anneau lactonique ouvert

(MM. L. BÉRARD, A. MOREL, F. ARLOING, A. JOSSERAND et L. PERROT ; 28-3-1939)

Dans des mémoires présentés à l'Académie des sciences, en 1935, 1936 et 1937, MM. Arloing, Morel et Josserand ont étudié l'action, vis-à-vis des tumeurs malignes, des injections intra-veineuses de sels complexes, préparés à partir de la vitamine C.

M. Bérard et ses collaborateurs exposent aujourd'hui les effets obtenus avec un produit d'un groupe analogue, l'acide déshydrascorbique à anneau lactonique ouvert. Les injections intra-veineuses de cette substance procurent une amélioration de l'état général et une désinfiltration de la masse tumorale. On pourrait ainsi rendre opérables certaines tumeurs malignes, permettre la reprise de l'alimentation dans le cas de tumeur de la langue, soulager les algies des néoplasmes douloureux, etc.. Il s'agit d'un traitement d'appoint, à but d'action limité, mais intéressant néanmoins. Toutefois, il est préférable de s'en abstenir dans les tumeurs opérables ou irradiables d'emblée et dans les tumeurs inopérables à évolution lente (cancer intestinal), sans troubles nécessitant une médication palliative.

La prophylaxie de la diphtérie par l'anatoxine Ramon à l'hôpital maritime de Zuydcoote de 1932 à 1939

(M. VENDEUVRE et Mlle NIGOUL ; 28-3-1939)

M. Vendeuvre et Mlle Nigoul présentent une statistique de 3.200 vaccinations par l'anatoxine diphtérique Ramon faites à l'hôpital maritime de Zuydcoote.

Ces vaccinations n'ont donné lieu à aucune réaction, locale ou générale, méritant l'attention. Les résultats prophylactiques ont été nettement concluants : avant la vaccination, 108 cas de diphtérie ; après la vaccination, de 1932 à 1939, 5 cas de diphtérie, dont *un seul* chez un sujet vacciné.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Contracture musculaire douloureuse au cours d'une épiphysite iliaque

(MM. A. MOUCHET, E. SORREL et STEFANI ; 1-2-1939)

Une grande jeune fille de 16 ans et demi vient consulter pour des douleurs lombaires existant depuis trois semaines, sans cause traumatique ou infectieuse manifeste. La malade marche difficilement, toute la colonne vertébrale étant inclinée vers la droite, et garde généralement le lit.

On note une scoliose lombaire a concavité droite, une forte contracture des muscles para-vertébraux droits. Aucune lésion vertébrale appréciable à la radiographie. L'état général est bon et les images radiographiques ne sont pas celles d'un mal de Pott.

En regardant de plus près la radiographie, on se rend compte que l'épiphyse marginale de l'aile iliaque est en plein développement. La palpation y est douloureuse et l'on est amené à penser à une épiphysite marginale, affection dont quelques cas ont été déjà publiés. L'évolution de la maladie paraît bien donner raison à cette interprétation. Sous l'influence du repos et peut-être aussi des injections de novocaïne faites au niveau des insertions musculaires sur la crête iliaque douloureuse, la contracture a cédé et la scoliose a presque disparu.

Ostéolyse progressive essentielle de la main

(M. Albert MOUCHET ; 1-2-1939)

M. Mouchet a présenté, il y a trois ans, au nom de MM. Dupas, Badelon et Daydé (marine) un cas d'ostéolyse essentielle de la main gauche. Il a eu récemment l'occasion de revoir le malade et il a pu constater la progressivité de l'ostéolyse, qui a gagné les épiphyses radiale et cubitale. Actuellement, le carpe est réduit à la surface d'une pièce de un franc, le médius n'a plus de première phalange, l'annulaire a sa première phalange réduite au volume d'une allumette. La fonte osseuse remonte à grands pas sur le membre supérieur.

La main gauche est devenue ainsi de plus en plus courte, épaisse, ramassée sur elle-même, réduite à une palette molle dans laquelle les doigts écourtés, trapus, rentrent à la façon des tubes d'une longue vue. Le patient exerce la profession de facteur intérimaire. Il utilise sa main gauche, qu'il tient habituellement cachée dans sa poche, comme point d'appui sur sa bicyclette grâce aux dernières phalanges des quatrième et cinquième doigts. Il ne se préoccupe pas autrement de son infirmité qui est absolument indolente.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Le rhumatisme chronique déformant xanthomateux

(M. F. LAYANI ; 3-3-1939)

Il s'agit ici d'une nouvelle forme clinique de la maladie xanthomateuse: la forme rhumatismale chronique déformante. En réalité, les affections du squelette ont ainsi retrouvé un regain de faveur, grâce à la connaissance des troubles humoraux et sanguins, qui accompagnent souvent les altérations osseuses.

A vrai dire, si pendant plus de quinze ans, la malade observée a présenté cette forme rhumatismale dans sa plus grande pureté, elle a pu réunir dans les dernières années de son évolution le tableau complet de tous les aspects cliniques de la maladie xanthomateuse.

Sur une polynévrite chez un diabétique tuberculeux

(MM. M. VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON et P. KLOTZ ; 3-2-1939)

Il s'agit d'un malade à la fois diabétique et tuberculeux, à l'examen duquel on a constaté une diminution de la force musculaire des membres inférieurs prédominant sur les extrémités, une abolition des réflexes achilléens. L'examen électrique montrait une très forte hypo-excitabilité faradique, une hypo-excitabilité galvanique prononcée, et une tendance nette à la lenteur de la secousse ; par ailleurs on notait que, sur le territoire du sciatique poplité externe, le malade sentait à peine quelques picotements lors des fortes décharges électriques.

Après dix jours d'injections intra-veineuses massives de vitamine B_1, à la dose journalière de 25 milligrammes, les réactions électriques se sont complètement modifiées : le malade accusait parfaitement la sensation de cuisson au courant ; il n'y avait plus aucune tendance à la lenteur de la secousse et seule persistait une très légère hypo-excitabilité faradique et galvanique qui devait elle-même disparaître huit jours plus tard. Entre temps, s'accusait une amélioration considérable de la force musculaire ; les troubles de la sensibilité s'effaçaient et seule persistait l'abolition des réflexes achilléens. Cette abolition n'avait pas encore régressé après un mois de traitement. Puis les réflexes médioplantaires ont réapparu et, enfin, après deux mois, les réflexes achilléens.

La polynévrite diabétique est actuellement encore discutée. La polynévrite que présentait ce malade était-elle d'origine diabétique ? En faveur de cette origine, il faut retenir l'absence absolue de tout éthylisme et de toute autre intoxication, aussi bien que de toute infection aiguë à virus neurotrope. Seule la tuberculose coexistait avec le diabète ; mais les névrites tuberculeuses prêtent à plus de discussions encore que les névrites diabétiques. Ici la tuberculose n'est intervenue que comme facteur associé ; il s'agirait, en quelque sorte, d'une polynévrite diabéto-tuberculeuse, la tuberculose n'intervenant ici, comme dans la polynévrite alcoolique, que comme élément de révélation d'une avitaminose B_1. Il faut souligner ici que dix jours seulement de traitement intensif par la vitamine B_1 ont modifié de fond en comble les réactions électriques pathologiques.

Kyste para-ovarien simulant une ascite libre. Intervention chirurgicale. Guérison

(MM. A. BERGERET, P. LÉCHELLE, A. THÉVENARD et CHAROUSSET ; 24-2-1939)

Cette observation est intéressante pour plusieurs raisons :

1° Tout d'abord la difficulté du diagnostic que peut soulever l'existence d'un très gros kyste para-ovarien qui, développé entre les deux feuillets du ligament large, peut arriver à simuler en tous points, cliniquement, un épanchement péritonéal en péritoine libre. Chez la malade, en effet, on avait les signes d'une ascite libre avec matité mobile, phénomène du flot et il était impossible de préciser si l'épanchement était dans la cavité péritonéale ou sous-péritonéale ;

2° Les caractères du liquide de ponction, par contre, auraient dû faire envisager avec certitude l'hypothèse du kyste para-ovarien. Ils sont ceux qu'on attribue généralement à de tels kystes. C'est un liquide d'aspect eau de roche, parfois légèrement opalescent, dont la quantité peut être considérable. Sa faible densité, son faible taux d'albumine, son absence de fibrine, la présence de cholestérine sont, en effet, les caractéristiques essentielles de ces kystes et, dans cette observation, elles y sont au complet. Une seule affection paraît pouvoir simuler, à première vue, par l'aspect de son liquide, le kyste para-ovarien, c'est le kyste hydatique. Mais le liquide hydatique, s'il est aussi couleur eau de roche, s'il ne contient pas d'albumine en général, est riche en chlorures et glucose. Ces caractères, en l'absence de crochets d'hydatide, permettent la distinction. Quant aux kystes de l'ovaire, aux ascites, on n'a pas connaissance qu'ils donnent jamais un liquide ayant l'aspect et la composition de celui observé dans ce kyste para-ovarien.

G. F.

Montpellier

Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen

Injections intradermiques : étude analytique en fonction de la substance injectée

M. Godlewski. — Exposition tout d'abord de la technique employée, chaque substance étant injectée à l'avant-bras, au thorax, à l'abdomen, à la cuisse. Les principales substances étudiées sont le sérum salé isotonique, la syncaïne, l'histidine, l'histamine et accessoirement le mélange histamine histidine, la morphine. Pour chaque papule, il faut noter la morphologie générale (papule et érythème), et l'évolution de ces deux éléments, la durée de cette évolution, certaines réactions locales et générales. Les caractères sont particuliers pour chacune des substances étudiées. Une substance nouvelle qui évoluerait de façon identique à l'une d'elles ne pourrait-elle être physiologiquement rapprochée de cette dernière ? Les différences entre les substances paraissent dépendre pour beaucoup de leur pouvoir vaso-moteur ; la moins vaso-motrice ne détermine presque aucune réaction, la plus vaso-motrice provoque des réactions intenses. Par les unes ou par les autres, il est donc possible d'interroger surtout l'hydrophilie tissulaire ou le système vaso-moteur (pouvoir réactionnel), et la perméabilité des artérioles, des veinules et des capillaires.

Injections intradermiques : étude analytique en fonction de la topographie cutanée

M. Godlewski indique que des différences notables existent entre les papules d'une même substance, chez un même individu, selon la région où elles sont provoquées ; des papules de substances différentes faites en un même lieu ont un certain nombre de caractères communs. L'évolution d'une papule d'I. I. peut nous renseigner sur l'état humoral et vaso-moteur général d'un individu, mais avant tout sur la région où elle est pratiquée, région possédant parfois des caractères particuliers. Il n'existe pas systématiquement d'évolution anormale de papules dans le dermotome correspondant à un viscère lésé ; mais les anomalies qui apparaissent parfois ne pourraient-elles en dépendre ? L'auteur insiste en terminant sur ce que « l'organe cutané » malgré son unité n'est pas partout identique et que les portions tégumentaires de deux régions différentes ne sont pas absolument superposables.

Ptosis congénital. Opération. Technique chirurgicale. Résultat

MM. Dejean et Ferrié. — L'idée qu'il s'agit d'une aplasie congénitale du système moteur des paupières portant sur le corps musculaire va guider les auteurs dans le choix du procédé chirurgical. Rejetant les interventions classiques, ils vont pratiquer une diminution de la hauteur du voile palpébral. Excellent résultat esthétique et fonctionnel.

Conjonctivite par cil intra-lacrymal

MM. Dejean et Ferrié. — C'est un cas peu banal de cil entraîné par les larmes dans le canalicule lacrymal inférieur et irritant la conjonctive voisine.

Epithélioma du limbe scléro-cornéen. Etude clinique et anatomo-pathologique

MM. Dejean, Viallefont et Ferrié rappellent l'aspect clinique, l'évolution lente et le protocole histologique de ce genre de tumeur. Ils insistent sur ce point que la scléro-cornée oppose une barrière au mal qui ne peut s'étendre en profondeur, du moins pendant un certain temps ; c'est la période où l'excision suivie du curettage suffit. Ils citent pourtant un cas ayant nécessité énucléation, puis exentération.

A propos de deux cas de polyurie simple post-traumatique

MM. Aussilloux, Méténier et Blaquière rapportent d'abord deux observations de polyurie post-traumatique passagère. Après avoir noté le peu de fréquence de cette affection, ils étudient brièvement la symptomatologie, la pathogénie (théorie nerveuse, théorie hypophysaire, théorie mixte), le diagnostic ainsi que le traitement à opposer à ce trouble urinaire.

Un cas de torsion du grand épiploon

MM. Massabuau, Guiral, Joyeux et Drouhet. — Il s'agissait d'une femme de 54 ans, porteur d'une hernie inguinale droite très ancienne et qui a présenté un syndrome douloureux aigu de la fosse iliaque droite rappelant le syndrome d'appendicite aiguë.

Le grand épiploon ayant un point fixe dans le sac herniaire avait subi une torsion en sens inverse des aiguilles d'une montre (trois tours complets).

L'importante gêne circulatoire dans le méso a nécessité sa résection.

Un nouveau cas d'appendicite à forme tumorale

MM. Massabuau, Guibal, Joyeux et Drouhet rapportent un cas d'appendicite à forme tumorale. Il s'agissait d'un abcès appendiculaire bien enkysté présentant une mobilité relative à la palpation abdominale et qui fut opéré le quinzième jour de sa crise. Ils rappellent à ce sujet les trois types de forme tumorale de l'appendicite :

1° La forme tumorale pure scléreuse ou scléro-lipomateuse ;

2° Le phlegmon ligneux iliaque de Mériel ;

3° La forme abcès répondant au cas rapporté par les auteurs.

Les Congrès

• • •

LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE RHUMATISME

(Réunion du 11 mars 1939)

Les injections régionales de sulfamidés dans le traitement des affections rhumatismales

MM. Fl. Coste, Gaucher et Morin rappellent les résultats intéressants publiés par les auteurs américains sur la sulfamidothérapie des affections rhumatismales. Ils ont eu l'idée d'injecter des produits sulfamidés *in situ*, à l'intérieur des articulations enflammées ou à leur voisinage. Les résultats ont été étudiés dans vingt-cinq cas appartenant aux formes cliniques les plus diverses, mais la plupart d'origine inflammatoire (polyarthrites chroniques évolutives, rhumatismes gonococciques, spondylarthrites ankylosantes, etc.). Encore que les résultats soient trop récents pour permettre une conclusion, ils notent l'innocuité de la méthode, son efficacité réelle sur des phénomènes inflammatoires et, en particulier, sur la résorption des épanchements articulaires dont la formule cytologique se modifie parfois. Des recherches en cours permettront de mieux préciser les indications de cette méthode thérapeutique et son mode d'action.

Statistique de la consultation de rhumatologie annexée au service du Docteur Weissenbach à l'hôpital Saint-Louis (Cas nouveaux en 1938)

MM. Weissenbach, Perles et F. Françon apportent la statistique des cas nouveaux de rhumatismes observés à la consultation de rhumatologie de l'hôpital Saint-Louis, en 1938, ces cas étant classés suivant la nomenclature d'étude adoptée par la Commission permanente du rhumatisme auprès du ministère de la Santé publique. Cette statistique tire son intérêt principal du grand nombre de cas observés (394).

Spondylose ankylosante et mal de Pott

MM. Weissenbach, Perles et Temime rapportent l'observation d'un mal de Pott avec abcès froid fistulisé survenu chez un homme de 68 ans au cours de l'évolution d'une spondylose ankylosante. Ils discutent l'étiologie de la spondylose et montrent l'intérêt de l'association des deux manifestations morbides au point de vue de l'étiologie et de la pathogénie.

Un cas d'ostéose thyroïdienne

MM. Coste, M. Gaucher et Guyot relatent l'observation d'une femme de 59 ans ayant un goitre ancien secondairement basedowifié et parvenue à un état de cachexie accentuée, chez laquelle l'apparition d'une gêne progressive de la marche et de déformations du rachis et des membres inférieurs, a permis de déceler un état d'ostéoporose très accusée, généralisée à tout le squelette. La calcémie et la phosphatémie se sont montrées normales. L'étude du bilan calcique a montré, fait paradoxal, une diminution de calcium excrété, en particulier une hypocalciurie. Les auteurs se proposent de procéder à l'ablation du goitre et d'étudier son influence sur la calcification du squelette.

Les injections locales intra-articulaires dans le traitement des coxarthries

M. Morin a pratiqué chez vingt-quatre malades des injections intra-articulaires par voie antéro-sustrochantérienne, soit de substances anesthésiques (novocaïne, huile anesthésique), soit d'histamine. Les résultats qui, pour la plupart, portent sur des cas invétérés, sont dans l'ensemble satisfaisants, surtout en ce qui concerne les injections analgésiques lesquelles, en bloquant la sensibilité de l'articulation, améliorent fonctionnellement les malades.

Les coxo-fémoroplasties dans le traitement des morbus coxæ-senilis

M. Raphaël Massart publie les résultats de dix cas de morbus coxæ senilis rebelles à toute thérapeutique, qu'il a traités par l'intervention décrite par Smith-Peterson. Opération simple et sans danger. Les résultats immédiats sont très satisfaisants : disparition de la douleur, réapparition d'une certaine mobilité articulaire.

Le rhumatisme fibreux et ses diverses formes

M. Mathieu-Pierre Weil insiste sur la très grande fréquence des manifestations rhumatismales extra-articulaires, et sur les journalières causes d'erreur qui sont dues à leur méconnaissance. Celle-ci est d'autant plus regrettable que lesdites formes représentent celles sur lesquelles les actions thérapeutiques ont le plus facilement prise. Après avoir éliminé du rhumatisme extra-articulaire les altérations qui n'ont pas le tissu fibreux pour siège, l'auteur attire particulièrement l'attention sur trois formes qui possèdent chacune leur thérapeutique spéciale : la fibrosite, la tendinite, le mal des insertions.

La fibrosite, dans le sens restreint que l'auteur accorde à ce terme, est la souffrance des larges fascias, des larges aponévroses ; elle est particulièrement fréquente à la région lombaire ; son traitement essentiel est la chaleur.

La tendinite, douleur localisée a un ou plusieurs tendons, est améliorée par le repos, la chaleur et l'infiltration novocaïnée.

Le mal des insertions est une douleur strictement localisée au point où s'insère sur un os, un tendon, une aponévrose. Le micro-traumatisme en constitue l'agent efficient. L'affection guérit par l'injection, au point malade, d'une dose souvent minime de novocaïne.

Ces diverses variétés peuvent s'associer, comme elles peuvent compliquer les formes articulaires du rhumatisme.

La téléröntgenthérapie totale dans le traitement des affections rhumatismales

M. P. Lehmann. — La téléröntgenthérapie totale est indiquée dans les rhumatismes endocriniens, dans les rhumatismes polyarticulaires aigus ou subaigus, dans tous les rhumatismes fixés où la multiplicité des localisations ne permet pas les traitements locaux. Sur 105 cas soignés depuis trois ans, 87 ont été améliorés, avec diminution ou disparition des douleurs et de la gêne fonctionnelle, arrêt de l'évolution.

Appareils de contention moulés en matière cellulosique pour la prévention des déformations articulaires

M. J. Forestier et Mlle Andrée Certonciny présentent un nouveau matériel pour la confection d'appareils d'immobilisation articulaire partielle (bandes de coton non blanchi, imprégnées d'une substance colloïde en solution dans l'acétone).

Avec ce matériel, ils ont exécuté des appareils d'immobilisation des divers segments articulaires et des corsets. Les qualités de ce matériel sont sa grande légèreté, sa transparence aux rayons X, la possibilité d'associer l'hydrothérapie et la crénothérapie à l'immobilisation fractionnée.

P. L.

Les Thèses

P. — Dr Chr. Pierra. — **L'apoplexie ovarienne. (A propos de quelques observations nouvelles).** (Thèse 1938.)

L'apoplexie ovarienne ne possède pas de symptomatologie propre, et il n'existe d'ailleurs aucun parallélisme entre l'intensité de ses lésions anatomiques et leur traduction clinique. Ses formes aiguës, qui simulent le plus souvent une crise appendiculaire ou une rupture de grossesse ectopique, sont maintenant bien connues. Ses formes larvées dont un certain nombre de constatations opératoires et d'examens histologiques ont montré la réalité, semblent beaucoup plus fréquentes, et *bien des phénomènes douloureux menstruels ou intermenstruels paraissent devoir leur être rattachés.*

Les conditions dans lesquelles surviennent les accidents apoplectiques, et un certain nombre de résultats expérimentaux, semblent montrer le rôle du facteur hormonal dans le déterminisme de ces accidents. Ceux-ci apparaissent comme un trouble circulatoire épisodique, favorisé parfois par l'existence d'une dyscrasie sanguine, d'une fragilité capillaire anormale ou de toute autre cause locale de moindre résistance. Leur origine dans la zone la plus riche en terminaisons neuro-végétatives permet peut-être d'en trouver la cause dans un déséquilibre sympathique d'origine hormonale. Un certain nombre de faits tendent à montrer l'influence d'une brutale décharge prolanémique.

P. — Dr M. Sapet. — **Les tumeurs mixtes des glandes salivaires du palais.** (Thèse 1939.)

Les tumeurs mixtes des glandes salivaires du palais, lésions assez rares, surviennent à tout âge, atteignant indifféremment les deux sexes ; elles ne sont jamais médianes, mais latéralisées, pouvant déborder plus ou moins largement la ligne médiane.

Leur volume est variable : il atteint dans certains cas celui d'une orange. La muqueuse qui les recouvre est, en général, intacte, lisse.

Au toucher, ces tumeurs présentent une consistance, tantôt ferme, tantôt molle, correspondant aux divers tissus qu'elles renferment.

Leur histogénèse se confond avec celle des tumeurs mixtes des glandes salivaires en général.

Le pronostic de ces tumeurs, la plupart du temps favorable, doit cependant être envisagé avec une certaine réserve, étant donné leur origine épithéliale.

Le traitement est chirurgical. Il consiste dans l'énucléation complète de la tumeur.

La radiumthérapie a été employée seule ou associée. Dans le premier cas, elle ne semble pas avoir donné de résultats. Associée à la chirurgie, on doit y recourir à titre préventif, pour empêcher les récidives.

THÉRAPEUTIQUE

L'iode dans l'économie

Tout le monde sait, à l'heure actuelle, le rôle de premier plan que joue l'iode dans l'organisme.

Sans parler de son importance dans la composition de l'hormone thyroïdienne et de son rôle primordial dans le fonctionnement de cette glande qui, de ce fait, contrôle nombre de fonctions tissulaires, notions trop connues à l'heure actuelle pour que nous y insistions, signalons que l'iode fait partie des éléments physiologiques de toutes les cellules.

On en trouve dans la musculature, dans le sang, dans la lymphe thyroïdienne, dans le chyle ; on en trouve dans les glandes endocrines : thyroïde, ovaires, testicules, hypophyse, surrénales, diencéphale également, et ce, en quantité variable dans chacune de ces glandes suivant l'état physiologique où elles se trouvent.

C'est ainsi, par exemple, que dans l'ovaire, le taux de l'iode relativement élevé au cours de la vie génitale retombe d'une façon importante à la ménopause. C'est ainsi, également, qu'au cours de la menstruation, on voit une diminution de l'iode dans la thyroïde, qu'au cours de la grossesse, l'iodémie augmente pour diminuer après l'accouchement, fonction de la nécessité pour le fœtus, dont la sécrétion interne thyroïdienne n'est pas suffisante, de recevoir une quantité élevée d'hormone thyroïdienne maternelle.

Et puisque nous parlons de cet état physiologique, indiquons que l'iode apparaît dans le colostrum le premier jour après l'accouchement et reste dans le lait pendant toute la durée de l'allaitement. Le lait de femme sécrété pendant vingt-quatre heures contient de 20 à 40 γ d'iode qui sont d'ailleurs nécessaires aux nouveau-nés.

D'où provient cet iode ?

L'iode provient de l'alimentation ; on en a une preuve dans la proportion très élevée d'iode que l'on trouve dans le chyle. On a également pu constater que l'iodémie des habitants du bord de la mer est plus élevée que celle des habitants du continent, car la nourriture des premiers est très riche en poissons, animaux qui contiennent une proportion d'iode très élevée.

Le taux de son élimination, effectuée principalement par les reins, est d'ailleurs étroitement lié à la quantité de l'iode absorbé. Le bilan d'iode est à l'état normal rigoureusement équilibré. Les quantités d'iode fixées dans l'organisme sont égales à celles qui sont excrétées.

Donc, l'iode est un composant indispensable à l'organisme, et sa carence, soit parce que l'alimentation en contient une quantité insuffisante, soit parce qu'un état physiologique en nécessite un apport supplémentaire, est susceptible de déterminer de graves désordres. Ces notions, également trop connues pour que nous insistions, sont à la base de toute la thérapie iodée dans les affections de la thyroïde, d'ailleurs minime partie de cette thérapie dont le domaine s'étend à presque toutes les fonctions de l'économie.

Les effets de l'administration des iodiques sont différents suivant la préparation utilisée : c'est ainsi que les combinaisons organiques à grosses molécules telles que les iodotanins à dissociation lente, à élimination prolongée, libèrent dans l'organisme de l'iode naissant qui le maintient constamment sous son influence, provoquant, par son action oxydo-réductrice, des modifications plus intimes et plus profondes du métabolisme basal, et une action, dont nous venons de donner un aperçu, sur le fonctionnement de l'appareil endocrinien.

Ce sont des iodotanins qui forment l'élément constitutif de l'Iodamélis, et par leur association avec l'organothérapie spécifique masculine ou féminine, de l'Opo-Iodamélis « M » et « F » dont les applications dans le traitement des troubles endocriniens, et, en particulier, ceux du tractus génital, aussi bien chez l'homme que chez la femme, ont donné des résultats remarquables.

J. VERGENNES.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

■ ■ ■

POUR UN PEU PLUS DE BIENVEILLANCE

Nos rapports entre confrères seraient rendus plus faciles, si une fâcheuse tendance à d'abord critiquer ce qu'on ignore, ne s'exerçait chez nous, et si plus d'indulgence et plus de bienveillance se manifestaient dans nos relations confraternelles.

Nous connaissons, avec la vie actuelle, assez de difficultés, les malades nous en créent assez, pour que ne viennent point encore s'ajouter celles que soulèvent des confrères, en portant à la légère, des jugements sur des opérations faites, des traitements préconisés devant des malades trop contents de prendre en défaut un médecin qui presque toujours a fait tout son possible, pour soigner correctement et avec dévouement son malade.

J'ai toujours détesté cette position facile que prend le détracteur systématique de ce qui est nouveau, cette position qui consiste à considérer tout autre comme dépourvu de jugement, de savoir, d'adresse, quelquefois même de sens moral, et de toutes ces qualités dont on se croit par contre généreusement doté. Cette méfiance vis-à-vis d'autrui n'est point en général le signe d'un bien beau caractère et personnellement je me suis toujours éloigné, dût mon intérêt en pâtir, de ces maîtres pour lesquels le plaisir de la critique, et l'amour de la controverse apparaissaient comme les marques suprêmes de l'intelligence et constituaient de grandes satisfaction de l'esprit.

L'exemple qu'ils répandent autour d'eux est des plus néfastes, il exerce sur les jeunes élèves une influence déplorable, il les habitue à considérer avec peu d'indulgence le confrère qu'ils ne connaissent point, et je ne sais rien d'aussi pénible que d'entendre quelques-uns de ces étudiants, à peine sortis du P. C. B., juger avec suffisance et impertinence des praticiens dont la valeur et le mérite pourraient souvent leur être donnés en exemple.

Cette mentalité, on ne saurait assez la combattre, car elle fausse le jugement et rend impos sibles toutes bonnes relations entre confrères.

Il y a quelques années j'ai eu à m'en plaindre et si un procès m'a permis récemment de faire condamner un de ces mauvais confrères, c'est que je voulais montrer de façon indiscutable, la réalité de ces faits et voir s'il nous était possible de nous défendre contre eux.

Pour reprendre cette histoire déjà vieille de quelques-années et pour créer l'ambiance où elle se déroulait, ce qu'un jugement même fort bien motivé ne saurait rendre, je dirais que les opérations orthopédiques que nous pratiquions alors, étaient beaucoup moins courantes qu'aujourd'hui, que nous avions besoin de la confiance des malades pour arriver à leur imposer des soins douloureux, que dans l'attente d'un résultat favorable, nous nous donnions bien du mal, pour gagner cette confiance, instrument essentiel du succès. Aussi quelle déception je devais avoir, en apprenant qu'un confrère grincheux, malveillant, désigné pour exercer un contrôle sur une malade opérée, encore en cours de traitement, venait par des paroles maladroites et inconsidérées de jeter le doute sur l'opportunité des soins donnés et sur la réalité de la guérison promise. Sans m'arrêter à la stupidité des propos me concernant, je ne voyais qu'une malade très confiante, envisageant une guérison, et maintenant déprimée, désolée d'avoir fait le sacrifice douloureux de sa santé pour un résultat qu'on lui laissait entrevoir pire que le mal. Je me mettais à sa place et je comprenais tout ce qu'il y avait de triste pour elle, à avoir pris une décision qu'un médecin envoyé pour faire un contrôle, critiquait aussi sévèrement.

L'aveu que me fit la malade au lendemain de cette singulière *visite de contrôle* me montrait cependant que je n'avais pas perdu toute sa confiance, qu'elle espérait encore le mieux que je lui avais promis et c'est fort de cette confiance

que je me décidais à agir contre ce curieux confrère.

La solution qui venait la première à l'esprit paraissait être ou la lettre insolente, voire le coup de téléphone impétueux, peut-être même l'action directe : La petite satisfaction donnée par ces divers procédés était passagère, inutile, et après réflexion il me paraissait préférable de mesurer l'étendue du préjudice subi, d'en examiner la portée, et de m'en remettre aux décisions de juges qui pourraient, dans des circonstances analogues, être appelés à trancher d'autres différends semblables. C'est ainsi qu'aidé par notre admirable *Sou Médical*, je m'engageais pour la première fois, dans la voie juridique, malgré la répugnance que j'éprouvais d'y traîner un confrère.

La défense pour excuser les propos inconsidérés tenus contre moi, essaya de me représenter comme un de ces redoutables ennemis des lois sociales, comme un lutteur décidé, adversaire farouche des Caisses d'Assurances ; nous négligeâmes d'y répondre. Chacun sait que j'ai toujours ici défendu la médecine de contrôle, que j'en ai montré la nécessité, particulièrement en médecine sociale.

Si je me suis quelquefois élevé contre ceux qui la pratiquent, ce fut précisément pour leur montrer qu'ils devaient considérer que leur mission était importante, qu'elle les obligeait à beaucoup de discrétion, de mesure, que leurs propos étaient retenus, qu'ils avaient toujours de l'importance et qu'en aucun cas, un sens ambigu ne devait permettre de les interpréter péjorativement.

Ce que j'ai dit de la médecine de contrôle, je le dirai de la médecine tout court, car quelle que soit la faute ou l'erreur que nous constatons, nous devons nous garder d'en faire part à celui qui en est la victime, en l'accompagnant de propos désobligeants pour un confrère. C'est une position commode que celle qui consiste à critiquer avec véhémence une opération faite, un traitement prescrit, une médication conseillée, car souvent c'est une manière de s'attacher le malade. Il est triste de croire qu'elle puisse être répandue comme on le dit et que de temps à autre on nous rapporte des propos tenus par des maîtres devant leurs élèves qui portaient un préjudice certain à des confrères.

Si j'ai voulu marquer le coup contre un médecin de contrôle, je n'hésiterais point à conseiller une action analogue au confrère qui aurait à se plaindre de propos désobligeants tenus contre lui et d'où qu'ils viennent. C'est un fâcheux travers que de manquer d'indulgence vis-à-vis des praticiens sous prétexte d'enseignement. Avec l'âge et avec tout ce que l'on observe au cours d'une carrière, on s'aperçoit que tous, même les meilleurs, nous pouvons nous tromper et que les erreurs sont parfois explicables, quand on veut bien reprendre les circonstances qui les ont entourées.

Les temps que nous allons vivre ne promettent guère d'agréments à la masse des médecins, leur vie difficile, leurs obligations sociales plus astreignantes ne leur permettront point les satisfactions qu'ont connues nos pères, qu'ils aient au moins celle de se rapprocher, de s'unir, qu'ils perdent l'habitude des rivalités, des critiques continuelles qu'ils ne justifient point cette définition que donnait de la confraternité, un de nos éminents maîtres « UNE HAINE VIGILANTE ».

Si nos relations confraternelles sont rendues plus agréables par une meilleure entente et par une plus exacte compréhension de nos devoirs réciproques, nos relations avec les clients en seront aussi très améliorées, nous leur enlèverons la petite joie de déblatérer contre un médecin dont la note d'honoraires constitue toujours une dépense ennuyeuse, mais surtout nous n'agirons pas contre nos propres intérêts, en ruinant chez le malade *la confiance*, car tout client qui n'a plus confiance est perdu pour le corps médical.

Cette idée qui m'est chère et que j'ai souvent développée, j'ai été heureux de voir qu'elle était aussi celle des juges qui ont eu à connaître de mon différend, aussi bien en première instance qu'en appel, et que ce n'était point impunément qu'on pouvait porter sur un confrère un jugement téméraire.

Dr Raphaël MASSART.

LES INQUISITIONS INDISCRÈTES DU FISC DANS LES MAIRIES

Un de nos confrères (lettre n° 1.945) nous signale le procédé qu'emploient certains agents du fisc, lesquels vont à la mairie, demandent communication du registre des naissances, ainsi que des certificats de naissance délivrés par les médecins, ou les sages-femmes. De la sorte, ils peuvent relever des précisions, leur permettant de vérifier ensuite la véracité des déclarations d'impôts sur les revenus, en ayant des points de repère pour s'assurer de la bonne tenue du livre-journal.

Ce procédé n'est-il pas trop inquisitorial ? Ne vient-il pas à l'encontre du respect du secret professionnel.

D'autre part, notre correspondant nous demande si une loi quelconque oblige le praticien, qui a pratiqué l'accouchement, à délivrer aux familles un certificat de naissance. Dans le département en question, les confrères ont bénévolement, mais imprudemment accepté de délivrer ces certificats, permettant ainsi à l'officier se l'Etat civil d'avoir les précisions nécessaires dur le sexe de l'enfant, etc... Le Corps médical est-il en droit de se refuser désormais à la délivrance de ces certificats puisque le fisc s'en empare dans un but de vérification et de contrôle occulte ?

Je réponds à mon confrère, en partageant son étonnement et sa réprobation contre l'utilisation de pareils procédés de contrôle fiscal.

Un agent des Contributions directes peut demander à l'officier de l'Etat civil communication des registres de naissance, bien que ce droit puisse être discutable. En effet, ce n'est pas le secret médical, qui est en jeu, mais le secret des archives de l'Etat civil. On peut alors soutenir que les agents des Contributions directes sont également tenus au secret professionnel et que, dans ces conditions, ils peuvent administrativement demander communication de certains dossiers.

Faisons cependant remarquer que ni les registres, ni les actes de l'Etat civil ne doivent comporter le nom du praticien, médecin ou sage-femme, qui a pratiqué l'accouchement. Dans ces conditions, si on se bornait à communiquer à l'agent des Finances le registre des naissances, ledit agent ne trouverait nullement la possibilité de relever le nombre d'accouchements pratiqués par chaque praticien.

Or, le Syndicat s'est une fois de plus laissé entraîner à une complaisance, qui se retourne contre lui. Les directives syndicales actuelles ont perdu de vue la rigueur de notre secret, et, sous prétexte de venir en aide à la défense sanitaire, on s'est laissé aller à des capitulations dans le domaine de l'Etat civil. Certains des dirigeants du syndicalisme médical ont cru que déclarer la cause d'un décès, ou la naissance ne constituait pas à leurs yeux une violation du secret professionnel : c'est une erreur de droit médical.

Le praticien est-il obligé de délivrer un certificat de naissance à remettre aux proches de l'accouchée ? Cette question a été résolue par la négative par la Cour d'appel de Paris (1re Chambre). Par arrêt du 10 mai 1929, la Cour a décidé que la loi du 20 novembre 1919 a simplement supprimé l'obligation de présenter l'enfant nouveau-né à l'officier de l'Etat civil; mais cette loi n'édicte aucune formalité pour suppléer à la présentation de l'enfant.

Aussi appartient-il à l'officier de l'Etat civil de s'assurer de la véracité de la naissance, du sexe de l'enfant. La meilleure manière de procéder, c'est de déléguer le médecin de l'Etat civil qui, touchant pour cela des honoraires de la mairie, ira faire les constatations utiles au domicile de l'accouchée.

Si, dans les cas où le secret professionnel n'est pas en jeu, l'accoucheur consent à délivrer un certificat à la famille, cette pièce est simplement destinée à l'officier de l'Etat civil et ne saurait être communiquée à quiconque, serait-ce même aux agents du fisc. D'ailleurs, l'arrêt précité de la Cour d'appel de Paris spécifie nettement que le praticien demeure en droit de refuser son certificat aux parents : ce ne serait que dans le cas où le père est absent, ou hors d'état de faire lui-même la déclaration de naissance à la mairie que la loi oblige l'accoucheur à faire cette déclaration obligation, qui incombe également à toute personne ayant assisté à l'accouchement.

Une autre question avait été posée devant la Cour d'appel de Paris : le médecin s'étant énergiquement refusé à délivrer le certificat de naissance et les employés de la marie n'ayant pas voulu recevoir la déclaration du père, vu l'absence du certificat, l'inscription sur les registres de l'Etat civil n'avait pas été faite en temps utile, c'est-à-dire dans les trois jours. Ultérieurement, un jugement déclaratif de naissance avait été nécessaire. Qui devait payer tous ces frais ? La Cour les a mis à la charge de l'officier de l'Etat civil, en reconnaissant que c'était à bon droit que le médecin accoucheur s'était refusé à délivrer un certificat, qu'aucune loi ne lui imposait de réidiger.

Je conclus en disant que chacun doit accomplir sa besogne : le praticien doit soigner, le service de l'état-civil doit contrôler les naissances et les syndicats médicaux doivent âprement défendre ce qui reste du secret professionnel.

Dr Paul BOUDIN.

ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE — INTERDICTION AUX MÉDECINS DE PRATIQUER DES ACCOUCHEMENTS NORMAUX

Par sa lettre 9.671, un confrère nous demande s'il est légal que le règlement départemental d'Assistance médicale gratuite puisse décider que seules les sages-femmes, à l'exclusion des médecins, ont le droit de pratiquer les accouchements des assistées. Si malgré cette défense, le docteur en médecine effectuait l'acte obstétrical, il ne toucherait aucun honoraire de la part des services départementaux d'Assistance médicale gratuite.

Dans ma réponse, je demande à connaître pareille réglementation, que certainement le Syndicat médical du département n'a pas dû accepter.

Une loi ne peut être modifiée que par une loi et non par un règlement quelconque.

Or, la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, a institué trois grades de valeur scientifique et professionnelle différentes, en ce qui concerne la pratique de l'art de guérir. Le premier est le grade de docteur en médecine, qui donne à ses titulaires la possibilité d'exercer la médecine dans sa totalité, sans aucune restriction.

Le second est le grade de chirurgien-dentiste, qui n'accorde le droit que d'exercer la profession de dentiste, c'est-à-dire limite l'activité professionnelle médicale de ses titulaires au traitement des seules maladies de la bouche et des dents. Le troisième est le grade de sage-femme, qui borne l'activité de ses titulaires à la pratique des accouchements normaux, non-laborieux.

D'où la conséquence, c'est que le docteur en médecine peut pratiquer la médecine, la profession de dentiste et l'art des accouchements, alors que les titulaires des diplômes restreints ne peuvent pratiquer leur art que dans un cadre très limité, pour lequel ils ont fait des études et ont été reçus.

Le règlement départemental d'assistance a le droit de décider que les parturientes privées de ressources auront le droit de se faire accoucher par un médecin, ou par une sage-femme, mais que, dans ces deux cas, l'honoraire à la charge du département sera le même, quelque soit le grade de l'accoucheur. Mais ledit règlement ne saurait, sans violer la loi, interdire aux docteurs en médecine de pratiquer les accouchements même normaux. Si pareille interdiction existait dans le règlement, ce dernier pourrait être déféré à la censure de la justices administrative, aux fins d'annulation.

Certes, dans certains départements, une entente s'est établie entre Syndicats de médecins et Syndicats de sages-femmes, pour réserver à ces dernières les accouchements simples, alors que les praticiennes feront appel au docteur en médecine, en cas de complication quelconque. Mais ni le Conseil général, ni le Préfet n'ont qualité pour intervenir en pareille matière.

Qu'on nous fasse donc parvenir le règlement ou la Circulaire préfectorale, interdisant aux docteurs en médecine de pratiquer les accouchements normaux chez les parturientes inscrites à l'Assistance médicale gratuite et nous verrons de quelle manière faire introduire une action en annulation.

En dernière heure, nous venons de recevoir d'un Syndicat médical communication d'une lettre, en date du 8 avril 1938, du directeur général des Assurances sociales, M. Dreyfus, qui déclare : « L'assuré social assisté demeure soumis « au règlement départemental d'assistance, en ce « qui concerne le choix du praticien. C'est ainsi « que l'assurée assistée ne peut s'adresser à un « médecin pour un accouchement, si ledit règle- « ment prescrit aux assistées de ne s'adresser « qu'à des sages-femmes ».

Cette réponse est erronée et méconnaît les termes mêmes de la législation sur les Assurances sociales. Le Sou médical est prêt à soutenir un de ses adhérents jusque devant le Conseil d'Etat, pour faire reconnaître l'illégalité de pareilles brimades.

Dr Paul BOUDIN.

SUR LA RÉADAPTATION DES TUBERCULEUX AU TRAVAIL

Nous publions avec empressement la lettre suivante reçue par notre collaborateur le Docteur G. Lavalée :

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt votre article du *Concours* du 15 février 1939 intitulé « Cures, sinécures et incurie ». Au sujet de la question de la reprise du travail des tuberculeux pensionnés et de la suppression, pratiquement à peu près jamais réalisée, de l'indemnité de soins, je me permets de vous soumettre une suggestion, dont vous jugerez s'il peut être intéressant de faire part à vos lecteurs, cette question étant fort connue de tous les médecins et leur avis pouvant n'être pas sans influence même au cours de simples conversations, sur la solution qu'en pourraient donner les autorités compétentes.

Vous indiquez d'ailleurs que la Cour des comptes propose « d'étudier les modalités d'une réglementation permettant aux tuberculeux une reprise progressive de leur activité ». Vous n'indiquez pas que la Cour aurait émis des suggestions plus précises à ce sujet. En tout cas c'est dans ce sens que je vous soumets les considérations suivantes :

Je vous dirai tout de suite à quelles conclusions elles tendent à m'amener : accorder pendant un an au moins à tout tuberculeux qui reprend le travail l'intégralité de l'indemnité de soins, quel que soit le salaire que son travail lui procure en même temps. Voici pourquoi :

Le tuberculeux convalescent et même entièrement guéri ne peut neuf fois sur dix se livrer sans danger au même travail qu'avant sa maladie (d'autant plus qu'en général ce travail était générateur de surmenage, ayant favorisé la maladie). Suivant la formule de Dumarest, ce qui lui convient c'est un travail lui laissant non des périodes de repos, mais la *latitude* de se reposer un peu quand il se sent surmené ; une sorte de « travail en amateur », qui peut être un travail intensif d'ailleurs parfois, quand il le supporte mais qui ne peut être sans danger un travail « forcé ». Economiquement il est fatal que cela se traduise en général, par une diminution de gain. D'où la difficulté, surtout actuellement, pour ce tuberculeux guéri, d'organiser sa vie future dans ce sens. Alors, il faut se mettre à sa place quand on l'incite à reprendre le travail : s'il le reprend, il perd environ 30 francs par jour d'indemnité de soins ; les retrouvera-t-il par un travail modéré ? Ceci pour le côté financier de la question. Car il y a le côté médical : le malade surtout lorsqu'il a vécu en sanatorium, sait combien le facteur temps est important en général pour cette affection. Il ne servirait à rien de lui reprocher une appréhension de l'activité, que tout, autour de lui, a contribué à créer, alors que nous voyons tant de malades s'inquiétant pour beaucoup moins et en apparence sans raisons. Qu'on aboutisse ainsi à une certaine forme de pithiatisme, quoi d'étonnant ? Or, quel est le traitement préconisé dans ces cas : pour un hémiplégique pithiatique, par exemple ? Il consiste à l'amener, d'une façon ou d'une autre, à mobiliser, si peu que ce soit ses membres paralysés et à lui faire alors sur le champ constater qu'il n'est pas si paralysé qu'il l'appréhendait. La marche se prouve en marchant. En dehors de ce rétablissement de la confiance en lui, le pithiatique est incurable.

Je sais bien qu'interviennent alors toutes les discussions sur la part de la simulation, de la mauvaise volonté, dans le pithiatisme. Cette question a-t-elle été résolue ? Pas à ma connaissance étant bien précisé que je ne suis ni psychiatre, ni neurologue. Et il me semble que l'attitude qu'on adopte en général c'est d'agir à peu près comme s'il n'y avait qu'auto-suggestion inconsciente, c'est-à-dire de chercher à créer une auto-suggestion en sens inverse : dans le cas précédent, l'auto-suggestion que la marche est possible... puisqu'on vient de marcher ! Mettez donc votre tuberculeux, quel que soit le moyen employé pour cela, en mesure de pouvoir constater qu'il travaille sans incident, voire avec avantage, pour sa santé, il sera le premier ensuite à s'en réjouir et à renoncer avec joie à ses 30 francs par jour, s'il peut en gagner autant, ou plus, en travaillant. Car c'est bien mal connaître l'homme, « animal social », que de penser qu'il ne souffre pas de ne pas remplir un rôle dans la société. Amenez-le donc à avoir confiance dans ses possibilités de travail sans risque de rechute, et vous aurez sûrement partie gagnée. Au contraire si, las de la réprobation qu'il sent autour de lui, et dont, animal social, il souffre beaucoup, il se décide à travailler comme s'il se jetait à l'eau, il a bien des chances de rechuter, par manque de confiance. Il manquera aussi d'entrain social, parce qu'il sera aigri ; il aura l'impression d'une injustice : il travaille comme un autre mais avec, croit-il, plus de risques. Si encore il s'en sentait dédommagé par une considération correspondante chez autrui, mais au contraire sa reprise d'activité est accueillie par un cri général : « eh bien, ce n'était pas trop tôt ! »

Dans les cas résolus de la sorte la collectivité commet à mon avis une erreur lamentable, pour elle-même et pour l'intéressé. Comment en arrive-t-elle là ? Principalement, à mon avis, parce qu'elle suspecte à tort l'intéressé de préférer

l'oisiveté au travail, et qu'elle ne veut pas croire à une appréhension réelle, qu'elle ne ressent pas pour elle-même ! Autrement dit, elle juge comme pour elle-même, non malade — elle ne sait pas « se mettre à la place de l'intéressé. Or, comme l'a écrit Paul Legendre : « le don de comprendre la psychologie des malades est souvent, sinon toujours lié, à la sympathie que l'on éprouve pour eux ». Tout viendrait-il par hasard alors de l'absence de sympathie pour le tuberculeux, non grabataire ? Je le crains, même de la part de médecins : d'abord parce que ce malade, quand il n'excède pas ses possibilités physiques, a trop souvent et trop nettement bonne mine, ensuite parce que, organiquement déprimé, soumis à une ambiance plus ou moins « hors la vie », il n'est pas souvent de commerce attrayant et cela alors qu'on l'imagine suffisamment heureux pour n'avoir pas à se plaindre : il peut se reposer... quand nous sommes fatigués ! et on ne se rend pas compte que le repos n'est apprécié, justement qu'après le travail — enfin dernière raison, même inconsciente : il coûte cher ! et le médecin n'est-il pas le type du contribuable ? Et il faut bien se dire que le malade « sent » tout cela ; il en ressent l'injustice, et se drape souvent dans une hostilité cachée vis-à-vis du médecin. Ce dernier, par profession, fait plus de chemin que lui vers la compréhension mutuelle, mais je crois vraiment qu'il s'arrête le plus souvent en chemin et qu'on a ainsi souvent deux être restant chacun de leur côté sans point de rencontre. Notre profession ne peut malheureusement se vanter de réaliser partout et toujours sauf chez quelques âmes d'élite, l'entente parfaite entre malade et médecin. Ce serait d'une perfection qui dépasse l'homme actuel. Mais le drame ici c'est que si, habituellement, il n'y a que de petites mésententes sans conséquences sérieuses pour les deux parties pour cette question de la reprise d'activité du tuberculeux pensionné, il s'agit de gros intérêts, il s'agit aussi de principes importants, auxquels la société se sent capitalement intéressée, C'est pourquoi je crois qu'il est de la plus grande utilité de chercher une solution à cette question.

La solution est je crois dans la recherche de ce point de rencontre entre les sentiments du malade et ceux de la collectivité, que nous représentons d'ailleurs presque complètement dans la circonstance. Or, supposons que l'on dise aux tuberculeux : « Quand nous vous disons que vous pouvez retravailler, ne nous croyez pas si vous voulez, mais essayez, essayez pendant un an : vous ferez ce que vous voudrez, ce que vous pourrez, et vous n'y perdrez rien, au contraire vous ne pourrez qu'y gagner ». Je suis persuadé qu'il se sentira bien plus disposé à essayer, et encore plus si on lui laisse entièrement le choix et la décision. Il pourra en outre se lancer dans une entreprise taillée à sa mesure, et non un travail choisi, exclusif pour lui et dangereux de fait qu'il devrait assurer intégralement la charge de son budget (1). Une fois lancé, la partie, nous l'avons vu, est à peu près sûrement gagnée. L'Etat y perdra-t-il ? puisqu'on reconnaît qu'actuellement l'indemnité de soins est versée pour ainsi dire « à vie » ? Tout le monde y gagnerait et, si je ne me trompe pas, ... la médecine aussi un peu. Si un démenti pouvait être donné, en tout cas, je me demande si ce pourrait être valablement par quelqu'un d'autre qu'un psychiatre ; car j'ai de bonnes raisons de croire que, dans la thérapeutique de la tuberculose, il serait d'un grand secours pour les phtisiologues d'être aidés par les psychiatres, ou mieux de l'être eux-mêmes.

Je vous laisse juge de l'intérêt que pourraient avoir ces considérations pour les lecteurs du *Concours*, suivant quelles vous apparaissent, ou non, fondées, car je ne prétends être ni phtisiologue ni psychiatre, et vous donne toute latitude d'en faire l'usage qu'il vous conviendrait, comme de ma signature.

Excusez-moi de cette longue lettre et croyez, mon cher confrère, à l'assurance de ma sincère admiration pour vos si intéressants articles.

D[r] J. FARJOT
Le Puy (Haute-Loire).

N. B. — J'ai lu des propositions de certains groupements de pensionnés en faveur de l'attribution, à ceux qui reprennent le travail d'une indemnité de soins dégressive, afin de leur permettre une réadaptation plus facile. Economiquement pour eux, cela semble logique, mais je me demande si, psychologiquement, cela ne laisserait pas subsister le même germe de pithiatisme, c'est-à-dire d'échec, tout en étant sans doute plus onéreux pour l'Etat. Je crois en outre qu'il est important, afin de réunir toutes les chances de mise en confiance du malade, qu'il ait l'assurance qu'en cas d'échec, voire même *sur sa simple demande*, il pourra revenir au régime de repos complet indemnisé. Il s'agit comme vous le voyez, d'une tactique faisant entièrement confiance au futur convalescent réentraîné. S'en défier à l'avance serait je crois une profonde erreur, méconnaissant le côté social du caractère humain, auquel des sociologues accordent parfois, peut-être à tort un rôle trop exclusif, mais dont la part est certainement immense dans le comportement humain.

(1) Ou au contraire trop minime par désir qu'il passe inaperçu dans l'état actuel de la législation.

CHRONIQUE DES MALADIES PROFESSIONNELLES ET DE L'HYGIÈNE INDUSTRIELLE

FRANCE. — L'emploi du lait comme antitoxique dans les différentes industries a été longuement discuté à plusieurs reprises (voir *Concours Médical* du 17 avril, compte rendu de la Commission d'hygiène industrielle).

La Commission d'hygiène industrielle dans sa séance du 30 mai 1938, avait adopté un rapport sur cette question. De son côté, la Commission de l'imperméabilisation de l'Académie de médecine composée de MM. Vincent, Dopter, J.Renault, Brouardel, Lesage, Lesné, Sacquépée, Debré, Vallery-Radot, Hugounencq et Tanon, a examiné cette question.

Le rapport a été confié au Professeur M.-L. Tanon. Nous jugeons utile de le publier intégralement (1).

« Une lettre de M. le ministre de l'Agriculture, en date du 26 octobre 1938, signale à M. le ministre de la Santé publique, les inconvénients qu'a entraînés l'application des conclusions de la Commission de l'Académie, approuvées en séance, le 1er décembre 1936, concernant l'action antitoxique du lait chez les ouvriers employés dans les différentes industries, notamment celles du caoutchouc. Ces conclusions, conformes, d'ailleurs, à celles qu'avait émises peut de temps avant le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, à propos du saturnisme, ont été adoptées par la Commission d'hygiène industrielle du ministère du Travail, dans sa séance du 30 mai 1938.

« M. le ministre de l'Agriculture fait connaître que cet avis, publié sans autre commentaires, et lu par un public non éclairé sur la question, risquait d'être interprété fâcheusement, et de nuire à l'effort considérable entrepris par son département, pour intensifier la consommation du lait. Il lui apparaît que si le lait est insuffisant à lui tout seul pour prévenir les affections professionnelles, et que si sa distribution à l'usine risque de donner une confiance excessive qui pourrait faire négliger l'observation des moyens normaux de protection, il n'en reste pas moins qu'il présente toutes les garanties hygiéniques quand il est introduit dans la ration alimentaire, formant dit-il, un aliment complet, équilibré, très assimilable, qui doit influencer favorablement la résistance aux maladies.

« Les conséquences de cette condamnation, ajoute-t-il risquent de déborder le cadre de l'usine, et de jeter dans la population ouvrière un discrédit sur la consommation.

« Il lui apparaît que pour mettre un terme à ces interprétations exagérées, le plus grand intérêt s'attacherait à ce que l'Académie précisât l'action du lait, dans les différentes maladies professionnelles. »

La Commission a donc à examiner deux questions :

1° Celle de la diminution de la vente du lait aux usines ;

2° L'action de ce produit dans les différentes maladies professionnelles.

« Sur le premier point, l'Académie ne peut intervenir. Elle a émis un avis qui ne s'oppose à aucune distribution de lait dans une usine, si celle-ci trouve bon de compléter les rations alimentaires. Elle ne peut tenir compte de la question de diminution de la vente dont se plaindraient les producteurs.

« Sur le second, elle s'en tient à ses conclusions antérieures : le lait ne contient aucun corps qui ait une action déterminée, neutralisante ou précipitante sur un toxique quelconque. Elle a constaté qu'il facilitait simplement la diurèse et l'élimination. Le lait est essentiellement un aliment. De par sa composition, il ne peut jouer aucun rôle antitoxique. Ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées » (1).

Les *deuxièmes journées internationales de pathologie et d'organisation du travail* se tiendront à Paris, sous la présidence de M. Picquenard, directeur honoraire du travail, fin mai 1939. Le programme définitif sera publié très prochainement sous forme de communiqué.

Le programme comporte d'ores et déjà l'étude des questions suivantes pour lesquelles nous indiquons le nom des rapporteurs.

1° Etudes toxicologique des principaux constituants des aciers dits « spéciaux ». Rapporteurs : Professeurs FABRE et KAHANE.

2° Etiologie et pathogénie des dermatoses professionnelles. Rapporteurs : Docteur FLANDIN, médecin des hôpitaux de Paris ; Docteur RABEAU, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis .

3° Conditions hygiéniques des divers travaux de soudure. Rapporteur : Professeur HEIM DE BALSAC.

4° Des divers systèmes d'indemnisation des maladies professionnelles. Rapporteur : Docteur POLLET, médecin des hôpitaux de Paris, docteur en Droit.

***

GRANDE-BRETAGNE. — *L'hygiène du travail en Grande-Bretagne.* — Le coût de la réparation

(1) *Bull. de l'Académie de médecine*, 103e année, 3e série, t. 121, n° 3, séance du 24 janvier 1939, pp. 87-88.

(1) *Archives des maladies professionnelles*, Guy HAUSSER : La distribution du lait peut-elle prévenir les maladies professionnelles, t. 1, n° 1, pp. 34-37.

des maladies professionnelles dans les mines de charbon et dans les fabriques.

Des chiffres communiqués récemment par le département des mines de Grande-Bretagne donnent pour la première fois le coût de la réparation des maladies professionnelles seules (à l'exclusion des accidents), dans les mines de charbon, dans les fabriques et dans sept groupes d'industries.

Le coût de la réparation de ces maladies s'élève à un demi-penny par tonne de charbon extraite annuellement et le coût par personne employée pendant la période 1930-1935 s'établit comme suit :

Année	Mines		Fabriques		Sept groupes d'industries	
	s.	d.	s.	d.	s.	d.
1930..........	10	10	3	8	1	8
1931..........	12	6	3	5	1	9
1932..........	12	6	3	6	1	9
1933..........	10	11	3	5	1	6
1934..........	11	4	3	8	1	6
1935..........	11	7	4	2	1	6

Les chiffres dont on disposait jusqu'à présent concernaient l'ensemble des accidents du travail et des maladies professionnelles dont le coût de réparation, par tonne de charbon extraite et exprimé en pence, était le suivant : 2,8 en 1930; 3,2 en 1931 ; 3,2 en 1932 ; 2,9 en 1933 ; 2,8 en 1934 ; et 3,1 en 1935 (Information du Bureau international du travail).

***

PORTUGAL. — *Congrès médical des accidents du travail au Portugal.* — Le premier Congrès médical national des accidents du travail s'est tenu à Lisbonne du 17 au 19 octobre 1938, pour étudier divers problèmes concernant les accidents du travail (clinique et prophylaxie), et l'hygiène du travail.

Ce Congrès a réuni près de deux cents personnes appartenant aux différents milieux intéressés (médecins, juges des Tribunaux du travail, Compagnies d'assurances, organismes économiques).

Le Congrès a rendu hommage à la mémoire du Docteur M. de Vasconcellos, ancien inspecteur en chef de l'hygiène du travail et de l'industrie et ancien membre du Comité de correspondance pour l'hygiène industrielle du Bureau international du travail. M. de Vasconcellos fut un des pionniers de la législation et de la médecine du travail au Portugal (Cf. *Inf. Soc.*, 16 décembre 1935, p. 440).

Le Congrès a terminé ses travaux en adoptant des vœux sur les sujets suivants : état antérieur des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles ; prophylaxie des maladies infectieuses parmi les travailleurs : médecins, experts des Tribunaux du travail ; barème d'incapacité générale de gain ; révision bi-annuelle de la liste des maladies professionnelles réparées ; création de services de traumatologie, de clinique du travail ; examen médical d'embauche des travailleurs. (*O Seculo*, 13 et 15 novembre 1938 ; *Diario de Noticias*, 18, 19 et 20 novembre 1938 ; *Industria Portuguesa*, nº 130, décembre 1938).

***

YOUGOSLAVIE. — *La réparation des maladies professionnelles en Yougoslavie.* — Le décret du 7 décembre 1938 du ministre de la Politique sociale et de la Santé publique, entré en vigueur le 14 décembre étend le bénéfice de la réparation à un certain nombre de maladies professionnelles.

Ces maladies sont les suivantes :

Intoxication par les vapeurs nitreuses, même quand les premiers symptômes n'apparaissent que quarante-huit heures après l'exposition auxdites vapeurs ; intoxication par le benzène et ses homologues ; intoxication par les nitro et amino-dérivés des hydrocarbures de la série aromatique.

Cette décision met la législation yougoslave en harmonie avec la recommandation du Comité de correspondance pour l'hygiène industrielle (1936) concernant l'intoxication par les vapeurs nitreuses, et, en ce qui concerne les deux dernières maladies, avec les dispositions de la convention internationale (révisée) de 1934 (*Sluzbene Novine*, 12 décembre 1938).

Dr Guy HAUSSER.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

Du freinage par l'échappement à la roue libre pneumatique

A la demande de plusieurs correspondants, j'ai eu le plaisir de parler, dans ma précédente chronique, de la recharge des accumulateurs et tout naturellement, en conséquence, des chargeurs Westinghouse. C'est encore à cette firme si puissante et de réputation universelle, que j'emprunte la documentation, j'ose dire «lumineuse », sur le sujet du présent article :

« Tout comme l'humanité, mais dans un cycle plus court, le moteur à explosion a connu ce que nous dénommerons son âge de pierre, et il connaît aujourd'hui, comme l'homme moderne, tout le raffinement que lui a donné un esprit scientifique de plus en plus développé.

« L'âge de pierre, c'était le moteur des premiers jours, fruste, rude, ne connaissant aucun autre auxiliaire que des organes d'une mécanique primitive. Le moteur moderne, au contraire, s'est créé une domesticité copieuse, au premier rang de laquelle se trouvent deux fées qui remplissent l'esprit d'admiration, quand il s'attache à observer leur dextérité et leur souplesse ; ces fées ont nom l'énergie électrique et l'énergie pneumatique. Nous nous arrêterons longuement sur la deuxième. L'amplitude de son domaine en vaut la peine.

« C'est vraiment une des merveilles de la science que d'avoir su utiliser, avec une précision et une souplesse incroyables, l'air invisible que nous respirons.

« Pour nous en convaincre, il suffit d'aller faire un tour chez le grand spécialiste de l'air comprimé : Westinghouse.

« Dès que Westinghouse, spécialisé depuis plus d'un demi-siècle dans le freinage des chemins de fer du monde entier, eut porté son activité sur le freinage des automobiles, il comprit tout le profit qu'on pouvait tirer de l'énergie pneumatique, par laquelle il faut entendre l'air déprimé ou l'air comprimé ; l'un ou l'autre fourni par le moteur du véhicule.

« La source d'énergie est simple, les appareils d'utilisation aussi :

« Ces appareils d'utilisation, ce sont, principalement les servo-freins à dépression, les servo-freins à air comprimé, la commande pneumatique des boîtes de vitesses, les servo-direction et servo-débrayage à air comprimé, et — dernier venu — le frein-moteur à obturation d'échappement.

« Nous ne les décrirons pas, même schématiquement. Ils sont trop connus pour que cela soit de quelque utilité.

« Nous nous contenterons de présenter une nouvelle réalisation précieuse et inattendue que permet le frein-moteur Westinghouse, réalisation qui transforme et améliore l'usage de l'automobile à un point insoupçonné.

Une « roue libre » sans mécanisme

« Il s'agit de la conduite en « admission libre » que l'on désigne sous le nom plus imagé de « roue libre pneumatique ».

« Tous ceux qui ont pratiqué la conduite en roue libre savent quel charme, quelle économie elle procure. Si l'on a généralement renoncé à exploiter ce dispositif, c'est en raison de la complication qu'il entraînait, de la difficulté de réaliser sa commande de façon pratique, de la brutalité plus ou moins grande de sa mise en action.

« Dans la « roue libre pneumatique », tous ces inconvénients ont disparu. Il n'existe aucun organe mécanique. Une large valve de prise d air, placée sur le collecteur d'admission et commandée par la pédale d accélérateur (au moyen d'un minuscule cylindre pneumatique), donne la respiration libre au moteur ; lorsque la valve est ouverte, la dépression du premier temps est supprimée, les pistons ne subissent aucune retenue, le moteur tourne fou. C'est la réalisation très approchée des avantages et agréments de la vraie roue libre. La commande est celle qu'utilise le conducteur pour la marche normale. Elle consiste à mollir la pédale d'accélérateur. Et, pour faire cesser la marche en roue libre et soumettre à nouveau la voiture à la traction du moteur, il suffit d'appuyer à nouveau. C'est, en somme, la conduite classique sans aucune commande accessoire sur laquelle un conducteur n'en ayant pas l'habitude serait exposé à « bafouiller ».

« Rien de changé sur la commande habituelle. Roue libre, freinage ordinaire par le moteur ou accélération, tout ceci est obtenu par la pédale de l'accélérateur. Si la simple ouverture de l'admission, pour ceux qui possèdent le frein-moteur Westinghouse suffit pour donner la « marche glissée » en roue libre, si agréable et si économique (car alors la consommation d'essence cesse complètement), la fermeture de l'échappement permet, de son côté, de retenir énergiquement la voiture, aussi longtemps qu'on le juge nécessaire, même sur les durs cols de montagne, sans que, là non plus, la consommation d'essence entre en jeu.

Deux carburants ultra-économiques : l air et la pesanteur

« Plaçons-nous au volant d'une voiture munie du frein-moteur Westinghouse combiné avec la roue libre pneumatique. Départ suivant le rite habituel. Nous voic sur la route. Appuyons sur la pédale. Le moteur accélère. Voilà une longue descente en pente légère. Nous l'abordons, par exemple, à 80 à l'heure. Nous lâchons légèrement la pédale. Avec un moteur du type classique la voiture ralentirait, car, tout en continuant à consommer de l'essence, le moteur freinerait. Avec le dispositif Westinghouse, au contraire, le mollissement de la pédale a eu pour effet d'ouvrir la valve de prise d'air de l'admission. Le moteur, au lieu de freiner, se met en roue libre. Et la voiture glisse sur sa lancée en maintenant son allure et sans plus rien consommer.

« Mais voici qu'un virage masqué apparaît au bas de la côte. Attention : danger ! Il faut ralentir fortement. Ne touchez pas à vos freins mécaniques. C'est inutile. Contentez-vous de lâcher complètement la pédale d'accélérateur que vous aviez simplement mollie, et appuyez légèrement sur la pédale du frein : l'obturateur d'échappement entre alors en fonction. Le moteur agit comme une pompe à air comprimé, très énergique. Vous abordez le virage masqué à 20 à l'heure.

« Après le virage, une côte. Vous reprenez la pédale Un coup d'accélérateur, la voiture bondit. Vous êtes étonné d'arriver à l'étape, qu'elle soit de 400,500 km. ou davantage, sans avoir eu une seule fois à vous servir des freins mécaniques, autrement que pour l'arrêt total si vous en avez eu. Quelle économie de fatigue et d'argent. Au lieu de freiner en usant du métal et en brûlant de l'essence, qui, tous deux, coûtent cher, vous freinez en utilisant l'air que la nature vous fournit libéralement et qu'on n'a pas encore songé à taxer. Au lieu de vous servir, dans les descentes légères, de la force motrice fournie par un carburant onéreux, vous vous servez d'une puissance que la nature, encore une fois, vous dispense sans mesure : la pesanteur. Est-il possible de rêver conduite plus économique et plus agréable ?

Mais j'entends votre question : que va-t-il se passer dans la conduite en ville, par exemple, quand il faut

arrêter la voiture, tout en laissant le moteur tourner au ralenti, prêt à démarrer ? Eh bien, il se passera exactement la même chose que si votre voiture n'avait pas de frein-moteur, car l'enfoncement de la pédale de débrayage a pour effet de fermer la valve d'air du frein-moteur et le moteur se remet instantanément au ralenti comme il l'aurait fait si il n'avait pas été transformé. Il n'y a donc, à aucun moment, rien de changé dans la conduite, ni aucun organe supplémentaire à actionner. »

Le triomphe du bon sens

Sans doute ne sommes-nous pas au bout des surprises que nous réservent les applications de l'énergie pneumatique à l'automobile.

Dans les années à venir, la recherche de ces applications se fera d'autant plus active que le freinage par l'échappement constitue — rappelons-le en passant — une source inépuisable et absolument gratuite d'air comprimé.

Ce mode de freinage fait de nombreux adeptes, non pas seulement en raison de l'appoint de sécurité qu'il apporte dans la circulation routière, mais aussi parce que, à notre époque où le budget de l'automobiliste ne cesse de s'alourdir, il est réellement capable de procurer une substantielle économie d'exploitation.

Dépenser de l'argent pour obtenir la force de propulsion, c'est normal. Mais en dépenser à nouveau pour détruire cette force après l'avoir créée, cela apparaît, à la réflexion, comme un magistral gaspillage.

C'est cependant ce qui se passait jusqu'ici, soit que nous provoquions, par des interventions superflues des freins sur roues, l'usure des garnitures, des tambours et des pneus, soit que nous brûlions simplement de l'essence lorsque nous demandons à notre moteur non pas de nous tirer, mais, au contraire, de nous retenir.

Il faut savoir gré à Westinghouse de nous avoir montré toute l'étendue d'une erreur dont nous avions pris l'habitude en la considérant, bien à tort, comme un mal inévitable.

Le freinage par l'échappement, et le nouveau dispositif qui en dérive : la roue libre pneumatique — c'est le triomphe du bon sens.

Marcel Toussaint.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les nouveaux cent jours, par Henri Dardelin.
(Impr. Coyand, Paimbœuf (Loire-Inférieure)

Le Dr Henri Dardelin, de Saint-Brévin-les-Pins a écrit sous le titre : *Les nouveaux cent jours*, une intéressante fiction que, malgré les heureux résultats qui en font la conclusion, il ne faut guère souhaiter être une anticipation pour notre pays.

M. H. Dardelin publie le journal d'un dictateur fictif à qui on a imposé le pouvoir, le sénateur Lemoine. A force d'énergie, de bon sens, en s'entourant de collaborateurs dignes de lui, il parvient en cent jours, sans bruit et sans éclat, à rétablir la situation de la France, compromise par la guerre civile, déclenchée dans des circonstances tout particulièrement douloureuses, et qui a coûté 57.000 victimes sans parler du pillage et des incendies.

Le dictateur Lemoine qui se défend de briguer le pouvoir absolu qui lui est imposé par ce qui reste du Parlement commence par s'entourer de ministres sûrs et sans ambition, le général Lelong à la guerre, Zoller, banquier, aux Finances et le Docteur Leduc à la Santé publique.

Il juge tout d'abord nécessaire de changer la Constitution, de diviser la France en régions, de réduire la Chambre à 150 deputés élus pour 9 ans et renouvelables par tiers, d'instaurer le vote à 25 ans pour les deux sexes, avec représentation familiale et proportionnelle. Un Sénat économique est institué où l'intelligence, le travail et le capital sont représentés. Les Ministres réduits à 10 sont pris en dehors du Parlement.

Lemoine commence par abroger les lois d'exil, par s'occuper des étrangers, un danger pour la Nation.

Il modifie la peine de mort, se préoccupe sérieusement de la dénatalité. Il envisage de grands travaux : Canal des deux mers, navigabilité du Rhône, construction du transaharien (chemin de fer flanqué de deux routes avec des terrains d'atterrissage pour avions de distance en distance). Il modifie les Assurances sociales pour avantager les gens travailleurs et sains, s'intéresse à la question de l'habitation, poursuit l'indépendance économique en cherchant à résoudre les problèmes de la houille et de l'essence.

Sur ces entrefaites, les élections des députés donnent une majorité écrasante, presque l'unanimité aux républicains gouvernementaux.

Le dictateur Lemoine négocie la vente de la Guyane aux Etats-Unis. Il proclame la liberté de l'enseignement avec garanties. Il supprime la gratuité, mais impose un tarif bas et multiplie les bourses.

La question du bon pain le préoccupe, comme celle des théâtres subventionnés. Il négocie avec des sociétés suédoise et anglaise, la vente du monopole des allumettes et du tabac, car l'Etat a besoin d'argent. Pour rénover la race, il complote l'introduction en France de colons canadiens français. Il annonce qu'il décline la candidature à la présidence de la République. Un attentat déjoué met le comble à sa popularité.

Sur sa proposition instante, le général Lelong, son principal collaborateur, est élu président.

M. Lemoine quitte le palais du Luxembourg où il résidait pour se rendre dans une modeste villa à Vicq-sur-Mer où il expose avant de mourir à l'auteur du livre, ses travaux qui ont duré cent jours.

Cent jours, c'est bien peu, pour le rétablissement de la France.

Souhaitons que notre Pays, en dehors de toute dictature, ait trouvé un surhomme dans le genre de Lemoine pour rétablir sa prospérité chancelante.

J. Noir.

LIGUE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

Le « Sou Médical »

Rapport du Secrétaire général sur l'exercice 1938

Au cours de l'exercice écoulé l'activité du Sou médical s'est maintenue toujours aussi vigoureuse que les années précédentes. Cela se conçoit aisément. Si un praticien se tourne vers son Syndicat, lorsqu'il s'agit de questions générales concernant la doctrine générale de la profession, il n'en est plus de même lorsque les intérêts individuels sont en jeu. Lésé dans l'exercice de son art, en lutte avec une individualité, ou une collectivité publique, ou privée, contraint d'attaquer, ou de se défendre devant les Tribunaux tant administratifs que civils, ou d'exception, le praticien s'adresse à la Ligue de défense professionnelle et demande au Sou son appui moral et pécuniaire, pour faire valoir ses droits.

Au cours de l'année 1938, nous avons engagé 337 actions judiciaires nouvelles, et nous avons enregistré la terminaison de 286 procès, se rapportant aux exercices des années antérieures.

Sur ces 286 affaires, nous devons signaler que 110 se sont terminées par un arrangement amiable, à l'avantage de nos adhérents. Si nous avons perdu 40 procès par contre nous avons eu 107 gains. En voici le détail : devant la Cour de cassation 3 gains contre 1 perte ; Conseil d'Etat, 3 gains contre 6 pertes ; Conseil de préfecture 5 pertes ; Cour d'appel, 7 gains contre 4 pertes ; Tribunaux civils, 7 gains contre 6 pertes ; Tribunal de commerce 1 gain ; Tribunal correctionnel : 4 gains, plus un non-lieu ; Justice de paix, 44 gains contre 8 pertes ; Commission supérieure des pensions, 5 gains contre 5 pertes ; Commission d'arbitrage en matière d'accidents du travail 1 gain contre 1 perte ; en matière fiscale 21 gains contre 5 pertes.

Les seuls frais de procédure et de justice de ces affaires terminées se sont élevés à la somme de 170.740 fr. 96 centimes. Signalons entre autres une affaire qui, en seuls frais de procédure, a coûté 18.576 fr. 45, une autre : 13.680 fr. 30, non compris des dommages-intérêts de 25.000 francs ; une autre enfin pourtant gagnée qui a coûté 11.475 fr. 40. Un praticien, qui ne serait pas adhérent à notre Ligue, entreprendra-t-il de pareils procès pour avoir à débourser de pareilles sommes même lorsque le procès tourne à son avantage ?

Pour être complet sur ce chapitre d'administration j'ajouterai que nous avons prononcé 570 adhésions en 1938 et enregistré 9.909 lettres de confrères.

Les procès

Au cours de l'exercice 1938, certaines affaires contentieuses ont dû être portées devant les différentes juridictions. Je vais les passer successivement en revue, en donnant un bref résumé par chapitre.

Accidents du travail

Ce chapitre diminue beaucoup d'importance, étant donné que notre Ligue a porté devant la Cour de cassation nombre de questions de principe, depuis 1898. Disons d'une part, que les dossiers litigieux sont d'abord examinés au secrétariat général, de manière à posséder toutes les explications du praticien. Nous faisons alors faire une démarche par notre conseiller technique d'assurances qui se rend au siège social des Compagnies, discute avec les chefs de service et tente de concilier les réclamations des médecins avec les objections des assureurs. Si un accord est impossible, le litige est soumis soit à la Commission d'arbitrage, qui siège au ministère du Travail soit aux Juges de droit commun.

De toutes façons, le point de vue de notre confrère est défendu devant ces juridictions, soit par le secrétaire général, qui défend la réclamation de notre confrère, devant la Commission d'arbitrage, soit par un avocat, devant la juridiction de droit commun, lorsqu'un litige d'ordre juridique soustrait le procès à la connaissance et à la compétence de la Commission d'arbitrage.

Citons au hasard quelques litiges de l'exercice dernier : discussions à propos de soins postérieurs à la consolidation, alors que le médecin pense pouvoir faire reprendre le travail à la victime, tout en continuant ses soins ; bien que désintéressé par le tiers-auteur de l'accident, le blessé refuse ensuite de régler les honoraires du praticien sous prétexte que l'Assurance doit supporter ces frais ; négligence du patron, qui, n'ayant pas payé ses primes d'assurances, est déchu de ses droits à la garantie ; application du tout compris dans une clinique privée ; quel prix de journée appliquer dans une clinique privée : est-ce celui de l'hôpital le plus rapproché de la dite clinique ou du lieu de l'accident ? avertissement préalable à donner au chef d'en-

treprise ou à l'assureur de ce dernier, avant de pratiquer une opération, un examen de spécialité, ou un traitement comportant un certain nombre de séances à prix spécial ; luttes locales contre certains agents d'assurances, soit pour négligence dans le paiement des honoraires des médecins, soit pour propos malveillants à l'égard de tel ou tel praticien. Disons à ce sujet, qu'au cours de cette année, vient de se terminer un procès en diffamation, qui avait été soutenu, grâce à l'appui de la Ligue par un de nos confrères contre une puissante Compagnie. Après des phases judiciaires diverses, après comparution devant le Tribunal de première instance, puis devant la Cour d'appel, devant la Cour de cassation, puis devant une nouvelle Cour d'appel, la plainte en diffamation de notre confrère fut définitivement écartée ; mais cette histoire avait coûté 18.576 francs au Sou médical, ne serait-ce que pour donner la preuve que notre Ligue de défense sait lutter à armes égales avec les collectivités qui entendraient vouloir molester un de nos adhérents.

Assistance médicale gratuite

Ce sont des litiges, nés à l'occasion d'inscriptions abusives sur les listes d'assistance : dans un but de réclame électorale, un Maire donne trop facilement le bénéfice de l'Assistance médicale gratuite, soit total, soit partiel, surtout lorsqu'une intervention d'impose ou qu'un traitement spécial, long et coûteux doit être institué. Inscriptions tardives, faites après l'opération chirurgicale, ou après l'accouchement, négligences diverses des employés de mairie, qui ne transmettent pas en temps utile les mémoires d'honoraires des praticiens ; négligences des malades, qui ne font pas connaître au médecin qu'ils sont inscrits sur les listes d'assistance. Enfin conflits à propos du respect du secret professionnel. Pour effectuer les contrôle divers, pour réprimer les abus d'où qu'ils puissent provenir, certains médecins à tendance trop administratives, voire même certains Syndicats cherchent à contraindre les praticiens à dévoiler le diagnostic exact des affections qu'ils soignent, lorsque celles-ci doivent entraîner un nombre de visites supérieur à dix.

Voilà pourquoi notre Ligue a dû défendre un confrère, qui n'avait pas voulu obtempérer aux instructions données par un règlement départemental, alors que ce dernier avait reçu l'approbation du Syndicat médical mal informé des problèmes d'ordre juridique. Notre confrère avait été suspendu de ses fonctions de médecin de l'Assistance, les malades avaient été engagés à ne plus s'adresser à lui, parce que le Préfet l'avait suspendu du droit de donner des soins aux assistés, motif pris qu'il se refusait énergiquement à communiquer les diagnostics de ses clients.

Assurances sociales

Nous pourrions presque dire que souvent notre Ligue est consultée, moins pour défendre les intérêts immédiats d'un médecin que pour fournir à celui-ci des précisions qui seront utiles à la défense des intérêts d'un de ses clients. Certes, la législation est basée sur le respect du libre choix et sur le tarif à l'acte médical ; mais l'abondance des textes législatifs, réglementaires, voire même des simples réponses ministérielles parues au *Journal officiel*, ont terriblement embrouillé et compliqué l'application de la loi ; nous nous trouvons, nous et nos clients, en face de collectivités qui voudraient imposer leurs directives et leurs propres tarifs.

Puis ce sont des luttes avec les Préfectures, qui, ne peuvent, ou plutôt ne veulent pas comprendre qu'un assuré social indigent est avant tout un assuré social et non pas un indigent. Par mauvaise volonté, les Préfets entendent appliquer les tarifs de l'Assistance, qui sont moins élevés que ceux de responsabilité des Caisses.

Ce sont enfin les discussions devant les Conseils de famille syndicaux ; peu familiarisés avec les choses du Droit, nos confrères piétinent trop souvent les règles habituelles, décident sans souci des formes, suivent des opinions préconçues, écoutent des ressentiments et les divergences locales, basées sur la lutte inter-confraternelle. Et ce sont des comparutions devant les Conseils de famille, parfois pour des peccadilles, qui mériteraient au plus une admonestation confraternelle et que les Caisses essaient de transformer presque en délit de droit commun.

Ajoutons les propos malveillants et maladroits de certains Contrôleurs, les négligences dans l'accomplissement de la mission de contrôle. D'où des demandes de procès en diffamation en propos calomnieux, etc... Ah ! que la vie professionnelle était belle de mon jeune temps, lorsque l'exercice de notre profession n'était pas empoisonné par l'application de toutes ces lois dites sociales !

Loi des pensions

La suspicion règne toujours en maîtresse. Certains confrères doués du meilleur esprit confraternel, deviennent féroces contre leurs voisins, lorsqu'ils sont chargés de mission de contrôle, au sein d'une Commission quelconque. Ils ne voient alors que des carottiers, des complicités de fraudes etc... Ici, tel confrère est accusé d'abus de visites et de soins, là, il ordonne trop de médicaments. Ailleurs, les soins donnés et la pharmacie prescrite ne rentrent pas dans le cadre des motifs médicaux à pension. Ailleurs, on reproche de ne pas avoir dûment averti la Commission de

contrôle à propos de tel ou tel traitement. Bref, le tiers s'interpose toujours entre malade et médecin.

Signalons enfin la grave question des emplois réservés. Notre Ligue a porté devant la Cour de cassation le point de savoir si les postes de médecins de chemins de fer devaient ou non être considérés comme des situations réservées à nos confrères mutilés de guerre.

Les honoraires

Le recouvrement des honoraires tant vis-à-vis des individualités que des collectivités publiques ou privées constitue un des chapitres les plus importants de l'activité du service de contentieux du Sou médical. Non seulement le malade n'a plus de reconnaissance envers celui qui lui a donné des soins, mais encore cherche-t-il par tous moyens à ne pas lui verser d'honoraires.

Tantôt le client quitte la localité, sans payer ses dettes et il faut le poursuivre dans un domicile éloigné ; c'est un cas fréquent pour nos confrères de stations thermales, ou climatiques. D'autres fois, les parents refusent de régler les soins donnés à leurs enfants ; ceux-ci ne respectent pas les devoirs de la dette alimentaire et force nous est de demander aux Tribunaux de reconnaître que les soins médicaux doivent être compris dans les charges de la dette alimentaire ; d'autres fois, un habitant fait appel au médecin, pour donner ses soins à un ami de passage ; d'autres fois, discussion avec une école, ou l'Assurance de cette dernière pour soins donnés à un écolier blessé en classe, ou en récréation. Ce sont encore les nombreux litiges qui ont trait soit au privilège de dernière maladie, soit parce que la prescription de deux ans est invoquée contre un praticien, qui s'est montré négligent dans la réclamation de ce qui lui était dû.

Ajoutons que certains procès sont gagnés ; mais lorsqu'il s'agit de faire exécuter le jugement, ledit client est insolvable. Heureux se trouve alors l'adhérent de notre Ligue, qui, sans cela aurait à sa charge tous les frais du procès, qu'il vient cependant de gagner.

Ce sont également les mauvaises raisons, pour ne pas payer, en s'appuyant sur de prétendues fautes professionnelles. Disons, à ce sujet, que fréquemment, on trouve, à la base de la résistance des clients, un propos malveillant et maladroit d'un confrère : croyant se hausser dans l'esprit du malade, un médecin mal intentionné critique le traitement, ou le diagnostic du praticien qui l'a précédé près du malade. Résultat, refus de paiement et menace de procès.

Les louages de services

Certains praticiens acceptent de donner des soins à des malades appartenant à une collectivité publique ou privée. Que ce soit dans un hôpital public, ou dans un établissement privé le praticien se lie par un véritable contrat de louage de services. Heureux sommes-nous, lorsqu'en étudiant un dossier contentieux, nous trouvons un écrit, prouvant la commune intention des parties contractantes. Hélas, nos confrères commettent souvent la très grosse imprudence de louer leurs services, d'accepter des fonctions, de convenir d'honoraires et de ne pas signer des conventions écrites. Lorsque ensuite ils sont victimes d'un brusque renvoi, d'une rupture de conventions, d'une révocation soit directe, soit déguisée, lorsqu'ils ont des contestations sur le quantum de ce qui leur est dû, nous ne trouvons rien qui puisse venir à l'appui des revendications, que notre confrère entend soutenir devant les Tribunaux.

Ce sont les nombreux procès, que notre Ligue soutient chaque année contre des abaissements de limite d'âge, pour les fonctions de médecins d'hôpitaux, pour les nominations abusives sans respect des droits acquis, les vexations diverses à propos de l'admission des malades payants, etc...

Signalons encore les litiges nés d'un louage de services avec une commune : le renvoi du médecin est le résultat de divergences d'opinions politiques ; les vexations vis-à-vis d'un médecin communal en Algérie ; un arrêt du Conseil d'Etat annule une décision, par laquelle le Maire avait dédoublé le service médical ; pour tourner l'arrêt, la municipalité supprime le poste : nous revenons donc devant le Conseil d'Etat. C'est un médecin de mines, c'est un praticien attaché à un Institut d'actinologie, qui se voient brusquement relevés de leurs fonctions.

Les impôts

Lutte du contribuable contre le fisc ; mais, pour l'exercice de notre profession, se soulèvent des questions de patente, lorsque le praticien a deux cabinets dans des localités différentes, lorsque le praticien change de domicile en cours d'année, lorsqu'il est imposé sur une valeur locative supérieure. Ce sont également les litiges nés à l'occasion de quantum des revenus professionnels : le Contrôleur veut obtenir des précisions au mépris du secret professionnel. Il faut défendre le médecin devant la Commission de taxation ainsi composée que l'Administration publique a la grosse majorité, dans cette Commission et que le contribuable ne se trouve pas en face de juges très impartiaux, parce que fonctionnaires des Finances.

Luttes encore pour déterminer l'assujettissement soit à la cédule des bénéfices des professions libérales, soit à celle des traitements et salaires.

Ces litiges reviennent toujours les mêmes chaque année : pour chacun d'eux, notre conseil-

ler fiscal rédige les mémoires qui seront adressés à la direction départementale des finances, ou à la juridiction compétente.

Les loyers

Il en est de même pour l'application de la législation sur les loyers : toujours les mêmes litiges chaque année : tantôt le propriétaire veut augmenter son locataire hors de proportion ; tantôt il veut donner congé, pour louer à un autre praticien, tantôt litiges à l'occasion de réparations locatives, ou de transformations à destination professionnelle, etc...

La propharmacie

Retenons deux cas : il est refusé de régler les mémoires de propharmacie, sous prétexte que le malade réside dans une commune, où se trouve une officine ouverte, alors cependant que ledit malade était venu consulter le médecin et que ce dernier, selon le droit qu'il tient de la loi de germinal, avait, comme propharmacien, délivré les médicaments nécessaires.

Responsabilité professionnelle

Je disais précédemment qu'à l'occasion des résistances opposées par les mauvais payeurs, se trouvaient souvent des propos maladroits et malveillants de confrères. Je ne saurais trop recommander de ne pas céder au désir de se faire mousser auprès des clients, en débinant, en critiquant le diagnostic et le traitement du praticien, qui a précédé. Le client déforme les propos qu'on lui a tenus ; il refuse de payer et met en cause la responsabilité professionnelle. Ne devrait-on pas se remémorer l'adage : *Hodie tibi, cras mihi.*.

Citons au hasard les litiges les plus saillants de cette année 1938 : erreur de diagnostic, luxation méconnue, ou prise pour une fracture ; absence de radio pour diagnostiquer une lésion, ou pour vérifier la bonne position d'un appareil de contention, grossesse prise pour un kyste de l'ovaire ; malade à opérer d'un empyème : les parents reprochent au médecin traitant d'avoir fait appel à un chirurgien qui n'était pas « spécialiste » en la matière : or le chirurgien est chirurgien des hôpitaux de Paris !

Toujours les injections antitétaniques préventives. Questions de responsabilité d'un chirurgien, à propos de ses aides soit dans une clinique privée (brûtures par bouillottes) soit dans un hôpital, à propos du maniement des appareils de radio. Lésions dues à un plâtre trop serré, ou mal surveillé. Radiodermites diverses. Lésions du plancher de la bouche, à cause du dérapage d'un instrument. Aiguilles cassées dans la fesse. A ce propos, rappelons que l'on peut éviter ces accidents, en utilisant de longues aiguilles, qu'ainsi on n'a pas besoin d'enfoncer jusqu'au collet. Accidents d'anesthésie, etc., etc.

Exercice illégal

Au cours de l'année 1938, huit Syndicats nous ont demandé l'appui pécuniaire, au prorata du nombre de leurs membres adhérents au Sou, pour poursuivre des illégaux de toute nature, infirmier, médecin étranger, médecin frontalier, magnétiseur, etc.

Litiges confraternels

Notre Ligue est parfois saisie de demandes émanant de confrères contre des confrères. Ce sont des litiges à propos de cessions de clientèles, des diffamations et dénigrements, des conflits à propos de remplacements, soit que le remplacé ait été obligé de rentrer brusquement pour mettre fin à un mauvais remplacement, soit parce qu'il s'agit de fixer le quantum de l'indemnité due par le remplacé à son remplaçant. Ce sont des associations diverses, des louages de services mal établis, ou toutes autres conventions interconfraternelles, régies sans contrat écrit, ou par un contrat dans lequel fourmillent les illégalités ou les irrégularités. Conflit à propos de l'indemnité que le remplacé, médecin d'un hôpital, doit à son confrère qui l'a suppléé dans cet établissement. Responsabilité du remplacé à l'occasion des faits cliniques, ou thérapeutiques de son remplaçant.

Qu'il me soit permis d'insister à ce sujet, sur la nécessité impérieuse qui s'impose au praticien, qui entend se faire remplacer par un interne, ou par un étudiant : l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892 impose non seulement un nombre d'inscriptions obligatoires, pour faire le remplacement, mais aussi une autorisation spéciale, donnée par le Préfet, avant de commencer le remplacement.

Conclusion

Faut-il, une fois de plus, répéter : *Væ soli* ? Le praticien ne peut conserver sa liberté d'esprit pour exercer son art que s'il se sent défendu conseillé et soutenu par notre Ligue de défense professionnelle. Je n'en veux pour témoin que les quelque dix mille lettres que nous recevons bon an mal an émanant de nos confrères qui nous demandent conseil ou assistance à propos des conflits et litiges journaliers.

Cette activité se passe de commentaires et démontre une fois de plus l'utilité du Sou médical.

Le Secrétaire général :

Dr Paul Boudin

Docteur en médecine
Docteur en Droit

SOU MÉDICAL

Rapport du Trésorier sur l'exercice 1938

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous soumettre le rapport financier sur l'exercice 1938.

I. Compte de gestion

1° RECETTES :

Cotisations		812.064 75
Revenus du portefeuille		146.446 68
Revenus immobiliers		13.712 01
		972.223 44

2° DÉPENSES :

Frais de gestion.		
Frais généraux	100.429 10	
Administration	14.325	
Propagande	21.483 30	
	136.237 40	136.237 40
Frais de contentieux		128.337 30
Frais judiciaires		52.330 95
Provision pour liquidation des affaires engagées en 1938		217.269 05
Versement statutaire à la réserve de garantie		324.825 90
		859.000 60

Les recettes étant de	972.223 44
et les dépenses de	859.000 60
Il reste un excédent de recettes de	113.222 84

qui est viré à la réserve de garantie.

OBSERVATIONS :

Les recettes totales sont en croissance sur 1937 (972.223 contre 901.484). Les causes en sont :

a) L'augmentation du nombre des adhérents : 8.206 contre 7.958, entraînant un accroissement des cotisations (812.064 contre 776.650 francs).

b) L'augmentation des revenus de la Ligue, par suite des placements tant mobiliers qu'immobiliers effectués au cours de l'exercice. Cette augmentation ressort à près de 45.000 francs.

Parmi les dépenses, signalons que le poste « frais judiciaires » représente les frais effectivement payés en 1938 pour les affaires engagées durant l'exercice. Les frais restant à payer sur ces affaires sont couverts par la provision complémentaire de 217.269 francs. Quant aux frais judiciaires payés en 1938 mais concernant les affaires engagées au cours des exercices antérieurs, ils sont imputés aux provisions de ces exercices.

II. Bilan

1° ACTIF :

Immeuble		455.910 15
Portefeuille		2.823.208 13
Disponibilités :		
Caisse	3.614 25	
Caisse d'Epargne	10.705	
Chèques postaux	116.324 55	
Société de Reports et Dépôts	221.555 85	
Société générale	241.870 14	
	594.069 79	594.069 79
		3.873.188 07

2° PASSIF.

Réserve de garantie	2.184.657 57
Provision pour liquidation des affaires en cours	895.627 80
Dépréciation du portefeuille	31.440 63
Caisse auxiliaire	10.833 51
Cotisations 1939	700.863 40
Créditeurs divers	49.765 16
	3.873.188 07

OBSERVATIONS

Le bilan de cette année fait apparaître pour la première fois le compte immeuble. Il s'agit là de la part du Sou Médical dans l'immeuble de rapport sis à Paris, 33, rue Erlanger, acheté conjointement en juin 1938 avec la Mutualité Familiale.

Le portefeuille est porté à sa valeur d'achat. Une provision pour dépréciation du portefeuille a été constituée en contre-partie au passif du bilan. Toutes les précautions sont donc prises à cet égard. Remarquons que la moins-value, qui était de 14 % en 1937 n'est plus que de 4,5 % à l'heure actuelle. Le portefeuille est en légère diminution sur l'année précédente, certains titres ayant dû être vendus pour l'acquisition de l'immeuble. Cette division de l'actif présente d'incontestables avantages étant données les difficultés monétaires traversées.

La réserve de garantie (ancienne caisse de garantie) est en augmentation sur 1937. Rappelons qu'elle n'interviendra dorénavant que de 0 à 30.000 francs, le surplus étant pris en charge par une Compagnie d'assurances. La provision pour liquidation des affaires en cours groupe en un seul compte les provisions afférentes à chacun des exercices antérieurs (anciennes réserves). Elle a été calculée de manière suffisamment large pour couvrir tous les frais restant à payer sur les affaires engagées au cours de ces exercices.

La Caisse auxiliaire est alimentée par les dons de nos membres. Elle est à la disposition de notre Conseil d'administration pour assouplir ce que nos statuts pourraient avoir dans certains cas de trop rigoureux. Quant aux créditeurs divers, ils représentent des sommes encaissées par le Sou Médical pour le compte de tiers (Office de recouvrement, adhérents Mutualité familiale, etc.).

En résumé la situation financière du Sou médical reste, comme par le passé, aussi saine et prospère qu'on peut le souhaiter.

Le Trésorier : Dr G. LAVALÉE

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Rapport du Secrétaire général à l'Assemblée générale du 8 juin 1939

Mes chers Confrères,

Après deux années mouvementées qui avaient renouvelé son fonctionnement et mis en jeu l'existence même de certaines combinaisons, notre Société vient de vivre une année calme et sans histoire.

1936 avait été marquée par la réorganisation de la trésorerie et son transport au siège social, rue de Bellefond. Ce transport s'imposait par la retraite du Docteur Gassot, trésorier chevronné de la Mutualité Familiale. En outre la complexité croissante des questions financières exigeait une répartition du travail où des techniciens eussent leur part.

1936 fut aussi l'année de la revision des statuts, œuvre de longue haleine qui fut l'objet d'études approfondies. C'est depuis lors que nous avons la combinaison MA75 et la retraite à 6.000 francs.

En 1937 tomba comme un pavé le décret-loi du 28 août dont les prescriptions étaient si brutales qu'elles aboutissaient pratiquement à nous interdire le recrutement pour les retraites.

Par bonheur ces ukases sont souvent improvisés après si peu d'études préalables que, à peine publiés, ils s'avèrent impraticables. Le recours en Conseil d'Etat introduit par l'Union des Sociétés mutuelles est toujours pendant ; le règlement d'administration publique n'a pas encore paru. Nous restons, à ce sujet, dans le provisoire. Mais l'essentiel est que toutes nos combinaisons fonctionnent. Et elles fonctionnent !

Si 1938 a été, comme je l'ai dit, une année calme pour la Mutualité Familiale elle a été tout autre chose pour les citoyens mobilisables ou réquisitionnables que nous sommes à peu près tous. Nous n'avons guère cessé, au long de ces douze mois tumultueux, de prêter l'oreille à des discours exaltés qui mettaient en question le très proche avenir. Et, de fait, beaucoup d'uniformes sont sortis des armoires dans le courant de septembre.

Notre Société s'est ressentie de cette fièvre d'Europe car les plus prévoyants... prévoyaient tout autre chose qu'une maladie ou un accident d'automobile. A chaque période d'agitation aux frontières correspond un ralentissement dans notre recrutement. Et l'on ne saurait vraiment en faire grief à nos confrères.

Par ailleurs la Mutualité Familiale poursuit normalement sa carrière. Le nombre de journées de maladies indemnisées fut, en 1938, de 19.206 et le chiffre des pensions de retraite de 154.419.

Malgré le tohu-bohu des finances publiques et les troubles boursiers, sa fortune s'élève actuellement à 12.258.004 francs.

Je rappelle qu'en 1938, conformément à une possibilité laissée par les statuts et par autorisation de l'Assemblée générale, une partie des capitaux a été investie dans un immeuble de rapport situé à Paris, 33, rue Erlanger.

Cet immeuble appartient désormais en toute propriété, partie à la Mutualité Familiale partie au Sou Médical et représente l'assurance que les deux Conseils d'administration ont cru devoir prendre en faveur de leurs sociétaires contre toute fluctuation de la monnaie. Ils ont ainsi porté au maximum compatible avec les lois et règlements régissant ces deux Sociétés la stabilité de leurs finances.

C'est dire que la Mutualité Familiale offre des garanties au moins équivalentes à celles des Sociétés commerciales les mieux gérées.

Et que nous espérons par conséquent que, le calme international revenu et les feuillets de mobilisation réintégrés parmi les papiers de famille, nos confrères nous apporteront leur collaboration empressée et efficiente, c'est-à-dire leur bulletin d'adhésion.

Car si notre Société est gérée financièrement par des financiers, elle garde, dans son administration, la mentalité générale du médecin qui estime que chaque cas doit être considéré en lui-même. Un confrère est donc assuré, lorsqu'il vient à nous, d'être autre chose qu'un numéro d'ordre dans un répertoire ; et cette seule considération doit, semble-t-il, avoir son prix au sein d'une profession qui se voue à la défense de la personnalité humaine.

Le Secrétaire général,

G. LAVALÉE.

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Rapport financier sur l'exercice 1938

I. — Comptes d'assurances

1° RECETTES :

Cotisations encaissées en 1938 (contre 772.896 en 1937).		804.462 »
Revenus mobiliers	490.386 46	
— immobiliers	44.524 13	
Total	534.910 59	
dont 452.737 pour les comptes d'assurances		452.737 »

Taux de rendement :

$$\frac{534.910}{11.631.795} = 4,61\ \%$$

Le montant des primes de remboursement s'est élevé à 11.569 (contre 31.877 en 1937)	1.257.199 »

2° DÉPENSES :

Section I (maladie-accidents : 19.206 journées de maladie contre 17.614 en 1937, soit	239.808 85
Le taux de la journée de maladie ressort à : 12 fr. 48 contre 10,67 en 1937.	
Section II (pensions de retraite) (contre 93.076 en 1937).	154.419 »
Section III (pensions aux veuves	7.170 »
	401.397 85

En résumé :

Recettes	1.257.199 »
Dépenses	401.397 85
Excédent	855.801 15

II. — Caisse auxiliaire

1° RECETTES :

Dons et amendes	839 »
Part de revenus	3.488 55
	4.327 55
2° DÉPENSES	500 »
Excédent	3.827 55

III. — Compte de gestion

1° RECETTES :

Cotisations de gestion (contre 76.560 en 1937).	77.295 60
Part de revenu (revenu de la Réserve générale)	7.154 60
Droits d'entrée	3.192 20
Droits de recouvrements	6.219 10
	93.861 50

2° DÉPENSES :

Examens d'entrée	3.000 »
Frais de recouvrement	5.550 80
Traitements et indemnités	48.116 »
Fournitures, imprimés, matériel (contre 9.241 en 1937).	1.307 60
Frais de banque (contre 13.095)	14.981 28
Propagande (contre 22.914)	9.627 30
Correspondance	1.121 25
Divers	1.912 15
	85.616 38

En résumé :

Recettes	93.861 50
Dépenses	85.616 38
Excédent	8.245 12

IV. — Réserve générale

La réserve générale, au 31 décembre 1937 s'élevait à	118.684 20
Il y a lieu tout d'abord de lui imputer, le solde bénéficiaire du compte de gestion, soit	8.245 12
D'autre part, par suite de la hausse des cours, la moins-value du Portefeuille au 31 décembre 1938, n'est plus que de 330.282,06 ; alors qu'au Passif figure une provision de 2.245.200 fr. pour le cas de dépréciation. Il y a donc lieu de créditer la Réserve générale de la différence : 2.245.200 — 330.282 fr. 06 =	1.914.917 94
La réserve générale au 31 décembre 1938 ressort donc à	2.041.847 26

V. — Réserve de garantie

Cette réserve était au 31 décembre 1937 de	1.186.594 20
Il y a lieu de la créditer de sa part de revenu, soit	71.530 »
Elle passe ainsi à	1.258.124 20

En résumé :

Solde antérieur des comptes d'assurances	7.510.267 41	
Excédent de l'exercice	855.801 15	
	8.366.068 56	8.366.068 56
Solde antérieur de la Caisse auxiliaire	57.884 53	
Excédent de l'exercice	3.827 55	
	61.712 08	61.712 08
Réserve générale		2.041.847 26
Réserve de garantie		1.258.124 20
Moins-value du Portefeuille		330.282 06
Créditeurs divers :		
Cotisations d'avance	171.818 72	
Indemnités en attente	14.127 75	
Retraites nouvelles	12.406 50	
Compte d'ordre	1.213 10	
	199.566 07	199.566 07
		12.257.600 23

VI. — Bilan

1° ACTIF :

Disponibilités :		
Société générale.....	294.127 78	
Chèques postaux.....	64.712 56	
Sou Médical.........	27.857 52	
Sociétés de reports et dépôts............	204.857 16	
	591.555 02	591.555 02
Portefeuille........................		10.264.065 06
Immeuble........................		1.367.730 50
Débiteurs divers........................		34.249 65
		12.257.600 23

2° PASSIF :

Section Maladie-Accidents..........	2.048.636 93
Section retraites..................	5.978.351 80
Section Pension aux veuves..........	339.079 83
Réserve de garantie................	1.258.124 20
Réserve générale...................	2.041.847 26
Caisse auxiliaire..................	61.712 08
Provision pour moins-value du Portefeuille..........................	330.282 06
Créditeurs divers..................	199.566 07
	12.257.600 23

Le Trésorier : Dr FISCHER. *Le Trésorier adjoint* : J. MIGNON.

LE TOURISME REMÈDIE A L'HYGIÈNE DÉFECTUEUSE DE L'HABITATION

Dans un récent numéro de *L'Hygiène Sociale*, consacré au Tourisme, au thermalisme et au climatisme, M. André MÉNÉBRÉA, secrétaire général de la Société française des urbanistes et promoteur des Etats généraux du tourisme, a écrit un très intéressant article sur les bienfaits du tourisme. Ce dernier remédie en partie au surpeuplement des villes et à l'hygiène défectueuse de l'habitation.

Nous croyons intéressant d'emprunter le passage suivant à l'article bien inspiré de M. André Ménébréa :

« En 1872, onze millions de personnes vivaient dans les villes ; vingt-cinq millions dans les campagnes. Depuis, la population urbaine s'est accrue de plus de dix millions, et la population des champs a diminué de six millions.

« Ces chiffres dénoncent d'immenses changements. Ils ne suffisent pas, toutefois, à en mesurer l'étendue. Car les dix millions qui sont venus augmenter la population urbaine se sont concentrés sur une surface à peine plus grande que celle où se tenaient déjà serrés les onze millions précédents. Il a fallu alors se tasser davantage et se superposer. Il y a 80 ans, la plupart des citadins vivaient en des maisons d'un ou deux étages comme on en voit encore quelques-unes ici et là subsister. Les maisons de quatre et cinq étages ne se dressaient que dans les quartiers encombrés du commerce : à Paris, près de la Bourse ; à Lyon, près des Terreaux, entre le Rhône et la Saône ; à Marseille, autour du vieux port. Les règlements successifs ont permis des maisons de plus en plus élevées. Aujourd'hui, des immeubles de 25 , de 30 mètres de haut bordent des rues de 15 mètres de large. On s'imagine aisément qu'elles en altèrent le climat. Au solstice d'hiver, à midi, une façade de 30 mètres, à pic comme une falaise, projette une ombre de 75 mètres. Elle prend pour son voisinage l'importance d'une colline de 300 mètres à 150 mètres de distance.

« Par contre, en été, quand les rayons du soleil tombent sous un angle de 70 degrés, voisin de la verticale, dans l'entaille des rues étroites, dans les puits que sont les cours, se réverbérant sur un pavé brûlant, se réfléchissant sur les murailles, ils font aux rues et aux cours une atmosphère de fournaise. On a payé les progrès, les commodités apportés à l'aménagement intérieur des logis, de l'ombre perpétuelle, pendant des mois entiers, dans la plupart d'entre eux, de la perte de l'air et de la lumière.

« Il se trouve des gens pour soutenir que cela n'a point d'importance. Nous les convions à l'expérience suivante : qu'ils aillent encadrer, cloisonner une vigne de murailles qui la priveront du soleil, des feux de l'aurore et des feux du couchant, et qui, par surcroît, empêcheront l'air de circuler autour de la grappe aux heures torrides de la journée ! Ils nous diront ensuite ce que donnera la vendange.

« Or, l'espèce humaine, comme la vigne, veut qu'on obéisse à sa loi.

« C'est ainsi que le tourisme est devenu une réaction de plus en plus vive contre les conditions de plus en plus artificielles de l'existence. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Cours de pathologie chirurgicale** (Professeur : M. Henri Mondor). — M. MENEGAUX, agrégé, a commencé son cours de pathologie chirurgicale le mardi 2 mai 1939, à 17 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

PROGRAMME. — Affections du thorax ; gynécologie.

— **Cours de pathologie chirurgicale** (Professeur : M. Henri Mondor). — M. AMELINE, agrégé, a commencé son cours le mercredi 3 mai 1939, à 17 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

PROGRAMME. — Pathologie chirurgicale de l'abdomen.

— **Cours de perfectionnement sur la tuberculose pulmonaire et les suppurations bronchiques, pulmonaires et pleurales,** sous les auspices du musée Letulle, à l'hôpital Boucicaut sous la direction de M le Professeur honoraire Emile Sergent, avec la collaboration de MM. Aubin, Baumgartner, Benda, Bergeron, F. Bordet, Cottenot, Courcoux, Descomps, H. Durand, Fourestier, Génévrier, Mme Gouin, Halbron, D'Heucqueville, M. Iselin, L. Kindberg, Kourilsky, Cl. Launay, R. Letulle, Lonjumeau, Mamou, R. Mignot, R. Monod, Moricard, Poumeau-Delille, Pignot, Pruvost, Racine, Ribadeau-Dumas, Rouget, Vibert et de Winter (de Bruges). Ouverture du cours : mardi 30 mai, à 9 h. 30, au musée Letulle, hôpital Boucicaut, 78, rue de la Convention.

I. *Cours sur la tuberculose pulmonaire.* — Mardi 30 mai ; à Boucicaut : 9 h. 30, M. SERGENT : Conception générale de la pathogénie et de l'évolution clinique de la tuberculose. — 11 heures : Présentation de malades dans le service de M. COURCOUX. — 16 heures, M. DURAND : Anatomie pathologique générale. — 17 h. 15, M. DURAND : Démonstrations pratiques (pièces anatomiques, coupes histologiques).

Mercredi 31 mai, à Boucicaut : 9 h. 30, M. COURCOUX : La primo-infection tuberculeuse. — 10 h. 30, M. SERGENT : Classification des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. — 16 heures, M. BERGERON : Bactériologie générale. — 17 h. 15, M. BERGERON : Démonstrations pratiques (culture du bacille de Koch), divers types de la tuberculose expérimentale.

Jeudi 1er juin, à Boucicaut : 9 h. 30, M. SERGENT : Le rôle de l'hérédité et de la contagion dans la tuberculisation. — 10 h. 30 : Présentation de malades dans le service de M. COURCOUX. — 16 heures, M. SERGENT : Les éléments généraux du diagnostic. — 17 h. 15, M. KOURILSKY : Les réactions humorales ; leur valeur diagnostique.

Vendredi 2 juin, à Boucicaut : 9 h. 30, M. SERGENT : Les signes généraux et les signes fonctionnels. — 10 h. 30, Présentation de malades dans le service de M. COURCOUX. — 16 heures, M. VIBERT : Nouvelles notions sur la tuberculino-réaction. — 17 h. 15, M. ROUGET : La tuberculose des voies aériennes supérieures et du larynx.

Samedi 3 juin, à Saint-Joseph : 9 h. 30, M. GENEVRIER : Les signes physiques et stéthoscopiques. — 10 h. 30 : Présentation de malades dans le service de M. GENEVRIER. — A. Boucicaut : 15 heures, M. SERGENT : Les signes radiologiques. — 16 h. 15, M. SERGENT : Les signes radiologiques. — 17 h. 30, M. L. KINDBERG : La tomo-radiographie pulmonaire.

Lundi 5 juin, à Boucicaut : 9 h. 30, M. COTTENOT : La sériescopie. — 10 h. 30, Présentation de malades dans le service de M. COURCOUX. — 16 heures, M. COURCOUX : La pleurésie tuberculeuse. — 17 h. 15, M. COURCOUX : Le pneumothorax tuberculeux.

Mardi 6 juin, à Boucicaut : 9 h. 30, M. SERGENT : Les signes d'activité et d'évolution ; les éléments du pronostic. — 10 h. 30, Présentation de malades dans le service de M. COURCOUX. — 16 heures, M KOURILSKY : Diabète et tuberculose. — 17 h. 15, M. MORICARD : Tuberculose et grossesse.

Mercredi 7 juin, à Boucicaut : 9 h. 30, M. POUMEAU-DELILLE : La granulie froide. — 10 h. 30 : Présentation de malades dans le service de M. COURCOUX. — 16 heures, M. RIBADEAU-DUMAS : La tuberculose de la première enfance. — 17 h. 15, M. RIBADEAU-DUMAS : La tuberculose de la deuxième enfance.

Jeudi 8 juin, à Ambroise-Paré : 9 h. 30 : Présentation de malades et leçon clinique dans le service de M. JANET. — A. Boucicaut : 15 heures, M. HALBRON : La tuberculose fibreuse. — 16 heures, M. BENDA : Syphilis et tuberculose. — 17 h. 15, M. LONJUMEAU : La scrofule.

Vendredi 9 juin, à Boucicaut : 9 h. 30 : Visite de la pouponnière de M. d'HEUCQUEVILLE. — 16 heures, M. MIGNOT : Le traitement médicamenteux et spécifique. — 17 h. 15, M. MIGNOT : Le pneumothorax thérapeutique.

Samedi 10 juin, à Laënnec : 9 h. 30, M. PRUVOST : Les complications du pneumothorax thérapeutique. Le lavage pleural. — 10 h. 30 : Présentation de malades dans le service de M. PRUVOST. — A Boucicaut : 16 heures, M. MIGNOT : Climatologie. — 17 h. 15, M. FOURESTIER : Les effets contro-latéraux du pneumothorax.

Lundi 12 juin, à Saint-Joseph : 9 h. 30, M. BORDET : L'oléothorax. — 10 h. 30, M. DESCOMPS : Section de brides. — A Boucicaut : 16 heures, M. PIGNOT : Les ressources héliothérapiques et actinothérapiques dans le traitement de la tuberculose. — 17 h. 15, M. SERGENT : La cure sanatoriale.

Mardi 13 juin, à Laënnec : 9 h. 30, M. POUVOST : L'aurothérapie. — 10 h. 30, Présentation de malades dans le service de M. PRUVOST. — A Boucicaut : 16 heures, M. BORDET : Les méthodes chirurgicales dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (indications et résultats). — 17 h. 15, M. MONOD : Les techniques chirurgicales.

Mercredi 14 juin, à Saint-Joseph : 9 h. 30 : Présentation de malades dans le service de M. GENEVRIER. — A Boucicaut : 16 heures, M. ISELIN : Le traitement des pleurésies purulentes tuberculeuses. — 17 h. 15, M. ISELIN : Le traitement des pleurésies purulentes tuberculeuses.

Jeudi 15 juin : Visite du Sanatorium de Bligny.

Vendredi 16 juin, à Laënnec : 9 h. 30, M. PRUVOST : Tuberculose et traumatisme. — 10 h. 30 : Présentation de malades dans le service de M. PRUVOST. — A Boucicaut : 16 heures, M. DE WINTER : L'apicolyse et la cure chirurgicale des cavernes géantes. — 17 h. 15, M. DE WINTER : Les nouvelles techniques de la collapsothérapie chirurgicale.

Samedi 17 juin, à Laënnec : 9 h. 30 : Présentation

de malades dans le service de M. PRUVOST. — A Boucicaut : 16 heures, Mme GOUIN : Le rôle de l'assistante sociale. — 17 h. 15, M. TURPIN : La vaccination antituberculeuse.

II. *Cours sur les suppurations bronchiques, pulmonaires et pleurales* (du 19 juin au 1er juillet).

Le montant des droits pour les deux cours réunis sera de 350 francs ; de 250 francs pour le premier cours et de 150 francs pour le second pour les médecins qui ne désirent suivre qu'un seul cours. Les bulletins de versement relatifs à ces cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures et tous les jours sauf le samedi après-midi salle Béclard (A. D. R. M.) de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures.

Des bourses seront données par le Comité national de défense contre la tuberculose. S'adresser : 66, boulevard Saint-Michel.

— **Institut d'hygiène.** — *Examen d'aptitude aux fonctions de médecin breveté de la Marine marchande.* — Le prochain examen aura lieu à Paris, en juin.

En vue de préparer les candidats à cet examen, un enseignement spécial sera donné au Laboratoire d'hygiène sous la direction du Professeur TANON, professeur d'hygiène, conseiller technique sanitaire du ministère de la Santé publique, avec la collaboration de M. le Docteur JOANNON, agrégé d'hygiène ; M. LINDEMANN, adjoint au directeur de la flotte de commerce et du travail maritime au ministère de la Marine marchande ; M. ROUBINET, sous-directeur de l'établissement national des invalides de la Marine ; MM. les Docteurs CAMBESSÉDÈS, assistant d'hygiène et ancien chef de clinique de la Faculté de médecine ; CLERC, assistant d'hygiène et conseiller technique sanitaire du ministère de la Marine marchande ; NAVARRE, sous-directeur de l'Institut d'hygiène et professeur à l'Ecole de médecine de Caen ; NEVEU, chef du laboratoire des épidémies à la Préfecture de police, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique.

Le cours durera du 25 mai au 9 juin. Il comprendra des leçons qui auront lieu chaque jour, de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2 et de 14 h. 1/2 à 16 h. 1/2, et un cours spécial de bactériologie avec travaux pratiques (de 9 heures à midi).

Peuvent s'inscrire à ce cours : 1° les docteurs et étudiants en médecine français ; peuvent seuls se présenter à l'examen les docteurs en médecine ou étudiants inscrits pour la thèse, du sexe masculin ; 2° les docteurs et étudiants en médecine, de nationalité étrangère, qui s'intéressent aux questions d'hygiène maritime et de prophylaxie internationale et qui pourront recevoir un certificat d'assiduité.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat (guichet n° 4) les lundi, mercredi et vendredi, de 14 à 16 heures, et salle Béclard, de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures, sauf samedi après-midi.

Le droit à verser est de 200 francs. Pour tous renseignements, s'adresser au laboratoire d'hygiène.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **L'Association française pour l'avancement des sciences** (A. F. A. S.) a décidé de tenir son prochain Congrès à Liége, du 17 au 22 juillet, à l'occasion de l'Exposition de l'Eau. Le Congrès aura lieu sous la présidence de M. le Professeur Fabry, membre de l'Institut, directeur de l'Institut d'optique. M. Dehalu, administrateur-inspecteur de l'Université de Liége, a bien voulu accepter la présidence du Comité local. M. le Professeur Verne, de la Faculté de médecine de Paris, est secrétaire général du Conseil.

— **Bureau des examens et concours.** — CONCOURS ANNONCÉS.

1.650 *postes d'élèves pilotes et d'élèves mitrailleurs de carrière dans l'aviation militaire.* Concours : septembre 1939. Age : 18 ans au moins. Plusieurs catégories de candidats. Aucun diplôme exigé.

Commis de 4e classe de la trésorerie en Indochine Date : 12 juillet 1939. Age : 22 à 30 ans. Traitement de base : 10.500 francs plus 7/10e du traitement net, plus indemnités. Diplôme : baccalauréat ou diplôme de fin d'études supérieures franco-annamites ou brevet élémentaire ou brevet d'enseignement primaire supérieur.

Inspecteur du travail en Algérie. — Concours : courant 1939. Délai d'inscription : 11 juillet 1939. Traitements : 16 à 39.000 francs plus 25 %, plus 8 %, plus indemnités. Diplôme : licence ou équivalence.

Commis de 4e classe de la trésorerie du Cameroun. — Concours : 5 septembre 1939. Age : 21 ans au moins, 30 ans au plus. Traitement : 10.500 francs plus 8/10, plus indemnités. Accès aux postes supérieurs. Aucun diplôme exigé.

Ingénieur adjoint stagiaire des travaux publics et des mines aux colonies. — Concours : 20 novembre 1939. Délai d'inscription : 1er juin 1939. Age : 18 ans au moins et 28 ans au plus au 1er janvier de l'année du concours. Accès aux postes supérieurs. Aucun diplôme exigé.

Pour tous renseignements complémentaires s'adresser : Bureau des examens et concours, 16, rue du Général-Malleterre, Paris (XVIe).

— **Ve Congrès national des médecins amis des vins de France** (Reims, 3, 4, 5 et 6 septembre 1939). — Le thème du Congrès est : « Le vin et le jus de raisin dans les affections de l'appareil circulatoire ».

Adresser toutes communications devant être présentées au Commissariat du Congrès : M. Fagouet, 57, cours Georges-Clemenceau, Bordeaux, ainsi que toutes demandes de renseignements.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

DÉFENSE PASSIVE

A la date du 30 mars 1939, le Président de la République arrête :

Art. 1er. — Il est créé un insigne dont le port est réservé aux personnes ayant souscrit l'engagement pour la défense passive prévu par l'article II de la loi du 11 juillet 1938 et par les articles 9 et 31 du décret du 30 janvier 1939. Ces personnes recevront du Préfet devant lequel leur engagement aura été passé, une attestation qui justifiera de leur droit au port de l'insigne.

Les personnes dont l'engagement viendra à être résilié soit sur leur demande, soit par acte administratif, soit de plein droit, n'auront plus droit à porter l'insigne.

L'insigne estampé en mi-plein en cuivre demi-rouge patiné bronze, de 14/10 de mm., est constitué, par :

1° Un anneau plat de 30 mm. de diamètre sur lequel est inscrit en exergue : « Défense passive » en haut, « Volontaire » en bas ;

2° Trois pentagones superposés dont les sommets reposent sur l'anneau et qui portent le contour de la carte de France ;

3° Un bouclier de 13 mm. de diamètre portant le monogramme « D. P. » et couvrant en grande partie la carte de France.

Art. 2. — Il est créé un insigne réservé au personnel de la défense passive, défini par les articles 5 et 6 du décret du 30 janvier 1939, ayant subi avec succès les examens qui sont prévus par l'article 31 du même décret et qui doivent faire l'objet d'instructions du ministre de la Défense nationale. Une attestation préfectorale justifiera du droit au port de l'insigne.

L'insigne estampé en mi-plein en cuivre demi-rouge 14/10 de mm. est constitué par :

1° Un octogone ajouré dont le côté à 14 mm. de long et 3 mm. de large ;

2° Une étoile à huit branches phosphorescentes reposant par ses pointes sur les sommets de l'octogone ;

3° Un bouclier de 13 mm. de diamètre entouré de huit couronnes murales cachant le centre de l'étoile et, portant le double monogramme « D. P. » avec en exergue l'inscription « Défense » (en haut), « Passive » (en bas).

L'insigne comporte trois classes :

1re *classe* insigne doré.
2e *classe* insigne argenté.
3e *classe* insigne en bronze patiné.

Art. 3. — Un dessin représentant chacun des insignes prévus aux articles 1 et 2 paraîtra au *Bulletin Officiel* des ministères de la Guerre, des Pensions et de l'Air.

◆ ◆ ◆

La Retraite obligatoire du médecin

La Fédération corporative des médecins de la Région parisienne nous a adressé l'ordre du jour suivant :

Le Conseil d'administration de la Fédération corporative des médecins de la Région parisienne.

Considérant les conditions d'exercice particulières à la profession médicale ;

Considérant que la question de la retraite n'a pas été l'objet d'une étude suffisante et qu'en particulier elle n'a pas été poussée en fonction des conditions d'exercice de la profession ;

Considérant la difficulté qu'il peut y avoir à gérer des sommes aussi considérables que celles produites par les versements obligatoires de tous les médecins, et le défaut de garantie fourni e aux adhérents ;

Considérant que le sacrifice demandé aux médecins ne prenant pas leur retraite — et ce sera la majorité — dépasserait largement 100.000 francs,

qu'il n'est pas démontré que cette somme placée en viager à 65 ans et avec toutes garanties, ne produirait pas une rente équivalente à celle proposée et cela sans interruption de l'exercice de la profession,

que la question de la retraite des travailleurs doit être envisagée en proportion de la natalité pour ne pas etre contraire aux intérêts du pays ;

Se déclare résolument opposé au projet de retraite médicale Pomaret-Confédération.

Bien que peu partisan des obligations, devant l'imprévoyance de la plupart de nos confrères, nous admettrions le principe d'une retraite obligatoire. Mais elle est difficile à établir et elle demande des calculs sérieux et une étude approfondie. J. NOIR.

Démarche de l'Association corporative des Etudiants en médecine de Paris au Ministère de la Guerre

Le Bureau de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris communique :

M. Mordagne, délégué permanent, a reçu le 28 avril 1939 une délégation des médecins auxiliaires rappelés sous les drapeaux venue lui exposer la requête suivante :

1° Parmi les médecins auxiliaires de retour aux armées, deux cents d'entre eux auraient acquis le doctorat en médecine depuis l'époque à laquelle, faisant leur service actif, ils furent nommés à leur grade actuel. Dans ces conditions, la délégation a demandé au délégué permanent que l'Association corporative intervienne auprès du ministre de la Guerre pour obtenir la nomination de ces camarades au grade de médecin sous-lieutenant.

2° Pour une autre catégorie de médecins auxiliaires également rappelés, n'étant pas encore docteurs, mais étant comme les précédents, titulaires de leur grade depuis leur service actif, la délégation a demandé la promotion au grade de médecin-aspirant.

Le Comité de l'Association corporative, qui a toujours participé avec succès auprès des Pouvoirs publics aux démarches qui ont abouti au statut militaire des étudiants en médecine, a estimé la requête exposée ci-dessus tout à fait justifiée. En conséquence il a décidé de demander à M. le Président Daladier, ministre de la Guerre, de bien vouloir favoriser les promotions ci-dessus envisagées.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Au cours de sa Réunion du 25 avril 1939, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

MM. les Docteurs :

13.743 Blaire, Pas-en-Artois (Pas-de-Calais). Parrains : Docteurs Dehée et Blaire.

13.744 Bousquet, Six-Fours-la-Plage (Var). Parrains : Docteurs Relu et Coulaud.

13.745 Brouillaud, Bessines-sur-Gartempe (Haute-Vienne). Parrains : Docteurs Mazataud et Liermain.

13.746 Cardinaud (R.), Barbézieux (Charente). Syndicat de la Charente.

13.747 Challiol, Annemasse (Haute-Savoie). Parrains : Docteurs Gay et Barbier.

13.748 Clauzet, Cozes (Charente-Inférieure). Parrains : Docteurs Delaunay et Pouget.

13.749 Cottin, Fécamp (Seine-Inférieure). Syndicat d'Yvetot.

13.750 de Bermingham, 72, boulevard de Courcelles, Paris (XVII[e]). Syndicat des Médecins de la Seine.

13.751 Doublet, Beautiran (Gironde). Association professionnelle des Externes et Anciens externes des hôpitaux de Bordeaux.

13.752 Frumusan, 23, avenue Foch, Paris (XVI[e]). Parrains : Docteurs Frumusan père et Lian.

13.753 Garfunkel, Le Perray (Seine-et-Oise). Syndicat médical de Seine-et-Oise.

13.754 Mény, Gérardmer (Vosges). Parrains : Docteurs Durand et Charles

13.755 Olivier, Hirson (Aisne). Parrains : Docteurs Mérot et Josso.

3.756 Tzelepoglou, Bourg-Saint-Andéol (Ardèche). Syndicat de l'Ardèche.

Ces admissions deviendront définitives si elles n'ont fait l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours qui suivront la présente publication (art. 5 des statuts).

BUREAU DE VOYAGES

Voyages individuels à forfait

Pour vos vacances, notre Bureau de voyages peut vous établir un itinéraire vous permettant de choisir la date de votre départ et de visiter les villes et pays de votre choix.

Nos voyages individuels à forfait vous mettent à l'abri de toutes surprises désagréables, vous permettent d'établir un budget à l'avance et évitent toute peine pour en assurer l'organisation matérielle.

Votre itinéraire étant établi par nos soins, vous connaissez avant de partir toutes les heures des trains, tous les horaires des bateaux que vous aurez à utiliser, les hôtels où vous descendrez, les excursions et visites des villes que vous ferez et vous aurez en poche tous vos billets et coupons pour régler ces différents services.

A l'heure prévue le car viendra vous prendre pour la visite de la ville ou pour faire les excursions intéressantes indiquées à votre itinéraire, sous la conduite d'un guide expérimenté qui, dans les villes étrangères parlera français.

Vous voyagez en effet pour voir des pays nouveaux et non pour passer votre temps à chercher des heures de trains dans des indicateurs plus ou moins compréhensibles ou en discussion avec des hôteliers ou des guides.

Quand vous faites construire une maison, vous vous adressez à un architecte et non à chaque corps de métier séparément. Pour vos voyages, adressez-vous au spécialiste qui saura coordonner pour votre confort et votre plaisir tous les éléments divers de ce voyage.

Notre Bureau de Voyages est spécialement documenté et a l'expérience nécessaire pour vous servir. Adressez-vous à lui.

La Ligue médicale de Défense professionnelle « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 150.000 francs. Et cette garantie est portée à 1.000.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical.*

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien pécuniaire dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

O O O

CORRESPONDANCE

ASSURANCES SOCIALES

2.797. — Cumul d'une pension d'invalidité des Assurances sociales et d'une rente pour accident du travail

J'ai un malade assuré social depuis leur création et qui, après six mois de maladie, présente une incapacité permanente de 10 %. Or, il est pourvu d'une incapacité partielle de 25 % environ pour accident de travail (100 par mois). Les Assurances sociales lui ont dit de choisir entre les deux, car il ne pouvait cumuler. Il a choisi sa rente d'accident de travail. Ne peut-il cumuler ? Et quelle somme toucherait-il des Assurances sociales, s'il avait choisi la rente versée par elles aux invalides ?

Dr B.

Réponse

Le cumul d'une pension d'invalidité d'assurances sociales et d'une rente allouée pour incapacité permanente à un accidenté du travail est prévu par l'article 20, § 3 du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales.

Le titulaire d'une rente accidents dont l'état d'invalidité subit une aggravation imputable à une cause autre que celle qui a ouvert le droit à la rente, peut réclamer le bénéfice de l'assurance-invalidité si le degré total d'incapacité atteint au moins 66 pour 100 et si la rente accident est inférieure à la pension d'invalidité à laquelle l'assuré a droit du chef des Assurances sociales. Dans ce cas, la pension d'assurance est liquidée pour un montant égal à la différence entre la pension et la rente-accident.

L'assuré n'avait donc pas, en droit, à choisir entre les deux pensions. Il devait continuer à toucher la rente-accidents et éventuellement, un complément seulement à titre de pension-assurances.

Le montant de la pension d'invalidité varie suivant l'âge d'affiliation de l'intéressé aux Assurances sociales et l'importance du salaire moyen annuel servant de base au calcul des cotisations. Nous ne pouvons donc vous indiquer quel aurait été le montant de la pension de votre client. Il peut se renseigner sur ce point auprès de la Caisse.

QUESTIONS DIVERSES

341. — Certificat de grossesse réclamé par une mineure

Puis-je, sans inconvénient, délivrer à une jeune fille, âgée de 16 ans, ou à ses parents, un certificat

constatant qu'elle est enceinte ? Ce certificat permettrait de hâter le mariage de cette jeune fille avec son fiancé, sujet italien, auquel, sans cela, il faudra au moins deux mois pour obtenir d'Italie les papiers nécessaires.

Le Procureur de la République peut paraît-il, dans ce cas particulier, autoriser le mariage sans les pièces nécessaires habituellement (extrait de naissance, etc.) à condition qu'il lui soit fourni un certificat médical constatant l'état de grossesse.

Comme dans ce domaine, on ne saurait être trop prudent, je serais très heureux d'avoir votre avis avant de faire quoique que ce soit. D'autre part, je considère pour moi comme un devoir de faciliter et hâter ce mariage si vraiment cela peut dépendre de moi. Dr P.

Réponse

Du moment où vous remettez le certificat à votre malade elle-même, vous ne violez pas le secret professionnel. A la malade de faire de ce certificat, l'usage qui lui paraît le plus utile à ses intérêts.

Néanmoins, vous demeurez toujours libre de refuser cette attestation, si, pour des motifs, dont vous êtes seul juge, vous estimiez ne pas avoir à dire la vérité à la malade elle-même. Ce n'est pas votre cas.

Remettez le certificat à la jeune personne elle-même et non pas à ses parents, car, bien qu'elle soit mineure, elle est cependant suffisamment capable de prendre elle-même une détermination.

Rédigez votre certificat sur papier timbré.

Dr Paul Boudin.

2.649. — Le médecin pensionné de guerre peut se prescrire des médicaments lui-même

1° Je suis titulaire d'un carnet des soins (§ 64), plus invalidité 100 % ;

2° L'Etat doit faire des économies ;

3° Dois-je pour avoir un flacon d'éther ou 50 gr. de coton demander à un confrère de me les marquer. Dans ce cas, je ne suis qu'un simple « client » et le confrère aura à prendre un bon de 15 francs. Total : éther : 3 francs ; consultation, 15 francs.

4° Puis-je me marquer moi-même des médicaments sans, bien entendu, me faire payer une consultation ?

Total : éther, 3 fr. 25 ; consultation néant.

5° Le principe juridique « on ne peut pas se créer des titres soi-même », ne s'applique pas ici. Une ordonnance est une pièce comptable et ne crée aucun droit. Cela pour prévenir cette objection.

Je vous serais très reconnaissant de me donner votre avis aussi vite que possible, car je dois me soigner. Dr G.

Réponse

Nous avons déjà eu à connaître de la question

que vous nous posez par votre lettre et nous l'avons fait trancher au profit d'un de vos confrères par un arrêt du Conseil d'Etat en date du 11 avril 1935, dont vous trouverez copie sous ce pli.

Cet arrêt, comme vous pourrez le constater, établit de la façon la plus nette le droit pour le médecin pensionné de guerre de se prescrire à lui-même les médicaments dont il peut avoir besoin.

Sans doute le secrétaire de la Commission départementale de contrôle ignore-t-il cette décision du Conseil d'Etat. Nous pensons qu'il vous suffira de la lui communiquer pour qu'il revienne sur son erreur.

Dans le cas contraire, veuillez nous en aviser et nous pourrons demander à notre Conseil d'administration de vous faire bénéficier de l'appui de la Ligue pour saisir du litige la Commission tripartite et s'il y a lieu, la Commission supérieure.

2.110. — Secret professionnel. Délivrance d'un certificat au client lui-même

Je viens vous demander conseil au sujet des pièces justificatives des soins données aux familles des employés de la S. N. C. F.

J'ai fait dernièrement un reçu à la femme d'un employé de la S. N. C. F. pour les soins donnés en 1938 et pour le libellé j'avais suivi les conseils donnés dans le *Concours Médical* du 12 février dernier par la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine. Cette femme est venue me trouver pour me demander d'ajouter sur la feuille que je lui avais remise le prix de chaque acte médical et les raisons du traitement. J'ai alors ajouté un post-scriptum : raisons du traitement, voir ordonnances. J'ai bien peur que cette femme revienne me trouver en me disant que la S. N. C. F. ne juge pas mes explications suffisantes. Que dois-je faire en pareil cas ?

Je m'excuse de venir vous déranger, mais les Administrations demandent très souvent le diagnostic de la maladie de leurs employés, et je ne crois pas qu'il faille les satisfaire.

Dr R.

Réponse

Il est, en effet, impossible de fournir directement à un tiers quelconque un certificat comportant le diagnostic de la maladie que vous avez eu à soigner sans violer le secret professionnel et sans vous exposer ainsi aux pénalités prévues par l'art. 378 du Code pénal.

Mais, par contre, rien ne vous interdit de délivrer au malade lui-même un certificat comportant le diagnostic et il appartient ensuite au malade de faire du certificat tel usage qu'il lui semble bon, et, s'il y a lieu de le remettre à l'organisme qui doit lui rembourser en totalité ou en partie ses frais médicaux.

Nous vous conseillons, en l'espèce, de procéder de cette façon pour ne pas mécontenter vos clients tout en respectant le secret professionnel.

2.788. — Assistance médicale gratuite. Indemnité kilométrique pour déplacement fait à pied

Abonné au *Concours*, je vous serais obligé de me dire si les tarifs de l'Assistance médicale gratuite prévoient une indemnité de déplacement spéciale quand le médecin est obligé de faire un assez long parcours à pied.

Un de mes clients Assistance médicale gratuite habite le lieudit V., dépendant du hameau de T. lui-même dépendant de la commune de B., la Préfecture compte l'indemnité kilométrique de B. à chez moi, soit 14 km. aller et retour, en fait le hameau de T. est à 8 km. 5 de mon domicile (17 km. aller-retour). Arrivé à T. je laisse ma voiture dans un chemin et suis obligé pour parvenir chez mon client de faire une marche d'environ dix à quinze minutes à travers champs, puis dans un chemin creux (où hiver comme été on s'enfonce dans une boue épaisse), puis à travers bois. Ce parcours n'est possible en toute saison ou presque, qu'avec des bottes. Au retour, même marche de dix minutes, avant de retrouver ma voiture. Je fais donc à pied environ 1.800 mètres à 2 km. tout ceci pour (12 fr. + 15 fr. 40) = 27 fr. 40.

Une indemnité spéciale est-elle prévue dans ces cas ?

Dr L.

Réponse

Selon les dispositions de l'article 1 de la loi du 15 juillet 1893, chaque Conseil général délibère son règlement départemental d'assistance médicale, sous le contrôle du préfet. Ce magistrat départemental arrête ensuite le règlement, qui décide des indemnités diverses et des tarifs dus aux médecins.

Il importe donc de se référer aux termes de votre règlement départemental et, comme il est bien probable que le prix des déplacements à pied n'est pas prévu, vous pourriez demander au président de votre Syndicat de faire discuter la question en assemblée générale, puis de soumettre les desiderata du Syndicat au Préfet et au Conseil général.

Dr Paul Boudin.

2.745. — Montant du loyer en cas de prorogation

Veuillez avoir l'obligeance de me renseigner sur le montant du terme que je dois payer de mon loyer professionnel. Ce loyer était de 1.150 du 1er juillet 1914.

Ci-jointe la lettre recommandée de mon propriétaire. Où veut-il en venir ? Probablement à quelque augmentation nouvelle. Dans cette prévision, veuillez me dire, je vous prie, le chiffre exact que je dois payer. Il est bien entendu que les charges sont en plus et sans changement. Dr B.

Réponse

Dès lors que la valeur locative de votre appartement au 1er août 1914 était inférieure à 1.500 francs, la loi du 31 décembre 1937, vous fait bénéficier de la prorogation légale jusqu'au 1er juillet 1943, compte tenu du caractère professionnel de votre occupation.

La lettre recommandée que vous a adressée votre propriétaire le 27 mars a pour seul et unique objet de mettre fin au contrat de location qui vous liait jusqu'à présent. Mais, à partir du 1er juillet prochain, vous bénéficierez automatiquement et sans avoir aucune démarche ni formalité à accomplir, de la prorogation légale.

A partir du 1er juillet prochain, vous aurez à payer à votre propriétaire un loyer égal au loyer de 1914, multiplié par 3,25, soit donc 1.150 × 3,25 = 3.737 fr. 50, plus les charges qui, dites-vous, ne sont pas contestées.

Vous aurez, en outre, à supporter chaque année, à partir du 1er juillet et jusqu'à la fin de la prorogation, une augmentation égale à 10 % de la valeur locative de 1914, soit 115 francs.

2.120. — Honoraires pour examen d'un enfant victime de mauvais traitements

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me dire comment je dois établir ma note d'honoraires dans le cas suivant.

J'ai été commis par le Juge d'instruction de C., pour aller visiter un enfant que la mère était supposée maltraiter, je suis allé à 30 km., et j'ai fait un rapport détaillé.

Dr S.

Réponse

Dès lors que vous avez été commis par un Juge d'instruction pour examiner un enfant qu'on prétendait victime de mauvais traitements de la part de sa mère, vos honoraires doivent être payés conformément aux dispositions du tarif des frais de justice en matière criminelle.

En vertu de l'article 26 de ce tarif, il vous est dû pour votre visite, la rédaction et l'envoi de votre rapport un honoraire de 25 francs, plus vos frais de déplacement calculés à raison de un franc par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, plus une indemnité spéciale de 30 francs puisque vous avez eu à vous transporter à plus de vingt kilomètres de la commune de votre résidence.

La somme due excédant 50 francs, vous devrez

établir un mémoire en double exemplaire dont l'un sur papier timbré, conforme au modèle officiel, et l'envoyer au Procureur de la République près le Tribunal dont dépend le Juge d'instruction. Après visa du Procureur général et taxe du Juge, vous serez payé par le Receveur de l'Enregistrement.

ACCIDENTS

2.634. — Revision de la rente d'un accidenté du travail

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me dire quelle procédure il faut employer pour une révision de pension d'un accidenté du travail.

Il s'agit d'un ouvrier qui a subi, il y a deux ans, l'amputation de la deuxième phalange du pouce gauche ; à la suite de troubles trophiques, il fait de l'atrophie des muscles de la main et à l'avant-bras, il y a donc aggravation.

Dr H.

Réponse

Suivant l'art. 19 de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, la demande en révision de l'indemnité fondée sur une aggravation ou une atténuation de l'infirmité de la victime est ouverte pendant trois ans à compter s'il y a eu attribution de rente, comme en l'espèce, soit de l'accord intervenu entre les parties, soit de la décision judiciaire passée en force de chose jugée.

Puisque l'accident est survenu, il y a seulement deux ans, votre client est recevable actuellement à exercer l'action en révision en raison de l'aggravation qui s'est produite dans son état. Nous vous conseillons donc de délivrer à votre client un certificat dans lequel vous constaterez son état actuel et conclurez à l'aggravation de l'infirmité qui a servi de base à l'allocation de la rente.

Votre client devra faire ensuite au greffe du Tribunal civil qui a déjà connu de l'affaire une déclaration de demande en révision.

Saisi par cette déclaration le Président du Tribunal convoquera les parties en conciliation et pourra si elles y consentent ordonner une expertise.

Dans le cas contraire l'affaire sera renvoyée devant le Tribunal qui statuera contradictoirement.

Dès la tentative de conciliation votre client bénéficiera de l'assistance judiciaire et un avoué sera commis pour assurer sa défense.

2.890. — Sur les honoraires d'autopsie d'un accidenté du travail

J'ai lu avec intérêt la réponse qui a été faite au sujet des honoraires d'autopsie ne figurant pas au tarif des accidents du travail (*Concours Médical*, page 992, nº 14, dimanche 2 avril 1939).

Je ne pense pas qu'il faille dire que le tarif des frais de justice criminelle constitue une base d'appréciation pouvant être utilement retenue. En effet ce tarif, déjà fort ancien (1920-21) n'a jamais été relevé et est considérablement au-dessous des chiffres qui devraient être adoptés.

Je crois que le mieux serait de proposer un minimum de l'ordre de 400 francs. D'ailleurs, maintenant, ces autopsies sont demandées directement par le Parquet et non plus par les Juges de paix, et il serait utile de se faire fixer en s'inspirant des sommes demandées habituellement pour le Droit commun.

Dr G. HAUSSER.

2.770. — Recouvrement d'honoraires accidents

Le 1er mars 1939, je suis appelé auprès d'un blessé qui a été piqué à la plante du pied gauche par un clou le 25 février 1939. « Cela m'est arrivé au chantier à B., me dit-il. »

J'adresse la carte recommandée au patron, M. V., à B., et je remets les deux certificats au blessé.

Après vingt jours de soins le blessé reprend son travail et j'envoie au patron une lettre simple pour avoir l'adresse de son assureur. J'attends encore.

Ma note d'honoraires s'élève à 284 francs. Aurais-je travaillé pour rien ?

Le contre-maître de cette entreprise qui vient ici tous les dimanches m'a assuré que c'était bien un accident du travail.

Dois-je adresser directement au patron lui-même ma note d'honoraires ?

Je vous serais reconnaissant de me faire savoir si j'ai quelque espoir de me faire honorer.

Dr N.

Réponse

La législation sur les accidents du travail accorde au médecin traitant choisi par le blessé, une action directe en paiement de ses honoraires dans les limites du tarif contre le chef d'entreprise responsable de l'accident, mais elle ne crée aucun lien de droit entre le médecin traitant et l'Assurance qui peut couvrir la responsabilité du patron.

Dès lors que l'accident est certain et que la responsabilité du patron ne peut être contestée, vous n'avez pas à vous préoccuper de savoir si ce patron est assuré ou non et quelle peut être la Compagnie d'assurances qui le couvre.

Il convient donc que vous adressiez votre note établie sur la base du tarif des accidents du travail au patron lui-même, en lui fixant un délai d'un mois par exemple pour vous régler. Si, passé ce délai vous n'avez pas obtenu satisfacction, veuillez nous en aviser et nous pourrons alors demander à notre Conseil d'administration de vous faire bénéficier de l'appui de la Ligue pour exercer une action devant le Juge de paix contre le patron.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

2.085. — Situation d'un médecin dégagé d'obligations militaires à l'égard de la défense passive

Dans le numéro du 12 février 1939 du *Concours' Médical*, page 420, vous dites, en répondant à certaines questions posées par un confrère :

« Une fois dégagé de toutes obligations militaires vous restez pendant deux ans à la disposition de la Défense passive (loi de 1938). Passé ce délai, vous ne pouvez plus être rappelé par l'autorité militaire en cas de guerre. »

En est-il de même au point de vue civil ? J'ai 64 ans, dégagé de toute obligation militaire depuis deux ans (médecin commandant). J'ai accepté d'organiser la défense passive ainsi que le service des hôpitaux civils en cas de guerre dans la ville que j'habite, mais si pour une raison ou pour une autre je voulais résilier mes fonctions, pourrais-je le faire ? Ce ne serait évidemment pas par caprice, mais au cas où on me refuserait les moyens que je juge obligatoires ou si une centralisation excessive me privait d'un certain degré d'indépendance que je juge indispensable.

Dr H.

Réponse

La loi de 1938 n'envisage un maintien de deux années à la disposition du ministre de la Guerre pour la défense passive que pour les officiers et les hommes, qui viennent d'être libérés de leurs obligations militaires dans les conditions normales, c'est-à-dire après 28 ans de service.

Il n'en est plus de même pour les officiers, maintenus dans les cadres, après l'époque de leur libération normale, lorsqu'ils ont accompli cette période d'obligation supplémentaire et volontaire. A ce moment, ils sont entièrement libres vis-à-vis de l'autorité militaire et ne pourraient plus relever que d'une réquisition éventuelle par l'autorité civile.

Si votre acceptation d'organiser actuellement la défense passive est le fait de votre bon vouloir, vous restez libre de refuser votre concours le cas échéant. Il n'en serait plus de même s'il s'agit d'une réquisition, sauf incapacité physique absolue (art. 2 de la loi du 31 mars 1928 sur le Recrutement de l'armée).

Soixante et unième année — N° 21 — 21 Mai 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg .	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro..........	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.

Demi-Colonnes

Renseignements

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale. Paris, 182-32.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — ***Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)***

***Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.**

Nº 157. — A louer libre de suite, maison à Sours, près Chartres, avec 10 pièces, tout confort., remises S'ad. Mathieu, notaire à Chartres.

Nº 158. — Paris 8e. A céder cause changem. occupat., client. import. méd. génér. Bon chiffre prouvé. Bel appartem. confort. 7 p., loyer 16.000.

Nº 159. — A céder au plus offrant, collect. anciennes du *Concours Médical* en très bon état, et nombr. éditions médic. S'ad. Mme Martelli, Ste-Réparate, par Ile-Rousse (Corse).

Nº 160. — Normandie. A céd. à méd. franç., cause fatigue, bonne et ancienne client. agricole riche payant compt. Prix 10.000 compt.

Nº 161. — Gironde. Cause repos. Cherche chirurg. associé, cathol. franç., pour cession part. ou tot. clinique orthop. et chirurg. Aff. sérieuse.

Nº 162. — Sténo-dactylo expérimentée connais. bien allemand est demandée pour secrétariat revue médicale. Traitem. mensuel début. 1.600 fr. Ne pas se présenter, écr. avec réf. et curricul.

Nº 163. — Non meublé à louer 15 km. Sens, 1er étage, 4 p., 2 toil. et grenier mansardé 4 p. Eau, électr., cour, jardin, toutes ressources. Dr Bailly-Salin, à Sens (Yonne).

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

CABINET BREITEL ET GORET

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Bourgogne. Import. client. rurale avec belle habit., parc. Indemn. 120.000.

Normandie. Seul méd. poste anc. et très actif. Prix à déb.

Savoie. Demi-repos agréable avec fixes, urgent. Prix: 10.000 fr.

Poitou. Près grd centre, client. riche, rap. intéres. Prix 30.000, 15.000 cpt.

Abonnés du « Concours » exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix - les - Bains : Bertier, Blondel, Dardel, H. Forestier père, Lelong, Pégaz.

Amélie - les - Bains : Bouix.

Ax - les - Thermes (Ariège) : Boyer, Girard.

Bagnères - de - Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Ricard - Pomarède.

Bagnoles - de - l'Orne : Censier, R. Hügel, Joly, Le Gouriérec, J. Louvel, R. Louvel, Doctoresse M. Pellion, E. Poulain.

Bains-les-Bains : M. Henry, L. Rose.

Barèges, Orliac.

Barbotan-les-Thermes P. Pitous.

Besançon La Mouillière : G. Giraud, Jean Sexe (*opht.*), Tronchon.

Biarritz : Clavel, Dejeant (*derm.*), M. Claverie Lacour. Pitchalsky (*m. g. sto.*) M. Pourquié (*chir.*) G. Pourquié (*o. r. l.*)

Bourbon-Lancy : Bellœuf, G. Vincent.

Bourbon - L'Archambault : Bénabu, Litaud.

Bourbonne - les - Bains : Delacroix, Gay, Pellet.

Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers** : d'Arbois de Jubainville, Mathieu, Laissus fils.

Cambo - les - Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Dieudonné, J. Trotot.

Capvern : J. Pouy.

Cauterets : Anglada, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Challes-les-Eaux : Vexenat.

Châtel-Guyon : Angeras J. M. Ballan, Baumann, Cambiès Casati de Montgolfier, Foucaud, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Contrexeville : Contal.

Dax : Barrau, Delmas (Armand).

Divonne-les-Bains : Baillivet, R. Fau, Vieux.

Eaux-Bonnes : Bourragué, Creignou.

Enghien-les-Bains : Beyrand, H. Forterre, J. Spinadel.

Escouloubre - les - Bains : Sarda.

Évaux-les-Bains : Maurice Fabre (*gyn.*), E. Legâte.

Evian-les-Bains : Bernex, J. Eyraud-Joly,

Hammam-Lif (Tunisie) : Fère.

La Bourboule : Anglada, Barthomeuf, Boudry, Cany, Mme Eyraud-Dechaux, R. Galimant, Jean Godonnèche, Jumon, Rongier Th., Maurel.

La Léchère : Bouverat, Millet, Noailly.

La Motte - les Bains : Goirand.

Lamalou-les-Bains : Faure, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains : Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Lépine.

Luchon : P. de Beauchamp, Cazal - Gamelsy, Germès, Pierre Molinéry, Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Causeret, Cugnier, Rimey.

Mont-Dore : J. André, Roger André, Béal, Débidour, Dullin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris : Ducros, Jossand, J. Wibrotte.

Plombières - les - Bains : Bernard, J. Dumont, Truelle.

Pougues-les-Eaux : P. Baillet.

Preste (La) : Dr P. Baron.

Royat : Mougeot. Perrin Georges.

Salers : Rongier.

Salies-de-Béarn : Coustère David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains : Bourny, Henri Neumand.

Salies - du - Salat : Barbé, St Béat.

Saujon : M. Boisseau, Doublet, R. Dubois.

Saint-Didier (Vau.) : Masquin.

St - Honoré - les - Bains : Charpin, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire : Sérane, Siguret.

Santenay - les - Bains : A. Mélé.

Sermaize-les-Bains : Fritsch.

Uriage : G. Barbier.

Vals - les - Bains : David, Galtier.

Vernet-les-Bains : Ponson

Vichy : Arama (Michel) (*stom.*), Bargy, Berthomier, (*phys.*), G. F. Bonnet, Caillault, Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Cluzan, Cornillon, Cotar, Cros L., Desmaroux, Enjalbert, Fau, R. Fraudet, (*stom.*), Gannat, Lère, Martin-Péridier, Reynès, Roche, Roussignol.

Vic-sur-Cère : Delsérès.

Vittel : G. Constant, P. Genay, Finck.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** — *Election.* — M. Hérissey est élu membre titulaire dans la VI[e] section (*pharmacie*).

— **Association amicale des anciens médecins des corps combattants.** — Le Général Gamelin a présidé le dîner annuel des anciens médecins des corps combattants. Cette brillante réunion qui groupait plus de 200 médecins, anciens médecins de bataillon pendant la guerre, était également honorée de la présence du Général Colson, chef d'état-major de l'armée, et des plus hautes personnalités de la médecine de nos armées de terre et de mer.

Le président de l'Association, le Docteur Yoyotte rappela les origines et les buts de cette Association dont tous les membres ont vécu la vie du poilu, avec ses dangers et ses souffrances physiques et rendit un pieux hommage à ses morts.

Le Général Gamelin, dans une vibrante allocution, rappela le rôle du médecin en général et du médecin d'armée en particulier : « Les médecins sont pour l'officier les compagnons de toute la carrière. Est-il une des branches de l'activité humaine qui témoigne d'une utilisation aussi constante du progrès pour le bien de tous ? ».

Pour renseignements concernant cette Association, s'adresser au Secrétaire général, Docteur Bellanger, 2, rue Pigalle.

— **Les Journées médicales de Bruxelles.** — La XVIII[e] session des Journées médicales de Bruxelles qui se tiendra à Liége, à l'occasion de l'Exposition internationale de l'eau, du 24 au 28 juin prochain, connaîtra un succès égal aux précédentes. Une trentaine de pays y seront représentés par les maîtres les plus éminents.

Voici les sujets de quelques conférences magistrales qui seront faites aux Journées médicales, en dehors des séances extraordinaires des seize sociétés savantes belges ou organismes scientifiques internationaux qui y participent : Professeur Jan Belehradek (Prague) : La vie et la température ; Professeur E.-J. Bigwood (Bruxelles) : La physiologie de l'œil dans ses rapports avec la carence en vitamine A ; Professeur F. Bremer (Bruxelles) : L'activité électrique de l'écorce cérébrale ; Professeur Antonio de Sousa Pereira (Porto) : L'infiltration novocaïnique du ganglion étoilé ; Professeur Marcel Florkin (Liége) : La submicroanalyse du sang ; Professeur Fribourg-Blanc (Paris) : L'intérêt de la malariathérapie pour l'étude du paludisme ; Professeur F. Héger-Gilbert (Bruxelles) : La responsabilité médicale ; Docteur Edouard Joltrain (Paris) : Etats anaphylactiques et histamine. Histamino et antihistaminothérapie ; Professeur Lauwers (Courtrai) : La douleur des viscères .

Renseignements et inscriptions auprès du Docteur R. Beckers, secrétaire général, 141, rue Belliard, à Bruxelles.

— **Concours d'accoucheur des hôpitaux de Paris.** — Un concours pour une place d'accoucheur des hôpitaux de Paris sera ouvert le 21 juin 1939 à la salle des concours de l'Administration.

Inscriptions au Bureau du Service de santé jusqu'au 26 mai 1939.

— **Ministère de la marine marchande.** — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin breveté de la marine marchande, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Paris, à la Faculté de médecine (laboratoire d'hygiène), les 22, 23 et 24 juin 1939.

Les dossiers des candidats devront être adressés un mois à l'avance, au ministère de la Marine marchande (direction de la Flotte de commerce et du travail maritime), 3, place de Fontenoy, Paris (VIIe).

Cette demande devra être établie sur papier timbré et revêtue en outre d'un timbre fiscal de 20 francs pour paiement des droits d'inscription à l'examen.

— **Journées médicales de tennis.** — Le Tennis Club Médical de Paris, 77 et 79, boulevard Suchet, Paris (XVIe), organise à nouveau le championnat national médical de tennis 1939, qui se déroulera au cours des journées médicales de tennis, les 7, 8 et 9 juillet, à Paris.

Le championnat ne comprend que des épreuves de simples, réservées aux docteurs en médecine français, civils ou militaires, exerçant en France ou dans les Colonies françaises.

Les éliminatoires parisiennes ou régionales, se dérouleront entre le 1er et le 25 juin. Prière d'envoyer les inscriptions (prix d'engagement 40 francs), avant le 1er juin midi.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège social du Tennis Club Medical de Paris, 77 et 79, boulevard Suchet, Paris (XVIe), Jasmin 30-99.

— **Tournoi féminin.** — Des épreuves de simples, réservées aux femmes-médecins et aux femmes de médecins, sont organisées par le T. C. M. P., entre le 25 juin et le 9 juillet. Clôture des engagements : le 20 juin. Prix d'engagement : 25 francs.

Pour renseignements, s'adresser à Mme Pages, docteur en médecine, vice-présidente du Tennis-Club médical de Paris, 36, avenue Bugeaud, Paris (XVIe), téléphone Kléber 70-22.

— **Le Professeur Tiffeneau, élu membre de l'Institut.** — M. le Professeur Tiffeneau, doyen de la Faculté de médecine de Paris, vient d'être élu membre de l'Académie des Sciences (section de chimie), en remplacement de M. Urbain, décédé.

— **Faculté de médecine de Paris.** — M. le Professeur Noël Fiessinger, professeur de pathologie

expérimentale, est nommé professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement du Professeur Carnot.

Le *Concours Médical*, qui s'associe aux regrets unanimes causés par le départ du maître éminent qu'est le Professeur Carnot, est heureux d'adresser ses plus vives félicitations à M. le Professeur Noël Fiessinger qui devient, dans la chaire de clinique de l'Hôtel-Dieu, un des successeurs de Trousseau.

— **L'Aide aux cardiaques.** — L'Assemblée générale de l' « Aide aux cardiaques » a eu lieu le 2 mai sous la présidence de M. le ministre de la Santé publique.

— **Ligue française contre le cancer.** — L'Assemblée générale annuelle de la Ligue française contre le cancer s'est tenue le 16 mai 1939 à la Faculté de médecine de Paris.

L'ordre du jour comportait la lecture du Rapport de M. le Professeur Hartmann et l'attribution du prix Amerongen (100.000 francs) à M. le Professeur Angel H. Roffo, de Buenos-Ayres.

— **Naissances.** — Le Docteur et Madame Georges Caïn ont le plaisir d'annoncer la naissance de leur deuxième enfant *André*.

Paris, 6 avril 1939.

— Le Docteur et Madame P. Baize sont heureux de vous faire part de la naissance survenue à Coutances (Manche), de leur troisième enfant *Louis*.

Paris, 26, rue Daubigny, 10 avril 1939.

— Dominique, Marie-Chantal et Françoise Sexe ont la joie de vous annoncer la naissance de leur petite sœur *Marie-Josée*.

Docteur et Madame Jean Sexe, 2, rue Delavelle, Bsançon, 1er mai 1939.

— Le Docteur et Madame E. Lefeuvre, Evariste Lefeuvre, sont heureux de vous faire part de la naissance de leur fille et petite sœur *Suzanne*.

La Trinité-sur-Mer (Morbihan), 10 mai 1939.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Louis Bar, de Nice ; du Docteur Pierre Brunel, laryngologiste de l hôpital de Versailles ; du Docteur Jérôme Camion, de Marseille ; du Docteur Daniel, de Laval ; du Docteur Deletang, d Arcy-sur-Cure (Yonne) ; du Docteur Félix Dufaut, de Toulouse ; du Docteur Henri Fontaine, de Paris ; du Docteur André Guesdron, de Buzançais (Indre) ; du Docteur Léon Hambartzoumian, de Chatellerault (Vienne) ; du Docteur Charles Hubrecht, de Wormhout (Nord) ; du Docteur Kieffer, d'Oulches (Indre) ; du Docteur Flavien Michaux, de Paris ; du Docteur Mignon, de Mézières (Ardennes) ; du Docteur Meunier, de l'Oie (Vendée) ; du Docteur Marnay, de Loches (Indre-et-Loire) ; du Docteur Pitre, de Saint-Julien-sur-Reyssouze (Ain) ; du Docteur Prosper Merklen, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, médecin des hôpitaux de Paris ; du Docteur Antonin Piot, de Chambéry ; du Docteur Jean-Louis Sempé, de Carcassonne.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Assurances sociales

Conseil supérieur des Assurances sociales

Par arrêté en date du 26 avril 1939, ont été appelés à prendre part aux séances du Conseil supérieur des Assurances sociales avec voix consultative :

M. Piquemal, directeur du contrôle général au ministère du Travail.

Mme le Docteur Campaux et M. le Docteur Godard médecins contrôleurs des Assurances sociales au ministère du Travail.

(*J. O.*, 3 mai 1939.)

Enfants du premier âge

Décret du 12 avril 1939 relatif à la rémunération des médecins inspecteurs des enfants du premier âge

Art. 1er. — Les honoraires alloués aux médecins inspecteurs de la protection des enfants du premier âge, à l'occasion de la visite des enfants protégés, ne pourront dépasser le tarif prévu par le règlement départemental du Service de l'Assistance médicale gratuite, ni en aucun cas être supérieurs à 15 francs pour la première visite et 10 francs pour les autres.

Art. 2. — Une indemnité kilométrique de déplacement leur sera allouée, seulement pour la première visite, dans les huit jours de l'admission et les visites effectuées sur demande du préfet ou du maire. Elle ne pourra dépasser les tarifs prévus par l'article 7 du décret du 12 juillet 1938 pour les inspecteurs de l'Assistance publique.

Les autres visites prévues par le règlement du 1er septembre 1938 ne donneront lieu à aucune indemnité kilométrique.

(*J. O.*, 6 mai 1939.)

Hôpitaux psychiatriques

Par arrêté en date du 21 avril 1939, M. le Docteur Rancoule, reçu au concours du médical des hôpitaux psychiatriques en 1938, a été nommé médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Pau, en remplacement de M. le Docteur Gardes, affecté à l'hôpital psychiatrique de Château-Picon.

(*J. O.*, 7 mai 1939.)

Hygiène publique

Avis de concours pour le recrutement d'inspecteurs départementaux d'hygiène

Conformément aux dispositions de l'article 2 du décret du 12 août 1937 prorogé par les décrets des 7 juillet, 29 décembre 1938 et 8 avril 1939, un concours est ouvert pour le recrutement :

1° D'un inspecteur départemental d'hygiène dans le département de l'Isère ;

2° D'un directeur de bureau d'hygiène dans les villes de Reims et de Rouen.

Pourront faire acte de candidature :

1° En vue d'une mutation : les inspecteurs départementaux d'hygiène, les directeurs des bureaux d'hygiène, les directeurs des bureaux d'hygiène des villes de 100.000 habitants et assimilés, qui auront été préalablement maintenus en fonctions ;

2° En vue d'une promotion de grade : les inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène, les directeurs et directeurs adjoints en exercice des bureaux d'hygiène des villes de moins de 100.000 habitants, qui auront été préalablement maintenus en fonctions.

Les demandes seront accompagnées des documents suivants requis pour les demandes de maintien en fonctions et pour les candidatures au poste d'inspecteur départemental d'hygiène de l'Isère et de directeur des bureaux d'hygiène de Reims et de Rouen :

1° Une expédition authentique de l'acte de naissance ;

2° Un extrait de casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

3° Un certificat de nationalité française et, s'il y a lieu, les pièces établissant la naturalisation et indiquant la date d'obtention du droit d'exercer ;

4° Copie certifiée conforme des diplômes (notamment du diplôme de docteur en médecine d'une Faculté de l'Etat et du diplôme d'hygiène) ;

5° Un résumé des titres de toute nature et des fonctions remplies, avec références à l'appui ;

6° Les états des services administratifs antérieurs pouvant entrer en compte pour la constitution du droit à pension certifiés par les administrations intéressées ;

7° Un état des services militaires ou, à défaut, une pièce précisant la situation militaire ;

8° Un exemplaire de la thèse et des études publiées ;

9° Une note de renseignements sur la situation de famille ;

10° Un certificat d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté ;

11° Déclaration souscrite par le candidat et attestée par le Préfet, certifiant que l'intéressé se consacre entièrement à ses fonctions, à l'exclusion de toute clientèle (autant médecine générale que bactériologie, analyses diverses, etc.).

Les demandes devront être remises au ministère de la Santé publique (direction du Personnel), 1er bureau, 7, rue de Tilsitt, à Paris, le 10 juin 1939 au plus tard.

(*J. O.*, 5 mai 1939.)

Inspection départementale d'hygiène

Par arrêté en date du 28 avril 1939, M. le Docteur Vidal, inspecteur départemental d'hygiène de l'Isère

a été affecté, sur sa demande, dans le département de Seine-et-Marne.

(*J. O.*, 7 mai 1939.)

Légion d'honneur

Est nommé, à titre posthume, chevalier de la Légion d'honneur :

M. Gillard (Henri-Louis-Armand), docteur en médecine, médecin-chef des forges et mines de Hayange (Moselle) ; 38 ans de services militaires et de pratique professionnelle. A été tué alors qu'il accomplissait son devoir de médecin le 7 avril 1939. Cité à l'ordre de la nation le 24 avril 1939.

(*J. O.*, 3 mai 1939.)

ASSURANCES SOCIALES

Liste des médicaments spécialisés donnant lieu à des tarifs de remboursement particuliers

Circulaire du Ministre du Travail du 15 *mars* 1939

Par circulaires du 6 avril et du 5 juillet 1938, mon Administration vous a adressé un certain nombre d'exemplaires de la liste des médicaments spécialisés, et de son premier supplément, donnant lieu à des tarifs de remboursement particuliers, en vous priant de les faire parvenir aux organismes d'assurance intéressés.

La Commission des spécialités instituée auprès de mon département, ayant apporté à ladite liste d'autres modifications, comportant soit l'inscription, de nouveaux médicaments spécialisés, soit le changement de catégorie des médicaments déjà inscrits, soit la suppression ou le changement de dénomination de certaines spécialités, ces modifications ont été incorporées dans une nouvelle édition de la liste des médicaments spécialisés. Celle-ci comprend dans un texte unique la liste primitive, son premier supplément et les modifications susvisées, arrêtées à la date du 18 octobre 1938. Cette nouvelle édition est mise en vente à l'Imprimerie nationale au prix de 12 francs, port compris.

Je vous prie de vouloir bien transmettre, *d'extrême urgence*, la liste dont il s'agit aux Caisses primaires d'assurance maladie-maternité ainsi qu'aux organismes agricoles de l'assurance-maladie ayant leur siège dans la circonscription de votre Service, et à l'Union régionale.

Vous recevrez à cet effet, le nombre d'exemplaires nécessaire pour que vous puissiez en faire tenir un à chaque organisme.

Vous voudrez bien, en même temps, faire connaître auxdits groupements qu'ils peuvent se procurer des exemplaires supplémentaires en s'adressant à

l'Imprimerie nationale, et les inviter à confirmer à cette Administration, la commande qu'ils se sont engagés à faire à la suite de ma circulaire du 21 octobre 1938.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler que seule la liste éditée par l'Imprimerie nationale constitue la publication officielle à laquelle les organismes d'assurances sociales doivent se reporter pour l'application de l'arrêté du 15 mars 1938. Les Caisses ne sont autorisées à rembourser que les spécialités énumérées sur cette liste et elles ne peuvent effectuer de remboursement que sur la base des taux qui y sont indiqués.

Les Caisses engageraient leur responsabilité si, contrairement aux prescriptions du dit arrêté, elles appliquaient des taux de remboursement autres que ceux prévus dans la liste officielle.

Je vous serais obligé de porter les instructions qui précèdent à la connaissance des organismes d'assurance susdésignés. Je vous adresse, à cet effet, un nombre suffisant d'exemplaires de la présente circulaire.

P. S. — La classification résultant de la nouvelle liste est applicable à compter de la date de la présente circulaire.

L'hématome sous-unguéal

A propos du traitement de l'hématome sous-unguéal, j'ai lu avec plaisir cet appel à pondération, du Docteur Poirson, s'élevant contre les rigueurs d'un procédé opératoire préconisé dans votre journal, et nous indiquant une thérapeutique beaucoup plus simple.

Un hématome sous-unguéal ne doit-il pas être traité comme la plupart des hématomes, c'est-à-dire par l'évacuation directe ?

Pour ma part, j'ai toujours employé le procédé dit du thermocautère. La pointe fine du thermocautère perfore sans douleur la surface noirâtre de l'ongle au centre de l'hématome, et crée un orifice d'évacuation. L'issue de la collection sanguine à travers l'ongle perforé amène et la sédation des douleurs et la guérison.

Il peut exister en plus un broiement du doigt ou une fracture de phalange, mais ceci est alors une autre question.

Dr Paul Bard
(Thiers).

Voir la suite page LIX-1477

PROPOS DU JOUR

ECHOS DE NOTRE CORRESPONDANCE

L'amour des distinctions. — L'alcoolisme favorisé par des médecins (? ?) La répression des avortements

Un praticien de province nous conte dans une lettre récente, l'anecdote suivante destinée à illustrer le *Propos du Jour* que nous avons intitulé *Une petite leçon de morale*.

« Il y a quelques temps, nous écrit notre correspondant, un médecin de mes amis a été appelé auprès d'un petit malade atteint de diphtérie. Le cas était grave. Il appelle ou l'on appelle un autre confrère et l'enfant meurt. Cette mort fit beaucoup de bruit dans le pays ; on fit toutes sortes de réflexions sur la maladie et de critiques sur le traitement ; ce qui est assez ordinaire. Mais ce qui l'est moins, c'est que les deux médecins tombèrent malades en même temps. Ils accusèrent la contagion de la diphtérie de leur maladie, ce qui n'est pas impossible, et les journaux locaux pendant quelques temps s'inquiétèrent de leur santé.

« Leur maladie ne fut pas grave. L'un d'eux, amateur de distinctions, fit intervenir les autorités compétentes pour obtenir une médaille et insista pour que l'autre, mon ami, en fit autant, de façon à augmenter ses chances.

« Le Ministre décerna à tous les deux une médaille de bronze. Je fus voir mon ami au cours de sa maladie et j'assistais à son déjeuner qui fut copieux. Je ne crus pas en lui faisant cette visite avoir accompli un acte héroïque et je n'ai pas réclamé de médaille. »

Cette anecdote qui relate un accident du travail vulgaire et bien banal mérite d'être contée. En somme, nos deux confrères médaillés sont satisfaits. Les autorités ont répondu à leurs démarches pressantes et le bon public gardera à leur égard les mêmes sentiments que par le passé, car il aura peine à croire que le fait d'approcher un malade contagieux, ce qui arrive à toutes les personnes qui lui donnent des soins, constitue un acte d'héroïsme.

***

Un praticien de Lyon nous communique une coupure du journal *Le Nouvelliste de Lyon* relatant les débats du Conseil général du Rhône, où avec le sous-titre : *Augmentation des dépenses d'assistance* est relatée une intervention de M. Herriot, maire de Lyon, président de la Chambre des Députés :

« On constate, publie *Le Nouvelliste de Lyon* un accroissement considérable des charges d'assistance, augmentation que M. Herriot attribue au nombre croissant des malades atteints d'aliénation mentale, qui résulte des progrès de l'alcoolisme. « Non seulement, déclare M. Herriot, « on ne fait rien contre l'alcoolisme, mais on fait « tout pour l'augmenter. On vient de relever le « titre de certaines boissons alcoolisées avec LA « COMPLICITÉ DES MÉDECINS *qui, ayant été con-* « *sultés, ont donné leur acquiescement.* »

M. Herriot a raison quand il attribue à l'alcoolisme la cause de l'accroissement de l'aliénation mentale et partant de l'augmentation des dépenses d'assistance dans le département du Rhône. Il en est de même, et peut-être plus encore, dans le département de la Seine. Mais M. Herriot met en cause *la complicité des médecins* dans le développement de l'alcoolisme. Cette accusation est grave et demanderait à être précisée. Jusqu'alors nous avions cru que les médecins étaient les piliers de la lutte contre l'alcoolisme et que les progrès de cette plaie sociale étaient dus aux politiciens. C'est là une vérité d'ordre banal qui ne sera mise en doute par personne. Une des preuves relativement récente est que l'on a imposé la fermeture une fois par semaine, sous prétexte de repos hebdomadaire, à tous les commerçants, y compris ceux qui tiennent des boutiques d'alimentation, boulangers, bouchers, charcutiers, épiciers, etc., etc., et *même les pharmaciens*, seuls les cafés et les marchands de vins n'ont pas été soumis à cette règle.

Nous serions heureux d savoir ce que pense M. Herriot sur ce point et d'avoir quelques précisions sur *la complicité des médecins* en ce qui concerne le développement de l'alcoolisme.

***

L'enseignement de la morale professionnelle et même de la morale tout court, paraît devoir être sous peu nécessaire dans nos Facultés. Nous espérons que le fait qui nous a été signalé, est unique en son genre, car il dénote une telle amoralité qu'il permet de croire chez son auteur une absolue inconscience : Un de nos confrères âgé était en pourparlers avec un très jeune docteur qui voulait acquérir sa clientèle. Comme il se

renseignait sur tout ce qui pouvait être d'un certain rapport : accouchements, interventions chirurgicales, etc., le jeune homme posa cette question à brûle-pourpoint et le plus naturellement du monde à son confrère :

« Faites-vous ici beaucoup d'avortements ? » Stupéfait, le vieux praticien sursauta et en termes indignés manifesta sa surprise. « Oh ! répliqua le jeune docteur, si je ne pratique pas les avortements, les femmes iront chez mon voisin et je préfère toucher des honoraires. »

Nous sommes persuadés que très rares, infiniment rares sont les médecins qui se livrent à ces pratiques criminelles, mais il en existe et la preuve, c'est que les journaux annonçaient tout récemment l'inculpation d'une authentique doctoresse infirme qui se faisait seconder dans ses interventions par deux femmes de ménage qui ont été arrêtées. La misère et la maladie expliquent sans l'excuser la conduite de cette malheureuse.

Cette question des avortements est angoissante pour le médecin praticien le plus honnête, car, appelé en cas d'accident pour donner ses soins à la suite d'un avortement criminel, il lui est difficile de se défendre s'il est calomnieusement accusé de l'avoir provoqué lui-même, étant lié par le secret professionnel. Aussi nous ne saurions trop approuver le vœu émis par la 8e section du Syndicat des médecins de la Seine, que nous empruntons au supplément de *La Presse Médicale* du 22 avril 1939 :

LES MÉDECINS,

considérant que la multiplicité des avortements criminels fait courir à la France un péril mortel, que la législation actuelle concernant l'avortement et surtout son application trop indulgente aboutit en fait à l'insuffisance, pour ne pas dire à la nullité de la répression ;

considérant que, pour qu'une législation soit efficace, il faut qu'elle soit proportionnée et exemplaire, émettent le vœu ;

1° que, conformément à la proposition de M. Henri Fougère et M. Doléris, soient ajoutés au texte de la loi de 1923 les paragraphes qui en ont été distraits et d'après lesquels sera exemptée de toute peine la femme qui, avant toute poursuite commencée, aura donné connaissance aux autorités des manœuvres abortives commises sur sa personne par un tiers, ou qui, même depuis les poursuites commencées, aura procuré l'arrestation de ceux qui ont pratiqué sur elles lesdites manœuvres ou leurs co-auteurs ou complices.

Le juge d'instruction, après avoir vérifié l'existence de cette excuse, devra déclarer qu'il n'y a pas lieu de suivre. Dans le cas où elle aura été poursuivie, l'inculpée aura le droit de demander au Tribunal de se prononcer sur ladite excuse ;

2° que la procédure soit toujours poursuivie à huis clos, mais que pour toute personne condamnée pour les manœuvres abortives sur une femme, le Tribunal doive ordonner la publication des noms avec les peines avec simple indication de la loi, dans dix journaux régionaux, ainsi que l'affichage à la porte du domicile pendant deux ans.

Qu'en outre, pour les médecins et les membres des professions para-médicales, condamnés pour ces délits, le Tribunal doive ordonner toujours :

a) L'interdiction définitive d'exercer ;

b) Une amende qui ne pourra être inférieure à 10.000 francs.

Si la personne dénoncée comme auteur de l'avortement ne fait pas partie du Corps médical, l'enquête se fera d'office par l'autorité judiciaire et les résultats seront communiqués aux organismes professionnels médicaux habilités.

Si la personne dénoncée fait partie des professions médicales le texte de loi devra prévoir de la façon la plus explicite que l'action publique ne pourra être mise en mouvement sans qu'auparavant une enquête préalable soit confiée aux organismes professionnels syndicaux habilités (Conseils de famille syndicaux) et conformément à la législation prévue par les Assurances sociales et les accidents du travail. Aucune notoriété ne pourra être donnée à cette enquête.

Dès sa première comparution et dès son interrogatoire d'identité, le médecin inculpé pourra demander son renvoi devant le Conseil de famille syndical.

En cas de résultat négatif de l'enquête pour le médecin dénoncé, le dénonciateur devra toujours être poursuivi à la requête du procureur de la République ;

3° Que des instructions formelles soient données aux parquets pour faire ouvrir une instruction dans tous les cas et poursuivre rigoureusement, dès que les éléments du délit se trouvent réunis. Que la police organise la surveillance.

3° Que les Syndicats médicaux, pharmaceutiques et de sages-femmes se fassent un devoir de se porter toujours partie civile pour la défense professionnelle et pour le bien public.

5° Que soient inscrits au tableau A les produits emménagogues dangereux, que les pharmaciens ne pourront vendre qu'avec une prescription du médecin ;

6° Qu'il soit interdit aux laboratoires de pratiquer les épreuves biologiques de grossesse sans prescription du médecin praticien et interdit à toute personne autre que les médectns de proposer, sous quelque forme que ce soit, ces recherches biologiques.

Qu'il soit interdit aux laboratoires de transmettre directement à d'autres personnes que des médecins, les résultats de ces recherches ;

7° Que soit interdite toute publicité, sous toute forme quelle qu'elle soit, en faveur de médecins, laboratoires et de sages-femmes dans les journaux et publications non médicales, et que seuls soient autorisés les annuaires ne comportant que les titres professionnels.

Ce vœu a été adopté à l'unanimité.

On ne saurait prendre pour la répression des avortements des mesures trop énergiques. L'avortement volontaire est une cause très importante de la dénatalité dans notre pays. Les statistiques démographiques évaluent à près de 400.000 par an les grossesses criminellement interrompues.

La situation était analogue à Vienne, en Autriche ; or, depuis l'Anschluss, la répression de l'avortement a été féroce et le taux de la natalité s'éleva aussitôt dans de très notables proportions. Sans recommander les procédés nazis dans ce qu'ils ont d'excessif, nous croyons qu'il convient de tenir compte de l'expérience faite à Vienne. La répression de l'avortement s'impose, surtout dans un pays où le nombre des cercueils dépasse notablement le nombre des berceaux.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE DE L'HOPITAL BROUSSAIS-LA-CHARITÉ

LA MALADIE AMYLOÏDE

Par le Professeur Maurice VILLARET (*)

Messieurs,

Si je ne craignais d'abuser de ces vérités premières que chanta notre immortel Courteline, je déplorerais aujourd'hui devant vous l'hostilité inopinée des événements qui contrarie si souvent les projets des pauvres hommes. Lorsqu'en effet, je me suis proposé de vous présenter ce beau cas de *maladie amyloïde*, je ne pouvais prévoir ce qui vient malheureusement de se produire : d'une part, la mort toute récente de notre malade, malgré nos soins les plus dévoués sur lesquels, à la vérité, nous ne fondions que fort peu d'espoir ; d'autre part, une malencontreuse et diplomatique opposition qui a définitivement entravé un contrôle nécropsique qui n'aurait pas manqué cependant d'intérêt.

***

Je me vois donc contraint à me contenter de vous résumer l'histoire de cet Iranien de 45 ans qui fut admis dans mon service le 4 Janvier dernier et que vous avez pu voir, ces jours derniers encore, alité dans la salle Corvisart.

Il y a un an environ, ce malade avait vu s'établir chez lui, à bas bruit, des troubles intestinaux caractérisés tout d'abord par des alternatives de diarrhée et de constipation. Puis des épisodes d'obstruction intestinale étaient venus se greffer sur ce tableau digestif, se traduisant par des périodes de constipation accompagnées de météorisme, de tension douloureuse de l'abdomen, de quelques vomissements même, mais aboutissant chaque fois à une crise résolutive marquée par une débâcle diarrhéique massive, accompagnée de bruits hydro-aériques abdominaux. Quelques hémorragies intestinales, peu considérables, sont survenues ensuite ; puis la diarrhée est devenue quotidienne, abondante, incoercible.

Notion que je vous prie de retenir, le malade nous disait qu'au mois d'août dernier, il avait présenté un épisode pulmonaire fébrile qui s'était terminé par une vomique de pus, et que, depuis ce moment, il avait gardé une expectoration purulente, d'ailleurs peu abondante. Fait aussi intéressant, vers la même époque était survenue dans le dos une tuméfaction sous-cutanée tendue, puis fluctuante, absolument indolente, dont la ponction a donné issue à un liquide purulent.

Mais ce ne sont pas ces signes, cependant non négligeables, qui prédominaient à l'entrée. Notre attention, en effet, était tout d'abord attirée par une anasarque considérable, prédominant aux membres inférieurs et déformant en poteaux les jambes et les cuisses.

Cet œdème était pâle, d'un blanc terne, et d'une mollesse extrême. Il s'accompagnait d'une hydarthrose des deux genoux, d'une hydrocèle bilatérale, et infiltrait toute la région lombaire. Il affectait également le dos des mains et des poignets.

Une infiltration aussi étendue et aussi molle évoquait d'emblée une cause rénale. Et, de fait, ce malade présentait de la polyurie, il est vrai modérée, puisqu'elle oscillait entre 2 et 3 litres par 24 heures. Enfin, fait primordial, il existait une albuminurie massive, de 16 grammes par litre, qui orienta d'emblée notre diagnostic vers l'amylose.

Un autre symptôme confirmait cette opinion, c'est l'existence d'une diarrhée vraiment anormale par son abondance et par sa chronicité : jaunâtre, très liée, elle se traduisait par plusieurs selles, non douloureuses, dans le courant de la journée.

L'examen de l'abdomen nous révéla un météorisme abdominal très important, symétrique, régulier, avec tympanisme à la percussion. Malgré celui-ci et l'hyperesthésie pariétale qui l'accompagnait, on percevait enfin dans la région hypogastrique une tuméfaction mal limitée, de consistance pâteuse, plus douloureuse que le reste de l'abdomen, paraissant être un gâteau de péritonite bacillaire.

Il nous fut impossible de préciser le volume du foie et de la rate, en raison du météorisme qui gênait à la fois la palpation et la percussion. Mais, à la lecture d'une radiographie de l'abdomen, nous constations la dilatation extrême des anses grêles, avec quelques images de niveaux liquides, et, se détachant sur la clarté de la masse intestinale, les ombres hépatique et splénique manifestement hypertrophiées.

L'examen clinique du cœur ne révélait rien d'anormal ; mais, à l'exploration des poumons, on relevait de la submatité du sommet gauche avec, à ce niveau, diminution et rudesse du murmure vésiculaire.

Un cliché radiographique ne tardait pas, d'ailleurs, à nous montrer des lésions de l'arbre respiratoire bien plus importantes que celles que la clinique permettait de soupçonner : il existait, en effet, une image parenchymateuse, sous-jacente à une pachypleurite, creusée de petites géodes en mie de pain.

On observait également, sur le même film, des lésions d'ostéite nécrosante de l'arc postérieur de la 7e côte correspondant topographiquement à la tuméfaction présentée par le malade et nous faisant porter le diagnostic rétrospectif d'ostéite costale.

Le reste de l'examen clinique était négatif : il n'existait pas de troubles neurologiques et l'on ne relevait aucun stigmate, ni aucun antécédent de spécificité.

(*) Clinique recueillie le 20 janvier 1939 par le Docteur Rubens Duval, chef de clinique.

***

Voici donc un malade qui présentait depuis un an toute une série de manifestations découlant d'une *bacillose à multiples manifestations.*

En premier lieu, c'étaient des troubles entéritiques suivis d'épisodes d'obstruction intestinale en rapport avec une péritonite tuberculeuse fibro-caséeuse, puis une diarrhée dont l'origine ne pouvait être attribuée qu'aux causes suivantes : tuberculose intestinale ulcéreuse, fistulisation dans l'intestin d'un gâteau péritonéal ramolli, ou amylose intestinale.

En second lieu, c'était une fausse vomique, datant d'Août dernier, qui avait vidé brusquement une caverne volumineuse, masquée sans doute par la coque de pachypleurite apicale : l'aspect de l'image radiologique, la présence de bacilles de Koch dans l'expectoration rendaient indiscutable la nature tuberculeuse de cette atteinte pulmonaire.

Enfin, troisième épisode bacillaire, ce malade avait présenté un abcès froid costal actuellement résorbé.

Ces suppurations d'une tuberculose ulcéro-caséeuse à foyers multiples avaient déterminé secondairement une *amylose diffuse* particulièrement typique, et dont la symptomatologie était au complet : gros foie, grosse rate, atteinte rénale se traduisant par une anasarque, de la polyurie, une albuminurie massive.

Une *étude humorale* très serrée nous a confirmé ce diagnostic :

L'urée sanguine était normale à 0,38 ; la cholestérolémie était augmentée, à 2,77, avec abaissement du rapport du cholestérol estérifié au cholestérol total, à 0,51 ; la glycémie libre était basse, à 0,69, alors que le taux du sucre protéidique était élevé, à 2,15. Mais, surtout, il existait un abaissement considérable des protéines totales du sang, dont la quantité était seulement de 52,20, avec effondrement du taux de la sérine à 8 gr. 60 alors que celui de la globuline était plus élevé à 43 gr. 60, ce qui entraînait un abaissement considérable du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$, à 0,15.

J'ajoute que la fibrinémie était très augmentée, à 12,51 ‰.

Enfin, l'épreuve du rouge Congo nous révéla une fixation complète et rapide de tout le colorant injecté ; elle était donc positive.

L'examen des urines nous montra la présence de nombreux colibacilles et polynucléaires ; mais il n'existait pas de cylindres dans le culot de centrifugation. Le trouble de la perméabilité rénale était cependant indéniable, car la concentration uréique dans l'urine était basse et la constante d'Ambard élevée, à 0,14.

L'exploration hématologique nous a révélé une anémie modérée, normochrome, avec 4.100.000 globules rouges, et une leucocytose légère (1.900 globules blancs), avec 80 % de polynucléaires neutrophiles.

Pour finir, notons que, pendant la courte période où nous avons observé ce malade, un nouveau symptôme est venu encore confirmer le diagnostic d'amylose, c'est la résistance au régime déchloruré des œdèmes, qui ont notablement progressé depuis l'entrée du malade à l'hôpital jusqu'à son décès rapide et précoce.

***

Messieurs. Rien n'est plus instructif que de retracer l'HISTOIRE des grandes étapes de la connaissance de la maladie amyloïde, car elle nous fournit un des exemples les plus démonstratifs de la féconde collaboration de la clinique et du laboratoire.

C'est à l'autopsie de sujets morts à la suite de longues suppurations cachectisantes que le baron Portal nota le premier l'hypertrophie et l'état cireux ou lardacé du foie, de la rate et des reins, remarque qui fut confirmée par Meckel puis par Rokitanski.

Plus tard, Virchow, qui n'en fut pas, malgré son génie, à une erreur près, croit reconnaître les réactions colorées des matières amylacées dans les viscères ainsi hypertrophiés, et donne à la maladie le nom désormais classique, bien que faux, de dégénérescence amyloïde. Baptême malheureux, en effet ! car bientôt Kékulé, Schmidt et Oddi pouvaient démontrer que la substance qui détermine l'état cireux ou lardacé des viscères ne présente aucune analogie avec l'amidon, mais est en réalité une matière albuminoïde.

Et, quelques années plus tard, la belle réalisation expérimentale de la maladie amyloïde par Bouchard et Charrin, puis par Chantemesse et Podwyssotzky, démontrait qu'il n'y a pas là, à proprement parler, dégénérescence cellulaire, mais plutôt infiltration des tissus par l'amylose.

Pendant ce temps, l'étude clinique progressait avec les travaux de Rokitanski, de Rayer, de Lécorché et Talamon, ceux de l'école de Widal, et s'attachait tout particulièrement à distinguer les manifestations rénales de la maladie amyloïde des divers types de néphrite chronique.

Plus récemment, enfin, à la lueur des enseignements d'une expérimentation plus précise, sous l'influence d'Achard et de Codounis, de Domagk, de Letterer, et à la faveur de faits cliniques mieux observés, plus fouillés dans le détail des modifications humorales, le concept pathogénique de la maladie amyloïde a subi d'importantes retouches : au dogme classique de la dégénéres-

cence irréversible et irrémédiable s'est substituée la notion féconde de l'amylose curable ; à l'opposition rigide entre le rein amyloïde et la néphrite chronique a succédé une conception plus simple admettant tous les faits de passage entre ces deux affections : c'est là l'œuvre de la clinique française, avec les travaux de Marcel Labbé, Boulin et Justin-Besançon, d'Abrami, de Mme Bertrand-Fontaine et Lichwitz, de Pasteur Vallery-Radot.

Ainsi donc, l'observation clinique, l'anatomie pathologique, la médecine expérimentale, les recherches biochimiques ont tour à tour contribué à éclaircir le problème de la maladie amyloïde.

Munis de ces notions préalables, nous pouvons maintenant envisager successivement les divers aspects de l'affection, et tout d'abord ses caractères cliniques.

***

Messieurs. Un fait domine l'ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE de l'amylose. *Ce n'est jamais une affection protopathique*, et deux conditions, selon Chauffard, sont nécessaires à l'éclosion du processus amyloïde : une infection lente d'une part, un état cachectique d'autre part.

Et, de fait, c'est au cours de *suppurations chroniques* cachectisantes que l'on a coutume d'observer l'amylose.

Parmi celles-ci, les *foyers purulents tuberculeux* viennent en première ligne : ostéite, ostéoarthrite ou abcès froid fistulisés, grande caverne pulmonaire, pyopneumothorax, vastes ulcérations lupiques. Parfois ces processus bacillaires, si souvent d'ailleurs surinfectés par les pyogènes banaux, sont multiples : notre malade en est un exemple démonstratif puisqu'il présentait à la fois une ostéite costale, une tuberculose pulmonaire spélonquaire, une péritonite ulcéro-caséeuse et peut être une atteinte intestinale.

Si la tuberculose est à l'origine de 70 % environ des cas de maladie amyloïde, la *syphilis* vient en seconde ligne pour une proportion de 20 % : spécificité tertiaire, avec lésions gommeuses cutanées ou osseuses, ulcérées ou fistulisées.

Mais il n'en reste pas moins que toutes les suppurations chroniques (ostéomyélite, dilatation des bronches, cancer infecté) peuvent être à la naissance du syndrome amyloïde.

A côté de ces faits qui correspondent à la règle classique, il faut cependant noter que *certains états cachectiques sans processus pyogène*, tels que les leucémies, les myélomes, la maladie de Hodgkin, le paludisme chronique, sont susceptibles de s'accompagner d'amylose, et qu'il existe quelques cas, à la vérité exceptionnels, de maladie amyloïde *cryptogénétique*.

***

Les ASPECTS CLINIQUES les plus divers peuvent être déterminés selon la localisation du processus amyloïde, qui peut frapper n'importe quel viscère, n'importe quel tissu, bien qu'avec une électivité très graduée.

Cependant LA MALADIE AMYLOIDE GÉNÉRALISÉE survenant chez un suppurant chronique en période cachectique constitue le meilleur type de description, celui que je dois choisir pour vous exposer l'ensemble des symptômes de cette affection.

Le début en est des plus insidieux. Pendant longtemps l'amylose peut rester complètement latente ; masquée par les symptômes de l'affection causale, elle constitue souvent une découverte au cours d'un examen clinique complet.

Puis les symptômes révélateurs apparaissent :

Tantôt ce sont des *œdèmes* blancs et mous, aux membres inférieurs, qu'il faut savoir interpréter et ne pas considérer comme des infiltrations cachectiques banales. Tantôt c'est la *polyurie* qui attire tout d'abord l'attention, et l'examen des urines révèle alors l'*albuminurie massive* à 10, 12 grammes par litre, et plus, si caractéristique. Rarement la survenue d'une *diarrhée* abondante, séreuse, constitue le premier trouble fonctionnel, car il s'agit, en général, d'un symptôme tardif, témoin d'une amylose généralisée.

A cette période de l'évolution, l'examen clinique ne tarde pas à révéler un *très gros foie*, une *splénomégalie* considérable. *Rappelez-vous que, chez un suppurant chronique, ce syndrome hépato-spléno-intestinal doit évoquer immédiatement la maladie amyloïde.*

Analysons maintenant chacun des *éléments de ce syndrome* :

L'hypertrophie du foie est énorme : dans l'hypocondre et le flanc droits, le palper révèle sa face antérieure, *lisse, de consistance ferme mais élastique* ; absolument *indolente*, cette hépatomégalie reste *régulière*, et son bord inférieur peut être senti jusque dans la fosse iliaque.

Dans l'hypocondre gauche, on accroche d'ordinaire facilement le pôle inférieur de *la rate*, dont l'*hypertrophie* plus ou moins importante présente les mêmes caractères de régularité et d'indolence, la même résistance à la palpation.

Alors que l'infiltration amyloïde hépato-splénique reste latente et n'est découverte qu'à la palpation de l'abdomen, l'*atteinte rénale* se manifeste par deux symptômes fonctionnels plus apparents : *l'albuminurie et les œdèmes.*

Les urines, en effet, *sont abondantes*, bien qu'il

s'agisse d'une polyurie relativement modérée (3 à 4 litres par vingt-quatre heures). Elles sont limpides, pâles, à reflets verdâtres, de densité abaissée. Mais le fait fondamental est l'*albuminurie massive*, atteignant 10, 20 et même 30 grammes par litre. C'est ainsi que le malade dont je viens de vous lire l'observation avait une diurèse quotidienne de 2 à 3 litres, avec 16 grammes en moyenne d'albumine par litre. Je vous signale, en passant, une discussion sur la nature de l'albumine ainsi éliminée par les urines : certains admettent qu'elle est formée surtout de globuline ; d'autres, avec Meillère, Brault et Loeper, sont d'avis que le rapport de la sérine à la globuline n'est pas modifié.

Les œdèmes ont les caractères de tous les œdèmes rénaux : ils sont généralisés, blancs et mous. Mais ils s'en distinguent par leur pâleur blafarde toute particulière, par leur mollesse extrême et surtout par leur résistance au régime déchloruré. Il existe, d'ailleurs, tous les degrés à ces manifestations œdémateuses, depuis le gonflement vespéral des chevilles nécessitant la recherche du signe du godet, jusqu'à l'anasarque la plus étendue, comme chez notre malade, avec hydarthrose des genoux, hydrocèle et même ascite et hydrothorax.

Polyurie, albuminurie massive, œdèmes diffus, tels sont les signes qui résument l'atteinte rénale dans la description classique de la maladie amyloïde

Je ne ferai que vous signaler, à côté de cette symptomatologie si typique, toute une série de *signes négatifs* s'ils ne constituaient des éléments importants permettant de distinguer habituellement l'amylose rénale des néphrites hydropigènes.

Parmi cette carence symptomatique, je vous prie de noter en première ligne l'absence de cylindres granuleux dans le culot de centrifugation des urines, ce signe anatomique d'une altération de l'épithélium rénal, ce test pathognomonique d'une atteinte néphrétique.

Retenez aussi l'inexistence de rétention azotée. Non seulement le taux de l'urée sanguine est normal ou même abaissé, mais encore des épreuves telles que l'établissement de la constante uréo-sécrétoire ou l'étude de l'élimination de la phénol-sulfone-phtaléine, montrent une perméabilité rénale exagérée, de telle sorte qu'on a pu dire que le rein amyloïde se comporte comme un filtre percé.

Troisième caractère négatif, enfin : le syndrome hypertensif, si fréquent dans les néphrites chroniques, fait défaut, au cours de l'amylose ; bien mieux, c'est l'hypotension habituelle aux états cachectiques que l'on observe en pareil cas.

***

L'ÉVOLUTION de la maladie amyloïde généralisée ne peut se faire, à un stade aussi avancé, que vers l'*aggravation*. Bien que les œdèmes progressent, que le poids corporel augmente, l'émaciation du visage et du thorax dénotent une cachexie de plus en plus accusée ; la pâleur blafarde ou grisâtre du teint est le témoin d'une anémie de plus en plus notable. C'est alors que la diarrhée apparaît, profuse, claire, incoercible ; elle hâte les progrès de la déficience organique et détermine souvent, en raison de la spoliation aqueuse qu'elle entraîne, une diminution de la diurèse dans les derniers jours de la vie du malade.

***

Telle est la description clinique de l'amylose généralisée, dans son allure classique.

Je dois consacrer maintenant quelques mots aux diverses FORMES LOCALISÉES de l'infiltration amyloïde.

Les variétés *hépatique grave, splénique pure, hépato-splénique* restent le plus souvent latentes, et l'on s'étonne de l'absence paradoxale des signes d'insuffisance hépatique lorsqu'on constate plus tard, à l'examen anatomique du foie, l'importance des dépots d'amylose qui étouffent de rares îlots de parenchyme noble.

Les *glandes à sécrétion interne* peuvent être touchées : le corps thyroïde, en particulier, et les capsules surrénales, dont l'atteinte est susceptible de déterminer un syndrome addisonien.

L'amylose musculaire, parfois localisée au myocarde, et l'*amylose cutanée*, formant de petits nodules hypodermiques qui peuvent s'ulcérer, sont exceptionnelles.

Bien curieuse enfin est l'association d'une maladie amyloïde au *rhumatisme chronique*, fait exceptionnel que je ne ferais que vous citer, si je ne voulais rappeler à quelques-uns d'entre vous le souvenir d'un malade que nous avons étudié avec MM. Justin-Besançon et Bardin et qui présentait une curieuse forme de rhumatisme déformant fibreux et hydarthrosique du type Chauffard-Still, associé à une amylose hépatique massive, pure, décelée par la biopsie, sans atteinte du rein ni de la rate.

Mais j'ai hâte d'en arriver *à l'amylose rénale*, forme localisée du processus de beaucoup la plus fréquente, souvent isolée, souvent fruste, et qu'il convient de systématiquement rechercher au cours des suppurations tuberculeuses ou syphilitiques tertiaires.

Les manifestations cliniques de cet aspect tout particulier de la maladie n'ont pas toujours, en effet, les caractères si tranchés que

je vous ai décrits. De nombreuses retouches, concernant la symptomatologie comme l'évolution, leur ont été apportées récemment.

C'est ainsi que la polyurie apparaît comme un signe inconstant, et que des variétés oliguriques ont pu être décrites.

De même, si l'albuminurie constitue un symptôme fondamental de l'affection, elle n'a pas toujours le caractère massif classique : elle peut être modérée et ne pas dépasser 2 à 3 grammes par litre, bien qu'elle n'en constitue pas moins la seule manifestation d'une amylose rénale particulièrement fruste.

D'autre part, les caractères négatifs que je n'ai pas manqué de vous signaler, et qui opposaient classiquement, il n'y a pas si longtemps, l'amylose rénale aux néphrites chroniques, ne sont pas aussi rigoureux qu'on l'admettait.

Il est relativement fréquent d'observer, à l'examen cytologique du culot urinaire de ces malades, l'existence tantôt de cylindres granuleux, tantôt de leucocytes ou d'hématies, qui traduisent un processus de néphrite surajouté à l'infiltration amyloïde. D'autres fois, la présence de corpuscules biréfringents, à l'examen des urines sous le microscope polarisant, fait discuter l'association à l'amylose d'un syndrome de lipoïdose rénale.

Bien souvent, les œdèmes sont quelque peu sensibles à l'influence hydratante du chlorure de sodium.

L'évolution elle-même ne se poursuit pas toujours avec le caractère progressif et irrémédiable que lui conféraient les auteurs classiques.

Des rémissions spontanées transitoires sont possibles. Bien plus, et c'est là une notion sur laquelle je reviens parceque son importance pratique est considérable, l'*amylose peut être curable* si l'on supprime à temps la cause qui l'entretient.

Si l'évolution de la maladie vient à se prolonger, on peut voir, contrairement aux idées classiques, s'ébaucher, puis se développer, un syndrome de rétention azotée : ce sont là les *formes azotémiques* de l'amylose rénale.

Tantôt le syndrome azotémique discret s'associe à l'albuminurie massive et à l'anasarque, ainsi qu'à un certain degré de diminution de la perméabilité rénale, comme chez notre malade ; tantôt les progrès de la rétention uréique coïncident avec la disparition des œdèmes. Mais, à côté de ces faits, il faut connaître la forme azotémique sèche d'emblée de l'amylose rénale, véritable sclérose amyloïde qui évolue sous le masque d'une néphrite chronique azotémique.

Ainsi, dans ces formes frustes, dans ces variétés dégradées, vous voyez peu à peu s'amenuiser les caractères qui semblaient spécifiques à la maladie amyloïde et qui permettaient, en particulier, de distinguer l'amylose rénale des autres néphropathies.

C'est ce qui vous fait comprendre que, dans bien des cas, les critères cliniques soient insuffisants pour le diagnostic de l'affection qui nous occupe, et qu'il soit nécessaire de faire appel à des recherches de laboratoire. Ce sont celles-ci que je vais maintenant vous exposer en étudiant le syndrome humoral de la maladie amyloïde et, en particulier, l'épreuve de Paunz, au rouge Congo.

***

Le syndrome humoral *de la maladie amyloïde est surtout caractérisé par un trouble de l'équilibre des albumines plasmatiques.*

Vous savez que le sérum d'un sujet normal contient environ 90 grammes ‰ de *matières protéiques*, qui se décomposent en sérine et en globuline ; il y a environ 55 grammes de sérine pour 35 grammes de globuline, si bien que le rapport entre ces deux constituants sanguins est de 1,50 en moyenne.

Or, dans la maladie amyloïde, il existe une diminution du taux des protides du sérum, qui peuvent tomber, comme chez notre malade, à 52 ‰. Cet abaissement des protéines totales est dû à un effondrement de la quantité de sérine : dans notre cas, celle-ci est tombée à 8,6 ‰, le taux de la globuline restant normal ou même s'élevant quelque peu. Au milieu de ce bouleversement de l'équilibre protidique du plasma, le fait caractéristique est l'hyperglobulinémie relative ou absolue : c'est lui qui détermine l'abaissement du rapport sérine-globuline.

N'allez pas croire, cependant, que ce déséquilibre albumineux soit pathognomonique de l'amylose. Il est commun à bien des processus hydropigènes, comme la néphrose lipoïdique ou les poussées œdémateuses de certaines cirrhoses hépatiques. On peut même l'observer dans les néphrites chlorurémiques, du fait de la dilution sanguine qu'entraîne la rétention du chlorure de sodium.

Les modifications de la lipidémie et de la cholestérolémie n'ont également rien de spécifique. Elles sont d'ailleurs variables, et l'on ne saurait faire de l'abaissement des lipides du sang un signe caractéristique ; bien souvent, en effet, la lipidémie est normale au cours de l'infiltration amyloïde, voire même légèrement augmentée.

Il n'en est pas de même de l'*épreuve de Paunz*, qui constitue un test fidèle et pathognomonique de *l'amylose*. Il permet, en effet, d'étudier la fixation dans les tissus d'une matière colorante colloïdale, le rouge Congo, douée d'une affinité élective pour la substance amyloïde.

Ce colorant, injecté par voie intraveineuse, donne au sérum une teinte rosée qui persiste plusieurs heures chez le sujet normal. S'il existe,

par contre, des dépôts d'amylose, le rouge Congo s'y fixe et le sérum reprend très rapidement sa teinte normale. C'est ce qui s'est passé chez notre malade, pour lequel 32 % du colorant injecté ont été absorbés après une demi-heure, et la totalité en une heure environ.

Mais il n'est pas de plus sûr appoint au diagnostir que la *constatation de visu du processus d'infiltration amyloïde* lui-même ; et c'est pourquoi la *biopsie du foie*, en cas de soupçon d'amylose hépatique, peut et doit être proposée au malade, comme nous l'avons pratiqué parfois, pour fournir l'argument décisif du diagnostic d'une affection grave, mais que l'on sait maintenant curable dans certaines conditions.

***

Le DIAGNOSTIC de la *maladie amyloïde généralisée* se présente, en effet, dans des conditions très différentes.

C'est ainsi que celui-ci s'impose en quelque sorte lorsque de gros œdèmes, une albuminurie massive, une hépato-splénomégalie manifeste surviennent à la suite d'une suppuration chronique.

Cependant, chez un *tuberculeux*, il faut savoir faire la part d'une hépatomégalie attribuable à une cirrhose graisseuse, souvent favorisée par l'éthylisme. De même. l'albuminurie peut relever d'une néphrite, parfois déclenchée par la chrysothérapie. Quant à la diarrhée, n'ignorez pas que c'est là symptôme banal au cours de la bacillose, et qui peut dépendre de causes les plus diverses : un régime mal adapté, des médications intempestives par exemple. Rappelez-vous cependant que le flux intestinal grisâtre, grumeleux, souvent sanglant et toujours douloureux de l'entérite tuberculeuse est bien différent de la diarrhée séreuse et indolore de l'amylose intestinale.

Mais c'est dans *les formes localisées* de la maladie amyloïde que le diagnostic donne lieu aux discussions les plus ardues.

Une *hépato-splénomégalie*, un gros foie isolé posent, en effet, une foule de problèmes sur lequels il m'est impossible d'insister aujourd'hui.

L'amylose rénale pure doit être distinguée de la *syphilis du rein*, autre cause d'albuminurie massive : elle survient au cours de la période secondaire, en pleine efflorescence d'accidents cutanéo-muqueux le plus souvent caractéristiques qui font le diagnostic. Ne perdez pas de vue, cependant, que le rein des syphilitiques est fréquemment le siège d'une infiltration amyloïde associée.

La *néphrose lipoïdique* présente des symptômes cliniques et humoraux presque identiques à ceux de l'amylose rénale. Elle s'en distingue, à la vérité, par un caractère pathognomonique : l'élimination urinaire des corpuscules lipoïdiques biréfringents. Toutefois, là encore, je vous rappelle que les formes associées de ces deux affections ne sont pas exceptionnelles.

Je reviendrai, d'ailleurs, tout à l'heure sur les frontières souvent si imprécises qui séparent ces différentes altérations rénales.

***

Dans une maladie qui se définit précisément par SES CARACTÈRES ANATOMIQUES, la description des lésions et les problèmes d'histogénèse ont une importance toute particulière. C'est pourquoi je désire y insister quelque peu.

A l'autopsie d'un malade atteint de maladie amyloïde, on est frappé par l'hypertrophie régulière des organes atteints : le foie, la rate, les reins tout particulièrement.

Il existe un certain nombre d'*altérations communes* à ces viscères. A la coupe, la tranche de section de ces organes est lisse et luisante ; leur parenchyme a une teinte pâle, cireuse, et l'on peut y déceler à l'œil nu la substance amyloïde qui s'y dépose, soit sous l'aspect de petites masses lenticulaires grisâtres et semi-transparentes que l'on a comparées à des grains de sagou cuits, soit sous forme d'amas plus ou moins confluents d'aspect vitreux, réalisant l'aspect lardacé.

Cette infiltration est mieux mise en évidence grace aux *réactions colorées* spécifiques découvertes par Virchow : en badigeonnant de teinture d'iode la tranche de section d'un organe, la substance amyloïde apparaît en brun acajou, teinte qui vire au bleu foncé après addition d'acide sulfurique dilué.

Bien souvent, lorsque l'on fait l'autopsie d'un malade qui a subi, parfois plusieurs semaines avant sa mort, l'épreuve de Paunz, on observe que l'amylose a retenu le rouge Congo et se détache nettement en rose sur le tissu des organes.

Les réactions colorées spécifiques de la substance amyloïde (coloration métachromatique par le violet de Paris ou le vert de méthyle imprégnation par le rouge Congo en solution alcaline) permettent une *étude histologique* précise de la topographie de l'amylose et du processus général de cette infiltration.

Dans une phase initiale, la substance amyloïde est très peu abondante ; on en observe çà et là quelques amas qui siègent exclusivement soit dans la paroi des capillaires, soit dans la tunique moyenne des artérioles. Puis ces dépôts vasculaires deviennent plus nombreux, plus volumineux ; ils refoulent en dehors l'endothélium, déterminant parfois une oblitération complète du vaisseau ; au pôle opposé, ils

envahissent la tunique externe de l'artériole et, de là, fusant le long des travées conjonctives, gagnent de proche en proche le parenchyme glandulaire, repoussant et comprimant les cellules nobles qui bientôt se nécrosent et disparaissent.

Il ne s'agit donc pas là, comme on l'a décrit naguère, d'une dégénérescence cellulaire, comparable aux altérations toxi-infectieuses, mais bien d'une *infiltration des parois vasculaires et des espaces conjonctifs* par une substance fondamentale particulière, l'amylose, dont l'abondance peut devenir considérable et qui se substitue peu à peu aux cellules nobles par envahissement progressif.

Suivant les organes, la disposition de la matière amyloïde est variable. Dans le foie, elle se dépose tout d'abord dans la paroi des capillaires radiés et s'étend aux cellules de Küpffer ; on y observe souvent une surcharge sidérosique des cellules hépatiques. Dans la rate, le plus souvent elle siège sur la paroi de l'artère centrale du follicule, et diffuse de proche en proche à l'ensemble du corpuscule de Malpighi : plus rarement, l'amylose est localisée à la pulpe rouge. Dans les reins, ce sont les anses glomérulaires qui sont atteintes les premières ; puis le glomérule en entier est transformé en un bloc amyloïde ; de là, les lésions s'étendent aux capillaires intertubulaires et aux vaisseaux droits des pyramides ; l'épithélium des tubes contournés peut rester indemne, mais souvent on y observe des inclusions lipoïdiques.

A l'appui de cette description, je suis heureux de vous projeter ici quatre micro-photographies en couleur provenant de ma collection personnelle qui vont objectiver parfaitement devant vous les faits précédents. La première vous montre des blocs amyloïdes sur une coupe de foie traitée par la méthode de Virchow. Les trois coupes histologiques suivantes font voir ces infiltrations péricapillaires hépatiques si typiques par l'amylose ayant subi la coloration métachromatique sous l'influence du violet de Paris.

***

Messieurs. Le problème de l'HISTOGÉNÈSE de la substance amyloïde a suscité, vous vous en doutez, une multitude de théories dont la plupart sont tombées, comme il sied, dans l'oubli.

Je ne vous rappelerai aujourd'hui, dans ce fatras, que les faits objectifs indiscutables :

Du point de vue chimique, deux acquisitions demeurent incontestées. D'une part, la substance amyloïde, loin d'être une albumine dégradée, est une protéine très complexe, une globuline. D'autre part, elle n'est pas toujours identique à elle-même : elle peut présenter des stades de maturation divers qui ne donnent pas des réactions colorées identiques.

La réalisation expérimentale de l'amylose a révélé, par ailleurs, des notions qui ont complètement bouleversé le concept nosologique jusqu'ici ordinairement admis de cette affection.

Déjà Bouchard et Charrin avaient démontré, dans leurs belles recherches désormais classiques, qu'on peut réaliser une amylose généralisée chez la souris par l'injection de pus de diverses provenances, de suspensions microbiennes les plus variées, de toxines bactériennes telles que celle du pyocyanique.

Puis Letterer, Domagk, Achard et Codoumis ont établi qu'une infinité de substances sont amylogènes : telles la caséine, la gélatine, l'ovalbumine, diverses peptones et même les solutions colloïdales de soufre et de selénium.

Et la pathologie comparée nous offre ce paradoxe que l'amylose diffuse, à type même de la maladie cachectisante de l'homme, s'observe fréquemment chez les chevaux soumis à des vaccinations répétées pour l'obtention de sérums thérapeutiques.

Autre fait plus étonnant encore, l'amylose expérimentale apparaît presque subitement quelques heures après une injection de caséine par exemple, quelques minutes même après celle-ci, si on a pris soin de sensibiliser l'animal par une administration préparante.

Par ailleurs, la substance amyloïde se résorbe rapidement si l'on cesse les injections qui la déclenchent, et il n'existe aucune proportionnalité entre la quantité de produit injecté et l'étendue de l'infiltration provoquée.

Ainsi la preuve est faite qu'il n'existe pas de substance amylogène spécifique, mais que le processus amyloïde dépend de perturbations physico-chimiques du plasma déterminées par les causes les plus diverses : c'est l'*augmentation absolue ou relative du taux des globulines* qui paraît constituer ce trouble fondamental.

En conclusion, on admet actuellement que la genèse de l'amylose nécessite la conjonction de deux facteurs : un d'*ordre général*, provoquant l'hyperglobulinémie, et qui peut être réalisé par les conditions étiologiques les plus variées ; un d'*ordre local*, entraînant le dépôt de la substance amyloïde dans certains parenchymes.

Ce facteur local est, il faut bien l'avouer, encore très obscur ; il paraît être en rapport avec le caractère fonctionnel des cellules au contact desquelles se dépose l'amylose.

Mais, ce qui résulte surtout de ces recherches expérimentales récentes, c'est une notion pratique, qui demeure de la plus haute importance : l'infiltration amyloïde peut rétrocéder ; l'amylose n'est incurable que si la cause qui l'entretient

ne peut être supprimée, et si des lésions secondaires se produisent.

***

Et ceci m'amène à aborder deux problèmes, d'un intérêt plus spéculatif d'ailleurs : l'un a trait à la PATHOGÉNIE DES SYMPTÔMES *de l'infiltration amyloïde du rein*, l'autre à ses FRONTIÈRES NOSOLOGIQUES.

Je vous ferai grâce des *diverses théorics pathogéniques qui ont tenté d'expliquer, dans l'affection qui nous occupe, l'œdème et l'albuminurie.*

Qu'il me suffise de vous rappeler que nombre d'auteurs, après Gowaerts, ont estimé que ces symptômes, au cours de l'amylose rénale, sont sous la seule dépendance des modifications physico-chimiques des humeurs, et, en particulier, de l'abaissement de la tension osmotique du plasma déterminé par l'hypoprotidémie et l'inversion du rapport sérine-globuline.

Mais je dois vous signaler que M. Abrami s'est élevé contre une théorie aussi exclusive et admet la participation d'un élément rénal à l'origine de l'œdème amylotique : les perturbations physico-chimiques paraissent, en effet, insuffisantes pour déterminer à elles seules le syndrome hydropigène, puisque, d'après cet auteur, on retrouve ces mêmes modifications humorales chez des malades atteints d'amylose hépato-splénique sans œdèmes ni participation rénale ; puisqu'on les observerait aussi chez des suppurants chroniques ne présentant aucun signe de la maladie amyloïde et sur lesquels l'épreuve au rouge Congo est négative.

Quant aux *frontières de l'amylose rénale*, elles sont devenues bien imprécises depuis que l'on connaît ses aspects frustes, qui se traduisent par une simple albuminurie, et ses formes camouflées, qui évoluent sous le masque d'une néphrite chronique ou d'une néphrose hydropigène.

Dans la discussion de ce problème, deux conceptions s'affrontent :

Les partisans de la classification anatomique des néphropathies de Volhardt et Fahr considèrent l'infiltration amyloïde du rein comme le type des néphroses, affections liées à un processus dégénératif essentiellement différent des lésions inflammatoires des néphrites ou des altérations vasculaires des néphro-angio-scléroses. Lorsque des signes de néphrite (cylindrurie, hématuries microscopiques, azotémie) apparaissent au cours de l'évolution d'une amylose rénale, ils incriminent une atteinte surajoutée de l'organe, indépendante du processus amyloïde.

Les tenants, par contre, de la classification physiopathologique de Widal opposent à cette théorie une conception uniciste. Ils admettent, en effet, que l'infiltration amyloïde, tout comme les autres atteintes rénales, est susceptible de déterminer l'altération des diverses fonctions du rein, et même que les lésions de l'épithélium tubulaire ou du tissu interstitiel peuvent être sous la seule dépendance de l'amylose. Pour ces auteurs, les formes albuminurique pure, œdémateuse, azotémique de l'amylose rénale ne seraient que les stades évolutifs d'une même maladie.

***

Messieurs, si j'ai peut-être un peu trop insisté sur la pathogénie de cette curieuse affection, je serai bref, par contre, sur sa THÉRAPEUTIQUE.

Le *traitement classique* de la maladie amyloïde, pour ceux qui la considèrent comme incurable, va se réduire évidemment à peu de chose : le repos, les toniques généraux, une alimentation abondante et variée, mais déchlorurée, l'administration de divers astringents pour lutter contre la diarrhée.

Mais je vous ai dit qu'actuellement on sait que l'amylose peut rétrocéder si on en supprime la cause. C'est dire l'importance d'un *traitement étiologique*. C'est ainsi que l'iodure de potassium fait disparaître rapidement les lésions gommeuses de la syphilis tertiaire, si souvent amylogènes. C'est ainsi que, chez les tuberculeux, l'héliothérapie et l'actinothérapie ultra-violette peuvent arriver à tarir le foyer de suppuration causal. Mais, bien souvent aussi, ces agents sont insuffisants. C'est alors qu'il ne faudra pas hésiter, si sa topographie s'y prête, à demander l'exérèse de la lésion focale aux méthode chirurgicales.

***

Telles sont, Messieurs, les notions essentielles que vous devez retenir sur une affection qui a tout particulièrement fait couler d'encre et suscité de polémiques dans ces cinquantes dernières années, qui a donné lieu à des recherches ingénieuses et souvent remarquables tant dans le domaine de la clinique que de l'anatomie pathologique et de l'expérimentation. Elle offre un intérêt d'autant plus grand que celui-ci s'élève au-dessus de la pratique courante, en soulevant, à chaque carrefour de son étude, des problèmes fort importants de pathologie générale dont j'ai simplement tenté de vous esquisser l'essentiel en ce rapide exposé.

LES MODIFICATIONS HUMORALES ET GLANDULAIRES AU COURS DE L'ÉVOLUTION DES FRACTURES

Par le Docteur J.-C. Pellet

Plusieurs auteurs ont étudié le chimisme sanguin dans les maladies osseuses : les modifications biochimiques rencontrées au cours de la maladie de Paget, des avitaminoses, des myélomes osseux et de la carcinomatose osseuse font l'objet d'un article récent paru dans le journal *L'Hôpital* sous la signature de J.-A. Lièvre, qui a été le premier à décrire l'ostéose parathyroïdienne.

Il semble que les modifications de même nature qui peuvent se produire au cours des fractures, aient moins retenu l'attention des médecins, peut-être parce que ces lésions d'ordre traumatique paraissaient réservées au domaine chirurgical et étaient considérées comme des affections locales, sans retentissement sur l'organisme. Pourtant les chirurgiens avaient observé depuis longtemps des retards de consolidation que n'expliquait aucun phénomène local, comme une interposition musculaire, par exemple, et ils avaient remarqué que des états carencés étaient à l'origine de certains troubles de la réparation osseuse.

Mais ce problème débordait le cadre de la clinique et ce sont les biologistes qui se sont attachés à en découvrir la solution.

Le Professeur Florentin, de Nancy, a montré dans un travail magistral que l'histologie et le microscope, après avoir fait progresser la question de l'ostéogénèse, s'étaient révélés incapables de la résoudre définitivement et qu'il fallait faire appel à la méthode expérimentale et à la biochimie pour en approfondir les modalités.

Il est de notion courante qu'à l'inverse des tissus différenciés, l'os fracturé se répare et se cicatrise plus ou moins rapidement. « Un os sain est en état d'équilibre organo-minéral : la fracture rompt cet équilibre, sans que l'individu ait eu le temps de pâtir dans ses organes et la fracture reste, *tout au moins au début, une maladie* locale » (A. Crétin).

Nous passerons rapidement sur les différentes périodes, caractérisées par des phénomènes histologiques particuliers, par lesquelles passe le foyer de fracture, pour en arriver à la phase de reconstruction : le tissu fibreux interfragmentaire renferme une substance homogène, la substance préosseuse, biréfringente au microscope polarisant, qui pénètre les travées directrices de l'ossification. Elle est légèrement basophile et se laisse facilement imprégner par les sels minéraux, en premier lieu par le phosphore organique et les métaux alcalins (potassium et sodium), puis par la « chaux soluble », probablement amenée par les muscles de voisinage : cette chaux soluble, très instable, sous la forme de phosphate monobasique, se dépose dans le substratum des travées directrices, en formant des composés albumino-calciques, secondairement transformés en un sel stable, le phosphate tricalcique, plus abondant dans les os jeunes que chez l'adulte. Tous ces apports minéraux à l'os se font par l'intermédiaire du tissu musculaire et des insertions tendineuses.

Le cal est d'abord « mou » : le phénomène subit de durcissement des matières calcaires qui imprègnent la substance préosseuse, est une précipitation colloïdale, comparable à la « prise du mortier ». Crétin a démontré qu'elle est conditionnée par l'apport rapide du « silicium » véhiculé par les tendons au niveau des insertions musculaires.

Le rôle des muscles et des tendons dans le transport humoral des substances minérales intervenant au cours de la réparation osseuse nous apparaît donc essentiel : il a été d'ailleurs démontré expérimentalement par Crétin qui a réussi à provoquer en quarante-huit heures la consolidation d'une fracture (qui demande normalement trente à trente-cinq jours) par l'injection *in situ* de préparations silico-calcaires. Ces mêmes résultats encourageants semblent avoir été obtenus par Armand et Claudo (1929) après injection au niveau d'une fracture expérimentale de 2 c. c. d'un mélange colloïdal à pH7, contenant 12 mmgr. de Ca et 0 c. c. 02 de silicate de potassium du Codex : la consolidation de pseudarthroses s'est produite très rapidement après 17 à 26 injections.

La nécessité d'apports minéraux est donc un phénomène indispensable à l'activité ostéogénique des éléments du cal.

Les *recherches biochimiques ont montré* qu'au cours du processus réparateur, il y a autre chose qu'une mutation calcique *locale* et qu'on peut déceler une variation très nette de la « *calcémie* », passant par un maximum et ne redevenant normale qu'un temps assez long après la consolidation apparente du cal (Perves, 1932). D'autre part Dambroviceanu et Cosacesco (1930) ont signalé que le sérum sanguin d'un chien atteint de fracture en voie de consolidation (fracture consolidée en seize jours) précipite une solution de chlorure de Ca au huitième jour, ce pouvoir précipitant du sérum coïncidant avec l'augmentation de la réserve

alcaline. Les auteurs attribuent ce pouvoir à un ferment précipitant légèrement altéré par le chauffage à 55 degrés.

Dambroviceanu (1930) compare ce phénomène à celui qu'on peut déceler chez les crustacés au moment de la calcification brutale de la carapace après la mue.

L'importance du pH humoral est encore mise en évidence en médecine expérimentale par la culture du tissu osseux « in vitro ».

Dolchansky (1929) a montré que dans les cultures de tissu osseux jeune se développent, à côté des fibroblastes, des cellules arrondies à citroplasma rempli de granulations donnant la réaction du *calcium*. Le développement de ces cellules différenciées, appelées ostéoblastes est soumis aux variations du pH du milieu de culture : il n'est donc pas surprenant que, transposé sur le plan clinique, le rôle du pH intervienne dans les réparations osseuses et que l'état chimique des humeurs, en se modifiant dans le sens d'une acidose ou d'une alcalose, soit susceptible de transformer entièrement le rythme normal de l'ossification. Il est fort probable que la thérapeutique par l'acide phosphorique appliquée aux fractures agit plus par son acidité que par son phosphore.

L'étude de ces modifications humorales nous permet déjà d'envisager la consolidation d'une fracture comme un phénomène qui met en jeu un ensemble de réactions ayant leur point de départ dans des régions éloignées de l'os fracturé.

Il est donc légitime de se demander si le système endocrino-sympathique n'intervient pas dans le déroulement de ces modifications organiques.

L'examen histologique des glandes endocrines envisagées dans leurs rapports avec la réparation des foyers de fracture, a été tout d'abord pratiqué par J. Goldner (1925), puis par Parhon et ses élèves. Goldner a montré que le *thymus* réagit surtout au début des phénomènes de consolidation osseuse en accroissant sa substance corticale : il présente en même temps une plus grande activité physiologique qui se manifeste par la production plus intense des *nucléines phosphorées* dont a besoin l'organisme au cours de l'édification de la substance osseuse (Crétin, Policard).

Au moment où le thymus entre dans une phase de repos, c'est au tour de la glande *thyroïde* de réagir jusqu'au stade d'établissement du cal provisoire ou spongieux : elle présente de l'hyperhémie et de la prolifération du parenchyme interfolliculaire que Goldner interprète comme un signe indéniable de la participation de la glande à la fixation des sels de calcium. La structure du parenchyme thyroïdien reprend ses caractères normaux dès que le cal provisoire est constitué. Ce phénomène réactionnel de la thyroïde n'est d'ailleurs pas spécial à la réparation des fractures où il n'est qu'une application du rôle général qui lui est dévolu dans le maintien de l'intégrité organique et de la trophicité des tissus.

La clinique vient confirmer les constatations de la médecine expérimentale et de nombreuses observations montrent qu'au cours de syndromes d'hypothyroïdie, les fractures ne se consolident pas ou se consolident mal, traduisant ainsi une déficience calcique dont on peut incriminer la glande en état d'hypofonctionnement.

D'autres travaux viennent encore confirmer le rôle de la thyroïde dans la croissance staturale ; la thyroïdectomie provoque au niveau des cartilages de conjugaison des troubles portant sur la constitution intime du tissu cartilagineux de la zone épiphysodiaphysaire (Stefanescu, 1926) qui arrêtent la croissance. Lesrésultats obtenus par l'administration de l'hormone thyroïdienne sont fonction de la dose employée (Parhon) : les doses moyennes hâtent la soudure des cartilages, les doses fortes au contraire ralentissent cette soudure. Ces résultats, qui peuvent paraître paradoxaux, sont probablement à mettre sur le compte d'excitations endocriniennes nouvelles déclenchées par le traitement thyroïdien.

Plus récemment Parhon et Derevici ont montré que dans l'hyperthyroïdie provoquée par l'injection d'hormone thyroïdienne, le calcium des os diminue en assez fortes proportions : il est donc logique de considérer la thyroïde comme une glande agissant d'une façon indéniable sur la mobilisation calcique générale.

Certains auteurs considère l'*hypophyse* comme susceptible de jouer un rôle dans les phénomènes d'ossification : Thomson et Johnston (1905) trouvent une augmentation du Ca sanguin après injection de lobe postérieur. En 1926, Stefanescu signale des modifications du cartilage de conjugaison dans deux cinquièmes des cas chez le cobaye : après 19 et 38 injections, il constate l'arrêt de prolifération et l'ossification des cartilages, observation concordant avec celle de Cerletti (1906). Mais ces quelques expériences isolées ne permettent pas de conclure à un rôle manifeste de la *post-hypophyse* sur le processus de calcification des os : il serait intéressant de reprendre cette expérimentation avec l'*extrait total hypophysaire*, les hormones de croissance se trouvant dans le lobe antérieur.

Plus intéressants sont les résultats obtenus avec les glandes *parathyroïdes* : chez les animaux porteurs de fractures expérimentales, Parhon, Lavrenenco (1932) montrent qu'il y a une tendance à l'augmentation des lipoïdes intracellulaires confirmée au microscope. Mais cet accroissement des lipoïdes peut-il être considéré comme

le test de l'hyperfonctionnement de la glande ? On ne saurait l'affirmer dans l'état actuel de nos connaissances histologiques de la structure des parathyroïdes.

Nous sommes heureusement mieux renseignés sur leur rôle dans le métabolisme du Ca. Parhon et Urechia (1906), Iselin, Parisot (1904), Canal (1909) montrent que chez les rats parathyroïdectomisés, il existe un retard de la croissance et un retard de la consolidation des fractures expérimentales. La découverte de la parathormone permet à de nombreux auteurs dont Johnson et Wilder (1931), Joffe et Bodansky, etc., de montrer que l'hyperplasie parathyroïdienne s'accompagne de diverses manifestations osseuses parmi lesquelles les plus évidentes sont caractérisées par une transformation fibreuse du squelette avec carence du Ca. Il semble donc certain que ces glandes tiennent sous leur dépendance la régulation calcique et que leurs hormones favorisent la mobilisation du Ca et entraîne sa fixation sur les os. L'application chirurgicale en a été faite dans certains cas d'hypercalcémie où, malgré la polémique qui est loin d'être terminée sur la question, il semble bien que la parathyroïdectomie ramène le Ca à son taux normal (Jung et Chiriassi, 1931).

Cette courte incursion dans le domaine de l'endocrinologie nous apprend donc que trois glandes en définitive interviennent dans les phénomènes de réparation osseuse : le *thymus* dans les premiers jours qui suivent la fracture, la *thyroïde*, dont l'activité cesse avec la constitution du cal provisoire et la *parathyroïde* qui tiendrait sous sa dépendance la régulation et la mobilisation des sels de chaux.

Conclusions

Les modifications humorales et glandulaires que l'on rencontre au cours de l'évolution des fractures sont une preuve indéniable qu'il n'est plus permis de considérer une fracture comme une affection *chirurgicale localisée* : d'une part la rupture de l'équilibre organo-minéral qu'elle provoque a un retentissement sur l'organisme, d'autre part la carence des organes qui interviennent dans l'ostéogénèse, peut amener des perturbations dans la réparation osseuse.

La thérapeutique des fractures doit donc s'inspirer de ces notions : elle ne peut plus être exclusivement chirurgicale, mais le chirurgien doit faire appel au biologiste pour étudier le chimisme sanguin et pratiquer la recherche des différents tests du fonctionnement de l'appareil glandulaire.

Une réduction de la fracture et une coaptation exacte des fragments ne peuvent suffire à prévoir une consolidation normale, si l'on n'examine pas les modifications biologiques propres à chaque individu.

LA TYRAMINE AU COURS DES AFFECTIONS HÉPATIQUES

Par le Docteur Jean Vignalou

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

De l'étude de la tyraminémie chez un certain nombre de malades atteints d'affections hépatiques, nous nous croyons autorisé à faire ressortir les conclusions suivantes :

La tyramine dérivée de la tyrosine est profondément modifiée par le foie. Elle y est oxydée, peut-être désaminée. Il est même probable, mais la preuve biologique n'en est pas encore fournie, que la tyramine subit dans le foie une sulfo-conjugaison et perd ainsi sa toxicité.

Le rôle important joué par la cellule hépatique dans le métabolisme de la tyramine explique l'intérêt que présente l'étude de cette substance dans les maladies du foie.

Le taux de la tyramine dans le sang est constamment élevé dans les affections hépatiques. Il est assez souvent proportionnel à la gravité de la maladie. L'*index-tyramine* peut donc servir au pronostic.

Il est modérément augmenté dans la plupart des hépatites bénignes que nous avons étudiées, oscillant en moyenne de 3 à 6 mgr.

L'accroissement de la tyraminémie est plus marqué dans les hépatites graves ; dans deux tiers des cas, le chiffre obtenu est très supérieur à 5 mgr.

Les dosages successifs permettent dans de nombreux cas une appréciation pronostique. Le fait est surtout vrai dans les cirrhoses graves où l'accroissement de la tyraminémie est assez parallèle à l'aggravation clinique ; son augmentation progressive est un des tests de gravité les plus sûrs des hépatites chroniques.

La quantité de tyramine décelée dans le liquide d'ascite est en général un peu supérieure à celle trouvée dans le sang.

Il paraît possible d'attribuer à l'augmentation de cette base aminée dans le sang, certaines manifestations vasculaires des hépatiques, en particulier les télangiectasies (1).

(1) Thèse de Paris, 1939. Travail de la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine (Prof. Maurice Loeper).

PHTISIOTHÉRAPIE

Un des meilleurs traitements de la tuberculose pulmonaire

D'après le Docteur J. PÉRISSON (1)

La radiologie oriente la thérapeutique d'une manière presque exclusive vers l'isolement des malades en sanatorium et vers les méthodes chirurgicales, qui s'attachent uniquement à combattre la lésion. Ainsi ont pu être un instant négligés les traitements biologiques, qui s'attaquent à la cause même du mal, en favorisant les moyens naturels de défense contre l'infection. A vrai dire, ceux-ci s'adressent d'ailleurs à une autre catégorie de malades. Leur caractère capital, c'est d'être indiqués à la phase initiale des évolutions tuberculeuses, à une époque où la capacité de défense de l'organisme est encore suffisante. Ils sont capables, institués *à temps*, de guérir la maladie et, par conséquent, de prévenir la nécessité de la collapsothérapie, qui doit être réservée aux lésions organisées. Jusqu'alors on a fait un emploi un peu inconsidéré des sérums et des vaccins, destinés à lutter contre le bacille de Koch ; on a voulu exiger d'eux une action efficace à toutes les périodes de l'évolution morbide, plus spécialement à la phase terminale, à un moment ou rien ne peut plus modifier le pronostic fatal. Cependant, les traitements biologiques bien compris et convenablement appliqués représentent la meilleure arme contre ce fléau social qu'est la tuberculose. M. Jousset, presque seul, a toujours considéré cette méthode comme la plus fertile ; il a conservé sa foi en elle ; il en a compris l'immense intérêt, sans se laisser rebuter par les critiques et les déboires impossibles à éviter. Nous savons maintenant qu'il avait vu juste.

Il faut distinguer entre la sérothérapie antibacillaire et la vaccinothérapie par l'allergine.

La sérothérapie antibacillaire doit être réservée au traitement des primo-infections tuberculeuses fébriles, se présentant sous l'aspect de la typho-bacillose ; mais le résultat obtenu par la sérothérapie doit ensuite être consolidé par une vaccinothérapie suffisamment prolongée.

La vaccinothérapie par l'allergine reste le traitement de choix de la période initiale de toutes les évolutions tuberculeuses, qui ne sont pas des primo-infections, que nous croyons être des récidives, mais qu'il faut considérer comme des récidives plutôt que comme des réinfections.

La précocité du traitement de la tuberculose par la vaccinothérapie rend son application infaillible. Comment établir d'autre part que la phase vaccinothérapique n'est pas terminée, et affirmer à l'avance le succès du traitement ? Le critérium le meilleur est fourni, non par la cuti-réaction, mais par la feuille de température. Dans toute tuberculose récente, la température garde une certaine régularité et, tant que celle-ci persiste, les chances d'amélioration demeurent entières. Une fièvre même très élevée en plateau, ou mieux présentant des oscillations légères et assez égales entre elles, laisse prévoir le succès presque à coup sûr. Au contraire une fièvre même modérée, mais tout à fait irrégulière avec des inégalités flagrantes d'un jour à l'autre, surtout si la température du matin est souvent supérieure à celle du soir, et à plus forte raison la fièvre hectique avec ses grandes oscillations, permettent d'affirmer avec non moins de certitude que la partie est désormais perdue.

Les conditions du succès vaccinothérapique ressemblent fort à celles du sérum avec cette particularité que le sérum antibacillaire à des indications bien plus limitées, et demande pour réussir dans ses indications une application encore plus hâtive que l'allergine. D'autre part, si son efficacité est indiscutable, son effet, pour être définitif, doit être complété par une vaccinothérapie prolongée.

Dès que le diagnostic est posé, les injections sous-cutanées seront immédiatement commencées et guidées par trois règles importantes :

1° Les premières doses d'allergine sont toujours très faibles, de façon à tâter la susceptibilité individuelle ; 2° les doses sont progressivement augmentées, aussi vite que le permettent les réactions provoquées dans chaque cas particulier ; 3° l'intervalle, qui sépare deux injections successives, est progressivement accru, parallèlement à l'augmentation des doses.

On observe trois sortes de réactions : locale, focale, générale ; cette dernière, dans les tuberculoses précocement traitées, n'offre aucune gravité et doit même être considérée comme un élément de pronostic très favorable. Elle disparaît sans laisser d'autre trace qu'une agréable sensation d'euphorie.

Il apparaît finalement que l'allergine est le meilleur vaccin bacillaire. Elle permet d'obtenir tout ce dont est capable la vaccination antituberculeuse.

(1) Le *Bulletin médical*, 6-13-20 août 1939.

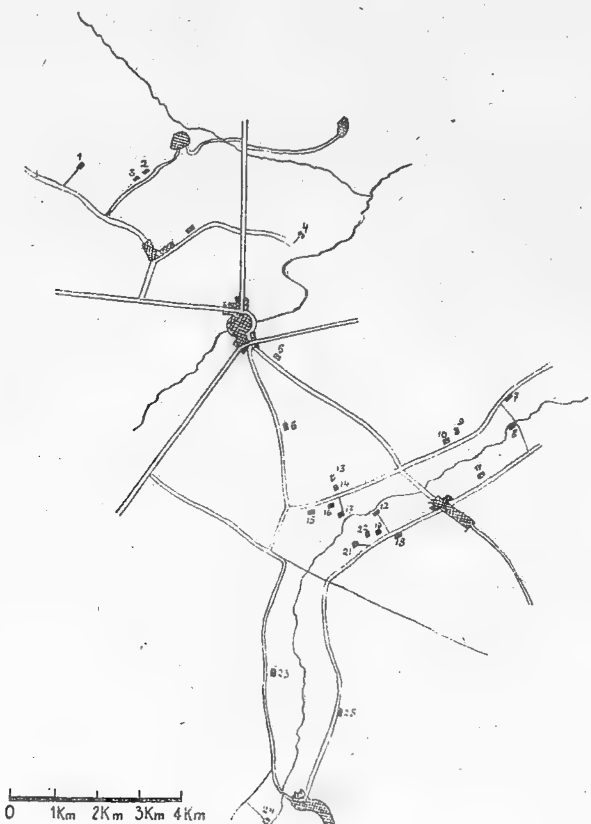
UNE ÉPIDÉMIE D'ICTÈRES

Par le Docteur CLAYEUX (Saint-Pourçain)

Déjà au cours de ces dernières années j'avais été intrigué par l'éclosion subite, tantôt dans un coin, tantôt dans un autre, toujours en un territoire restreint, de quelques cas simultanés ou rapprochés d'ictères infectieux.

Jamais pourtant la notion d'épidimicité ne s'était imposée à mon esprit comme elle le fait aujourd'hui à la suite de mes constatations de l'automne dernier.

La petite carte ci-jointe les résume mieux que les plus longs et les plus habiles développements.



Elle représente à l'échelle approximative de 1 centimètre pour 2.000 mètres une campagne de quelques kilomètres carrés. Elle précise l'emplacement de 24 maisons d'habitation dans chacune desquelles, entre septembre et décembre 1938, j'ai eu l'occasion d'observer un ou deux cas de jaunisse (deux cas dans les maisons numérotées 16, 20 et 21 ; un cas dans chacune des autres : au total 27 cas d'ictère). Un seul intéressait une femme de plus de 40 ans. Une demi-douzaine concernait des adultes jeunes (20 à 30 ans).

Tous les autres se rapportaient à des enfants d'âge scolaire ou de jeunes adolescents.

Il s'agissait dans la totalité des cas d'un ictère infectieux, primitif et d'allure bénigne.

Je dis : *ictère infectieux*, car si quelques enfants ont pû faire leur jaunisse sans s'aliter ; si la plupart des sujets, un peu déprimés, anorexiques depuis quelques jours, se mettaient au lit, après quelques frissons avec des nausées, des vomissements et une fièvre modérée ; dans d'autres cas la température, pendant 3, 4 et 5 jours se maintenait au delà de 40° et s'accompagnait d'une atteinte manifeste de l'état général.

Ajoutons que tous les ictères marqués par une hyperthermie importante se sont présentés chez des adolescents ou des adultes.

Je dis : *ictère infectieux primitif*, aucun état pathologique n'ayant chez l'un quelconque de mes malades, précédé la jaunisse.

Je dis enfin : *ictère infectieux primitif et bénin* car si la température élevée, les nausées incessantes, les vomissements répétés, l'atteinte profonde de l'état général ont pû dans quelques cas créer une vive inquiétude dans l'entourage des malades, chez tous, les signes ennuyeux ou inquiétants se sont apaisés et effacés dès que — soit au coin de l'œil, soit dans le fond du vase de nuit — s'est manifestée la localisation hépato-biliaire. Dans aucun cas je n'ai constaté un ralentissement grave des fonctions d'élimination. Pour tous mes malades la diurèse est demeurée satisfaisante d'un bout à l'autre de l'évolution. Aucun d'entre eux n'a présenté l'albuminurie, les hémorragies cutanéo-muqueuses ou les manifestations nerveuses qui signent la gravité de l'atteinte hépatique.

La jaunisse proprement dite pour la totalité de nos petits malades ne s'est pas prolongée au delà d'une douzaine de jours et nombre d'entre eux ont été remis en une semaine.

Pour les adolescents et les adultes elle s'est prolongée davantage et a laissé derrière elle un état digestif et général assez long à se normaliser.

Tels sont les faits que j'ai eu l'occasion d'observer. Ils ne sont — pensons-nous — ni entièrement nouveaux ni absolument banaux.

Il y eut en effet durant la guerre 1914-1918 des épidémies d'ictères infectieux, aux Dardanelles et en Roumanie en particulier.

Dans un grand nombre de cas la jaunisse apparaissait comme la première et la seule manifestation clinique de l'infection. Mais les cas n'étaient pas rares non plus où elle se présentait comme un fait secondaire et consécutif à une typhoïde ou paratyphoïde caractérisée. Manifestement le bacille d'Eberth et les paratyphiques étaient à l'origine de ces épidémies.

On lit par ailleurs dans les traités classiques que la spirochétose ictéro-hémorragique peut, dans ses formes bénignes simuler exactement les autres ictères infectieux.

Mais la recherche du spirille faite pour deux malades est demeurée négative.

Et puis, peut-on raisonnablement admettre que le spirochète de Ido et Inada ait pu provoquer sous mes yeux, en 5 mois, plus de 25 cas d'ictères infectieux bénins sans réaliser une seule fois le triptyque classique : l'attaque infectieuse brutale, d'emblée alarmante, suivie de près par l'apparition d'un ictère franc d'allure grave, soulignée par les manifestations méningées ; la semaine d'accalmie ; la reprise menaçante des signes infectieux et de l'ictère.

Il ne me semble pas que l'épidémie que je rapporte puisse être versée dans l'une ou l'autre de ces variétés étiologiques d'ictères infectieux.

Parlant de l'ictère catarrhal, Lereboullet et Saint-Girons écrivent dans le récent traité de pédiatrie, qu'il présente chez l'enfant un trait « un peu particulier : la fréquence du caractère familial et épidémique ».

« Il est probable, ajoutent ces auteurs, qu'il est lié à un germe spécial et que ce germe hépatotrope provoque une véritable maladie infectieuse autonome, analogue au zona ou à la poliomyélite ». Telle est bien mon impression.

Ictère catarrhal et ictère infectieux bénin me semblent bien n'être que deux formes cliniques d'une seule et même maladie.

N'ai-je pas au cours de cette épidémie observé les cas extrêmes, les uns entièrement apyrétiques, les autres accompagnés d'une fièvre intense et d'une atteinte sérieuse de l'état général ?

Mieux que cela je les ai rencontrés successivement une fois au moins, sous le même toit. J'ai vu la maman, après cinq journées d'hyperthermie à 40° (du 10 au 15 octobre) faire un ictère franc intense et prolongé et j'ai vu le 10 décembre suivant le garçonnet de la même maison amené dans mon cabinet « parce qu'il n'avait plus d'appétit » et avec une jaunisse sans doute légère mais non douteuse, qui ne devait jamais le retenir au lit et qui devait s'effacer en une semaine avec le secours d'une thérapeutique singulièrement réduite, à la fois par l'indocilité de l'enfant et par l'insouciance des parents.

AU CHEVET DES PATIENTS

■ ● ■

Pour ne pas méconnaitre certaines encéphalites de la rougeole

V. de Lavergne et **J.-R. Helluy** (1) attirent l'attention sur ce fait intéressant que les complications d'encéphalite morbilleuse sont moins rares qu'on ne le dit. La chose est vraie surtout, non pour les formes graves, mais pour les formes bénignes, passagères ou frustes. Mais celles-ci n'échappent-elles pas quelquefois au médecin ? Ne peut-il pas arriver même que le praticien n'ait pas à en connaître, si l'entourage du malade, peu averti, ne s'alarme pas de certaines manifestations d'apparence peu sévères, ou passagères, survenues chez un convalescent de rougeole ?

Certes, à la convalescence, c'est-à-dire à l'époque où 80 % des complications se produisent, l'attention sera toujours frappée par un retour violent de la fièvre et par l'apparition de symptômes graves et inquiétants : coma, raideurs, etc... A fortiori, il en sera de même lorsque les accidents se manifestent — exceptionnellement du reste — avant l'apparition de la rougeole, c'est-à-dire en pleine santé.

Tout au contraire, lorsque une encéphalite survient au moment même de l'éruption, en pleine phase fébrile de la rougeole, surtout d'une rougeole compliquée d'accidents broncho-pulmonaires, les signes de la complication nerveuse perdent tout leur relief, et peuvent n'être pas rapportés à leur cause.

On peut ainsi croire que, sans rareté, la mort d'un morbilleux a été attribuée au caractère malin du virus rubéolique, ou à une complication pulmonaire, quand il succombait en réalité à une encéphalite aiguë. Hyperthermie, convulsions, somnolence survenant au cours d'une rougeole, et chez un malade présentant quelques signes positifs à l'auscultation, n'attirent pas d'emblée l'attention sur une complication d'encéphalite. Ne sait-on pas, chez l'enfant présentant une pneumonie, la fréquence des réactions méningées ? Une inégalité pupillaire, la vaso-dilatation unilatérale du visage ne s'observent-elles pas souvent au cours des pneumonies ou bronchopneumonies ? Et c'est aussi par l'examen neurologique, attentif et complet, qui apporterait une certitude, n'est pas entrepris.

Comme exemple d'une encéphalite à symptomatologie discrète, on cite l'*ataxie morbilleuse fruste* ; celle-ci n'entraîne presque jamais la mort et il est très rare qu'elle laisse des séquelles. En voici une observation résumée.

Après une rougeole normale, cinq jours environ après la chute de la température, un enfant de 9 ans est très agité la nuit ; il délire. Mais, dans la journée, il est lucide et calme, un peu abattu cependant. Comme il a de l'appétit, qu'il ne souffre de rien, la famille ne s'inquiète pas. Peu à peu, les nuits sont meilleures ; toutefois, on remarque que, pendant le jour, au moment où il exécute certains actes de préhension, notamment au moment du repas, il est d'une grande maladresse. On pense naturellement qu'il s'agit d'un reste de faiblesse, consécutive à la rougeole. Bientôt on le fait lever, et si ses jambes le portent, on note une démarche un peu vacillante ; au bout de quelque temps même, une chute devient possible. Malgré l'insouciance de la famille, le médecin traitant demande un examen neurologique. On relève à ce moment (neuf jours après la fin de l'éruption ; quatre jours depuis le début des troubles) un nystagmus horizontal, sans ophtalmoplégie. La parole est nette, mais il existe des mouvements de thrombone lors de la protrusion de la langue. Très léger tremblement intentionnel, — adiadococinésie. — Dysmétrie lors des mouvements du doigt mis sur le nez. Réflexes tendineux : vifs aux membres supérieurs, vifs avec clonus aux membres inférieurs. Réflexe plantaire en flexion. Debout, l'enfant se tient bien, mais seulement les jambes écartées. Démarche un peu ébrieuse. Liquide céphalo-rachidien normal.

Le diagnostic d'ataxie post-morbilleuse était certain, et presque tous les signes en étaient décelables, mais peu accusés ; ils furent très passagers ; une semaine plus tard, l'enfant pouvait marcher correctement, et il n'existait plus qu'une hyperréflectivité tendineuse. La guérison devait se montrer définitive.

D'autres formes d'encéphalite peuvent se rencontrer en dehors des formes ataxiques : simple maladresse et troubles de la sensibilité profonde d'une main ; hémiparésie d'un bras et d'une jambe avec troubles de la sensibilité profonde ; mono et hémiparésies avec troubles paresthésiques ; paralysie faciale.

Il est encore des encéphalites, qui sont à *symp-*

(1) Les formes méconnues des encéphalites de la rougeole. (*Le Progrès Médical*, 11 mars 1939.)

tomatologie partielle : délire, agitation, convulsions de la convalescence, hallucinations, confusion mentale, raideur de la nuque, signe de Kernig.

Enfin, il existe des encéphalites *tardives*, au bout de trois ou quatre semaines. Passé ce délai, elles ne peuvent généralement pas être rattachées à la rougeole.

Dans les broncho-pneumonies du nourrisson, n'employer la transfusion sanguine qu'à bon escient

« Tout en reconnaissant ses bienfaits, précise le **Docteur G.-L. Hallez**, il convient de rester prudent dans son emploi, et de bien préciser ses indications et *surtout* ses contre-indications ».

La broncho-pneumonie *aiguë*, dans laquelle ne prédominent ni le syndrome asphyxique, ni les signes toxi-infectieux, doit être soignée par les méthodes classiques qui se montrent les plus efficaces (hydrothérapie tiède, révulsion sinapisée, thérapeutique stimulante, tonicardiaques et oxygénothérapie). Si les signes locaux s'amendent en même temps que la courbe thermique évolue favorablement, la transfusion sanguine est inutile et *même contre-indiquée*. Il est tout à fait inutile de choquer le petit malade par une thérapeutique, qui peut n'être pas anodine.

Dans les *formes suraiguës, suffocantes*, où tout espoir est souvent impossible, même dès le début, c'est encore l'oxygénothérapie continue sous la tente, ou la carbogénothérapie, qui permettront de sauver le plus grand nombre de petits malades. La transfusion sanguine *risque* d'augmenter la pléthore des poumons, déjà gorgés de sang, et de compromettre davantage encore la résistance du myocarde. L'exsanguination préalable serait en tout cas nécessaire, bien qu'elle ne soit pas à conseiller lorsque la défaillance cardio-vasculaire est trop prononcée : des syncopes graves et parfois mortelles ont été observées dans ces cas.

Il semble que les *transfusions sanguines doivent être réservées aux broncho-pneumonies traînantes, ou aux formes toxi-infectieuses*. Dans celles-ci, la dyspnée passe au second plan, la toux est moins importante, il n'y a pas de cyanose ; par contre, la pâleur du visage, l'amaigrissement, l'anxiété du facies, le teint plombé, les yeux excavés doivent faire penser à une intoxication de tout l'organisme ; c'est dans ces formes cliniques que les transfusions donnent les meilleurs résultats.

La transfusion du sang chez le nourrisson n'est d'ailleurs pas exempte de difficultés, et il est indispensable de bien connaître sa technique spéciale.

L'identité n'étant pas constante entre le groupe sanguin de la mère et celui de l'enfant; il faut s'adresser à un donneur universel, ou bien vérifier, par l'épreuve directe, la compatibilité des deux sangs. La plupart des auteurs emploient le sang citraté à raison de un centimètre cube de la solution à 10 p. 100 pour 30 centimètres cubes de sang.

La voie d'introduction du sang est encore discutée. Pour les enfants qui ont moins de 18 mois, beaucoup de pédiatres donnent la préférence au sinus longitudinal supérieur, selon la technique indiquée par le Professeur Marfan, en 1898. Il convient de faire la ponction rigoureusement sur la ligne médiane, aussi en arrière que possible. Plus tard, ou de façon systématique, il est plus prudent de faire l'injection dans une veine du pli du coude, rarement par ponction directe, mais presque toujours en dénudant la veine et en introduisant un petit trocart à bout olivaire, selon la technique employée chez le chien par les physiologistes.

Le Professeur Röhmer pratique souvent l'exsanguino-transfusion en retirant 50 à 100 c. c. de sang par le sinus, et en faisant l'injection dans une autre veine.

La quantité de sang injecté varie, selon les circonstances, de 5 à 40 c. c. par kilogramme. On injectera lentement (5 minutes pour 20 c. c. par exemple), afin de ne pas fatiguer le cœur, et pour éviter le choc. Si la voie intraveineuse est difficile à utiliser, on peut encore faire des injections intramusculaires : 20 c. c. de sang citraté dans chaque fesse avant un an, et 40 c. c. après un an ; mais la résorption du sang peut s'opérer assez lentement. En cas de *nécessité*, on pourrait utiliser le sang maternel ou paternel, non citraté, sans épreuve de Beth-Vincent, mais à la condition d'injecter aussitôt après prélèvement et par voie intramusculaire.

Réservées aux formes cliniques indiquées, en *s'abstenant en cas d'asphyxie, ou d'insuffisance cardiaque accentuée*, la transfusion ou l'exsanguino-transfusion, sont susceptibles d'abaisser encore le taux de la mortalité, dans les broncho-pneumonies du jeune enfant.

G. Fischer.

(1) *Le Progrès Médical* (21 *janvier* 1939).

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Néphrite grave et néphrite mortelle chez deux enfants atteints de gale

MM. MOURIQUAND, WENGER et Mlle FLOTARD ont présenté deux observations presque identiques de gale infectée compliquée de néphrite aiguë survenue chez un frère et une sœur ; celle-ci a entraîné le décès de ces deux enfants en très peu de temps. Il y a lieu de remarquer la rapidité et la gravité de ces deux évolutions de néphrite aiguë avec gale infectée, qui sont survenues chez deux enfants ayant vécu dans un milieu très misérable, où les parents avouaient tous deux une gale soignée très tardivement et une absence totale de précautions hygiéniques et de soins.

Il faut remarquer tout d'abord que l'albuminurie existait avant le traitement des lésions cutanées par le benzoate de benzyle, et que celui-ci ne peut donc pas être incriminé. On n'a d'ailleurs pas signalé de cas de néphrite à la suite de ce traitement, alors qu'on en avait observé parfois, jadis, lors de l'emploi du baume du Pérou. Cette néphrite aiguë, classique dans la gale infectée paraissait devoir être attribuée aux microbes responsables des lésions cutanées surajoutées : streptocoque ou staphylocoque. Mais, dans un cas, le pneumocoque semble être également en cause en raison d'une localisation secondairn sur le poumon. En tout cas, les auteurs n'one pas trouvé dans la littérature médicale de cas dt néphrite galeuse à la fois chlorurémique et urée migène, ayant été suivie aussi rapidement d'une évolution fatale. (*Lyon Médical*, 5 mars 1939.)

Les infiltrations novocaïniques périarticulaires dans le traitement de la goutte

L'observation que communique A. JOUNG est intéressante parce qu'elle démontre que les infiltrations novocaïniques représentent autre chose qu'une banale anesthésie locale passagère. Il en résulte une modification de l'état humoral. C'est ainsi que à chaque infiltration a succédé le lendemain une élimination urinaire d'acide urique et de calcium plus élevée qu'en dehors des piqûres. Mais les faits cliniques paraissent encore plus éloquents : aux piqûres a succédé, d'abord une nuit agitée, un sommeil difficile, puis un bien-être général prolongé. Il y a donc eu un effet à la fois local et général : les piqûres ont transformé définitivement l'état général du malade. (*Le Progrès Médical*, 4 mars 1939.)

Maladies infectieuses et métabolisme des glucides

Confinées d'abord au cadre du diabète vrai, les dysrégulations glucidiques se sont révélées dans la suite singulièrement plus fréquentes et plus complexes qu'on ne l'avait cru tout d'abord, MM. Jean MINET et H. WAREMBOURG les étudient ici dans leurs rapports avec les infections générales aiguës ou chroniques. Il résulte de leurs recherches qu'à la faveur d'un mécanisme pathologique complexe, on voit fréquemment s'installer, à la période d'état des maladies infectieuses, un syndrome paradiabétique dont témoignent, selon les cas, l'hyperglycémie à jeun, l'excessive hyperglycémie alimentaire, l'élévation de l'indice chromique résiduel. Cette dysrégulation glucidique est en soi d'un pronostic bénin, puisque très généralement elle régresse de façon rapide et complète à la convalescence. Son intérêt toutefois est certain et réside dans les indications de pronostic et de traitement qu'elle comporte parfois.

En effet l'hyperglycémie des infections apparaît plutôt comme un symptôme défavorable, témoin de la gravité de la maladie. Aussi y a-t-il lieu d'envisager contre elle une action thérapeutique.

Le traitement insulinique a été recommandé par quelques auteurs dans les infections aiguës accompagnées d'hyperglycémie ; des résultats favorables en ont été obtenus dans les infections graves à staphylocoques, dans la fièvre typhoïde, dans la pneumonie, etc... C'est l'hyperglycémie à jeun qui semble réaliser l'indication majeure de l'utilisation de l'insuline. L'hypoglycémie commanderait au contraire d'autres méthodes : dans la diphtérie maligne, la baisse du sucre sanguin est une indication de plus à l'emploi de l'adrénaline ou des extraits surrénaliens totaux, dont on connaît les heureux effets en pareils cas ; dans le tétanos, la mise en œuvre d'une thérapeutique glucosée peut rendre des services appréciables, tout au moins à titre adjuvant. (*Le Progrès Médical*, 1er avril 1939.)

Les ulcères peptiques perforés en péritoine libre

Voici d'après MM. HAMANT et CHALNOT la meilleure conduite opératoire, qui semble actuellement préférable : le diagnostic de perforation d'ulcère peptique est rarement fait avant l'intervention. On peut hésiter entre le diagnostic d'occlusion de l'intestin grêle et de perforation

◆◆◆◆◆◆

itérative. En présence de la lésion, on ne doit cependant pas être pris au dépourvu. L'intervention idéale est la gastrectomie qui supprime à la fois la perforation et la lésion. Mais elle n'est pas pratiquable dans la grande majorité des cas : malade shocké, mauvais état général, adhérences multiples, difficultés de libération allongeant le temps opératoire, œdème et infiltration marqués de l'estomac et du jéjunum compromettant les sutures qui coupent en tissu aussi friable.

La solution la plus logique et la moins grave paraît alors être l'enfouissement soigneux de la perforation. Evidemment quand la bouche de gastro-entérostomie est rétrécie, on pourra faire une dégastro-entérostomie si le pylore est perméable. Sinon on fera une nouvelle gastro-entérostomie.

Mais alors l'avenir du malade apparaît assez sombre. Il faut craindre la récidive non seulement de l'ulcère mais de la perforation, et la suture simple n'est qu'un procédé d'urgence. Il paraît donc logique de pratiquer par la suite une gastrectomie. Il s'agit évidemment ici d'une intervention difficile, complexe et grave. On trouvera de nombreuses adhérences et deux gastro-entérostomies.

Par contre un élément de pronostic favorable est représenté par la véritable vaccination qu'a subie le péritoine de ces malades à la suite de deux interventions et quelquefois même de deux perforations. (*Revue Médicale de Nancy,* 1er avril 1939.)

La pleurésie séro-fibrineuse rhumatismale

MM. A. Patoir et Ch. Coucke estiment que le problème qui, de loin, domine le diagnostic de la pleurésie rhumatismale est celui de la différenciation d'avec la tuberculose. Les cas sont bien rares où le tableau clinique est assez net pour affirmer rhumatisme ou tuberculose. Le plus souvent, un doute persiste et se traduit, suivant les auteurs, par des conclusions différentes. Certains, avec Lafforgue et Andrieux, admettent la possibilité d'une association morbide et parlent de pleurésies tuberculeuses pararhumatismales, c'est-à-dire survenant au cours de la maladie de Bouillaud, et peut-être favorisées par elle. Ils admettent même dans certains cas, une étiologie infectieuse mixte, à la fois rhumatismale et tuberculeuse. D'autres vont plus loin encore, et, devant ces cas mal tranchés où semblent coexister des manifestations typiques de la maladie de Bouillaud et une réaction pleurale que rien ne distingue de la pleuro-tuberculose, ils en viennent à identifier les deux affections.

De cette discussion diagnostique, un seul enseignement pratique doit être retenu : c'est l'action du salicylate de soude. En présence d'une pleurésie qui ne fait pas sa preuve bacillaire, on ne risque rien, et on peut tout gagner, en tentant la cure salicylée. On aura parfois l'heureuse surprise de voir survenir une guérison rapide. On écartera en même temps l'éventualité redoutable des complications cardiaques et la menace d'évolution ultérieure tuberculeuse, qui plane toujours sur un ancien pleurétique. (*La Clinique,* mars 1939, B.)

L'angine de poitrine des hypertendues-femmes

L'existence d'un syndrome angineux, sous l'aspect de l'angine de poitrine coronarienne, doit être signalée au cours de certains états d'hypertension artérielle, principalement chez la femme. Il est difficile de préciser les causes exactes de ce syndrome si commun, que les médecins constateront d'autant plus souvent que leur attention aura davantage été attirée sur ce point. Les observations faites par L. Gallavardin conduisent cet auteur à présenter les deux remarques suivantes :

1° Ce syndrome angineux des hypertendues-femmes, bien que jouant l'angine de poitrine coronarienne, ne semble pas dû à l'existence d'artérites coronariennes sténosantes. On ne comprendrait pas en effet, que de telles artérites apparaissent avec une plus grande fréquence chez les femmes hypertendues que chez les hommes hypertendus. D'autre part, on n'a guère observé dans cette forme clinique soit la mort subite au cours d'un accès, soit la constitution d'un infarctus myocardique, incidents si communs au cours des véritables coronarites oblitérantes. Une telle forme clinique, dont l'existence paraît indéniable, n'est nullement exclusive de la possibilité de véritables artérites coronariennes, dont l'évolution se poursuivrait parallèlement à l'hypertension, chez d'autres sujets, hommes ou femmes.

2° Il faut sans doute, pour expliquer de tels faits, invoquer l'intervention d'un facteur spasmodique d'origine sympathique, ce qui rendrait compte de la plus grande fréquence de ce syndrome dans le sexe féminin. Mais le point de départ de ces réactions spasmodiques, la raison de leur apparition de préférence chez la femme, leur mode d'action probable sur le système coronarien, sont autant de points qu'il est impossible de préciser actuellement. (*La Médecine,* mars 1939.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

Sur une poudre siliceuse destinée à la désinsectisation des céréales

(M. Tanon ; 4-4-1939)

On sait les dégâts que produisent les charançons dans les récoltes de blé et les pertes qu'ils occasionnent. Une poudre insecticide composée de silice (99 %), d'alumine, oxyde de fer, etc., a été proposée contre ces insectes et semble avoir une réelle efficacité. Elle est déshydratante et, de fait, les parasites mis à son contact sont toujours trouvés séchés et morts ; leur rostre apparaît comme limé et ne peut plus percer le grain.

Déjà employée en Europe centrale et en Angleterre, la poudre siliceuse a été essayée avec avantage en France. Sa préparation n'en a pas paru dangereuse pour les ouvriers et le port d'un masque éviterait en tout cas tout danger. La farine n'a perdu aucune de ses qualités.

Dans ces conditions, M. Tanon, au nom de la Commission d'hygiène, propose la conclusion suivante, qui est adoptée :

« La poudre siliceuse proposée ne présente aucun inconvénient et peut être utilisée pour la destruction des charançons dans les stocks de blé ».

Dépopulation, ses origines, ses causes, ses remèdes

(M. Marcel Moine ; 4-4-1939)

La France qui avait, en 1851, 36 millions d'habitants en compte actuellement 42 millions. L'augmentation de 6 millions est due en partie à la présence d'étrangers (près de 2 millions 1/2). D'autre part pendant la même période de temps, la population de l'Allemagne, de l'Italie, de l'Angleterre a doublé.

Comme facteur de dénatalité, en France, l'auteur pense qu'on ne saurait retenir une insuffisance de la nuptialité, celle-ci s'étant accrue durant ces soixante-dix dernières années. Mais, les ménages ont généralement peu d'enfants ou pas du tout.

M. Moine indique les mesures suivantes qui permettraient à son avis de lutter contre la dénatalité : prélèvement direct sur les revenus et les salaires des célibataires et des ménages sans enfants ; révision des lois successorales, une Caisse de natalité devenant seule héritière des familles sans enfant et co-héritière des familles à enfant unique, etc... Cette Caisse de natalité verserait des subsides importants aux familles de trois enfants et plus.

Académie de chirurgie

Subluxation du coude avec fracture de l'épitrochlée et interposition de fragment dans l'interligne articulaire

(MM. Cahuzac et Ed. Courty. — Rapport de M. Fèvre ; 1-2-1939)

MM. Cahuzac et Courty ont observé un cas de subluxation postéro-externe de l'articulation du coude avec fracture de l'épitrochlée et interposition de fragment dans l'interligne articulaire. Ils ont pu obtenir la réduction par manœuvres externes en conformité avec l'opinion de M. Fèvre ainsi formulée : « chez l'enfant, le traitement des interpositions épitrochléennes récentes, accompagnées ou non de luxation, doit être la réduction par manœuvres externes, l'intervention restant indiquée en cas d'échec de cette méthode et dans certains cas compliqués (lésion du nerf cubital) ».

La manœuvre de M. Fèvre est en deux temps : le premier temps est un mouvement d'abduction de l'avant-bras exécuté dans les positions corollaires suivantes : avant-bras en extension, main en supination ; traction longitudinale suivant l'axe du membre. Ce premier mouvement ouvre l'interligne en dedans et permet à l'épitrochlée d'échapper au coïncement entre l'humérus et le cubitus. Le second temps consiste dans un réemboitement par flexion progressive de l'avant-bras sur le bras, avec translation de l'avant-bras en dedans.

Forme septicémique d'ostéomyélite

(M. André Richard ; 8-2-1939)

M. André Richard présente, en son nom et au nom de M. Leveuf, l'observation d'un malade entré à l'hôpital pour une forme septicémique d'ostéomyélite, d'une telle gravité que la vie de l'enfant sembla menacée pendant trois semaines. Les localisations principales étaient au genou droit, puis aux deux humérus et à la colonne cervicale basse. M. Leveuf n'a pratiqué aucune intervention, a immobilisé les segments atteints par des appareils plâtrés, fait un traitement par l'anatoxine et le sérum anti-staphylococcique, aidé d'une médication acidifiante en raison d'un pH alcalin. L'enfant fut envoyé à Berck, hors de danger, mais porteur d'une petite fistule guérie par la suite.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

L'infiltration du ganglion stellaire dans la dilatation des bronches

(MM. P. BOURGEOIS, J. CHAUVEAU et J. DOS GHALI 17-2-1939)

L'infiltration du ganglion stellaire, qui n'avait jamais été pratiquée jusqu'ici dans la dilatation des bronches, a été employée par les auteurs pour un malade, chez lequel de nombreuses thérapeutiques avaient été tentées sans aucun résultat, ni sur l'expectoration qui demeurait toujours aussi abondante, ni sur les hémoptysies, ni sur la dyspnée et la toux qui, par leur intensité ôtaient tout sommeil. Il y eut une amélioration considérable des signes fonctionnels ainsi que des modifications des signes stéthacoustiques, qui succédèrent à chaque infiltration.

La technique adoptée fut celle de Arnulf : infiltration par voie supéro-externe du ganglion stellaire et de la chaîne thoracique supérieure au moyen d'une solution de novocaïne à 2 p. 100 sans adrénaline (25 à 30 c. c. à chaque fois environ).

La voie supéro-externe permet non seulement l'infiltration du stellaire, mais aussi celle des premiers ganglions thoraciques, et l'on obtient de bien meilleurs résultats physiologiques. Ainsi qu'il ressort des travaux de P. Wertheimer, de M. Bérard, pour être effective, l'anesthésie du ganglion stellaire doit non seulement injecter la chaîne sympathique cervicale, mais aussi la chaîne thoracique, tout au moins les trois premiers ganglions thoraciques. Une bonne infiltration du ganglion stellaire doit s'accompagner non seulement d'un syndrome de Claude Bernard-Horner, mais aussi d'une hyperthermie du membre supérieur correspondant, en même temps que la malade accuse également une sensation de chaleur au niveau de l'hémithorax du côté injecté.

De plus, l'on peut, par cette voie, pratiquer une infiltration progressive de la chaîne sympathique cervico-thoracique, évitant ainsi certains phénomènes d'interception ou de blocage brutaux du stellaire avec leurs conséquences parfois graves. On a pu noter quelques petits incidents : crachats sanglants par piqûre du sommet pulmonaire ; lésion d'un petit vaisseau avec apparition de sang dans la seringue. Ils ont été sans conséquences, et dès qu'on s'en aperçoit, il suffit de retirer l'aiguille légèrement, puis de rechercher soigneusement le contact osseux sur la face antérieure des apophyses transverses.

Certes, cette intervention ne peut modifier des lésions anatomiques aussi fixées et aussi anciennes ; il faut admettre que la sécrétion bronchique est diminuée, du fait d'une action directe sur les glandes bronchiques, d'une action sur la musculature bronchique, ou sur la circulation des artères bronchiques.

Retenons, au point de vue pratique, la transformation *très rapide d'un malade cyanosé, cachectique* et dyspnéique, en un sujet qui ne crache presque plus, n'a plus de dyspnée, ni de cyanose et dort normalement.

Sur un cas de diabète rénal pur lié à l'état gravidique

(MM. J. DECOURT, CH.-O. GUILLAUMIN et J. GUILLEMIN ; 3-3-1939)

L'apparition d'un diabète au cours de la grossesse est à juste titre considérée comme une éventualité redoutable, tant pour la mère que pour le fœtus. Tel est, du moins, le cas du diabète vrai, avec hyperglycémie, traduisant un trouble du métabolisme glucidique.

Mais à côté du diabète proprement dit, il n'est pas rare d'observer, pendant la gestation, de simples glycosuries, sans hyperglycémie dont la signification pronostique est tout autre. Ces faits rentrent dans le cadre du diabète dit rénal, qui traduit simplement un abaissement du seuil rénal du glucose, sans trouble apparent du métabolisme des glucides.

Une femme de trente-cinq ans, sans histoire pathologique antérieure, présente au cours d'une grossesse normale, à partir du cinquième mois, une glycosurie appréciable. Cette glycosurie est permanente et s'élève jusqu'à 32 grammes par vingt-quatre heures au huitième mois. Le sucre contenu dans l'urine a toujours été représenté presque exclusivement par du glucose, avec des traces variables mais faibles de galactose et parfois d'acide glycuronique.

Cette glycosurie s'est montrée remarquablement indépendante du régime alimentaire. Bien, au contraire, elle a atteint son taux maximum au moment, où la malade était privée d'hydrates de carbone pour diminuer plutôt lorsque ceux-ci furent ajoutés en abondance à la ration alimentaire. La glycémie à jeun s'est toujours montrée à des chiffres normaux, et même plutôt faibles ; entre 0 gr. 75 et 0 gr. 92. A deux reprises, la coexistence de la glycosurie avec une glycémie normale a été vérifiée. Il n'existait, par ailleurs aucun trouble apparent du métabolisme glucidique.

Du point de vue clinique, l'institution d'un régime privé d'hydrates de carbone a eu des conséquences fâcheuses provoquant une asthénie extrême et un amaigrissement notable. Le retour à un régime normal, riche en hydrates de carbone, a eu au contraire, une influence heureuse rendant à la malade ses forces et son état florissant.

Apparaissant avec la grossesse et disparaissant avec elle, le diabète rénal ne représenterait en somme que l'exagération d'un phénomène physiologique au cours de cet état. On peut se demander si l'abaissement du seuil rénal du glucose chez la femme enceinte ne tient pas à une modification générale de la perméabilité cellulaire, qui semble être un phénomène habituel au cours de la grossesse.

G. F.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 25 *février* 1939

Avitaminoses et notion de « terrain »

M. le Professeur Georges MOURIQUAND (Lyon), dans cette séance de la Société de médecine de Paris consacrée aux vitamines, étudie les avitaminoses dans leurs rapports avec la notion de « terrain ». L'auteur montre que les avitaminoses, principalement envisagées sous leur forme « asymptomatique » ou de dystrophie inapparente, permettent de pénétrer très avant dans l'étude des « terrains » relevant du déséquilibre alimentaire lié aux maladies par carence. L'étude bio-clinique des avitaminoses A. B. C. D. fournit au point de vue de cette étude, des précisions particulières.

Le domaine clinique de la vitamine P.-P. (amide nicotinique)

M. le Professeur agrégé Justin BEZANÇON rappelle la multiplication actuelle des travaux sur la vitamine P.-P. dont l'importance biologique et clinique paraît considérable. L'alimentation apporte assez peu de vitamines P.-P., l'amide nicotinique étant surtout abondante dans la viande et les œufs. D'où la fréquence des avitaminoses P.-P. inapparentes comparées à la pellagre, qui constitue cependant un véritable fléau dans certains pays. Dans les formes les plus graves de pellagre, le traitement nicotinique amène la guérison des troubles digestifs en 24 heures, des troubles cutanés en quatre jours, des troubles mentaux en une semaine. L'administration régulière des vitamines P.-P. à la population constitue la prophylaxie de la pellagre. Dans les affections digestives variées, la vitamine P.-P. a un effet puissant : stomatites, pyorrhées alvéolaires, gastrites, colites, sprue en particulier, lorsque ces affections relèvent d'une carence nicotinique. De même dans certaines asthénies et altérations mentales de même origine. La vitamine P.-P. est indispensable à la croissance et à l'hématopoïèse. Enfin, la thérapeutique nicotinique a une action spécifique dans certaines formes de porphyrinuries, celles qui relèvent d'insuffisance hépatique, de la maladie des rayons, ou du radium, de l'intoxication par le plomb et les barbituriques, etc... L'intoxication alcoolique, le déséquilibre alimentaire, l'exposition au soleil et les troubles digestifs augmentent beaucoup les besoins de l'organisme en vitamine P.-P. On l'administre par voie buccale à doses fortes dans les cas graves, à faibles doses dans les autres cas, tout en observant les règles générales d'emploi des vitamines (régime équilibré, doses adéquates et prolongées suivant les cas cliniques).

Syndromes avitaminiques et déséquilibrés

M. Raoul LECOQ montre, par une objective présentation d'animaux, que les syndromes avitaminiques sont assez inexactement confondus avec les avitaminoses expérimentales. Il importe par conséquent de réformer notre conception des vitamines, métabolites indispensables dont notre organisme ne peut faire la synthèse, mais qu'il gaspille le plus souvent sans aucune nécessité. Les causes habituelles des syndromes avitaminiques paraissent être des déséquilibres alimentaires, nutritifs ou humoraux. Leur connaissance permet d'améliorer nombre de pseudo-avitaminoses en combattant, par des moyens appropriés, telle infection, telle synmicrobie intestinale, telles dysmétabolies ou dysendocrinies héréditaires ou occasionnelles. La vitaminothérapie y trouvera à la fois l'explication de certains de ses échecs, et en dehors des carences, l'élargissement de son champ d'action.

Mono et polyvitaminothérapies alimentaires et synthétiques de l'enfant

M. Albéric BOUDRY justifie et précise le haut intérêt chez le tout petit neuro-arthritique, inassimilateur et allergique, d'une alimentation doppante, variée, apéritive, saine, *non chimiquement transformée* autant que possible et polyvitaminée. L'auteur attire particulièrement l'attention sur les mérites vitamino-diététiques, en pédiatrie, du raisin et du jus de raisin frais, du miel, du citron et vitamines « ascorbiques » ainsi que des aliments chlorophyllés.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 17 *février* 1939

Névralgie cranio-fronto-temporale d'origine sympathique

M. THÉVENARD rapporte un cas de névralgie cranio-fronto-temporale d'origine sympathique prise d'abord pour une névralgie des nerfs sus et sous-orbitaires. Après échec de divers traitements, y compris l'alcoolisation des troncs nerveux, guérison par résection étendue de l'artère temporale superficielle.

Tumeur du sein

M. THÉVENARD rapporte un cas de tumeur du sein d'origine vraisemblablement traumatique, apparue chez une femme de 85 ans. Evolution lente et continue. Opération amputative du sein à 91 ans. Récidive un an et demi plus tard. Pas d'intervention, évolution en six mois et mort par infection. La première tumeur est un fibro-adénome suspect de sarcome en certains points. La tumeur de récidive est un sarcome pur développé aux dépens du stroma conjonctif.

Un cas complexe de chirurgie gastrique

M. Pierre Le Gac. — Une ancienne gastro-entérostomie est opérée pour sténose pylorique, sténose de la bouche et ulcère juxta-orificiel. Quinze jours après la gastrectomie, survient une dysphagie subite, nécessitant l'alimentation à l'aide d'une sonde, puis une gastrostomie (procédé de Depage). L'œsophagoscopie d'une part, d'autre part la cardioscopie (faite à l'aide d'un cystoscope par la gastrostomie) permettent de faire le diagnostic de *phréno-cardiospasme.* La question se posait de faire ou l'opération de Heller, ou la simple dilatation. Cette dernière a suffi à guérir la malade. Après quatre mois de séances régulières, on a pu fermer la gastrostomie et la malade a engraissé de 18 kilos.

Ulcères gastriques multiples

M. Pierre Le Gac. — Un malade est opéré pour ulcère avec sténose pylorique, par gastrectomie large. L'examen de la pièce opératoire montre l'existence de quatre cratères ulcéreux, l'un pylorique, les trois autres (de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50), échelonnés le long de la petite courbure. Un cinquième, plus petit, sur la face antérieure de l'estomac. L'examen des radiographies pré-opératoires ne permettait pas de faire le diagnostic de ces ulcères multiples, pourtant cratériformes.

Traitement opératoire des ptoses gastro-coliques

M. Dupuy de Frenelle. — Le traitement opératoire des ptoses gastro-coliques n'est pas toujours bien compris. Un certain nombre de malades chez qui on a pratiqué la gastropexie pour une ptose de la grande courbure, continuent à souffrir parce que la lésion qui est la principale cause des douleurs et des troubles fonctionnels dont ils se plaignent a été méconnue et n'a pas été traitée par l'opération. Dans un assez grand nombre de cas, le succès dépend avant tout du raccourcissement du petit épiploon allongé, de la résection du pédicule nerveux pylorique douloureux, de la résection du foyer de périduodénite qui ferme l'angle duodénal, de la résection des foyers de mésentérite du méso-côlon transverse, de l'ouverture de l'angle colique droit qui est maintenu fermé par un foyer d'épiploïte. La gastropexie ou la colopexie n'interviennent, dans ces cas, que comme un temps complémentaire pour suspendre la grande courbure ou le colon transverse. Dupuy de Frenelle emploie de longs et volumineux tendons de renne dont le milieu forme une anse enfouie dans un pli transversal de l'estomac, du ligament gastro-colique ou du côlon transverse, et dont les extrémités sont passées au travers de la paroi abdominale latérale à l'aide d'une aiguille de courbure appropriée. Dans certains cas, la gastro-colopexie est complétée par une hystéropexie réalisée à l'aide d'un tendon de renne enroulé en spires autour des ligaments ronds.

M. G. Luquet. — Insistant sur la complexité de la question, est tout à fait opposé à l'emploi de la gastro-entérostomie dans le traitement de la ptose gastrique. Par contre, il est très partisan de la gastro-duodénostomie de Finney comme correctif du V duodéno-pylorique. Il montre que certains cas de dolichogastrie doivent être traités par la résection gastrique basse, seule capable, en cette occurrence, d'assurer la vidange de l'estomac. Enfin, il s'est toujours bien trouvé de remplacer dans le matériel de suspension le tendon de renne, la languette d'aponévrose par un simple catgut chromé n° 3 ; au bout de quelques mois, il a pu se rendre compte que les résultats étaient sensiblement les mêmes.

M. Hautefort trouve intéressante la technique proposée par le Docteur Dupuy de Frenelle et, en particulier la suspension du transverse comme complément de la gastropexie. Cependant, elle nécessite l'emploi de tendons de renne qu'il n'est pas toujours facile de se procurer. Il recourt lui-même au procédé du Docteur Lambret qui lui a permis d'obtenir des résultats très satisfaisants.

M. Haller est d'accord avec Dupuy de Frenelle quand il conseille d'enlever les gros et lourds épiploons qui maintiennent la ptose gastrique ainsi que l'épiploon atteint d'épiploïte. Il existe plusieurs espèces de péri-dextro-viscérites ; l'intervention sur celle en rapport avec l'appendicite chronique donne d'heureux résultats.

La coxo-fémoroplastie dans le traitement fonctionnel des morbus coxæ senilis

M. Raphaël Massart apporte les résultats obtenus par lui chez des rhumatisants chroniques auxquels il a fait, comme le conseille Smith Peterson, l'ablation du bord antérieur du cotyle et une résection modelante et partielle de la tête du fémur. Cette opération plastique, par sa simplicité, par son efficacité, par la rapidité des résultats qu'elle donne, prend une place importante dans la chirurgie de la hanche rhumatismale.

Sur un cas de kyste du ménisque externe du genou

M. G. Vidal-Naquet rapporte l'observation d'un kyste du ménisque externe survenu chez un jeune homme de 19 ans, sans aucun traumatisme. Les signes se sont montrés très discrets, au point que les diagnostics les plus divers ont été portés. Méniscectomie complète. Mobilisation précoce. Guérison avec récupération de tous les mouvements.

Les Congrès

◆ ◆ ◆

XXXVe SESSION D'ASSISES DE L'ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Méningites cérébro-spinales à méningocoques

Par Germain Blechmann

Le 12 mars 1939, les Assises présidées par M. le médecin-général inspecteur Dopter, se sont réunies à l'Hôtel-Dieu de Paris et ont couronné comme lauréat du XXVIe prix Debat, notre collègue Bailleul, d'Alençon (Orne).

Synthèse des conclusions des Assises départementales

Par Henri Godlewski

Sauf quelques accentuations périodiques de peu d'ampleur depuis vingt ans, la méningite cérébro-spinale à méningocoques a perdu l'importance qu'elle avait encore pendant la guerre. Ses épidémies ne sont plus observées qu'en foyers très espacés, restreints, minimes en général. La maladie semble devenue sporadique et toutes les conclusions départementales — sans exception — mentionnent la rareté de l'affection. Au début du siècle, au contraire, celle-ci préoccupait par sa fréquence, la gravité de son extension particulièrement redoutable dans les collectivités.

Nous traversons donc une longue période de silence épidémique, succédant à une longue période d'activité du germe ; il y a lieu de se méfier toujours d'un retour offensif.

La vigilance contre le méningocoque n'a pas cessé dans l'Armée et dans la Marine, où la recherche méthodique des porteurs de germes et leur isolement sont des règles toujours appliquées. Il ne peut en être de même aussi bien dans les collectivités civiles. Les conditions de contagion atténuée, partout constatée, n'impliquent pas actuellement l'urgence de mesures administratives nouvelles. Le méningocoque malgré sa rareté, n'a pas disparu de l'attention médicale ; c'est à la possibilité de ce germe que songe toujours le médecin lorsqu'il fait une ponction lombaire ; jusque dans les campagnes les plus reculées, celle-ci est devenue pour lui un acte réflexe, dès qu'il a la moindre suspicion d'un syndrome méningé.

Le médecin signale partout sa fidélité à la sérothérapie. Fort d'une longue expérience, qui lui a permis de suivre l'évolution de la méningococcie, il évoque d'abord — dans toutes les provinces avec admiration et gratitude — les services du sérum de Dopter (sérum spécifique et sérum polyvalent). Puis, il constate que, parallèlement à la transformation épidémique coïncidant avec des transformations biologiques du germe — jusqu'à la mutation des races méningococciques relatées *in vitro* — le sérum ne suffit pas toujours à faire face à une spécificité variée et même instable.

Aussi, la thérapeutique s'étant enrichie des progrès de la chimie synthétique, l'usage des sulfamides commence à se répandre. Des résultats heureux ont été rapportés à ces Assises. Des réserves sont aussi faites. L'expérience clinique se poursuit, favorable.

Dans l'état actuel, la pratique courante la plus répandue pour traiter une méningite cérébro-spinale à méningocoques est l'usage de la sérothérapie, surtout lorsqu'elle peut être précoce ; mais, il y a tendance à lui associer la chimiothérapie, avec contrôle attentif de posologie et surveillance des effets toxiques.

M. le médecin général inspecteur Dopter. — On peut se demander si les modifications constatées dans les propriétés antigènes des méningocoques ne seraient pas en rapport avec des phénomènes de mutation microbienne que subissent certains germes sous des influences encore indéterminées. L'observation de certains faits de laboratoire aurait tendance à rendre légitime cette hypothèse : à ma grande stupéfaction, j'ai vu, en 1914, un méningocoque A que j'entretenais dans une collection depuis cinq ans, se transformer en B. Plus récemment, sur 26 souches recueillies lors de l'épidémie de Calcutta, Sen et ses collaborateurs en signalent 3 qui subirent des modifications du même ordre. Or, ce qui est réalisable *in vitro* semble pouvoir l'être, et plus aisément sans doute, *in vivo*, à l'occasion des passages d'individus à individus : question de terrain peut-être ? peut-être aussi d'influences extérieures encore indéfinissables ?

Epidémiologie

M. M. Vialard, hôpital maritime de Rochefort. — Nous exerçons une surveillance toute particulière sur l'éclosion possible de symptômes méningés chez nos grippés.

M. le médecin lieut.-col. Godar (Chartres). — Il existe à la vérité un état que Paul Durand a qualifié très justement d'« endémie conditionnelle » : pas

d'épidémie, mais cas sporadiques dus pour une cause ou pour une autre à une modification du terrain chez les porteurs de germes.

M. Gaston Duhamel, d'Agen. — Dans le Lot-et-Garonne, la méningite cérébro-spinale est non seulement rare, mais exceptionnelle, et beaucoup de médecins n'en ont jamais vu.

M. Lesné. — La méningite cérébro-spinale à méningocoques constitue une affection rare chez l'enfant.

M. le Prof. Le Bourdellès, du Val-de-Grâce. — Le service des contagieux du Val-de-Grâce est resté deux années (1937 et 1938) sans recevoir un méningococcique ; cet hiver, l'affection vient de réapparaître, avec trois cas qui ont guéri.

Prophylaxie

M. Dopter, président. — On pourrait essayer, à l'exemple des Américains, vis-à-vis de la poliomyélite, l'emploi de solutions d'acide picrique ou de sulfate de zinc, en pulvérisations nasales, pour modifier la muqueuse naso-pharyngée et la rendre imperméable à la pénétration du virus ; l'expérience mériterait d'être tentée, comme aussi la sulfamidothérapie *per os* à titre préventif.

Thérapeutique

M. Jules Comby. — Bien avant l'avènement des sulfamides, on guérissait assez souvent les méningites cérébro-spinales à méningocoques.

M. Raymond Couder. — De même qu'on peut guérir de la diphtérie tout en ayant encore du bacille de Lœffler dans la gorge, je crois qu'on peut guérir de la méningite cérébro-spinale et avoir encore des méningocoques dans le liquide céphalo-rachidien.

M. le Prof. Lemierre. — M. Couder vient de demander s'il existe un critérium bactériologique de la guérison des méningites à méningocoques. A mon avis, il n'en est pas et il n'existe même pas de critérium clinique.

Les exemples de rechutes après deux ou trois mois de guérison apparente abondent et j'en ai moi-même observé plusieurs.

M. Dopter, président. — A part la disparition prolongée des méningocoques du liquide céphalo-rachidien, il sera bien difficile d'affirmer la guérison définitive.

M. Louis Marre, d'Orléans. — En pratique le diagnostic bactériologique ne peut être établi avant trois à cinq jours.

Pendant ce temps, le médecin traitant doit se résigner à n'utiliser que le sérum polyvalent et, dans les cas heureux, l'effet thérapeutique escompté est alors obtenu.

M. Gaston Duhamel, d'Agen. — Le secret de la thérapeutique des méningites cérébro-spinales n'est-il pas dans la provocation d'un choc, comme pour beaucoup de maladies, et surtout de maladies infectieuses ?

M. Lemierre. — S'il se confirme que le para-amino-phényl-sulfamide est doué d'une efficacité régulière vis-à-vis des infections méningococciques, l'avantage sera d'autant plus considérable que le praticien n'aura sans doute plus à se soucier, pour mener à bien son traitement, de la race de méningocoques à laquelle il aura affaire.

M. Julien Huber, Paris. — Dans certains cas graves septicémiques, nous avons vu le liquide céphalo-rachidien redevenu normal à l'examen direct, continuer à présenter des germes, mis en évidence par la culture après traitement par les composés sulfamidés.

M. le Prof. Paul Carnot. — La marche à suivre est donc avant tout, d'utiliser sans crainte et par toutes les voies, les médicaments sulfamidés.

M. le Prof. Lereboullet. — La chimiothérapie par les sulfamides peut être appelée à rendre la sérothérapie inutile, si les succès se confirment et je n'ai eu que des guérisons, à enregistrer dans les derniers cas que j'ai soignés.

M. Dopter. — Je n'ai aucune expérience personnelle de la chimiothérapie qui a séduit un assez grand nombre de médecins, en raison des heureux résultats qu'elle a déjà fait obtenir et de la facilité de son application.

En attendant qu'on soit fixé sur sa posologie, ses indications, ses résultats dont certains sont assurément impressionnants, je crois, avec nombre d'entre vous, qu'il est prudent de rester fidèle à la sérothérapie, quitte à associer les deux méthodes quand cette dernière se montre déficiente ou insuffisante.

M. Charles Fiessinger. — J'ai vu des accidents causés par certains sulfamidés. Ils devraient n'être utilisés qu'à bon escient ; or, l'usage est de les délivrer dans certaines officines, comme d'inoffensifs produits.

Conclusions des Assises nationales

La méningite cérébro-spinale à méningocoques a perdu progressivement depuis la guerre ses caractères de fréquence qui rendirent sa contagion si redoutable au début de ce siècle, lorsque furent heureusement répandus les bienfaits du sérum de Dopter. Depuis, on connut les variations cliniques des germes, l'instabilité des races et parallèlement des résultats moins constants de la sérothérapie antimicrobienne.

Aussi, l'usage du sérum reste toujours répandu, mais avec utilisation, aujourd'hui, de la chimiothérapie ; celle-ci encore récente, a donné déjà des résultats, dont certains font bien ressortir l'intérêt de la méthode.

Les sulfamides doivent cependant être employées avec circonspection, sous surveillance clinique attentive. En conséquence et sur proposition de M. Charles Fiessinger, l'Assemblée émet le vœu que la délivrance de ces médicaments ne puisse être faite que sur ordonnance médicale.

Les Livres

Les Livres qui viennent de paraître...

Amédée LEGRAND, éditeur
93, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe)

Dr G. FRANCK. — **Ce qu'il faut savoir des nouveaux traitements de la blennorrhagie** ; Ve série : **Vers la solution du problème.** Un vol. 88 p. Prix : 15 francs.

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, rue Hautefeuille, Paris (VIe)

Dr Abel LAHILLE.— **Questions d'actualité démographiques, médico-sociales et sociales.** Préface du Professeur TANON. Un vol. 336 pages. Prix : 50 francs.

— **Annuaire médical des stations hydro-minérales, climatiques et balnéaires de France. Sanatoriums et Maisons de santé.** *Edition* 1939.

L'édition pour 1939 de cette importante publication comprenant plus de 600 pages et abondamment illustrée vient de paraître. Comme dans les précédentes éditions, on trouvera une notice sur toutes les stations thermales, climatiques et balnéaires et sur le plus grand nombre de sanatoriums et maisons de santé.

L'ouvrage comporte un certain nombre de chapitres scientifiques, crénothérapiques et climatothérapiques.

On y trouvera aussi tous renseignements utiles concernant l'administration des stations et les différents groupements économiques ou scientifiques de caractère thermal ou climatique.

Cet ouvrage sera remis gratuitement à tous les médecins qui voudront bien le faire prendre aux bureaux de l'Expansion Scientifique Française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe). (Frais de poste : 7 francs).

V. CHICANDRE, éditeur, à Besançon

Dr Paul BAUFLE, professeur à l'Ecole de médecine de Besançon. — **Eléments de thérapeutique médicale.** Préface du Professeur CARNOT. Un vol. 304 pages, 1939.

R. LÉPINE
39, rue d'Amsterdam, Paris (VIIIe)

L'Année médicale pratique, 18e année, *édition* 1939, publiée sous la direction du Docteur Camille LIAN. Préface du Professeur SERGENT. Un vol. 640 p., 3 fig. Prix : 36 francs.

Fichier DESFOUR
17, rue Ecole-de-Droit, Montpellier

Les Fiches de pratique médicale. Abonnement 1939. Fiches de complément et de remplacement (avril 1939).

Imprimerie DELMAS, Bordeaux

Dr Pierre PITOUS. —**Quelques considérations nouvelles sur le traitement des séquelles de phlébites à Barbotan-les-Thermes.** Une brochure.

— **Annuaire 1939 de la « Chambre syndicale des industries de l'hygiène ».** — Dans cet annuaire sont classées méthodiquement les maisons françaises spécialisées dans l'hygiène, selon les divisions suivantes : appareils sanitaires ; évacuation des eaux usées ; ordures ménagères ; fumivorité, etc.

Cet annuaire est adressé à toute personne qui en fera la demande à la secrétaire-administrative : 28, rue de Liége, Paris (VIIIe). (Europe 44-78).

Chez MASSON et Cie
120, boulevard Saint-Germain

Dr A. RAVINA. — **L'Année thérapeutique. Médicaments et procédés nouveaux.** *Treizième année*, 1938. Un vol. 188 p. Prix : 25 francs.

Librairie polytechnique Ch. BÉRANGER,
Paris, 15, rue des Saints-Pères, et Liége

Henri COUTIÈRE, membre de l'Académie de médecine. — **Connais tes ennemis. Les ennemis intérieurs.** Un vol. 196 pages.

« Connais tes ennemis intérieurs », est le troisième volet du tryptique présenté par l'auteur, les deux précédents étant « connais-toi » et « connais tes ennemis extérieurs ». Voici, énumérés à la table des matières, la liste générale, telle que la conçoit M. le Professeur Coutière, de ces « ennemis intérieurs » : l'hérédité, ennemi intérieur no 1 (chromosomes et gènes hérédité du sang) ; le système nerveux ennemi intérieur no 2 (délirants, troubles mentaux); les organes, ennemi intérieur no 3 (les tumeurs, sang, vaisseaux, appareil respiratoire, appareil digestif, endocrines et hormones).

THÉRAPEUTIQUE

■ ■ ■

La biolipase et la diurèse dans les ascites cirrhotiques et l'insuffisance hépatique

Par le Docteur G. PALOUDIER

MM. Fiessinger et Gajdos en 1935, MM. Léderer en 1936 et Bocca en 1937 ont signalé dans leurs travaux la diurèse importante qui accompagne l'administration de lipase hépatique dans le cas de cirrhose du foie avec ascite. Pour notre part sous la haute direction de M. le Professeur Roques, de Toulouse, nous avons pu constater, avec eux, dans deux cas de cirrhose avec ascite, une élévation notable de la diurèse : il n'est pas rare en effet de voir la courbe urinaire s'élever de 800 à 1.000 cm³ et plus, au-dessus du taux de la diurèse normale.

Outre ces cas de cirrhose avec ascite, cette opothérapie hépatique, pratiquée chez des alcooliques, nous a permis d'enregistrer des faits cliniques intéressants. Ces malades, quoique atteints de troubles nerveux d'origine éthylique, présentaient une insuffisance hépatique plus ou moins manifeste. Le subictère et les troubles gastro-intestinaux en étaient la conséquence.

Nous avons, ainsi réuni trois observations et, devant la similitude des courbes de l'élimination urinaire, nous n'avons pas cru devoir pousser plus loin nos investigations.

OBSERVATION 1. — M. M. M..., 37 ans. Maçon admis au service de neuro-psychiatrie le 1er août 1938 pour troubles nerveux d'origine alcoolique.

A l'examen : dyspepsie, dysfonctionnement intestinal, langue saburrale, subictère.

L'abdomen est tendu, très mobile avec un léger épanchement. Le foie est gros et douloureux à la palpation.

Rien du côté de la rate, du poumon ou du cœur ; la tension artérielle est de 15-9.

Dans les urines, pas de sucre, pas d'albumine.

La diurèse est considérablement augmentée par injections de lipase hépatique :

Première série : du 19 au 24 août 1938.
Deuxième série : du 27 août au 1er septembre 1938.
Troisième série : du 8 au 13 septembre 1939.

Le subictère et les troubles nerveux ont diminué. Le malade a quitté l'hôpital le 14 septembre 1938.

OBSERVATION 2. — M. B..., 38 ans. Comptable, admis au service de neuro-psychiatrie le 2 août 1938, pour delirium tremens.

La crise, l'interrogatoire et l'examen après la crise, font poser le diagnostic d'intoxication éthylique.

Le malade présente : subictère, langue saburrale, abdomen ballonné sans épanchement.

Le foie est légèrement augmenté de volume ; il n'est pas douloureux à la pression.

Rien du côté de la rate, du poumon ou du cœur. La tension artérielle est de 14-8.

Dans les urines, pas de sucre, pas d'albumine.

Traité par la lipase hépatique (trois séries de piqûres) :
du 19 au 24 août 1938,
du 27 août au 1er septembre 1938,
du 6 au 11 septembre 1938.

La diurèse a considérablement augmenté ; le subictère a diminué et son état nerveux s'est amélioré.

Le malade est sorti de l'hôpital le 23 septembre 1938.

OBSERVATION 3. — M. C. R..., 25 ans, soldat colonial admis pour la deuxième fois dans le service de neuro-psychiatrie, le 2 août 1938, pour éthylisme subaigu.

A l'examen : subictère, langue saburrale, digestions pénibles, dysfonctionnement intestinal.

Abdomen ballonné, douleur à la palpation sur le rebord costal droit ; le foie est de volume sensiblement normal.

Rien du côté de la rate, du poumon ou du cœur ; la tension artérielle est de 13-7.

Dans les urines, pas de sucre, pas d'albumine.

Trois séries d'injections de lipase hépatique :
du 19 au 24 août 1938,
du 26 au 31 août 1938,
du 3 au 8 septembre 1938,
ont amené la disparition des troubles intestinaux, l'augmentation de la diurèse, la diminution du subictère et des troubles nerveux.

Il a quitté le service le 19 septembre 1938.

En résumé :

1° Avant tout traitement, une élimination urinaire au-dessous de la normale.

2° Une élévation progressive de la diurèse au cours de la première série de piqûres avec, du quatrième au sixième jour, atteinte d'un maximum d'élimination : 3 litres par jour.

3° Un plateau avec de très légères oscillations qui se maintient pendant la deuxième série avec tendance légère à baisser les trois ou quatre jours suivants.

4° Une nouvelle élévation de la courbe urinaire, dès la reprise du traitement lipasique qui porte la diurèse à 3, 5 l. et même 4 litres. Une telle élévation ne persiste pas, la courbe redescend aux environs de 3 litres et il semble que le niveau le plus stable soit celui obtenu au cours du quatrième au sixième jour de traitement.

L'action diurétique de la biolipase est manifeste chez les insuffisants hépatiques, et c'est ce « pouvoir diurétique » qui vaut à cette thérapeutique de nombreux succès dans le traitement des ascites cirrhotiques.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

■ ■ ■

OPINIONS MÉDICALES SUR LA GUERRE

Il est arrivé cette semaine, au journal, un volume qui porte ce titre.

Signe des temps ! de ce temps baroque et frénétique où nous vivons et qui, pour la première fois dans l'histoire humaine, sans s'appeler encore la guerre n'est déjà plus la paix. Une pareille ambiguïté déroute l'esprit et humilie le bon sens ; c'est le Premier Anglais qui l'a dénoncée voici quelques semaines et, depuis septembre dernier, il est payé pour en mesurer les risques !

Le livre dont je parle est édité à Amsterdam, Londres et New-York. Il renferme une quinzaine de courts exposés rédigés par des médecins anglais, américains, hollandais, suédois ; chacun dit son mot sur la guerre et essaye de l'interpréter à travers sa mentalité de clinicien, de biologiste, d'hygiéniste, de psychiâtre. Tous protestent contre l'imposture qui égare les peuples, contre les slogans idéologiques dont on les saoûle, contre le fatalisme qui les tient inertes et apeurés sous l'œil perçant de l'oiseau de proie.

Et ils soutiennent que les médecins ne doivent pas se laisser gagner par le fatalisme collectif. Ils connaissent, eux, le côté psychologique du problème, la fragilité de l'organisme humain, de l'esprit humain. Ils peuvent suivre avec une lucidité particulière le fléchissement progressif du sens de la responsabilité chez les conducteurs de peuples, et chez les peuples l'échauffement des passions, la psychose de guerre à son début. Ils voient avec épouvante se nouer l'action et le sort de millions d'êtres se décider dans les remous d'une foule travaillée par des mots sonores.

***

Certains diront que la guerre est inévitable, inhérente à la nature humaine et qu'elle sert d'exutoire à des instincts agressifs refoulés par la vie en commun. Non ! la guerre est en réalité le conflit de forces sociales, le champ clos où s'affrontent des rivalités politiques et économiques. « La guerre, c'est le prix qu'il faut payer une mauvaise paix. »

La paix est adultérée et compromise non seulement du fait d'inégalités matérielles mais aussi chaque fois que l'atmosphère internationale retentit de conflits doctrinaires, de provocations, chaque fois que les hommes d'Etat ou la Presse manquent à la courtoisie et tournent en dérision les conceptions des voisins.

Puisque aujourd'hui la guerre est une chose si hideuse qu'aucun homme, même parmi ceux qui la préparent avec le plus de hâte, n'ose s'en avouer le champion, il faut commencer par la dégrader, lui arracher son panache. Il y avait place, dans les guerres d'autrefois, pour le clinquant, la parade et même la pompe. Le guerrier d'autrefois affirmait sa valeur personnelle et affrontait un ennemi. Maintenant que la tuerie est anonyme, la prestigieuse imagerie des siècles passés n'est plus de mise et le terme même de « guerre » est archaïque. Disons meurtre collectif, puisqu'en fait c'en est un, et ne magnifions plus d'un mot qui faisait appel à la fierté virile des individus, un procédé mécanique ou chimique de supprimer la vie.

La guerre, cette folie collective, libère dans un peuple la conscience de masse, l'instinct de horde et dénoue les entraves imposées par la culture. L'esprit critique s'évanouit, l'individu est infecté par la haine et la suspicion collectives. Adieu, les vieux enthousiasmes pour la beauté et la justice. Ainsi avons-nous, en France, depuis quelques mois, augmenté notre « potentiel de guerre ». En revanche il ne paraît plus un livre de qualité, il ne sort plus rien de nos ateliers d'artistes ni de nos laboratoires. Nous sommes redevenus la horde qui montre les dents et n'est plus capable de rien d'autre. Nous sommes si prêts à mourir que déjà nous mourons. Archimède, au moins, poursuivait ses recherches dans Syracuse investie. La guerre totale ne permet plus cette sérénité d'âme, sauf aux imbéciles. Tous les autres sont déjà, en esprit du moins, aux remparts.

C'est que, dans ce monde trop petit, traversé de communications trop rapides, la race humaine vit dans une inquiétude sans trêve. La moindre

récrimination qui s'élève aux confins de la terre pousse ses remous jusqu'à nous et nous pose un nouveau problème. Pour la première fois les hommes prennent conscience de l'humanité, en son entier ; et ce n'est pas hélas ! dans un esprit de fraternelle concorde mais dans le hargne des cohues. Les psychiatres savent que les méthodes de force et de contention ne font qu'éveiller des réactions violentes ; que seules la libération, l'encouragement, la confiance désarment les impulsions mauvaises.

Un monde meilleur ne naîtra donc que par la tolérance et la compréhension réciproques. A tous ces énervés qui jouent des coudes en s'insultant il faut apprendre la dignité du voisin et le respect qui lui est dû.

***

A nous, médecins, qui avons parfois quelque crédit parmi nos semblables et quelque influence, de susciter en eux le scrupule de conscience, la clarté qui les entraînent hors des réactions de masses, de la haine et de la violence.

Mais c'est œuvre de longue haleine, et l'heure presse. Et puis ce n'est pas, hélas, aux médecins français que les circonstances imposent cette intervention de la façon la plus urgente. Ceux même d'entre eux qui sont à cet instant sous les armes le sont à leur corps défendant, avec l'amer regret de gaspiller dans l'inaction des jours faits pour le travail et l'épanouissement de leur jeunesse.

N'importe ! tandis que se pèsent au trébuchet les chances de la guerre et de la paix et que s'établissent les responsabilités, le moment est venu, me semble-t-il, de remettre sous les yeux de tous le texte d'une lettre qui fut adressée en octobre 1935 (la guerre rôdait déjà sur nos terres) à tous les hommes d'Etat du monde par un groupe de 340 médecins psychiatres appartenant à 27 nations. Rien n'est périmé de ce qu'ils disaient ; chaque mot est de la plus stricte et de la plus désolante actualité.

« Monsieur,

« Nous médecins psychiatres, dont la tâche est d'explorer l'esprit normal ou malade, et de mettre nos connaissances au service du genre humain, sentons que notre qualité même de médecins nous fait un devoir de vous adresser un grave message.

« Il nous apparaît qu'il existe par le monde une mentalité lourde de dangers pour le genre humain et qui le mène, peut-on dire, à une évidente psychose de guerre........................

« Si la guerre peut être empêchée c'est seulement lorsque les nations et leurs chefs auront compris leur propre attitude en face de la guerre.

« C'est par la connaissance de soi qu'une calamité mondiale peut être détournée.

« Nous attirons donc votre attention sur les points suivants :

« 1° Il y a une apparente contradiction entre l'aversion de la conscience individuelle pour la guerre et les préparatifs guerriers des collectivités. Ceci s'explique par le fait que le caractère, les sentiments, les pensées d'un individu isolé sont tout à fait différents de ceux d'un homme agrégé dans une collectivité ....

« On devrait se rendre compte que l'instinct de combat, s'il est bien dirigé, donne de l'énergie pour acquérir ce qui est beau, ce qui est bon. Mais le même instinct peut engendrer le chaos s'il brise tous les freins et fait usage des plus grandes découvertes de l'esprit humain.

« 2° Il est effrayant de voir combien peu les peuples réagissent à la réalité. Les conceptions populaires de la guerre telles qu'elles trouvent leur expression dans les troupes en grand uniforme, les parades militaires, etc., ne cadrent plus avec les réalités de la guerre elle-même.

« Nous venons à vous pour vous demander instamment d'éveiller les nations au fait et au sens du salut collectif, ces instincts puissants étant les alliés les plus efficaces pour éliminer la guerre.

« 3° Des affirmations répétées d'hommes d'Etat bien connus il ressort à l'évidence que beaucoup d'entre eux se font de la guerre une idée analogue à celle de l'homme moyen. Des arguments tels que « La guerre est la Cour d'appel suprême » et « La guerre est la conclusion nécessaire de la théorie de Darwin » sont erronés et dangereux ; ils méconnaissent les réalités et les incertitudes de la guerre. Ils camouflent une envie assez primitive d'accroître sa puissance et servent à stimuler la préparation à la guerre chez les auditeurs.

« Nous, psychiatres, déclarons que notre science est assez avancée pour nous permettre de distinguer les motifs réels des motifs prétendus et des motifs inconscients, même chez les hommes d'Etat. Le désir de masquer un militarisme national par d'incessantes protestations pacifiques ne trompera pas le jugement de l'histoire. Les promoteurs secrets du militarisme seront responsables de la misère infinie qu'une nouvelle guerre est sûre d'apporter.....

Au bas de cette fière page ont signé, comme je le disais, 340 médecins psychiatres en renom. Il s'en est trouvé en Amérique du Nord, en Amérique du Sud, en Turquie, aux Indes, dans presque tous les pays d'Europe. Il s'en est même trouvé en Allemagne ! On note avec regret qu'il ne s'en est trouvé ni en Italie, ni en U. R. S. S. La « bonne conduite politique » exige-t-elle, dans ces deux pays-là, qu'on abandonne la paix à son fragile destin ?

G. Lavalée.

ASSURANCES SOCIALES — TARIF SYNDICAL LIMITATIF ET OBLIGATOIRE

Un de nos lecteurs nous demande, par lettre n° 2.753, si un Syndicat médical pourrait valablement citer à sa barre un praticien, qui aurait demandé à un assuré social des honoraires supérieurs au tarif syndical minimum, alors que la convention, intervenue entre le Synditat et les Caisses, spécifierait que le tarif du Syndicat s'impose désormais à tout praticien donnant ses soins aux assurés sociaux, ès qualités.

Ledit Conseil de famille ne dépasserait-il pas ses droits, en vérifiant la situation sociale du malade, la notoriété et l'habileté du praticien, pour justifier le quantum des honoraires demandés. Pourrait-il décider une restitution d'honoraires, restitution qui serait imposée au praticien, ainsi que le paiement d'une indemnité destinée à couvrir les frais de la poursuite devant le Conseil de famille syndical.

Celui-ci a-t-il qualité légale pour se substituer à la juridiction de droit commun, en ce qui concerne la fixation des honoraires librement débattus entre malade et médecin, alors que la loi sur les Assurances sociales a reconnu l'entente directe ?

Nous nous rappelons encore les luttes intestines, dans le monde syndical médical, luttes auxquelles présidait la mystique de l'« Entente directe ». L'Union des Syndicats médicaux avait donné son approbation au projet de loi voté en 1926 par la Chambre des Députés.

Ledit projet de loi accordait à chaque département le droit de contracter, entre Syndicats de praticiens et Caisses d'Assurances sociales, soit sur les bases de l'entente directe, soit sur celles du tiers-payant. En tout cas, à cette époque, le tarif de responsabilité des Caisses devait être le tarif syndical diminué de 20 %.

Les défenseurs de l'entente directe menèrent la lutte contre les dirigeants de l'Union des Syndicats, réclamant pour le praticien la liberté absolue de soigner son malade et de se faire honorer par lui selon son propre tarif, sans immixtion aucune des Caisses. C'est au nom de cette mystique de l'entente directe que l'Union des Syndicats médicaux fut renversée et remplacée par la Confédération actuelle.

Aujourd'hui, la pauvre entente directe est, comme le secret professionnel, fortement battue en brèche, même au sein des Syndicats et de leur Confédération. Il ne m'appartient pas de récriminer, de discuter, ou de blâmer : je constate les faits et je dois les commenter, sous le seul angle juridique.

La législation, ainsi que les textes réglementaires, qui régissent le fonctionnement des Assurances sociales laissent intangible le principe de l'entente directe. Le praticien peut réclamer tels honoraires que bon lui semble mais il ne doit pas, sauf indication de sa part sur la feuille de maladie, réclamer au patient une somme inférieure à celle que remboursera la Caisse. De toutes manières l'assuré ne doit retirer aucun bénéfice pécuniaire du fait des honoraires ; il doit également supporter lui seul et entièrement la charge du ticket modérateur, imposé par la loi (20 %). Par conséquent, tout praticien, qui contreviendrait à ces principes, pourrait non seulement comparaître devant le Conseil de famille, mais même être appelé devant le Tribunal correctionnel.

Le tarif syndical peut-il désormais être imposé à tous les praticiens d'un département, donnant leurs soins aux assurés sociaux ? Ce tarif peut-il être à la fois un maximum et un minimum ?

A l'égard des médecins, faisant partie du Syndicat, la réponse doit être affirmative : le pacte syndical découle des engagements contractuels, qui interviennent entre le groupe corporatif et chacun de ses membres ; ces derniers votent librement en assemblée générale, puis doivent respecter les décisions prises par ces assemblées. Le Syndicat peut donc discuter le point de savoir s'il est de bonne politique d'obliger les médecins syndiqués à se contenter comme minimum et maximum des prix fixés par le tarif syndical, en ce qui concerne les soins à donner aux assurés sociaux.

Quant aux non-syndiqués, ils ne sont nullement liés par le pacte syndical. Ils ont le droit de considérer comme néfaste la politique suivie par le groupe corporatif ; ils peuvent donc se refuser à en suivre les directives.

Seraient-ils ensuite traduits devant le Conseil de famille, sous prétexte que l'obligation du tarif syndical est inscrite dans la convention qui lie le Syndicat aux Caisses du département, convention qu'ils sont censés connaître et avoir acceptée selon les termes de l'article 10 du décret du19 mars 1936, ils pourraient soutenir que cette clause de la convention est contraire à l'esprit de la loi, car cette dernière reconnaît la liberté, pour le praticien, de réclamer librement ses honoraires aux assurés sociaux. La section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales serait, en fin de compte, appelée à connaître du litige, à moins que le Conseil d'Etat ne soit ensuite saisi, pour violation de la loi.

Certes, je suis de ceux qui prétendent que le Conseil de famille doit devenir la juridiction, faisant fonction de Conseil de l'Ordre (car je suis toujours adversaire dudit Conseil de l'Ordre, pour de multiples raisons). Mais encore convient-il de s'opposer à ce que les Conseils de famille ne deviennent un instrument de brimades et de tyrannie confraternelle. La juridiction de droit commun doit conserver, d'après la Constitution française, un droit de regard sur toutes les juridictions d'exception. Il en résulte que si un médecin ne faisant pas partie du Syndicat, était molesté par le Conseil de famille, parce qu'il aurait demandé des honoraires supérieurs au tarif syndical, en matière d'assurances sociales, il pourrait plaider l'illégalité de cette obligation votée par le Syndicat et inscrite dans la convention Syndicat-Caisse. Dr Paul Boudin.

MÉDECINS PROPHARMACIENS — INSPECTIONS DES PHARMACIES

Un de nos lecteurs nous demande par lettre, nº 2.578, s'il doit se conformer aux exigences formulées par un inspecteur des pharmacies, qui est venu visiter son local professionnel pendant qu'il était en tournée de malades. L'inspecteur lui aurait enjoint de posséder un livre d'ordonnances, un livre de stupéfiants, déposés dans un endroit permettant à l'inspecteur de les parapher, la dernière édition du Codex, une balance, les armoires pour les toxiques des tableaux A, B et C.

Or, notre confrère nous manifeste son étonnement, car il se contente de débiter quelques spécialités, sans jamais préparer de médicaments lui-même. Dans ces conditions, est-il tenu cependant d'obtempérer aux observations formulées, par l'inspecteur des pharmacies.

Je réponds à mon confrère par l'affirmative, par, du moment où, peu ou prou, il exerce la procharmacie, il est assujetti à toutes les obligations légales, ou réglementaires, qui s'imposent à ceux qui sont autorisés, par la loi du 31 germinal an XI, à débiter des médicaments à leurs seuls malades.

Or, l'article 29 de ladite loi de germinal, modifiée par la loi du 25 juin 1908 institua une inspection des pharmacies, qui s'impose aux médecins dits propharmaciens. Non seulement l'inspecteur a le droit de vérifier la qualité des médicaments, mais il lui faut également s'assurer que le propharmacien possède le matériel nécessaire à la préparation et à l'analyse des médicaments inscrits au Codex. Le propharmacien doit avoir des balances, un trébuchet, sans être obligé à posséder une balance de haute précision ; il doit posséder la dernière édition du Codex, tenir régulièrement les registres, sur lesquels il inscrit le libellé de ses ordonnances magistrales et notamment, il doit tenir en règle les registres des toxiques, prescrits par le décret du 14 septembre 1916, modifié par ceux des 20 mars 1930 et 9 novembre 1937. De plus, l'armoire aux poisons doit être fermée à clef et celle-ci doit être conservée par le médecin-propharmacien, soit sur lui-même, soit dans un endroit soustrait aux investigations d'autrui.

Or, la visite des malades oblige le propharmacien à souvent être absent de chez lui. Il ne s'en suit pas que l'inspecteur ait libre accès dans le local professionnel, qui sert de pharmacie au praticien. L'obligation au secret professionnel contraint le médecin à enfermer ses livres et sa correspondance. La clef de l'armoire aux poisons est dans sa poche.

Certes l'instruction du ministre de l'Agriculture de 1922, page 29, enjoint aux inspecteurs des pharmacies une grande discrétion. Aussi serait-il utile que l'inspecteur des pharmacies puisse d'avance prévenir le praticien de la visite, du jour et de l'heure probable de son inspection. Mais, si le médecin était absent, lors de la visite, il devrait cependant faciliter l'inspection et même, se conformant à l'instruction ministérielle précitée, laisser une clef de l'armoire aux poisons au maire, qui la remettrait à l'inspecteur.

De tout ceci résulte que le médecin-propharmacien qui exerce plus ou moins la propharmacie, doit cependant se prêter de bonne grâce aux inspections et posséder les livres, armoires, instruments, dernière édition du Codex, prouvant ainsi qu'il se conforme aux lois et aux règlements.

Dr Paul Boudin.

L'ORGANISATION DE LA NATION POUR LE TEMPS DE GUERRE

Ses principes — Leur application au Corps médical

Septembre 1938, nous a brutalement montré que ce problème existe. Son souvenir commence à peine à s'estomper, et déjà les événements extérieurs nous obligent à reconsidérer l'éventualité d'une nouvelle tension. Dans ce premier article nous nous sommes proposé le but limité de dresser le tableau de la réglementation existante, et d'en marquer les lacunes actuelles. Des informations récentes nous laissent espérer d'ailleurs que ces lacunes seront bientôt comblées.

Les principes de l'organisation de la Nation pour le temps de guerre

Jusqu'à la loi du 1 juillet 1938, nous n'avions aucun texte d'ensemble réglant la question. Seul le domaine militaire était réglementé, et une loi du 3 juillet 1877 accordait aux forces armées le droit de réquisition des biens et prestations pour la satisfaction rapide de leurs besoins. Mais il ne s'agissait là que de réquisitions essentiellement temporaires locales et limitées. Le principe était donc, la division du pays en deux domaines distincts : le domaine militaire régi par les règles du temps de guerre et le domaine civil continuant à vivre sous le régime du temps de paix.

La conception actuelle de la « guerre totale », véritable épreuve de forces à la fois militaires, industrielles, économiques et humaines, exige la révision de cette vieille notion. Désormais, et c'est là le principe de la loi du 11 juillet 1938, la nation tout entière passe sous le régime du temps de guerre et « toutes les ressources en personnel et en biens sont mises à la disposition du pays ». Néanmoins la distinction entre domaine civil et domaine militaire subsiste, et ce sont les règles propres à ce domaine civil en temps de guerre que nous voulons rapidement esquisser.

Les mesures concernant l'organisation de la nation sont préparées et exécutées, sous le contrôle du président du Conseil et du ministre de la Défense nationale, par tous les ministres, chacun étant responsable de son département, dont le rôle et les attributions seront fixés par décret. A l'intérieur de ce domaine civil, nous devons distinguer deux problèmes : *la défense passive*, que nous laisserons de côté dans cet article et l'*organisation économique du pays* proprement dite.

Cette organisation soulève elle-même deux ordres de questions : l'*emploi des ressources et des biens*, et l'*emploi des personnes*. Cet emploi peut avoir lieu dans les deux cas, soit par réquisition, soit par accord amiable.

La réquisition des personnes

Les règles en sont prévues par les articles 14 à 19 de la loi organique, et par le décret d'administration publique du 28 novembre 1938.

a) *Quand peut-on requérir ?*

C'est en principe à la mobilisation ; toutefois l'exécution des mesures destinées à passer de l'organisation pour le temps de paix à celle du temps de guerre peuvent être ordonnées, en dehors d'une agression manifeste, *en période de tension extérieure*, lorsque les circonstances l'exigent. Les réquisitions peuvent donc avoir lieu avant la mobilisation, en période de paix armée comme celle que nous traversons actuellement. Le droit de réquisition est ouvert par décret pris en Conseil des ministres. Il peut être limité à une portion du territoire ou à certaines catégories de personnes.

b) *Qui peut requérir ?*

C'est au ministre chargé de la main-d'œuvre, c'est-à-dire au *ministre du Travail* qu'il appartient de requérir les personnes et de les répartir entre les divers services utilisateurs, ce avec l'aide d'un organisme spécial devant fonctionner dès le temps de paix. Ce droit de réquisition est délégué de plein droit aux généraux commandant les régions militaires et aériennes et aux *Préfets*. Ces derniers peuvent déléguer leurs pouvoirs, à titre général, aux chefs de services départementaux. Enfin, les *maires* peuvent exercer spécialement et temporairement des réquisitions en vertu de délégations expresses et écrites.

c) *Qui peut être requis ?*

C'est en principe tout Français ou ressortissant français de plus de 18 ans, du sexe masculin, même non soumis aux obligations militaires, et à la condition qu'il ne soit pas appelé sous les drapeaux. Les seules réserves sont celles pré-

vues par l'art. 2 de la loi du 31 mars 1928, c'est-à-dire le *cas d'incapacité physique absolue*, ainsi que les considérations d'*âge* et de *situation de famille* retenues par l'art. 16 du décret du 28 novembre 1938. D'après cet article, la réquisition individuelle a lieu dans chaque spécialité en commençant par les plus jeunes et en tenant compte de leurs charges familiales. A cet effet, l'âge est majoré de deux ans par enfants à charge. Les personnes retraitées des Administrations de l'Etat, des collectivités ou des Services publics sont maintenues à la disposition du Service dont elles faisaient partie pendant cinq ans à compter de leur admission à la retraite, sous réserve de remplir les *conditions d'aptitude physique et intellectuelle nécessaires.* Enfin, à côté de la réquisision individuelle, peut avoir lieu la réquisition collective de tout le personnel (homme, femme ou mineur), faisant partie d'un service ou d'une entreprise considéré comme indispensable pour les besoins du pays.

La réquisition peut s'étendre à toute l'activité de la personne qu'elle concerne, ou être limitée à l'exécution de certains services. Une personne peut notamment être requise pour la défense passive dans la mesure compatible avec l'exercice d'un autre emploi pour lequel elle a déjà fait l'objet d'une réquisition.

Les contestations relatives à la réquisition des personnes sont réglées provisoirement et, dans le plus bref délai par le Préfet ou son délégué. *La réclamation* qui doit être adressée au maire dans les douze heures de la notification, *ne suspend pas l'exécution de la réquisition. Les sanctions,* en cas d'inexécution, sont, en temps de paix une amende de 16 à 5.000 francs et en temps de guerre une peine de six jours à cinq ans d'emprisonnement.

d) *Formalités de réquisition*

Voyons tout d'abord les formalités préparatoires : tout Français de sexe masculin de plus de 18 ans sera tenu de faire connaître à la mairie de son domicile son adresse et sa profession. Tout changement de domicile jusqu'à la majorité devra être immédiatement notifié dans les mêmes conditions. Un répertoire des personnes susceptibles d'être soumises à la réquisition individuelle sera tenu dans chaque département.

L'ordre de réquisition, écrit et conforme à un modèle officiel, indique la nature de l'emploi à tenir et du service à assurer, la durée probable de la réquisition, le délai pour rejoindre et s'il y a lieu, l'obligation de résidence au lieu du travail. Certaines personnes peuvent recevoir dès le temps de paix une affectation déterminée, elles en sont alors avisées par lettre émanant soit de l'Administration ou Service intéressé, soit du Préfet du département où elles sont domiciliées.

e) *Statut des requis civils*

Dès la mobilisation ou la publication du décret d'ouverture du droit de réquisiton, s'il est déjà muni d'un ordre individuel, ou dès la réception de cet ordre, le requis civil doit se conformer à ses indications et rejoindre son poste. Le requis a alors droit à la gratuité du transport pour lui-même, pour sa femme, ses enfants mineurs, les ascendants à sa charge vivant sous son toit, ainsi que pour leurs bagages personnels. Les frais de ce transport entre la résidence et le lieu d'emploi sont à la charge de l'autorité requérante. A cet effet, un ou plusieurs bons de transport sont joints à l'ordre de réquisition individuelle. Toutefois, le transfert de la famille de l'intéressé n'a lieu que sur demande expresse de celui-ci. Il peut être sursis à ce transfert sur décision de l'Administration ou du Service utilisateur. Les dépenses de nourriture et de logement imposées aux requis individuels au cours du transport leur sont également remboursés par ce Service.

La réquisition peut être *temporaire* ou *permanente.* Les requis sont utilisés suivant leur profession et leurs facultés, ou s'il y a lieu suivant leurs aptitudes, soit *isolément,* soit dans les *Administrations et Services publics,* soit dans les *établissements et Services fonctionnant dans l'intérêt de la nation.*

Ils n'ont droit à aucune indemnité, autre qu'*un traitement ou un salaire* (art. 15 de la loi) (1). Le traitement est fixé par l'autorité requérante sur la base du *traitement de début de l'emploi occupé ou de la fonction à laquelle cet emploi est assimilé.*

L'assimilation a lieu par texte exprès, ou par décret contresigné par le ministre intéressé ou le ministère des Finances. Toutefois les règles de fixation du traitement ne s'appliquent pas aux personnes requises dans les Administrations, établissements et Services de l'Etat qui feront l'objet de dispositions spéciales.

Des Commissions départementales, présidées par les Préfets, sont prévues par l'art. 17 de la loi, pour exercer la surveillance et le contrôle des requis. Ces Commissions comprennent des représentants des groupements ouvriers et patronaux. Elles statuent sans frais à la demande des intéressés sur toutes les questions concernant les affectations. Leur composition et leurs attributions sont fixées par le ministre du Travail.

f) *Statut des étrangers*

La loi du 11 juillet 1938 ne prévoyait à cet égard que la possibilité pour les étrangers de

(1) Notamment, il n'est dû aucune indemnité lors de la cessation de la réquisition qui peut intervenir à tout moment (art. 20 du décret d'application).

demander à être admis dans les Services ou Administrations fonctionnant dans l'intérêt de la nation. Il n'y avait donc pour eux aucune obligation. Cette inégalité choquante et contraire à l'idée de mobilisation totale vient d'être réparée par un décret-loi du 12 avril 1939. Aux termes de l'art. 2 de cet décret-loi, les étrangers sans nationalité ou les autres étrangers bénéficiaires du droit d'asile *sont soumis à toutes les obligations imposées aux Français* par la loi du 11 juillet 1938 sur l'organisation de la nation pour le temps de guerre. Ils *peuvent faire l'objet de réquisitions* individuelles ou collectives, générales ou locales, fondées sur la nationalité, l'âge ou la profession. Ils sont d'autre part tenus, dès le temps de paix, de 20 à 48 ans, de fournir, dans les conditions fixées par les lois sur le recrutement, des *prestations* aux autorités militaires françaises *pour une durée égale à la durée du service imposé aux Français.*

De l'engagement

A côté de la réquisition, méthode de contrainte et d'obligation, la loi a prévu, dans son art. 18, l'utilisation des personnes par la voie de l'accord amiable, c'est-à-dire l'engagement. Toute personne non soumise à des obligations militaires et n'exerçant aucune profession ou n'occupant aucun emploi dans lequel son maintien est jugé utile à la mobilisation peut *s'engager dès le temps de paix*, devant le Préfet du département de son domicile, à servir pendant une durée qui ne saurait être inférieure à un an, et qui ne saurait dépasser la durée des hostilités, dans une Administration au Service public ou dans une entreprise, exploitation ou service travaillant dans l'intérêt de la nation. L'engagement est toujours résiliable à la volonté de l'Administration compétente.

De l'emploi et de la réquisition des ressources et des biens

Le principe est posé à cet égard par l'art. 20 de la loi d u 11 juillet 1938 : la fourniture des prestations nécessaires pour assurer les besoins du pays est obtenue *par accord amiable ou à défaut par réquisition.* Tout bénéfice sur ces prestations est exclu.

Les problèmes soulevés par l'emploi et la réquisition des ressources et des biens intéressent le Corps médical, en ce qui concerne les *cliniques et maisons de santé.*

Comme tous les établissements industriels et commerciaux, les maisons de santé peuvent conclure des marchés *par accord amiable.*

Si elles travaillent exclusivement à l'exécution de ces marchés, ces exploitations sont placées sous le contrôle de l'Etat. Les indemnités et traitements de ceux qui prennent part à l'exploitation de manière directe et continue sont fixées comme pour les requis civils. Le capital investi reçoit un intérêt calculé au taux des emprunts de l'Etat émis durant la même période. Les marchés sont conclus sur la base des prix normaux moyens du semestre précédant l'entrée en vigueur de l'organisation du temps de guerre. Les excédents ou déficits seront reçus ou couverts par le Trésor.

Quant aux exploitations partiellement occupées à l'exécution des marchés, elles peuvent être placées sous le même contrôle et le même régime.

D'autre part, l'Etat peut, *par voie de réquisition,* prendre possession partielle ou totale de tout établissement et en assurer l'exploitation par ses propres moyens. L'indemnité de réquisition représente l'intérêt des capitaux investis augmenté de la valeur de l'amortissement normal. Elle est évaluée tout d'abord par une Commission départementale composée d'un nombre égal de représentants des Administrations publiques et des groupements économiques, qui statue sur proposition des prestataires. La décision de la Commission transmise au Préfet est notifiée à l'intéressé qui peut dans les trois mois exercer au recours devant la juridiction de droit commun.

Comment ces principes seront-ils appliqués au Corps médical ?

Ainsi que nous venons de le voir, la réquisition civile constitue pour celui qui en est l'objet une véritable *fonctionnarisation* ou un *salariat* obligatoire. Ce régime, où il est sans cesse question d'administration, d'employeur, de traitement, de salaire, de main-d'œuvre, etc., ne paraît guère s'être préoccupé de l'aspect particulier que présente l'exercice des professions libérales, et de la médecine en particulier.

Précisons cependant tout de suite que la loi du 11 juillet 1938 ne rend nullement obligatoire le passage de toute une profession du régime du temps de paix à celui de la fonctionnarisation intégrale prévue pour la réquisition civile. Cette réquisition n'est qu'un droit donné aux Administrations publiques, droit dont elles peuvent fort bien ne pas user. Il est donc vraisemblable qu'un grand nombre de médecins non mobilisés continueraient à exercer leur profession de manière indépendante.

La question se posera toutes les fois où l'on sera en face de besoins médicaux non satisfaits dans une région déterminée. Dans ce cas, il appartiendra aux autorités publiques de requérir un médecin non mobilisé résidant dans une région suffisamment pourvue et de l'envoyer exercer dans la région déficitaire. On put souhaiter que la *constatation des insuffisances médicales*

et le *choix des médecins requis* ne soient pas laissés à l'arbitraire des Administrations publiques. A cet égard, la *collaboration des Syndicats médicaux* des deux régions intéressées serait particulièrement désirable.

A ce sujet, nombreux sont les ordres du jour syndicaux réclamant que la réquisition s'adresse non pas uniquement aux médecins français, mais aussi aux *étrangers*. Nous avons vu que le décret du 12 avril 1939 leur donne pleine satisfaction.

Une fois déterminé comment les médecins seront requis, il importe de s'arrêter sur le mode d'exercice que leur sera imposé. La dépendance administrative étroite prévue pour l'ensemble des requis de toute profession nous paraît bien impropre en cette matière. Le plus simple ne serait-il pas de ne point faire du requis un cas particulier défavorisé par le sort, et de mettre *sur le même pied tous les médecins de la région considérée*, en faisant peser sur eux, qu'ils soient requis ou non, l'obligation de résidence et de soin aux populations civiles dans l'incapacité de payer ? Il suffirait pour cela d'appliquer extensivement l'art. 13 du décret du 28 novembre d'après lequel « dès la publication du décret de mobilisation, tout Français non mobilisé, toute Française appartenant à un service public à quelque titre que ce soit *est tenu, sans ordre spécial de rester à son poste* ». La médecine n'est-elle pas après tout un véritable service public ?

L'ensemble des médecins d'un département serait donc libre en ce qui concerne les soins aux personnes solvables, et soumis au règlement préfectoral d'assistance, à titre obligatoire, pour les personnes privées de ressources. Leurs honoraires seraient fixés par ce règlement qui se présenterait somme toute comme un *marché, conclu par accord amiable*, avec les Syndicats médicaux, conformément à l'art. 21 de la loi.

On nous laisse espérer un décret-loi spécial inspiré de ces principes. Il sera certes le bienvenu, mais les règles générales de la loi et de son décret d'application permettraient déjà de mettre sur pied une organisation analogue.

Enfin, il est nécessaire de prévoir le retour à l'état normal, et l'obligation pour le requis de laisser la place et de ne point s'installer dans le poste qui lui a été assigné. Divers ordres du jour limitent cette obligation aux médecins étrangers. Nous ne voyons pas pourquoi elle ne serait point également étendue aux requis français.

Telle est la vue d'ensemble que nous voulions donner de l'organisation de la médecine pour le temps de guerre et des problèmes qu'elle soulève. Nous nous réservons d'ailleurs d'y revenir dans des articles ultérieurs.

Jean MIGNON.

QUELQUES CHIFFRES SUR LA DÉMOGRAPHIE DE LA FRANCE

Ils sont extraits d'un volume (1) publié par trois spécialistes de qualité : M. M. Huber, directeur honoraire de la statistique générale de la France ; Henri Bunle, statisticien à la Statistique générale de la France ; Fernand Boverat, vice-président du Conseil supérieur de la Natalité.

De 6.700.000 au temps de César, la population de notre pays est passée à 27 millions en 1801 et à 41.906.000 en 1936 (dernier recensement).

L'Empire français, sur une étendue de 12 millions et demi d'hectares, compte 107 millions d'habitants.

La France représente 1/50 de la population terrestre. Vers 1650, elle représentait 20 % de la population européenne ; aujourd'hui, elle compte seulement pour 8 % (d'où certains événements et certaines attitudes !)

La population urbaine (celle qui est groupée dans des agglomérations de plus de 2.000 habitants), figure pour plus de la moitié de l'effectif total.

Depuis 1806, il a toujours été constaté un excédent de femmes ; en 1931 : 2.070 femmes pour 1.000 hommes.

La natalité la plus forte se constate dans les familles de pêcheurs, de marins et d'agriculteurs ; la plus faible dans les professions libérales.

G. L.

(1) La Population de la France. Librairie Hachette, Paris.

CORRESPONDANCE

Considérations sur le vrai et le faux syndicalisme

A la suite de notre récent article « La Cour de Bordeaux contre le syndicalisme » nous avons reçu la lettre suivante, émanant d'un ancien chef de clinique oto-rhino de la Faculté de Bordeaux, que nous croyons devoir publier.

J. M.

Il ne devrait y avoir qu'un seul syndicalisme, le vrai, le fort. Il y a malheureusement le faux, le faible, celui dont chacun reconnaît l'iniquité, l'impuissance.

Certains le défendent plus avec acharnement que conviction parce qu'il sert leur intérêt particulier, dissimule leurs privilèges et se soumet à l'interprétation personnelle qu'ils accordent à la rigueur des statuts.

Les autres, les plus nombreux, sincèrement révoltés contre l'immoralité de leur temps, le soutiennent néanmoins au nom d'une discipline que les précédents leur imposent, inconscients de leur participation au désordre établi.

Le vrai syndicalisme doit assurer la défense d'une profession.

Or, défendre une profession c'est soutenir son intégrité dans ses *droits* et dans ses *devoirs*. C'est la protéger contre les agressions de l'extérieur. C'est aussi réagir contre les défaillances internes.

C'est par dessus tout maintenir le but même et la raison d'être de cette profession.

Le faux syndicalisme a perdu de vue cette raison d'être pour ne s'attacher qu'à la conservation des situations existantes, dites « *acquises* ».

Il y a quelques jours, faisant l'éloge d'un confrère ancien président d'un Syndicat professionnel, un autre ancien président du même Syndicat écrivait : « Sa *belle* activité lui avait permis d'acquérir des situations enviables : bureau de bienfaisance, assurances, chemins de fer, douanes, ateliers importants, etc. ».

Qu'il nous soit permis de ne point partager une aussi bienveillante qualification. Cette activité pouvait être débordante par le cumul de ses aboutissants, elle ne saurait être considérée syndicalement comme « belle ».

Que cette conception soit celle d'un esprit bienveillant pour des fautes qu'il commet peut-être lui-même sous le prétexte de l'âge ; n'en disons rien ! !

Mais elle ne peut pas être la nôtre. Elle s'oppose aux principes du vrai syndicalisme qui se refuse d'accepter comme un geste confraternel et déontologique celui qui consiste à profiter d'une fonction syndicale pour acquérir des situations aussi « enviables que salariées ».

Peut-on ne pas douter de la bonne foi des uns et déplorer la béate complicité des autres, lorsque dans un article (*Revue des Indépendants* 1937 « La Jeunesse ») signé d'un nom que nul n'ignore, nous assistons à la défense de la loi Pomaret sur le placement de la jeunesse française, et que ce confrère qui veut « ne pas permettre à un adulte d'exercer plusieurs activités rémunérées » (ce dont nous le félicitons) cumule depuis plusieurs années et bien qu' « adulte » une série enviable de ces mêmes activités.

On ne peut pas être plus humoriste !!! !

Si l'heure n'était pas grave, nous en pourrions rire. Mais il est temps que les plaisanteries cessent.

Serait-il dans les mœurs syndicales de soustraire aux règles statutaires les fautes des forts pour ne frapper que les faibles ? Et ne serait-il plus vrai qu'il incombe aux chefs de donner l'exemple ?

Ce faux syndicalisme d'hier est impuissant parce qu'il ne veut pas faire son devoir avec intégrité. Le vrai syndicalisme est fort parce qu'il est juste, parce qu'il défend sans partialité les devoirs de tous ses membres pour en mieux faire valoir les droits, parce qu'il ne s'attache pas à l'unique conservation d'une situation existante, mais cherche à accommoder les intérêts d'une collectivité particulière à l'intérêt de l'ensemble des autres collectivités.

Un Syndicat, quel qu'il soit, n'est pas fait pour dissimuler les fantaisies néfastes de quelques-uns, mais pour défendre les intérêts légitimes de tous ses membres sans distinction.

Ainsi que l'exposait le secrétaire général du Syndicat des chirurgiens de Paris et de la Région parisienne au cours de l'assemblée générale du 28 février 1939, tenue au siège de la Confédération des Syndicats médicaux français, il ne faudrait : « plus de luttes intestines qui entretiennent la méfiance et la mésentente, mais une collaboration confiante entre nous tous et avec nos collègues officiels. Le Syndicat ne veut pas être l'organe d'un parti, d'un groupe ou d'un homme. Il doit être et il sera l'organisme de défense des intérêts de tous. Il ne saurait y avoir de groupes sacrifiés aux dépens d'autres plus favorisés ».

L'inobservance de ces règles essentielles est à l'origine de toutes les erreurs passées et des divergences présentes.

Nous souhaitons qu'elle fasse place à une compréhension moins aveugle des faits, pour l'avenir moral et matériel de notre profession, profondément modifiée par ceux qui n'ont pas su donner l'*exemple* des devoirs confraternels que leur situation de chefs exigeait et que la bienveillance d'un faux syndicalisme n'a pas su leur imposer.

G. M.

SAGES-FEMMES ET PLÉTHORE MÉDICALE

I

1° Nous avons reçu du Docteur Kohn une lettre nous rappelant qu'avec le Docteur Gallet il avait publié le 20 avril 1931 dans le *Siècle Médical* un article intitulé « Une nouvelle orientation de la profession de sage-femme ». Les idées exposées dans cet article et les conclusions concordent, dit-il, exactement avec celles de l'article du *Concours Médical* en date du 12 mars 1939 : quand une idée est juste elle retrouve la même forme d'expression et finit par s'imposer. Nous sommes particulièrement heureux de tomber d'accord avec MM. Kohn et Gallet dont nous regrettons vivement de ne pas avoir l'article.

2° Nous sommes très heureux et flatté de nous trouver d'accord avec le Docteur Boudin :

1° sur les sages-femmes et le droit de prescription des sages-femmes ;

2° sur les chirurgiens-dentistes, article du 14 avril 1939, *Concours Médical*.

Le temps des grades accessoires et fragmentaites est révolu : les praticiens doivent tous avoir le diplôme de docteur en médecine, dussent certaines susceptibilités en souffrir.

3° Mme Bolivet de la Confédération des Syndicats de sages-femmes a résumé notre article : trop de médecins, supprimons les sages-femmes — nous disons seulement : arrêtons le recrutement des sages-femmes (et des chirurgiens-dentistes).

L'exemple allemand qu'elle nous propose, ne nous semble pas heureux : la pléthore médicale allemande s'est transformée en pénurie depuis que de très nombreux médecins allemands ont été chassés pour raisons confessionnelles. Le texte de la loi allemande semble bien ramener la sage-femme au rôle d'infirmière obstétricale dont nous parlons dans notre article. Quant aux mesures sur l'installation fixe avec domicile obligatoire et taxe spéciale sur les grosses situations, nous pourrions essayer de les faire présenter à la prochaine Assemblée générale de la Confédération des Syndicats de sages-femmes...

Quant aux arguments d'ordre général pour le maintien du titre de sage-femme, la Confédération ne nous en oppose pas. En manquerait-elle ?

Dr R. JODIN.

II

Le vœu adopté par le Congrès international des sages-femmes en avril 1938 : « aucune naissance ne devrait avoir lieu sans l'assistance d'une sage-femme, même si un médecin pratique l'accouchement » devrait normalement être remplacé par celui-ci : « aucune naissance ne devrait avoir lieu, sans l'assistance d'un médecin, même si une sage-femme le pratique ».

En effet avant l'intérêt de l'accoucheur ou de l'accoucheuse, il faut envisager l'intérêt de la parturiente et de son enfant. Or, c'est par manque de médecin et non par manque de sages-femmes que meurent encore tant d'accouchées et enfants en bas-âge.

A mon avis, et je m'empresse de le donner, il ne peut être question d'interdire aux sages-femmes actuellement en exercice le droit de pratiquer les accouchements sans participation d'un médecin. Il y a là un droit acquis. Mais on pourrait exiger que les sages-femmes qui sortiront à l'avenir des écoles ne pratiquent l'accouchement qu'à l'appel et sous la direction d'un médecin. Le rôle de celui-ci se réduirait à peu de chose : consultations prénatales pour surveiller la présentation et surtout l'état général, quelques visites (qui pourront être assez courtes) au cours de l'accouchement, une ou deux visites dans les journées suivantes. La sage-femme, elle, serait l'infirmière spécialisée.

Le premier avantage de cette organisation serait comme nous venons de le dire, une plus grande sécurité pour la mère et pour l'enfant.

Mais il y a plus : le métier de la sage-femme deviendrait moins pénible, car elle serait pratiquement déchargée d'une partie de cette grosse responsabilité que constitue un accouchement. La sage-femme pourrait également, sans illégalité, s'occuper des soins à donner en cas d'avortement et un nombre important d'accouchements plus ou moins anormaux, qui jusqu'ici avaient lieu en clinique ou à l'hôpital, se feraient à la maison et garderaient leur clientèle aux sages-femmes.

Enfin l'avortement provoqué, les pratiques néo-malthusiennes iraient en diminuant. Il est évident, absolument évident, qu'une femme hésitera plus à demander des conseils malhonnêtes à un homme, le médecin, qu'à une femme, la sage-femme.

Or la femme enceinte, avec l'organisation que je préconise, n'est en contact avec sa sage-femme que pour les soins nécessaires au cours de

l'accouchement ; la sage-femme devient une infirmière spécialisée sans cabinet de consultation.

J'en suis convaincu, je le répète, chacun gagnerait à la coordination des soins du médecin et de la sage-femme, la cliente la première.

Nous comprenons parfaitement que les sages-femmes s'alarment. Le nombre des médecins, augmente, augmente. Ne vont-ils pas se mettre de plus en plus à faire des accouchements, comme leur diplôme les y autorise ? d'autantplus qu'une augmentation de l'aisance générale permet à un plus grand nombre d'accouchées de se payer la garantie d'un accouchement par médecin. Les sages-femmes ne vont-elles pas voir leur clientèle diminuer ainsi au profit des médecins, comme cela se passe déjà dans maints départements ? Les sages-femmes ne vont-elles pas être lésées ?

Ici encore, pour juger juste, il faut se souvenir que l'intérêt général doit primer l'intérêt particulier. L'intérêt de la société est que l'homme ait un métier, que tout homme puisse trouver un gagne-pain. Le travail de la femme en dehors de la maison, surtout si elle est mariée, est utile souvent, nécessaire parfois, mais il reste un pis-aller. La femme est faite pour se marier, donner à son mari le plus grand nombre possible d'enfants, tenir son ménage. Et c'est là, dans son simple rôle d'épouse et de mère, qu'elle a le plus de chances de mener une vie heureuse, comme Hitler et Gœring le répétaient récemment aux jeunes filles allemandes.

Mieux vaut un homme tiré du chômage par une place trouvée dans la médecine (ou les accouchements qui n'en sont qu'une branche) qu'une femme, ayant une profession, et pouvant arrondir les ressources procurées par le mari.

Mais encore une fois, il y a de la place pour tous, pour les médecins et pour les sages-femmes qui gagneraient à devenir les collaboratrices des médecins.

Dr L.

III

J'approuve pleinement l'opinion de Mme Bolivet, sage-femme, publiée dans votre numéro du 16-4-1939. Il y a même longtemps que je préconise une solution de ce problème, analogue à la loi allemande que vous mentionnez.

Quelques médecins ont réclamé la suppression des sage-femmes. Je demanderais, au contraire, que leur présence à tout accouchement soit rendue obligatoire, mais aussi qu'elles aient l'obligation d'appeler le médecin en temps utile. En effet le rôle du médecin n'est pas d'attendre une nuit entière, et quelquefois plus, auprès d'une parturiente, et ses occupations peuvent rarement le lui permettre, ou alors ce sont ses autres malades qui en pâtissent tôt ou tard. Je sais que beaucoup de praticiens préfèrent faire plusieurs visites, mais le dérangement et la fatigue sont à peu près les mêmes, et dans l'un comme dans l'autre cas, les tarifs en vigueur, surtout à la campagne, sont nettement insuffisants pour honorer tant de peine. La tâche nécessaire et suffisante du médecin devant être de « pratiquer l'accouchement », il serait dans son intérêt, ainsi que dans celui de la parturiente, que celle-ci appelât dès le début une sage-femme, chargée de faire les préparatifs, et de demander le médecin, mais seulement en temps opportun. Enfin, elle resterait, après le départ de celui-ci, pour assurer surveillance et premiers soins. Son rôle serait plus étendu que celui d'une simple garde, mais sa présence, rendue obligatoire, serait loin d'être inutile dans de nombreuses familles.

Je dis également qu'elle n'aurait pas le droit de pratiquer seule l'accouchement (sauf extrême urgence, et si le médecin tardait à venir), car l'obstétrique a fait suffisamment de progrès, dans la dernière décade, pour que toutes les femmes puissent actuellement en bénéficier. Or, la sage-femme ne devrait pas avoir le droit de faire la moindre intervention, ni même une piqûre sans prescription médicale, les plus anodines pouvant être contre-indiquées, et déclencher des catastrophes. Mais elle hésite souvent à appeler un docteur, ou le fait beaucoup trop tard (et malheureusement, quelquefois pas du tout, au grand danger de la mère et de l'enfant), soit dans la crainte de se déprécier dans l'estime de ses clients, soit, dans certains milieux, et surtout à la campagne, pour leur épargner des frais. Une loi analogue à la loi allemande parerait à tous ces risques, en se basant sur ces principes :

Obligation pour la parturiente d'être assistée à la fois d'une sage-femme et d'un médecin ;

Obligation pour la sage-femme d'appeler le docteur et pour celui-ci d'exiger la présence d'une sage-femme.

On peut objecter que l'augmentation des frais qui s'ensuivrait pour la cliente n'est pas toujours souhaitable. Mais, de même qu'en Allemagne la loi en question est en quelque sorte subventionnée par l'Etat ; l'Etat français, qui entretient, inutilement et à nos frais, tant d'infirmières-visiteuses et autres, et d'assistantes plus ou moins sociales, pourrait avantageusement pour tout le monde en remplacer quelques-unes par des sage-femmes.

Dans ce cas, et d'ailleurs également dans l'état actuel des choses, il me paraît absolument

superflu d'augmenter à quatre ans la durée de leurs études, car il est beaucoup plus nécessaire de limiter leurs attributions (et... leurs prétentions) que de les étendre. D'autre part, s'il y a malheureusement pléthore médicale, il n'y a pas pléthore de sages-femmes, et de nombreuses localités rurales en sont encore dépourvues.

... A propos de ce grave danger de la pléthore médicale, et du numerus clausus, il n'y aurait, à mon humble avis, qu'un moyen d'enrayer ce péril menaçant : augmenter de plusieurs années la durée des études (mesure légitimée aussi par la complexité croissante des sciences médicales : que de choses néglige-t-on de vous apprendre, sur les bancs de la Faculté !) ; augmenter la difficulté et la sévérité des examens, enfin instituer un concours avant le début des études et un deuxième après la première année, afin de se défaire, et définitivement par cette double élimination, des éléments au zèle notoirement insuffisant.

Dr Cailleret,
Niort (Deux-Sèvres).

DES ÉQUIPES D'ACCOUCHEURS DE CARRIÈRE SUR TOUT LE TERRITOIRE

Le Docteur Balard, chirurgien en chef de la Maternité de Bordeaux, nous écrit :

« Je crois, qu'en raison de l'évolution de l'obstétrique, de sa technique chirurgicale et de la formation de plus nombreux spécialistes, comme aussi en raison du téléphone, des automobiles, qui raccourcissent les distances, la place du médecin praticien diminue dans le domaine obstétrical et doit diminuer, et que parallèlement il doit se former, de plus en plus, des équipes d'accoucheurs de carrière disséminés sur tout le territoire. »

Ont-ils mesuré leur responsabilité morale, sinon pénale, parce qu'ils possèdent le diplôme de médecin, ceux qui, obstétriciens d'occasion, décident et réalisent, sous couvert d'urgence, des interventions, dont leur inconscience seule ne leur permet pas d'apprécier la gravité. Leur esprit de décision n'est-il pas d'une souveraine imprudence ?

Tel qui n'oserait la moindre intervention d'allure chirurgicale, qui reculerait devant une simple circoncision, pourtant réalisée rituellement chaque jour par le rabbin, se lancera dans les interventions obstétricales les plus hasardeuses que le public ignorant, hélas ! acceptera avec indulgence sous couvert de dévouement.

Cependant, l'esprit de décision n'est autorisé que s'il est basé, comme la prudence, sur une *connaissance approfondie de l'obstétrique et sur une pratique exercée de l'Art des accouchements.*

Seuls, méritent le titre d'accoucheurs, ceux qui ont fait des études spéciales, qui ont accompli des stages qualifiés et prolongés dans des Maternités et qui exercent enfin couramment l'obstétrique.

Si un forceps à la vulve peut être pratiqué par tout venant, sans aucun risque, sinon une déchirure périnéale, laquelle n'est du reste pas toujours évitable, il ne s'en suit pas que l'obstétrique appartienne sans discernement au médecin praticien. Un exemple topique pour fixer les idées.

Les hémorragies du placenta prævia réalisaient jusqu'ici le cas-type d'urgence, autorisant au domicile de la malade des interventions risquées, tant du point de vue de leur modalité que de la qualité de l'opérateur. L'enfant ne comptait pas et la mère était considérée comme compromise. Or, on a fait le bilan des méthodes obstétricales et des interventions improvisées ; on a mesuré d'autre part le bénéfice des interventions en milieu spécialisé dans lesquelles la qualité de l'opérateur et l'utilisation de la chirurgie permettent, presque à coup sûr de sauver l'enfant en diminuant les risques de la mère. La conclusion s'est imposée, manifeste.

Parmi les appels téléphoniques, parfois pressants et angoissés, reçus dans notre carrière, jamais, pourrait-on dire, il ne s'en est trouvé de justifiés par une urgence absolue. Il nous souvient, par contre, d'un cas d'hémorragie rétroplacentaire, dont nous avons fait le diagnostic par téléphone, en interrogeant la sage-femme, alors qu'elle nous demandait de venir voir la malade seulement dans le courant de la matinée pour un accouchement qui traînait.

Très peu de choses sont vraiment urgentes en obstétrique. Mais quand elles le sont réellement, il s'agit alors d'une question de minutes et l'accoucheur ne peut arriver à temps, si la sage-femme présente n'institue pas d'emblée le remède efficace, ou si la bonne nature ne fournit d'elle-même à l'organisme le moyen de se défendre contre les accidents.

L'ANXIÉTÉ PRÉ-OPÉRATOIRE DU MALADE ET DU CHIRURGIEN

« Peut-être ? »

Nous publions ici une des meilleures réponses au concours du Laboratoire de l'Aetne : « L'anxiété pré-opératoire du malade et du chirurgien » regrettant une fois de plus qu'elle n'ait pu être classée étant donné qu'il s'agit d'un interne, dont la devise était : PEUT-ÊTRE ?

François ouvrit les yeux, chercha la porte, ne trouva plus la fenêtre, les choses avaient donc changé de place ou bien son habitude de les voir. Non, simplement, il se trouvait dans une autre chambre, et cette constatation fit affluer d'un seul coup tous ses souvenirs.

Il retrouvait brusquement tous les événements subits, cette douleur au côté, ce sommeil pénible qui avait dû être si court. Tout se concentrait à nouveau, sur cette partie si limitée de son corps sur cette région appendiculaire. François en médecin, se remit à considérer tous les éléments du problème ; il revit ce dîner, cette douleur, ces frissons, ces vomissements. Mais il est difficile de se mettre à la fenêtre pour se regarder passer et François répétait ces mots sans songer à les assembler. Des diagnostics effrayants surgissaient pêle-mêle : occlusion, volvulus, infarctus mésentérique et à l'évocation de chacun d'eux il ressentait un choc.

Un peu de calme voyons, songea-t-il, que penserais-je , que dirais-je s'il s'agissait d'un de mes malades. Je le regarderais et il tenta de réveiller lui-même ce point douloureux. Il s'y appesantit avec le malin plaisir que l'on a à ébranler une dent douloureuse. Il n'avait jamais pensé que ce fut si difficile de se palper soi-même. Cette douleur était bien cependant au point appendiculaire. Mais alors si ce n'était qu'une appendicite, que n'y avait-il pensé plus tôt. De ce moment tout redevint limpide, si clair, si simple qu'il lui parut revenir d'un long et périlleux voyage.

Une vulgaire crise d'appendicite, c'était tout au plus un peu ridicule, un médecin malade, voici ce que le client ne pardonne pas.

... Mais dans ce bien-être recouvré, brusquement un nouveau choc vint tout suspendre :

Cette chambre inconnue, une appendicite, mais c'est, il s'en souvenait soudain, qu'il allait être opéré. Du même coup il se revit de l'autre côté de la barrière, du côté du patient dont il s'était éloigné à la recherche de son diagnostic.

Il n'eut pas le temps de penser davantage, car la porte s'ouvrit encadrant la silhouette blanche de son ami Jean.

— Alors François, on pense ?

— Bonjour Jean, j'allais dire bonjour docteur, oui je le crains je pensais et même un peu trop. Et maintenant je pense soudain et au fond pour la première fois, que tu es chirurgien. Jusqu'ici je le savais mais à vrai dire je ne le réalisais pas comme ce soir. Tu es chirurgien et tu vas être mon chirurgien.

— Oui, ce n'est pas ce soir qu'il faut l'oublier aussi montre-moi ce ventre. Je dois dire à mon tour, que c'est la première fois que je te considère sous ce jour ; je te connais si bien, ton aspect m'est si familier, qu'il me semble aujourd'hui en te palpant et t'examinant, jouer un rôle, que tout ceci est une plaisanterie.

Déjà examiner un médecin est très gênant, car on sent qu'il épie chaque geste, qu'il juge chaque mot et quand de plus c'est un ami ça devient très difficile.

— Ne crains rien, je me sens, mon vieux Jean, d'une docilité parfaite et à part l'idée que j'ai une appendicite, ce que je pense que tu auras la gentillesse de confirmer, dénué de tout sens critique. Je m'en remets à toi et te demande de m'ouvrir comme le dernier pauvre diable venu.

— Merci François, ta confiance me comble, m'émeut surtout. Jamais je n'ai senti comme à l'instant ce don de soi, que fait un malade à son médecin. Elle m'effraye également un peu. Certes c'est une appendicite. Il faut y aller mais tiens-tu tant à ce que ce soit moi qui t'opère ?

— Comment Jean, tu veux me lâcher et me livrer à quelqu'un d'autre. Qu'un chirurgien n'opère pas sa mère, sa sœur, son fils, je veux bien, il y a une question physique bien que j'en connaisse qui aient opéré leur famille en un tournemain. Mais nous ? quand je ne serai plus sous la lampe qu'un petit carré rose, anonyme entre des champs tout blancs, tu n'auras plus que des préoccupations anatomiques et techniques.

— C'est vrai, il ne faut pas que le chirurgien soit plus faible que son malade ; je t'opère dans

une demi-heure, juste le temps pour chacun de nous de nous y préparer, chacun à notre façon. Jean sortit tandis que François se retrouvait seul avec ses pensées.

....

Et voici ce que Jean pensait : Cet idiot de François va avoir un appendice dans une position impossible, sous-hépatique, rétrocæcal, pelvien que sais-je... pourquoi pas même à gauche, je sais que ces médecins ne peuvent jamais être malades comme tout le monde.

Et même est-ce bien une appendicite ? ne me suis-je pas laissé influencer par lui ? étant interne de garde aurais-je fait le même diagnostic devant un clochard et une nuée d'erreurs de diagnostic tournaient autour de lui tandis qu'il se lavait les mains, erreurs qu'il avait faites, qu'il avait vu faire, dont il avait entendu parler. Cependant il continuait à se laver les mains, longuement, minutieusement, inlassablement, et ce geste mécanique lui faisait du ... bien, lui redonnait son assiette, le replongeant dans l'habitude et la sécurité des gestes quotidiens. Aussi pendant un instant s'étonna-t-il d'avoir oublié que c'était son ami qu'il allait opérer, pour lequel il aurait voulu prendre des précautions extraordinaires. Les ongles coupés le matin lui semblaient bien longs et son métier, sa science lui semblaient soudain bien minimes. L'entrée de son aide coupa court à ses réflexions.

— Qu'opère-t-on demanda ce dernier ?

— Une appendicite.

— Aiguë ? un adulte ? grave ?

— Non une appendicite tout ce qu'il y a de banal. Et ce mot lui restitua d'un seul coup sa force et sa confiance.

....

Et cependant voici à quoi François songeait. Mon ami Jean va connaître dans un instant ce que je n'ai jamais montré à personne et ne connais pas moi-même : La longueur de mon appendice, la couleur de mon péritoine... L'amitié vaut bien cela. Mais cet esprit plaisantin ne dura guère, il revoyait dans son esprit toutes les opérations auxquelles il avait assisté, l'atmosphère chaude de la salle, l'odeur d'éther, les instruments que l'on dispose, tout ceci avec une présence saisissante. Qu'il est heureux, pensa-t-il celui qu'on ramasse dans le coma, qu'on trépane sans lui demander son avis, sans l'endormir.

L'endormir, cette pensée le glaça. Il se représentait une espèce de femme sans âge et sans pitié avec un voile bleu sur la tête qui viendrait lui demander s'il a des fausses dents. Elle lui collerait sur la figure cet horrible masque. Jamais l'Ombrédanne ne lui était apparu sous cet aspect hostile. Comment allait-il se comporter : ce doit être affreux ; n'allait-il pas être ridicule après tous ces gens qu'il ... avait fait endormir avec une tranquillité parfaite.

Quant au réveil, pourvu qu'il ne se livre pas à des propos incohérents, à ces mots inattendus sortis des fumées de l'éther, et qui font la joie des voisins d'hôpital.

La douleur qui est le premier retour à la conscience, puis ensuite les visites, les fleurs et enfin les crins. Les crins je les retirerai moi-même ça m'amusera.

Mais n'allons pas trop vite, me voici au neuvième jour, d'ici là que de choses plus ennuyeuses peuvent m'arriver.

D'abord ai-je un temps de saignement, une artère appendiculaire comme tout le monde. Pourquoi ne ferais-je pas d'hémorragies, ou bien une occlusion post-opératoire. Ça m'ennuierait d'ailleurs moins qu'une fistule, c'est si sale une fistule ; et puis si l'on guérit çà laisse une cicatrice bien laide. Or, je l'avoue c'est un peu ridicule mais j'aimerais qu'elle soit jolie.

Que tout me semblera loin à ce moment, je ne penserai plus à ce petit appendice si bête que l'on promène appendu à son cæcum comme un pêché originel.

L'entrée du chariot à roulettes sortit François de ses préoccupations qui prenaient un tour métaphysique pour le replacer dans un monde plus immédiat et plus réel.

Il nota que le chariot grinçait, se promit de le dire à Jean. Il se sentit soulevé comme un enfant et entra dans la salle d'anesthésie comme on vous pousse dans une danse.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

❖ ❖ ❖

Toubib sous l'orage, par P. Duplessis de Pouzilhac.

Préface de Paul Voivenel. (Ed. R. Simon).

Homme généreux et charmant, infatigable et passionné, à la fois pratique et ingénu, ce sont les qualificatifs dont Paul Voivenel dans la préface de « *Toubib sous l'orage* », dote l'auteur. Le Docteur P. Duplessis de Pouzilhac n'en est pas à son coup d'essai ; il a, à son actif, une dizaine de romans et a fondé et dirige depuis une vingtaine d'années une revue merveilleusement éditée et rédigée : *Septimanie.*

Toubib sous l'orage est un roman fantaisiste cependant rempli de tableaux et de scènes très réels et bien observés. Un médecin de campagne, Toubib, en est le héros. Fatigué de la vie monotone qu'il a menée jusqu'ici dans sa petite ville de Troquenbourg, il veut s'évader, se fait remplacer par un métèque, un émule de Knock qui a nom Korbo et compte comme dans *La Vie Parisienne* s'en fourrer jusque-là.

Toubib est très aimé par les Troquenbourgeois. Très dévoué, il négligeait la recette de ses honoraires, un élément peu négligeable de sa popularité.

Duplessis de Pouzilhac peint de main de maître le milieu où exerçait Toubib. Il a trouvé des noms truculents aux notables clients de Toubib. Parmi eux sont Troussec, le bistro, Siflobec, le chef de gare, Maliveau, le boucher, Mme Pipe, la buraliste, etc.. Trois femmes avaient pour Toubib un amour véritable et refoulé : Mlle de Kérigu, châtelaine sans château, Mlle Guichet, la postière, et la mère Liquette, tenancière de l'hôtel-restaurant.

Tout ce monde accompagne Toubib à la gare. Le héros triomphant est heureux de s'évader, emportant une valise bourrée de billets de banque et laissant aux soins de Korbo, sa clientèle.

Toubib va à la Côte d'Azur ; il change de costume, s'efforce de faire de faciles conquêtes sur la plage et au Casino. Il s'attache surtout à Lydia, qui fut jadis belle et à laquelle un chirurgien esthétique a rendu quelques attraits. Amoureux transi, d'une inconcevable timidité, il promène cette beauté fortement sur le retour à Aix-les-Bains, à Lourdes, sans oser profiter des charmes qui commencent à lui coûter cher. Si bien qu'il se fait entôler par la belle qui part à l'anglaise avec la précieuse valise. Il lui reste quelques billets dans son portefeuille, juste de quoi regagner Troquenbourg. Il y arrive malade, sans ressources comme le pigeon de la fable. Son confrère Korbo a bien travaillé. Il constate avec tristesse qu'il est tout à fait oublié par ses amis et ses clients.

Cependant, malgré la faim qui le tenaille, malgré son cœur usé qui refuse de le servir, il se rend à des appels urgents et néglige comme par le passé de se faire payer, jusqu'à l'heure où il succombe. On l'enterre sans cérémonie. Alors, touchant épisode, Mlle de Kérigu, la châtelaine sans château, qui avait toujours conservé intact son amour pour Toubib au fond de son cœur, vient au cimetière, paye grassement le fossoyeur pour obtenir de lui le transport du pauvre médecin, dans le caveau où il occupera une place à côté de celle qui lui est réservée un jour.

Ce roman dont on peut se rendre compte de la fantaisie, est illustré par de belles gravures sur bois dues au talent du maître imagier Claudel.

Nous ne pouvons résister à la tentation de citer le passage où P. Duplessis de Pouzilhac fait l'éloge du praticien campagnard :

« Médecin de campagne, élite de la médecine, votre modestie dût-elle en souffrir, je tiens à vous rendre hommage ici dans ce roman qui va cheminer à travers le monde. Maintes fois, je vous ai admirés. Vous mourrez pauvres comme Job, mais moins âgés que lui. Vous ne méritez pas cette misère que le fisc tarabuste sans raison... vous croyant dorés. Vous estime-t-il possesseurs du trésor de Julius ou de celui des quarante voleurs ? Mieux vaut trésor d'honneur que d'or, n'est-ce pas ? Combien de fois avez-vous attendu pour envoyer la vieille bonne au marché, une visite imprévue ou un règlement tardif. L'un de vous m'écrivait : « Ce soir j'ai dîné avec des biscottes et une boîte de lait échantillon, le moral est bon... »

« Grand public, toi qui jettes si souvent la pierre dans l'admirable roseraie du Corps médical que quelques forbans piétinent, ces pages te montreront ton médecin tel qu'il est. Tu dois l'aimer. Tu dois le défendre contre la méchanceté, la calomnie. Tu dois « l'honorer ». Il a faim comme toi, comme toi, il s'habille, se chauffe, et a le droit de prendre quelques plaisirs. »

Et nous souhaitons à ce roman qui doit, d'après son auteur, cheminer à travers le monde, de faire tout au moins, le tour de notre pays.

J. Noir.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Cours de perfectionnement sur les suppurations bronchiques, pulmonaires et pleurales** (du 19 juin au 1er juillet 1939). — PROGRAMME DU COURS :

Lundi 19 juin. — A Beaujon : 9 h. 30, M. SERGENT : Bases fondamentales de l'étude clinique et thérapeutique ; 10 h. 30, Présentation de malades dans les services de MM. MONOD et L. KINDBERG. — A Boucicaut : 16 heures, M. DURAND : Anatomie pathologique ; 17 h. 15, M. DURAND : Démonstrations pratiques.

Mardi 20 juin. — A Beaujon : 9 h. 30, Présentation de malades dans les services de MM. MONOD et L. KINDBERG. — A Boucicaut : 16 heures, M. LETULLE : Bactériologie. — 17 h. 30, M. BORDET : Les suppurations bronchiques. La dilatation des bronches.

Mercredi 25 juin. — A Beaujon : 9 h. 30, Présentation de malades. Interventions chirurgicales dans le service de M. MONOD. — A Boucicaut : 16 heures, M. POUMEAU-DELILLE : Le radio-diagnostic par le lipiodol ; 17 h. 15, M. ROUGET : La bronchoscopie.

Jeudi 22 juin. — A Beaujon : 9 h. 30, Démonstrations pratiques dans les salles (exploration lipiodolée). — A Boucicaut : 16 heures, M. SERGENT : Les formes cliniques des abcès du poumon ; 17 h. 15, M. SERGENT : Les formes cliniques des abcès du poumon.

Vendredi 23 juin. — A Beaujon : 9 h. 30, Présentation de malades. Démonstrations cliniques et radiologiques. A Boucicaut : 16 heures, M. KOURILSKY : Les images radiologiques des abcès du poumon ; 17 h. 15, M. MIGNOT : Les suppurations pleurales.

Samedi 24 juin. — A Beaujon : 9 h. 30, Démonstrations pratiques dans les salles. Exploration lipiodolée. — A Boucicaut : 16 heures, M. PRUVOST : Les séquelles purulentes des blessures de poitrine ; 17 h. 15, M. MAMOU : Les suppurations associées (bonchiques, pulmonaires, pleurales, médiastinales).

Lundi 26 juin. — A Beaujon : 9 h. 30, Présentation de malades. Interventions chirurgicales dans le service de M. MONOD. — A Boucicaut : 16 heures, M. KOURILSKY : Suppurations pulmonaires et cancer ; 17 h. 15, M. L. KINDBERG : Suppurations pulmonaires et tuberculose.

Mardi 27 juin. — A Beaujon : 9 h. 30, Visite dans les salles. Démonstration pratique de bronchoscopie et de bronchoscothérapie. — A Boucicaut : 16 heures, M. RACINE : Suppurations de collections kystiques acquises (kyste hydatique, hématome...) ; 17 h. 15, M. PRUVOST : Kystes congénitaux suppurés des poumons et du médiastin (kystes dermoïdes).

Mercredi 28 juin. — A Beaujon : 9 h. 30, Démonstrations pratiques dans les salles. Diagnostic de localisation des abcès du poumon par M. FOURESTIER. — A Boucicaut : 16 heures, M. BORDET : Traitement médical.

Jeudi 29 juin. — A Beaujon : 9 h. 30, Démonstrations pratiques dans les salles ; 16 heures, M. BAUMGARTNER : Traitement chirurgical ; 17 h. 15, M. BAUMGARTNER : Traitement chirurgical (*suite*).

Vendredi 30 juin. — A Beaujon : 9 h. 30, Démonstrations pratiques dans les salles. — A Boucicaut : 16 heures, M. MONOD : Lobectomie et pneumectomie ; 17 h. 15, M. MONOD : Lobectomie et pneumectomie (*suite*).

Samedi 1er juillet. — A Beaujon : 9 h. 30, Démonstrations pratiques dans les salles. — A Boucicaut : 16 heures, M. ISELIN : Traitement des pleurésies purulentes ; 17 h. 15, M. SERGENT : Conclusions générales.

Inscriptions au secrétariat de la Faculté de médecine. Droit : 150 francs.

— **Clinique des maladies du système nerveux** (Professeur : M. Georges Guillain). — *Cours pratique et technique d'anatomie pathologique du système nerveux.* — M. Ivan BERTRAND, chef de laboratoire, commencera le lundi 12 juin 1939, à la Salpêtrière, clinique Charcot, une série de douze leçons sur l'anatomie pathologique du système nerveux. Ce cours, d'un ordre essentiellement pratique, sera accompagné d'exercices techniques de laboratoire, avec présentation de pièces macroscopiques et étude de préparations histologiques.

Les élèves seront initiés aux techniques d'histopathologie nerveuse et pourront se constituer une collection des coupes qu'ils auront exécutées.

Le cours aura lieu tous les jours, de 14 à 16 heures, à la clinique Charcot de la Salpêtrière (boulevard de l'Hôpital), du 12 juin au 24 juin 1939.

PROGRAMME DU COURS. — 1° Cerveau sénile. — 2° Syphilis nerveuse. — 3° Tuberculose des centres nerveux. — 4° Encéphalites. — 5° Poliomyélites. Maladie de Landry. Rage. — 6° Sclérose latérale amyotrophique. Sclérose en plaques. — 7° Compressions médullaires. Syringomyélie. — 8° Tumeurs cérébrales. — 9° Encéphalopathies infantiles. — 10° Maladies familiales. — 11° Affections du cervelet. — 12° Affections des nerfs et des muscles.

Techniques de Nissl, Weigert, Pal, Bielschowsky, Cajal, Lhermitte, Marchi, Alzheimer, Rio del Hortega etc.

Les inscriptions pour ce cours, comportant un droit de 250 francs, sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures, et à la salle Béclard, tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14heures à 17 heures (sauf samedi après-midi).

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

BUREAU DE VOYAGES

Un beau voyage en auto-car de luxe : La Belgique, Exposition de Liége, le Rhin, la Suisse, la Bourgogne

Nous avons le plaisir d'offrir à nos lecteurs un beau voyage en autocar de luxe : Bruxelles, l'Exposition de l'eau à Liége, les bords du Rhin, la Forêt Noire, la Suisse Centrale, avec six départs en juillet et août. Le prix de ce voyage est exceptionnellement bas pour la qualité des services et la classe des hôtels.

Le nombre des places est strictement limité ; aussi conseillons-nous aux lecteurs intéressés de bien vouloir s'inscrire le plus rapidement possible.

Départs de Paris, le 5, 11, 14, 19, 25 juillet et 15 août

Premier jour : Paris à Bruxelles. Départ de Paris en autocar à 7 h. 30 par Compiègne, Noyon, Avesnes, Maubeuge, Mons, Bruxelles, arrivée pour déjeuner. Après-midi, visite de la ville en autocar avec guide.

Deuxième jour : Bruxelles à Cologne. Départ vers 8 heures pour Louvain, Liége, visite de l'Exposition internationale de l'Eau. Après-midi, départ pour Aix-la-Chapelle, Cologne, arrivée pour dîner Hôtel Monopole-Métropole.

Troisième jour : Cologne à Mayence. Visite de la cathédrale le matin et départ pour Bonn, la ville universitaire, et par la vallée du Rhin jusqu'à Coblence pour déjeuner. Après-midi, continuation par la route de la vallée du Rhin, Bingen, Mayence, arrivée dans l'après-midi permettant une promenade intéressante dans la vieille ville rhénane. Hôtel von Holland.

Quatrième jour : Mayence à Heidelberg. Départ vers 10 heures, toujours par la rive gauche du Rhin, Worms, Ludwigshafen, Mannheim, la vallée du Neckar jusqu'à Heidelberg. Après déjeuner, visite de la ville en autocar avec guide. Hôtel Victoria.

Cinquième jour : Heidelberg à Fribourg. Départ de Heidelberg le matin via Karlsruhe, Rastatt, Baden-Baden pour déjeuner, ensuite longeant la Forêt Noire par Appenweier, Offenbourg, Fribourg. Hôtel Zähringerhof

Sixième jour : Friburg à Lucerne. Départ de Fribourg dans la matinée par la vallée de l'Enfer, Titisee Schaffouse, déjeuner devant les chutes du Rhin, Zurich, Zug, Lucerne. Hôtel Montana.

Septième jour : à Lucerne. Journée libre.

Huitième jour : Lucerne à Interlaken. Départ de Lucerne le matin par le col de Brunig, Brienz, Interlaken. Après déjeuner, excursion en car à Lauterbrunnen, visite des chutes du Trummelbach, avec retour par Grindelwald. Hôtel Royal Saint-George.

Neuvième jour : Interlaken à Dijon. Départ d'Interlaken dans la matinée pour Thune, Berne, la capitale de la Suisse, Neuchâtel, le Lac. Les Verrières, Pontarlier (déjeuner), Dôle, Dijon (visite de la ville). Hôtel de la Cloche.

Dixième jour : Dijon à Paris. Départ de Dijon le matin pour Avallon, Auxerre, Joigny, Sens (déjeuner), Fontainebleau, visite du Château. Arrivée à Paris, vers 18 heures.

Le prix de ce voyage est de 2.795 francs comprenant :

Le parcours total de Paris à Paris en autocar de luxe, le logement dans les hôtels indiqués qui sont de tout premier ordre, avec les trois repas suivant la coutume des pays, avec les taxes et pourboires, les repas en cours de route avec les pourboires.

Les visites des villes indiquées à l'itinéraire ainsi que les excursions comprenant le guide, les droits d'entrée et pourboires, le transport d'une valise par personne, les services d'un guide accompagnateur pendant tout le voyage.

Ne sont pas compris : les passeports et frais de visa allemand, les boissons et les frais personnels.

O O O

Concours de l'Aéïne

Nous rappelons à nos lecteurs que le Laboratoire de l'Aéïne organise, avec le patronage du *Concours médical*, un nouveau concours médico-littéraire et anonyme, sur un sujet facile que tous les médecins connaissent bien, parce qu'ils en ont été tous, plus ou moins, victimes : Le trac aux examens.

Les prix sont importants (3.000 francs) et le jury tout particulièrement de qualité :

Professeur Gosset, membre de l'Institut ;

Professeur agrégé Basset, chirurgien des hôpitaux ;

Docteur Capette, chirurgien des hôpitaux ;

Docteur Noir, directeur du *Concours Médical*, etc...

Les manuscrits seront envoyés au Directeur du Laboratoire de l'Aéïne, 6, place Clichy, Paris (IXe), avant le 1er juillet et nous ne doutons pas que les réponses de nos confrères soient aussi intéressantes que nombreuses.

La Ligue médicale de Défense professionnelle : « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 150.000 francs. Et cette garantie est portée à 1.000.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical*.

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien pécuniaire dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

CORRESPONDANCE

La situation des médecins non mobilisés en temps de guerre

C'est de la situation des médecins non-mobilisables en cas de guerre et de leur réquisition que je viens vous entretenir aujourd'hui.

Quelques journaux de la grande Presse de ma région, région virtuellement frontière en cette occurrence, ont pu — faisant allusion à l'organisation de la Défense passive telle qu'elle est envisagée par le Conseil général et la Préfecture de notre département — nous révéler le projet de « secteurs sanitaires », et c'est tout ce que nous savons à ce sujet, car en dehors des très grandes villes telles que Lille et peut-être Valenciennes, il n'y a rien d'existant à ce sujet... sauf sur le papier, ni abris, ni masques.

A peine plus explicite, le *Bulletin* de la Fédération des Syndicats médicaux du Nord nous révèle l'existence de pourparlers entre le secrétaire général de la Fédération des Syndicats médicaux et le ministère du Travail, pourparlers qui auraient abouti à la nomination d'une Commission d'études qui se serait réunie le 1er mars et au cours de laquelle se seraient confrontées, si non affrontées, une proposition du ministre et une proposition de la Commission nommée par lui.

Dans cette information de quelques lignes, j'ai lu que tous les médecins non mobilisables devraient se considérer comme requis, comme mobilisés sur place, à la disposition du Préfet, et pourraient être déplacés si « leur présence n'était pas reconnue « nécessaire dans la commune où ils ont leur rési- « dence ». Première objection : Piston, influences, être en mauvais termes avec le Maire de sa commune, et le médecin n'y coupe pas pour un déplacement d'office à la faveur des circonstances exceptionnelles et de la réquisition qui permettra d'exercer bien des petites vengeances.

J'ai lu encore que la Commission ministérielle nommée pour étudier cette question s'occupait de faire relever les « traitements insuffisants » alloués en cas de déplacement. C'était bien à prévoir, comme il est facile de prévoir d'autre part le fait acquis de la fonctionnarisation après cette première expérience plus complète.

Je suis étonné que des deux propositions : celle du ministre, et celle de la Commission nommée par lui, n'aient pas été publiées.

La publication de ces deux propositions, en donnant à toutes les suggestions et objections qui pourraient se produire le moyen de se manifester, contribuerait à éviter le fait acquis qui ne manquera pas de créer, le cas échéant, des situations abraca-

dabrantes comme on a pu en voir lors de la mobilisation 1914-1918.

En matière de réquisition, si la réquisition doit exister, je me défie du pouvoir civil, pouvoir essentiellement politique et mal préparé à cette besogne.

L'autorité militaire a commis en 1914 d'énormes gaffes, mais elle a pu les constater, les réparer et son expérience lui permettra de n'y pas retomber à nouveau. Qu'en sera-t-il du pouvoir civil, éparpillé dans tout le département ? il y a peu de chances qu'il fasse mieux.

Puis, ne verra-t-on pas encore, comme cela s'est produit dans la dernière guerre, 5 à 6.000 médecins dégagés d'obligations militaires devoir porter tout le poids de services et de soins à assurer à trente millions de civils, pendant que 18 à 20.000 autres, mobilisés, partant plus jeunes et plus aptes, verront la moitié ou plus d'entre eux inoccupés pendant des semaines et des mois entiers ?

Dr B...

N. D. L. R. — Pour répondre au désir de nombreux lecteurs nous faisons paraître une étude sur cette question dans le présent numéro.

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

2.948. — La carte-lettre ne doit avoir aucun rapport avec un certificat initial

Depuis la nouvelle loi sur les accidents du travail, le certificat initial n'étant plus remis à l'accidenté, mais envoyé au patron et le délai en ayant été allongé, les patrons ou Compagnies se plaignent parfois de ne pas être avertis, assez tôt, de la durée probable de l'incapacité, l'ouvrier négligeant parfois d'avertir le patron. Aussi je serais heureux d'avoir votre avis autorisé sur l'intérêt et la légalité d'indiquer sur la carte-lettre recommandé l'incapacité approximative probable.

Dr F.

Réponse

Ce n'est pas notre faute si la nouvelle loi a reporté le certificat initial au huitième jour. En tout cas, sur la carte-lettre, il ne s'agit que d'un « constat sommaire » de l'accident. Plaie à la jambe. Contusion au bras... et c'est tout. Mais n'allons pas commettre la faute d'en faire un certificat initial, en y ajoutant le pronostic. D'ici quelque temps, on ne manquerait pas de supprimer ledit certificat initial et patrons et assureurs seraient bien débarrassés des médecins librement choisis par le blessé. Ils pourraient tranquillement faire panser leurs blessés par un simple infirmier pour tous les accidents ne relevant

pas véritablement de la chirurgie. Si les Compagnies se plaignent de n'être pas averties assez tôt, qu'elles fassent campagne avec la Confédération pour le retour au *statu quo ante.* Ce qui est d'ailleurs leur désir d'après ce qui me fut dit par leurs délégués à la Commission du Tarif.

Dr F. DECOURT.

2.939. — Visite et frais de déplacement

Le tarif de la visite accidents du travail est fixé à 18 francs. Or, une Compagnie d'assurances (la seule d'ailleurs jusqu'ici) me dit que cette visite doit être réduite à 17 francs quand elle donne droit à une indemnité kilométrique, c'est-à-dire quand elle est faite en dehors de la résidence du médecin.

Qu'y a-t-il de fondé dans cette prétention. Je crois que la fixation du prix résulte d'une convention entre le Corps médical et les Sociétés d'assurances plutôt que d'une loi.

Dr L.

Réponse

Le prix de la consultation ou de la visite est fixé à 17 francs (art. 1er). A la campagne, il est fixé (art. 2), un franc de supplément pour la visite dans la localité à titre de frais de déplacement et en dehors de la localité, au même titre, 1 fr. 50, 1 fr. 80, etc., par kilomètre parcouru suivant les régions. Donc premier cas : 17 + 1 = 18 francs. Deuxième cas : visite + 4 kilomètres parcourus par exemple : 17 × 4 à 1 fr. 50, soit 6 francs = 17 + 6 = 23 francs. Il ne s'agit pas là d'une « convention » entre assureur et médecins, mais du tarif officiel fixé par arrêté ministériel.

Dr F. DECOURT.

2.930. — Le paiement par chèque postal est le mode le plus pratique reconnu de tous

Abonné au *Concours* et membre du « Sou Médical » je suis, avec le plus grand profit, les articles si documentés que vous consacrez aux questions relatives à la législation des accidents du travail.

A l'occasion de votre dernière publication du *Concours*, p. 977 « Demande d'acquit avant payement fait par des Compagnies d'assurances », je me permets de vous adresser, à titre documentaire, le papillon ci-joint que je reçois annexé, sans aucune autre formule, à une quittance avant payement et serais heureux, en la circonstance, de connaître votre opinion.

Dr C.

A lire attentivement

Ci-joint quittance de règlement, que vous voudrez bien faire encaisser à mon bureau par le moyen qui vous conviendra le mieux.

Si vous désirez recevoir couverture directement, veuillez me retourner dès que possible la présente quittance revêtue de votre signature et, dès réception, je vous en ferai parvenir le montant *par chèque ou virement si vous êtes titulaire d'nn compte courant postal*. Dans ce dernier cas, veuillez bien me faire connaître *le numéro de votre compte*.

Réponse

Vous avez dû voir dans mon article de « conclusion » sur cette question que le médecin n'a jamais à envoyer de quittance avant paiement. Vous n'avez donc, dans votre cas, qu'à envoyer simplement votre numéro de chèques postal, si vous en avez un ou prévenir l'agent que, n'en ayant pas, qu'il ait simplement à vous envoyer, la somme par un chèque d'assignation dont la fiche de retour lui servira de reçu.

Dr F. DECOURT.

QUESTIONS DIVERSES

2.159. — Le prélèvement de 10 % sur les honoraires d'expertise est supprimé

Il y a plus d'un mois, j'avais envoyé des mémoires de justice criminelle au Receveur de l'Enregistrement pour qu'il m'en verse le montant à mon compte-chèque.

Ne recevant rien, je viens d'écrire au Receveur qui me fait savoir que « les mémoires adressés étant ancérieurs au 30 juin 1938 subissent un prélèvement de 10 % (sauf en ce qui concerne le prix du parcours par chemin de fer), j'ai été obligé de les retourner pour rectification et approbation ».

Je croyais que le prélèvement de 10 % était supprimé depuis longtemps.

Je serais heureux d'avoir votre avis à ce sujet et si ce prélèvement est supprimé, que dois-je faire pour que les mémoires me soient payés intégralement ?

Dr G.

Réponse

C'est un décret-loi du 17 juin 1938 qui a expressément prononcé l'abrogation du prélèvement de 10 % sur les émoluments des auxiliaires de justice et notamment sur les honoraires d'expertise.

Il est donc exact, comme vous l'a indiqué le Receveur de l'Enregistrement, que le prélèvement de 10 % doit continuer à être opéré sur les mémoires d'honoraires se rapportant à des expertises faites avant le 30 juin 1938, lendemain du jour de la publication du décret-loi du 17 juin 1398 au *Journal Officiel*.

2.400. — Examens histologiques pratiqués en collaboration

Il est certains examens de laboratoire (histologiques en particulier) que je n'ai pas la possibilité de faire pratiquer sur place, attendu que personne n'est qualifié ici pour celà.

Je pourrais cependant confier ces examens à une personne très versée dans l'histologie bien qu'elle n'ait d'autres titres que le diplôme d'état d'infirmière.

D'abord a-t-elle le droit de pratiquer ces examens sans avoir un laboratoire ouvert, sans payer patente, etc ?

D'autre part, en ce qui concerne les assurés sociaux, je dois, paraît-il, faire un reçu confirmant que j'ai touché telle somme pour tel examen et que je l'ai réglée au laboratoire.

Mais alors, dois-je mentionner le nom de la personne que je chargerais de ces examens, comme celui du laboratoire auquel je devrais à l'occasion envoyer des examens pour vérification ?

Cette personne remplit-elle les conditions réglementaires ?

Ou bien est-ce à moi de prendre sous ma responsabilité les examens que je fais pratiquer par elle comme si je faisais moi-même ces examens avec l'aide d'une infirmière ou d'une aide quelconque ?

Dr T.

Réponse

A l'heure actuelle, aucun diplôme n'est requis de la part d'un propriétaire de laboratoire d'analyses médicales. La chose est fort regrettable, car des procès en responsabilité ont été engagés, à propos de résultats contradictoires, émanant de différents laboratoires et concernant le même malade.

Dans votre cas particulier, quelque confiance que vous puissiez avoir dans une infirmière, cette personne n'est qualifiée que pour exécuter des coupes histologiques, faire des réactions diverses, des examens microscopiques ; mais elle n'a aucune qualité pour interpréter et apprécier les résultats obtenus. Seul le docteur en médecine peut lire une coupe et en déduire les notions qu'il recherche.

D'où le résultat, c'est que si l'infirmière a créé un laboratoire, qui est sa propriété, elle paiera patente, parce qu'elle n'est pourvue ni du diplôme de médecin, ni de celui de pharmacien. Ces diplômes, en effet, permettent au propriétaire d'un laboratoire de ne pas être qualifiés de commerçant, du moment où, en plus des préparations matérielles, l'homme de l'art intervient pour l'interprétation des résultats.

Le laboratoire sera-t-il reconnu comme compétent par les Assurances sociales ? Si oui,

les honoraires réclamés pour les divers examens pratiqués sur ordonnance du médecin traitant, peuvent être réglés directement. Sinon, vous pourriez considérer la laborantine comme étant votre auxiliaire et le prix des examens serait réclamé par vous, au nom de votre employée.

De plus, votre qualité de docteur en médecine engage votre seule responsabilité professionnelle, en cas d'erreurs d'interprétation. Vous seul êtes qualifié pour interpréter une coupe et en déduire l'enseignement clinique utile aux soins à donner.

Dr Paul BOUDIN.

3.176. — Conditions du droit à la prorogation du bail

Je suis titulaire d'un bail de huit ans et six mois se terminant le 24 juin 1939, pour un local entièrement professionnel, loyer 6.000 francs.

Il y est stipulé pour le preneur seulement, la faculté de dédite pour les 24 juin 1933 et 1936 avec obligations de prévenir six mois d'avance.

Il n'est pas spécifié de tacite renouvellement.

Je crois, toutefois que je n'ai pas à redouter d'être expulsé puisqu'il s'agit d'un local professionnel.

A votre avis, dois-je demander un nouveau bail ou considérer celui-ci comme prorogé et jusqu'à quel date ?

Dr B.

Réponse

Pour que vous puissiez avoir droit à une prorogation lorsque votre bail actuellement en cours sera venu à expiration, il faut tout d'abord que la maison, où se trouvent situés les locaux, ait été construite avant la guerre.

Il faut encore que la valeur locative des locaux au 1er août 1914 n'ait pas été supérieure à 1.500 francs.

Si ces deux conditions se trouvent réunies, vous bénéficierez de plein droit d'une prorogation qui prendra fin le 1er juillet 1940, si la valeur locative au 1er août 1914 excédait 1.000 francs sans dépasser 1.500 francs, au 1er juillet 1941, si cette valeur locative était comprise entre 500 et 1.000 francs.

Au cas où la valeur locative de 1914 aurait excédé 1.500 francs, vous n'auriez droit à aucune prorogation et vous vous trouveriez dans la nécessité de vous entendre avec votre propriétaire pour la conclusion d'un nouveau bail, le propriétaire étant libre de vous l'accorder ou de vous le refuser.

Mais si, dans ce cas, le propriétaire accepte de vous conserver comme locataire, il ne peut léga-

lement exiger de vous jusqu'au 1er juillet 1943 un loyer supérieur à la valeur locative de 1914 multiplié par 4,25, toutes charges et prestations comprises, à l'exception toutefois du chauffage et de l'ascenseur.

3.114. — Exercice de la propharmacie

Etant abonné au *Concours Médical*, j'ai lu avec le plus vif intérêt les renseignements que vous avez donnés dans votre numéro du 16 avril 1939 sur l'exercice de la propharmacie.

Je me permets de vous demander quelques renseignements complémentaires.

Je suis installé et j'exerce dans une commune où il y a un pharmacien ; il ne peut donc être question pour moi de délivrer à mes clients les médicaments que je leur prescris.

Mais, j'ai en plus un cabinet de consultations situé à 12 kilomètres de chez moi où je reçois régulièrement deux fois par semaine. La localité où j'ai ce second cabinet n'a pas de pharmacie, et les pharmacies les plus rapprochées se trouvent à 12, 15 et 19 kilomètres.

M'est-il légalement possible d'exercer la propharmacie dans cette localité ? Ai-je le droit de délivrer à mes clients, les médicaments et les spécialités que je leur prescris les jours et aux heures où je reçois à ce cabinet ?

Dr X.

Réponse

L'art. 27 de la loi du 21 Germinal, an XI, sur l'exercice de la pharmacie, permet aux seuls médecins établis dans les bourgs, communes et villages où il n'existe pas de pharmacien tenant officine ouverte de vendre des médicaments à leurs malades, mais sans qu'ils puissent en même temps tenir officine ouverte.

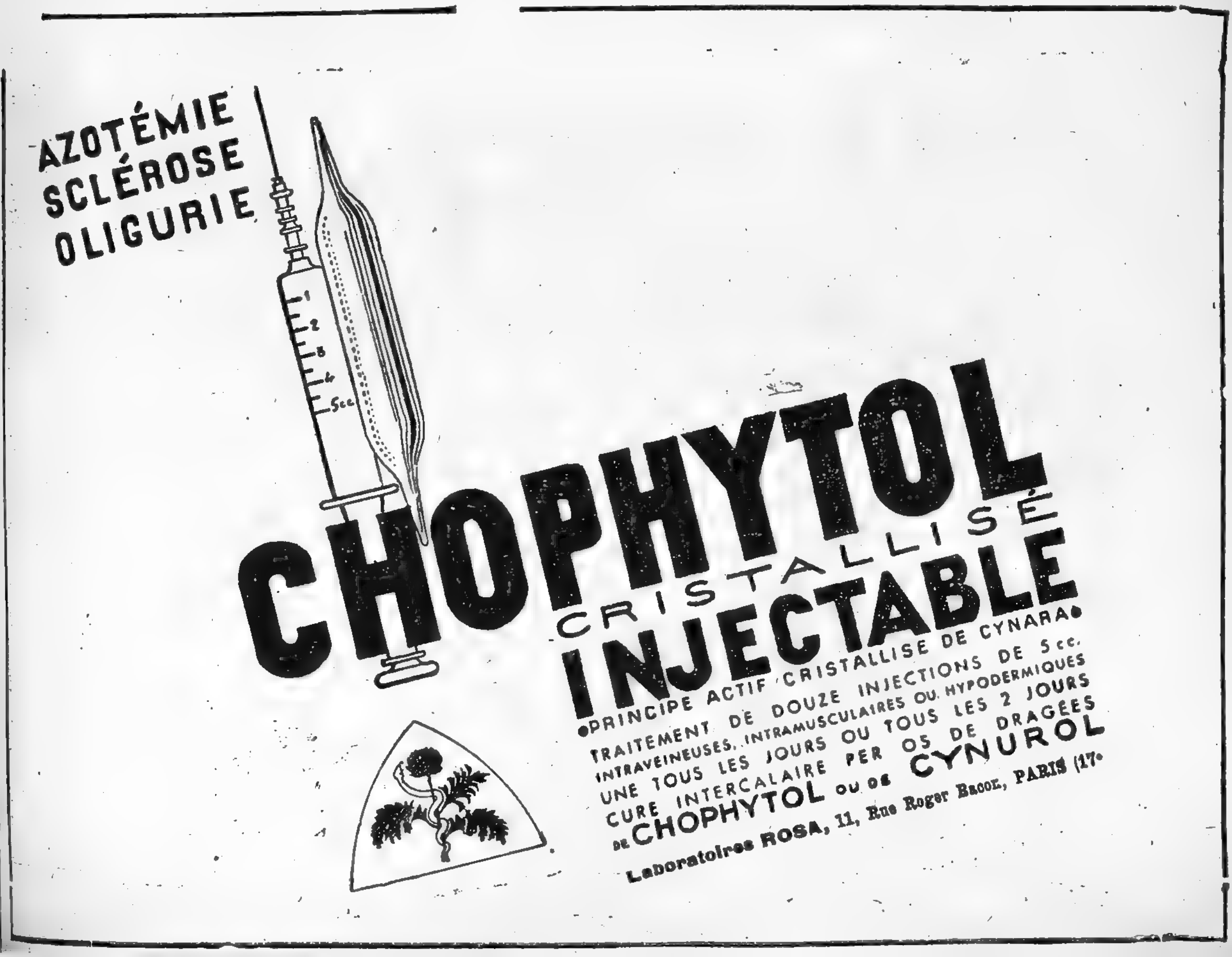
L'art. 27 de la loi du 21 Germinal constitue une dérogation au principe qui accorde aux pharmaciens seuls le droit de vendre des médicaments. Ils doit donc être interprété strictement et ne peut être étendu à des cas non expressément prévus. Or, vous êtes établi et vous avez votre domicile dans une commune où il existe un pharmacien tenant officine ouverte.

Bien qu'il n'existe aucune jurisprudence sur cette question nous ne pensons pas que vous ayez le droit de tourner la loi en exerçant la propharmacie à l'occasion de l'ouverture d'un cabinet secondaire dans une commune dépourvue de pharmacien.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

2.520. — Situation d'un médecin rayé des cadres en ce qui concerne la défense passive

Je viens encore avoir recours à votre amabilité ; classe 1910, la Directeur du Service de santé me



demande de lui répondre avant si je veux être maintenu dans les cadres ou, au contraire être rayé.

Une note est jointe à cette demande. Cette note précise :

1° Maintien dans les cadres. Il continue à servir, etc...

2° Rayé des cadres. L'officier qui demande à être rayé des cadres sera considéré comme démissionnaire (la démission entraîne la perte du grade) ; cependant, il reste à la disposition du ministre de la Guerre pour les besoins de la défense passive pendant deux ans, pour y être employé, soit comme soldat de 1re classe ou comme sous-officier, à moins qu'au moment de la radiation, il contracte un engagement pour la durée de la guerre au titre de la défense passive (loi du 11 juillet 1938) :

1° Vous serait-il possible de me dire ce que l'on exigerait de nous pour la défense passive. Serait-on mobilisé sur place, nous demanderait-on de faire le guet pour les avions ou bien d'aménager des abris contre les gaz, de soigner des blessés par gaz ?

Ce maintien à la disposition du ministre concerne-t-il simplement les officiers démissionnaires ou s'applique-t-il à tous les hommes de la même classe ?

2° En quoi consiste cet engagement pour la durée de la guerre au titre de la défense passive ? Est-il valable seulement pendant les deux ans où on est maintenu à la disposition du Ministre ou bien pendant une durée indéterminée ? L'expression « à moins qu'au moment de la radiation » veut-elle dire qu'on peut contracter cet engagement seulement à la veille d'être rayé des cadres, c'est-à-dire vers le 10 octobre, ou bien qu'on doit contracter l'engagement en même temps que l'on fait sa demande de radiation ?

3° Si je ne contracte pas cet engagement avant ma radiation et si la guerre venait à éclater pendant les deux ans où je suis encore à la disposition du Ministre, pourrais-je à un moment quelconque demander à m'engager pour la durée de la guerre et être sûr d'être repris dans le Service de santé avec mon ancien grade de médecin capitaine ? Cette admission serait-elle rapide ?

4° Si je demande ma radiation des cadres et si la guerre est déclarée avant le 15 octobre, qu'adviendra-t-il de moi ? Resterai-je médecin capitaine ou serai-je verser comme soldat de 2e classe à la défense passive ? Si la guerre n'arrive que dans un an ou deux alors que je serai toujours à la disposition du ministre, puis-je être assuré d'être renvoyé dans mes foyers le 15 octobre 1941 (puisque je suis de la classe 10), même si la guerre n'est pas terminée ? Du reste, le terme « être à la disposition du ministre pendant deux ans » veut-il dire que nécessairement on serait appelé en cas de guerre ?

Je vous ennuie avec toutes mes questions, mais vous comprendrez qu'avant de prendre une décision aussi grave on veuille s'entourer de renseignements. Vous qui connaissez toutes les lois militaires, que croyez-vous qui soit le plus avantageux : radiation ou maintien dans les cadres ? Dr R.

Réponse

Ce maintien pendant deux ans à la disposition de la défense passive, lorsque les obligations militaires légales ont pris fin, intéresse aussi bien les officiers que les hommes de troupe d'une même classe. Ceux-ci reçoivent un nouvel ordre de mobilisation, sans qu'il soit possible de préciser à l'avance quelles seront leur affectation et leurs nouvelles obligations.

Les officiers de réserve libérés à l'époque normale et non maintenus dans les cadres, sont considérés comme démissionnaires et par conséquent employés comme hommes de troupe à la Défense passive.

L'engagement pour la durée de la guerre au titre de la défense passive permet cependant à un officier de conserver son grade et de choisir son poste. Il peut être résilié à tout moment, soit par l'intéressé, soit par l'autorité militaire. Il ne peut être contracté, qu'une fois terminées les obligations militaires légales.

Tant que vous n'êtes pas libéré, jusqu'au 15 octobre prochain, vous ne pouvez signer pareil engagement. Si à ce jour survenait une guerre, le jeu normal de la libération pourrait être suspendu pendant la durée des hostilités.

Les deux années supplémentaires du maintien à la disposition pour la défense passive étant écoulées, vous pouvez être requis au titre civil.

Si vous demandez à être maintenu dans les cadres après le 15 octobre, vous ne pourrez plus démissionner (en tant que capitaine) avant d'avoir atteint l'âge de 58 ans : seule une raison de santé, dûment constatée par une Commission de réforme pourrait vous libérer par anticipation.

3.141. — Fourniture d'un équipement militaire

J'ai le grade de médecin auxiliaire. Je dois partir dès le premier jour de la mobilisation. Dois-je me procurer dès mainteant un équipement complet de crainte de ne pouvoir le faire le jour de la mobilisation, ou bien, est-ce mon corps d'affectation qui me le fournira à mon arrivée.

Je vous serais très obligé si vous pouviez me donner tous renseignements utiles concernant cette question.

D[r] K.

Réponse

En qualité de médecin auxiliaire, vous recevez à l'arrivée au corps, une tenue de sous-officier. Cependant, au cas où vous pourriez ne pas trouver celle-ci à votre convenance, il serait peut-être mieux de vous procurer dès maintenant un uniforme, qui vous servira ensuite lorsque vous serez promu médecin sous-lieutenant.

3.701. — Réquisition civile des médecins en cas de mobilisation

Avant de répondre à la lettre ci-jointe je viens vous demander conseil.

Déjà le 1er octobre 1938 je reçus une lettre d'affectation que je joins aussi, mais qui n'avait pas le caractère impératif de celle-ci.

J'ai 55 ans et suis du service auxiliaire. Le 20 octobre 1933 j'ai déposé à la gendarmerie de X. mon fascicule de mobilisation sur ordre du commandant de recrutement de Z. m'annonçant par carte postale qu'à partir du 15 octobre 1933 j'étais dégagé de toute obligation militaire.

En cas de menace imminente de guerre je suis décidé à quitter X... et ne désire pas collaborer à l'évacuation de la population civile. Vous seriez bien aimable de me renseigner sur les points suivants :

1° Suis-je obligé de me soumettre à cette affectation ?

2° Existe-t-il des moyens pour m'y soustraire et quels sont-ils ?

3° Au cas où je pourrais m'y soustraire, mon auto qui n'est pas réquisitionnée ne risque-t-elle pas de l'être ?

J'ai en effet l'intention en cas d'alerte sérieuse de gagner une ville ou un village de l'Intérieur pour y continuer l'exercice de ma profession. Je m'y soumettrais alors volontiers aux réquisitions préfectorales.

4° Est-il possible d'obtenir une affectation pour une autre ville que X. de façon à me dégager de la réquisition de la Préfecture ?

Dr Z.

Réponse

L'article 2 de la loi du 31 mars 1938 (recrutement de l'armée) dispose que tout Français du sexe masculin, pourra être individuellement convoqué, à titre de requis civil, hors *le cas d'incapacité physique absolue*, pour être employé en temps de guerre aux services administratifs et économiques. Dans ces conditions, vous ne pourriez vous soustraire à la réquisition civile qu'au cas d'une incapacité physique absolue.

Ayant réussi, votre auto ne serait pas réquisitionnée, puisque vous indiqueriez que vous allez continuer à exercer votre profession médicale.

Un moyen d'éviter la réquisition civile serait de contracter dès maintenant un engagement militaire pour la durée de la guerre. Votre aptitude physique ayant été constatée par le Recrutement, vous pourriez choisir une affectation à l'Intérieur. Cet engagement est résiliable à tout moment à la volonté soit de l'engagé, soit de l'autorité militaire.

Soixante et unième année N° 22 28 Mai 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg .	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro..........	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.

AVIS

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Annecy. Lortet, Pierron.
Chamonix. de Chabanolle (*enf. cure hélio-alpine*).
Jougne. (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louvesc (Ardèche). J. Goubert.
Langogne (Lozère). Adrien Forestier.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Mégève. Marcel Grenet, Jacqueline Grenet-Gazamian (*enf.*)
Mouthe (Doubs). R. Paindestre.
Osséjà (Pyr.-Or.) J. Avérous.
Pau (Basses-Pyr.). Cornet. Lorber.
Plateau d'Assy. E. Sivrière.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Villard-de-Lans. Bassaget (*mal. enf.*), Suau (*mal. enf.*)

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires et climatiques

MM. les docteurs :

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.), Lévy.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Berck-Plage. Bouquier, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Biarritz. Clavel, M. Claverie, Lacour, Pitchalsky (*chir. répar. Stom.*)
Cannes. Bourgeois-Gavardin, P.-E. Bousquet, P. Houssiaux. Joublot, Gérard Monod, Roques, L. Zimmer.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Croix-de-Vie. Cristau.
Deauville. Molina.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Grau du Roi (Gard). Ramain.
Hendaye. Th. Casenave.
Le Boulou. M. Basman, J. Noguès
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, M. Lelongt, Nicolas, Trutié de Vaucresson (*chir.*)
Ouistreham-Riva-Bella. Ch. Poullain.
Paramé. Bazin.
Pau. Cornet. Lorber.
Roscoff. Bagot père, Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer. (Calvados), Em. Quiquemelle.
St-Georges-de-Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul.
St-Jean-des-Monts. Riou.
Ste-Maxime-s/Mer. E. Bausset, Ficonetti.
St-Quay-Portrieux. Bertran
Saint-Raphaël. Boulle, Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Roux de Laroque (*Gyn. enf.*). Pierre Tridon.
Saint-Servan. Huet.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Trébeurden. Royer.
Villars-de-Lans. Bassaget.

DEMANDES ET OFFRES

Nº 164. — Dr cherche à louer ou acheter, ou locat.-vente, sana d'une cinquant de lits ou plus, de préfé- dans région méridionale.

Nº 165. — Méd. franç. anc. externe des hôp. Paris, libéré serv. milit., remplacer, confr. toute région, toute durée. Permis conduire.

Nº 166. — Jne doct. diplôme Etat, A. E. H. P., cherche place assist. cliniq., labor., mais. santé, Paris ou banlieue.

Nº 167. — Grande Banlieue. Poste méd. très import., gros rapport, magnif. installat., dans belle propriété. A céder de suite comptant.

Nº 168. — Oise. Excell. client. à reprend. après décès, avec fixes transmiss. Maison tout confort, jardin et dépend.

Nº 169. — Fils de méd., hôtellier, marié, anglais à et allem., cherche gérance maison sante ou sana Paris ou province.

Nº 170. — Par suite départ pour raison famille, poste vacant dans pet. ville de la Charente. Seules condit. demandées : reprise du bail et légère indemn. pour transformations opérées.

Nº 171. — Sœur de méd., 39 ans, sage-femme expérim., cherche place infirm. ou autre, fixe, dans clinique, sana ou établis. privé. Prétent. très modestes. Très urgent.

Nº 172. — Excellent poste Pas-de-Calais, en pleine extension, bien situé. Bon chiffre, peut être doublé en un an. Indemn. quart du chiffre actuel.

Nº 173. — Normandie. Construction récente et sérieuse, 5. p. cuis., cave, garage et dépend., eau courante, électr., téléph., 1 hectare : 70.000, facilités. Possibilité exercer poste demi-repos.

Nº 174. — A vend. cause maladie, Viva-Sport coach décapot., 1935, moteur 85. Etat mécan. parfait, pneus neufs : 12.5000 comtp.

Nº 175. — Banl. Est., méd. prenant sa retraite vendr. villa bien située, près gare, tt conf., 7 p., jardin clos de murs, laisserait clientèle.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Paris. Beau quartier, client. de consult. gynéc., urologie, appart. 6 p. Client, et belle install. profes. à céd. 30.000.

Grde banl., suite décès, gros poste, maison avec tout conf., condit. intéressantes.

Centre-Ouest. Région riche, près grand centre, très ancien poste en plein rendement. Prix 30.000, 15.000 cpt.

Normandie. Chef-lieu canton. poste actif, grosse popul. à desserv. Prix 30.000, 20.000 cpt.

Renseignements

Bien manger, c'est bien ; n'en pas souffrir, c'est mieux. Ce résultat bienfaisant, vous l'obtiendrez sûrement en fortifiant votre estomac et en désinfectant votre tube digestif.
Sucez lentement 4 à 6 TABLETTES DE MANGAÏNE par jour.

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

Silicyl réalise ou assure, seul, la médication siliceuse active dans toutes ses indications.
Action tissulaire antiathéromateuse. Diurétique. Déchlorurante. Abaisse T. Mxa et T. Mma. Consolidation accélérée des fractures (Sté Chirurgie, Paris 2/12/27).
Ne pas confondre **Silicyl**, gouttes, comprimés, ampoules 5 c. c. intrav., produit pur, actif, de formule biologique et sans adjuvant médicamenteux.

Les médecins, spécialistes ou non, les préventoria, maisons d'enfants, qui s'intéressent à la RÉÉDUCATION RESPIRATOIRE sont priés de s'adres. au Dr Jullien, Joyeuse (Ardèche).

Rhumatismes. L'« UROPHENYL » en est la thérapeutique moderne et efficace. 2 à 6 cachets par jour. — Laboratoire CROUY, à Vernon (Eure).

Institut marin du Dr BAGOT, à **Roscoff.** Rhumatismes. Névralgies. Impotences articulaires et musculaire. Anémie et lymphatisme. Du 1er juin au 30 septembre.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** — *Election.* — M. le Professeur Léon BINET est élu membre titulaire dans la IVe Section (*Sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles*).

— **VIe Congrès de la Societas Oto-rhino-laryngologica latina.** — Ce Congrès aura lieu à Utrecht (Pays-Bas), du 28 au 31 août 1939.

Pour renseignements, s'adresser au secrétaire général, M. Chavanne, 5, place des Cordeliers, Lyon (Rhône).

— **Réunions médico-chirurgicales de morphologie.** — La prochaine réunion aura lieu le 14 juin, à 21 heures, à l'amphithéâtre de l'Ecole d'anthropologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine.

— **XIe Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française.** — Ce Congrès se tiendra à Lausanne, les 20, 21 et 22 juillet 1939.

Les questions suivantes sont inscrites à l'ordre du jour :

1. Physiologie normale et pathologique de la glande mammaire pendant la grossesse. Rapporteurs : MM. GOURG et INGELBRECHT (Bruxelles). — 2. L'inter-

ruption de la grossesse dans les cas de cardiopathies. Rapporteurs : MM. Balard, Broustet et Mahon (Bordeaux). — 3. Les métrorragies de la puberté. Rapporteurs : Pathogénie : M. Bloch (Lausanne) ; Clinique : M. Kreis (Strasbourg). — 4. Dépistage de la gonococcie chronique chez la femme. Rapporteur : M. Mocquot (Paris).

Toutes communications ou demandes de renseignements doivent être adressées au secrétaire général, M. E. de Meuron, 6, rue du Lion-d'Or, Lausanne (Suisse).

— **La Croix de Commandeur de la Santé publique est remise à S. M. l'Impératrice d'Annam.** — Le ministre de la Santé publique a fait décerner la Croix de Commandeur de la Santé publique à S. M. l'Impératrice d'Annam, pour services rendus à la Croix-Rouge.

La remise solennelle de cette distinction a eu lieu au palais impérial de Hué, en présence du résident supérieur d'Annam, des présidents du Comité local de la Croix-Rouge et des ministres du Gouvernement annamite.

— **L'Œuvre de la transfusion sanguine d'urgence,** dont le siège est à l'hôpital Saint-Antoine (184, rue du Faubourg Saint-Antoine), a permis d'effectuer, en 1936, 6.298 transfusions et en 1937, 6.622, soit près de 20 transfusions par jour.

— **Hôpital central des prisons de Fresnes.** — Le concours de l'internat de l'hôpital central des prisons de Fresnes s'est terminé par la nomination des candidats suivants : *internes titulaires* : MM. Bonaud (Maurice), Joinville (Eugène), Vermeulen (Roger), Brinon (Raymond) ; *internes provisoires* : MM. Oudot (Marcel), Corcos (Victor).

— **Hôpitaux de Lyon.** — Le concours d'accoucheur des hôpitaux de Lyon s'est terminé par la nomination de M. Brochier.

— **Maison de Saint-Lazare.** *Internat.* — Un concours pour deux places d'interne titulaire et deux places d'interne provisoire à la maison de Saint-Lazare s'ouvrira à la Préfecture de police à une date qui sera fixée ultérieurement.

Inscriptions jusqu'au 3 juin, à la Préfecture de police (bureau du personnel).

— **Hôpitaux de Nîmes.** — A la suite du concours qui vient d'avoir lieu devant la Faculté de Montpellier, MM. Fayot et Simonot ont été proposés pour être nommés chirurgiens-adjoints des hôpitaux de Nîmes.

— **Distinction honorifique.** — Le Docteur Gérard de Parrel vient d'être élevé à la dignité de grand officier de l'Ordre Royal de Saint-Sava de Yougoslavie.

Les insignes de cette haute distinction lui ont été remis par M. Tony Szirmaï, conseiller spécial, chargé

du protocole près la Légation royale de Yougoslavie en France.

Le Docteur de Parrel était déjà Commandeur de la Couronne de Yougoslavie et titulaire de la Médaille commémorative serbe de la Grande Guerre.

— Concours du Syndicat des Journalistes et Ecrivains. — *Le Syndicat des journalistes et écrivains* organise un nouveau concours doté de nombreux prix. Ce concours comprend neuf sections sur les sujets les plus divers : études littéraires, historiques, sociales, médicales, dénatalité, poésie, contes et nouvelles, etc. ; deux sections sont réservées aux artistes dessinateurs et compositeurs de musique.

Envoi du programme détaillé sur demande adressée au secrétariat général du Syndicat, 205, Promenade des Anglais, Nice.

Le Syndicat des journalistes et écrivains est un groupement de publicistes, d'hommes de lettres et de directeurs ou rédacteurs en chef des journaux ; il publie un organe littéraire et documentaire.

— Mariages. — Nous apprenons le récent mariage de Mademoiselle Monique LE MOINE, fille du Docteur Francisque Le Moine, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'hôpital de Brive, chevalier de la Légion d'honneur, Croix de guerre, et de Madame, avec M. Jacques TISSOT, interne des hôpitaux de Paris.

— Le Docteur Labarrère, de Monein (Basses-Pyrénées), et Madame, nous font part du mariage de leur fils, le Docteur Marcel LABARRÈRE, avec Mademoiselle Elisabeth LARRIEU.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée, dans la plus stricte intimité, en l'Eglise paroissiale de Moureux, le mercredi 12 avril 1939.

— Naissances. — François et Marie-Claire BRIZARD sont heureux de vous annoncer la naissance de leur frère *Didier*. — Le 25 avril 1939.

Docteur André Brizard, Divonne-les-Bains.

— Henri, Paul, François, Dominique, Marie-Lucie et Anne-Marie XARDEL ont la joie de vous faire part de la naissance de leur petite sœur qui a reçu au baptême le nom de *Claire*, septième enfant du Docteur Jacques Xardel.

Aix-en-Provence, 31, rue des Cordeliers, 12 mai 1939.

— Madame et Monsieur DELAGRANGE, directeur de la Société des applications pharmacodynamiques, Francine et Philippe Delagrange sont heureux de vous faire part de la naissance de leur fils et petit frère *Gilbert*.

Paris, 39, boulevard de La Tour-Maubourg, 30 avril 1939.

— Le Docteur et Madame CASTET ont le plaisir de vous faire part de la naissance de leur fils *Jean*.
La Sauve (Gironde), 13 mai 1939.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Professeur NICOLAS, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris ; du Docteur DÉTIS, de Suresnes, père du Docteur Détis, médecin légiste à Versailles ; du Docteur LEGRAIN, médecin en chef honoraire des asiles de la Seine ; du Docteur Marcel PINARD, médecin de l'hôpital Cochin.

— Le Docteur LETOURMY, de La Capelle-Rainethun (par Boulogne-sur-Mer), et Madame LETOURMY, ont la douleur de faire part de la perte cruelle qu'ils viennent d'éprouver en la personne de leur cher petit *Jean-Claude*, enlevé brutalement à l'affection des siens, à La Capelle, le 17 mai 1939, à l'âge de huit mois.

— Le Docteur Galinier, de Trouillas (Pyrénées-Orientales), Monsieur René Galinier, pharmacien à Luc-sur-Orbieu (Aude) et leur famille ont la douleur de faire part de la mort de leur regretté père, M. François GALINIER, pharmacien à Luc-sur-Orbieu (Aude), décédé subitement le 2 mai 1939, à l'âge de 69 ans.

◆ ◆

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Tarif des frais médicaux

Arrêté ministériel du 5 mai 1939

(Extraits)

J. O., 18 mai 1939

Nous donnons ci-dessous les principales modifications et additions apportées au tarif. Nous en publierons le texte complet dans notre prochain supplément mensuel.

N. D. L. R.

. . . .

Article 12

L'anesthésie locale, superficielle ou profonde est comprise dans tous les prix du présent tarif.

L'anesthésie des plexus d'origine et l'anesthésie rachidienne donnent toujours lieu à un honoraire de 80 francs.

L'anesthésie générale donne lieu à un honoraire de 80 francs à condition qu'elle soit pratiquée par un médecin autre que l'opérateur.

Article 18

. . . .

Réfection plâtre ordinaire (moitié du prix indiqué

pour le plâtre primitif avec maximum de 100 francs).
(*Au lieu de : réfection plâtre ordinaire* : 100 francs).

. . . .

Article 20

. . . .

Traitement spécial de brûlures étendues ou multiples, sous anesthésie générale, par brossage et tannage ou procédé analogue : 415 francs.

. . . .

(*Addition*).

Article 24

. . . .

Paracentèse du tympan : 300 francs.

. . . .

(*Au lieu de* 100 *francs*).

Article 27

3° *Electrologie*

L'électro-diagnostic.

. . . .

Recherche de la chronaxie : 500 francs.

. . . .

(*Addition*).

Article 28

Kinésithérapie.

. . . .

Mobilisation par appareil de mécanothérapie, la séance avec ou sans massage :

1° Mécanothérapie active . . . . 17 »
2° Mécanothérapie passive par moteurs inanimés . . . . 30 »

(*Au lieu de* 22 fr. 50).

OBSERVATIONS

1° Au cas où deux de ces interventions auront été pratiquées dans la même séance sur deux membres différents, le prix de l'une des deux sera diminué de moitié. Cependant, si plusieurs de ces interventions ont été pratiquées sur le même membre dans une même séance, elles ne compteront que pour une seule séance ;

2° Tout traitement par séances de kinésithérapie et de mécanothérapie devra être prescrit par le médecin traitant, d'accord avec le médecin de l'employeur ou de son assureur substitué, sur demande techniquement motivée du médecin traitant, par lettre recommandée.

(*Addition*).

Article 29

Examens biologiques

Le tarif applicable pour les examens biologiques est celui prévu pour ces examens par le tarif des frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail.

(*Modification*).

TITRE V

Soins aux hospitalisés

Article 30

Les honoraires à l'hôpital public et en clinique privée incombant aux employeurs sont soumis aux dispositions générales suivantes :

Les honoraires de l'acte opératoire ou de l'intervention sont les memes que ceux prévus au présent arrêté pour les soins au domicile et au cabinet, sous les réserves suivantes :

a) Les pansements qui figurent au paragraphe 1er de l'article 16 du titre II, les actes inscrits aux autres paragraphes du titre II et au titre IV avec un prix inférieur à 40 francs, les séances de massage et de mobilisation ne donnent pas lieu à un honoraire au profit du médecin de l'hôpital dans le service duquel se trouve le blessé, ou du médecin de la clinique ;

b) Toute journée d'hospitalisation donne lieu à un honoraire forfaitaire journalier de 6 francs au profit du médecin de l'hôpital dans le service duquel se trouve le blessé, ou du médecin de la clinique.

Toutefois, la journée d'hospitalisation, qui donne lieu à un honoraire à l'acte, au profit du chef de service d'hôpital ou du médecin de la clinique, ne comporte pas d'honoraire forfaitaire journalier pour le même praticien ;

c) Si, au cours de l'hospitalisation, un acte de spécialité est pratiqué, à la demande du chef de service ou du médecin de la clinique, par un spécialiste autre que le chef de service ou le médecin de la clinique, cet acte, quel qu'en soit le prix, sauf s'il s'agit de séance de massage ou de mobilisation, donne lieu à un honoraire au profit du spécialiste qui l'a exécuté, au tarif prévu pour les soins au domicile et au cabinet.

En ce cas, avis préalable doit être donné par lettre recommandée à l'employeur ou à son assureur substitué ; en cas d'urgence, la notification doit être faite aussitôt après la première des interventions susvisées.

Article 31

Sont applicables aux soins donnés à l'hôpital ou à la clinique, les dispositions des articles suivants des titres Ier à IV :

Article 3, paragraphe *b*) ;
Article 4 ;
Article 6 ;
Article 8 ;
Article 9 ;
Article 10, deuxième alinea ;
Article 11, dont le premier alinéa est ainsi modifié en ce qui concerne les soins à l'hôpital ou en clinique : « Quand un aide-opératoire qualifié est nécessaire, ses honoraires sont limités à la moitié des honoraires du chirurgien, avec maximum de 80 francs » (1);
Article 12 ;
Article 14 (abstraction faite des actes dont le prix est inclus dans l'honoraire forfaitaire journalier).

TITRE VI

Soins dispensés par les infirmiers diplômés d'Etat visés au décret du 27 juin 1922 et au décret du 8 février 1938.

Article 32

Ces infirmiers diplômés d'Etat ne peuvent réclamer d'honoraires que pour des soins donnés par eux sur ordonnance qualitative et quantitative du médecin du blessé et sous sa surveillance générale

Article 33

Pansements simples :		
Unique	10	»
Multiples sur le même membre	12	»
Multiples sur des membres différents	15	»
Séance de massage :		
Sur un seul membre	12	»
Sur plusieurs membres	18	»
Injection sous-cutanée ou intra-musculaire	8	»
Pose de ventouses sèches	10	»
Pose de ventouses scarifiées	12	»

Article 34

Lorsque ces mêmes actes doivent être dispensés au domicile du blessé, l'infirmier diplômé d'Etat a droit, en outre, à une indemnité de déplacement fixée à :

3 francs dans les communes de 100.000 habitants et au-dessus.

1 fr. 50 dans les communes de 50.000 à 100.000 habitants.

1 franc par kilomètre parcouru si l'infirmier et le blessé habitent des communes différentes.

Article 35

En cas d'assistance du médecin traitant à une séance de soins dispensés par un infirmier diplômé d'Etat, le cumul des honoraires du médecin et de l'infirmier est interdit.

....

Article 39

Le présent arrêté prendra effet le 1er janvier 1939 et aura une durée d'un an au moins à compter de cette date.

Toutefois, les honoraires déjà réglés ne donneront pas lieu à un rappel.

Article 40

Sont rapportées toutes dispositions contraires à celles du présent arrêté.

Annexe a l'article 2

Des modifications importantes ont été apportées à la liste des localités donnant lieu à des indemnités spéciales pour frais de déplacement. V. « Supplément mensuel » de juin 1939. — N. D. L. R.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Hôpitaux psychiatriques

Par arrêté en date du 4 mai 1939, Mlle le Docteur Rousset, médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Sarreguemines, a été affectée à l'hôpital psychiatrique de Stephansfeld, en remplacement de M. le Docteur Spitz, admis à faire valoir ses droits à la retraite. (*J. O.*, 9 mai 1939.)

Protection de l'enfance

Décret du 6 *mai* 1939 *relatif à la composition des commissions départementales de la natalité et de la protection de l'enfance.*

L'article 1er du décret du 4 décembre 1930 est complété ainsi qu'il suit :

« D'un médecin désigné par le préfet sur une liste de propositions en nombre double présentée par l'Association des médecins pères de famille nombreuse, s'il en existe dans le département. »

(*J. O.*, 12 mai 1939.)

Service de santé militaire

Par décision du 2 mai 1939, les élèves officiers de réserve (médecins), ci-après désignés sont nommés au grade d'aspirant et sont maintenus dans leur affectation actuelle :

Au grade de médecin aspirant

Les élèves officiers de rés. (méd.) : (rang du 5 avril 1939) Ceoara, rég. de Paris ; Negreanu, rég. de Paris ; Hulot, 2e rég. ; Veisman, 6e rég. ; Rudmeau, 18e rég. Streusand, 20e rég.

Par décret du 1er mai 1939, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé, et, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les élèves officiers de rés. (médecins) : (rang du 5 avril 1939) Lenoir, rég. de Paris ; Masson, rég. de Paris ; Arsac, 1re rég. ; Lebecq, 1re rég. ; Leblanc, 1re rég. ; Bocquet, 2e rég. ; Chayvialle, 2e rég. ; d'Halluin, 2e rég. ; Farge, 3e rég. ; Holleville, 3e rég. ; Huet, 4e rég. ; Menand, 4e rég. ; Papin, 4e rég. ; Dehouck, 6e rég. ; Bloch, 6e rég. ; Linquette, 6e rég. ; Beyer, 7e rég. ; Clavert, 7e rég ; Crapez, 15e rég. Fabre, 15e rég. ; Desanti, 15e rég. ; Ozil, 15e rég. ; Roy, 15e rég. ; Souchon, 15e rég. ; Vidal, 16e rég. ; Berranger, 17e rég. ; Boue, 17e rég. ; Pujol, 17e rég. ; Borie, 18e rég. ; Chartrusse, 18e rég. ; Etcheverry, 18e rég. ; Pouyanne, 18e rég. ; Herbeuval, 20e rég. ; Herr, 20e rég. ; Millot, 20e rég. ; Raynaud, tr. de Tunisie ; Trouiller, troupes de Tunisie.

Voir la suite page LI-1533

PROPOS DU JOUR

LA MÉDAILLE LISTER EST DÉCERNÉE AU PROFESSEUR RENÉ LERICHE
LES NOUVELLES MÉTHODES POUR COMBATTRE L'INFECTION

Nous avons déploré l'interruption du cours de médecine du Professeur René Leriche au Collège de France pour des raisons administratives, que nous ne connaissons pas exactement. La chaire de médecine, qui avait été toujours occupée au Collège de France depuis ses origines, même pendant la tourmente révolutionnaire, avait trouvé dans l'éminent professeur de clinique chirurgicale de Strasbourg, M. René Leriche, le digne continuateur d'une lignée de maîtres illustres, tels que Laënnec, Magendie, Claude Bernard, Brown-Séquard et Ch. Nicolle.

A la fois chirurgien habile, savant biologiste et professeur éloquent, M. René Leriche remplissait toutes les conditions pour maintenir la grande réputation de l'enseignement de la médecine au Collège de France. Il était un des rares chirurgiens qui dans notre pays avait étendu le domaine de la chirurgie par des recherches scientifiques originales.

La haute valeur du Professeur René Leriche vient d'être reconnue en Angleterre, où vient de lui être attribuée la médaille Lister.

Cette médaille, qui est décernée tous les trois ans à un chirurgien émérite, quelle que soit sa nationalité, depuis 1924 est accompagnée d'un prix de 500 livres sterling. Cette fondation provient d'une partie de la souscription ouverte en Grande-Bretagne à la suite de la mort de Lister pour honorer sa mémoire.

L'attribution de la médaille est faite par un Comité composé des notabilités les plus représentatives de la science et de la chirurgie britannique : deux membres de la Royal Society, deux délégués du Collège royal des chirurgiens d'Angleterre, un représentant du Collège royal des chirurgiens d'Irlande, de l'Université d'Edimbourg, dont fit partie Lister et de l'Université de Glasgow. Le Professeur R. Leriche est le sixième chirurgien, à qui a été décernée la médaille Lister.

Obéissant à la tradition, lors de la remise de la médaille dans la grande salle du Collège royal des chirurgiens d'Angleterre, le nouveau lauréat fit une conférence. Le sujet, que traita magistralement, M. Leriche fut « La conception listérienne en 1939 ». La *Presse médicale* du 10 mai a reproduit en partie ce magnifique discours, où le conférencier expose les nouvelles méthodes sur le traitement antiseptique des plaies et la lutte contre l'infection par des agents chimiques.

M. R. Leriche pose d'abord en principe que, pour obtenir la désinfection et la cicatrisation des plaies, soit spontanément, soit par l'application des antiseptiques, il est indispensable que les plaies soient « mises à plat », qu'elles ne présentent ni bords déchiquetés, ni anfractuosités. La seconde condition pour obtenir la guérison est l'immobilisation rigoureuse et prolongée.

M. R. Leriche a ensuite exposé une méthode, qu'il a adoptée pour combattre l'infection, et, qu'il dénomme la *listérisation par voie intra-artérielle*. Cette méthode primitivement appliquée il y a plus de dix ans par Reynaldo dos Santos, consiste à injecter à travers la peau dans l'artère maîtresse, qui correspond au territoire atteint, de la gonacrine ou du mercurochrome.

Dans sa clinique de Strasbourg, le Professeur Leriche a obtenu de très nombreuses guérisons dans les arthrites suppurées, les ostéomyélites débutantes, les lymphangites, les infections prégangréneuses des artéritiques en injectant une solution aqueuse de mercurochrome dans l'artère. Cette désinfection par voie artérielle, avec les espoirs que permettent d'envisager les progrès de la chimiothérapie et l'emploi des sulfamides, constituerait d'après M. Leriche un immense progrès.

A côté de la listérisation intra-artérielle qui s'attaque au microbe, M. Leriche préconise la *novocaïnisation intra-artérielle*, qui atteint les mécanismes mêmes de l'infection et peut arrêter physiologiquement les conséquences de l'infection.

Cette conférence, où l'éminent chirurgien de Strasbourg a exposé le résultat de ses recherches biologiques appliquées à la chirurgie, et qui laisse entrevoir la guérison d'infections graves, qui exigeaient encore hier de grands délabrements et de déplorables mutilations, donne la mesure de sa valeur et nous fait regretter encore plus vivement l'interruption de son cours au Collège de France.

J. Noir.

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE D'UNE DES MEILLEURES DE NOS ŒUVRES DE BIENFAISANCE ET LA PLUS ANCIENNE

L'*Association des médecins de la Seine* vient de tenir son Assemblée générale. Rappelons que cette Association est la plus ancienne des œuvres médicales de Bienfaisance, puisqu'elle a été fondée et dotée par le Doyen Orfila en 1833.

Le président, M. le Professeur Rathery, a tenu, dans un discours très émouvant à bien exprimer le but et le caractère de l'Association. C'est une société, dont l'action est limitée au département de la Seine, où exerce d'ailleurs plus du quart de la totalité des médecins français. Elle n'est pas une société de secours mutuels et ne s'occupe pas d'intérêts professionnels ; c'est une œuvre de bienfaisance, disons franchement de charité, bien que cette vertu si belle ne soit plus guère à la mode. Elle distribue ses ressources à ses membres, à leurs veuves, à leurs orphelins quand ils sont dans le besoin après enquête. Elle secourt même, mais dans une mesure beaucoup plus modeste, les membres de la famille médicale de la Seine qui ne font pas partie de la Société.

L'Association des médecins de la Seine est gérée par le bureau assisté d'un Comité de quarante membres, à qui sont confiées les enquêtes. La discrétion la plus absolue est assurée à ceux qui ont recours à l'Association.

M. le Docteur Fernet, secrétaire général, a, dans un rapport très applaudi, fait l'éloge nécrologique des sociétaires décédés. Cette année l'Association compte parmi eux des médecins éminents comme le Docteur Béclère, le Professeur Crouzon, le Docteur Darier, le Docteur Leven, etc... M. Fernet rend tout particulièrement hommage à deux praticiens qui se sont plus parti culièrement dévoués à l'Associaton : les Docteurs Barbier et Pamart.

Le trésorier, M. Genouville, qui remplit ces fonctions depuis plus de vingt ans, avec un dévouement et une ponctualité admirables, et a succédé à son père, est la cheville ouvrière de l'Association. Il nous apprend que l'avoir est actuellement de *cinq millions*, que 132.000 francs ont été distribués au cours de l'année 1938, dont 97.000 francs de secours. Les pensions données aux sociétaires dans la détresse peuvent atteindre 3.600 francs.

Il rappelle que l'Association des médecins de la Seine gère un certain nombre de legs, dont la destination a été fixée par les donateurs :

Le *legs Marquis*, dont les arrérages sont destinés à être distribués aux veuves et orphelins de médecins ;

Le *legs Moulin-Desnos*, qui permet de donner des bourses dans un lycée de Paris à des enfants de médecins français ;

Le *legs Soudry*, dont les revenus sont destinés à donner des bourses de 1.200 francs à 1.800 francs de jeunes Français laborieux, de bonne conduite et de bonne santé. Ces bourses peuvent être attribuées à des jeunes gens de 15 à 28 ans. Exceptionnellement elles peuvent être maintenues jusqu'à 30 ans et même 35 ans.

Ajoutons à ces legs le *fonds du Centenaire*, constitué par le Professeur Bazy avec des dons recueillis lors de la célébration du Centenaire de l'Association, qui est destiné surtout à secourir les jeunes gens en cours d'études.

Le Bureau de l'Association des médecins de la Seine est ainsi constitué pour 1939 :

Président : M. le Professeur Rathery ; *Vice-présidents* : MM. Michon et Noguès ; *Secrétaire général* : M. Fernet ; *Secrétaire adjoint* : M. Justin Besançon ; *Trésorier* : M. Genouville ; *Trésorier adjoint* : M. Fège ; *Archiviste* : M. Grimbert.

Nous faisons un pressant appel en faveur de cette Association, dont les frais de gestion sont insignifiants grâce au dévouement et au désintéressement de ceux qui l'administrent et qui, sans bruit, soulagent de si poignantes misères. dans le Corps médical parisien. La cotisation annuelle est de *cinquante francs* (1).

J. N.

(1) Demander des renseignements au Docteur Fernet, secrétaire général, 11, rue de Sontay, ou au Docteur Genouville, trésorier, 75, rue de Lille.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR LES MANIFESTATIONS PSYCHIQUES ET NEURO-VÉGÉTATIVES DE LA DIATHÈSE SPASMOPHILE CHEZ L'ADULTE

Par le Docteur Jacques DECOURT
Médecin de l'Hôpital Lariboisière

Dans un article intitulé « Le syndrome spasmophilo-sympathicotonique et son traitement », MM. Gilbert-Dreyfus et G. Radzievsky ont étudié récemment ici-même (1) les rapports unissant les éléments cliniques de la diathèse spasmophile à certaines manifestations psychiques et neuro-végétatives. Retrouvant, dans ce travail, sous un angle particulier, et sous un titre à mon avis discutable, des notions qu'à maintes reprises je me suis efforcé moi-même de mettre en relief depuis plusieurs années, je crois utile d'apporter sur ces faits quelques précisions.

Ne pouvant reprendre ici tous les aspects de la question, qui demanderaient de trop longs développements, je renvoie le lecteur à mes publications antérieures, où il trouvera, avec de nombreuses observations, soumises pour la plupart au contrôle biologique, un ensemble de faits cliniques et de considérations d'ordre physiopathologique et thérapeutique entièrement originaux.

Je crois, en effet, avoir été le premier, et à peu près le seul jusqu'à présent, à montrer tout l'intérêt qui s'attache à l'étude de la diathèse spasmophile chez l'adulte, à décrire les principales manifestations cliniques que l'on peut lui rattacher, à discuter sa nature, sa genèse et sa signification, à préciser enfin les indications thérapeutiques qui découlent de ces notions.

Mais, laissant de côté toute question de priorité, je voudrais surtout faire, à ce propos, quelques remarques inspirées par la lecture du travail de MM. Gilbert-Dreyfus et Radzievsky.

Il résulte de mes observations que l'on doit, du double point de vue clinique et pathogénique, distinguer plusieurs ordres de faits.

I. Dans certains cas, les plus explicites, les moins discutables, on voit nettement la part qui revient au terrain spasmophile (au sens de tétanie latente) dans l'éclosion de certaines crises d'angoisse, de certains troubles viscéraux qu'avant mes publications on ne songeait pas, chez l'adulte, à lui rapporter.

a) J'ai décrit en 1932 une *forme particulière de crise nerveuse empruntant à la fois ses éléments à la névrose d'angoisse et à la tétanie.* L'exemple que j'en ai rapporté, parmi bien d'autres absolument comparables, concerne une femme que j'ai pu suivre pendant huit ans, et soumettre à des examens biologiques répétés (1).

La crise est annoncée par une impression soudaine de tristesse et de crainte, accompagnée d'une sensation physique d'angoisse, avec oppression respiratoire, sensation de striction à la gorge. Bientôt apparaissent des sanglots bruyants, avec claquement des dents. Le tout se termine par une crise de tétanie typique. Dans l'intervalle des crises le psychisme peut être normal, mais l'état spasmophile se traduit par la persistance du signe de Chvostek, ou même du signe de Trousseau, et par une élévation des chronaxies.

Il est difficile de préciser quel est le phénomène primitif, si les modifications physiques apportées par une crise imminente sont la cause de l'anxiété morale, ou si cette dernière déclenche au contraire les phénomènes tétaniques. Il semble, en réalité, d'après les données de l'expérimentation clinique, que les deux ordres de phénomènes sont si intimement liés que l'apparition de l'un déclenche immédiatement celle de l'autre. En effet, les troubles physiques provoqués par l'hyperpnée volontaire font apparaître régulièrement les phénomènes physiques et psychiques de l'angoisse, suivis aussitôt par les contractures tétaniques. Inversement les perturbations apportées dans l'atmosphère psychique, par le mécanisme de l'émotion, et non de la suggestion, se montrent également capables d'engendrer les mêmes phénomènes avec un déroulement identique.

Il apparaît ainsi que certaines crises anxieuses paroxystiques sont intimement liées au terrain spasmophile. Chronologiquement, lors de la

(1) Le *Concours Médical,* An. LXI, nº 15, 9 avril 1939, p. 1011.

crise, le facteur psychique paraît être le premier en date, mais s'il devient efficient c'est à la faveur du terrain neuro-musculaire particulier qu'attestent la présence permanente du signe de Chvostek, celle, moins régulière, du signe de Trousseau, et l'élévation des chronaxies.

Dans des formes plus dégradées la crise d'angoisse existe seule, sans tétanie proprement dite. Mais il suffit d'une courte épreuve d'hyperpnée volontaire pour faire apparaître les contractures caractéristiques des extrémités.

Dans de tels cas les rapports de l'angoisse avec le terrain spasmophile sont indiscutables ; et la preuve en est fournie par l'action thérapeutique décisive exercée par l'administration de calcium en injections intraveineuses, et surtout d'ergostérol irradié (vitamine D), comme je l'ai, le premier, montré.

b) Dès longtemps instruit par ces faits j'ai indiqué ensuite la part qui revient au terrain spasmophile dans la genèse de certains troubles viscéraux traduisant un déséquilibre général des fonctions végétatives. C'est ainsi que j'ai pu montrer son intervention à l'origine de certaines crises gastriques, avec vomissements d'allure parfois incoercible, de certains accès asthmatiformes, de certaines crises de toux spasmodique, de spasme œsophagien, de hoquet, de crises côliques, etc... J'ai groupé ces faits sous le nom de *tétanies larvées* (7), parce que, différents dans leur aspect clinique des contractures de la tétanie, ils se montrent pourtant dans mes observations de même essence qu'elle, et possèdent le même mécanisme physiopathologique.

J'ai d'ailleurs précisé ma pensée sur deux points essentiels.

Tout d'abord je ne veux pas dire que les troubles fonctionnels signalés plus haut relèvent toujours du terrain spasmophile au sens où nous l'entendons. *La tétanie latente n'est qu'une forme étiologique particulière de l'hyperexcitabilité nerveuse et de la tendance aux spasmes.* Crises d'angoisse, toux spasmodique, hoquet, spasmes bronchiques, gastriques ou côliques sont des symptômes communs d'origines très diverses (4-5). Une lésion irritative locale, une sensibilisation d'origine anaphylactique, telle toxine microbienne ou tel poison chimique peuvent aussi bien les engendrer. Ailleurs, une excitation d'origine cérébrale, lésionnelle ou psychique, peut être également responsable. Il appartient précisément au clinicien de définir, dans chaque cas particulier, le facteur étiologique en cause. Pour invoquer une tétanie latente on devra se baser sur des arguments précis, tirés de l'examen clinique et humoral et de l'épreuve thérapeutique. C'est ce que je me suis appliqué à faire, dans mes publications, en montrant l'intérêt qui s'attache à l'étude du signe de Chvostek, du signe de Trousseau, de l'épreuve de l'hyperpnée volontaire, au dosage du calcium sanguin total et ionisé, du potassium, du pH et de la réserve alcaline, à la recherche de l'alcalose urinaire et à la mesure des chronaxies musculaires. J'ajoute d'ailleurs que les données cliniques sont généralement suffisantes.

J'ai insisté encore sur le fait que *le terrain spasmophile, même indiscutablement avéré, peut n'être qu'un élément favorisant, rendant plus aisée l'apparition d'une angoisse au d'un spasme viscéral dont la cause immédiate est ailleurs.* La variété même des troubles fonctionnels que l'observation des malades m'a permis de lui attribuer laisse d'ailleurs penser qu'il n'est pas, le plus souvent, le seul facteur en cause. Une inflammation légère des voies respiratoires, une irritation minime de l'œsophage consécutive à la déglutition d'un aliment dur, un trouble digestif, une infection vésiculaire discrète, un traumatisme émotionnel, peuvent être les facteurs occasionnels dont dépend le déclenchement d'une dyspnée asthmatiforme, d'un spasme œsophagien, d'une crise gastrique, vésiculaire ou côlique, d'un accès d'angoisse. Mais le terrain spasmophile, l'hypocalcémie ou l'alcalose qui le conditionnent, viennent alors expliquer l'intensité inaccoutumée des réactions fonctionnelles, en regard de facteurs étiologiques aussi minimes.

Ainsi s'explique, à mon sens, l'action remarquable, mais inconstante, qu'exercent parfois les sels de calcium, les rayons ultra-violets, l'ergostérol irradié ou les extraits parathyroïdiens chez des sujets atteints d'affections authentiquement organiques, comme l'asthme, la coqueluche, les cholécystites ou les côlites chroniques, les gastrites ulcéreuses.

Une remarque encore en passant. Les manifestations viscérales que l'on peut, dans certains cas, considérer sans discussion comme des formes larvées de la tétanie, traduisent surtout l'hypertonie et l'hyperexcitabilité du système para-sympathique. Il est aisé, d'ailleurs, de le comprendre, puisque, dans l'étude du fonctionnement des organes isolés maintenus en vie par des solutions artificielles, aussi bien que du point de vue pharmaco-dynamique, l'alcalose et le défaut d'ions calciques, facteurs habituels de la tétanie, ont les mêmes effets que l'excitation des nerfs parasympathiques (*). C'est pourquoi je ne trouve pas très heureuse l'expression de « syndrome spasmophilo-sympathicotonique » utilisée par MM. Gilbert-Dreyfus et Radzievsky. La vérité est que les spasmophiles sont avant tout des instables végétatifs, et que des bouffées « sympathicotoniques » peuvent alterner chez eux avec les phénomènes d'hypertonie para-

(*) *Cf* mon étude sur la physiologie et la pathologie générales du système nerveux végétatif dans l'*Encyclopédie médico-chirurgicale*.

sympathique, selon une règle bien connue en pathologie végétative. On sait d'ailleurs combien artificielle est l'opposition des deux syndromes dans la majorité des faits observés en clinique en dehors des grandes dystonies globales constitutionnelles.

II. C'est ici, d'ailleurs, que nous touchons à un second ordre de faits où l'intervention du terrain spasmophile, malgré la présence de certains de ses stigmates cliniques, ne peut être invoquée qu'avec beaucoup de réserves à l'origine des manifestations fonctionnelles présentées par les malades : je veux parler de la constitution émotive ou plus généralement névropathique, et de ses multiples conséquences, psychiques et neuro-végétatives, spécialement visées par MM. Gilbert-Dreyfus et Radzievsky.

J'ai longuement étudié ces faits (2-3-6), me basant sur un grand nombre d'observations dont la majorité figure dans la thèse de mon élève G. Defougy (9) consacrée à l'étude et à la signification du signe de Chvostek chez l'adulte. Ce signe ne saurait être considéré comme banal ; car sur 550 sujets adultes pris au hasard à la consultation externe de l'hôpital Beaujon nous ne l'avons rencontré que dans 7 % des cas, et le plus souvent à l'état d'ébauche, sa forme typique ne s'observant que chez 1 % des sujets. Par contre le signe de Chvostek se rencontre avec une singulière fréquence chez une catégorie de malades qui consultent pour une série de troubles fonctionnels comportant pour la plupart un élément psychique à type d'hyperémotivité anxieuse, et un déséquilibre des fonctions nerveuses végétatives. Ces troubles, très variables et souvent multiples chez un même sujet, peuvent être schématiquement groupés de la façon suivante :

Troubles cérébraux : céphalées, éblouissements, vertiges, insomnie.

Troubles thoraciques : sensations d'oppression, de striction rétro-sternale rappelant l'angor pectoris, sensations de boule œsophagienne, manifestations asthmatiformes.

Troubles abdominaux : douleurs solaires, gonflement épigastrique, brûlures d'estomac, coliques intestinales, constipation ou diarrhée.

Troubles circulatoires : palpitations, accès tachycardiques, bradycardie, refroidissement des extrémités, instabilité vaso-motrice, dermographisme.

Troubles génito-urinaires : dysurie, pollakiurie, pollutions nocturnes, impuissance sexuelle d'origine émotive.

Troubles moteurs : crampes musculaires au niveau des membres inférieurs ; crampes professionnelles.

Crises psycho-motrices : soit du type émotif (avec pleurs, sanglots, tremblement, claquement des dents), soit du type pithiatique.

Troubles psychiques : anxiété pure ou associée à une angoisse physique, hyperémotivité, craintes, phobies, scrupules, instabilité du caractère.

Malgré la variété de ces troubles, on reconnaît là une catégorie particulière de malades. Il va sans dire que tous les sujets présentant de tels troubles n'ont pas le signe de Chvostek ; mais on le rencontre chez eux avec une particulière fréquence.

Faut-il en conclure que la diathèse spasmophile (toujours entendue au sens de tétanie latente) est la véritable cause des nombreux troubles fonctionnels accusés par ces malades ? Je ne le crois pas. Comme je l'ai montré dans un récent travail, avec observations à l'appui (8) si les troubles humoraux qui sont à l'origine de la tétanie peuvent retentir sur l'équilibre psychique et créer l'angoisse, inversement des facteurs cérébraux peuvent engendrer de toutes pièces les manifestations cliniques de la tétanie. Selon l'expression que j'ai proposée, il existe des *tétanies neurogènes* que l'on peut opposer aux tétanies d'origine humorale. Et ce qui concerne la tétanie avérée s'applique aussi, naturellement, aux formes dégradées de la spasmophilie. Il est en effet démontré que certaines altérations des noyaux gris centraux et des voies motrices extrapyramidales peuvent déclencher des accès typiques de tétanie. J'en ai rapporté moi-même un exemple, concernant une hémitétanie consécutive à des altérations vasculaires cérébrales qui ont évolué par la suite vers un syndrome pseudobulbaire. On sait d'ailleurs que ce syndrome comporte fréquemment des troubles de l'émotivité. Mais à côté des faits de tétanie liés à des lésions anatomiques des centres nerveux, qui demeurent exceptionnels, on peut se demander si un simple dérèglement fonctionnel de ces mêmes centres n'est pas parfois en cause, autrement dit si certaines impulsions à point de départ psychique, sous l'influence de l'émotion ou de la peur, ne sont pas capables d'engendrer les manifestations objectives de la spasmophilie, comme elles engendrent par exemple des troubles vaso-moteurs, l'horripilation des poils, la sécrétion lacrymale, des coliques ou des troubles vésicaux, traductions banales des chocs émotifs. Ainsi certains états spasmophiles pourraient être, non plus la cause, mais l'effet de l'émotivité, ou tout au moins une simple manifestation parallèle à celle-ci, dépendant comme elle d'un dérèglement primitif des centres cérébraux de l'équilibre psycho-végétatif. Nos connaissances physiologiques ne s'opposent nullement à cette réversibilité.

On pourrait faire valoir en faveur de cette conception la variabilité même des désordres végétatifs rencontrés en pareil cas, pouvant affec-

◆◆◆

ter aussi bien le type ortho- que le type para-sympathicotonique, comme l'ont vu MM. Gilbert-Dreyfus et Radzievsky, alors qu'en cas de dérèglement primitivement humoral on conçoit mieux la prédominance habituelle du second type.

J'ai fait valoir aussi des arguments d'ordre biologique, notant en particulier l'absence de toute altération humorale (calcium total, ionisé et ultra-filtrable, pH, réserve alcaline, phosphore, potassium) dans la plupart des cas de tétanie ou de spasmophilie liés manifestement à un déséquilibre psycho-végétatif primitif (6-8).

On conçoit dès lors que, comme le montre l'observation clinique, la thérapeutique recalcifiante n'ait pas dans ces cas, tout en s'y montrant utile, l'action *décisive* qu'elle exerce dans ceux où le déséquilibre humoral est vraiment le fait primitif.

J'arrêterai là ces considérations qui, pour être vraiment intelligibles, exigeraient de trop longs développements. J'en retiendrai seulement des conclusions d'ordre pratique, que l'on peut condenser dans les propositions suivantes :

1° La diathèse spasmophile (ce terme étant entendu au sens de tétanie-latente) peut engendrer des désordres dans le domaine psychique (crises d'angoisse) et dans celui des fonctions végétatives. Ces faits peuvent être désignés sous le nom de tétanies larvées.

2° Pour les mettre en évidence nous disposons de tests cliniques : recherche des signes de Chvostek et de Trousseau, épreuve de l'hyperpnée volontaire, étude des chronaxies neuro-musculaires.

3° Mais le syndrome spasmophile ainsi mis en évidence ne comporte pas une signification physio-pathologique (et donc thérapeutique) univoque. Il convient encore de préciser s'il relève de facteurs humoraux (hypocalcémie, ou troubles de l'ionisation du calcium sous l'influence de l'alcalose) ou de facteurs primitivement cérébraux.

4° De toute façon la thérapeutique recalcifiante, à base de calcium et de vitamine D, mérite d'être tentée. Mais son action, décisive en cas de troubles humoraux, sera beaucoup plus limitée si le syndrome a pour cause première un dérèglement des centres cérébraux de la vie psycho-végétative.

5° Il ne faut pas oublier enfin que la diathèse spasmophile ne résume pas nécessairement à elle seule toute la maladie. Elle n'est bien souvent qu'un terrain particulier rendant plus évidents, excessifs, disproportionnés, des troubles fonctionnels dont la cause immédiate, organique ou psychique, doit être parallèlement recherchée et traitée pour son propre compte.

BIBLIOGRAPHIE

(*Les articles indiqués par un chiffre en caractère gras fournissent les vues d'ensemble les plus complètes sur la question*).

(**1**) DECOURT (Jacques). — Crises anxieuses paroxystiques et tétanie. *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 9 décembre 1932, pp. 1576-1581.

(2) DECOURT (Jacques). — Hyperémotivité anxieuse et spasmophilie. Action thérapeutique de l'ergostérol irradié. *Bulletin de la Société de thérapeutique*, séance du 8 mars 1933.

(**3**) DECOURT (Jacques). — Les indications du calcium et des agents fixateurs ou mobilisateurs du calcium dans les états d'hyperémotivité anxieuse. *Paris Médical*, 1er décembre 1934, n° 48, pp. 449-454.

(**4**) DECOURT (Jacques). — Le traitement médical des spasmes viscéraux. Rapport présenté à la séance solennelle de la Société de thérapeutique, le 9 octobre 1935. In *Bulletin de la Société de thérapeutique*, t. XL, n° 8, pp. 313-336.

(5) DECOURT (Jacques). — Sur le traitement médical des spasmes viscéraux (spasmes vasculaires exceptés). *Paris Médical*, n° 49, 7 décembre 1935, pp. 469-476.

(6) DECOURT (Jacques) et GUILLAUMIN (Ch.-O.). — Etude physico-chimique du sang de dix sujets adultes présentant le signe de Chvostek. *Comptes-Rendus de la Société de biologie*, séance du 10 mars 1934, t. CXV, p. 1048.

(**7**) DECOURT (Jacques). — Les tétanies larvées chez l'adulte. *Synthèse*, VIe An., n° 4, avril 1938, pp. 17-24.

(8) DECOURT (Jacques) et TARDIEU (Guy). — Les tétanies neurogènes. *La Presse médicale*. An. XLVII, n° 25, 29 mars 1939, pp. 469-472.

(9) DEFOUGY (G.). — Le signe de Chvostek chez l'adulte. Thèse de Paris 1934 (Le François, édit.).

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE VU PAR UN MÉDECIN

Par le Docteur L. JULLIEN

Médecin général du cadre de réserve

Lorsqu'un tuberculeux est envoyé en consultation auprès d'un chirurgien en vue d'un traitement chirurgical éventuel de ses lésions pulmonaires, il se présente généralement porteur de renseignements très sommaires sur son état actuel et à peu près nuls sur son histoire pathologique au cours des mois précédents. De plus l'état de ce malade dénote souvent chez le médecin qui l'a envoyé en consultation une connaissance imprécise des ressources et des possibilités de la chirurgie thoracique ainsi que de sa place dans l'ensemble de notre thérapeutique antituberculeuse. Je voudrais ici, dans un schéma précis et concis sans cesser d'être exact, résumer les éléments du problème et indiquer les renseignements que le chirurgien doit posséder pour apprécier l'opportunité de son intervention et en fixer les modalités.

***

Le traitement de la tuberculose est dominé par un POSTULAT qu'il ne faut jamais perdre de vue : « *Tout poumon tuberculeux possède un coefficient intrinsèque de guérison que notre thérapeutique doit favoriser ; ce coefficient est quelquefois bridé par des obstacles extrinsèques que le traitement a pour mission de rompre* ».

***

A l'origine de toute décision thérapeutique doit se poser l'appréciation de ce coefficient, personnel à chaque malade, par une observation minutieuse avec mise au repos dans des conditions satisfaisantes de discipline, d'aération et d'alimentation. La preuve étant faite de l'inaptitude à la guérison spontanée, alors sonne *l'heure de la collapsothérapie.*

L'indication majeure est fournie par les lésions fibro-caséeuses unilatérales, cavitaires avec expectoration bacillifère. La contre-indication majeure est fournie par les lésions bilatérales à tendance extensive avec état général médiocre. Entre les deux se place une infinité de cas dont il est aujourd'hui hors de mon propos de discuter les indications.

La collapsothérapie doit être d'abord tentée par le pneumothorax médical intrapleural (méthode de Forlanini). *Le traitement chirurgical de la tuberculose ne peut être que le recours contre les pneumothorax irréalisables et contre certains pneumothorax inefficaces.*

Un pneumothorax ne peut être considéré comme irréalisable que lorsqu'il a été loyalement essayé par plusieurs tentatives d'insufflation faites dans différentes régions de la paroi thoracique : axillaire, dorsale, sous-claviculaire.

Un pneumothorax est inefficace quand après six mois d'insufflations régulières, ayant réalisé un collapsus total ou partiel, l'expectoration reste bacillifère.

Cette inefficacité peut être due à une évolution contro-latérale ou à une inaptitude totale à répondre par de la sclérose aux sollicitations de la collapsothérapie. Il n'y a pas d'obstacles extrinsèques à détruire ; ces cas sont en dehors du domaine opératoire ; la seule ressource réside dans la cure sanatoriale avec ou sans chimiothérapie.

Le plus souvent l'inefficacité du pneumothorax résulte d'adhérences plus ou moins larges et serrées qui ne permettent qu'un collapsus partiel avec persistance de cavernes béantes. La méthode de Forlanini doit être complétée par *la pleuroscopie* et, éventuellement, par *la section par voie endopleurale des brides* que le pleuroscope aura montrées susceptibles d'être efficacement coupées sans danger (méthode de Jacobeus).

Si les adhérences sont étendues et serrées, si la section des brides par voie endopleurale s'avère impossible, dangereuse ou inopérante, alors c'est *l'heure chirurgicale* : elle sonne dès que le pneumothorax médical intrapleural s'est révélé impraticable et lorsqu'un pneumothorax, régulièrement entretenu pendant six mois concurremment avec une cure sanatoriale, reste inefficace en raison d'adhérences non justiciables de la section par voie endopleurale.

***

Les interventions chirurgicales possibles sont actuellement : 1° l'exérèse ou l'alcoolisation du nerf phrénique ; 2° le pneumothorax extrapleural chirurgical ; 3° la thoracoplastie.

Actions sur le phrénique. — Elles se proposent de réaliser la mise au repos du poumon par suppression définitive (phrénicectomie) ou tempo-

raire (alcoolisation) de l'action mécanique du diaphragme. Il est possible que son action soit plus complexe et qu'interviennent des influences trophiques et vaso-motrices résultant de la suppression anatomique ou fonctionnelle des filets sympathiques mêlés aux fibres du nerf phrénique arraché ou alcoolisé. Quoi qu'il en soit, les interventions sur le phrénique sont très capricieuses dans leurs résultats et les indications de la phrénicectomie sont de plus en plus restreintes au fur et à mesure des progrès réalisés dans la technique de la thoracoplastie. Elle n'est raisonnablement à envisager qu'en cas de caverne isolée en plein parenchyme sain à l'exclusion de la région apicale, sans relation directe avec les adhérences qui se sont opposées à la réalisation du pneumothorax. Pratiquée pour des lésions du sommet, la phrénicectomie a le grave inconvénient de supprimer fonctionnellement une base pulmonaire d'autant plus utile que le sommet respire moins bien. Considérée comme un temps préparatoire à la thoracoplastie, elle apparaît comme un contresens puisqu'elle a ici encore pour résultat de supprimer fonctionnellement une base dont l'opéré aura besoin quand son sommet aura été collabé à la faveur de la thoracoplastie. En réalité les interventions sur le phrénique paraissent indiquées seulement lorsque, du fait de la localisation et du caractère des lésions, on peut espérer pouvoir éviter une thoracoplastie, opération toujours sérieuse et quelque peu mutilante malgré les progrès réalisés dans sa technique : décision à discuter à l'occasion de chaque cas particulier entre le médecin et le chirurgien, tous deux phtisiologues.

***

Pneumothorax extrapleural chirurgical. — Application moderne de l'ancienne apicolyse avec plombage (apicolyse gazeuse), permettant des décollements plus étendus, le pneumothorax extrapleural chirurgical (P. E. C.) réalise la libération du sommet pulmonaire recouvert de ses deux feuillets pleuraux adhérents par clivage manuel ou instrumental au niveau du tissu cellulaire sous-pleural entre le plan pleural et le plan périoste-muscles intercostaux. Le sommet ainsi libéré sur toutes ses faces, s'affaisse plus ou moins suivant le potentiel de rétractilité conservé par le tissu pulmonaire, créant ainsi une cavité extrapleurale qui, après la fermeture de la plaie opératoire, doit être régulièrement insufflée comme les poches gazeuses du pneumothorax intrapleural ordinaire.

Le pneumothorax extrapleural chirurgical est une opération moins bénigne que ne semble le faire présumer son nom d'allure anodine. Il exige une technique impeccable, d'autant plus délicate que les lésions cavitaires sont plus proches du plan pleural. Le clivage peut être rendu très difficile par la sclérose péripleurale ; des déchirures peuvent se produire ; les hématomes secondaires sont fréquents avec suppuration secondaire. Il nécessite des réinsufflations aussi obsédantes que celles du P. I. M. Si un pourcentage intéressant de résultats favorables est actuellement publié, ces résultats manquent encore du recul nécessaire pour permettre de se prononcer sur leur solidité et pour porter un jugement définitif. Ce qu'on peut affirmer, c'est que le pneumothorax extrapleural chirurgical est fort intéressant si on le compare aux thoracoplasties totales exécutées suivants les techniques préconisées au début de la chirurgie thoracique, techniques très mutilantes, obérées d'une lourde mortalité opératoire. Il perd de son intérêt en face des thoracoplasties partielles exactement adaptées à la demande des lésions.

Il faut cependant noter une indication particulière du pneumothorax extrapleural chirurgical. Opération moins choquante que la thoracoplastie, exécutée en un seul temps au lieu des trois ou quatre séances opératoires nécessitées le plus souvent par cette dernière, il s'applique à des lésions moins solidement stabilisées, chez des malades moins résistants. Il permettra alors dans l'état local et général un redressement à la faveur duquel la thoracoplastie définitivement libératrice pourra être pratiquée ultérieurement (pneumothorax extrapleural chirurgical de dépannage d'A. Maurer).

Nous ne pouvons pas passer ici sous silence le *pneumothorax extrapleural médical* quelquefois préconisé. Il consiste à créer le plan de clivage et à former la poche gazeuse à la seringue et au trocart. Méthode de force aveugle dans laquelle l'opérateur pousse le gaz devant lui sans savoir où il est et où il va ; technique dangereuse comme toutes les techniques aveugles, qui ajoute à ses risques opératoires l'inconvénient grave de trop souvent laisser passer l'heure chirurgicale.

***

La thoracoplastie. — Elle représente actuellement le plus sûr des recours contre les collapsothérapies médicales impossibles ou inefficaces. Les progrès réalisés dans sa technique au cours des cinq dernières années ont considérablement amélioré ses résultats à tous points de vue : opératoire, pulmonaire et plastique. Avec les thoracoplasties partielles, limitées aux besoins des lésions, nous sommes loin des délabrements et mutilations consécutifs aux techniques primitives. Les méthodes tomographiques introduites en radiologie doivent rendre encore plus précises les localisations opératoires. Mais les bons résultats ne sont obtenus que par une étroite

collaboration médico-chirurgicale ; ils exigent que le chirurgien « *pense phtisiologiquement* ». Ils sont aussi conditionnés par la plus ou moins grande aptitude à la rétraction et à la sclérose conservée par le tissu pulmonaire ; là encore nous retrouvons le coefficient intrinsèque de guérison sans lequel toutes nos tentatives sont vaines. Telle lésion considérable obéit parfaitement à une intervention limitée ; telle autre, plus discrète, fuira devant une plastie plus large mais mal adaptée à ses exigences. La thoracoplastie limitée exige du chirurgien une... plasticité intellectuelle qui donne la mesure des résultats obtenus.

Iin.en est pas moins vrai qu'on ne peut pas demander à la thoracoplastie plus qu'elle ne peut donner. Ses indications-types sont les cavernes situées dans la moitié supérieure du thorax, de préférence isolées, même volumineuses, sans tendance à la diffusion des lésions. Elle ne s'applique pas aux malades fébriles, même faiblement évolutifs ; elle exige un état général résistant avec tendance à un accroissement progressif du poids avec des lésions se traduisant par une expectoration bacillifère, mais stabilisées. Les lésions nécessitant la thoracoplastie doivent être unilatérales ; mais l'opération peut cependant être envisagée si le poumon opposé présente des images radiographiques anormales, même assez étendues, pourvu que la preuve soit faite par une observation prolongée que ces lésions sont cicatricielles ou éteintes.

Le malade doit donc se présenter au chirurgien porteur de documents relatant d'une façon précise son histoire clinique au cours des années précédentes, avec les résultats des plusieurs analyses de crachats et une série de radiographies échelonnées au cours des mois antérieurs, la dernière datant seulement de quelques jours. Ainsi le chirurgien possédera les éléments qui, complétés par les résultats de son examen personnel, lui permettront de prendre une décision motivée.

***

En somme, la chirurgie thoracique antituberculeuse est une chirurgie préventive des risques de généralisation et de poussées aiguës qui menacent toujours les tuberculeux chroniques. En asséchant leurs lésions et en stérilisant leur expectoration, elle favorise la cicatrisation définitive et elle permet au malade de reprendre une activité normale dans son milieu habituel. Mais elle est une chirurgie difficile, traumatisante pour le malade et nécessitant une technique impeccable mise en œuvre par un chirurgien très spécialisé.

Le but à atteindre est donc de diminuer le nombre des cas pour lesquels elle est nécessaire. Les défaillances du traitement médical, les collapsothérapies impossibles et inefficaces résultent le plus souvent de diagnostics retardés, de traitements tardifs ou mal conduits ; elles ont leur origine dans les difficultés économiques dans lesquelles nos malades sont obligés de se débattre, dans une organisation médico-sociale qui ne permet au malade de se soigner, ni assez tôt, ni assez longtemps ; toutes conditions qui lui font retrouver après une guérison précaire les conditions défectueuses d'existence qui seront à l'origine de ses rechutes comme elles l'ont été de sa première poussée. Le but est de guérir solidement le tuberculeux avant qu'ait sonné pour lui l'heure chirurgicale.

ABCÈS CENTRO-LINGUAUX

Affection importante et grave, souvent mortelle si elle est abandonnée à elle-même, souvent curable si elle est traitée par une thérapeutique chirurgicale appropriée. Elle a été bien étudiée, en 1934, par MM. Clermont et Fiévez. Tout récemment, M. P. Fabre (de Toulouse) en a observé trois cas suivis de guérison, rapportés par M. Moulonguet à l'Académie de chirurgie.

Comme symptomatologie : un empâtement diffus de la région cervicale antérieure (sousmentale, sous-maxillaire), de la fièvre, un état général inquiétant, du trismus, une langue ascensionnée, tuméfiée, de la dysphagie, de la dyspnée, tableau voisin de celui de l'angine dite de Ludwig. Or, ces troubles graves s'amendent rapidement par une incision cervicale médiane (technique de Clermont et Fiévez) allant jusqu'à la collection purulente centro-linguale.

Certes, une telle symptomatologie n'appartient pas exclusivement aux abcès centro-linguaux. Si les signes, en particulier, ont une prédominence latérale, il peut s'agir, comme le rappelle M. Truffert, d'abcès juxta-maxillaires, d'origine dentaire en général, qui nécessitent des incisions dans d'autres directions ; il n'en est pas moins important de penser, en pareille circonstance, aux abcès centro-linguaux et à leur thérapeutique. Il y a là une variété spéciale du groupe des angines dites de Ludwig.

P. LACROIX.

FAITS CLINIQUES

CURIEUSE HISTOIRE D'UNE GALE

Par Georges GARNIER
Ancien chef de clinique à la Faculté

Le 25 novembre dernier, un homme de 45 ans, courtier d'assurances vient me consulter et me raconte l'histoire suivante :

Il est atteint depuis trois mois, me dit-il, d'une intoxication alimentaire ». Je précise qu'il entend par là une éruption prurigineuse, qualifiée d'eczéma, par certains des médecins qui l'ont déjà examiné.

Cette éruption très démangeante le désespère depuis trois mois, car elle persiste malgré tous les traitements suivis. C'est en vacances qu'elle a débuté, et le malade accuse un rôti de porc d'en être le responsable.

Et lorsque je lui demande s'il a présenté quelques troubles digestifs à un moment donné, puisqu'il invoque avec insistance cette origine alimentaire, il reconnaît qu'il n'a jamais rien remarqué, pas la moindre indigestion, pas le plus petit vomissement ; mais ajoute-t-il « ce doit bien être une intoxication alimentaire, puisque ma femme et ma fille se grattent aussi depuis la même époque.

Il me raconte alors les étapes successives de cette affection :

Il a d'abord consulté un médecin (en ville) qui lui a dit que c'était un urticaire d'origine alimentaire, et lui a prescrit des lotions vinaigrées et de l'inotyol. L'éruption et le prurit ont continué.

Au bout de quelques semaines il se rend à l'hôpital Saint-Louis où on pose le diagnostic d'eczéma. On lui prescrit de la pâte à l'eau et de l'autohémothérapie (10 injections). On lui donne un régime très sévère supprimant toutes viandes de boucherie et ne l'autorisant à manger (en dehors des légumes verts) *qu'un peu de lapin ou de poulet*. Les jours passent et le patient se gratte toujours. Il abandonne l'autohémothérapie à la sixième injection.

Rebuté par les prescriptions officielles, il essaye maintenant les spécialités de la dernière page des journaux : le dépuratif Richelet, puis la solution n° 59 de l'abbé Chaupitre (spéciale pour eczémas secs). C'est en vain, il se gratte de plus belle, et l'éruption augmente, et pourtant, ajoute-t-il, je suis un régime si sévère, que moi qui mène une vie active, j'ai parfois l'après-midi une fatigue, une sensation de faiblesse que j'attribue aux restrictions alimentaires.

Mais il n'est pas le seul à se gratter, sa femme, sa fille en font autant.

Sa femme, en bonne épouse, suivait les mêmes traitements que lui, mais par procuration, si je puis dire sans aller voir les médecins.

Sa fille qui travaillait dans un bureau va consulter le médecin de son Administration. Celui-ci lui déclare que « c'est de l'insuffisance hépatique » et lui ordonne un régime sévère, sans viande en sauce, sans aliments gras, sans épices, sans coquillages, etc., et un traitement « pour le foie ».

Après cet interrogatoire instructif j'examine le patient :

Il présente sur tout le corps un prurigo à larges papules, dont certaines un peu urticariennes, œdémateuses. Ce prurigo généralisé présente toutes les localisations caractéristiques de la gale (à laquelle je pensais déjà en écoutant l'histoire de cette dermatose prurigineuse et familiale) l'emmanchure antérieure des aisselles, les coudes à la face postérieure, les poignets, le fourreau de la verge, les bourses, la pointe interne des fesses. Il existe même d'assez nombreux éléments dans le dos ce qui est moins fréquent habituellement.

Je demande alors à examiner sa fille qui l'accompagne et je constate une éruption de gale typique.

Ce diagnostic de gale qui se présentait à l'esprit après l'interrogatoire, est pleinement confirmé par l'examen

Je prescris donc :

Après un bain savonneux, alors que le corps est encore humide, faire sur tout le corps (sauf la face) avec un pinceau plat dit « queue de morue » un badigeonnage de :

Benzoate de benzyle	ââ 50 grammes
Alcool à 90°	
Savon mou	

laisser sécher quelques minutes et appliquer une deuxième couche.

Le lendemain prendre un bain savonneux, changer le linge de corps et le linge de lit. Faire désinfecter les vêtements qui n'ont pas été portés pendant le jour du traitement.

Suite des évènements. Le malade est revu quatre jours après. Il ne se gratte plus et se déclare enchanté. Toute la famille a fait le traitement et a constaté les mêmes heureux résultats.

Commentaires

Si je rapporte cette histoire de gale, ce n'est pas parce qu'elle comporte des erreurs de diagnostic en série, c'est surtout parce que ces erreurs n'ont pu être faites qu'à cause d'un état d'esprit médical, contre lequel on ne saurait trop s'élever. En effet, les différents médecins, qui ont examiné ce patient ou sa fille, ont tous été obsédés, c'est certain, par cette histoire d'intoxication alimentaire. Sans en faire la preuve, on a plus ou moins admis cette hypothèse, en parlant d'urticaire alimentaire, d'eczéma, voire d'insuffisance hépatique.

Et pourtant en dehors de l'urticaire banal, quelle rareté que les éruptions d'origine alimentaire.

D'autre part, y a-t-il une plus grosse faute contre le bon sens que de poser un diagnostic *pathogénique* (insuffisance hépatique) sans faire le diagnostic de la lésion elle-même ?

Que faut-il penser enfin du régime sévère prescrit à ce malade pour cet eczéma (toute erreur de diagnostic mise à part) ?

On abuse des restrictions alimentaires dans les dermatoses, et si les régimes se justifient chez certains obèses, chez les diabétiques, des alcooliques, des goutteux, que de fois, au contraire, où ces prescriptions diététiques n'ont d'autre résultat que de fatiguer le malade.

Défions-nous de ces diagnostics pathogéniques qui font plaisir aux malades (sur le moment) mais leur apportent rarement le soulagement qu'ils sont venus nous réclamer.

LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE AU GOUT DU JOUR

■ ■ ■

Patience et esprit de décision, vertus cardinales de l'accoucheur

D'après le Docteur P. BALARD (*)

Chirurgien en chef de la Maternité de Bordeaux

SAVOIR ÊTRE PATIENT, ET, LE CAS ÉCHÉANT DÉCIDÉ, EXIGE UNE MAÎTRISE PARTICULIÈRE DE NOTRE ART

« Patience n'est pas synonyme d'inertie et d'insensibilité, et il y a plus de mérite à être patient par raison et par conscience de ses responsabilités que par apathie personnelle ; d'ailleurs, l'esprit de décision est justement le correctif nécessaire, qui doit limiter la patience, pour se substituer à elle au moment opportun. »

Contrairement à une opinion communément admise dans le public, il y a relativement peu de cas véritablement urgents en obstétrique. Il faut entendre par là ceux que *rien ne pouvait faire prévoir*, et qui réclament une intervention immédiate, ceux qui autorisent toutes les initiatives et couvrent ainsi toutes les interventions, même si elles sont osées par des gens insuffisamment qualifiés.

D'autre part, l'urgence naît souvent d'un manque de surveillance, et non moins souvent d'initiatives intempestives ou maladroites, qui ont brusquement aggravé la situation. Ainsi, la rupture utérine (un des rares cas d'urgence) doit-elle, en principe, et peut-elle, en pratique, être prévue par une surveillance attentive, lorsqu'elle survient au cours du travail. Quant aux hémorragies, tout au moins celles de la délivrance (autre cas d'urgence), elles sont trop souvent provoquées par une faute de technique et par une hâte intempestive à forcer la sortie du placenta, pour qu'on puisse les déclarer totalement imprévisibles, alors que l'intervention, devenue soudain impérieuse, pouvait justement être évitée par une plus grande patience.

Car la patience nécessite précisément la connaissance exacte de la physiologie utérine et de la mécanique obstétricale, afin de pouvoir contrôler leur bonne marche, en prévoir les anomalies, et surtout pour ne rien faire qui soit susceptible de les perturber. Aussi, convient-il de baser cette patience sur un examen minutieux et sur un diagnostic certain.

Mais il est des moments, où la patience n'est plus de mise, où elle peut même, si elle se prolonge, devenir dangereuse : c'est alors que doit entrer en jeu l'esprit de décision, seconde vertu cardinale de l'accoucheur.

Choisir le moment précis, où il convient de prendre un parti après avoir temporisé, reste encore un point très délicat de notre art. D'ailleurs, la décision et la méthode de l'opérateur, appuyées sur un sang-froid calme et résolu, conditionnent autour de lui (parturiente et famille) la confiance tranquille ; elles constituent aux moments critiques la meilleure sauvegarde des intérêts maternels et fœtaux. L'accoucheur ne doit-il pas alors intervenir sans délai, non pas comme le chirurgien dans un cadre hospitalier bien adapté, mais souvent dans un milieu de clientèle, où tout est improvisation, où il ne dispose que d'un matériel de fortune, où il est aidé par des bonnes volontés certes, mais inexpérimentées et parfois décontenancées.

***

LA MISE EN PRATIQUE DE CES VERTUS CARDINALES DE L'ACCOUCHEUR

Déjà « le **diagnostic de grossesse** est souvent difficile dans les premières semaines et, selon le vieil adage, c'est ce diagnostic qui met particulièrement en péril la réputation du clinicien, puisque l'écoulement des jours suffit parfois à lui infliger un public démenti. Pourquoi donc se hâter à conclure ?

« Patience... Un second examen pratiqué quinze jours plus tard entraînera la conviction.

« Patience aussi et prudence vis-à-vis des femmes, qui viennent chercher une confirmation de leurs craintes... La plupart du temps, votre diagnostic n'est guère hésitant, mais vous devez cependant volontairement faire croire à des difficultés spéciales expliquant votre réserve.

Le temps que vous gagnerez fera parfois hésiter la femme, et vous aurez évité un avortement ».

(1) *La Puériculture*, 10 avril 1939.

Mais la décision devra parfois l'emporter. L'examen clinique pratiqué précocement permet parfois, en effet, de soupçonner une grossesse extra-utérine. S'il ne s'agit que de craintes légitimes, mais non entièrement confirmées, la malade devra être néanmoins mise immédiatement en observation en milieu chirurgical ; l'opération devra être prévue et organisée, en cas d'accidents éventuels, pendant le temps nécessaire à l'observation clinique ou aux examens de laboratoire. Cependant, si le diagnostic est porté d'une façon certaine, l'opération devra être *immédiatement pratiquée.* Aucune temporisation n'est de mise, ni pour l'hospitalisation en cas de soupçon légitime, ni pour l'opération si le diagnostic est certain.

La grossesse évolue, mais certains signes font craindre un **avortement**.

« Patience, c'est-à-dire repos, laudanum, si l'on a la conviction qu'il s'agit d'un simple décollement spontané de l'œuf. Malgré des hémorragies répétées, on a parfois, en effet, l'heureuse surprise de voir la grossesse continuer. En tout cas, rien n'oblige à intervenir, tant qu'il n'y a pas le moindre signe d'infection. »

Par contre évacuation rapide de l'utérus, dès que l'avortement se présente comme inévitable, ou lorsque l'on possède l'aveu ou la preuve que des manœuvres ont été pratiquées. Même dans ce cas, la patience est encore parfois nécessaire, ou plutôt la prudence... Des malades, souvent même l'entourage, parfois du reste de bonne foi, accusent des vomissements graves, ou bien avouent d'emblée que des manœuvres abortives auraient été pratiquées, pour obtenir une évacuation chirurgicale de l'utérus avec toutes les garanties de sécurité désirable.

Néanmoins, s'il y a des signes d'infection, si la certitude existe que des manœuvres ont été pratiquées (aveu péniblement obtenu — fièvre — pertes fétides, etc...), l'indication opératoire est impérieuse. Il s'agit alors d'une opération d'urgence, que les commodités personnelles n'autorisent pas à renvoyer au lendemain. Du reste, dans l'avortement infecté, les résultats dépendent de la précocité de l'intervention.

« Conduite similaire en cas de **rétention fœtale « in utéro** ».

A une période plus ou moins tardive de la grossesse, la mort du fœtus ayant été constatée, on peut être sollicité d'intervenir en vue d'obtenir son expulsion. »

Sachant que cette rétention est absolument sans danger pour la femme, *tant que les membranes sont intactes,* et qu'en réalité l'infection de l'œuf ne se manifeste qu'à la faveur d'une lésion des membranes : se garder de toute manœuvre qui, non suivie d'effet immédiat, pourrait avoir pour conséquence d'apporter l'infection dans la cavité ovulaire. Se border à persuader la femme et son entourage, à les faire patienter et... à se persuader soi-même.

Par contre, si les membranes venaient à se rompre ou si une infection d'ordre général venait à se déclarer, laquelle, même n'étant pas d'emblée intra-ovulaire, pourrait fort bien par voie sanguine, infecter le contenu de l'œuf, d'où elle repartirait accrue — il convient d'évacuer sans délai l'utérus. Ici encore, l'esprit de décision devrait à un moment intervenir et corriger les dangers d'une patience sans limite.

A la fin de la grossesse patience pour fixer la **date de l'accouchement**. Tout le monde d'ordinaire voudrait le hâter. La gestante qui trouve son fardeau pesant, l'entourage qui est anxieux de l'événement, l'accoucheur et la sage-femme qui voudraient souvent être libres à date fixe...

Calmer d'abord l'impatience générale. Se souvenir que l'accouchement survient seulement en moyenne neuf mois *et huit jours* après la fin des dernières règles, et qu'il peut bien ne s'effectuer que dix mois moins quelques jours, après la fin de la dernière menstruation ; qu'il faut également tenir compte des grossesses survenues en période d'aménorrhée chez une femme mal réglée. Dans ces conditions, ne jamais assigner une date fixe à l'accouchement, mais, sans faire preuve d'hésitation, rester toujours dans une ferme mais prudente approximation ; ayant ainsi convaincu la femme et son entourage, on sera moins harcelé de questions.

Peut-on déclencher à date fixe un accouchement ? Est-on sûr de l'innocuité absolue des méthodes employées ?

« Il va sans dire que l'accouchement à date fixe, sans indication médicale, mais par convenance personnelle, n'autorise pas les manœuvres directes dans le col (sonde, ballon, décollement ou rupture des membranes), toujours susceptibles d'amener l'infection. Tout au plus, pourrait-on utiliser le procédé de Voron : huile de ricin, quinine, hypophyse. Mais, si cette technique donne des résultats assez constants et assez favorables chez les multipares, il n'en est pas toujours de même chez les primipares. Dans quelques cas, elle reste sans effet, comme si on était en quelque sorte en période réfractaire. Elle est enfin susceptible, dans certains utérus, à vrai dire peut-être prédisposés, de provoquer la contracture. »

Au cours de l'accouchement normal, patience et décision.

Patience pour calmer l'appréhension de la malade et la hâte de l'entourage ; patience aussi pour respecter les phénomènes naturels du tra-

vail, quand ils restent dans les limites du physiologique.

Et ici se pose l'irritante question de la *rupture des membranes.*

Certes, l'adhérence des membranes au segment inférieur ou leur défaut d'élasticité gêne l'ampliation de la poche des eaux, et contrarie l'ascension des fibres utérines du col.

Mais la prudence s'impose. « Notre carrière, dit le Professeur Garipuy, est suffisamment longue pour avoir été appelé quelquefois auprès de parturientes, qui avaient été mises en danger par une rupture intempestive des membranes. Il ne paraît donc pas prudent de décréter que, dès le début du travail, la poche d'eau doit être systématiquement rompue. Ceci demande une expérience obstétricale indiscutable, qui doit faire réserver la rupture au début du travail à des accoucheurs très expérimentés. »

Cependant « quand le travail est en train et la dilatation à cinq francs, la rupture des membranes hâte souvent la terminaison du travail, surtout lorsqu'il reste stationnaire ».

« Sachez patienter, vous souvenant que ce que l'on gagne ou ce que l'on croit gagner en vitesse, on le perd en sécurité » (Paucot).

La patience fera utiliser la spasmalgine, et non point les extraits hypophysaires. « Non seulement la spasmalgine est un sédatif général, mais elle lutte contre l'hypertonie du col ; elle fait cesser le spasme de la portion inférieure de l'utérus, sans affaiblir la vigueur des contractions utérines du corps. Ainsi s'explique qu'avec une atténuation de la douleur se produise l'heureuse et rapide terminaison d'accouchements, qui ne progressent pas.

« Les extraits hypophysaires employés sans discernement par certains opérateurs à la vue courte, parce qu'ils constataient avec leur utilisation une augmentation du nombre et de l'intensité des contractions, agissent inconsidérément sur le col et sur le corps utérin. Leur administration n'amène de bons résultats que chez les multipares, lorsque le col est flasque et que le corps lui-même est dépourvu de tonicité, mais, chez les primipares, qui font si souvent de l'hypertonie fruste, ils sont susceptibles de provoquer de la contracture et d'entraîner parfois de véritables désastres. »

La patience est plus particulièrement de mise dans certaines **présentations** et dans certaines positions.

Les *occipito-postérieures* exigent normalement une prolongation de la durée de l'accouchement. Vues sous cet angle, elles ne méritent pas la mauvaise réputation, dont elles ont été jadis injustement gratifiées. Si elles s'accompagnent de contracture, celle-ci sera traitée pour son compte par les antispasmodiques, comme il a été dit.

La *face* est une présentation eutocique : c'est même une présentation de choix dans certains cas de bassins rétrécis (aplatis, annelés), mais encore faut-il laisser à cette présentation le temps d'accomplir le mécanisme un peu laborieux de sa descente et de sa rotation combinées. « C'est pour s'être trop hâtés d'intervenir, sur ces têtes mal fixées et insuffisamment défléchies, que tant d'opérateurs ont qualifié le forceps sur la face d'opération extrêmement difficile. C'est pour avoir aussi méconnu la contracture (la soi-disant cause active de la présentation de la face, qui n'en est souvent qu'une conséquence surajoutée) et pour avoir négligé de la traiter, que des opérateurs se lancent dans des interventions évidemment au-dessus de la pratique d'un accoucheur occasionnel, mais que bien souvent des antispasmodiques auraient singulièrement facilitées, sinon totalement évitées. »

Le *siège* enfin exige une longue patience.

Si, dans la pratique des médecins praticiens, le siège aboutit si fréquemment à la mort de l'enfant, c'est toujours parce que la contracture a été méconnue et aussi parce que, hantés par la préoccupation de ne pouvoir atteindre le pied dans le mode décomplété des fesses, ou tentés par le pied qu'ils ont abaissé prophylactiquement, ils font des extractions intempestives, c'est-à-dire avant une absolue et complète dilatation. Tout autant que l'habileté manuelle, la patience est ici nécessaire. C'est une condition absolue de sécurité pour l'enfant.

« *La souffrance du fœtus* peut se manifester seulement par une issue du méconium, les bruits du cœur restant bons et réguliers au cours des différents examens. Il s'agit alors d'un état passager de souffrance, qu'explique une compression momentanée du cordon ou une contracture utérine fugace. L'expectative, les anti-spasmodiques, l'auscultation minutieuse et répétée, sont préférables à une intervention hâtive, tant que n'est pas réalisée la libre pratique utérine permettant sans danger l'extraction. Si, au début du travail, la souffrance s'avérait progressive, l'esprit de décision devrait alors imposer la voie haute, seule chance de salut pour l'enfant. Mais d'ordinaire la patience suffit, ce qui ne veut pas dire qu'il ne faille pas, dès ce moment, s'occuper d'organiser l'intervention en cas de nécessité. »

Attendre, a dit Metzger, que les battements soient si ralentis qu'on risque d'arriver trop tard, oblige à une urgence qu'on aurait dû éviter. Et il ajoute : « L'idéal, c'est d'avoir à côté de soi la personne expérimentée qui vous tire d'embarras et vous évite de choisir entre l'abstention risquée et l'intervention dangereuse. »

Les *rétrécissements pelviens* ont pu être prévus dès la grossesse, par un examen minutieux du

◆◆◆◆◆

bassin. L'époque est passée où, par précaution, on faisait un accouchement prématuré provoqué qui, dans les cas les plus favorables, donnait naissance à un prématuré, et qui entraînait si souvent à des interventions meurtrières pour le fœtus, en raison de la contracture déterminée par le corps étranger introduit pour provoquer l'accouchement. Un accoucheur sera alerté, il fera l'épreuve du travail qui, si souvent, dans les bassins-limite, permet un accouchement spontané. C'est alors tout particulièrement que la patience et l'esprit de décision doivent harmonieusement s'associer. *Les limites de l'épreuve du travail ne sont atteintes que lorsque, la dilatation étant complète, la poche des eaux rompues, la tête reste un certain temps* (une heure au moins) *sans s'engager*, malgré les contractions régulières auxquelles nous pouvons faire associer quelques efforts d'expulsion.

Quant au *placenta prævia*, la première hémorragie du placenta prævia n'est jamais mortelle d'emblée. « La patience condamne donc les interventions risquées, qui seraient sans objet et qui sont toujours dangereuses dans les conditions, où on les pratique à domicile. Il serait cependant non moins dangereux de temporiser. La femme doit être transportée d'urgence dans un milieu adéquat, et c'est dans ce sens que doit intervenir l'esprit de décision.

« Mais, si l'hémorragie survient au *début du travail*, si le col est perméable, si les membranes sont accessibles, l'esprit de décision doit encore provoquer le réflexe de rompre immédiatement les membranes, avant le transport de la malade, cette rupture suffisant, nous le savons, dans la plupart des cas de placenta latéral, à arrêter l'hémorragie. »

Dans l'*hémorragie rétro-placentaire* et *dans l'éclampsie*, la patience doit nous conduire à traiter médicalement ces deux toxémies, mais l'esprit de décision doit nous imposer l'évacuation de l'utérus, puisqu'il s'agit de deux affections sous condition de grossesse, ou tout au moins dans lesquelles la grossesse joue un rôle déterminant ou aggravant.

Mais là encore, la patience combinée à l'esprit de décision, oblige à pratiquer cette évacuation avec le maximum de rapidité, mais par les moyens les moins traumatisants et les plus doux, afin d'éviter, dans un cas, les réflexes convulsivants, et, dans l'autre, la rupture de ces utérus « de bois, mais de verre à l'usage ».

Dans la *rupture utérine*, la patience n'est pas de mise. Il faut intervenir sans délai. On a peut-être, au contraire, trop longtemps attendu, on a laissé passer l'heure de la décision opératoire, alors qu'une minutieuse surveillance du travail aurait parfois évité cette redoutable complication et aurait souvent imposé une terminaison peut-être chirurgicale, mais en tout cas plus précoce et, à coup sûr, infiniment moins risquée.

« Reste à envisager la période de la **délivrance** C'est là tout particulièrement que la patience est de mise.

« Pourquoi faire de la délivrance une question d'horloge ? Il faut savoir attendre le décollement spontané du placenta et respecter cette période de repos physiologique de l'utérus qui, si elle est troublée, risque de perturber la mise en jeu harmonieuse de la contraction et de la rétraction utérine, causes efficaces du décollement placentaire et conditions nécessaires de l'hémostase. Pas d'expression à la Crédé, pas de massage intempestif, patienter et attendre, rien ne presse puisque rien ne saigne.

« Par contre, si l'hémorragie se produit, essayer, par des moyens naturels, d'obtenir le décollement complet du placenta. Si l'on n'y parvient pas et si l'utérus reste particulièrement inerte, il faut sans retard tenter l'extraction manuelle du placenta.

L'utérus étant évacué tombe parfois en inertie. C'est alors bien souvent qu'il faut incriminer des manœuvres intempestives (par manque de patience) ou une délivrance incorrecte. Si on a des doutes sur une rétention cotylédonnaire, une révision s'impose ; elle doit être faite dans le plus bref délai, ne serait-ce que pour en retirer les caillots, puisqu'on sait que la vacuité de l'utérus est la condition nécessaire de la mise en jeu de ses propriétés physiologiques de contractilité et de rétractilité. Il conviendra bien entendu d'utiliser également tous les excitants médicamenteux de cette contractilité. »

En résumé, « le meilleur service que peut rendre l'accoucheur, a dit Bourret, est de savoir respecter la marche normale du mécanisme habituel et de n'intervenir que si celui-ci se trouve en défaut ».

G. FISCHER.

CE QU'IL FAUT ENTENDRE PAR ARTHRITISME ACQUIS

L'arthritisme ? Mais les diathèses d'antan, avec leurs mystères, ne se sont-elles pas depuis longtemps effacées devant les progrès de la médecine ? C'est ce que semblerait devoir faire admettre à l'omnipraticien l'esprit médical actuel. Cependant, le spécialiste en maladies de la nutrition et en maladies chroniques ne partage pas cet avis. Pour lui, les faits de chaque jour prouvent bien la réalité d'un terrain arthritique, car ce n'est pas au hasard des individus que se développent la goutte, la lithiase rénale, la lithiase biliaire, le diabète, les dermatoses non parasitaires. Toutes ces affections s'apparentent ; elles coexistent ou elles alternent ; elles se transmettent héréditairement.

Ayant défini le terrain arthritique, il sera donc permis d'espérer qu'on puisse prévenir les accidents graves, ou empêcher les lésions de se constituer.

Cependant l'arthritisme héréditaire est toujours complexe ; et c'est l'arthritisme acquis qu'il faut étudier, celui qui se développe chez un sujet de constitution normale et robuste. Ainsi pourra-t-on envisager d'une manière claire et utile la notion de l'arthritisme.

Le rôle essentiel de la suralimentation et de la sédentarité

Le Docteur Paillard est arrivé à établir ces notions, qui sont aujourd'hui indiscutables dans la genèse de l'arthritisme. Chez l'individu sain, la suralimentation et la sédentarité réalisent tout d'abord un ensemble de troubles fonctionnels réductibles : ils constituent une affection bien précise, qui est la pléthore.

Le pléthorique, c'est plus particulièrement un assez gros mangeur de viande, qui estime volontiers avoir besoin de son alimentation abondamment carnée pour fournir son travail intellectuel. A la base de tout le mal, on trouve un abus des aliments d'origine animale, viandes, œufs, poissons. (Le lait n'entre pas en ligne de compte). Si les hydrocarbones et les graisses sont les aliments de force, de combustion, de force vive, s'ils sont ce que l'essence est à l'automobile, les aliments azotés, spécialement d'origine animale, sont de plastique, d'entretien, ils ne servent qu'à réparer l'usure des tissus ; ils représentent, si on veut, l'huile de graissage et les pneumatiques de l'automobile (J. Sédillot).

De ces aliments plastiques, il faut une certaine quantité chaque jour ; il en faut même un léger excès au delà de la quantité fixée par les calculs des physiologistes ; mais il est dangereux que cette quantité soit nettement et quotidiennement dépassée. Et même, les aliments azotés d'orgine animale ne doivent concourir que pour une part à cette ration quotidienne d'albumine, car de précieuses quantités nous en sont fournies par le régime végétal.

Comme le disait Delthil : sur 28 dents utiles, l'homme a quatre canines, c'est-à-dire quatre dents de carnivore ; sa ration de viande devra donc représenter 4/28e ou 1/7e de la ration totale.

D'autre part, la vie sédentaire, le manque d'exercice physique aggravent naturellement les conséquences de ces erreurs d'alimentation. Cette cause, avec le développement incessant des moyens de transport en commun dans les grandes villes, fait que l'arthritisme, depuis longtemps, a débordé les classes riches et même les classes seulement aisées, pour frapper l'immense classe des petits fonctionnaires, employés de bureau, etc.

Cliniquement, le pléthorique pèse un poids exagéré ; il présente des traits un peu empâtés, un abdomen volumineux, qui finit par pointer fortement en avant ; on note, en même temps qu'une augmentation du pannicule adipeux sous-cutané, une adipose mésentérique et épiploïque. Le sujet fait de la graisse ; il fait de la « nutrition retardante », et cela parce que les fautes d'hygiène alimentaire ont amené son foie, primitivement normal, à un état de surmenage, puis d'insuffisance fonctionnelle.

Et, en effet, on trouve chez lui le foie toujours congestionné : c'est l'hépatisme de Frantz Glénard. Les petits signes urinaires de déficience hépatique, seront : un abaissement du rapport azoturique, une élévation du coefficient d'imperfection uréogénique de Maillard, la présence d'urobiline, etc. D'ailleurs, les urines seront colorées, plutôt denses (malgré leur abondance, 2 litres) riches en urée (35 à 40 grammes), en chlorures (12 à 15 grammes). Les corps xantho-uriques y seront également en excès soit sous la forme dissoute (plus de 1 gramme par vingt-quatre heures), soit sous la forme précipitée (sable, gravelle, lithiase). Enfin, le sang présentera de l'hyperglobulie avec hyperviscosité, une azotémie supérieure à la normale ; l'uricémie et la cholestérinémie seront nettement exagérées, parfois au double ou au triple de la normale.

Voilà la première étape, *encore réductible,* de l'arthritisme .

Le sujet n'est pas un malade à proprement parler ; mais s'il continue les mêmes errements, de l'arthritisme fonctionnel, il va passer à l'arthritisme lésionnel, moins curable ou non entièrement curable. Les lésions principales constitueront la précipitation, dans les cavités naturelles ou dans les tissus, des substances contenues en excès dans l'organisme (diathèse précipitante de Loeper) ; ensuite, pourra se développer une sensibilisation à telle ou telle substance, qui déclenchera les troubles à type anaphylactique: migraines, urticaire, asthme, fluxions goutteuses; ici encore le rôle pathogénique de l'atteinte hépatique semble devoir être souvent invoqué, car le foie arrive à ne plus jouer le rôle de filtre vis-à-vis des toxines digestives.

Ainsi, « l'arthritisme dérive du surmenage alimentaire, tout comme la neurasthénie dérive du surmenage nerveux » (Pascault).

La guérison par le régime, la diurèse et l'exercice, à la période des troubles fonctionnels

« Deux à trois semaines de régime lacto-fruito-végétarien sans œufs », c'est ce que J. Sédillot appelle le régime de grand repos hépatique. Mais, s'il faut exclure les dangereuses albumines animales, on ne peut cependant les défendre au delà de la troisième semaine, car elles sont nécessaires à la restauration des tissus, notamment des muscles ; dès cette époque, on permettra donc l'usage de la viande, cinq fois par semaine, au repas de midi, afin que la cellule hépatique ait ensuite vingt-quatre heures de repos. Le lait restera toujours autorisé sous des formes diverses, à raison de trois quarts de litre par jour. Tous les légumes seront permis, de même que les pâtes, les sucres, les confitures, le beurre. Les légumes secs seront rationnés dans la mesure où l'on désire obtenir une perte de poids. Chaque jour une salade crue ou des légumes crus en hors-d'œuvre. A chaque repas des fruits crus (surtout pommes, oranges, fraises, raisins) ; les bien mastiquer avec la croûte du pain ; les fruits sont pour l'arthritique de véritables médicaments ; ils sont diurétiques, alcalinisants et antitoxiques. Le régime sera déchloruré pendant quinze jours, puis hypochloruré, car le sel est un puissant fixateur des poisons de l'arthritisme.

Il faut interdire les potages gras, les crustacés, les coquillages, les poissons de mer à chair grasse ; le foie gras, les viandes de conserve, le gibier, les abats, les viandes gélatineuses, les entremets et les pâtisseries contenant des œufs, le vin, la bière, le cidre, les liqueurs, le café noir, le thé, le cacao, le chocolat.

Une cure de diurèse est nécessaire pendant vingt à trente jours. Mais toujours l'arthritique doit boire, et en quantité suffisante, au moins 1.500 c. c. par jour ; boire aux repas et entre les repas ; boire la nuit pendant les fortes chaleurs, car l'été dans la journée, c'est la peau, et non les reins, qui élimine l'eau absorbée. Infusions diurétiques, chiendent, queues de cerises, stigmates de maïs, feuilles de frêne. On recommandera les eaux minérales lixiviantes ; celles-ci devront être aussi peu calcaires que possible. Aussi est-il ici une indication particulière pour la Reine de Vals, dont la minéralisation est moyenne, et qui peut être employée indéfiniment, sans qu'on ait à craindre ni la fatigue, ni l'intolérance, ni la fameuse cachexie alcaline ; enfin sa richesse en acide carbonique la rend agréable à boire, grâce à une saveur fraîche et piquante ; il est ainsi facile d'en absorber la quantité nécessaire à une bonne diurèse.

S'il est nécessaire, on prescrira des laxatifs légers, mais sans selles trop copieuses.

L'exercice physique sera ordonné en position debout, et non couchée : mouvements du tronc et des membres supérieurs ; exercice à la machine à godiller, qui fait travailler si utilement la sangle abdominale.

Chaque jour une heure de marche, rapide, dont une demi-heure aussi tôt que possible dans la matinée. Tous les sports, qui pourraient être recommandés, en remplacement ou en supplément de la marche, sont utiles, à la condition qu'ils constituent réellement un exercice musculaire et une occasion de respirer plus amplement.

Dr GEORGE.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Les abcès pelviens d'origine génitale ouverts dans l'intestin

L'ouverture spontanée des abcès pelviens dans l'intestin peut être une terminaison favorable ; mais elle est souvent à l'origine de complications graves et de traitement difficile. La colpotomie, traitement classique des suppurations pelviennes d'origine génitale, ne suffit pas toujours à éviter l'ouverture intestinale. Ainsi se produisent des fistules pyo-stercorales graves et difficiles à guérir.

Par le terme d'abcès pelvien d'origine génitale, le Professeur Pierre Mocquot entend désigner trois variétés différentes de suppurations : 1° les abcès tubaires (pyosalpinx) et péritubaires ; 2° les pelvi-péritonites suppurées ; 3° les phlegmons pelviens proprement dits : phlegmons de la gaine hypogastrique, fréquents, et phlegmons du ligament large, rares. L'origine différente de ces abcès ne lui paraît pas influer beaucoup sur l'allure des accidents qu'il désire étudier.

L'auteur cite des observations qui montrent la gravité que peuvent présenter ces abcès pelviens ouverts dans l'intestin : non seulement ils sont dangereux par les phénomènes d'infection chronique, qui résultent du passage incessant des matières à travers la cavité suppurante, mais encore ils exposent à des hémorragies secondaires, complication terrible, susceptible d'entraîner la mort rapide, et contre laquelle nous sommes bien mal armés. Aussi conçoit-on que, en pareille occurrence, l'idée d'une dérivation intestinale vienne à l'esprit. La colostomie, telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui, n'entraîne plus de conséquences redoutables, et la réparation de l'anus artificiel est devenue une opération qui ne comporte qu'un risque insignifiant. Elle est susceptible de donner la guérison en pareils cas.

Quelles en sont les indications ?

Dans les cas chroniques, en présence d'une suppuration pelvienne datant de longtemps et compliquée de fistule pyo-stercorale, quelle qu'en soit la nature, l'indication paraît peu douteuse : l'établissement préalable d'une colostomie permet de pratiquer ultérieurement, dans des conditions bien plus grandes de sécurité, l'opération d'exérèse. La colostomie doit être faite aussi haut que possible. Dans les cas rares où l'ouverture intestinale serait sur le cæcum, voir sur le grêle, il faudrait réaliser une exclusion par une anastomose.

Dans les cas aigus, l'indication est beaucoup plus délicate, en raison des risques d'hémorragies secondaires.

Bref, en présence d'un abcès pelvien drainé, ouvert dans l'intestin, la dérivation est indiquée, si l'état général reste grave, si la fièvre ne cède pas, s'il y a menace d'hémorragie ; à la condition cependant que la fistule siège sur le côlon pelvien ou le rectum et que l'exclusion puisse être réalisée par colostomie. Si la fistule est plus haute, l'exclusion est plus difficile à réaliser, l'indication est plus discutable. Il paraît difficile de préciser d'avantage : le tout est de se souvenir des services que peut rendre la dérivation intestinale et de savoir en user à l'occasion. (*Revue Franç. de Gynécologie*, mai 1939.)

A propos du développement de formations ovariennes dans les suites d'une castration bilatérale

MM. P. Brocq et K. Jonard estiment qu'on peut mettre ce développement sur le compte d'une ablation incomplète ou d'une greffe de fragment ovarien détaché.

En effet, l'examen clinique soigneux chez les femmes, qui continuent à souffrir ou dont les douleurs rapparaissent plus ou moins longtemps après une castration bilatérale, permet parfois de découvrir la cause de ces troubles sous la forme d'une masse kystique adhérente et très sensible à la palpation. La plupart du temps l'exérèse de ces lésions est délicate, nécessite la dissection d'un uretère. La récidive, après ablation incomplète, peut être traitée avec succès par la radiothérapie.

Les examens histologiques montrent qu'il s'agit presque toujours de formations ovariennes et leur développement peut s'expliquer par une ablation incomplète de l'un des ovaires au cours d'une intervention difficile pour salpingite ou hématocèle, quelquefois par une greffe d'un fragment ovarien détaché exceptionnellement, par le développement d'un endométriome post-opératoire ou par le développement, après la laparotomie, d'un ovaire surnuméraire. (*La Médecine*, avril 1939.)

Cycle ovarien et courbes thermiques. Utilisation pour le diagnostic de la date de l'ovulation

M. R. Palmer et Mlle J. Devillers, étudiant le cycle génital, ont recueilli les courbes thermiques de 75 femmes, dont 30 ont été suivies pendant plus de trois mois. Déjà, il avait été indiqué

que la température rectale prise, entre 6 et 7 heures du matin passait par un minimum à la phase d'ovulation. L'un de ces auteurs avait été frappé par l'existence, sur un certain nombre de courbes thermiques, au début de la phase lutéinique, d'un décalage assez net de la température du matin, qui était généralement au-dessous de 37 avant cette date, à 37° ou au-dessus à partir de cette date.

Etudiant l'action thermique des hormones sexuelles, il leur semble qu'on peut admettre que : la folliculine à une action hypothermisante nette chez tous les sujets ; la progestérone a une action hyperthermisante nette, du moins chez certains sujets et à doses suffisantes ; la testostérone aurait plutôt une action hypothermisante.

Il s'ensuit que, dans la courbe thermique spontanée, le minimum thermique répond vraisemblablement à une décharge folliculinique contemporaine de l'ovulation, et l'ascension de la température du matin au-dessus de 37° à l'action hyperthermisante de la progestérone.

Comme conclusions de leur travail, MM. Palmer et Devillers ne pensent pas qu'on soit encore en droit d'affirmer l'existence d'ovulation et de formation de corps jaune sur la constatation d'une courbe thermique typique, mais, quand d'autres signes rendent leur existence vraisemblable, les tests thermiques fixent la date de façon plus commode que les autres méthodes. Ce ne sont, d'ailleurs, que des signes s'ajoutant à d'autres signes, les étayant et les précisant, quand ils sont concordants, les rendant douteux quand ils sont discordants. Même ainsi envisagés, les tests thermiques ont paru très précieux pour déterminer la date probable de l'ovulation, avec les trois applications pratiques suivantes :

1° Déterminer la période de fécondabilité : son maximum doit répondre au minimum thermique. Son début est parfois annoncé par la deuxième baisse thermique. Sa fin ne doit guère s'étendre au delà de quarante-huit heures après le décalage.

2° Rattacher avec plus de certitude à l'ovulation des troubles intermenstruels douloureux, hémorragiques, leucorrhéiques, mammaires, généraux et psychiques.

3° Prévoir la date des règles suivantes, chez les femmes à périodicité irrégulière : ceci a notamment permis d'éviter chez ces femmes la répétition des biopsies d'endomètre pour arriver à obtenir un prélèvement prémenstruel vrai, c'est-à-dire dans les trois-quatre jours précédant les règles. (*Soc. Franç. de Gynécologie*, février 1939.)

Importance du myélogramme pour le diagnostic et le pronostic des états de granulocytopénie sanguine

D'après MM. Maurice Perrin, P. Kissel, L. Pierquin et P. Gayet seul le myélogramme permet :

1° De distinguer d'emblée d'une façon certaine dès leur première manifestation, les leucoses aiguës des agranulocytoses ;

2° De porter un pronostic précis dans le cas des agranulocytoses vraies : mortelles quand elles s'accompagnent d'aplasie médullaire ; curables, quelle que soit la gravité du tableau hématologique et clinique, quand la moelle osseuse est riche en éléments myélocytaires même immaturés.

Enfin le myélogramme a pu confirmer aux auteurs la rareté de la granulocytose pure. (*Revue Médicale de Nancy*, 1er avril 1939.)

Contribution à l'étude diagnostique des encéphalites pseudo-tumorales

MM. H. Roger, M. Arnaud et J.-L. Paillas considèrent que les encéphalites pseudo-tumorales constituent un syndrome clinique dont le démembrement s'effectue progressivement. A côté des leuco-encéphalites mortelles, dont la forme de Balo est le type le plus achevé, il faut grouper des formes régressives d'un meilleur pronostic et dont l'étiologie est imprécise. L'existence nosologique de ce groupe d'encéphalites se base sur un groupement symptomatique très spécial, triade clinique, ophtalmologique et ventriculographique.

1° La clinique montre une séméiologie diffuse ou en foyer, faisant préjuger d'une hypertension intra-cranienne et d'une atteinte parenchymateuse.

2° L'ophtalmoscopie décèle un œdème papillaire associé à des signes assez particuliers : baisse considérable de l'acuité visuelle, modification anormale du champ visuel ; absence d'hypertension artérielle rétinienne.

2° La ventriculographie affirme le diagnostic au cours de la ponction et surtout à la lecture d'images très spéciales : petits ventricules en position normale ou déplacés en totalité.

Le pronostic est variable : mortel pour les leuco-encéphalites, il est favorable pour les formes régressives, plus fréquentes, mais où les rechutes sont possibles.

Le traitement repose sur les médicaments anti-infectieux diffusibles, qu'il faut administrer précocement, intensément et longtemps. Mais c'est l'insufflation gazeuse endocranienne qui aide le plus puissamment la guérison. Parfois la craniotomie joint à un rôle explorateur son efficacité décompressive indéniable. (*La Presse Médicale*, 1er avril 1939.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sur une demande d'autorisation de coloration des crevettes

(M. TANON ; 18-4-1939)

Sur les côtes d'Algérie, peu poissonneuses, la pêche est généralement insuffisante et un seul article pourrait tirer d'embarras les armateurs. Il s'agit de la crevette rose de grosse taille, qui, malheureusement, pâlit à la cuisson. Les armateurs, pour en faciliter la vente, demandent que soit autorisée la coloration de ces crevettes par des produits dérivés de la houille.

Des essais faits au laboratoire du Syndicat des armateurs avec des colorants végétaux n'ont donné aucun résultat. D'autres essais ont été effectués avec des colorants acceptés pour diverses denrées alimentaires, fruits confits, sucreries, etc... Il s'agit du jaune naphtol S, du rouge solode et de l'écarlate R.

La Commission d'hygiène, au nom de laquelle M. Tanon présente un rapport, tout en admettant que les colorants proposés ne soient pas toxiques, considère qu'il est préférable de ne pas conseiller la coloration de ces crevettes qui peuvent très bien être vendues en France sous le nom de crevettes d'Algérie. Elle donne, en conséquence, un avis défavorable à la demande présentée.

L'influence de quelques variations atmosphériques sur l'équilibre bio-chimique des tuberculeux en cure de montagne

(MM. PIÉRY, ENSELME et LE VAN SEN. — Présentation par M. RATHERY ; 28-3-1939)

Les auteurs se sont efforcés de fixer de quelle manière certaines variations météorologiques influencent l'équilibre bio-chimique des sujets sensibilisés par une tuberculose chronique non en évolution. Ils ont considéré plus particulièrement l'action des diverses *masses d'air*.

Les masses d'air atmosphérique consistent, on le sait, en des nappes d'air en mouvement, issues de diverses régions du globe et possédant des caractères spéciaux qui permettent de les identifier. Les météorologistes sont parvenus à distinguer une dizaine de catégories de masses d'air, parmi lesquelles M. Piéry et ses collaborateurs en ont considéré deux : l'air maritime et l'air continental. Les masses d'air maritime provoquent : une augmentation de CO^2 du sang veineux et une diminution de la saturation oxygénée du même sang (hypersympathicotonie avec vasoconstriction). Les masses d'air continental provoquent des effets contraires : abaissement du CO^2 et augmentation de la saturation oxygénée du sang veineux (sédation de l'hypersympathicotonie).

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Traitement des retards de consolidation osseuse par l'hormonothérapie anté-hypophysaire intra-focale

(M. Yves BOURDE, de Marseille ; 8-2-1939)

La réunion des fragments d'un foyer de fracture se fait initialement par une organisation conjonctive, un cal conjonctif, qui est pénétré ultérieurement de tissu osseux. Or, il arrive que ce cal conjonctif, pour des raisons souvent mystérieuses, au lieu de subir cette involution vers l'ossification, tende à rester longtemps et même définitivement fibreux, jusqu'à constitution d'une pseudarthrose avérée.

Entre le moment où le cal fibreux est encore susceptible d'ossification et celui où l'état fibreux est définitif, la discrimination n'est pas toujours facile. A cette période néanmoins on peut chercher à intervenir par une thérapeutique activant l'ossification ou estimée telle.

M. Bourde pense qu'à la base du phénomène d'ossification se trouvent des actions hormonales. Divers auteurs ont d'ailleurs présenté et soutenu cette opinion. Parmi les hormones à considérer, l'une, l'hormone anté-hypophysaire, hormone somatotrope, qui joue un rôle si important dans la croissance et le gigantisme, semble bien devoir intervenir dans ces consolidations osseuses. M. Bourde a injecté cette hormone dans le foyer même en état d'ossification retardée et il a obtenu des résultats qui lui ont paru nettement supérieurs à ceux de toutes autres injections intra-focales faites jusqu'à ce jour.

Les injections doivent être pratiquées en plein foyer fibreux. Elles sont parfois, de ce fait, un peu difficiles à pousser. Une ascension thermique assez forte a été observée, plusieurs fois, le soir de l'injection. Sous leur influence, le foyer de fracture et les tissus environnants prennent rapidement une consistance œdémateuse, hypertrophique. Le traitement a duré en moyenne un mois (de 4 à 9 injections hebdomadaires ou bihebdomadaires).

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Un cas de maladie cœliaque

(MM. H. ROGER et J. BOUDOURESQUES ; 24-2-1939)

La maladie cœliaque, connue encore sous le nom d'infantilisme intestinal, de syndrome de Gee, de maladie de Herter-Heubner, est une affection qui, si elle est relevée avec une relative fréquence dans les pays anglo-saxons et en Suisse, paraît exceptionnelle en France.

Dans l'observation qu'ils rapportent, les auteurs ont retrouvé le tableau classique de la maladie cœliaque avec son trépied symptomatique : *a*) matières, passant par divers aspects suivant les périodes (diarrhées ou non), toujours abondantes, fréquentes et riches en graisses ; *b*) abdomen volumineux, avec mégadolichocôlon ; *c*) arrêt de la croissance aboutissant à un véritable infantilisme ; le psychisme est toutefois assez développé.

A ces principaux signes, il faut ajouter la multiplicité des symptômes accessoires : 1° pigmentation brunâtre à type addisonien, prédominant à la face et surtout au front ; 2° hypotonie musculaire ; 3° anémie.

Comme particularités, dans ce cas, on notait : 1° l'association d'un syndrome rachitique des plus nets, avec nouure des articulations, contrastant avec la gracilité des membres ; 2° l'existence d'un syndrome d'avitaminose A (peau écailleuse, héméralopie décelée par des procédés instrumentaux, égalisation des chronaxies) qui peut-être joue un rôle dans la détermination de la maladie ; 3° la constatation de ce syndrome cœliaque, chez un adolescent de 17 ans et demi, alors qu'habituellement un grand nombre de malades sont emportés vers l'âge de dix à douze ans par une infection intercurrente. Quant à la pathogénie de la cœliatie, il faut rappeler ses rapports avec la sprue et les ressemblances qui rapprochent ces deux affections. A l'heure actuelle, à côté de la sprue tropicale, on tend à admettre une sprue nostras et certains auteurs considèrent la cœliatie comme une sprue nostras de l'enfance. La présente observation de cœliatie prolongée jusqu'à l'adolescence pourrait constituer un chaînon intermédiaire entre les stéatorrhées infantiles et celles de l'âge adulte.

Sur un cas de maladie xanthomateuse

(MM. F. LAYANI, M. LAUDAT et P. ASTRUC)

Le rhumatisme chronique déformant xanthomateux

(M. F. LAYANI ; 3-3-1939)

Il s'agit ici d'une nouvelle forme clinique de la maladie xanthomateuse : la forme rhumatismale chronique déformante. En réalité, les affections du squelette ont ainsi retrouvé un regain de faveur, grâce à la connaissance des troubles humoraux et sanguins, qui accompagnent souvent les altérations osseuses.

A vrai dire, si pendant plus de quinze ans, la malade observée a présenté cette forme rhumatismale dans sa plus grande pureté, elle a pu réunir dans les dernières années de son évolution le tableau complet de tous les aspects cliniques de la maladie xanthomateuse.

Le syndrome ostéo-articulaire frappa tout d'abord pendant un an le médius droit qui, sans raison apparente, devint douloureux et très rapidement se déforma en fuseau. Puis survint une sciatique rebelle, et, trois ans après l'atteinte du médius, les pieds, les chevilles se prirent lentement et se déformèrent à leur tour. Quelles qu'aient été les thérapeutiques mises en œuvre, l'affection ne cessa de progresser, frappant successivement les genoux, les épaules, les poignets qui se déformèrent successivement. Au cours de cette longue évolution qui se fit, jalonnée d'épisodes plus ou moins douloureux, vers un syndrome ostéopathique malin, survinrent pour la première fois des manifestations viscérales, qui prirent plus tard la première place. Elles avaient été précédées d'une xanthomatose cutanée, d'abord au coude, puis beaucoup plus tard, sur le front, avec un taux important de cholestérol sanguin. Au même moment apparaissait un syndrome hépato-biliaire, qui vint former la toile de fond du tableau morbide : ictère à répétition, hépatomégalie d'abord modérée, puis très importante, accompagnée d'ailleurs de splénomégalie. Enfin, des hémorragies intestinales se produisirent, accompagnées bientôt de crises d'angor absolument typiques et fréquentes.

Si l'on tient compte des symptômes qu'a présentés la malade, le rhumatisme chronique déformant xanthomateux pourrait s'individualiser sur les caractères suivants : cliniquement, un début brutal, très douloureux, souvent mono-articulaire, avec déformations rapides, une évolution où dominent de bout en bout les signes d'ostéo-arthrite dégénérative ; radiologiquement : des lésions à l'emporte-pièce des extrémités articulaires qui progressivement s'abrasent, laissant à l'os, en dehors des zones atteintes, une texture normale. A côté de ces signes locaux, on devra rechercher les signes d'imprégnation lipidique générale : xanthomatose cutanée, viscérale, etc.

La seule constatation d'une cholestérolémie élevée n'est pas suffisante pour affirmer le diagnostic. Seule la ponction, ou mieux la biopsie, apporte la preuve directe indispensable, en révélant la présence de cellules spéciales ou à défaut de corps bi-réfringents.

Le pronostic de l'affection peut être amélioré par la radiothérapie locale dans les cas qui ne s'accompagnent pas d'une forte infiltration lipidique généralisée ; dans cette dernière éventualité, le pronostic est celui de la maladie xanthomateuse.

G. F.

Les Thèses

P. — Dr R. JAMES. — **Contribution à l'étude des hémorragies digestives révélatrices des cirrhoses.** (Thèse 1938.)

La précocité très fréquente des hémorragies au cours de l'évolution des cirrhoses est un fait depuis longtemps signalé. L'auteur a pensé qu'il pouvait être intéressant d'étudier ces hémorragies digestives dites « de début », souvent révélatrices de l'affection, à la faveur de 214 observations, qu'il a pu compulser, de cirrhoses du foie ayant séjourné ces dernières années à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. le Professeur agrégé Chabrol.

Il envisage les hémorragies digestives, révélatrices des cirrhoses, sous l'angle purement clinique, en essayant de préciser certains caractères de variété, d'aspect et d'évolution.

Mp. — Dr V. FOL. — **Les perforations pleuro-pulmonaires et leurs relations avec les formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire.** (Thèse 1938.)

Cette thèse développe les observations de MM. Boudet et Viala sur « les perforations pleuro-pulmonaires en relation avec les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire », présentées à la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, en décembre 1938.

Après un exposé des formes de tuberculose qui ne perforent pas, l'auteur étudie successivement les formes de tuberculose pulmonaire qui perforent, en opposant plus ou moins les diverses modalités de perforation suivant le type anatomo-clinique de tuberculose pulmonaire qu'elles compliquent.

P. — Dr J. GRÉGOIRE. — **Vomissements périodiques avec acétonémie et troubles de la glyco-régulation chez l'enfant.** (Thèse 1939.)

Les vomissements périodiques avec acétonémie chez l'enfant, dont on doit la magistrale description clinique au Professeur Marfan, ont soulevé de nombreuses discussions et suscité de nombreuses théories concernant leur étiologie et leur pathogénie.

Les recherches modernes ont mis en valeur dans la physiopathologie de ce syndrome, l'existence de troubles de la glyco-régulation dont la nature a donné lieu à des interprétations bien différentes : si pour les uns, c'est l'hypoglycémie qui semble accompagner l'acétonémie, ou même être responsable de celle-ci ; pour d'autres, ces troubles du métabolisme hydro-carboné se traduisent aussi bien par de l'hyperglycémie, voire même de la glycosurie.

L'auteur apporte une contribution à l'étude de cette question en s'appuyant sur cinq observations, dont l'une, personnelle, recueillie dans le service du Docteur Coffin.

THÉRAPEUTIQUE

Le Dagénan dans les affections pulmonaires

Docteur Marie PÉRONNET

La polyvalence d'action des corps sulfamidés est bien connue, et ces corps, d'abord préconisés dans les affections streptococciques, ont été employés par la suite contre des germes divers, en particulier contre le pneumocoque. Cette polyvalence d'action augmente au fur et à mesure des progrès de cette chimiothérapie, et c'est une des qualités essentielles de l'α (p-amino-phényl-sulfamido) pyridine (693).

Contre le pneumocoque ce corps est spécialement actif, qu'il s'agisse de pneumonie ou d'autres localisations. Le 693 se distingue des corps sulfamidés que l'on connaissait jusqu'ici, par le fait qu'il s'agit d'une substitution, non pas sur l'amine libre de la molécule p. amino-phényl-sulfamide, mais bien sur l'amine de la sulfamide. On trouve donc là une idée chimique nouvelle.

Les premiers travaux qui ont signalé l'action du 693 contre le pneumocoque sont les travaux expérimentaux de Whitby. Bientôt le fait fut confirmé de toutes parts, au laboratoire par Fleming en particulier, en clinique par Evans et Gaisford, Telling et Oliver, d'autres auteurs à l'étranger ; par Benda en France dans la pneumonie, par Bolzinger ; Caussade, Neimann, Thomas et Kyriacopoulos ; Moulonguet et Jacques Lemoyne, dans la méningite à pneumocoques.

Nous voulons simplement apporter comme contribution à l'étude de la question quelques observations que nous avons pu recueillir, et qui démontrent, semble-t-il, l'activité de cette molécule dans les affections pulmonaires.

Observation I. — André C..., 2 ans 1/2. Bronchopneumonie ayant débuté le 6 janvier 1939 au matin. La température, de 39°5 au debut, s'élève le soir à 40°1 et s'y maintient. C'est un gros enfant mou, qui ne réagit pas ; son état est grave (dyspnée, lipothymie, cyanose) et nécessite la tente à oxygène en permanence. Une hétéro-hémo (5 c. c. de sang) paraît abaisser légèrement la température. Mais la tente n'ayant pu être utilisée dans la nuit du 9 au 10, l'enfant, malgré les fréquentes inhalations d'oxygène, est au matin dans un état alarmant : pouls filant, membres froids, larges plaques de cyanose de la face et des parties déclives. Après un grand enveloppement sinapisé, il est remis sous la tente à oxygène et son état s'améliore ; mais la température reste élevée.

Le 10 au soir, nous commençons la médication par le Dagénan, aux doses suivantes : un quart de comprimé à 19 heures, un quart à minuit, un quart le 11 à 6 heures du matin. La température, qui était de 39°4 le 10 au soir, est à 37°4 le 11 au matin, s'élève à 37°8 le soir, et redevient normale les jours suivants, oscillant autour de 37°. En même temps, l'état général s'améliore rapidement ; les signes d'auscultation s'atténuent et disparaissent complètement au bout de cinq à six jours. Le Dagénan a été continué, à la dose de trois quarts de comprimé par vingt-quatre heures, pendant les deux jours qui ont suivi la chute de température ; l'enfant l'a très bien toléré.

Observation II. — René T..., 3 ans 1/2. Bronchopneumonie grave avec tendances lipothymiques. L'enfant a eu déjà, l'année précédente, une broncho-pneumonie très grave traitée par des abcès de fixation.

Trois jours après le début, nous commençons la médication par le Dagénan, à la dose de trois quarts de comprimé par vingt-quatre heures. Chute brusque de température (de 39°7 le 9 janvier au soir, à 37° le 10 au matin) et disparition rapide des signes d'auscultation; il persiste cependant un foyer de râles sous-crépitants à la base gauche ; mais la température ne dépasse pas 37°4. Le Dagénan, ayant provoqué des vomissements, est supprimé.

Le 14 janvier au soir, la température s'élève à 38°9 ; en même temps, les deux poumons sont envahis de râles sous-crépitants. Nous donnons aussitôt du Dagénan aux mêmes doses que précédemment ; cette fois le médicament est accompagné de citrate de soude et l'enfant le tolère bien. Température 37°2 le 15 janvier au matin ; guérison rapide.

Observation III. — Jean B..., 3 ans 1/2. Bronchopneumonie de gravité moyenne. Nous donnons du Dagénan au troisième jour de la maladie, à la dose de trois quarts de comprimé par vingt-quatre heures. Chute brusque de température, de 39°3 à 37°4. Mais le médicament provoque une céphalée intense : après avoir pris, par doses fractionnées, un comprimé et quart, l'enfant accuse de violentes douleurs de tête, pousse des cris stridents, porte les mains à son front ; la glace sur la tête n'est pas tolérée. Après une période d'agitation entre-coupée de moments plus calmes, l'enfant s'endort, et se réveille complètement guéri. La température se maintient autour de 37° et les signes d'auscultation disparaissent rapidement.

Observation IV. — Albert C..., 2 ans 1/2. Bronchopneumonie de gravité moyenne. La médication par le Dagénan est commencée au deuxième jour de la maladie et amène une chute brusque de température, de 39°2 à 37°4 ; les signes d'auscultation, la toux, la dyspnée, disparaissent progressivement.

Guérison complète en peu de jours. Le médicament a été très bien toléré.

Observation V. — André G..., 9 ans. Pneumonie franche aiguë du sommet droit. Le Dagénan, donné par demi-comprimé à la dose de 1 comprimé 1/2 par vingt-quatre heures, amène au cinquième jour un abaissement de la température de 39°5 à 38°5. Mais l'état général reste grave, et c'est au treizième jour seulement que se produit la défervescence complète.

Observation VI. — Yvette D..., 8 ans. Bronchite grave avec température de 39°2. La Dagénan, donné par demi-comprimé, à la dose de 1 comprimé 1/2 par vingt-quatre heures, dès le deuxième jour de la maladie, ramène en trois jours la température à la normale, en même temps que disparaissent les signes d'auscultation.

Observation VII. — Marianne K..., 7 ans. Bronchite avec température de 39°2. La médication par le Dagénan est commencée immédiatement (1/2 comprimé trois fois par jour) et ramène au troisième jour la température à la normale ; disparition rapide des signes d'auscultation. Guérison complète en cinq jours.

Le Dagénan a été généralement bien toléré. Il est vrai que nous l'avons donné à petites doses ; mais ces doses ont été suffisantes pour amener une sédation rapide de tous les symptômes inquiétants.

Certains enfants ont présenté, après la médication par le Dagénan, une anorexie assez accentuée qui a persisté quelques jours, et qui a cessé après administration de sulfate de soude.

Nous avons expérimenté le Dagénan dans les angines et les résultats ont été des plus intéressants.

Observation VIII. — Robert M..., 7 ans. Angine à streptocoques ; température 40°. Le troisième jour, l'enfant se plaint de l'oreille gauche ; le tympan est rouge ; mais le spécialiste estime qu'il n'y a pas encore lieu de pratiquer la paracentèse. Le même jour, nous commençons la médication par le Dagénan, par 1/2 comprimé, à la dose de 1 comprimé 1/2 par vingt-quatre heures. Chute immédiate de température de 40° le soir à 37°8 le lendemain matin ; le surlendemain la température est de 36°8 et se maintient ensuite autour de 37°. En même temps, les douleurs d'oreille disparaissent ; les amygdales, qui étaient rouges, tuméfiées et recouvertes d'exsudats blancs, reprennent en deux jours leur aspect normal. Guérison extrêmement rapide.

Observation IX. — Bruno L..., 12 ans. Angine à streptocoques ; température 39°5. La Dagénan est donné immédiatement par demi-comprimé et amène en deux jours le retour de la température à la normale; en même temps que disparaissent les exsudats.

Observation X. — Vincent V..., 6 ans. Angine à staphylocoques ; température 40°. Là aussi, la médication par le Dagénan fait disparaître très rapidement la rougeur et la tuméfaction des amygdales et l'exsudat qui les recouvrait, et abaisse la température en vingt-quatre heures.

La rapidité d'action du Dagénan, qui amène en peu de temps, non seulement l'abaissement de la température, mais aussi la disparition des autres symptômes et la guérison définitive dans diverses affections, en fait un médicament des plus utiles dont le champ d'action ne pourra vraisemblablement que s'élargir.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

■ ■ ■

A PROPOS D'UN FILM

L'enseignement par l'image est la meilleure façon de frapper l'esprit ; on s'en rend compte par l'influence que depuis trente ans le cinéma exerce dans tous les milieux. Aussi faut-il s'émouvoir quand on voit porter à l'écran le médecin sans scrupules.

J'ai assisté il y a quelques jours à la projection d'un film anglais je crois, qui porte à peu près exclusivement sur l'exercice de la médecine et qui est extrait d'un roman intitulé « The Citadel ».

On y voit tout d'abord un jeune étudiant reçu docteur, remplacer un confrère malade, dont la femme acariâtre ne lui ménage guère les rebuffades, le nourrit mal et finalement l'accuse d'une indélicatesse d'argent, dont il est d'ailleurs parfaitement innocent. Nous le voyons sous la pluie mener la dure vie de médecin dans une pauvre cité ouvrière où malgré l'indigence et la misère ses efforts sont cependant appréciés.

Après ce premier essai malheureux, il tâte de la médecine de mine, nous assistons à divers épisodes dramatiques de cette vie, où nuit et jour sur la brèche, on le distingue à peine, par sa mise de ceux qu'il vient soigner. Cependant si dévoué qu'il soit, il se heurte à des exigences ouvrières, aux demandes de certificats de complaisance et nous voyons que ses chefs eux-mêmes n'approuvent pas son intransigeance, et que sa droiture ne trouve pas la récompense qu'elle mérite bien au contraire. Le film montre exactement ce que deviendrait la médecine, le jour où le médecin devrait compter avec l'agrément syndical ouvrier, et combien toutes ses qualités seraient d'un poids léger s'il résistait par honnêteté et conscience aux réclamations ouvrières.

Ces deux essais malheureux obligent notre jeune confrère à fuir ces milieux où il est dominé, où il sent son impuissance à faire œuvre utile devant les intérêts coalisés de ceux qui l'emploient; désabusé il va tenter sa chance dans la grande ville et le voilà parti pour Londres.

La vie y est difficile, il y est inconnu, il y mange le peu qu'il possède, il est dans l'obligation de vendre jusqu'à son microscope.

La série noire continue et le spectateur se demande jusqu'à quels bas-fonds, malgré sa valeur, sa droiture, ses principes, ce malheureux confrère va descendre.

Le hasard, ce facteur qui dans presque toutes les carrières brillantes a joué son rôle, se présente à lui sous la forme d'une élégante héritière richissime qui pique une crise de nerfs chez son couturier.

Sans se soucier de ce qu'on pourra dire et sans réaliser que sa thérapeutique va heurter les préjugés de la classe sociale de sa cliente, il met fin à la crise de nerfs par une paire de gifles bien appliquées. La guérison immédiate en est la conséquence et le voici sacré grand médecin et lancé dans le milieu le plus différent qui puisse être de celui où jusqu'ici il a évolué. Et c'est alors, que défilent tous les types bien peu sympathiques de médecins mondains, ignorants, peu scrupuleux, faisant bon marché de la vie humaine. Sous leur influence notre homme se transforme à tous points de vue, il devient élégant, raffiné, il a pignon sur rue, mais aussi se prête à toutes les compromissions et ne néglige pas les profits fructueux d'une dichotomie dont le cinéma ne se cache pas de montrer les tares et les dangers. Le film insiste sur le côté blâmable du partage des honoraires qui fait sacrifier à l'intérêt immédiat, la qualité des soins et nous assistons à une mort opératoire qui en est la conséquence.

C'est la première fois, je crois, que s'étale au

cinéma, cette coutume de partager que bien des médecins réprouvent et qui constitue pour le grand public une des tares de la médecine actuelle. Je rappelle encore que ce film est anglais, et tout me porte à croire que la dichotomie n'est pas seulement un mot français.

Je passe sur la fin romanesque car c'est toute la partie que je viens de résumer qui constitue une critique sévère de la médecine moderne où trop souvent la valeur est méconnue, et où le bluff, l'ignorance et la malhonnêteté apparaissent comme des procédés commodes pour acquérir sinon la gloire, du moins des situations fort enviables.

Ce film anglais, a été fait certainement pour flétrir toute une industrie médicale qui s'exerce outre-manche et dont la société commence à comprendre le danger.

Le rôle social du médecin est immense, à condition qu'il soit fait de confiance réciproque, qu'aucun soupçon de mercantilisme ne puisse lui être opposé, et que sa grandeur soit justement appréciée dans toutes les classes sociales où le médecin est appelé à exercer son art.

Cette critique par l'image qui nous vient de l'étranger nous montre que ce que quelques-uns réprouvent si fortement chez nous, comme si c'était un mal particulier à notre pays, existe partout et qu'il faut en chercher la cause en dehors des individus.

En voulant organiser la médecine collective qu'il s'agisse d'assurances, de mutualités, de groupements industriels, on a examiné le rôle du médecin du seul point de vue du rendement, exactement comme on a pu le faire dans la médecine militaire, où il s'agit de sujets sélectionnés, bien portants, où il n'y a ni vieillards, ni femmes, ni enfants, où les sentiments pitoyables n'ont pas à s'exercer continuellement, où je dirais même qu'il faut une certaine rudesse. L'organisation d'une telle médecine qui ne donne à celui qui l'exerce aucune satisfaction devait fatalement aboutir à un salariat dont on cherche à se dégager dès qu'on en a la possibilité et quels que soient les moyens qui puissent s'offrir.

Ainsi la profession médicale apparaît comme un procédé commode d'exploiter la crédulité publique, et d'agir sous le couvert d'un diplôme qui vous protège, à la manière des charlatans qui soutiraient habilement l'argent des malades trop confiants.

Pour que la médecine s'engage dans d'autres chemins, ce n'est point au médecin seul qu'il faut s'en prendre, mais à tous ceux qui l'exploitent, qui lui offrent des salaires de famine et qui sont les vrais responsables de la crise de moralité qu'ils dénoncent hypocritement.

La question de l'avenir de la médecine n'est point une question d'ordre national, elle est internationale, elle est mondiale, elle constitue à côté de tant d'autres un problème dont la solution est urgente et je me demande si ce problème diffère beaucoup en Europe selon qu'il s'agit de démocraties ou d'Etats totalitaires.

A côté des images projetées dans un film il est curieux de placer celles que nous offre la réalité quotidienne, elles ont parfois plus d'un point de commun.

J'allais il y a quelques semaines rendre visite à un de mes bons maîtres qui est sur le point de finir une carrière qui a été brillante entre toutes. Par ses travaux, par ses conceptions, il a exercé sur la science médicale française une influence certaine ; bien qu'il ait gardé une jeunesse d'esprit, une habileté manuelle, un jugement avisé il termine tristement sa carrière. Peu fortuné, il a dû abandonner une habitation agréable dont il ne peut soutenir les frais, il a dû renoncer à l'automobile et au chauffeur et s'il n'est pas dans la gêne, peu s'en faut, car il n'occupe pas socialement le rang auquel il a droit. Sans doute n'a-t-il jamais transigé avec ses principes et préfère-t-il sa carrière telle qu'il l'a faite, à celles de nombreux amis et collègues qui se sont montrés moins rigoureux et plus accommodants avec les événements et avec les hommes.

Il est à craindre cependant que le déséquilibre flagrant qui s'observe partout et qui se traduit chez nous par les renversements des situations n'ait pour conséquence de décourager les meilleurs, ceux qui jadis pouvaient compter récolter les fruits de leur travail et de leurs efforts. La médecine ainsi livrée aux entreprises des plus hardis ne constituera plus le refuge sûr où les malades quelle que soit leur condition sociale étaient assurés de trouver secours à leur maux et où tous les disciples avaient été formés dès l'école à la pratique de ces deux grandes vertus sans lesquelles on ne saurait concevoir la médecine : *La charité* et *la Pitié*.

Dr Raphaël MASSART.

DÉPOSITION EN JUSTICE

LE MÉDECIN PEUT-IL ÊTRE RELEVÉ DU SECRET PROFESSIONNEL ?

Le secrétaire d'un Syndicat médical nous demande (lettre n° 3.417) ce que doit faire un praticien dans les circonstances suivantes. Appelé à donner ses soins à une jeune fille, qui faisait une fausse couche, à la suite de manœuvres abortives, le médecin fut mandé auprès du Juge d'instruction qui lui posa un certain nombre de questions.

Devant le refus de parler, alors que notre confrère se retranchait derrière le secret professionnel, le magistrat enquêteur sortit une lettre par laquelle la jeune malade et les parents de cette dernière relevaient le praticien de son secret et l'autorisaient à dire au Juge tout ce qu'il avait vu et appris, au cours de son ministère.

Néanmoins, le praticien persista dans son refus de répondre. Colère du magistrat qui menace le médecin de toutes les foudres de la justice et lui annonce des poursuites correctionnelles pour refus de témoigner.

Le Syndicat médical est saisi de cette affaire, qui sera discutée à la plus prochaine assemblée générale. Aussi le secrétaire général nous demande-t-il si la conduite de notre confrère était justifiée et s'il a eu raison de se retrancher derrière le secret professionnel, malgré la lettre de la malade et de ses parents, l'autorisant à parler.

Maintes et maintes fois, j'ai écrit, dans le *Concours Médical*, pour prévenir mes confrères que le secret professionnel est toujours imposé. J'ai notamment insisté sur le danger qu'il y avait pour les Syndicats de se conformer aux termes d'une simple Circulaire ministérielle, nous engageant à déclarer les causes des décès : seule une loi peut atténuer la portée générale du secret médical, et, dans notre intérêt professionnel, comme par prudence, les Syndicats se doivent de refuser toute déclaration à qui que ce soit, lorsque ces déclarations ne nous sont pas imposées soit par une loi, soit par un article du Code.

C'est parce que nous cédons par complaisance coupable, c'est parce que nous nous laissons induire en erreur par les adversaires du secret, que nous nous trouvons parfois en butte à des difficultés considérables.

Voilà pourquoi un Juge d'instruction croit qu'un médecin peut être délié du secret par son propre client. Ce magistrat est dans son rôle, pour la poursuite des crimes et des délits ; mais le médecin n'est pas un auxiliaire de la justice. Si l'article 378 du Code pénal est général et absolu, c'est pour que le confident nécessaire, le médecin, puisse recevoir les aveux de son malade, c'est parce qu'il peut découvrir, surprendre, deviner, entendre des choses secrètes que le praticien a le devoir de se taire, devoir imposé par le Code.

Je signale une de mes dernières consultations médico-juridiques, parues dans le *Concours* du 11 mars 1939, dans laquelle je discute les cas où le médecin doit parler.

Or, dans le cas présent, notre confrère a connu des faits, dans l'exercice même de sa profession. Il n'a pas à se demander si ces choses sont secrètes de leur nature, ou si elles ne le sont pas : seuls les juristes peuvent faire ces distinctions. Pour nous autres médecins, nous n'avons qu'à déclarer au Juge que ce que nous savons n'a été appris, par nous qu'en pratiquant notre art et que, dans ces circonstances, nous nous retranchons derrière le secret professionnel.

Mais j'insiste sur ce point, c'est que, convoqué par un magistrat enquêteur, le médecin doit déférer à cette convocation et déclarer au magistrat que le secret médical lui interdit de répondre.

Le Juge peut alors produire une lettre par laquelle le malade délie le médecin du secret ; ou bien il peut interpeller l'inculpé, lorsqu'il est présent, et lui donner l'ordre de délier le médecin de son devoir au silence.

Malgré ces injonctions, le praticien a le devoir de refuser de parler, car le malade ne connaît pas l'étendue du secret. La jurisprudence est formelle à cet endroit. D'ailleurs, même lorsqu'un malade sollicite la délivrance d'un certificat qui lui sera remis en mains propres, le praticien peut toujours se refuser à délivrer cette pièce Dans quelques cas — rares il est vrai — le patient peut apprendre brutalement, par la lecture du certificat qui vient de lui être remis la nature exacte de sa maladie et le pronostic, qu'elle comporte.

Je conclus donc en conseillant à mon confrère de se refuser à dévoiler au Juge ce qu'il a appris en exerçant sa profession auprès de la malade en question, alors que celle-ci et sa famille ont, par écrit, délié le praticien du secret professionnel.

Si le Juge se fâche et entame des poursuites, notre confrère aura l'appui moral et pécuniaire du Sou médical — s'il fait partie de notre Ligue — et nous suivrons le procès jusque devant la Cour de cassation.

Malgré les imprudences des Syndicats qui, à la légère, ont accepté de déclarer les causes des décès, avec des procédés divers qui tous sont illégaux, je persiste à dire à mes confrères que seule une loi peut nous relever, dans certains cas et selon certaines modalités, à déclarer, à certifier, à témoigner.

Pour la jurisprudence, je renvoie au *Concours* 1938, n° 46 *bis* ; 1939, n° 12.

Dr Paul BOUDIN.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

PRIX DE JOURNÉE D'HOSPITALISATION DANS UNE CLINIQUE PRIVÉE

Une Compagnie d'assurances contre les accidents du travail nous demande de quelle manière il convient d'interpréter les termes de l'article 5 de la nouvelle loi sur les accidents du travail : « Dans le cas où l'accidenté est hospitalisé « dans une clinique privée, dont les taux et « conditions sont plus élevés que dans les éta- « blissements hospitaliers publics, l'employeur « seul tenu au remboursement des frais, ne le « sera que dans les limites des tarifs des établis- « sements hospitaliers publics ».

La Compagnie d'assurances, qui nous interroge, pose donc la question suivante — et qui est d'importance : lorsque le prix de journée de la clinique est plus élevé que celui de l'hôpital, qui donc paiera la différence, puisque, d'après le texte législatif, l'employeur n'est tenu des frais que dans les limites des tarifs des établissements hospitaliers publics ? Est-ce le blessé ? ou bien cette différence restera-t-elle à la charge de la clinique ?

Je réponds en m'appuyant sur l'adage : « celui qui commande doit payer ». Dans certains cas, en effet, le chef d'entreprise, ou son assureur, peut avoir intérêt à faire admettre le blessé dans telle ou telle maison de santé, plutôt qu'à l'hôpital voisin : ce sont questions de chirurgie, de compétence professionnelle, d'outillage et d'installation spécialisé, etc... Traité, opéré par tel ou tel praticien, qui soigne dans telle clinique, alors qu'il n'est pas attaché au personnel de l'hôpital public, le blessé pourra guérir plus vite et plus complètement que s'il avait été admis à l'hôpital. Ainsi, le chef d'entreprise, ou son assureur, peut avoir intérêt à payer plus cher un séjour en clinique, alors que ce séjour sera moins prolongé qu'à l'hôpital et qu'il sera possible d'éviter une incapacité permanente partielle quelconque.

D'autres fois, ce sera la victime, ou sa famille, qui, pour des raisons personnelles préfère garder le blessé à proximité des siens, dans une maison de santé proche, plutôt que de laisser transporter le malade dans un hôpital éloigné.

Il convient, en outre, de considérer si l'hôpital public est capable de donner les soins nécessaires à la victime du travail. Certains hôpitaux n'ont pas de chirurgien, pas de salle d'opérations, pas d'installation de spécialité médicale, voire même pas d'appareillage radiographique, permettant de vérifier le diagnostic clinique et de surveiller la réduction d'une fracture, etc.

Envisageons également les cas où l'urgence la gravité du cas obligent le transfert du blessé dans l'établissement hospitalier le plus proche, qu'il soit public, ou privé : le devoir de sauver une vie humaine prime parfois toutes autres considérations, surtout lorsque le transport dans un hôpital public éloigné, susceptible de donner les soins nécessaires, peut compromettre la vie du blessé.

Nous nous retrouvons alors placés dans les conditions des cas spéciaux, maintes fois réglés par des arrêts de la Cour de cassation, en matière d'accidents du travail. La Cour suprême reconnaît comme parfaitement licites les accords, par lesquels soit le chef d'entreprise, ou l'assureur de ce dernier, soit le blessé, ou ses représentants, ont accepté, préalablement à l'hospitalisation, de payer des sommes supérieures à celles qui seraient réclamées par un hôpital public.

D'autres arrêts ont également décidé que le fameux « tout compris » n'était pas applicable à une clinique privée, lorsque les circonstances ou la gravité du cas et des blessures, la spécialisation du chirurgien, l'absence de service de chirurgie à l'hôpital public, ou tout autre motif, obligeait et imposait l'admission dans une clinique privée.

Tel est, à mon avis, le sens qu'il convient de donner aux termes précités de la nouvelle loi sur les accidents du travail.

Dr Paul BOUDIN.

LA NATION EN TEMPS DE GUERRE

● ● ●

Quelques suggestions sur l'organisation des secours médicaux

MÉDECINS CIVILS REQUIS

MÉDECINS ENGAGÉS POUR LA DURÉE DES HOSTILITÉS

Nombreux sont nos correspondants, qui, en ces temps agités, s'inquiètent de la situation qui pourrait leur être imposée par la réquisition civile, une fois dégagés de leurs obligations militaires. Depuis quelques mois, des mesures légales et administratives ont été arrêtées ; d'autres sont encore à l'étude. Les unes sont souvent peu explicites ou incomplètes. Les autres nous laissent naturellement dans l'inconnu, mais certains auteurs s'efforcent de les prévoir.

Sans vouloir rien prédire, nous nous contenterons aujourd'hui d'exposer quelques suggestions ; dans un esprit très réservé d'ailleurs, nous essaierons une mise au point de ce qui pourra, ou plutôt pourrait se passer dans la pratique.

Et tout d'abord, *comment naîtront les besoins de secours médicaux*, spéciaux au temps de guerre ? Plusieurs facteurs sont à envisager : les mouvements de population en masse ; la mobilisation d'un grand nombre de médecins ; l'augmentation du nombre des patients, en raison des atteintes de l'élément civil par les projectiles de guerre et par les gaz de combat.

Les mouvements de population. — Dès la prémobilisation, les habitants des régions-frontières sont évacués vers l'Intérieur. Puis, au cours des premiers jours de la mobilisation, c'est l'évacuation des grandes villes et des centres importants, qui risquent les bombardements ennemis ; celle-ci se fait dans les mêmes conditions que la première ; à Paris, par exemple, il a été désigné un département pour recevoir les habitants de chaque arrondissement du centre urbain.

Dans le même ordre d'idées, on réalise autour des grandes villes la « dispersion », pour soustraire aux dangers des attaques aériennes le plus grand nombre possible de victimes éventuelles. Plus exactement, on éloigne à courte distance, et pour la nuit seulement, les personnes qui travaillent au cours de la journée dans les villes.

D'une manière générale, peut être cette dernière méthode serait-elle préférable dans certains cas à celle de l'éloignement, c'est-à-dire de l'évacuation, qui consiste à diriger une grande partie de la population vers une région *lointaine*, où elle devra habiter toute la guerre. Tout d'abord les départs massifs, en un temps limité, risquent de rencontrer les plus grandes difficultés: modifications d'horaires de départ par voie ferrée, parfois troublés en raison de destruction de gares ou de voies par l'ennemi, d'où ébranlement de tout le système d'évacuation ; difficultés d'assurer en nombre d'endroits, dans des conditions satisfaisantes, le logement, le ravitaillement, etc. ; obligation pour les évacués de se procurer de nouveaux moyens d'existence, et au prix de difficultés parfois insurmontables.

Quoi qu'il en soit, indépendamment des mesures sanitaires propres à garantir les soins convenables au cours des évacuations, c'est la création de nouveaux Centres de population, ou bien la surcharge en habitants des Centres préalables.

Quant à la *pénurie* de médecins, d'une manière générale, elle résultera des besoins accrus de l'armée, qui absorbera un très grand nombre de praticiens, comme aussi de besoins locaux subitement accrus en certains points par le nombre des habitants. Enfin, il faut bien dire que le rendement des « restants » sera bien inférieur à celui des « partis », car les premiers seront uniquement des « moindres résistants » par les infirmités, causes de leur réforme ou imputables à leur âge.

***

Passons maintenant à l'*action*, c'est-à-dire à l'état de guerre.

Les populations des régions frontières ont déjà été évacuées avec l'aide de médecins locaux requis, ou au besoin de médecins mobilisés ; cette évacuation a été faite dans de bonnes conditions, grâce notamment à l'installation de postes de secours sur le trajet.

Le général en chef délimite la *zone des armées*, qui comprend, on le sait, la zone de l'avant et celle des étapes. La première correspond, on peut l'admettre, à celle des régions frontières ; il y reste peu d'habitants civils, éparpillés dans les localités ou fermes, qui vont servir éventuellement de cantonnement aux troupes. A défaut de médecins civils, volontairement restés en place, les soins médicaux y seront assurés par les médecins militaires, ou mieux: les malades seront évacués sur l'arrière par les moyens de l'Armée.

Dans la zone des étapes, les populations ont

pu, en grande partie, demeurer sur place, ainsi que les praticiens locaux. Si ceux-ci sont en nombre insuffisant, pourquoi ne pas admettre que le Médecin chef des étapes de l'armée occupante, ne puisse les renforcer au moyen de médecins engagés, qui seraient mis à sa disposition, ou de médecins civils, requis pour demeurer sur place.

L'Armée contribuerait également, au besoin à l'aide d'ambulances immobilisées temporairement, à assurer l'hospitalisation des malades ou des blessés graves.

Reste la question la plus importante pour nous : celle de l'*Intérieur*.

Nous allons y retrouver des agglomérations renforcées par les mouvements de population du début ; et ces agglomérations pourront avoir besoin de secours médicaux supplémentaires. Certes les praticiens de l'Intérieur, non mobilisables, n'auront eu aucune raison de quitter leur clientèle. (Il en aura été de même, bien souvent, pour ceux de la zone des étapes.) Leur action devra simplement être renforcée en raison d'un afflux d'habitants, ou du besoin de *médecins spécialisés* (chirurgie, traitement des gazés, etc.).

Comment subvenir à ces besoins :

1º Par des médecins civils requis ; ceux-ci proviendront vraisemblablement en grande partie des régions frontières, ou plus exactement de la zone des armées. Requis d'assurer les soins et l'évacuation durant la prémobilisation ou les premiers jours de la mobilisation, ils auront déjà pu, à ce moment envoyer leur famille à l'Intérieur, où ils seront eux-mêmes dirigés, sitôt leur mission remplie.

2º Par des médecins, engagés pour la durée de la guerre, quelle que soit leur provenance.

***

La nécessité d'une organisation dès le temps de paix

Il serait impossible au moment des hostilités de pourvoir rationnellement à toute organisation des secours médicaux en guerre. Dès maintenant, il faut que les Préfets en jettent les bases dans leurs départements respectifs. L'Inspecteur départemental d'hygiène, qui, en guerre, pourrait devenir « Directeur départemental du Service de santé civil », aurait à dresser une liste des médecins non mobilisables. Cette liste serait tenue et mise à jour chaque année. Connaissant par avance les évacuations prévues sur son département, les centres à occuper par celles-ci etc., celui-ci tracerait des secteurs médicaux, correspondant à un nombre d'habitants actuel ou à prévoir, suffisant pour l'activité d'un ou de plusieurs médecins. Mis au courant du nombre des médecins qui seront mobilisables dans son département, il connaîtrait ses besoins éventuels, et pourrait en référer à une seule *Autorité Centrale*, capable de leur donner satisfaction.

Cette autorité centrale *unique* aurait pour mission d'être tenue au courant de l'organisation sanitaire de chaque département. C'est à elle que les Préfets des régions frontières feraient connaître le nombre de leurs médecins civils, non mobilisables, susceptibles d'être requis pour l'Intérieur.

D'autre part, le ministre de la Guerre mettrait aussi à sa disposition un certain nombre des médecins, qui se seraient engagés pour la durée de guerre.

Dans chaque département, il y aurait lieu également de prévoir l'*hospitalisation*. Réquisition du personnel des hôpitaux existants, auquel serait assuré son traitement habituel. Création ou organisation dans chaque canton, ou dans des nœuds de voies de communication (au besoin par réquisition de Maisons de santé privées, par conséquent déjà installées), d'organismes de traitement chirurgical, médical ou de gazés.

De chacun d'eux pourraient rayonner des auto-sanitaires pour y amener les patients. A cet égard l'Inspecteur départemental d'hygiène devrait encore tenir compte de ses besoins spéciaux (c'est-à-dire créés par le temps de guerre), de médecins spécialisés : chirurgie, gaz, etc., dont un complément éventuel serait demandé à l'autorité centrale.

Les médecins, une fois chargés d'un secteur médical, resteraient, autant que possible, attachés aux habitants ce secteur, jusqu'à la fin des hostilités ; c'est-à-dire que si, par suite d'un mouvement de repli, la zones des étapes venait à s'étendre sur de nouveaux départements, et qu'un noyau de population de ceux-ci doive être évacué plus loin, ces médecins suivraient obligatoirement leur clientèle d'occasion, au besoin par ordre de réquisition s'il s'agissait de médecins civils non mobilisables.

Enfin, tout département en entier, même celui dont une partie seulement serait ultérieurement affecté à la zone des étapes, passerait dès cette affectation, y compris son Directeur du Service de santé civil, sous l'autorité de l'Armée. Les secours médicaux y seraient dès lors assurés, ainsi qu'il a été dit plus haut.

Pourquoi l'Autorité Centrale *unique*, dont nous avons exposé plus haut la nécessité, ne serait-elle pas plutôt *militaire* ?

C'est l'idée émise par le Docteur Hartenberg ; il la réclame notamment, afin d'assurer une répartition impartiale des médecins. Nous sommes de son avis, et naturellement, les médecins auraient avant tout la faculté d'indiquer leurs préférences pour une ou plusieurs affectations ; il leur

serait donné satisfaction dans la mesure du possible ; sinon il y aurait affectation d'office.

Une autre raison, c'est qu'en tout état de cause, à un moment donné, le Service de santé de l'Armée pourra être appelé à prendre en mains l'organisation locale des secours médicaux, ainsi qu'il a été indiqué plus haut. Enfin, le plus grand nombre des médecins « de secours » seront forcément des médecins engagés pour la durée de la guerre, en somme des médecins militarisés, et ils seront, déjà avant toute répartition dans les régions placées en « réserve » aux mains de l'autorité militaire, qui les mettra en route ultérieurement suivant des demandes de l'autorité civile.

Ici, une parenthèse s'impose pour mettre en parallèle la situation faite aux médecins civils requis d'une part, aux médecins engagés d'autre part.

Le médecin, engagé pour la durée de la guerre, récupérera le grade qu'il avait précédemment dans la réserve ; il aura droit à la solde militaire de ce grade avec tous autres avantages : frais de déplacement, prestations en vivres, indemnité de charges de famille, loi des pensions militaires d'invalidité, etc., etc., etc.

De sa solde, il pourra faire une délégation permanente à sa femme, qui la touchera chaque mois chez le percepteur de sa localité.

La signature de l'engagement exige une aptitude physique suffisante ; mais tout médecin même âgé de 65 ou 70 ans, s'il est capable d'exercer encore sa profession, présentera évidemment les conditions d'aptitude physique requises.

Le médecin civil requis recevra évidemment des frais de déplacement pour lui et pour sa famille ; mais, s'il n'est pas médecin fonctionnaire, il devra vivre exclusivement avec les ressources que lui fournira une clientèle « en migration », disposant par suite de maigres moyens de subsistance, et secourue, au besoin, par l'Assistance médicale gratuite.

Une fois « requis », il doit obéir au risque de graves pénalités. Seule « une incapacité physique absolue » peut le dispenser de répondre à la réquisition. Or, en quoi peut consister une incapacité physique absolue pour un confrère, qui exerce sa profession, même avec une activité un peu réduite ?

La garantie de la loi des pensions militaires ne lui est accordée que pour les risques de la défense passive, et encore au taux de soldat de 2e classe, alors que le médecin engagé a droit au taux du grade militaire, qu'il détient effectivement.

Mais la défense passive, objectera-t-on ? Le port du masque, impossible pour les gens âgés, emphysémateux, etc. ?... Croyez-vous que ce service de la défense passive soit pour les médecins, soit tel qu'on le décrit quelquefois ? Nous ne le pensons pas. Tout d'abord, il ne s'agira pas pour les confrères d'accourir, masques sur le nez, sur les lieux du bombardement au secours des gazés. Ce sera le rôle d'infirmiers ou d'un personnel spécial. Les médecins se rendront, dès l'alerte, dans les postes de secours, et ce sera là le seul moment, où ils devront porter leur masque. Il va de soi en effet, que ces postes de secours devront être étanches aux gaz ; sinon comment soigner utilement des gazés, qui pourraient rester soumis encore à l'action de ces gaz ?

Par conséquent, pas de masques pour les médecins, au moment où ils entreront en activité professionnelle, au cours de périodes de temps d'ailleurs limitées. Le service de la défense passive ne semble donc pas constituer, en principe, un obstacle à la réquisition de confrères, atteints, sous certaines formes atténuées, d'infirmités, qui, lorsqu'elles sont graves, constitueraient une impossibilité absolue au port du masque.

En résumé, il ne semble pas que la comparaison entre la situation faite aux médecins civils requis, et aux médecins engagés pour la guerre, souffre de doute.

Il paraît, au contraire, qu'il faille conseiller aux confrères s'ils risquent, pour une raison ou une autre, d'être requis, de souscrire un engagement pour la durée de la guerre. Cela d'autant mieux, qu'à tout moment le dit engagement est résiliable à la volonté soit de l'engagé, soit de l'autorité supérieure.

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

La Presse et les Sociétés

Céramiques et ciments
Réparation des maladies professionnelles en France
Qualification de l'agent causal

Il est rare de voir la nature de l'agent causal d'une maladie professionnelle donner lieu à discussion devant les Tribunaux. Le plus souvent, les agents nocifs énumérés dans les tableaux annexés à la loi de 1919 sont suffisamment précis pour ne point donner lieu à contestations. (Exemple : plomb, mercure, benzols, etc.). Une discussion peut naître lorsque l'agent nocif prévu par la loi n'est pas un corps simple, mais bien un complexe tel que le ciment.

Dans cet ordre d'idées, le Tribunal de Dôle, confirmant un jugement du Tribunal de paix de la même ville, a pu admettre, en son audience du 7 décembre 1938 que la céramique est un ciment et, qu'à ce titre, un eczéma survenu chez un céramiste est indemnisable au titre de la « gale du ciment ».

A cette occasion, MM. M. Duvoir et G. Hausser discutent les deux questions suivantes : 1° Qu'est-ce qu'un ciment ? 2° Qu'est-ce que la gale du ciment ?

Les matériaux de liaison de la construction moderne comprennent les mortiers et ciments que l'on peut classer en deux groupes :

— ceux qui durcissent seulement au contact de l'air et sont qualifiés de « mortiers aériens » ;

— ceux qui durcissent au contact de l'eau et sont les « ciments hydrauliques » : chaux hydroliques ; ciments proprement dits (naturels et artificiels).

Quels sont parmi eux, ceux que le législateur a entendu désigner, lorsqu'il a intitulé le huitième tableau de la loi : lésions causées par les ciments ? Le rapporteur des travaux préparatoires, le Prof. Etienne-Martin n'a considéré que les ciments « provenant de la calcination de mélanges homogènes, naturels ou artificiels, de calcaire avec des matières siliceuses ou albumineuses pouvant contenir également du fer et de la magnésie ». Parmi les ciments artificiels Etienne-Martin cite les ciments de Portland. Il indique qu'une caractéristique des ciments artificiels réside dans la rapidité de la prise au contact de l'eau et le dégagement de chaleur qui peut intervenir dans la pathogénie des lésions dues à ces produits.

Il semble donc bien que dans l'esprit du rapporteur, le terme de ciment, doive être entendu au sens commercial du mot, et que le pluriel n'a été mis que parce que commercialement, il peut s'agir soit de ciments naturels soit de ciments artificiels de divers types.

Si l'on admet cette définition, le législateur a entendu limiter les ciments, en cause dans la loi sur les maladies professionnelles, aux « ciments proprement dits », et peut-être aux « ciments de grappier » et aux « portlands de scories ». Ainsi seraient éliminés du bénéfice de la loi, les mortiers aériens, les chaux hydrauliques, les ciments du laboratoire, les ciments dentaires et les mastics.

Quant à la gale des ciments, c'est une dermite qui résulte du contact constant de l'épiderme des mains avec le ciment en poussière ou en état de prise ; d'où la production de crevasses, gerçures, ulcérations, et finalement une dermite secondaire eczématiforme, qui est appelé communément « gale du ciment ».

Les mêmes auteurs, après une longue discussion, concluent que la céramique ne rentre pas, en définitive, dans la catégorie visée des ciments commerciaux envisagée par le législateur.

Dans le cas visé par le jugement précité, il n'est donné aucun renseignement précis sur la nature de la pâte céramique incriminée ; ce qui rend impossible de dire si elle était, médicalement parlant une « gale des cimentiers », ou s'il s'est agi, au contraire, d'une simple dermite eczématiforme chez un céramiste. On peut d'ailleurs ajouter que les lésions cutanées des céramistes sont rares et relèvent, en général, d'une cause autre que la pâte céramique. Il ne semble d'ailleurs pas qu'il ait jamais été jusqu'ici décrit chez ces ouvriers de dermite secondaire eczématiforme du type « gale du ciment ». Ainsi, sous la réserve d'une composition spéciale de la pâte céramique incriminée, il paraît plus probable que dans le cas particulier il s'est agi d'une dermite eczématiforme chez un céramiste. (*Arch. des Maladies professionnelles*, mars-avril 1939).

BIBLIOGRAPHIE

Névropathie et poésie : Alfred de MUSSET

Notre collaborateur M. Michel Renault, sous le titre de *La névrose et le génie*, a récemment conté, d'après le Docteur Delattre, la vie agitée d'Arthur Rimbaud.

Rimbaud n'était pas précisément un névrosé, c'était un fou moral, un dégénéré supérieur dans le genre de François Villon et d'Oscar Wilde, qui, sous l'influence de l'inspiration, était capable d'écrire des vers merveilleux et de se livrer ensuite aux élucubrations les plus grossières et dont la vie désordonnée fut celle d'un aventurier demi-fou.

Le type du poète de génie névrosé est sans contredit Alfred de Musset. On a beaucoup écrit sur Alfred de Musset. Des médecins comme Cabanès, Lefébure, comme Antheaume et Dromain dans : *Poésie et Folie*, l'ont étudié au point de vue neuro-psychiatrique.

En 1906, le Docteur Oudinot a soutenu une thèse devant la Faculté de Lyon, dont le sujet était : *Etude médico-psychologique sur Alfred de Musset*. Avec les innombrables critiques littéraires et psychologiques sur le poète des Nuits et ses œuvres, (1) il semblerait que le sujet fut épuisé et qu'il n'y aurait rien de nouveau à dire. Or, M. John Charpentier (à qui vient d'être décerné le prix de la critique littéraire) en a jugé autrement et a publié un livre sur Alfred de Musset, biographie complète très détaillée dont la lecture est passionnante (2). C'est une véritable observation médico-psychologique du poète qui permet au médecin de se faire une idée très nette de ce névropathe, dipsomane, débauché, malgré cela, peut être à cause de tout cela, poète de génie.

La biographie d'Alfred de Musset doit être écrite à la lumière de ses œuvres et avec les lettres et les écrits de ses amis et de celles qu'il a aimées ou qui l'ont aimé, ou plus exactement qu'il a cru aimer et qui ont cru l'aimer. Sans parler de son chef-d'œuvre *Les Nuits*, d'Octave et de Cœlia des *Caprices de Marianne*, où il décrit le dédoublement de sa personnalité, dans la *Confession d'un enfant du siècle*, *Rolla*, les *Deux maîtresses*, le *Chandelier*, *Fantasio*, les *Stances à Malibran*, la *Lettre à Lamartine*, l'*Espoir en Dieu*, l'*Histoire d'un merle blanc*, le *Poète déchu*, etc., on trouve exposée par fragments sa psychologie morbide, que M. John Charpentier a complétée par sa correspondance, les lettres d'amour à Aimée d'Alton, celles de son frère Paul, de son ami fidèle Alfred Tattet, de Mme Allan, les souvenirs de sa marraine, Mme Jaubert, les mémoires de sa gouvernante, Mme Martellet (Adèle Colin). M. John Charpentier donne une place très importante à George Sand qui a joué un rôle déplorable dans la vie du poète et qui a cherché à se justifier dans *Histoire de ma vie*, *Lettres d'un voyageur*, *Lélia*, *Elle et lui*, *Journal intime*, tandis que Paul de Musset dont l'affection pour son frère ne s'est jamais démentie, écrivait pour le défendre la *Biographie d'Alfred de Musset* et *Lui et Elle*.

Avec l'appui de toute cette documentation, on peut conclure qu'Alfred de Musset, doté d'un terrain névropathique héréditaire, présenta dès son enfance des troubles nerveux : inégalité de caractère, hallucinations, visions de fantômes, crises de gastralgie, crises de nerfs, audition colorée, dédoublement de la personnalité. L'abus de l'alcool, du tabac, la débauche accrurent ses troubles nerveux, lui donnèrent le goût des aventures, le mépris jaloux des femmes, un hédonisme conscient, compliqué d'un plaisir à se torturer lui-même dans une sorte de masochisme.

Sa liaison avec George Sand pour laquelle il eut une véritable passion, lui fut fatale. Cette histoire sentimentale avec le rôle des deux amants et celui d'un tiers assez terne, le Docteur Pagello, n'a rien de bien noble. Coupée par des accès de jalousie maladive, des réconciliations et des brouilles sans dignité, elle précipita la déchéance du poète. Cependant A. de Musset, malgré ses vices, sa réputation d'alcoolique et de débauché, suscita l'amour sincère de nombreuses femmes, amour qui fut souvent étrangement dévoué et parfois platonique. Citons parmi ses adoratrices, Madame Groseiller, Mlle Nodier, Mme Joubert, sa marraine, Mlle Aimée d'Alton, la princesse Belgioso, Pauline Garcia, Rachel, Mme Allan, etc., etc., sans parler de George Sand.

Notez qu'Alfred de Musset ne voulut jamais abuser des jeunes filles que son génie poétique avait conquis et, qu'ayant conscience de sa déchéance morale, il refusa les offres de jeunes énamourées qui allaient jusqu'à lui proposer des mariages avantageux :

M. John Charpentier dans son « *Alfred de Musset* » a trouvé moyen, en traitant un sujet rebattu, d'écrire un livre que liront avec fruit et plaisir tous ceux qui s'intéressent aux études littéraires médico-psychologiques.

J. Noir.

(1) M. Michel Renault lui a même consacré dans nos colonnes (*Concours Médical*, 16 novembre 1938) un intéressant article.

(2) John Charpentier. — Alfred de Musset. Edit. Jules Tallandier, 75, rue Dareau, Paris (XIVe), 1939.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale** (Professeur : M. Pierre DUVAL). — *Chirurgie des membres.* — Sixième cours par M. F. POILLEUX, prosecteur, sous la direction de M. MATHIEU, professeur. Ouverture du cours le mercredi 31 mai 1939, à 14 heures.

1° *Chirurgie vasculaire* : Ligatures artérielles. Sympathicectomie. Artériectomie. Traitement des anévrysmes artériels et artério-veineux. — 2° *Traitement des plaies des tendons* (tendons extenseurs et fléchisseurs). Sutures et greffes tendineuses. — 3° *Voies d'abord de l'avant-bras et du poignet* : Traitement opératoire des fractures des deux os de l'avant-bras et des traumatismes du carpe. Résection du poignet. — 4° *Voies d'abord du coude* : Traitement opératoire des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus, de l'olécrâne et de l'extrémité supérieure du radius. Résection du coude. — 5° *Voies d'abord de la diaphyse humérale et du nerf radial. Plaies des nerfs* : Sutures et greffes nerveuses. — 6° *Voies d'abord de l'épaule* : Traitement opératoire des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus. Résection de l'épaule. Traitement des luxations récidivantes et des luxations anciennes de l'épaule. Traitement de la luxation acromio-claviculaire. — 7° *Voies d'abord du cou-de-pied et du calcanéum* : Traitement des fractures récentes et des cals vicieux du cou-de-pied. Astragalectomie. Traitement des fractures du calcanéum ; 8° *Voies d'abord de la diaphyse fémorale et du genou* : Traitement opératoire des fractures de la diaphyse fémorale de l'extrémité inférieure du fémur et de la rotule. Méniscectomie. Résection du genou. — 9° *Voies d'abord de la hanche* : Butée. Arthrodèses. Résections arthroplastiques. Traitement opératoire des fractures et des pseudarthroses du col du fémur. — 10° *Traitement des pseudarthroses et des cals vicieux en général. Traitement des fistules osseuses.*

Les cours auront lieu tous les jours. Les élèves répèteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 300 francs pour ce cours.

S'inscrire à la Faculté de médecine ou bien au secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4 de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures), ou bien tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), à la salle Béclard (A. D. R. M.).

— **Concours de prosectorat.** — Sont nommés prosecteurs : MM. LÉGER, ROUX et DELINOTTE.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **IVe Congrès international d'oto-rhino-laryngologie.** — Le IVe Congrès international d'oto-rhino-laryngologie aura lieu à Amsterdam du 29 juillet au 3 août 1940. Trois questions ont été mises à l'ordre du jour :

I. *Le mouvement ciliaire des muqueuses des voies respiratoires supérieures.* — Rapporteurs : Prof. A. HERMANN (Erfurt) : Le mouvement ciliaire des membranes muqueuses ; M. V.-E. NÉGUS (Londres) : Le mouvement ciliaire (larynx et bronches) ; Arthus-W. PROETZ (Saint-Louis, Etats-Unis) : Le mouvement ciliaire (fosses nasales).

II. *Affections d'allergie.* — Rapporteurs : Paul KALLOS (Suède) : L'allergie du point de vue général ; Prof. C.-E BENJAMINS (Groningen, Hollande) ; Rhume des foins ; French-K. HENSEL (Saint-Louis, Etats-Unis) ; Allergie en oto-laryngologie.

III. *Le traitement de la maladie de Ménière.* — Rapporteurs : Maurice AUBRY, Marcel OMBRÉDANNE (Paris) : Le traitement chirurgical de la maladie de Ménière ; Prof. Giorgio FERRERI (Rome) : Le traitement non chirurgical de la maladie de Ménière.

Pour renseignements, s'adresser à MM. Dokkum et Marres, secrétaires, Willemsparkweg 31, Amsterdam.

— **Journée vétérinaire du rhumatisme 1939.** — Cette journée, organisée par la Ligue française contre le rhumatisme, se tiendra à l'Ecole vétérinaire d'Alfort au mois d'octobre et comprendra : 1° Rapports scientifiques : *a*) Vétérinaire-Commandant MARCENAC : Les affections du squelette chez le cheval ; *b*) M. LESBOUYRIES, professeur à Alfort : Les affections ostéo-articulaires des animaux dans leur rapport avec l'alimentation ; *c*) Professeur V. ROBIN : Le rôle de l'infection dans les affections ostéo-articulaires des animaux. — 2° Démonstrations pratiques et visite de l'Ecole vétérinaire d'Alfort. — 3° Déjeuner en groupe au restaurant de l'Ecole vétérinaire d'Alfort (il n'y aura pas de dîner le soir, comme il en était l'habitude).

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

Assurances sociales

Circulaire du ministre du Travail du 13 mai 1939 fixant les conditions susceptibles d'être appliquées aux établissements privés de soins, recevant des assurés sociaux, pour le remboursement des frais d'hospitalisation.

L'article 36 du règlement-type d'administration intérieure des Caisses d'assurance maladie-maternité a prévu que celles-ci pouvaient adopter, pour le remboursement des frais d'hospitalisation et des honoraires médicaux corrélatifs, des tarifs de responsabilité différents suivant que l'hospitalisation avait lieu dans des établissements privés ayant passé convention avec elles, dans des établissements qu'elles avaient agréés, ou dans des établissements se soumettant simplement à leur contrôle général.

La question s'est posée de savoir s'il y avait lieu, à cet effet, d'envisager des conditions *techniques* particulières à chaque catégorie d'établissements que devraient remplir respectivement les établissements passant convention, les établissements agréés, et les établissements se soumettant seulement au contrôle des Caisses, si de telles conditions se justifiaient pour ces derniers établissements, et quels caractères distinctifs étaient attachés à chacune des trois catégories d'établissements.

Les Caisses d'assurance maladie-maternité de la région parisienne ayant pris l'initiative de déterminer les modalités qu'elles envisageaient dans leurs rapports avec les établissements privés de soins pour la chirurgie, j'ai cru devoir soumettre les questions que posaient ces rapports à une Commission composée des représentants autorisés du Corps médical, des Caisses d'assurances sociales de la région parisienne et des Administrations publiques intéressées. Cette Commission, après avoir entendu dans leurs explications et desiderata les représentants de la Fédération intersyndicale des maisons de santé de France, s'est orientée vers la conception suivante, en ce qui concerne la distinction à établir, d'une part, entre les établissements agréés et les établissements passant convention, d'autre part, entre les établissements agréés et les établissements se soumettant simplement au contrôle.

Les établissements *agréés* sont les établissements qui, désirant conserver leur indépendance et ne pas se lier par convention, remplissent certaines conditions fixées par avance :

1° Des conditions *techniques* minima, à prévoir pour les établissements ayant passé convention ou agréés ; ces conditions sont l'*ensemble* des conditions « obligatoires » et des conditions « *facultatives* », prévues pour les établissements se soumettant simplement au contrôle ;

2° Des conditions de *prix*, les prix étant des prix honnêtes et accessibles aux assurés sociaux ;

3° Des conditions *administratives* relatives à l'exercice par la Caisse de son contrôle.

Pour les établissements simplement agréés, la participation de la Caisse est fixe et d'un taux uniforme, représentant le minimum prévu pour les établissements ayant passé convention, et au moins égal au taux de la participation fixée pour les établissements se soumettant simplement au contrôle.

Les établissements *passant convention* sont ceux qui, acceptant de se lier par contrat, remplissent les conditions *techniques et administratives* prévues pour les établissements agréés, mais pour lesquels la Caisse se réserve de faire varier sa participation aux dépenses dans la mesure où l'établissement s'engage à prévoir des prix *réduits*, ou à consentir des avantages *particuliers* en faveur des assurés sociaux. La participation de la Caisse est ici variable suivant l'établissement et en fonction des sacrifices faits par celui-ci.

Les établissements se soumettant simplement au contrôle sont ceux qui satisfont :

1° A des conditions *techniques* minima, conditions dites « *obligatoires* » ;

2° A des conditions *administratives* minima, relatives à l'exercice du contrôle de la Caisse, conditions dites « *obligatoires* ».

La Commission a établi, en conséquence, la nomenclature des conditions « obligatoires » et des conditions « facultatives » auxquelles devraient satisfaire les établissements de soins chirurgicaux des catégories ci-dessus définies, seules conditions « obligatoires » étant exigées des établissements se soumettant simplement au contrôle de la Caisse.

J'ai l'honneur de vous adresser cette nomenclature *à titre documentaire et indicatif*.

Vous voudrez bien la communiquer, ainsi que les instructions qui précèdent, aux organismes d'assurance maladie-maternité (non agricoles et agricoles) de votre région, à l'Union régionale des Caisses primaires d'assurance maladie-maternité de même qu'à la Commission technique régionale. Je vous adresse, à cet effet, un nombre suffisant d'exemplaires de la présente Circulaire.

J'ajoute que, par référence à l'article 36 du règlement-type d'administration intérieure, il paraît possible d'admettre que les Commissions régionales tripartites qui, aux termes de cet article, sont compétentes pour examiner les recours des établissements de soins contre le refus d'agrément d'une Caisse, le soient implicitement lorsque le refus de la Caisse s'adresse à un établissement demandant simplement à se soumettre au contrôle de cette Caisse.

Charles POMARET.

CONDITIONS TECHNIQUES ET GÉNÉRALES CONCERNANT LES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS DE SOINS

(Chirurgie)

1 (Obligatoire)

L'organisation générale, le personnel, le matériel et tous les services d'une maison de santé devront être

fonction de sa capacité réelle maxima d'utilisation, c'est-à-dire du nombre maximum de malades pouvant y être normalement et sans perturbation admis et opérés.

2 (Obligatoire)

Le cubage d'air des chambres ne sera jamais inférieur à 30 mètres cubes par personne résidente ; il pourra cependant, être réduit à 20 mètres cubes par personne dans les chambres de plus de deux lits, à partir du troisième lit. Chaque chambre devra comporter visiblement l'indication du nombre maximum de personnes qui peuvent y être admises.

3 (Obligatoire)

La construction des locaux devra comporter partout un sol imperméable ou recouvert de matières permettant le lavage fréquent. Les murs et les cloisons seront enduits d'une peinture lavable, claire de préférence : le papier sera exclu, à moins qu'il ne soit aussi lavable que la peinture elle-même.

4 (Obligatoire)

L'aération sera permanente et conçue de manière à fonctionner en toute saison sans occasionner une gêne quelconque au malade.

L'eau en quantité suffisante assurera à la clinique la propreté et la salubrité indispensables.

5 (Obligatoire)

Le chauffage central sera exigé dans toute maison de santé.

Les vidanges doivent être conduites à l'égout partout où celui-ci existe. Dans les localités qui en sont dépourvues, l'évacuation devra être assurée conformément aux règlements d'hygiène.

Les cabinets doivent être constamment tenus en parfait état de propreté, bien éclairés, bien aérés, un poste d'eau ou réservoir doit être prévu pour chacun. Les urinoirs seront construits en matériaux imperméables. Le nombre minimum de cabinets est de un par quinze personnes (personnel compris).

6 (Obligatoire)

En cas d'incendie, la clinique devra pouvoir disposer :

a) De postes d'eau ;
b) D'extincteurs ;
c) D'un appel ou d'un moyen ou d'une consigne pour prévenir rapidement la caserne des pompiers.

Les locaux devront, en outre, être appropriés pour faciliter la prompte évacuation en cas de sinistre.

7 (Obligatoire)

En cas de maladie contagieuse à déclaration obligatoire ou facultative, l'isolement du malade devra toujours être absolu. Dans les cliniques de plus de vingt lits il sera toujours prévu une chambre libre, à entrée indépendante sur un couloir ou un palier et, autant que possible, à l'écart des autres chambres d'hospitalisation.

8 (Obligatoire)

A la portée de chaque lit, un moyen d'appel doit permettre au malade d'alerter le personnel de service.

9 (Obligatoire)

Dans toute maison de santé, il y aura un groupe opératoire qui comprendra au moins :

1° Une salle d'opération aseptique ;
2° Une salle d'opération septique (dans laquelle pourront être faits les pansements) ;

3° Une salle de stérilisation ;

4° Une installation de radiologie ou une entente avec un radiologue possédant un poste mobile permettant, dans tous les cas, un examen dans un minimum de temps (deux heures).

10 (Obligatoire)

Salles d'opérations. — Elles seront dépourvues de rideaux et de tentures, éclairées par un dispositif permettant d'opérer aussi bien de nuit que de jour, chauffées, ventilées.

Un chauffage de renfort et de secours permettra, le cas échéant, de maintenir dans les salles une température suffisante.

Les murs et plafonds seront recouverts d'une peinture à l'huile lisse ou vernissée, ou ils seront revêtus d'enduit spéciaux imperméables.

Le sol imperméable devra être d'un nettoyage facile.

Le matériel devra comprendre une table d'opération permettant de placer le malade dans telle disposition opératoire que l'on juge utile et, en particulier, la bascule tête en bas. Des tables et des guéridons pour permettre de poser les instruments et le matériel opératoire, des lavabos donnant une eau stérile pour le lavage des mains des opérateurs.

Un éclairage de secours devra être prévu pour le cas de panne d'électricité.

11 (Obligatoire)

La salle de stérilisation doit comprendre des appareils destinés à préparer aseptiquement les fournitures opératoires et les instruments, une étuve et un autoclave. Il sera prévu soit dans la salle même, soit dans une pièce attenante, des armoires pour conserver instruments et objets de pansements, un lavabo, une pierre à évier ou un vidoir en grès verni ou faïence pour l'évacuation des eaux de lavage ou des autres liquides.

12 (Obligatoire)

Les communications entre le groupe opératoire et les chambres d'hospitalisation devront se faire toujours à couvert et ne jamais emprunter des couloirs mal abrités ou en plein air.

13 (Facultatif)

Il sera prévu une chambre mortuaire, exclusivement réservée à cet effet.

14 (Obligatoire)

Le transport du malade couché de la salle d'opération à la chambre, si le groupe opératoire et les chambres d'hospitalisation sont à des étages différents, devra toujours pouvoir être effectué sans danger au moyen de brancards.

15 (Obligatoire)

La proportion du personnel soignant ne sera jamais inférieure à une unité pour huit lits, compte tenu de l'effectif total de ce personnel dans l'établissement.

Il sera recruté parmi les diplômés de l'Etat.

Toutefois, seront admis comme soignants, à titre transitoire, les non-diplômés ayant exercé leurs fonctions depuis au moins cinq ans au 1er janvier 1939, dont un an dans le même établissement, à condition que leur capacité technique soit attestée au moins par deux certificats de chirurgiens et deux certificats de directeurs de maison de santé.

Dans ce cas, la proportion des diplômés d'Etat dans le pourcentage de un pour huit visé plus haut ne devra pas être inférieure à la moitié de ce pourcentage.

16 (Facultatif)

Dans les maisons de santé exclusivement réservées à l'oto-rhino-laryngologie et à l'ophtalmologie, il ne sera exigé ni installation permanente de radiologie, ni ascenseur.

17 (Obligatoire)

Toute maison de santé devra posséder le téléphone avec la ville et l'indication du téléphone du chirurgien responsable.

18 (Obligatoire)

La clinique devra répondre aux prescriptions d'hygiène tant en ce qui concerne la cuisine que les différents services annexés.

19 (Obligatoire)

Le règlement intérieur de la clinique sera communiqué à l'Union des Caisses.

20 (Obligatoire)

Les noms des chirurgiens, spécialistes habituels et auxiliaires médicaux divers, masseurs, etc., donnant leurs soins aux assurés sociaux dans la maison de santé, doivent figurer sur une liste communiquée par elle à l'Union des Caisses, afin que puissent être signalés les praticiens qui, par leurs fonctions, ne peuvent soigner les assurés sociaux et ceux qui ont été frappés de sanction d'exclusion, pendant toute la durée de cette sanction.

Au cas où viendrait à se produire une modification parmi le Corps médical, chirurgical ou auxiliaire de l'établissement, la clinique s'engage à la signaler à l'Union des caisses dans le délai d'une semaine.

21 (Obligatoire)

La clinique prévient la Caisse de l'admission d'un assuré social ou bénéficiaire, dans les quarante-huit heures qui suivent son entrée.

22 (Obligatoire)

La clinique donnera toutes les facilités nécessaires pour l'exercice des contrôles prévus par les textes légaux et réglementaires relatifs à l'application de la loi sur les Assurances sociales.

Lors du contrôle, les critiques éventuelles concernant la maison de santé ne devront être présentées qu'à la direction de la maison ou à un représentant qualifié par elle et hors de la présence du malade et de sa famille.

23 (Facultatif)

La clinique s'assurera que la Caisse a accepté la prise en charge de l'intervention projetée, conformément à l'article 115 (§ 2) du règlement d'administration publique. Au cas où cette formalité indispensable n'aura pas été exécutée, la clinique en informera la Caisse sans délai.

24 (Obligatoire)

La clinique devra faire connaître les prix de journée les plus bas applicables aux malades payants ainsi que les différents suppléments. Elle donnera à l'assuré un duplicata de facture acquittée, non timbrée, sur laquelle figureront, avec tout le détail et la précision indispensables, les différentes sommes qui lui auront été versées pendant le séjour du malade.

25 (Obligatoire)

Les tarifs appliqués ne doivent comporter aucune ristourne aux malades, aux correspondants, à des tierces

personnes ou à des agents de Caisses d'assurances sociales De même, aucune ristourne ne devra être acceptée des pharmaciens ou des fournisseurs de l'art médical.

26 (Obligatoire)

Les conditions d'admission des malades seront en tous points conformes au Code de déontologie médicale et aux dispositions de l'article 27 (§ 3) du décret-loi du 14 juin 1938.

27 (Obligatoire)

La direction de la clinique s'assurera, par un contrôle médical périodique, de la bonne santé du personnel en contact avec les malades ou admis à la préparation ou à la distribution des aliments.

CONCOURS D'AGREGATION

Section I. — Anatomie et organogenèse

LISTE DES CANDIDATS. — *Paris* : M. Jean Cordier. — *Aix* : M. Michel Salmon. — *Lille* : M. Léon Devos. — *Montpellier* : M. André Delmas. — *Nancy* : M. Antony Beau.

Section II. — Histologie et embryologie

LISTE DES CANDIDATS. — *Paris* : M. Jean Tusques. — *Alger* : M. Raymond Kehl. — *Lyon* : Mlle Gilberte Pallot. — *Montpellier* : M. Jean Broussy. — *Strasbourg* : M. Marc Klein. — *Toulouse* : M. Pierre de Boissezon.

Section III : Histoire naturelle médicale et parasitologie

LISTE DES CANDIDATS. — *Paris* : M. Lucien Brumpt. — *Bordeaux* : M. Albert Mandoul. — *Lyon* : M. Emile Roman. — *Montpellier* : M. Hervé Harant. — *Strasbourg* : M. Jacques Callot.

Section IV. — Physiologie

LISTE DES CANDIDATS. — *Paris* : M. Albert Richard. — *Aix* : M. Vincent Donnet — *Bordeaux* : MM Jules Liard et Charles Petiteau. — *Lille* : M. Gaston Bizard. — *Lyon* : M. Fernand Jourdan. — *Nancy* : Mme Chalnot, née Hennequin ; MM. Claude Franck et Robert Grandpierre. — *Toulouse* : M. Antoine Bouisseu.

Section V. — Chimie médicale

LISTE DES CANDIDATS. — *Paris* : M. Antoine Bonnefoi ; M. Max Jayle ; M. Joseph Rangier. — *Alger* : M. Jean Ettori. — *Lille* : M. Paul Boulanger — *Lyon* : M. Daniel Vincent. — *Montpellier* : M. Pierre Monnier. — *Toulouse* : M. Paul Valdiguié.

Section VI. — Physique médicale

LISTE DES CANDIDATS. — *Paris* : MM. Laurent

Desgrez, Jean Dubost, René Imbert, Camille Piffault. — *Aix* : M. Henri Roux. — *Bordeaux* : M. Jean Auriac. — *Lille* : M. René Swyngedauw. — *Lyon* : M. Théodore Kefman. — *Montpellier* : MM. Robert Castagne, Jean Reboul, Raymond Seigneurin. — *Strasbourg* : Mlle Geneviève Achard, M. Georges Joubert. — *Toulouse* : M. Pierre Marques.

Section VIII. — Médecine générale

Liste des candidats. — *Paris* : *Option médecine générale* : MM. Michel Albeaux, Elie Azerad, Henri Baruk, Raymond Benda, Etienne Boltanski, Georges Brouet, René Cachera, Jacques Caroli, Roger Cattan, Jacques Decourt, Gaston Degos, Paul Delay, Jean Derot, Théodore Desmonts, Gilbert Dreyfus, Raymond Garcin, Raoul Kourilsky, Maurice Lamy, Fernand Layani, Jean Lenègre, Jean Lereboullet, André Lichtwitz, Georges Marchal, Julien Marie, Georges Mauric, Jules Merklen, Jean Péron, André Ravina, Stanislas de Sèze, Pierre Soulié, Jean Sterne, Pierre Uhry, Robert Wallich, Robert Worms.

Option anatomie pathologique : MM. François Albot, Marc Bolgert, Charles Busser, Jacques Delarue, Mlle Paule Gauthier-Villars, MM. Bernard Joyeux, Maurice Payet, François Thiébaut.

Option bactériologie : MM. Charles Bonnet, Henri Brocard, Pierre Lépine.

Option médecine légale : MM. Henri Desoille, Léon Pollet.

Aix : *Option médecine générale* : MM. Marius Audier, Jean Olmer.

Option anatomie pathologique : M. Jean Paillas.

Option médecine générale : MM. Antoine Raybaud, Antoine Recordier.

Alger : *Option médecine générale* : MM. René Azoulay, Georges Fabiani, André Lévi-Valensin, Jean Loubeyre, Gabriel Manceaux, Robert Raynaud, Charles Sarrouy, Jean Thiodet.

Bordeaux : *Option médecine générale* : MM. Jean, Dubarry, Roger Massière, Robert Pauly, René Saric, Bernard Fraissac.

Lille. *Option médecine générale* : MM. André Breton, Pierre Gineste, Henri Warembourg, André Verhaghe, André Patoir, Louis Christiaens, Pierre Martin. — *Option anatomie pathologique* : MM. Maurice Boury, Jules Driessens, Emile Houche, Pierre Tison.

Lyon : *Option médecine générale* : MM. Philippe Barral, Roger Froment, Marcel Girard Albert Guichard, Paul Lagèze, Pierre Martin, Henri Maussac, Henri Thiers, Alphonse Vachon.

Montpellier : *Option médecine générale* : MM. Antonin Balmes, Jean Balmes, Jean Bert, Jean Boucomont, Jean Chaptal, Edouard Fassio, Pierre Lafon, Pierre Mas, Jean Ravoire, Henri Serre.

Nancy : *Option médecine générale* : MM. Jean Créhange, Eugène Girard, Pierre Louyot, Léon Michon, Natan Neimann.

Strasbourg : *Option médecine générale* : MM. Henri

Metzger, Jean Sacrez, Jules Sthal, Julien Marter. — *Option bactériologie* : M. Robert Tulasne.

Toulouse : *Option médecine générale* : MM. Louis Bounhoure, Charles Darnaud, Jacques Fabre, Jacques Gadrat, Jean Géraud, Jean Planques, Henri Pons.

Section IX. — Chirurgie générale

Liste des candidats. — *Paris* : *Option chirurgie générale* : MM. Marcel Fèvre, Joseph Gouzi, Aimé Merle, d'Aubigné, Alain Mouchet, Paul Padovani, Jean Patel, André Sicard. — *Option urologie* : M. Roger Couvelaire.

Aix : *Option chirurgie générale* : MM. Marcel Arnaud, Jacques Dor, Albert Escarras, Raymond Imbert, Hervé Llucia, François Lucciani, Joseph Michel-Béchet.

Alger : *Option chirurgie générale* : MM. Etienne Curtillet, Pierre Goinard, Henry Vergez.

Bordeaux : *Option chirurgie générale* : MM. Jean Chavannaz, Jacques Lange, Pierre Laumonier, Jean Magendie, Louis Pouyanne, Jean Villar.

Lille : *Option chirurgie générale* : MM. Pierre Decoulx, René Demarez, Pierre Macquez, Gérard Patoir.

Lyon : *Option chirurgie générale* : MM. Georges Arnulf, Robert Charton, Pierre Colson, Marcel Dargent, Robert Desjacques, Jacques Francillon, René Labry, Pierre Mallet-Guy, Joseph Marion, Jacques Mathieu, René Peycelon, François Pouzet, Jean Soustelle, Pierre Verrière.

Montpellier : *Option chirurgie générale* : MM. Jean Aussilloux, Jean Ginestié. — *Option urologie* : MM. René Joyeux, Maurice Lapeyrie, Pierre Passebois, Eugène Truc.

Nancy : *Option chirurgie générale* : MM. Lucien Grimault, René Rousseaux.

Strasbourg : *Option chirurgie générale* : M. Adolphe Jung.

Toulouse : *Option chirurgie générale* : MM. Albert Baudet, Frédéric Bertrand, Louis Dambrin, Paul Dambrin, Raymond, Dieulafé, Maurice Cahuzac, Marcel Grimaud, Georges Rieunau, Jacques Virenque.

Section X. — Ophtalmologie

Liste des candidats. — *Nancy* : M. Charles Thomas. — *Toulouse* : M. Louis Calmettes.

Section XI. — Oto-rhino-laryngologie

Liste des candidats. — *Alger* : M. Maurice Péri. — *Lyon* : MM. René Mayoux, Mounier-Kuhn.

Section XII. — Obstétrique

Liste des candidats. — *Paris* : MM. Marcel Bonnafous, René Desnoyers, Louis Digonnet, François Lepage, Robert Merger, Jean Ravina, Victor

Sureau, René Suzor. — *Aix* : M. Antoine Chosson. — *Alger* : M. Henri Ezes, Henri Fulconis, Henri Jahier, Léon Schébat. — *Bordeaux* : MM. Pierre Mahon, Gabriel Péry. — *Lille* : MM. Henri Bédrine, Adolphe Gernez, Paul Gellé. — *Lyon* : MM. Emile Bansillon, André Brochier, Edouard Rochet. — *Montpellier* : M. Jean Caderas de Kerleau. — *Nancy* : MM. Jean Hartmann, Georges Lévy, Jules Louyot

Section XIII. — Histoire naturelle pharmaceutique

Liste des candidats. — *Bordeaux* : M. Henri Girard.

Section XIV. — Pharmacie

Liste des candidats. — *Aix* : M. Jean Delphaut. — *Lille* : M. Paul Delatre. — *Montpellier* : M. Robert Granger. — *Bordeaux* : MM. Pierre Mesnard, Francis Tayeau, Aimé Vanhems.

Section XV. — Chimie générale pharmaceutique et toxicologie

Liste des candidats. — *Aix* : M. Joseph Arnoux. — *Bordeaux* : M. Raymond Castagnou. — *Toulouse* : M. Fernand Caujolle.

Le concours d'agrégation s'est ouvert le 16 mai.

o o o

CORRESPONDANCE

ACCIDENTS

2.785. — Pression exercée sur un accidenté du travail pour le faire hospitaliser

J'ai eu à soigner en second un accidenté du travail qui, à la suite d'une plaie infectée, fit une grosse lymphangite de l'avant-bras avec deux volumineux abcès.

Je fis le traitement habituel de ces états : propidon, septazine, incision de l'abcès.

La Compagnie non contente de mon traitement et trouvant sans doute que l'incapacité durant trop (j'ai accordé 23 jours, dont il reste actuellement 14 jours), a fait par l'intermédiaire de son agent local transporter le blessé dans une clinique des environs, tout ceci sans me prévenir et alors que le blessé aurait très bien guéri chez lui avec un peu de temps, ces abcès ne donnant qu'à peine et la température étant redevenue normale.

Je crois que ce procédé est non seulement incorrect, mais illégal.

Je crois, d'autre part avoir été lésé.

Que dois-je faire ? Dr J.

Réponse

La loi nouvelle sur les accidents du travail, reprenant d'ailleurs sur ce point les dispositions de la législation antérieure, punit d'une amende de 16 à 300 francs toute personne qui, soit par menace de renvoi, soit par le fait de renvoi systématique des ouvriers qui se seront adressés à un médecin ou à un pharmacien autre que celui de l'employeur ou de la Compagnie d'assurances à laquelle il est affilié, soit par refus ou menace de refus des indemnités légales, a porté atteinte ou tenté de porter atteinte aux droits de la victime de choisir son médecin et son pharmacien.

Si, en l'espèce, un des moyens de pression prévus et réprimés par la loi a été employé pour faire accepter par le blessé son hospitalisation, une action correctionnelle est possible soit contre le chef d'entreprise, soit contre l'agent d'assurance coupable.

Par contre, si le blessé a accepté de son plein gré et sans aucune pression extérieure les offres de la Compagnie, aucun recours n'est possible.

Le fait que, dans ces conditions, il ait accepté de changer de médecin et de se faire transporter à la clinique ne peut être considéré que comme une manifestation du libre choix que la loi lui accorde.

3.132. — Les modifications de la législation sur les accidents du travail ne sont pas applicables aux accidents agricoles

Je vous serais très obligé de bien vouloir me faire connaître si l'envoi de la carte-lettre recommandée est obligatoire dans le cas d'un accident du travail se produisant chez un ouvrier agricole.

Dans la négative, quelle est la catégorie d'accidentés soumis à cette formalité et ceux qui en sont exempts ?

Dr M.

Réponse

Suivant l'art. 29 de la loi du 1er juillet 1938 sur les accidents du travail, les dispositions de cette loi ne seront applicables à l'agriculture qu'après que des modifications concordantes auront été apportées aux lois du 15 décembre 1922 et du 30 avril 1926.

Par conséquent, les ouvriers agricoles victimes d'accidents du travail restent soumis à la législation antérieure et pour les blessés de cette catégorie, il n'y a donc pas obligation d'envoyer au patron responsable la carte recommandée prévue par la loi nouvelle.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

2.851. — Avantages accordés au père de deux enfants

Né en 1900 (classe 1920) et père de deux enfants, je suis affecté comme radiologiste (médecin capitaine) à une ambulance chirurgicale de corps d'armée.

Mes deux enfants ne me donnent-ils pas droit à passer dans la deuxième réserve et à une affectation dans une formation de l'Intérieur ?

Dois-je adresser une demande dans ce sens à mon Directeur du Service de santé ?

Dr X.

Réponse

La plus jeune classe de la deuxième réserve étant actuellement la classe 1919, vous appartenez en effet à la deuxième réserve, puisque vos deux enfants vous font gagner quatre classes (art. 58 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée).

Invoquez donc cet article de loi, en demandant à votre Directeur régional du Service de santé, une affectation à l'Intérieur, à laquelle vous avez droit, en principe. Exposez-lui que si, en raison de votre qualité de spécialiste, cette question d'affectation ne pouvait être tranchée que par le ministre, il veuille bien lui transmettre votre demande.

2.902. — Caractéristiques d'une cantine d'officier

Quelles doivent être les dimensions réglementaires d'une cantine de médecin-lieutenant ? Quelle doit en être la couleur ?

Quels sont les signes et indications qu'elle doit porter ?

Dr E.

Réponse

Les dimensions d'une caisse à bagages réglementaire sont approximativement les suivantes : longueur 75 cm., hauteur 30 cm., largeur 40 cm. N'importe quel marchand d'équipements militaires ou de bagages vous fournira des renseignements exacts à ce sujet.

Les cantines sont peintes en vert, on y inscrit sur un grand côté les nom et affectation du propriétaire ; sur un petit côté, les insignes de la Croix-Rouge.

3.010. — Démission après maintien dans les cadres

Agé de 54 ans, médecin capitaine de réserve ayant fait deux périodes d'instruction en 1936 et en 1938 et après avoir fait toute la guerre de 1914-1918, puis-je demander ma mise à la réforme ou puis-je donner ma démission ? Classe 1905, j'ai devancé l'appel en

1904 et j'ai deux enfants, 18 ans et 13 ans (un enfant décédé). Je suis capitaine de réserve depuis 1928. Ai-je le droit de demander à passer au grade supérieur ?

Dr B.

Réponse

Maintenu dans les cadres au delà de la durée légale des obligations militaires, vous ne pouvez offrir votre démission. Seule, une Commission de réforme est susceptible de proposer au Ministre votre mise en non-disponibilité pour des raisons de santé, si celles-ci vous empêchent de remplir vos fonctions pour une durée supérieure à six mois. Demande à envoyer à votre Directeur régional du Service de santé.

Votre passage au grade supérieur n'est pas un droit, il résulte d'une sélection par le choix.

2.905. — Choix des experts près les Centres de réforme

Expert auprès du Centre de réforme depuis plus de dix ans, et désigné à ces fonctions par le ministère des Pensions, le médecin-chef actuel du Centre m'a, de son propre caprice, depuis deux mois, supprimé toute expertise, sans motif et sans aucun avis.

Considérant cette façon de faire comme injurieuse, je voudrais savoir jusqu'à quel point il peut agir ainsi, de quelle autorité il relève, et dans quelle mesure, je peux, de mon côté, faire valoir mon bon droit.

A noter que je peux exciper de mes titres d'ancien combattant, blessé et pensionné de guerre, et de la plus absolue impartialité, dans toutes les missions ou expertises qui m'ont été confiées.

Dr Z.

Réponse

La liste des experts près les Centres de réforme est arrêtée chaque année par le ministre des Pensions, sur la proposition des médecins-chefs des Centres. Au cas où votre mission n'aurait pas été renouvelée pour 1939, le médecin-chef aurait dû vous prévenir. Dans le cas contraire, celui-ci n'a aucune raison plausible de ne pas recourir à vous, et il vous suffira, en exposant les motifs et vos titres personnels, d'adresser une lettre de réclamation au ministère des Pensions, Service des expertises médicales, 37, rue de Bellechasse, Paris (VIIe).

Soixante et unième année — N° 23 — 4 Juin 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie Professionnelle

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg .	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro........	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.

Demi-Colonnes

Renseignements

Rendre un médicament agréable, c'est en doubler la valeur thérapeutique, car l'estomac qui l'accepte bien le digère mieux. Dans toutes les dyspepsies, donner des TABLETTES DE MANGAÏNE, c'est guérir vite et agréablement. Sucer 4 à 6 TABLETTES DE MANGAÏNE, par jour.

« La Soleillette » Bandol-sur-Mer (Var). Soleil. Régime.

Villa du Parc. Saujon (Char.-Infre.). Charmant hôtel de repos et station de cure pour le traitement des affections nerveuses et neuro-digestives. Dr DUBOIS.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

Les médecins, spécialistes ou non, les préventoria, maisons d'enfants, qui s'intéressent à la RÉÉDUCATION RESPIRATOIRE sont priés de s'adres. au Dr Jullien, Joyeuse (Ardèche).

Institut marin du Dr BAGOT **à Roscoff.** Rhumatismes. Névralgies. Impotences articulaires et musculaires. Anémie et lymphatisme. Du 1er juin au 30 septembre.

Les concours, les examens approchent et deviennent de plus en plus difficiles ! Combien de candidats victimes de leur émotivité sont sujets à un trac abominable qui diminue considérablement leurs moyens... et sont recalés

3 ou 4 comprimés d'**AEINE** leur donneront la confiance en eux et... le succès.

Echantillons 6, place Clichy, Paris IXe.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

N° 176. — A céder après décès, dans ville de l'Est, cabinet d'oculiste avec belle clinique parfaitem. installée, matér., nombr. instrum. et accessoires.

N° 177. — Gironde. Cause repos cherche chir. associé cath. franç. pour cession part ou tot. clinique orthop. et chirurg. Aff. sérieuse.

N° 178. — Installat. radiograph. à vendre pour cause double emploi. S'ad. Clin. du Landy, 23, rue du Landy, à St-Ouen (Seine).

N° 179. — Grande banlieue. Poste méd. très import., gros rapport, magnif. installat., dans belle propriété. A céder de suite compt.

N° 180. — Oise. Excell. client. à reprend. après décès, avec fixes transmiss. Maison tout confort, jardin et dépendances.

N° 181. — Excellent poste Pas-de-Calais, en pleine extension, bien situé. Bon chiffre, peut être doublé en un an. Indemn. quart du chiffre actuel.

N° 182. — On demande doct. ou étud. pour s'instruire et rendre service en examinant 700 enfants partant colonie de vacances, 19 juillet. Petite indemnité. Ecrire : Enfants à la Montagne, 30, pl. Jeanne-d'Arc, Paris (13e).

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Paris. Très anc. cab., titul. cesse d'exerc. client. de quart. intéres. peu déplacem. Fixes transmis, appart. 5. p. confort. loyer 6.000 avec bal. Prix 35.000 cpt.

Banlieue. Clinique chirurgicale. Install. très moderne avec radio, 20 lits. Prix 600.000.

Ile-de-France. Joli pays (chasse et pêche) bon poste ancien, 1 autre confrère. Indemnité 45.000, 30.000 cpt.

20 minutes de Paris. Ville agréable, très belle client. de méd. glc et voies digestives. A céd. avec sérieuse présentat. Indemnité 50.000.

Abonnés du « Concours » exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains : Bertier, Blondel, Dardel, H. Forestier père, Lelong, Pégaz.

Amélie-les-Bains : Bouix.

Ax-les-Thermes (Ariège) : Boyer, Girard.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne : Censier, R. Hügel, Joly, Le Gouriérec, J. Louvel, R. Louvel, Doctoresse M. Peillon, E. Poulain.

Bains-les-Bains : M. Henry, L. Rose.

Barèges, Orliac.

Barbotan-les-Thermes P. Pitous.

Besançon La Mouillière : G. Giraud, Jean Sexe (*opht.*), Tronchon.

Biarritz : Clavel, Dejeant (*derm.*), M. Claverie Lacour. Pitchalsky (*m. g. sto.*) M. Pourquié (*chir.*) G. Pourquié (*o. r. l.*)

Bourbon-Lancy : Bellœuf, G. Vincent.

Bourbon-L'Archambault : Bénabu, Litaud.

Bourbonne-les-Bains : Delacroix, Gay, Pellet.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers : d'Arbois de Jubainville, Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Dieudonné, J. Trotot.

Capvern : J. Pouy.

Cauterets : Anglada, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Challes-les-Eaux : Vexenat.

Châtel-Guyon : Angeras J. M. Ballan, Baumann, Cambiès Casati de Montgolfier, Foucaud, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Contrexeville : Contal.

Dax : Barrau, Delmas (Armand).

Divonne-les-Bains : Ballivet, R. Fau, Vieux.

Eaux-Bonnes : Bourragué, Creignou.

Enghien-les-Bains : Beyrand, H. Forterre, J. Spinadel.

Escouloubre-les-Bains : Sarda.

Evaux-les-Bains : Maurice Fabre (*gyn.*), E. Legâte.

Evian-les-Bains : Bernex, J. Eyraud-Joly,

Hammam-Lif (Tunisie) : Fére.

La Bourboule : Anglada, Barthomeuf, Boudry, Cany, Mme Eyraud-Dechaux, R. Galimant, Jean Godonnèche, Jumon, Rongier Th., Maurel.

La Léchère : Bouverat, Millet, Noailly.

La Motte-les Bains : Goirand.

Lamalou-les-Bains : Faure, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains : Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Lépine.

Luchon : P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Germès, Pierre Molinéry, Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Causeret, Cugnier, Rimey.

Mont-Dore : J. André, Roger André, Béal, Débidour, Dullin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris : Ducros, Jossand, J. Wibrotte.

Plombières-les-Bains : Bernard, J. Dumont, Truelle.

Pougues-les-Eaux : P. Baillet.

Preste (La) : Dr P. Baron.

Royat : Mougeot, Perrin Georges.

Salers : Rongier.

Salies-de-Béarn : Coustère David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains : Bourny, Henri Neumand.

Salies-du-Salat : Barbé, St Béat.

Saujon : M. Boisseau, Doublet, R. Dubois.

Saint-Didier (Vau.) : Masquin

St-Honoré-les-Bains : Charpin, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire : Sérane, Siguret.

Santenay-les-Bains : A. Mélé.

Sermaize-les-Bains : Fritsch.

Uriage : G. Barbier.

Vals-les-Bains : David, Offant.

Vernet-les-Bains : Ponson

Vichy : Arama (Michel) (*stom.*), Bargy, Berthomier, (*phys.*), G. F. Bonnet, Caillault, Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Cluzan, Cornillon, Cotar, Cros L., Desmaroux, Enjalbert, Fau, R. Fraudet, (*stom.*), Gannat, H. Goudart, Lère, Martin-Péridier, Reynès, Roche, Roussignol.

Vic-sur-Cère : Delsériès.

Vittel : G. Constant, P. Genay, Finck.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Chaires d'Histoire de la médecine et de clinique ophtalmologique.* — Le Conseil de la Faculté, réuni le 25 mai, a décidé de proposer à l'agrément du ministre : M. Lévy-Valensi, pour la chaire d'Histoire de la médecine (par 43 voix sur 44 votants) et M. Velter, pour la chaire de clinique ophtalmologique (par 42 voix sur 42 votants).

— *Prix Saintour* 1939. — Le Conseil de la Faculté, dans sa séance du jeudi 25 mai, a maintenu comme sujet du prix Saintour 1939, « l'acidose diabétique ».

— **Association générale des médecins de France.** — A l'Assemblée générale du 21 mai, M. Bongrand, trésorier, a rappelé que depuis quelques années l'association a distribué en secours à la famille médicale plus d'un million de francs par an.

MM. Le Lorier, de Paris, Barbin, d'Orléans et Gossart, de l'Oise, ont été élus membres du Conseil.

— **Assemblée générale de la F. E. M.** — La F. E. M. (Société de Secours mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins), mais surtout Société de secours aux orphelins et aux veuves, vient de tenir son Assemblée générale annuelle à son siège social.

Le Docteur Georges Duhamel, de l'Académie française, président d'honneur, assistait à la séance que présidait le Professeur Legueu, entouré du Docteur Siredey, du Professeur Brindeau, de Mme F. Jayle, des Docteurs Darras et Dabout, de Mmes Paul Aimé et Veillard.

Dans son allocution fréquemment applaudie, le Professeur Legueu rappela le succès remporté par le XIII[e] Bal de la médecine française, dont les bénéfices intégralement distribués, permettront d'aider plus largement des orphelins et des veuves dans la détresse.

Cotisations à la F. E. M., comme membres honoraires : cotisation annuelle 25 francs ; perpétuée 250 francs ; membres bienfaiteurs : versement minimum 500 francs. Les femmes et les enfants de médecins peuvent être admis comme membres participants (cotisation annuelle 25 francs par personne), et s'assurer ainsi dans l'avenir une aide matérielle et morale effective.

Pour tous renseignements, s'adresser : Société F. E. M., 60, boulevard dela Tour-Maubourg, Paris (VII[e]). Tél. Inv. 55.90, Ch. post. 1466.88.

— **Journée médicale d'Angers.** — Pour la première fois aura lieu à Angers une « Journée médicale » le 18 juin 1939, à l'Ecole de médecine.

Cette journée est placée sous le patronage du Corps enseignant de l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Angers, de M. le médecin-chef de la place d'Angers, de la Société de médecine d'Angers et de la Section angevine de la médecine générale française. M. le Directeur de l'Ecole de médecine d'Angers a bien voulu en accepter la présidence effective et offrir l'hospitalité de ses locaux.

A partir de 14 h. 30 auront lieu successivement les conférences suivantes : *a*) Docteur J. TINEL, médecin des hôpitaux de Paris : « La névrose d'angoisse », expression fréquente du déséquilibre sympathique ; *b*) Docteur GUTMANN, médecin des hôpitaux de Paris : « Diagnostic des lésions ulcéreuses bénignes et malignes de la petite courbure » ; *c*) Docteur FONTAINE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, assistant du Professeur Leriche : « Les artérites ».

Un Comité de dames recevra les femmes de médecins venues à Angers et leur offrira un programme de distractions pendant la durée des travaux scientifiques.

Le soir, un grand banquet réunira tous les participants, leurs femmes et leurs invités. Il se terminera par une soirée organisée spécialement à leur intention avec une troupe de chansonniers montmartrois.

— **Prix de l'Académie Duchenne de Boulogne.** — Le prix annuel de 10.000 francs décerné par l'Académie Duchenne de Boulogne, à un travailleur indépendant, de nationalité française, dont l'œuvre ou la création ayant trait aux sciences médicales, sera jugée la meilleure, sera attribué le premier jeudi de décembre 1939 (le sujet restant au choix de l'auteur).

L'objectif de l'Académie est de récompenser un travailleur indépendant qui, par ses propres moyens, à l'instar de Duchenne de Boulogne, aura fait progresser la science médicale française.

Les mémoires inédits et non encore récompensés, dactylographiés en quatre exemplaires, devront être adressés au secrétariat de l'Académie (Centre Marcelin-Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique, Paris, VIIIe) avant le 1er octobre 1939. Joindre références et *curriculum vitæ*.

— **Le IIIe Congrès neurologique international** se tiendra à Copenhague du 21 au 25 août. Deux rapports sont à l'ordre du jour : 1° Le système endocrino-végétatif et sa signification pour la neurologie (Sir Henry-H. Dale, MM. Laruelle, Fulton, Fœrster, Forsberg, rapporteurs) ; 2° Les maladies nerveuses héréditaires, notamment en ce qui concerne leur genèse (MM. Sachs, A. Thomas, Jonesco Sisesti, Curtius, Shaffer, rapporteurs).

Cotisation : 40 couronnes. Secrétaire général : Dr Knud Krabbe, Kommune hospitalet, Copenhague K.

— **Royal College of Physicians.** — Le Docteur Robert PIERRET, directeur général de l'Office inter-

national d'hygiène publique, médecin consultant à La Bourboule, vient d'être élu *Fellow* (membre titulaire) du Royal College of Physicians d'Angleterre.

— **Les médecins de Toulouse à Paris.** — Le dîner de printemps des médecins de Toulouse à Paris a eu lieu le 22 mai dernier à la Taverne du Nègre. Etaient présents : les Docteurs Esclavissat, Quériaud Molinéry, Groc, Lafont, Marie-Clavel, Gisclard, Montagne, Mirabail, Signoret, Babou, Mazet, Delater, Pelous, Mont-Refet, Soubiran. S'étaient excusés : les Docteurs Faulong, de Parrel, Doazan, Aujaleu, Aubertot, Foures, Louet, Massip, d'Ayrenx, Lévy-Lehber, Perrin, M. Vitry.

A l'heure des toasts, le Docteur Groc, secrétaire général de la S. A. M. T. P., félicita au nom de tous ses camarades le Docteur Delater, qui d'ailleurs présidait le dîner, de la flatteuse distinction dont il venait d'être l'objet le 20 mai précédent : attribution à l'unanimité du prix de Roman à son beau livre « Le Bled » par le jury de la Société des médecins et pharmaciens écrivains de France. Le prix d'Histoire de la même Société a été décerné au Docteur Pierre Molinéry pour son mémoire : « Luchon ; évolution de ses doctrines thermales à travers les âges ». Prirent ensuite successivement la parole : les Docteurs Marie Clavel, Delater, Molinéry, Pelous et Mont-Refet. La prochaine réunion de la S. A. M. T. P. aura lieu en octobre prochain.

— **Conférence sur l'action du chlorate de potasse dans la poliomyélite antérieure aiguë.** — Le 20 mai, aux Laboratoires de recherches scientifiques de Garches (Fondation Debat), le Professeur Arthus exposa comment ses collaborateurs Contat, Spycher et Debat ont été amenés à constater l'action du chlorate de potasse sur la poliomyélite antérieure aiguë.

Au cours d'une épidémie grave de cette affection, dans les cantons de Vaud et de Fribourg (1936-1937), Ch. Contat remarqua que chez des enfants qui présentaient des phénomènes d'angine, le chlorate de potasse administré par voie buccale (en même temps qu'on pratiquait la sérothérapie classique) agissait rapidement sur la température et arrêtait les processus paralytiques.

Contat utilisa le chlorate de potasse pour compléter l'action sérothérapique au cours de 19 cas, puis seul au cours de 16 autres cas. Les doses du médicament étaient :

8 à 10 cgr. par kilo de poids et par jour, en douze fractions données de deux heures en deux heures. La température et les symptômes (algies, parésies), regressèrent rapidement. Aucun décès parmi les 35 malades traités.

Des essais sur les singes (macacus rhesus), infectés par voie intra-cérébrale, essais faits au Laboratoires de recherches du Docteur Debat, à Saint-Cloud et à Garches montrèrent, chez les animaux non traités, un envahissement rapide par les paralysies

et, chez les animaux traités au chlorate de potasse, la conservation d'un état général normal, sans accident.

M. Arthus termine en demandant aux praticiens, sans renoncer à la sérothérapie classique, d'essayer lorsqu'ils devront traiter un cas de poliomyélite, la médication au chlorate de potasse.

— **Hôpital de Belfort.** — Un poste d'interne à l'hôpital de Belfort est actuellement vacant. Un deuxième le sera au mois de novembre prochain. S'adresser au secrétariat de l'hôpital.

— **Naissances.** — Le Docteur et Madame Paul Nogier sont heureux de vous faire part de la naissance de leur fille *Odile*.

Lyon, 4, rue Paul-Lintier, 2 mai 1939.

— Le Docteur et Madame Roussel, ont la joie de vous faire part de la naissance de leur fils *Jean-Claude*.

Saint-Jean-des-Vignes (S.-et-L.), 27 avril 1939.

— Colette, Georges et Paul-Marc Seta ont la joie de vous annoncer la naissance de leur petit frère *Jean-Paul*.

Docteur et Madame Paul Seta, 33, rue Gambetta, Poitiers, 22 mai 1939.

O O O

A TRAVERS L'OFFICIEL

Enseignement supérieur

Décret du 2 mai 1939 instituant un droit annuel destiné aux dépenses de médecine préventive et d'œuvres sociales en faveur des étudiants

Art. 1er. — Les Universités sont autorisées à instituer, à partir de l'année scolaire 1939-1940, un droit annuel de 40 francs, exigible de tous les étudiants des établissements d'enseignement supérieur, et destiné à concourir aux frais d'organisation et de fonctionnement des services de contrôle médical et des œuvres sociales en faveur des étudiants.

Le montant des recettes est affecté par priorité aux dépenses de médecine préventive, et, en second lieu, aux diverses œuvres sociales.

Les étudiants des Ecoles de médecine et de pharmacie et les étudiants des Ecoles préparatoires d'enseignement supérieur des lettres et des sciences sont assujettis au payement de ce droit. Les municipalités doivent, avant le 31 décembre de l'année scolaire, en reverser le montant dans la caisse de l'Université.

En application de l'article 2 du décret du 17 juin 1938, les Etablissements et Ecoles d'enseignement

supérieur, d'enseignement technique supérieur, d'enseignement des beaux-arts et d'enseignement du second degré peuvent faire participer leurs élèves aux organisations universitaires de médecine préventive. Ces établissements sont tenus de verser dans la caisse de l'Université, avant le 31 décembre de l'année scolaire, l'intégralité des droits acquittés par chaque élève, conformément aux dispositions du présent article.

Art. 2. — Sur proposition du doyen, le Conseil de l'Université peut accorder l'exonération totale ou partielle du droit prévu à l'article 1er.

Art. 3. — Le Comité d'académie de l'Office du sport scolaire et universitaire ne peut délivrer de licence sportive aux étudiants ou élèves qui, examinés par le service de médecine préventive, n'auraient pas bénéficié d'un avis favorable.

Art. 4. — Chaque Université est tenue d'affecter aux dépenses de médecine préventive, et d'œuvres sociales en faveur des étudiants, la totalité des recettes provenant de la perception du droit institué par le présent décret.

Art. 5. — Des décrets, contresignés par le ministre de l'Education nationale et le ministre des Finances, établiront, pour chaque Université, et après avis du Conseilde l'Université, les modalités d'organisation administrative et financière de la médecine préventive, particulière à chaque Université.

(*J. O.*, 17 mai 1939.)

Hôpitaux psychiatriques

Le poste de médecin directeur de l'hôpital de Sarreguemines (Moselle), est actuellement vacant, par suite du départ de M. le Docteur Fretet, appelé à un autre poste.

Un poste de médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Braqueville est actuellement vacant par suite du départ de M. le Docteur Lafage, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. le Docteur Beaujard, médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Vauclaire (Dordogne), a été nommé médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique du Vinatier (Rhône).

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Situation des étudiants en médecine sursitaires en cas de mobilisation

5.344. — M. Jean Taurines, sénateur expose à M. le ministre de la Défense nationale et de la Guerre la situation dans laquelle se trouveraient, en cas de mobilisation, les médecins auxiliaires de réserve actuellement en cours d'études (étudiants en médecine, titulaires de vingt inscriptions non validées,

examens de fin d'année non encore subis) par rapport à celle des étudiants en médecine se trouvant dans les mêmes conditions de scolarité, qui n'ont pas encore accompli de service militaire ; il apparaît en effet, que ces étudiants étant sursitaires auraient le temps de passer leurs examens de fin d'année et de déposer leur thèse et, de ce fait, seraient médecins sous-lieutenants sans avoir passé leur temps légal sous les drapeaux, alors que leurs camarades mobilisables partiraient immédiatement comme médecins adjudants bien qu'ayant accompli leur temps légal de service, ayant perdu ainsi un an ou plus de scolarité pendant lequel ils auraient pu terminer leur scolarité et passer leur thèse ; et demande quelles mesures il compte prendre pour remédier à une telle anomalie. (*Question du 31 mars* 1939.)

Réponse. — Les étudiants en médecine, sursitaires, titulaires de vingt inscriptions non validées, devant être appelés sous les drapeaux dans les premiers jours de la mobilisation, n'auraient certainement pas la possibilité de passer leurs derniers examens et de soutenir leur thèse avant de rejoindre la section d'infirmiers militaires à laquelle ils seraient affectés. Par ailleurs, il ne suffit pas d'être docteur en médecine pour être promu au grade de médecin sous-lieutenant de réserve ; il faut, dans l'état actuel, avoir subi au préalable l'examen d'aptitude au grade de médecin auxiliaire et réunir un minimum de temps de service. (*J. O.*, 12 mai 1939.)

Attributions des Inspecteurs d'hygiène

5.306. — M. Rolland, sénateur, expose à M. le ministre de la Santé publique que le dix-septième paragraphe de l'article 1er de l'arrêté ministériel du 12 août 1937 prévoit que l'inspecteur départemental d'hygiène assurera le contrôle technique de tous les établissements ou organismes d'assistance et de protection de la santé publique, notamment des maisons de convalescence, maternité, etc., et demande si ce contrôle peut s'exercer sur les établissements privés tels que cliniques d'accouchements, pensions tenues par les sages-femmes ? (*Question du* 14 mars 1939.)

Réponse. — Le contrôle de l'Inspecteur départemental d'hygiène ne s'exerce sur les établissements ou organismes d'assistance et de protection de la santé publique à caractère privé, à l'exception des sanatoriums et préventoriums, pour lesquels une réglementation spéciale est prévue, que :

1° S'il s'agit d'établissements de bienfaisance privés (loi du 14 janvier 1933 relative à la surveillance des établissements de bienfaisance privés modifiée par le décret-loi du 17 juin 1938) ;

2° Si ces établissements bénéficient de l'intervention financière d'une collectivité publique ou de celle d'un autre organisme chargé d'assurer l'exécution des dispositions légales notamment en matière d'assurés sociaux, de pupilles de la nation, de pension-

nés de guerre (art. 2 du décret-loi du 30 octobre 1935 portant organisation du contrôle sur place des lois d'assistance et art. 9 du décret du 19 avril 1937) ;

3º Si ces établissements reçoivent un ou plusieurs enfants en nourrice, en sevrage ou en garde (application du décret-loi du 30 octobre 1935 modifiant la loi du 23 décembre 1874) ;

4º Si ces établissements hébergent gratuitement ou non des enfants non protégés par la loi du 23 décembre 1874 relative à la protection des enfants du premier âge, mais d'un âge inférieur à celui qui limite l'obligation scolaire, c'est-à-dire les enfants de trois à quatorze ans (art. 1er et 5 du décret-loi du 17 juin 1938 relatif à la protection des enfants placés hors du domicile de leurs parents) ;

5º Et en général s'il s'agit d'établissements recevant des assistés à un titre quelconque.

(*J. O.*, 12 mai 1939.)

Radiation d'un médecin de la liste des experts au Tribunal des pensions

5.313. — M. Jean Philip, sénateur, expose à M. le ministre de la Justice qu'un médecin expert, près du Tribunal des pensions est poursuivi par le Parquet, sur une dénonciation sans fondement et que, pendant l'instance, le Président du Tribunal supprime son nom sur la liste des experts ; et demande : 1º si le Président, transformant de sa propre autorité l'inculpé en coupable, avait le droit de prononcer cette radiation, alors que, seule, une suspension provisoire s'imposait ; 2º une ordonnance de non-lieu ayant été rendue, si le médecin ne devrait pas être rétabli sur la liste des experts. (*Ques ion du* 17 *mars* à 1939.)

Réponse. — Chaque Tribunal des pensions, réuni au début de l'année en assemblée générale, établit librement et souverainement la liste de ses experts.

La liste dont il s'agit est dressée pour l'année entière. Aucune modification n'y est apportée jusqu'au mois de janvier suivant.

Par suite, lorsque le Tribnual, procédant comme il vient d'être dit, supprime de la nouvelle liste des médecins experts le nom de l'un de ceux qui y figuraient sur la liste de l'année précédente, quelle que soit la raison de cette suppression, la décision prise dans ces conditions produit ses effets jusqu'à la fin de l'année.

Mais il appartient au médecin intéressé de former en temps utile une demande tendant au rétablissement de son nom lors de la confection de la liste afférente à l'année subséquente.

(*J. O.*, 12 mai 1939.)

◆ ◆ ◆

Voir la suite page LIX-1601

PROPOS DU JOUR

L'ENCOMBREMENT DE LA PROFESSION MÉDICALE
LA LIMITATION DU NOMBRE DES MÉDECINS

L'encombrement de la profession médicale est un fait indiscutable.

La mauvaise répartition des médecins en France en est un autre. On s'évertue à chercher des remèdes à ces maux et jusqu'à présent aucun de ceux qui ont été proposés, ne donne toute satisfaction.

Les uns ont demandé la prolongation des études médicales et plus de sévérité dans les examens. Or, les études médicales sont longues et coûteuses. Normalement, en tenant compte du P. C. B., du service militaire, un jeune médecin ne peut s'installer avant 27 ou 28 ans et, s'il veut aborder les concours ou se mettre au courant d'une spécialité, il lui faudra dépasser la trentaine pour essayer de pouvoir gagner sa vie. Augmenter la durée des études serait fermer la profession médicale à tous ceux dont les familles ne seraient pas très fortunées et nous pensons qu'au point de vue moral, le Corps médical n'y gagnerait rien.

Quant à l'élimination systématique, l'augmentation et la difficulté des examens, elles ne répondraient guère au but que l'on se propose. On créerait toute une classe d'éliminés, de dévoyés qui, incapables d'exercer une autre profession, iraient grossir les effectifs de l'armée des illégaux et ce n'est pas à souhaiter.

On a proposé l'augmentation des postes de médecine sociale, ce qui nous conduirait tout droit à la fonctionnarisation, solution que le plus grand nombre voudrait éviter.

D'aucuns proposent l'augmentation et la sécularisation (si nous osons dire) des médecins dans nos colonies. Nous avons exposé déjà pour quelles raisons cette mesure serait insuffisante et illusoire.

Le concours d'admission des étudiants en nombre limité dans les Ecoles et les Facultés de médecine, le *nu nerus clausus*, n'améliorerait guère leur recrutement et ne tarderait pas à avoir les mêmes conséquences, c'est-à-dire la fonctionnarisation.

D'ailleurs, il ne remédierait pas à lui seul à l'afflux des jeunes médecins dans les grands centres urbains, laissant les campagnes abandonnées.

Après avoir réfléchi sur tous ces moyens et supputé leurs fâcheuses conséquences, on en arrive à se demander s'il ne vaut pas mieux laisser les choses en état et charger la libre concurrence et les difficultés des conditions d'existence du médecin praticien de mettre un terme à la situation présente. Ce serait, en somme, reconnaître qu'il n'y a qu'un remède à l'encombrement de la profession médicale et à la fâcheuse répartition des praticiens, qui est la fonctionnarisation. Or, répétons-le, c'est ce que nous voudrions éviter.

Un de nos lecteurs, le Docteur Ch. Ménager, de Machecoul (Loire-Inférieure) qui exerce depuis dix ans environ, nous a écrit sur ce sujet la lettre suivante où il propose une organisation qui mérite d'être discutée :

Monsieur le Directeur et cher Confrère,

Je lis avec beaucoup d'intérêt vos publications au sujet de la limitation du nombre des médecins.

J'ai depuis assez longtemps une idée qui ne vaut peut-être rien, mais que je voudrais cependant vous faire connaître.

Ne pourrait-on envisager non la limitation du nombre des diplômés, mais la limitation des postes médicaux : pour s'installer un jeune médecin devrait trouver un poste libre par suite de décès ou de retraite d'un confrère précédent. Le poste médical se transmettrait un peu comme une étude de notaire.

Il me semble qu'il y aurait de nombreux avantages : d'abord on éviterait la création de postes inutiles souvent favorisée par une municipalité désireuse de se créer une facile popularité ; puis, une veuve de médecin chargée de famille pourrait tirer parti du poste de son mari dans des conditions bien meilleures qu'à l'heure actuelle où elle est à la merci d'une installation rapide dans les jours suivant le décès.

Enfin, on a dit que si on limitait le nombre des médecins, ils se grouperaient tous en ville et que les campagnes seraient désertées, une organisation telle que celle que je vous propose assurerait en même temps la répartition puisqu'au début tout au moins, il n'y aurait qu'à enregistrer les situations acquises. Par la suite, suivant les mouvements de la population de nouveaux postes pourraient être créés et d'anciens supprimés sous le contrôle des Syndicats médicaux seuls aptes à juger des besoins médicaux.

Des médecins possesseurs de leur postes ne seraient point fonctionnaires ; ils resteraient bien indépendants des Pouvoirs publics et en même temps seraient quelque peu garantis contre une concurrence trop vive et souvent à base de charlatanisme ; je crois que la moralité médicale n'aurait qu'à y gagner.

Je voudrais maintenant vous raconter une petite histoire. Je connais un confrère qui s'est installé d'abord à X. où il n'y avait jamais eu qu'un médecin, il a fait mousser au maximum son poste par des procédés charlatanesques et au bout de six ans, il a revendu sa clientèle le plus cher possible à un métèque ; il est parti à 40 kilomètres de là et a recommencé le même système dans les mêmes conditions ; au bout de six nouvelles années, il est parti dans une grande ville comme contrôleur des Assurances sociales. Il vit facilement du produit de ses deux ventes et de son traitement de contrôleur ; mais il a ruiné deux clientèles de campagne qui, autrefois largement suffisantes pour faire vivre deux confrères honorablement, sont transformées en deux postes doubles ou aucun des médecins n'a une bonne clientèle, ce qui entraîne nécessairement une âpre concurrence de tous les instants et ils ne reculaient devant aucun procédé indélicat.

Cette petite histoire deviendrait une impossibilité avec mon système et je crois que ce serait pour le mieux.

Evidemment, il doit y avoir des difficultés à résoudre, mais il me semble qu'elles ne sont pas insolubles. Il est certain en particulier que, quand les candidats médecins auraient la certitude d'être obligés d'acquérir un poste avant d'exercer, plus d'une famille réfléchirait avant d'engager un fils dans cette voie et on verrait moins d'étudiants en médecine, poussés à cette carrière par leurs parents parce que « ça rapporte et qu'on est *toujours sûr* d'avoir une situation. »

Je vous prie d'excuser cette longue dissertation dont vous ferez l'usage qui vous semblera bon y compris celui de la jeter au panier si vous voulez.

Croyez, à mes sentiments distingués.

Dr Ch. Ménager,
(de Machecoul)

A notre avis, il est certain que ce système aurait des avantages que notre correspondant a, du reste, très bien exposés. Nous nous permettrons de lui faire quelques objections.

D'abord la mise en train de cette organisation nous paraît difficile. Elle exigerait la limitation des étudiants en médecine, car sans elle, que deviendraient les médecins en surnombre qui ne pourraient pas acquérir un poste ?

En outre, le praticien attaché à son poste, comme le serf jadis à la glèbe, finirait avec l'extension que prend la médecine sociale, jointe à la retraite obligatoire, avec défense d'exercer passé 65 ans, par perdre toute indépendance et deviendrait un véritable fonctionnaire.

En outre, il y aurait dans la répartition des postes des inégalités choquantes et il nous paraît bien difficile d'y remédier.

Quoiqu'il en soit, et comme nul système d'organisation ne sera à l'abri d'objections, ni de critiques, la proposition de M. le Docteur Ménager mérite d'être retenue. J. Noir.

LA TAXE DE SÉJOUR DANS LES STATIONS HYDROCLIMATIQUES ET LES MÉDECINS

Le refus d'exonération de la taxe de séjour par certaines municipalités de stations hydroclimatiques opposé aux médecins et à leur famille directe, a ému un certain nombre de nos lecteurs.

L'exonération est légalement permise pour les personnes qui rendent des services à ces stations. Ce sont les municipalités qui sont les seuls juges de l'appui que peut leur apporter le Corps médical.

Nous avons signalé qu'un maire d'une station de l'hinterland de la Côte d'Azur avait prétendu à un de nos confrères que loin de favoriser sa station les médecins lui portaient préjudice en envoyant des malades qui infectaient son pays. Nous ne discuterons pas cette opinion qui demanderait à s'étayer de statistiques portant sur la mortalité de la commune. Nous pourrions citer telle importante station d'hiver qui, ayant voulu éliminer les malades, avait perdu presque toute sa clientèle.

En tout cas, certains de nos confrères nous proposent des solutions pratiques pour résoudre le problème.

Les villes qui prétendent à tort ou à raison que les médecins leur portent préjudice en y envoyant leurs clients, devraient logiquement renoncer à paraître dans la liste officielle des stations hydrominérales et climatiques. Quant aux autres, elles devraient signaler à la Presse médicale, à nos Syndicats et à nos Associations, si elles entendent exonérer les médecins et leurs familles directes de la taxe de séjour. Nous en ferions part à nos lecteurs et cela épargnerait à certains de nos confrères et à certaines municipalités des démarches et des discussions où leur amour-propre et leur dignité n'ont rien à gagner.

Ces suggestions qui émanent de plusieurs de nos correspondants, méritent, ce nous semble, d'être prises en considération par nos Associations professionnelles et les organes de notre Presse médicale.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES)

Leçon du 4 février 1939

Par le Professeur NOBÉCOURT

Ictère infectieux bénin au début d'une infection sévère à pneumocoques chez une fille de 8 mois

Il s'agit d'Elise que je vous ai montrée déjà à la salle Husson. Son père, sa mère, sa sœur de 8 ans sont bien portants. La réaction de Bordet-Wassermann a été négative pendant la grossesse.

Elise est née le 28 avril 1938, à terme, avec un poids de 4 kilos ; l'accouchement a été normal, le placenta pesait 820 grammes. Elle est allaitée par sa mère jusqu'à quinze jours, puis mise à l'allaitement mixte avec du lait condensé ; à partir d'un mois, elle est élevée en nourrice avec du lait condensé, puis du lait de vache ; elle boit difficilement ; son poids est de 6 kgr. 500 à 4 mois, 7 kgr. 600 à 8 mois. Elle n'a pas de maladies.

Le 8 janvier dernier, elle est prise de rhino-pharyngite et de toux ; sa température s'élève à 39-40° ; elle a un vomissement et une selle liquide jaune.

Elle entre salle Husson le 11 janvier, quatrième jour de la maladie. Elle est âgée de 8 mois et demi. Sa taille est de 71 cm., comme à 13 mois ; elle pèse 6 kgr. 950, poids faible pour son âge, la moyenne étant de 8 kgr. 150.

Sa température, le soir de l'entrée, est de 40°3 ; le 12 janvier, de 39°3 matin et soir ; le 13 janvier, de 40° le matin, de 39°3 le soir ; le 14 janvier de 39°4-39°6.

Elle présente une teinte ictérique qui s'accentue.

Le 15 janvier, la température est de 38°5-39° ; le 16, de 38°6-39°5.

A ce moment l'ictère est devenu très net ; la teinte jaune est généralisée aux téguments et aux sclérotiques : c'est un ictère franc. Les urines sont foncées, de teinte acajou ; on y trouve en abondance des sels et des pigments biliaires, des urates ; il n'y a pas d'urobiline. Il y a chaque jour une selle jaune, soit spontanée, soit provoquée par un suppositoire.

Malgré la fièvre qui est élevée il n'y a aucun symptôme de gravité.

D'autre part, on trouve quelques petits signes de rachitisme ; la fontanelle antérieure est ouverte ; l'abdomen est souple ; le foie dépasse le rebord costal de deux travers de doigt ; la rate n'est pas palpable et est difficile à percuter. L'examen du thorax, du cœur, du système nerveux n'apprend rien de particulier.

La cuti-réaction à la tuberculine, la réaction de Bordet-Wassermann, la réaction de Kahn sont négatives.

Le pharynx est rouge ; son ensemencement donne en assez grande abondance des colonies de pneumocoques et de *micrococcus catarrhalis.*

L'examen des oreilles fait découvrir une otite moyenne droite ; l'otologiste fait de suite une paracentèse du tympan.

Le 17 janvier, la température est de 39°-39°6 ; on constate une otite gauche et on fait également une paracentèse du tympan. On note à ce moment un peu de raideur sans symptômes méningés véritables ; la ponction lombaire retire un liquide céphalo-rachidien limpide, qui contient un leucocyte par millimètre cube et 0,20 cgr. d'albumine par litre ; le liquide est donc normal.

Les 18, 19 et 20 janvier, la température est toujours autour de 39° ; l'état général est très affecté. L'enfant maigrit : le 20 janvier, son poids n'est plus que de 6 kgr. 300. Il est agité. Cependant l'ictère diminue.

Le 20 janvier, on constate de la dyspnée, une respiration fréquente, un pouls très rapide, à 190. L'abdomen est ballonné, dur ; le foie ne dépasse plus que d'un travers de doigt le rebord costal ; la rate est normale. Aux bases du thorax, on constate des foyers de râles sous-crépitants, et, à droite, une légère submatité.

Les oreilles, les mastoïdes ne paraissent pas douloureuses à la pression. Mais la radiographie des mastoïdes fait porter le diagnostic de début d'une mastoïdite bilatérale. De suite, on ouvre les mastoïdes, qui contiennent du pus. A la suite de l'intervention l'enfant est très shocké ; le soir, sa température est de 39°5.

Le 21 janvier, la température est de 39°6-40°.

Sur toute la hauteur des deux champs pulmonaires on entend de nombreux râles sous-

crépitants qui permettent de porter le diagnostic de broncho-pneumonie.

Le 22 janvier, la température est encore de 40°-39°6.

Les jours suivants elle s'abaisse très lentement avec quelques crochets ; en somme elle n'arrive guère à la normale. Le 31 janvier, elle est de 37°9-37°5. Le 3 février elle remonte à 38°2-38°3. Le 3, elle est de 37°7 et ce matin de 37°1.

Pendant ce temps, l'ictère a disparu ; l'état général s'améliore, les mastoïdites évoluent régulièrement et les symptômes pulmonaires régressent.

Mais, le 27 janvier, on constate, au niveau de la hanche droite, une grosse tuméfaction ; le chirurgien porte le diagnostic de luxation de la hanche, confirmé par la radiographie ; on l'attribue à une arthrite coxo-fémorale infectieuse. La luxation est réduite et on fait de l'extension continue ; le 1er février on remplace l'extension continue par un appareil plâtré pour immobiliser l'articulation.

Durant cette évolution, un examen de sang, le 17 janvier, dixième jour de la maladie, donne :

Hémoglobine %	80
Hématies par mm. c.	4.720.000
Valeur globulaire	0,83
Leucocytes par mm. c.	28 000
Polynucléaires neutrophiles %	66
Grands mononucléaires	4
Moyens mononucléaires	18
Lymphocytes	8
Monocytes	4

Le 1er février, un second ensemencement du pharynx donne encore des cultures abondantes de pneumocoques.

Somme toute : Elise, à 8 mois et demi, est prise d'une rhino-pharyngite à pneumocoques avec une fièvre élevée ; le quatrième jour, nous constatons l'apparition d'un ictère franc, des urines riches en pigments et en sels biliaires, sans décoloration appréciable des matières.

Au bout de quelques jours l'ictère diminue et ne tarde pas à disparaître. Mais la fièvre reste élevée et nous assistons à une série de localisations : les troisième et dixième jours, otite double pour lesquels on fait la paracentèse des tympans, le treizième jour mastoïdite double qu'on opère, broncho-pneumonie double ; enfin, le vingtième jour, alors que la fièvre est presque disparue, arthrite suppurée coxo-fémorale droite. Le vingt-cinquième jour, un nouvel ensemencement du pharynx donne, comme le premier, des pneumocoques en grand nombre.

Elise a donc eu une infection pneumococcique du naso-pharynx suivie de toutes les manifestations que je viens de décrire. Je retiens l'ictère infectieux bénin qui, selon toute vraisemblance, est lié à une infection hépatique par le pneumocoque.

A propos de cette malade je voudrais vous parler des ictères infectieux et surtout, en précisant les circonstances dans lesquelles celui-ci est apparu, insister sur les arguments qu'on peut en tirer relativement à l'étiologie des ictères infectieux.

***

Les ICTÈRES INFECTIEUX revêtent deux grandes modalités cliniques : l'*ictère infectieux bénin*, l'*ictère infectieux grave*.

L'ICTÈRE GRAVE s'observe de temps à autre *chez les nouveau-nés* ; parfois même il apparaît, sous forme épidémique, dans des Maternités, moins souvent aujourd'hui qu'autrefois.

Il survient au cours de septicémies; notamment des septicémies à streptocoques, liées à l'infection puerpérale de la mère. Dans ces infections, il n'y a pas toujours un processus septicémique ; l'infection se fait par l'ombilic et peut gagner directement le foie par la veine ombilicale.

Comme autres germes, interviennent les pneumocoques dans les infections des voies respiratoires, les staphylocoques dans les infections cutanées, les colibacilles dans les infections digestives.

A l'autopsie on trouve des lésions hépatiques diverses ; une atrophie jaune aiguë, une dégénérescence graisseuse, etc.

Chez les enfants, l'ictère infectieux grave est rare. L'année dernière nous en avons observé un cas que j'ai présenté dans ma leçon du 7 mai 1938, reproduite par *Le Concours Médical* du 16 octobre : *Sur un cas d'ictère grave chez une fille de 6 ans.*

L'ictère grave se rencontre surtout chez les enfants déjà un peu âgés, il peut se voir également chez les petits enfants, avant 2 ans et demi.

MM. Conrado Pelfort et Julio Moreau ont décrit un cas d'*ictericia grave en un nino de 20 mese*, dans *Archivos de Pediatria del Uruguay*, de février 1930. L'ictère est progressif, très foncé ; l'enfant a de l'anorexie, des vomissements alimentaires, de la diarrhée, une prostration marquée ; son foie est très gros ; cependant il n'a pas de fièvre ; la mort survient le vingt-et-unième jour après un mélæna abondant.

Dans le foie, les cellules sont atrophiées, présentent de la dégénérescence granulo-graisseuse ; les vaisseaux sanguins sont dilatés ; il y a des petites hémorragies, une infiltration leucocytaire

des espaces portes. Les recherches bactériologiques montrent la présence d'entéro-streptocoques, de colibacilles, de pneumocoques.

L'ictère grave se caractérise donc par un syndrome ictérique, par un syndrome nerveux, avec somnolence, prostration, asthénie et assez souvent un syndrome méningé ; enfin par un syndrome hémorragique. Il se termine presque toujours par la mort ; cependant ma malade de l'année dernière a guéri.

Elise n'a pas présenté les symptômes de l'ictère grave ; elle a eu un ictère et des phénomènes infectieux ; rien ne permettait de penser qu'il s'agissait d'un ictère grave et nous avons fait le diagnostic d'ictère infectieux bénin ; celui-ci d'ailleurs a guéri.

L'ictère infectieux bénin, au contraire du précédent, est fréquent chez les enfants.

Il est décrit depuis longtemps sous l'appellation d'*ictère catarrhal.*

Chez le nouveau-né, il était considéré comme très fréquent à une époque où on attribuait l'*ictère physiologique du nouveau-né* à un ictère catarrhal. L. Rénon, dans la deuxième édition du *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher et Comby, en 1904, écrit : « Il est très vraisemblable que cet ictère catarrhal des nouveau-nés tient à une infection intestinale, colibacillaire ou autre ».

Cette théorie est aujourd'hui abandonnée. On admet que l'ictère physiologique des nouveau-nés est un ictère hématogène, un ictère hémolytique, dû à la destruction de nombreux globules rouges aussitôt après la naissance.

Chez les enfants, l'ictère catarrhal se rencontre avec les caractères que j'ai étudiés dans ma leçon du 10 mai 1924 sur l'*Ictère catarrhal chez les enfants* publiée par *Le Concours Médical* du 14 décembre 1924, puis, en 1932, avec M. Liège dans *Nutrition.*

Sa fréquence diffère suivant les périodes de l'enfance. On l'observe surtout à partir de 9 ou 10 ans ; il est plus rare de 5 à 9 ans, rare avant 5 ans et surtout avant 3 ans.

Sa rareté chez les petits enfants est signalée par tous les auteurs. Cependant on en a publié des cas.

Henoch, en 1885, cite un enfant de 8 semaines et un enfant de 3 mois ; Flesch, en 1904, un nourrisson d'un mois ; Besson, en 1909, dans sa thèse de Montpellier, *Contribution à l'étude des ictères de la première enfance,* un bébé de 15 mois. Neumann, en 1899, sur 430 cas d'ictère catarrhal chez les enfants, en relève 6 dans la première année (1,3 %). Reber, en 1930, publie un cas chez un garçon de 3 mois et écrit avoir pu en colliger une douzaine chez de tout jeunes enfants.

Mais, dans beaucoup de statistiques, il n'est cependant pas fait mention de cas chez les petits enfants.

Dans ma leçon du 10 mai 1924, sur 11 cas observés depuis le 1er janvier 1921 (en trois ans et demi) les deux enfants les plus jeunes sont âgés de 2 ans 3 mois et de 2 ans 10 mois.

Depuis nous en avons observé un cas en 1935 ; il est publié par M. Pierre Rabbe dans sa thèse soutenue la même année, intitulée *Contribution à l'étude de l'ictère catarrhal du nourrisson.*

Je crois intéressant de vous résumer rapidement l'observation de ce malade pour la comparer avec celle de la petite Elise.

Jean est fils unique. Sa mère est bien portante ; son père est paludéen et cardiaque. Il naît le 7 février 1935, à terme, avec un poids de 3 kgr. 190. Il est nourri au sein jusqu'à 2 mois ; il a de la diarrhée et n'augmente pas de poids. On le met alors au lait sec et au jus d'orange.

Il entre le 30 avril pour un ictère datant de vingt jours. Il est âgé de 2 mois 23 jours. Il est petit, mesure 55 cm., taille d'un enfant d'un mois 10 jours, il ne pèse que 4 kilos, poids correspondant au poids moyen pour la taille. Il paraît maigre. Il est apyrétique.

Il présente un ictère généralisé, jaune citrin ; les urines contiennent des pigments et des sels biliaires ; les selles sont blanches, mastic ; l'abdomen est un peu ballonné, météorisé. Le foie est gros : sur la ligne mammaire, il mesure 8 cm. et dépasse le rebord costal de 4 cm. La rate mesure 5 cm. × 3 cm. ; son pôle inférieur est palpable. Il y a un petit chapelet costal. La cuti-réaction à la tuberculine, les réactions de Bordet-Wassermann et de Kahn sont négatives.

L'examen du sang donne :

Hémoglobine %	75
Globules rouges par mm. c.	4.320.000
Valeur globulaire	0,86
Leucocytes par mm. c.	3.600
Polynucléaires neutrophiles %	15
Polynucléaires éosinophiles	14
Grands mono	6
Moyens mono	50
Lymphocytes	14
Forme de transition	1

On note donc de la leucopénie et de l'hypopolynucléose.

Il y a une légère augmentation de la résistance globulaire.

A l'hôpital, l'ictère diminue rapidement et, le 13 mai, il a disparu. Les selles redeviennent jaunes, les pigments et les sels biliaires disparaissent de l'urine, le foie diminue de hauteur, la rate cesse d'être palpable et ses dimensions sont un peu moindres.

A partir du 4 mai apparaît un léger état fébrile : la fièvre est irrégulière avec des clochers atteignant jusqu'à 39°5. On constate une infection

rhino-pharyngée ; le pharynx est rouge, il y a du muco-pus qui tombe sur la paroi postérieure du pharynx.

A partir du 31 mai, l'apyrexie s'installe. L'enfant a maigri et son poids est tombé à 3 kgr. 600, le 7 mai. Puis il augmente et, le 14 juin, quand le bébé quitte l'hôpital à 3 mois 7 jours, il pèse 4 kgr. 400.

Nous l'envoyons à la Fondation Paul Parquet. Il s'alimente difficilement. Quand il quitte la Fondation, le 29 novembre 1935, à l'âge de 9 mois et demi, il mesure 62 cm. et pèse 6 kgr.730.

DU POINT DE VUE CLINIQUE, l'ictère infectieux bénin, l'ictère catarrhal du petit enfant se présente comme chez les enfants plus grands. Il évolue en deux phases :

Une phase d'invasion, phase préictérique ;

Une phase d'ictère.

La *phase d'invasion* se manifeste généralement par des troubles gastro-intestinaux et par des symptômes généraux.

Les troubles gastro-intestinaux sont : l'anorexie, les vomissements alimentaires, muqueux ou muco-bilieux, qui tantôt sont rares, tantôt se répètent pendant plusieurs jours et peuvent entraver l'alimentation, la constipation ou la diarrhée, avec quotidiennement trois ou quatre selles plus ou moins liquides, muco-grumeleuses, panachées, quelquefois fétides. Il y a parfois des coliques, de l'épigastralgie.

L'examen de l'abdomen et des viscères ne révèle rien de particulier.

Les symptômes généraux sont divers.

Il y a quelques frissonnements, une légère fièvre à 38°-38°5, de la fatigue, de l'asthénie, de la courbature, de la céphalée, parfois de l'abattement, de la somnolence.

L'intensité des symptômes diffère suivant les cas.

Il y a des formes moyennes, des formes légères, des formes intenses avec fièvre élevée à 39°-40° et assez souvent des symptômes de rhino-pharyngite.

La durée de la période d'invasion est en moyenne de 2 à 5 jours ; quelquefois de 8 à 10 jours. Cette période peut manquer et l'ictère être le premier symptôme.

La *période d'ictère* débute avec l'apparition de ce symptôme.

L'ictère est le symptôme pathognomonique. Il s'installe progressivement et de façon assez rapide. Il apparaît aux sclérotiques et se généralise à toute la peau et aux muqueuses. Il est tantôt léger, tantôt moyen, parfois intense. Les urines sont réduites de volume, foncées, rougeâtres, de teinte acajou. Elles contiennent des pigments et des sels biliaires, assez souvent de l'urobiline, de l'uroérythrine, de l'indoxyl. Quelquefois on note une légère albuminurie. Il n'y a pas de glycosurie.

Les selles sont décolorées, blanches, fermes, leur consistance et leur couleur rappellent le mastic ; d'autres fois elles sont plus ou moins liquides. On n'y trouve ni bile ni dérivés de la bile. La décoloration des selles est plus ou moins marquée et durable, souvent elle est passagère. Dans certains cas elle fait défaut.

Le sérum sanguin est jaunâtre et donne les réactions des pigments biliaires.

Somme toute, l'ictère catarrhal ou infectieux bénin est un ictère par rétention.

Les symptômes généraux sont une importance inégale. Généralement la fièvre est légère, 38°-38°5 ; elle persiste deux ou trois jours ; puis la température revient rapidement à la normale. Quelquefois la fièvre est élevée, atteint 39° et plus, et est plus persistante. Parfois le malade reste apyrétique.

La fatigue, l'asthénie, la somnolence, si elles existent au début de la maladie s'atténuent rapidement ; elles sont généralement peu importantes.

Le pouls, la pression artérielle, le cœur ne présentent rien de bien particulier ; il y a quelquefois une légère bradycardie.

La langue est plus ou moins saburrale ; le foie dépasse le rebord costal de 1 à 4 cm. ; la rate est généralement un peu grosse, à la percussion on peut sentir son pôle inférieur.

Dans le sang on trouve d'abord les pigments biliaires. Le nombre des hématies par millimètre cube est normal ou un peu diminué ; la résistance globulaire est un peu augmentée, ce qu'on attribue à l'augmentation du cholestérol. Le nombre des leucocytes par millimètre cube est généralement un peu augmenté ; l'augmentation porte surtout sur les mononucléaires. Il existe de l'hypercholestérolémie (2 ou 3 gr. par litre et quelquefois plus). Quelquefois l'urée est un peu augmentée, mais beaucoup moins que dans l'ictère grave.

La période d'ictère est souvent courte : elle est terminée en 2, 10 ou 15 jours. Alors l'ictère commence à diminuer puis disparaît, les selles se recolorent ; les urines deviennent moins foncées, plus abondantes ; parfois il se produit une véritable crise urinaire ; petit à petit les pigments et les sels biliaires diminuent. A ce moment, l'enfant perd assez souvent du poids, du fait de l'élimination de l'eau retenue jusque-là dans les tissus.

On peut voir des ictères prolongés qui durent plusieurs semaines et même des mois.

La durée totale de la maladie est de 10, 15 ou 20 jours.

M. Mikalowski, dans un mémoire *Sur l'ictère infectieux* paru dans la *Revue Française de Pédia-*

rie, en 1925, relate que, pendant l'épidémie survenue en 1924 à Varsovie :

Dans 76 % des cas, la durée a été de 2 ou 3 semaines.
Dans 5 % des cas, la durée a été d'une semaine.
Dans 16 % des cas, la durée a été de 4 semaines.
Dans 2 % des cas, la durée a été de 6 semaines.

La convalescence est courte et la guérison la règle. Cependant on peut voir survenir des rechutes, une dizaine ou une quinzaine de jours après la terminaison.

Tel est, brièvement résumé, le tableau clinique de l'ictère catarrhal ou ictère infectieux bénin.

Il est bien différent de celui de l'ictère grave. Dans l'ictère infectieux bénin il n'y a pas de syndrome nerveux important, pas de syndrome hémorragique.

Les deux petits enfants, dont je vous ai parlé tout à l'heure, ont présenté des modalités cliniques différentes de l'ictère infectieux bénin.

Jean, à 2 mois, présente la forme type : quand il entre à l'hôpital, le vingtième jour, il a un ictère caractérisé qui est apyrétique, et disparaît rapidement. Notons l'existence d'une leucopénie et d'une hypopolynucléose.

Chez Elise, à 8 mois, la malade débute brusquement par une fièvre à 39°40° et une rhinopharyngite. L'enfant entre le quatrième jour : la fièvre est toujours élevée ; il existe un ictère franc, des urines bilieuses, sans décoloration des selles. On trouve de l'hyperleucocytose et de l'hyperpolynucléose. La fièvre reste élevée ; l'ictère disparaît ; mais surviennent des oto-mastoïdites dues à une infection à point de départ rhinopharyngien, une broncho-pneumonie et enfin une arthrite de la hanche qui témoignent d'un processus septicémique à point de départ dans le pharynx.

Cette observation comporte donc des considérations étiologiques intéressantes.

L'ICTÈRE CATARRHAL est un ICTÈRE INFECTIEUX.

La nature de l'infection en cause est difficile à établir par les *recherches bactériologiques* ; celles-ci sont, en effet, presque toujours négatives. Dans certains cas toutefois on a pu déceler des bacilles typhiques ou paratyphiques, des bacilles de Gærtner, des colibacilles, et parfois peut être le spirochète de l'ictère hémorragique.

On ne sait pas si l'ictère catarrhal est dû soit à un même germe, soit à des germes différents.

L'étude des *circonstances étiologiques* peut apporter des précisions quant à la nature infectieuse de l'ictère.

L'ictère catarrhal est une maladie endémo-épidémique. Il y a des cas sporadiques qui surviennent toute l'année, mais les cas sont surtout fréquents pendant certaines années et à certaines périodes de l'année ; ils réalisent des épidémies surtout faciles à étudier dans les petites villes ou les villages.

Depuis longtemps Meissner en 1869, Hénoch, en 1885, Barthez et Sanné en 1887, ont signalé ce caractère épidémique.

L. Rénon, en 1904, écrit, dans le *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher et Comby : « Alors que, chez l'adulte, l'ictère dit catarrhal est, la plupart du temps, sporadique, cette variété d'ictère est généralement épidémique chez l'enfant ».

Les relations d'épidémies sont assez nombreuses, épidémies survenant dans une contrée, une ville, un village, une école, une famille.

Je citerai un mémoire de M. Arvid Wallgren, *Erfahrungen uber epidemischen Icterus (sog Icterus catarrhalis)*, publié dans *Acta Pediatrica*, en 1930, où l'auteur étudie une épidémie observée à Gotenborg, en Suède ; un mémoire de MM. Popovici-Lupa et Eugène Iliesco, *sur une épidémie d'ictère infectieux bénin infantile*, publié dans la *Revue française de Pédiatrie*, en 1933, relatant 34 cas (17 garçons et 17 filles) observés à Bucarest, en Roumanie, du 1er octobre 1932 au 1er février 1933.

Dans les divers pays, l'épidémie survient généralement de septembre ou octobre à février ou mars.

On a noté la coexistence des épidémies d'ictère catarrhal avec des épidémies de fièvre typhoïde ou paratyphoïde, d'oreillons, de grippe-influenza, d'infections des voies respiratoires qu'on qualifie de grippes saisonnières.

C'est de celles-ci que je vais vous parler, car nous constatons cette coexistence chez Elise.

La coexistence de l'*ictère infectieux bénin avec les épidémies de grippe-influenza* a été notée par un médecin anglais, Hall, en 1894, puis par E. Bronson dans un mémoire sur *Catarrhal jaundice associed with influenza in children*, publié dans *The British Journal of Children diseases*, en 1919.

Au cours de l'épidémie de grippe de 1918, Bronson a observé de nombreux cas d'ictère chez les enfants. Il les groupe en trois catégories.

Première catégorie : l'enfant n'a pas la grippe, mais, après un contact avec un grippé, il a un ictère : c'est la modalité la plus fréquente.

Deuxième catégorie : l'enfant a une grippe suivie d'ictère : cette éventualité n'est pas fréquente.

Troisième catégorie : on peut voir un ictère sans qu'il y ait eu contact avec des grippés.

Somme toute, d'après Bronson, ce ne sont pas tant les enfants atteints de grippe qui ont de

l'ictère, que les enfants en contact avec les grippés, sans avoir eux-mêmes la grippe.

La coexistence de l'*ictère infectieux bénin et des infections saisonnières des voies respiratoires* ou grippes saisonnières se rencontre de temps en temps. Ces infections sont souvent dues au pneumocoque.

On a étudié les rapports de l'ictère avec les infections à pneumocoques.

Dans la pneumonie, il n'est pas rare d'observer du subictère ou même un ictère franc du type catarrhal. Pendant longtemps on a attribué cet ictère à une infection ascendante du cholédoque par le colibacille.

En 1910, MM. Lemierre et Abrami ont exposé une nouvelle pathogénie qui a fait fortune : ils ont montré que l'ictère de la pneumonie est dû à la septicémie pneumococcique, septicémie qu'on constate d'une façon fréquente au début de la pneumonie. Le pneumocoque, en même temps qu'il ensemence le poumon, envahit le foie, s'élimine par la bile et réalise une hépatite pneumococcique descendante.

Dans la pneumonie des enfants on observe souvent du subictère, plus rarement l'ictère franc.

Dans ma leçon du 21 mai 1927 parue dans *Le Progrès Médical* du 1er octobre 1927 sur *Néphrites et hépato-néphrites dans les pneumonies des enfants,* je rapporte l'observation d'Eugène. A 6 ans 3 mois, il est soigné dans le service d'ophtalmologie pour une kérato-conjonctivite.

Le 30 juin, apparaît une fièvre légère, 37°4-38°, qui persiste pendant trois jours. Le 3 juillet, la fièvre tombe. Le 4, la température s'élève le matin à 39°, le soir à 40°7. Ensuite elle reste à 40° avec quelques dénivellations jusqu'au 10.

On amène le malade à la salle Bouchut, le 10, septième jour de l'hyperthermie. La température est de 40°2 le matin. Nous constatons de l'ictère. Le foie est un peu gros, la rate normale. On trouve des signes de pneumonie dans l'aisselle gauche. Les selles sont colorées. Les urines sont rares, très foncées ; elles contiennent de nombreux pigments et sels biliaires ; il y a de l'albumine, des leucocytes, quelques hématies, quelques cylindres granuleux. Une hémoculture est négative. Le soir de l'entrée la température tombe à 38°4. Le lendemain 11, elle est 38°8-37-2. Ensuite l'apyrexie s'installe, l'ictère diminue rapidement, les urines cessent de contenir des pigments et des sels biliaires ; l'albuminurie disparaît.

« Somme toute, cet enfant a eu une pneumonie au cours de laquelle sont apparus des symptômes d'hépato-néphrite avec ictère, pigments et sels biliaires dans les urines, albuminurie abondante et un peu de sang. Ce malade a guéri assez rapidement.

A propos de ce malade j'exposais le problème des *ictères dans la pneumonie.* Au cours de la pneumonie, on constate souvent des troubles hépatiques. Le subictère n'est pas rare, quelquefois même apparaît un ictère caractérisé. Le foie est souvent tuméfié. Les urines contiennent des pigments et des acides biliaires, souvent un peu d'albumine. En général, il s'agit d'un épiphénomène sans grande importance.

« Dans quelques cas, au contraire, les symptômes hépatiques et rénaux prennent une grande importance et traduisent une véritable hépato-néphrite. Il existe alors du subictère ou même de l'ictère, avec ou sans décoloration des matières fécales, un foie gros. Les urines sont ictériques, contiennent en abondance des acides et des pigments biliaires, témoignant du trouble hépatique ; en outre, elles sont rouges par suite de la présence de sang, qu'on vérifie avec le microscope et les réactifs chimiques et renferment de l'albumine en quantité variable.

« Ces hépato-néphrites s'accompagnent souvent d'un état général grave. »

On peut dans certains cas, au cours de la pneumonie, constater des pigments et des sels biliaires dans l'urine sans qu'il y ait d'ictère.

Mais l'ictère ne survient pas seulement dans la pneumonie, il peut survenir dans des pneumococcémies, sans qu'il y ait localisation pulmonaire. Alors est réalisé un véritable *ictère infectieux primitif.* M. Brulé, en 1919, exposant les *Recherches récentes sur les ictères,* écrit : « Supposons que la septicémie initiale porte surtout ses coups sur le foie, au lieu de frapper principalement les organes auxquels elle se cantonne d'habitude de façon élective (poumons pour le pneumocoque), le tableau clinique deviendra alors celui des ictères infectieux dits primitifs ».

La preuve bactériologique du rôle du pneumocoque est difficile à administrer car la pneumococcémie est transitoire et précède le début de l'ictère. Elle peut parfois cependant être décelée.

Le Professeur Lemierre, en 1933, dans un livre sur les *Maladies infectieuses,* étudiant *Les septicémies pneumococciques,* écrit : « Il me souvient d'avoir vu, en 1918, au cours de la grande épidémie d'influenza, un soldat atteint d'un ictère fébrile à type d'ictère infectieux bénin, et chez lequel l'hémoculture montra la présence de pneumocoques dans la circulation ».

MM. P. Lereboullet, M. Lelong, Roudinesco et Jean Bernard, à la *Société de Pédiatrie de Paris,* le 5 juillet 1938, rapportent l'observation très intéressante d'un enfant atteint d'un *ictère infectieux avec pneumococcémie survenu à la suite d'une rougeole.*

Roger, à 7 ans, a une rougeole régulière. Après la défervescence, la température reste à 37°-38°. Treize jours après le diagnostic de la rougeole, brusquement la température s'élève à 39°8 ; l'enfant éprouve une vive douleur à la base droite du thorax et on constate un début de manifestation pleuro-pulmonaire. Les jours suivants, la température reste à 39° avec des poussées à 40°, apparaît un ictère franc avec des urines bilieuses et des selles décolorées ; il existe un syndrome douloureux phrénique très violent ; le foie est gros, dépasse le rebord costal de 4 cm. 5 sur la ligne mammaire ; la rate est normale. On constate un épanchement de la plèvre droite vérifié par la radiographie ; une ponction exploratrice retire quelques gouttes de liquide sanguinolent contenant de nombreux polynucléaires altérés et dont la culture donne des pneumocoques du type 5.

L'hémoculture donne également des pneumocoques. Dans le sang, on trouve 30.000 leucocytes par millimètre cube ; 77 % de polynucléaires.

Pendant six jours la température reste la même ; l'ictère persiste. Puis la température baisse et redevient normale, en quatre jours. L'ictère régresse, les selles se colorent et la crise urinaire se produit ; les urines ne contiennent plus ni pigments ni sels biliaires. Les symptômes thoraciques régressent également et le malade guérit.

L'ictère peut être précédé d'une *rhino-pharingite.*

MM. Popovici et Iliesco écrivent : « parfois le début a été respiratoire (coryza, toux) ; la fièvre a été constamment présente ». Deux ou trois jours après apparaît l'ictère.

M. Lereboullet et ses collaborateurs disent le 5 juillet 1938 : « Au cours de l'hiver et du printemps derniers, un certain nombre de ces ictères à type catarrhal ou d'ictère infectieux ont été observés, ictères précédés, pendant quelques jours, de manifestations fébriles avec rhino-pharyngite aiguë ou bronchite, pour lesquelles le diagnostic de grippe avait été porté. On ne peut se défendre de l'idée que, dans ces infections dites grippales, compliquées d'ictère, le pneumocoque a pu, comme dans notre cas, être l'agent causal, agissant sur le foie à la faveur d'une septicémie temporaire ».

Moi-même, je soutiens depuis longtemps la même opinion. L'observation d'Elise apporte une preuve en sa faveur ; elle montre qu'un ictère infectieux bénin, un ictère catarrhal, chez un petit enfant de 8 mois et demi peut être causé par le pneumocoque.

Le début est brusque avec une température à 40°-41° et de la rhino-pharyngite, affection causée par le pneumocoque que nous trouvons très souvent dans le pharynx à cette période de l'année. La fièvre reste élevée à 40°, puis 39°. A l'entrée, le quatrième jour, on trouve un ictère franc, un pharynx rouge et l'ensemencement du pharynx donne des pneumocoques.

La fièvre persiste à 39° ; l'ictère régresse mais surviennent des oto-mastoïdites, une broncho-pneumonie, une arthrite infectieuse, ces dernières témoignant d'une septicémie pneumococcique. Le vingt-cinquième jour, nous trouvons encore des pneumocoques dans le pharynx. L'ictère catarrhal survenu au début de cette infection est vraisemblablement attribuable au pneumocoque.

Il y a des cas où l'ictère catarrhal ne paraît pas relever d'une infection à pneumocoques et où l'intervention tardive de ce germe peut déterminer un syndrome d'ictère grave.

Dans ma leçon du 7 mai 1938, que j'ai déjà citée, où je relate *Un cas d'ictère grave chez une fille de* 6 *ans*, j'ai émis l'interprétation suivante. Andrée à un ictère catarrhal apyrétique qui n'empêche pas la sortie et se prolonge pendant quatre mois. Puis très rapidement le tableau clinique se modifie ; l'enfant a des frissons, une sensation de fatigue, de la fièvre (38°-39°2) une altération de l'état général. Le quatrième jour, apparaît un syndrome hémorragique, l'état est très grave. Cependant l'enfant guérit.

On peut émettre une hypothèse : le début des accidents par la fièvre témoigne probablement d'une rhino-pharyngite à pneumocoques ; celle-ci est le point de départ d'une septicémie. La pneumococcémie est une cause de syndromes hémorragiques, de purpuras infectieux ; elle peut réaliser une hépatite, une hépato-néphrite. « Il est donc possible qu'Andrée ait été atteinte d'une infection à peumocoques et que l'état antérieur du foie ait favorisé la localisation hépatique de ce germe. »

***

Les faits que je viens d'exposer témoignent du rôle QUE JOUENT LES PNEUMOCOQUES DANS LA PRODUCTION DE CERTAINS ICTÈRES INFECTIEUX soit du type bénin, soit du type grave.

Je ne veux pas dire que tous les ictères infectieux soient dus au pneumocoque. Mais il faut penser à l'intervention possible de ce germe en présence d'un ictère très fébrile, à début brusque, précédé ou accompagné de symptômes de rhino-pharyngite, qui paraît être *primitif.* Ces ictères infectieux primitifs sont de même ordre que les ictères *secondaires* qui surviennent au début ou au cours des pneumonies. Dans la première éventualité les pneumocoques se greffent uniquement dans le foie et respectent le poumon ; dans la seconde, ils se greffent simultanément dans le poumon et dans le foie.

OBÉSITÉS ET CONNEXIONS CHLORO-PROTIDIQUES DU SÉRUM

MM. H. Prétet, M. Ferrier et H. Teitelbaum

Les augmentations de poids ne sont pas toujours fonction d'une accumulation de graisse ; bon nombre d'entre elles relèvent d'un trouble du métabolisme de l'eau qu'il est intéressant de mettre en évidence avant d'instituer une thérapeutique.

L'examen clinique n'est pas toujours suffisant pour affirmer la rétention d'eau. L'épreuve de l'élimination réalisée selon la technique décrite par Volhard, ou selon celle que nous employons, peut encore, dans des cas limites, laisser persister des doutes.

Une méthode relativement récente, qui a suscité les travaux de R. Jonnard (1) et de ses collaborateurs, mettant en évidence certaines modifications des protéines sériques consécutives à l'absorption du chlorure de sodium, permet d'obtenir des renseignements sur le pouvoir d'absorption du sérum.

Les différences sont extrêmement nettes, comme il ressort de ces deux observations :

Observation I. — M. B..., âgé de 27 ans. Poids : 94 kg. 500. Taille 1 m. 685. Il pesait 75 kg. à 22 ans. Depuis la fin du service militaire il a progressivement augmenté de poids et s'est stabilisé aux environs de 95 kg. depuis un an.

A l'examen, on constate que le malade ne présente aucun trouble organique.

Les tissus sous-cutanés paraissent adipeux, l'abdomen présente le maximum d'infiltration graisseuse.

Le malade accuse une sudation fréquente et abondante.

Son métabolisme basal est augmenté de 18 %.

Le test endocrinien (Ferrier) ne montre aucun dysfonctionnement glandulaire.

L'épreuve de l'eau (pratiquée selon notre technique en établissant le bilan de l'eau absorbée et de l eau éliminée avec 600 c. c. de liquide le premier jour, et 1.200 c. c. le second jour) montre une bonne élimination :

Nous avons noté, après absorption de

600 c. c. de liquide, une élimination de 1.200 c. c.
et de 1.200 c. c. — — 1.750 c. c.

La connexion chloro-protidique a été étudiée sur le sérum par la méthode de R. Jonnard.

Elle consiste à rechercher l'affinité des protéines sériques pour le chlorure de sodium à l'aide de l'interféromètre, en ajoutant au sérum des petites quantités de NaCl.

Nous avons noté, dans le cas présent, un *schéma normal* c est-à-dire une diminution de l'indice de réfraction après addition au sérum de 0,10 mgr. et 0,20 mg,. de NaCl par c.c., et une augmentation sensible de cet indice après addition de 1 mgr. et 2 mgr. de NaCl (2).

Tableau I

Quantité de NaCl par centimètre cube de sérum	*Différence interférométrique (en divisions du tambour)*
0,10 mgr.	— 0,01
0,20 mgr.	— 0,02
1 mgr.	+ 0,05
2 mgr.	+ 0,17

Les mesures ont été faites avec l'interféromètre de Zeiss. Nous avons pris l'indice du sérum pur comme 0.

Observation 2. — Mme F..., âgée de 34 ans. Poids 86 kg. 700. Taille 1 m. 665. Vient consulter l'un de nous parce qu'elle se trouve trop grosse ; elle est forte depuis l'âge de 12 ans. Elle a été traitée par des extraits glandulaires (?) (Thyroïde, surrénale ?) à la suite de quoi elle a perdu 10 à 15 kg. pour les reprendre d'ailleurs en peu de temps.

L'épreuve de l'eau montre une rétention importante : Après absorption de 600 c. c. de liquide, elle élimine 950 c. c. et après absorption de 1.200 c. c. de liquide, elle élimine 860 c. c.

L'examen interférométrique de son sérum montre une affinité exagérée des protéines vis-à-vis de NaCl qui se traduit par un abaissement de l'indice de réfraction lors de l'addition au sérum, même des quantités assez élevées de NaCl de l'ordre de 1 à 2 mgr. par c. c. de sérum (Voir Tableau II).

Tableau II

Quantité de NaCl par centimètre cube de sérum	*Différence interférométrique (en divisions du tambour)*
0,10 mgr.	— 0,37
0,20 mgr.	— 0,47
1 mgr.	— 0,30
2 mgr.	— 0,07

La comparaison de ces deux observations nous montre, d'une part, un sujet à élimination aqueuse parfaite, sans modification du schéma qui traduit l'affinité normale des protéines sériques pour NaCl, et d'autre part un sujet qui retient de l'eau indiscutablement. Ceci se traduit à l'interféromètre par une affinité anormale pour NaCl.

Ces faits nous permettent d'opposer les obèses rétentionnistes aux obèses « gras » sans rétention aqueuse.

Nous poursuivons nos recherches tendant à préciser dans quelles conditions les modifications du sérum se produisent par l'adjonction des sels étrangers tels que le potassium et le calcium (1).

(1) Jonnard. Réfractométrie interférentielle et structure du sérum sanguin. Maloine, 1937.

R. Faillie, R. Jonnard et F. Zuckerkand. Etude du pouvoir réactionnel du sérum sanguin par la méthode réfractométrique. *Biologie médicale*, 1938, XXVIII.

R. Biot et Mlle Peisson. Les endocrines et l'adsorption du sel par les protéines du sérum. *Le Progrès Médical*, n° 6, 11/2/1939.

(2) L'abaissement paradoxal de l'indice de réfraction après addition de 0,1 à 0,2 mgr. de NaCl peut être interprété comme dû à un phénomène de contraction ou de polymérisation dans l'édifice moléculaire des protéines en présence de NaCl. L'addition de NaCl en quantités plus grandes (1 ou 2 mgr.) pourrait provoquer, au contraire, un phénomène de dispersion expliquant une augmentation de l'indice de réfraction supérieure à celle qui serait due à la présence du chlorure de sodium en liberté.

(1) Ces travaux sont exécutés dans les laboratoires de M. R. Goiffon et de M. Lévy-Coblentz.

TUBERCULOSES MÉTASTATIQUES A ÉPISODES

Par Henri MOLLARD et Marc DURET

On connaît les tuberculoses à localisations multiples *dans l'espace*. La granulie en donne un exemple, les polysérites aussi. Il faut bien reconnaître pourtant que la présence simultanée de foyers tuberculeux dans des organes divers n'est pas des plus fréquentes. Sans doute, les tuberculeux fibreux présentent souvent des tuberculoses osseuses ou chirurgicales, mais dans la plupart des cas une sorte d'opposition ou de balancement surgit entre l'activité de ces foyers associés. Rien n'empêche un pottique d'être aussi un tuberculeux pulmonaire, mais il se range de préférence parmi les scléreux aux lésions inactives, voire même parmi les bacillaires de type abortif. Les lupus sont exceptionnels chez les tuberculeux actifs du poumon. Tout se passe en somme comme si la tuberculose prédominait sur un organe et ne faisait qu'effleurer les autres. Ces associations sont cependant classiques.

Par contre, d'autres localisations associées que nous croyons plus fréquentes sont signalées à peine, sinon totalement méconnues. Entendez celles qui se situent, non pas dans l'espace, *mais dans le temps* et qui sont moins des associations que des successions, celles du malade qui présente tour à tour, un foyer pulmonaire, une tuberculose osseuse, un lupus, une lésion urogénitale, etc., celles où la tuberculose qui nous a tellement habitués à morceler son étude, à considérer chacune de ses morsures sous l'éclairage étroit du spécialiste de chaque appareil, nous rappelle à l'évidence ce qu'elle est à son point de départ et ce qu'elle demeure toujours malgré les fixations apparentes de la période tertiaire, une maladie générale, une infection dont les germes, même quand ils creusent des lésions dans un organe, pullulent probablement aussi dans les replis des systèmes sanguins et lymphatiques, et, à chaque instant, sont prêts, sous une cause mystérieuse, à se disséminer dans les viscères les plus lointains de l'organisme entier.

Quand nous nous étonnons de cette méconnaissance des tuberculoses à *foyers métastatiques successifs*, nous serions injustes d'oublier qu'elles ont retenu quelquefois l'attention des pédiatres. La scrofule est la forme schématique qui se présente le plus volontiers à leur observation. On sait bien qu'elle a des caractères très particuliers, mais la pathologie infantile comprend aussi des tuberculoses plus classiques, à foyers viscéraux variables, dont l'éclosion se succède à un rythme déconcertant. Pour ne prendre qu'un exemple Ribadeau-Dumas, Mme Siguier et Gabrit ont présenté récemment un nourrisson porteur d'un lupus verruqueux de l'index gauche, puis d'une adénite cervicale suppurée, puis d'une paralysie de l'hémidiaphragme gauche. Or ces faits sont à peu près méconnus chez l'adulte.

Selon nous, les tuberculoses métastatiques qui se groupent en deux faisceaux : le premier comprendra les états que nous désignerons, provisoirement, sous le terme de scrofule de l'adulte, le second contiendra les tuberculoses métastatiques pour qui Burnand a emprunté à la terminologie de Bard, l'appellation défectueuse de « granulie migratrice ».

I. — Scrofule de l'adulte

Répétons encore ques les tuberculeux fibreux présentent souvent des lésions tuberculeuses externes osseuses et ganglionnaires. Nous savons aussi que la longue maladie de leurs poumons donne à l'organisme des troubles mécaniques cardiaques, et des troubles toxiques qui portent sur les systèmes de défense. Mais quelquefois l'infection, sans exercer plus de ravage, est plus étendue et elle affecte un type un peu différent : les lésions pulmonaires ou externes ne sont plus scléreuses et néanmoins la tuberculose est chronique. Autrement dit, loin de régner en maîtresse dans la place forte isolée des alvéoles et de la charpente pulmonaire, ou loin de se fixer simultanément dans plusieurs foyers fibreux, altérant des organes divers, elle frappe l'organisme entier, court à la façon d'une infection rhumatismale d'un viscère à l'autre et, lorsqu'elle est pulmonaire, on serait tenté de dire qu'elle ne l'est que l'espace de quelques semaines ou tout au moins de quelques mois.

Les réserves que l'on doit faire aujourd'hui sur l'existence et par suite sur la notion de septicémie tuberculeuse nous interdisent ici de parler d'infection sanguine par le bacille de Koch. Le point clinique sur lequel nous voulons mettre l'accent est la répétition indéfinie et la diversité topographique des manifestations bacillaires. Il est aussi dans le contraste entre la bénignité de chaque accident considéré en lui-même, et la ténacité de l'infection qui ne s'éteint dans un viscère que pour se rallumer très vite dans un autre organe.

Ces faits ne sont pas nouveaux, les cliniciens en observent d'assez fréquents exemples ; mais on ne désigne d'aucun nom ce syndrome de tuberculose chronique circulante, à poussée successives.

Ne parlons pas de septicémie chronique. Phtisie fibreuse généralisée ne conviendrait pas davantage car chaque accident, par le développement brusque des lésions et l'allure passagère des symptômes, évoque bien plus une tuberculose aiguë ou du moins banale, fibro-caséeuse à pronostic bénin. Provisoirement le terme de scrofule de l'adulte nous paraît meilleur car il a le mérite de rapprocher ce syndrome d'un groupement clinique bien connu chez l'enfant et dont nous avons rappelé les grandes lignes dans notre étude sur « La tuberculose des adolescents ».

Ces malades, généralement des hommes, présentent peu de lésions tuberculeuses cutanées ou ganglionnaires. Les manifestations dont ils souffrent sont des tuberculoses séreuses, des tuberculoses viscérales, des abcès froids généralement bientôt fistulisés.

Manifestations séreuses, ces pleurésies qui débutent brusquement comme des épanchements séro-fibrineux ordinaires, donnent le même tableau clinique et radiologique mais tournent court en quelques semaines. D'autres malades, ou les mêmes à d'autres périodes de leur histoire, présentent des arthrites rhumatismales à propos desquelles on pourrait reprendre au vocabulaire des anciens le terme d'hydropisie articulaire car elles s'effacent presque aussi vite qu'elles se sont développées.

Un degré de plus et plusieurs séreuses sont envahies tour à tour ou simultanément, et l'on est en face d'un syndrome de polysérite chronique.

Manifestations viscérales, ces foyers pulmonaires que révèlent une hémoptysie, une « congestion pulmonaire » ou pleuro-pulmonaire, ou si l'on veut, un foyer labile, parfois davantage, une petite lésion riche en bacilles qui, elle aussi, disparaît très vite, généralement sans traitement. Viscérales aussi des lésions passagères du rein tout aussi bénignes, ou beaucoup plus fréquemment des orchi-épididymites qui ne tardent pas à se fistuliser.

Abcès enfin de la paroi thoracique ou de la marge de l'anus et bientôt fistules dont la particularité est aussi d'être tarissables et par suite éphémères dans la plupart des cas.

On saisit notre pensée : il ne s'agit pas d'accidents chroniques, on est en présence de petits drames aigus ou subaigus dont la répétition constitue seule la chronicité de la maladie. Ces tuberculoses en effet vont reproduire jusqu'à la fin d'une existence qui sera longue, tous les six mois ou tous les ans, quelquefois plus souvent, des manifestations bacillaires polymorphes. L'hiver une hémoptysie viendra sous une clavicule révéler l'image radiologique d'une ombre passagère. Six mois plus tard, une orchite apparaîtra pour bientôt s'ouvrir à la peau et guérir. Quelques mois passeront et un abcès froid ou une pleurésie feront en quelque sorte à leur tour une courte apparition.

Le caractère bénin de chaque accident et la répétition indéfinie commandent le pronostic et dictent le traitement. Ces deux caractères doivent nous mettre en garde contre deux erreurs.

La première est d'ordre thérapeutique : faire un traitement local est généralement plus qu'une erreur, une faute. Nous connaissons des malades à qui on a fait un pneumothorax ou sur qui l'on a pratiqué la résection d'un testicule ou d'un rein. Ce traitement n'a jamais empêché la maladie d'accomplir son destin, c'est-à-dire de renaître ailleurs après l'extinction bien inutilement chirurgicale d'un foyer qui se serait fermé lui-même quelques semaines plus tard.

Il ne convient donc pas de se laisser guider par les règles qui d'habitude inspirent le traitement d'un abcès, d'une fistule, d'une lésion pulmonaire, d'une orchite, etc... L'infection générale l'emporte sur l'infection locale, extériorisation temporaire et favorable.

La seconde erreur est également facile à deviner : cette maladie infinie, aux récidives perpétuelles, risque de passer pour incurable et il est exact qu'elle le sera si l'on se contente des traitement locaux ; nous croyons qu'elle disparaîtra au contraire si l'on cherche à traiter moins les organes que l'organisme. Il faut avouer que sur ce type particulier de tuberculose, les sels d'or que nous avons souvent essayés ne nous ont, apporté que des déceptions. Le cinnamate de benzyle nous a déçu pareillement. Selon nous deux méthodes jusqu'ici sont utiles et du reste suffisantes ; la première est l'actinothérapie, à la condition que l'on fasse une irradiation de l'organisme entier ; la seconde plus efficace encore est la thérapeutique par le mercure, en particulier par le cyanure.

Faut-il penser que l'allure si particulière de la tuberculose chez ces malades tient à son évolution sur un terrain d'origine ou d'imprégnation syphilitique, nous l'ignorons. On peut croire du reste que le mercure exerce simplement une action antiseptique générale. Toujours est-il qu'il nous a permis de modifier en quelques mois le pronostic et l'avenir des malades que nous avons traités par ce métal.

II. — Tuberculose migratrice de Burnand

Depuis quelques années, Burnand décrit des formes voisines des précédentes, très différentes pourtant.

Les liens portent sur la longueur de la maladie, la succession presque indéfinie de phénomènes qui n'ont, dit-il, ni de commencement ni de fin. Ils portent aussi sur la bénignité de chaque accident.

La différence essentielle réside dans la nature des accidents qui ne sont plus des troubles tuber-

culeux évidents, mais des états vagues « paratuberculeux », dont la nature bacillaire doit être soupçonnée plutôt qu'affirmée.

Burnand cite la curieuse histoire d'une malade de 53 ans, dont l'infection s'est poursuivie pendant quarante années et n'a pas encore achevé son évolution. Elle débuta à l'âge de 7 ans par un rhumatisme polyarticulaire, continua par plusieurs crises d'appendicite, puis des bronchites répétées, s'exprima vers la douzième année par des adénites. Des accidents rhumatismaux survinrent trois ans plus tard, la malade fut ensuite la victime d'adénites, de pleurésies, de laryngites, de synovites ; elle eut une cystite, puis une néphrite au cours de laquelle les urines continrent des bacilles pendant quelques jours. L'infection s'attaqua ensuite à la peau, fit naître un lupus sur le pavillon d'une oreille, etc.

Sans doute la découverte passagère mais indiscutable du bacille dans l'urine prouve la nature tuberculeuse de cette infection, mais on voit aussi que la néphrite est une exception dans l'histoire si lourde de la malade. La tuberculose chez elle ne détruit pas les organes mais les effleure, marque son atteinte par des altérations si discrètes que l'autopsie certainement n'en aurait révélé aucune trace. Les foyers ont affecté en somme un caractère fluxionnaire plutôt que folliculaire ou nécrotique, et ils se sont traduits par des syndromes plus que par des signes localisés. Burnand ajoute lui-même que le diagnostic étiologique est difficile devant pareil tableau. Sans la présence fortuite des bacilles dans l'urine on n'aurait jamais pu parler de tuberculose et les erreurs furent du reste nombreuses ; on attribua les symptômes à une colibacillose, à des septicémies chroniques imprécises, ou encore à un état de débilité constitutionnelle plus qu'à une maladie véritable.

On voit que si, dans les cas que nous avons appelés scrofule, la tuberculose est évidente, au contraire chez les malades de ce second type, sa signature demeure longtemps, parfois toujours, impossible à découvrir et même à supposer.

D'autres auteurs ont décrit des formes analogues ; ainsi Caussade et Tardieu ont publié l'observation d'un malade dont l'infection commença, à l'âge de 10 ans, par une fistule du gros orteil, puis se caractérisa par des engelures, des bronchites à répétition, une pleuro-péritonite discrète, des lésions utérines et salpingiennes et chez qui la recherche du bacille fut constamment négative.

Ce second exemple révèle encore mieux le fossé qui sépare ces tuberculoses atténuées de la scrofule de l'adulte. Tuberculoses discrètes contrairement aux nôtres, mais récidivantes comme les nôtres et compatibles comme les nôtres avec une existence très longue et, somme toute, une conservation presque parfaite de l'état général. Si nous reconnaissons à Burnand le mérite d'avoir isolé un type clinique très particulier, nous ne sommes pas d'accord avec lui sur le terme dont il le désigne. Il parle en effet de « Granulie migratrice ». On se souvient que Bard avait décrit sous ce terme une forme spéciale de tuberculose miliaire, mais quand on se rapporte au texte original de notre vieux maître, on voit que la granulie migratrice présente des caractères totalement différents : « Dans cette forme, comme dans toutes les granulies, les lésions pulmonaires sont toujours plus ou moins latentes, sauf dans les cas où la poussée granulique a été précédée, de plus ou moins longtemps, par des lésions qui ont présenté elles-mêmes une évolution fibreuse, et qui se révèlent par leurs caractères habituels. La fièvre l'amaigrissement, la faiblesse générale, la dyspnée, sont presque seules à révéler les lésions pulmonaires ; mais bientôt apparaissent, sur divers organes, des poussées tuberculeuses qui se révèlent par leurs signes propres : péritonites, péricardites, poussées articulaires ou séreuses, voire même des plaques de méningite corticale localisée, des épididymites ou bien encore des poussées myocardiques, hépatiques ou rénales. Parfois aussi on rencontre des localisations encore plus rares ; trois fois j'ai constaté des granulations tuberculeuses de la conjonctive oculaire, dont l'évolution pouvait alors être suivie facilement par la simple inspection.

« Toutes ces poussées sont autonomes, d'une durée limitée à trois ou quatre semaines, le plus souvent ; chacune se résout d'ordinaire complètement, mais elles sont subintrantes, et leur répétition entraîne la mort après quelques mois d'évolution. La granulie migratrice s'observe assez souvent, et, bien que l'évolution en soit plus longue, son pronostic est à peine moins sombre, en somme, que celui des deux formes précédentes. »

Nous ne pensons pas que l'on puisse superposer les observations de Burnand à cette conception de Bard. Les formes de Bard sont subaiguës et mortelles, celles de Burnand bénignes et sans fin.

Mais qu'importe cette discussion verbale ? Nous avons parlé de « Scrofule de l'adulte », et nous avouons que ce terme, appliqué aux nôtres, est aussi critiquable que « granulie migratrice » accolé aux observations de Burnand.

L'essentiel est que la tuberculose lentement métastatique n'est pas une chimère, et qu'elle déroule ses chapitres tantôt dans une langue brève mais classique, tantôt à voix basse et d'un ton presque méconnaissable...

A PROPOS D'UN FAIT ASSEZ INATTENDU : SÉCRÉTION LACTÉE AU NIVEAU D'UNE GREFFE CUTANÉE

Par le Docteur Georges WINTGENS (1)

Agée de 22 ans, Mme H... est enceinte de 7 mois, lorsqu'elle se présente pour la première fois à la consultation. Hérédité sans particularité. Dans ses antécédents personnels, aucune maladie sérieuse, mais un grave accident dont elle fut victime il y a cinq ans et qui l'a d'autant plus frappée que son esthétique eut à en souffrir. En effet, âgée de 17 ans, cette jeune personne était un jour occupée à se laver les cheveux, à l'aide d'un produit spécial, quand, pour une cause qui n'a jamais été exactement élucidée, ce produit s'enflamma. Elle fut très grièvement brûlée et resta plusieurs jours entre la vie et la mort. Les lésions étaient les suivantes : la chevelure n'existait plus ; chose curieuse, le visage qu'elle avait enfoui dans ses mains était intact ; mais à partir du maxillaire inférieur, les brûlures s'étendaient sur la face antérieure du cou et toute la paroi antérieure du thorax, surtout du côté droit ; de plus, le bras et l'avant-bras droits étaient très profondément atteints sur leur face antérieure également.

Elle triompha du choc, qui avait failli l'emporter ; de longues semaines de soins attentifs furent nécessaires pour amener la cicatrisation des lésions. Mais celle-ci obtenue, le résultat était désastreux et justifiait les crises de désespoir, qui nécessitèrent les soins d'un psychiatre. En effet, outre l'aspect déplorable du nouveau revêtement cutané, il existait à différents endroits des rétractions cicatricielles, dont les deux principales siégeaient : l'une à la face antérieure du cou, ramenant le menton contre le sternum ; l'autre dans le pli du coude droit, maintenant l'avant-bras en flexion accentuée.

C'est alors que fut entrepris un traitement chirurgical en plusieurs temps. Différentes greffes de Thiersch furent pratiquées : des scarifications, puis une autoplastie rétablirent les mouvements du cou en rendant possible l'extension de la tête ; mais le temps opératoire, qui nous intéresse le plus, fut le suivant : la corde qui siégeait dans le pli du coude droit fut reséquée et la vaste surface ainsi dénudée fut greffée, par autoplastie à la manière italienne, d'un lambeau cutané prélevé sur la partie inférieure du sein droit, auquel le bras resta soudé jusqu'à ce que la vitalité du greffon permit de détacher complètement le bras du sein. Le résultat fonctionnel fut parfait, et la nouvelle peau du pli du coude resta parfaitement souple et indolore. La jeune malade, fonctionnellement guérie, reprit goût à la vie et se maria quelques années plus tard.

A l'examen, cette femme présente une grossesse normale ; les seins sont plus développés que la moyenne et leur surface cutanée présente l'aspect cicatriciel que l'on imagine. Elle accouche deux mois plus tard ; le troisième jour, la montée laiteuse s'installe, abondante ; mais ce jour-là, la jeune maman signale sur le biceps droit une douleur assez vive et un gonflement anormaux. Au palper, on sent une mases du volume d'un petit œuf de poule, douloureuse, mobile sur le plan profond, et donnant exactement l'impression tactile de nodules durs comme lorsqu'on palpe les seins au début de l'allaitement. Intrigué d'abord, l'auteur se rappelle bientôt le récit que lui avait fait la malade de ses multiples greffes, et il conclut sans peine que des fragments de glande mammaire ont dû être transplantés de son sein à son bras, et qu'ils commencent à fonctionner comme une mamelle surnuméraire !

La douleur fut assez vive pour nécessiter l'application de quelques pansements chauds ; au bout de trois jours elle diminua, de même que le gonflement, et bientôt tout rentra dans l'ordre.

L'allaitement d'ailleurs continua dans d'excellentes conditions, et la jeune maman fut une parfaite nourrice.

Cette observation n'appelle que de brefs commentaires, puisque aussi bien des expériences concluantes ont démontré depuis longtemps que le primum movens de la sécrétion lactée ne devait pas être cherché dans une intervention du système nerveux, mais bien dans des facteurs humoraux, dont la nature exacte d'ailleurs prête encore à discussion. Ni l'ablation des nerfs mammaires, ni la suppression totale du système nerveux sympathique n'empêchent la lactation chez les animaux en expérience ; la transplantation soit partielle, soit même totale de la glande mammaire confirme cette manière de voir, puisque la greffe prend bien et, qu'en cas de grossesse, la lactation s'établit chez l'animal en expérience, au niveau de la greffe sitôt après la mise-bas.

Mais dans l'espèce humaine, une greffe n'avait sans doute jamais été pratiquée, et celle-ci, tout involontaire qu'elle ait été, paraissait mériter d'être signalée.

(1) *Le Scalpel*, 21 janvier 1939.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

◆ ◆ ◆

L'appendicite des vieillards n'est ni rare, ni exempte de gravité

D'après MM. H. Mondor, C. Oliver et G. Laurence (*)

Les raisons de cette gravité

Contrairement à une opinion courante, appendicite aiguë et ulcère perforé sont des lésions non exceptionnelles chez les vieillards, et, devant un abdomen douloureux depuis peu, l'hypothèse d'une *appendicite* se présente, même chez le sujet âgé, comme l'une des plus vraisemblables.

Or de toutes les statistiques, il ressort avec évidence que cette variété est grave.

Le fait tient à plusieurs raisons : la nature des lésions et le retard apporté à l'intervention, ces deux causes faisant de l'appendicite des vieillards, avec celle des enfants, la plus compliquée des appendicites ; enfin la déficience du terrain.

1° *L'appendicite des vieillards évolue toujours rapidement vers la gangrène.*

En effet, les lésions appendiculaires du vieillard se caractérisent par la prédominance du facteur vasculaire. Les lésions suppuratives du tissu lymphoïde sont, chez lui, exceptionnelles. L'évolution est celle d'une gangrène ischémique par oblitération vasculaire, quel qu'ait été l'agent initial de la crise. Cette oblitération devient très rapidement le facteur dominant. D'où la rapidité d'évolution, la fréquence du sphacèle, de la perforation en péritoine libre, la tendance extensive des lésions, l'atteinte fréquente des parois du cæcum.

2° *Son aspect clinique particulier favorise le retard apporté au traitement chirurgical.*

Sous prétexte que la *température* est normale, le pouls bien frappé, et qu'il s'agit d'un vieillard, beaucoup de médecins, tablant sur des idées erronées, se croient autorisés à temporiser devant une appendicite diagnostiquée.

Les deux tiers des malades restent, en effet, au-dessous de 38° et ceci avec des lésions graves : sphacèle, perforation, péritonite ; or, cette anomalie apparente ne doit en aucun cas rassurer le praticien sur le cours des événements.

Il ne faut pas non plus compter beaucoup sur l'accélération du *pouls* : sur 100 malades de Maes et Boyce, le pouls restait au-dessous de 100 dans 77 cas. La plupart des patients, qu'ont opérés ces auteurs avaient un pouls aux environs de 90.

Le *faciès* peut demeurer d'aspect satisfaisant jusqu'aux dernières heures, ou bien la flétrissure de l'âge masque un peu celle du mal.

Les *signes généraux* restent ainsi au second plan.

Mais, parmi les *signes fonctionnels*, un seul signe local s'affirme presque constant et chargé de son habituelle signification : la *douleur.* Son siège est variable : le plus souvent, elle siège dans la fosse iliaque droite, cependant elle peut être assez fréquemment haute, plus rarement généralisée. Une douleur vive spontanée, persistant chez le sujet couché est un excellent symptôme : toutefois son intensité est variable. Elle demande à être recherchée, surtout chez les obèses, où elle est difficile à mettre en évidence par des examens répétés, attentifs, qui s'efforcent de préciser le maximum douloureux.

Par contre, la *contracture* est faible ou absente ; elle est souvent diffuse, sans maximum appréciable. Si la crise d'appendicite chez le vieillard n'entraîne pas de réactions pariétales aussi violentes que chez l'adulte, si la maladie est la même, par contre le terrain en modifie la traduction clinique dans sa note majeure, la contracture. Comme chez la femme qui vient d'accoucher, et qui a sa paroi défaite, le vieillard aux muscles atrophiés et flasques, ne présentera qu'une défense musculaire modérée là où l'adulte musclé offrirait une paroi suffisante. Or, derrière cette paroi, peu apte à une franche contracture, les lésions sphacéliques graves, à cause des déficiences artérielles, sont particulièrement précoces, entraînant parfois en quelques heures une péritonite généralisée.

Les *vomissements* ne surviennent que dans la moitié des cas environ. Les selles peuvent être normales ou diarrhéiques. L'arrêt des gaz et des matières est inconstant ; cependant on note fréquemment un ballonnement, un météorisme important ; dans quelques cas et tôt, des ondulations péristaltiques ; l'appendicite du vieillard, plus qu'une autre, s'accompagne, en effet, parfois dès les premières heures de signes occlusifs.

Enfin, les signes majeurs manquant ou étant flous, la *percussion douloureuse, l'atténuation du réflexe cutané abdominal*, la *douleur de décompression, la douleur à gauche* devront toujours être recherchées.

(1) *Le Journal des Praticiens*, 18 mars 1939.

Le toucher rectal ou le toucher vaginal rendront les services que l'on sait.

Malgré tout, les malades supportent avec résignation de vives douleurs et ne s'inquiètent pas de troubles fonctionnels, dont ils ont cru avoirà plusieurs reprises l'équivalent.

Néanmoins, cette évolution *rapide, grave*, des *lésions* et cette lenteur de l'inquiétude du malade ou de l'indication opératoire font le grand nombre des *complications*. Taylor, sur 26 cas observés le *premier jour*, ne note pas de sphacèle ; sur 23 cas examinés *le deuxième jour*, 21 sphacèles et 6 perforations ; sur 19 cas vus le *troisième jour*, 19 sphacèles et 13 perforations ; sur ces 19 malades, 13 avaient une péritonite purulente généralisée, les autres, un abcès en formation.

3° Enfin, le terrain *souvent déficient et taré* apporte une dernière raison de gravité.

Les sujets sont parfois cardiaques, diabétiques, urémiques : ils sont fréquemment obèses ; ils ont très souvent des complications pulmonaires.

***

NE JAMAIS TEMPORISER

Si pour quelques cliniciens, l'appendicite des gens âgés demeure une telle rareté, qu'ils hésitent à faire ce diagnostic, — pour d'autres, elle revêt, chez ces malades, un aspect subaigu, pseudo-tumoral, qui autorise toutes les temporisations.

Cependant le terrain spécial du vieillard nécessite, dans la conduite du traitement, quelques précautions particulières. « Il y a deux grands dangers à considérer : la péritonite généralisée, risque de la maladie ; la pneumonie, risque du traitement » (Taylor).

Le traitement doit toujours être chirurgical et toujours entrepris d'urgence. Jamais, il ne faut essayer de refroidir, à cause de la gangrène fréquente et de l'absence habituelle d'adhérences ; jamais, il ne faut se fier à la sédation des symptômes, car cette « accalmie traîtresse » est brusquement interrompue par la perforation. Celle-ci, chez le vieillard, a une traduction clinique souvent peu claire.

On se rappellera qu'il existe deux formes cliniques assez spéciales :

Les formes pseudo-tumorales, où une leucocytose élevée peut éveiller l'attention ; mais celle-ci comme les signes physiques, est, chez le vieillard, d'une échelle et d'une sensibilité moins grandes que chez les malades jeunes.

La forme occlusive : le point capital est moins d'éviter le diagnostic de cancer infecté du côlon droit que de savoir s'écarter d'une laparotomie médiane ; celle-ci, avec dévidement laborieux et inutile du grêle, risque en effet de faire diffuser dans la grande cavité péritonéale un grand abcès de la fosse iliaque.

Le plus de fois possible, on usera de l'anesthésie locale. En présence d'un abcès, si l'appendice n'est pas trouvé, mieux vaut le laisser et drainer que s'exposer à rompre la barrière d'adhérences. Dans tous les cas, il conviendra de réparer solidement la paroi, à cause des risques graves de désunion précoce.

Il faut insister sur la nécessité d'une thérapeutique médicale attentive, dans les jours qui suivront l'intervention : sérum physiologique, sérum hypertonique, tonicardiaques, révulsion pulmonaire, sérothérapie antigangréneuse au propidon.

G. FISCHER.

LES PSYCHOSES PUERPÉRALES

Par le Docteur Raymond-Michel HAAS

Interne des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

Les psychoses puerpérales semblent devoir se diviser pour nous en :

1° Psychoses puerpérales infectieuses.

2° Psychoses puerpérales vraies ou vitamino-hormonales.

La thérapeutique de ces deux catégories consiste : pour la première, en un traitement anti-infectieux ; pour la seconde, principalement en un traitement vitaminé et hormonal (vitamine E, hormone gonadotrope).

Depuis l'utilisation de cette nouvelle thérapeutique, il nous semble que le pronostic des psychoses puerpérales se soit amélioré. En effet, nous avons pu donner le chiffre de 94,1 % de guérisons. (*Thèse de Paris*, 1939.)

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Les métastases squelettiques diffuses dans le cancer du sein

Parmi tous les cancers , ceux de la prostate, du corps thyroïde et du sein, se distinguent par la fréquence avec laquelle ils donnent des métastases osseuses. L'allure de ces envahissements secondaires des os est assez variable : on ne connaît guère jusqu'ici que les types localisés de métastases de cancer du sein. Cependant les cas de métastases multiples dans ce cancer les plus fréquentes sont celles qui intéressent le rachis et un membre. En général, il semblerait donc que c'est le crâne qui constitue somme toute le test radiologique de la diffusion, mais ce n'est pas une règle.

Pour MM. P. LAMARQUE et P. BETOULIÈRES le diagnostic se pose dans deux conditions nettement différentes :

a) La tumeur primitive est connue ; la malade a été opérée parfois de longues années auparavant d'une tumeur du sein, ou celle-ci existe encore. Aucune difficulté dans ce cas. Il suffit de ne pas se contenter du diagnostic de facilité, de lumbago, de sciatique. Le moindre épisode douloureux persistant impose un examen radiologique. Tout à fait au début, la radiographie pourra être négative ou montrer une simple décalcification ; celle-ci est très suspecte et doit entraîner à elle seule une action thérapeutique. Dans d'autres cas, on est étonné de l'étendue considérable des lésions ; telle malade qui n'accuse qu'un peu de pesanteur lombaire a déjà un squelette infarci de noyau cancéreux.

b) On ne connaît pas la tumeur primitive. Un examen radiologique est fait à l'occasion d'un syndrome douloureux. La seule vue des clichés doit faire rechercher une tumeur primitive. Celle-ci peut avoir des dimensions extrêmement réduites. Dans un cas un petit noyau suspect fut prélevé pour biopsie : il s'agissait d'un épithélioma typique ; à la nécropsie le sein ne contenait plus d'élément néoplasique.

Quelle est, du point de vue pratique, la conduite à tenir en face d'une malade atteinte de métastases squelettiques diffuses d'un cancer du sein ?

Sans hésitation, il faut conseiller la rœntgenthérapie. Tout d'abord, dans un but analgésique : chez toutes les malades suivies, les rayons X ont amené une diminution notable et même une sédation complète des douleurs, avec reprise de la vie normale pendant un temps assez long. Ensuite, pour retarder l'évolution du mal ; une malade, après radiothérapie même localisée, a vu ses troubles ostéoclasiques disparaître en presque totalité et les lésions n'ont reparu que plus d'un an après leur disparition. Une fracture pathologique du maxillaire s'est consolidée sous l'action des rayons et le sujet a pu mastiquer normalement.

Mais que cette rœntgenthérapie soit locale ou qu'elle soit générale, il faut nettement proclamer qu'elle n'est jamais que palliative. De toute façon, il apparaît que si un terrain est favorable à cette action palliative, c'est celui qui intéresse les métastases squelettiques diffuses dans le cancer du sein. (*Languedoc Médical*, février 1939.)

Les endocardites mélitococciques

Sans doute, la myocardite et la péricardite mélitococciques demeurent-elles des raretés ; mais l'endocardite, dont les observations sont encore peu nombreuses, semble cependant de constatation plus fréquente. Du reste, rien n'empêche d'admettre *a priori* que le mélitocoque, comme tout germe infectieux, puisse se fixer et coloniser sur la séreuse interne du cœur tout particulièrement, alors que les travaux actuels montrent la fréquence des formes viscérales de la mélitococcie par rapport aux formes septicémiques, seules décrites jadis. Cette évolution de la maladie constitue une réalité maintenant bien établie. Si ces déterminations cardiaques, et, en particulier ces déterminations endocarditiques, restent encore des curiosités, il est fort vraisemblable qu'on les rencontrera désormais plus souvent.

MM. R. RAYNAUD, F.-G. MARILL et J.-Robert D'ESHOUGUES ont eu l'occasion de suivre deux cas d'endocardite mélitococcique, et ils en profitent pour faire une mise au point de cette intéressante question. Les aspects anatomiques et cliniques de cette affection sont ceux mêmes que l'on peut décrire à toute endocardite infectieuse.

Secondaire, l'endocardite mélitococcique se greffe sur une lésion plastique préexistante ; c'est une endocardite végétante, peu génératrice d'embolie viscérale ; elle survient au cours d'une fièvre de Malte sévère, et son évolution se montre rapidement fatale.

Primitive, l'endocardite mélitococcique peut être également une endocardite végétante mor-

telle ; en ce cas, elle provoque des infarctus viscéraux multiples ; pour le reste, par son allure évolutive, elle rappelle en tous points l'endocardite secondaire. La forme de beaucoup la plus intéressante est celle des endocardites primitives curables.

Il est évidemment impossible, par la nature même des choses, d'apporter la preuve de l'origine mélitococcique de ces endocardites ; seules les circonstances de leur apparition inclinent à penser qu'elles sont effectivement causées par la fièvre de Malte. Elles autoriseraient à admettre qu'une endocardite mélitococcique n'impose pas nécessairement un pronostic fatal.

Au total, quelles que soient les réserves que l'on puisse formuler, il semble que la réalité des endocardites mélitococciques ne saurait désormais se discuter : les observations réunies par les auteurs attestent la possibilité pour le mélitocoque d'atteindre la séreuse interne du cœur. Peut-être même est-il permis de prévoir dès maintenant que la « cardio-mélitococcie » est appelée à prendre place, un jour, aux côtés des autres déterminations viscérales majeures de la fièvre de Malte. (*Paris Médical*, 8 avril 1939.)

L'ovariectomie au cours de la gestation

Les dangers que la gestation, la parturition et l'état puerpéral apportent très souvent aux kystes ovariques aussi bien libres qu'enclavés, amènent MM. Portes et Mayer à penser qu'on a tout intérêt à rejeter les opérations systématiques. En effet, les considérations biologiques et anatomiques, qu'ils précisent, amènent à réviser l'attitude prophylactique couramment adoptée au cours de ces dernières années.

1° Au début de la gestation, on doit rejeter les interventions systématiques ; à opérer sans discrimination tous les kystes de l'ovaire dès qu'ils sont constatés, on ne gagne en effet rien, puisqu'ils y a un risque sérieux d'avortement post-opératoire et que l'intervention n'est pas toujours facile au point que l'on puisse affirmer à l'avance qu'il ne sera pas touché à l'organe gestateur. L'abstention opératoire n'entraîne aucun risque réel à condition que la femme soit soumise à une observation précise et constante dès l'instant où la présence d'un kyste de l'ovaire authentique a été reconnue. Il est sage de ne pratiquer l'ablation de ces tumeurs que lorsque l'intervention s'impose du fait d'accidents mécaniques ou infectieux. A la condition d'opérer dès que les premières manifestations d'une complication se sont produites, ces interventions différées aboutissent à des résultats aussi favorables que les interventions systématiques prophylactiques. Ainsi on évite certainement des interruptions post-opératoires et cette attitude se solde par un bénéfice pour le produit de conception.

2° Quand l'intervention est formellement indiquée, il convient d'y procéder en observant certaines règles essentielles. Il faut qu'elle soit rapide et non traumatisante et pour cela on doit rejeter toutes les techniques ne donnant pas un jour suffisant et exposant l'utérus à des traumatismes longs et aveugles ; il faut donc faire des incisions pariétales très larges et, en ce qui concerne l'utérus, n'y pas toucher lorsqu'il s'agit d'un kyste libre et pédiculé ou au contraire, l'extérioriser franchement hors de l'abdomen lorsqu'on est en présence d'un kyste pelvien qu'il faut aller chercher dans le bassin. En outre, il faut respecter, dans la mesure du possible, le corps jaune gravidique. Ceci est évidemment facile, quand le corps jaune siège sur l'ovaire sain : principe qui amène à la nécessité d'examiner systématiquement les deux ovaires lorsqu'on procède à une ovariectomie pendant la grossesse. S'il apparaît que le corps jaune siège dans l'ovaire kystique, on pourra s'efforcer de le conserver en procédant non pas à une ovariectomie totale, mais à une résection du kyste avec conservation de la portion de l'ovaire qui contient le corps jaune gestatif.

3° Dans les cas où l'ablation du corps jaune est inévitable, il convient, dans les suites opératoires, de lui substituer de l'hormone lutéinique en injectant pendant longtemps des doses massives de progestérone, sans trop compter sur l'action de suppléance du placenta. Lorsqu'on utilise des produits extractifs, la dose quotidienne de 600 unités cliniques constitue un minimum ; si l'on emploie un corps synthétique, c'est la dose de 5 milligrammes par jour qu'il faut injecter. Les injections doivent être prolongées quotidiennement pendant au moins quinze jours, et, si aucune menace d'avortement n'est apparue à ce moment, on ne devra cesser le traitement que d'une façon progressive en injectant encore la même dose tous les deux jours pendant d'x jours, puis deux fois par semaine pendant un mois encore. C'est à ce prix seulement que l'on peut espérer substituer efficacement l'hormone lutéinique à l'action du corps jaune naturel. (*La Médecine*, avril 1939.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sur l'emploi du sulfure de carbone pour désinfecter les fruits d'aurantiacées

(M. L. TANON ; 25-4-1939)

Le ministre de la Santé publique ayant demandé l'avis de l'Académie au sujet de l'emploi du sulfure de carbone pour détruire les insectes, le *mytilaspis gloveri* en particulier, dans les écorces d'oranges, la Commission d'hygiène a procédé à quelques expériences. Elles ont permis de constater que l'écorce d'orange semble fixer le sulfure de carbone très rapidement. Après deux minutes, l'écorce est traversée ; après quatre minutes, la pulpe a pris une saveur styptique ; après une demi-heure, le fruit paraît entièrement pénétré.

Le contact du sulfure de carbone doit donc être très rapide si l'on veut éviter l'altération du fruit. Dans son rapport, M. Tanon conclut qu'un avis favorable pourrait être donné sous condition que le séjour dans l'atmosphère imprégnée de vapeurs antiseptiques ne dépasse pas une minute ou que le bain de sulfure de carbone soit inférieur à trente secondes.

— M. MARTEL trouve les expériences indiquées insuffisamment précises. C'est d'ailleurs toute la question des additions d'antiseptiques aux aliments qui se pose. M. Martel en a toujours été l'adversaire. Il existe des procédés de conservation inoffensifs (le froid, par exemple) qui seuls devraient être autorisés.

— M. MATHIS demande s'il n'est pas préférable, parfois, de consommer des aliments non altérés par l'addition d'antiseptiques à doses inoffensives que de courir les risques d'une intoxication par des aliments mal conservés.

— M. MARTEL remarque qu'il est bien difficile d'affirmer l'innocuité de petites doses d'antiseptique en ingestion, lorsque l'emploi de celles-ci est prolongé. Il est vrai qu'il ne suffit pas à l'Académie d'émettre des avis défavorables. Ces avis ne sont pas toujours écoutés.

Contre l'alcoolisme grandissant

(MM. J. PARISOT et G. RICHARD ; 4-4-1939)

MM. Parisot et Richard font une communication intitulée : quelques moyens susceptibles d'assurer la réalisation des mesures proposées par l'Académie contre l'alcoolisme grandissant.

Les mesures appliquées pendant la guerre avaient permis d'enregistrer une réduction massive, de plus de moitié, de la quantité d'alcool consommée. Malheureusement, la politique de facilité commencée dès 1921 et l'institution de la semaine de quarante heures en développant le nombre des débits et les loisirs, a amené une recrudescence de l'alcoolisme, qui a dépassé très notablement la situation d'avant-guerre. Les avis donnés par l'Académie, qui heurtent les intérêts de 3 millions de bouilleurs de cru, de 500.000 débitants, des fabricants de spiritueux, et aussi les intérêts financiers de l'Etat sont restés lettre morte. MM. Parisot et Richard pensent qu'il serait possible, cependant, de concilier dans une certaine mesure ces divers intérêts avec une réduction appréciable de la consommation d'alcool. La suppression du privilège des bouilleurs de cru serait compensée par des avantages aux agriculteurs. Un certain nombre de propriétaires de débit pourraient devenir gérants de salles de réunion ne vendant que des boissons non alcoolisées, etc.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Section des nerfs érecteurs et hypogastriques dans les cystalgies rebelles

(M. Victor RICHER, de Lyon. — Rapport de M. FEY ; 8-2-1939)

Il est inutile d'insister sur le martyre que constituent les douleurs vésicales lorsqu'elles sont intenses et prolongées. Le ténesme incessant de jour et de nuit, supprime toute activité et tout sommeil et rapidement se produit chez ces malades un état de déchéance accentué.

La situation est plus cruelle encore lorsque ces cystalgies rebelles relèvent d'une cause incurable, d'un cancer inopérable ou d'une cystite tuberculeuse avec atteinte des deux reins ou du rein restant après néphrectomie. Aussi, le traitement des cystalgies rebelles a-t-il toujours préoccupé les urologues, qui ont proposé contre elles différents traitements, dont le plus favorable jusqu'ici a été l'urétérostomie cutanée ou intestinale. Mais, l'urétérostomie cutanée est une infirmité difficile à appareiller et l'urétérostomie intestinale n'est pas sans danger.

M. Victor Richer propose une nouvelle intervention : la section simultanée des nerfs érecteurs et des nerfs hypogastriques, opération qui a donné des résultats très appréciables quant aux troubles cystalgiques. L'inconvénient de l'« opération de Richer » est d'amener la perte de l'érection. Avant de recourir à ce traitement, il sera prudent, chez l'homme, d'avertir le malade, devant témoin, de l'inconvénient probable qui peut résulter de l'intervention, au point de vue génital.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Primo-infection tuberculeuse maligne de l'adulte Double chancre d'inoculation pulmonaire. Granulie

(MM. J. TROISIER, M. BARIÉTY et M. AUSSANNAIRE ; 3-3-1939)

Dans cette observation, on voit coexister des lésions du complexe primaire ganglio-pulmonaire et des lésions de dissémination granulique pulmonaire et méningée.

Les échéances de cette observation anatomo-clinique de primo-infection tuberculeuse peuvent se schématiser ainsi :

1° Une femme de trente ans subit, à partir d'octobre 1937, le contact infectant de son mari, qui tousse et qui crache.

2° Le début des accidents cliniques se situe trois mois après, en janvier 1938, par un épisode fébrile considéré comme « grippal », qui dure quinze jours. A partir de cette date, la malade maigrit, tousse, crache, se plaint de fatigue, d'anorexie, de points de côté.

3° En avril 1938, une fausse couche marque l'origine d'une période d'aggravation et d'extension des symptômes : l'asthénie augmente, l'amaigrissement progresse, la toux s'accentue, la fièvre s'élève. Rétrospectivement, on peut penser que cet ensemble symptomatique correspond à une phase de dissémination hématogène.

4° En effet, en juin et juillet 1938, le tableau radiographique est celui d'une granulie pulmonaire, bientôt suivie d'une méningite, qui emporte la malade le 11 juillet 1938.

L'autopsie montre, outre la granulie, de gros ganglions trachéo-bronchiques caséeux, à gauche, et, dans le poumon gauche, deux petites lésions caséeuses, l'une à la base, près du diaphragme, grosse comme un poix, l'autre au sommet, faite de deux petits nodules en voie de caséification.

Cet ensemble clinique, anatomique et évolutif, mérite bien le nom de primo-infection tuberculeuse maligne, puisque tout le drame s'est déroulé en neuf mois depuis la contamination, en six mois depuis les premiers symptômes, jusqu'à la mort, qui est survenue ici, en pleine phase de dissémination hématogène.

L'intérêt de cette observation réside surtout dans ses constatations anatomiques. Aux lésions secondaires s'associaient des lésions manifestement primaires. Une volumineuse adénopathie caséeuse du médiastin plaidait, en effet, en faveur d'une primo-infection récente. Bien plus, par une dissection soigneuse on trouva deux chancres d'inoculation : l'un siégeait à la base, tout contre le diaphragme ; l'autre occupait le sommet ; il était plus petit que le précédent, mais les examens histologiques montrent qu'il s'agissait de lésions contemporaines et jeunes, riches en cellules géantes, hébergeant des bacilles, au même stade de caséification, sans trace de calcification. Il ne pouvait donc s'agir de tuberculose lointaine, calcifiée, en voie de guérison ou même biologiquement guérie. La présence simultanée de deux chancres d'inoculation ne doit pas surprendre ; sans être la règle, elle est néanmoins classique.

Intoxication volontaire par le chloralose

(MM. E. MAY, P. MOZZICONACCI et Mlle M. MORIZET ; 17-2-1939)

La nouvelle législation concernant les barbituriques, et l'impossibilité de se les procurer sans ordonnance sont sans doute à l'origine d'un mode nouveau d'intoxication volontaire dont les cas paraissent se multiplier : l'intoxication par le chloralose. Les auteurs viennent d'observer cinq tentatives de suicides de ce genre ; ils étaient dus à l'absorption de comprimés dosés chacun à 0 gr. 15 de chloralose vendus en tubes métalliques de 15 comprimés. Quatre malades avaient absorbé le contenu d'un tube, soit 2 gr. 25 ; un seul avait pris deux tubes ; il eut seulement un coma un peu plus profond et un peu plus prolongé mais guérit sans incident.

Pour la pratique, il faut retenir de cette étude qu'on observe depuis plusieurs mois des cas nombreux d'intoxication par le chloralose. Si l'on a l'esprit attiré sur cette nouvelle cause d'intoxication, il est, en général possible d'en faire le diagnostic clinique, car le tableau présenté par les malades est très particulier ; il s'agit, en effet, soit d'un coma incomplet avec agitation motrice, soit d'un coma profond, mais compliqué de secousses musculaires, ou de mouvements involontaires ; en outre, dans les deux cas, il existe une remarquable hyperexcitabilité réflexe. Par contre, si l'on n'est pas prévenu, ces symptômes anormaux peuvent égarer le diagnostic, un malade avait été considéré comme atteint d'hémorragie méningée, voire même de tétanos et traité en conséquence.

Le diagnostic d'intoxication chloralosique entraîne plusieurs conséquences : d'abord un pronostic relativement bénin, puisque presque tous les malades sont sortis de leur coma, même en dehors de toute thérapeutique ; c'est là une différence notable avec l'intoxication barbiturique. Il en est une autre dont l'importance pratique est réelle : la strychnine, qui donne de si remarquables résultats dans les comas barbituriques, est inutile et peut-être dangereuse dans le coma chloralosique ; il n'est peut-être pas sans inconvénient d'utiliser de fortes doses de strychnine chez des sujets dont l'excitabilité médullaire est déjà fortement augmentée. D'autre part, il est probable qu'il vaut mieux chez de tels malades s'abstenir de morphine.

Exceptionnellement, le chloralose peut donner un coma hypotonique complet, qu'il est impossible de différencier cliniquement d'un coma par le gardénal. L'examen chimique des urines permettra d'éviter toute erreur.

G. F.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DES HÔPITAUX LIBRES

Séance du 3 février 1939

Bougies « extensibles » et « à demeure » pour le traitement des sténoses cicatricielles de l'œsophage

M. A. SOULAS présente deux modèles de bougies en caoutchouc souple mises en place sur fils sans fin. L'un des deux est extensible. Son élongation et son retrait présentent trois avantages : fixité plus grande, action dilatatrice plus efficace dans le sens horizontal, circulaire ; et possibilité de placer une bougie de un ou deux numéros supérieurs au numéros correspondant à une bougie inextensible.

La voie artérielle dans le traitement du tétanos

M. J. DE FOURMESTRAUX (de Chartres) utilise de façon courante l'angéiothérapie par voie artérielle, depuis quelques années, avec M. M. FREDET. La première injection de sérum antitétanique, par la voie carotidienne, a été faite par LERICHE, sur les conseils de Jules COURMONT : la toxine tétanique se fixant au niveau des centres nerveux, il apparaît logique d'agir directement sur ces derniers. Mais en France, cette méthode paraît abandonnée.

L'auteur a traité par la voie carotidienne, six cas de tétanos sévère : deux morts, quatre guérisons. La technique est d'une extrême simplicité, par découverte chirurgicale de l'artère et M. DE FOURMESTRAUX a même utilisé la carotide externe et la vertébrale.

La dernière observation concerne un enfant de 6 ans qui a été traité au quatrième jour, par une *dose massive* et unique de 110 c. c. de sérum purifié (quelques gouttes de chloroforme). L'état reste stationnaire puis, à partir du cinquième jour après l'injection, la température tombe et devient normale en une semaine. Dans ce cas, le sérum par voie artérielle fut utilisé en une seule dose importante, à l'exclusion de toute autre thérapeutique active.

L'auteur n'a jamais constaté l'existence de ces angiospasmes qui rendent parfois redoutable l'introduction artérielle de solutions non isotoniques.

M. J.-A. HUET a vu pratiquer à Lisbonne, dans le service de M. R. DOS SANTOS de nombreuses artériothérapies et aortothérapies avec le plus grand succès

De quelques complications graves des rétrécissements rectosigmoïdiens

M. G. DURAND insiste, à propos de quatre observations récentes, sur la fréquence relative des complications : hémorragies subcontinues, suppurations périrectales, accidents infectieux à forme septicémique. Ni l'âge de la maladie, ni la nature (lymphogranulomateuse ou non) du rétrécissement, ni l'étendue des lésions en profondeur et en hauteur, ne peuvent permettre de prévoir ces complications. Parmi les médications actuellement en usage, aucune ne peut prévenir les accidents.

C'est seulement à la phase de rectite présténosante, que les traitements appropriés ont quelques chances de guérir les malades. L'endoscopie systématique est le seul moyen de préciser l'existence de ces rectites.

M. R. SAVIGNAC estime que la gravité repose, non seulement sur le fait de cas mortels, mais sur l'évolution rebelle, désespérante de la maladie, semée de complications.

SOCIÉTÉ D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE DE PARIS

La prophylaxie des otites à répétition

(Dr DU PASQUIER ; 19-4-1939)

Les otites moyennes aiguës à répétition sont de plus en plus fréquentes et constituent une menace sérieuse par les dangers de leurs complications. Leur prophylaxie est souvent décevante. C'est que leur répétition est essentiellement liée à l'infection chronique du rhino-pharynx qui se réveille en poussées aiguës sous diverses influences saisonnières. Or, cette rhino-pharyngite chronique est sous la dépendance de l'état général plutôt que de l'état local, en dehors bien entendu des cas d'obstruction nasale. C'est, avant tout, une question de terrain pathologique et de modalité réactionnelle.

De nombreux médicaments ont été préconisés et peuvent être utiles : iode, arsenic, soufre, calcium, vitamines, etc., joints à une hygiène favorable, mais un des meilleurs traitements prophylactiques semble être aujourd'hui le traitement thermal aux eaux sulfureuses ou arsenicales, parce qu'il agit à la fois sur l'état général et sur l'état local. Cette conviction est basée sur les résultats obtenus par la cure de Saint-Honoré. Sur 70 cas d'otite à répétition observés dans ces cinq dernières années, 60 fois la cure a été efficace, c'est-à-dire qu'il n'y a pas eu de poussée d'otite l'hiver suivant, à l'inverse des années précédentes.

RÉUNION MÉDICO-CHIRURGICALE DE MORPHOLOGIE

19 avril 1939

Le torticolis congénital. Traitement

Dr DUCROQUET. — La rétraction du sterno-cléido-mastoïdien, si souvent due au traumatisme observé dans l'accouchement par le siège, peut être corrigée au cours des dix-huit premiers mois de la vie à l'aide d'un dispositif de redressement que l'on peut placer à l'enfant surtout à partir du sixième mois.

A l'âge de 18 mois, les rétractions peuvent être considérées comme définitives, aussi y a-t-il lieu de pratiquer l'intervention : ténotomie sous-cutanée ou à ciel ouvert du sterno-cléido-mastoïdien.

Cette intervention ne suffit pas. Elle doit être suivie d'un appareillage rigide qui évite la récidive (appareillage plâtré pendant deux mois).

Pour diminuer le temps de l'anesthésie et faciliter la manœuvre de réduction, l'auteur applique avant l'intervention un corset plâtré d'une part et une têtière plâtrée d'autre part.

Ces deux appareillages ne sont pas solidarisés. Ils laissent la région opératoire libre. L'opération étant alors exécutée, on pourra facilement orienter la partie supérieure de l'appareil dans le sens de la correction et il suffira de quelques bandes plâtrées pour solidariser le corset et la partie entourant la tête.

Montpellier

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN

Perforation traumatique du duodénum au cours d'une partie de foot-ball

MM. RICHE, AUSSILLOUX et JOYEUX. — Un jeune homme reçoit au cours d'une partie de foot-ball un coup de genou dans l'abdomen et présente dans les heures suivantes les signes progressifs d'une lésion viscérale : une perforation de la 2e portion du duodénum.

Les auteurs soulignent à ce propos : l'étiologie particulière du traumatisme, les difficultés de technique chirurgicale dans le traitement de ces lésions, le rôle possible des contusions pancréatiques dans la gravité du pronostic.

Un cas de névrite rétro-bulbaire amélioré par la phénolisation du ganglion sphéno-palatin

MM. DEJEAN et FERRIÉ. — Il s'agit d'une névrite rétro-bulbaire chez un fumeur et un éthylique. Acuité inférieure à 0,1. Scotome central absolu pour vert et rouge. Atrophie bilatérale du segment temporal de la papille. Phénolisation. Amélioration spontanée considérable de l'acuité se poursuivant jusqu'à 1. On constate une très légère lésion du groupe ethmoïdo-sphénoïdal, décelable par la méthode de Pratz. Le malade a toujours continué de fumer et de boire. On note, outre l'amélioration de l'acuité, une meilleure perception colorée et une papille moins blanche dans son secteur temporal.

Lupus pernio et iritis plastique ancienne. Syndrome d'Heerfordt

MM. J. MARGAROT, P. RIMBAUD et J. RAVOIRE se demandent si l'on peut porter rétrospectivement le diagnostic de syndrome d Heerfordt chez une malade qui a présenté à 14 ans des adénopathies froides du cou, à 21 ans, une irido-cyclite plastique ayant laissé comme séquelles une hernie de l'iris, un peu plus tard des gonflements suspects des parotides avec stomatite et finalement un lupus pernio-typique à l'âge de 56 ans.

Lille

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE

Rhumatisme infectieux avec adénopathies et grosse rate. Splénectomie, amélioration. (Présentation de malade)

MM. LANGERON, J. CAMELOT et BAUDE présentent un sujet chez lequel, pour un syndrome de Chauffard-Still, une splénectomie a été pratiquée par M. J. Camelot en juin 1938. Après une première phase d'amélioration complète, il y eut une rechute, puis une nouvelle amélioration, qui persiste actuellement

Cette observation est, à la connaissance des auteurs, la troisième publiée en France de ce genre.

Angiome du crâne ; opération, guérison. (Présentation de malade)

MM. DEREUX, COURTY, DELATTRE et LE CONIAT, présentent une malade chez laquelle s'est développée en six ans, une tumeur osseuse, grosse comme une orange, située dans la région fronto-pariétale droite Il n'y avait aucun signe d'hypertension intra-cranienne, aucun signe en foyer, sauf une légère atteinte pyramidale révélée par la manœuvre de la jambe, de Barré. Les radiographies montrent une image poreuse, avec nombreux spicules divergents du centre vers la partie externe et interne. La tumeur a été enlevée complètement ; l'écorce cérébrale était normale. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un angiome. Il n'y en avait aucun autre, ni superficiel, ni profond.

Tétanos à forme paraplégique, suivi de paralysie du nerf sciatique poplité externe droit

M. BERNARD. — Parmi les formes cliniques du tétanos, les formes localisées tiennent une grande place. Monoplégiques, paraplégiques, céphaliques, elles tirent leur appellation de la prédominance des symptômes sur un segment de l'organisme.

Le cas décrit par l'auteur n'est pas une forme paraplégique pure, puisqu'il y avait du trismus ; mais il peut être considéré comme paraplégique du fait de l'intensité des contractures sur les membres inférieurs, de la rétention vésicale et de l'intégrité des membres supérieurs.

Guérison par la sérothérapie générale et intrarachidienne associée à la chloroformisation. A signaler, au cours de la convalescence, une paralysie du nerf sciatique poplité externe droit que l'auteur rapporte à la sérothérapie et à l'occasion de laquelle il expose la question des paralysies post-sérothérapiques.

Les Livres

Les Livres qui viennent de paraître...

Librairie Félix ALCAN,
108, boulevard Saint-Germain

Dr G. VILLEY. — **La psychiatrie et les sciences de l'homme.** ESSAI DE SYNTHÈSE SCIENTIFIQUE. Un vol. 194 pages. Prix : 30 francs.

Chez MALOINE,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe)

Marcel PARANT. — **Greffons et lambeaux cutanés.** LEURS APPLICATIONS AUX PERTES DE SUBSTANCE DU VISAGE. Préface de M. le médecin-colonel BERCHER. Un vol. 128 p., 98 fig., 1938. Prix : 40 francs.

Georges RIEUNAU. — **Les plâtres à extension.** APPAREILLAGES POUR LA RÉDUCTION, L'EXTENSION CONTINUE ET LA CONTRE-EXTENSION PLATRÉE DES FRACTURES. Préface du médecin général J. MAISONNET. Un vol. 140 p., 120 fig., 1939.

R. DEGOS et E. LORTAT-JACOB. — **Dermatologie.** Collection « Les Petits Précis ». Deux volumes. Chaque vol. : 18 francs.

Edition des Laboratoires du Docteur Fr. DEBAT,
60, rue de Montereau, Paris

Annales de thérapie biologique. Mai 1939. Articles originaux. Bibliographie. Un vol., 230 pages.

Archives balkaniques de médecine, chirurgie et leurs spécialités, publiées par le Prof. J. CHRYSSIKOS, M. YOEL et A. HADJIGEORGES.

Les *Archives balkaniques de médecine, chirurgie et leurs spécialités* paraissent trimestriellement en français par fascicules de 160 pages. Chaque numéro contient une analyse des travaux de toutes les branches de la médecine publiés dans la Presse médicale des pays balkaniques (Albanie, Bulgarie, Grèce, Roumanie, Turquie, Yougoslavie), ainsi que les comptes rendus de toutes les Sociétés savantes de ces mêmes pays.

Abonnement annuel : 100 francs français. Le numéro : 30 francs français.

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au Docteur Maurice Yoël, rue de l'Académie, nº 31, Athènes K (Grèce), et les abonnements à la Librarie Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

MASSON et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

Louis BORY, chef de clinique à l'Hôpital Saint-Louis. — **Clinique et pathologie comparées.** VÉNÉRÉOLOGIE, CANCÉROLOGIE, DERMATOSES, MÉDECINE GÉNÉRALE, PHYTOPATHOLOGIE. Préface du Professeur N. FIESSINGER. Un vol. de 240 pages. Prix : 50 francs.

Il serait utile que le médecin, voulant découvrir des conceptions nouvelles, puisse s'évader du domaine où sont trop étroitement limitées ses habituelles observations et devienne à l'occasion vétérinaire ou phytopathologiste, comme il serait à désirer que vétérinaires et phytopathologistes fréquentent à leur tour les cliniques humaines.

Après avoir créé, avec A. Henry (d'Alfort), la dermatologie comparée, science nouvelle ou à peine explorée jusqu'alors, Louis Bory s'est laissé entraîner par l'intérêt de ces vivantes études à écrire l'histoire comparée de quelques grands syndromes appartenant au domaine de la pathologie générale.

Il a écrit ainsi un véritable petit Traité de clinique comparée, où les médecins, curieux de voir ce qui se passe derrière le mur du voisin seront intéressés parce que l'auteur en a rapporté lui-même.

Chapitres de l'ouvrage : I. Les maladies vénériennes chez les animaux. — II. La maladie syphiloïde du chat et les granulomatoses humaines. — III. Tumeurs, cancers et leucoses. — IV. Gales et démodécies. — V. Néo-scrofule, paratubercules et paralèpres. — VI. Clinique comparée des dermatoses. — VII. Pathologie comparée des ictères infectieux. — VIII. Pathologie comparée de l'épilepsie. — IX. Les maladies professionnelles des vétérinaires. — X. Introduction à l'étude de la phytopathologie.

MASSON et Cie, éditeurs
120, boulevard Saint-Germain, Paris

L. STROMINGER, docent d'urologie à la Faculté de médecine de Bucarest. — **Les erreurs et les fautes en urologie.** ETUDE CRITIQUE, CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE. Préface du Professeur MARION. Un vol. de 176 pages. Prix : 45 francs.

Pour ne pas commettre d'erreurs en urologie qu'importe-t-il de faire ? L'auteur énumère précisément les fautes qui peuvent être commises et pourquoi elles ont pu l'être. « C'est un fait établi, écrit-il, dans son introduction, que les erreurs et les fautes sont plus instructives que les succès. »

L'ouvrage du Docteur Strominger consacre diffé-

r ents chapitres aux rapports de l'urologie et de la chirurgie, aux erreurs de sémiologie, de diagnostic, de pronostic et surtout de traitement chirurgical. Un chapitre spécial traite des erreurs physico-chimiques expérimentales et des valeurs biologiques. Enfin, un grand chapitre est réservé aux erreurs radiologiques, qui sont grosses de conséquences pour le diagnostic et le traitement chirurgical. Le fond du sujet est constitué par la description des erreurs et des fautes dans les maladies du rein, du bassinet et de l'uretère, de la vessie, de l'urètre et de la prostate.

Editions « CALME ET SANTÉ »,
11, rue du Printemps, Paris (XVII[e])

Dr Marcel VIARD, professeur à l'Ecole de psychologie — **La maîtrise de soi.** 4e édition Prix : 8 francs.

La « Maîtrise de soi » apparaît comme un des moyens de supprimer l'angoisse, l'anxiété, la timidité, la crainte sous une forme quelconque.

Il s'agit d'une technique qui tient compte du tempérament et de la constitution du sujet, de son degré d'évolution. Elle comporte la mise en œuvre de tout l'arsenal psychothérapique rénové des autosuggestions actives et passives, des actes conscients, etc...

Table des matières : La mystique de soi-même ; La connaissance de soi-même ; La maîtrise de soi ; La personnalité humaine ; Lois et principes ; Les tempéraments ; Moyens à employer pour atteindre la maîtrise de soi ; Le juste milieu ; Le beau rôle.

MASSON et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain

M. BOIGEY, directeur médical de l'Etablissement thermal et de la cure d'exercice de Vittel. — — **Lésions et traumatismes sportifs.** Un volume de 330 pages, avec 210 figures, 1938. Prix : 65 francs.

Les exercices gymnastiques, les jeux énergiquement ou imprudemment conduits et les performances sportives comportent certains dangers, certains états pathologiques qui peuvent revêtir des formes spéciales. Leur gravité est diverse, elle va des symptômes les plus bénins jusqu'aux infirmités permanentes et même aux accidents mortels.

Le Docteur Boigey a réuni en un seul ouvrage les notions thérapeutiques permettant de traiter judicieusement les maladies et les lésions particulières à chaque sport. L'auteur a fait une étude d'ensemble du traumatisme sportif et de ses conséquences matérielles.

CHAPITRES DE L'OUVRAGE : *Données générales* (Contusions, Plaies et pansements, Entorses, Luxations, Fractures en général, Lésions traumatiques des muscles, Choc traumatique et syncope, Surmenage).

Lésions et traumatismes particuliers à chaque sport (La boxe, Courses de vitesse, Courses de fond, courses d'obstacles, cross-country, Sauts, Lancements, Rugby, Foot-ball, Lutte, Gymnastique aux agrès, Tennis, Escrime, Hippisme, Sports d'hiver, Natation, Aviron, Automobilisme).

Docteur P. BAUFLE, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à l'Ecole de médecine de Besançon. — **Eléments de thérapeutique médicale.** Préface du Professeur P. CARNOT. Un volume, 304 pages, chez V. Chicandre, éditeur Besançon, 1939.

Sous une forme systématiquement simple, ce petit livre peu encombrant comprend l'étude des traitements de la tuberculose, de la syphilis, de la diphtérie, du tétanos, des septicémies, de l'anorexie, de l'ulcère gastrique, des cirrhoses, de la lithiase biliaire, de l'œdème aigu du poumon, de l'asthme, de l'insuffisance cardiaque, de l'angine de poitrine, etc., etc...

Pour chaque traitement, l'auteur résume d'abord les notions cliniques, puis il donne l'objectif thérapeutique en vue, le régime, les prescriptions médicamenteuses, les particularités de certaines formes et de certains accidents ; en sorte que, très sobrement, en quelques pages seulement, le lecteur est mis au courant des diverses éventualités cliniques et des armes qu'il a à sa disposition. Les traitements indiqués sont, par principe, très simples et l'auteur a fait, avec un grand sens clinique et thérapeutique, une sélection qui clarifie pratiquement beaucoup, pour chaque cas, la thérapeutique utile.

R. LÉPINE, éditeur,
39, rue d'Amsterdam, Paris (VIII[e])

L'Année médicale pratique. XVIII[e] ANNÉE, *édition* 1939, publiée sous la direction de C. LIAN, agrégé, médecin de l'Hôpital Tenon. Préface du Professeur E. SERGENT. Un vol. in-16 couronne, 640 pages, 3 fig. Prix : 36 francs.

Les progrès réalisés dans les diverses branches de la médecine sont si multiples et si variés, qu'il est difficile, même pour un médecin qui a des loisirs et qui aime la lecture instructive, de se tenir au courant des données nouvelles, éparpillées dans un très grand nombre de publications.

Les rédacteurs de l'*Année médicale pratique* exposent ces questions nouvelles, chacun dans sa spécialité, en articles courts, deux pages en moyenne, classés par ordre alphabétique, faciles à lire.

Un index alphabétique des cinq dernières années termine l'ouvrage.

Les Thèses

P. — Dr G. CHABANIER. — **Étude critique sur la valeur antialgique des injections intradermiques de l'association histamine-histidine.** (Thèse 1939.)

L'histamine possède un pouvoir antialgique : son action sur la douleur semble liée à une action révulsive. Cette action révulsive antialgique permet d'obtenir localement sur les douleurs articulaires et musculaires des sédations remarquables.

En ce qui concerne l'action de l'histamine sur les douleurs viscérales, il est probable que l'analgésie cutanée exerce, par réflexe, un effet sédatif sur la douleur profonde.

L'association de l'histidine à l'histamine a paru renforcer le pouvoir antialgique de l'histamine, peut-être par double action, peut-être par sa transformation en histamine. Si ce dernier fait était confirmé, il permettrait de comprendre pourquoi, même dans la douleur locale, l'association paraît donner une action sédative plus durable que celle de l'histamine seule.

Pratiquement, cette méthode est inoffensive. Elle est simple, nécessite un matériel restreint. Dans la utte contre la douleur, elle met à la portée du praticien le plus isolé, et au service du malade qui souffre, une arme souvent efficace et toujours rapide.

P. — Dr S. MELLOULI. — **La prophylaxie de la syphilis en Tunisie.**

L'auteur fait un historique de la prophylaxie de la syphilis et une étude de l'organisation médicale de la lutte anti-syphilitique en Tunisie. Il signale les particularités du problème. En Tunisie, la syphilis n'a pas le caractère honteux qu'elle a en Europe, ce qui devrait faciliter la mise en œuvre des mesures de prévention. Malheureusement, la grande pauvreté du peuple tunisien et son ignorance des règles d'hygiène sont un obstacle à l'application de ces mesures.

P. — Dr W. LEDERER. — **Résultats obtenus dans la paralysie générale au Centre de malariathérapie de l'hôpital Cochin.** (Thèse 1939.)

La malariathérapie est une belle découverte qui a transformé la thérapeutique et le pronostic de la maladie de Bayle. Si l'examen global des statistiques apparaît bon, l'étude détaillée des observations ne donne pas une satisfaction aussi complète. Il ne faut cependant pas sous-estimer une méthode thérapeutique qui améliore dans la proportion de près de 60 % des malades jusqu'alors réputés incurables.

Mais l'idéal serait de ne jamais laisser évoluer une syphilis jusqu'à la paralysie générale. Le meilleur traitement prophylactique de la méningo-encéphalite reste le traitement de la syphilis au début, et une surveillance convenable des malades.

P. — Dr E. WOLINETZ. — **L'immunité et l'allergie tuberculeuses.** (Thèse 1939.)

En matière d'immunité et d'allergie tuberculeuses règne un certain flottement dans les opinions et dans les mots. M. Wolinetz, dans son travail inaugural, a tenté d'abord de mettre au point une terminologie usuelle et, envisageant ces questions chez l'animal et chez l'homme, il a abordé longuement le problème des rapports de l'allergie et de l'immunité.

P. — Dr Pierre G. LIÈVRE. — **Les indications thérapeutiques de la d'Arsonvalisation à ondes courtes. Applications locales et fièvre artificielle**

L'auteur étudie successivement les effets biophysiologiques des ondes courtes (effets électriques, effets calorifiques), les applications thérapeutiques locales et les applications générales (fièvre artificielle). Il envisage, en particulier, l'action locale dans les algies, les migraines, les névralgies faciales, la sciatique, les furoncles, les salpingites et la valeur de l'électropyrexie dans la gonococcie, la paralysie générale, le tabes, les syndromes parkinsoniens, etc.

P. — Dr F. LORANS. — **Contribution à l'étude des causes de l'avortement spontané.** (Thèse 1939.)

Dans une certaine proportion de cas d'avortements spontanés, l'examen le plus minutieux n'arrive à découvrir aucune des étiologies classiquement admises. D'après les connaissances actuelles sur l'endocrinologie génitale de la femme et d'après l'interprétation des faits cliniques et biologiques, il semble qu'on puisse admettre une pathogénie hormonale pour ces avortements de cause inconnue.

Expérimentalement, on a établi que le corps jaune joue un rôle primordial dans le maintien de la grossesse, tout au moins pendant la première partie de celle-ci. L'ablation du corps jaune détermine l'avortement et l'administration d'hormone lutéinique arrive à prolonger la grossesse au delà du terme.

Chez certaines femmes, en imminence d'avortement, on a décrit un aspect particulier de la réaction biologique, témoignant d'une faible concentration de l'hormone lutéinisante et d'un excès d'hormone folliculaire. La réaction biologique permettrait donc dans ces cas de prévoir l'avortement.

Ces avortements qui se produisent généralement à répétition, pourraient bénéficier de l'action thérapeutique de la progestine.

En dehors de ces cas, l'auteur a étudié également les avortements par insuffisance thyroïdienne, les avortements du diabète et ceux qui, déterminés par un développement insuffisant de l'utérus, peuvent être améliorés par un traitement à la folliculine.

Str. — Docteur M. Brudi. — **Contribution à l'étude du traitement de l'ulcère gastro-duodénal par l'histamine à petites doses.** (Thèse 1938.)

Cette étude est le fruit de trois ans d'expérience de l'histaminothérapie à petites doses de l'ulcère digestif, pratiquée dans les services de la Clinique médicale A de Strasbourg.

L'auteur conclut que :

La sédation de la crise douloureuse est obtenue dans la plupart des cas et ceci dans des conditions de rapidité et de simplicité extrêmes (3e ou 4e piqûre sans que le malade soit alité).

L'augmentation de poids s'observe chez 83 % des malades dès la fin de la première cure.

Le chimisme gastrique est modifié dans le sens de la normale dans 80 % des cas.

Le transit radiologique apparaît normalisé dans la majorité des cas, restant inchangé dans certains autres, sans être jamais aggravé.

Dans la plupart des cas, ou bien la sédation a été définitive, ou bien le rythme des crises ulcéreuses s'est espacé largement.

L'histamine de par son action antalgique, vaso-dilatatrice capillaire et de par son action sur la musculature lisse paraît être le médicament de choix de la crise ulcéreuse, peut-être même le médicament curateur de l'ulcère lui-même.

P. — Dr A. Courtin. — **Etude critique et documentaire sur les diurétiques mercuriels.** (Thèse 1939.)

L'action des diurétiques mercuriels est à la fois tissulaire et rénale.

Les diurétiques mercuriels sont des agents diurétiques puissants notamment lorsqu'ils sont associés à certains sels (chlorure d'ammonium, sels biliaires), ou à certaines médications.

Les indications majeures des diurétiques mercuriels sont constituées par : les œdèmes et épanchements d'origine cardiaque, les ascites et œdèmes d'origine cirrhotique.

Les indications secondaires sont très variées : les épanchements pleuraux ; les épanchements péricardiques ; les épanchements articulaires de causes diverses ; l'obésité, etc...

Les contre-indications des diurétiques mercuriels comportent essentiellement : les néphrites aiguës, l'azotémie supérieure à 1 gramme, la sclérose rénale avancée, l'insuffisance hépatique avancée, les tendances hémorragiques, la température, la cachexie.

L'association à la théophylline renforce considérablement l'action des diurétiques mercuriels. De même, le chlorure d'ammonium administré à raison de 4 à 6 grammes par jour pendant les deux jours qui précèdent l'emploi du diurétique mercuriel.

Le mode d'administration (voie veineuse, musculaire ou rectale) sera adapté aux circonstances et au malade. Le rythme des injections ne doit pas être inférieur à une injection tous les trois-quatre jours. Pour les suppositoires, il est préférable de laisser s'écouler cinq jours entre chaque administration.

L'auteur ne conseille pas l'emploi systématique de la digitale en association aux diurétiques mercuriels. La digitale a ses indications comme les diurétiques mercuriels ont les leurs, mais si ces indications peuvent être communes, elles ne le sont pas obligatoirement.

P. — Dr A. Lefrère. — **Autour de la météoropathologie.** (Thèse 1939.)

Négligée par les médecins, la météorologie médicale se réfugiait dans les conversations profanes, urbaines et paysannes, les préoccupations des mères et des grand'mères, craignant en présence de variations atmosphériques pour leur santé (rhumes, rhumatismes) et celle de leurs enfants.

Mais si depuis quelques années on sent monter parmi les cliniciens un intérêt progressif pour la météoropathologie, il faut que certaines règles soient respectées. En voici quelques-unes (Docteur Arçay) :

a) Rôle des médecins praticiens qui fourniront des observations précises, où ils indiqueront sur une fiche spéciale, à côté du diagnostic de la maladie, la date, l'heure, la température, la pression atmosphérique ; les conditions atmosphériques qui ont accompagné l'éclosion ou l'évolution de la maladie ; la situation de la maison. Les pharmaciens peuvent apporter leur collaboration en indiquant chaque jour un bulletin météorologique succinct.

b) S'il existe une météoropathologie, il faut tenir compte de ses enseignements dans l'aménagement des salles de malades. Dans certains services hospitaliers, on trouve quelques réalisations intéressantes, parmi lesquelles les plus connues sont celles du Docteur Jules Renault à l'hôpital Saint-Louis et du Professeur Mouriquand à Lyon.

P. — Dr J. Coste. — **Anorexie mentale et troubles endocriniens.** (Thèse 1939).

Depuis longtemps classique, le tableau de l'anorexie mentale a été l'objet, ces dernières années, de nombreux travaux destinés à fixer sa pathogénie, travaux dont l'origine fut l'élargissement du cadre de la maladie de Simmonds. Leurs conséquences finales furent le rattachement des deux affections, considérées comme les cas extrêmes d'un unique syndrome d'insuffisance antéhypophysaire.

Il semble à l'auteur qu'aucun des arguments invoqués pour justifier ce rattachement ne peut être considéré comme indiscutable. Loin de voir, dans l'opothérapie hypophysaire, le traitement réflexe de ces affections, il pense que la base du traitement demeure l'isolement, la réalimentation, le relèvement systématique et énergique de l'état général. Ce n'est qu'une fois relevé l'état général, que l'opothérapie viendra, secondairement, stimuler l'appareil endocrinien. Elle s'adressera essentiellement à la fonction ovarienne.

THÉRAPEUTIQUE

● ● ●

Que peut-on pour le déprimé constitutionnel ?

Nous avons ici en vue ce type de malade appelé il y a vingt ans « neurasthénique », à une époque où le mot neurasthénie figurait dans la terminologie médicale et n'avait pas encore été complètement abandonné aux journaux quotidiens et aux conversations mondaines.

Pourtant la neurasthénie, longuement étudiée par Charcot, Déjerine et tant d'autres, répondait bien à un type clinique net, puisque pour remplacer ce terme devenu un peu vague et caduc pour beaucoup, Montassut a récemment proposé celui de « déprimé constitutionnel » (1) qui a le mérite d'englober les aspects physiques, intellectuels et moraux de l'asthénie et de souligner son caractère original et permanent.

Le « déprimé constitutionnel » est devenu un type de malade de plus en plus fréquent, aussi bien dans les consultations spécialisées que pour le praticien ; un traitement bien conduit peut améliorer nettement son comportement social.

Il vient en effet vers le médecin, à la recherche de son tonus physique intellectuel et moral et lui apporte, associées à des troubles digestifs complexes, à des manifestations humorales, à des troubles cardio-vasculaires, ses allégations de fatigue, d'impressionnabilité, d'impuissance. Il mérite qu'on s'y arrête.

S'il vous décrit sa journée, il note tout d'abord un réveil difficile, un état de somnolence dont il est tiré avec peine. Sortant d'un sommeil profond et lourd, il a une sensation d'endolorissement général, une sorte d'inhibition psychomotrice qui le laisse un peu hébété et veule. Pour lui, le réveil n'est pas l'heure des décisions.

Le travail du début de la matinée se ressent de ce réveil, puis peu à peu le rendement intellectuel et physique s'améliore.

Le repos du déjeuner n'accroît pas cette amélioration et après ce repas, une somnolence le gagne. La fin de l'après-midi marque au contraire une sensation réelle de mieux-être physique, d'entrain, d'alacrité intellectuelle : c'est la classique « guérison de cinq heures du soir ». Elle ne s'arrête pas au dîner et se poursuit dans la soirée. A moins de contraintes professionnelles, le « déprimé constitutionnel » a tendance à se coucher tard, dans une bien meilleure forme physique et morale qu'au lever.

La caractéristique physique de cet état est donc un rythme paradoxal de la fatigue. Le travail, lent et incertain au réveil, réalise tardivement son plein rendement et la fatigue physiologique acquise au cours de la journée arrive à neutraliser la fatigue statique (c'est-à-dire, sans travail apparent) du « déprimé constitutionnel ».

Spontanément ces malades se plaignent d'une certaine difficulté à soutenir leur attention, et suivant leur culture, de paresse intellectuelle. Ils se révèlent impressionnables et le récit de leur vie, de leur activité sociale, montre en eux un sentiment d'impuissance et d'insécurité qui crée la dépression morale, pendant de leur dépression physique.

A ces manifestations subjectives, s'ajoutent des troubles objectifs qui les compliquent, notamment dans l'ordre digestif : l'existence d'une ptose ajoute à la fatigue neurasthénique, l'asthénie du syndrome abdominal et le cortège de ses douleurs : aérophagie, solarite, colites par atonie et spasme ; troubles hépato-biliaires se rencontrent très fréquemment ainsi que les dysfonctionnements endocriniens. L'hypotension artérielle (minima 5 à 7, maxima au-dessous de 11) avec cœur normal, mais tendance aux lipothymies, aux syncopes, fait partie du syndrome. Ces malades sont sujets à des algies tenaces, à des rachialgies qu'aggrave la cellulite, à des céphalées « stigmates » de la neurasthénie.

Ce rapide schéma du « déprimé constitutionnel » montre qu'il s'agit de malades complexes, qui supportent du fait de leur état un dommage social certain.

On doit viser à stabiliser leurs humeurs, surtout chez les neuro-arthritiques, à acidifier l'organisme pour atténuer l'alcalose et la phosphaturie (l'acide phosphorique paraît être le remède de choix) à lutter contre l'hypocalcémie (gluconate de chaux) et la déminéralisation (sels halogénés de magnésium), à régulariser les insuffisances endocriniennes, à calmer l'émotivité et à stabiliser le système neuro-végétatif.

La thérapeutique de la dépression constitutionnelle s'est adjointe récemment l'emploi d'un produit dont les effets justifient le quali-

(1) MONTASSUT. — La dépression constitutionnelle. (Masson 1938).

ficatif d' « euphorisant » : ce produit est le sulfate de β-phénylisopropylamine, ou sulfate de phénédrine (1), corps synthétique voisin de l'adrénaline et de l'éphédrine.

Il fut d'abord employé en Amérique dans la narcolepsie, à cause de sa ressemblance avec l'éphédrine. Mais les malades signalèrent bientôt qu'indépendamment de l'action d'arrêt sur leurs crises de sommeil, le médicament leur donnait une impression de bien-être et de plus grande énergie.

Le sulfate de β-phénylisopropylamine fut alors essayé dans toute une série d'affections où la note dominante était l'asthénie, la dépression intellectuelle ou physique (myasthénies, Parkinson post-encéphalitique, etc.) et chez des sujets sains. Pour ces derniers, ce furent les médecins et techniciens de laboratoire de l'hôpital de Los Angeles qui se prêtèrent à l'expérimentation, après avoir reçu un questionnaire très complet.

Les deux tiers, 67 %, notèrent une sensation de bien-être, de gaieté, 54 % ressentirent une augmentation d'énergie, d'activité, 42 % une augmentation d'efficience intellectuelle, 30 % une légère insomnie. La durée d'action du médicament fut de 7 à 12 heures.

Des résultats semblables furent obtenus au Maudsley Hospital de Londres sur le Corps médical de cet hôpital.

Chez les malades déprimés, les statistiques sont copieuses, nous citerons les 100 cas de la clinique Mayo, les 250 cas du Maudsley Hospital de Londres, par exemple. Elles sont aussi très encourageantes, puisque pour les cas de dépression simple, qui nous intéressent surtout ici, il y eut près de 80 % de résultats favorables.

Dans le premier travail publié en France sur le sulfate de β-phénylisopropylamine, J. Delmond et R. Vercier (de l'hôpital Henri Rousselle) insistent sur la rapidité d'action du médicament et le maintien de ses effets favorables dans les cas de dépression neurasthénique ; l'action est immédiate, fréquemment euphorisante (et spontanément relatée comme telle par les malades), elle débute une heure après la prise et dure de cinq à huit heures, parfois plus ; ils n'ont observé, au cours des cures de un à deux mois, ni accoutumance, ni dépression consécutive.

Le sulfate de β-phénylisopropylamine est également, d'après Reifenstein et Davidoff, une médication efficace de la dépression alcoolique en général ; par contre les divers auteurs s'accordent pour estimer que dans le groupe hétérogène des psychonévroses, les résultats parfois brillants, sont dans la règle plus inconstants que dans les états dépressifs ; chez les grands anxieux, notamment, les statistiques montrent des échecs ou même des aggravations transitoires dans une proportion notable des cas, si bien que l'on doit déconseiller l'emploi du sulfate de phénédrine chez ces malades.

* * *

Le sulfate de phénédrine étant un sympathicomimétique actif, on conçoit qu'il soit particulièrement efficace chez les déprimés constitutionnels qui sont d'après Montassut des amphotoniques permanents avec déviation habituelle vers une vagotonie discrète.

Le malade accuse spontanément un mieux-être physique et intellectuel qu'il traduit en phrases souvent typiques, telles que celles-ci, relevées des observations américaines et françaises : « énergie augmentée, comme si je ne pouvais tenir en place, aller assez vite »... « Je n'avais pas trace de la fatigue habituelle » ... ou telle que celle de cet étudiant, élève de Sédallian (de Lyon) qui déclara avoir pu apprendre le double de pages d'anatomie.

Pour conclure, comment intégrer le sulfate de phénédrine dans la thérapeutique du déprimé constitutionnel ?

Outre les médications dont nous avons dit plus haut l'intérêt, la phénédrine sera administrée de façon assez suivie. Commencer par une très petite dose pour tâter la susceptibilité du malade n'arriver à la dose thérapeutique (3 à 15 mgr.) que par paliers, ne pas s'y maintenir longtemps, diminuer la dose, puis reprendre ou arrêter le traitement selon le résultat.

Donner le médicament dans le début de la journée, pour éviter l'insomnie. Arrêter ou diminuer la dose en cas d'insomnie, de dilatation pupillaire. Les barbituriques sont d'ailleurs des antagonistes dans ce cas.

M. B.

(1) Laboratoire de Pharmacologie générale, 8, rue Vivienne, Paris.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

LA PROPOSITION DE LOI COUSIN

Nous avons au Parlement un excellent défenseur en la personne de notre confrère Georges Cousin ; connaissant à fond toutes les questions médicales, puisqu'il n'est venu à la politique qu'après une brillante carrière, il a l'autorité nécessaire pour faire partager son opinion à ses collègues et l'unanimité du vote qu'il a réussi à obtenir dernièrement à la Commission de la Santé publique en est la meilleure preuve.

La proposition de loi qu'il a déposée vise deux objectifs bien définis :

1° Réprimer l'exercice illégal de la médecine ;

2° Revaloriser les titres professionnels.

Le rapport présenté à la Chambre par M. Lecacheux expose parfaitement la question et mérite d'être connu de nos lecteurs.

Le charlatanisme dit le rapporteur fait à notre époque de plus en plus de progrès et il faut en trouver l'explication dans l'énorme diffusion et la vulgarisation par la Presse de méthodes qui cherchent tout simplement à exploiter la crédulité de ceux qui souffrent.

Des gens sans aucun rapport avec la médecine, créent par des réclames tapageuses des courants d'opinion, écoulent en commerçants habiles, des produits sans valeur, vont même jusqu'à subventionner des organisations médicales où sous la garantie d'un prête-nom diplômé s'exerce un fructueux métier.

Des charlatans quelquefois diplômés, des escrocs opèrent à ciel ouvert au nom de la philanthropie, ils remplissent leurs officines de tous ces malades que l'insuccès souvent fatal du médecin consciencieux a souvent déçus et il se trouve même que des « malades guéris » le plus souvent des malades par persuasion se fassent les dangereux rabatteurs de ces thaumaturges.

Les médecins diplômés charlatans constituent ces forbans de la médecine contre lesquels doit d'abord s'exercer la loi. « Il faut que tous les médecins qui consacrent leur vie à leurs malades, « qui sont enflammés d'une foi profonde dans « leur art, que l'on trouve toujours là où il y a « des souffrances à calmer, des maux à guérir, « des vies à sauver, soient armés contre des con- « frères, qui par appât du lucre, trompent le « public, s'entendent avec des officines louches « pour l'écoulement de leurs produits, cultivent « la maladie avec un soin jaloux, l'exploitent « par une publicité éhontée et prônent un « remède universel dans lequel ils n'ont eux- « mêmes aucune confiance ».

Les médecins possédant un diplôme étranger. C'est parce qu'il appartient aux législateurs de défendre contre eux-mêmes les crédules et les simples d'esprit qu'il leur appartient de défendre la santé publique contre les gangsters de la médecine et contre les faux médecins, se déplaçant facilement, changeant constamment de domicile, d'état civil, et qui sur le point d'être appréhendés déménagent rapidement sans laisser d'adresse.

Les médecins seulement pourvus du diplôme d'Université ; bien que n'ayant pas le droit d'exercer, et malgré la loi font de courts remplacements, changent souvent de région pour se mettre à l'abri des investigations de la police judiciaire. Ce sont ces médecins qui apportent leur concours à certains spécialistes et forment un appoint illégal du personnel consultant.

Les étudiants en médecine, surtout ceux restés en panne dans leurs examens commencent leur exercice illégal par une pratique restreinte et rassurés par l'impunité finissent par se constituer une réelle clientèle dans leur quartier.

Il y a quatre ans, en revisant les diplômes des docteurs en médecine établis en France on réussit à démasquer quelques-uns de ces illégaux.

Les masseurs forment une catégorie vraiment active d'illégaux, ils font des injections intraveineuses même en dehors du médecin et quelques-uns n'hésitent pas à faire de l'électrothérapie.

Les guérisseurs, sans aucune connaissance, sans aucun diplôme reçoivent chez eux des malades ou vont en consultation. Difficiles à saisir et en gens avisés ils ne réclament pas d'ho-

noraires s'en rapportant à la générosité du client qui les récompense discrètement soit en espèces, soit en nature.

Tels sont dit le rapporteur les individus contre lesquels M. Cousin demande une rigoureuse répression.

La revalorisation des titres professionnels est indispensable pour le client sérieux qui recherche les avis d'un médecin en qui il puisse mettre sa confiance.

Il paraît indispensable que les titres soient explicitement énoncés et qu'on ajoute toujours au titre hospitalier le nom de la ville ou de l'hôpital où le praticien a exercé cette fonction.

PROPOSITION DE LOI

Article premier

L'article 6 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine est ainsi modifié :

« Les internes des hôpitaux ou hospices français, de nationalité française, nommés au concours et munis de seize inscriptions en vue du diplôme d'Etat français et les étudiants en médecine de nationalité française ayant terminé leur scolarité et étant dès lors munis de vingt inscriptions en vue du diplôme d'Etat, peuvent être autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteur en médecine ou d'officiers de santé.

« Cette autorisation délivrée par le préfet du département est limitée à trois mois, elle est renouvelable dans les mêmes conditions.

« Les dispositions du présent article sont applicables aux élèves en chirurgie dentaire dont la scolarité est terminée pour le remplacement des chirurgiens-dentistes ou des dentistes qui bénéficient des dispositions de l'article 32 de la présente loi. ».

Art. 2

L'article 9 de la loi du 30 novembre 1892 est ainsi modifié :

« Les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes sont tenus, dès leur établissement et avant d'accomplir aucun acte de leur profession, de faire eux-mêmes enregistrer sans frais, et contre délivrance d'un récépissé, leur titre à la préfecture ou à la sous-préfecture, au greffe du tribunal civil de leur arrondissement et de le faire viser à la mairie du lieu où ils ont leur domicile ainsi qu'à celles de leurs différentes résidences professionnelles. Ce visa sera accompagné du dépôt de la signature.

« *Tout changement de domicile ou de résidence professionnelle doit être notifié par le titulaire du diplôme lui-même à la mairie du lieu du dernier établissement qui doit délivrer un certificat de radiation pour permettre l'inscription dans le lieu du nouvel établissement.*

« Il est interdit d'exercer sous un pseudonyme les professions ci-dessus, sous les peines édictées à l'article 18. »

Art. 3

L'article 10 de la loi du 30 novembre 1892 est ainsi modifié :

« Il est établi chaque année dans les départements par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire des listes distinctes, portant les noms et prénoms, la résidence, la date et la provenance du diplôme des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes, visés par la présente loi. Ces listes sont affichées chaque année, dans le mois de janvier, dans toutes les communes du département. Des copies certifiées en sont transmises aux ministres de l'Intérieur, de l'Instruction publique et de la Justice.

« La statistique du personnel médical existant en France et aux colonies est dressée, tous les ans, par les soins du ministre de l'Intérieur.

« Les maires sont tenus de signaler, dans le plus bref délai au préfet, les noms et adresses des docteurs en médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes qui viennent s'installer dans leur commune ou qui, par suite de décès, départ ou toute autre cause, y ont cessé l'exercice de leur profession ».

Art. 4

L'article 13 de la loi du 30 novembre 1892 est abrogé

Art. 5

L'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 est ainsi modifié :

« Exerce illégalement la médecine :

« 1° Toute personne qui, non munie du diplôme d'Etat français de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste, de sage-femme ou n'étant pas dans les conditions stipulées aux articles 6, 29 et 32 de la présente loi, *prend part, en dehors des cas d'urgence avérée, au traitement des maladies ou affections chirurgicales, ou se livre à la pratique de l'art dentaire ou à l'obstétrique par actes personnels, par consultations verbales ou écrites, par correspondance, par tracts ou affiches*, ou qui conseille un traitement à la suite d'un contrôle mécanique ou physique, ou d'une analyse biologique ou chimique, est également considéré comme accomplissant un acte d'exercice illégal de la médecine.

« Sont assimilés à un traitement les actes qui, dans un but d'hygiène ou d'esthétique, nécessitent l'utilisation de la petite chirurgie ou de l'électrothérapie. »

(*Paragraphes 2° et 3° sans changement.*)

« Les dispositions du paragraphe 1° du présent article ne peuvent s'appliquer aux étudiants en médecine, ni aux gardes-malades et infirmières, ni aux collaborateurs techniques, à la condition que ces personnes agissent comme aides d'un docteur en médecine, ou que celui-ci les place auprès de ses malades, qu'elles restent sous sa direction, se bornant à exécuter les prescriptions du médecin traitant, sous la surveillance et la responsabilité de ce dernier ».

Art. 6

L'article 18 de la loi du 30 novembre 1892 est ainsi modifié :

« Quiconque exerce illégalement la médecine, l'art dentaire ou celui des accouchements est puni d une amende de 500 à 1.000 francs et d'un emprisonnement de quinze jours à trois mois, ou de l'une des deux peines seulement, avec affichage du jugement à la porte du délinquant pendant une durée qui ne sera pas inférieure à dix jours, et publication du jugement dans au moins trois journaux désignés par le tribunal.

« En cas de récidive, l'amende sera de 1.000 à 3.000 francs et *l'emprisonnement de trois à six mois, avec affichage du jugement à la porte du délinquant, publication du jugement dans au moins cinq journaux désignés par le tribunal, et la confiscation du matériel délictueux au profit des établissements publics hospitaliers du département.*

Art. 7

L'article 19 de la loi du 30 novembre 1892 est ainsi modifié :

« Est considéré comme usurpant le titre de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste de sage-femme ou de pharmacien toute personne qui,

exerçant ou non la médecine, l'art dentaire, celui des accouchements ou la pharmacie, aura pris sans y avoir droit, avec ou sans abréviation, le titre de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste, de sage femme ou de pharmacien, ou toute autre dénomination de nature à créer confusion avec une appellation légale.

« Toute infraction à cette disposition sera punie d'une amende de 1.000 à 3.000 francs, et en cas de récidive, d'une amende de 2.000 à 5.000 francs et d'un emprisonnement de six mois à un an.

« Les autres titres délivrés au concours dont peuvent se servir les médecins, pharmaciens, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les étudiants en médecine doivent être suivis de la mention précise et sans abréviation des établissements et des villes où ils remplissent ou ont rempli la fonction désignée par le titre.

« Toute infraction à cette disposition sera punie d'une amende de 500 à 1.000 francs et en cas de récidive d'une amende de 2.000 à 3.000 francs et d'un emprisonnement de six mois à un an.

« En outre, dans tous les cas prévus au présent article le tribunal ordonnera l'insertion intégrale du jugement dans les journaux qu'il désignera.

« En cas d'exercice illégal de la médecine, de l'art dentaire, de celui des accouchements ou de la pharmacie avec usurpation d'un des titres ci-dessus, les pénalités prévues s'ajouteront à celles édictées par l'article 18 de la présente loi. »

Art. 8

L'article 20 de la loi du 30 novembre 1892 est ainsi modifié :

« Est considéré comme ayant usurpé le titre de docteur en médecine, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, quiconque excipant d'un diplôme étranger et se livrant à l'exercice de la médecine, de l'art dentaire ou des accouchements, aura pris le titre de docteur, de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme avec ou sans abréviations, sans le faire suivre immédiatement et en mêmes caractères de l'indication en français de la Faculté étrangère qui aura conféré le diplôme. Il sera puni d'une amende de 2.000 à 3.000 francs et d'un emprisonnement de six mois à un an, sans préjudice, au cas d'exercice illégal de la médecine, de l'art dentaire ou celui des accouchements, des pénalités prévues à l'article 18 de la présente loi. »

***

Comme on peut s'en rendre compte par le texte même de la loi proposée, nous disposerons si elle est votée d'une arme importante contre les illégaux et ceux qui se parent de titres empruntés, nous devons nous employer auprès de nos représentants au Parlement pour que la loi Cousin passe vite et qu'elle entre aussitôt en application.

Notre collègue et ami aura par sa ténacité et son autorité rendu à la médecine française un signalé service puisqu'il aura permis le sérieux coup de torchon qui s'impose chaque jour davantage.

Dr Raphaël MASSART.

HYGIÈNE URBAINE

Le problème de l'habitation en hauteur ou en surface

Le problème de l'habitation en hauteur ou en surface, posé depuis longtemps est loin d'être résolu. Il y a un grand nombre de facteurs physiologiques, psychologiques, moraux, sociaux, géologiques, et sans doute cosmiques, qui souvent sont incomplètement connus ou tout à fait inconnus, qui, différents pour chaque cas, ne permettent pas d'imposer une règle générale. La question a été traitée dans une communication de deux hygiénistes très avertis, de Marseillle, le Docteur Gaston Daniel et M. Albert Daniel, auteurs de l'important ouvrage : *Arts et Techniques de la santé*, au Congrès international d'urbanisme et d'habitation de Paris en 1937.

Nous croyons utile de faire connaître la conclusion de cette communication à nos lecteurs :

« Il est actuellement impossible, vu l'insuffisance de la technique, de décider de l'opportunité d'une construction en hauteur ou d'une construction basse (celle-ci présentant surtout des avantages psychologiques, moraux et physiologiques : marche, travaux de jardinage).

Il nous semble vain de rechercher une solution universelle, vu les différences de psychologie, de standard économique et hygiénique, notamment, mais principalement en raison de l'existence et de l'action complexe de radiations (cosmiques, telluriques), qui doivent faire affecter à telle zone soit un coefficient de salubrité, soit un coefficient d'insalubrité.

« D'ailleurs, un tel nouveau « Zoning », fondé sur les facultés radiantes, propres du sol, sur les facultés d'absorption, de réflexion ou de réfraction des ondes actuellement connues, ne pourrait avoir de signification absolue, car il existe des « tempéraments » humains, des « constitutions » différentes qui, de même qu'elles s'accommodent de tel climat, sont favorisées, voient leur énergie exaltée par certains « micro-climats ».

« Cependant, de même qu'il existe une médecine, quoi qu'il n'y ait que « des malades et non des maladies », de même doit vivre la science urbanistique s'élevant, par-dessus les particularités individuelles jusqu'aux lois générales, aux lois naturelles éternellement vraies. »

On ne peut donc conclure sagement et prudemment avec Horace : *Adhuc sub judice lis est.*

J. N.

HOSPICES ET HÔPITAUX — RÉORGANISATION DU SERVICE CHIRURGICAL LES DROITS ACQUIS

La situation litigieuse suivante m'est exposée par la lettre nº 1.139. Dans une ville, de quelque trente mille habitants existe un hôpital. Deux chirurgiens ont été nommés sans concours et depuis quinze ans, assurent le service chirurgical à tour de rôle, par roulement.

Or, aujourd'hui, la Commission administrative aurait l'intention de modifier son règlement intérieur et de santé, pour nommer l'un des deux chirurgiens aux fonctions de chirurgien-chef ; l'autre praticien serait son adjoint. Est-il possible d'éliminer ainsi un praticien, sans son consentement et sans qu'un reproche quelconque ait pu lui être fait ? Existe-t-il des décisions du Conseil d'Etat sur ce sujet ?

Dans ma réponse, je dois me montrer assez réservé. En effet, si le praticien, qui doit être évincé, peut protester contre une révocation déguisée et imméritée, la Commission administrative peut, de son côté, exciper de la nécessité d'une réorganisation, en vue du bien du service.

Voyons tout d'abord le point de vue de la révocation déguisée, masquée par une diminution de fonctions et par la rétrogradation d'un des chirurgiens, dans la situation de chirurgien adjoint.

Je puis dire que d'une manière générale, la jurisprudence actuelle du Conseil d'Etat s'affirme de plus en plus, dans la conception suivante ; le médecin d'un hôpital a la qualité de fonctionnaire ; par conséquent un docteur attaché à un hôpital ne peut pas être révoqué sans avoir eu, au préalable, communication de son dossier, par application de l'article 65 de la loi du 22 avril 1905.

Une modification d'un Règlement intérieur et de santé d'un hôpital, qui porterait atteinte à la situation et aux fonctions d'un médecin, ou chirurgien, peut-elle être considérée comme une révocation déguisée ?

Dans le sens de l'affirmative, citons les arrêts suivants :

14 *mai* 1932 : « Lorsque, par suite de la réor« ganisation du service, comportant la réunion « du service des hommes et du service des femmes, « entre les mains d'un seul médecin, le praticien, « qui appartenait au service médical de l'éta« blissement, se trouve ainsi éliminé, peut, « à bon droit soutenir que cettemesure cons« titue, à son égard, une révocation déguisée ».

22 *juillet* 1933 : « Le fait de retirer à un méde« cin d'hôpital son service de maternité, alors « que jusqu'à présent, il était chargé à la fois « du service de chirurgie et de maternité, cons« titue une révocation déguisée.

29 *octobre* 1935 : « Lorsqu'une Commission « administrative d'un hôpital prend une mesure, « qui a pour effet de diminuer la situation d'un « des médecins attachés à cet établissement, elle « commet un excès de pouvoir, si à cette occa« sion, elle refuse la communication du dossier ».

7 *novembre* 1934 : « La suppression du service « de roulement, qui a pour effet l'élimination « d'un médecin du service hospitalier, peut être « considérée comme révocation déguisée ».

4 *juillet* 1934 : « Constitue un déplacement « d'office le fait d'enlever à un praticien d'hô« pital le service chirurgical, qu'il dirigeait seul, « pour lui confier un service de médecine, qu'il « devrait partager par roulement avec d'autres « confrères ».

Le médecin d'hôpital, qui n'a pas été nommé régulièrement par une délibération de la Commission administrative, mais qui assure cependant son service hospitalier depuis un certain nombre d'années, peut-il prétendre aux mêmes garanties que les médecins d'hôpitaux régulièrement nommés ?

Oui, répond le Conseil d'Etat, par arrêts des 23 mars 1927 et 7 novembre 1934.

Il ne faudrait pas cependant conclure des arrêts précités que la Commission administrative d'un hôpital se trouve liée par les situations acquises et qu'elle ne saurait apporter aucune modification à son service intérieur et de santé, surtout lorsque ces modifications sont prises dans un but très net d'améliorer le service et de faciliter les soins à donner aux malades hospitalisés.

Je rappelle pour mémoire la jurisprudence ancienne du Conseil d'Etat, qui, par arrêts des 8 mai 1911, 17 mars 1911 et 26 mars 1915, ne considère pas comme une révocation déguisée le fait, pour un médecin d'hôpital, de voir sa situation et ses fonctions diminuées par une réorganisation du service intérieur et de santé.

Je préfère me rapporter à la tendance actuelle du Conseil d'Etat, qui, en maintes circonstances et pour des situations juridiques diverses, considère les médecins d'hôpitaux comme de véritables fonctionnaires d'établissement public. Les décisions ci-dessus rapportées n'interdisent

nullement à une Commission administrative la possibilité d'apporter, par ses délibérations, des modifications au règlement intérieur et de santé. Mais elles insistent sur ce fait que la diminution des fonctions d'un médecin, consécutives à la réorganisation des services médicaux ou chirurgicaux, peut être considérée comme une révocation déguisée. En conséquence l'intéressé a droit à la communication préalable de son dossier selon les dispositions de l'article 65 de la loi du 22 avril 1905. Si cette dernière formalité est respectée et que le médecin ayant cause ait été mis à même de présenter ses observations, la délibération de la Commission administrative prendra force exécutoire, lorsqu'elle aura été dûment approuvée par l'autorité préfectorale.

Comme conclusion, je crois pouvoir dire que la Commission administrative d'un hôpital peut, en toute autonomie, délibérer sur la réorganisation des services médicaux de l'établissement, à la condition de pouvoir justifier auprès du Préfet et des médecins de l'établissement, qui pourraient se croire lésés, que seul l'intérêt des malades et celui de l'amélioration du service ont été pris en considération. Il ne faut pas que le praticien, qui se prétend lésé dans sa situation acquise à l'hôpital, puisse apporter la preuve que cette mesure a été prise pour des motifs et des considérations étrangères au service (Conseil d'Etat, 29 juin 1923).

C'est ainsi que, dans le cas qui m'a été soumis il faut rechercher si les besoins du service nécessitent la nomination d'un seul chirurgien, qui sera chef de service, alors que l'autre confrère ne sera que suppléant. Il convient également de faire déterminer si les titres scientifiques et professionnels de celui qui sera chef de service sont nettement supérieurs à ceux de son confrère, placé dans une situation subalterne.

Certes, la Commission administrative peut invoquer les termes de l'article 11 de la Circulaire ministérielle du 31 mars 1926, portant règlement modèle des hospices et hôpitaux. On peut faire état des commentaires donnés par le ministre (page 15 de ladite Circulaire) pour condamner le service par roulement. Mais il ne faudrait pas que, sous prétexte de se conformer à la Circulaire ministérielle, la Commission administrative puisse être accusée de passe-droit et de favoritisme à l'égard d'un praticien et à l'encontre d'un autre.

Bien entendu, je ne traite, dans cet article que des directives générales. Au Sou médical d'apprécier les questions de fait, les situations particulières , créées par les termes de la délibération ancienne et de celle prise récemment, nommant jadis deux chirurgiens, sur un pied d'égalité et rompant aujourd'hui cette égalité. Il convient d'en apprécier les raisons plausibles, pour pouvoir agir auprès du Préfet, qui doit approuver, ou ne pas approuver cette modification au règlement de santé, puis, s'il y a lieu, de porter le conflit devant les Tribunaux administratifs.

Dr Paul Boudin.

EXERCICE ILLÉGAL — EXAMENS ET DIAGNOSTICS FAITS PAR UN RADIESTHÉSISTE

Par sa lettre n° 2.410, un confrère nous demande si une personne, qui n'est pas médecin, mais est douée d'un pouvoir et d'une sensibilité indubitables pour ce genre de recherches, peut se faire payer par les intéressés, pour les examens qu'elle pratique directement sur le malade ou indirectement sur un liquide provenant du malade (sang, pus, urine, liquide céphalo-rachidien). Bien entendu, ce radiesthésiste n'intervient pas dans le traitement : il se borne, comme le ferait un laboratoire, d'indiquer la valeur de résistance du sujet, son imprégnation par rapport à la syphilis, la tuberculose, le cancer, etc.

Théoriquement, le diagnostic complet et le traitement resteraient de la compétence du médecin traitant.

Pareils procédés sont-ils légaux ? ou constituent -ils le délit d'exercice illégal de la médecine ?

Si nous interprétons *stricto sensu* les termes de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892, nous devons décider qu'en théorie, le diagnostic seul ne constitue pas le délit d'exercice illégal de la médecine. Seul est reprochable le fait de prendre part habituellement, ou par une direction suivie au traitement des maladies.

Mais cette distinction théorique entre le diagnostic et le traitement peut être atténuée par des considérations de fait. Disons tout d'abord que la loi du 16 mars 1934 décide que toute personne exerce illégalement la médecine, lorsque, non munie d'un diplôme de docteur en médecine, ou de chirurgien-dentiste, en ce qui concerne l'odontologie, elle utilisera les rayons Rœntgen dans un but de diagnostic, ou de traitement. Ainsi la loi nouvelle considère-t-elle que le diagnostic peut être reproché à quelqu'un qui n'est pas qualifié pour en faire.

Nous voyons la même tendance dans deux arrêts de la cour de Cassation, Chambre criminelle. Le premier de ces arrêts, du 4 décembre 1925, décide que commet un acte d'exercice illé-

gal de la médecine l'opticien qui recourt à la méthode de la skiascopie pour délivrer à un client atteint de défectuosité congénitale de la vue, des verres appropriés à son état.

Pourrait-on soutenir que la Cour suprême avait surtout voulu punir la délivrance de verres (traitement) à la suite du diagnostic par la skiascopie ? C'est ce qu'a soutenu un opticien, qui examinait ses malades par la skiascopie, leur donnait son diagnostic, puis attendait que les dits clients lui commandassent spontanément les verres appropriés à leur état.

Par arrêt du premier juillet 1937, la Cour de cassation est allée plus loin qu'en 1925 et a décidé que commet un acte d'exercice illégal de la médecine l'opticien qui recourt à la méthode de la skiascopie pour procéder à l'examen des yeux de ses clients ; il importe peu qu'il ait ensuite laissé à ceux-ci le choix des verres à acheter, si ce choix leur a été inspiré par les résultats de l'examen auquel ils avaient été soumis.

Déjà un arrêt de la Cour d'appel de Dijon, Chambre correctionnelle, du 2 juillet 1935, avait condamné un opticien pour exercice illégal de la médecine, pour avoir employé l'examen préalable de ses clients à l'aide d'un miroir et d'une lentille, dans la chambre noire. La Cour d'appel spécifie, dans son arrêt, que le rôle de l'opticien doit se borner à la méthode subjective et non pas recourir à un examen objectif. Les méthodes d'examen de l'œil par des procédés objectifs, doivent, dit la Cour, être réservées aux médecins, seuls qualifiés pour apprécier intégralement et corriger d'une manière parfaite des anomalies des yeux. L'arrêt ajoute que cet examen, de la part d'un opticien, bien intentionné, mais dépourvu des connaissances spéciales que seules les études médicales permettent d'acquérir, risque d'être incomplet et, par suite d'induire en erreur le client en lui laissant croire que le simple usage des verres, qui lui sont remis, suffira pour améliorer son œil, alors qu'une exploration approfondie de la part d'un médecin, aurait peut-être révélé la nécessité de recourir à un traitement approprié.

En matière de radiesthésie, on peut nous opposer un arrêt de la Cour d'appel d'Alger, 7e Chambre, du 10 mars 1938, qui relaxe un illégal, qui diagnostiquait les maladies à l'aide de son pendule, puis se contentait d'indiquer le port de sous-vêtements de couleur. Il est probable que cet arrêt a dû être déféré à la censure de la Cour de cassation, par les soins du Syndicat médical.

Quoi qu'il en soit, dans le cas qui m'est soumis, je puis dire que le radiesthésiste qui se contente de poser des diagnostics par l'utilisation de son pendule et renvoie les clients, avec un diagnostic, sans traitement, celui-ci devant être indiqué par un médecin, peut cependant être considéré comme prenant part au traitement des maladies. Si son pendule lui permet d'affirmer l'intégrité des organes, et par suite, l'absence de toute lésion pathologique, le client négligera de se faire examiner par un docteur en médecine et ne se traitera pas. Si le radiesthésiste découvre une maladie, le client sera peut-être conduit à se traiter lui-même, grâce à la publicité des journaux, ou à celle de la radiophonie, sans recourir à l'examen et au traitement d'un médecin.

Ainsi, d'une manière indirecte, voire même directe, le radiesthésiste peut-il être accusé de prendre part au traitement des maladies, par le seul fait qu'il prononce des diagnostics.

Quand à renvoyer les clients chez tel docteur, pour vérifier le résultat puis parfaire l'examen et rédiger une ordonnance, on peut bien des fois, admettre qu'il y a collusion, compérage entre le radiesthésiste et le praticien, l'un rabattant les malades chez l'autre.

Quelle que puisse être la confiance qu'un docteur en médecine soit en droit d'avoir dans la science radiesthésiste, je ne saurais trop conseiller la plus grande prudence, pour que mon confrère ne soit pas entraîné dans des poursuites correctionnelles. L'examen du laboratoire repose sur des données scientifiques universellement reconnues ; des méthodes précises, des appareils sont utilisés pour les recherches à effectuer. Il n'en est pas de même de la radiesthésie, qui ne constitue qu'une méthode très subjective, par suite passible de nombreuses erreurs.

Sans nier la valeur de cette science nouvelle, il faut cependant admettre qu'elle ne saurait entrer dans la pratique médicale sans objection. Que le non-diplômé soit utilisé par le docteur en médecine, à l'instar d'un instrument accessoire de diagnostic, la chose peut être admise, à la condition d'exclure tout compérage et toute mise en scène, susceptible d'en imposer sur l'esprit des clients. Mais le docteur en médecine ne doit pas se laisser subjuguer par son assistant non-diplômé et ne doit pas être accusé de suivre aveuglément les résultats de l'examen par le pendule : ce serait prêter le flanc à l'accusation portée contre le médecin, de couvrir de son diplôme des pratiques délictuelles d'exercice illégal de l'art de guérir.

Ds Paul BOUDIN.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations judiciaires

La responsabilité des Syndicats et des membres des Conseils de famille à l'égard de leurs justiciables

Nous avons été amenés récemment à aborder cette question dans le domaine particulier des Assurances sociales, et à conclure que la loi, en confiant aux juridictions syndicales le contrôle technique de tous les médecins même non syndiqués, avait fait de ce contrôle non pas seulement un droit, mais bien plus encore une fonction entraînant des devoirs et des responsabilités.

C'est sur un plan beaucoup plus général que se place l'affaire dont nous voulons parler aujourd'hui. Il s'agit d'un Conseil de famille statuant en droit commun, et chargé de sanctionner les règles déontologiques de la profession. Nous abordons donc le problème à l'état « pur », mais sa solution s'avère également plus délicate, en l'absence de toute réglementation. Il ne nous est possible en effet de faire appel qu'aux principes généraux du droit ; encore ne s'agit-il plus ici du droit privé, mais du droit syndical, source bien incertaine parce qu'en pleine gestation.

Voici les faits : un médecin syndiqué, accusé par quatre de ses confrères membres du même Syndicat ou de Syndicat voisin, de collusion antidéontologique avec l'agent d'une Compagnie d'assurances, fut traduit devant le Conseil de famille de la Fédération départementale, qui, retenant l'un des faits qui lui étaient soumis, décida de lui adresser un avertissement. Ne voulant pas s'incliner devant cette décision l'intéressé, ayant laissé s'écouler le délai d'appel devant le Conseil de famille régional, saisit de l'affaire les Tribunaux de droit commun, en assignant en dommages et intérêts les membres du Conseil de famille, pris individuellement comme ayant statué en violation des règles statutaires (règles relatives à la composition du Conseil et à la nomination de Juges non membres du Syndicat du prévenu ou de l'accusé, incompétence du Conseil de famille fédéral pour des litiges entre membres d'un même Syndicat), et le médecin rapporteur, comme ayant porté contre lui, imprudemment et à la légère, de graves accusations non fondées.

Le Tribunal civil d'Angers, par un jugement en date du 28 mars 1938, rejetait cette demande pour des motifs de pur fait : il estimait tout d'abord que la connexité étroite des plaintes permettait au Conseil fédéral de se considérer comme compétent du moment que l'une d'elles émanait d'un médecin membre d'un Syndicat différent de celui du prévenu. Quant à la composition du Conseil elle était conforme à une disposition des statuts autre que celle invoquée par le plaignant, cette dernière ne pouvant être appliquée en l'espèce sous peine de rendre impossible le fonctionnement de ce Conseil. Enfin le médecin rapporteur n'avait commis aucune imprudence ou légèreté, et s'était conformé aux règles de procédure statutaires. Quant aux conclusions de son rapport, elles ne relevaient que de sa conscience personnelle, à moins que l'on puisse établir sa mauvaise foi, ce qui n'était même pas allégué en l'espèce. En résumé : espèce favorable, mais admission de principe de la responsabilité des membres et du rapporteur pour méconnaissance des règles statutaires ou mauvaise foi.

La Cour d'Angers, saisie en appel par le demandeur, tout en statuant dans le même sens que le Tribunal, et en déboutant le poursuivant, s'est placée, dans son arrêt du 31 janvier 1939, à un tout autre point de vue, que nous croyons beaucoup plus solidement fondé.

En ce qui concerne tout d'abord les membres du Conseil de famille, elle a fait remarquer fort justement qu'ils ne se sont pas constitués en Conseil de leur propre initiative. Ils ont au contraire été convoqués par le Président et *n'ont agi que comme organe de la Fédération des Syndicats, prévu par les statuts. La sentence disciplinaire qu'ils ont rendue est un acte de la Fédération et l'action en nullité contre cette sentence ne peut être dirigée que contre celle-ci.* Certes les médecins membres du Conseil peuvent faire l'objet d'une demande en dommages-intérêts, mais c'est à la condition qu'il soit démontré *qu'ils ont commis une faute personnelle.* Or la nature de la mission qui leur est confiée *ne permet pas de considérer comme une faute personnelle toute erreur de droit ou de fait qu'ils ont pu commettre.* Lorsqu'elles n'excèdent pas l'exercice normal de leur mission *ces fautes ne sauraient engager que la responsabilité du Syndicat avec lequel le Conseil fait corps.* Il faut pour que *la responsabilité personnelle des membres soit engagée, un acte dommageable se détachant de l'exercice normal de leur mission statutaire, soit par sa gravité, soit par l'intention ou le but dans lequel il a été commis.*

Quant au médecin rapporteur devant le Conseil de famille, il avait pour mission d'après

les statuts d'apprécier les faits de la cause et d'émettre un avis sur la recevabilité ou le rejet des plaintes formulées. *Ses conclusions n'auraient pu le constituer en faute que s'il avait agi dolosivement,* c'est-à-dire dans l'intention de nuire.

Ce qu'il y a de particulièrement intéressant dans cet arrêt, pour les Syndicats et les membres des Conseils de famille, est que la Cour leur applique somme toute les principes de la responsabilité des administrations et des fonctionnaires publics. Le Syndicat, personne morale, comme l'Administration, est responsable à l'égard des tiers lésés des fautes commises dans le fonctionnement de ses services et notamment l'exercice de son pouvoir de discipline professionnelle. Quant aux « fonctionnaires syndicaux » ils ne peuvent être recherchés personnellement pour les erreurs qu'ils ont pu commettre dansl'accomplissement deleurs fonctions. Il n'en va autrement que s'ils se sont rendus coupables, non pas d'une faute de service, mais d'une *faute de l'homme* se détachant de la fonction, c'est-à-dire une erreur lourde, ou un détournement de pouvoir fait de mauvaise foi, avec intention de nuire, par exemple dans un but de vengeance personnelle.

Il est curieux de constater combien nous sommes loin des solutions du droit civil. Ceci montre que les Syndicats sont de moins en moins des personnes de droit privé et que leur fonction disciplinaire ne saurait être considérée seulement, ainsi que l'a fait la Cour de Bordeaux, comme un droit de nature contractuel fondé sur le pacte syndical. Il s'agit là d'un véritable pouvoir juridictionnel, préexistant aux statuts et à l'accord des syndiqués, et qui s'étend sur l'ensemble de la profession.

Jean MIGNON.

La Presse et les Sociétés

Les « prestations médicales » dans les Assurances sociales aux Pays-Bas

La loi néerlandaise d'assurance-maladie n'attribue que des prestations en espèces, laissant à l'initiative privée le soin de pourvoir au traitement médical. L'assurance libre en vue des prestations médicales a atteint un haut degré de développement aux Pays-Bas. Plus du tiers de la population est assuré auprès des Caisses fournissant des prestations médicales, de sorte que l'effectif total des assurés atteignait, au 1er janvier 1938, 3.747.100 membres. La Caisse de l'Association des médecins des Pays-Bas assure environ 34 pour cent de cet effectif, tandis que 27 pour cent sont membres des Sociétés de secours mutuels. D'autres Caisses sont gérées par des organisations, de médecins ou de pharmaciens, ou encore groupent exclusivement des travailleurs employés dans une entreprise ou dans une industrie.

Les divers projets de loi déposés au cours des vingt dernières années afin de soumettre l'assurance libre « prestations médicales » à la surveillance de l'Etat et à une réglementation légale n'ont, malgré les longs débats auxquels ils ont donné lieu, pu aboutir jusqu'ici, en raison notamment de l'impossibilité d'arriver à un accord entre les Sociétés de secours mutuels et l'Association des médecins sur l'organisation du service médical, la participation des praticiens à la gestion des Caisses et la limite de revenus des personnes admises en assurance. Dans sa réponse au rapport provisoire de la seconde Chambre sur le budget de 1939, le Gouvernement s'est prononcé à nouveau en faveur d'une réglementation de l'assurance libre « prestations médicales », qui serait à la fois plus simple et plus générale que les réglementations proposées antérieurement. (*Informations Sociales*, 17 avril 1939.)

La réglementation de la profession médicale en Pologne

La Chambre médicale centrale a remis au Ministère de l'Assistance sociale un mémoire concernant la loi du 30 juillet 1938, d'après laquelle le droit d'exercer la médecine est conditionné par un stage obligatoire dans une commune rurale ou dans une ville de moins de 5.000 habitants.

Dans ce mémoire, la Chambre médicale centrale demande la création pour les candidats à la médecine de bourses, qu'ils seraient ensuite obligés de rembourser sous forme d'un service à la campagne. Elle demande, d'autre part, l'allocation par le Gouvernement de secours spéciaux, qui permettraient de faciliter aux candidats leur installation à la campagne. La Chambre médicale centrale considère, d'autre part, que les médecins, qui se fixent à la campagne, devraient être exemptés des impôts tant publics que communaux.

Un mémoire a été remis également aux autorités municipales par l'Association des jeunes médecins stagiaires, qui demandent que les conditions de leurs stages soient réglementées sur de nouvelles bases. Ils demandent notamment une augmentation des postes rétribués de médecins stagiaires, un relèvement de la rétribution, le droit aux secours médicaux en cas de maladie, la réglementation des heures de travail. (*Informations Sociales*, 10 avril 1939.)

Hygiène et puériculture

■ ● ■

LE SECOURS BLANC PAR L'ORGANISATION DES CENTRES DE DONNEUSES DE LAIT

Sous ce même titre, nous avons précédemment (1) exposé l'importance, la nécessité et les moyens de distribuer du lait de femme à certains nourrissons, qui en sont privés, et qui souvent ne peuvent être sauvés qu'à ce prix. Cette question primordiale vient d'être reprise et traitée magistralement, d'une manière très complète, par Mme Suzanne BAROT-HERDING dans sa thèse inaugurale (2). Nous en reproduirons les éléments principaux.

***

Tout d'abord, il est un fait malheureux, c'est que, de moins en moins, les mères françaises nourrissent leurs nouveau-nés, et cela pour différentes raisons.

On doit à la vérité de reconnaître que beaucoup d'entr'elles désireraient nourrir. Mais, le plus souvent, l'entourage ne soutient pas cet élan de la nature. L'infirmière ou la garde, sans décourager ouvertement la jeune mère, lui montre les avantages pratiques d'un biberon bien dosé, si vite donné, qui évite les pesées avant et après chaque tétée ; dès lors, l'enfant, qui prend des suppléments de tétées au biberon, ne vide plus e sein ; par suite, la lactation s'établit mal ; la mère considère qu'elle n'a plus assez de lait, et se décourage de continuer à nourrir.

D'autre part, durant la guerre, beaucoup de mères actuelles ont souffert dans leur développement infantile ; certaines, appartenant aux générations d'après-guerre, par suite des modifications incontestables de la valeur des aliments de base (pain, farineux, dérivés du lait, œufs) sont très fatiguées par la grossesse elle-même ; l'état de déminéralisation profonde, dans lequel elles se trouvent au terme de celle-ci, ne leur permet pas d'envisager ou de tenter un allaitement. Cependant un examen prénatal répété aurait permis de déceler à temps ces défaillances organiques et d'y remédier : très rares, en effet, sont les femmes enceintes qui ne deviendraient pas aptes à l'allaitement si, dès le troisième mois de leur gestation, elles avaient été soumises à des traitements ou à des régimes reminéralisants et excitants des fonctions endocriniennes.

Il faut donc que ces femmes aient la volonté de nourrir, et que, d'autre part, leur vie sociale ne les en empêche pas. Depuis la guerre, à la ville comme à la campagne, beaucoup d'entr'elles travaillent en dehors de chez elles ; l'éloignement du foyer entraîne l'abandon de l'allaitement maternel. Les aspirations des jeunes mères ont aussi changé ; elles veulent davantage de liberté, de bien-être, de distraction ; elles rejettent les contraintes, les obligations, les devoirs, malgré tous les avantages que peuvent leur offrir les lois sociales, votées depuis vingt ans.

Enfin, les nourrices mercenaires ont disparu ; les femmes n'acceptent plus ce métier, et les bureaux spéciaux de placement n'existent plus. Il serait d'ailleurs souhaitable que la nourrice pût garder avec elle son enfant dans le milieu où elle entrerait ; de pareilles charges sont actuellement difficilement supportées par les familles, en raison de leur situation économique.

***

Avoir du lait de femme constitue cependant une nécessité, pour les débiles, pour les opérés, pour tous les nourrissons malades, qu'ils soient des dyspeptiques, des infectés, des entéritiques.

Le lait de femme devrait, dans ces conditions, être considéré comme un vrai médicament. « Certains enfants, malgré toutes les préparations actuelles de lait de vache ou de lait d'origine animale, ne peuvent absolument supporter l'allaitement artificiel. Que deviendraient-ils donc sans lait de femme ? »

On compte que, parmi les décès de 0 à 1 an, le tiers est dû à une mauvaise alimentation. Les exemples suivants sont convaincants : dans le Tarn-et-Garonne, la mortalité des enfants au sein est de 92 p. 1.000, alors que pour ceux nourris au biberon elle atteint 367 p. 1.000 ; à Rouen, 42 p. 1.000 contre 160 pour 1.000.

En France, dès 1935-1936, l'idée de créer pour la protection de l'enfance des « *Centres de donneuses de lait* » était lancée.

(1) *Concours Médical*, 31 octobre 1937.

(2) Les Centres collecteurs de lait de femme. Le Centre de Donneuses de lait de la Maternité Baudelocque, Paris, 1939.

A la maternité de Baudelocque, on ouvrait le 20 novembre 1936 le premier centre de vente de lait de femme, et, fort de cette expérience, le ministre de la Santé, par une Circulaire du 8 mars 1937, précisait les données pour organiser ces Centres : choix des nourrices ; mesures à prendre pour éviter la transmission des maladies infectieuses par le lait ; précautions pour la récolte, l'embouteillage, la conservation, le transport à distance du lait ; détermination des catégories d'enfants susceptibles de bénéficier du lait. (Nous avons reproduit les données essentielles de cette circulaire dans notre précédente étude).

Il était précisé que la généralisation des Centres en France *sauverait annuellement* 17.000 vies humaines. Aucun argument plus convaincant ne saurait être donné, à l'heure où le péril de la dénatalité angoisse tous les esprits soucieux de la sauvegarde de notre pays.

A Paris, tous les services hospitaliers comportent maintenant des services annexes des services de maternité, où les nourrices sont entretenues et donnent l'excédent de leur lait pour les enfants, qui en ont besoin. Citons notamment : l'hospice des Enfants-Assistés ; la pouponnière d'Antony ; l'hospice des Enfants-Malades.

En province, Pau, Marseille, Orléans, La Roche-sur-Yon ont suivi le mouvement. Des centres hospitaliers ou privés (Tourcoing, Rouen) vendent à l'occasion du lait au public.

A l'étranger la vente du lait de femme au public est également organisée, notamment dans les centres suivants :

En Amérique : Boston, New-York, Buenos-Aires, Détroit, Montevideo, Los Angelès, Toronto ;

En Allemagne : Magdebourg, Erfurt, Berlin, Pforzheim ;

En Russie : Moscou.

***

A titre documentaire pratique, voici quelques données sur le fonctionnement du « *Centre maternel et infantile de Tourcoing* », qui est l'œuvre de Mme Lorthiois.

Les donneuses sont en majorité des filles-mères : elles sont examinées médicalement avant d'être agréées (réactions sérologiques, radiographies). On choisit, autant qu'on le peut, des femmes entre 25 et 35 ans, non réglées, pas trop près de leur accouchement.

Les donneuses sont hospitalisées au centre ; elles y vivent en prenant part au travail ménager, qui assure le service intérieur du centre. Elles y sont nourries d'une nourriture saine et abondante. Elles reçoivent un salaire fixe de 100 francs par mois, et sont payées 10 francs par litre de lait fourni. Elles arrivent donc à retirer de leur lait un bénéfice mensuel de 400 à 500 francs, ce qui permet à certaines de remporter un pécule de 4.000 à 5.000 francs après un séjour de 8 mois. C'est pour elles une aide et un bienfait considérables.

Les nourrissons sont acceptés par le centre de Tourcoing, quels que soient leur âge et leur état de santé, sans aucun délai. Ce fait est absolument particulier au centre de Tourcoing, et le distingue des pouponnières ordinaires. Tous les nourrissons sont admis : débiles, fébricitants, malades. La seule restriction à l'admission porte sur la mère : il faut être assuré qu'elle ne peut absolument pas garder son enfant.

Les enfants sont parfois envoyés par le service des enfants assistés du département du Nord, ou confiés au centre par la famille. Parfois des enfants y séjournent momentanément.

Le fait que tous les enfants soient admis, âgés de moins de 3 mois, indique de quel secours indispensable pour eux est l'annexe du centre de donneuses de lait.

Le lait des donneuses est prélevé, après que leur nourrisson a eu sa part. Certaines donneuses fournissent jusqu'à 1 litre 400 par jour, en moyenne 400 à 700 grammes. Le lait est trait à l'aide de la trayeuse électrique de Abt. La biberonnerie, où se fait cette traite, est divisée en deux salles : l'une septique, où se place la nourrice devant un guichet qui fait communiquer cette salle septique, et l'autre, aseptique, où le lait est recueilli. Dans cette salle, une infirmière surveille la fin de la traite pour s'emparer des cupules de verre hermétiques, qui contiennent le lait. Tous les laits sont mélangés dans des récipients stériles et répartis en biberons, qui sont numérotés et conservés à la glacière.

Les biberons ne sont retirés de la glacière que pour l'emploi, qui est toujours réalisé moins de 12 heures après la récolte.

Le lait est réservé aux nourrissons du centre ; cependant, pour des cas où le lait de femme est d'une absolue nécessité, dans la clientèle privée, il est vendu 50 francs le litre.

Le fonctionnement du centre est assuré par un médecin hygiéniste, une sage-femme, six infirmières et leur directrice.

La durée du séjour des nourrissons à la pouponnière varie avec chaque enfant ; elle est subordonnée au temps, que met l'enfant à s'adapter à une alimentation autre que le lait de femme (babeurre, lait sec ou concentré, lait de vache naturel). Les résultats sont excellents.

***

Voici, d'autre part, une documentation intéressante sur le centre de *donneuses de lait de la Maternité de Baudelocque.*

La conception générale de ce centre présente une originalité, qui le distingue de tous les centres étrangers : les donneuses de lait résident au centre même comme dans un véritable internat ; au point de vue technique, les manipulations du lait sont réduites au minimum.

Recrutement des nourrices.

La candidate à son arrivée est auscultée, radioscopée, pesée, et ces examens sont renouvelés tous les quinze jours.

Sont éliminées d'emblée : les femmes trop jeunes (moins de 19 ans) ; celles qui présentent un mauvais état général ; bien entendu toutes celles, dont la fiche de liaison avec les hôpitaux où elles ont accouché indique des réactions sérologiques positives ; de même, celles dont les antécédents présentent une polyléthalité infantile.

Un examen sérologique est pratiqué à la fin du deuxième mois de surveillance.

Pendant ces deux mois d'épreuve, les femmes sont surveillées, non seulement au point de vue de leur santé personnelle, mais encore de leur enfant ; on apprécie encore la valeur de leur sécrétion lactée.

Il est évident qu'après une surveillance médicale aussi minutieuse, les donneuses offrent les meilleures garanties.

Au point de vue social, ces femmes doivent être Françaises ou posséder une carte de travailleuse. Elles doivent fournir un extrait de casier judiciaire et, aux termes de l'article 1 de la Circulaire de l'Administration de l'Assistance publique du 13 mars 1937, « elles doivent remplir les conditions réglementaires exigées des agents hospitaliers temporaires, auxquels elles sont assimilées, et pour tout ce qui ne fait pas l'objet de dispositions spéciales ».

Locaux.

Les nourrices sont logées, chacune avec son enfant, dans des chambres séparées. Elles n'occupent ces chambres que la nuit ; dès le matin, elles gagnent le centre.

Celui-ci comprend une salle de vente du lait, qui communique par un guichet avec la salle de repos des nourrices, elle-même divisée en une salle de repos pour les nourrices et leurs enfants, couchés dans des berceaux, et une salle de traite.

Le matériel comprend :

1° *Tire-lait électrique de Abt*, trop connu pour que nous en donnions une nouvelle description ;

2° *Les flacons où est recueilli le lait*, qui sont, eux, une des particularités importantes du centre.

Ces flacons d'une contenance de 80 grammes sont gradués de 10 en 10 grammes.

Leur goulot est étroit, mesurant extérieurement 2 centimètres de diamètre, ce qui permet de leur adapter une tétine, les transformant ainsi directement en biberons.

Ces flaçons sont fermés par un bouchon de caoutchouc de 2 centimètres de haut, traversé dans toute sa hauteur par deux canaux circulaires de 5 millimètres de diamètre. Pour remplir les flacons, on adapte par ces deux trous le tube coudé d'aspiration et le tube ventouse annexé au tire-lait électrique. Une fois le flacon plein, on retire ces deux tubes, qui sont remplacés par deux tubes de verre plein stériles, qui ferment ainsi hermétiquement le flacon. C'est ainsi préparés que les biberons sont vendus au public, chaque flacon étant consigné 7 francs à la première vente.

Pour donner le lait aux enfants, il suffit d'enlever le bouchon et de mettre une tétine.

Ce dispositif, très spécial et très étudié, présente l'avantage considérable que le lait donné à l'enfant n'a subi aucun transvasement. Il a été recueilli dans le biberon même que prend l'enfant

La stérilisation des biberons, des bouchons, des tubes de verre, se fait à la Maternité. Les biberons sont placés avec leurs accessoires dans une boîte métallique facilement stérilisable.

Fonctionnement du centre :

Les nourrices sont soumises à un régime basé sur l'internat. Elles ne doivent pas quitter le centre durant toute la période de leur lactation. Si elles sont absolument obligées de sortir, elles sont accompagnées par une infirmière. C'est un régime très strict, mais qui offre toutes les garanties dont on a besoin.

L'alimentation des nourrices est plus large que l'alimentation normale des accouchées ; elle comporte, en plus, au repas de midi un plat de viande, un deuxième dessert et un demi-litre de bière.

Les nourrices ne sont astreintes à aucun travail en dehors de l'entretien de leur chambre et du centre. Elles séjournent au centre depuis l'heure de la première tétée (7 heures), jusqu'à l'heure de la dernière (19 heures) ; à ce moment elles remontent dans leur chambre.

Les tétées. — Les traites :

Théoriquement, les nourrices doivent donner à téter à leur enfant, puis donner le reste de leur lait. Pratiquement, elles prélèvent d'abord le lait pour la vente et leur enfant tète ensuite. Elles donnent leur lait pour le centre quatre fois par jour : à 7 heures, 10 heures, 13 heures, 18 heures. Chaque quantité de lait, fournie par chaque nourrice, est consignée sur un cahier quotidien.

Les enfants des nourrices sont surveillés. Leur alimentation est réglée selon leur âge, qui va de 2 à 10 mois. Avant 6 mois, si leur alimentation nécessite un complément, on leur donne du lait sec ou condensé, ensuite des bouillies.

La traite est surveillée par l'infirmière, dans la salle de traite. Les seins sont préalablement

nettoyés à l'alcool. L'infirmière prépare le biberon stérile adapté aux tubes, et la nourrice adapte la ventouse au premier sein. Les deux seins sont tirés à chaque traite. A la fin de la séance, les biberons sont portés par l'infirmière dans la glacière, ayant été munis par elle des tubes de verre plein.

Un minimum de 500 grammes de lait est exigé par donneuse.

Vente du lait :

La vente se fait de 10 heures à 11 heures et de 16 heures à 17 heures. Cependant, le lait peut être délivré en dehors de ces heures officielles. Le lait est toujours délivré sur présentation d'une ordonnance de médecin, spécifiant la quantité à fournir et renouvelée tous les quinze jours.

Le lait est vendu 10 francs les 100 grammes. Ce prix peut être réduit pour les indigents. Les Assurances sociales remboursent 80 % du prix du lait de femme actuellement.

Les nourrices ne sont pas payées pour leur lait.

Fonctionnement du centre :

Contrairement aux suppositions qu'on pouvait faire, c'est pendant les mois d'été que la vente a été la plus faible, alors qu'on pouvait croire qu'en période de chaleur, de diarrhée plus fréquente, les demandes de lait de femmes seraient plus importantes. En fait, il est difficile de tirer des conclusions fermes de cette constatation, car les certificats médicaux ne spécifient pas, en général, la raison pour laquelle on demande du lait de femme ;

Les résultats financiers peuvent être, *grosso modo*, évalués ainsi :

Année 1937 : 515 litres de lait vendus à 100 francs le litre, soit 51.500 francs.

360 litres de lait à tarif réduit (en moyenne à moitié prix) soit 18.000 francs.

Donc au total : 69.500 francs.

Premier semestre 1938 : 320 litres à 100 francs = 32.000 francs.

80 litres à 50 francs = 4.000 francs.

Soit au total : 36.000 francs.

***

Voici les *conclusions* du travail intéressant de Mme le Docteur Barat-Herding ; elles doivent servir de guide pour la généralisation du « Secours blanc ».

1° La création de centres de donneuses de lait pour l'alimentation des nouveau-nés et nourrissons non hospitalisés, qui ont besoin de lait de femme est une nécessité indiscutable ;

2° Il n'y a que des avantages à rattacher ces centres, soit à des maternités hospitalières, soit à des maisons maternelles. L'organisation du Centre de donneuses de lait de la Maternité Baudelocque en est le type ;

3° Le régime de l'internat des nourrices est celui qui donne le plus de garanties, aussi bien pour la qualité du lait fourni, que pour la surveillance des nourrices et de leurs enfants ;

4° Le dispositif de traite, de conservation et d'utilisation du lait, doit réduire au minimum les manipulations ;

5° Il y a avantage à ce que le lait, recueilli aseptiquement, soit consommé cru et dans un court délai après la traite. La conservation à une température inférieure à 4° pendant 24 heures donne des résultats pratiques excellents.

G. Fischer.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

UN GRAND DANDY : **Le Comte d'Orsay**, par Pierre CHAULAINE, Paris, 1939 Emile-Paul frères, édit., 14, rue de l'Abbaye (VIe).

La vie du comte d'Orsay, le célèbre dandy, qui, à l'époque de la Restauration, fut l'arbitre des élégances à Paris et à Londres, est un véritable roman. Aussi, M. Pierre Chaulaine en écrivant sa biographie romancée ne s'est guère écarté de la réalité ; il a adopté cette forme évidemment pour augmenter l'intérêt de son ouvrage pour le lecteur en le rendant plus vivant.

On jugera par cette analyse sommaire du livre de M. P. Chaulaine, ce que fut l'existence passablement tourmentée du comte d'Orsay. Descendant d'un fermier des postes, Grimod, qui, en achetant la terre d'Orsay, s'attribua le titre de comte, son grand-père, durant le règne de Louis XV, mena une vie fastueuse et fit de l'hôtel de Chaulnes, rue de Varennes, qu'il avait acquis, une somptueuse demeure.

D'un premier mariage avec une princesse de Croy il eut un fils, Albert, père de notre héros. Cet Albert, ruiné, épousa la baronne de Franquemont, fille naturelle du roi de Wurtemberg, servit dans l'armée autrichienne, revint en France après Campo-Formio comme agent diplomatique, rentra en grâce auprès de l'Empereur Napoléon qui le nomma général. Il avait eu deux enfants, un fils Alfred, comte d'Orsay, et une fille, Ida. Rallié à Louis XVIII, le général Albert d'Orsay, parvint à marier sa fille au jeune duc de Gramont, qui, attaché d'ambassade, à Londres, emmena son beau-frère à sa suite. Très beau garçon très élégant, d'une tenue impeccable, parfait homme du monde, le comte d'Orsay fit la conquête des salons londoniens et remplaça sans peine le célèbre dandy Brummel.

Favori pendant un temps de lady Holland, il abandonna son salon pour celui de sa rivale, lady Blessington, très belle femme, qui, après une jeunesse passablement orageuse, avait épousé lord Blessington. Ce dernier avait contracté un premier mariage avec une actrice et avait eu d'elle une fille, Hariett Gardiner.

Lady Blessington devint amoureuse du comte d'Orsay. Craignant les conséquences d'une liaison avec elle, d'Orsay accepta un brevet d'officier pour le régiment de Valence qui devait prendre part à une expédition en Espagne pour rétablir sur le trône le roi Ferdinand VII. Or, deux mois après, lord et lady Blessington vinrent le relancer à Valence, lui firent donner sa démission de lieutenant et l'emmenèrent en Italie où ils devaient séjourner. A Gênes, d'Orsay fit la connaissance de Byron qui lui témoigna de l'amitié et dont il fit le portrait, car d'Orsay avait un véritable talent de peintre. Nos voyageurs traversèrent Florence et Rome et furent s'installer à Naples. Depuis le début du voyage, d'Orsay était devenu l'amant de lady Blessington et avait suscité la jalousie de l'architecte Mathews qui faisait aussi partie de la bande.

Ils furent à Pise. Lord Blessington, féru du comte d'Orsay, voulant se l'attacher, lui offrit la main de la fille qu'il avait eue de sa première femme, Harriett, avec une dot considérable. D'Orsay, pris de scrupule, éluda l'offre et en fit part à sa maîtresse, disant qu'il ne pouvait pas accepter, mais, à son grand étonnement, lady Blessington lui avoua que c'était elle qui avait suggéré cette idée à son mari pour être sûre de garder son amant. D'Orsay finit par céder aux instances de sa cynique maîtresse, et devint le gendre de lord Blessington en épousant l'insignifiante Harriett.

La famille fut s'installer à Rome, fit la connaissance de la reine Hortense et de son fils, le prince Louis-Napoléon, le futur Napoléon III ; il se lia d'amitié avec le comte d'Orsay, qui, depuis de longues années, ne cachait pas son admiration pour Napoléon Ier.

Lord Blessington et sa suite vinrent ensuite habiter Paris. Là le noble lord qui était devenu ivrogne, s'aperçut enfin que sa femme le trompait. Il en reçut un tel coup qu'il ne tarda pas à mourir.

Les amants libérés assistèrent aux journées de juillet 1830 et gagnèrent Londres avec Harriett.

Le comte d'Orsay y retrouva sa réputation de dandy et lady Blessington ouvrit un salon que fréquentèrent Disraëli, Thomas Moore, Wellington, etc.

Harriett qui, jusque-là ignorait la liaison intime de son mari et de sa belle-mère, les surprit et rompit avec eux. Petit à petit, la fortune du couple s'effrita, car d'Orsay était d'une générosité stupéfiante. C'est ainsi qu'il donna vingt mille livres à Louis-Napoléon échappé de la prison de Ham et réfugié à Londres. Il entreprit de le faire marier avec Miss Burdett, la plus riche héritière d'Angleterre, puis, sur les instances du Docteur Conneau, il fit échouer ce projet qui aurait ruiné les visées politiques de Louis-Napoléon auprès des bonapartistes, le neveu du prisonnier de Sainte-Hélène ne pouvait décemment épouser une anglaise.

La fortune du ménage dissipée, la gêne presque la misère s'installa au foyer. Lady Blessington devint femme de lettres et ses œuvres eurent un certain succès. Alfred d'Orsay exploita son talent de peintre et de sculpteur. Mais leurs coûteuses fantaisies accumulèrent les dettes du dandy qui, traqué par ses créanciers, s'enfuit à Paris où lady Blessington ne tarda pas à le rejoindre. Son orgueil lui fit cacher

soigneusement sa relative misère à son beau-frère, le duc de Gramont et à Louis-Napoléon, devenu Prince Président.

Lady Blessington ne tarda pas à mourir. Le comte d'Orsay la fit inhumer à Chambourcy, près du domaine du Duc de Gramont, dans un tombeau dont il fit lui-même le plan et réserva une place pour lui, en face de celle où reposait sa maîtresse.

Devenu empereur, Napoléon III nomma A. d'Orsay, peu avant sa mort, surintendant des Beaux-Arts. Il mourut le 4 août 1852, après avoir fait promettre à Clesinger, gendre de George Sand, et son ami, de terminer la statue du roi Jérôme qu'il avait commencée. Il fut absous par Monseigneur Sibour, archevêque de Paris, ses obsèques eurent lieu à Chambourcy, où il partage avec lady Blessington, la chapelle funéraire qu'il s'était destinée.

Telle fut la vie romanesque et peu édifiante du grand dandy, comte d'Orsay, dont l'élégance, le goût, la générosité, son amour sincère et partagé pour lady Blessington, atténuent, sinon font pardonner l'existence cynique et perverse que l'affection passionnée pour sa maîtresse l'obligea d'accepter.

M. Pierre Chaulaine a conté ces aventures avec un talent qui les rend vivantes et charme le lecteur.

J. Noir.

Editions Spas, 17, rue Soufflot, Paris (V^e)

Vérine. — **Délivrez-les du mal**

Madame Vérine qui a tant d'attaches médicales, avait publié l'an dernier l'*Art d'aimer ses enfants*, ouvrage où étaient exaltés les plus nobles sentiments et où l'auteur montrait qu'il ne fallait pas aimer ses enfants pour soi, mais pour eux-mêmes.

Mme Vérine a donné une suite à cet ouvrage dans un nouveau livre intitulé : *Délivrez-les du mal.*

Les enfants ont grandi et sont des adolescents ou des jeunes gens ; c'est l'âge ingrat et dangereux. L'auteur conte dans des lettres échangées entre deux belles-sœurs : Françoise et Denise Hardange et à la suite dans le journal de Françoise, l'histoire de deux ménages modernes qui comptent neuf enfants, garçons et filles.

Mme Vérine expose avec un talent et un tact infini les situations les plus délicates, nous allions dire même les plus scabreuses. Tout n'a pas été parfait dans ces ménages. Ainsi, le fils aîné de Denise est allé évangéliser en Papouasie, sous prétexte de racheter la faute de son père, qui a trompé sa femme avec une maîtresse indigne.

Nous avouerons que nous ne goûtons pas beaucoup la conduite de ce fils qui s'érige en juge de son père évidemment coupable, puisqu'il décide de chercher à racheter sa faute. Le fils aîné de Françoise qui n'est pas poussé par le même motif, retourne à la terre et se consacre à l'agriculture après un mariage sain et honnête, dont a été bannie toute préoccupation de dot.

Les mères veillent avec vigilance, éloignant les mauvais camarades, combattant leur influence, prévenant les désirs malsains, les rencontres qui pourraient être dangereuses.

Tout cela est parfait, nous ne lui ferons qu'un petit reproche, c'est d'avoir confiné dans un rôle assez effacé le père de famille qui devrait, à notre avis, prendre une part un peu plus grande à l'éducation de ses enfants, surtout de ses fils, et ne pas en laisser à peu près toute la charge à la mère.

Délivrez-les du mal est un véritable roman. Écrit en un style alerte ; malgré son but uniquement didactique et moral, sa lecture est facile et agréable et on la poursuit sans ennui jusqu'à la dernière page.

En somme, c'est l'Introduction à la vie d'une mère de famille moderne mais qui a conscience de tous ses devoirs.

J. N.

Les Editions Universitaires de Strasbourg

Sur les vieux chemins des fontaines de Jouvence :

Le Prince impérial aux eaux de Luchon (en 1867), par Raymond et Pierre Molinéry

Récit alertement mené des premières années du Prince Impérial et des événements qui amenèrent Nélaton et Barthez à conseiller une cure à Luchon.

Chemin faisant les auteurs, en vieux Bagnérais qu'ils sont, retracent les fastes de leur cité où, sous le second Empire, affluait tout ce que l'Europe comptait de personnalités en vogue, y compris Bismarck, le Prince Frédéric de Prusse et Hortense Schneider. Sur la station moderne ils décalquent le Luchon d'alors qui, s'il n'avait pas encore de Casino, ne manquait pas de maîtres queux. Et ils narrent l'histoire peut-être la légende, du Lequoia gigantea qui, avec ses 11 mètres de circonférences, fait l'orgueil du parc.

Enfin, ils discutent rétrospectivement le diagnostic de Nélaton et inscrivent à la gloire de Luchon les prouesses équestres du Prince lesquelles devaient, on le sait, le mener à l'accomplissement de son destin.

G. L.

Nos réunions médicales

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE

L'Association générale a tenu son Assemblée générale le dimanche 21 mai 1939 ; le banquet qui clôturait cette réunion groupait au Pavillon Dauphine les éléments les plus représentatifs de notre profession. A la table d'honneur présidée par le Professeur Félix Legueu, on voyait à côté de notre confrère Chapon : les Professeurs Brindeau et Cunéo ; nos confrères du Parlement : le sénateur Dentu, le député Cousin ; Choyau, le président de la Confédération des Syndicats médicaux, les représentants des grands périodiques médicaux, et de nombreux confrères venus de province, pour cette manifestation annuelle. *Le Concours Médical* était représenté par MM. Fischer, Vimont et moi-même.

A l'heure des toasts, le Docteur Choyau montra que la bonté sous le signe de laquelle s'est développée l'Association générale est une qualité indispensable au médecin, qu'on ne saurait faire sans elle de bonne médecine et qu'il est temps de s'en apercevoir, alors que les soins collectifs s'organisent, en dehors de nos grandes traditions.

Puis ce fut au Docteur Chapon de montrer les liens étroits qui unissent les Syndicats confédérés aux œuvres anciennes, liens qui doivent se resserrer au lieu de se détendre, la longue amitié qui unit Choyau et Chapon nous en est un sûr garant.

Avec le Docteur Cousin, député de Paris nous avons abordé des réalités, il nous a fait le rapide tableau de la manière dont avec ses collègues du Parlement, il entend nous défendre contre les illégaux, faire respecter et revaloriser les titres, empêcher l'envahissement des médecins étrangers. Son énergie, la netteté de ses vues, nous assurent que nous avons en lui un défenseur convaincu et tenace.

Le Professeur F. Legueu dont l'éloquence est réelle et la langue impeccable nous a montré quels étaient les devoirs du médecin vis-à-vis des individus, des collectivités, de la nation. Atteint par l'inexorable limite d'âge, il consacre son activité à nos œuvres et nous donne le plus bel exemple du médecin que la retraite ne saurait atteindre.

Une réflexion cependant s'impose, c'est que nous ne voyons pas assez de jeunes confrères participer à la vie des œuvres professionnelles ; est-ce ignorance, insouciance, négligence ? Qu'ils sachent qu'ils y seront les bienvenus, qu'au contact de leurs aînés, ils s'instruiront de leur fonctionnement, de leurs moyens d'action, de leurs ressources, et qu'ils assureront ainsi la pérennité de groupements qui ont fait beaucoup de bien à notre profession.

Dr Raphaël MASSART.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique thérapeutique médicale de la Pitié** (Professeur F. Rathery). — *Cours de perfectionnement sur les maladies des reins* (du 12 au 24 juin 1939). — Ce cours sera fait par M. le Professeur Rathery, avec la collaboration du Professeur Chevassu, chirurgien de l'hôpital Cochin, des Docteurs Boltanski, Julien Marie, Mollaret, Derot, médecins des hôpitaux, du Docteur Froment, assistant, des Docteurs Germaine Dreyfus-Sée, Moline, chef de clinique et ancien chef de clinique et du Docteur Doubrow, chef de laboratoire.

PROGRAMME DES COURS. — *Les théories de la sécrétion rénale.* — *Les grands syndromes* : Albuminurie, polyurie et diabète insipide, anurie, acidose rénale, œdèmes, les accidents nerveux de l'urémie. — *Les méthodes d'exploration rénale* : Sécrétion de l'eau, du NaCl et des substances minérales, des corps azotés, des lipides et des glucides, des substances colorantes. — *Les méthodes d'exploration chirurgicale du rein en pathologie rénale.* — *Les classifications des néphrites* : Les lésions anatomo-pathologiques types. — *Les néphrites aiguës* : Néphrite mercurielle. Néphrites infantiles. La syphilis rénale, la tuberculose rénale. — *Les différents types cliniques des néphrites chroniques* : Néphrites avec hypertension. Néphrites avec œdème. Néphrites avec azotémie. La néphrose lipoïdique. L'amylose rénale. — *La thérapeutique des néphrites* : Les régimes.

EXERCICES PRATIQUES sous la direction du Docteur DOUBROW et de M. DE TRAVERSE, chefs de laboratoire. Les auditeurs seront initiés aux différentes méthodes concernant l'étude des fonctions rénales et aux recherches anatomo-pathologiques : Etude de la perméabilité rénale ; Techniques histologiques ; Techniques physiques et chimiques appliquées au sang et aux urines, au cours des affections rénales.

HORAIRE DES COURS ET EXERCICES PRATIQUES. — Lundi 12 juin, 10 heures, M. le Professeur RATHERY : Les théories de la sécrétion rénale ; 5 heures, M. le Docteur FROMENT : Albuminuries. — Mardi 13 juin, 10 heures, M. le Professeur RATHERY : Hyperchlorémie et hypochlorémie ; 4 heures, Exercices pratiques ; 5 heures, M. le Docteur BOLTANSKI : Anuries. — Mercredi 14 juin, 10 heures, M. le Professeur RATHERY : Rétention azotée ; 4 heures, Exercices pratiques ; 5 heures, M. le Professeur RATHERY : Acidose rénale. — Jeudi 15 juin, 10 heures, M. le Docteur DEROT : Œdème rénal ; 4 heures, Exercices pratiques ; 5 heures, M. le Professeur

RATHERY : Le retentissement sur l'organisme de la lésion rénale. — Vendredi 16 juin, 10 heures, M. le Professeur RATHERY : Classification des néphrites ; 4 heures, Exercices pratiques ; 5 heures, M. le Docteur FROMENT : La néphrose lipoïdique. — Samedi 17 juin, 10 heures, M. le Professeur CHEVASSU : Les méthodes chirurgicales en pathologie rénale ; 4 heures, Exercices pratiques ; 5 heures, M. le Professeur RATHERY : Les lésions anatomo-pathologiques des néphrites. — Lundi 19 juin, 10 heures, M. le Docteur FROMENT : Néphrite mercurielle ; 4 heures, Exercices pratiques ; 5 heures, M. le Professeur RATHERY : Les types cliniques de néphrites chroniques. — Mardi 20 juin, 10 heures, M. le Docteur MOLINE : Rein et transfusion ; 4 heures, Exercices pratiques ; 5 heures, M. le Professeur RATHERY : Les types cliniques des néphrites chroniques. — Mercredi 21 juin, 10 heures, M. le Docteur DOUBROW : Amylose rénale ; 5 heures, M. le Docteur FROMENT : Syphilis rénale. — Jeudi 22 juin, 10 heures, M. le Docteur FROMENT : Tuberculose rénale ; 5 heures, Mlle le Docteur G. DREYFUS-SÉE : Les néphrites infantiles. — Vendredi 23 juin, 10 heures, M. le Docteur MOLLARET : Les accidents nerveux de l'urémie ; 5 heures, M. le Docteur Julien MARIE : Polyurie et diabète insipide. — Samedi 24 juin, 10 heures, M. le Docteur DEROT : Hépato-néphrites aiguës ; 5 heures, M. le Professeur RATHERY : Les régimes dans les néphrites.

Un diplôme sera délivré aux auditeurs à l'issue du cours. Droit d'inscription : 500 francs.

Les inscriptions seront reçues à la Faculté de médecine, soit au secrétariat de la Faculté (guichet nº 4) les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures, soit à l'A. D. R. M. (salle Béclard) tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi après-midi). Le cours n'aura lieu que si le nombre des inscrits n'est pas inférieur à 10.

— **Clinique chirurgicale de la Salpêtrière.** — *Cours de technique chirurgicale.* — M. le Professeur A. GOSSET, fera du 5 au 24 juin 1939, un cours de technique chirurgicale avec la collaboration de MM. LEDOUX-LEBARD radiologiste des hôpitaux, chargé de cours à la Faculté, PETIT-DUTAILLIS, FUNCK-BRENTANO, chirurgiens des hôpitaux, professeurs agrégés à la Faculté ; CHARRIER, LEIBOVICI, J. GOSSET, SAUVAGE, HEPP, chirurgiens des hôpitaux ; G. LŒWY, ancien chef de clinique ; I. BERTRAND, HAUDUROY, chefs de laboratoire ; WALLON, assistant de curiethérapie.

Droits d'inscription : 200 francs. Un certificat sera délivré à la fin du cours aux auditeurs qui auront régulièrement assisté aux conférences. S'inscrire au secrétariat de la Faculté.

— **Laboratoire d'hygiène.** — *Assurances sociales. Cours préparatoire aux fonctions de médecin-contrôleur.* — En vue de préparer les docteurs en médecine candidats aux fonctions de médecin-contrôleur des Assurances sociales, un cours spécial aura lieu au Laboratoire d'hygiène du 12 au 17 juin 1939, sous la direction du Professeur Tanon, professeur d'hygiène et de médecine préventive, de M. Marcel Martin, directeur de la Caisse interdépartementale des Assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise, et de l'Union des Caisses des Assurances sociales de la région parisienne, représentée par M. Grimald, directeur, avec la collaboration de MM. les Docteurs Bernier, médecin-chef de la Caisse interdépartementale des Assurances sociales ; Grenaudier, ancien chef de clinique adjoint à la Faculté, médecin-conseil de l'Union des Caisses ; Hilaire, secrétaire général suppléant de la Confédération des Syndicats médicaux ; Legros, médecin-conseil de la Caisse interdépartementale ; Masse, médecin-conseil de la Fédération mutualiste de la Seine ; Perret, secrétaire de l'Association des médecins-conseils et contrôleurs ; Tara, secrétaire de l'Amicale des médecins-contrôleurs.

Le cours comprend des conférences qui auront lieu de 16 à 18 heures, au Laboratoire d'hygiène (entrée : 15 ou 21, rue de l'Ecole-de-Médecine) et des stages pratiques organisés à la Caisse interdépartementale, 69 *bis*, rue de Dunkerque et à l'Union des Caisses, 9, rue Boudreau.

PROGRAMME DES CONFÉRENCES. — 12 juin, 16 heures, M. GRIMALD : La loi des Assurances sociales ; 17 heures, M. LEGROS : Le contrôle médical. — 13 juin, 16 heures, M. GRIMALD : L'application de la loi des Assurances sociales ; 17 heures, M. LEGROS : Le contrôle médical. — 14 juin, 16 heures, M. PERRET : Le contrôle médical ; 17 heures, M. MASSE : Assurances-Maternité. — 15 juin, 16 heures, M. BERNIER : Conventions et Commissions techniques ; 17 heures, M. GRENAUDIER : Invalidité. — 16 juin, 16 heures, M. HILAIRE : Contrôle technique par les Syndicats ; 17 heures, M. LEGROS : La prévention et les Assurances sociales. — 17 juin, 16 heures, M. TARA : Les maladies professionnelles et les Assurances sociales ; 17 heures, M. LEGROS : La prévention et les Assurances sociales avec projections cinématographiques.

Un certificat d'assiduité pourra être délivré. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine, les lundi, mercredi et vendredi, de 14 à 16 heures (guichet nº 4). Le droit à verser est de 50 fr. Pour tous renseignements, s'adresser au Laboratoire d'hygiène, escalier D, 2e étage.

— **Clinique gynécologique** (Hôpital Broca). — Du 5 juin au 17 juin 1939, *cours de perfectionnement* sous la direction du Professeur P. Mocquot. Droit : 400 fr.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Concours de chirurgien des hôpitaux.** — Sont nommés chirurgiens des hôpitaux de Paris : MM. RUDLER et LONGUET.

— **Concours de médecin des hôpitaux.** 2e *Concours de nomination.* — *Jury* (tirage au sort) : MM. Grenet, Cathala, Et. Bernard, Noël Fiessinger, Faure-Beaulieu, Paraf, Rathery, Heuyer, H. Bénard, Debré, Lardennois.

Le Gérant : **R. THIRON**

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Tableau de concours pour la Légion d'honneur

(ANNÉE 1939)

RÉSERVES

Sont inscrits :

Pour le grade de chevalier

(*Les chiffres après le grade indiquent le numéro de la région*)

Service de Santé

Médecins

1° ARMÉE MÉTROPOLITAINE

Legay, méd. capit., 4e ; Guérin, méd. lieut, rég. de Paris ; Baudot, méd. capit., 4e ; Laplanche, méd. lieut., rég. de Paris ; Margaillan, méd. capit., 19e C. A. ; Savelli, méd. lieut., 15e ; Niel, méd. capit., rég. de Paris ; Lallemand, méd. lieut., rég. de Paris ; Lesur, méd. capit., rég. de Paris ; Solente, méd. capit., rég. de Paris ; Gaudyon, méd. capit., 14e ; Mantelin, méd. capitaine, 14e ; Audry, méd. lieut., 15e ; Lévy, méd. capit., rég. de Paris ; Pin, méd. capit., 15e ; Seta, méd. capit., 15e.

Brulé, méd. lieut., 6e ; Ricard, méd. capit., 14e ; Huard méd. capit., rég. de Paris ; Ferrari, méd. comm., 19e C. A. ; Girod, méd. capit., rég. de Paris ; Arthaud, méd. lieut., 14e ; Roux, médecin capit., rég. de Paris ; Codet, méd. capit., 4e ; Augé, méd. capit., rég. de Paris ; Bertrand, méd. lieut., 14e ; Morel, méd. lieut., 8e ; Gasiglia, méd. lieut., 15e ; Cottalorda, méd. capit., 15e ; Ducellier, méd. comm., 9e ; Matet, méd. comm., 5e ; James, méd. comm., 3e ; Cournet, méd. capit., 13e ; Durif, méd. capit., 13e ; Merlo, méd. comm., 19e ; Casanova, méd. comm., 18e ; Dutheil, méd. comm., 3e ; Maire, méd. capit., 11e ; Serbource, méd. capit., 8e ; Hazera, méd. capit., 18e ; Rey, méd. capit., 14e.

Saudino, méd. capit., 15e ; Nedey, méd. capit., 7e ; Perrenot, méd. capit., 13e ; Corre, méd. capit., 11e ; Bourlon, méd. comm., rég. de Paris ; Rongier, méd. capit., 13e ; Perrichon, méd. capit., 9e ; Devaux, méd. capit., 15e ; Barbary, médecin capit., 9e ; Courtois, méd. lieut., 4e ; Michelland, méd. capit., 14e ; Huc, méd. capit., rég. de Paris ; Maillefert, méd. capit., 5e ; Monzat de Surrel de Saint-Junien, méd. capit., 15e ; Brissac, méd. comm., 19e C. A. ; Sage, méd. capit., 17e.

De Coste, méd. comm., 17e ; Door, méd. capit., rég. de Paris ; Jego, méd. comm., 4e ; Charrat, méd. capt., 14e ; Senevet, méd. capt., 19e C. A. ; Dubus, méd. capit., 1re ; Lamounette, méd. capit., 14e ; Bonnardot, méd. capit., 8e ; Cavalie, méd. capit., 17e ; Morel, méd. capit., 1re ; Tuset, méd. capit., 11e ; Michel, méd. command., Maroc ; Jannot, méd. capit., 6e ; Chatellier, méd. capit., rég. de Paris ; Paulus, méd. capit., 20e ; Marchant, méd. capit., rég. de Paris ; Deguison, méd. capit., 13e ; Parres, méd. capit., 19e C. A. ; Charles, méd. capit., rég. de Paris.

Courbin, méd. capit., 18e ; Sedillot, méd. capit., rég. de Paris ; Couette, méd. comm., 13e ; André, méd. capit., 15e ; Levrier, méd. capit., 18e ; Pelegrin, méd. capit., 17e ; Meneau, méd. capit., 9e ; Laffitte, méd. capit., 9e ; Leguay, méd. comm., 4e ; Gruber, méd. comm., 7e ; Richard, méd. capit'., 1re ; Carton, méd. capit., 1re ; Penot, méd. comm., 5e ; Rouy, méd. capit., rég. de Paris.

Girou, méd. lieut., 18e ; Louf, méd. capit., 1re ; Teulières, méd. lieut., 18e ; Lepelletier, méd. capit., 2e ; Dalsace, méd. lieut., rég. de Paris ; Leclercq, méd. ca-

pit., 6e ; Coupet, méd. capit., 13e ; Bononot, méd. capit., 2e ; Allard, méd. capit., rég. de Paris ; Ducau-Martin, médecin lieut., 18e ; Lefebvre, méd. capit., 1re ; Blanchet, méd. capit., 3e ; Grimault, méd. comm., 6e ; Tétard, méd. capit., 8e ; Cattin, méd. capit., 14e ; Godard, méd. capit., 4e.

Pollet, méd. capit., rég. de Paris ; Darricarrère, méd. méd. capit., 19e C. A. ; Glorion, méd. sous-lieut., 2e ; Piot, méd. capit., rég. de Paris ; Sireyjol, méd. capit., 17e Toussaint, méd. lieut., 17e ; Allotte de La Fuye, méd. capit., 11e ; Fritz, méd. capt., rég. de Paris ; Trampol, médecin capit., 20e ; Almeras, méd. lieut., 16e ; Rebuffel, méd. lieut., 15e ; Pierson, méd. capit., 3e ; Dijol, méd. capit., 16e ; Bezian, méd. capit., 18e ; Champneuf, méd. capit., 16e ; Schmitt, médecin comm., 8e ; Bertrand, méd. lieut., 15e ; Gravière, méd. lieut., 15e ; Seval, méd. capit., 17e ; Courp, méd. capit., 16e ; Fillatrau, méd. lieut., rég. de Paris ; Péronnet, méd. capit., 14e.

2° ARMÉE COLONIALE

Couput, méd. lieut., Indochine ; Tara, méd. capit., rég. Paris ; Peltier, méd. lieut., 13e rég. ; Porry, méd. capit., Antilles.

RAYÉS DES CADRES

Pour le grade d'officier

Service de santé. — Raumagoux, capit ; Loubat, capit. ; Pellagot, capit. ; Thésée, capit.

Pour le grade de chevalier

Service de santé. — Robert, méd. lieut. ; Casella, méd. lieut. ; Merlet, méd. capit. ; Camboulives, méd. lieut.

Officier d'administration : Pourciel, lieut. adm.

● ●

Admission en 1939 de médecins et de pharmaciens de réserve en stage ou en situation d'activité

I. — La Circulaire n° 3.250K du 27 février 1939 a fixé à 20 le nombre des medecins de réserve et à 2 le nombre des pharmaciens de réserve du Service de santé métropolitain à admettre au cours de l'année 1939, en stage ou en situation d'activité, non compris les officiers de réserve visés à l'article 3, paragraphe 7 et à l'article 4, paragraphe 4 de la loi du 4 janvier 1929.

Les admissions en stage seront prononcées au titre de l'article 3 (§§ 2°, 3° et 4°) de la loi du 4 janvier 1929.

Les admissions en situation d'activité seront prononcées au titre de l'article 42 de la loi du 8 janvier 1925.

Les dossiers des médecins et des pharmaciens de réserve désireux d'être admis en 1939 en stage ou en situation d'activité me seront transmis dès que possible.

II. *Admission en stage.* — Les dossiers d'admission en stage seront établis dans les conditions fixées par l'instruction du 19 janvier 1933 (*B. O.*, P. P., page 74). Les demandes des candidats ne réunissant pas

les conditions fixées par cette instruction, en particulier celles des candidats qui n'atteindraient pas au moment de leur titularisation l'âge minimum imposé par les articles 3 (§§ 5°, 6°), et 4 (§§ 2°, 3°) de la loi du 4 janvier 1929, ne seront pas soumises à ma décision.

Il sera rappelé aux candidats que l'admission en stage au titre de la loi du 4 janvier 1929 permet s'ils réunissent par ailleurs les conditions requises, leur titularisation ultérieure dans les cadres de l'armée active. Toutefois, les candidats admis dans l'armée active après l'accomplissement d'un stage ne bénéficient pas de la majoration de 5 ans pour études préliminaires prévue par l'article 33 du décret-loi du 23 mars 1852.

La titularisation n'est prononcée qu'une fois par an, le 1er octobre, pour les candidats ayant accompli un an de stage au minimum dans les conditions prévues par les articles 3, paragraphe 5°, et 4, paragraphe 2°, de la loi du 4 janvier 1929 et le 25 du dernier mois de chaque trimestre pour les candidats ayant accompli deux ans de stage au minimum dans les conditions prévues par les articles 3, paragraphe 6°, et 4, paragraphe 3°, de la loi du 4 janvier 1929.

Les admissions en stage dans la métropole seront prononcées à compter du 1er octobre 1939. En attendant cette date, les candidats en stage pourront être admis à servir en situation d'activité.

III. *Admissions en situation d'activité.* — Les médecins et pharmaciens de réserve, remplissant les conditions prévues par l'article 79 de la loi de finances du 31 décembre 1936, peuvent demander à servir en situation d'activité en 1939, au titre de l'article 42 de la loi du 8 janvier 1925.

La durée des autorisations ainsi accordées en 1939 sera d'une année au maximum et de 6 mois au minimum (autorisations renouvelables dans la limite de huit années).

Les dossiers d'admissions en situation d'activité, établis conformément aux dispositions du décret du 21 avril 1926 (*B. O.*, P. P., page 1265) comprendront les pièces indiquées à l'annexe ci-après et seront transmis après avoir été revêtus des avis des autorités hiérarchiques.

Il sera rappelé aux candidats que l'admission en situation d'activité au titre de la loi du 8 janvier 1925 ne permet pas aux officiers de réserve admis dans cette situation d'être titulaires ultérieurement dans les cadres de l'armée active. Ces officiers de réserve peuvent, par la suite, demander leur admission en stage dans les conditions indiquées au paragraphe II de la présente Circulaire ; ils peuvent demander également à prendre part au concours pour l'admission directe à l'emploi de médecin et de pharmacien sous-lieutenant de l'armée active qui aura lieu, en fin d'année, dans les conditions fixées par le décret du 19 août 1929. Les candidats admis dans l'armée active à la suite de ce concours bénéficient de la majoration de 5 ans pour études pré-

liminaires prévue par l'article 35 du décret-loi du 23 mars 1852.

IV. — Les médecins et pharmaciens de réserve autorisés à servir en situation d'activité en 1938 qui désirent obtenir le renouvellement de leur autorisation devront adresser leurs demandes de façon qu'elles parviennent au ministre (direction du Service de santé) aux dates indiquées ci-après :

Celles expirant au cours des 2e et 3e trimestres 1939 : le 1er juin 1939 ; 4e trimestre 1939 : le 1er septembre 1939.

La liste des pièces que doivent comprendre les dossiers des médecins de réserve sollicitant le renouvellement de leur autorisation de servir en situation d'activité est donnée à l'annexe II ci-jointe.

V. — Les médecins et pharmaciens de réserve appartenant à des administrations publiques ou à des services assimilés seront prévenus que la décision d'admission en stage ou en situation d'activité ne pourra être définitive qu'après qu'ils auront fourni une pièce établissant qu'ils seront en situation régulière à l'égard de leur Administration au moment de leur entrée dans l'armée en stage ou en situation d'activité.

VI. — Les médecins et pharmaciens de réserve qui sollicitent leur admission en stage devront indiquer dans leur demande s'ils désirent, au cas où leur demande ne pourrait être acceptée, être admis en situation d'activité. Dans ce cas, leur dossier sera complété par l'acte d'engagement prévu au paragraphe 4° de l'annexe I de la présente Circulaire.

VII. — La liste des médecins et pharmaciens de réserve admis en stage ou en situation d'activité sera publiée au *Journal Officiel*.

VIII. — Les dispositions de la présente Circulaire devront être portées *sans retard* à la connaissance des médecins et pharmaciens de réserve par les soins des directeurs régionaux du Service de santé et des directeurs d'Écoles de perfectionnement d'officiers de réserve.

(*Circulaire* n° 6.230 1/7 *du* 17 *avril* 1939.)

ANNEXE I

Liste des pièces que doit comprendre, pour l'année 1939, le dossier d'admission en situation d'activité d'un médecin ou d'un pharmacien de réserve.

1° Demande de l'intéressé en vue d'être admis à servir en situation d'activité au titre de l'article 42 de la loi du 8 janvier 1925. Cette demande sera revêtue de l'avis motivé des diverses autorités hiérarchiques.

2° Une liste de cinq régions classées par ordre de préférence, où l'intéressé demande à servir. Dans ce nombre, devront obligatoirement figurer trois des régions suivantes : 1re, 2e, 6e, 7e, 20e.

3° Une copie légalisée (ou certifiée conforme par le chef de service) des diplômes ou titres universitaires du postulant. Cette copie peut être établie sur papier libre ;

4° Un acte d'engagement, établi dans les conditions fixées par la Circulaire n° 1.557K du 6 février 1930 (*B. O.*, P. P., page 434) stipulant que le candidat déclare se mettre, pour une durée d'un an (ou éventuellement de 6 mois) pour occuper un emploi de son grade, à la disposition du ministre de la Défense nationale et de la Guerre, dans les conditions prévues par les lois et règlements en vigueur ;

5° Un état signalétique et des services indiquant la situation de famille de l'intéressé ;

6° Un certificat de visite et contre-visite établi par un médecin militaire concluant très nettement que le candidat est physiquement apte à servir dans l'armée active et à faire campagne, compte tenu des dispositions de la loi du 18 avril 1931.

7° Copie des notes obtenues par l'intéressé établie par le Directeur du Service de santé dont il relève ;

8° Pour chaque candidat libéré du service actif, une feuille de renseignements sur sa conduite, sa moralité et, le cas échéant, l'appréciation motivée du Directeur de l'Ecole de perfectionnement des officiers de réserve dont il suit les cours. Cette feuille est établie par le général commandant la subdivision (ou le groupe de subdivisions).

ANNEXE II

Liste des pièces que doit comprendre, pour l'année 1939, le dossier de la demande formulée par un médecin ou pharmacien de réserve en vue d'obtenir le renouvellement d'une autorisation de servir en situation d'activité :

1° La demande de l'intéressé indiquant qu'il désire être maintenu en situation d'activité au titre de l'article 42 de la loi du 8 janvier 1925 pour une période d'un an (ou six mois éventuellement) ;

2° L'état des services ;

3° Le certificat de visite et de contre-visite établi par un médecin militaire ;

4° L'acte d'engagement établi dans les conditions fixées par la Circulaire n° 1.557 K du 6 février 1930 stipulant que le candidat déclare se mettre pour une durée d'un an (éventuellement six mois), pour occuper un emploi de son grade, à la disposition du ministre de la Défense nationale et de la Guerre, dans les conditions prévues par les lois et règlements en vigueur ;

5° La copie des notes obtenues pour le stage en cours.

Sulfamidothérapie
Contribution à l'étude de son mode d'action

Une observation intéressante, assez rare, nous permet de contribuer à l'étude du mode d'action des dérivés sulfamidés dans les uréthrites gonococciques. Nous nous bornerons à rapporter l'observation, en la mettant à la disposition des confrères

plus qualifiés que nous pour en tirer des conclusions.

Il s'agit d'un malade âgé de 30 ans qui est venu consulter pour un écoulement datant d'un ou deux jours. A l'examen microscopique, nous avons constaté la présence de nombreux diplocoques de Neisser. Dans les antécédents, on trouve une blennorragie, il y a trois ans, ayant duré plus de six mois, bien que soignée correctement — en Allemagne — par un spécialiste.

De grands lavages au permanganate, quelques instillations — d'ailleurs mal tolérées et rapidement abandonnées, — et des doses modérées d'une spécialité à base de sulfamide (2 grammes par jour pendant huit jours, huit jours de repos et reprise de 1 gr. 50 par jour pendant six jours), jugulent complètement l'infection. L'épreuve de la bière, suivie de plusieurs examens microscopiques, permet de constater la guérison complète.

L'intérêt de l'observation réside non pas dans le processus de la guérison, mais dans la *constitution anormale de la verge et de l'urèthre* de ce malade. En effet notre malade, un israélite, lors de sa circoncision, à l'âge de huit jours, a eu la malchance de subir cette intervention de mains peu habiles, puisqu'elles ont sectionné l'urèthre au-dessus du frein. Quand nous avons examiné le malade, les deux parties de l'urèthre présentaient un écoulement très abondant. Entre les deux orifices, il y avait une distance de deux centimètres environ. Donc *solution de continuité de la face postérieure de l'urèthre sur deux centimètres*, aucune communication directe n'existant entre ces deux portions de l'urèthre toutes deux terminales, chacune à sa façon.

Nous n'avons commencé à faire prendre les comprimés à base de sulfamide qu'après sept ou huit jours de traitement, le malade sortant à peine d'une néphrite aiguë. Jusqu'à ce jour, les urines étaient restées troubles dans les deux verres et l'écoulement n'avait diminué dans les deux parties séparées du canal uréthral que très peu. A partir du deuxième jour de l'administration des comprimés de sulfamide, l'écoulement a changé de caractère *pareillement* dans les deux parties du canal, devenant d'abord fluide, blanchâtre, pour disparaître au bout de 5-6 jours. La présence des gonocoques, contrôlée quotidiennement, a cessé en même temps dans les portions distinctes de l'urèthre, les prélèvements ayant été faits sur des lames séparément pour les deux orifices.

En résumé : l'action des dérivés sulfamidés s'est exercée dans les deux parties de l'urèthre, séparées par une solution de continuité de deux centimètres, démontrant l'action de la chimiothérapie dans les uréthrites gonococciques *par voie sanguine uniquement*, comme notre observation semble le prouver ; en effet, il est impossible, dans le cas présenté, que ce soit par élimination par les glandes de la partie postérieure de l'urèthre que ce produit ait agi sur la partie antérieure du canal.

Dr E. BOUDEILLE et Dr A.-S. LITTNER.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 9 mai 1939, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

MM. les Docteurs :

13.757 BECKER, Amneville (Moselle). Syndicat des Médecins de Metz.
13.758 BONNET, Vichy (Allier). Syndicat de l'Allier.
13.759 DE PRAT, Brenod (Ain). Association des médecins de l'Ain.
13.760 DUCOULOMBIER, Mouvaux (Nord). Syndicat médical de Tourcoing.
13.761 FASQUELLE, 8, rue Ballu, Paris (IXe). Parrains Docteurs Noir et Lavalée.
13.762 FOUQUE, Cannes (Alpes-Maritimes). Syndicat médical de Cannes.
13.763 GARRAUD, Les Mureaux (Seine-et-Oise). Syndicat médical de Seine-et-Oise.
13.764 GIRARD, Courçon-d'Aunis (Charente-Inférieure). Parrains : Docteurs Beraud et Hurtaud (effet du 1er janvier).
13.765 MAILLARD, Saint-Romain-de-Colbosc (Seine-Inférieure). Parrains : Docteurs Françon et Bouillier.
13.766 MARCHAND, Saint-Nazaire (Loire-Inférieure). Syndicat de Saint-Nazaire.
13.767 MARTINET, Caen (Calvados). Syndicat des médecins de Caen.
13.768 MONTAGNE, 12, boul. Saint-Michel, Paris (VIe). Parrains : Docteurs Henri et Robert Judet.
13.769 PEDRON, Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord). Syndicat médical des Côtes-du-Nord.
13.770 SULEM, Le Kouif (Constantine). Syndicat des médecins de Constantine.
13.771 TRIAIRE, 56, rue du Rocher, Paris (VIIIe). Parrains : Docteur Diamand-Berger et Vial.
13.772 THABOURIN, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). Syndicat médical du Puy-de-Dôme).

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours qui suivront la présente publication (Art. 5 des Statuts).

Nos *suppléments mensuels* constituent une documentation professionnelle précieuse.
Conservez-les.
Consultez-les facilement en les classant dans notre :
RELIURE MOBILE
Prix : 16 francs port compris. Compte-chèques postaux : *Concours Médical* 167-95.

O O O

CORRESPONDANCE

MUTUALITÉ FAMILIALE

Extrait du courrier :

Mon cher Confrère,

Après avoir passé un sale quart d'heure, je me retrouve enfin assez ferme sur mes pieds. Pas sans peine !

Merci de votre secours ! Comme les jeunes devraient penser à ces catastrophes ! J'y avais pensé, c'est vrai, mais pas assez !

Merci, mon cher Confrère, de votre mandat de 476 francs qui m'est utile. Après le premier mandat reçu, moi, un vieux, je supplie les jeunes de penser aux mauvais jours insoupçonnés.

Que cette lettre d'un vieux, que je vous demande de publier dans le *Concours*, si cela peut ouvrir des yeux, soit un avertissement aux jeunes, qui ne prévoient pas, les malheureux.

Merci et bien cordialement.

Dr J. T.

P. c. c.

Le Secrétaire général :

G. LAVALÉE.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Accidents du Travail

3.262. — Pansements de deux doigts non contigus d'une même main

J'ai vu comme accidenté du travail un blessé qui avait :

1° Un écrasement de la troisième phalange du médius gauche.

2° Une plaie par éclatement de la troisième phalange de l'auriculaire gauche ; j'avais compté les pansements à 22 francs sauf le premier que j'avais tarifé ainsi :

Certificat	10 fr.
Sérum	22 fr.
Pansement médius gauche	0
Pansement auriculaire gauche	17 fr.

Ma manière de compter n'est pas acceptée par le Syndicat de garantie qui réduit le tout comme s'il ne s'agissait que d'une seule blessure.

Qui a raison ? Dr A.

Réponse

Vous ne pouviez compter deux pansements (et en supprimer un pour éviter le cumul) puisqu'il ne s'agit pas de pansements sur des membres différents. Tout au plus, pourriez-vous compter, en l'espèce, « pansements multiples

sur un même membre = 22 francs » (art. 16). Mais il y aurait encore à discuter, alors qu'il s'agit de deux doigts de la même main. Néanmoins, à mon avis, on pourrait surtout durant les premiers jours compter 22 francs alors qu'il s'agit de deux doigts non contigus.

Dr F. DECOURT.

3.279. — Pansement long et compliqué

J'ai en ce moment une blessée qui a un gros phlegmon de la main gauche, quoique le chirurgien a fait une intervention et a placé quatre drains, j'ai à faire chaque jour un grand et long pansement assez délicat et me prenant assez de temps. Que dois-je compter à l'Assurance ? c'est-à-dire : 17 francs.

Dr B.

Réponse

Il n'y a pas de tarification spéciale pour un « pansement long et compliqué » en matière d'accidents du travail, au contraire de ce qui est noté précisément à la rubrique ci-dessus, en matière de pensionné de guerre. Or à ce sujet il est dit dans le tarif des pensionnés de guerre « (à soumettre à l'appréciation de la Commission de contrôle) = 10 à 30 francs ». Peut-être pourriez-vous en saisir l'Assurance en vue d'une entente à l'amiable en donnant toutes précisions nécessaires. Mais c'est là de ma part, une simple suggestion, sans plus.

Dr F. DECOURT.

3.315. — Electrocution

Appelé un matin d'urgence auprès un ouvrier électricien, électrocuté par la haute tension, j'ai pratiqué : respiration artificielle, huile camphrée, adrénaline intracardiaque d'ailleurs sans résultat.

Que dois-je facturer à la Compagnie d'assurances ?

Dr D.

Réponse

Vous avez à demander 55 francs par analogie avec traitement de l'asphyxie, avec respiration artificielle, etc. (art. 16 *in fine*).

Dr F. DECOURT.

3.303. — Pretium doloris d'incapacité permanente partielle

Abonné au *Concours Médical* et membre du Sou Médical et connaissant votre compétence en matière de législation médico-sociale, je vous serais infiniment obligé de vouloir bien me donner les renseignements suivants :

1° Comment faut-il marquer sur ma note d'hono-

raires pour un accidenté du travail a qui j'ai fait une suture de la peau de la région mentonnière (il s'agissait d'une plaie irrégulière) saignant abondamment et ayant donc nécessité une hémostase et une suture avec des fils de lin pour rapprocher les lèvres de cette plaie ; le travail a été assez pénible en raison de l'hémostase et du trajet irrégulier de la plaie.

2° Comme le blessé avait en même temps une plaie de la paupière supérieure du côté opposé à la plaie du menton, dois-je tarifer les pansements que j'ai faits comme des pansements distincts de ceux qu'a nécessité la plaie du menton ?

3° Enfin, la suture de la plaie de la région mentonnière ayant laissé comme séquelle une cicatrice avec un bourrelet d'une hauteur de 2 mm. et longue de 3 cm. 1 /2 et haute de 3 mm. environ.

Je pense que cette séquelle peut justifier un « pretium doloris », en d'autres termes une espèce d'incapacité permanente partielle ceci pouvant tout de même désavantager un jour mon client dans son travail. Dr R.

Réponse

1° C'est une « suture simple de la peau = 27 francs » (art. 17). L'hémostase n'est tarifée que s'il s'agit d'une des artères spécialement désignées dans ce même article quelques lignes plus loin.

2° Vous avez à compter pour les pansements consécutifs de menton plus paupière : « Pansements multiples sur le même membre = 22 francs » (art. 16).

3° Il n'y a pas lieu à incapacité permanente partielle même au titre de « pretium doloris » qui n'entraîne pas d'incapacité permanente partielle spécial. Dr F. Decourt.

b) Assurances sociales

3.276. — Paiement du donneur de sang

Faisant assez souvent des transfusions, j'ai l'honneur de vous demander quelle est la rémunération habituelle des donneurs.

Le Syndicat de la Loire prétend que la transfusion étant un K40, je dois me faire payer 25 × 40 = 1.000 francs et payer moi-même le donneur (suivant une proportion que j'estimerai juste et équitable».

C'est très bien si je fais une petite transfusion. Toutefois si je transfuse 200, 300, 400 grammes et veux rémunérer convenablement mes donneurs, il ne me reste pas grand'chose.

Combien donne-t-on habituellement aux donneurs pour les petites et les grandes transfusions ... et les moyennes...

— en clientèle ordinaire ?

— pour les accidents du travail ?

Car je pense que pour les assurés sociaux on ne





peut faire rémunérer les donneurs par les Caisses et on en est réduit ou bien à ne pas leur faire de transfusions importantes ou bien à demander plus que le tarif syndical ordinaire. Dr G.

Réponse

En matière d'accidents du travail, comme en clientèle ordinaire, la « rémunération du donneur de sang » en cas de transfusion n'est pas l'objet d'une tarification officielle. Et cependant il est évident que la « fourniture de sang » doit être rémunérée au même titre que sont payées toutes « fournitures pharmaceutiques » par exemple. Officiellement, je ne connais à ce sujet que le tarif des pensionnés de guerre où cela est indiqué dans le décret du 5 mars 1927. On y lit : « Rémunération du donneur, lorsque celle-ci est nécessaire : pour les 100 premiers centimètres cubes = 50 francs. Pour chaque prélèvement ultérieur de 100 centimètres cubes : 50 francs ». Telles sont les indications que je donnai récemment à un chirurgien, lequel s'éleva violemment contre de tels prix beaucoup trop bas. Il avait sans doute raison, mais je ne pouvais faire autre chose, n'ayant pas d'autre tarification officielle à fournir.

En ce qui concerne les assurés sociaux, je ne pense pas comme vous. Il n'y a pas de raison pour que, dans ce cas, le donneur de sang soit privé de rémunération. C'est un fournisseur, comme le pharmacien et, en cas d'intervention, quelle qu'elle soit, la tarification en K ne comporte pas les fournitures pharmaceutiques. « Ne pas faire de transfusion aux assurés sociaux » n'est pas une solution et je suis certain que vous n'y avez jamais songé.

Dr F. DECOURT.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

3.292. — Responsabilité d'accident survenu à un jardinier

J'emploie un journalier-jardinier un ou deux jours par semaine, la plupart du temps pas du tout.

Suis-je cependant responsable des accidents qui peuvent lui survenir : 1° durant son travail ; 2° durant le parcours aller et retour de son domicile au mien ? Dr H.

Réponse

Suivant l'art. 2 de la loi du 15 décembre 1922 qui a étendu aux exploitations agricoles la législation sur les accidents du travail, sont assimilés aux ouvriers agricoles ceux qui n'étant pas petits patrons sont occupés par des entrepreneurs ou par des particuliers à l'entretien et à la mise en état des jardins.

Par conséquent, il est certain que vous seriez responsable, le cas échéant, d'un accident dont

le journalier que vous employez pour l'entretien de votre jardin serait victime au cours de son travail, et il y aurait lieu pour vous de vous couvrir contre ce risque par une Assurance.

Mais votre responsabilité ne serait engagée qu'en cas d'accident survenu au cours du travail et non pas en cas d'accident survenu au cours du trajet effectué par l'ouvrier pour se rendre chez vous ou pour regagner son domicile.

3.471. — Contre-visite d'un accidenté du travail

Je viens dans ma clientèle, de voir un accidenté du travail, d'ailleurs léger. Or, en cours de traitement le blessé a reçu la visite d'un agent de l'Assurance lui prescrivant de se rendre, le lendemain, à bicyclette, à 10 km. de là, à la consultation d'un médecin, pour contrôle.

Le blessé s'y est rendu, comme il était prescrit et le pansement défait, puis refait.

Je n'ai appris la chose que le lendemain, par le blessé venu me rendre compte. Il me paraît y avoir là une double incorrection, et même une méconnaissance des règles actuellement en vigueur.

Dr P.

Réponse

La loi nouvelle sur les accidents du travail n'a pas modifié les dispositions de la loi du 9 avril 1898 relative aux modalités du contrôle exercé par le chef d'entreprise ou par son Assurance.

Comme par le passé le médecin contrôleur désigné par le chef d'entreprise a accès hebdomadaire auprès des victimes en présence du médecin traitant prévenu deux jours à l'avance par lettre recommandée.

En l'espèce l'agent d'assurances et le médecin-contrôleur ont donc violé la loi en demandant au blessé de se déplacer pour se soumettre au contrôle. Votre client aurait pu, s'il l'avait voulu, se refuser à se laisser examiner dans ces conditions et se retrancher derrière les dispositions légales pour obliger le médecin-contrôleur à venir le visiter à son domicile et en votre présence.

Mais, en fait, le blessé s'est soumis sans protestation aux indications qui lui ont été données et le contrôle reste valable.

Pour éviter à l'avenir le retour de pareils incidents, prenez la précaution, dès le début du traitement, de prévenir vos blessés du travail des droits que la loi leur réserve au sujet du contrôle et donnez leur instruction de se refuser à tout contrôle qui serait fait en dehors des conditions légales, à moins qu'un accord préalable soit intervenu entre vous et le médecin-contrôleur.

Soixante et unième année, N° 24 11 Juin 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg .	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro...........	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.

o o o

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Annecy. Lortet, Pierron.
Chamonix. de Chabanolle (*enf. cure hélio-alpine*)
Jougne. (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louveso (Ardèche). J. Goubert.
Langogne (Lozère). Adrien Forestier.
Malche (Doubs). J. Chatelain.
Mégève. Marcel Grenet, Jacqueline Grenet-Gazamian (*enf.*)
Mouthe (Doubs). R. Paindestre.
Osséjà (Pyr.-Or.) J. Avérous.
Pau (Basses-Pyr.). Cornet. Lorber.
Plateau d'Assy. E Sivrière.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Villard-de-Lans. Bassaget (*mal. enf.*), Suau (*mal. enf.*)

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires et climatiques

MM. les docteurs :

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.), Lévy.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Berck-Plage. Bouquier, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Biarritz. Clavel, M. Claverie, Lacour, Pitchalsky (*ch.r. répar. Stom.*)
Cannes. Bourgeois-Gavardin, P.-E. Bousquet, P. Houssiaux. Joublot, Gérard Monod, Roques, L. Zimmer.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Croix-de-Vie. Cristau.
Deauville. Molina.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Grau du Roi (Gard). Ramain.
Hendaye. Th. Casenave.
Le Boulou. M. Basman, J. Noguès
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, M. Lelongt, Nicolas, Trutié de Vaucresson (*chir.*)
Ouistreham-Riva-Bella. Ch. Poullain.
Paramé. Bazin.
Pau. Cornet. Lorber.
Roscoff. Bagot père, Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer. (Calvados), Em. Quiquemelle.
St-Georges-de-Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul.
St-Jean-des-Monts. Riou.
Ste **Maxime-s/Mer.** E. Bausset, Ficonetti.
St-Quay-Portrieux. Bertran
Saint-Raphaël. Boulle, Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Roux de Laroque (*Gyn. enf.*), Pierre Tridon.
Saint-Servan. Huet.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Trébeurden. Royer.
Villars-de-Lans. Bassaget.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

N° 183. — Doct. cherche remplaçant légal, sérieux, ayant perm. cond. ou bicyclette, pour tout le mois juillet. Donner référ. et condit.

N° 184. — A vend. cause double emploi, faux cabriolet tôlé 201 Peugeot. Parfait état. 7.500 compt.

N° 185. — Anjou. Poste propharm. centre riche région agric. Aff. en progress. Avenir pour médec. sérieux. Appartem. 9 p. confort. remis à neuf. Installat. méd. indépend. Garage. Long bail possible. Très pet. loyer. Prix 30.000, compt. à débat.

N° 186. — Dans ville de l'Est, veuve confr. oculiste céder., après décès cab. de son mari, avec belle clin. parfaitem. installée, matériel, nombreux instrum., accessoires.

N° 187. — A céder état neuf, nombreux volumes. Encyclopédie médico-chirurgic. Demander liste à Dr Chaudet, La Chapelle-Moche (Orne).

N° 188. — Villers-sur-Mer. Digue de mer, à louer 9.000, juillet et août, spacieuse et confortab. villa, salle bains, salle billard.

N° 189. — Offre proch. saison associat. cabinet thermal déjà installé, avec success. probable. Conviendr. à méd. milit. récemin. retraité ou en instance retraite.

N° 190. — Médecin de campagne, 55 ans, femme malade, trois enfants, se trouve dans la situat. la plus critique. Client. insuffis. pour faire vivre famille, accepter. n'importe quel emploi.

N° 191. — Chenard 11 cv 1939, conduite intérieure luxe, absolument neuve à vendre 27.000 fr. cause double emploi, facilités de paiement.

N° 192. — Banlieue parisienne S. E. import. clientèle à céder de suite. Prix 70.000 fr. dont moitié comptant. Loyer 10.000 fr.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

CABINET BREITEL ET GORET

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Paris. Centre. Méd. gle, chiffre import. de consultat., très bel appartement 7 p. Prix 90.000.

Paris. Rive gauche, confr. cesse d'exerc. céd. anc. client. avec fixes, grd appart. conf. loyer 6.000. Urgent.

Station balnéaire. Belle client. Méd. gle, fixes, villa conf. Indemnité 50.000, cpt. à déb.

Méditerranée. Gde ville, anc. client. Méd. gle, gynéco, acchts, gros chiffre d'aff. appart. 12 p. Loyer 7.500. Cession urg. 40.000 cpt.

Renseignements

Les concours, les examens approchent et deviennent de plus en plus difficiles ! Combien de candidats victimes de leur émotivité sont sujets à un trac abominable qui diminue considérablement leurs moyens... et sont recalés
3 ou 4 comprimés d'**AEINE** leur donneront la confiance en eux et... le succès.
Echantillons 6, place Clichy, Paris IXe.

Clinique de **Pacy-sur-Eure**, chirurg. génér., convalescences chirurgic. Situat. magnif. bord rivière, grand jardin, calme, soins premier ordre. Chambres de 70 à 120 fr.

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Manger vite, c'est manger sans saliver, et c'est aboutir fatalement à la dyspepsie. Sucez des TABLETTES DE MANGAÏNE, et vous provoquerez une salive abondante, chargée de principes médicamenteux puissants et aussi antiseptiques qu'agréables. L'effet est direct et rapide, 4 à 6 TABLETTES DE MANGAÏNE par jour.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

Rhumatismes. L'« UROPHENYL » en est la thérapeutique moderne et efficace. 2 à 6 cachets par jour. — Laboratoire CROUY, à Vernon (Eure).

Institut marin du Dr BAGOT, à **Roscoff**. Rhumatismes. Névralgies. Impotences articulaires et musculaire. Anémie et lymphatisme. Du 1er juin au 30 septembre.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Elections.* — MM. ARGAUD, de Toulouse, et ANCEL, de Strasbourg, sont élus correspondants nationaux dans la quatrième division (*sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles*).

— **Cinquantenaire de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie.** — La Société française de dermatologie et de syphiligraphie célébrera le jeudi 22 juin 1939 le Cinquantenaire de sa fondation.

Voici le programme de la séance qu'elle tiendra, à cette occasion, au Musée de l'hôpital Saint-Louis, à Paris.

9 h. 30 : Présentation des rapports de M. Tzanck et de M. Rivalier sur « Le rôle du sympathique dans les accidents de la chimiothérapie arsenicale. »

12 heures : Promenade-conférence dans l'hôpital Saint-Louis, sous la direction de M. Pignot, conservateur du Musée.

12 h. 30 : Déjeuner dans les jardins de l'hôpital Saint-Louis, devant le pavillon Gabrielle, à l'endroit même où Alibert donnait son enseignement.

15 heures : Séance commémorative. Allocution de M. le Professeur Marfan, membre fondateur de la

Société de dermatologie. — Discours de M. Touraine, président de la Société de dermatologie. — Discours de M. le Professeur Spillmann (Nancy) au nom des filiales provinciales de la Société. — Discours de M. le Professeur Nékam (Budapest) au nom des membres étrangers de la Société. — Souvenirs et anecdotes par M. Hudelo, président d'honneur de la Société.

Le déjeuner, auquel les dames sont conviées, sera servi par la maison Potel et Chabot, au prix de 100 francs par personne. Pour y participer, prière d'adresser les inscriptions avec le montant de la quote-part, avant le samedi 17 juin, au secrétaire général de la Société, le Docteur Fernet, 11, rue de Sontay, à Paris (XVI[e]).

— **La Société de sexologie** (*Société pour l'étude biologique de la génération, de la natalité et de l'hérédité*) a inscrit à l'ordre du jour de sa séance du 29 juin 1939, une série de rapports relatifs à l'étude de l'avortement.

Cette séance, qui sera placée sous la présidence d'honneur de M. Justin Godart, ancien ministre, membre de l'Académie de médecine, aura le programme suivant :

1. L'avortement dans l'histoire : Professeur Laignel-Lavastine. — 2 Mécanisme biologique de l'avortement : M. R. Moricard — 3 Conséquences pathologiques de l'avortement : Professeur Lévy-Solal et M. Sureau. — 4. Réactions psychiques de l'avortement : M. Cénac. — 5. Etude démographique de l'avortement en France : M. Devraigne. — Etude sociale de l'avortement : MM. Toulouse et Leconte. — 7. Conceptions médico-légales de l'avortement dans les divers pays : Professeur Huguenet et Brindeau.

En conclusion de ces rapports des mesures seront étudiées et proposées aux Pouvoirs publics, en accord avec les représentants de la Société de médecine légale, afin de lutter contre ce grave facteur de dépopulation.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. H. Simonnet, 9, rue de la Cité-Universitaire, Paris (XIV[e]).

— **Une belle journée chez les médecins d'Eure-et-Loir.** — Le dimanche, 4 juin 1939, avait été choisi par les confrères d'Eure-et-Loir pour organiser la réunion annuelle de leurs diverses Associations. Ils étaient venus très nombreux, et l'on éprouvait à les voir, à les entendre, une forte et réconfortante impression de solidarité, de confiance réciproque. Leur président, M. le Docteur de Fourmestraux avait bien voulu, en effet, me convier fort aimablement aux assemblées de cette journée. J'y représentais le *Concours Médical* et c'est en son nom que je reçus de tous l'accueil le plus sympathique. Nos remerciements les plus vifs. Deux autres Parisiens étaient également de la fête : les Docteurs Bellencontre, ancien président de l'Association générale, et O'Followell.

FURONCULOSE

ALLERGANTYL

MILUC

Nouvelle adresse
2, Rue Joseph Bara
PARIS 6e

Modificateur du terrain humoral (Solution sans sucre)

FURONCULOSE : 3 CUILLERÉES A SOUPE PAR JOUR. Diminuer progressivement la dose une fois le furoncle séch

DERMATOSES : 2 CUILLERÉES A DESSERT PAR JOUR : 20 jours par mois

chaque cuillerée dans 1/2 verre d'eau 1/4 d'heure avant les repas

EMPLOYER la POMMADE ALLERGANTYL en traitement externe synergique complétant l'action de la Solution intern

---

LABORATOIRES MILUC. — L. RAGOUCY, Pharmacien,



A midi, un déjeuner fort bien ordonnancé et très agréable avait réuni tous nos confrères à l'hôtel du Grand-Monarque.

Enfin la journée prit fin sur l'Assemblée départementale des Assises générales de médecine sous la présidence du Docteur Foisy, qui avait à ses côtés le distingué clinicien qu'est le Docteur Durand (de Courville). L'ordre du jour comportait le traitement des ulcères gastro-intestinaux : deux rapports furent présentés, l'un par le Docteur Carlotti pour la partie médicale, l'autre par le Docteur Fredet, pour la partie chirurgicale.

G. Fischer.

— **Amicale des médecins de Bretagne.** — Le dîner de l'Amicale des médecins de Bretagne a eu lieu le 17 mai.

Pour renseignements concernant cette Amicale écrire à M. Larcher, président fondateur, 1, rue du Dôme, Paris (XVI[e]).

— **L'examen radiographique des candidats à l'École Saint-Cyr.** — Les candidats déclarés admissibles à l'école spéciale militaire de Saint-Cyr feront l'objet, aussitôt après la publication de la liste d'admissibilité, d'un examen radiographique qui sera effectué au service de radiologie militaire le plus voisin du centre où ils auront composé.

Cet examen sera pratiqué aux frais de l'intéressé.

Les films radiographiques seront joints aux dossiers des candidats admis à l'École (*Circulaire du 17 mai* 1939).

— **Naissance.** — Ghislaine Bernard a le bonheur de vous faire part de la naissance de sa sœur *Katherine.*

Champtoceaux (Maine-et-Loire), 13 mai 1939. — Docteur et Madame Bernard.

— **Nécrologie.** — Nous apprenons avec un profond regret la mort du Docteur C. Fistié, de Bar-le-Duc, chirurgien honoraire de l'hôpital, chevalier de la Légion d'honneur, officier de la Santé publique, décédé le 25 mai 1939 à l'âge de 75 ans. Il était le beau-père du Docteur A. Mougeolle, de Troyes, à qui nous adressons l'expression de notre douloureuse sympathie.

— Le Docteur Antoine Lavrand a la douleur de faire part de la mort de son père, le Docteur Hubert Lavrand, professeur honoraire à la Faculté libre de médecine de Lille, chevalier de Saint-Grégoire-le-Grand, décédé à Lille le 16 mai 1939, dans sa 82[e] année. Ses obsèques ont eu lieu le samedi 20 mai en l'église Saint-Etienne, à Lille.

Nous adressons au Docteur Antoine Lavrand et à sa famille nos plus sincères condoléances.

◆ ◆ ◆

A TRAVERS L'OFFICIEL

Assurances sociales

Contrôle général des Assurances sociales.

Par arrêté du 4 mai 1939, M. le Docteur Sibut, ancien contrôleur des Assurances sociales, a été nommé contrôleur honoraire des Assurances sociales.

(*J. O.*, 24 mai 1939.)

Hôpitaux psychiatriques

Par arrêté en date du 20 mai 1939, M. le Docteur Maillefer, reçu au concours du médicat des hôpitaux psychiatriques en 1938, est nommé médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Fains-les-Sources (Meuse), en remplacement de Mme le Docteur Collet, affectée à l'hôpital psychiatrique de Dijon.

(*J. O.*, 27 mai 1939.)

Inspection départementale d'hygiène

Décret du 20 mai 1939 fixant les modalités d'application du décret du 13 décembre 1938 relatif aux inspections médicales d'hygiène en Algérie.

(*J. O.*, 24 mai 1939.)

Sanatoriums publics

Liste d'aptitude pour l'année 1939 aux fonctions de médecin directeur (par ordre alphabétique) (sanatoriums publics).

Tuberculose pulmonaire : M. le Docteur Chognon ; Mlle le Docteur Fié ; Mlle le Docteur Jamin ; M. le Docteur Jasienski ; M. le Docteur Schouller.

Tuberculose chirurgicale : M. le Docteur Fitte.

(*J. O.*, 27 mai 1939.)

Service de santé militaire

Par décision du 29 avril 1939 et par application de l'article 23 de la loi du 8 janvier 1925, sont placés dans la position d'officier honoraire, à compter du jour de leur radiation des cadres :

Avec le grade de médecin capitaine. — Lerouge, Deffuant.

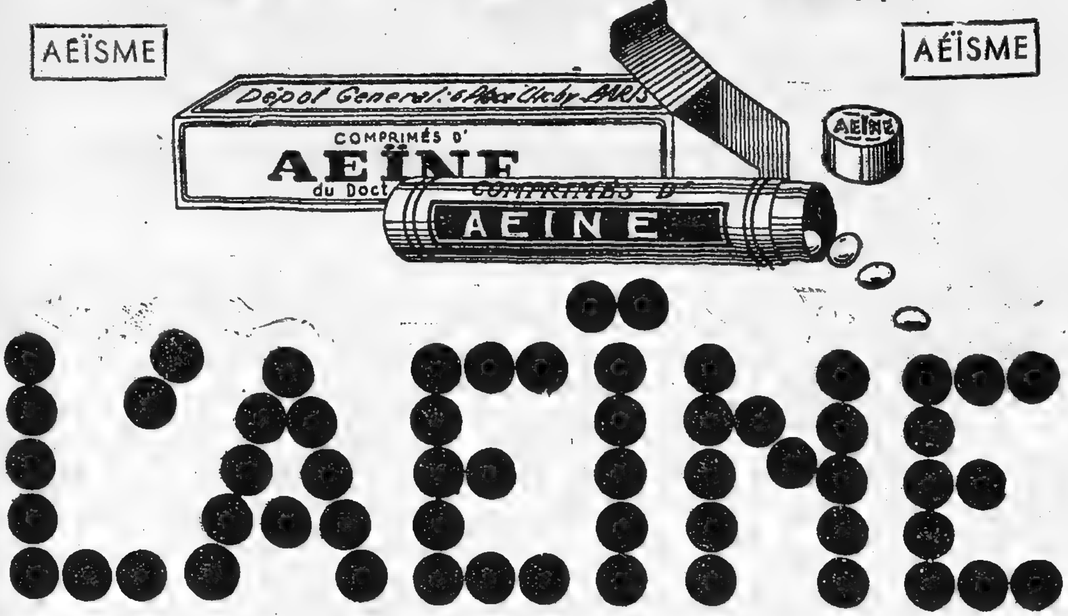
Avec le grade de médecin lieutenant. — Loorius, Augereau.

Avec le grade de médecin sous-lieutenant. — Chatain.

Par décret du 11 mai 1939, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les élèves officiers de réserve (médecins) : (rang du 5 avril 1939) Abeille, rég. de Paris ; Cortial, rég. de Paris ; Gaudron, rég. de Paris ; Lemaire, rég. de Paris Peretmère, rég. de Paris ; Rancoule, rég. de Paris Schermann, rég. de Paris ; Tetu, rég. de Paris ; Aragon 19e C. A. ; Frey, 19e C. A.



Par décision du 12 mai 1939, les élèves officiers de réserve (médecins) ci-après désignés, sont nommés au grade de médecin aspirant et sont maintenus dans leur affectation actuelle :

(Rang du 5 avril 1939) Kern, rég. de Paris ; Strass, 20e rég. ; Holvec, 7e rég. ; Watel, 19e C. A. ; Dechavanne, 19e C. A. ; Bertaud, troupes du Maroc ; Moinecourt, troupes du Maroc ; (rang du 6 mai 1939) Aschkenasy, rég. de Paris.

Par décret du 19 mai 1939, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les élèves officiers de réserve (médecins) : (rang du 5 avril 1939) Margot, 14e rég. ; Salembier, 14e rég. ; Vignon, 14e rég. ; (27 avril 1939) le méd. auxil. Beaugrand, 2e rég.

Par décret du 15 mai 1939, sont promus dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé, les officiers de réserve ci-après désignés qui, par décision de même date, sont maintenus dans leur affectation actuelle.

Au grade de médecin lieutenant

Les méd. lieut. de rés. : (rang du 18 octobre 1936) Bodet, rég. de Paris ; (rang du 15 mai 1938) Pariente, rég. de Paris ; (rang du 2 octobre 1938) Fontaine, 3e rég. ; (rang du 4 octobre 1938) Glaserman, rég. de Paris ; Topart, rég. de Paris ; (rang du 6 octobre 1938) Dauphin, rég. de Paris ; Eurin, 3e rég. ; Cortial, 7e rég. ; (rang du 8 octobre 1938) Carrin, 1re rég. ; (rang du 10 octobre 1938) Champault, rég. de Paris ; (rang du 11 octobre 1938) Jeanclaude, 6e rég. ; (rang du 13 octobre 1938) Chazelas, 9e rég. ; (rang du 16 octobre 1938) Morvan, 18e rég.

(Rang du 13 novembre 1938) Rougier, rég. de Paris ; (rang du 17 novembre 1938) Galan, rég. de Paris ; Theron, rég. de Paris ; (rang du 22 novembre 1938) Lenoir, 5e rég. ; (rang du 1er décembre 1938) Lipsztejn, rég. de Paris ; (rang du 5 décembre 1938) Maros, 4e rég. ; (rang du 8 décembre 1938) Rech, tr. du Maroc ; (rang du 11 décembre 1938) Parrain, 5e rég. ; Daniel, 15e rég. ; (rang du 15 décembre 1938) Lugand, 14e rég. Goudert, 15e rég. ; Offant, 15e rég.

(Rang du 20 décembre 1938) Bribot, 15e rég. ; Capus 15e rég. ; Lumbroso, 15e rég. ; (rang du 21 décembre 1938) Bellière, rég. de Paris ; Pouget, 5e rég. ; Calmels, 9e rég. ; (rang du 22 décembre 1938) Herbaux, 1re rég. ; Kessis, 19e C. A. ; (rang du 23 décembre 1938) Dauchy, 1re rég. ; Benard, 3e rég. ; (rang du 25 décembre 1938) Faucheux, 1re rég. ; (rang du 1er janvier 1939) Fagard, 3e rég. ; Fournée, 3e rég. ; (rang du 11 janvier 1939) Ausseil, 16e rég. ; (rang du 22 janvier 1939) Lacorne, rég. de Paris ; (rang du 16 février 1939) Ordonneau, rég. de Paris ; (rang du 17 février 1939) Blanchard, rég. de Paris ; Breton, rég. Paris ; Brissaud, rég. de Paris ; Debain, rég. de Paris ; Lesieur, rég. de Paris ; Vincent, rég. de Paris ; Grislain, 1re rég. ; Target, 1re rég. ; Barone, 19e C. A.

(Rang du 18 février 1939) Garcin, 13e rég. ; (rang du 11 mars 1939) Potel, 14e rég.

Par décret du 15 mai 1939, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé, à compter du jour de l'acceptation de la démission de leur grade, les *officiers de réserve démissionnaires* ci-après désignés qui, par décision de même date, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

(Rang du 31 mars 1937) Revel, ex-lieut. de rés.

d'art., aff. 8e rég. ; Papon, ex-lieut. de rés. d'art., aff. 13e rég.

Par décret du 15 mai 1939, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé, et par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les élèves officiers de réserve (médecins) ci-après désignés :

(Rang du 5 avril 1399) Piffert, 20e rég. ; Duroux, tr. du Maroc ; (rang du 28 avril 1939) Voisin, 5e rég. ; (rang du 5 mai 1939) Pouret, 9e rég.

Par décret du 15 mai 1939, sont nommés dans le cadre des officiers ne réserve du Service de santé, le *officiers de réserve titulaires du diplôme de docteur en médecine* ci-après désignés qui par décision de même date, reçoivent les affectations suivantes.

Au grade de médecin lieutenant

Le dent. lieut. (rang du 15 août 1933) Seiler, 14e rég., maint:

Au grade de médecin sous-lieutenant

Le dent. sous-lieut. (rang du 21 septembre 1935) Marion, 14e rég. ; maint.

Par décision du 16 mai 1939, les élèves officiers de réserve (médecins, pharmaciens, dentistes) ci-après désignés, sont nommés au grade d'aspirant et sont maintenus dans leur affectation actuelle :

Au grade de médecin aspirant

Les élèves officiers de réserve (médecins) ci-après désignés :

(Rang du 5 avril 1939) Clert, 14e rég. ; Couray, 14e rég.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Le tarif de réassurance ne s'impose pas obligatoirement aux Caisses d'Assurances sociales

5.378. — M. Froget, sénateur, expose à M. le ministre du Travail que, par son arrêté du 30 novembre 1937, le tarif limite de réassurance des Caisses primaires d'Assurances sociales est fixé à 80 p. 100 du prix moyen de journée de l'Assistance médicale gratuite des trois derniers exercices ; que, conformément à cet arrêté, M. le Préfet du Rhône a fixé, dans ses arrêtés des 5 janvier 1938 et 27 juin 1938, le tarif limite pour l'hôpital-maternité de Tarare : à 22 fr. 10 et 25 fr. 05 pour la chirurgie, et à 20 fr. 30 et 21 fr. 50 pour la médecine, et demande : 1° pourquoi les Caisses primaires du Rhône remboursent actuellement 20 francs par journée en chirurgie, 17 francs par journée en médecine ; celles de la Loire, 15 fr. 30 en chirurgie et 13 fr. 60 en médecine, participations ne paraissant pas être en concordance avec la recommandation insérée dans la circulaire ministérielle du 30 novembre 1937 ainsi conçue : « ledit tarif de responsabilité se rapprochera le plus possible du tarif-limite du prix de journée d'hospitalisation fixé par arrêté préfectoral » ; 2° pourquoi les assurés sociaux qui payent partout une cotisation de 4 p. 100 sur leur salaire, ne bénéficient-ils pas de prestations égales d'un département à l'autre pour un

même établissement hospitalier. (*Question du* 29 *avril* 1939.)

Réponse. — 1° Le tarif limite de réassurance fixé par l'arrêté du 7 octobre 1938, annulant et remplaçant l'arrêté du 30 novembre 1937, n'est pas nécessairement égal au tarif de remboursement des Caisses d'assurances sociales. Ce dernier tarif est librement fixé par le Conseil d'administration de chaque Caissse, sous réserve de son approbation par la Commission régionale tripartite prévue à l'article 8, paragraphe 4, du décret-loi du 28 octobre 1935, Commission comprenant des représentants de toutes les parties intéressées, y compris les Commissions administratives des hôpitaux et hospices publics.

La circulaire du 30 novembre 1937 ne saurait prévoir aucune disposition contraire au décret-loi du 28 octobre 1935, mais contient uniquement des directives pour les Caisses d'assurances sociales ;

2° La différence des tarifs, pour un même établissement hospitalier, provient de la faculté laissée aux Conseils d'administration de fixer le tarif de responsabilité de leur Caisse d'assurances sociales (décret-loi du 28 octobre 1935, art. 6, § 15, 2e alinéa, et art. 8, § 4). (*J. O.*, 24 mai 1939.)

Le pensionné de guerre soigné aux frais de l'Etat est dispensé de tout débours

5.312. — M. Gasnier-Duparc, sénateur, demande à M. le ministre des Anciens combattants et pensionnés, si un mutilé de guerre habitant une commune où il n'y a qu'un seul médecin, et qui ne veut pas faire appel aux soins de ce médecin et fait venir pour le soigner à domicile — étant dans l'impossibilité de se déplacer — un médecin d'une localité voisine, la plus proche, distante de 7 kilomètres, doit payer à ce médecin, les frais de déplacement à l'exclusion de la consultation payée par la Préfecture sur production du bon détaché du carnet de soins, et si le médecin appelé de la localité voisine a le droit de demander au mutilé le payement au tarif ministériel de l'indemnité kilométrique. (*Question du* 16 *mars* 1939.)

Réponse. — Les bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 reçoivent les soins sans avoir à effectuer aucun débours.

Il appartient aux médecins, s'il y a lieu, de porter sur les bulletins de visite le montant des frais de déplacement dans les conditions fixées par le décret du 25 octobre 1922, l'indemnité de déplacement ne pouvant « en aucun cas excéder celle attribuable au médecin ou au spécialiste le plus rapproché ».

(*J. O.*, 12 mai 1939.)

Les fournitures pharmaceutiques ne sont pas comprises dans le forfait opératoire (Assurances sociales)

9.034. — M. Maurice Voirin demande à M. le ministre du Travail si une Caisse primaire d'assurances sociales, effectuant un remboursement global,

pour une opération pratiquée à domicile ou au cabinet du praticien, est tenue de rembourser en sus les fournitures pharmaceutiques nécessitées pour cette opération. (*Question du 4 avril 1939.*)

Réponse. — Réponse affirmative.

(*J. O.*, 14 mai 1939.)

Les malades soignés dans une clinique installée dans un hôpital ne peuvent honorer directement le chirurgien

5.358. — M. Raymond Martin, sénateur, expose à M. le ministre de la Santé publique qu'un chirurgien fonde à ses frais une clinique chirurgicale dans la cour d'un hôpital, avec l'assentiment de la Commission administrative de cet hôpital, et demande si ses opérés peuvent honorer directement le chirurgien alors que l'hôpital prendrait à sa charge l'exploitation de cette clinique. (*Question du 11 avril 1939.*)

Réponse. — Négative. Un particulier ne saurait faire aucune installation sur le domaine public, et un établissement public ne saurait s'associer avec un particulier. L'admission des malades payants dans les hôpitaux est réglée par l'article 28 du règlement intérieur modèle annexé à la circulaire du 31 mars 1926, qui interdit les tractations directes entre médecins et malades. Cette interdiction a été confirmée par l'arrêt du Conseil d'Etat du 21 février 1936 et la circulaire du 28 septembre 1936.

(*J. O.*, 17 mai 1939.)

SOINS AUX PENSIONNÉS DE GUERRE

Révision des pensions abusives

Dans notre supplément mensuel d'avril 1939 (nº 19) relatif aux soins aux pensionnés de guerre, nous avons indiqué page 3 au bas de la première colonne, qu'un décret-loi du 8 août 1935 (art. 7) ôtait le bénéfice de l'art. 64 sur les soins gratuits aux malades et invalides dont la pension aura été supprimée.

Or la Fédération nationale des blessés du poumon, nous signale que l'art. 7 du décret-loi précité a fait l'objet d'une abrogation formelle par l'art. 24 du décret-loi du 25 août 1937 fixant les modalités d'application de la révision des pensions abusives. Aux termes de cet article « les malades et invalides dont la pension aura été supprimée en vertu du présent décret continueront à bénéficier des dispositions de l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919 ». L'art. 26 précise d'autre part que ces dispositions seront applicables aux ex-pensionnés dont la pension aura été supprimée en vertu du décret-loi du 8 août 1935.

Il suffit pratiquement à ceux qui se trouvent devenir à nouveau bénéficiaires des soins gratuits d'adresser une demande de rétablissement dans leur droit à

l'Administration centrale des pensions, par l'intermédiaire de l'Intendance de leur domicile, pour obtenir un livret de soins.

Nous prions nos lecteurs de bien vouloir excuser cette erreur, et d'opérer eux-mêmes sur leur supplément la présente rectification.

N. D. L. R.

A propos de « Gangrène cutanée d'un doigt consécutive à un pansement d'eau oxygénée »

Le Professeur Paul Hardouin, de Rennes, nous adresse la note ci-après qui lui est envoyée par un de ses anciens élèves, le Docteur Fauquet :

« Mme C..., 50 ans, se fait une coupure avec un couteau, au niveau de la face dorsale de la deuxième phalange du médius gauche en préparant du poisson.

« Elle envoie chercher immédiatement une bouteille d'eau oxygénée chez le pharmacien et se fait de suite un pansement à l'aide d'une gaze imbibée de ce liquide.

« Au bout de quelques instants, ressentant une vive brûlure sous le pansement, elle l'enlève, et constate que son doigt est devenu tout blanc, puis il se produit des phlyctènes. Celles-ci furent ponctionnées et donnèrent issue à un liquide citrin. La cicatrisation fut complète en trois semaines. La douleur du début dura trois à quatre jours.

« Il s'agissait de toute évidence d'une brûlure au deuxième degré due à l'eau oxygénée. Celle-ci ne fut pas analysée, lacune regrettable, mais le pharmacien affirme qu'il s'agissait d'une eau oxygénée à 10 vol.

« Il faut savoir que certains pharmaciens préparent leur eau oxygénée en diluant une solution mère à 100 vol. Cette dernière se présente sous forme d'un liquide sirupeux qui est extrêmement caustique, et lorsqu'il entre en contact avec les téguments, il provoque une cuisson très violente et immédiatement la peau devient blanche et dure, ensuite il se forme une phlyctène.

« J'ai constaté le fait chez un médecin pro-pharmacien que j'ai remplacé.

« Il peut donc se faire parfois, quoique exceptionnellement, qu'une brûlure par pansement à l'eau oxygénée pure puisse se produire à la suite de la livraison d'une solution trop concentrée. »

Dr Fauquet.

CLIMATOTHÉRAPIE

Depuis de longs siècles les médecins connaissent les bienfaits du « changement d'air ». Mais c'est depuis quelques années seulement qu'ils s'inquiètent d'analyser le mode d'action des influences atmosphériques.

C'est, à cet égard, le nourrisson qui fut le premier sujet d'étude lorsque, Mouriquand, voici une dizaine d'années, décrivit son « symptôme du vent du midi ».

La Faculté de Lyon poursuit son étude féconde des climats et l'an dernier au I[er] Congrès de cosmobiologie, tenu à Nice, le Professeur Piéry faisait une fort intéressante communication sur « Les climats et la rénovation de l'adolescence », cette adolescence qu'il estime particulièrement mal protégée puisqu'elle est en même temps hors du domaine des pédiatres et des médecins d'adultes.

L'adolescence est cette période de la vie qui va de l'annonce de la puberté jusqu'à l'arrêt de la croissance staturale, de 12 à 20 ans, environ chez les filles, de 14 à 22 ans chez les garçons.

A la puberté, âge ingrat, entrent en action les glandes à sécrétion interne sous l'active poussée des glandes génitales. Cette suractivité endocrinienne non seulement dirige la croissance et parfait les formes corporelles, mais elle accélère aussi les phénomènes d'assimilation et de désassimilation. L'adolescence est une véritable crise de suractivité physiologique, donc imminence morbide. C'est l'âge en particulier des terribles poussées tuberculeuses.

Par une inconséquence qu'expliquent les nécessités sociales de l'instruction ou de l'apprentissage il se trouve que c'est aussi la période de la vie la plus surmenée, la plus malmenée. De quoi nous sommes tous, parents et médecins, grandement coupables.

Pour porter remède à cette situation le procédé *essentiel*, c'est la cure hélio-climatique combinée avec l'éducation physique, les sports médicalement individualisés et contrôlés.

Le soleil d'abord, dont les radiations exercent une action prédominante sur l'activation des glandes endocrines, sur la régulation de la croissance, sur l'augmentation dans le sang du calcium et du phosphore. Il est bien connu que les climats tropicaux déterminent, *tant chez les importés que chez les indigènes*, une puberté précoce.

Par ailleurs les deux grands climats thérapeutiques, mer et montagne, exercent une action quasi spécifique mais aussi quasi opposée. Le climat côtier, avec son adjuvant les bains de mer, active ; le climat de montagne freine. Si le gain en poids est sensiblement le même ici et là

le développement statural l'emporte nettement à la mer. Il sied donc d'envoyer à la montagne ces adolescents trop hâtivement poussés, à la haute et mince silhouette ; là ils développeront leur thorax et étofferont leurs membres grêles. Et à la mer les retardés, les infantiles, les obèses.

Ce n'est pas seulement sur le physique qu'agissent les climats. Ils modèrent aussi cette « ivresse intellectuelle » des jeunes dont parle Platon.

Le Professeur Piéry pense, au reste, avec Alexis Carrel que les intempéries, froid, chaleur, pluie, brouillard, particulièrement marquées sur les côtes comme en montagne n'ont pas à être redoutées pour les adolescents, mais qu'elles sont au contraire éminemment éducatrices. L'effort quotidien est le fondement de l'éducation chez l'homme ; lui seul assure la force et préserve la santé.

Toutes ces idées générales énoncées, reste à préciser la mise en œuvre.

Pour qu'une cure climatique rende son plein effet, il ne faut pas le borner aux quelques semaines des grandes vacances mais la répéter lors de toutes les vacances scolaires.

A l'usage les adolescents dont la santé est troublée et menacée il faut créer des établissements spéciaux d'instruction, spéciaux non seulement parce que situés sur les côtes ou en montagne mais aussi parce que pourvus d'une organisation de cure climatique et d'éducation physique.

Même, allant plus loin, et puisqu'il est entendu que tout adolescent a besoin d'air, de soleil et d'exercice, on peut dire que l'internat au sein des grandes villes doit disparaître. Les moyens modernes de transport et de diffusion de l'enseignement permettent de renoncer à l'entassement des jeunes dans certains centres où il ne trouvent aucune de leurs nécessités vitales.

Puissent les maîtres de l'Université et les chefs de famille entendre ces revendications du Professeur Piéry en faveur de ceux qui sont l'espoir du pays.

G. LAVALÉE.

La Ligue médicale de Défense professionnelle « **Le Sou Médical** » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 150.000 francs. Et cette garantie est portée à 1.000.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical.*

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien pécuniaire dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

Voir la suite page LIX-1665

PROPOS DU JOUR

LES SIGNES EXTÉRIEURS DE LA RICHESSE CHEZ LES MÉDECINS AUJOURD'HUI ET AUTREFOIS

LA FORTUNE DE GEORGES MARESCHAL, PREMIER CHIRURGIEN DE LOUIS XIV

Les signes extérieurs de la richesse sont à l'ordre du jour et leur appréciation préoccupe le fisc et nombre de nos confrères. Cette appréciation pour être à peu près équitable doit varier avec chaque personne.

Un appartement de plusieurs pièces, à loyer élevé par exemple est un signe extérieur de richesse pour un célibataire ou un médecin âgé seul. Il est tout juste suffisant pour un ménage, doté d'une nombreuse famille. Il en est de même pour le nombre des domestiques. Nous connaissons un confrère qui à cause de sa vue et de ses réactions nerveuses, est incapable de conduire son auto. La nécessité d'avoir recours à un chauffeur est pour lui une grande charge et non pas un signe extérieur de richesse.

Il ne faut pas toujours apprécier la fortune d'un spécialiste ou d'un médecin réputés à l'importance de leur train de vie. Nous avons connu au début de ce siècle tel chirurgien, tel accoucheur, tel spécialiste, qui donnaient des réceptions fastueuses, et qui le lendemain de leur mort, lorsque leur succession fut liquidée, laissèrent leur famille dans une misère relative. Leurs veuves furent parfois obligées de vendre quelques beaux bijoux ou quelques tableaux de maître, pour ne pas être obligées de tendre la main.

Depuis la guerre et surtout depuis la crise économique la situation est devenue beaucoup plus critique pour les confrères dont on enviait jadis le sort. Il leur est difficile de trop restreindre leurs frais, s'ils veulent ne pas déchoir dans l'esprit de leurs relations qui contribuaient autrefois à entretenir leur riche clientèle et cette dernière s'amenuise tous les jours.

Les étrangers fortunés ne viennent plus se faire soigner en France. D'autre part, les châteaux, les villas, les propriétés de plaisance qu'ils ont acquis au cours de leur période de prospérité, sont pour eux de lourdes charges. Ils doivent en payer les gardiens, les impôts, l'entretien dont le coût est allé sans cesse en s'accroissant. « Qu'ils les louent ou qu'ils les vendent ! », répliquerez-vous. Oui, mais à qui ? Ces riches demeures ne trouvent ni locataires, ni acquéreurs, même au prix le plus bas, car elles entraînent à trop de frais. De sorte que nous voyons aujourd'hui, tel grand médecin, possesseur d'un château à la campagne, d'une villa à la mer, d'un hôtel à Paris, signes extérieurs indubitables de la richesse, qui dispose d'une trésorerie insuffisante et est obligé de s'endetter. On objectera que les médecins, même distingués, ont peu l'esprit pratique, qu'au lieu d'acheter des hôtels, des châteaux, des villas, ils auraient mieux fait d'acquérir de bonnes fermes en Normandie ou quelques maisons de rapport.

Il en est sans doute qui suivent cette sage ligne de conduite et préfèrent pour eux être locataires que propriétaires d'immeubles improductifs. Ils n'ont pas les signes extérieurs de la richesse et peuvent plus facilement se défendre contre les exigences des agents du fisc, mais aussi ils n'éblouissent pas leurs relations, ni leurs clients et leur prudente parcimonie leur porte auprès d'eux préjudice.

Il y a quelques siècles, nos confrères haut placés savaient édifier de solides fortunes.

Nous n'en prendrons qu'un comme exemple, Georges MARESCHAL, le dernier chirurgien de Louis XIV, parfait honnête homme, modèle de conscience professionnelle, qui dut son succès surtout à son mérite.

Georges Mareschal, fils d'un officier de Calais, jouissant d'une maigre retraite, était sans fortune.

A 18 ans, il vint à Paris, se plaça comme garçon chez un maître chirurgien et se livra avec passion à l'étude de l'anatomie. Il se fit apprécier à l'Hôtel-Dieu par les chirurgiens Morel et Roger. Maître-chirurgien à 30 ans, il épousa la fille d'un de ses patrons, Marie Roger, et son habileté, son travail et son talent lui permirent de remplacer son beau-père comme chirurgien en chef. Réputé comme habile lithotomiste, il opéra de la pierre avec succès Fagon, le premier médecin de Louis XIV.

L'archiâtre lui fut reconnaissant, le poussa à la Cour, et, lors de la mort du premier chirurgien, Félix, en 1703, obtint pour Georges Mareschal la charge de premier chirurgien du Roi. Il avait 45 ans. La fortune de Mareschal s'accrut à dater de ce jour et cependant le premier chirurgien était modeste et loin d'être un plat courtisan. Une anecdote que rapporte Saint-Simon et que Sainte-Beuve reproduit dans son histoire de *Port-Royal*, en est la preuve.

Au temps où sévissaient les persécutions contre les religieuses de Port-Royal, Mareschal fut demandé auprès d'une d'entre elles pour décider de l'amputation d'une jambe. On conseilla au premier chirurgien avant de se rendre à Port-Royal de demander l'autorisation du Roi, car c'était téméraire, surtout à lui qui n'était en charge que depuis un an, d'aller porter secours à une religieuse considérée comme rebelle. Le Roi fut touché par la franchise et les sentiments de charité de Mareschal et lui donna l'autorisation d'aller à Port-Royal à la condition de lui faire un rapport exact sur l'état d'esprit des religieuses. A son retour, Mareschal fit l'éloge des sœurs de Port-Royal et dit au Roi qu'elles étaient de véritables saintes. Louis XIV l'écouta avec bienveillance, mais les persécutions ne furent pas interrompues pour cela.

Le Roi néanmoins conserva sa confiance en son premier chirurgien. Quelques années plus tard Mareschal opéra avec succès de la pierre le Comte de Toulouse et le Roi lui donna directement 10.000 écus pour lui témoigner sa gratitude.

La fortune de Georges Mareschal était solidement établie. Il se montra généreux, contribua à doter maints établissements charitables et n'oublia pas les chirurgiens, ses confrères, s'efforçant de développer leur instruction et de faire progresser la chirurgie. Il fonda et organisa avec La Peyronie qui fut son successeur, l'*Académie de chirurgie* qui brilla d'un si vif éclat.

Malgré ses libéralités, Georges Mareschal à sa mort en 1736 (1) laissa à ses enfants une sérieuse fortune, constituée en propriétés qu'il acquit depuis 1712 et qu'il augmenta chaque année par de nouveaux achats. Nous en trouvons l'énumération dans un mémoire documenté de M. Léon Mirot sur *les Seigneurs de Bièvre-le-Châtel*, publié dans le dernier *Bulletin de la Société d'histoire de Paris et de l'Ile-de-France*.

Le 18 mars 1712, quelques mois après avoir reçu du Roi les 10.000 écus pour la guérison du Comte de Toulouse, G. Mareschal acheta la seigneurerie et le château de Bièvre où il devait mourir, comprenant 240 arpents de terres labourables, friches, vignes, prés, bois, taillis ; puis il acquit le fief voisin de Mesnil des dames de Saint-Cyr, une partie de la seigneurie de Gomonvilliers aux Condé, les fiefs du Pistollet, de la Ville-du-Bois, (2) de la Barre, de Meudon, de Favreuse, le tout d'une contenance totale de 800 arpents, achetés 141.000 livres.

En 1716, G. Mareschal achetait 60.000 livres la seigneurie de Monteclin (97 arpents de terres labourables, 20 de prés, 126 de friches, 90 de bois). Quatre ans plus tard, il acquérait pour 30.000 livres la seigneurie de la Cour-Rolland, puis la seigneurie de Velizi (614 arpents avec droit de haute, moyenne et basse justice), aux religieuses de l'abbaye aux Bois, le fief d'Ursine pour 132.000 livres, enfin en 1725 le domaine du Val-Profond abandonné pour 80.000 livres par les religieuses de l'abbaye du Val-de-Grâce.

La terre de Bièvre fut érigée en marquisat en 1750 en faveur de son petit-fils, maître de camps, écuyer ordinaire du Comte de Provence, Georges-François Mareschal dernier seigneur de Bièvre. La terre de Bièvre, confisquée, pendant la Révolution comme bien d'émigré, fut divisée et vendue.

Telles furent les origines et la destinée de la fortune de Georges Mareschal, le célèbre chirurgien du Grand-Roi, dont les débuts furent très modestes et qui sut, tout en étant bienfaisant et généreux, assurer à sa famille un domaine qui ne se bornait pas à donner l'impression décevante des signes extérieurs de la richesse.

J. Noir.

(1) Il mourut au château de Bièvre et fut inhumé avec sa femme Marie Roger dans le chœur de l'Eglise.

(2) Rappelons que le Dr Cathelin a établi qu'Ambroise Paré avait acquis à la Ville du Bois une « maison des champs ».

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LES ECZÉMAS PROFESSIONNELS

Par le Professeur GOUGEROT

Professeur de clinique de maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Les eczémas professionnels ont une grande importance en raison : — de leur fréquence croissante par suite du développement des industries modernes ; — des nombreux problèmes généraux et pratiques qu'ils soulèvent, en particulier au sujet de leur pathogénie et du rôle capital de la sensibilisation ou anaphylaxie, du facteur local prédisposant de la porosité épidermique, du facteur général des troubles de lésions viscérales entravant les défenses de l'organisme, surtout les troubles hépatiques ; — enfin des mesures médico-sociales et de l'extension des lois sur les maladies professionnelles.

Il ne s'agit pas de reprendre l'immense question des eczémas, mais d'insister sur les points les plus importants. Ceux qu'intéresse l'eczéma n'auront qu'à se reporter aux leçons faites à la clinique de Saint-Louis par les dermatologistes français Darier, Civatte, Milian, etc., et par moi-même, leçons publiées dans les *Archives de la clinique Saint-Louis* en 1913 et 1922, en 1934, 1935, 1936 et réunies dans un livre : l'Eczéma (Maloine, éditeur, 1937).

***

I

Définition et différenciation avec les « dermites artificielles »

La meilleure définition, d'après nous, est celle de Willan (1808) et de son élève Bateman (1913), complétée par Brocq et par les notions nouvelles de pathogénie.

La vieille définition anglaise est vraiment divinatoire des travaux modernes et il y a très peu à y ajouter : « apyrétique et non contagieux, l'eczéma est caractérisé par l'éruption, sur différents points du corps, de vésicules petites, très rapprochées ou groupées, avec peu ou point d'inflammation à leur base ; il est ordinairement l'*effet d'une irritation d'origine interne ou externe et chez des sujets dont le tégument est constitutionnellement irritable* ; il trouve des causes occasionnelles dans les *irritants* les plus variés... » (traduction de Besnier). Biett ajoute l'eczéma aigu (1819), Rayer le distingue des « dermites artificielles » (1823), Devergie précise les puits ou perforations ponctuées, etc...

« La plupart des dermatologistes français, disions-nous, ont adopté cette définition des maîtres anglais, complétée par Louis Brocq (1900-1903) :

« L'eczéma est un « syndrome » ou mieux une *réaction cutanée*, c'est-à-dire le résultat d'un état morbide provenant du malade lui-même, d'une « prédisposition héréditaire ou acquise », ou encore « un mode spécial de réaction de la peau pouvant se produire sous l'influence de causes externes et internes les plus diverses et le mode de réaction dépend de l'idiosyncrasie du sujet » (Brocq, p. 698). La réaction cutanée dépend du terrain et non pas de la cause déclenchante.

Les réactions cutanées sont multiples et celle de l'eczéma est une « réaction inflammatoire caractérisée » :

— Objectivement, *cliniquement* :

« 1° par de la rougeur qui peut manquer dans certains cas tout à fait au début ;

« 2° surtout par une *vésiculation spéciale* d'aspect plus ou moins accentué, à vésicules toujours nettement perceptibles, bien formées, de la grosseur moyenne d'une tête d'aiguille, plus rarement d'une tête d'épingle, parfois moins bien développées et alors appréciables par le grattage méthodique ;

« 3° souvent, mais pas toujours, par un écoulement de sérosité citrine, poissant les doigts et empesant le linge ;

« 4° suivant le degré de réaction inflammatoire et d'exsudation, par des croûtelles et des desquamations consécutives. » (Brocq.)

— *Histologiquement* : par l'œdème et la *spongiose épidermique* qui se collecte en vésicule,

décrite par Unna (1887), Darier, Sabouraud, Civatte, etc. (mais non pathognomonique), et surtout par la vésiculette primordiale sous-cornéenne de Civatte, « résultat d'une sorte de nécrose de quelques cellules malpighiennes ».

— *Pathogéniquement,* ajoutions-nous, « c'est une *réaction de défense générale et cutanée, surtout épidermique* (mais sans négliger le derme et même l'hypoderme) se faisant *souvent, mais non constamment,* suivant le mode de sensibilisation anaphylactique, prenant l'aspect d'eczéma parce que la réaction défensive siège principalement dans l'épiderme et à cause d'une fragilité spéciale de l'épiderme congénitale ou aiguë, consistant surtout en une *porosité de la peau.*

« Cette définition différencie la dermo-épidermite inflammatoire vésiculeuse de l'eczéma des réactions voisines : prurits, érythèmes et « éruptions artificielles vésiculeuses », dyshidroses, urticaires, prurigo, etc., que des « faits de passage » relient à l'eczéma par des transitions insensibles, et l'eczéma peut se surajouter à n'importe quelle dermatose : eczématisation secondaire ».

Si l'on étudie les eczémas professionnels, la distinction est à faire surtout avec les *dermites artificielles.* Nous avons maintes fois répété que le mot dermite artificielle a été employé dans deux sens différents :

— dans le sens anatomo-clinique, et on en fait un groupement symptomatique réunissant des dermites du type des brûlures, *sans eczéma,* et s'opposant à l'eczéma, comportant les mêmes degrés que les brûlures caloriques : érythème, œdème, bulles, ulcérations...

— dans le sens étiologique : « c'est une maladie et cette dermite artificielle peut revêtir des formes multiples, non seulement le tableau qu'on lui accorde classiquement et exclusivement : érythème, œdème, phyctène, etc., mais aussi la réaction eczémateuse qui est un syndrome ; autrement dit, l'eczéma est une forme clinique de dermite artificielle sur un terrain spécial eczématisable, d'où la possibilité de tous les mélanges imaginables entre les diverses réactions de dermites artificielles ». Dès 1913, nous insistions sur ces « mélanges ».

« Entre l'eczéma et la dermite artificielle non eczémateuse existent toutes les transitions cliniques : on voit, par exemple, sur une dermite de la face à la suite de teinture de cheveux, quelques vésicules eczémateuses. Autrefois, on opposait ces faits pour des raisons de doctrine ; on doit, au contraire, les rapprocher (ce qui ne veut pas dire les identifier) ; en effet, la dermite avec sa rougeur, son œdème, ses phlyctènes, est, elle aussi, une réaction de défense.

« Si le terrain n'est pas eczématisable, il n'y aura pas de mélange de réaction eczémateuse. Mais, si le terrain est eczématisable, si l'action toxique n'est ni trop forte, ni trop faible, la réaction-défense eczémateuse s'ajoute à la réaction de défense plus banale que constitue la dermite artificielle : il y a mélange de dermite et d'eczéma ; ce mélange peut être en proportions variables, et cet eczéma local peut être le point de départ d'un eczéma généralisé.

« Avec la notion d'eczéma-*réaction* de défense sur un terrain spécial, on s'explique clairement et sans difficultés ces cas d'association de « dermite artificielle » et d'eczéma sur lesquels on a tant discuté (1913).

***

II

Pathogénie des eczémas professionnels

L'étude des faits, disions-nous dans nos leçons de 1913, « nous a permis de vérifier plusieurs conceptions anciennes et d'ajouter à l'œuvre de nos prédécesseurs une hypothèse pathogénique nouvelle : *l'eczéma-réaction* de défense contre une irritation ; *réaction épidermo-dermique inflammatoire* provoquée presque toujours par une intoxication exogène ou endogène, autrement dit par la présence d'un corps toxique dans la peau ; caractérisée surtout par un *œdème épidermo-dermique servant à diluer le toxique* afin qu'il soit moins nocif et à le détruire ; réaction se produisant grâce à une prédisposition de la peau, grâce à une *fragilité* spéciale, consistant en une sorte de *porosité de l'épiderme qui se laisse « transpercer » par les toxiques.* Cette notion pathogénique fera mieux comprendre les faits et surtout permettra de résoudre la plupart des difficultés d'interprétation » (1913).

« Depuis 1922, il faut ajouter, grâce aux études parallèles de Widal, Abrami et Joltrain, et de Gougerot et Blamoutier, confirmées par Ravaut, Spillmann, etc., que la prédisposition est souvent une sensibilisation et que l'acte défensif revêt la forme de l'anaphylaxie... »

« Nombre de substances toxiques déposées sur la peau donnent des lésions très diverses, depuis la simple rougeur et l'œdème jusqu'à la vésicule et la bulle. Sauf la destruction caustique, ces réactions cutanées représentent, d'après nous, des réactions de défense.

« L'eczéma d'origine externe (succédant à une irritation extérieure est l'exemple le plus complet de ces réactions défensives ; à la suite

de l'irritation se développe un placard d'*inflammation aseptique* plus ou moins diffus, rouge, tuméfié, chaud, douloureux, parsemé de vésicules cutanées...

« Souvent, au-dessous du placard *cutané* de l'eczéma, on note un œdème *sous-cutané* plus ou moins intense... Cet œdème hypodermique peut être considérable, et parfois il déborde le placard épidermique d'eczéma, ce qui prouve que l'afflux de sérosité produit par l'irritant peut n'être pas qu'épidermique.

« *L'œdème* est un des éléments primordiaux de la réaction eczémateuse. L'œdème épidermique ou exosérose existe dès le début : avant la vésiculation, la sérosité se glisse entre les cellules. La vésicule naissante, invisible à l'œil nu, résulte de l'épanchement de cette sérosité et forme la petite poche de l'œdème intra-épidermique qui, en grossissant, va constituer la vésicule cliniquement appréciable. Cet œdème, ces vésicules histologiques se retrouvent dans l'eczéma sec, qui, cliniquement, semble dépourvu de vésicules ; l'œdème est donc constant. »

Nous montrions que « tout ce processus d'inflammation et d'œdème témoigne d'un effort défensif ; nous l'analysions à l'aide des faits cliniques et expérimentaux. »

Et nous précisions que *la peau se défend par cinq procédés au moins* :

« 1° *La combustion* : l'eczéma *brûle* les toxiques, d'où la rougeur, la chaleur et souvent la douleur (ainsi s'expliquent les formes d'eczéma presque uniquement érythémateux avec peu ou pas de vésicules visibles).

« 2° *La dilution par l'œdème.*

« 3° *La neutralisation par les substances de la sérosité de l'œdème* : chlorure de sodium (Charles Richet, Brodin et Saint-Girons), substances protéiques, etc...

« 4° *La neutralisation par les tissus cutanés* : en effet, nos expériences montrèrent que le mélange de tissus cutanés broyés et de certains toxiques, notamment des poisons urinaires, c'est-à-dire des déchets habituels de l'être vivant, atténue la toxicité de ces substances toxiques.

« 5° *L'élimination par la sérosité* de l'eczéma, qui coule souvent très abondante par les vésicules ouvertes et par les *squames* souvent épaisses, incessantes à la période subaiguë ou chronique de l'eczéma... »

« Quatre faits cliniques sont de notion courante :

« 1° Tout ouvrier exposé à une irritation cutanée des mains et des avant-bras ne fait pas de l'eczéma ; toute blanchisseuse, tout cimentier ne fait pas de l'eczéma ; de deux ouvriers d'un même atelier exposés aux mêmes irritations, l'un restera indemne, l'autre aura de l'eczéma. C'est donc qu'il faut autre chose que l'irritant externe pour provoquer l'eczéma.

« 2° Un ouvrier atteint d'eczéma « de cause externe » ne contracte souvent l'eczéma qu'après plusieurs années de métier. En un mot, pendant de longues années, l'ouvrier a été en contact sans dommage avec les mêmes irritants qui, depuis quelques semaines, ont déterminé les lésions cutanées. C'est donc qu'il faut autre chose que l'irritant externe pour provoquer l'eczéma.

« 3° Un ouvrier, atteint d'eczéma « externe » des mains, généralise très souvent cet eczéma aux bras, à la figure, aux membres inférieurs, etc... Puisque ces régions n'ont pas été en contact avec l'irritant qui n'a pu léser que les mains, c'est qu'une autre cause que cet irritant détermine l'eczéma.

« 4° Un ouvrier cesse son métier, l'eczéma persiste parfois et même récidive, malgré qu'il n'y ait plus de contact irritant : c'est donc que l'irritation externe n'est pas seule en jeu.

« Tous ces faits prouvent qu'à côté du *facteur irritation cutanée externe*, il existe un facteur indispensable, le *facteur terrain.* Il faut que le terrain soit eczématisable, pour qu'une irritation externe puisse déterminer un eczéma, et c'est ce qui explique que certains ouvriers seulement soient atteints, que l'ouvrier ait pu rester des années indemne (son terrain n'est devenu eczématisable que plus tard), etc. (1913). »

Pour que l'irritant donne de l'eczéma, il faut donc un terrain spécial dont nous rappelions les preuves classiques et nous montrions que ce terrain cutané consiste surtout en une fragilité de la peau, en particulier *une porosité acquise ou héréditaire* (le mot porosité étant pris dans son sens propre) :

« Une peau saine ne se laissera pas imprégner par un irritant déposé sur elle (à moins qu'il ne soit caustique) ; une peau fragile, au contraire, se laissera imprégner et pénétrer, l'épiderme devra alors se défendre sous la forme de réaction eczémateuse.

« Chez ces malades à peau fragile, l'irritant *pénètre* la peau parce qu'elle est poreuse et l'irrite. Pour se défendre, le sujet eczématisable use de deux mécanismes : tantôt l'inflammation simple, tantôt le phénomène d'anaphylaxie, en faisant, comme nous l'avons résumé ci-dessus, intervenir cinq mécanismes et surtout l'appel d'eau salée dans l'épiderme (spongiose), le derme et même l'hypoderme (œdème). » On trouvera les preuves cliniques et expérimentales dans notre quatrième leçon (*loco citato*, p. 331).

« Nous sommes revenu à maintes reprises sur ce facteur indispensable de l'eczéma, qui pourtant ne paraît pas devoir retenir suffisamment l'attention ; un des rares auteurs qui s'en soit préoccupé est le Professeur Oppenheim, de Vienne ; dans son remarquable rapport au Congrès de Copenhague (1930), il conclut : « Le véritable eczéma professionnel ne doit pas être

tant considéré comme un *processus allergique pur* que comme le *résultat d'altérations physiques ou chimiques de la couche cornée et de la graisse épidermique*. Parmi les causes de l'eczéma professionnel (eau, chaleur, froid, poussières, frictions, etc.), il faut insister sur le rôle de l'eau qui, après macération de la couche cornée, amène par une action mécanique une fissuration des couches superficielles de l'épiderme. » (*Presse Médicale*, 4 octobre 1930, n° 80, p. 1352.)

Enfin il faut souligner l'importance des troubles et lésions viscérales, surtout du foie, qui, diminuant la défense de l'organisme, favorisent l'eczéma.

Au total s'accumulent pour créer l'eczéma professionnel : 1° le ou les irritants externes ; 2° une porosité épidermique permettant la pénétration de cet irritant et donnant la forme spéciale de l'eczéma à la réaction cutanée ; 3° la réaction locale d'inflammation aseptique de l'organisme vis-à-vis de cet irritant, mettant en œuvre les cinq mécanismes au moins étudiés ci-dessus ; 4° souvent, mais non constamment, le facteur de sensibilisation ; 5° les troubles humoraux ou viscéraux (hépatiques, etc.) qui diminuent la défense de l'organisme par les moyens habituels, si bien que la peau doit remplir un rôle de défense vicariante.

* * *

III

Sensibilisation (ou anaphylaxie)

« Nié au début, malgré les observations pourtant démonstratives de Widal, Abrami et Joltrain, de Gougerot et Blamoutier, publiées simultanément en 1922, observations qui apportaient les premières preuves humorales (constatation du choc hémoclasique), l'eczéma par sensibilisation a eu dans ces dernières années, la faveur de beaucoup de dermatologistes français et étrangers, au point que certains auteurs, avec Sézary, font de l'allergie un élément de la définition.

« Sans contester le rôle de la sensibilisation dans l'eczéma, puisque nous avons été parmi les premiers à l'imposer, nous croyons qu'il faut se garder de généraliser et nous croyons de plus en plus ;

— que l'eczéma, suivant la conception de Willan et Bateman, de Brocq, est un syndrome ou mieux une réaction cutanée (L. Brocq) ;

— qu'il est une réaction de défense, une destruction par la peau de substances venues de l'extérieur ou de l'intérieur ;

— que cette destruction peut se faire suivant le mécanisme de l'anaphylaxie, mais non constamment ;

— que cette destruction revêt la forme vésiculeuse de l'eczéma (qu'il y ait anaphylaxie ou non), parce que la peau a une prédisposition spéciale, une porosité héréditaire ou acquise.

« Depuis longtemps, les dermatologistes avaient le sentiment obscur de cette pathogénie avec les conceptions un peu vagues de l'idiosyncrasie (innée) et de la prédisposition (acquise), et nous-même, reflétant l'opinion classique, nous insistions en 1913 sur la nécessité du facteur terrain.

« Mais ces idées ne se précisèrent qu'après la découverte si féconde de 1902 de l'anaphylaxie par Ch. Richet et Portier. Ce sont surtout les travaux de Sutton sur le pollen, de Shamberg et de son école sur la sensibilisation au lierre, ceux parallèles en 1922, de Widal avec ses élèves Abrami et Joltrain sur la poudre d'ipéca et les nôtres avec Blamoutier sur le bois de palissandre, l'huile de cade, le mercure, qui démontrèrent le rôle de la sensibilisation ou anaphylaxie dans les dermatoses et en particulier dans les eczémas *par contact externe*, et ce sont les observations parallèles de Widal, Abrami et Joltrain, de Gougerot et Blamoutier, qui ont apporté la première preuve humorale par la constatation du choc hémoclasique. »

Le malade de Widal, Abrami et Joltrain était « un préparateur dans un laboratoire de pharmacie, qui présentait une dermite eczémateuse de la face produite toujours par la même cause ; la manipulation de la poudre d'émétine ».

Deux malades de Gougerot et Blamoutier avaient une : « intolérance anaphylactique aux applications médicamenteuses externes, choc hémoclasique par application d'huile de cade ; désensibilisation par voie externe en dermatologie » (Société médicale des hôpitaux, 28 avril 1922, *in* n° 15, p. 733).

Un autre malade de Gougerot et Blamoutier avait une « dermite eczémateuse professionnelle due à la poudre de palissandre, anaphylaxie ; crise hémoclasique par application externe ; désensibilisation par voie épidermique » (*Ibidem*, p. 739).

Si nous insistons sur ces premières observations, c'est que nos premiers travaux avec Blamoutier ont été obstinément passés sous silence (sauf par le Professeur Spillmann, Ravaut, etc.)

Peu après, Blamoutier et Joannon citaient un ouvrier d'une usine de quinine atteint d'eczéma aigu ; une cuti-réaction, faite avec du sulfate de quinine après la guérison de l'eczéma, fut nettement positive. (La maladie quinique d'origine professionnelle, juin 1922, p. 521.)

L'année suivante, Ravaut, dans un remarquable rapport au II[e] Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française (Strasbourg, juillet 1923), soutint la conception de « la sensibilisation et désensibilisation dans les affections cutanées ».

Spillmann, au même Congrès de Strasbourg de 1923, dans un excellent rapport qui est un modèle de critique, admet lui aussi le mécanisme anaphylactique de plusieurs dermatoses, en particulier l'eczéma ; il cite plusieurs observations personnelles, et notamment une jeune fille employée de pharmacie qui avait « des poussées eczémateuses des mains et de la face avec choc anaphylactique toutes les fois qu'elle était employée à la fabrication des cachets de quinine ».

Depuis lors, les publications se sont multipliées et sans faire une bibliographie, il faut citer parmi les plus intéressantes : Bernhardt 1924, puis Thiberge et Jean Lacassagne (teinture des fourrures), Bruno Bloch et Steiner, Wourlisch (1924, primevères), Gougerot et Lotte (arnica, 1926), Bruno Bloch et Gay Pietro (1929, œufs), etc...

A l'huile de cade, au palissandre, à l'arnica cités plus haut, nous avons ajouté de nombreuses observations que nous diviserons en quatre groupes.

Premier groupe. — **Eczéma avec reproduction expérimentale des lésions et preuve par constatation du choc humoral**

Oxyde jaune de mercure. — Gougerot, Barthélémy et P. Uhry : Dermite artificielle eczémateuse médicamenteuse. Sensibilisation à l'oxyde jaune de mercure par voie épidermique superficielle ; absence de réaction à la cuti et à l'intradermo-réaction. *Société de dermatologie*, 16 mai 1929, n° 5, p. 441.

Gougerot et René Cohen : Eczéma par oxyde jaune de mercure, choc hémoclasique. *Société de dermatologie*, 10 novembre 1932, n° 8, p. 1337.

Laque. — Gougerot et Arnaudet : Eczéma professionnel par la laque, choc hémoclasique. *Société de dermatologie*, 13 février 1930, n° 2, p. 266.

Acide picrique. — Gougerot, Barthélémy et R. Cohen : Eczéma aigu médicamenteux par l'acide picrique : sensibilisation ; choc hémoclasique. *Société de dermatologie*,, 16 janvier 1930, n° 1, p. 114.

Gougerot et Arnaudet : Eczéma médicamenteux externe dû à l'acide picrique ; sensibilisation ; choc humoral à l'acide picrique. *Société de dermatologie*, 14 novembre 1929, n° 8, p. 1037.

Ciment. — Gougerot, René Cohen et Ganot : Eczéma professionnel du cimentier par sensibilisation ; choc humoral au ciment appliqué extérieurement. *Société de dermatologie* 9 juillet 1931, n° 7, p. 1136.

Fromage. — Eczéma anaphylactique au fromage ; sensibilisation extérieure cutanée et intérieure digestive. Unisensibilisation puis plurisensibilisation. *Société de dermatologie*, 13 novembre 1930, n° 8, p. 1162.

Fraises. — Gougerot, René Cohen et Ganot : Eczéma externe et interne dû aux fraises par sensibilisation. *Société de dermatologie*, 9 juillet 1931, n° 7, p. 1136.

Chrome. — Gougerot et Delay : Eczéma professionnel chromique, choc humoral. *Société de dermatologie*, 8 décembre 1932, n° 9, p. 1665.

Fourrures teintes. — Gougerot et Mme Poulain : Eczéma professionnel anaphylactique dû à la fourrure teinte ; choc humoral. *Société de dermatologie*, 21 mai 1931, n° 6, p. 762.

Cuir. — Gougerot et Delay : Eczéma professionnel dû au cuir ; l'arrêt du travail arrêtant la désensibilisation spontanée ; choc humoral. *Société de dermatologie*, 12 janvier 1933, n° 1, p. 103.

Déjà nous avions signalé brièvement un fait semblable : Gougerot et Carteaud : Eczéma et dermite artificielle dus à des « cuirs » jaunes. *Société de dermatologie*, 10 novembre 1932, n° 8, p. 1371.

Eau de Javel. — Gougerot, Delay et Jean Schneider : Eczéma professionnel et hypersensibilité à l'eau de Javel ; choc hémoclasique par cuti-réaction. *Société de dermatologie*, 12 janvier 1933, n° 1, p. 106. (Ce qui confirme l'observation de Paul Ravaut et Koang.)

Mercure. — Gougerot et Blamoutier : Anaphylaxie mercurielle : œdèmes cutanés et muqueux par applications mercurielles externes : diarrhées et hémorragies intestinales mercurielles, réactions locales intenses au point d'injection. *Société médicale des hôpitaux*, 26 juin 1922, p. 873.

Arsenic. — Eczéma arsenical d'emblée ou consécutif à une érythrodermie. Gougerot et René Cohen : Eczéma arsenical se transformant en érythrodermie arsénobenzolique. Poussée d'eczéma d'origine alimentaire après érythrodermie arsenicale. Eczéma alimentaire post-arsenical. *Journal des Praticiens*, 6 février 1926, n° 6, p. 81.

Bismuth. — Eczéma forme atténuée d'érythrodermie. Gougerot et Peyre : Anaphylaxie et sensibilisation au bismuth. *Annales des maladies vénériennes*, juillet 1927, n° 7, p. 181.

Or. — Gougerot, Cohen et Ganot : Eczémas auriques. *Société de dermatologie*, 10 décembre 1931, n° 9, p. 1469.

Fard rouge des lèvres. — Gougerot : Les complexes des lèvres. *Science et thérapeutique*, 1[er] novembre 1931, n° 1, p. 1.

Deuxième groupe. — **Eczéma avec absence de choc humoral mais reproduction expérimentale des lésions**

Nickel. — Gougerot, R. Barthélémy et Arnaudet : Eczéma professionnel par le sulfate de nickel ; sensibilisation, absence de choc hémoclasique. *Société de dermatologie*, 16 janvier 1930, n° 1, p. 116.

Laque. — Gougerot, R. Barthélémy et Arnaudet : Eczéma aigu professionnel dû à la laque. Sensibilisation, absence de choc hémoclasique. *Société de dermatologie*, 16 janvier 1930, n° 1, p. 116.

(Malgré que la réaction épidermique fut considérable, le choc hémoclasique manqua).

Eczéma professionnel de la laque (tests cutanés positifs). Désensibilisation ou immunisation professionnelle (avec Desmonts). *Société française de dermatologie*, 8 décembre 1938, n° 9, p. 1788.

Formol. — Gougerot et Mme Poulain : Eczéma, professionnel dû au formol. Sensibilisation. *Société de dermatologie*, 10 décembre 1931, n° 9, p. 1472.

Troisième groupe. — **Eczéma chez lesquels le choc humoral ne put être fait mais la reproduction expérimentale fut positive**

Emplatre d'oxyde de zinc, de diachylon, etc. — Dermite artificielle et eczéma par application d'emplâtre et sensibilisation. Société de dermatologie, 13 novembre 1930, n° 8, p. 1163.

Eczéma par sensibilisation à l'emplâtre simple, d'abord localisé, puis disséminé. Discussions pathogéniques (avec Brouet). *Société de dermatologie*, 14 novembre 1935, n° 8, p. 1599 ; *Archives dermato-syphiligraphiques de la clinique de l'hôpital Saint-Louis*, mars 1937, n° 33, p. 58 (2 figures).

Eczéma par sensibilisation à l'emplâtre simple d'abord localisé, puis généralisé. *Archives dermato-*

syphiligraphiques de la cilnique de l'hôpital Saint-Louis, mars 1937, n° 33, p. 65.

FARD DE SOURCILS ET DE CILS A BASE DE BRUN DE SOUDAN ET D'UN SEL DE COBALT. — Eczéma anaphylactique par un fard à base de brun de Soudan et d'un sel de cobalt. *Société de dermatologie,* 11 décembre 1930, n° 9, p. 1274.

CUIR TEINT OU PSEUDO-CUIR DE CHAPEAU, DE BRACELET-MONTRE, ETC. — Gougerot et Carteaud : Eczéma et dermite artificielle dus à des « cuirs » jaunes. *Société de dermatologie,* 10 novembre 1932, n° 8, p. 1371.

FARD D'ALUMINIUM ET VERNIS (deux observations). — Gougerot : Eczéma et dermite par fard « argent » à base d'aluminium. Idiosyncrasie et sensibilisation. *Société de dermatologie,* 12 janvier 1935, n° 1, p. 110.

LOTION CAPILLAIRE ET SHAMPOOING. — Gougerot et Decourt : Eczéma ; dermite artificielle professionnelle anaphylactique chez un coiffeur. Société de dermatologie, 9 juin 1932, n° 6, p. 704.

Sensibilisation avec un shampooing au goudron et à l'huile de coco. Eczéma professionnel. Tests positifs (avec Brouet et Boulle). *Société de dermatologie,* 16 juin 1938, n° 6, p. 915.

SEL DE CUIVRE (encre). — Gougerot et S. Boulle : Eczéma professionnel anaphylactique à l'azote de cuivre (encre). Sensibilisation au cuivre. *Société de dermatologie,* 9 novembre 1933, n° 7, p. 1383.

PARAPHENYLÈNE DIAMINE. — Gougerot et André Dreyfus : Eczéma professionnel anaphylactique du coiffeur dû à la paraphenylène diamine. *Société de dermatologie,* 9 novembre 1933, n° 7, p. 1384, et *Gazette médicale de France,* 15 décembre 1933, n° 22, p. 899.

Sensibilisation à la paraphénylène diamine ; eczéma professionnel. Test positif. Pigeonneau (avec Delzant). *Société de dermatologie,* 16 juin 1938, n° 6, p. 916.

Désensibilisation retardée dans un eczéma professionnel à la paraphénylène diamine (avec Mlle Meslin). *Société française de dermatologie et syphiligraphie,* 8 décembre 1938, n° 9, p. 1793.

EAU. — Eczéma localisé de la main par l'eau, puis du bras par le salicylate de soude, enfin se généralisant par étapes, guérissant par étapes inverses. Discussions des sensibilisations progressives et des pluri-sensibilisations. Immunisation locale puis générale (avec Frumusan). *Société de dermatologie,* 14 mai 1936, n° 5, p. 964 ; *Archives dermato-syphiligraphiques de la clinique de l'hôpital Saint-Louis,* mars 1937, n° 33, p. 68.

VANILLE. — Eczéma professionnel par la vanille synthétique. Inocuité de la vanille naturelle (avec Etienne Lortat-Jacob). *Société française de dermatologie et syphiligraphie,* février 1937, n° 2, p. 270.

COCAÏNE. — Sensibilisation à la novocaïne. Réaction phlegmoneuse du doigt injecté. Test cutané positif (avec Jean Meyer). *Société de dermatologie,* 16 juin n° 6, p. 915.

SANTAL. — Sensibilisation du santal. Eczéma professionnel. Test positif (avec Delzant). *Société de dermatologie,* 16 juin, n° 6, p. 915.

ETHYLÈNE-DIAMINE. — Sensibilisation à l'éthylène-diamine. Eczéma de la conjonctive des paupières, de la main. Test cutané positif eczémateux et purpurique (avec Delzant). *Société de dermatologie,* 16 juin 1938, n° 6, p. 918.

BAKÉLITE. — Sensibilisation à un vernis industriel de bakélite. Eczéma professionnel (avec Delzant). *Société de dermatologie,* 16 juin 1938, n° 6, p. 916.

(Ces 5 observations sont publiées dans le livre d'or du Professeur Brito Foresti).

QUATRIÈME GROUPE. — **Absence de choc et impossibilité de reproduire expérimentalement la lésion**

FOURRURES TEINTES. — Gougerot, R. Barthélémy et R. Cohen : Eczéma aigu par fourrures de lapin teintes. Sensibilisation, absence de choc anaphylactique. Société de dermatologie, 16 janvier 1930, n° 1, p. 115.

CADE. — Gougerot et René Cohen : Dermite eczémateuse par sensibilisation spontanée à l'huile de cade *sans préparation. Société de dermatologie,* 10 novembre 1932, n° 8, p. 1336.

ARTICHAUT. — Eczéma professionnel : par l'artichaut (avec Seringe). *Société de dermatologie,* 9 juillet 1936, n° 7, p. 1463.

FARINE. — Gougerot et Kaplan : Eczéma d'un boulanger. *Société de dermatologie,* mars 1939, n° 3.

***

IV

Méthodes de diagnostic de la sensibilisation

« La démonstration de la sensibilisation, avonsnous répété, doit être rigoureusement faite par plusieurs procédés associés.

« 1° *Constatations cliniques* : reproduction de l'eczéma par telle cause, cessation de l'eczéma en supprimant cette cause.

« 2° *Reproduciton « expérimentale »* de l'eczéma en provoquant la cause ci-dessus : méthode des tests cutanés, etc., la question posée depuis Werdenfeld, Schultz (1912), et surtout les Nord-Américains (Whit et Schloss, etc.), a été critiquée par Pasteur Vallery-Radot ; la méthode a été employée des milliers de fois, par exemple par Blamoutier et nous (en 1922), en association avec la recherche du choc hémoclasique : elle a été étudiée par Jadassohn et Bruno Bloch, Jaeger, Garcia Prieto, Stauffer, Tzanck, Sézary et Mauric (*Presse Médicale,* 1932, n° 24, p. 465, n° 51, p. 997) et elle a servi de thème de discussion à la séance annuelle de la Société française de dermatologie en janvier 1935.

« Tous sont d'accord, comme nous l'avions indiqué avec Blamoutier en 1922, comme l'ont confirmé Jadassohn et Bruno Bloch sur la nécessité d'explorer l'épiderme de l'eczémateux par imprégnation et non par la piqûre d'une cutiréaction. Nous y réinsistions à la séance de janvier 1935 de la Société de dermatologie.

« La technique a une grande importance, et nous avons souligné la nécessité de faire trois épreuves épidermiques, s'ajoutant le cas échéant à l'intradermo-réaction et même à la sous-cutiréaction, qui explorent d'autres étages de la peau. Nous divisons un rectangle de peau de 9 cm. de hauteur environ en trois rectangles de 3 cm. : le premier est simplement dégraissé à l'éther sans autre trauma ; le deuxième, passé à l'éther, est rayé superficiellement avec du

papier de verre de façon à ouvrir l'épiderme ; le troisième est scarifié légèrement, ouvrant l'épiderme et corps papillaires (= « cuti-réaction »).

« Le plus souvent, nous faisons l'épreuve en double sur la peau guérie de la lésion et sur la peau saine symétrique ou voisine ; la comparaison est très instructive dans beaucoup de cas

« Ces trois essais sont nécessaires, car parfois seul le badigeon sur l'épiderme non traumatisé donne une réaction eczémateuse, alors que l'incision de la cuti-réaction donne une papule sans eczéma net. »

Rabeau a proposé l'excellent test palpébral souvent plus sensible que les tests en peau vague.

Mais parfois le test cutané est négatif pendant le cours de l'eczéma et à son décours, il ne devient positif que plusieurs semaines après. Le fait est peu connu dans les érythrodermies médicamenteuses (Garnier, Sézary et Mauric).

« 3° *Recherche du choc humoral de Richet, choc hémoclasique de Widal.* Le plus souvent, l'application externe d'un corps, chez un individu sensibilisé à ce corps, détermine à la fois la réaction locale cutanée et le choc humoral de Richet-Widal (choc hémoclasique caractérisé par la chute des leucocytes, baisse de la tension artérielle, etc.), ainsi que nous l'avons montré avec Blamoutier, parallèlement avec Widal et ses collaborateurs, dans des travaux qui furent les premiers en France (1922). Widal a montré qu'il fallait rechercher ce choc aussitôt après l'application du corps suspect, par exemple de 15 en 15 minutes, car ce choc précède presque toujours l'apparition de la réaction cutanée.

« Mais parfois, disions-nous, la réaction cutanée se produit sans choc hémoclasique, comme nous l'avons observé avec les teintures, les laques, le nickel, etc., alors que chez un autre ouvrier, la laque et la teinture provoqueront le choc hémoclasique. Le choc hémoclasique n'est donc pas constant et l'épreuve cutanée est plus sûre.

« 4° *L'anaphylaxie passive* chez l'animal ou chez l'homme, par l'épreuve Praussnitz-Kustner (injection dans le derme d'un sujet normal d'une goutte de sérum du malade et vingt-quatre heures après, injection intradermique au même point de l'antigène soupçonné), ou par l'épreuve de Konigstein-Urbach (même technique que la précédente, mais en remplaçant le sérum sanguin par le liquide des vésicules), (Urbach et Fasal, Bizzozzero et Ferrari, Perutz, Fuchs et Riehl), sont presque toujours négatives (Bruno Bloch, Biberstein, Schwarrzschild, Werner Jadassohn, Stauffer, Sézary, Tzanck, etc.), au contraire de l'urticaire. On ne peut donc compter sur ces épreuves.

« 5° *Le traitement d'épreuve : guérison par cessation du contact, désensibilisation* (Schamberg, Widal, Abrami et Joltrain, Gougerot et Blamoutier, etc.).

***

V

Eczéma professionnel par agents physiques

L'existence des eczémas (et urticaire) déclenchés par le froid, la chaleur, le soleil ou les ultra-violets, l'eau, le grattage, est incontestée.

Mais on discute sur le mécanisme d'action de ces causes.

« Il semble démontré que dans certains cas, elles agissent par le mécanisme de la sensibilisation anaphylactique : la cause physique provoque chez le malade la destruction des cellules et modifie leur constitution en fabriquant des produits demi-étrangers à ce sujet : la résorption de débris cellulaires ou d'exsudats des cellules mortes, ou de ces albumines anormales des cellules encore vivantes, elle agit comme ferait une injection étrangère, elle sensibilise peu à peu le sujet à ses albumines, si bien que, lorsque ce sujet reçoit par exemple un coup de froid, il réalise une injection seconde d'albumine étrangère qui déclenche les accidents anaphylactiques. Widal Abrami et Lermoyez, Podesta, Joltrain, Morat et Lévy, Pasteur Vallery-Radot et Rouques, Gougerot et Blamoutier l'ont prouvé pour l'urticaire. Nous concluions avec Peyre :

« La *pathogénie* peut être reconstituée : le froid déclenche localement (peut-être en usant de cette augmentation de pouvoir hémolysant) une modification profonde des albumines, des globules rouges et du sang (dont l'hyper-résistance des globules est un témoin), et sans doute de tous les tissus. Cette modification des albumines crée des albumines modifiées, réalise une auto-injection d'albumine et provoque de l'urticaire et le choc humoral. Il n'y a ni sérum laqué, ni hémoglobinurie.

« La recherche du choc hémoclasique avec l'épreuve du brassard bloquant la circulation veineuse de la main refroidie, prouve que ces corps nocifs (antigène) se forment localement dans la zone refroidie, puis passent dans la circulation générale et déclenchent le choc chez l'individu sensibilisé. » (*Archives dermato-syphiligraphiques de la clinique de Saint-Louis*, décembre 1929.)

Avec Blamoutier, nous avons démontré cette pathogénie dans la *dermatite polymorphe douloureuse de Brocq-Duhring.*

G. Basch et Forestier (*Société de dermatologie et de syphiligraphie*, décembre 1933, pp. 1742-1746), font une étude remarquable de la dermite érythémato-bulleuse des prés « nous croyons pouvoir dire qu'il ne s'agit pas à proprement parler d'une maladie nouvelle, mais d'une forme clinique à intégrer dans le groupe des « lucites » de Gougerot, des « maladies de lumière » de Jausion, aux côtés de l'eczéma solaire et du « Summer prurigo » ou « Summer éruption » de Hutchinson. C'est une *actino-anaphylactose*, véritable maladie de sensibilisation. Dans le cas particulier, le mécanisme pathogénique est plus complexe sans doute ; il faut, pour créer la *dermatite érythémato-bulleuse des prés*, la connivence des rayons solaires, de l'eau, de certaines graminées, et enfin du sujet lui-même, qu'il s'agisse d'une sensibilité humorale ou d'une particulière sensibilité cutanée. » Milan Kitchevatz (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, mars 1934, pp. 293, 316 et 317), confirme.

Dans l'eczéma « physique », l'anaphylaxie reste l'exception. Combien de malades ont des dermatoses et notamment de l'eczéma ou de l'urticaire, à la suite de froid, de soleil, etc., sans que l'on puisse trouver la sensibilisation de nombreux auteurs, Wagner, Jadassohn et Schad, Pasteur Vallery-Radot, Blamoutier et Rouques, Sellei et nous-même, avons publié des observations *négatives*. »

VI

Eczéma professionnels par pluri-sensibilisations

Les faits résumés ci-dessus ont démontré l'existence des eczémas par sensibilisation à telle ou telle substance ; mais la sensibilisation n'est pas toujours strictement spécifique et la notion de plurisensibilisation que nous avons étudiée à plusieurs reprises depuis 1914, nous paraît de grande importance, quoique encore trop peu connue en raison de sa fréquence et de ses conséquences pratiques.

« 1° Tantôt l'irritant extérieur vient en contact sur l'épiderme, et il est banal de rencontrer une blanchisseuse sensibilisée à l'eau de Javel (comme Ravaut en a donné la preuve biologique) et au savon noir, souffrir aussi d'eczéma alors qu'elle mange du poisson.

« 2° Tantôt le corps nocif venant de l'extérieur, pénètre dans l'organisme par l'alimentation ou par injections médicamenteuses, » ou par contact professionnel. Par exemple, un de nos malades fromagier fut d'abord sensible à son fromage et non aux autres fromages, puis peu après il s'est sensibilisé aux autres fromages et enfin à d'autres aliments : gibier etc. (Gougerot : eczéma anaphylactique au fromage ; sensibilisation extérieure cutanée et intérieure digestive. Unisensibilisation puis plurisensibilisation. *Société de dermatologie*, 13 novembre 1930, n° 8, p. 1162.)

***

VII

L'arrêt du travail déclenchant l'eczéma professionnel

Nous avons décrit ce phénomène en 1922. Tout se passe comme s'il y avait mélange de sensibilisation et d'immunisation par suite des contacts professionnels, l'immunité l'emportant puisque l'ouvrier n'a pas d'eczéma. Lorsque survient un arrêt du travail, l'immunité disparaît rapidement et il ne reste que la sensibilisation, d'où déclenchement de l'eczéma lorsque l'ouvrier reprend son travail.

« Nous avons déjà insisté sur ces faits avec Blamoutier, dès nos premières observations de 1922 nous en avons revu d'autres exemples, au sujet de l'eczéma du palissandre et des dermites mercurielles ; nous y sommes revenus récemment avec Delay et Meyer-Heine.

« Le malade suivi avec Delay, atteint « d'eczéma professionnel dû au cuir, choc humoral, l'arrêt du travail arrêtant la désensibilisation spontanée », est intéressant par plusieurs points :

« Le malade suivi avec Meyer-Heine était un cimentier » et, avec Desmonts, je viens d'observer des cas semblables (Soc. dermat., mars 1939).

Raoul Bernard, en analysant notre observation, ajoute qu'il a « observé un fait analogue : cuisinier de restaurant présentant une dermite manifestement professionnelle des mains, allant s'atténuant pendant les périodes de travail et s'aggravant considérablement à chaque essai de suspendre celui-ci ». Avec Desmonts nous avons insisté sur les aggravations d'un eczéma professionnel antérieur (dû au ciment) lorsque après un arrêt de travail, l'ouvrier reprend le travail.

« On conçoit l'intérêt de ces faits — en pathologie générale, par leur opposition aux phénomènes de sensibilisation progressive et par la démonstration d'une défense de l'organisme — et leur importance pratique dans la médecine industrielle par leurs conséquences thérapeutiques. »

(A suivre.)

LES ALIMENTS ÉNERGÉTIQUES ET LE VIN DANS LA RATION DES TRAVAILLEURS MANUELS ET DU SOLDAT

Par le Médecin-Colonel FRIBOURG-BLANC

Ancien Professeur au Val-de-Grâce

L'hygiène du travail avec les problèmes multiples qu'elle soulève retient de plus en plus l'attention des chefs d'entreprises et de l'Etat qui font appel aux médecins pour obtenir les directives nécessaires. Une alimentation rationnelle étant à la base du bon rendement de la machine humaine, le médecin questionné sur les principes généraux de cette alimentation doit être à même de répondre en s'appuyant sur des bases solides. Ces bases sont fournies par la longue expérience de l'armée. C'est pourquoi il nous a paru utile de résumer brièvement ici quelques notions relatives à la ration du soldat et en particulier les données concernant l'usage longtemps controversé du vin.

La bonne alimentation du soldat a toujours préoccupé, à juste titre, les chefs militaires, car c'est d'elle que dépend, pour une très large part, l'acclimatement des recrues à la vie nouvelle qui leur est imposée et leur adaptation aux fatigues du service. En temps de paix comme en temps de guerre, une alimentation suffisante, saine et bien équilibrée est un des principaux facteurs de résistance de l'organisme contre la maladie. Le problème alimentaire est dominé par la question de la ration individuelle qui a été établie à la suite des nombreuses études des physiologistes et des hygiénistes, d'après les besoins plastiques et énergétiques du soldat.

Les besoins plastiques sont satisfaits par les aliments capables de fournir la quantité de calories nécessaires à l'homme au repos. Ce sont :

Les albuminoïdes donnant 3 calories 68 par gramme.

Les hydrates de carbone donnant 3 calories 88 par gramme.

Les graisses donnant 8 calories 65 par gramme.

La dépense de base étant en moyenne de 25 calories par kilogramme et par jour pour l'homme au repos, la ration minima correspondant aux *besoins plastiques* doit donc fournir pratiquement 1.800 calories pour un homme de 65 kilogrammes.

Mais le travail entraîne des dépenses supplémentaires variant du simple au double, passant à 2.800 calories pour le soldat ou l'ouvrier fournissant un effort modéré et atteignant 3.600 calories pour le soldat effectuant un travail fatigant (marche de 30 kilomètres avec charge de 20 kilogrammes). Cette différence correspond aux *besoins énergétiques* de l'organisme qui travaille. Les appréciations sur la dépense énergétique du soldat ont été fondées sur l'expérience et les chiffres établis pour la ration forte dans les divers pays pendant la dernière guerre se sont montrés concordants dans les armées française, anglaise, américaine, italienne et allemande. Le taux en calories de la ration forte s'établit ainsi aux environs de 3.600 calories.

Par quels moyens peut-on satisfaire à ces *besoins énergétiques* du soldat ? C'est par un accroissement de la ration alimentaire. Ce sont avant tout les hydrates de carbone et les graisses qui vont fournir les suppléments caloriques nécessaires. *Les hydrates de carbone* rapidement oxydables, sont très vite transformés en chaleur et leur chaleur en force et en mouvement. Ils sont le type de l'*aliment dynamogène. Les graisses*, d'oxydation plus lente, sont surtout *thermogènes*. Ces aliments sont indispensables à la constitution et à l'entretien des réserves énergétiques de l'homme. Mais il faut noter que les calories qu'ils fournissent ne sont pas immédiatement utilisables après l'absorption des aliments. Un certain délai est nécessaire pour leur assimilation, en particulier en ce qui concerne les graisses. En cas d'effort rapide à fournir, il faut disposer d'aliments plus rapidement assimilables et susceptibles de procurer un supplément immédiat de calories. *Le sucre, le café, le chocolat, le cacao* répondent en partie à ce besoin. Mais c'est surtout *le vin* qui représente ce type d'aliment. On avait cru que l'alcool n'avait pas de pouvoir nutritif. Cependant les expériences d'Atwater sont venues prouver que 1 gramme d'alcool fournit en réalité à l'organisme 7 calories. On ne saurait donc dénier à l'alcool une réelle valeur énergétique. Les calculs ont montré qu'un décilitre de vin à 10 degrés fournit 58 calories. Un demi-litre de ce vin donne donc 290 calories, alors que deux œufs n'en fournissent que 150.

Les travaux de Portier ont montré en outre, que le vin contient des vitamines et en particulier les vitamines C antiscorbutiques et les vitamines B d'utilisation nutritive. Ces vitamines a dit le Professeur Lorenzini, harmonisent les fonctions endocriniennes et celles du système nerveux végétatif. Elles excitent la sécrétion des sucs digestifs, le tonus et la motricité de l'intestin. Elles règlent le tonus des muscles en général, le trophisme de la peau et les réactions immunitaires.

Dans le pays qui fournit à lui seul un tiers de la production mondiale de vin, on ne pouvait négliger une pareille ressource, aussi, dans l'armée française, le vin a-t-il été depuis longtemps prévu dans l'alimentation normale du soldat. Son appoint énergétique d'utilisation immédiate est en effet précieux pour le soldat. La ration quotidienne qui était à l'origine de 25 centilitres a été portée à 50 centlitres, à raison d'un quart de litre à chaque grand repas. Cette ration a été jugée suffisante, car il est à noter qu'au delà d'une certaine quantité de vin absorbée, une certaine partie de ce vin n'est plus utilisée par l'organisme. Les règlements militaires n'ont pas seulement prévu la *quantité* de vin à allouer, ils ont approfondi de façon minutieuse l'étude de la *qualité* du vin fourni à la troupe. Cette étude a été soigneusement remise au point dans la récente Instruction ministérielle de 1937 relative à l'analyse des boissons fermentées.

Les vins que l'armée se procure pour le service des ordinaires sont en principe des vins rouges. Les vins de coupage obtenus par le mélange de vins de différentes origines sont admis au même titre que les vins de pays s'ils satisfont aux conditions générales fixées par la législation sur le commerce des vins (loi du 1er août 1905 en particulier). Ils doivent titrer au minimum 8 degrés s'il s'agit de vins de pays, un minimum de 9 degrés 5 s'il s'agit de vins de coupage. Le degré alcoolique total est le degré réel augmenté, le cas échéant, de l'alcool en puissance qui se calcule en dosant dans le vin le sucre non fermenté (18 grammes de sucre correspondent à 1 degré d'alcool). *La limpidité* doit être parfaite. Elle est vérifiée trois jours après la livraison (le voyage pouvant troubler le meilleur vin). *La saveur* est appréciée par la dégustation, elle ne doit être ni trop acide ni trop sucrée, ni trop astreingente et ne doit révéler aucun mauvais goût de fût, de bouchon, d'amer. *La couleur* doit être franche et homogène. Un certain degré *d'acidité* est nécessaire à la bonne conservation du vin, les acides constituant des antiseptiques très puissants. Les bons vins ont une acidité fixe comprise entre 2 et 5 grammes par litre exprimée en acide sulfurique. *L'extrait sec et l'extrait réduit* qui constituent le résidu de l'évaporation du vin et qui s'expriment en grammes par litre, doivent répondre à des règles très nettement précisées par les lois et décrets du 15 juillet 1933 et du 24 décembre 1934.

Rien n'est donc laissé au hasard dans l'appréciation des vins livrés à la consommation de l'armée. L'examen du vin présenté en livraison, tant au point de vue des conditions imposées par le cahier des charges que de sa comparaison avec l'échantillon type admis par la Commission des ordinaires, doit porter à la fois sur les qualités physiques et sur la composition chimique du vin. *Les expertises* sont confiées aux laboratoires de chimie des hôpitaux militaires. Les règles de ces expertises sont soigneusement précisées par les Instructions ministérielles. *Le transport et le logement des vins* sont enfin codifiés de façon détaillée. Ces dispositions prises pour favoriser l'usage du vin dans l'armée ne vont pas à l'encontre de la lutte antialcoolique qui est certes amplement justifiée. L'alcoolisme reste un fléau social qui doit être combattu sans relâche et le vœu récent de l'Académie de médecine résume bien la pensée de tous les médecins angoissés par les ravages de l'alcool. Mais l'usage du vin, s'il est judicieusement établi et contrôlé, loin de favoriser l'alcoolisme, est un des meilleurs moyens d'enrayer la consommation des boissons alcooliques plus ou moins frelatées et dangereureusement toxiques. Or, les rapides indications que nous avons données suffisent à montrer l'attentif intérêt qui est apporté dans l'armée à l'alimentation en vin du soldat. Ce soin particulier est amplement justifié, non seulement par la valeur alimentaire énergétique du vin qui se mesure par des chiffres de calories, mais encore et surtout peut-être par le *facteur moral* que la ration de vin apporte au soldat. En temps de paix, après une longue marche, une manœuvre fatigante, rien ne vaut le quart de vin pour faire oublier la lassitude et rendre au troupier son entrain. Le commandement le sait bien et ne manque pas d'octroyer un quart de vin supplémentaire dans toutes les occasions qui le justifient, à titre de stimulant, d'encouragement ou de récompense. En temps de guerre, qui pourra jamais dire le secours que le quart de « pinard » a apporté au troupier enlisé dans la boue des tranchées ou au cantonnement après les rudes étapes sous la bise ! Comme l'a écrit le Maréchal Pétain : « Pour se procurer du « pinard » le poilu bravait les périls, défiait les obus, narguait les gendarmes. Le ravitaillement en vin prenait à ses yeux une importance presque égale à celle du ravitaillement en munitions ». Ce grand chef qui connaissait et aimait les hommes conclut que le vin a largement concouru, à sa manière à la victoire. Pendant les pénibles marches n'étaient-ce pas encore les chansons glorifiant le vin de France qui ranimaient les forces du poilu et l'aidaient à marcher toujours en oubliant la fatigue ? C'étaient de bons psychologues ces chansonniers qui créèrent les inoubliables chansons à boire au joyeux rythme entraînant qui permirent au soldat de France d'accepter avec le sourire le grand sacrifice de tous les jours aux accents de « La vigne au vin » et de l'immortelle « Madelon ».

AU CHEVET DES PATIENTS

■ ■ ■

I

LES PROBLÈMES QUE POSE L'APPARITION DE LA FIÈVRE CHEZ UN CARDIAQUE

« L'apparition de la fièvre chez un cardiaque, écrit le **Dr J. Lemant** (1), est toujours un fait inquiétant ; et si l'examen complet ne décèle aucune cause extra-cardiaque susceptible de l'expliquer — les plus sombres diagnostics nous sont alors suggérés : réveil de son affection rhumatismale dont nous devrons redouter la tendance évolutive, ou, pis encore, endocardite infectieuse streptococcique greffée sur ses lésions anciennes. Cependant il est des cas où l'évolution ultérieure infirmera notre sombre pronostic : malgré des épisodes fébriles répétés — simples clochers vespéraux ou poussées de quelques jours — l'état général reste florissant, les lésions cardiaques ne manifestent aucune tendance au remaniement. Fièvre, qui semble ainsi indépendante de toute affection sévère, et dont la nature peut paraître mystérieuse. »

Le Professeur Laubry a déjà exposé qu'il s'agit là de certains cardiaques, *neurotoniques*, chez lesquels la fièvre, non seulement est indépendante de la lésion cardiaque, mais encore semble indépendante de toute infection : on ne peut incriminer aucune maladie infectieuse, et en particulier toute tuberculose, toute infection focale. Dans de tels cas, on est en droit de parler, non pas de fièvre au sens où on l'entend habituellement, mais d'une instabilité, d'un dérèglement thermique, dont la cause reste encore à discuter.

Il est inutile d'insister sur l'importance d'une telle notion : « quel soulagement n'est-il pas de pouvoir, devant un cardiaque qui fait de la fièvre, rejeter les redoutables diagnostics qui, d'abord, s'imposent — rhumatisme cardiaque évolutif, endocardite infectieuse — et, repoussant également ceux d'une infection locale, d'une pyrexie quelconque, de pouvoir authentifier chez lui un simple déséquilibre thermique, lié à son tempérament propre, à la condition nerveuse ».

Cependant, de telles éventualités sont rares et, *avant d'oser parler d'un simple déséquilibre thermique*, il faut *s'entourer de multiples précautions.*

Il faut avant tout, chez un cardiaque, s'assurer, en multipliant les examens cliniques, radiologiques, électro-cardiographiques, qu'aucun remaniement lésionnel n'est en train de se faire à bas bruit ; et, par des numérations globulaires, par l'étude de la vitesse de sédimentation, rechercher s'il ne s'agit pas d'une discrète poussée rhumatismale. D'autre part, ce n'est qu'après des hémocultures répétées qu'on sera en droit de rejeter chez un cardiaque l'hypothèse d'une greffe streptococcique. Enfin, dirigeant les recherches dans un sens différent, il faudra par la radiographie s'assurer de l'absence de toute tuberculose, et par un examen complet, vérifier qu'il n'existe aucun foyer infectieux latent.

C'est seulement après cette enquête serrée, après une surveillance prolongée que, si l'on peut mettre en évidence chez ce cardiaque un état particulier de nervosité, un déséquilibre nerveux, qu'on sera en droit de parler de simple instabilité thermique.

On ne doit pas oublier cependant que de tels cas sont très rares, même chez de grands instables. S'il est utile de les connaître afin d'interpréter certaines *fièvres inexpliquées,* afin de pouvoir atténuer le sévère pronostic qu'implique une recrudescence fébrile chez un cardiaque, il importe avant tout de savoir que ce n'est pas là un diagnostic que l'on peut porter à la légère et que « avant de rassurer le malade... et le médecin, il importe de s'entourer de toutes les garanties possibles, de faire toutes les réserves ».

Il s'agit le plus souvent de « sujets dont la température est normale le matin (36°8, 37°), et dont la température vespérale, habituellement normale, c'est-à-dire dépassant la température matinale de 0°5, présente de temps à autre, pendant un, deux, trois jours, un brusque crochet dépassant celle du matin de près de 1° : *type hyperthermique discontinu.*

« Bien plus rares sont les cas, où, la température du matin restant à peu près toujours normale, la température vespérale reste élevée pendant plusieurs jours, avec un écart des températures vespérales et matutinales régulièrement de 0°8 à 1°2 : *type hyperthermique continu.*

« Chez de tels sujets, l'hyperthermie semble à peu près indépendante de toute fatigue ; pratique-t-on chez eux une épreuve d'effort un peu longue (marche, course) et prend-on la température après un quart d'heure, une demi-heure et une heure, on constate parfois une réaction hyperthermique dépassant légèrement la nor-

(1) L'instabilité thermique des cardiaques. (*Revue de médecine,* février 1939.)

male ; mais presque toujours le retour à la température antérieure est aussi rapide que la défervescence physiologique.

« Parallèlement à cette instabilité thermique, on note une instabilité du rythme cardiaque, avec des réactions tachycardiques nettement exagérées après l'effort ; mais le rythme reprend rapidement, au repos, son taux antérieur. Par contre, les variations tensionnelles ne dépassent pas celles que l'on note chez un sujet normal. »

Chez un de ses malades, J. Lemant a pu vérifier ces diverses constatations : température vespérale prise, le malade étant couché depuis une heure : 38° ; marche rapide pendant dix minutes : la température s'élève à 38°5 ; retour à 37°9 en vingt-cinq minutes... Parallèlement le pouls passe de quatre-vingt-huit à cent douze pour retomber à quatre-vingt-dix en dix minutes. Variations tensionnelles insignifiantes.

« Il est enfin un dernier type d'anomalies thermiques, beaucoup plus rare : *type hypothermique*, dans lequel les ascensions vespérales, régulières ou non, s'opèrent sur une température matutinale de 36° et au-dessous. »

Ces fièvres inexpliquées, ou déséquilibres thermiques, semblent inséparables d'un déséquilibre nerveux, plus spécialement du système neuro-végétatif ; car les centres thermo-régulateurs sont, sinon des centres végétatifs, du moins en rapports étroits avec le système végétatif, et il semble bien que, dans la survenue des phénomènes fébriles, le système sympathique joue un rôle prépondérant ; des travaux récents ont même établi que l'hypersympathicotonie est à peu près indispensable à l'apparition de la fièvre, ou tout au moins qu'elle joue un rôle prépondérant.

Ce qu'il faut retenir, c'est la *possibilité*, chez certains cardiaques, de fièvre sans signification fâcheuse.

C'est là un fait important, parce qu'il nous permet de rectifier un pronostic, qui, sans cela, risquerait d'être fatal, et de nous borner à une *thérapeutique sédative*. Celle-ci ne fera peut-être pas toujours disparaître la fièvre ; mais elle aura l'avantage d'atténuer les autres malaises de ces neuro-toniques ; elle permettra au malade, comme à son médecin d'envisager sans anxiété cette perturbation thermique.

II

La transfusion dans le traitement de l'infection puerpérale

Toutes les fois qu'une accouchée a subi simultanément les risques d'infection, liés à un travail prolongé ou à des manœuvres laborieuses, et les risques de débilitation, liés à une hémorragie de la délivrance, le Professeur agrégé **Henri Vignes** (1), lui fait toujours pratiquer aussitôt une transfusion sanguine, sans préjudice des autres moyens qu'il met en œuvre pour lutter : contre l'infection (vaccin antistreptococcique de l'Institut Pasteur), et contre l'anémie (médicaments et aliments). Cette transfusion immédiate est prophylactique. Son importance lui apparaît comme considérable pour écarter la menace de septicémie puerpérale et autres formes graves de la streptococcie ; les infections sérieuses se voient, en effet, surtout après les hémorragies graves.

A cette *transfusion prophylactique*, il faut opposer la *transfusion curatrice* employée contre les infections déclarées, qu'il s'agisse d'immuno-transfusion ou de transfusion banale. Bien que, en matière d'infection puerpérale, il ne soit pas facile d'attribuer un succès thérapeutique à l'agent employé, il semble bien que cette transfusion curatrice réalise parfois des miracles. Pour être utile, elle doit être précoce et répétée à intervalles assez rapprochés (cinq à huit jours) ; elle n'a pas besoin d'être abondante (150 à 200 grammes). Une contre-indication, c'est d'être à la phase terminale avec métastases (parotidites), ou de se trouver en présence d'endocardite, de néphrite, d'hépatite, d'affection pulmonaire aiguë. Dans un cas rapporté par Keller, la guérison a été précédée d'urticaire, comme si l'amélioration avait été conditionnée par un épisode de choc.

Chaque fois que l'auteur a utilisé cette transfusion, il a surtout cherché un effet tonique, plutôt qu'un effet directement anti-infectieux. La transfusion lui apparaît comme s'imposant dans les cas de misère physiologique aiguë au cours de l'infection puerpérale (mis à part les cas, où elle est indiquée encore plus impérieusement du fait d'une hémorragie tardive des suites de couches), absolument comme s'impose l'huile camphrée en cas de défaillance cardiaque, l'ergot, l'hypophyse et la glace en cas de mollesse utérine, les bains ou les enveloppements en cas de grande fièvre. Si cette transfusion ne sauve pas beaucoup d'infectées puerpérales, ses effets immédiats sont des plus nets et, même chez des femmes condamnées, on observe une amélioration momentanée indéniable.

G. Fischer.

(1) *Journal des Praticiens*, 29 avril 1939.

UN TRAITEMENT CHIMIQUE DE LA TUBERCULOSE ?

A la vérité c'est un grand, un immense point d'interrogation qui est de mise ici, ainsi qu'on s'en rendra compte par la conclusion des auteurs qui n'ont pas dépassé le stade de l'expérimentation. Mais leurs résultats sont d'ores et déjà assez démonstratifs pour que la question puisse être posée.

Et ce seul fait mérite d'être exposé à nos lecteurs. Déjà l'an dernier Rich et Follis dans le *Bulletin* du « John Hopkins Hospital »,», Greey, Campbell et Culley dans les Comptes rendus de la Société de biologie et de médecine expérimentale américaine avaient rapporté que la sulfanilamide inhibe partiellement le développement de la tuberculose expérimentale chez le cobaye, à condition de l'administrer tôt, fréquemment et de façon prolongée.

Il y a quelques mois seulement Whitby a introduit en thérapeutique une préparation nouvelle, la sulfapyridine ou : 2-sulfanilyl aminopyridine. L'action de cette drogue sur les pneumococcies humaines et animales s'est tout de suite montrée frappante. Mais elle agit aussi sur certains streptocoques hémolytiques, les staphylocoques, les micro-organismes de la série Neisser et, *in vitro*, sur le coli d'Escherich et l'Eberth.

C'est cette polyvalence qui a déterminé W.-H. Feldman et H.-C. Hinshaw (1) à expérimenter la sulfapyridine dans la tuberculose expérimentale du cobaye.

Deux groupes de cobayes d'âge et de taille comparables sont sélectionnés. Dans les deux groupes les sexes sont à peu près également représentés.

Les vingt animaux du groupe 1, pendant les trois jours précédant l'inoculation, reçoivent chacun *per os*, et deux fois par jour, 250 mmgr. de sulfapyridine. La même dose est continuée pendant dix jours, puis elle est réduite à 125 mmgr. par jour, en deux prises, jusqu'à ce que l'animal soit sacrifié.

Les vingt cobayes du groupe 2, groupe de contrôle, sont purement et simplement inoculés avec du bacille de Koch.

L'inoculation est faite uniformément avec un dix-millième de milligramme d'une culture de myco-bactérium tuberculosis variété humaine injecté sous la peau du sternum. La souche utilisée a été isolée trois mois auparavant des crachats d'un tuberculeux.

Chaque fois qu'un animal meurt l'un de ceux appartenant à l'autre groupe est sacrifié pour permettre une comparaison.

(1) Staff meetings of the Mayo Clinic, March 15, 1939.

Chaque semaine le poids de chaque animal est noté.

L'expérience a duré cinquante six jours après l'inoculation. Tous les animaux encore en vie sont alors sacrifiés.

Et voici les résultats de cet essai mené, on le voit, avec une scrupuleuse rigueur :

Tous les animaux du groupe de contrôle ont montré à l'autopsie des lésions, généralement étendues, de tuberculose ; ces lésions portaient surtout sur la rate, les poumons et le foie.

Par contre leur poids s'était non seulement maintenu mais avait presque toujours augmenté pendant la période d'observation alors que les animaux traités à la sulfapyridine avaient notablement maigri.

Ceux-ci présentaient des lésions macroscopiques tuberculeuses (l'étude histologique n'est pas encore terminée) beaucoup moins marquées que celles du premier groupe. Quelques-uns en semblaient même exempts. La différence la plus notable fut observée dans la rate. Celle des animaux non traités révélait toujours l'existence d'une tuberculose sévère et progressive, caractérisée par une hyperplasie marquée et la présence de granulations ou de tubercules. Les animaux traités au contraire, à une exception près, ne montrèrent pas de lésions macroscopiques ni d'augmentation de volume ; a telle enseigne que le poids moyen de la rate dans le groupe de contrôle fut de 4 gr. 07 et de 1 gr. 07 dans l'autre groupe.

Les auteurs notent qu'ils ont choisi le cobaye comme matériel d'expérience à cause, justement, de sa susceptibilité bien connue vis-à-vis du bacille de Koch. L'infection tuberculeuse, même minime, étant toujours chez lui progressive un retard dans cette progression devient extrêmement significatif.

Les doses du sulfapyridine employées furent environ dix fois plus fortes que les doses cliniques eu égard au poids du corps.

Elles furent administrées assez longtemps avant l'inoculation pour saturer les tissus.

L'élimination de la dose est si rapide que, administrée deux fois par jour, elle n'a probablement pas maintenu un taux constant dans le sang. Peut-être des prises moins fortes et répétées toutes les quatre heures auraient-elles été plus efficaces.

En tout état de cause, l'action de la sulfapyridine sur la tuberculose expérimentale du cobaye est évidente.

Mais il faut tenir compte du fait que les animaux étaient déjà imprégnés de drogue au moment de l'inoculation. G. Lavalée.

UNE NOUVELLE THÉRAPEUTIQUE ANTICOLIBACILLAIRE

Par le Docteur Roland CAILLEUX

Ancien médecin de l'Hôpital français de Londres

Il est des faits scientifiques que n'expliquent pas, les plus récentes, les plus ingénieuses théories. On bute de temps à autre contre des évidences biologiques ou thérapeutiques qu'on ne comprend pas, ou desquelles on propose — ce qui revient au même — de trop nombreuses interprétations.

On en trouve l'illustration dans un domaine important de la thérapeutique, où l'on a rencontré à côté d'incontestables succès d'assez amères déceptions, nous voulons parler du traitement médical de la colibacillose urinaire. On ne saurait nier les qualités des régimes alimentaires, de la sérothérapie, des vaccins, du bactériophage, mais il faut ajouter que les bénéfices en sont inconstants. Les remèdes chimiques, les antiseptiques, au premier rang ont aussi leur valeur. Une des dernières médications, l'acide mandelique et ses dérivés, auquel nous avons consacré une étude antérieure, présente de grand avantages dans les formes chroniques de la colibacillose urinaire. Mais on sait qu'on peut éprouver quelques difficulté avec certains malades qui ne le tolèrent pas parfaitement. Les résultats en sont quelquefois moins probants dans les formes fébriles. Enfin, son administration exige un minimum de précautions relativement délicates. Il restait donc une place pour un remède destiné aux formes aiguës, dont le maniement fût aisé et l'administration parfaitement supportée. Les différentes recherches effectuées dans l'espoir de découvrir une médication chimique nouvelle n'aboutirent pas. Quant à un traitement biologique, la difficulté paraissait grande de créer dans l'organisme une immunité humorale contre un microbe qui y vit normalement en saprophyte.

Un fait nouveau, et d'importance, est alors apparu. La découverte en est dûe au Docteur Bec, d'Avignon. Voici quelles furent ses constatations et expériences de départ. Ayant soupçonné que l'immunité naturelle de certains animaux vis-à-vis des virus pathogènes pour d'autres espèces, était due comme l'immunité acquise à des éléments de défense humoraux, il s'est demandé si le sérum de ces animaux pouvait être utilisé à des fins thérapeutiques.

Bec avait été frappé par une comparaison d'ordre chirurgical, par l'observation des maladies intestinales que peut présenter le porc adulte, et par les conditions de vie de l'animal.

Alors que chez l'homme, la moindre intervention chirurgicale sur la cavité péritonéale oblige à s'entourer des précautions d'asepsie les plus rigoureuses, une intervention (la castration de la truie faite dans le but de procurer à l'animal des réserves de graisse plus importantes) chez cet animal est pratiquée dans des conditions qui nient les règles les plus élémentaires de l'asepsie (instruments, outils, fils, main de l'opérateur, n'ayant subi aucune stérilisation). Quelques jours après l'opération, la plaie est cicatrisée et il n'y a eu aucune réaction fébrile.

Second point : le porc est un animal réfractaire aux affections intestinales infectieuses propres à l'homme. Après avoir fait absorber par des porcs du laboratoire de médecine expérimentale des cultures de bacilles d'Eberth et de paratyphiques, on n'a jamais constaté de réactions fébriles chez ces animaux.

Ce qui est intéressant à relever, c'est que le porcelet n'est pas résistant vis-à-vis de l'infection des germes à localisation intestinale. Le porc adulte serait donc immunisé vis-à-vis des infections intestinales. Il est probable qu'il, s'agit là d'une immunité héréditaire, ou acquise résultant des conditions de malpropreté continuelle auxquelles est soumis l'animal.

Il semble donc qu'on se trouve en présence d'un sérum polyvalent naturel dont la spécificité s'étend à la plupart des infections humaines d'origine intestinale. Afin d'en faire la preuve le Docteur Bec a soumis à ce traitement par injections hypodermiques des malades atteints de fièvre typhoïde, de paratyphoïde, d'appendicite aiguë, de péritonite aiguë d'origine colibacillaire. Encore que ces observations débordent le cadre de notre étude, nous en retiendrons, cependant, l'essentiel. En dehors d'accidents sériques sans gravité, on a toujours remarqué une constante amélioration des malades ainsi traités, cette amélioration étant très rapide et portant avant tout sur les signes généraux. On se reportera avec fruit aux publications que nous signalons dans notre bibliographie.

Ce qui nous intéresse directement ici, et que nous avons pu observer tant dans notre clientèle qu'à l'hôpital thermal de Châtel-Guyon, est l'efficacité de ce traitement dans les colibacilloses urinaires et les phénomènes inflammatoires des colites et entérocolites.

Intéressés par les travaux de Bec, le Professeur Duvergey, de Bordeaux, et ses élèves se sont particulièrement attachés à l'étude du sérum de porc dans les colibacilloses urinaires. En 1936, a paru l'excellente thèse du Docteur Torte sur

ce sujet et les premières observations étaient déjà passionnantes. Il est à remarquer qu'ici, au cours de ces expérimentations, le sérum n'a pas été employé par injections, mais seulement par la bouche, à la dose de 30 c. c. par jour en trois fois, un quart d'heure avant les repas. Le traitement était poursuivi dix jours avant d'obtenir des résultats appréciables. La guérison clinique et bactériologique n'était obtenue qu'après un mois de traitement. La méthode s'étant révélée efficace, elle est évidemment préférable de beaucoup dans ces cas aux injections, les risques de réactions sériques se trouvant ici absolument nuls.

Des différentes observations prises dans les services du Professeur Duvergey, Péry, Dupérié, Sabrazès, on peut tirer les conclusions communes que voici.

Les améliorations ont porté sur les phénomènes généraux (température revenue à la normale, phénomènes toxiques qui disparaissent, augmentation du poids), sur l'intestin (langue nettoyée, haleine normale, diminution de la constipation associée), sur l'appareil urinaire enfin. Là les signes les plus importants ont été : la disparition de la douleur à la palpation des points lombaires et urétéraux, la considérable augmentation du volume des urines et leur éclaircissement, la disparition quasi-absolue des colibacilles qu'on ne retrouve plus après dix jours de traitement que sous forme de germes isolés et rares.

En 1937, la thèse d'Henry Duvergey sur les dilatations pyélo-urétérales d'origine dynamique apportait une très remarquable confirmation de l'excellence de cette thérapeutique dans un cas de dilatation pyélo-urétérale, contrôlée par la radiographie et dont l'évolution, après traitement par le sérum de porc, a conduit la malade vers la guérison par régression massive et rapide de cette dilatation, puis l'absence de tout germe dans les urines.

En avril 1937, le Professeur Duvergey faisait avec ses élèves une communication à la Société française d'urologie toujours à ce sujet. Et des soixante malades atteintes de colibacilloses à formes urinaires diverses qu'il avait traitées, il pouvait faire le groupement suivant en résumant ainsi ses conclusions sur l'efficacité de ce traitement.

I. Les colibacilluries, sans rétention ni dilatation pyélo-urétérale

Assez rapidement, au bout de quinze jours environ d'emploi du sérum de porc, les phénomènes généraux se sont améliorés : chute rapide de la température, quarante-huit heures après le début du traitement ; disparition de l'inappétence, de la fatigue, de la céphalée, augmentation du poids (cinq kilos chez une malade), amélioation de la constipation, de l'état de la langue, disparition de la fétidité de l'haleine ; deux à trois jours après le début du traitement, disparition des douleurs spontanées lombaires aiguës ou sourdes ; augmentation du volume des urines, passant dans certains cas de 1.000 c. c. à 2.000 c. c. par vingt-quatre heures. Les troubles vésicaux, le pus, les colibacilles disparaissent progressivement. Au bout de trois semaines à un mois on ne retrouve plus de colibacilles chez ces malades.

Les colibacilluries mises en traitement étaient, les unes assez récentes, remontant de un à deux mois ; la plupart étaient anciennes datant d'un an, deux et trois ans, ayant résisté à toutes les autres thérapeutiques. D'autres colibacilluries ignorées, méconnues, ont été traitées par la même méthode.

II. Les colibacilluries avec dilatation pyélo-urétérale

Ici, le traitement par le sérum de porc a donné des résultats surprenants. La radiographie, après urographie, ayant montré des dilatations pyélo-urétérales considérables au cours des colibacilloses sévères, tout est rentré dans l'ordre au bout de quinze jours de traitement.

III. Les pyélonéphrites gravidiques

Les mêmes résultats sont obtenus au cours des pyélonéphrites gravidiques, pendant la gestation ou après l'accouchement. Le traitement par le sérum de porc semble avoir dans ces cas une action remarquable sur les phénomènes généraux pouls et température, et sur l'état général.

Pour conclure, dans tous les cas, le colibacille disparaît de l'urine en quinze jours ou trois semaines de traitement par le sérum de porc, en même temps que les troubles généraux et locaux s'amendent.

Enfin, en 1938, dans une étude sur le traitement des pyélonéphrites gravidiques, Henry Duvergey constatait — dans les formes légères de ces pyélonéphrites et dans les quelques cas de formes septicémiques où il l'avait expérimenté — l'efficacité du traitement médical par le sérum de porc.

Nous mêmes avons constaté sur nos malades de cure les très réels avantages de cette thérapeutique dans les périodes aiguës des colibacilloses urinaires. Nous considérons, en effet, que le phénomène le plus contrôlable est la *disparition rapide, en quarante-huit heures, de la fièvre chez tous les malades adultes à qui l'on donne trois à quatre ampoules par jour de sérum de porc.* Les autres signes disparaissent progressivement. La disparition totale du colibacille dans l'urine ne peut guère être attendue avant trois semaines à un mois. D'autre part, on ne saurait assez souligner l'efficacité de ce sérum dans les cas

de diarrhées saisonnières et dysentériformes. Encore que nous ne comprenions pas le mécanisme de cette action, c'est un fait que nous avons trop souvent contrôlé pour pouvoir le prendre pour un « heureux hasard ».

Le sérum de porc détruit-il directement les germes ? C'est peu probable quand on sait que le Docteur Bec après avoir expérimenté *in vitro* son action sur les cultures de germes typhiques et paratyphiques en a déduit que ce n'est ni par précipitation, ni par agglutination qu'il agit. Sur une suspension de bacilles d'Eberth, de para A et de para B il ne possède aucune de ces propriétés. Il faudrait donc admettre qu'il possède sur les microbes une action destructive s'exerçant autrement que par la précipitation et l'agglutination.

S'agirait-il d'une action antitoxique ? Il faudrait dans ce cas admettre que le sérum de porc contient plusieurs antitoxines spécifiques, et que les phénomènes cliniques améliorés par le sérum sont de nature toxique. Ceci est plus qu'hasardeux.

Quoiqu'il en soit, ce qu'il faut retenir c'est l'action indubitable de ce remède, polyvalent, bien supporté et d'une administration facile. Voici quelle en est la posologie qui nous semble la plus efficace.

On prescrit le sérum de porc à la dose moyenne de une à quatre ampoules par vingt-quatre heures, soit par voie buccale, une demi-heure avant les repas dans un verre d'eau très sucrée, ou mieux dans un jus de fruit, soit par voie rectale (trois à quatre ampoules dans un grand verre d'eau bouillie, à administrer après un petit lavement évacuateur). Chez les enfants deux ampoules par jour en moyenne. La durée du traitement est variable selon les cas. Dans une infection intestinale aiguë banale, trois ampoules les deux premiers jours et deux ampoules les trois jours suivants suffiront. Dans les formes que nous avons énumérées plus haut, la durée du traitement sera de douze à dix-huit jours.

Pour nous résumer, nous dirons que le sérum de porc permet de traiter facilement et sans danger une série d'affections aiguës devant lesquelles les thérapeutiques habituelles se montrent trop souvent inopérantes. La désinfection par les antiseptiques chimiques échoue assez souvent. Le régime cétogène n'est pas toujours praticable. La vaccinothérapie et la sérothérapie spécifiques exigent une recherche minutieuse et souvent irréalisable étant donné la polymorphie des formes microbiennes. Le sérum de porc trouve donc ici son emploi le plus urgent. Il n'en demeure pas moins qu'on devra s'aider de toutes les ressources de la diététique, du laboratoire, de l'hygiène et de la thérapeutique hydrominérale pour lutter contre les causes premières qui sont à l'origine de ces affections intestinales et sans l'abolition absolue desquelles tout acte médical devrait être considéré comme incomplet.

BIBLIOGRAPHIE

F. Bec. Fièvre typhoïde et sérum de porc normal. (*Cahiers de Pratique médico-chirurgicale*, janvier-février 1935.)

F. Bec. Traitement des infections intestinales par le sérum de porc adulte. (*Archives médico-chirurgicales de province*, juillet 1936.)

F. Bec. Le sérum de porc dans les appendicites aiguës. (*Cahiers de Pratique médico-chirurgicale*, juillet-août 1936).

André Torte. Le sérum de porc dans le traitement des colibacilloses urinaires. (Thèse de Bordeaux, 1936.)

Henry Duvergey. Des dilatations pyélo-urétérales d'origine dynamique. (Thèse de Bordeaux, 1937.)

F. Bec et Dulcy. L'action du sérum normal de porc adulte dans la fièvre typhoïde. (*La Clinique*, avril 1937.

M. Duvergey, Penaud, H. Duvergey, Torte. Du sérum de porc dans le traitement des colibacilloses urinaires. (Société française d'urologie, 19 avril 1937.)

Assises nationales sur la fièvre typhoïde (9 mai 1937). (Communication de F. Bec.)

F. Bec. Le sérum normal de porc adulte dans le traitement des péritonites aiguës. (*Cahiers de Pratique médico-chirurgicale*, juillet-août 1937.)

K. Victoroff et L.-T. Klotz. Propriétés antipneumococciques du sérum de porc. (*Revue d'Immunologie*, mars 1938.)

F. Bec. Sérothérapie de la péritonite appendiculaire (Mêmes *Cahiers*, mars-avril 1938.)

H. Duvergey. Traitement des pyélonéphrites gravidiques. (*J. de méd. de Bordeaux et Sud-Ouest*, 24 décembre 1938.)

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Les paracentèses abusives

Cette opération admirable, disait Lermoyez, calme presque instantanément les douleurs les plus atroces, prévient des complications menaçantes et, bien souvent, sauve la vie du malade.

Cependant, si l'on est d'accord sur les mérites de la paracentèse, cela ne veut pas dire qu'on puisse en user sans discernement. En cette matière, l'excès de zèle des uns est aussi condamnable que l'abstentionnisme des autres.

Aussi le Docteur FELDSTEIN croit-il bon de faire des réserves sur l'innocuité de cette opération alors qu'elle est faite sans discernement : 1° elle allonge la durée d'une otite qui, sans elle, aurait pu guérir seule et sans écoulement ; 2° elle traumatise sans profit le tympan ; 3° elle risque de donner un coup de fouet à une otite qui ne suppure pas encore, malgré les précautions opératoires dont on s'entoure ; 4° elle provoque une réaction œdémateuse qui gêne ultérieurement l'écoulement et nécessite souvent un débridement nouveau, dans les jours qui suivent.

Le but essentiel de la paracentèse, il ne faut pas l'oublier, est d'évacuer, dans les meilleures conditions de drainage, un épanchement constitué de l'oreille moyenne. Il s'agit d'un empyème de la caisse, encore fermé ou déjà fistulé, mais mal drainé. La maturité de l'abcès est la condition indispensable de son ouverture chirurgicale.

Certes, il existe des cas difficiles et des cas insolites où notre subtilité est mise à l'épreuve. Le début réel de la maladie n'est pastoujours connu. Les signes otoscopiques peuvent nous induire en erreur : il y a des tympans discrets comme celui du vieillard et des tympans trompeurs comme celui du nourrisson. Il y en a d'autres qu'on serait tenté de respecter, s'il n'existait pas en même temps des signes mastoïdiens ou des signes généraux qui forcent la main, en particulier dans le premier âge.

Grâce à son expérience et à une « modération réfléchie » le praticien évitera, dans la mesure du possible, les paracentèses abusives ; paracentèse blanche, paracentèse prématurée, paracentèse superflue. (*Journal des Praticiens,* 8 avril 1939).

Le colchique et la goutte

On sait que les résultats du colchique sont en général extrêmement rapides, au moins dans l'accès aigu, franc, sthénique, qui est sa réelle et seule indications : en l'espace de quelques heures, les phénomènes pseudo-phlegmoneux s'atténuent, la douleur disparaît. En 12 à 14 heures, la crise tend vers la résolution.

Le Docteur BOULIN précise que le colchique est le test diagnostic de l'arthrite goutteuse aiguë. Il exerce sur elle une action tellement nette, tellement rapide, tellement spécifique pour tout dire, que cette action peut servir à distinguer une arthrite goutteuse d'une arthrite non goutteuse.

Il faut savoir en effet que le diagnostic de goutte aiguë n'est pas toujours tellement facile. Sans doute, il est évident, lorsqu'on a affaire à une crise typique localisée au gros orteil.

Par contre, il est beaucoup plus délicat, lorsqu'au cours d'un premier accès, surtout où les commémoratifs ne peuvent éclairer la situation, l'arthrite siège sur une autre articulation ou encore frappe d'emblée plusieurs articulations. C'est ainsi qu'on peut se demander si l'on a affaire à un rhumatisme articulaire (surtout au genou et au coude), à une lymphangite (surtout à la face dorsale du pied, à un phlegmon (surtout au cou-de-pied), à une polyarthrite infectieuse (gonococcique).

En pareil cas, le colchique constituera un véritable traitement pierre de touche, car dépourvu de toute action sur les autres processus inflammatoires, il exerce sur l'arthrite goutteuse l'action nette et rapide que nous avons décrite. (*Le Progrès Médical,* 29 avril 1939.)

Existe-t-il un rhumatisme chronique progressif de nature gonococcique ?

Les observations démonstratives de rhumatisme chronique progressif gonococcique sont rares et, de ce fait, on a pu même contester son existence. N'est-il pas possible, néanmoins, de considérer le gonocoque comme l'agent déterminant de certains cas ou de certaines formes de rhumatisme chronique progressif et de distinguer ceux-ci avec certitude des rhumatismes chroniques progressifs d'étiologie différente ? Tel est le problème qu'ont voulu élucider MM. WEISSENBACH et L. PERLES.

De leur étude, ils concluent à la réalité du rhumatisme chronique progressif blennorragique. Décrit depuis longtemps, il est cependant rare, difficile à reconnaître, il n'est diagnostiqué le plus souvent qu'à une période tardive de son

évolution. Il peut cependant et doit être dépisté plus précocement. La clinique permettra dans certains cas, à elle seule, de poser un diagnostic exact. Le plus souvent, elle ne fournira que des éléments de présomption orientant le reste de l'examen vers la recherche de la gonococcie latente.

De tous les éléments de diagnostic fournis par le laboratoire, la preuve directe par la mise en évidence du gonocoque de Neisser est la meilleure ; encore que, dans certains cas, un foyer gonococcique puisse exister chez un sujet atteint d'un rhumatisme chronique d'autre nature. Aucune épreuve biologique n'a de valeur absolue. La gono-réaction, lorsqu'elle est fortement positive, à une valeur de présomption importante. Si chacun des éléments du syndrome biologique du rhumatisme chronique progressif gonococcique pris en lui-même ne permet pas d'affirmer la nature gonococcique du rhumatisme, leur groupement crée un faisceau de présomption suffisante. Ce manque d'éléments de certitude est la cause des difficultés que présente dans la pratique le diagnostic étiologique du rhumatisme chronique progressif gonococcique reconnu. (*Revue de Médecine*, avril 1939.)

Mon expérience de l'opération césarienne

Le travail de V. Le Lorier est basé sur les observations de 277 opérations césariennes effectuées dans son service correspondant à environ 27.700 accouchements (0,8 %). Son intérêt principal est qu'il porte sur deux groupes d'importance comparable ; l'un qui rassemble les césariennes hautes, au nombre de 111, l'autre qui réunit les césariennes basses, au nombre de 166. Voici les résultats obtenus :

Mortalité maternelle globale : sur 277 opérations, 16 morts, soit 5,7 %, dont 9 % pour la césarienne haute, et 3,6 % pour la césarienne basse. La mortalité est donc manifestement plus forte avec la césarienne haute, et ce résultat est encore plus saisissant si l'on tient compte du fait que la plupart des césariennes hautes ont été faites avec des membranes intactes et avant tout début, ou au début du travail, alors que pour les césariennes basses près de la moitié des femmes avaient les membranes rompues depuis un certain temps et qu'un grand nombre de parturientes avaient été soumises à une épreuve de travail, prolongée parfois pendant plus de 12 heures. D'une manière générale, l'expérience apprend qu'il faut faire l'ablation de l'utérus, en cas d'hystérectomie complémentaire, avec circonspection, et la réserver aux cas fébriles, ainsi qu'à ceux qui ont beaucoup saigné et ont une tendance à continuer à saigner.

La mortalité fœtale totale dans les trois jours après la naissance a été de 5,4 % pour les césariennes hautes et de 4,8 % pour les césariennes basses. On peut donc dire que, à l'égard de l'enfant, il n'y a aucune différence entre les deux procédés.

La conclusion qui découle de cette statistique est donc toute en faveur de la césarienne basse, qui doit être considérée comme un procédé de choix. (*Rev. franç. de Gynécologie*, mai 1939).

Le sérum anti-colibacillaire du Professeur Vincent dans le traitement de l'appendicite aiguë

Le Professeur F. Foucault (de Poitiers) constate que l'acte chirurgical ne résume pas toute la thérapeutique de l'appendicite aiguë ; il faut encore, chez ces malades intoxiqués, porteurs parfois de germes dans leur sang, lutter contre l'élément toxi-infectieux.

Il a utilisé le sérum anti-colibacillaire du Professeur Vincent depuis 1928 dans quatre cent cinquante-six cas d'appendicite aiguë. Tous les âges sont représentés dans cette statistique ; sept cas intéressent des personnes âgées de 76 à 82 ans. Toutes les formes ont été observées, à tous les stades de leur évolution.

Toutes ont été soumises au traitement post-opératoire du sérum anti-colibacillaire, à des doses variant de 10 c. c. à 90 c. c., suivant la gravité du cas, et surtout suivant la rapidité du pouls : tant que le pouls reste au-dessus de 100, le sérum anti-colibacillaire est administré par voie sous-cutanée. Jamais cette sérothérapie n'a été associée à la sérothérapie anti-gangréneuse, sauf dans un cas ; mais au bout de 48 heures, devant l'aggravation des symptômes, on recourut à la sérothérapie anticolibacillaire, qui amena rapidement la guérison.

Sur 456 cas, 6 décès (1,3 %) : un abcès sous-phrénique, deux abcès du Douglas, trois péritonites généralisées.

L'action de la sérothérapie a été surtout manifeste dans les cas graves, dans les appendicites d'ordre alimentaire, dans les appendicites associées à d'autres infections (en particulier aux maladies éruptives de l'enfance), dans les appendicites des vieillards et, en général, dans tous les cas où l'organisme paraît sidéré dans sa résistance. La sérothérapie apparaît comme un complément indispensable à l'intervention, et si celle-ci obtient des succès qu'il eût été osé d'espérer autrefois, ces succès sont rendus plus rapides et plus certains encore, par l'action spécifique du sérum anti-colibacillaire du Professeur Vincent. (*L'Actualité médico-chirurgicale*, mars 1939.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La localisation endocrinienne des substances toxiques

(M. René FABRE ; 18-4-1939)

M. René Fabre a fait des recherches expérimentales, chez le chien, sur les localisations endocriniennes possibles des substances toxiques.

Les résultats obtenus montrent une fixation élective du chloroforme sur le cortex surrénal, ce qui n'est pas surprenant en raison de la présence en quantité fort élevée de lipoïdes dans cette glande. Dans la fixation du véronal, on peut signaler le rôle important de la thyroïde et également des surrénales.

Il apparaît que les glandes endocrines sont susceptibles de retenir des quantités notables de toxiques, aussi bien dans les intoxications aiguës que dans les intoxications chroniques. Ce phénomène a, sans doute, un retentissement important sur les symptômes d'intoxication observés cliniquement.

— M. Pierre DELBET a étudié autrefois avec M. Herrenschmidt l'action du chloroforme sur les capsules surrénales, chez des cobayes. Les modifications portaient sur les lipoïdes des cellules et permettaient de reconnaître aisément pendant combien de temps la narcose avait duré.

Doses médicamenteuses réfractées, injectées à courts intervalles, dans les trypanosomoses expérimentales

(M. L. LAUNOY ; 18-4-1939)

Expérimentalement, la répétition de petites doses à des intervalles rapprochés (quelques heures), permet de faire supporter à un animal une quantité de toxique supérieure à celle qu'il tolère lorsque la dose est introduite en une seule fois. La toxicité est donc une propriété relative, et non une constante biologique, comme on le croit trop.

Le traitement des trypanosomoses expérimentales, par l'application de faibles doses, répétées à courts intervalles, se montre plus efficace que le traitement par une dose importante, toujours insuffisante d'ailleurs et dont le rappel se fait par intervalles éloignés.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Un cas de neurinome solitaire de l'intestin grêle

(MM. Alain MOUCHET et A. SAMAIN ; 8-2-1939)

Les neurinomes sont des néoplasies d'origine nerveuse, que l'on peut rencontrer partout où se trouvent des filets nerveux appartenant au système nerveux périphérique cérébro-spinal ou sympathique.

Pour ce qui concerne les neurinomes du tube digestif, trois éventualités sont possibles: localisation digestive d'une neuro-fibromatose généralisée (maladie de Recklinghausen) ; tumeurs multiples sur le tractus gastro-intestinal (neuro-fibromatose digestive) ; tumeur unique (neurinome solitaire du tube digestif). Le cas de MM. Mouchet et Samain se rapporte à cette troisième catégorie. Il concerne une femme atteinte d'une crise douloureuse abdominale chez laquelle la laparotomie permit d'enlever une tumeur du volume d'une tête de nouveau-né adhérente à l'intestin, que l'examen histologique révéla être un neurinome.

Ces tumeurs ne sont pas connues depuis très longtemps. Généralement bénignes, elles atteignent parfois un volume assez grand. Il est des cas où elles évoluent à bas bruit et constituent une découverte d'examen. Il en est d'autres où une symptomatologie bruyante et peu caractéristique oblige à intervenir. Cliniquement, la palpation permet de percevoir la tumeur ou reste négative.

La tumeur peut se manifester par une complication : des hémorragies, des phénomènes d'occlusion, des réactions péritonéales aiguës.

Le traitement doit consister dans l'ablation simple, sans s'occuper du territoire ganglionnaire, puisqu'il s'agit de tumeurs bénignes.

Péritonites d'origine typhique au Tonkin

(MM. MEYER-MAY, HO DAC DI et TON THAT TUNG. Rapport de M. FAVRE ; 15-2-1939)

Les auteurs ont observé en deux années, 42 cas de péritonite d'origine typhique. Cette complication des fièvres typhoïdes serait donc fréquente, au Tonkin. Dans la règle, la forme a été asthénique.

Le diagnostic a été fait surtout grâce au pneumopéritoine examiné à la radioscopie. Le traitement qui a paru le meilleur est la suture avec enfouissement et drainage du Douglas pendant quarante-huit heures. La fistulisation à la peau de la perforation peut se justifier dans certains cas.

Quoi qu'il en soit, les résultats obtenus ont atteint 26 % de guérisons.

A noter, d'autre part, le faible pourcentage des séro-diagnostics positifs (62 %). M. CHEVRIER se demande, dès lors, si ces perforations ne sont pas en partie des perforations paratyphiques. Il pense que le pourcentage des guérisons est meilleur quand il s'agit de perforations paratyphiques

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Utilisation clinique de l'hormone lactogénique de l'hypophyse

(MM. J.-C. MUSSIO-FOURNIER, J. MORATO-MANARO et A. ALBRIEUX ; 24-2-1939)

Cette méthode laisse entrevoir de grandes possibilités, et des répercussions même au point de vue social. Les auteurs font une étude critique des observations recueillies jusqu'à ce jour. Dans leurs dix premiers cas, l'effet de l'hormone fut patent et l'action durable, sauf en un seul cas où l'effet dura seulement dix jours. Ils avaient donné 300 milligrammes de poudre sèche de prolactine, divisés en dix injections intra-musculaires, dont 2 par jour pendant cinq jours.

En résumé, l'utilisation de l'hormone lactogénique de l'hypophyse est des plus satisfaisantes pour combattre l'hypogalactie et permettre de poursuivre l'allaitement exclusivement maternel. Pour être plus sûr du succès, il est indispensable d'appliquer cette hormone précocement et en doses convenables, sur les mamelles développées, c'est-à-dire possédant un tissu glandulaire suffisant. Les petites doses ne produisent aucun résultat. Chez les derniers sujets, les auteurs ont augmenté la dose de 200 à 300 milligrammes de poudre sèche comme dose totale et ils pensent l'augmenter encore. Avec la technique qu'ils ont suivie ils n'ont constaté aucune des réactions anormales signalées par d'autres. Il n'est pas nécessaire d'administrer de nouvelles doses d'hormones en cas de diminution de la sécrétion lactée, l'anaphylaxie étant toujours à craindre. Une patiente a été réinjectée après un nouvel accouchement, à un an et demi du précédent déjà traité par la prolactine : une sécrétion persistante a été obtenue avec une dose moindre de sept hormones.

Guérison par l'hépatothérapie des aphtes récidivants de la bouche

(MM. P. CHEVALLIER et L. BRUMPT ; 3-3-1939)

La sprue commence à être bien connue. Dans les cas typiques, et au moins à la période d'état. elle s'accompagne d'éruptfons récidivantes d'aphtes buccaux : ce sont les aphtes qui ont fait donner son nom à la maladie. Elle guérit ou au moins s'améliore considérablement par l'hormono-vitaminothérapie moderne, en particulier par une hépatothérapie massive.

Au lieu de considérer les aphtes comme secondaires, on peut se demander si l'affection n'est pas primitivement due à des éruptions subintrantes d'aphtes sur l'intestin, aphtes qui provoqueraient une insuffisance intestinale. En conséquence, l'hépatothérapie doit guérir les aphtes. La vérification de cette hypothèse n'est pas facile, car la plupart des sujets qui ont des aphtes ne font que des poussées rares et éloignées.

En résumé, l'hépatothérapie guérit ou améliore de façon suffisante pour équivaloir à une guérison, les aphtes récidivants de la bouche lorsque les poussées sont subintrantes et que la maladie acquière, de ce fait, une gravité exceptionnelle. Les faits rapportés ne peuvent cependant être considérés comme démontrant l'origine aphteuse de la sprue, car il peut être soutenu tout aussi bien que les aphtes sont la conséquence d'une dystrophie nutritive que répare l'hépatothérapie.

A propos du traitement des aphtes récidivants de la bouche. Action de la vitamine P.-P.

(M. R. CACHERA ; 17-3-1939)

L'auteur, à propos de la récente communication de MM. P. Chevallier et Brumpt sur le traitement des aphtes récidivants par les extraits de foie, apporte une observation qui met en évidence l'action de la vitamine P-P. Dans ce cas, les lésions ulcéreuses à répétition de la langue et de toute la cavité buccale se succédaient depuis deux années de façon ininterrompue et avaient résisté à de nombreux traitements. L'administration d'acide nicotinique entraîna la guérison en dix jours.

Ce fait doit être rapproché des observations de M. Chevallier concernant l'action des extraits hépatiques.

En effet, c'est à partir des extraits de foie, reconnus riches en principe antipellagreux, que les auteurs américains ont précisément réussi à isoler et à identifier ce principe comme étant l'amide nicotinique. L'hépatothérapie est donc une façon d'administrer la vitamine P-P, et il est vraisemblable que les effets obtenus dans le traitement des aphtes récidivants de la bouche par deux procédés apparemment très distincts, sont dus, en réalité, à l'intervention d'une même substance active.

G. F.

Les Congrès

• • •

VIII° CONGRÈS FRANÇAIS DE GYNÉCOLOGIE

(Lille, 27-30 mai 1939)

La parthénologie

Embryologie de l'appareil génital féminin

Rapport de M. Robert NOEL (Lyon)

Cette étude comprend trois parties principales : le développement de la glande génitale ; le développement des voies génitales ; le développement des organes génitaux externes.

Etude morphologique du bassin féminin avant la puberté

Rapport de MM. P. CORDIER, L. DEVOS et M. RENIER

Dès la naissance, un caractère essentiel différencie le bassin de la fillette : la largeur des hanches. D'après Lesné et Binet, « la largeur des épaules et celle des hanches sont égales dans le sexe masculin à toutes les périodes de la croissance ; chez les petites filles, les hanches sont plus larges dès la naissance ». Ce caractère, cependant, est tout d'abord assez peu marqué.

Connaissant la forme générale du bassin et ses diamètres successifs, peut-on en déduire l'âge auquel l'accouchement est possible par les voies naturelles ? Des mensurations faites par les auteurs du rapport, il ressortirait que les détroits présentent des dimensions suffisantes pour permettre l'expulsion normale à partir de 15 ans dans certains cas et dans tous les cas à partir de 18 ans. Mais il faut tenir compte de la malléabilité des pièces osseuses encore incomplètement ossifiées chez les adolescentes et de la mobilité des articulations pelviennes. En fait, la grande majorité des observations signalent que les plus jeunes primipares accouchent spontanément par les voies naturelles d'enfants de poids voisin de la normale.

Le bassin osseux de la femme présente des caractères propres qui permettent, dans la plupart des cas, de le distinguer facilement à l'état adulte du bassin de l'homme et se rattachent d'ailleurs à l'ensemble des caractères sexuels dits secondaires (Le caractère sexuel primaire étant constitué par la cellule germinale ou gamète, les caractères sexuels secondaires comprennent tous ceux qui, utiles ou non à l'acte de la fécondation ou à la préservation de l'œuf fécondé, donnent au sexe une différence morphologique ou physiologique.)

Le bassin de la femme est plus mince que celui de l'homme. Ses dimensions transversales bis-iliaques l'emportent sur les dimensions correspondantes du bassin masculin. L'inclinaison du bassin féminin est plus marquée. Enfin, l'arcade pubienne n'est pas anguleuse mais arrondie.

Ces différences existent déjà dès la naissance, dès la vie fœtale même. Il semble que les caractères en question dépendent d'un mécanisme endocrinien (fonction endocrine de l'ovaire).

Microbiologie et physico-chimie du milieu vaginal de l'enfant et de la jeune fille vierge

Rapport de MM. J. VANVERTS, P. BOULANGER, P. CRAMPON et E. LAINÉ

Les sécrétions vaginales de l'enfant subissent des variations avec l'âge. De coloration blanchâtre, abondantes, chez le nouveau-né, elles diminuent rapidement à partir du neuvième jour et sont presque inexistantes chez la fillette à l'état normal. Elles réapparaissent à la puberté, précédant de peu les premières règles. A vrai dire ce sont des exsudats muqueux qui renferment les produits de desquamation de l'épithélium du vagin et une flore microbienne variable.

Dans les cas normaux, cette flore microbienne est simple : cocci (entérocoques, staphylocoques, streptocoques), bacilles diphtérimorphes et enfin bacilles de Döderlein.

Le bacille de Döderlein est un gros bâtonnet, découvert par cet auteur en 1892. Il joue, dans la microbiologie vaginale, un rôle important. Son origine a été discutée. De nombreux auteurs lui attribuent une source intestinale. Déposé sur les téguments avec les matières fécales, il envahirait secondairement le vagin. Dans les sécrétions vaginales du nouveau-né, on trouve de nombreux bacilles de Döderlein. Puis, avec la diminution des sécrétions, les bacilles de Döderlein se raréfient et disparaissent dans 80 % des cas environ, en même temps que la flore s'enrichit d'éléments nouveaux (cocci). A la puberté, le milieu vaginal redevient à peu près ce qu'il était chez le nouveau-né.

Le bacille de Döderlein provoque une acidité des milieux où il se rencontre, acidité qui suffit à entraver le développement des colonies de streptocoques

et de staphylocoques. Toutefois, il semble bien que l'acidité du milieu vaginal existe aussi en dehors de la présence du bacille en question (il serait formé alors aux dépens du glycogène de la muqueuse du vagin, glycogène réglé lui-même par la sécrétion de folliculine) mais cette acidité n'est accentuée que là où le bacille de Döderlein est trouvé.

Quoiqu'il en soit, les mesures du pH montrent, chez l'enfant, une acidité (variable) des sécrétions vaginales.

En résumé, la flore de Döderlein a un intérêt primordial dans la biologie du vagin chez l'enfant et également chez la femme. C'est elle qui entretient l'acidité très forte nécessaire pour arrêter la multiplication dans la cavité vaginale des germes pathogènes qui y pénètrent avec une grande facilité et qui pourraient être la cause d'infections importantes.

Le développement de cette flore est, de plus, en relation avec la teneur en glygogène du milieu vaginal, elle-même dépendante de la sécrétion de folliculine. Celle-ci est apportée au nouveau-né par l'organisme maternel. Dans la suite, elle n'existe plus qu'en faible quantité jusqu'au moment de la puberté. Ceci explique la gravité que revêtent parfois les vaginites de l'enfant (heureusement rares en dehors des affections gonococciques). Ceci explique encore l' fficacité des injections de folliculine dans les vulvo-vaginites des petites filles.

L'activité endocrinienne de l'ovaire avant la puberté

Rapport de MM. P. Cordier, L. Devos et J. P. Gineste

L'ovaire est une glande à sécrétion interne qui produit deux hormones : la *folliculine* ou œstrine (dérivée du follicule de de Graaf) et la lutéine ou *progestine* (dérivée du corps jaune).

De nombreux travaux ont montré que le fonctionnement de diverses glandes endocrines débutait au cours de la vie intra-utérine. Il en est ainsi pour la sécrétion interne de l'ovaire.

Considérons le rôle des hormones pendant le cycle ovarien.

La première phase du cycle ovarien est sous la dépendance d'une hormone hypophysaire : la gonadostimuline. Celle-ci, sécrétée par les cellules du lobe antérieur de l'hypophyse, détermine la croissance et la maturation du follicule de de Graaf, la sécrétion de la folliculine, et secondairement des modifications de la muqueuse utérine. Vers le quinzième jour du cycle, l'hypophyse sécrète une seconde hormone, la gonado-stimuline B, qui provoque la libération de l'ovule et la transformation de l'ovisac en corps jaune. La sécrétion de la progestine commence alors, cette progestine déterminant une énorme prolifération de l'endomètre. C'est la phase lutéinique, second épisode du cycle ovarien.

La folliculine peut avoir d'autres origines que l'ovaire (placenta, testicule). Pour la progestine, sa seule source, en dehors de l'ovaire, est le placenta.

Chez la jeune fille impubère, la folliculine est présente et probablement sécrétée par l'ovaire immature. Par contre, la sécrétion de progestine ne commence qu'après maturation du premier follicule.

L'activité endocrine de l'ovaire se révèle dès la vie intra-utérine par l'apparition des caractères sexuels secondaires (formation du tractus génital féminin, caractères sexuels du bassin osseux féminin).

Il apparaît dès lors que chez la jeune fille impubère l'ovaire immature exerce une fonction endocrine, mais des deux hormones sécrétées après la puberté, seule la folliculine existe dans l'économie avant le premier cycle menstruel. Cette folliculine semble avoir une action inhibitrice sur plusieurs glandes endocrines (hypophyse antérieure, thyroïde, etc.) et, à l'opposé, une action stimulatrice sur la glande mammaire. Elle peut ainsi intervenir dans la morphogénèse et la croissance jusqu'aux approches de la puberté.

Variations du taux de la folliculine dans l'urine et le sang des jeunes filles avant, au moment, après la puberté

Rapport de M. Turpault

Les dosages pratiqués par l'auteur chez des fillettes et des jeunes filles normales lui ont montré qu'avant même la puberté il existe une ébauche de cycle hormonal. Il a constaté, d'autre part, à cet âge, dans l'urine et surtout dans le sang des doses de folliculine beaucoup plus importantes que chez la femme adulte.

Il a noté enfin, la brusque augmentation de folliculinurie qui précède le développement des seins. Puis la période de transition qui survient un ou deux ans après la première menstruation.

Influence de la syphilis héréditaire sur les fonctions ovariennes

Rapport de MM. H. Paucot et Bédrine, de Lille

Se garder d'abord d'affirmer, remarquent les rapporteurs, que la plupart des troubles des fonctions ovariennes sont d'origine hérédo-syphilitiques. Nombre d'autres causes peuvent intervenir : infections héréditaires ou acquises, tuberculose, oreillons, gonococcie, etc.

Cela dit, on peut considérer les troubles fonctionnels ovariens comme extrêmement fréquents chez les hérédo-syphilitiques.

L'hérédo-syphilis ne semble pas avoir une influence accentuée sur la date d'apparition des premières règles, mais c'est presque toujours dès le début de l'activité de la glande génitale qu'elle affirme sa nocivité et détermine des troubles de la menstruation.

Ces troubles peuvent être d'une extrême diversité et ne diffèrent pas dans leur physionomie symptomatique de ceux qui ont une autre origine. Dans la grande majorité des cas, le traitement spécifique se

montre efficace quelle que soit la modalité des phénomènes morbides observés, les manifestations hémorragiques en particulier.

Pratiquement, en présence de troubles menstruels de la puberté, ou d'un retard anormal, il convient de rechercher avec soin s'il n'existe pas une hérédo-syphilis de première, deuxième ou troisième génération. Dans le doute même, un traitement d'épreuve pourra être tenté (bismuth, arsenic, mercure). Ce traitement ne doit pas être trop tardif.

Les malformations génitales féminines Imperforation de l'hymen et absence totale de vagin

Rapport de M. Favreau, de Lille

L'imperforation congénitale de l'hymen est rare et plus rare encore l'absence totale de vagin. Ces affections, il est vrai, passent assez souvent inaperçues et lorsqu'il existe des incidents de la menstruation, chez une fillette, il faut toujours pratiquer un exament soigneux et complet des organes génitaux. M. Favreau cite deux observations concernant des fillettes non réglées, qui furent traitées par une médication reconstituante, un toucher rectal d'exploration ayant été fait seulement, sans examen visuel de la vulve : elles étaient atteintes d'imperforation de l'hymen.

Il importe de remarquer, d'ailleurs, que malgré leurs malformations vaginales ou l'anomalie de l'hymen, ces malades présentent un développement général normal, un état psychique et physique essentiellement féminins, les organes génitaux externes n'offrant rien de particulier appelant l'attention.

Un point important est celui de la conduite à tenir. Dans le cas d'imperforation de l'hymen, ne pas se contenter d'une ponction, d'une minime ouverture, mais faire une large brèche en opérant avec toute l'asepsie désirable et avec beaucoup de soin, une simple incision d'hymen ou de cloison vaginale, pouvant exposer à de fortes hémorragies. S'il s'agit d'une absence de vagin, le rapporteur conseille une opération qui ne mette pas la vie de la malade en danger ; peut-être même faudrait-il souvent s'abstenir.

Les tumeurs de l'appareil génital interne chez la fillette impubère

Rapport de MM. Emile Delannoy et R. Demarez

Les tumeurs du sein chez la fillette et la jeune fille

Rapport de M. Xavier Bender

La maladie kystique du sein (maladie de Reclus) est fréquente chez les jeunes filles. Cette affection débute, en effet, dans une bonne moitié des cas au moment de la puberté ou dans les années suivantes. Rares au contraire sont, chez la jeune fille, les kystes solitaires du sein, les sarcomes, les épithéliomes. Les adénomes, les fibro-adénomes sont moins fréquents chez la jeune fille que chez la femme adulte.

Le rapporteur insiste sur une affection de la mamelle assez particulière chez la jeune fille : l'hypertrophie massive des seins. Les dites hypertrophies ne sont pas de véritables tumeurs, mais par la rapidité de leur développement et les dimensions considérables qu'elles atteignent dans certains cas, on peut les ranger dans le groupe général des tumeurs.

Les hypertrophies mammaires modérées ne sont pas exceptionnelles. Les grosses hypertrophies, à forme pseudo-néoplasique, sont beaucoup plus rares. Elles peuvent acquérir des dimensi ns presque incroyables, la masse mammaire arrivant parfois jusqu'au pubis et même jusqu'aux cuisses.

L'hyperplasie porte principalement sur l'élément conjonctif. L'affection apparaît généralement de 13 à 16 ans. Il semble bien que la cause de cet état pathoogique soit un trouble endocrinien.

Quelquefois, le début est aigu, les seins prenant en quelques heures un grand développement. Habituellement, le début est insidieux, sans trouble fonctionnel ; puis les seins augmentent progressivement de volume et de poids en s'étalant sur l'abdomen.

Ces masses, dans certains cas énormes, déterminent une gêne fonctionnelle qui peut nécessiter l'amputation des seins ou une résection discoïde.

La marche de l'affection est variable. L'hypertrophie peut, à un volume déterminé, rester stationnaire, sans régression spontanée ultérieure toutefois. L'hypertrophie mammaire est susceptible dans ses formes intenses d'entraîner de la cachexie et la mort de la patiente.

Le traitement de la maladie arrivée à un assez grand développement est chirurgical. Au début et jusqu'à un certain degré l'hormonothérapie (injection de testostérone) est indiquée.

P. Lacroix.

THÉRAPEUTIQUE

Vitamine B_1 et Algies

La vitamine B_1, très répandue dans la nature, existe dans un grand nombre de végétaux, surtout dans les parties riches en noyaux cellulaires telles que germes des céréales, son de riz, dans de nombreuses graines légumineuses : lentilles, haricots, quelques fruits et légumes : oranges, tomates, cresson, épinards, ainsi que dans certains tissus animaux.

Nous connaissons, à l'heure actuelle, le rôle prépondérant que joue cette vitamine dans le métabolisme des glucides et les troubles que provoque sa carence, qu'il est d'ailleurs très facile de réaliser expérimentalement chez les animaux de laboratoires. C'est même une expérience tellement simple qu'elle est utilisée couramment pour le titrage de la vitamine B_1 dans les corps qui en contiennent.

Mais la vitamine B_1 est détruite dans les aliments par la cuisson, et notamment, les procédés actuels de panification ont pour résultat d'en priver le pain. D'autre part, la consommation de plus en plus grande que l'on fait des aliments hydrocarbonés a pour effet d'augmenter toujours les besoins de l'organisme en vitamine B_1. Il y a donc insuffisance d'apport de vitamine B_1 à l'organisme, ce qui provoque l'utilisation anormale des glucides ingérés, causant une accumulation de produits toxiques tels que l'acide pyruvique, l'acide lactique, l'acide oxalique, qui vont se fixer, soit dans les muscles striés ou lisses où ils provoquent une diminution de la teneur des muscles en glutathion avec toutes les conséquences que l'on sait, ou bien envahissent le protoplasme nerveux provoquant des phénomènes névritiques et polynévritiques dont le premier symptôme, le symptôme d'alarme pourrait-on dire, est l'algie.

Il est évident que seule une carence uniquement alimentaire en vitamine B_1 ne pourrait provoquer qu'à la longue ces phénomènes névritiques et polynévritiques. Mais il est d'autres cas où la rupture d'équilibre du métabolisme est pour ainsi dire immédiate : les états physiologiques ordinaires, la grossesse, la lactation ou même de simples efforts corporels ; les infections les plus banales, les plus passagères peuvent également provoquer cette rupture d'équilibre en augmentant brusquement les besoins de l'organisme en vitamine B_1.

Nous ne voulons pas dire par là que toutes les algies ont pour cause essentielle une carence de l'organisme en vitamine B_1, *mais nombre d'entre elles, d'origine toxique ou inflammatoire, relèvent certainement de cette étiologie, et les autres voient sûrement leurs effets accentués ou bien leur guérison retardée de ce fait.*

D'ailleurs, la thérapeutique, pierre de touche du diagnostic, vient corroborer d'une façon parfaite cette hypothèse.

On peut affirmer qu'il y a bien peu d'algies d'orgine inflammatoire ou toxique qui, si elles ne sont pas guéries, sont du moins améliorées par l'administration de vitamine B_1.

C'est donc dire quel intérêt présente l'administration, dans ces cas, de cette vitamine.

Il était intéressant d'associer la vitamine B_1 à un médicament à action directe sur la cause de l'algie en soi de façon à augmenter dans des proportions très considérables les chances de juguler, dans le plus bref délai, une algie, en intervenant à la fois sur la cause et le mécanisme de la douleur.

C'est ce qui a été réalisé avec la Naïodine suractivée, association de Naïodine et de vitamine B_1 qui donne constamment des résultats remarquables dans toutes les algies, névrites, polynévrites, d'origine toxique ou inflammatoire.

Toutefois, il importe d'administrer la vitamine B_1 à des doses assez importantes ; il faut frapper fort. Les doses les plus communément utilisées vont de 4 milligrammes par jour à 2 centigrammes, doses qui correspondent à l'immense majorité des cas à traiter. On peut d'ailleurs les dépasser sans inconvénient, la vitamine B_1 n'étant pas toxique.

L. GUIPEL.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

■ ■ ■

LE MAL DU SIÈCLE

Nous avons fait du chemin depuis Musset ! Tellement de chemin que nous sommes presque arrivés à ses antipodes.

La génération de 1830 vivait dans l'orage des passions. Tout en elle était excessif et ostentatoire, son vêtement aussi bien que sa littérature. Frénétique dans ses amours, elle pensait que la joie et la douleur sont des moments divins et que cinq cents vers ne sont pas trop pour en épuiser la substance. Et nos anthologies publient encore aujourd'hui les désespoirs privés des romantiques.

Bien entendu la réaction est venue : les Parnassiens ont affecté de recevoir les coups du sort sans déranger un pli de leur cravate. Nous, leurs héritiers directs, nous avons vu passer la guerre ; et depuis, il est de bon ton de ne plus admettre les mouvements de l'âme. La gouaille et la bravade ont tari la source d'où dévalaient, il y a cent ans, les « torrents de larmes ». Et la raison aussi ! Car nous sommes des gens raisonnables ! !

Raisonner, c'est avoir la prétention de tenir en main cet attelage impulsif qui galope au dedans de nous et qui s'appelle nos nerfs. Or, il nous arrive souvent la mésaventure de Phaéton emballé par ses coursiers. Certains jettent alors les rênes au vent en disant « A Dieu vat ! ». Tel ce jeune homme plein de révolte, qui, l'autre jour, s'écriait devant moi : « Assez de raison ! assez de raisonnements ! Je dirai peut-être des bêtises, et j'en ferai. Mais, du moins j'aurai vécu ! »

Certains ne s'aperçoivent pas qu'ils ont déraillé et, emportés dans le char en folie, ils entassent arguments sur déductions, persuadés qu'ils vont droit au but. Il n'y a plus qu'à se garer : ils écraseront tout sur leur passage. Les exemples abondent, même et surtout chez les plus raisonnables ou, du moins, les plus raisonnant. Il ne faudrait pas chercher longtemps pour en trouver parmi nous.

Car l'on a beau se raidir contre les mouvements de l'esprit ; ils n'en existent pas moins. De la maladie du siècle, c'est notre forme clinique, à nous médecins, de les ignorer si souvent. Quoiqu'en disent nos traités, nous avons, comme dit Carrel « séparé la matière de l'esprit. Nous avons attribué à l'une, une réalité plus profonde qu'à l'autre ». Un malade est pour nous un ensemble mécanique où il s'agit de découvrir la « panne ». A cela nous employons nos yeux, nos oreilles, nos doigts ; conscients de ce qu'ils ont de fruste et d'imparfait, nous appelons à la rescousse un appareillage qui croît chaque jour en complexité. Après quoi, nous étant doctement recueillis, nous formulons un avis qui s'efforce de faire la synthèse de toutes nos constatations et la thérapeutique idoine. Et nous signons : l'acte médical est terminé.

Il nous surprendrait bien celui qui, à cet instant, viendrait nous souffler à l'oreille « Un moment ! vous oubliez un agent essentiel, celui qui met en branle tous ces rouages, l'esprit ! Vous avez vérifié la compression, exploré l'allumage et démonté le carburateur ; c'est fort bien. Inquiétez-vous maintenant de ce que vaut le chauffeur, car une voiture se ressent de la façon dont elle est menée ».

Avouons-le : nous nous inquiétons rarement de la façon dont est menée la mécanique vivante qui nous est soumise.

***

Mais le matérialisme qui était encore, voici peu d'années, notre cheval de bataille philosophique a reçu dernièrement de si rudes coups que les moins attentifs perçoivent un ébranlement dans leurs convictions. La « machine à sécréter la pensée » est décidément reléguée parmi les bourdes solennelles qui font la joie des générations suivantes. Et des médecins, s'affranchissant des cadres traditionnels, commencent à explorer des rouages humains jusqu'alors délaissés : ceux de l'esprit ou, pour reprendre un mot désuet, l'âme. Nous l'avions chassée avec mépris de notre paradis scientiste ; maintenant que le paradis est perdu nous la retrouvons à la porte : elle nous attendait.

Un de ces confrères néo-spiritualistes vient de publier une thèse dont l'introduction est une sorte de manifeste et dont les conclusions esquissent un chapitre de thérapeutique digne d'être médité (1).

Nous connaissons tous, depuis notre année de physiologie, la célèbre expérience de Pavlov, sur la sécrétion psychique : un chien à qui l'on montre un morceau de viande sécrète de la salive. L'homme fait du reste comme le chien de Pavlov lorsque, à la vue d'un mets savoureux, « l'eau lui vient à la bouche » or un lien psychique, la vue, déclenche la sécrétion glandulaire.

De ce point de départ, Pavlov a établi sa théorie des « réflexes conditionnels ». Si, en même temps qu'on montre la viande au chien, on émet un son de hauteur déterminée, au bout d'un certain nombre d'expériences, l'audition de ce ton acquiert le même pouvoir que la vue sur la glande salivaire.

Il s'agit là d'un processus général de l'activité nerveuse et même de l'activité biologique générale constatable chez les poissons, les invertébrés et même les protozoaires. Les réflexes conditionnels sont innombrables et, en somme, ce que nous appelons : dressage, éducation, habitude n'est qu'une architecture de tels réflexes.

En approfondissant l'étude du phénomène observé par Pavlov, les biologistes n'ont pas tardé à en décrire d'innombrables aspects : des impressions tactiles (piqûre) ou visuelles (vue de la seringue) associées à une injection de morphine parviennent, par la suite, à déclencher à elles seules, les principaux effets du toxique : salivation, vomissements, sommeil. De même, une diurèse provoquée chez un chien par un lavement aqueux apparaît, au bout de quelques expériences, du fait de la seule introduction de la canule.

Mais voici qui est plus surprenant : Metalnikov a obtenu une augmentation de la leucocytose et des formations d'anticorps, habituellement dues à une injection de microbes ou de toxines, par action de stimuli associés (grattage de la peau). Et ce simple fait donne à penser sur le rôle possible du système nerveux dans les réactions inconscientes de l'immunité.

Ces réflexes n'apparaissent pas suivant des règles uniformes chez tous les êtres d'une même espèce. Chez les animaux, on constate des variations en rapport avec l'intelligence et le caractère.

C'est dire que l'hom e, doué d'un cerveau plus complexe et plus actif, présentera des différences plus notables encore d'un individu à l'autre. Mais, ô surprise, « d'une manière générale la formation du R. C. s'obtient plus facilement, plus vite et se montre plus stable chez les enfants, que chez les adultes, chez les enfants jeunes que chez les plus âgés, chez les arriérés que chez les normaux ».

Ces conditions étant exactement à l'inverse de ce qu'on constate chez les animaux, faut-il admettre l'hypothèse que l'action de frein bien connue des centres supérieurs domine chez l'homme l'automatisation ?

Par contre les stimuli conditionnels se montrent infiniment plus variés que sur l'animal : la parole, la volonté, l'association d'idées ont des actions efficaces. Ainsi un morceau de musique a été entendu dans un restaurant alors que nous dégustions un mêts savoureux. Par la suite, l'audition du même morceau nous fera évoquer la fine chère. Mais il se trouve qu'il est l'air favori de telle personne que nous connaissons. La rencontre de cette personne évoquera le morceau de musique qui lui-même fera penser au mets délectable. Et finalement, la vue d'un ami nous fera venir l'eau à la bouche : phénomène surprenant chez des gens non anthropophages.

Il n'est pas nécessaire que les associations d'idées soient conscientes ; c'est ici qu'intervient la suggestion, cette force incomparable dont les médecins sauraient faire bon et fructueux usage, s'ils se mettaient parfois à l'école des charlatans. Nous comptons sur les drogues et les laissons se diriger au mieux vers l'organe malade ; eux comptent sur eux-mêmes et réquisitionnent d'abord l'alliance du seul guide débrouillard de l'endroit : l'esprit. Et celui-ci ne leur ménage pas ses bons offices. Voir à ce sujet les procès en exercice illégal.

Tout sujet n'est pas suggestible : de deux compagnons attablés devant un civet de lapin et à qui un mauvais plaisant vient déclarer « c'est du chat », l'un sera aussitôt secoué de nausées, tandis que l'autre achèvera tranquillement sa ripaille.

La suggestibilité est affaire d'hérédité, d'âge (normale dans l'enfance elle s'atténue avec l'âge), d'éducation, de sexe (est-il sûr que les femmes soient plus suggestionnables que les hommes ?), d'antécédents pathologiques (la chorée, la maladie de Parkinson, la colibacillose, le Basedow, l'accroîtraient ou la feraient apparaître), d'état organique (affaiblissement durable ou momentané). Certaines drogues, en diminuant l'activité de l'écorce cérébrale, donnent du champ à la suggestibilité, tels les anesthésiques (au début des narcoses, le sujet est très suggestionnable d'où l'intérêt de lui adresser des exhortations au calme), et, en particulier, la scopolamine-chloralose. La contagion existe dans ce domaine et explique les réactions de foules, les épidémies de convulsions ou de suicides. Et enfin, il faut tenir compte de la personne du suggestionneur, soit qu'il im-

(1) *Considérations sur l'influence du psychisme sur l'organisme.* Docteur Louis ROLLAND. Thèse de Montpellier. Ed. Ateliers Brugnier, Nîmes.

pose, son autorité comme font les tribuns politiques soit qu'il enfonce l'idée à coups répétés : peu de crânes résistent au martelage du slogan : la T. S. F. publicitaire fait fortune en abrutissant ses auditeurs.

Enfin, la suggestion peut se réfléchir sur elle-même et devenir de l'auto-suggestion ; soit passive (le vide ne nous attire pas, c'est nous qui nous y jetons), soit consciente : « Si vous voulez croire, prenez de l'eau bénite », disait Pascal. « Si vous voulez être bien portants, dites et répéter que vous l'êtes », disait Coué.

***

Doué de cette susceptibilité si particulière l'esprit réagit aux phénomènes extérieurs par des émotions.

« Le choc émotionnel provient de la rencontre brusque d'un événement avec un grand nombre de tendances ou d'habitudes que cet événement heurte ou contrarie. »

Haut-le-corps provoqué par une porte qui claque, tremblement de la colère ou sanglots du chagrin, souffle coupé par la vision d'une catastrophe, le choc émotionnel a de multiples degrés et se répercute dans l'être physiologique, en remous plus ou moins tempétueux. Ces remous perturbent toutes les fonctions : sensibilité (le combattant blessé ne ressent pas de douleur ou, inversement, le neurasthénique est tourmenté d'étreintes pénibles), motricité (l'homme joyeux se sent léger ; triste il est sans force ; terrifié, il sent ses muscles se raidir), respiration (une émotion violente peut provoquer une syncope respiratoire), circulation (rougeur de la pudeur, pâleur de l'épouvante, hypo et hypertensions momentanées). Le domaine du sympathique réagit aussi aux chocs émotionnels : dilatation pupillaire dans l'horreur, spasmes de l'œsophase, du pylore, diarrhée ou pollakiurie des candidats. Il se produit même au sein de l'organisme des tumultes dont nous n'avons pas conscience ; c'est ainsi que le choc hémoclasique, avec ses principales caractéristiques : hypotension, troubles de la coagulation, leucopénie, inversion de la formule leucocytaire se rencontre dans certaines émotions vives ; comme le note Carrel « l'expression *se faire du mauvais sang* devient alors littéralement vraie ».

Comme la suggestion, l'émotion est favorisée par une certaine formule de terrain, que Dupré nomma autrefois l'émotivité, et qui se caractérise à la fois par « un éréthisme diffus de la sensibilité et une insuffisance de l'inhibition motrice ». Affaire, ici aussi, d'hérédité, d'éducation, d'âge de sexe et de race. Affaire aussi de mode de vie : une vie unie n'éprouve pas le système nerveux ; une vie tourmentée sans cesse finit par l'ébranler et par faire perdre à l'individu sa confiance en soi, l'armure nécessaire pour être fort. Ce que l'on nomme vulgairement la veine et le guignon n'est peut-être, à l'origine, qu'une série rapprochée d'échecs ou de réussites. Une petite chiquenaude du hasard oriente toute une existence ; ce rien de vitesse acquise qu'un rien de réaction stopperait net, précipite celui-ci vers la fortune et celui-là vers la déchéance.

« Toute modification physiologique amenée chez un individu par une émotion peut être le point de départ d'une affection durable après que l'émotion causale a disparu. » Les organes ébranlés ne reprennent pas leur aplomb et créent un syndrome contre lequel les médecins mettront en œuvre une thérapeutique symptomatique, c'est-à-dire à courte vue, s'ils n'en découvrent pas l'étiologie psychique. Or, cette étiologie n'est souvent pas facile à déceler, d'autant moins que le sujet peut avoir perdu tout souvenir précis à son sujet. C'est cette épine laissée dans l'inconscient que le Freudisme se flatte d'identifier.

Nous, nous disons « Calmez-vous : c'est votre imagination seule qui est malade » et, répugnant à admettre une maladie dépourvue de lésions constatables, nous ne prenons pas garde que la psycho-névrose, traitée par nous de haut, est tout de même un dérèglement dont l'être physiologique ressent les conséquences.

En conséquence, il nous faut « interpréter » nos malades et, les connaissant mieux, leur apprendre à mieux se connaître eux-mêmes. Le pire tort qu'on puisse faire à un malade, c'est de le traiter en malade imaginaire. Même s'il l'est réellement, il n'est pas à attendre qu'il l'admette puisqu'il a tant fait que de venir nous consulter et nous conter par là-même ses misères. Il préfèrera conclure que nous n'avons rien compris à son état.

Argumentons, discutons un moment, mais pas trop longtemps. Un malade, si cultivé soit-il, n'est plus accessible à la seule raison par ce fait même qu'il est malade.

En pareille affaire, le doigté consiste à raisonner patiemment le malade afin qu'il se détende et s'abandonne puis, par un virement insensible, à prendre barre sur lui et la tenir solidement en main. Un malade persuadé est à moitié guéri.

Et ce n'est qu'accessoirement et en fin de compte que, pour ces malades fonctionnels, le Docteur Rolland est d'avis de recourir aux drogues. Il partage le sentiment de Roger Bacon « que le remède soit pris avec plus d'empressement, que l'âme du patient soit excitée, qu'il ait plus de confiance, qu'il espère, se réjouisse, parce que l'âme excitée peut rénover bien des choses en son propre corps, en sorte qu'il passe de la maladie à la santé par la joie et la confiance ».

Sur le précepte d'une si haute autorité, il est permis de clore ce court memento du parfait guérisseur.... du parfait guérisseur que je nous souhaite à tous de devenir.

G. Lavalée.

EXERCICE ILLÉGAL — UN NATURALISÉ FRANÇAIS DIPLÔMÉ D'UNIVERSITÉ PEUT-IL FAIRE UN REMPLACEMENT ?

Un étudiant Roumain, qui postule le diplôme d'Université, mais qui vient d'obtenir sa naturalisation, est marié à une Française et accomplit actuellement son service militaire en France peut-il, à la fin de son service, être pris comme remplaçant, ou comme assistant par un praticien français ? Pour des motifs d'ordre privé, celui-ci voudrait permettre à ce jeune homme de pouvoir vivre, pendant qu'il continuerait ses études et obtenir la transformation de ses inscriptions d'Université en vue du diplôme d'Etat.

Est-il indispensable de solliciter une autorisation de la Préfecture ? Cette autorisation pourrait-elle être refusée ? Dans ce cas, que serait-il possible de faire ?

Je réponds à mon confrère que quels que puissent être les mobiles qui guident le médecin français, pour venir en aide à ce jeune étudiant naturalisé de fraîche date, il faut respecter la loi, sinon remplaçant et remplacé pourraient se retrouver sur les bancs de la Correctionnelle.

Selon les termes de l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892, pour être habilité à faire un remplacement l'étudiant doit postuler le diplôme d'Etat et non celui d'Université. En effet, lorsqu'il sera plus tard muni de ce diplôme d'Université, ce candidat au remplacement ne pourra exercer la médecine en France, puisqu'il n'a pas le diplôme d'Etat. Par suite, il ne saurait avoir plus de droits, comme étudiant qu'il n'en aura comme docteur d'Université. Le Préfet sera obligé de refuser son autorisation à tout remplacement.

De plus, la possibilité de remplacer un docteur en médecine ne peut être accordée qu'aux étudiants français ou aux naturalisés qui non seulement postulent le diplôme d'Etat, mais auront le droit de s'installer immédiatement après la soutenance de leur thèse, sans avoir à subir le délai d'attente prévu par la loi du 26 juillet 1935.

Il en est de même pour une collaboration. Certes, il serait, à la rigueur, possible d'utiliser ce jeune homme en qualité d'infirmier, c'est-à-dire qu'il devrait demeurer sous la direction et la surveillance suivie et effective du docteur en médecine français. Mais ce n'est pas le but qui est poursuivi, dans le cas qui m'est soumis le docteur voudrait pouvoir permettre à cet étudiant de gagner sa vie, en voyant quelques malades, en qualité de collaborateur du praticien.

Pareille situation serait illégale. En effet, même un étudiant français, postulant le diplôme d'Etat, ne peut pas être habilité à servir de collaborateur et d'adjoint à un docteur en médecine. Le remplacement n'est pas une collaboration : l'autorisation d'exercer momentanément la médecine ne peut être accordée par le Préfet que lorsque le docteur est momentanément empêché d'exercer son art, soit par maladie, soit par absence et déplacement. Mais l'autorisation serait certainement refusée à l'étudiant, qui travaillerait aux côtés du praticien, sous prétexte que celui-ci a trop de travail.

La médecine ne saurait être industrialisée. Si un praticien a trop de clients, qu'il laisse certains de ces derniers s'adresser à un confrère ; ou bien qu'il s'adjoigne un docteur en médecine français, qui a le droit d'exercer. Mais, constituerait le délit d'exercice illégal, le fait pour un praticien de s'adjoindre, comme aide, un étudiant, alors même que celui-ci remplirait les conditions requises par l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892, pour faire un remplacement.

Le Tribunal correctionnel de Bar-le-Duc, par jugement du 2 février 1938, a condamné, pour exercice illégal de la médecine, un Roumain, naturalisé français, muni du diplôme d'Etat, parce qu'il avait ainsi exercé sans attendre la fin de la période d'attente, prévue par la loi du 26 juillet 1935, alors même que ce praticien était le collaborateur, l'assistant d'un diplômé français. D'ailleurs celui-ci fut également condamné comme complice du délit.

A fortiori, un étudiant, ou diplômé d'Université exercerait-il illégalement, comme collaborateur, assistant d'un diplômé français.

Par ces temps de pléthore, il convient de faire respecter la loi.

Dr Paul BOUDIN.

LA MÉDECINE COLONIALE

Médecine et médecins en France et aux colonies

A différentes reprises, au cours de ces dernières années, j'ai cru devoir rectifier l'erreur souvent commise qui consiste à assimiler les conditions d'exercice de la médecine en France et dans nos colonies, à signaler ce qu'avait de contraire au bon sens, la comparaison entre le nombre des praticiens installés dans la métropole pour un chiffre d'habitants et une superficie territoriale donnés et celui de nos confrères d'Outre-Mer ayant à faire face à une population et à des étendues autrement considérables, à procéder à une règle de trois simpliste et à conclure que de nombreux postes pourraient être encore créés en Asie, en Afrique et même à Madagascar.

Cette erreur m'est signalée encore de nos jours. Elle résulte de la méconnaissance absolue de l'atmosphère coloniale. Comme d'autres méfaits de l'ignorance, elle pourrait être négligée, si elle ne présentait l'inconvénient très grave à mes yeux, de provoquer chez de jeunes confrères désireux légitimement de tenter aux Colonies une œuvre médicale différente de celle qu'ils pourraient effectuer en France, de profondes désillusions.

En France, le médecin, je parle ici du médecin tout court et non du médecin fonctionnaire, chargé d'un emploi public, fait une médecine curative, une médecine individuelle. Il se tient à la disposition du malade qui, n'ayant pas encore l'astuce d'aller « resquiller » dans un hôpital ou un dispensaire, vient le consulter. Il l'examine, lui prodigue ses soins, perçoit ses honoraires. Ces honoraires seront d'autant plus importants, que le nombre des malades examinés sera grand et ce nombre de malades sera évidemment en fonction du chiffre de la population desservie. Au cours de cette médecine curative, les cas traités, sauf ceux à déclaration obligatoire, ne dépassent pas l'individu examiné ; le médecin n'a pas à voir au delà de son malade.

Il est loin d'en être ainsi aux Colonies. Si les cas individuels de bronchite ou de gastro-entérite ou d'une autre affection de même importance, sont traités dans les hôpitaux et les formations hospitalières créés à cet effet, on peut dire que le rôle du médecin agissant dans ces circonstances, n'est que de second plan. Ce qui importe surtout parmi les populations indigènes c'est l'assistance qui a pour but de sauvegarder la santé publique de toute une province, de tout un district, par la diffusion des notions d'hygiène et la prophylaxie des maladies épidémiques ou endémiques. Le médecin colonial doit instinctivement voir au delà de l'individu atteint de variole, de peste ou de choléra, de trachome ou de paludisme. Il doit songer tout de suite aux mesures à mettre en œuvre pour éteindre ces foyers de variole, de peste ou de choléra, pour atténuer jusqu'à leur disparition si possible, les manifestations des nouveaux cas de trachome, de paludisme ou de trypanosomiase ; y songer et les réaliser. Faire œuvre d'hygiène et de prophylaxie, tel doit être le but du médecin aux colonies.

Je n'ignore pas qu'à côté de ces médecins fonctionnaires travaillant pour la chose publique et qui forment la majorité, il existe quelques rares cas de confrères installés dans les grandes villes, faisant de la clientèle comme dans un centre français. Il convient de mentionner encore que bien peu parmi ces derniers n'ont une attache administrative, soit qu'il aient un contrat avec le Gouvernement de la Colonie pour remplir certaines fonctions, soit qu'ils touchent simplement quelques indemnités pour assurer certains services. Ces indemnités constituent un appoint très utile aux ressources que la clientèle peut, par ailleurs, leur procurer. Mais encore une fois, ces postes-là, connus, repérés, si l'on peut dire, ne sont pas très nombreux et il serait malhonnête de conseiller à un confrère de tenter sa chance en allant en créer, à ses risques et périls, un nouveau, sous le prétexte que la densité de la population n'a pas les mêmes rapports qu'en France avec le nombre des médecins déjà installés.

Le médecin qui veut partir pour les Colonies ne doit point s'embarquer à l'aventure. Il semble qu'il ne puisse le faire utilement que dans trois cas nettement prévus, soit qu'il succède à un confrère dont il aura acquis le poste, soit qu'il ait un contrat, examiné de près, avec une Société privée industrielle ou d'exploitation coloniale, soit enfin qu'il ait été admis dans les cadres de l'Assistance médicale indigène.

Le rôle du médecin de l'Assistance médicale est à peu près le même dans toutes nos Colonies ; chargé de défendre la santé publique de toute une région, il dirige en général la formation hospitalière installée auprès de sa résidence, donne des consultations aux indigènes qui se présentent, et dispose d'un personnel auxiliaire variable : médecins indigènes, sages-femmes

indigènes, infirmiers, infirmières. Il doit aussi ses soins aux fonctionnaires européens et à leurs familles. Il collabore avec le service judiciaire pour la rédaction des rapports médico-légaux et des expertises. Son activité, cependant, doit surtout s'exercer, en dehors du centre qu'il habite, chez les tribus environnantes. Au cours de tournées régulières, il organise aussi pour ces groupements des consultations, dépiste les maladies épidémiques prescrit les mesures d'hygiène nécessaires, procède lui-même aux opérations de vaccination antivariolique ou les surveille, prend toutes les initiatives qui lui paraissent utiles, restant en contact étroit avec le médecin, chef de service et avec ses camarades des territoires voisins.

Cette existence du médecin colonial, dans la pleine nature, au contact de populations primitives peut-être, mais souvent très attirantes, si elle présente parfois quelques vicissitudes, ne manque pas de charmes. Par les responsabilités qu'elle suppose, elle développe les qualités qui lont un caractère : l'autorité, la réflexion rapide, fa décision, l'indulgence. Dégagé de toute emprise administrative mesquine, de tout formalisme étroit, sentant autour de lui l'amitié confiante des autres Français imbus du même idéal que lui, et la reconnaissance des indigènes qu'il a secourus ou qu'il peut un jour secourir, le médecin colonial se rend compte qu'il ne fait pas que passer dans la vie comme un individu falot dont rien ne restera. Dans les postes qui lui sont confiés, il a créé, il a organisé, il a contribué par son action à éloigner un peu de mal. Et il sait qu'aux efforts qu'il peut réaliser, d'autres après lui viendront qui ajouteront leurs efforts, et que son passage sur cette terre n'aura pas été vain.

Il y a là de quoi tenter, on en conviendra, de jeunes camarades. Les vocations, d'ailleurs, ne manquent pas. C'est bien ce que je me suis permis de répondre à M. le Résident supérieur du Cambodge, Thibaudeau, le soir où, au cours d'une conversation, il me déclara qu'il ne trouvait pas de médecin pour assurer les services de l'Etat qu'il gouverne.

— Je vous en trouverai vingt si vous le désirez, ui ai-je répondu.

Rentré en France aujourd'hui, je signale ces postes à ceux qu'ils peuvent intéresser.

Deux concours vont avoir lieu cette année. L'un est déjà rendu officiel, il concerne l'A. O. F., l'autre a son règlement actuellement en préparation, il a trait à l'Indochine.

En Afrique Occidentale Française, je crois qu'il s'agit de recruter une dizaine de médecins pour le cadre de l'Assistance médicale indigène. Le concours sera ouvert le 31 août prochain. Il aura lieu à Paris, Bordeaux et Marseille ; mais les inscriptions doivent être faites avant le 30 juin. Epreuves écrites, pratiques et orales. Les soldes à la colonie s'échelonnent du grade de médecin adjoint de 3e classe à celui de médecin en chef après 3 ans de 40.800 francs à 113.900 francs. Des indemnités spéciales peuvent s'ajouter à ces chiffres. Congé de six mois à solde entière après un séjour de deux ans à la colonie. La nomination peut être faite à un grade autre que le grade inférieur, si l'on possède des titres spéciaux externe, interne ou chef de clinique. Pour être admis à concourir, il faut être âgé de 25 ans au moins et de 30 au plus, être titulaire du diplôme de médecine coloniale et physiquement apte.

Notre dominion de l'Afrique Occidentale Française comprend, on le sait, parmi ses Etats : le Sénégal, la Guinée, la Côte d'Ivoire, le Dahomey, le Soudan. Ce n'est pas le lieu de dire ici tout ce qu'éveillent au cœur des coloniaux ces noms éclatants de lumière et les populations qu'ils représentent. Que ceux qui désirent se documenter veuillent bien se reporter à l'ouvrage qu'a écrit à l'occasion de l'Exposition coloniale de 1931, M. Robert Delavignette sur notre colonie d'Afrique. Parmi les nombreuses anecdotes qu'il cite, je veux seulement relever celle-ci : « Un commandant était aimé. Les gens lui avaient donné un surnom sympathique, le nom d'un animal honoré dans le pays : le serpent. Il avait travaillé et fait travailler. Au jour du départ, parmi l'assemblée des chefs et des notables venus pour les adieux, se trouvait une vielle femme, une pauvresse du village. L'on pense qu'elle voulait profiter de l'occasion pour demander un cadeau. Mais, introduite devant le commandant, elle lui dit simplement : « Tu salueras ta mère »... Car il est une mère qui s'appelle la France ».

Je parlerai dans mon prochain article du concours actuellement en préparation pour le recrutement de médecins de l'Assistance médicale de l'Indochine.

Dr L. SASPORTAS.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Une mise au point au sujet de la carte-lettre

A la suite de l'article publié sous ce titre par le Docteur F. Decourt dans notre numéro du 23 avril dernier, page 1103 et suivantes, nous avons reçu la lettre ci-dessous, émanant de l'Agence de recouvrement auteur de la circulaire-prospectus visée par cet article. Nous en donnons connaissance à nos lecteurs conformément à la loi.

N. D. L. R.

Monsieur,

Nous avons lu avec étonnement l'article que vous avez fait paraître dans le *Concours Médical* du 25 avril 1939, au sujet de la carte-lettre recommandée.

Vous signalez répondre par cet article aux assertions « d'un prospectus bizarre d'une Société qui n'a pas hésité à romancer la situation et à s'efforcer de jeter le trouble dans l'esprit des confrères ».

Plus loin, vous citez un membre de phrase de notre circulaire, qui nous désigne clairement.

Si nous regrettons d'avoir vu aussi injustement critiquer notre travail, nous passerons cependant sans les commenter sur les appréciations ironiques et méchantes dont nous sommes l'objet. Nous ne répondrons qu'en vous posant quelques questions, auxquelles, nous l'espérons, vous voudrez bien répondre dans votre journal.

1° Vous prétendez, contrairement à ce que nous disons, que la carte-lettre de la Confédération est bien adressée recommandée.

Avez-vous vous-même adressé une de ces cartes à un employeur, et cet employeur vous a-t-il signalé qu'elle lui avait été remise contre sa signature ? Si vous n'avez pas fait cette formalité vous-même, vous êtes-vous renseigné auprès d'un confrère qui, lui, l'aurait faite ? Nous qui l'avons fait, nous pouvons certifier que la carte-lettre de la Confédération n'est pas recommandée.

2° Avez-vous pris connaissance de la lettre d'accord du ministère du Travail, adressée le 8 mars à M. le Secrétaire général de la Confédération, et publiée dans le *Médecin de France* du 15 mars 1939.

Que veut dire la phrase suivante :

« Les deux parties de la carte-lettre seront séparées sur le pointillé et dirigées *comme correspondances ordinaires*, l'une sur le domicile de l'employeur, l'autre sur le domicile du médecin. »

3° Estimez-vous que cet accord modifie la loi du 1er juillet 1938 ?

Juridiquement, il est incontestable qu'un pareil accord ne saurait être considéré comme une disposition légale ; il ne peut produire d'effet qu'entre parties de bonne foi qui voudraient bien accepter cet accord, et on ne saura jamais obliger un employeur non assuré ou un assureur, à lui reconnaître plein effet s'il s'y refuse.

D'une part, puisque vous vous occupez, soit à la Confédération, soit à l'Union, et depuis vingt-cinq ans, des accidents du travail, et d'autre part, puisque d'après vous cette carte-lettre n'a été ni demandée ni exigée par les Compagnies d'assurances ou par des employeurs, permettez-nous de vous poser cette nouvelle question :

Pourquoi n'avez-vous pas élevé la voix, ou fait élever la voix de la Confédération durant les onze années de promenade de la loi projetée dans les Commissions parlementaires ? (La carte-lettre a été introduite dans la loi dès 1927).

Une seule opposition à ce moment-là aurait, semble-t-il, été beaucoup plus efficace que les récriminations actuelles.

Quant à nous, si nous nous sommes occupés de cette carte, c'est pour défendre les intérêts de nos clients et en même temps faciliter notre tâche de recouvreurs. Si nous avons étendu l'envoi de notre circulaire à tous les médecins, c'est qu'à la veille de l'application de la loi, nous avons constaté que rien d'officiel n'avait été fait.

Les remerciements et éloges reçus, joints à la vente d'un million de cartes, montrent bien le sentiment des médecins à ce sujet.

Nous ajouterons enfin que ceux d'entre eux qui se déclarent enchantés de nos services seraient les premiers étonnés que vous puissiez puiser un sujet de polémique dans une question qui, de leur part, ne suggérerait qu'une expression d'éloges.

Sentant que nous sommes personnellement visés dans une intention de dénigrement évidente dans votre article, nous vous prions, étant donné les droits de réponse que nous confère la loi, de bien vouloir publier cette lettre aux même lieu et place que votre article du 25 avril.

Nous vous présentons, Monsieur, nos salutations distinguées.

Le Directeur,

Nouvelles observations sur la « Carte-lettre »

Par le Docteur Fernand DECOURT

Je ne veux pas polémiquer avec des *non-médecins* au sujet de questions *professionnelles* qui ne regardent que les médecins entre eux.

Je me contenterai donc d'affirmer à nouveau que la « carte-lettre » proposée au ministère par la Confédération — ou plutôt établie d'accord avec lui — permet aux confrères sans se déranger, de mettre la dite carte-lettre, dûment remplie, avec son « annexe » *dans une boîte postale quelconque* et de recevoir de la poste ladite annexe attestant qu'une carte-lettre, *recommandée d'office par l'Administration postale*, a été envoyée par le Docteur X. au patron Y.

D'ailleurs, pour éviter toute hésitation ou tout malentendu à ce sujet, une circulaire *spéciale* vient d'être envoyée à la demande de la Confédération, par le ministère à tous les directeurs de bureaux de poste.

Voilà donc qui est net, je n'y reviendrai pas.

***

Mais il est une autre chose sur laquelle je tiens à attirer l'attention pour répondre à certaines observations qui m'importent beaucoup, cette fois, car elles proviennent de confrères.

J'ai donc reçu plusieurs lettres dans lesquelles après avoir applaudi à mes sentiments concernant l'inutilité de la Carte-lettre, on me disait, en substance : « Mais pourquoi donc la Confédération a-t-elle laissé passer dans la loi, cette maudite carte-lettre, *sans protester*. Il lui aurait sans doute été facile de la faire *supprimer*... ».

Cette accusation faite d'ailleurs sans beaucoup d'acrimonie, repose sur une méconnaissance complète des faits. La réalité est que la Confédération *a lutté contre la carte-lettre depuis* 1930 et ce n'est pas sa faute si elle est apparue obligatoirement dans l'art. 5 de la loi du 1er juillet 1938.

Qu'il me soit donc permis de faire brièvement, mais avec toutes précisions, « l'historique » de cette affaire qui remonte déjà à de nombreuses années et n'est pas sortie tout à coup, comme d'une boîte à surprise.

La proposition d'envoi de la carte-lettre dans les quarante-huit heures se trouvait déjà dans le *Rapport Chauveau*, devant la Commission sénatoriale, en juillet 1930.

Dans le numéro du *Médecin de France* du 15 mai 1936, consacré — en entier — à une « Etude » que j'y faisais sur les *différents projets de révision* de la loi du 9 avril 1898, on peut lire (page 469) que nous nous étions rendu, Cibrie et moi, le 3 FÉVRIER 1932 devant la Commission sénatoriale et que personnellement, « je m'étais élevé contre la carte de constat d'accident prévue » dans le projet Chauveau. Page 472, du même journal, je dis, en propres termes : « La carte-lettre forme une modification *inacceptable* ». Un peu plus loin je dressais un tableau du texte de 1898 et en face, du texte du projet Chauveau. Or, page 476, à propos de la « carte-lettre », on trouvera, en bas de page, une « *Note* » de 22 lignes où j'explique la genèse de cette carte-lettre, les dangers qu'elle présente au sujet du « libre-choix » pour les accidents de moins de quinze jours, etc. et où j'indique que j'avais proposé son remplacement par... le « certificat médical initial » à envoyer également dans les quarante-huit heures.

Dans un autre *Médecin de France*, celui du 15 novembre 1936, je raconte une autre visite que nous fîmes, Cibrie et moi, chez le Docteur Chauveau cette fois (page 1.119). On y peut lire que « la discussion fut surtout longue au sujet de la carte-recommandée, etc.... ». Il y a deux pages d'explications que je passe et qu'il est facile de retrouver avec les précisions ci-dessus. Mais je tiens à rapporter ici la fin où il est dit : « ... le Docteur Chauveau, ému manifestement de notre *insistance*, accepta de proposer ladite *modification* (à savoir ma proposition de remplacer la carte-lettre par le certificat initial) mais ne réussit pas à faire adopter cette proposition par ses collègues de la Commission sénatoriale... ».

Il y avait pourtant une modification que le Docteur Chauveau avait réussi à introduire, c'est que le certificat initial fut envoyé « *dans les huit jours* » et non plus dans les *quinze jours*. Ceci avait son importance concernant les « dangers » que j'avais signalés au sujet du « libre choix », les « sinistres » de moins de huit jours étant, en pratique, beaucoup plus rares que ceux de moins de quinze jours.

On voit déjà, par ces quelques exemples (car il y eut d'autres démarches de notre part) pour faire supprimer la « carte-lettre » : 1° que la Confédération n'avait pas manqué de « protester » contre elle ; 2° qu'il n'était pas « facile de la faire supprimer ».

Actuellement, il y a un tel « tolle » contre celle-ci, de la part des médecins — et aussi des assureurs qui la trouvent inutile, — qu'il y a lieu d'espérer qu'on la verra disparaître... mais, avec les lenteurs parlementaires, ce ne sera sans doute pas dans la huitaine.

Ah ! confrères qui m'avez écrit — très aimablement d'ailleurs, — vous voyez maintenant que la critique est facile mais n'en semble pas moins amère à ceux qui ont fait de leur mieux.

AUX VOIX LATINES

La chirurgie pendant la guerre d'Espagne

Le 24 mai, à l'Institut océanographique, le Professeur agrégé Lardennois, chirurgien des hôpitaux de Paris, donnait une conférence sur ce sujet d'actualité:

En l'absence du Docteur Dartigues, animateur habituel des « Voix latines » c'est le Docteur Bandelac de Pariente, vice président de l'Umfia qui accueillit l'orateur.

L'assistance était nombreuse. Aux côtés du doyen Tiffeneau, qui présidait, avait pris place le représentant de S. Exc. de Lequerica, ambassadeur d'Espagne en France.

S'adressant à des médecins et en ces heures incertaines ! à des médecins à tout instant mobilisables, le Docteur Lardennois parla technique et fixa de façon précise quelques points importants de la chirurgie de guerre moderne.

Celle-ci reste, en gros, ce que nous l'avons connue en 1914-1918, c'est-à-dire que 10 % des blessés graves, atteints de plaies perforantes du cœur ou des gros vaisseaux, de grand délabrements de l'abdomen ou du crâne sont au-dessus des ressources de la chirurgie et destinés à périr sur le champ de bataille.

20 % des restants (porteurs de garrots, plaies de l'abdomen, fractures ouvertes) relèvent du poste chirurgical avancé puisque leur seule chance de salut réside dans la précocité de l'intervention.

Les ingénieurs de l'armement moderne ont sans doute été les premiers surpris du résultat de leurs efforts. Leurs engins tuent beaucoup plus par l'infection accompagnant les projectiles que par les effets balistiques de ceux-ci. En réalité même la balle de fusil ou de mitrailleuse que, en 1914, nous considérions comme aseptique est porteuse de germes tels que streptocoque, perfringens, bacille tétanique soit par elle-même, soit par la bourre qu'elle entraîne. On parle avec effroi de la guerre microbienne. Nous l'avons déjà ; et même nous l'avons eue.

C'est pourquoi le premier geste du chirurgien est aujourd'hui comme en 1914 l'injection de sérum préventif. Mais alors qu'en 1914 cette prophylaxie se bornait à 10 c. c. de sérum antitétanique on ajoute aujourd'hui (et c'est ce qui s'est fait en Espagne) 10 c. c. de sérum antigangréneux. Les chirurgiens espagnols ont utilisé à peu près exclusivement l'anesthésie par inhalation (éther et chloroforme). En France est prévu un large emploi de l'évipan.

Les conceptions françaises actuelles de la chirurgie de guerre nécessitent un grand déploiement de chirurgiens et de personnel sanitaire, car elles comportent essentiellement un épluchage soigné, profond, précoce de la plaie et des pansements minutieux en même temps que répétés.

Il semble bien qu'en Espagne les moyens matériels mis à la disposition des chirurgiens n'aient pas permis cette chirurgie-là. Le commandement s'est soucié, aussi rapidement qu'il l'a pu, d'organiser les échelons sanitaires et les grands centres chirurgicaux. Mais il s'est heurté en certains secteurs à des impossibilités absolues et nos confrères espagnols ont dû faire de leur mieux. Ils l'ont d'ailleurs fait magnifiquement.

Inspirés par la nécessité ils ont inventé et largement utilisé une méthode bien faite pour nous surprendre nous qui avons connu les pansements quotidiens et les larges irrigations à la Carrel.

Pour les plaies des membres, soit des parties molles seulement, soit avec fracas osseux, ils faisaient une régularisation superficielle de la plaie, sans s'obstiner à extraire les corps étrangers si ceux-ci étaient d'accès difficile, un pansement sec et une immobilisation sous plâtre circulaire. Le plâtre portait la signature du chirurgien, le schéma de la fracture, l'indication, s'il y avait lieu, du projectile inclus, la date.

La méthode suppose bien entendu des pansements très rares, espacés de cinq à six semaines. Elle a, en chirurgie de gnerre, de gros avnatages : rapidité de l'intervention initiale, rareté des pansements, facilités pour le transport, économie de personnel et de matériel. Que vaut-elle dans ses résultats ?

Les chirurgiens espagnols ne l'ont pas trouvée mauvaise puisqu'ils l'ont gardée. Parmi les chirurgiens français qui ont receuilli les blessés nus sur notre territoire les avis sont partagés. Les uns signalent qu'ils ont dû, les plâtres levés, pratiquer de nombreuses amputations avec gros pourcentage de morts. Les autres qu'ils ont trouvé de volumineuses collections purulentes fourmillant de germes de toutes natures, mais que les plaies, après nettoyage, avaient bon aspect et se fermaient rapidement laissant, le cas échéant, une fistule en rapport avec un foyer d'ostéite.

La méthode reste donc à l'étude mais elle mérite d'être étudiée.

A la suite de cet intéressant exposé des plus récents procédés en chirurgie de guerre, le doyen Tiffeneau remercia l'orateur et, touchant du doigt ce qui donne à une conférence de cette sorte sa résonnance impérieuse, rappela qu'à la Faculté on forme des médecins, parfois même des savants, mais qu'ailleurs, et par des exemples comme celui de nos confrères espagnols, il reste pour les éventualités futures à former des hommes.

G. LAVALÉE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine.** — *Cours complémentaire sur le cancer de l'estomac* sous la direction du Professeur Maurice Loeper et du Docteur André Lemaire, agrégé, avec le concours de MM. Debray, Marchal, Perrault, de Sèze, Soulié, médecins des hôpitaux ; Bréchot, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine ; Lallemant, laryngologiste des hôpitaux ; Ordioni, radiologiste des hôpitaux ; Ollivier, assistant à l'hôpital Tenon ; Duchon, Lesure, chefs de laboratoire ; Mme Brouet-Sainton, MM. Bioy, Mallarmé et Varay, chefs de cliniques.

Ce cours comprendra des leçons didactiques et des démonstrations pratiques et aura lieu du lundi 26 juin au mardi 11 juillet inclus, à l'amphithéâtre Hayem de la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine.

Programme. — Lundi 26 juin, à 11 heures : Les formes anatomiques du cancer de l'estomac par M. le Professeur M. Loeper. — Mardi 27 juin, à 9 h. 1/2 : Etude chimique et cytologique du suc gastrique par M. Lesure ; à 11 heures : Les syndromes de localisation du cancer par M. le Docteur Ollivier. — Mercredi 28 juin, à 11 heures : La muqueuse gastrique dans le cancer par M. le Docteur Marchal. — Jeudi 29 juin, à 10 heures : Réunion médicale de Saint-Antoine : Splénopathies et splénites par MM. les Docteurs de Sèze, Soulié et Mahoudeau. — Vendredi 30 juin, à 11 heures : La linite plastique par M. le Docteur Varay. — Samedi 1er juillet, à 9 h. 1/2 : Quelques images radiologiques par M. le Docteur Ordioni ; à 11 heures : Ganglions cancéreux et ganglion de Troisier par M. le Docteur Perrault. — Lundi 3 juillet, à 11 heures : L'ulcéro-cancer et le cancer ulcéreux par Mme le Docteur Brouet-Sainton. — Mardi 4 juillet, à 11 heures : Les débuts du cancer gastrique par M. le Docteur Debray. — Mercredi 5 juillet, à 9 h. 1/2 : L'anémie du cancer gastrique par M. le Docteur Mallarmé ; à 11 heures : Les formes hémorragiques du cancer de l'estomac par M. le Docteur de Sèze. — Jeudi 6 juillet, à 9 h. 1/2 : Images gastroscopiques par M. le Docteur Lallemant ; à 11 heures : Le retentissement général du cancer par M. le Professeur Loeper. — Vendredi 7 juillet, à 11 heures : La phlébite cancéreuse par M. le Docteur Soulié. — Samedi 8 juillet, à 11 heures : Le foie dans le cancer de l'estomac par M. le Docteur Bioy. — Lundi 10 juillet, à 9 h. 1/2 : Les infections du cancer de l'estomac par M. le Docteur Duchon ; à 11 heures : La thérapeutique médicale par M. le Docteur Lemaire, agrégé. — Mardi 11 juillet, à 11 heures : L'avenir des gastrectomies par M. le Docteur Brechot.

Aucun droit d'inscription n'est exigé pour ce cours. Sont admis les médecins français et les étudiants en médecine, qui sont priés de s'inscrire dès maintenant au secrétariat de la Faculté.

— **Cours sur les Assurances sociales.** — *Le cours préparatoire aux fonctions de médecin-contrôleur des Assurances sociales*, qui devait avoir lieu du 12 au 17 juin 1939 au Laboratoire d'hygiène, a été remis à une date indéterminée.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Amphithéâtre d'anatomie** (M. le Docteur Jean Braine, chirurgien des hôpitaux, directeur des travaux scientifiques). — *Leçons de technique opératoire (avec démonstrations sur le sujet).* — Une série de dix leçons aura lieu du 19 juin au 10 juillet 1939, de 16 h. 30 à 17 h. 30.

Programme. — Lundi 19 juin, Docteur Jean Braine, chirurgien des hôpitaux : Hernies inguinales. — Mardi 20 juin, Docteur J. Braine : Hernies crurales. — Mercredi 21 juin, Docteur J. Braine : Les modes de drainage dans les appendicites à chaud. — Vendredi 23 juin, Docteur Bernard Desplas, chirurgien des hôpitaux : Gastrostomie continente. Cholécystectomie. — Lundi 26 juin, Docteur Amédée Baumgartner, chirurgien honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine : Amputation large du sein pour cancer. — Mardi 27 juin, Docteur J. Braine : Hystérectomie subtotale. — Mercredi 28 juin, Docteur Robert Gouverneur, chirurgien des hôpitaux : Les cystostomies. — Jeudi 29 juin, Professeur Georges Marion, membre de l'Académie de médecine : Néphropexie ; Pyélotomie. — Vendredi 30 juin, Docteur J. Braine : Hystérectomie totale. — Lundi 10 juillet, Docteur Maurice Robineau, chirurgien honoraire des hôpitaux, ancien directeur de l'amphithéâtre des hôpitaux : Gastro-entérostomie.

Ces leçons sont gratuites. Elles sont plus spécialement destinées aux internes des hôpitaux. Le nombre des auditeurs étant limité, prière de s'inscrire avant le 15 juin, 15, rue du Fer-à-Moulin (Ve).

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

A PROPOS DE LA RETRAITE DU MÉDECIN

Le Docteur J. G. Marmasse de Chevilly (Loiret) nous communique son intervention au Syndicat médical d'Orléans dans la séance du 22 mai 1939. Nous en extrayons les passages suivants :

La question de la retraite du médecin paraît engagée sur une voie très dangereuse.

Quand M. Pomaret avait proposé la retraite obligatoire du médecin à 65 ans, il avait soulevé contre lui un tolle unanime.

Par la suite nos dirigeants syndicaux ont tiré de cet essai un projet de retraite corporative que nous avons voté à l'unanimité.

Si l'on en juge par les conversations avec quelques confrères, beaucoup pensaient à une retraite facultative, cela va de soi, liée à des versements non moins facultatifs. Pour alimenter cette retraite on envisageait d'autres ressources plus ou moins aléatoires : les journaux professionnels soulevaient une idée, demander l'aide des spécialistes pharmaceutiques, d'autres parlaient d'un timbre certificat difficilement applicable.

De toute façon on ne cherchait pas plus loin ; le projet paraissait seulement lointain et un peu chimérique.

Quand on a demandé si les médecins voulaient une retraite, ils ont voté des deux mains.

On a donc voté, sans songer à la suite, mais après étude on est arrivé aux précisions suivantes : 1° les versements (et ils sont lourds) seront obligatoires pour tout médecin patenté, qu'il soit syndiqué ou non, 2° la retraite, elle, étant facultative, 3° les cotisations, et c'est symbolique, seront recueillies par le fisc.

On demande au Parlement le vote rapide d'une loi, ou mieux d'un décret-loi qui ne laissera aux derniers indépendants aucune échappatoire.

Ce n'est pas une « réalisation corporative » ; nous nous plions un peu plus aux désirs de l'Etat, nous aliénons notre dernière autonomie.

Au point de vue financier un enfant saisirait le danger : le médecin a la certitude d'un surimpôt pour l'aléa d'une retraite. Dans une période de dévaluations successives, et malgré le relèvement éventuel des cotisations, on lui réserve le sort des assurés sociaux. Que vaudront dans dix ou trente ans les 26.000 francs de la retraite ?

Que le type de la retraite puisse convenir à certains tempéraments, c'est fort bien et on ne pourrait que louer l'organisation des retraites pour ceux-là si c'est leur goût. Mais ce qu'on

ne peut admettre, c'est l'*obligation* qui sera faite d'acquitter ce surimpôt de 3.000 francs à tous les médecins de France.

N'y a-t-il pas parmi eux des esprits indépendants qui préfèrent gérer personnellement leur pécule, ou immobiliser chaque année des revenus importants en Assurances-vie. D'autres consacraient leurs disponibilités à l'achat de biens fonciers qu'ils croient plus capables de traverser les crises monétaires, etc.

Peu importe s'ils ont raison : la question est de savoir si les médecins abdiquent les dernières prérogatives d'une profession libérale. On rétorquera que les corporations d'avant 1789 avaient sur leur administrés des droits aussi étendus, aussi tutélaires, mais aussi entiers ; — sans discuter de ces organisations de métiers dont ceux-là mêmes qui les avaient brûlées redécouvrent le bienfait, on peut répondre qu'on n'en est pas à ce stade : dans la profession médicale la corporation n'a aucune autorité sur le vote des lois qui l'intéressent le plus. Eh bien, quand une corporation ne se voit pas reconnaître un minimum d'existence publique, elle ne peut pas exercer sur ses membres une contrainte pareille.

L'ASSURANCE-VIE ET LA LONGÉVITÉ

On ne saurait trop répéter aux Compagnies françaises qui assurent la vie et la santé qu'elles ont le devoir de s'associer à tous les efforts de l'hygiène et de la prévention pour maintenir la santé nationale, si elles ne veulent pas être considérées comme des profiteurs de cette santé nationale. Chaque fois qu'un savant par ses travaux ou son enseignement, sauve ou prolonge la vie, la Compagnie qui assure notre vie fait des bénéfices. Et si l'on considère que les primes ont été fixées, dans toutes les polices, à des taux applicables à la vie probable à l'époque de la signature, mais que la science a prolongé depuis la durée de la vie de plusieurs années, on peut affirmer qu'une police d'assurance a toujours été une bonne affaire pour l'assureur, grâce aux travaux des médecins et des hygiénistes. Les Compagnies ont donc contracté une dette considérable envers les sciences qui protègent la vie humaine.

Cette prolongation de la vie peut encore être accrue, apportant encore de l'or aux assureurs en retardant le paiement des primes au décès, et en

augmentant le nombre des primes annuelles. C'est donc pour elles non seulement un devoir de conscience, mais un gain certain, que d'aider ceux qui sauvent la santé et la vie. Ils peuvent le faire de bien des manières : en subventionnant les chercheurs, en dirigeant leurs travaux vers la prévention ou la guérison des grands fléaux sociaux ; en aidant les malades à recevoir les soins nécessaires à leur guérison ; en propageant les principes d'hygiène et de prévention.

Que font, dans cette voie, les Compagnies françaises ? Peut-être le prochain Congrès des médecins d'assurances nous apportera-t-il des révélations : j'en serais surpris ; sauf quelques essais sur des points très limités, je crois qu'il n'y a rien chez nous de comparable à ce qu'on voit, par exemple, aux Etats-Unis. On a souvent cité, sous ce rapport, la plus puissante des Compagnies américaines, la Mutual Life Insurance Company. Nous aurons l'occasion, à propos du Congrès prochain. de résumer l'immense organisation au moyen de laquelle à grands frais, elle a réussi à faire du groupe de ses assurés, qui appartiennent à toutes les classes de la population, les citoyens les mieux portants et les moins mourants, si l'on peut dire, des Etats-Unis et du Canada.

Mais elle ne se borne pas à favoriser ses seuls clients : en dehors des subventions qu'elle accorde aux savants et aux œuvres de santé, elle poursuit pour son compte des études particulières sur les grandes causes de mortalité ou de morbidité nationale, comme la pneumonie, la silicose, le diabète ; elle répand par tous les moyens les bons principes de l'hygiène individuelle et de la prévention des maladies. Elle édite et réédite de petites brochures largement distribuées, où toute l'hygiène est enseignée aux masses.

Cette année, par exemple. une nouvelle édition a été donnée d'une brochure intitulée : *Protégez votre santé*, avec le concours de l'Association américaine du cœur. On a également révisé le tract sur la grippe et la pneumonie ; on a lancé une « piqûre » dont le titre est *Quand vous avez dix ans*, et qui contient tout ce que les parents doivent savoir sur la seconde jeunesse.

Nul doute que l'argent dépensé dans cette propagande ne soit en dernière analyse tout bénéfice pour la Compagnie, qui sait parfaitement mélanger, à l'américaine, l'apostolat et l'esprit de *business*. Est-ce à cause de leur sens social, ou de leur désir parfaitement légitime, de gagner de l'argent, que nous devons espérer que nos Compagnies d'assurances françaises contre la vie et la maladie s'inspireront de l'exemple d'outre-Océan.

Ph. DALLY.

UN DISCOURS D'HIPPOCRATE

Les néo-hippocratiques et les paléchippocratiques trouveront tous un certain intérêt à une lettre que le Docteur Serva Nittis, qui porte un nom grec, mais habite dans le Michigan, vient d'envoyer au *Journal of the american medical association*. C'est à propos de la tendance actuelle à louer les services des médecins au même titre que ceux des valets de ferme ou des croque-mort, dont il faut bien pourtant les distinguer. Ce n'est pas tout à fait de cela qu'Hippocrate a parlé ; mais un jour, le Conseil des Citoyens d'Abdère, raconte le Docteur Nittis, demanda à Hippocrate de venir à Abdère donner ses soins au plus illustre de leurs concitoyens, Démocrite, promettant au grand médecin toute la gloire, toutes les distinctions, tout l'or dont leur cité pouvait disposer. Impressionné par l'empressement de toute une ville à voir guérir un de leurs concitoyens, ses habitants, Hippocrate promit de s'y rendre. Mais il considéra comme une insulte de voir payer ses services comme ceux d'un artisan quelconque. Il n'accepta que l'hospitalité d'un de ses amis, Philopoemen, et dit aux Abdéritains : « Ni la nature, ni les dieux, ni vous-mêmes, citoyens d'Abdère, ne peuvent me forcer à venir dans votre cité pour de l'argent. Vous ne pouvez pas me faire violence sur ce point. Que mon art, libre par essence, reste libre. Ceux qui se louent pour un salaire, mettent la science en servitude, lui dérobent son antique liberté, et se réduisent eux-mêmes à l'esclavage. Ils ne diront pas la vérité sur la gravité de la maladie ; ils ne reconnaîtront pas sa bénignité ; ils n'iront pas voir le malade au jour promis, ou bien ils multiplieront des visites sans besoin. La vie des hommes est devenue malheureuse, à cause de la cupidité qui, comme un ouragan, l'a totalement imprégnée ».

Il paraît, d'après le Docteur Nittis, que cette lettre manque quelque peu d'authenticité. On ne nous dit pas non plus si notre Père Hippocrate consentit à recevoir le remboursement de ses frais, ni s'il guérit Démocrite l'Abdéritain. Nous avons d'ailleurs évolué depuis ces temps, et ce n'est pas exactement le désintéressement absolu, et la médecine gratuite, je suppose, que les congrès néo-hippocratiques tentent de mettre à la mode. Il faut vivre, et un billet de cent francs est un billet de cent francs ; mais combien d'entre nous seraient heureux de le recevoir avec quelques formes ou sans être obligés de se battre pour l'obtenir ?

Ph. Dally.

o o o

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

Assurances sociales

3.393. — Avortement pathologique avec curage digital

Comme membre du Sou, je viens vous demander un renseignement concernant le remboursement à une assurée sociale des prestations dans un cas un peu particulier.

Cette personne, femme d'assuré (le mari est employé à l'asile d'aliénés de X.) fait à trois mois et demi environ un avortement. Expulsion du fœtus. Extraction du placenta par curage digital, intervention tarifée K10.

Aucune déclaration de grossesse n'avait été encore faite, cette déclaration n'étant pas obligatoire avant quatre mois et demi.

L'intéressée s'étant plainte de la modicité du remboursement de ses frais médicaux (voir le talon du chèque postal) eu égard au prix que j'avais demandé (150 francs, qui correspondait à K15, une demande de renseignements avait été faite à la Caisse par l'Administration de l'asile. La Caisse a donné la réponse ci-jointe.

Cette réponse laisse entrevoir :

1° Que K10 n'a pas la même valeur dans tous les cas.

2° Qu'une grossesse devrait être déclarée dès son début.

3° Qu'il faut violer le secret professionnel pour que l'intéressée puisse bénéficier des prestations auxquelles elle a droit.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner quelques éclaircissement et m'indiquer quelle conduite je dois tenir vis-à-vis de la Caisse d'assurances sociales.

Dr H.

Réponse

a) Où avez-vous trouvé K10 alors que je viens de constater dans la Nomenclature que rien de ce que vous avez fait ne s'y rapporte ? Je ne vois qu'à K20 qu'il y ait « curetage » à propos des viscères et à côté d'interventions sur l'appareil génito-urinaire. L'intervention de « extraction du placenta par curetage digital dans une fausse couche » doit plutôt se trouver (comme dans mon département de Seine-et-Marne où cela est tarifé 150 francs précisément) dans le tarif syndical minimum de votre région. Auquel cas, ce n'est plus marqué en K, mais en P. C. Il m'apparaît donc qu'il y a eu de votre part une erreur de notation.

b) Vous n'avez pas à donner le diagnostic

d'une maladie à une Caisse quelconque. Ceci ne pourrait se faire qu'en cas de consultation entre deux confrères. *A fortiori*, vous ne pouvez évidemment, envoyer ou faire envoyer « un certificat mentionnant cette fausse couche et indiquant au bout de combien de mois de grossesse ». Un tel certificat pourrait vous faire poursuivre pour violation de secret professionnel.

c) Que faire, dites-vous ?... Votre erreur initiale complique la question. Je ne vois qu'un moyen, c'est de rétablir en P. C. votre indication sur la feuille de maladie, d'après votre tarif syndical minimum et d'en donner avis à la Caisse qui devra s'en contenter pour établir son tarif de remboursement ou, au besoin, envoyer son médecin-conseil auprès de la femme si elle le désire.

D[r] F. DECOURT.

3.091. — 1° Accouchement provoqué ; 2° Soins à un enfant nouveau-né

Je vous remercie des renseignements que par votre lettre du 3 avril vous avez *donnés à la mienne* du 30 mars.

Permettez-moi de revenir sur ce sujet, sans entrer dans le détail.

Nous sommes d'accord : le cas que je vous ai exposé ne constitue pas un accouchement dystocique.

Mais voudriez-vous me dire si le placenta prævia qui détermine une hémorragie (au septième mois) constitue un élément de grossesse pathologique ?

Dans le tome II de son Traité d'obstétrique, Fabre range pareil cas dans les grossesses pathologiques.

Et dès lors suis-je fondé à conseiller à ma cliente de demander le bénéfice de l'assurance-maladie pour ses frais de séjour à la clinique et les visites (je ne dis pas l'acte « accouchement ») nécessitées par son état d'hémorragie ?

2° Notre convention Syndicat-Caisse porte bien la rubrique « accouchement provoqué » sous un K dont je ne me rappelle pas actuellement la quotité. J'ai demandé au médecin-contrôleur de la Caisse d'accorder à ma cliente le bénéfice de cette clause. Il s'y refuse, motif pris de ce que par « accouchement provoqué » on doit entendre une interruption de grossesse pour cause d'albuminurie par exemple, pour cause de tuberculose, mais certainement pas dans le cas d'hémorragie pour placenta prævia l'hémorragie se serait bien arrêtée, m'a-t-il répondu. C'est une opinion moi-même en ai une différente.

Par conséquent je lui ai demandé de notifier le refus de prestations à ma cliente. A quelle Commission celle-ci devra-t-elle faire appel et dans quel délai ? (six mois) ?

3° L'enfant né prématuré, et débile, pesait 1.500 grammes. Depuis le 22 mars il a reçu les soins nécessi-

tés par son état : sérum, mise en couveuse et il est encore à la clinique, dont sa mère est du reste sortie. On ne rendra l'enfant à sa mère que lorsque l'augmentation de poids et de résistance permettra de le considérer comme devant vivre. En attendant, il est à la clinique comme payant. Je demande à la Caisse de prendre en charge les prestations d'hospitalisation et j'ai ouvert au nom de l'enfant une feuille de maladie.

Pour ce cas encore, le médecin-contrôleur prétend qu'il s'agit d'un cas de maternité, rentrant dans l'assurance-maternité et non maladie. Je pense le contraire.

Dr M.

Réponse

1° Il me paraît évident que, si une hémorragie due à un placenta prævia vous oblige à interrompre, à sept mois une grossesse, c'est là un cas très net d'accouchement provoqué, une intervention chirurgicale, en somme, qui doit être payée suivant le tarif des interventions et non à titre d'accouchement.

2° D'après l'art. 36, alinéa 1er du décret-loi du 28 octobre 1935, votre cliente doit porter son différend, par lettre recommandée, devant la Commission d'arrondissement présidée par le Juge de paix du chef-lieu d'arrondissement. La lettre recommandée visée ci-dessus doit être adressée au Président de la Commission dans un délai de trois mois, à compter de la date de réception de la notification de la décision ». Ce refus de paiement lui a-t-il été notifié » ?.

3° Quant à la maladie de l'enfant, il est bien clair que ce n'est pas là un cas de « maternité ». S'il y a refus de prise en charge par la Caisse, demander notification officielle et agir ensuite comme ci-dessus.

Dr F. Decourt.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

3.367. — Accident survenu à une jeune fille travaillant chez son père

Une jeune fille, majeure, employée de son père, strictement en règle avec la Caisse d'assurances sociales du département, a un accident du travail. La loi ne reconnaissant pas la responsabilité de père à enfant en matière d'accident du travail, cette jeune fille peut-elle bénéficier des avantages habituels de la loi sur les Assurances sociales ?

Dr T.

Réponse

Contrairement à l'opinion exprimée dans votre lettre un contrat de louage de services peut parfaitement exister entre un père et son enfant. Il paraît bien en être ainsi en l'espèce, puisque la jeune fille victime de l'accident est,

dites-vous, régulièrement immatriculée aux Assurances sociales, ce qui implique qu'elle a bien la qualité de salariée.

Dans ces conditions, la loi sur les accidents du travail lui est applicable et vous avez une action directe en paiement de vos honoraires contre le père responsable. Si celui-ci est assuré, l'Assurance doit payer en son lieu et place.

3.513. — Prescriptions des honoraires accidents

Je vous serais obligé de bien vouloir m'indiquer la marche à suivre pour le recouvrement de mes honoraires pour un accidenté du travail. Mesnotes adressées, en temps utile au patron et celui-cifaisant le mort, je les lui rappelle aujourd'hui même par lettre recomm ndée. Le délai de prescription de un an expire dans un mois. Dois-je confier ces notes à un huissier ?

Dr M.

Réponse

En matière d'accidents du travail, l'action du médecin traitant en paiement de ses honoraires dans les limites du tarif, contre le chef d'entreprise responsable, se prescrit, comme l'action du blessé lui-même, par un an à compter, suivant les cas, du jour de l'accident, du jour de la clôture de l'enquête du Juge de paix ou du jour de la cessation du paiement de l'indemnité temporaire.

Il en est ainsi pour les notes d'honoraires se rapportant à des accidents survenus avant l'entrée en vigueur de la loi du 1er juillet 1938 sur les accidents du travail, comme tel est le cas en l'espèce puisque les sinistres remontent à près d'un an.

Pour les accidents postérieurs au 1er janvier 1939 (à l'exclusion toutefois de ceux survenus dans les exploitations agricoles qui restent soumis à l'ancienne législation) le délai de prescription reste fixé à un an, mais il ne présente plus le même caractère rigoureux et notamment il peut être fait échec à la prescription par la preuve que les honoraires n'ont pas été payés.

Quoiqu'il en soit, vous êtes dans l'obligation d'introduire une action en justice contre le chef d'entreprise responsable avant que le délai soit expiré, sous peine de vous voir opposer la prescription et de perdre ainsi vos honoraires.

Cette action relève de la compétence du Juge de paix du canton sur le territoire duquel l'accident s'est produit. Elle est exempte des droits de timbre et d'enregistrement comme toute action introduite en vertu de la législation sur les accidents du travail.

Nous vous conseillons de remettre immédiate-

ment vos notes entre les mains d'un huissier en le priant d'introduire sans délai l'action devant le Juge de paix avant que la prescription soit acquise à votre adversaire.

3.532. — Accident survenu au cours d'une rixe

Je désirerais savoir si un accident survenu à un charretier dans son service, par suite d'une rixe sur la voie publique doit être considéré comme accident du travail, et ce que je dois répondre à la Compagnie qui refuse de prendre en charge l'affaire.

D[r] R.

Réponse

Suivant une jurisprudence constante, sanctionnée d'ailleurs par plusieurs arrêts de cassation, tout accident survenu à l'heure et sur le lieu du travail doit être considéré comme occasionné par le travail, sans qu'il soit besoin qu'il soit rattaché par un lien direct aux occupations mêmes de l'ouvrier.

C'est ainsi qu'a été considérée comme un accident du travail la blessure reçue par un ouvrier à la suite d'une altercation avec un passant sur la voie publique, alors que la blessure avait été reçue au moment où l'ouvrier revenait à son chantier, après être allé prendre, avec l'autorisation de son chef, une consommation dans un débit de vin voisin.

Si donc, en l'espèce, la rixe s'est produite à un moment où le charretier conduisait sa voiture pour le compte de son patron, il est certain selon la jurisprudence, qu'elle constitue un accident du travail, dont le chef d'entreprise est responsable aux termes de la loi du 9 avril 1898 et de la loi du 1[er] juillet 1938.

Il convient donc que le blessé cite son patron en paiement du demi-salaire devant le Juge de paix du canton sur le territoire duquel l'accident s'est produit, seul compétent.

Lorsqu'il aura obtenu gain de cause, vous aurez à votre tour une action contre le chef d'entreprise responsable en paiement de vos honoraires dans les limites du tarif.

FISCALITÉ

3,560. — Taxation du revenu global d'après les signes extérieurs

Le décret-loi fixant le revenu imposable d'après les signes extérieurs sera-t-il appliqué intégralement aux médecins sans tenir aucun compte des charges et obligations de leur profession ? ce serait inique et intolérable.

En ce qui me concerne j'ai un loyer de 8.000 francs,

une auto de 9 chevaux, une bonne et une femme de chambre employée pour 40 % pour ma profession ; le total de mes revenus bruts déclarés avant toute déduction se monte à 52.818 ; je payais 870 francs d'impôts sur le revenu. Combien paierai-je maintenant ? je vous serais très obligé de me le dire.

L'application du décret-loi sera-t-elle rétro active et jouera-t-elle sur l'année dernière ?

Dr L.

Réponse

Le décret-loi sur la taxation forfaitaire d'après les signes extérieurs sera appliqué pour la première fois cette année au revenu global de 1938. Il n'a aucune influence sur le revenu net professionnel. Cette taxation ne sera fondée que sur la valeur locative, sur la fraction des frais de voitures et des salaires payés non professionnels.

Ceci exposé il vous sera facile de calculer votre revenu minimum d'après les signes extérieurs en multipliant leur valeur par les coefficients applicables au loyer, aux autos, aux domestiques.

A. et S. MARTINOT
Conseillers fiscaux

3.627. — Amortissement du prix d'achat des automobiles

Vieil abonné au *Concours*, j'ai recours pour la première fois à votre obligeance, vous priant de bien vouloir me dire comment amortir correctement mes voitures.

J'avais : 1° une 11 CV. Fiat sur laquelle j'avais à amortir 25.000 francs en cinq ans, j'ai déjà amorti quatre fois 5.000 francs reste donc 5.000 francs à amortir ; 2° une 5 CV. Fiat payée 13.000 francs que j'amortissais en cinq ans et pour laquelle j'ai déjà compté deux fois 2.600 francs, restait donc à amortir 7.800 francs.

J'ai échangé les deux voitures : 1° la 11 CV. contre une 8 CV. avec soulte de 11.075 francs ; 2° la 5 CV. contre une pareille avec soulte de 5.730 francs.

Comment faire pour l'an prochain ?

Dr L.

Réponse

La valeur de votre nouvelle 8 CV. est égale au montant de la soulte plus le reliquat à amortir sur la 11 CV soit :

11.075 + 5.000 = 16.075 francs.

Si vous continuez à amortir en cinq ans (ce qui nous semble bien long) vous amortirez tous les ans 16.075 : 5 = 3.215 francs.

Même raisonnement pour la 5 CV :

5.730 + 7.800 = 13.530 francs.

13.530 : 5 = 2.706 francs par an.

Tout ceci s'entend si les changements ont été opérés en janvier. Sans cela l'amortissement doit se faire sur le nombre de mois restant à courir à partir de celui du changement jusqu'à la fin de

l'année. Si vos voitures servent pour partie à votre usage personnel, il convient de défalquer la quote part afférente à cet usage.

A. et S. M.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

3.582. — Situation de l'officier honoraire

Médecin capitaine de réserve (classe 1901) atteint par la limite d'âge en septembre 1939, le Directeur du Service de santé me demande si je désire, ou non, être admis à l'honorariat.

J'accepterais volontiers d'être médecin capitaine honoraire, si cela ne me crée aucune obligation spéciale en cas de mobilisation.

Je lis, dans la formule qu'on m'a envoyée, que les officiers honoraires peuvent appartenir au cadre des assimilés spéciaux, avec un grade d'assimilation égal au grade antérieur ». Qu'est-ce à dire ? Est-ce que ces assimilés spéciaux sont utilisés en temps de mobilisation à un service militaire ?

Dr C.

Réponse

Un officier honoraire se trouve définitivement dégagé de toutes obligations militaires, même pour la défense passive, puisqu'il a dépassé de loin les deux années faisant suite au service légal et réservées à cette défense passive.

Nul officier placé dans la position d'officier honoraire ne pourra, en effet, être réintégré dans les cadres, ni mobilisé, sauf dans le cas des assimilés spéciaux (article 23 de la loi du 8 janvier 1925. Statut des officiers de réserve).

L'article 24 de la même loi dispose, au sujet de ces assimilés spéciaux ;

« A titre exceptionnel et afin de permettre l'utilisation en temps de guerre des services que peuvent rendre à la défense nationale certaines personnalités notoires du pays, comme « conseillers techniques », il pourra être conféré à ceux d'entre eux, dégagés de toute obligation militaire qui seraient volontaires et dont il conviendrait de s'assurer le concours, un grade dans la réserve en rapport avec la nature des missions qui peuvent leur être confiées.

« Les grades dont il s'agit ne pourront être conférés qu'en temps de guerre ou à l'occasion d'une opération militaire et pour la durée de la guerre ou de l'opération. »

Ces assimilés spéciaux sont désignés spécialement par le ministre, suivant les besoins du service ; nous ne connaissons pas encore la liste de ces emplois qui pourraient être réservés aux médecins.

3.009. — Promotion au grade de médecin sous-lieutenant

A la suite d'une demande de renseignements que je vous avais faite sur ma situation militaire (classe 1917, trois ans trois mois de présence sous les drapeaux, ancien combattant, titulaire de la carte, grade caporal à la démobilisation). . J'avais alors demandé à la *n*e Région de passer l'examen de médecin auxiliaire à la suite duquel j'ai été nommé le 10 novembre dernier. On m'a alors prié de faire une demande pour passer sous-lieutenant ; elle a été faite immédiatement et depuis lors je suis sans nouvelle. Quel est donc le délai requis pour accéder à ce grade supérieur pour un Français ancien combattant de la guerre 1914-1918 ? Si j'en crois les nouvelles nominations qui viennent de paraître à l'*Officiel*, j'aurais déjà été nommé si j'étais originaire des bords de la Vistule ou de la Transylvanie. Comme toujours on favorise ces néo-Français, au détriment de ceux dont les ancêtres depuis plusieurs centaines d'années ont créé la France, à moins que ma qualité de Breton de vieille souche ne me rende suspect ou indigne de paraître dans une promotion où les métèques sont le plus grand nombre.

En tout cas quelle que soit l'heure de cette promotion que j'attends, et en cas de mobilisation, le Breton que je suis n'obéira jamais à ces métèques dont la manche s'ornera de plusieurs galons, dussé-je en supporter les plus funestes conséquences.

Je vous prie donc de bien vouloir me fixer sur mes droits et de me dire si en ma qualité de Français ancien combattant je ne peux espérer avoir sur ces néo-Français un traitement de faveur.

Dr B.

Réponse

En principe, il n'existe aucun délai imposé aux médecins auxiliaires qui sont de votre catégorie, pour leur promotion au grade de médecin sous-lieutenant.

C'est une question de postes disponibles. Mais vous feriez bien malgré tout, d'écrire à votre Directeur du Service de santé pour lui demander où en sont les choses. Ce n'est évidemment pas lui qui nomme, c'est le ministre ; mais il doit savoir dans quelles conditions, et avec quel numéro de préférence, il a pu transmettre votre proposition ; par conséquent, il peut vous donner un renseignement utile.

Faites bien ressortir votre qualité d'ancien combattant, elle mérite une attention particulière. En tout cas, si un conflit survenait, vous ne tarderiez pas à obtenir satisfaction.

3.497. — Droit de porter le ruban de la Légion d'honneur

Voudriez-vous avoir l'obligeance de m'indiquer

1° Si l'inscription au tableau de la Légion d'honneur donne droit au port du ruban et dans la négative à quel moment est-on en droit de le porter.

2° A quelles époques de l'année paraît le dit tableau pour les officiers hors cadres.

Dr B.

Réponse

1° L'inscription au tableau de la Légion d'honneur ne donne pas droit au port du ruban. Ce tableau porte seulement indication des officiers qui seront nommés au fur et à mesure des places disponibles dans la Légion d'honneur. En principe, mais sans aucune garantie, le tableau est épuisé dans le courant de l'année de l'inscription, en deux fois : 14 juillet, 31 décembre. La promotion fait chaque fois l'objet d'une nouvelle publication au *Journal Officiel*. Toutefois, le port du ruban n'est autorisé qu'après la réception officielle du nouveau légionnaire par un délégué choisi par les soins de la grande Chancellerie.

2° Le tableau de Concours pour les officiers hors cadres paraît généralement en même temps que celui des officiers de Réserve.

3.530. — Réquisition civile des médecins

Auriez-vous l'obligeance de me faire savoir si un médecin se trouvant dans les conditions désignées ci-dessous doit faire partie d'office des cadres de la Défense passive à titre de requis civil ou bien s'il peut s'y refuser : mobilisé pendant toute la durée de la guerre ; 69 ans ; médecin-capitaine honoraire ; ancien combattant ; mutilé de guerre.

Je crois avoir lu, dans un numéro du *Concours Médical* qu'il pouvait s'abstenir d'en faire partie s'il le désirait.

Dr R.

Réponse

L'article 2 de la loi du 31 mars 1928 (Recrutement de l'armée) dispose que tout Français du sexe masculin, non soumis aux obligations de la présente loi, pourra être individuellement convoqué à titre de requis civil, hors le cas d'incapacité physique absolue, pour être employé en temps de guerre aux services administratifs et économiques.

Dans ces conditions, il semble que vous puissiez arguer de votre âge et de votre invalidité de guerre, pour vous soustraire, si vous le désirez à la réquisition civile.

3.146. — Promotion au grade de médecin sous-lieutenant

Je fais partie de la classe 1933, j'ai accompli mon service militaire (n'ayant pas encore passé ma thèse) d'octobre 1936 à octobre 1937. J'ai fait les trois derniers mois de mon service avec le grade de médecin auxiliaire.

J'ai passé ma thèse en 1938.

Dans ces conditions (il y aura bientôt un an que j'ai ma thèse), je crois que je devrais être nommé médecin sous-lieutenant.

Que dois-je faire pour cela ?

Dr R.

Réponse

Informez aussitôt votre Directeur du Service de santé de votre nouvelle situation ; donnez-lui la date de votre thèse ; l'indication de la Faculté où vous l'avez soutenue, et demandez votre promotion au grade de médecin sous-lieutenant. Le Directeur établira en votre faveur un dossier de proposition qu'il transmettra au Ministre. Cependant, armez-vous de quelque patience, car les démarches sont longues et les postes vacants n'abondent pas.

2.971. — L'existence d'un seul enfant ne confère aucun avantage pour l'affectation

Je suis marié, père d'un enfant. Je n'ai pas encore fait connaître l'existence de cet enfant à l'autorité militaire.

Dois-je envoyer un extrait de naissance ? Cela changera-t-il quelque chose à mon ordre de mobilisation ? Est-il vrai, comme je l'ai entendu dire, que cela me recule de deux classes ? Est-ce exact pour les officiers (je suis actuellement médecin-lieutenant) ? En cas de mobilisation partielle, tient-on compte de ce qu'on est père de famille ?

Dr B.

Réponse

La naissance d'un seul enfant ne peut rien changer à votre ordre d'affectation ; l'article 58 de la loi du 31 mars 1928 ne prévoit d'avantages qu'à partir d'un minimum de deux enfants. Toutefois en cas de mobilisation partielle, les pères de famille sont appelés autant que possible après les autres. Il serait donc préférable que vous signaliez, par l'envoi d'un bulletin de naissance, la naissance de votre enfant à l'autorité militaire.

QUESTIONS DIVERSES

2.227. — Honoraires pour expertise de justice criminelle

Par jugement du Président du Tribunal civil de M., j'ai été nommé comme expert avec deux autres

confrères dans une affaire d'accident mortel d'automobile, affaire pour laquelle l'Assistance judiciaire avait été accordée à la veuve de la victime. L'accident remonte à trois ans et nous avions à statuer sur l'examen des certificats et les témoignages recueillis à l'époque pour savoir si la mort de la victime était bien due à l'accident.

Pour cette affaire, j'ai dû :

1° Aller de R. à M., soit 44 kilomètres aller et retour pour prêter serment devant le Président ;

2° Quinze jours après cette prestation de serment, revenir à M. d'où encore 44 kilomètres pour statuer sur les deux comptes.

J'avais établi ma note de la façon suivante :

1° Prestation de serment	6 francs
Frais de déplacement, 44 kil. à 1 franc, soit	44 francs
2° Expertise (tarif du département)	250 francs
Frais de déplacement, 44 kil, à 1 fr. soit	44 francs
Total	344 francs

Or, aujourd'hui, les mémoires me sont renvoyés par le Procureur général de la Cour d'appel avec la mention : l'expert n'a droit à aucun honoraire pour sa prestation de serment. Prière de réduire le mémoire.

Est-ce exact ?

Les honoraires auxquels je n'aurais pas droit, concernent-ils les 6 francs de vacation pour prestation de serment seulement ou bien également les 44 francs de déplacement pour aller à M. faire cette prestation ?

Si c'est moi qui ai raison, quel règlement ou article de loi puis-je invoquer ? Je vous rappelle que l'Assistance judiciaire jouait dans cette affaire.

D A.

Réponse

Sans doute s'agissait-il, dans l'affaire qui fait l'objet de votre lettre d'une mesure d'expertise ordonnée par le Tribunal correctionnel.

S'il en est bien ainsi, vos honoraires doivent en effet être réglés suivant le tarif des frais de justice en matière criminelle.

Or, en vertu de l'art. 17 de ce tarif les frais de rédaction et du dépôt du rapport ainsi que de la prestation du serment sont compris dans les indemnités fixées par ce tarif.

Mais cette disposition qui exclut pour vous la possibilité de demander un honoraire de 6 francs pour la prestation du serment ne vous interdit pas de demander le paiement de vos frais de déplacement.

Rectifiez dont votre mémoire dans ce sens et retournez-le ensuite au Procureur général.

Soixante et unième année — N° 25 — 18 Juin 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg .	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro..........	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.

AVIS

Envoi de Fonds

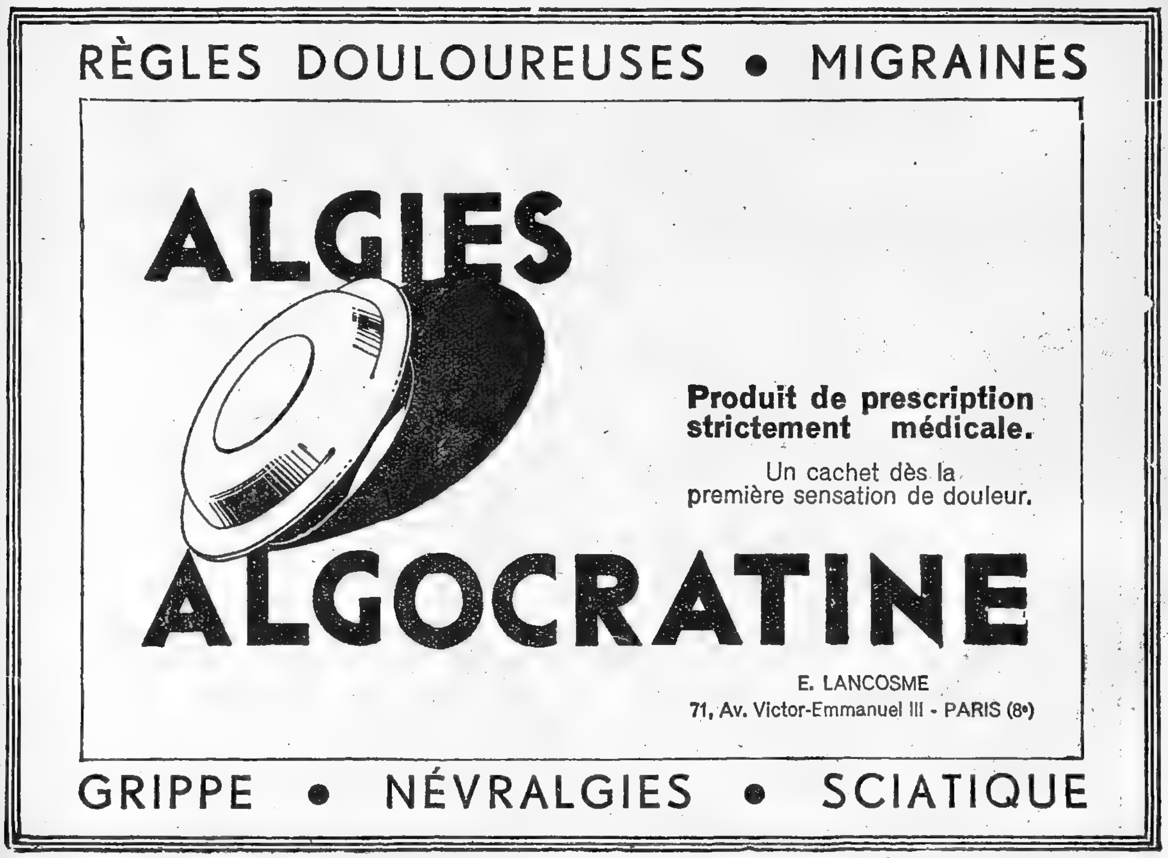
Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, **Paris, 167-95.**
Sou Médical, **Paris, 182-31.**
Mutualité Familiale, **Paris, 182-32.**

Renseignements

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 2 fr. pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)



DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 *fr.* 50 *la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* Concours Médical, *Paris* 167-95.

Nº 193. — Gironde. Cause repos cherche chirurg. associé cathol. franç. pour cession part. ou total. clinique orthop. et chir. Aff. sérieuse.

Nº 194. — Banlieue N.-O., 7 km. Paris. A vend. gr. villa 14 pièces princip., tout confort. Parfait état. Grand jardin, garage, buanderie. Conviendr. à doct., cliniq., etc.

Nº 195. — On cherche pour malade impotente et incur., mais non mentale, établis. de préfér. à personn. religieux avec ou sans direct. médicale situé dans rayon max. 200 km. Paris Ouest, N. O., S. O., ou S. E., pourvu du confort et posséd. gr. jardin ou parc, avec chambres au rez-de-ch.

Nº 196. — Poste propharmac. à céder Ouest, titulaire voulant faire sa pharmacie.

Nº 197. — Dans ville de l'Est, veuve conf. oculiste céder. après décès cab. son mari avec belle clin. parfaitem. installée, matériel, nombr. instrum. access.

Nº 198. — Ménage médical libre, ayant auto, voyager. pour laborat. sérieux région Sud-Ouest. Faire offres.

Nº 199. — Maison de santé, 4, rue du Sergent-Hoff, Paris, recherche infirmière de chirurgie soignante.

Pour toute demande de renseignements il est indispensable de joindre un timbre.

Cabinet Breitel et Goret

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Paris. Quartier agréable et central. Belle client. Méd. gle, en grosse partie consult., appart. 6 p. grd. confort. Prix 75.000.

Paris. Anc. client. avec fixes, 5 grd. p. conf., loyer 6.000. ces. urg. Prix 35.000.

Seine-et-Oise, 20 minutes Paris, intéress. client. peu déplacem. Prix 30.000, 20.000 cpt.

Bord mer. 3 h. Paris. Méd. gle avec fixes, rapp. intéres. Belle villa à louer. Prix 55.000, cpt. à déb.

Abonnés du « Concours » exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains : Bertier, Blondel, Dardel, H. Forestier père, Lelong, Pégaz.

Amélie-les-Bains : Bouix.

Ax-les-Thermes (Ariège) : Boyer, Girard.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne : Censier, R. Hügel, Joly, Le Gouriérec, J. Louvel, R. Louvel, Doctoresse M. Peillon, E. Poulain.

Bains-les-Bains : M. Henry, L. Rose.

Barèges, Orliac.

Barbotan-les-Thermes P. Pitous.

Besançon La Mouillière : G. Giraud, Jean Sexe (*opht.*), Tronchon.

Biarritz : Clavel, Dejeant (*derm.*), M. Claverie Lacour. Pitchalsky (*m. g. sto.*) M. Pourquié (*chir.*) G. Pourquié (*o. r. l.*)

Bourbon-Lancy : Bellœuf, G. Vincent.

Bourbon-L'Archambault : Bénabu, Litaud.

Bourbonne-les-Bains : Delacroix, Gay, Pellet.

Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers** : d'Arbois de Jubainville, Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Dieudonné, J. Trotot.

Capvern : J. Pouy.

Cauterets : Anglada, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Challes-les-Eaux : Vexenat.

Châtel-Guyon : Angeras J. M. Ballan, Baumann, Cambiès Casati de Montgolfier, Foucaud, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Contrexeville : Contal.

Dax : Barrau, Delmas (Armand).

Divonne-les-Bains : Ballivet, R. Fau, Vieux.

Eaux-Bonnes : Bourragué, Creignou.

Enghien-les-Bains : Bevrand, H. Forterre, J. Spinadel.

Escouloubre-les-Bains : Sarda.

Evaux-les-Bains : Maurice Fabre (*gyn.*), E. Legâte.

Evian-les-Bains : Bernex, J. Eyraud-Joly,

Hammam-Lif (Tunisie) : Fére.

La Bourboule : Anglada, Barthomeuf, Boudry, Cany, Mme Eyraud-Dechaux, R. Galimant, Jean Godonnèche, Jumon, Rongier Th., Maurel.

La Léchère : Bouverat, Millet, Noailly.

La Motte-les-Bains : Goirand.

Lamalou-les-Bains : Faure, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains : Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Lépine.

Luchon : P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Germès, Pierre Molinéry, Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Causeret, Cugnier, Rimey.

Mont-Dore : J. André, Roger André, Béal, Débidour, Dullin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris : Ducros, Jossand, J. Wibrotte.

Plombières-les-Bains : Bernard, J. Dumont, Truelle.

Pougues-les-Eaux : P. Baillet.

Preste (La) : Dr P. Baron.

Royat : Mougeot. Perrin Georges.

Salers : Rongier.

Salies-de-Béarn : Coustere David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains : Bourny, Henri Neumand.

Salies-du-Salat : Barbé, St Béat.

Saujon : M. Boisseau, Doublet, R. Dubois.

Saint-Didier (Vau.) : Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains : Gautreau.

St-Honoré-les-Bains : Charpin, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire : Sérane, Siguret.

Santenay-les-Bains : A. Mélé.

Sermaize-les-Bains : Fritsch.

Uriage : G. Barbier.

Vals-les-Bains : David, Offant.

Vernet-les-Bains : Ponson

Vichy : Arama (Michel) (*stom.*), Bargy, Berthomier, (*phys.*), G. F. Bonnet, Caillault, Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Cluzan, Cornillon, Cotar, Cros L., Desmaroux, Enjalbert, Fau, R. Fraudet, (*stom.*), Gannat, H. Goudart, Lère, Martin-Péridier, Reynès, Roche, Roussignol.

Vic-sur-Cère : Delsériès.

Vittel : G. Constant, P. Genay, Finck.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Erratum.** — Par suite d'une regrettable erreur, l'article de thérapeutique, mentionné au Sommaire du n° 24, 11 juin 1939, n'a pas été inséré. C'est, au contraire une étude, intitulée « Vitamines B_1 et algies » qui a été publiée, page 1654. Nos lecteurs auront certainement d'eux-mêmes fait la rectification.

— **Société française de recherches relatives à la transfusion sanguine.** — La prochaine réunion de la Société française de recherches relatives à la transfusion sanguine aura lieu le mercredi 21 juin 1939, à 15 heures (Centre de recherches hématologiques, à l'hôpital Saint-Antoine, 184, faubourg Saint-Antoine Paris XII[e]).

Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes : « Le sang conservé » ; « La transfusion lente » ; « La transfusion chez le nourrisson ».

Cette réunion a principalement pour but d'étudier l'organisation de la transfusion sanguine — et notamment de la transfusion de sang conservé — sur toute l'étendue du territoire.

— **La médaille du Docteur Jean Hallé.** — La Société de Pédiatrie, pour rendre hommage au Docteur Jean Hallé, médecin honoraire de l'hôpital des Enfants-Malades, secrétaire général de la Société, a décidé de faire frapper une médaille à son effigie. L'exécution en a été confiée à M. André Roché.

Les souscriptions sont reçues chez M. Georges Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI[e]), (chèques postaux Paris, 599).

Toute souscription de 100 francs donnera droit à un exemplaire de la médaille.

— **Journée internationale d'aviation sanitaire.** — L'Aéro-Club de Lille organise le 2 juillet 1939 une journée internationale d'aviation sanitaire.

Pour renseignements, s'adresser à l'Aéro-Club, rue Armand-Carrel, à Lille.

— **L'Exposition de la Sécurité**, inaugurée le 16 juin par M. Daladier, président du Conseil, se tiendra jusqu'au 25 juin dans les locaux de la gare des Invalides.

La section la plus importante de l'Exposition concerne l'incendie et la défense passive.

Les matériels contre l'incendie, les instruments et dispositifs pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, les engins propres à favoriser la sécurité dans les transports, seront présentés sous la forme la plus démonstrative.

La journée du 20 juin sera consacrée à la défense passive (rapports de MM. les Professeurs Tanon et Leclercq, de M. Bouly, chef du service technique de

la voie publique à la Préfecture de la Seine, de M. le Professeur Dubrisay, de M. Jean Favier, architecte) ; celle du 23 juin aux accidents du travail (rapport de M. Molin), et aux maladies professionnelles (rapports de M. Heim de Balsac et de M. Pollet). D'autres rapports seront présentés sur la sécurité dans les chemins de fer, la sécurité du piéton, etc.

Selon le désir du Gouvernement, la Semaine nationale de la Sécurité ne limitera pas ses manifestations à la Région parisienne. Dans de nombreux chefs-lieux, il a été constitué un Comité départemental de la sécurité.

— **Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres** (Section médico-militaire). — La section militaire de la Société des hôpitaux libres a consacré sa séance du 17 mai 1939 à l'étude de la défense passive.

Elle fut présidée par le médecin général Maisonnet, directeur du Service de santé au ministère de la Guerre, à qui le président, M. Paul Descomps, avait cédé le fauteuil.

Elle comporta une importante communication du Docteur Gadaud, sénateur, vice-président de la Société, sur l'organisation de la défense passive en France, après laquelle prirent la parole MM. Cathelin, Chicandard, Coffin, Delort, Gallois ; une communication de M. G. Blechmann sur l'épidémicité de la maladie de Bouillaud, après laquelle prit la parole le lieutenant-colonel Costedoat ; des communications de M. J.-Ch. Bloch et de M. Ducroquet sur le transport des blessés atteints de fractures de cuisse ; des communications de M. Chicandard sur les possibilités de respiration des enfants dans des masques anti-gaz, et de M. Le Mée sur un dispositif anti-gaz pour les enfants.

— **Association internationale de cosmobiologie.** — Une Assemblée générale a été tenue à Menton, du 9 au 11 avril 1939, sous la présidence du Professeur Laignel-Lavastine et la présidence d'honneur de M. Gaston Sardou (Nice).

L'Assemblée a examiné la proposition présentée par le secrétariat général, de situer le second Congrès international à Rome, à la date du 12 mai 1940 (Pentecôte), sous la présidence du Professeur Sabatini, directeur de la Clinique médicale de l'Université de Gênes. L'Association accepte le principe de cette proposition, mais pense cependant qu'il est préférable, dans les circonstances actuelles, d'ajourner toute décision définitive.

Les membres de l'Association, après avoir assisté aux fêtes et réceptions qui leur ont été offertes à Menton et à Monte-Carlo, se sont séparés le 12 avril, en fixant au dimanche 10 septembre la date de l'Assemblée générale suivante. Pour tous renseignements, écrire au Docteur M. Faure, secrétaire général, à La Malou (Hérault).

— **Dispensaires anti-tuberculeux de la Loire-Inférieure.** — Un concours sur titres, complété par une

épreuve clinique et orale, est ouvert en vue du recrutement d'un médecin spécialisé (n'exerçant pas en clientèle), chargé du service des dispensaires antituberculeux de la Loire-Inférieure. Les conditions de rémunération sont celles prévues au règlement intérieur des dispensaires antituberculeux.

Les candidatures seront reçues jusqu'au 6 juillet à l'Office central des œuvres d'hygiène sociale de la Loire-Inférieure, 17, rue Arsène-Leloup, à Nantes.

— Hôpitaux de Paris. — *Concours d'accoucheur des hôpitaux.* — *Jury* (tirage au sort) : MM. Metzger, Lévy-Solal, Ravina, Le Lorier, Lemeland, Garcin, Basset. Lecteurs : MM. Sureau et Digonnet. — Censeur : M. Lantuéjoul.

— Asile national de convalescents de Saint-Maurice (ex-asile de Vincennes). — *Internat.* — Un concours pour trois places d'interne en médecine s'ouvrira le 30 juin à l'Asile national de convalescents de Saint-Maurice.

Avantages : logement, nourriture et indemnité annuelle de 4.000 à 5.400 francs. Conditions : être Français et pourvu de douze inscriptions.

S'inscrire jusqu'au 20 juin au secrétariat de l'Asile, 14, rue du Val-d'Osne, à Saint-Maurice (Seine).

— Conférences cardiologiques de Royat (18 juin 1939). — Ces conférences, consacrées à l'électrocardiogramme de l'angine de poitrine et au traitement des coronarites seront faites, à Royat, par MM. Routier, G. Minot, Mouquin, Lian et Laubry.

— Pour faciliter aux malades, aux vieillards le port du masque à gaz. — D'une manière générale, le port du masque impose un effort pour inspirer l'air extérieur au travers de la capsule filtrante. C'est cet effort, qui est particulièrement pénible aux malades, aux vieillards, aux emphysémateux. Pour y parer, M. le Docteur Bettremieux et M. H. Dransart ont eu l'heureuse idée d'imaginer un dispositif simple, et peu coûteux, d'un poids minime ; celui-ci consiste essentiellement en un soufflet qui s'adapte en dessous de la capsule ; la main sert à mettre en mouvement ce soufflet, en réglant la cadence sur le rythme inspirateur.

— Prix du « Bulletin médical ». — A l'occasion de son cinquantenaire le *Bulletin Médical* a décidé de fonder un prix annuel de 3.000 francs.

Ce prix est destiné à récompenser l'auteur d'une thèse de médecine consacrée à un sujet historique, littéraire ou artistique. Il sera décerné pour la première fois en décembre 1939 à une thèse soutenue dans le cours de l'année scolaire 1938-1939 pour le Doctorat d'Etat devant une Faculté de médecine française.

Les candidats sont priés d'envoyer avant le 31 juillet 1939, trois exemplaires de leur thèse avec une lettre posant leur candidature au *Bulletin Médical*, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris (VIe).

— **Madrid.** — *L'augmentation du nombre des aliénés.* — On télégraphie de Madrid : Dans les milieux autorisés, on estime que le nombre des aliénés dans toute l'Espagne a augmenté de 25 % par rapport au chiffre d'avant 1936. C'est à Madrid même et dans la région proche de la capitale que cette augmentation est le plus sensible : à Madrid même, le nombre des déments a doublé. Dans la province de Madrid, on compte actuellement 1.857 aliénés enfermés : 859 hommes et 998 femmes, sans parler des gens présentant des signes de dérangement mental et qui sont encore en liberté. (*Le Temps*, 6 juin 1939.)

— **Hopital mixte de Vannes.** — Un concours pour un poste de chirurgien-adjoint de l'hôpital de Vannes s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris le 11 juillet 1939.

Les inscriptions sont reçues avant le 30 juin 1939 au secrétariat de la commission administrative des hospices de Vannes.

— **Nécrologie.** — Nous apprenons la mort du Docteur Marcel LABBÉ, professeur de Clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine.

On doit à ce regretté Maître, d'importants travaux sur l'hématologie, les maladies de la nutrition, le diabète particulièrement.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Carnet de santé

Arrêté du 2 mai 1939 portant institution d'un carnet de santé

Art. 1er. — Il est institué, sous le nom de « Carnet de santé » du ministère de la Santé publique, un livret sur lequel pourront être inscrits tous les renseignements d'ordre médical, relatifs à la santé de l'individu.

Art. 2. — Les titulaires, ou parents du titulaire dudit carnet sont invités à le présenter à leur médecin traitant, chaque fois qu'ils recourent à ses services, et à lui demander de bien vouloir le remplir.

Art. 3. — Le carnet de santé constitue un document strictement personnel, dont nul ne peut exiger la communication.

Art. 4. — Les municipalités sont invitées à délivrer un carnet de santé aux parents de chaque enfant dès la naissance de celui-ci, ainsi qu'à toute personne qui en fera la demande.

Art. 5. — Les établissements hospitaliers et les organismes d'hygiène, publics et privés, subventionnés à titre facultatif par le ministère de la Santé publique, sont invités à utiliser ledit carnet de santé

et à en remettre un exemplaire à toute personne qui fréquente leurs services et qui en serait dépourvue.

Art. 6. — Les carnets de santé, ainsi distribués, devront être conformes au modèle officiel adopté par le ministre de la Santé publique.

Art. 7. — Le conseiller d'Etat, directeur de l'Hygiène et de l'Assistance, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

(*J. O.*, 2 juin 1939.)

Enseignement de la médecine

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'Ecole de plein exercice de Nantes s'ouvrira, le lundi 11 décembre 1939, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

(*J. O.*, 2 juin 1939.)

Un poste de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Vauclaire (Dordogne) est actuellement vacant par suite du départ de M. le Docteur Beaujard, appelé à un autre poste.

(*J. O.*, 1er juin 1939.)

M. Abrami, professeur de pathologie interne à la Faculté de Paris, est transféré, à compter du 1er octobre 1939, dans la chaire de clinique médicale Pitié (dernier titulaire : M. Clerc).

M. Fiessinger, professeur de pathologie expérimentale à la Faculté de Paris, est transféré, à compter du 1er octobre 1939, dans la chaire de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (dernier titulaire : M. Carnot).

M. Rathery, professeur de clinique thérapeutique médicale (chaire d'Université) à la Faculté de Paris, est transféré, à compter du 1er octobre 1939, dans la chaire de clinique médicale Cochin (dernier titulaire : M. Marcel Labbé).

M. Harvier, professeur de thérapeutique à la Faculté de Paris, est transféré, à compter du 1er octobre 1939, dans la chaire de clinique thérapeutique médicale (chaire d'Université) de cette Faculté.

(J. *O.*, 3 juin 1939.)

Les chaires de pathologie interne (dernier titulaire : M. Abrami), pathologie expérimentale (dernier titulaire : M. Fiessinger), thérapeutique (dernier titulaire : M. Harvier), de la Faculté de Paris, sont déclarées vacantes.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres. (*J. O.*, 4 juin 1939.)

Hôpitaux psychiatriques

Par arrêté en date du 24 mai 1939, M. Vandenhove, économe à l'hôpital psychiatrique autonome d'Ar-

mentières, est nommé directeur administratif de l'hôpital psychiatrique de Maréville, en remplacement de M. le Docteur Senglar, admis à faire valoir ses droits à la retraite (2e tour : établissements).

(*J. O.*, 2 juin 1939.)

Pensions militaires

Tribunaux des pensions

Par modification à l'arrêté du 30 septembre 1938 sont nommés pour la fin de l'année 1939 :

Membre titulaire du Tribunal départemental des pensions de la Meuse, M. Baudot, docteur en médecine à Bar-le-Duc, en remplacement de M. le Docteur Fistié, démissionnaire.

Membre suppléant dudit Tribunal, M. Gallois, docteur en médecine à Bar-le-Duc.

(*J. O.*, 3 juin 1939.)

Emplois réservés

Commission spéciale de classement des médecins, pharmaciens, dentistes, chirurgiens, vétérinaires, bénéficiaires de la loi du 12 *août* 1933.

(Liste d'abtitude établie dans les conditions prévues par les articles 7 et 8 de la loi)

MINISTÈRE DES FINANCES

Pour le poste de médecin de la manufacture des tabacs de Mortaix : M. le Docteur Couturier.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

Pour le poste de médecin de la Maison d'arrêt de Lons-le-Saunier : M. le Docteur Jouvet.

Pour le poste de médecin de la maison d'arrêt de Libourne : M. le Docteur Laval.

Pour le poste de médecin de la maison d'arrêt d'Amiens : M. le Docteur Pruvost ; M. le Docteur Legrand ; M. le Docteur Corbin.

Pour le poste de médecin de la maison d'arrêt d'Alès : M. le Docteur Vismard.

Pour le poste de médecin de la maison d'arrêt de Mantes : M. le Docteur Dupont.

MINISTÈRE DE L'AIR

Pour le poste de médecin du Centre médical d'examens et d'études de Marseille : M. le Docteur Piéri.

MINISTÈRE DES POSTES, TÉLÉGRAPHES ET TÉLÉPHONES

POUR PARIS

2e circonscription

Médecin titulaire : M. le Docteur Rousselet.

8e circonscription

Médecin titulaire : M. le Docteur Birbis.

11e circonscription

Médecin suppléant : M. le Docteur Laurent.

15e circonscription

Non vacant : M. le Docteur Laplanche.

BANLIEUE

Médecin titulaire à Aulnay-sous-Bois : M. le Docteur Marty.

LILLE

Médecin titulaire : M. le Docteur Dekester.

LYON

Médecin suppléant : M. le Docteur Fort.

MARSEILLE

Médecin consultant, non vacant : M. le Docteur Girbal.

MINISTÈRE DE L'EDUCATION NATIONALE

Pour le poste de médecin du lycée Rollin : M. le Docteur Wurmser ; M. le Docteur Finot ; M. le Docteur Lejard ; M. le Docteur Ménard.

Pour le poste de médecin du lycée de Bayonne : M. le Docteur Daubin ; M. le Docteur Corrèges.

Pour le poste de médecin du lycée de la Roche-sur-Yon : M. le Docteur Riou.

Pour le poste d'oculiste du lycée de Montpellier : M. le Docteur Dejon.

Pour le poste de chirurgien-dentiste du lycée d'Aurillac : M. le Docteur Reynaud.

Pour le poste de médecin du lycée de Valence (non vacant) : M. le Docteur Rochaix.

GOUVERNEMENT GÉNÉRAL DE L'ALGÉRIE

Pour le poste de médecin du collège de garçons de Blida : M. le Docteur Rivet ; M. le Docteur Laquière.

Pour le poste de chirurgien-dentiste inspecteur du lycée de jeunes filles d'Alger : M. le Docteur Costa.

(*J. O.*, 4 juin 1939).

Service de santé militaire

Par décision du 1er juin 1939, les officiers de réserve du Service de santé ci-après désignés reçoivent les affectations suivantes :

MÉDECINS

A la rég. Paris. — Le médec. command. Grigaut, 5e rég. ; les médec. capit. : Asselin, 2e rég. ; Souberbie 18e rég. ; les médec. lieut. : Frouin, 18e rég. ; Kessis, 19e C. A. ; Boisseau, tr. du Maroc ; Candau, tr. Maroc ; Picot, tr. Maroc ; Tiret, tr. Maroc ; les médec. sous-lieut. Laurent, 19e C. A. ; Ben Haim, 19e C. A. ; Danel, 19e C. A. ; Toulouse, tr. Maroc.

A la rég. Paris (p. o.). — Le médec. lieut. Laurent, rég. Paris.

A la 1re région. — Les médec. lieut. : Langrand, rég. Paris ; Fruchard, 2e rég. ; le médec. sous-lieut. Meurin, rég. Paris.

A la 2e région. — Le médec. lieut. Ferrie, rég. Paris.

A la 3e région. — Le médec. command. Luzoir, rég

Voir la suite page LI-1725

PROPOS DU JOUR

HYGIÈNE UNIVERSITAIRE

On est quelque peu surpris de voir qu'à une époque où l'on parle constamment de médecine sociale et d'hygiène publique, l'hygiène et la médecine préventive appliquées aux étudiants de nos Universités aient été aussi négligées. Parler de leur inexistence serait aller trop loin, mais l'hygiène universitaire est appliquée différemment dans chaque Université d'une façon si fragmentaire, si chaotique qu'on serait tenté de croire qu'elle n'est appliquée sérieusement nulle part.

Dans une brochure intitulée *Hygiène Universitaire* (1), M. Roger Bazex, directeur de l'Office central des étudiants en médecine de l'Union nationale des étudiants de France, a fait un intéressant exposé, nous pourrions dire a dressé le catalogue de ce qui s'est fait jusqu'à ce jour à l'étranger et en France.

En *Angleterre* et en *Ecosse* des Services de santé universitaires sont organisés dans plusieurs Centres. Le *Reich allemand* impose aux étudiants une visite de médecine préventive et les astreint à la culture physique. En *Bulgarie*, un service médical fonctionne à la Maison des étudiants de Sofia. En *Grèce*, on soumet les étudiants à un examen médical préalable. Des soins dans un sanatorium leur sont assurés et le Club universitaire d'Athènes veille à la santé de ses membres. Aux *Etats-Unis*, des Centres sanitaires autonomes ont été créés dans plusieurs Etats. En *Pologne*, l'Assistance médicale universitaire existe à Lwow depuis 1924 et des Centres universitaires de santé ont été créés depuis. En *Italie*, les examens médicaux sont pratiqués à la demande des intéressés. En *Lettonie*, un examen est obligatoire avant la première inscription. En *Suède* , cet examen se renouvelle tous les ans. En *Roumanie*, les étudiants sont soignés gratuitement et ont droit à l'admission au sanatorium. En *U. R. S. S.*, les soins médicaux sont assurés aux étudiants malades.

La construction d'un sanatorium international des étudiants est à l'état de projet et sera vraisemblablement réalisé.

***

En France. — Depuis 1932, on poursuit la création de Centres d'hygiène universitaires et des subventions assez importantes sont attribuées par le *Centre de documentation des Offices universitaires d'hygiène sociale* que dirige M. A. Rosier et dont le siège est à Paris à la Sorbonne.

Dans les Centres d'hygiène universitaire, on pratique un examen médical complet mais cet examen est facultatif. Des conseils y sont donnés mais pas de traitement, l'étudiant malade doit s'adresser au médecin de sa famille. Après l'examen, l'étudiant renseigné peut prendre librement une détermination pour la continuation et l'orientation de ses études.

Une faible cotisation, versée par l'étudiant lors de la prise de sa première inscription, et des subventions dont celles du Centre de documentation, qui depuis deux ans se sont élevées à plus de 100.000 francs, suffisent au fonctionnement des Centres d'hygiène universitaire.

Le plus ancien Centre fut créé à Strasbourg en 1932 par M. Albert Kahn. L'Université de Nancy qui suivit l'exemple, confia l'Administration de son Centre à l'Office public d'hygiène sociale et le Professeur agrégé Drouet qui s'en occupe, se plaint du trop petit nombre d'étudiants qui y ont recours. Paris, Lyon, Bordeaux, Besançon, Grenoble, Lille, Poitiers, Marseille, Toulouse, tour à tour organisèrent des Centres.

Dans son rapport sur la prophylaxie de la tuberculose chez les étudiants au Congrès de la Confédération internationale des étudiants, M. Guy Perdocini énumérait les avantages des Centres de médecine préventive pour ses camarades :

1° La connaissance exacte de leur état de santé ;

2° La surveillance médicale régulière, s'il y a lieu ;

(1) Toulouse, Imprimerie du Commerce, 10, rue Croix-Baragnon.

3° Conseils donnés par les plus éminents médecins sur le genre de vie à mener, la profession à choisir, le mariage ;

4° Pour un minimum de frais, examens médicaux et le cas échéant soins gratuits ;

5° Dépistage précoce de la tuberculose et placement rapide au sanatorium, donc maximum de chances pour obtenir la guérison.

M. R. Bazex décrit le *sanatorium des étudiants de France*, réalisé par l'Union nationale des étudiants de France situé dans l'Isère à Saint-Hilaire-du-Touvet à 1.155 mètres d'altitude qui reçoit 150 étudiants et 30 étudiantes et aura avant peu 250 lits. Les étudiants qui y sont admis peuvent continuer leurs études, grâce au concours des professeurs de l'Université de Grenoble. L'établissement dispose d'une installation médico-chirurgicale complète et parfaite. Il est pourvu de galeries de cure. La durée moyenne du séjour est de 7 à 8 mois. Dans 49 % des cas, les malades sont sortis guéris et ont repris leurs études.

La plupart des recteurs et doyens réclament l'examen obligatoire ; ils notent très souvent que les étudiants et surtout les étudiants en médecine n'ont pas recours à ces utiles centres de médecine préventive.

Un chapitre intéressant est celui qui énumère les *mesures de protection prises dans les hôpitaux en faveur des internes et des externes.*

A Lyon, a été créée une Assurance mutuelle contre les maladies et les risques professionnels avec indemnité en cas d'incapacité. L'hospitalisation des internes et des externes malades est gratuite et ils continuent à toucher leurs indemnités.

A Paris, les internes jouissent des mêmes avantages que les membres du personnel de l'Assistance, mais si une cure sanatoriale est nécessaire, ils ne touchent pas leur indemnité durant cette cure.

A Bordeaux, à Marseille, à Nantes, à Bezançon, à Tours, etc., des mesures analogues sont prises. Cependant, dans certaine grande ville, l'Administration des hôpitaux avertit ses internes et externes qu'elle dégage sa responsabilité pour les maladies et les accidents qui pourraient leur survenir.

M. R. Bazex énumère les grandes Ecoles qui ont, toutes, un service médical sérieusement organisé.

Il aborde la question des *Cités universitaires* dont le modèle est celle de Paris.

Autour de la fondation Deutsch de la Meurthe qui date de 1925 s'élèvent 19 autres fondations étrangères ou françaises. 2.500 chambres confortables et peu coûteuses sont mises à la disposition des étudiants.

Besançon, Aix, Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Lyon, Montpellier, Nancy, Poitiers, Rennes, Strasbourg, Toulouse ont suivi l'exemple de la capitale.

Il y aurait encore beaucoup à dire sur les maisons d'étudiants, les foyers et les restaurants universitaires, l'organisation de la culture physique et des sports dans les milieux universitaires.

Bornons là cette énumération qui démontre que depuis quinze ans on a fait en France dans les Universités de sérieux efforts en hygiène sociale et en médecine préventive. Il nous semble que ces réalisations dispersées et en quelque sorte chaotiques, gagneraient à être coordonnées et à être développées partout avec une plus harmonieuse méthode.

J. Noir.

L'EXONÉRATION DE LA TAXE DE SÉJOUR POUR LES MÉDECINS ET LEUR FAMILLE

Nous avons reçu une lettre de M. le Docteur Perpère qui nous informe que les médecins et leur famille sont exonérés de la taxe du séjour au Mont-Dore.

D'autre part, M. le Docteur P.-E. Bousquet, adjoint au maire de Cannes, nous communique les *modalités de l'exonération de la taxe de séjour consentie au Corps médical par la ville de Cannes.*

La ville de Cannes, désireuse de témoigner aux médecins sa bienveillante sympathie, mais obligée à l'heure actuelle d'éviter des abus jusqu'ici fréquents, a dû soumettre l'exonération de la taxe de séjour à quelques modalités que nous publierons dans notre prochain numéro. J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LES ECZÉMAS PROFESSIONNELS

Par le Professeur GOUGEROT

Professeur de clinique de maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

(*Suite et fin*) (1)

VIII

Sensibilisations régionales

« L'exploration comparée sur un même eczémateux, nous a souvent montré des différences de « réceptivité » ou de « sensibilité ».

« Par exemple, le malade n° 112.756, atteint d'eczéma chronique, est intéressant :

« Par l'apparition extrêmement rapide, en quarante-cinq minutes, de la réaction cutanée expérimentale provoquée par l'application d'acide chromique sur le bras.

« Par l'extension de cette réaction du bras au delà de la zone d'application de l'antigène.

« Surtout par *l'apparition d'eczéma à distance à la face* et à la saignée du coude, aux endroits où l'eczéma spontané existait et venait de guérir. L'application très limitée à la face externe du bras a provoqué un eczéma à distance, au visage et au coude, donc il y a eu résorption de l'antigène (chrome) et l'on ne peut invoquer, comme pendant son travail, le contact local sur les avant-bras et sur la face par frottement accidentel.

« *Par l'identité de l'eczéma expérimental avec l'eczéma spontané.* En effet, lors des deux poussées spontanées et de cette troisième poussée déclenchée expérimentalement, l'eczéma s'est reproduit dans les mêmes zones, nous faisant supposer une *pexie cutanée* des anticorps dans ces zones, si bien que, chaque fois que l'antigène chrome est introduit dans l'organisme, c'est dans ces points que l'eczéma récidive.

« *Par le contraste entre l'intensité de l'eczéma à distance et la faible lésion cutanée réduite* à un simple érythème, sans vésicules, passager, faisant supposer qu'au point d'introduction du chrome, la peau n'ayant pas encore été sensibilisée, il n'y a pas eu d'eczéma en ce point du bras tandis que dans les zones sensibilisées, l'eczéma éclate rapidement.

« Cette observation est donc en faveur de la conception des pexies cutanées et des *sensibilisations régionales avec intégrité de certains secteurs,* tandis que dans d'autres cas, la sensibilisation cutanée est générale, étendue à tout le tégument. » (*Archives dermato-syphiligraphiques de la Clinique de Saint-Louis,* février 1933.)

Ces différences comportent tous les degrés depuis l'absence complète de sensibilisation (zones absolument insensibles, restant donc indemnes) jusqu'à la sensibilisation de plus en plus grande (zones atteintes).

***

IX

Immunisations régionales (ou désensibilisations régionales)

Plusieurs constatations prouvent l'existence d'immunisations régionales

1° Certains ouvriers ont paradoxalement les *mains indemnes*, alors que les avant-bras et la figure sont eczémateux à chaque reprise du travail.

2° Certains ont un *mélange de zones eczémateuses et de zones indemnes* bien que toutes les régions soient en contact avec le corps nocif.

« Ces observations sont en faveur de la conception des pexies cutanées et des *sensibilisations régionales avec intégrité de certains secteurs*, tandis que dans d'autres cas, la sensibilisation cutanée est générale, étendue à tout le tégument. » (*Archives dermato-syphiligraphiques de la Clinique de Saint-Louis*, février 1933.) »

(1) V. *Concours médical*, n° 24.

3° « Certains ouvriers eczémateux, *guéris sans avoir subi de traitement de désensibilisation, ne sont plus sensibles au contact nocif* sur telle région du corps antérieurement atteint d'eczéma, ce qui prouve qu'autrefois la peau de cette région était sensible et qu'il ne s'agit pas de régions réfractaires non fragiles. »

4° Certains restent *insensibles sur toutes les régions.*

5° « Certains de ces ouvriers *se désensibilisent à la longue*, tel cimentier, tel sucrier, qui avaient de l'eczéma presque généralisé, notamment aux cuisses, n'étaient plus sensibles sur la peau des cuisses à l'antigène (ciment ou sucre), et pendant trois et cinq mois, n'eurent plus que l'eczéma atténué tolérable des mains ; mais au bout de ces trois et cinq mois, l'eczéma augmenta progressivement sur les mains et reparut sur les cuisses.

« L'atteinte antérieure des cuisses prouvait que ces régions avaient été sensibilisées.

« L'absence d'eczéma pendant trois et cinq mois, montrait que les cuisses s'étaient immunisées ou désensibilisées, et il est difficile de faire la distinction entre ces deux mécanismes différents.

« La réapparition de l'eczéma, au bout de ces trois et cinq mois, témoigne d'une nouvelle sensibilisation. »

6° Certains *eczémas se généralisent à partir du point irrité* par le corps chimique (la face par exemple) à tout le corps, en progression continue ou en deux phases la première continue, la deuxième discontinue, c'est-à-dire par placards distincts de la nappe primitive. Or la régression se fait dans le même ordre que la progression, la face d'abord, puis le cou, etc., et les zones guéries d'eczéma qui pourtant progresse en descendant sur les membres. Cet eczéma est donc encore en activité, mais il ne pullule plus dans les premières régions atteintes, comme si elles étaient immunisées.

7° La *généralisation à distance* de placards d'eczéma disséminés, chez un ouvrier atteint par exemple d'un eczéma professionnel des mains, peut s'expliquer par plusieurs mécanismes : réactions secondes de Paul Ravaut, etc., mais parfois on peut faire intervenir une immunité ou désensibilisation.

Par exemple notre malade n° 113.629 est atteint d'eczéma professionnel par hypersensibilité cutanée à l'eau de javel. La reproduction expérimentale, le prurit et la réaction érythémateuse locale dépassant notablement la zone d'application de l'eau de javel, la leucopénie et la chute de tension artérielle témoignent d'un choc hémoclasique à l'eau de javel, déjà signalé par P. Ravaut et Koang.

« Au cours de cette réaction locale et générale, sont apparues des lésions d'eczéma vésiculeux et squameux dans une région jusque-là indemne à la face externe du bras gauche, à 40 millimètres de la zone de cu-tréaction ; ces lésions ont guéri spontanément en quarante-huit heures.

« Sous l'influence du traitement externe, les lésions ont déjà notablement régressé, la désensibilisation spécifique va être essayée.

« Cette réaction à distance, qui n'est certainement pas due à l'application locale d'eau de javel en une zone jusque-là indemne, a été signalée aussi dans l'observation de P. Ravaut et Koang ; elle est très intéressante.

« Est-elle due à une sensibilisation régionale (par « pexie »), qui n'avait pas encore eu le temps de se manifester ?

« Comment expliquer que les zones anciennes d'eczéma n'aient pas été réactivées plutôt que cette zone indemne ?

« Nous avons supposé, dans des cas antérieurs, que l'inflammation aseptique de l'eczéma (ou réaction de défense) avait détruit les sensibilisines, donc l'hypersensibilité, d'où la non-réactivation et l'absence d'eczéma ; au contraire, dans la zone réactivée, les sensibilisines n'avaient pas été détruites par un eczéma antérieur. » (*Archives dermato-syphiligraphiques de la clinique de Saint-Louis*, mars 1933.)

8° Certains eczémas, exceptionnels, sont *annulaires*, le centre guérissant tandis que la périphérie reste en activité et le contact professionnel ou expérimental du corps nocif ne provoque plus l'eczéma au centre de la lésion alors qu'il reproduit cet eczéma à la périphérie ou en peau saine environnante.

9° « Les aspects singuliers de *l'eczéma « en couronne »*, l'un avec une zone centrale indemne, l'autre avec une zone centrale eczémateuse séparée d'une couronne périphérique eczémateuse par une couronne moyenne de peau indemne, ne sont pas seulement intéressants morphologiquement, mais plus encore par les problèmes pathogéniques qu'ils soulèvent.

« Le centre ou la couronne indemnes d'eczéma relèvent, en effet de deux mécanismes :

« Tantôt ces zones indemnes ont été précédemment eczémateuses soit quelques jours auparavant, soit plus longtemps auparavant ; on peut donc dire qu'elles sont immunisées par immunité acquise ou désensibilisées vis-à-vis des causes eczématigènes.

« Tantôt ces zones indemnes n'ont jamais été eczémateuses, l'eczéma ne « prend » pas sur elles, il « saute » à côté ; on peut donc parler d'immunité ou d'absence de sensibilisation.

« Il est à remarquer que chez le précédent malade, comme dans d'autres cas semblables, l'intégrité fut passagère et bientôt l'eczéma a envahi les zones indemnes ; on ne peut donc accuser dans ces zones d'abord indemnes, une absence de fragilité de l'épiderme. Mais, dans d'autres cas, l'immunité d'emblée ou acquise (on peut dire aussi l'absence de sensibilisation ou la désensibilisation) reste durable et l'eczéma respecte ces zones.

10° *L'arrêt du travail déclenchant l'eczéma professionnel* s'explique, avons-nous dit depuis 1922, par un mélange de sensibilisation et

d'immunisation. « Autrement dit, il y avait équilibre où plutôt *neutralisation de la sensibilisation « spontanée » par la désensibilisation « spontanée » pendant le travail.* Si le travail cesse, la désensibilisation cesse, alors que la sensibilisation persiste ; par conséquent, la sensibilisation se manifeste sous forme d'eczéma à la reprise du travail, c'est-à-dire au nouveau contact avec l'antigène. »

11° La *guérison de l'eczéma par les contacts de plus en plus concentrés* est de l'ordre des phénomènes de désensibilisation ou d'immunisation.

12° Certains malades sont *longs à se désensibiliser* ou immuniser : notre malade n° 129.658 suivi avec Delzant et Mlle Meslin présenté à la Société le 9 juin et le 8 décembre 1938, peut servir d'exemple (1).

« Des applications cutanées de paraphénylènediamine faites en trois séries pour le désensibiliser, déclenchent de l'eczéma local et parfois à distance, si bien que le malade les cesse fin juin. Or, environ six semaines après, il est presque totalement désensibilisé, puisqu'il peut recommencer son métier de coiffeur et manipuler la paraphénylènediamine en n'ayant que quelques vésicules d'eczéma passagères dans les plis digitaux.

« Comment interpréter cette presque guérison que nous avons déjà observée dans des observations identiques ?

« Elle semble due aux premières doses progressivement croissantes de paraphénylènediamine, appliquées sur la peau.

« Car il n'a subi aucun traitement général hépatique (cure de Vichy ou autre) pouvant produire une désensibilisation générale ; on sait assez, par de nombreuses observations que si peu d'hyposulfite n'a pas une action aussi intense et aussi durable, alors que plusieurs fois nous avons observé des faits semblables de désensibilisation retardée, chez des malades n'ayant ni reçu d'hyposulfite ni aucun autre traitement général.

« Mais aussitôt reviennent à la mémoire les déclenchements d'*eczéma local* et d'*eczéma à distance à toutes les applications locales de paraphénylènediamine* si bien que le malade, lassé, a cessé ces applications locales.

« Il faut donc supposer, et c'est le point intéressant de cette observation et de plusieurs autres malades identiques, que ces quelques applications ont provoqué *par la suite* la désensibilisation *bien qu'au moment même des applications elles déclenchent de l'eczéma local et à distance.* Autrement dit ces applications et l'eczéma qu'elles produisent ont *désensibilisé à retardement* » (*Soc. de dermat. et syphil.*, 8 déc. 1938, n° 9, pp. 1793-1994).

Tels sont les faits apportant la preuve de ces immunisations locales.

A titre d'exemple, je citerai une ouvrière travaillant dans la laque, que j'ai suivie avec Desmonts (*Soc. Dermat. et Syphil.*, 8 décembre 1938, n° 9, pp. 1788-1789).

« Cette malade est intéressante par :

— son *eczéma typique* dû à la laque naturelle (et peu ou pas à la laque « noire »). Cet eczéma existe ou a existé chez la plupart des ouvrières du même atelier ;

— les *tests cutanés nettement positifs* affirmant une *hypersensibilisation à la laque naturelle* ;

— la *première incubation de trois semaines* nécessaire à l'établissement de cette sensibilisation, *puis la brièveté des incubations des nouvelles poussées* d'eczéma réduite à quelques heures, lorsque la sensibilisation est établie ;

— l'*intensité décroissante des poussées successives d'eczéma* : la première, violente, a duré vingt jours ; la deuxième poussée a été moins violente, elle a régressé plus rapidement, en une douzaine de jours ; la troisième poussée est encore moins forte ; les quatrième, cinquième, sixième poussées s'atténuent de plus en plus indiquant une désensibilisation progressive ;

— l'*immunisation des avant-bras* pris lors de la première poussée, restés indemnes à la deuxième poussée ; mais cette protection s'efface vite et, lors de la troisième poussée une vingtaine de jours plus tard, les avant-bras sont repris ;

— l'*immunité des mains* aux quatrième, cinquième, sixième poussées, alors que les paupières sont atteintes. Ces immunités locales prouvent la réalité de la désensibilisation ou immunisation professionnelle ;

— la *variabilité incompréhensible de ces immunités locales* : avant-bras repris à la troisième poussée, mais rechutant à la sixième poussée ;

— au contraire *la dissémination de placards d'eczéma à distance* hors des zones de contact de la laque, à l'aîne et à la jambe droite, lors de la deuxième poussée ;

— la *désensibilisation progressive due plus aux contacts professionnels* qu'aux badigeons thérapeutiques *aboutissant à un état d'immunisation presque complète* et suffisante pour permettre la continuation de la profession de laqueuse, alors que lors des trois premières poussées, la violence de l'eczéma à la face et aux mains l'avait obligée à interrompre son travail. »

« La même immunisation spontanée ou plutôt professionnelle est retrouvée chez d'autres ouvrières, par exemple :

— une première ouvrière qui travaille avec elle, a eu un an après le début de son métier et sans avoir subi d'interruption dans son travail un érythème prurigineux et un gonflement des paupières et de la face qui a persisté quelques jours et a rétrocédé ; elle n'a pas fait depuis de nouvelle poussée en *six ans* de travail malgré qu'elle ait continué de manier la laque ;

— une deuxième ouvrière a fait une dermite très légère de la face et des oreilles, six mois après le début de son métier qui n'a entraîné aucune interruption du travail depuis environ *un an* ;

— l'une et l'autre ont donc fait une immuni-

(1) Désensibilisation retardée dans un eczéma professionnel à la paraphénylènediamine (avec Mlle Meslin). *Société française de dermat.* 8 déc. 1938, n° 9, p. 1793.

sation naturelle, la première complète, la deuxième incomplète mais suffisante pour lui permettre la continuation du travail....

« Nous employons indifféremment les termes de désensibilisation et d'immunisation de la peau vis-à-vis du corps nocif parce que ces deux explications peuvent être données du fait de la disparition de l'eczéma malgré la continuation des contacts des corps nocifs et probablement les deux processus existent.

« Mais plusieurs faits et notamment la récidive de l'eczéma après un arrêt du travail que nous avons maintes fois signalé ici-même, nous fait croire qu'il s'agit plutôt d'immunisation. L'immunisation coexiste avec une sensibilisation qui persiste, mais cette sensibilisation est dominée par l'immunisation de la peau d'où l'absence d'eczéma.

« Cette immunisation demande à être entretenue par des contacts professionnels répétés, puisque l'arrêt du travail la fait diminuer au point qu'un nouveau contact du corps nocif lors de la reprise du travail redonne de l'eczéma, la sensibilisation persistant. »

« Cette immunisation sera-t-elle durable ? il est difficile de le prévoir chez telle ou telle ouvrière ; mais l'interrogatoire des ouvrières d'un même atelier prouve qu'elle peut durer plusieurs mois ; plus de six ans chez la voisine d'atelier de notre malade. »

***

X

Eczémas professionnels se généralisant et s'éternisant malgré la cessation des contacts professionnels

Ces généralisations et ces prolongations soulèvent des problèmes difficiles.

Il faut éliminer les contacts gazeux, pulvérulents, liquides qui peuvent imprégner non seulement les téguments découverts (figure, mains) mais aussi la peau couverte par les vêtements.

Il faut étudier des cas spéciaux indiscutables, par exemple l'eczéma se généralisant après application d'un petit emplâtre. J'en ai publié plusieurs observations (1) avec Brouet, Vial, etc...

La malade 120.242 suivie avec Brouet servira d'exemple.

I. « *Dès le premier contact connu* avec un emplâtre simple (l'expérimentation prouvera que le corps nuisible n'est pas l'oxyde de zinc, mais les substances adhésives) la malade ressent du prurit dans les premières heures, un apaisement semble se produire, mais après *deux jours la peau est rouge*.

« L'intolérance, quelle qu'en soit la nature, est *évidente*, démontrée par l'observation clinique, la topographie des lésions et leur évolution, par la *reproduction expérimentale* surtout qui innocente l'oxyde de zinc et accuse deux des substances de l'emplâtre.

II. « Cette *précocité de l'incubation* des accidents est en faveur d'une intolérance d'emblée : idiosyncrasie de nos anciens ou d'une sensibilisation antérieure.

III. « Et cependant cette femme de 67 ans, lingère, donc n'ayant pas pu se sensibiliser avec des produits industriels, n'avait jamais mis d'emplâtre, elle n'a donc pas eu de sensibilisation spéciale et elle ne peut avoir été sensibilisée qu'à son insu par des contacts accidentels ou ménagers.

IV. « Elle n'a *jamais eu de dermatose*, en particulier *pas d'eczéma*. Elle n'a donc pas apparemment de fragilité cutanée ni de prédisposition antérieure à l'eczéma.

V. « L'emplâtre n'a été appliqué que pendant trois jours : cette application a déterminé dès les premières heures du prurit, puis au plus tard en 48 heures de la « rougeur » et *malgré la cessation de cet emplâtre, les lésions cutanées d'eczéma se sont aggravées jusqu'au sixième jour*, ce qui semble prouver que les *substances nocives de l'emplâtre étaient fixées dans l'épiderme.*

« C'est seulement les jours suivants que l'eczéma régressera.

« Les *lésions de reproduction expérimentale ont eu une évolution semblable encore plus rapide* : après 24 heures de contact sur les zones antérieurement malades, le prurit est apparu presque immédiatement, de même que la rougeur, puis l'eczéma en moins de 24 heures ; les lésions ont augmenté pendant trois jours et ont régressé en huit jours.

« Au contraire, sur une zone de peau non antérieurement lésée, l'incubation sera de deux jours.

VI. « Cette éruption de dermite artificielle par sensibilisation a été polymorphe, aussi bien l'éruption involontaire que les deux éruptions de la reproduction expérimentale : prurit, érythème et œdème, urticaire, vésiculation eczémateuse, l'eczéma prédominant de façon évidente : ce qui prouve une fois de plus que ces réactions cutanées sont du même ordre et

(1) GOUGEROT. Dermite artificielle et eczéma par application d'emplâtre et sensibilisation. *Soc. de dermatologie*, 13 nov. 1930, n° 8, p. 116. — Eczéma par sensibilisation à l'emplâtre simple, d'abord localisé, puis disséminé. Discussions pathogéniques (avec Brouet). *Société de dermatologie*, 14 nov. 1935, n° 8, p. 1599. Livre « L'eczéma », pp. 483-491.

que l'eczéma vésiculeux typique est « entouré » de réactions non vésiculeuses ou atypiques qui le relient aux autres réactions de défense cutanée.

VII. « Fait d'un grand intérêt, l'eczéma est resté localisé pendant douze jours aux points de contact de l'emplâtre (qui n'avait été appliqué que pendant trois jours) et s'est généralisé ou plutôt disséminé le treizième jour, *donc après une incubation*, non seulement autour de la lésion primaire, mais à distance en des *zones multiples très éloignées de la lésion primaire*, en des régions *qui n'avaient jamais eu aucune éruption.*

« En l'absence de contact d'emplâtre avec ces régions « secondairement » eczématisées, le mécanisme pathogénique paraît hypothétique :

« On peut admettre une résorption des corps nocifs de l'emplâtre dans la zone d'application et leur dissémination par voie vasculaire sanguine dans l'organisme.

« Mais pourquoi certaines zones cutanées ont-elles été eczématisées plutôt que d'autres ?

« Plusieurs observations s'ajoutant à celle-ci nous suggèrent trois séries d'hypothèses qui ne sont pas incompatibles :

« A) Dans une première série d'hypothèses, les corps nocifs de l'emplâtre sont résorbés au foyer primaire ; ils sont véhiculés par le sang et vont se fixer (pexie) dans certaines zones cutanées ; pour des raisons obscures, ils y développent une uni-sensibilisation ; après une incubation de quelques jours (ici treize jours) nécessaire à cette sensibilisation, les corps nocifs, continuant d'arriver aux points sensibilisés, y déclenchent la réaction cutanée de sensibilisation. »

« B) Dans une seconde hypothèse, des corps nocifs inconnus, auto-toxiques ou exotoxiques pour des raisons inconnues, se seraient fixés sur ces secteurs cutanés, les sensibilisant d'une façon latente, et cette sensibilisation invisible, qui peut rester longtemps ignorée, est démontrée par des faits nombreux ; des plurisensibilisations s'installent ensuite ou parallèlement ; ces plurisensibilisations, quoique de cause inconnue, sont des faits certains et fréquents ;

« survient un contact avec un autre corps nocif (ici l'emplâtre) ; ce corps se résorbant passe dans la circulation sanguine, parvient aux zones ayant fixé les corps nocifs ; grâce à la plurisensibilisation, le nouveau toxique s'y fixe, et éclate le phénomène de sensibilisation sous la forme de la réaction de défense cutanée de l'eczéma.

« Dans cette seconde série d'hypothèses, la filiation des phénomènes serait :

1° fixation (pexie) de corps nocifs dans certaines zones et sensibilisation locale ;

2° puis plurisensibilisation à d'autres corps ;

3° résorption d'un corps nocif, qui se fixant sur les zones plurisensibilisées, y déclenche la réaction de défense cutanée, eczéma le plus souvent.

« C) Dans une troisième hypothèse « auto-toxique » l'eczéma local externe fabrique des substances toxiques que le malade résorbe. Facile à plurisensibiliser, il se sensibilise à ses propres déchets cutanés. Si l'eczéma externe continue à évoluer, donc à fabriquer des déchets, ces déchets résorbés par le sang, diffusent dans tout l'organisme et déclenchent un eczéma généralisé autotoxique. »

« VIII. La reproduction expérimentale faite le même jour en deux zones différentes, l'une sur la peau antérieurement atteinte d'un placard « secondaire », l'autre sur la peau non antérieurement lésée, a montré des différences notables :

« — Sur la peau antérieurement lésée, incubation réduite à quelques heures, prurit presque immédiat et eczéma en moins de 24 heures, réaction de défense cutanée intense.

« — Sur la peau non antérieurement lésée, incubation moins rapide, de 48 heures, et réaction cutanée nettement moins intense.

« Cette comparaison prouve que la peau antérieurement lésée est hypersensibilisée par rapport à la peau non antérieurement lésée.

« Si l'évolution est celle d'autres malades semblables, il est possible qu'une immunisation locale succède à cette hypersensibilité locale. »

***

XI

Rôle curateur de l'eczéma professionnel généralisé

A maintes reprises, nous avons insisté sur le « rôle curateur » de l'eczéma (et des dermatoses voisines) « qui suscitent » la défense cutanée chez le syphilitique et chez le tuberculeux.

« Depuis longtemps, disions-nous, j'ai remarqué que les syphilitiques porteurs d'éruptions chroniques ou récidivantes (eczéma, prurit et prurigo, psoriasis) ou atteints d'une grande éruption aiguë au moment de leur syphilis récente (eczéma aigu, dermite artificielle notamment après la gale, après frictions mercurielles, etc.) semblaient avoir une évolution plus bénigne que leur syphilis à traitement égal et malgré des traitements insuffisants. » (*Bruxel-*

les-Médical, nos 44, 45 et 46, août-septembre 1934.)

« On sait que plusieurs auteurs, avec Milian et nous-même, rattachent les érythrodermies toxiques aux eczémas en faisant de l'érythrodermie la forme excessive de l'eczéma arsenical, et nous avons décrit les stades successifs de l'érythrodermie arsenicale depuis le prurit, puis le pointillé rouge, jusqu'à l'érythrodermie constituée, en passant par la papulo-vésicule identique à celle de l'eczéma (voir pp. 131 et 132 de la 4e édition, 1927, de mon petit livre « Traitement de la Syphilis »).

« Nous avons publié plusieurs cas de transformation d'eczéma en érythrodermie arsenicale et inversement, nous avons insisté sur les eczémas résiduels de l'érythrodermie arsenicale, sur les plurisensibilisations et eczémas alimentaires après ces érythrodermies.

« Nous avons signalé les mêmes eczémas bismuthiques et auriques associés, précédant ou suivant l'érythrodermie. C'est dire que le rôle utile de l'érythrodermie arsenicale, bismuthique ou aurique s'identifie d'après nous au rôle curateur des eczémas dans les défenses cutanées.

« J'ai en effet recueilli plusieurs observations qui sont de véritables expériences « cliniques » mettant en évidence le rôle curateur d'un eczéma dans la syphilis en suscitant la défense cutanée :

« Qu'il s'agisse de syphilis acquise ou héréditaire, les faits sont du même ordre : les symptômes cliniques régressaient lentement (céphalées, douleurs osseuses, ulcère de jambe, kératite) ou restaient rebelles (épilepsie, douleurs tabétiques) ; la réaction méningée était rebelle, le Bordet-Wassermann sanguin était irréductiblement positif, malgré la répétition des cures pluri-médicamenteuses. Survient une grande éruption : eczéma aigu plus ou moins généralisé, dermite artificielle médicamenteuse ou professionnelle, poussée généralisée de psoriasis, dermite polymorphe de Brocq-Dühring, etc, qui fait cesser le traitement antisyphilitique pendant les quelques semaines que dure l'éruption. Or, malgré l'interruption de la cure antisyphilitique, les symptômes syphilitiques, plus ou moins rebelles jusque-là, s'améliorent, puis guérissent la réaction méningée s'apaise, les Bordet-Wassermann se négativent. Il y a donc un contraste frappant avec la lenteur de régression de la syphilis clinique et humorale avant l'éruption... Ce sont la même évolution et la même opposition qu'avant et après l'érythrodermie arsenicale ; le rapprochement s'impose à l'esprit entre l'effet heureux de l'érythrodermie arsenicale sur la syphilis et l'action favorable ou curative de ces grandes éruptions, si bien que l'on a tendance à invoquer les mêmes facteurs pathogéniques dans les deux séries de faits.

« Nous avions observé les premiers faits en 1917 et 1918 chez les ouvriers et les ouvrières des usines d'explosifs très sujets aux éruptions eczémateuses artificielles, chez les phtiriasiques frottés d'onguent gris, les ypérités, mais nous n'y avions pas prêté suffisamment attention jusqu'au jour où l'effet heureux de l'érythrodermie arsenicale nous imposa le rapprochement en 1921. »

« Les érythèmes, eczémas et érythrodermies auriques ont la même influence heureuse sur les tuberculoses cutanées et parfois sur la tuberculose viscérale et nous en citions plusieurs observations. »

Ces faits sont des plus suggestifs, ils confirment une fois de plus la conception des dermatoses réaction de défense.

***

XII

Déductions générales et pratiques

Les faits résumés ci-dessus mettent en évidence des notions de la plus grande importance générale et pratique :

— Eczéma réaction de défense épidermodermique, « réaction inflammatoire aseptique usant de cinq procédés au moins (combustion, dilution par l'œdème, neutralisation par l'œdème, neutralisation par les tissus cutanés, élimination par la sérosité ou la desquamation) se faisant tantôt *par inflammation « simple », tantôt suivant le mode de sensibilisation anaphylactique*, prenant *l'aspect d'eczéma* parce que la réaction défensive se fait surtout dans l'épiderme et *à cause d'une fragilité spéciale de l'épiderme congénitale ou acquise, consistant principalement en une porosité de la peau.* »

— Importance, mais inconstance du mécanisme allergique :

— « plurisensibilisations ;

— « mélange d'immunisation et de sensibilisation et l'arrêt du travail déclenchant l'eczéma professionnel ;

— « sensibilisations régionales ;

— « immunisations ou désensibilisations régionales ;

— « réactions à distance : réaction seconde », etc...

D'où la nécessité, devant tout eczéma professionnel, de rechercher la pathogénie anaphylactique.

« Mais il ne faut l'admettre que devant un faisceau de preuves convaincantes obtenues, surtout par la reproduction expérimentale des lésions, grâce à de bonnes techniques.

« Si la sensibilisation à un corps est prouvée, il faut supprimer tout contact avec ce corps ou essayer de le désensibiliser par des doses progressivement croissantes ou par une petite dose une heure avant le contact.

« Si la sensibilisation n'apparaît pas spécifique (ou autotoxique), il faut essayer les méthodes dites générales :

— adrénaline, hyposulfite, éosinate de césium ;

— auto-hémothérapie (et ses succédanées : auto-sérothérapie, auto-hémolysothérapie), protéinothérapie (lactothérapie), substance d'Oriel, etc., etc...

« Au point de vue médico-social, ces notions éclairent la pathogénie de nombreuses dermites artificielles et eczémas dits professionnels, et permettront de les guérir, ou, en cas d'échec, d'utiliser l'ouvrier dans un autre emploi ; elles serviront de base scientifique à l'extension future des lois sur les accidents du travail aux maladies professionnelles. »

— *Importance des défenses de l'organisme dans l'eczéma même localisé* surtout des « grands viscères défenseurs » : foie, glandes endocrines, etc...

D'où la nécessité de faire un examen complet de tout eczémateux professionnel et de corriger les troubles viscéraux surtout du foie. Souvent le traitement du foie par le régime, la cure à Vichy, l'opothérapie, suffit à guérir l'eczéma. Parfois la syphilis ou l'hérédo-syphilis est coupable des troubles humoraux ou viscéraux, causes du terrain eczématisable si bien que le traitement anti-syphilitique a pu contribuer puissamment à la guérison de l'eczéma.

Importance de graduer les traitements locaux d'après la forme clinique et évolutive de l'eczéma :

— « 1° Traitement du début, antiphlogistique, par les pulvérisations et les pansements humides.

— « 2° Traitement de la période intermédiaire par des corps inertes.

— « 3° Traitement de la période terminale par les réducteurs (1913) ».

« On se souvient des méthodes si intéressantes du goudron de houille pur de Brocq, de Dind, des alcools au violet de Milian, etc...

« La conception féconde des *réactions secondes* de Ravaut nous force à chercher systématiquement le foyer primitif cutané ou viscéral afin de le supprimer.

« Landouzy, Brocq, Gaucher, etc., n'hésitaient pas à employer le cautère comme dérivatif, et après avoir été incrédule dans ma jeunesse, je fais amende honorable. »

« Enfin, la notion des réactions de défense s'ajoute à tous les autres arguments pour prouver la nécessité *des traitements généraux et locaux de la convalescence* et du « *traitement de consolidation* » ou « de sûreté » après la guérison. »

A la fin de cet essai, nous ne pouvons que répéter les conclusions de notre neuvième leçon.

« Il reste encore des obscurités dans l'étiologie et pathogénie de l'eczéma ; mais la plupart sont des obscurités qui ne sont pas spéciales à l'eczéma ; ce sont celles des inflammations en général, et surtout le mystère du mécanisme de l'anaphylaxie. »

UN TRAITEMENT PARADOXAL DE LA MALADIE DE VAQUEZ

Par André DREYFUSS

Chef de Laboratoire du Service de la Transfusion sanguine

La Maladie de Vaquez est la plus fréquente et la mieux définie des polyglobulies.

C'est une maladie grave, compatible, sans doute, avec une survie assez longue, mais qui se complique, tôt ou tard, d'accidents mortels : hémorragies, thromboses, etc...

Rappelons, en quelques mots, la *symptomatologie* de cette affection :

Les signes cliniques, assez inconsistants :

— La rougeur des téguments et des muqueuses : la teinte « hortensia », manque très souvent et c'est fâcheux car elle attire l'attention et permet un traitement précoce, avant les complications.

— Les douleurs osseuses, les névralgies, moins constantes encore.

— L'examen clinique de tels malades est peu fructueux : la rate est grosse mais très modérément ; les autres symptômes sont tout à fait casuels, en particulier, l'hypertension artérielle, l'hépatomégalie, etc., si bien que ce sont, presque toujours, les complications qui attirent l'attention et imposent l'examen de sang qui mène au diagnostic.

Ces *complications* sont avant tout :

des *hémorragies* : hémorragies *digestives* : hématémèses ou melæna,

hémorragies *nerveuses* : à localisation cérébrale ou méningée de pronostic immédiatement grave,

hémorragies d'autres localisations : rénale ou génitale plus rarement, pulmonaire parfois,

des thromboses :

l'insuffisance cardiaque,

la transformation maligne.

L'examen du sang amène au *diagnostic*, il montre :

LA POLYGLOBULIE de 6 à 9.000.000 d'hématies avec microcytose, c'est-à-dire hémoglobine relativement moins élevée que ne le comporterait le taux des globules rouges.

LA LEUCOCYTOSE, signe essentiel ; le nombre des globules blancs, dans la maladie de Vaquez authentique est constamment au-dessus de 15.000, plus du double du chiffre normal ; c'est dire que l'augmentation du nombre des leucocytes est proportionnellement plus importante que celle du nombre des globules rouges. Il y a 75 à 85 % de polynucléaires neutrophiles et une éosinophilie assez notable, presque toujours.

Le myélogramme montre une moelle hyperactive.

La maladie de Vaquez est une maladie grave, mais c'est une maladie chronique : par suite, les malades qui en souffrent demandent à être traités longtemps mais autant que possible d'une façon qui ne trouble leur vie qu'au minimum.

Or jusqu'à présent comment traitait-on ces malades ?

Le traitement le plus efficace est la *phénylhydrazine*, mais c'est incontestablement un traitement dangereux. La phénylhydrazine est toxique pour le foie et provoque, aux doses thérapeutiques, des hépatites incontestables. Le traitement doit être mené avec la plus extrême prudence, il n'est, à vrai dire, accessible qu'à quelques spécialistes et doit être suivi « l'œil sur le microscope », disait Vaquez, car il faut s'arrêter avant que la déglobulisation soit prononcée, dès qu'apparaissent les signes d'alarme : la polynucléose, la réticulocytose sanguine.

La radiothérapie des os, pour diminuer l'activité de la moelle osseuse, est un traitement logique, inoffensif, mais extrêmement inconstant quant à ses résultats, et qui n'est, à vrai dire, accessible qu'à des malades vivant près d'un centre radiologique.

La saignée est un bon traitement dans quelques cas, mais, le plus souvent, elle n'apporte qu'un soulagement très passager.

Tel était l'état de la question jusqu'à ces dernières années.

On avait, toutefois, depuis assez longtemps, fait une remarque intéressante : une importante proportion de maladies de Vaquez s'accompagne de troubles gastriques et de troubles graves : on voit même souvent des ulcères gastriques ou duodénaux ; le tubage montre de l'hyperchlorhydrie. Dans d'autres cas, il y a, non seulement achlorhydrie complète, mais même apepsie, comme dans l'anémie pernicieuse de Biermer. Si bien que l'idée est venue aux auteurs de cette observation, de donner du *foie de veau* à ces sujets achlorhydriques, tout comme dans l'anémie. Les résultats ont été excellents et ont confirmé cette extrapolation hardie : il pouvait sembler qu'il y eût ainsi dans l'estomac un principe régulateur de l'hémopoïèse dont l'absence provoquerait aussi bien l'anémie que la polyglobulie. En fait, la réalité est un peu plus complexe. Nous avons traité par

cette méthode, non seulement des polyglobuliques achlorhydriques, mais des malades atteints d'hyperchlorhydrie, voire présentant un ulcère manifeste et cela avec le même résultat, non constamment, à vrai dire, mais très souvent. C'est là encore qu'il y a paradoxe apparent. Le même produit global : l'extrait de foie, qui amène un anémique à la normale d'abord, puis à la polyglobulie si on en poursuit l'administration, provoquera le retour à la normale d'un polyglobulique. Il est vrai que cela ne l'amènera point à l'anémie si l'administration en est excessivement prolongée.

Nous avons dû, naturellement, administrer des extraits hépatiques, car, peu de malades se résoudraient à absorber quotidiennement les doses considérables de foie qui seraient nécessaires. Les extraits n'ont pas tous la même valeur en ce qui touche le traitement de la polyglobulie.

Les extraits très purifiés, réduits même au principe anti-anémique (isolé sous une forme cristallisée par Ungley et West) ne sont pas efficaces dans la maladie de Vaquez, ce qui tendrait à prouver que le principe antianémique n'est pas ce qui agit dans la polyglobulie.

Les extraits totaux préconisés par Gänslen ne sont utiles que proportionnellement à leur concentration, et, comme celle-ci est très faible, il faudrait en donner quotidiennement des quantités énormes (100 c. c.) ce qui est à peu près impossible. D'ailleurs l'indication de ces extraits est tout autre.

Les extraits buvables, quels qu'ils soient, sont peu efficaces ; il faut recourir aux extraits injectables ; nous avons utilisé un extrait *injectable concentré* (30 grammes par centimètre cube) à la dose de 10 c. c., ce qui correspond à 300 grammes par jour ; mais il est inutile de recourir aux voies parentérales, l'absorption buccale est parfaitement suffisante.

L'effet du traitement est rapide ; en quelques jours la déglobulisation est commencée ; l'amélioration des troubles subjectifs est encore plus précoce. Il n'est pas mauvais de procéder régulièrement à des examens de sang et de reprendre le traitement au moindre réveil de la polyglobulie. A défaut de ces examens, on donnera aux malades un traitement régulier une semaine par mois. C'est généralement très suffisant et cela met à l'abri de toutes complications.

Le traitement hépatique n'est pas efficace dans toutes les polyglobulies : environ 25 % des maladies de Vaquez sont rebelles à ce traitement.

D'autres polyglobulies, distinctes de la maladie de Vaquez ne sont pas évidemment touchées par cette thérapeutique ; ce qui est tout à fait logique, citons :

L'érythroleucémie partage le pronostic et le traitement des leucémies myéloïdes.

Les polyglobulies avec hypersplénomégalie et atrophie de la moelle ne sont pas influencées non plus. On les reconnaît au *myélogramme* qui montre une moelle hypo-active, à la *leucocytose* qui est faible, souvent nulle et qui peut faire place à de la leucopénie, à la *rate* enfin qui est souvent énorme, qui, en tout cas, n'est nullement comparable à la splénomégalie très modérée de la maladie de Vaquez.

Ces réserves (toutes naturelles) faites, il semble bien qu'il y ait là, malgré un paradoxe apparent, un des traitements les plus efficaces et les moins dangereux de la maladie de Vaquez.

Observation

Parmi les observations assez nombreuses de maladie de Vaquez traitées par cette méthode, nous en avons choisi une qui sera particulièrement démonstrative, celle d'un malade qui a subi de nombreux traitements par divers procédés.

C'est un malade de 51 ans qui est atteint de maladie de Vaquez depuis huit ans, il a été traité jadis sans succès par la radiothérapie, puis par la phénylhydrazine. Ce dernier traitement, manié cependant par un spécialiste très compétent, a provoqué un ictère assez sévère, si bien que depuis plusieurs années le malade a pratiquement abandonné toute médication. Les chiffres atteints précédemment étaient d'après les examens de sang qu'il nous montre :

Globules rouges	8.100.000
Hémoglobine	135 %
Globules blancs	20.500

Nous le voyons la première fois à l'occasion d'une hémorragie digestive extrêmement sévère : état syncopal, pouls imperceptible, tension artérielle effondrée Devant un tableau aussi alarmant nous sommes obligés de pratiquer une transfusion chez ce polyglobulique. Une instillation goutte à goutte de 1.500 c. c. rétablit la situation, mais laisse cependant persister un certain degré d'anémie :

Globules rouges	3.400.000
Hémoglobine	72 %
Globules blancs	13.200

Nous prescrivons alors au malade l'absorption quotidienne de 10 c. c. d'une préparation hépatique injectable préparée à partir de 30 grammes d'organe frais par centimètre cube. Le taux globulaire s'élève mais se maintient aux chiffres normaux :

Globules rouges	4.600.000
Hémoglobine	91 %
Globules blancs	9.000

Nous pensons alors pouvoir supprimer tout traitement : un mois plus tard nous revoyons ce malade, il se plaint d'asthénie, de douleurs gastriques. Un examen radiologique révèle une simple ptose, mais le tubage indique une hyperchlorhydrie considérable. Un nouvel examen de sang montre la reprise du processus polyglobulique :

Globules rouges	6.000.000
Hémoglobine	111 %
Globules blancs	18.000

Nous conseillons alors au malade l'injection sous-cutanée d'une préparation très purifiée contenant le principe actif anti-anémique de 300 grammes de foie de veau sous le volume de 5 c. c. Un mois plus tard, l'état subjectif du patient est inchangé, objectivement la polyglobulie s'est encore accentuée :

Globules rouges	6.700.000
Hémoglobine	118 %
Globules blancs	15.400

Devant l'échec de cette drogue, nous conseillons un extrait de foie associé à de l'extrait gastrique, nouvel échec :

Globules rouges	7.000.000
Hémoglobine	116 %
Globules blancs	24.000

Nous reprenons alors l'extrait hépatique concentré que nous avions utilisé au début (5 ampoules de 2 c. c. soit la correspondance de 300 grammes d'organe) ; après quinze jours les troubles gastriques ont disparu, un nouvel examen de sang montre une amélioration sensible :

Globules rouges	5.700.000
Hémoglobine	108 %
Globules blancs	14.000

Nous tentons un dernier essai : celui d'une préparation d'après la méthode de Ganslen (2,5 gr. par centimètre cube) nouvel échec, d'ailleurs bien naturel :

Globules rouges	6.500.000
Hémoglobine	110 %
Globules blancs	22.000

Nous reprenons enfin la thérapeutique initiale, les chiffres globulaires s'abaissent et les troubles gastriques disparaissent :

Globules rouges	5.100.000
Hémoglobine	100 %
Globules blancs	9.400

Cet état se maintient depuis plusieurs mois, la même thérapeutique continuant d'être administrée.

Les petites hémorragies digestives qui se produisaient dès que le malade atteignait ou dépassait 6.000.000 d'hématies par millimètre cube ont complètement disparu.

Le problème théorique que soulève un tel traitement est de toute importance.

Il semble, toutefois, que le paradoxe est plus apparent que réel :

— le principe anti-anémique du foie est sans effet contre la maladie de Vaquez,

— de même, le traitement par les extraits gastriques, si utile dans la maladie de Biermer, est ici sans effet ; bien plus, l'association de ces extraits avec des préparations hépatiques, association très favorable dans le Biermer, est complètement inefficace.

On peut en conclure que la partie du foie de veau utile dans la maladie de Vaquez est distincte de celle qu'on emploie dans l'anémie de Biermer ; ainsi s'évanouit l'apparente contradiction qui fait qu'un même traitement est aussi avantageux dans deux maladies de symptomatologie aussi opposée que l'anémie de Biermer et la polyglobulie de Vaquez.

LES GRANDES HÉMATURIES DANS LA TUBERCULOSE RÉNALE

Par le Docteur Lucien DAUBY

Contrairement à ce que l'on pense, en général, la grande hématurie tuberculeuse d'origine rénale vraie est excessivement rare.

Ce que l'on voit, dans cette maladie, ce sont de petites hématuries termino-mictionnelles. Elles sont dues à la localisation vésicale descendante et s'observent chez des malades qui présentent des troubles fonctionnels d'origine vésicale.

La grande hématurie d'origine rénale est donc une rareté. Elle peut se présenter dans deux conditions différentes :

a) Ou bien elle apparaît chez un malade qui a déjà des signes de tuberculose urinaire : pollakiurie, mictions douloureuses, urines purulentes. Dans ce cas le type clinique habituel est simplement rehaussé d'un symptôme de plus. L'hématurie n'est qu'un symptôme supplémentaire qui n'ajoute rien de caractéristique ; son intérêt clinique est minime.

b) Ou bien il se produit une grande hématurie avec caillots vésicaux, rétention et distension de la vessie, chez un malade qui ne présentait, pour ainsi dire, aucun trouble urinaire. Cela ressemble à tout autre chose qu'à de la tuberculose. Le diagnostic ne s'établit que par un examen urologique complet.

Au point de vue anatomo-pathologique si, dans certains cas, l'hémorragie est le premier symptôme d'une tuberculose jeune et alors le rein présente à l'examen des lésions peu accentuées ; dans d'autres cas, au contraire, les lésions restent longtemps latentes jusqu'au moment où une hématurie en révèle l'existence : l'hématurie ne correspond plus ici au début de la lésion anatomique, elle *n'est plus initiale au point de vue anatomique* mais seulement au point de vue *clinique*.

Traitement : néphrectomie comme dans les cas ordinaires si le rein opposé est bon (1).

(1) Thèse de Paris, 1939.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

● ● ●

Certains maigres, névropathes, dyspeptiques ou débiles constitutionnels sont des « tuberculeux manqués »

D'après le Docteur R. BURNAND (*)

IL S'AGIT D'UNE IMPRÉGNATION TUBERCULEUSE, APYRÉTIQUE EN PERMANENCE

« **Patraques bacillaires** » : c'est ainsi que sont dénommés par l'auteur les sujets, qui répondent à cette conception pathologique, parce que le mot patraque est employé au figuré pour désigner une personne faible, maladive. Ils représentent des états de débilité constitutionnelle qui, plus ou moins, affectent simultanément tous les grands systèmes organiques, pratiquement impossibles à classer nosologiquement dans le cadre d'une maladie définie. Or, dans 50 % des cas, ces états relèvent d'une étiologie tuberculeuse.

Cet état bacillaire spécial est *stabilisé*, devenu en quelque mesure constitutionnel, et très généralement apyrétique ; il se distingue ainsi de « l'état bacillaire chronique » en ce que celui-ci constitue une maladie encore dynamique, dont l'évolutivité, bien que lente, se marque par la persistance indéfinie d'une température subfébrile. C'est un déséquilibre fonctionnel ; et, selon la prédominance de ce déséquilibre sur une fonction ou sur l'autre, le syndrome prend le masque de diverses maladies chroniques ou constitutionnelles, considérées généralement comme relevant de causes et de pathogénies, *distinctes*, de la tuberculose :

Les « patraques bacillaires » sont des femmes dans la majorité des cas. Les sujets se présentent chez le médecin, se plaignant de symptômes vagues, mal localisés. Cependant, ils accusent principalement une fatigue permanente et ancienne, une lassitude chronique qui alterne parfois avec des phases d'excitation factice et de courte durée. La personne, qui accompagne la malade, surenchérit généralement sur les doléances de celle-ci : « elle a mauvaise mine, les yeux cernés ; elle est anémique à fond ; elle souffre de tout et de rien ; elle se drogue constamment ».

A l'interrogatoire, on apprend que la jeune fille, la jeune femme ou la femme très mûre n'a jamais bénéficié d'une santé normale : enfant elle a été « difficile à élever » ; elle était maigre, sans appétit, souffrant d'entérites, de bronchites, d'otites, parfois de vomissements acétonémiques. A l'époque de la puberté, elle a pris mauvaise mine, souffrant de dysménorrhée.

Au milieu de ces malaises permanents et sans gravité, il arrive que l'anamnèse découvre des épisodes pathologiques plus sérieux, qui ont obligé la malade à des temps de repos ou d'alitement : traces d'albumine, « points » thoraciques justifiés par de vagues diagnostic de pleurite sèche.

Naturellement, de nombreux essais thérapeutiques ont jalonné les années de l'enfance et de l'adolescence : séjours à la mer ou à la montagne, d'où l'enfant est revenue un peu fortifiée et engraissée ; mais l'amélioration n'a pas persisté, et la débilité n'a pas tardé à reparaître au cours de l'hiver citadin avec les fatigues scolaires.

Il n'y a pas de toux habituelle, en dehors de rhumes et bronchites d'hiver, qui traînent cependant plus que de raison. La malade est frileuse en toute saison. Les douleurs thoraciques et dorsales sont assez régulièrement signalées ; les fatigues inhérentes à la vie professionnelle ou ménagère les accentuent. Le sujet est impressionnable, et surtout déprimé hypocondriaque.

Quant au système digestif, il est généralement le siège de désordres chroniques, qui sont très souvent au premier plan du tableau clinique : manque d'appétit, digestions lentes ou douloureuses ; malaises abdominaux mal définis qui ont fait croire à l'existence d'un ulcère gastrique, à une appendicite chronique. La constipation est habituelle avec son cortège de malaises : extrémités froides, migraines, insomnies. Le foie est souvent incriminé ; les malades se croient atteints d'insuffisance hépatique. Mais les régimes, les séjours dans des cliniques diététiques n'ont guère réussi à corriger la paresse de cet organe.

Les règles sont douloureuses, irrégulières ; il y a de la leucorrhée.

« Ce qui contraste étrangement avec la multiplicité de ces plaintes, c'est le caractère généralement négatif de l'examen clinique, tel qu'il

◆◆◆◆◆

(1) Les syndromes d'imprégnation tuberculeuse (un volume chez Masson, éditeur, Paris, 1938).

peut être pratiqué au cours d'une consultation unique au cabinet du médecin. »

L'auscultation des poumons et du cœur, l'exploration de l'abdomen, du pelvis, ne décèlent aucune de ces altérations évidentes, qui autoriseraient un diagnostic de lésion organique expliquant l'ensemble du syndrome, et fourniraient à la thérapeutique des directives un peu claires. Tout est subjectif dans les troubles incriminés, ou, du moins, les constatations faites sont médiocres et peu décisives, en regard de la chronicité et de l'intensité des troubles. Elles se résument à la découverte d'une ptose viscérale plus ou moins marquée, parfois d'une certaine hypertrophie de la thyroïde, d'un état plus ou moins accentué de maigreur, d'une maigreur généralement rebelle et même incoercibe. Cependant la mine n'est pas forcément mauvaise. La pression artérielle est plutôt basse, mais pas à l'excès.

Très souvent la température est rigoureusement apyrétique, ou même hypothermique, ou bien les périodes subfébriles n'existent que temporairement, pendant quelques semaines, fréquemment à la suite d'une grippe. En revanche, il peut exister chez les patraques bacillaires une légère onde prémenstruelle.

Diagnostic et pronostic

A vrai dire, les éléments constitutifs de cette « maladie fonctionnelle », affectant pour ainsi dire la totalité de l'économie, sont ceux des intoxications chroniques à action lente, ou des infections atténuées, héréditaires, ou acquises. Ils semblent s'aggraver au cours de l'enfance et de l'adolescence par le fait de désordres plus profonds, introduits dans l'organisme en raison de la déficience des grands appareils, qui conditionnent le fonctionnement synergique du corps : le système nerveux, le système digestif, l'appareil endocrinien. La première donnée, suspecte de bacillose, qui s'impose chez ces malades, c'est l'état sanitaire de la famille à laquelle ils appartiennent : antécédents héréditaires, ou collatéraux nettement chargés.

D'autre part, la recherche des traces laissées par les maladies antérieures est souvent fructueuse, à l'examen radiologique du thorax : fréquence tout à fait frappante des séquelles de tuberculose ganglio-pleuro-pulmonaire (minime synéchie pleurale, réduisant le mouvement d'un hémi-diaphragme ; calcifications hilaires, juxtahilaires ; adénites médiastinales volumineuses parfaitement calcifiées). Rapprochées des données de l'anamnèse (ambiance familiale suspecte ; épisodes pathogéniques de la première jeunesse : pleurites sèches, poussées d'adénites, hémoptysie sans lendemain, bronchites prolongées), ces découvertes prennent véritablement la valeur d'une signature.

Une cuti-réaction à la tuberculine, si elle est positive, confirmera l'impression clinique d'une *toxémie bacillaire latente*. Si elle est négative, par contre, il y aura de fortes chances pour que la tuberculose ne soit pas en cause, et les recherches devront s'orienter dans un sens différent. Enfin une augmentation de la vitesse de sédimentation globulaire sera favorable à l'hypothèse bacillaire.

Le Docteur Burnand, frappé depuis trente ans par cette concomitance courante, a vu plusieurs fois, chez de tels sujets, des poussées tuberculeuses tardives, qui ont fourni tardivement la clef d'un diagnostic longtemps hésitant.

Mais auparavant, des écueils sont à éviter : celui de taxer le sujet de malade imaginaire ; celui de le prendre pour un pré-tuberculeux ou pour un tuberculeux évolutif (faute courante, qu'on évitera en considérant le caractère inerte, fibreux et calcifié des lésions thoraciques), ou de le confondre avec un bacillaire chronique (pas d'état subfébrile permanent).

Enfin, 50 % des débiles constitutionnels ne se rangent pas sous l'étiologie tuberculeuse : anémie, dépressions neurasthéniques, crises de croissance, hérédo-syphilis, lésions endocriniennes (maladie de Basedow), maigreur hypophysaire de Simmonds (cachexie strumiprive), dysménorrhées, syndrome auto-toxique des entéroptoses et de la constipation.

Le tableau complet de la « patraquerie » s'observe surtout chez les personnes d'âge adulte et même vieillissantes : c'est comme une sénilité anticipée. Ces sujets sont peu menacés au point de vue vital ; ils jouissent souvent d'une longévité exceptionnelle. Au point de vue du péril tuberculeux, ils se comportent comme des fibreux et semblent bénéficier d'une certaine immunité. Si certains épisodes évolutifs se produisent néanmoins, c'est à bas bruit, sans réaction thermique importante : ostéites ou périostites d'allure traînante et torpide ; poussées de pleurite sans lendemain. Vers la soixantaine cependant, des tuberculoses fébriles et rapidement caséifiantes se substituent parfois à ces séquelles.

Plus souvent, l'imprégnation tuberculeuse apyrétique, objet de cette mise au point, se maintient durant de longues années, faisant de ces malades des infirmes chroniques : asthmatiques, rhumatisants, artério-scléreux. Cependant chez les femmes notamment, la période de la ménopause peut modifier le tableau ; le sujet se mettra à engraisser, ce qui corrigera sa dyspepsie et atténuera le déséquilibre endocrinien.

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Les critères bactériologiques et biologiques du rhumatisme gonococcique

Pour MM. WEISSENBACH et L. PERLES, les différents éléments de diagnostic fournis par les investigations biologiques et bactériologiques donnent des renseignements de valeur inégale pour établir le diagnostic étiologique du rhumatisme gonococcique.

Des différents examens bactériologiques directs, seule la recherche, suivie de la découverte et de l'identification du gonocoque dans les voies génitales peut être pratiquement retenue : positive, elle apporte une présomption importante ; mais négative, elle ne permet pas d'éliminer la gonococcie. L'hémoculture est, même dans les cas aigus, souvent négative ; elle l'est presque toujours dans les formes chroniques ou subaiguës. La recherche du gonocoque dans le liquide articulaire doit toujours être pratiquée, mais elle donne souvent un résultat négatif, en particulier dans les formes chroniques.

Restent les diverses investigations biologiques. De toutes, la gono-réaction lorsqu'elle est fortement positive a une valeur de présomption importante ; faiblement positive, elle n'a qu'une valeur d'indication ; mais négative, elle ne permet pas d'éliminer la gonococcie. La cuti-réaction, l'intradermo-réaction, mais surtout les réactions consécutives à la vaccinothérapie méritent d'être retenues, lorsque ces dernières se manifestent par des réactions focales importantes (articulaires ou génitales).

Pratiqués conjointement, les différents examens bactériologiques et biologiques, lorsqu'ils fournissent les uns ou les autres des réponses positives, apportent au médecin un faisceau convergent d'arguments entraînant, sinon la certitude, du moins une très forte présomption en faveur de la nature gonococcique du rhumatisme. (*Revue de Médecine*, avril 1939.)

Traitement des états nauséeux par ingestion de solutions salines de chlorure de sodium

Au cours du traitement des états chloropéniques par des injections intraveineuses de solutions hypertoniques de chlorure de sodium, on a souvent fait la remarque suivante : si le malade présente des vomissements au moment de l'injection saline, les vomissements s'arrêtent presque instantanément, dès qu'on a introduit du sel dans la circulation. Pour arrêter les vomissements et faire disparaître les états nauséeux, cette thérapeutique saline est donc très efficace. Au point de vue pratique, on peut cependant lui reprocher de nécessiter une injection dans les veines et d'exiger en plus un matériel stérile. Il en résulterait des difficultés d'ordre pratique sérieuses, quand, par exemple, le médecin est appelé à appliquer la thérapeutique saline inopinément. Le Professeur L. AMBARD montre que la simple ingestion, par le tube digestif, d'une solution de sel hypertonique est susceptible de donner, dans ces cas, des résultats intéressants. Jusqu'ici, cette méthode a été appliquée à huit reprises, et toujours avec succès.

Sa technique a été en général la suivante. On fait d'abord une solution saturée de sel marin, dont on se sert ensuite pour réaliser une solution diluée, à raison d'une partie de la solution saturée pour cinq parties d'eau. Cette dernière solution contient donc environ 5 % de sel. Le malade doit en ingérer, en une seule fois, à peu près le quart d'un verre ordinaire, puis avaler une cuillerée à dessert d'eau ordinaire, pour ne pas garder dans la bouche un goût trop salé. En cas d'échec, on renouvelle l'ingestion d'eau salée.

On sera certainement surpris que l'ingestion de la minime quantité de sel de 1,50 à 2 gr. 50 puisse donner des résultats aussi nets. Mais on remarquera que le sel est absorbé en solution concentrée, et Danielopoulo a observé dernièrement que l'introduction d'une solution saline hypertonique dans un estomac en état d'hyperpéristaltisme met presque aussitôt l'estomac au repos. Peut-être faut-il voir, dans l'action des solutions hypertoniques sur le système nerveux, la cause des effets si rapides, que donne l'injection de solutions salines. (*Le Médecin d'Alsace et de Lorraine*, 1er avril 1939).

Cardiopathie rhumatismale chez l'enfant

Le Docteur ARNAUD (Rabat) rapporte quatre cas graves de cardiopathies infantiles évolutives, qui se sont tous terminés par la mort. A ce propos, il insiste sur l'insuffisance, en pareille occurrence, de nos armes thérapeutiques habituelles.

De son travail, il faut retenir les points suivants :

La septicémie rhumatismale est d'une haute gravité pour l'enfant de 8 à 15 ans. La polyarthrite rhumatismale vraie s'accompagne toujours dans la règle de lésions du myocarde, alors même que l'endocarde n'est pas touché,

L'atteinte infectieuse peut à peine ou pas du tout se manifester sur les articulations. Elle est le plus souvent légère et fugace. Le cœur est touché dès la première ou la deuxième atteinte.

Ne pas se contenter du diagnostic d'insuffisance ou de rétrécissement mitral quand on les trouve, mais vérifier l'état du myocarde. En effet le pronostic dépend de la myocardite, de son degré, de la progression plus ou moins rapide.

Le médicament officiel, spécifique reconnu, le salicylate de soude, n'a aucune action sur la myocardite rhumatismale et dans ce cas particulier, la voie reste ouverte à toutes les recherches comme à tous les essais. (*Maroc-Médical*, avril 1939.)

Soyons prudents dans l'interprétation des pyélographies intraveineuses

Tous les radiographes, de nombreux médecins, font des pyélographies intraveineuses. Beaucoup, dans leurs rapports, ne se contentent pas de décrire ce qu'ils voient, ils interprètent. Le but de cette étude du Professeur LEPOUTRE, est de rappeler combien l'interprétation d'une pyélographie peut être difficile. Il faut reconnaître que les clichés ne permettent pas de tirer toujours une conclusion ; nous devons être extrêmement prudents. Enfin, la pyélographie n'apporte pas, à elle seule, la lumière et un diagnostic ; elle est surtout un procédé d'appoint.

Qu'attendons-nous de la pyélographie intraveineuse ?

Par un examen sans danger et facilement accepté, nous pouvons obtenir : 1° une idée d'ensemble dans un cas obscur de « douleur de reins » qui oriente le diagnostic vers une malformation congénitale, une hydronéphrose, une ptose rénale, ou bien montre que les reins ont un aspect normal et sont probablement hors de cause ; 2° puis l'indication, si intéressante, qu'il existe un rein de chaque côté, complétée souvent par une appréciation suffisante de la forme des calices et des bassinets ; 3° une localisation exacte des calculs du rein, et parfois des calculs de l'uretère ; la mise en évidence des complications, en particulier des dilatations partielles ou totales qui les accompagnent ; 4° parfois, et ceci n'est pas encore assez étudié l'état des voies urinaires supérieures chez les prostatiques.

Voilà, semble-t-il des indications difficilement discutables.

Parmi celles que l'on pourrait contester, on cite la tuberculose urinaire, tantôt pour confirmer par une image les résultats du cathétérisme des uretères, tantôt, quand le cathétérisme urétéral est impossible, pour pratiquer la néphrectomie, souvent avec le secours d'épreuves assez nettes. L'indication de la pyélographie intraveineuse peut se poser aussi dans les traumatismes du rein ; elle ne donne pas les belles épreuves de la pyélographie rétrograde, mais elle a l'avantage d'être sans danger.

Dans tous ces cas, la pyélographie n'est pas une épreuve unique et décisive ; elle apporte un appoint plus ou moins important, mais toujours utile.

Voilà donc une série de services que nous rend cette méthode, services très précieux. Pourquoi la compromettre en voulant en faire l'épreuve unique et décisive, et en voulant en tirer des conclusions à tout prix, dussent-elles être hasardeuses ou tout à fait erronées ? (*Journ. des Sciences médicales de Lille*, 3 avril 1939.)

Trois cas d'avortement habituel heureusement traité par l'extrait thyroïdien

On rencontre, en effet, assez fréquemment des avortements à répétition chez des femmes présentant tous les signes de l'insuffisance thyroïdienne (obésité, tempérament calme, sourcils rares, cheveux cassants, frilosité), et chez lesquelles l'observation clinique et les recherches de laboratoire ne permettent pas d'assigner une cause certaine à la répétition des avortements et font, en particulier rejeter le diagnostic de syphilis. Chez de telles malades, il a été donné au Docteur P. BALARD, de pouvoir à plusieurs reprises mener des grossesses à terme après un traitement thyroïdien et iodé combinés.

De tels résultats ne sont évidemment basés que sur la clinique ; ils sont cependant assez impressionnants pour qu'on essaie avec conviction, dans les avortements à répétition, la médication thyroïdienne et iodée combinée, lorsque, bien entendu, la spécificité peut être légitimement écartée et lorsqu'enfin se trouve réalisé le tableau de l'hypothyroïdie, tel que, depuis de longues années, la clinique a permis de l'individualiser. L'influence des endocrines sur les métamorphoses et la croissance permet du reste de supposer que des observations de cet ordre iront en se multipliant au fur et à mesure que l'attention sera attirée sur ce point.

Ce faisant, le gynécologue fera essentiellement œuvre de médecin. (*Revue française de gynécologie*, mai 1939.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La tularémie existe-t-elle en Afrique occidentale ?

(MM. M. PELTIER, ARQUIÉ, JONCHÈRE et DURIEUX ; —Présentation par M. PASTEUR-VALLÉRY-RADOT. 18-4-1939)

Les auteurs ont fait, chez trois malades soignés en Afrique Occidentale, des recherches de laboratoire qui les incitent à penser à l'existence possible de la tularémie en cette région.

Les malades présentaient un état typhoïde. Agglutination au *proteus* négative. Hémocultures et sérodiagnostic pour les microbes du groupe typhique négatifs. Par contre, agglutination à des taux relativement élevés du *B. tularense*.

La vaccination anti-diphtérique en Belgique

(M. P. NÉLIS. — Présentation par M. DEBRÉ ; 18-4-1939)

La vaccination anti-diphtérique connaît, en Belgique, un succès croissant, surtout depuis ces trois dernières années.

Au cours des dix années qui viennent de s'écouler, elle a été employée chez plus de 300.000 enfants. Aucun incident grave n'a été observé ; tout accident notable eût, en effet, été signalé par les familles ou par les médecins.

M. Nélis conclut : simple, efficace, telles sont les caractéristiques de la vaccination anti-diphtérique par l'anatoxine Ramon.

Prophylaxie collective anti-paludique en Tunisie

(MM. DUPOUX, BARTHAS, ANTOINE et GARALI. — Présentation par M. MARCHOUX ; 25-4-1939)

Les auteurs signalent de nouveaux résultats concernant les expériences de prophylaxie collective anti-paludique faites par eux en Tunisie, en 1937 et 1938. La méthode qu'ils ont utilisée est celle préconisée par M. Ph. Decourt, l'administration de médicaments anti-paludiques synthétiques, de prémaline.

En trois années, sur plus de 27.000 personnes, aucun accident ne s'est produit du fait de ladite prophylaxie. Les résultats ont été bons. D'ailleurs, la lutte « antiplasmodiale » ainsi effectuée ne s'oppose en aucune manière à la lutte « antianophélienne ».

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Tentatives chirurgicales dans l'acrocyanose

(M. E. LOUBAT, de Bordeaux, et BARGUES ; 22-3-1939)

L'acrocyanose, caractérisée par la triade symptomatique : 1° cyanose des extrémités ; 2° refroidissement ; 3° troubles vaso-moteurs (sudation et œdème) est, dans la règle, une affection essentiellement médicale, à traitement médical (opothérapie ovarienne, thyroïdienne, hypophysaire, etc.).

Si l'acrocyanose, donc, « ne s'opère pas », il n'est pas impossible cependant qu'une intervention du chirurgien soit parfois utile dans cette affection. MM. Loubat et Bargues ont observé une jeune fille de quinze ans, atteinte d'acrocyanose typique, chez laquelle ils ont pu faire les observations suivantes : à trois reprises, l'acrocyanose a disparu complètement, pour un temps assez limité il est vrai, au cours de l'anesthésie générale. De même, une sympathectomie péri-artérielle de l'humérale gauche, puis de l'humérale droite a été suivie de disparition de la cyanose et du refroidissement. A gauche, le résultat a été persistant. En somme, l'indication chirurgicale pourrait peut-être, tout à fait exceptionnellement, se poser dans certains cas graves d'acrocyanose.

Asepsie des salles d'opération. Le scaphandre

(MM. HAMANT, de Nancy et L. GRIMAULT, d'Algrange ; 15-2-1939)

Dans nombre de circonstances, l'air expiré est porteur de germes plus ou moins pathogènes et depuis longtemps les chirurgiens se sont préoccupés de cette cause de septicité opératoire.

Pour en prévenir les effets nocifs, MM. Hamant et Grimault ont fait construire un appareil que M. Fredet a judicieusement appelé *scaphandre*. Il se compose essentiellement d'un transparent bombé, en verre ou en acétate de cellulose, recouvrant la plus grande partie de la face. Une cagoule en tissu imperméable, assez ample, forme chambre respiratoire. Un tube en caoutchouc envoie, au niveau du front, un courant d'air frais sous pression. Un autre tube de caoutchouc aspire, au niveau du menton, l'air expiré. L'air est prélevé à l'extérieur et il est évacué hors de la salle d'opération.

Non seulement le chirurgien, mais son aide, l'anesthésiste et l'opéré lui-même en sont munis. Pour l'opéré, l'air envoyé dans le scaphandre a traversé un appareil d'anesthésie d'Ombrédanne ou de Ricard. Seule, l'infirmière de service ne peut en être pourvue, en raison de ses multiples déplacements.

— M. P. FREDET remarque que toute la question est de savoir si l'emploi du masque est pratique. *A priori*, il paraît acceptable pour le chirurgien, son aide direct et l'anesthésiste.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

Sur un cas d'uro-porphyrinurie traité par l'amide nicotinique

(MM. R. Boulin, L. Justin-Besançon, G. Nepveux et Y. Geoffroy ; 17-3-1939)

Il s'agit d'un second cas de porphyrinurie (mais d'uro-porphyrinurie) traité par l'amide nicotinique. Cette affection est survenue à la suite d'un ictère passager, avec une abondante urobilinurie ; il n'y a pas eu de pigmentation.

La porphyrinurie s'est accompagnée d'un syndrome polynévritique du type descendant, véritable syndrome de Landry renversé ; mais alors que le syndrome de Landry évolue habituellement rapidement vers la mort, ici il a évolué vers la chronicité.

L'administration d'amide nicotinique a diminué de 60 p. 100 l'élimination d'uroporphyrine et amélioré légèrement l'état polynévritique. L'amide agit vraisemblablement en pareil cas sur la formation du pigment car, *in vitro*, on a pu se convaincre expérimentalement que l'amide nicotinique demeurait sans action aucune sur l'uro-porphyrine.

Un cas de copro-porphyrinurie traité par l'amide nicotinique

(F. Nepveux et Y. Geffroy ; 17-3-1939)

L'observation communiquée comporte l'association : d'une cirrhose d'origine vraisemblablement éthylique, d'urobilinurie et de troubles dans l'épreuve de la galactosurie provoquée relevant d'une insuffisance hépatique ; d'une mélanodermie localisée à quelques secteurs des téguments ; d'un syndrome cérébelleux prédominant du côté droit, de spasme colique, et accessoirement de lithiase vésiculaire. L'examen chimique des urines a permis de mettre en évidence un pigment dont les caractéristiques sont celles attribuées par Derrien aux porphyrines ; en particulier, soumis en chambre noire aux rayons ultra-violets émis par une lampe de quartz à vapeur de mercure et filtrée par un verre au nickel (écran de Wood), il donne lieu à une fluorescence pourpre.

Les analyses qualitatives et quantitatives concluent à la présence dans les urines d'une porphyrine éthéro-soluble, dont le chlorhydrate n'est pas soluble dans le chloroforme, et dont les caractères spectroscopiques en solution éthérée et en solution chlorhydrique à 5 p. 100 permettent de conclure qu'il s'agit d'une coproporphyrine. Le dosage photométrique pratiqué par la méthode de Fibk et Hœrbürger révèle 0 mgr. 549 de coproporphyrine éliminée par litre d'urine, soit 0 mgr. 646 pour un débit nycthéméral de 1 litre 175.

Le malade a reçu *per os* une dose de 0 gr. 50 d'amide nicotinique en cachets de 0 gr. 05 à raison de deux cachets toutes les deux heures ; en outre, il a été pratiqué deux injections intra-musculaires d'une solution de ce même corps, dont la dose représentait pour chaque injection 0 gr. 20, soit au total une administration par vingt-quatre heures d'un chiffre global de 0 gr. 90 de ce médicament.

Dès les premières vingt-quatre heures de ce traitement, les urines présentent une couleur voisine de la normale.

Après huit jours de traitement, on ne trouvait plus dans les urines que des traces de coproporphyrine à peine supérieures à celles que l'on rencontre souvent à l'état normal.

Insuline et anaphylaxie

(MM. F. Rathery, D. Bargeton, H. Maschas et J. Turiaf ; 31-3-1939)

Des accidents anaphylactiques ont surtout été signalés à une époque où l'insuline était moins purifiée que maintenant et leur fréquence actuelle est devenue très faible , si l'on tient compte du nombre considérable de diabétiques quotidiennement traités par l'insuline.

Avec les insulines actuellement utilisées les manifestations mineures d'anaphylaxie sont relativement rares, les accidents de grand choc exceptionnels.

Il a donc semblé intéressant de rapporter l'observation d'une diabétique, chez qui l'insuline a provoqué les manifestations les plus franches du grand choc anaphylactique, et chez laquelle la nature des accidents cliniques a pu être confirmée par diverses épreuves biologiques. A deux reprises notamment, ces accidents ont été déclenchés : une fois par une injection intramusculaire d'une préparation d'insuline couramment utilisée, l'autre fois, par la simple injection intradermique de 1/20 de centimètre cube d'une insuline brute.

D'une manière générale, la nature anaphylactique de ces manifestations ne fait aucun doute. Celles-ci dépassent de beaucoup, par leur intensité, les accidents anaphylactiques qu'il n'est pas exceptionnel d'observer lorsqu'on emploie l'insuline. On peut les considérer comme très vraisemblablement dues, non à l'insuline elle-même, mais aux impuretés qui l'accompagnent dans les préparations utilisées. Le terrain a joué un rôle prépondérant, car la même insuline employée chez d'autres diabétiques ne provoque aucun accident.

G. F.

Les Thèses

P. — Dr L. Douvion. — **Contribution à l'étude des hernies épigastriques.** Les rapports de leur symptomatologie avec le syndrome vagal. (Thèse 1938.)

Les hernies épigastriques sont fréquentes. Elles sont d'autant plus douloureuses qu'elles sont plus petites. Une palpation minutieuse de la paroi abdominale permet de les déceler. Cette recherche s'impose chez tous les malades qui présentent des symptômes digestifs dont la cause n'est pas évidente.

Les hernies épigastriques reproduisent, suivant les cas, la symptomatologie des gastrites, des ptoses gastriques et des ulcères gastro-duodénaux. Cependant, la douleur disparaît en général dans le décubitus dorsal et augmente à l'occasion d'efforts. Tous les symptômes fonctionnels et physiques des hernies épigastriques sont rebelles aux régimes et aux traitements symptomatiques.

La pathogénie de ces troubles herniaires peut être interprétée par l'irritation des filets terminaux du pneumogastrique. L'état de vagotonie est, en général, consécutif aux adhérences du sac herniaire avec la paroi abdominale.

La cure radicale de ces hernies épigastriques permet la guérison complète des symptômes digestifs intenses et variés qu'elles provoquent.

P. — Dr E. Guiu. — **Les blocages partiels avec bradycardie au cours des infarctus du myocarde.** (Thèse 1939.)

L'auteur rapporte trois observations cliniques, à propos desquelles il présente une étude clinique, électro-cardiographique et anatomique de cette question.

P. — Dr P. Ferrasson. — **Quelques temps principaux du diagnostic de la stérilité conjugale.** Travail de la consultation contre la stérilité conjugale de la Maternité de Lariboisière. (Thèse 1939.)

On considère qu'il y a stérilité conjugale lorsqu'un couple ayant des rapports sexuels réguliers est resté trois ans sans que la femme ait présenté de grossesse. On sait, en effet, que 95 % des ménages stériles après trois ans le restent définitivement. Cette stérilité conjugale involontaire frappe environ 15 % des ménages.

L'auteur envisage les différentes causes de la stérilité conjugale involontaire : masculines (déficiences du sperme, azoospermie, lésions du canal vecteur) ; féminines (perméabilité du col, perméabilité tubaire, présence ou absence de glaires translucides, affections utéro-tubaires, stérilité ovarienne) ; syphilis.

Str. — Dr D. Mitracos. — **La biopsie dans le cancer du larynx** (Thèse 1938.)

La biopsie dans le cancer du larynx s'effectue sous anesthésie locale. Cette anesthésie sera lente méthodique et prudente.

L'intervention aura lieu par les voies naturelles, sous laryngoscopie indirecte, avec une pince spéciale fine et coupante.

Dans le cas où la biopsie présente des difficultés, le laryngologiste se servira de la laryngoscopie directe. Le prélèvement doit être intact, typique, profond, large, et multiple.

Une bonne prise doit porter sur le centre et sur les périphéries de la lésion.

Mp. — Dr D. Zartarian. — **Contribution à l'étude de la transmission hydrique de la poliomyélite aiguë épidémique** (Thèse 1939.)

L'auteur présente une série d'observations en faveur de la transmission hydrique de la poliomyélite aiguë.

Il conclut à l'adoption de mesures d'hygiène inspirées de cette notion, pour protéger les populations des localités contaminées : distribution d'eau pure aussi bien pour la consommation que pour le lavage et pour tous les usages domestiques.

P. — Dr M. Altman. — **Contribution à l'étude de la criminologie au point de vue biologique.**

Il existe une différence importante entre les méthodes qu'emploient le juriste, le sociologue et le médecin pour étudier le crime. L'acte criminel est une manifestation de l'activité biologique.

Doivent être considérés en matière criminologique : le terrain psychobiologique, la force subjective des excitants qui agissent sur lui, l'hérédité morbide, le milieu social, etc...

P. — Dr I. Anencov. — **Contribution à l'étude de l'auxothérapie rénale.** (Thèse 1939.)

L'auxothérapie est l'orientation d'une médication par un suc. L'auxothérapie rénale consiste à associer à une substance diurétique des extraits rénaux, pour en accroître l'action. L'auteur a étudié une auxothérapie réalisée par l'adjonction d'extraits phytothérapiques à l'extrait de rein et il en a obtenu des effets régulièrement constants.

Thérapeutique

ACTION D'UN NOUVEL EXTRAIT HÉPATO-GASTRO-PYLORIQUE SUR LES GLOBULES ROUGES DU SANG CIRCULANT (*)

Docteur A. GERVAIS

Alexis Carrel (1) donne du sang la définition suivante : « Le sang est un tissu comme tous les « autres tissus. Il se compose d'environ 30 « millions de globules rouges et de 50 millions « de globules blancs. Mais ces cellules ne sont « pas comme celles des autres tissus, immo- « bilisées par une charpente. Elles sont suspen- « dues dans un liquide visqueux, le plasma. »

....

« Un homme possède une quantité de sang inférieure au dixième de son poids », soit environ 6 litres. Donc tenant compte du nombre de globules rouges indiqué ci-dessus et du volume du sang chez l'homme, le sang normal contient 5 millions de globules rouges par millimètre cube. C'est en déterminant le nombre de globules rouges dans un millimètre cube de sang que le médecin pourra savoir si son malade est atteint ou non d'une maladie du sang et, dans le cas de l'affirmative, connaître l'importance, la gravité de l'anémie dont il est atteint. Par voie de conséquence, c'est par l'augmentation du nombre des globules rouges dans le sang que l'on constate l'amélioration et la guérison d'un malade atteint d'anémie.

L'organothérapie anti-anémique agit sur le nombre des globules rouges. Un nouvel extrait hépato-gastro-pylorique, buvable en tubes scellés, injectable en ampoules stérilisées, a été étudié par B. Mouras (2) et M. Lombard (3) en ce qui concerne sa valeur sur la régénération sanguine, et en particulier, sur les modifications globulaires.

OBSERVATION MOURAS, n° I. — Maria P..., cultivatrice, 50 ans, voit ses globules rouges passer de 2.580.000 (30 septembre 1936), à 4.010.000 (21 octobre 1936) sous l'action de 4 ampoules buvables d'extrait hépato-gastro-pylorique administrées journellement. Donc en trois semaines, augmentation de 1.430.000 G. R., soit, par semaine, 476.000.

OBSERVATION MOURAS, n° III. — Mineur, 59 ans, anémie pernicieuse cryptogénétique avec syndrome de Riessen-Russel, 9 septembre 1936, 1.200.000 G. R.. Soigné avec l'extrait hépato-gastro-pylorique en ampoules buvables de 5 c. c., voit le 19 décembre ses globules rouges atteindre 3.700.000, soit une augmentation hebdomadaire moyenne de 340.000.

(*) Voir *Concours Médical*, n° 19 du 7 mai 1939.
(1) Alexis CARREL. — L'homme cet inconnu.
(2) B. MOURAS. — Thèse Paris, 1937.
(3) M. LOMBARD. — Thèse Nancy, 1938.

OBSERVATION LOMBARD, n° II. — G..., écolier, 15 ans, Anémie cryptogénétique avec 2.730.000 G. R., le 23 février 1938. Traitement d'attaque avec extrait hépato-gastro-pylorique injectable, 1 à 3 c. c. par jour. Traitement d'entretien avec ampoules buvables 2 c. c. 2 à 3 par jour, d'extrait hépato-gastro-pylorique, 29 avril 1938, 6.090.000 G. R. Augmentation hebdomadaire moyenne 365.000 G. R.

OBSERVATION LOMBARD n° VII. — André I..., 8 ans, entre à la Clinique médicale infantile de Nancy le 10 janvier 1938. Anémie d'origine inconnue (bacillaire présumée). Le 14 janvier 3.110.000 G. R. En 37 jours, reçoit 30 ampoules de 1 c. c. d'extrait hépato-gastro-pylorique injectable. Le 22 février on dénombre 5.200.000 G. R. faisant ressortir une augmentation hebdomadaire moyenne de 418.000 G. R.

OBSERVATION LOMBARD, n° X. — Religieuse de l'hôpital Saint-Julien de Nancy, 61 ans. Anémie cryptogénétique. Au 10 août 1937, 2.940.000 G. R. Traitements variés jusqu'au 6 mai 1938 ; on décompte 3.210.000 G. R. A partir du 9 mai, injection quotidienne de 5 c. c. d'extrait hépato-gastro-pylorique. Le 21 mai : 5.190.000 G. R. Augmentation moyenne hebdomadaire 940.000 G. R.

OBSERVATION LOMBARD n° XI. — D... Georges, ouvrier agricole, 55 ans, entre à l'hôpital central de Nancy le 22 janvier 1938. Anémie d'origine brightique. Le 25 janvier 1.260.000 G. R. Du 25 janvier au 4 février, on administre au malade 4 à 5 ampoules buvables de 5 c. c. d'hémopylore. 2.120.000 G. R. A partir du 5 mars, on institue le traitement à l'extrait hépato-gastro-pylorique injectable : 5 c. c. tous les deux jours. Amélioration de l'état général du malade. Le 21 mars, 4.200.000 G. R. Moyenne hedomadaire d'augmentation 975.000 G. R.

Les observations cliniques ci-dessus émanent des services hospitaliers de Paris, Nancy, Lille et du Centre antipaludique du Maroc à Rabat. Elles ont été prises chez des enfants de 8 et 15 ans et chez des adultes de 28, 50, 55, 61 ans faisant ainsi la preuve de l'action de l'extrait anti-anémique à tout âge. L'augmentation hebdomadaire moyenne s'étale entre 340.000 et 975.000 G. R. Or, selon les meilleurs hématologues, un produit anti-anémique fait sa preuve lorsqu'il produit une augmentation hebdomadaire de 300.000 G. R. Ces constatations sont valables aussi bien pour l'hémopylore buvable que pour l'injectable ; les traitements en effet ont été institués tantôt exclusivement avec le buvable, tantôt exclusivement avec l'injectable et quelquefois avec les deux associés.

L'extrait hépato-gastro-pylorique buvable et injectable employé dans leurs expérimentations cliniques par MM. les Docteurs B. Mouras et M. Lombard ont été préparés par J. Gautier sous la dénomination Hémopylore.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

GRANDS SYSTÈMES ET PETITES TROUVAILLES

Pour sa gloire autant que pour sa confusion l'être humain est ambitieux. S'il ne l'était pas l'histoire de l'humanité, à supposer qu'elle fût écrite, se bornerait à quelques menues conquêtes d'utilité domestique et nous ne serions guère qu'une race de quadrupèdes parmi les autres. Mais l'étant il s'expose à de cruelles rebuffades du destin : le trésor qu'il tenait se volatilise entre ses mains, le grand homme qu'il croyait incarner n'est plus qu'un polichinelle pitoyable.

Dans le domaine de la connaissance cette ambition a mené l'homme assez loin mais en lui faisant piétiner d'innombrables cadavres de pionniers égarés et morts d'épuisement. Chacun ouvrit son sentier et planta son poteau indicateur ; et les lointains héritiers s'orientent dans ce dédale de pistes divergentes sans plus penser à la somme de labeurs d'espoirs et de déceptions dont est faite leur route.

« L'histoire des sciences est celle des erreurs humaines, mais c'est aussi celle de leur perpétuel redressement. » Ce mot, tout à la fois désabusé et gonflé d'un généreux orgueil, ouvre magnifiquement la prestigieuse leçon d'ouverture que prononça en novembre dernier, le Professeur Giraud, professeur de clinique médicale à la Faculté de Montpellier.

Erreur chaque fois que le savant, pionnier ambitieux, perd patience dans son observation studieuse et court en avant croyant forcer la main à la vérité.

Redressement chaque fois que survient un chercheur modeste qui, remettant ses pas dans les pas du prédécesseur, discerne le point précis où la direction a été faussée.

Ainsi le grand système s'égare et se laisse démentir par la petite trouvaille.

Rares sont les esprits assez intuitifs (et assez chanceux !) pour marcher d'un pas sûr de la petite trouvaille au grand système, comme fit Newton. Encore n'est-il pas certain que l'histoire fameuse de la pomme ne soit pas une légende, car elle est presque trop belle. Mais si la vision générale est possible dans les sciences exactes où la vérité a le masque impassible des choses éternelles, elle est singulièrement plus malaisée et plus aventurée dans les sciences biologiques. Ici rien ne nous assure contre la mutabilité de la matière vivante.

« Ce qui demeure, ce sont les faits bien observés, les résultats des expériences bien conduites, reprises au besoin périodiquement avec l'aide de moyens techniques nouveaux.

« Ce qui, tôt ou tard, risque de vieillir, vieillit le plus souvent, c'est l'interprétation que les hommes ont donnée des faits, ce sont les théories qu'ils ont appuyées sur eux, les lois qu'ils ont forgées pour les expliquer.

« Les sciences biologiques possèdent une armature solide et permanente, qui est faite des données de l'observation exacte. Le reste n'est qu'habillage à la mode du siècle ; c'est un revêtement nécessaire, indispensable à l'ordonnance provisoire des résultats de l'expérience ; grâce à lui, des bases sont constamment préparées pour de nouvelles prospections. Mais il n'est qu'un ensemble polymorphe où les plus temporaires hypothèses de travail voisinent avec des principes généraux de très solide apparence, et cependant fragiles. »

***

C'est bien autre chose encore lorsque le biologiste s'oriente vers la clinique et que, descendant de sa tour d'ivoire, il affronte la douleur physique, la détresse morale d'êtres qui pensent.

L'homme malade se soucie peu de doctrine et de vérité pure. Ce qu'il demande c'est un procédé pour récupérer ses forces et sa paix. La tâche de clinicien, si étendue que soit sa culture, c'est de découvrir ce procédé. Il le fera en tiers impartial jeté dans un débat, qui prend le temps de peser, de juger, de séparer l'ivraie du bon grain, mais juste ce temps-là. Soit qu'il emprunte à l'empirisme quelques bienfaisantes survivances soit qu'il exploite la découverte récente, son seul espoir est de porter secours et sa seule règle de ne point faire courir de risque. Mais que son indépendance demeure entière même vis-à-vis des orthodoxies les mieux établies, car elles ne sont que d'un temps.

Le système a toujours quelque chose de farouche, d'intolérant ; en clinique il est inhumain

parce qu'il assujettit un être affaibli et confiant à un dogmatisme de partisan.

Cet esprit libertaire (si l'on ose aventurer ce terme) ce n'est pas seulement dans le traitement des maladies qu'il doit se déployer, mais aussi dans la lente édification du diagnostic. Le médecin scrupuleux va, ici aussi, de trouvaille en trouvaille et se laisse docilement guider par elles ; ce n'est pas à lui de les solliciter.

« Nul ne peut prévoir que rien soit superflu au cours d'un interrogatoire ou d'une investigation clinique. Les documents doivent être rassemblés avec une méthode qui exclut tout parti-pris, lente chez le débutant, plus prompte et décidée chez le médecin expérimenté. »

Encore, cette méthode, si assurée soit-elle, n'aura-t-elle colligé que des faits bruts, qu'ils soient signes cliniques ou données de laboratoire. Intervient alors l'individualité biologique du malade qui se rit des schémas et des « formes cliniques », ces grossières approximations des traités didactiques. Des formes cliniques il en est autant que de malades ; c'est pourquoi l'esprit doctrinal s'empêtrera facilement parmi ces linéaments innombrables s'il n'est étayé et illuminé par l'esprit de finesse.

L'esprit de finessse répudie les systèmes et tient pour imposteur leur absolu. Un chiffre, n'a que la valeur, précise mais momentanée, d'un chiffre, qu'il exprime une tension artérielle ou un taux azotémique ; il n'a pas à donner d'ordres et mérite tout juste de prendre sa place parmi les éléments qui expriment une situation.

Il faut même refuser de s'incliner devant la constatation directe d'un germe pathogène. Quand nous avons identifié un microbe sous l'objectif du microscope nous ne savons encore rien ni du diagnostic ni du pronostic, les deux seules étapes qui comptent après tout. Car il y y a les saprophytes inoffensifs, les porteurs sains de germes virulents, les microbes de sortie, expression obscure d'une ignorance certaine. Et ici il faut louer le Professeur Giraud d'avoir regimbé contre le système le plus impérieux que nous ayons connu, celui qui pesa sur nos jeunes années et dont nous parvenons mal à nous défendre, le système de la bactériologie. C'est Pasteur lui-même qui est ici en cause, c'est sa doctrine dont nous secouons l'étreinte. N'est-il pas frappant qu'un si grand nom connaisse aussi les retours de la fortune et que ce qui demeure solide dans son œuvre ce soit non le système de la spécificité microbienne mais cette trouvaille beaucoup moins ample : la vaccination contre la rage ?

Combien en a-t-on vu de ces systèmes qui s'élevaient sur l'horizon comme d'orgueilleux arcs de triomphe et dont il ne reste plus pierre sur pierre. Il y eut Galien et son finalisme, l'irascible Broussais et son inflammation, l'austère Bouchard et les ralentissements de la nutrition. Il y en a d'autres, il y en aura toujours.

Car la loi de l'homme, de l'homme ambitieux et faillible, c'est de courir sa chance, d'accepter le risque plutôt que l'inertie. Sa grandeur c'est de poursuivre la chimère, dût-il en mourir et de là rejoindre parfois pour la seule joie de l'exploit accompli et du bien légué à ses semblables.

Qu'il continue donc à construire des hypothèses, à échafauder des théories, quitte à s'abîmer sous leurs décombres. Qu'il y emploie toute sa force et toute sa foi à les prôner puisque tel est son destin.

« L'ardeur systématique engendre la dispute, et la dispute, dans le domaine de l'esprit, est nécessaire, car elle régénère et stimule l'effort, — mais elle se doit de demeurer académique et pondérée autant que vigilante. Pourquoi blesser ceux qui peuvent être convaincus ? Pourquoi risquer une diminution, en s'obstinant à recréer un dogme, où n'est malgré tout qu'une hypothèse.

« Les larges synthèses nous font oublier l'aridité de l'investigation analytique. Elles nous éloignent des mesquines réalités quotidiennes, que nous devons subir puisque nous sommes des hommes, — qui paraissent légères à celui que soutient sa vie intérieure. Mais ne devenez point les prisonniers de votre jeu. Nul d'entre vous ne détiendra la vérité. Les bûchers du passé se sont éteints, le cachot de Galilée s'est ouvert, la parole sereine de l'homme qui pria sur l'Acropole vous garde des intransigeances fondées sur les vérités d'un jour, spéculations inoffensives d'intellectuels, qui ont pourtant allumé des torches en des mains grégaires... »

La seule sagesse qui nous vienne du fond des siècles c'est de comprendre que notre savoir est tout autant que nous éphémère, que nos certitudes sont à tout moment menacées et qu'un infini inexploré rend dérisoires nos plus glorieuses conquêtes.

« Quelque loin que la science pousse ses conquêtes, son domaine sera toujours limité. C'est tout le long de ses frontières que flotte le mystère et plus ses frontières seront éloignées, plus elles seront étendues. »

Prenons donc comme un jeu de l'esprit, et pas davantage, ces vastes architectures des faiseurs de système puisque Henri Poincaré lui-même les rappelle à l'ordre et les convie à l'humilité.

G. Lavalée.

MÉDECINS D'HOPITAUX — CONFLITS POUR LA RÉCEPTION DES HONORAIRES

Un de nos confrères, médecin de l'hôpital de sa localité, nous demande, par lettre n° 3.207, quels sont ses droits concernant la perception de ses honoraires, pour soins donnés à l'hôpital aux assurés sociaux et aux accidentés du travail.

Jusqu'ici, il touchait un appointement fixe pour les soins qu'il donnait aux malades privés de ressources et aux hospitalisés payants, admis et traités en salle commune. Il percevait un franc par journée d'hospitalisation des assurés sociaux de la localité et 2 fr. 50 pour les assurés sociaux des communes environnantes, lorsque ces assurés étaient admis à l'hôpital.

Or, le percepteur de l'endroit, qui assure les fonctions d'économe de l'établissement, a soutenu récemment, au sein de la Commission administrative, que du moment où le médecin recevait un traitement fixe, comprenant les soins donnés aux payants, traités en salle commune, il ne voyait aucune raison pour que ce praticien reçoive des honoraires spéciaux pour soins donnés aux assurés sociaux et aux blessés du travail. Ainsi fut-il décidé par la Commission administrative, trop heureuse de réaliser des bénéfices au détriment de son personnel médical.

Aussi notre confrère s'adresse-t-il au Sou Médical pour savoir quels sont ses droits et si, en l'occurrence, il ne serait pas possible de lutter contre ce sans-gêne administratif.

Selon les termes de l'article 8 de la loi du 7 août 1851, modifiée par la loi du 9 février 1927, la Commission administrative d'un hôpital public arrête ses règlements intérieurs et de santé ; mais elle doit solliciter l'approbation du Préfet, avant de mettre en vigueur ces règlements, ou les modifications y apportées.

Or, avant d'approuver, le Préfet doit s'assurer que les termes de ces règlements sont conformes à ceux du Règlement modèle des hospices et hôpitaux, du 31 mars 1926.

Ceci posé, aucun texte législatif, ou réglementaire n'interdit à un médecin d'hôpital de toucher un appointement fixe, mensuel, ou annuel, pour les soins qu'il donne aux hospitalisés, plus des honoraires pour soins donnés aux assurés sociaux et aux victimes d'accidents du travail. Ce cumul est donc parfaitement licite. La seule restriction qui a été apportée par un arrêt du Conseil d'Etat, en date du 21 février 1936 et par la Circulaire ministérielle du 28 septembre 1936, consiste en l'interdiction qui est faite, au personnel médical des hôpitaux de traiter de gré à gré avec les malades payants.

Pour les soins donnés à ces derniers, le principe de l'entente directe n'est donc pas possible : les honoraires médicaux et chirurgicaux sont perçus par l'économat de l'établissement, d'après un tarif fixé par la Commission administrative, après avis du Corps médical hospitalier.

Or, l'article 28 du règlement modèle des hospices et hôpitaux décide que, lorsqu'un malade est admis comme payant à l'hôpital, la Commission administrative réclame le paiement d'un prix de journée nettement supérieur à celui de l'Assistance médicale, comprenant ou non les honoraires des médecins et chirurgiens, ainsi que les frais de salle d'opérations, de pansements, etc.

Par conséquent, un hôpital a le droit de faire payer par les malades, qui ne sont pas privés de ressources, soit un prix de journée forfaitaire et global, soit un prix de journée, plus les frais médicaux et chirurgicaux. A la Commission administrative de décider.

Mais il n'en est plus de même pour l'application des lois sur les Assurances sociales et sur les accidents du travail. Le législateur a voulu que le responsable des dépenses d'hospitalisation ait à supporter les frais médicaux et chirurgicaux en sus du prix de journée. En matière d'assurances sociales, ce droit aux honoraires médicaux est reconnu par la loi du 30 avril 1930, modifiée par le décret-loi du 28 octobre 1935, article 6 paragraphes premier et 15. Pour la législation des accidents du travail, la loi du premier juillet 1938, qui modifie la législation du 9 avril 1898, décide en son article 5, que les honoraires médicaux restent à la charge du seul chef d'entreprise en sus du prix de journée dans l'établissement public.

De la lecture de ces textes législatifs, il résulte que le responsable des soins qui sont donnés aux assurés sociaux, ou aux blessés du travail, doit acquitter les frais médicaux et chirurgicaux, en sus du prix de journée.

Mais alors intervient l'omnipotence des Commission administratives hospitalières. Elles peuvent décider, dans leur règlement de santé, que les médecins et chirurgiens recevront un honoraire fixe annuel, ou mensuel, pour tous les soins qu'ils donnent aux malades payants de quel que catégorie que soient ces derniers, ou bien qu'ils percevront, en sus de leur traitement (alloué pour les soins donnés aux seuls indigents) tout ou partie des honoraires perçus sur les payants.

Mais le point de droit suivant n'a pas encore

été tranché : à qui doivent revenir les honoraires médicaux, chirurgicaux, perçus par la Commission administrative, pour soins donnés aux assurés sociaux et aux victimes d'accidents du travail ? Le bon sens paraît devoir dicter la réponse : c'est le Corps médical hospitalier qui doit recevoir ces honoraires, provenant d'un travail qu'il a accompli. Ce à quoi on peut objecter que la Commission administrative a le droit de rémunérer à forfait son Corps médical hospitalier et à garder pour elle ces frais médicaux et chirurgicaux, qui sont compris dans le traitement annuel ou mensuel des médecins.

C'est parce que le personnel médical d'un hôpital ne peut plus rester comme jadis, dans une position subalterne, par rapport à la Commission administrative, c'est parce que les services rendus par les médecins, chirurgiens et spécialistes dans les hôpitaux deviennent supérieurs aux services rendus aux malades par l'Administration, c'est parce que les hospitalisés, dans nos établissements publics modernes, ont bien plus besoin de soins techniques que de nourriture et d'hébergement, que le Corps médical tout entier demande une modification à apporter à la loi du 7 août 1851, afin de faire cesser ces brimades qu'exercent certains hôpitaux à l'égard des médecins et chirurgiens qui consentent à donner leurs soins aux hospitalisés de tous genres.

J'estime, en conséquence, que le litige pourrait être soumis à la juridiction administrative. Si un membre du Sou médical se voyait refuser, par l'économat de l'hôpital auquel il appartient, le paiement des honoraires, qui lui reviennent, pour soins donnés tant aux assurés sociaux qu'aux victimes d'accidents du travail, notre Ligue de défense professionnelle accorderait son appui moral et pécuniaire, pour que le Conseil de Préfecture soit saisi, en première instance, puis le Conseil d'Etat en appel.

Malheureusement quelques années devront s'écouler avant que nous ayions l'arrêt de la Haute assemblée administrative. Je crois, dès lors, qu'il serait utile de saisir le Conseil supérieur de l'Assistance publique de France, qui étudierait le problème sous son angle juridique et administratif. Au reste, du moment où la section permanente du Conseil supérieur est compétente pour trancher les litiges nés entre Préfet et Commission administrative d'un hôpital, à l'occasion de la fixation du prix de journée, je serais d'avis que la deuxième section du Conseil supérieur — celle des hôpitaux — soit saisie des conflits qui surgissent entre médecins d'hôpitaux et Commissions administratives. La deuxième section pourrait ainsi arbitrer à l'amiable. Ce ne serait que lorsqu'il serait nécessaire de faire fixer un point de droit que le conflit serait porté à la connaissance des Tribunaux administratifs. En ma qualité de secrétaire de la deuxième section, je vais saisir le Conseil supérieur de cette question de la rémunération des médecins et chirurgiens d'hôpitaux et du droit qu'ils peuvent avoir de réclamer le versement en totalité des honoraires qui leur reviennent du fait des soins qu'ils donnent aux victimes d'accidents du travail et aux assurés sociaux. Du moment où les législations *ad hoc* prévoient des honoraires pour le Corps médical hospitalier, ces sommes doivent lui revenir, à la seule condition d'être perçues par la Commission administrative.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant.

En attendant, je crois que la position du Corps médical hospitalier doit être la suivante : les appointements à forfait qui touchent les médecins doivent représenter leur rémunération pour soins donnés aux malades privés de ressources, admis au titre de l'Assistance médicale gratuite, ou appartenant à des classes économiquement faibles. Les malades payants, de droit commun, seraient admis, selon un prix de journée variable, eu égard au confort matériel de l'hébergement ; mais les honoraires pour soins donnés seraient versés à l'économat de l'hôpital, par lesdits malades, d'après un tarif arrêté par la Commission administrative, après accord avec son Corps médical. Assurés sociaux et blessés du travail acquitteraient également les frais médicaux, d'après les tarifs en cours, pour l'application de ces lois ; le versement serait effectué à l'économat de l'hôpital.

Enfin, ces sommes seraient réparties par les soins de l'économat, entre les ayants droit, soit directement à chacun d'eux, soit en formant une masse commune, qui serait ensuite répartie à portions égales entre tous les bénéficiaires. Ces sommes ne devraient souffrir aucune retenue, car les frais de salles d'opérations, de stérilisation, ou autres devraient être acquittés par les malades payants : les honoraires dus aux médecins doivent leur revenir nets de toute retenue, pour quelque motif que ce soit.

Voilà la position que je compte prendre au Conseil supérieur. Mes confrères m'approuvent-ils ?

Dr Paul BOUDIN.

ALCOOLISME CÉRÉBRAL ET ANTI-ALCOOLISME

Par R. Benon

Médecin de l'Hôpital psychiatrique de Nantes

L'Académie des Sciences morales et politiques vient d'adresser aux Pouvoirs publics, au sujet de l'alcoolisme, une pétition intéressante : elle y expose la nécessité d'une lutte anti-alcoolique qui est fondée, non plus sur des tendances idéales, généreuses ou romantiques, mais sur de simples statistiques, dures, sèches et tranchantes. Cela est nouveau, croyons-nous, précis, enfin réaliste.

Dividendes industriels

Une première remarque de l'Académie, concernant la recrudescence de l'alcoolisme, montre combien sont florissantes les industries de produits alcooliques. « Il est aisé, nous dit-on, de se rendre compte (des progrès de l'alcoolisme) par la prospérité inouïe, jusqu'ici inconnue, qu'accusent les bilans de toutes les usines fabriquant de l'eau-de-vie, des apéritifs et des liqueurs. Les dividendes distribués par ces entreprises atteignent 100 % en même temps que des réserves, s'élevant à 50 et 60 millions, sont constituées. » Cela fait réfléchir en effet. Mais cela s'explique du fait que en ces dernières années les masses, pleines d'espoirs, ont fêté avec joie des événements qu'elles considéraient comme la source du bonheur. Il faut reconnaître aussi que chez nous « on boit copieusement », chaque jour, du haut en bas de l'échelle sociale, à la cité comme au village, en plein air comme en secret. L'exemple de la tempérance ne vient point d'en haut, et il ne saurait guère venir d'en haut parce que l'homme est le même, à peu près, en tous lieux, en tous temps.

Aliénés alcooliques : 47 %

Un point qui nous paraît extrêmement contestable dans la pétition de l'Académie des Sciences morales et politiques, c'est l'affirmation que le nombre des alcooliques s'élève à 47 % dans les asiles d'aliénés. Qui a fourni cette statistique ? Qui l'a établie et comment ? L'aliénation mentale par alcoolisme est l'exception dans ce qu'on appelle les hôpitaux psychiatriques lesquels sont essentiellement des hospices psychiatriques puisqu'on y compte 90 % de chroniques, sinon plus. Il y a longtemps que nous avons fait cette constatation : la rareté des aliénés alcooliques à l'asile. Il nous plaît de la retrouver chez un de nos jeunes collègues, curieusement actif, bien informé, le Docteur Henri Ey, médecin chef de service d'un asile départemental (Eure-et-Loir), lequel écrit dans son rapport annuel, très consciencieusement rédigé : « De plus en plus se confirme mon impression que les états de folie dus à l'alcoolisme, sont, dans mon service, tout à fait exceptionnels. Cela peut paraître paradoxal quand on pense que l'alcoolisme est considéré comme un facteur important de la folie et qu'il est fréquent en Beauce. »

Les faits d'alcoolisme cérébral, à l'asile des aliénés, nous paraissent clairs, facilement classables. Tous les cas aigus relèvent de la confusion mentale, de l'onirisme et du délire hallucinatoire : or ils guérissent tous très vite, en quinze jours, trois semaines, un mois, quelquefois plusieurs mois. Le patient est donc rapidement remis en liberté : la récidive, avec retour à l'asile, est exceptionnelle. — L'alcoolisme ne détermine pas l'aliénation mentale chronique, la folie chronique. Est-ce pour cela que le vin a été déclaré tant de fois boisson merveilleuse, convenant parfaitement à l'homme, et mieux que les drogues excitantes que sont l'opium pour les Chinois ou l'arsenic pour les Arabes ? Il arrive qu'un délire hallucinatoire alcoolique (non pas la confusion mentale, ni l'onirisme) devienne chronique, mais cela est très rare et d'ailleurs complexe. La démence organique alcoolique, démence partielle, lacunaire, élective, n'est pas non plus produite directement par l'alcoolisme : elle est en relation avec l'artério-sclérose précoce du sujet, et cette artério-sclérose est-elle le fait seul de l'alcoolisme ? L'asthénie, la manie, périodiques ou chroniques, ne sont jamais dues à l'alcoolisme. L'épilepsie alcoolique, compliquée de troubles mentaux, est exceptionnelle. Une confusion fréquente, dans les asiles, consiste à prendre une maladie psychique avec appoint alcoolique, pour un cas de folie déterminée par l'alcoolisme. Les enfants des alcooliques sont très spécialement prédisposés aux maladies mentales, sans être eux-mêmes des alcooliques ; tous sont des hyperthymiques et l'hyperémotivité est extrêmement favorable au développement des psychoses aiguës, chroniques, périodiques.

Que faire ? Au moins deux choses : 1° décider le Pouvoir central à prendre des sanctions dans les cas d'ivresse, et emprisonner les alcooliques invétérés ; 2° créer le service social qui permettra d'instruire le peuple, qui servira d'appui aux familles ignorantes, qui les aidera dans les périodes de gêne, de misère, de désespoir.

CHRONIQUE DES MALADIES PROFESSIONNELLES ET DE L'HYGIÈNE INDUSTRIELLE

❖ ❖ ❖

FRANCE

Inspection des jeunes ouvriers dans le département du Pas-de-Calais. — Un Comité d'organisation et de gestion de l'inspection médicale des adolescents (jeunes gens et jeunes filles), âgés de moins de 18 ans et employés dans les établissements commerciaux ou industriels, a été créé récemment dans le département du Pas-de-Calais.

Ce Comité a été établi grâce au concours de l'Union régionale des Caisses primaires d'Assurances sociales et de la Fédération des Syndicats médicaux. Il sera présidé par le Préfet du département et fonctionnera sous la direction de l'Office départemental d'hygiène sociale.

Journées nationales de Service social. — Le Congrès organisé par le Comité français de service social s'est tenu à Reims du 22 au 24 avril 1939.

Le sujet à traiter était : les problèmes de l'adolescence en regard du service social en France.

Chaque séance comprenait des communications officielles suivies de discussions.

Médecins-conseils. — La liste des médecins-conseils prévus par l'article 101*a*, du titre III du Livre II du Code du travail, sur laquelle le ministre du Travail peut choisir les médecins-conseils susceptibles d'être chargés de missions spéciales temporaires, concernant l'application des dispositions relatives à l'hygiène des travailleurs est fixée ainsi qu'il suit :

Paris : MM. Agasse-Lafont, Duvoir, Henri Labbé, Tanon, Gougerot, Coutela, J. Belot, Balthazard, Heim de Balzac, Laubry et Etienne-Martin.

Bordeaux : M. E. Leuret.
Lille : MM. Leclercq et M. Muller .
Lyon : MM. Policard, Mazel et Rochaix.
Marseille : MM. Violle et Mosinger.
Nancy : M. Parisot.
Montpellier : M. Carrieu.
Strasbourg : MM. Oberling et Simonin.
Toulouse : M. Lafforgue.

IIe Congrès national d'orientation professionnelle. — Sous les auspices de la ville de Lille, l'Association générale des orientateurs de France tiendra le IIe Congrès national d'orientation professionnelle à Lille, les 17, 18 et 19 juillet 1939.

Ont accepté de faire partie de son Comité d'honneur : MM. les ministres de l'Education nationale, du Travail, du Commerce, de l'Agriculture, de la Santé publique, ainsi que de hautes personnalités locales et régionales.

D'importantes questions y sero t étudiées :

1° L'orientation professionnelle et la famille ;
2° L'orientation professionnelle et la situation économique.
3° L'orientation professionnelle et la situation économique.

Le Commissariat général du IIe Congrès national d'orientation professionnelle est installé à la mairie de Lille.

L'Institut de récupération fonctionnelle et professionnelle. — Le 23 mars, ce nouvel Institut a été présenté lors d'une séance inaugurale par M. Justin Godard, sénateur, ancien ministre, membre de l'Académie de médecine, fondateur de l'Institut.

L'Institut se propose d'enseigner aux médecins praticiens, aux médecins de Compagnies d'assurances et de grandes industries, aux médecins-contrôleurs des Assurances sociales, aux éducateurs physiques et aux orientateurs, les principes scientifiques qui sont à la base de la récupération professionnelle par la théorie et la pratique. Cet enseignement repose sur une base scientifique ; l'énergamétrie, méthode de mesure du travail humain.

La réadaptation ouvrière ne pourra se faire pratiquement qu'à la condition d'établir auparavant la valeur énergétique de l'individu et d'être conduite d'une façon méthodique sous la surveillance des maîtres ou des élèves de l'Institut.

Les cours d'enseignement seront faits au siège même de l'Institut ou par correspondance.

Des travaux pratiques auront lieu dans les services existants déjà à l'Assistance publique et à l'hôpital Sainte-Isabelle de Neuilly, fondation Martinez de Hoz.

Belgique

L'Association belge de médecine sociale a tenu son Assemblée annuelle statutaire à la Maison des médecins, sous la présidence de M. Trimbal.

Après lecture du procès-verbal de la séance précédente, M. Langelez, secrétaire général, dresse le rapport de l'Association pendant l'exercice écoulé et rappelle les origines et le but de la Société.

L'Association a décidé d'organiser à Liége, au mois de juin, dans le cadre des Journées médicales de Bruxelles, des « Journées internationales de médecine sociale ». Le Professeur Firket de Liége, est chargé du secrétariat du Comité effectif des Journées ; celles-ci seront présidées par le Docteur Timbal, président de l'Association. Les Journées comprendront des rapports sur l'intervention du médecin praticien dans la médecine préventive ; la législation sur les maladies professionnelles dans les différents pays ; le coût de la maladie. Des communications seront acceptées sur tous sujets se rapportant à la médecine sociale et à la médecine du travail.

Grande-Bretagne

La réparation de la Byssinose chez les ouvriers cardeurs. — Le Comité interministériel, nommé en 1937 pour étudier le système de la réparation à prévoir en cas de maladies pulmonaires dues à la poussière de coton (byssinose) chez les ouvriers cardeurs, vient de terminer ses travaux et de publier son rapport.

Les principales recommandations sont les suivantes : limitation de la réparation aux cas d'incapacité totale par byssinose survenant chez les ouvriers ayant vingt ans d'emploi dans les ateliers de cardage ou d'ouverture du coton ; institution d'un système de réparation analogue à celui de la silicose ; création d'un fonds de réparation alimenté par les cotisations des employeurs ; délivrance des certificats médicaux nécessaires à la réparation par une Commission médicale spéciale.

Quatrième conférence mondiale de l'assistance aux estropiés. — Cette conférence, organisée par la Société internationale pour la protection des enfants estropiés et par le Conseil central britannique d'assistance aux estropiés, aura lieu à Londres du 16 au 22 juillet de cette année.

On y discutera : l'orthopédie préventive chez les enfants ; l'enseignement général et professionnel des enfants estropiés ainsi que leur placement ; les estropiés de l'industrie, leur rééducation et leur placement.

La Société internationale compte à cette occasion élargir ses statuts et recruter des membres dans le monde entier.

Des visites aux centres orthopédiques et aux institutions de rééducation seront organisées.

S'adresser à la secrétaire, Miss Norah Hill, 34, Eccleston Square, Londres S. W. I.

Etats-Unis

Le chômage et la santé. — Aux Etats-Unis, diverses enquêtes ont montré à quel point le chômage influe sur la santé. Un millier d'employés et ouvriers en chômage ont été comparés à un millier d'employés et d'ouvriers au travail. La comparaison a donné les résultats suivants : l'élévation de la pression sanguine est deux fois moins fréquente chez les chômeurs que chez les travailleurs ; l'abaissement de la pression se rencontre chez 25 % des individus de chômeurs, mais ne se trouve chez aucun de l'autre groupe ; une artério-sclérose marquée est six fois plus fréquente, les lésions pulmonaires deux fois chez les ouvriers et employés sans travail que chez les travailleurs et ouvriers ayant un emploi.

Sur 270 garçons de 14 à 18 ans en chômage, 53 % étaient dans un état de nutrition en dessous de la moyenne, dont 31 % nettement sous-alimentés. Dans les familles dont le père chômait aussi, la proportion était de 62,4 %, dans les autres de 43,8 %.

Parmi les familles de chômeurs, on trouve une maladie grave dans 28,8 % des cas, une insuffisance de la nutrition dans 19,5 %, un mauvais état du logement dans 17,9 %, du vêtement dans 6,8 %.

Parmi les adultes chômeurs, l'état de la nutrition n'était pas satisfaisant dans 45 % des cas ; parmi les enfants de tout âge dont les parents sont ou ont été chômeurs dans 57 %. (*Archives de médecine sociale et d'hygiène*, t. 2, n° 3, p. 296.)

Réparation des maladies professionnelles. — Dans l'Etat d'Ohio, 1.346 cas de maladies ou intoxications professionnelles ont été réparés pendant l'année 1936 : saturnisme 112 ; benzénisme 3 ; intoxications par le sulfure de carbone 6 ; par les produits volatifs du pétrole, 5 ; dermatites, 930 ; ténosynovite et bursite, 205 ; ulcération de la peau due au chrome, 79 ; maladies de l'air comprimé, 2 ; intoxications par l'anhydride sulfureux, 2 ; par le cyanure de potassium, 2.

Dans l'Etat de l'Illinois, 220 cas ont été déclarés à la Commission industrielle, pendant la première année d'application de la loi jusqu'au 1er octobre 1937 : saturnisme 47 ; silicose 33 ; tuberculose, 23 ; dermatites, 20 ; maladies pulmonaires diverses, 14 ; silico-tuberculose, 11 ; asbestose, 3 ; divers, 28 ; non définis, 41.

Dans l'Etat de New-York, le nombre des cas (accidents et maladies) réparés en 1936 a été de 1882, dont 984 cas (9 mortels) de maladies professionnelles ; dermatites, 481 ; vésications, 190 ; saturnisme, 69 ; bursite ou synovite, 68 ; intoxications par le benzène ou ses dérivés, 55 ; par les acides minéraux (sulfurique, chlorhydrique ou fluorhydrique), 12 ; par le chrome 11 ; par l'oxyde de carbone, 11 ; par les vernis, 11 ; maladies respiratoires et gastro-intestinales dues aux vapeurs de pétrole et maladies dues à l'air comprimé, 5 ; infection charbonneuse, 4 ; intoxications par l'arsenic, 4 ; cancer épithéliomateux (goudron), 4 ; intoxications par l'alcool méthylique, 3 ; par l'aldéhyde formique, 3 ; par le mercure, 3 ; par le nickel carbonyle, 2 ; par les vapeurs nitreuses, 1 ; par le sulfure de carbone, 1 ; divers 37 dont un cas mortel de silico-tuberculose chez un mouleur

NOUVELLE-ZÉLANDE

L'introduction des Assurances sociales. — Le. Parlement néozélandais a voté, le 14 septembre 1938, une loi qui, outre des prestations en argent pour le cas de maladie, d'invalidité, de vieillesse, de veuvage, de décès des parents, de chômage et de charges de famille, assure à toute personne âgée de plus de 16 ans le service médical gratuit, y compris l'hospitalisation et les médicaments. Chacun a le droit de choisir son médecin.

Les ressources sont constituées par une cotisation de cinq shillings par trimestre, plus 5 % du salaire, traitement ou revenu.

L'Association médicale néo-zélandaise a fait, avant le vote, une forte opposition à ce sujet.

SUÈDE

L'examen médical des ouvriers exposés aux intoxications professionnelles. — En vertu de la législation sur la protection des travailleurs (loi du 29 juin 1912 modifiée par les lois du 12 juin 1931 et du 3 juin 1938), la notification royale du 2 décembre 1938 organise la surveillance médicale des ouvriers exposés à l'intoxication saturnine et à la silicose.

La notification prévoit la visite à l'embauche, la visite périodique (trimestrielle pour le saturnisme et annulle pour la silicose) et détermine les modalités pratiques d'exécution (médecins chargés de la visite, consignation des résultats des visites sur le registre de santé, etc.).

Dr Guy HAUSSER.

OXYDE DE CARBONE ET CIRCULATION AUTOMOBILE

Les conclusions d'un travail de M. GILBRIN peuvent être résumées ainsi qu'il suit :

Ce sont surtout les automobiles dont le carburateur est défectueux, et qui sont alimentées avec de l'essence poids lourds, qui dégagent une quantité relativement importante d'oxyde de carbone. Elle ne persiste pas dans l'atmosphère et diminue très vite en fonction de la hauteur. Donc le danger se fait surtout sentir dans les garages en hiver ou dans les ateliers de réparation.

Des intoxications par l'oxyde de carbone ont été signalées à l'intérieur de voitures fermées, et même de carlingues d'avions. Qu'il y ait là une cause de malaise pouvant déterminer des accidents, c'est possible. Mais il paraît excessif d'attribuer à l'oxyde de carbone les malaises ressentis par certaines personnes dans les voitures fermées. En tout cas, les sujets soumis à une intoxication chronique, que ce soit dans une voiture fermée ou dans d'autres conditions, éliminent plus lentement l'oxyde de carbone contenue dans le sang. (*Le Progrès Médical*, 22 avril 1939.)

VARIÉTÉS

◆ ❖ ◆

HISTOIRE DU SUCRE

M. H. Colin, membre de l'Académie des sciences, expose (1), comment le saccharose, ce « sucre par excellence » est en réalité la chose du monde la plus banale puisqu'il existe à profusion dans les végétaux verts et qu'il est un des produits directs de l'assimilation chlorophyllienne.

Et cependant le sucre pur, sucre blanc, fin ou raffiné n'a été connu chez nous qu'au Moyen-Age : dans le Testament de Patelin, l'apothicaire conseille aux malades, entre autres remèdes, d'user du sucre fin et dans les vieilles poésies manuscrites d'Eustache Deschamps il est question du sucre blanc pour tartelettes parmi les dépenses variées dont les femmes ne sauraient s'abstenir.

A cette époque il était tiré de la canne et venait d'Orient par Alexandrie sur les bateaux italiens, les seuls à commercer en Méditerranée. Mais la recette pour blanchir et cristalliser le sucre, qui en était l'inventeur ? Les Arabes la possédaient, dit-on, de longue date. Mais les Grecs et les Latins l'ignoraient certainement puisque Théophraste, Pline, Dioscoride ne désignent le sucre que sous le nom de *miel de roseau*.

Jusqu'au XIX[e] siècle le sucre de canne est e seul connu. Et c'est, comme on le sait, le blocus continental qui lui suscite un rival. En effet le marché du sucre de canne était alors tout entier aux mains des Anglais et, du fait du blocus, la France s'en vit donc soudainement privée. L'Empereur donna ordre de tout tenter pour parer à cette disette. D'innombrables essais furent alors faits sur le jus de raisins, de pommes, de maïs, d'érable (les Canadiens font un usage quotidien du sucre d'érable). Mais rapidement tout l'intérêt se porta sur la betterave, très répandue en Allemagne et dont la culture avait été introduite en France par l'abbé de Commerel (1786).

Depuis déjà un demi-siècle le savant berlinois Andreas Sigismond Margraff avait découvert la richesse en sucre de la racine de betterave (1742). Quelques années plus tard Achard, descendant d'un protestant français émigré, encouragé et soutenu par le roi de Prusse Frédéric-Guillaume III avait jeté les bases de la fabrication industrielle du sucre de betterave.

(1) *L'Europe médicale*, 25 février 1939, n° 10.

La première sucrerie de France fut fondée à Lille en 1810 et prospéra rapidement. Mais l'écroulement de l'Empire fit tomber le prix du sucre d'une façon telle que la nouvelle industrie faillit être emportée dans la tourmente. L'autorité du comte de Chaptal la sauva.

La richesse saccharine de la betterave n'était alors que de 4 à 5 %. Trente ans plus tard elle atteignait 10 % ; vers la fin du siècle la sélection l'avait portée à 16 %.

Désormais la canne avait une redoutable rivale. A ce point qu'en 1900, sur 13 millions de tonnes métriques représentant la consommation mondiale, sept provenaient de la betterave.

Et pourtant cette situation privilégiée de la betterave ne devait pas durer : histoire éternelle du flux et du reflux des conquêtes humaines. Car la canne allait apprendre à se défendre.

Jusque vers 1900, en effet, elle ne s'était pas améliorée parce que, réputée stérile, elle n'avait jamais été multipliée que par bouturage ; dans ces conditions la dégénérescence était à craindre. Mais Soltwedel, en 1885, à Java, ayant observé les premières graines authentiques on apprit à la reproduire en semis. D'où diversité des plantes obtenues parmi lesquelles il suffisait, comme avait été fait pour la betterave, d'opérer des sélections et des croisements. Grâce à ces méthodes on arriva progressivement au taux du rendement actuel : 10 tonnes de sucre pour un hectare de canne.

Et voici, à son tour, la betterave distancée et menacée jusque dans son fief. L'Europe ne peut plus exporter, se voit forcée de limiter sa production et de la protéger par des tarifs douaniers. Mais combien de temps l'humble racine de chez nous pourra-t-elle tenir contre l'altière tige qui, sous les tropiques, s'élève à 10 mètres au-dessus du sol.

Quoi qu'il en soit la consommation du sucre a plus que doublé depuis une trentaine d'années. Elle est actuellement de 28 millions de tonnes environ dont la canne fournit les deux tiers. Le Nouveau Monde absorbe 35 kilos de sucre par an et par habitant ; l'Australie 40 ; l'Europe 18, l'Asie 7 et l'Afrique 5. Dans ce festin de la sucrerie, les Chinois sont les plus sobres : 2 kilos par habitant. Mais sans doute sont-ils sobres par nécessité !

G. LAVALÉE.

LA REVANCHE DE L'ANATOMO-PATHOLOGISTE

Il est banal de dire que depuis quelques années la médecine s'est détournée de l'anatomo-pathologie et que c'est maintenant dans la physiologie pathologique qu'elle cherche ses inspirations.

Virchow, Charcot et leurs écoles la tenaient enchaînée aux « constats après sinistre » des pièces d'autopsie. Elle s'est avisée que l'art de guérir pouvait tout de même nourrir d'autres ambitions que de dresser le bilan de ses faillites, et qu'il lui serait sans doute plus fructueux de faire son étude du fonctionnement des organes.

L'anatomie pathologique a ainsi perdu le lustre qui était le sien il y a quarante ans.

Battus et pas contents les anatomo-pathologistes contre-attaquent et ils ne sont pas en peine pour nous montrer qu'ils auraient cependant bien des choses à nous apprendre. C'est ce qu'exprime avec quelque satisfaction H.-E. Robertson dans son article qu'il intitule « Les lésions subcliniques du corps » (1).

Portant avant tout, dit-il, leur attention sur les symptômes des maladies, leur signification, leur enchaînement, les médecins ont inévitablement tendance à croire que l'apparition de ces symptômes marque le début de l'épisode morbide.

Sans doute connaissent-ils les périodes d'incubation des fièvres à exanthème ; ils considèrent cette période comme représentant le délai nécessaire au virus pour se multiplier et « faire son trou ». Mais c'est à peu près tout ce qu'ils savent des périodes silencieuses des maladies (2).

De temps à autre ils constatent avec stupeur avec quelle discrétion s'expriment des maladies extrêmement sérieuses et déjà très avancées. Mais ils mettent cela sur le compte d'un manque de sensibilité chez certains êtres humains et ils en reviennent à l'axiome « Pas de symptômes, pas de maladie ». Si un calcul biliaire ou un kyste n'est que tardivement diagnostiqué ce n'est pas faute de symptômes, mais faute de méthode pour déceler ceux qui existent.

« Depuis combien de temps êtes-vous malade ? demandons-nous d'abord à notre client. Or, ni lui ni nous ne pouvons répondre correctement à cette question.

Il suffit, pour l'admettre, de penser à toute une série de conditions morbides qui, à moins d'une autopsie, sont enterrées avec l'individu sans avoir été jamais même soupçonnées. Tels sont les kystes des plexus choroïdes, la plupart des adénomes du corps pituitaire, les épaississements de l'arachnoïde, les diverticules par traction de l'œsophage, les chondromes, l'anthracose pulmonaire, les lymphangiomes capsulaires de la rate, etc.

Tout cela est du domaine à peu près exclusif de l'anatomo-pathologiste ; et si vous en doutez, ajoute plaisamment l'Américain, essayez donc d'amener une discussion à leur sujet dans une société médicale.

Un second ordre de faits concerne ces maladies qui tôt ou tard, si le patient vit assez longtemps, émergeront dans le domaine de la chirurgie mais seront, pour la majeure partie de leur évolution, restées ignorées et du patient et de son médecin. Il en est d'elles comme des icebergs dont un neuvième seulement dépasse la surface des eaux. Ainsi en est-il de l'artério-sclérose, des méningiomes de la dure-mère, de l'hypertension pulmonaire, de la sclérose coronaire, de la fibrose mésentérique de l'athérome aortique, des hypernéphromes, des diverticules de la vessie, des adénomes de la prostate.

A cette liste pourraient être ajoutées toutes les maladies connues ; il est certain par exemple que les carcinomes internes se développent pendant des mois et parfois des années avant de se manifester au patient ou au médecin.

Notre auteur met même en accusation la physiologie pathologique et la prétention, qu'elle peut avoir de fonder un diagnostic sur l'insuffisance fonctionnelle d'un organe. Il suffit d'une partie du foie restée saine pour maintenir en vie l'organisme. On peut enlever un rein entier et la moitié de l'autre sans entraver la fonction rénale. Bien des dégâts peuvent être faits avant que la fonction s'en ressente.

Quelques cliniciens prennent un ton sarcastique pour parler de ce qu'ils nomment « la pathologie de l'amphithéâtre » et l'accusent (comme je le faisais moi-même au début de cet article) de révéler seulement la fin d'une maladie. Or, au contraire, pour un processus terminal qu'il trouve en faisant une autopsie, celui de la maladie qui a causé le décès, l'anatomo-pathologiste trouve fréquemment une douzaine d'autres processus parvenus à des étapes variées de leur développement et que le clinicien avait été incapable de déceler.

Et notre confrère américain conclut avec une certaine force dans la paradoxe que l'autopsie révèle plus de « pathologie vivante » qu'aucun procédé diagnostique de la médecine moderne.

G. L.

(1) *Staff meetings of the Mayo clinic.*, 16 nov. 1938.

(2) Exception faite toutefois, ferons-nous remarquer au confrère américain, des maladies inapparentes de Charles Nicolle.

LE SALON DE LA NATIONALE

La Sculpture — La Gravure

La Nationale cette année s'est amenuisée. Une partie de l'état-major de cette société, expose aux Artistes Français, d'autres sociétaires se tournent vers le Salon d'Automne ou des Indépendants ou créent de nouveaux salons. Espérons un jour prochain la réunion des Artistes Français et de la Nationale en un salon unique.

Dans les quelques salles qui lui sont dévolues, remarquons *Le boulevard Saint-Martin* de Truffaut (A), le *Marché de Quimper* de Vauthrin avec son caractère local (A), les paysages maritimes de l'*Ile de Batz* dus au brillant pinceau de Seevagen (B).

Salle C, les *Portraits de J. Berry* et de *Berry Vall* de Van Dongen qu'on aime ou qu'on n'aime pas, selon ses goûts et cet intérieur charmant, où une femme âgée se tient au coin du feu, *Grand'mère* de Virely.

L'ensemble de Guirard de Scevola est toujours séduisant, qu'il s'agisse du *Portrait de R. Baschet* ou de ces deux toiles gracieuses, l'*Heure exquise* et l'*Alcove fleurie* (G). Les petites femmes de Cadel sont toujours délicieuses (G), de même *Le lever* de Picard (G). Atamian dans la même salle expose un bon portrait au pastel, *Ma mère*, et Davids une suite d'artistiques portraits au crayon. Domergue et ses petites femmes et ses présentations de fêtards retient l'attention du public (H). On voit avec plaisir les paysages de Callot (H) et ceux de Clémentine Ballot (1).

Marcel Clément nous donne quelques paysages maritimes d'une agréable facture (J). Bon portrait de jeune fille *Miss Griselda Gould* de Crealock, qui voisine heureusement avec le portrait de fillette, *Alison*, de Wilson (O) et celui en pied de *Mary* (O) de Philippe de Gallais. Tous ces portraits sont un peu effacés par celui en grand costume d'apparât de *Lord Lytton* par Neville Lytton, qui contraste avec celui du *Docteur Huc en blouse* du même artiste (O). *Petite femme à sa toilette* d'une exquise simplicité de M. Dayne Grassot (R). Le *Portrait de S. S. Pie XII* de Rivier est très remarqué (S) de même celui d'un petit garçon, *André Bollac* de Fraisse.

Il y a en outre quelques rétrospectives interressantes, les gravures du grand artiste Bracquemond les *Etudes bretonnes* si bien au point de Charles Cottet et les tableaux de Rafaelli qui nous font revivre une période déjà lointaine.

Beaucoup d'œuvres de sculptures seraient à citer, car il y a un grand nombre de bustes de très bonne exécution parmi lesquels, il convient de retenir *celui de Daladier*, (a tout seigneur tout honneur) de Busnel, celui de *M. H. Elion* de Moncassin et celui du *Maréchal Foch* de Delandre puis les *monuments de Pasquier*, gouverneur de l'Indochine, de Ducuing, la *statue équestre du Maréchal Lyautey* de Cogné, celui du *Bourdelle* par Bacquié, du *Père Brottier* par A. Maillard d'une si grande puissance, celui plus discutable du *Glaive monumental* de Franco de Real del Sarte, enfin les bustes, œuvre d'un personnage de haute notoriété *sa Majesté la Reine Elisabeth de Belgique*.

On s'arrête peu en général et à tort à la section de gravure. Parmi les nombreuses gravures et lithographies, exposées, on remarque les illustrations de Bouchery pour les *chansons de Desrousseaux*, la suite *des aspects des vieilles provences* de Desbois, la tête si expressive de Point. *Cécile*, l'eau forte de Ruet, le *Fort Labatte* et *Cloître de Carenac* de Vaillant et bien d'autres encore.

En quittant ce salon traversons la section d'architecture pour y admirer les très savantes reconstitutions de la Rome antique. de Chedanne les impeccables dessins pour la restauration des monuments historiques détruits par la guerre de Brunet et le relevé de la Crypte de Saint-Aignan, à Orléans, de Ratouis.

Dr M. VIMONT.

Bibliographie

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS, Paris

H. GRENET. — Essais sur la profession médicale et sur quelques règles qu'elle impose.

Dans cet opuscule de 154 pages le Docteur H. Grenet, médecin de l'hôpital Bretonneau, a réuni quelques articles, leçons et conférences consacrées à la vie professionnelle.

Il examine d'abord ce que doit être l'infra-structure morale et spirituelle du médecin, puis les rapports des médecins entre eux, leurs rapports avec les malades, la grande question du secret et la pratique de la profession.

Sur cette profession si menacée, sur son avenir et ses aménagements de demain il émet enfin des vues personnelles en notifiant que les plus admirables programmes deviennent lettre morte si les hommes qui les mettent en œuvre ne sont animés de l'esprit de justice et de charité.

G. L.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Cours de perfectionnement sur les maladies des voies urinaires** (Clinique urologique Guyon. Hôpital Cochin. Pavillon Albarran, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques), sous la direction du Professeur Maurice CHEVASSU, du lundi 26 juin au samedi 15 juillet 1939.

Le cours sera complet en trois semaines. Il comportera, le matin, de 9 heures à 12 heures, et l'après-midi, de 2 heures à 4 heures, quatre leçons théoriques et pratiques, avec examens cliniques, uréthroscopiques, cystoscopiques et radiologiques, examens de laboratoire, présentations de pièces et opérations.

En concordance avec ce cours, des leçons pratiques de médecine opératoire et de chirurgie expérimentale auront lieu à 4 h. 30. Consulter les affiches spéciales. Un certificat sera remis à la fin du cours à tous ceux qui l'auront suivi régulièrement. Un diplôme pourra être délivré après examen.

PROGRAMME DU COURS. — Lundi 26 juin. Matin : M. CHEVASSU : L'urèthre et son cathétérisme ; MM. CHEVASSU et MORET : L'uréthrographie. — Soir : MM. BAYLE et CANOZ : Examen clinique et bactériologique des urines ; M. GAUTIER : La blennorragie aiguë. Clinique et laboratoire.

Mardi 27 juin. Matin : M. GAUTIER : La blennorragie chronique ; M. CHEVASSU : Examen clinique des urinaires. — Soir : M. LEROY : La blennorragie féminine. Les polypes de l'urèthre ; M. GOUVERNEUR : Les ruptures traumatiques de l'urèthre et de la vessie.

Mercredi 28 juin. Matin : M. PICARD-LEROY : L'anesthésie en chirurgie urinaire ; M. JOMAIN : La stérilisation du matériel urologique. — Soir : M. GAUTIER : L'étude de l'urèthre antérieur à l'uréthroscope ; M. BAYLE : Les rétrécissements de l'urèthre. L'uréthrotomie interne.

Jeudi 29 juin. Matin : M. BAYLE : Prostato-vésiculites. Abcès de la prostate ; M. CANOZ : Critériums de guérison de la gonococcie. — Soir : M. GAUTIER : L'étude de l'urèthre postérieur à l'uréthroscope ; M. HUGUIER : Les abcès urineux. L'infiltration d'urine.

Vendredi 30 juin. Matin : M. VIALA : L'anatomie pathologique de l'hypertrophie prostatique ; M. BAYLE : La clinique de l'hypertrophie prostatique. — Soir : M. COUVELAIRE : Calculs et corps étrangers de l'urèthre. Calculs de la prostate ; M. LAZARD : L'étude de l'urèthre postérieur à l'uréthrocystoscope.

Samedi 1er juillet. Matin : M. CHEVASSU : L'opération de Steinach. La cystostomie ; M. LAZARD : L'étude endoscopique de l'hypertrophie prostatique. — Soir : M. BAYLE : Traitement non opératoire de l'hypertrophie prostatique ; M. LORTAT-JACOB : Cancers de la prostate. La prostatectomie périnéale.

Lundi 3 juillet. Matin ; MM. CHEVASSU et LAZARD : Le cystoscope et la cystoscopie ; M. CHEVASSU : La prostatectomie pour hypertrophie prostatique. — Soir : M. LÉGER : Les rétentions d'urine ; M. BAYLE : Résection endoscopique de l'hypertrophie prostatique.

Mardi 4 juillet. Matin : MM. LAZARD et MORET : Diverticules vésicaux. Cystographie ; M. CHEVASSU : L'exploration rénale lésionnelle et fonctionnelle. — Soir : M. BOULARD : Cystoscopie des tumeurs vésicales ; M. GOUVERNEUR : Les tumeurs de la vessie.

Mercredi 5 juillet. Matin : M. RUDLER : L'anatomie du rein. Les voies d'abord du rein ; MM. CHEVASSU, LAZARD et MORET : L'urétéro-pyélographie. — Soir : M. CORDIER : L'anatomie de l'uretère. Les voies d'abord de l'uretère ; M. PELOU : L'exploration rénale globale par l'azotémie et la constante d'Ambard.

Jeudi 6 juillet. Matin : MM. CHEVASSU et LAZARD : Cathétérisme de l'uretère ; M. CHEVASSU : L'exploration fonctionnelle des reins séparés. — Soir : M. BAYLE : Pyélo-néphrites et cystites. Colibacilluries ; M. HUGUIER : Pyo-néphroses. Abcès corticaux du rein. Phlegmons péri-néphrétiques.

Vendredi 7 juillet. Matin : M. CHEVASSU : La tuberculose urinaire et uro-génitale ; M. GAUTIER : La recherche du bacille de Koch dans les urines. — Soir : M. BAYLE : Clinique et thérapeutique de la tuberculose urinaire ; M. LAZARD : L'endoscopie de la tuberculose urinaire.

Samedi 8 juillet. Matin : M. HEPP : Traumatismes du rein ; M. CHEVASSU : Néphrectomie. — Soir : M. CANOZ : Antiseptiques urinaires. Vaccins et sérums en urologie ; M. PELOU : Les éliminations provoquées.

Lundi 10 juillet. Matin : M. CHEVASSU : Calculs urinaires ; M. MORET : Radiographie des calculs urinaires. — Soir : M. MICHON : Calculs et corps étrangers vésicaux. Lithotritie ; M. LAZARD : L'endoscopie des calculs vésicaux.

Mardi 11 juillet. Matin : M. FEY : Calculs de l'uretère et coliques néphrétiques ; M. CHEVASSU : Traitement de calculs du rein. — Soir : M. BUSSER : Néoplasmes du reins ; M. COUVELAIRE : Kystes du rein. Rein polykystiques.

Mercredi 12 juillet. Matin : M. GOUVERNEUR : Ptoses rénales. Néphropexie ; M. CHEVASSU : L'interprétation des résultats du cathétérisme uretéral. — Soir : M. NEYRAUD : Rétentions rénales. Hydronéphroses ; M. BOULARD : Drainage et lavage du bassinet.

Jeudi 13 juillet. Matin : M. MORET : Urographie descendante ; M. CHEVASSU : Indications et contre-indications de la néphrectomie. — Soir : M. COUVELAIRE : L'uretère gynécologique. Fistules uretérales ; M. LEROY : Fistules vésicales, vésico-vaginales en particulier.

Samedi 15 juillet. Matin : M. CORDIER : Les anomalies de l'appareil urinaire ; M. LAZARD : Cystoscopie des vessies ouvertes et fistuleuses. — Soir : M. BARIÉTY Les acidoses en urologie ; M. CHEVASSU : Les anuries.

L'examen pour les candidats pressés aura lieu le 17 juillet. Pour les autres, il aura lieu dans la deuxième quinzaine d'octobre. Pour renseignements et inscriptions, s'adresser au laboratoire de bactériologie de la clinique urologique. Droit d'inscription : cours de Cochin, 500 francs.

Les inscriptions sont reçues à la Faculté de médecine, soit au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, soit à l'A. D. R. M., salle Béclard tous les jours, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi).

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Paris ; le médec. capit. Briand, 4e rég. ; les médec. lieut. : Detrois, rég. Paris ; Golse, rég. Paris ; Josseran, rég. Paris ; Moulle, 13e rég. ; le médec. sous-lieut. Chartier, rég. Paris.

A la 4e région. — Les médec. lieut. : Tissot, 2e rég. ; Daussy, 11e rég. ; les médec. sous-lieut. : Clenet, rég. Paris ; Deschamps, 13e rég.

A la 5e région. — Le médec. capit. Convers, 15e rég. ; les médec. lieut. : Arnon, rég. Paris ; Tusques, rég. Paris ; le médec. sous-lieut. Veau, rég. Paris.

A la 6e région. — Le médec.-capit. Gossart, rég. Paris ; les médec. lieut. Vilde, rég. Paris ; Chabadier, 15e rég. ; le médec. sous-lieut. Bussel, rég. Paris.

A la 7e région. — Le médec. command. Fleurot, rég. Paris ; le médec. lieut. Lenys, 1re rég.

A la 8e région. — Les médec. lieut. : Sautter, rég. Paris ; Scheid, rég. Paris.

A la 9e région. — Le médec. lieut. Francq, 2e rég.

A la 11e région. — Le médec. lieut.-col. Guilhaumon, 16e rég. ; le médec. capit. Parrussel, 15e rég. ; les médec. lieut. : Delmond-Bebet, rég. Paris ; Nabert, rég. Paris.

A la 13e région. — Le médec. command. Gauthier, 9e rég. ; les médec. capit. : Cambies, rég. Paris ; Jumon, rég. Paris ; Walter, rég. Paris ; les médec. lieut. : Genty, rég. Paris ; Sourice, rég. Paris ; Anglade, 16e rég. ; les médec. sous-lieut. : Cros, rég. Paris ; Crohas, tr. Maroc.

A la 14e région. — Les médec. lieut. : Challiol, 14e rég. ; Gazel, 14e rég. ; Porot, 19e C. A. ; le médec. sous-lieut. Leandri, rég. Paris.

A la 15e région. — Le médecin capit. Borel, 2e rég. ; les médec. lieut. : Boye, rég. Paris ; Perrier, 3e rég. ; Charvet, 14e rég. ; Vieu, 14e rég. ; les médec. sous-lieut. : Broutin, rég. Paris ; Negro, 13e rég.

A la 16e région. — Le médec. lieut. Rougean, rég. Paris ; le médec. sous-lieut. Boissonnade, 13e rég.

A la 17e région. — Le médec. lieut. Darieux, rég. Paris.

A la 18e région. — Les médec. capit. : Biat, 2e rég. ; Boulard, 9e rég. ; les médec. lieut. : Pierra, rég. Paris ; Perret, 1re rég. ; Testart, 9e rég. ; Gellereau, 11e rég. ; les médec. sous-lieut. : Constant, 16e rég. ; Cazaugade, tr. du Maroc.

Au 19e C. A. — Le médec. lieut. Pourquie, 18e rég.

A la 20e région. — Les médec. lieut : Callot, rég. Paris ; Tulasne, rég Paris.

Aux tr. du Maroc. — Le médec. capit. Hudde, rég. Paris ; les médec lieut : Katsoulis, rég. Paris ; Berre, 15e rég.

Sont placés dans la position « hors cadres, affectation spéciale » (article 18 de la loi du 8 janvier 1925), au titre des régions et des tableaux ci-après, les officiers de réserve du Service de santé dont les noms suivent (dossiers détenus par les directeurs du Service de santé) :

A la 1re région : Cordier, médec. command. de rés., 1re rég., tabl. 2 (3 mois) ; Taquet, médec. capit. de rés., 1re rég., tabl. 3 (60 jours).

A la 2e région : Ducellier, médec. lieut. de rés., 2e rég., tabl. 3 (3 mois).

A la 6e région : Peiffert, médec. lieut. de rés., 6e rég., tabl. 2 (30 jurs) ; Meyniel, médec. lieut. de rés., 20e rég., tabl. 2 (30 jours).

A la 8e région : Rousselin, médec. lieut. de rés., 8e rég., tabl. 3 (3 mois).

A la 13e région : Moreau, médec. command. de rés., 13e rég., tabl. 2 (30 jours) ; de Mourgues, médec. capit. de rés., 13e rég., tabl. 2 (30 jours).

A la 20e région : Schloss, médec. lieut. de rés., 20e rég., tabl. 3 (60 jours).

SYNDICAT MÉDICAL DE SEINE-ET-OISE

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Délibération du 28 février 1939

Assistance médicale gratuite

(*Contrôle direct*)

Le Conseil d'administration, après avoir entendu le compte rendu de la dernière séance de la Commission de contrôle de l'Assistance médicale gratuite,

Demande instamment à la Préfecture de Seine-et-Oise d'envisager toutes mesures destinées à rendre ce contrôle réellement efficace.

Il apparaît en effet, du compte rendu fourni par les représentants du Syndicat à la Commission de contrôle de l'Assistance médicale gratuite, que le contrôle des soins est de pure forme, effectué trop tard, ce qui ne lui permet en aucune façon d'être efficient.

Etant donné qu'il est incontestable que des abus se produisent en matière de soins aux bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite, le Syndicat médical de Seine-et-Oise demande que le contrôle direct prévu dans le dernier règlement préfectoral, soit déclenché aussi souvent que cela sera nécessaire.

Outre les répercussions morales que ce contrôle ne saurait manquer d'apporter dans la répression des abus, le Conseil d'administration du Syndicat médical de Seine-et-Oise est convaincu que les dépenses d'assistance du département se trouveraient notablement allégées. (*Communiqué*).

L'ingestion de queues d'asperges pour l'évacuation des corps étrangers irréguliers avalés par les enfants

(Procédé du Professeur OMBRÉDANNE)

J'avais eu l'occasion de lire dans le *Concours Médical* des observations (encore assez peu nombreuses malgré tout) de corps étrangers avalés par des enfants et expulsés grâce à l'absorption d'asperges, cela pour le plus grand bien des petits malades.

Appelé d'urgence auprès d'un enfant ayant avalé un gros morceau d'une coquille de moule, j'ai conseillé aussitôt aux parents un peu étonnés de faire manger des queues d'asperges à l'enfant. C'est ce qu'ils firent et le lendemain, l'enfant rendait parmi ses selles ce débris « enrobé d'une sorte de gélatine » selon l'expression de la maman.

Je crois que ce petit procédé simple gagnerait à être connu. Dans certains cas, il pourra encore rendre service à quelques confrères.

Dr J.-R. MALLET,
(Bordeaux)

◆ ◆ ◆

L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris et les médecins auxiliaires mobilisés

Le bureau de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, 8, *rue Dante, Paris* (Ve), *communique :*

L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, reconnue d'utilité publique, a fait connaître le 30 avril dernier par la voie de la presse les démarches entreprises par elle en faveur des médecins-auxiliaires rappelés sous les drapeaux depuis mars 1939. Son délégué permanent, Maurice Mordagne, qui a toujours défendu auprès des Pouvoirs publics et du Parlement la doctrine de l'Association corporative en ce qui concerne le statut militaire des étudiants en médecine, a reçu le meilleur accueil des personnalités compétentes. Il prie les camarades qui ont repris l'uniforme de médecin-auxiliaire de faire confiance aux autorités qui comprennent leurs doléances et à ceux qui défendent leurs intérêts. Les décisions qui peuvent être prises à leur sujet exigent de longues études d'ordre général et doivent tenir compte des nécessités du service.

M. Mordagne rappelle que la nomination des médecins auxiliaires de réserve au grade de médecin sous-lieutenant de réserve n'est prononcée que dans la limite des places vacantes et des crédits budgétaires. Les candidats à ce grade doivent faire leur demande de nomination avant le 1er septembre, ou au plus tard le 15 octobre pour ceux libérés du service actif à cette date, et les promotions paraissent au début de juillet suivant.

Le délégué permanent de l'Association corporative a reçu du ministre de la Guerre une lettre précisant que le nombre de médecins auxiliaires de réserve candidats au grade de médecin sous-lieutenant de réserve au titre de 1939, est nettement supérieur à celui des nominations prévues. Quant aux médecins-aspirants, la loi du 19 juin 1937 ne permet de nommer à ce grade que des docteurs en médecine ou des internes titulaires des hôpitaux d'une ville de Faculté nommés au concours et titulaires de seize inscriptions de doctorat : le nombre en est limité comme celui des médecins sous-lieutenants.

La lettre ministérielle déclare enfin que la situation des docteurs en médecine, médecins-auxiliaires de réserve, rappelés ou maintenus sous les drapeaux fait actuellement l'objet d'une étude d'ensemble.

Le Bureau de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris est heureux de porter ces nouvelles à la connaissance des nombreux médecins auxiliaires actuellement sous les drapeaux.

◆ ◆ ◆

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Au cours de sa Réunion du 23 mai 1939, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

MM. les Docteurs :

13.773 CHARTIER, Saint-Valéry-en-Caux (Seine-Inférieure). Syndicat médical d'Yvetot.
13.774 CHEVROLLE, Béton-Bazoches (Seine-et-Marne). Syndicat des médecins de Seine-et-Marne.
13.775 CORMÉLIE, Fontainebleau (Seine-et-Marne). Syndicat médical de Seine-et-Marne.
13.776 CATESSON, Champrosay, par Draveil (Seine-et-Oise). Parrains : Docteurs Guillermain et de Laguerenne.
13.777 DE MARQUEISSAC, Le Bouscat, (Gironde). Syndicat des médecins Bordelais.
13.778 DEPRECQ, 3, rue des Trois-Conils, Bordeaux (Gironde). Parrains : Docteurs Petges et Leuret.
13.779 DUBREUIL-CHAMBARDEL (Elisabeth), Babel-Hadid, Fez (Maroc). Parrains : Docteurs Prat et Buzon.
13.780 DUPUY, 244, boulevard Raspail, Paris (XVe). Association professionnelle des anciens externes.
13.781 DUSSAUT, Valence (Drôme). Syndicat des médecins de la Drôme.
13.782 EYRAUD, Feurs (Loire). Syndicat de la Loire.
13.783 GESLIN, 168, boulevard Chave, Marseille (Bouches-du-Rhône). Syndicat des médecins brevetés de la Marine marchande.
13.784 GOUDARD, Vichy (Allier). Parrains : Docteurs Bordier et Machavoine.
13.785 GUY, Lannion (Côtes-du-Nord). Parrains : Docteurs Royer et Léculier.
13.786 HAAG, Grosbliederstroff (Moselle). Syndicat des médecins de l'arrondissement de Sarreguemines.
13.787 HARDY, Sainte-Pazanne (Loire-Inférieure). Syndicat de Loire-Inférieure Sud.
13.788 HUTET, Châtel-Guyon (Puy-de-Dôme). Syndicat de Châtel-Guyon.
13.789 JONDEAU, Mayenne (Mayenne). Syndicat médical de la Mayenne.
13.790 LE CAM, Fougères (Ille-et-Vilaine). Président du Syndicat des médecins de l'arrondissement de Fougère.
13.791 LEGROUX, Bagnoles-de-l'Orne (Orne). Parrains : Docteurs Forge et Porthier.
13.792 MAURY, Le Mans (Sarthe). Parrains : Docteurs Wallet et Maynadier.
13.793 MONIN, Castelnau-du-Médoc (Gironde). Syndicat des médecins du Médoc.
13.794 ROIDOT, Rang-du-Fliers (Pas-de-Calais). Syndicat de Montreuil-Saint-Paul.
13.795 SOUBIRAN, Nérac (Lot-et-Garonne). Parrains : Docteurs Biar et Esquirol.
13.796 THÉVENIN, Rouen (Seine-Inférieure). Syndicat médical de Rouen.
13.797 VIGNALOU, 80, rue Blanche, Paris (XIXe). Parrains : Docteurs Antonelli et de Font-Réaulx.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestations dans les quinze jours qui suivront la présente publication (art. 5 des Statuts).

CORRESPONDANCE

DÉONTOLOGIE

4.034. — A propos des dénigrements interconfraternels

Dans le même numéro du *Concours*, celui du 14 mai 1939, le Docteur R. Massart et vous-même donnez aux confrères le sage conseil de ne pas critiquer les diagnostics ou les traitements des médecins qui les ont précédés auprès d'un malade.

On ne peut que vous approuver tous deux. Mais une expérience déjà longue m'a prouvé que deux autres conseils seraient au moins aussi opportuns et s'ils étaient suivis, de nature à diminuer le nombre des litiges de ce genre, si nuisibles au Corps médical :

1° Avant de reprocher à un confrère des « propos malveillants ou maladroits », vérifier s'ils sont exacts. J'ai récemment reçu d'un médecin une lettre dont la véhémence, si elle ne m'a guère ému, prouvait du moins sa conviction formelle. Des paroles malveillantes — que je n'ai jamais prononcées — m'étaient reprochées, entre guillemets, avec une telle précision que visiblement elles ne pouvaient avoir été inventées par le signataire.

C'est pourquoi j'ai administré la preuve de la calomnie, le hasard me permettant de l'établir. Mais, dans la très grande généralité des cas, on ne peut le faire. Or, qui n'a pas des ennemis prompts à la malveillance ?

2° Avant d'écrire une telle lettre, d'examiner soi-même avec grand soin, car, en fait de déontologie, les plus chatouilleux pour eux-mêmes sont bien souvent les moins chatouilleux pour les autres. Le précepte : *cura te ipsum* est bien ancien, mais n'est guère obéi.

Dr P.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Accidents du Travail

3.791. — Quelques questions intéressantes à fixer

J'ai à nouveau recours à vous pour élucider quelques questions concernant les accidents du travail :

1° Doit-on envoyer à l'employeur en lettre recommandée le certificat en double exemplaire décrivant les lésions du blessé et fixant la durée probable de l'incapacité de travail ?

Si oui, doit-on bénéficier de la franchise postale ?

Si non, comment prouver que l'envoi a été fait ?

2° Les actes de petite chirurgie pratiqués le dimanche sont-ils majorés ?

3° Ceux pratiqués d'urgence la nuit le sont-ils ? de combien ?

4º Que demander pour un plâtre du pied destiné à la contention d'une fracture de métatarsien afin d'éviter le déplacement des fragments à la marche ?

5º J'ai soigné du 30 décembre 1938 au 11 février 1939 un accidenté du travail (hydarthrose du genou). Le 9 janvier, j'ai autorisé la reprise du travail pour le 10 janvier en spécifiant que des soins étaient encore nécessaires.

L'Assurance refuse de me régler les soins postérieur à ce 10 janvier sous prétexte qu'un jugement d'expert a fixé à cette date la consolidation (avec incapacité permanente partielle), mais je n'ai jamais été avisé de ce jugement. L'expertise d'ailleurs date de fin janvier au début de février et fut faite sans que j'aie été prévenu.

D'autre part j'avais demandé l'autorisation de faire au blessé quelques séances de haute fréquence. L'Assurance n'ayant pas répondu, j'ai considéré l'acceptation comme donnée, mais les séances étant postérieures au 10 janvier, elles ne me sont pas réglées.

Quelle conduite dois-je tenir ?

Dr T.

Réponse

1º Il ne faut pas confondre la « carte-lettre » à envoyer obligatoirement dans les 48 heures et le certificat initial à envoyer dans les huit jours. Ce sont deux choses distinctes qui ne peuvent se remplacer mutuellement. La preuve que l'envoi de la lettre recommandée a été fait, c'est le récépissé que vous retourne la poste après qu'elle a fait la recommandation ; c'est pourquoi, il y a, à votre disposition à la Confédération des carnets à souche contenant la carte-lettre et le récépissé qui s'y trouve attaché ;

2º Seule la visite est l'objet de la majoration dominicale indiquée à l'art. 3 ;

3º Les actes pratiqués la nuit sont majorés de 25 % (art. 8) ;

4º Vous pouvez demander par analogie avec contention par appareil plâtré d'un seul os de l'avant-bras : 65francs (art. 18) ;

3º Si la consolidation fut fixée par jugement, c'est de ce jour que date la fin de la responsabilité patronale.

Dr F. Decourt.

3.790. — Soins donnés par un remplaçant

Je vous écris en tant que secrétaire du Syndicat médical de X sur le sujet suivant :

A notre dernière réunion, un confrère a demandé comment il fallait interpréter l'article de la nouvelle loi sur les accidents de travail qui dit que « le médecin ne peut réclamer d'honoraires que pour des soins qu'il a donnés lui-même » (page 15 du supplément au *Concours Médical* sur le tarif des accidents du travail, article 30 dernière ligne).

Quelle conduite tenir désormais lors de l'envoi d'une note d'honoraires, lorsque, en cours de traitement, un blessé aura reçu les soins : 1° d'un remplaçant légalement autorisé ; 2° d'un confrère qui est votre remplaçant pendant une absence de quelques jours ?

On ne peut tout de même pas faire envoyer par un étudiant, ou le confrère une note d'honoraires pour un blessé qu'il aura vu une fois ou deux, en cours de traitement ! !

Je serais heureux de recevoir une réponse directement ou par la voie du *Concours*, afin de pouvoir renseigner mes confrères à la prochaine réunion du Syndicat.

Dr D.

Réponse

a) Il n'y a rien de changé à ce sujet et cette précision se trouvait déjà dans tous les divers tarifs précédents ;

b) Un remplaçant exerce au lieu et place d'un médecin absent et au compte de celui-ci. C'est donc le remplaçant qui envoie la note dans ce cas, comme en clientèle courante.

Dr F. DECOURT.

---

b) *Pensionnés de guerre et Assurances sociales*

3.366. — Les différents prix d'une diathermie. Accouchement en cas d'assurée assistée

1° Combien compter les séances de diathermie (ondes courtes) après autorisation de la Commission de contrôle, faites à un pensionné militaire.

Si je n'avais pas demandé l'autorisation pourrais-je compter les cinq premières séances au tarif (que vous allez m'indiquer) et les autres, suivantes au prix d'une simple consultation ?

2° Comment dois-je établir mon mémoire d'honoraires pour un accouchement d'une assurée sociale indigente.

En Gironde le tarif appliqué aux bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite pour les visites, consultations, soins médicaux, et indemnité kilométrique est celui des accidents du travail.

Cependant le tarif maternité est le suivant : 200 francs pour l'accouchement simple y compris cinq visites consécutives, plus les indemnités kilométriques correspondantes.

Le Service de l'Assistance médicale gratuite règle par mandats les honoraires médicaux et il fait rembourser directement par les Caisses d'assurances sociales la part qui leur incombe.

Le tarif de responsabilité des Caisses pour l'accou-

chement est un prix forfaitaire de 250 francs (soins médicaux et pharmaceutiques). Il se trouve par suite que pour un accouchement sur place (sans indemnité kilométrique) le remboursement des Caisses au Service de l'Assistance médicale gratuite est supérieur aux honoraires versés par le Service, si j'établis mon mémoire suivant le tarif de l'Assistance médicale gratuite.

Donc, comment dois-je compter : établissement du mémoire suivant tarif Assistance médicale gratuite ; établissement du mémoire suivant tarif accident du travail, c'est-à-dire 375 francs et indemnité kilométrique en sus ?

Je dois vous dire qu'autrefois j'en ai décompté suivant ce deuxième mode : 375 francs l'accouchement, 15 francs chaque visite consécutive, indemnité kilométrique en sus et que j'ai été payé sans difficulté.

Dr R.

Réponse

1° Le décret du 31 octobre 1938 dit : « Diathermie localisée : ondes longues, la séance : 40 francs ; ondes courtes : *a*) avec appareil de 250 wats environ, la séance : 35 francs ; *b*) 7 à 800 wats : 45 francs ; *c*) 1.500 et au-dessus : 75 francs ;

2° L'art. 18 du décret-loi du 25 octobre 1922 (qui est encore, en pratique, le tarif général actuel) porte à l'art. 18 : « Lorsqu'au cours du traitement le médecin traitant estime nécessaire, soit ....., soit ....., soit une série de plus de cinq interventions à tarif spécial, il doit en donner avis dans les vingt-quatre heures à la Commission de contrôle ». Il s'ensuit, à mon avis, que cet « avis » n'est pas nécessaire pour les cinq premières interventions qui doivent être payées à leur tarif propre ;

3° *Assurés-assistés.* — Vous n'avez pas à vous occuper, pour un assuré-assisté, du tarif d'Assistance médicale gratuite, mais uniquement du tarif de responsabilité de la Caisse intéressée qui, dites-vous, est pour accouchement simple un prix forfaitaire de 250 francs. C'est ce forfait que verse la Caisse au Service départemental d'assistance, que l'accouchement ait eu lieu à domicile ou même à l'hôpital. Mais l'art. 19, alinéa 3 du décret du 28 octobre 1935 ne spécifiant pas comment seraient déterminés les honoraires revenant aux praticiens pour maternité (alors que le traitement comprend médecine et pharmacie), il y a lieu (et c'est l'affaire du Syndicat), de veiller à une répartition normale et équitable des frais médicaux d'une part et pharmaceutiques d'autre part. D'où quelquefois certaines anomalies possibles. Vous devez donc demander à la Préfecture les précisions nécessaires pour établir votre mémoires et je suis même étonné qu'elle ne les ait pas déjà données.

Dr F. DECOURT.

FISCALITÉ

3.266. — Patente sur le garage d'une automobile

J'ai acheté récemment une auto qui me sert non pour ma profession (je fais uniquement de la spécialité, au cabinet), mais pour ma distraction. Cette voiture est dans un grand garage de la ville : je n'ai pas de garage particulier.

Dois-je avertir le fisc en quelque chose ? Dois-je payer patente sur le garage ? Ou ai-je intérêt à considérer ce véhicule comme à usage à la fois professionnel et personnel (1/2, 1/2) ?

Au cas où je prenne un garage particulier, la situation est-elle changée ?

Dr F.

Réponse

Si votre voiture automobile vous sert uniquement pour votre distraction, vous ne devez pas de patente sur le garage.

Bien entendu les frais qu'elle vous occasionne ne doivent pas figurer dans vos dépenses professionnelles.

Il y a, à cet égard, une réponse écrite de M. le ministre des Finances du 11 mars 1931 reproduite dans le *Bulletin Dupont*, d'avril 1931, page 341.

Si vous décidez de vous servir de votre voiture à titre professionnel, et si vous louez un garage particulier, vous aurez à payer une patente pour ce garage calculée de la même manière que pour les locaux professionnels.

Si vous garez dans un garage public, votre patente sera établie sur la valeur locative de la place occupée par votre voiture.

Cette dernière sera déterminée d'après le loyer mensuel ramené à l'année sous déduction de 40 % ; ces 40 % représentant le remboursement de services : eau, éclairage, non imposables à la patente.

A. et S. MARTINOT
Conseillers fiscaux

3.661. — L'abattement de 10% sur la patente

Je viens de recevoir et de vérifier ma feuille d'avertissement pour la patente. Elle est correctement établie, mais sur les mêmes principes que l'an dernier, c'est-à-dire qu'elle ne tient pas compte de l'abattement de 10 % sur le principal fictif prévu par l'un des derniers décrets-lois.

Je suppose qu'il a dû en être de même pour tous les médecins. Or, dans son article du *Concours* n° 7, mai 1939, M. Jean Mignon assure que bien que les médecins ne soient pas soumis à la taxe d'armement, ils doivent bénéficier quand même du dégrèvement compensateur de la patente, « le décret ne faisant aucune distinction ».

Est-ce bien l'avis du fisc ?

Et, en tout état de cause, quelle doit être ma ligne de conduite, ou — d'une façon plus générale — celle des médecins dont la patente de 1939 a été établie sur les mêmes principes que celle de 1938, sans l'abattement de 10 % sur le principal fictif ?

Dr B.

Réponse

La diminution de 10 % pour 1939, de 20 % pour 1940 et éventuellement pour chacune des années postérieures sur le principal fictif de la patente est applicable à tous les patentés : commerçants, industriels, professions libérales.

Les avertissements pour 1939 étaient déjà établis. C'est la raison pour laquelle, ils sont calculés sur les mêmes bases que pour 1938. Les contribuables recevront une note qui établira le quantum du dégrèvement.

A. et S. M.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

4.148. — Engagement pour la durée de la guerre

Je viens vous prier de me faire savoir :

1° Si l'engagement pour la durée de la guerre au titre de la Défense passive permettant à un officier rayé des cadres sur sa demande après qu'il a terminé ses obligations militaires de conserver son grade et de choisir son poste peut être contracté soit durant la période de son maintien à la disposition du ministre pour la Défense passive comme faisant partie d'une des deux dernières classes libérées, soit seulement après l'expiration de la dite période de deux ans ?

2° Si la première supposition étant retenue, l'engagement doit être contracté au moment de la radiation ou peut l'être à n'importe quel moment des deux ans qui suivent cette dernière ?

Je vous saurais également gré de m'indiquer l'autorité à laquelle il faudrait s'adresser pour effectuer un pareil engagement et de me préciser, si cela vous est possible, quelles sortes de considération président pour les hommes de troupe de la Défense passive à la nomination au grade de soldat de 2e classe ou de sous-officier surtout lorsqu'il s'agit d'un médecin.

Je vous demanderai enfin de me dire si faisant partie de la classe 1908 et ayant été radié des cadres le 15 septembre 1937 je serai bien, comme je le crois, dégagé des obligations de la Défense passive à la date du 15 octobre 1939.

Dr F.

Réponse

L'engagement pour la durée de la guerre doit être signé au point de vue militaire (conservation de grade) et non au titre de la Défense pas-

sive, ce qui serait un engagement purement civil, à souscrire à la Préfecture.

Au contraire, l'engagement pour la durée de la guerre se contracte au plus prochain bureau de recrutement. Il peut être signé, même pendant les deux années de maintien à la disposition du ministre de la Guerre pour la Défense passive.

La classe 1908, à laquelle vous appartenez, n'a pas été mise à la disposition de la Défense passive ; il n'en est ainsi que pour la classe 1909, et au 15 octobre prochain pour la classe 1910.

La situation de 2e classe pour les officiers de réserve, qui veulent être libérés du service en même temps que les hommes de leur classe, résulte du 3e alinéa, art. 10 de la loi du 8 janvier 1925.

« Tout officier, qui déclare ne pas vouloir rester dans les cadres, est considéré comme démissionnaire. »

Or, la démission entraîne l'abandon du grade.

3.108. — Affectation d'un médecin appartenant à la deuxième réserve

Faisant partie de la classe 1921, j'ai trois enfants. Suivant la réponse que vous avez faite à plusieurs confrères, j'appartiendrais donc à la classe 1915 et depuis octobre dernier, à la deuxième réserve.

D'après mon dernier ordre de mobilisation reçu il y a quelques jours, je dois rejoindre X. pour être employé à un « bataillon d'encadrement des étrangers » (médecin-chef).

S'agit-il, en l'espèce, d'une affectation dans une formation de l'Intérieur ? Dans la négative, serais-je autorisé à adresser une réclamation à mon Directeur du Service de santé ?

Dr B.

Réponse

Votre affectation semble, en effet, répondre à un poste de l'Intérieur auquel vous avez droit, comme appartenant à la deuxième réserve.

Pour plus de certitude, vous pourriez poser la question à votre Directeur du Service de santé, et ensuite exposer, le cas échéant, vos justes revendications.

4.183. — Sur l'honorariat du grade

Classe 1901 (58 ans le 15 juillet prochain), 4 enfants (est-ce que cela me vieillit comme classe ?). Médecin capitaine de réserve, je viens de recevoir la note suivante de la Direction du Service de santé : « J'ai l'honneur de vous informer que par application de l'article 12 de la loi du 8 janvier 1925, vous allez être atteint par la limite d'âge de votre grade, au cours du troisième trimestre 1939. L'article 109 de l'Instruc-

tion du 5 décembre 1936 ayant spécifié que tout officier de réserve susceptible d'être admisàl'honorariat doit êtreinvité à faire connaître par écrit, s'ildemande ou non cette admission, je vous serais obligé de vouloir bien remplir la déclaration modèle 23ci-jointe et me la renvoyer après signature pour le 1er juin 1939 au plus tard. »

Je voudrais savoir à quoi m'engage cet honorariat ou quels avansages il me confère. J'avais un ordre de mobilisation me prescrivant de rejoindre le vingt-cinquième jour : or, il y a quelques jours (avant la note ci-dessus), j'ai reçu un nouvel ordre de mobilisation m'enjoignant de rejoindre le premier jour et sans délai.

Dans quelles conditions me met l'honorariat au point de vue mobilisation, et la renonciation à l'honorariat me libère-t-elle de toute obligation militaire?

Car voici matériellement ma situation :

Nous sommes deux médecins à exercer à N... Moi, officier de réserve mobilisable le premier jour et mon confrère, médecin étranger, non naturalisé, bénéficiant des avantages antérieurs à la loi de 1935. J'espère qu'une mobilisation civile lui désignerait une affectation hors de sa résidence ; mais, nous deux partis, il faudrait nécessairement désigner un médecin pour assurer les soins de la population civile, et vraisemblablement du petit hôpital qui serait constitué comme en 1914-1918.

Je préférerais être celui-là !

Car de mes quatre enfants, deux filles non mariées sont à ma charge, et mes deux fils, médecins-lieutenants de réserve, ont chacun une femme et trois enfants. Vous voyez les charges que nous aurions à nous partager ! Cela pour vous expliquer qu'il n'y a pas « cannage » de ma part, ayant 44 mois de front en 1914-1918, mais plutôt préoccupation légitime.

Dr F.

Réponse

L'honorariat du grade est uniquement honorifique, comme son nom l'indique ; il vous est permis de faire suivre votre titre de médecin capitaine du mot « honoraire » ; vous êtes autorisé à revêtir votre uniforme dans les cérémonies, etc... Mais, au point de vue militaire, vous êtes entièrement dégagé de toutes obligations. Le nombre de vos enfants n'a donc plus à intervenir. D'autre part, vous ne restez plus à la disposition du ministre de la Guerre durant deux années pour la Défense passive.

Soixante et unième année · N° 26 · 25 Juin 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg .	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro..........	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.

AVIS

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Annecy. Lortet, Pierron.
Chamonix. de Chabanolle (*enf. cure hélio-alpine*)
Jougne. (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louvesc (Ardèche). J. Goubert.
Langogne (Lozère). Adrien Forestier.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Mégève. Marcel Grenet, Jacqueline Grenet-Gazamian (*enf.*)
Mouthe (Doubs). R. Paindestre.
Osséja (Pyr.-Or.). J. Avérous.
Pau (Basses-Pyr.). Cornet. Lorber.
Plateau d'Assy. E. Sivrière.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Villard-de-Lans. Bassaget (*mal. enf.*), Suau (*mal. enf.*)

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires et climatiques

MM. les docteurs :

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.), Lévy.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Berck-Plage. Bouquier, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Biarritz. Clavel, M. Claverie, Lacour, Pitchalsky (*chir. répar. Stom.*)
Cannes. Bourgeois-Gavardin, P.-E. Bousquet, P. Houssiaux, Joublot, Makereël, Gérard Monod, Roques, L. Zimmer.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Croix-de-Vie. Cristau.
Deauville. Molina.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Grau du Roi (Gard). Ramain.
Hendaye. Th. Casenave.
Le Boulou. M. Basman, J. Noguès
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, M. Lelongt, Nicolas, Trutié de Vaucresson (*chir.*)
Ouistreham-Riva-Bella. Ch. Poullain.
Paramé. Bazin.
Pau. Cornet. Lorber.
Roscoff. Bagot père, Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer. (Calvados), Em. Quiquemelle.
St-Georges-de-Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul.
St-Jean-des-Monts. Riou.
Ste-Maxime-s/Mer. E. Bausset, Ficonetti.
St-Quay-Portrieux. Bertran
Saint-Raphaël. Boulle, Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Roux de Laroque (*Gyn. enf.*). Pierre Tridon.
Saint-Servan. Huet.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Trébeurden. Royer.
Villars-de-Lans. Bassaget.

DEMANDES ET OFFRES

Nº 200. — Berry. Poste dans ville import., bonne client. Condit. : achat maison prix coûtant, plus indemnité demi-année.

Nº 201. — Radiologiste sérieux demandé pour assurer remplacem. début 1er août.

Nº 202. — Radiologiste sérieux demandé comme assistant en vue associat. Capitaux exigés. Situat. intéress.

Nº 203. — On cherche pour malade impotente et incurab., mais non mentale, un établis. de préfér. à personnel religieux avec ou sans direct. médic., situé dans un rayon maxim. de 200 km Paris-Ouest, Nord-Ouest, Sud-Ouest, ou Sud-Est, pourvu du confort et posséd. grand jardin ou parc, avec chambre au rez-de-chaussée.

Nº 204. — Poste pro-pharmac., à céder Ouest, titulaire voulant faire sa pharmacie.

Nº 205. — Dans ville Est, veuve confr. oculiste céder. après décès cabinet de son mari, avec belle clinique parfait. installée, matériel, nombr. instrum., access.

Nº 206. — Banlieue N.-O., 7 km Paris, à vend. gr. villa 14 p. princip. tout confort, parfait état, gr. jardin, garage, buanderie. Conviendr. à doct., clin., etc.

Nº 207. — A louer pour villégiature (Eure), pet. maison rurale (2 gr. pièces et cuis.) dans un champ, adossée à un bois, proximité du bourg. Dr Mouton, Tillières-sur-Avre (Eure).

Nº 208. — Rég. Ouest. Pour rais. santé à céder d'urg. à méd. cathol. pratiquant, bon poste de campagne, bon chiffre. Prix 40.000, condit. à débatt. Faire offres en indiquant référ.

Nº 209. — Méd. franç. cherche client.méd.générale dans pet. ville à 50 km. Paris.

Nº 210. — Fils de confr., profess. de lettres, donner pendant les vacances leçons de français, latin, grec, par correspond. Prix confratern. Ecr. Dr Poissenot, Saint-Jacut-de-la-Mer (C.-du.N.)

Nº 211. — Assistant, doct. en méd., franç., cathol., connaiss. parfait. électro-radiol. est demandé dans gr. ville du Nord. Envoyer curric. vitæ détaillé : thèse, travaux, référ., etc.

Nº 212. — A vendre. Mobil. de bureau Louis XVI orné bronzes, bibliothèque, bureau, sellette, sièges, très bon état, à vendre 2.000 frs. Bureau laqué gris et fauteuil, à vend. 200 frs. S'ad. Mme Cailleux, 15, rue des Beaux-Arts après 18 heures.

Nº 213. — Rosengart super 5, avril 1938 garantie, à vendre 13.000 francs.

Pour toute demande de renseignements il est indispensable de joindre un timbre.

CABINET BREITEL ET GORET

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Vallée de la Seine. A 40 kil. de Paris. Très import. client. Jolie habit. Cond. à débat.

Plein centre Paris. Urgent, client. méd. gle de quartier, bel appart., à céder. contre 15.000 cpt.

Seine-et-Oise. Intéress. client en pleine activté. Prix 30.000.

Auvergne. Petite ville, méd. gle, client. industr. instal. conf. Prix 30.000, 20.000 cp.

Poitou. 20 km. grd centre, client. rur. bons paiem., petite indemnité.

Renseignements

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Elections.* — MM. BOUIN, de Strasbourg, et CASTAIGNE, de Clermont-Ferrand, sont élus *associés nationaux.*

— **Des échanges d'étudiants en médecine** auront lieu cette année pendant le mois d'août avec des étudiants de Bulgarie, Hongrie, Pologne, Tchéquie, Slovaquie, Yougoslavie.

Les étudiants désireux de participer à ces échanges sont priés de s'adresser au Bureau de l'A. D. R.M., salle Béclard, Faculté de médecine, de 14 à 17 heures, sauf le samedi.

— **Congrès des automobile-clubs médicaux.** — Ce Congrès se tiendra à Copenhague du 20 au 23 août. Y seront discutées les questions suivantes : certificat d'aptitude physique pour le permis de conduire ; permis de conduire pour les invalides ; le diabétique en automobile. Des excursions sont prévues.

Adresser les adhésions de principe au Docteur Lafond, secrétaire général, 89, boulevard Magenta, Paris.

— **Hôpital maritime de Berck.** — *Quinze leçons sur les tuberculoses chirurgicales et en particulier ostéo-articulaires, et quelques sujets d'orthopédie,* par

M. André RICHARD, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien-chef de l'hôpital maritime de Berck, avec la collaboration des Professeurs Ombrédanne, Mathieu, du Docteur E. Sorrel, de MM. Delahaye, Allard, Froyez, Parin, Poidevin, de Cagny, de Mlle S. Picard.

Les cours auront lieu à l'hôpital de Berck, du 29 juin au 15 juillet. S'adresser au Docteur Delahaye, hôpital maritime de Berck-Plage (Pas-de-Calais).

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de médecin des hôpitaux* (2e concours de nomination). — Total des points obtenus : M. Albeaux-Fernet, 39,72 ; Mme Roudinesco, 39,62 ; MM. Oumansky, 39,54 ; Uhry, 39,54 ; Fouquet, 39,54.

Sont nommés médecins des hôpitaux de Paris : M. ALBEAUX-FERNET, Mme ROUDINESCO.

— **Exposition de la sécurité.** — Lors de sa visite à l'Exposition de la sécurité, M. Edouard Daladier, président du Conseil, s'est particulièrement intéressé aux présentations concernant la défense passive, notamment aux tranchées-abris de la Ville de Paris, au matériel de détection des gaz de la Préfecture de Police. Les panneaux éducatifs édités par « L'œuvre pour la sécurité et l'organisation des secours », indiquant les consignes de la défense passive, ont aussi retenu l'attention du président du Conseil qui a visité les stands animés par les démonstrations des Associations de volontaires.

— **Réglementation de l'emploi des benzols.** — Le ministère du Travail prépare actuellement un important décret sur la réglementation de l'emploi des benzols, comportant notamment, l'examen médical (à l'embauchage, puis au bout de trois mois, et ensuite tous les ans) des ouvriers de toutes les industries où le benzol est utilisé. Ces examens médicaux seront nécessairement complétés par des examens sanguins, ce qui soulève d'assez grandes difficultés de réalisation pratique.

— **Hôpitaux de Lyon.** *Concours de médecin des hôpitaux.* — Un concours pour la nomination d'un médecin des hôpitaux de Lyon s'ouvrira le 27 novembre 1939. Le registre des inscriptions sera clos le 10 novembre.

S'inscrire au siège administratif des hospices civils de Lyon, 3, quai des Célestins.

— **Hospices civils de Bône.** *Internat.* — Deux postes d'internes seront bientôt vacants à l'hôpital civil de Bône. Adresser les demandes le plus tôt possible à M. le Directeur des hospices civils de Bône.

Conditions : être Français, pourvu de seize inscriptions. Avantages : logement, nourriture, indemnité de 700 à 1.000 francs par mois.

— **La Société médicale de Passy**, sous l'égide de son Comité de patronage, a décidé la création d'un *prix annuel* de 2.000 francs, destiné à récompenser une thèse concernant la phtisiologie.

Tous les renseignements relatifs à l'attribution de ce prix seront fournis par le secrétariat de la Société médicale de Passy, Sanatorium Martel de Janville (Haute-Savoie).

— **Ier Congrès international de biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports** (Bruxelles, 9-12 juillet 1939). — Ce Congrès sera consacré à la physiologie et à la diététique de l'entraînement.

Secrétariat : 96, avenue Paul-Janson, à Bruxelles.

— **Mariage.** — Nous avons le plaisir d'annoncer le mariage de M. Jean Huber, interne des hôpitaux de Paris, fils du Docteur Julien Huber, médecin des hôpitaux de Paris, officier de la Légion d'honneur, Croix de guerre, et de Mme Julien Huber, avec Mlle Annette Cheurlot. La cérémonie a eu lieu le samedi 17 juin 1939, à Chérence (Seine-et-Oise).

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Eugène Béchet, d'Avranches (Manche) ; du Docteur Jean Boyer, de Marcigny (Saône-et-Loire) ; du Docteur Victor Chevalet, de Thouars (Deux-Sèvres) ; du Docteur Chevalier, de Fontenay-le-Comte (Vendée) ; du Docteur Joseph Cornet, de Bergerac (Dordogne) ; du Docteur Jean-Baptiste du Fayet de la Tour, de Lavaurs (Cantal) ; du Docteur Henri Ficheux, du Quesnoy-sur-Deule (Nord) ; du Docteur Giraud Franck, de La Rochelle ; du Docteur Pierre Guibal, de Castries (Hérault) ; du Docteur Jean Lecaplain, de Rouen ; du Docteur Léon de Marchéna, d'Angers ; du Docteur Ed. Mettey, de Belfort ; du Docteur Elie Pécout, de Courtalain (Eure-et-Loir) ; du Docteur Louis Rabion, de Paris ; du Docteur Fernand Renoux, d'Agen ; du Docteur Jean Willot, de Rosny-sous-Bois (Seine) ; du Docteur Albertin, chirurgien honoraire des hôpitaux de Lyon ; du Docteur Charles H. Mayo, de Rochester (Minnesota, U. S. A.).

— Le Docteur Jean de Laguérenne, médecin du sanatorium des Cheminots, à Champrosay (Seine-et-Oise) a la douleur de faire part de la mort de Madame Jean de Laguérenne, née Renée Chautard, son épouse, décédée à Paris le 11 juin 1939.

L'inhumation a eu lieu dans la plus stricte intimité le 13 juin, au cimetière d'Issy, dans le caveau de famille.

— Nous apprenons la mort de Madame Marcel Bascou, née Renée Dufée, femme du Docteur Marcel Bascou, décédée à Chéroy, dans sa 35e année.

Les obsèques ont eu lieu en l'église de Chéroy (Yonne), le 16 juin 1939.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Accidents du travail

Barème indicatif d'invalidité pour servir à la détermination de l'incapacité permanente dont peuvent être atteintes les victimes d'accidents du travail, déterminé par décret portant règlement d'administration publique du 24 *mai* 1939. (*J. O.*, 8 juin 1939.)

Ce barême sera publié dans un supplément documentaire.

Décrets, instruction et arrêtés relatifs aux appareils de prothèse nécessaires aux victimes d'accidents du travail (*J. O.*, 10 juin 1939.)

Enseignement de la médecine

Les professeurs de 1re classe ci-dessous désignés des Facultés des Universités de Paris et des départements sont promus à compter du 1er octobre 1939 à la classe exceptionnelle :

M. Couvelaire, professeur à la Faculté de Paris.
M. Nicloux, professeur à la Faculté de Strasbourg.

(*J. O.*, 8 juin 1939.)

Par décret en date du 6 juin 1939, rendu sur le rapport du vice-président du Conseil, ministre de l'Education nationale par intérim, le titre de professeur honoraire à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger est conféré à M. Courrier, ancien professeur à cette Faculté.

Liste d'aptitude aux fonctions de chef de travaux des Facultés de médecine et Facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

Mlle Achard, MM. Bizard, Broussy, Busser, Baïsset, Castagné, Cazaux, Cahen, Couture, Dumazert, Delphaut, Dombray, Fabiani, Franck, Girard, Grynfeldt, Grangaud, Klein, Kofman, Liard, Mlle Mathou, MM. Mesnard, Moureau, Morlot, Mallet-Guy, Mandoul, Policard, Sagols, Tempère, Valdiguié.

(*J. O.*, 10 juin 1939.)

Inspection départementale d'Hygiène

M. le Docteur Bapt, inspecteur adjoint départemental d'hygiène des Hautes-Alpes, est nommé directeur du Bureau d'hygiène de Dieppe.

Mlle le Docteur Laporte est nommée inspectrice adjointe départementale d'hygiène des Hautes-Alpes.

(*J. O.*, 10 juin 1939.)

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

A propos de l'expérimentation du vaccin de Friedmann

9.137. — M. Léon Archimbaud expose à M. le ministre de la Sante publique que l'expérimentation du vaccin Friedmann, qui avait été envisagée sur les animaux, ayant été opportunément abandonnée comme ne pouvant être d'aucun enseignement utile dans les conditions où elle avait été prévue, des malades en sanatorium connaissant les résultats du vaccin Friedmann sur l'homme sont tout disposés à se soumettre à l'essai de ce vaccin, et demande s'il ne serait pas possible de grouper ces malades dans un service de la région parisienne et d'y faire sur eux une expérimentation contrôlée. (*Question du* 24 avril 1939.)

Réponse. — Conformément à la loi du 14 juin 1934, la Commission des sérums a été saisie de cette question.

(*J. O.*, 10 juin 1939.)

Fonctionnement de la Commission centrale d'assistance

9.154. — M. René Besse, expose à M. le ministre de la Santé publique que, sans doute par défaut, ou insuffisance d'information, la Commission supérieure d'assistance instituée près de son département ne semble pas, dans ses décisions souveraines, tenir suffisamment compte des avis motivés et circonstanciés émis par les Conseils municipaux appelés à délibérer, aux termes de la loi, sur les dossiers formés par les demandeurs d'allocation, et demande quelles mesures pourraient être envisagées, au besoin par modification à la réglementation ou à la législation, pour que les délibérations motivées des Conseils municipaux constituent l'un des premiers éléments d'appréciation de ladite Commission supérieure. (*Question du* 26 *avril* 1939.)

Réponse. — En vertu de la législation actuelle (loi du 28 février 1934, art. 37, décret-loi du 30 octobre 1935), les Conseils municipaux donnent seulement leur avis sur les demandes d'admission à l'assistance, en vue des décisions à prendre par les Commissions cantonales d'admission. La Commission centrale d'assistance, qui statue en dernier ressort sur les recours contre les décisions relatives à l'admission ou à la radiation des assistés et qui, dans l'année 1939, a examiné et jugé près de 7.000 recours, ne peut régulièrement statuer qu'au vu d'un dossier complet comprenant en particulier l'avis du Bureau d'assistance et l'avis du Conseil municipal. Elle procède d'ailleurs fréquemment à des compléments d'instruction dans tous les cas où les renseignements fournis au dossier lui paraissent insuffisants. Les avis qui sont donnés par les autorités locales, mieux pla-

cées que quiconque pour connaître la situation réelle des demandeurs, constituent une des bases essentielles de l'appréciation et de la décision à prendre par la Commission centrale.

(*J. O.*, 10 juin 1939.)

Le remboursement des spécialités pharmaceutiques aux assurés sociaux

8.947. — M. Vallette-Viallard demande à M. le ministre du Travail : 1° Comment et selon quels calculs, règles et modes de distinction, a été effectué le classement en quatre catégories A, B, C et D, des différents produits figurant sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux prévue par les articles 3 et 4 de l'arreté du ministre du Travail du 15 mars 1938 (*Journal Officiel* du 6 avril 1938) ; 2° quelles conditions doit, notamment, remplir un produit pour être classé dans l'une ou l'autre de ces catégories A, B, C et D : *a*) au point de vue du prix par rapport aux prix des « tarifs interministériels » des 1er octobre 1937 et 21 juin 1938 ; *b*) au point de vue de la composition et de la qualité du produit actif et des modalités de son introduction dans l'organisme ; *c*) au point de vue de sa valeur thérapeutique. (*Question du* 28 *mars* 1939.)

Réponse. — 1° et 2° Le classement des médicaments spécialisés inscrits au laboratoire national de contrôle des médicaments dans l'une des quatre catégories prévues par l'arrêté du 15 mars 1938, a été opéré par la Commission constituée par l'arrêté du 1er février 1937 en application de l'article 6, paragraphe 9, du décret-loi du 28 octobre 1935. Dans la catégorie A sont classés les produits thérapeutiques injectables. La catégorie B correspond au tarif normal de remboursement des frais pharmaceutiques (alinéa 1er du § 9 susvisé). Les médicaments classés en catégorie C sont, en principe, tous ceux dont le prix de revient en spécialité dépasse de 20 p. 100 le prix de revient d'une préparation magistrale correspondante. Les médicaments en catégorie D sont, en principe, tous ceux qui font l'objet de publicité auprès du public. Ces deux dernières règles n'ont cependant pas un caractère de fixité absolue et elles peuvent se combiner avec d'autres éléments d'ordre technique qui sont examinés par la Commission dans chaque cas particulier. Il convient de souligner que la classification établie tend exclusivement à limiter les dépenses des Caisses d'assurances sociales. Elle n'implique aucune hiérarchie dans la qualité des produits énumérés et n'affecte en aucune façon leur valeur thérapeutique. Elle fixe seulement, dans un intérêt financier, compte tenu du prix et des possibilités de remplacement des produits spécialisés, limite de l'intervention des Caisses.

(*J. O.*, 12 mai 1939.)

Voir la suite page XLVII-1775

PROPOS DU JOUR

ÉCHOS DE NOTRE CORRESPONDANCE

L'alcoolisme favorisé par les « médecins » !! Contre la dénatalité. La répression de l'avortement criminel. Une raison qui légitimerait la dichotomie ? Un cas émouvant de misère médicale

Nous avons reproduit dans un de nos derniers articles une coupure d'un journal (*Le Nouvelliste de Lyon*) qui, rendant compte d'une séance du Conseil général du département du Rhône, relatait une intervention de M. Herriot à propos de l'accroissement du nombre des aliénés.

« Non seulement, disait le Président de la Chambre des Députés, on ne fait rien contre l'alcoolisme, mais on fait tout pour l'augmenter. On vient de relever le titre de certaines boissons alcoolisées AVEC LA COMPLICITÉ DES MÉDECINS, *qui ayant été consultés, ont donné leur acquiescement.* »

Nous avions toujours considéré que les médecins étaient les meilleurs champions de la lutte contre l'alcoolisme, nous avions demandé à propos de cette accusation dans une bouche si autorisée, quelques précisions.

Nous avions entendu dire que, par *complicité des médecins*, M. Herriot avait fait allusion à un avis favorable d'une commission de l'Académie de médecine. Cela nous parut tellement monstrueux que nous n'avons pu y croire. Des renseignements pris à l'Académie de médecine par un de nos collaborateurs, il résulte que jamais l'Académie, ni une de ses commissions ne se sont prononcées sur cette question. Voilà ce qui se serait passé :

En 1937 (la chose est déjà ancienne) les habitants du Sud-Ouest préparaient tous les « pastis » à domicile. Ces préparations consistaient en infusions de plantes aromatiques qui, convenablement alcoolisées, donnaient des boissons agréables au goût, qui étaient prises comme apéritifs. Cette coutume faisait une concurrence sérieuse aux marchands de liqueurs. Leur syndicat s'en émut. Les fabricants d'apéritifs tentèrent de fabriquer eux aussi des « pastis » pour récupérer leur clientèle. Mais ils se heurtèrent à un obstacle, les essences de plantes incorporées à leurs liqueurs ne pouvaient se dissoudre si la teneur en alcool ne dépassait pas 42°, taux jusque-là autorisé, il fallait relever ce taux à 45°. Ils s'adressèrent au Ministère de l'Agriculture et, voici les renseignements précis que nous avons obtenus d'une personne exactement documentée que nous remercions de nous les avoir donnés.

Un rapport a été présenté à la Commission ministérielle de l'Agriculture le 3 mars 1938 et portait sur l'étude des questions relatives à l'application du décret du 24 octobre 1922.

La Commission médicale, constituée dans ce but spécial, par le Ministre, s'est réunie le 28 octobre 1937 et a envisagé la situation créée par le décret du 24 octobre 1922. Elle a pris connaissance de la Législation, notamment de la loi du 16 mars 1915 qui avait interdit la fabrication, la vente en gros et en détail ainsi que la circulation de l'absinthe et des liqueurs similaires visées par l'article 15 de la loi du 30 janvier 1907 et l'article 17 de la loi du 26 décembre 1908. Ce texte ne définit pas les liqueurs similaires. Aussi le Sénat le 11 juin 1912 interdit-il toutes les liqueurs ou apéritifs contenant de la thuyone.

Après la promulgation de la loi du 17 juillet 1922 il fut stipulé par décret du 24 octobre 1922 que le degré alcoolique serait de 40° au maximum avec 1 gramme d'anéthol par litre et 150 grammes de sucre, pour la métropole. En Algérie le taux alcoolique pouvait être de 45° avec deux grammes d'essence d'anis.

Il en résulta que comme les consommateurs ne pouvaient plus voir se produire le louche qu'ils appréciaient, ils eurent recours à des préparations fraudées ou à des poudres préparées, qu'on versait sans contrôle dans 1 litre d'eau.

Le laboratoire des fraudes se trouvait ainsi débordé et désarmé, et demanda qu'une réglementation unique dans un sens ou un autre fût établie. La Commission examina donc si le taux de 5° alcoolique de plus qui permettait d'éviter les alcools inférieurs, était nocif et si la quantité de 2 grammes d'anis au lieu de 1 pouvait être dangereuse pour la Santé publique.

Elle examina les travaux antérieurs faits sur ce sujet et procéda à des expériences sur l'animal et sur l'homme avec les pastis que le laboratoire des fraudes lui avait fournis. Elle arriva ainsi aux conclusions suivantes :

Tout d'abord : 1° elle *condamne formellement*, en accord avec la thèse de l'Académie de médecine et celle du Conseil supérieur d'hygiène, ou des hygiénistes, l'usage des apéritifs et de l'alcool. Elle ne peut recommander que les boissons dites hygiéniques ou les essences et alcools pris en vertu des prescriptions médicales.

2° Mais, mise en présence de la situation fâcheuse au point de vue de la santé publique, telle qu'elle est exposée dans les pièces communiquées au dossier, résultant de l'usage frauduleux de spiritueux anisés dénommés pastis, fabriqués souvent avec des

→→

alcools d'une part, d'un haut degré alcoolique, d'autre part contenant des impuretés toxiques et des quantités d'essence d'anis souvent supérieures à celles qui sont actuellement autorisées ;

3° Se rallie à la solution qui consisterait à fixer pour la fabrication des spiritueux anisés, l'emploi obligatoire :

a) d'un alcool à 45° maximum, *ne contenant pas plus* de 0,25 centigrammes d'impuretés par litre ;

b) d'une quantité *maxima* d'essence d'anis de 2 grammes par litre, formule légale actuelle des spiritueux de cet ordre, employés en Algérie ;

4° En effet l'anis ne contient pas de corps cétoniques ni de thuyone qui sont convulsivants, mais seulement de l'anéthol qui est un corps phénolé, non convulsivant.

5° Une liqueur alcoolique titrant 45° taux inférieur à celui de quelques cognacs ou rhums, avec 2 grammes d'essence par litre, peut être autorisée, à la condition qu'elle soit étendue avant d'être ingérée ;

6° L'édulcoration, à raison de 150 grammes de sucre par litre restant facultative, est plutôt non recommandable, car l'addition du sucre en adoucissant le goût, et en rendant la dégustation agréable, inciterait à prendre cette boisson pure.

Ces conclusions entraînent la nécessité de n'utiliser que des alcools purs. Le danger apparent de l'augmentation du degré alcoolique se trouve ainsi relativement — puisqu'on ne peut s'opposer aux apéritifs — compensé par l'heureuse suppression des alcools inférieurs et non imposés.

Les conclusions de la Commission sont données au point de vue médical et toxicologique en ce qui concerne les alcools anisés seuls. Car il va de soi qu'elles ne peuvent s'appliquer aux autres liqueurs, vermouth, bitter, etc. au sujet desquels aucune réclamation n'a éte et ne doit être faite.

On peut se demander si elles n'auront pas pour effet de favoriser l'alcoolisme. La Commission ne le pense pas, car le taux de 45° implique l'usage d'alcools de qualité supérieure, c'est-à-dire naturels et non frelatés.

***

La question de l'alcoolisme est liée à celle de la dépopulation, car si l'alcool et les essences ne sont pas toujours une cause de dénatalité, ils sont indiscutablement des causes de dégénérescence et de folie.

M. le Docteur Henri Besson (de Bourges) dans une nouvelle lettre adressée au *Temps* qu'il a l'obligeance de nous communiquer, montre qu'il n'y a pas que le Corps médical avec l'Association *Médecine et famille* qui se préoccupe de la dénatalité ; toutes les professions libérales suivent le mouvement et forment des Associations analogues : il y a « *Droit et Famille* » chez les avocats ; *Bâtiment et Famille* chez les architectes ; *Assurance et Famille* chez les assureurs, etc... Enfin la police et les magistrats semblent résolus à réprimer sérieusement les avortements criminels et le Gouvernement songerait à en aggraver la pénalité par décret-loi. C'est ainsi qu'à Paris, on a procédé à l'arrestation d'un certain nombre de faiseurs et faiseuses d'anges. Parmi eux nous avons le regret et la honte de voir quelques docteurs en médecine qui ne sont pas de tout jeunes gens. Les présomptions sont évidemment graves puisqu'ils ont été incarcérés ; souhaitons qu'ils aient péché surtout par imprudence, mais, s'ils sont convaincus de leur culpabilité, nous ne saurions à aucun prix les défendre et ils doivent sans pitié être exclus du Corps médical comme indignes.

D'une lettre d'un de nos correspondants, il résulterait que beaucoup confondent l'avortement criminel avec l'avortement thérapeutique et que voyant ces derniers genres d'avortements se multiplier dans nos hôpitaux, ils se croient autorisés d'en pratiquer pour des causes peu graves qui ne justifient pas pareilles interventions.

***

Nous ne taririons pas si nous citions toutes les perles de notre correspondance. Nous ne résistons pas à la tentation de faire connaître les raisons qui, pour un naïf, légitimeraient la dichotomie : « Les malades dont l'état exige une opération sérieuse, guérissent ou meurent ; en toute occurence, le médecin traitant perd un client et une source de revenu. Par la dichotomie, il est dédommagé en partie de la perte subie en conseillant l'opération de bonne heure. » Le raisonnement est subtil. Nous avouons que dans notre ingénuité nous n'avions pas songé à cela.

***

Terminons par une note triste qui démontre qu'il n'y a pas que dans la région parisienne et dans de grandes villes que le praticien a de la peine à vivre. Un médecin de 55 ans, bien portant, qui exerce dans un bourg insignifiant du centre, y a été attiré par des promesses trompeuses. Il a sa femme malade et trois enfants à sa charge. Endetté, il n'arrive pas à gagner sa vie. Il cherche un emploi quelconque ; il a adressé de nombreuses lettres qui sont restées sans réponses. Se basant sur sa vigueur physique et faisant valoir les longs mois de captivité qu'il a subis durant la guerre, il nous demande s'il peut contracter un engagement dans l'armée coloniale, même dans la légion étrangère. Son âge s'y oppose. Que répondre à ce malheureux ? Quel conseil lui donner ? Qu'adviendra-t-il de cette famille ?

Inutile d'ajouter que les confrères voisins font une concurrence acharnée à ce malheureux, parfois au rabais. Certes on pourrait le leur reprocher, mais savons-nous s'ils ne sont pas eux aussi aux prises avec les mêmes difficultés ?

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LES COMPLICATIONS ANO-RECTALES DE LA CURIETHÉRAPIE ET DE LA RADIOTHÉRAPIE UTÉRINES

Par MM.

Pierre OURY, et Etienne PÉRALY,

Médecin-chef Interne

de l'Asile national de Saint-Maurice

L'étude des complications ano-rectales de la curiethérapie et de la radiothérapie utérines nous a intéressés depuis plusieurs années. En juillet 1930, l'un de nous avec Bensaude et Godard présentait à la Société de gastro-entérologie, cinq cas originaux de rétrécissements du rectum post-curiethérapiques, accompagnés des premiers clichés endoscopiques sur cette lésion. Nous pensions à cette époque, suivant en cela l'exemple de ceux qui, avant nous, s'étaient occupés de la question, que le rétrécissement du rectum était pratiquement la seule complication dont il fallait se méfier lorsqu'on décidait de traiter certaines affections génitales par les radiations.

En réalité, nous nous sommes rendu compte, au cours de notre pratique journalière, que la curiethérapie et la rœntgenthérapie utérines peuvent déterminer d'autres accidents ano-rectaux, peut-être moins caractéristiques que le rétrécissement, mais tout aussi pénibles. Aussi croyons-nous faire œuvre utile en essayant d'analyser succinctement les divers troubles que ces traitement physiothérapiques sont susceptibles d'engendrer, car les physiothérapeutes connaissant mieux leurs conditions d'apparition, pourront, par des modifications de technique, les éviter à l'avenir.

***

Les accidents ano-rectaux consécutifs aux radiations, peuvent être classés en trois groupes :

a) Les névralgies ano-rectales ;

b) La rectite et les ulcérations rectales ;

c) Le rétrécissement du rectum.

Ces trois ordres de troubles représentent peut-être trois étapes successives et souvent stabilisées d'un même processus de dégénérescence tissulaire, mais ce n'est là qu'une hypothèse tout au moins en ce qui concerne les névralgies ano-rectales, car ces dernières ne s'accompagnent d'aucune modification macroscopique de la muqueuse. Au contraire, la rectite et les ulcérations d'une part, le rétrécissement d'autre part, sont certainement deux stades évolutifs d'une même lésion dont le point de départ est l'irritation que déterminent le radium ou les rayons X.

***

1° Névralgies ano-rectales

Les névralgies ano-rectales consécutives à ces traitements physiothérapiques ont été fort peu étudiées. Pourtant, les gynécologues et les physiothérapeutes, en lisant ces lignes, retrouveront certainement le souvenir de malades qui, à la suite de la radiothérapie utérine, ont présenté des manifestations analogues.

Il est probable qu'ils avaient considéré ces phénomènes comme bénins, et qu'ils ne leur avaient assigné aucune étiquette précise, ce qui était fort excusable, puisque ces névralgies ne s'accompagnent d'aucune lésion endoscopique visible.

La littérature médicale est presque muette sur cette question. Seule la thèse de notre élève et ami Masselin y apporte quelques éclaircissements. Cet auteur, parmi les multiples formes étiologiques de névralgies ano-rectales secondaires à des affections génitales, présente en effet quatre observations où les phénomènes névralgiques étaient consécutifs à des traitements radio ou radiumthérapiques. Voici d'ailleurs un résumé de ces observations :

OBS. n° 1. — Mme S..., 56 ans, est atteinte de fibrome avec métrorragies. Elle est traitée en 1927 par la radiothérapie qui fait cesser les métrorragies.

En juillet 1928, la malade accuse une douleur intrarectale permanente qui irradie vers le sacrum, le péri-

née et quelquefois les grandes lèvres. Cette douleur dure une huitaine de jours, puis disparaît.

En décembre 1928, nouvelle crise douloureuse, mais plus violente que la première, et durant environ un mois. Le Docteur Bensaude qui l'examine à ce moment trouve une muqueuse rectale normale jusqu'à 18 cm. Il prescrit une médication calmante et une série de séances de haute fréquence qui améliorent la malade.

En décembre 1929, réapparition de phénomènes douloureux très intenses, avec sensation de cuisson violente dans la région anale, n'ayant aucun rapport avec la défécation. Un nouvel examen rectoscopique négatif confirme le diagnostic déjà posé de névralgie ano-rectale.

Traitement diathermique. Amélioration.

Obs nº 2. — Mme A..., 48 ans, vient consulter en 1929. Elle a été traitée en 1919 par radiothérapie pour fibrome utérin. Depuis 1926, elle souffre du rectum, et la douleur, comparable à une écorchure, est localisée assez loin de l'anus.

Le toucher rectal n'est pas douloureux. Il n'y a pas de contracture du sphincter. A la rectoscopie, la muqueuse rectale est absolument intacte.

On fait quinze séances d'insufflation d'oxygène radio-actif. Grande amélioration.

Obs. nº 3. — Mme B..., 45 ans, vient consulter en novembre 1928, parce que depuis six mois, elle souffre de la région ano-rectale. Quatre ans auparavant, elle avait été traitée par des applications de radium pour fibrome.

Elle se plaint de douleurs très vives, comparables à des déchirures, survenant par crises à n'importe quel moment de la journée, et irradiant vers la crête sacrée.

La rectoscopie est négative. A dix centimètres, sur la paroi latérale droite du rectum, on peut mettre en évidence une zone hyperesthésique.

Médicaments anti-nervins, opothérapie et haute fréquence calment la malade, mais ne la guérissent pas.

Au bout de trois mois, les douleurs, quoique moins vives, apparaissent tous les deux ou trois jours.

On tente un traitement par les insufflations d'oxygène radio-actif. Au bout de dix séances, la malade éprouve un réel soulagement. L'état général est bien meilleur.

A la fin du traitement, il persiste simplement une gêne ano-rectale intermittente.

Obs. nº 4. — Mme P..., 44 ans, a eu des applications de radium pour fibrome en 1926. Elle vient consulter en 1929, parce que depuis sept ou huit ans, elle souffre de la région rectale et sacrée. Au début, il s'agissait d'une simple gêne très supportable. Mais depuis trois ans, elle a des crises à type de tiraillement ou de broiement irradiant vers les membres inférieurs, et durant plusieurs heures. Ces crises surviennent à n'importe quel moment.

Au rectoscope, on ne voit aucune lésion de la muqueuse. La pression réveille une douleur très vive le long des trous sacrés.

Divers traitement, sont institués, mais, en définitive, la malade éprouve une amélioration notable à la suite d'une médication calmante et de douches tièdes sur la région sacrée.

Dans la thèse de Masselin, les quatre observations précédentes ne sont pas isolées de celles qui relatent des phénomènes douloureux ano-rectaux secondaires à des affections génitales. Pourtant, elles méritent un chapitre spécial, puisque l'apparition des névralgies est nettement sous la dépendance du traitement physiothérapique antérieur. Ces névralgies, nous ne croyons pas nécessaire de les décrire plus amplement, car leurs caractères se retrouvent dans les observations que nous venons de résumer. Mais il nous semble plus utile d'insister sur un fait essentiel qui est l'intégrité absolue de la muqueuse rectale. Dans les cas précédents, comme dans tous ceux que nous avons pu observer nous-mêmes, il n'existe aucune lésion endoscopique visible. La muqueuse rectale est absolument normale jusqu'à 15 ou 20 cm., même dans les régions que la malade indique comme étant le siège maximum des phénomènes douloureux. On peut quelquefois déterminer avec un tampon d'ouate monté sur une baguette, un placard d'hyperesthésie au niveau duquel la pression provoque une douleur assez vive, mais où la muqueuse présente le même aspect et la même coloration que sur le reste du rectum.

Il est donc impossible de rapporter les névralgies ano-rectales de la curiethérapie ou de la radiothérapie utérine à un substratum anatomique visible au rectoscope, et l'on en est réduit, pour expliquer ces phénomènes douloureux, à supposer, soit des lésions microscopiques, soit une sensibilisation particulière des terminaisons nerveuses du rectum aux phénomènes cicatriciels que déterminent les radiations.

Un autre fait important à nos yeux, est l'intervalle qui sépare le début du traitement de l'apparition des phénomènes névralgiques. Certains pourraient être tentés d'y voir un argument contre l'origine radio ou radiumthérapique des douleurs ano-rectales, mais en réalité cet argument n'a pas de valeur car, de façon toute semblable, dans les cas où ces douleurs sont secondaires à des affections génitales, on retrouve toujours ce même intervalle entre le début de l'affection en cause et le début des névralgies.

Enfin, notre observation personnelle de ces faits nous permet de dire que la majorité des névralgies ano-rectales consécutives à un traitement par radiations, survient après la radiothérapie et non après la radiumthérapie, celle-ci déterminant en général des lésions plus accentuées, ainsi que nous le verrons plus loin.

2° Rectite et ulcérations rectales

Si les névralgies ano-rectales n'avaient pas été jusqu'ici isolées en tant que complications de la curiethérapie et de la radiothérapie utérines, la rectite et les ulcérations rectales par contre, ont suscité quelques mises au point fort intéressantes.

En particulier, dans la belle monographie de Ducuing sur le cancer du col utérin, on trouve un chapitre de Ducuing et Nègre traitant de ces phénomènes inflammatoires post-curiethérapiques. Toutefois, ces auteurs croient devoir établir une classification des lésions en rectite et ulcères précoces du rectum,

C'est une distinction qui nous paraît un peu artificielle, car la rectite et les ulcères précoces du rectum sont deux étapes successives d'un même processus de destruction tissulaire. D'autre part, il n'est peut-être pas très indiqué, lorsqu'on veut donner une vue d'ensemble sur une question, de la morceler par des classifications trop fines. C'est pourquoi, nous décrirons en un seul chapitre, la rectite et les ulcérations rectales.

La rectite survient surtout après la radiumthérapie. Son apparition est souvent très précoce, 8 à 15 jours après le traitement, mais quelquefois plus tardive, comme dans les observations que nous rapportons plus loin.

Elle se manifeste par des douleurs abdomino-périnéales, du ténesme, des épreintes, des selles glaireuses et sanglantes. Au rectoscope, on trouve une zone de dimensions variables, située presque toujours sur la paroi antérieure du rectum, et au niveau de laquelle la muqueuse est très vascularisée, présentant par places de petites érosions hémorragiques ou des petites zones blanchâtres cicatricielles.

La terminaison et l'évolution sont variables. Tantôt le syndrome de rectite se prolonge pendant un ou deux mois, puis s'atténue. D'autres fois au contraire, la rectite aiguë est suivie d'une phase de rectite chronique au cours de laquelle apparaissent généralement des ulcérations rectales. Ces dernières siègent le plus souvent sur la paroi antérieure du rectum, et nous en avons trouvé une bonne description dans une communication de Savignac à la Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres, le 4 mai 1936.

Cet auteur s'exprime en ces termes : « C'est une ulcération en cupule, comme la dépression que ferait le pouce dans la terre glaise, lisse et régulière, à fond grisâtre nécrotique ; les bords, réguliers, sont lisses, durs, sans bourgeons rougeâtres ».

Ces différents caractères de l'ulcération rectale post-curiethérapique ont un intérêt pratique incontestable. Ils s'opposent nettement à ceux des ulcérations néoplasiques qui sont en cratère tomenteux, à bords irréguliers, saignants et friables. Leur connaissance précise évitera donc au praticien de les interpréter comme la propagation d'un processus cancéreux utérin, lorsque c'est ce dernier qui est en traitement.

D'ailleurs, cette distinction est d'autant plus importante qu'il existe des pseudo-cancers rectaux post-curiethérapiques caractérisés par une ulcérations surélevée, et qui, bien entendu, n'ont pas le redoutable pronostic des véritables cancers.

Pour terminer, nous rapporterons deux observations personnelles destinées à illustrer les faits que nous venons de décrire. La première de ces observations nous semble particulièrement intéressante parce qu'elle relate un cas de rectite post-radiothérapique coexistant avec une névralgie ano-rectale de même origine. Elle forme donc la transition entre les deux grands chapitres que nous venons d'étudier.

Obs. n° 1. — Mme B..., 44 ans, présente en 1934 de grosses hémorragies menstruelles pour lesquelles, elle est traitée en 1935 par radiothérapie. Ce traitement amène pendant un an, un arrêt des règles, mais la malade ressent un gros malaise général.

En 1936, nouvelle et importante hémorragie qu'une deuxième série de rayons X tarit définitivement.

En juin 1937, accident cérébral avec T. A. à 21, hypoesthésie du côté droit et hémiparésie du côté gauche. Les réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht sont complètement négatives.

Au début de 1938, apparition de phénomènes douloureux dans la sphère ano-rectale. Ces phénomènes sont rapportés à une cause génitale, et on veut opérer, bien que l'utérus ne saigne plus. Mais notre ami, le Docteur Ravina déconseille l'intervention, prescrit de la diathermie intra-vaginale, et nous adresse la malade.

Lorsque nous l'examinons, en février 1939, elle nous apprend que depuis six ou huit mois, elle présente des douleurs très pénibles, situées à environ un travers de doigt au-dessus de l'anus. Ces douleurs sont peu marquées dans la journée, mais très accentuées la nuit en position couchée. Les selles sont normales, sans faux besoins. Toutefois, au cours de l'été 1938, la malade a eu plusieurs fois des selles légèrement enrobées de sang.

La rectoscopie, facile jusqu'à 25 cent., montre sur la paroi antérieure du rectum, à 8 ou 10 cm. de l'anus, une zone de rectite légère de la largeur d'une pièce de cinq francs, au niveau de laquelle coexistent un aspect blanchâtre cicatriciel, et quelques érosions linéaires hémorragiques. Cette zone n'est nullement douloureuse, et les phénomènes douloureux accusés par la malade siègent beaucoup plus bas, dans la région sus-anale.

Ces différents caractères nous font poser le diagnostic de névralgie ano-rectale post-radiothérapique coexistant avec une petite zone très limitée et franchement distincte de radionécrose sur la paroi antérieure du rectum. Comme traitement, nous prescrivons : diathermie intra-rectale, pansements rectaux, antispasmodiques généraux.

La malade est revue sept semaines plus tard. Les lésions de la muqueuse ont diminué dans des proportions notables. Seule persiste une névralgie légère ano-vésico-périnéale.

Obs. n° 2. — Mme C..., 49 ans, vient consulter le 8 avril 1936. Elle a présenté en juillet 1935 des métrorragies intermittentes que le Docteur Siredey a rapportées à un petit fibrome utérin. On institue pendant deux mois un traitement radiumthérapique à la suite duquel les règles disparaissent, et la malade est très améliorée jusqu'en février 1936. A cette époque, c'est-à-dire six mois après le début du traitement radiumthérapique, elle commence à ressentir des douleurs rectales fort pénibles. Surtout marquées dans la position assise, ces douleurs s'accentuent peu à peu, et bientôt elles présentent une intensité telle que la malade et son entourage en arrivent à avoir une véritable phobie du néoplasme. C'est, dans ces conditions, que nous sommes appelés à l'examiner.

C'est une femme d'apparence robuste qui se plaint de douleurs haut situées, dans la profondeur du rectum, à type de brûlures, et irradiant largement sur toute la surface sacrée. Ces douleurs sont presque continues, mais par moment, elles présentent de violents paroxysmes qui apparaissent surtout dans la position assise.

L'examen endoscopique élimine immédiatement l'hypothèse d'un néoplasme. Le rectoscope pénètre facilement jusqu'à 25 cm. La muqueuse est normale, sauf à 9 cm. de profondeur, où, sur la paroi antérieure du rectum, nous trouvons, un placard de rectite. A ce niveau, et sur la largeur d'une petite paume de main, la muqueuse a perdu son aspect lisse et brillant habituel. Elle a un aspect grenu, une vascularisation plus intense que normalement, et sur ce fond rouge congestif tranchent quelques érosions linéaires hémorragiques plus sombres, et des petites zonee blanchâtres d'aspect cicatriciel. Ces lésions ne pouvaient être rapportées à une recto-colite hémorragique, étant donné leur limitation et l'absence d'hémorragies. On ne pouvait non plus les considérer comme le stade initial d'une maladie de Nicolas et FAvre. Le seul diagnostic logique était donc celui de rectite, et plus précisément, étant donné l'anamnèse, celui de rectite post-radiumthérapique.

Nous rassurons la malade et nous instituons un traitement local où s'associent la dilatation diathermique, les pansements rectaux à base de coréine et de bismuth, les lavements d'amunine, et le collargol. Dès la fin de la première série de diathermie, une amélioration notable se produit, mais il faut attendre environ un an pour voir s'effacer les lésions de rectite. Quant aux douleurs, le traitement les atténue, mais ne les fait pas disparaître complètement, car la malade présente encore des phénomènes névralgiques légers et intermittents qui apparaissent à l'occasion de surmenages physiques ou moraux.



RÉTRÉCISSEMENT DU RECTUM
OBS. I. — (Aspect annulaire).



RÉTRÉCISSEMENT DU RECTUM
OBS. II. — (Aspect de fente transversale).

3° Rétrécissement du rectum

De tous les accidents ano-rectaux consécutifs à la curiethérapie et à la radiothérapie utérines, le plus connu est sans conteste le rétrécissement du rectum. Quatre observations en furent publiées pour la première fois en 1922 par Rubens-Duval et Oppert, dans la *Revue de Gynécologie*. Depuis cette époque de nombreux auteurs se sont attachés à la recherche des caractères particuliers aux sténoses rectales post-curiethérapiques et à leurs conditions d'apparition. Nous ne pouvons, faute de place, les citer tous. Bornons-nous à signaler : le revue d'ensemble de Bérard et Creyssel parue dans le *Lyon chirurgical* de juillet 1927 ; celle de Jeanneney et Wangermez parue en juin 1929 dans *Le Journal de médecine de Bordeaux* ; les cinq observations originales que l'un de nous, avec Bensaude et Godard, présentait en juillet 1930 à la *Société de gastro-entérologie* ; enfin, plus près de nous, la monographie de Ducuing, consacrée au cancer du col utérin.

Si l'on se reporte à l'un des travaux les plus récents, ouvrage de Ducuing paru en 1938, on constate que cet auteur divise les rétrécissements rectaux post-curiethérapiques en deux groupes, extrinsèque et intrinsèque. Nous en croyons pas que cette distinction soit indispensable, ces deux variétés n'étant, à notre sens, que deux stades évolutifs d'un même processus de radionécrose.

Pour bien comprendre l'aspect clinique des rétrécissements rectaux post-curiethérapiques, nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ici deux des observations les plus caractéristiques qu'avec Bensaude et Godard, l'un de nous avait présentées à la Société de gastro-entérologie en 1930.

OBS. nº 1. — Mme D..., 50 ans, entre le 5 décembre 1928, dans notre service après avoir été soignée par un radiumthérapeute des plus éminents, pour un néoplasme du col utérin.

En avril 1928, trois tubes de 50 avaient été posés

bout à bout, ce dispositif dépassant de 1 cm. 1/2 à 2 cm., l'orifice externe du col ; dans les culs-de-sac, deux tubes de 50 en deux dispositifs. Cette pose dure dix jours, et c'est alors que brusquement la malade qui, jusque-là n'avait jamais présenté de phénomènes rectaux, se plaint de diarrhée, d'épreintes, de faux besoins, de douleurs rectales ; elle va de dix à douze fois par jour à la selle, perd du pus et des glaires, surtout le matin. Accessoirement, elle se plaint de douleurs ombilicales et dans la fosse iliaque gauche. Ses matières fécales sont rubanées. Cet état de rectite s'accentue progressivement, et en juillet 1928, soit trois mois après la pose du radium, un chirurgien constate l'existence d'un rétrécissement pour lequel il prescrit des dilatations avec bougies de Hégar.

En novembre 1928, les troubles rectaux sont toujours aussi intenses : évacuations purulentes et hémorragiques, faux besoins, douleurs ano-rectales, envies fréquentes. C'est, dans ces conditions qu'une première rectoscopie est pratiquée. Au doigt, à 6 cm. environ, on trouve un anneau fibreux sténosant. Au rectoscope, c'est l'aspect typique d'un rétrécissement inflammatoire, cylindroïde, resserrant l'ampoule sur toute sa circonférence avec une prédominance cependant très marquée au niveau de la paroi antérieure. La muqueuse est lésée sur une large surface, formant une grande ulcération recouverte d'un enduit adhérent, purulent et crémeux. La zone ulcérée est bordée d'une muqueuse ecchymotique. Le rectoscope de 20 millimètres est arrêté ; celui de 10 millimètres dépasse la lésion, et après un défilé serré de 3 cm. de long, on retrouve la muqueuse saine de l'ampoule rectale. L'épithélioma utérin est complètement cicatrisé : le col est abrasé et les parois vaginales sont bien souples ainsi que les paramètres.

Après pansements à la coréine, on fait plusieurs séries successives de dilatation diathermique. Sous l'influence de cette thérapeutique, les troubles fonctionnels disparaissent à peu près complètement.

En janvier 1930, la malade présente toujours un état fonctionnel presque parfait, le rétrécissement est largement dilaté et admet le passage du rectoscope de 20 millimètres. Par contre, l'état de rectite est inchangé ; sans doute, la muqueuse est moins congestive, mais elle est encore ulcérée largement. L'état général est parfait, et ce recul de deux ans permet certes d'affirmer l'origine post-radiumthérapique du rétrécissement.

Obs. n° 2. — Mme P..., 49 ans, entre le 23 mai 1928 à l'hôpital Saint-Antoine, après avoir eu, en 1922, à l'hôpital Cochin des applications de radium intra-utérin sur lesquelles les détails font défaut.

En 1923, on a pratiqué à Tenon une hystérectomie.

Depuis trois ans, cette malade présente un écoulement rectal purulent survenant avant ou après la défécation avec des douleurs anales au moment du passage des matières. Elle a maigri de 8 kilogrammes.

A la rectoscopie, on trouve à 10 cm. un rétrécissement infiltré et scléreux à fente transversale et entamé d'incisures profondes vers midi et 6 heures. La muqueuse a un aspect de caoutchouc tendu, elle est lisse et brillante par places, surtout sur les bords de la sténose. Au-dessus du rétrécissement, à 15 cm., la muqueuse saigne, sans qu'on puisse bien voir d'où vient le sang.

Ces deux observations nous paraissent très instructives parce qu'elles se rapportent à des malades qui présentaient presque au complet la symptomatologie du rétrécissement rectal post-curiethérapique.

Celui-ci débute d'une façon relativement rapide par des poussées de rectite qui accompagnent ou font immédiatement suite aux applications de radium intra-utérin. Ces phénomènes de rectite sont d'abord passagers, puis ils se répètent de plus en plus fréquemment, et bientôt se trouve constitué un rétrécissement du rectum typique caractérisé par des douleurs, des épreintes, du ténesme, des alternatives de constipation et de diarrhée, des écoulemnts de pus glaireux ou sanguinolent, enfin des signes d'obstruction progressive.

La rectoscopie donne de précieux renseignements. Elle montre de 6 à 12 cm. de l'anus un rétrécissement inflammatoire cylindrique, souvent plus marqué au niveau de la paroi antérieure du rectum. La muqueuse est quelquefois presque normale, mais souvent elle est le siège de lésions ulcéreuses recouvertes d'un enduit purulent et crémeux. Enfin, par endroits, elle a un aspect cicatriciel, lisse et blanchâtre.

Ces différents caractères, joints aux données de l'anamnèse, permettent d'établir sans difficulté un diagnostic précis, et d'instituer le seul traitement efficace dans ces cas ; la dilatation diathermique préconisée par Bensaude, Marchand et Lévy.

Tels sont les principaux symptômes du rétrécissement rectal post-curiethérapique. Ils offrent quelques particularités sur lesquelles il nous paraît intéressant d'insister.

En premier lieu, le rétrécissement siège généralement plus haut que celui que détermine la maladie de Nicolas et Favre, et, dans presque tous les cas que nous avons eu l'occasion d'observer, la sténose rectale était située à plus de 6 cm, de l'anus.

D'autre part, il est frappant de constater que le rétrécissement du rectum survient le plus souvent après la radiumthérapie et non après la radiothérapie, et que, d'autre part, l'intervalle qui sépare le début du traitement du moment d'apparition des phénomènes morbides est très réduit. Ce fait nous a semblé d'autant plus intéressant qu'il diffère considérablement de ce que nous avons vu en étudiant les névralgies ano-rectales. Celles-ci, comme nous l'avons déjà dit, surviennent surtout après un traitement par les rayons X et elles n'apparaissent qu'un certain temps après le traitement. Il semble donc qu'il existe une proportionnalité entre l'intensité du traitement physiothérapique et les réactions de la muqueuse rectale, et c'est pourquoi, il n'est pas indifférent de traiter les affections utérines par la radiothérapie ou par le radium. Chaque fois que cela est possible, c'est-à-dire chaque fois que l'on a affaire à une affection génitale bénigne, il faut rejeter les applications radiumthérapiques. Celles-ci doivent être réservées aux affections graves, notamment aux néoplasmes utérins, et le physiothérapeute, en dosant les radiations, ne doit pas perdre de vue la sensibilité vraiment spéciale de la muqueuse rectale.

Tels sont les points essentiels qu'il nous a paru utile de développer sur le chapitre des rétrécissements rectaux post-curiethérapiques. Notre étude ne sera pas vaine si les physiothérapeutes connaissant mieux les conditions d'apparition de ces troubles, peuvent, par des modifications de technique, les éviter à l'avenir.

***

Cette brève étude des complications ano-rectales de la curiethérapie et de la radiothérapie utérines doit faire retenir deux conclusions pratiques.

Tout d'abord, il faut connaître la possibilité de ces accidents pour ne pas être surpris lorsqu'ils apparaissent et surtout pour ne pas les interpréter comme une propagation néoplasique lorsqu'ils surviennent à la suite d'un traitement physiothérapique pour cancer utérin.

D'autre part, une décision thérapeutique doit intervenir lorsqu'un diagnostic précis a été posé. Or, chacun des accidents que nous venons de décrire comporte un traitement particulier. Contre les névralgies, il faut utiliser les calmants généraux, la haute fréquence, la diathermie, les insufflations d'oxygène radio-actif. Contre la rectite et surtout contre le rétrécissement, on peut utilement avoir recours aux pansements rectaux à base de bismuth et de mucilages, aux lavements d'huile et de vitamine A, et surtout à la dilatation diathermique.

THÉRAPEUTIQUE CUTANÉE : LES INJECTIONS INTRA-DERMIQUES

Le revêtement cutané n'est pas une simple enveloppe protectrice pour les tissus qu'il recouvre. C'est aussi dans une certaine mesure unesorte d'« organe » qui joue un rôle important par sa richesse en filets nerveux, capillaires, glandes, etc.

Depuis longtemps, on a utilisé le revêtement cutané à des fins thérapeutiques, par des applications externes, épidermiques, et par des injections profondes, hypodermiques. Entre les deux est venue se placer plus récemment, une troisième forme de thérapeutique cutanée : l'injection intradermique.

Quoique de date récente, les traitements par injections intradermiques ont donné lieu à de nombreux mémoires et la littérature qui les concerne est déjà considérable. Ici-même, des articles très documentés ont été publiés sur ce sujet. Aujourd'hui, nous désirons seulement signaler les intéressantes études de physio-pathologie de M. Michel Godlewski, qui sont venues compléter celles de M. René Valdeyron(1).

M. Godlewski a fait, chez un groupe de sujets, des injections intradermiques au bras, au thorax, à l'abdomen, à la cuisse, avec des substances variées : sérum isotonique, syncaïne, morphine, acétylcholine, histamine, histidine, etc... Il a suivi la formation de la papule, son évolution, sa durée, les effets thérapeutiques. L'aspect du *bouton dermique* et son évolution varient suivant la substance injectée, suivant la région où la piqûre est faite, la sensibilité vaso-motrice du sujet et peut-être même l'état physio-pathologique des organes sous-jacents.

L'action physiologique et thérapeutique a été envisagée : sur la douleur, sur la tension artérielle, sur la diurèse, etc.

Le traitement des algies diverses (névralgies, rhumatismes, algies viscérales) par les injections intradermiques d'histamine, d'histidine, par exemple, est maintenant en clinique journalière d'application courante. Deux facteurs sont à considérer pour expliquer l'analgésie produite : la réaction vaso-motrice et l'élément en quelque sorte spécifique de la substance injectée (pouvoir anesthésique de la novocaïne, facteur neurotrope d'autres substances).

Quant aux modifications plus profondes (viscérales) qui peuvent succéder aux injections intradermiques, M. Godlewski a noté une augmentation de la diurèse, lorsque les piqûres sont faites à la région lombaire (l'application de ventouses est susceptible, d'ailleurs, de donner un résultat du même ordre). Il a observé aussi quelquefois des modifications de la tension artérielle, du métabolisme basal, de la formule sanguine.

Ainsi, l'étude des injections intradermiques, en dehors de leurs applications thérapeutiques, conduit à des considérations générales d'un réel intérêt, qui s'étendent peut-être et probablement même à d'autres modalités de la thérapeutique cutanée.

P. LACROIX.

(1) Michel GODLEWSKI. — Sur certaines relations viscéro-cutanées (Thèse de Monptellier, 1938) et communications à la Société des Sciences médicales de Montpellier.

LES PARALYSIES RESPIRATOIRES ET LES INDICATIONS DU RESPIRATEUR ARTIFICIEL OU POUMON D'ACIER

Il y a longtemps que des esprits ingénieux ont construit le premier respirateur artificiel et Voillez à la fin du siècle dernier préconisait l'emploi de son spirophore dans certaines asphyxies. Mais il a fallu qu'un jeune millionnaire américain contracte en Chine une poliomyélite antérieure aiguë avec paralysie respiratoire et qu'on le transporte aux Etats-Unis dans son « poumon d'acier » pour que la grande presse s'empare d'un sujet d'apparence spectaculaire il est vrai et que l'on découvre à nouveau la nécessité de respirateurs artificiels. M. le Professeur agrégé Alajouanine vient de faire à l'hôpital américain de Paris une conférence sur les paralysies respiratoires dont il exposa magistralement les symptômes et le mécanisme, et que nous voulons résumer ici.

Les paralysies respiratoires sont liées à un trouble moteur dû à l'atteinte de la partie périphérique de l'appareil respiratoire, c'est-à-dire des nerfs et des muscles de la respiration. Elles sont entièrement à opposer aux lésions bulbaires avec troubles respiratoires et cardiaque, en particulier à la respiration de Cheyne-Stokes et aux dysrythmies de l'encéphalite. Cette opposition est d'une importance capitale, et bien des cas de morts étiquetés « par atteinte bulbaire » ne sont en réalité que des paralysies respiratoires par atteinte périphérique. Le bulbe est normal dans les paralysies respiratoires, et ce fait permet de comprendre l'importance thérapeutique du poumon d'acier.

Deux groupes de muscles commandent la respiration : le diaphragme qui est essentiellement le muscle inspirateur comme y a insisté Duchenne de Boulogne, et les muscles intercostaux. A ceux-ci s'ajoutent les muscles repiratoires accessoires, trapèze, scalène, sterno, pectoraux ; les muscles abdominaux ne jouent qu'un rôle secondaire et cela uniquement dans l'expiration forcée.

Ces différents muscles sont innervés par des nerfs qui prennent leur origine dans la moelle cervicale et dorsale. Le diaphragme est innervé par le phrénique dont les origines sont en $C^4C^5C^6$, les muscles intercostaux par les nerfs intercostaux qui naissent de D^1 à D^{11}, et les muscles respiratoires accessoires par des nerfs venus de C^2 à C^8. Il faut encore ajouter le pneumogastrique et le sympathique dont le rôle est capital.

Les paralysies respiratoires seront réalisées par une atteinte de ces muscles ou de ces nerfs. Les troubles cliniques engendrés diffèrent selon que la paralysie est globale ou partielle.

L'atteinte isolée du diaphragme peut se voir dans toutes les lésions médullaires de C^5C^6 et dans certaines névrites touchant les phréniques. Isolée, elle ne donne paradoxalement pas de très gros troubles fonctionnels, et ce fait est réalisé expérimentalement par une double phrénicectomie, chaque phrénique étant détruit successivement il est vrai. Le malade au repos est assez gêné, on remarque surtout son inspiration brève et courte. Mais il ne peut faire un effort sans être immédiatement essoufflé, et le simple fait de parler un peu vite l'essouffle. La voix peut être troublée, et tousser est impossible.

A l'examen on constate le signe de la bascule thoraco-abdominale (Duchenne de Boulogne,) remarquable par le fait que le malade « avale son ventre » pendant l'inspiration. La radiologie permet de vérifier la paralysie du diaphragme qui peut être totale, ou partielle ne touchant alors qu'un hémi-diaphragme.

La paralysie du diaphragme permet de vivre pendant longtemps. Elle peut cependant revêtir une extrême gravité à l'occasion d'une affection pulmonaire aiguë, le malade ne pouvant ni tousser ni expectorer et mourant asphyxié.

La paralysie isolée des muscles intercostaux peut se voir au cours de certaines atrophies musculaires progressives et certaines myélites. Elle n'entraîne guère de troubles au repos, Alajouanine a cependant pu observer un phénomène de bascule inverse à celui de la paralysie diaphragmatique comme le fait avait déjà été noté par Bériel.

La paralysie isolée des inspirateurs accessoires n'entraîne aucun trouble respiratoire car ils ne jouent un rôle important que lors que les autres muscles inspirateurs sont déficients.

Quant à la *paralysie isolée des muscles abdominaux* elle n'entraîne, elle non plus aucun trouble respiratoire ; mais elle gêne l'expiration forcée ; elle est d'ailleurs exceptionnelle, et avec Alajouanine nous avons pu en observer un cas au cours d'une poliomyélite antérieure aiguë à forme méningée où seule la paralysie abdominale vint signer cliniquement la nature policmyélitique de l'affection ; elle ne comportait aucune modification de la respiration.

Beaucoup plus dramatiques dans leur expression clinique sont *les paralysies respiratoires complexes, totales ou subtotales,* où à la paralysie du diaphragme s'associe celle des muscles intercostaux. Ce sont celles-là qui vont donner des tableaux d'asphyxie aiguë justiciable du respirateur artificiel.

Les mouvements thoraciques et abdominaux sont nuls et on ne constate plus ces phénomènes de bascule des paralysies partielles qui nécessitaient l'intégrité de l'autre groupe musculaire respiratoire ; la toux est impossible ; il existe fréquemment de la dysphonie due au peu d'air passant par la glotte. En fait dans cette pauvreté symptomatique, le fait dominant est l'asphyxie rapidement croissante avec cyanose et aboutissant à la mort. Le respirateur artificiel permet alors d'entretenir la vie. Mais encore faut-il que cela en vaille la peine.

On peut en effet voir survenir de telles paralysies à la période terminale d'affections médullaires chroniques telles que la sclérose latérale amyotrophique ou certaines atrophies musculaires progressives, et il est inutile, dans l'état actuel de nos connaissances, d'entretenir une survie à une affection incurable.

Beaucoup plus intéressantes sont les affections médullaires aiguës telles que la *poliomyélite antérieure aiguë* ; la paralysie respiratoire se voit au cours des épidémies, et dans les formes généralisées qui réalisent de grandes quadriplégies ; on ne la voit guère dans les formes localisées. Son installation est brutale, le malade asphyxie en quelques heures, le tableau devient vite dramatique et la mort survient si l'on ne peut mettre en place un respirateur artificiel. Ces paralysies poliomyélitiques sont souvent durables, et le jeune millionnaire américain dût rester depuis maintenant plus de deux ans dans son poumon d'acier. Mais le caractère même des paralysies poliomyélitiques est généralement de régresser, et le poumon d'acier permet d'attendre la récupération fonctionnelle des muscles respiratoires ; on conçoit son importance capitale, surtout lorsque l'atteinte respiratoire n'est que légère et transitoire ; il permet véritablement de sauver la vie du malade.

La même indication peut exister au cours de la poliomyélite antérieure subaiguë et dans certaines myélites aiguës. De même certaines tumeurs juxtamédullaires, certaines luxations de la colonne cervicale, certaines hématomyélies cervicales traumatiques peuvent entraîner une paralysie respiratoire par œdème et constituent l'une des indications du poumon d'acier sans parler des indications chirurgicales.

Mais en pratique ces causes sont exceptionnelles. A côté des myélites, des affections périphériques peuvent entraîner des paralysies respiratoires. Il s'agit avant tout des *polynévrites.* Parmi celles-ci ce sont surtout les polynévrites des maladies infectieuses, en particulier les polynévrites diphtériques qui dans certaines formes de paralysie diffuse avec atteinte des muscles de la nuque peuvent entraîner une paralysie respiratoire. Alajouanine a vu récemment un cas de polynévrite saturnine généralisée avec paralysie du diaphragme. Ce qui compte dans tous ces cas, c'est la diffusion des lésions et de l'atteinte paralytique.

Il faut faire une place à part aux *polyradiculonévrites avec dissociation albuminocytologique.* Guillain et Barré ont les premiers attiré l'attention sur ces paralysies si spéciales par cette dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien et leur évolution curable. Mais il en est d'autres cas voisins rapidement généralisés, accompagnés souvent d'une diplégie faciale, et qui peuvent présenter une paralysie respiratoire mortelle. Nous en avons rapporté avec Alajouanine deux observations dont une figure dans notre thèse. Anatomiquement on trouve des lésions inflammatoires prédominantes au niveau du nerf radiculaire, c'est-à-dire cette portion initiale des nerfs qui se trouve engaînée par les méninges.

Ce qui cliniquement les distingue des poliomyélites, c'est l'absence de début infectieux, l'allure progressive des paralysies, l'existence de troubles sensitifs et le peu d'importance des troubles trophiques ainsi que des réactions électriques. Milhit et Gros viennent d'en publier une observation très suggestive d'une fillette de six ans chez qui l'apparition de la paralysie respiratoire l'obligea à un séjour de six jours dans le poumon d'acier, permettant de la sorte une guérison apparemment miraculeuse.

On comprend ainsi tout l'intérêt actuel qui s'attache au poumon d'acier dont l'appareil de Deniker est le premier appareil automatique. D'autres types d'appareils existent ou sont à l'étude, en particulier ceux de Léon Binet, malheureusement leur prix de revient très élevé en explique jusqu'ici la rareté. Plusieurs hôpitaux parisiens, possèdent actuellement, grâce à des dons généreux, un poumon d'acier, et si leurs indications restent du domaine de l'exception, ils présentent cependant un grand intérêt étant donné que la poliomyélite antérieure aiguë, les polynévrites et les polyradiculonévrites sont des maladies courantes dont les formes généralisées sont toujours à redouter.

A la fin de la conférence du Professeur agrégé Alajouanine, le Docteur Gros, médecin chef de l'hôpital américain, nous réunit autour du « poumon d'acier » dont il nous montra les perfectionnements et le mécanisme.

Georges Boudin.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

Quelques erreurs et fautes de diagnostic en urologie

D'après le Docteur L. STROMINGER (*)

UN ILÉUS NE DOIT PAS ÊTRE CONFONDU AVEC UNE AFFECTION RÉNALE

Il s'agit alors d'un iléus réflexe ; ce sont des douleurs du flanc, qui marquent le début de la maladie. Elles s'accompagnent de ballonnement et d'arrêt des matières et des gaz, cependant que progresse le météorisme abdominal, qui peut être imposant. Si les troubles dysuriques ou urinaires font défaut, si les irradiations caractéristiques de la *colique néphrétique* sont absentes, et si des signes d'occlusion intestinale persistent, l'erreur est presque inévitable.

Guyon déjà, avait insisté sur l'importance des accidents intestinaux qui, au cours de la lithiase rénale, peuvent simuler une occlusion intestinale ; il les avait observés sur lui-même.

Par suite des phénomènes, dit réflexes, de l'appareil génito-urinaire, beaucoup d'urinaires ont pu être traités comme des colitiques ; à noter que dans la lithiase rénale larvée, on observe, parfois seulement de la simple constipation, avec ballonnement.

Souvent dans la lithiase rénale, on n'a évité l'opération, que grâce à l'étude attentive de l'appareil urinaire. Dénéchau et Prieur rapportent deux observations d'iléus réflexe, dont un opéré est mort de shock, et un autre, qui a expulsé le calcul après une dizaine de jours.

Toute irritation, produite par un calcul, ou un corps étranger, et surtout par sa migration à travers l'uretère excitera le plexus périréno-urétéral et pourra déterminer une paralysie ou un spasme de l'intestin.

Il est donc facilement compréhensible qu'une fois la cause du réflexe disparue, les troubles intestinaux disparaissent à leur tour rapidement. Il faut connaître ces réflexes, savoir attendre et lutter avec l'entourage qui s'affole généralement et réclame une opération.

On doit *régler sa conduite* d'après l'état général, qui dans la majorité des cas ne s'altère pas si vite et si profondément que dans la vraie occlusion intestinale. Dans l'iléus réflexe, le facies n'est pas anxieux, car le malade n'éprouve pas, comme le dit Quénu, cette sensation d'angoisse viscérale, qu'accusent ceux dont l'intestin est bouché.

D'autre part, si l'on analyse bien le syndrome, on s'aperçoit qu'il manque un caractère fondamental de l'occlusion intestinale vraie, à savoir la contraction violente et intermittente de l'intestin au-dessus de l'obstacle, le péristaltisme ainsi que l'antipéristaltisme. Il n'y a ni coliques douloureuses intermittentes, ni mouvements de reptation sous la peau, ni vomissements fécaloïdes. Si des phénomènes urinaires accompagnent le drame abdominal, il n'est pas difficile de remonter à la vraie cause, en faisant un examen complet de l'appareil urinaire.

Dans l'iléus lithiasique, le début est brusque, sans prodromes. La douleur est la première en date. Elle précède de longtemps l'arrêt des gaz et des matières, alors que dans l'iléus mécanique, la douleur est un phénomène secondaire, se produisant à l'occasion des contractions intestinales. L'évolution des accidents est d'emblée intense dans le premier cas, alors que dans l'iléus mécanique le syndrome se constitue progressivement.

En cas d'iléus réflexe, les troubles fonctionnels diffèrent suivant le moment, où l'on est appelé à les examiner, parce qu'il se produit des détentes. C'est ainsi que le malade éprouve parfois un soulagement après un paroxysme ; mais la crise cède brusquement (elle peut durer huit jours) ; une débacle de gaz et de matières avec polyurie l'annonce. Dans l'iléus mécanique, les signes fonctionnels vont en s'aggravant d'heure en heure jusqu'aux troubles les plus graves.

Mais le plus souvent, deux signes dirigent vers le vrai diagnostic : ce sont les *signes urinaires et les signes radioscopiques.* Parmi les premiers, l'hématurie microscopique, bien qu'inconstante, constitue cependant un signe pathognomonique, qui doit emporter le diagnostic dans les cas douteux.

LES FAUSSES APPENDICITES

Il est très fréquent de confondre une *lithiase rénale* avec une appendicite ; leurs symptômes se ressemblent à tel point qu'un diagnostic exact est parfois impossible.

« Un examen des voies urinaires, dit le Professeur Marion, éviterait bien des traitements de prétendues colites ou des appendicectomies

(1) Les erreurs et les fautes en urologie. (Masson, éditeur, Paris, 1939.)

inutiles chez des malades, qui n'ont jamais eu des crises aiguës nettes d'appendicite. Les malades, opérés d'appendicite chronique et qui viennent ensuite pour un calcul, une *hydronéphrose,* une *tuberculose rénale,* etc., du côté droit, sont légion dans nos services d'urologie. Et combien de malades traités pour des colites n'ont qu'une hydronéphrose ou un calcul ! »

C'est avec trop de facilité, en effet, que l'on pose le diagnostic d'appendicite. On se contente en pratique de quelques symptômes cliniques locaux, d'un résultat radiologique ou d'un examen hématologique pour décider l'opération.

On se base sur des symptômes, qui sont loin d'être spécifiques ; en particulier la douleur, la température et la leucocytose sont loin d'être suffisantes et propres à l'appendicite. Sauf dans les cas vraiment alarmants, où l'on ne peut pas et où il ne faut pas attendre, la plupart du temps, on dispose de loisirs suffisants pour faire des recherches, qui d'ailleurs ne demandent pas plus de vingt-quatre à trente-six heures. En procédant ainsi, on découvrirait une atteinte légère et latente du rein, une pyurie avec des urines limpides en apparence, et bien souvent une hématurie microscopique, importante surtout chez l'homme. De cette manière, bien des hydronéphroses, des pyélites ou des pyélonéphrites, colibacillaires ou non, s'imposeraient à l'attention du chirurgien et empêcheraient l'opération sur l'appendice. En matière de lithiase rénale, un examen urologique complet parviendrait à faire porter le vrai diagnostic ; à la cystoscopie, on pourrait constater une tuméfaction œdémateuse de l'orifice urétéral, et, par la sonde urétérale immobiliser le calcul, rendre libre cours à l'urine avec disparition de tous les symptômes. La radiographie enfin préciserait exactement le siège du calcul pyélo-urétéral. Bref, on pense rarement aux troubles urinaires plus ou moins évidents, et, ce qui est plus grave, des malades ont pu être opérés d'appendicite, sans que l'on eût pratiqué une analyse complète et minutieuse de leur urine. Si on a confondu l'appendicite avec une affection urinaire, celle-ci persiste après l'opération ou s'aggrave de ce fait même. Combien de malades voit-on avec des ascensions thermiques, qui durent des mois après l'appendicectomie.

En somme, il y a des cas alarmants, avec orage abdominal, où un cathétérisme urétéral avec évacuation et drainage du bassinet suffisent pour réduire au silence tous les troubles.

Ceci dit, tout en faisant abstraction des troubles urinaires, qui accompagnent la vraie appendicite, et qui tiennent soit à la position rétrocæcale de l'appendice, soit à ses rapports de voisinage avec l'uretère et la vessie, soit à des compressions déterminées par le foyer purulent péri-appendiculaire.

Pour un diagnostic certain de la lithiase rénale

Il peut y avoir des calculs, qui sont méconnus ; d'autre part, on en diagnostique qui n'existent pas. Car, les *moyens dont nous disposons aujourd'hui, ne sont pas toujours infaillibles,* et il arrive assez souvent qu'ils nous laissent indécis.

La colique néphrétique, que depuis longtemps on considère comme signe pathognomonique de la lithiase rénale, ne l'*est pas toujours* ; ce n'est que lorsque le calcul se mobilise et passe dans l'uretère, ou lorsqu'il se produit de la rétention aiguë pyélo-rénale que la colique apparaît. Il ne faut pas oublier que l'obstruction du bassinet et de l'uretère n'est pas toujours mécanique, mais souvent due à l'inflammation du bassinet ou de l'uretère. Cet œdème de la muqueuse détermine l'occlusion plus ou moins complète, et de là la colique. Il n'est pas si facile de distinguer les coliques aseptiques des coliques septiques, si ce n'est que les aseptiques évoluent sans température avec de l'urine plus ou moins limpide, tandis que les coliques septiques s'accompagnent de frissons et de température élevée avec des urines troubles.

La pratique nous apprend aussi qu'il existe des cas de coliques rénales sans calculs. Il y a également beaucoup de calculs du rein qui n'occasionnent aucune douleur, c'est particulièrement le cas des grands calculs rénaux et bassinétaux. En revanche, les petits calculs peuvent rester silencieux dans les calices ou dans le bassinet, et brusquement se mobiliser et déterminer des coliques néphrétiques.

Quant à l'*hématurie,* si elle n'est pas trop abondante et provoquée par les mouvements, les efforts et surtout par les excursions trop prolongées en automobile elle est souvent microscopique et cependant révélatrice d'une lithiase rénale. Néanmoins, il y a des cas où très abondante, profuse, elle est facilement *confondue avec un néoplasme.*

La *cystoscopie* aide parfois à préciser le diagnostic, particulièrement dans les cas où l'on a la chance d'apercevoir un calcul en voie d'élimination. Finalement, on doit insister sur la nécessité et l'utilité de la *radiographie* pour vérifier et redresser bien des diagnostics dans les cas de reins douloureux avec urines troubles.

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Un nouveau traitement des algies tabétiques : L'injection intra-rachidienne d'eau distillée

Les différentes interventions chirurgicales proposées dans cette affection sont toutes plus ou moins mutilantes ; elles ne sont réalisables que par des opérateurs spécialement qualifiés ; elles ne restent donc malgré les bases pathogéniques solides qui les étayent, qu'une thérapeutique d'exception. A l'opposé, la plupart des méthodes médicales sont simples, réalisables par tout praticien ; malheureusement, elles sont le plus souvent purement symptomatiques et n'apportent pas de soulagement important et durable aux malades.

Ce sont indiscutablement les traitements intra-rachidiens qui ont donné jusqu'ici les plus beaux résultats. On a utilisé successivement la simple soustraction de liquide céphalo-rachidien et surtout l'injection intra-rachidienne de substances médicamenteuses.

A. DUMOND avait tout d'abord été intéressé par le fait que d'excellents résultats avaient pu être obtenus dans les algies tabétiques lorsque l'injection intra-rachidienne s'était accompagnée de réaction méningée, alors qu'ils étaient franchement mauvais lorsque celle-ci faisait défaut. Il a été ainsi amené à penser qu'indépendamment des facteurs médicamenteux, la méningite provoquée pouvait avoir à elle seule une action favorable sur l'évolution des algies tabétiques, action parfaitement explicable par les données pathogéniques qui sont exposées dans le travail de l'auteur.

Il a voulu provoquer une méningite aseptique dans des conditions qui ne pouvaient prêter à discussion. Il a choisi l'injection d'eau distillée dans le rachis ; son choix a été motivé pour les raisons suivantes : l'injection est pratiquement indolore, la réaction méningée reste suffisamment discrète pour que l'on n'ait à craindre aucun incident sérieux.

Après avoir retiré par ponction lombaire 5 c.c. de liquide céphalo-rachidien, il injecte 5 c.c. d'eau bidistillée stérilisée. La seule précaution à prendre est d'insister pour que le malade reste absolument tranquille, en position horizontale, la tête basse, pendant quarante-huit heures après l'injection. Le soir de l'injection, quelques céphalées et des rachialgies très discrètes se manifestent, la température monte à 38° pour retomber à 37° dès le lendemain soir. La réaction méningée qui suit l'injection d'eau distillée est d'ailleurs discrète : augmentation du taux de l'albumine et lymphocytose en sont les seuls témoins. Chez deux malades traités par cette méthode, des phénomènes douloureux, qui dataient de plusieurs années, ont complètement disparu dès l'application de cette thérapeutique. Dans les deux cas, les douleurs étaient devenues rebelles à toute thérapeutique médicale, et empêchaient tout sommeil. Dans les deux cas, les malades se trouvent absolument transformés et disent que depuis de longues années ils ne s'étaient sentis aussi bien. On ne peut actuellement savoir si ces résultats seront durables ; une accalmie de quelques mois paraît vraisemblable. (*Lyon Médical*, 30 avril 1939.)

Quelques réflexions sur la section des brides pleurales

La section des brides pleurales dans un pneumothorax artificiel a pour but de rendre efficace le collapsus pulmonaire. Entre les pneumothorax complets, dans lesquels le poumon est entièrement collabé autour de son hile, et les pneumothorax partiels, il y a place pour une catégorie intermédiaire : les pneumothorax totaux, mais incomplets, où le poumon est resté adhérent, en certains points, au gril costal. P. TROCMÉ rappelle que la présence d'adhérences partielles dans le pneumothorax, réduit de plus de moitié les chances de guérison de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax. En outre, la radiologie montre que la grande majorité des brides pleurales intéresse le lobe malade. L'action néfaste de l'adhérence, qui tire directement sur les lésions principales et maintient la béance des cavernes, est évidente.

Tout symptôme qui indique l'inefficacité d'un pneumothorax doit faire envisager la possibilité d'une section de brides. Le critérium principal, malgré une chute de la température et une amélioration de l'état général, c'est que le malade continue à tousser, à expectorer et que ses crachats restent bacillifères. Parfois aussi, c'est un état subfébrile qui persiste sans cause apparente; ou encore des hémoptysies qui se produisent en dépit des insufflations, et semblent même parfois se répéter après chaque insufflation. D'autres fois, ce sont des constatations radiologiques qui commandent la pleurolyse : une caverne persiste ; le moignon pulmonaire est tiraillé par des adhérences nettement visibles ; certaines infiltrations

◆◆◆◆◆

tuberculeuses restent opaques, parce qu'incomplètement guéries.

On s'est aperçu peu à peu que la section des brides doit être précoce dans l'immense majorité des cas. Ceci en raison de l'état de la plèvre qui, saine et transparente dans un pneumothorax récent, laisse souvent apercevoir, dans les adhérences elles-mêmes, la limite entre le tissu pulmonaire, que la section doit à tout prix respecter, et le tissu fibreux qu'elle doit seul intéresser. En intervenant plus tardivement, on peut aussi risquer un épanchement pleural, comme l'inertie du moignon. Enfin, ne pas oublier que les délais d'entretien du pneumothorax ne commencent à courir qu'à partir du moment où il est devenu efficace. Tout plaide donc en faveur d'une intervention précoce, et celle-ci devra avoir lieu au cours du second ou du troisième mois de traitement.

Quant à la technique, l'auteur, comme la majorité des opérateurs, a complètement renoncé à la section diathermique des brides pleurales. Il préfère la section aussi efficace au simple galvano-cautère.

On signale comme complication de la pleurolyse : l'hémorragie (qui d'ailleurs n'est plus à craindre avec le galvano-cautère) ; l'emphysème sous-cutané post-opératoire ; la symphyse aiguë post-opératoire ; et beaucoup plus fréquemment les réactions pleurétiques liées au traumatisme pleural. On doit enfin signaler l'accident le plus grave, qui est la perforation pulmonaire.

En résumé, une section de brides transforme le pronostic d'un pneumothorax incomplet ; d'un malade promis à de longs mois de maladie, terminée peut-être par une cachexie terminale, elle fait en quelques semaines, parfois en quelques jours un convalescent : il suffira d'avoir la patience d'insuffler régulièrement un pneumothorax désormais sans histoire, pour qu'intervienne enfin une guérison qui à toutes chances d'être définitive. (*L'Actualité médico-chirurgicale*, mars 1939.)

Les résultats d'un demi-siècle d'efforts en hygiène infantile

Il résulte d'une enquête, faite par le Docteur Lassablière, qui a porté sur un nombre considérable de nourrissons (4.966), que des progrès importants ont été réalisés en hygiène infantile dans notre pays depuis un demi-siècle.

La mortalité et la morbidité ont été abaissées considérablement ; ainsi, en ce qui concerne la Mutualité maternelle de Paris, la mortalité des enfants qui suivaient ses consultations à ses débuts en 1892 était de 17 % ; elle a passé à 1,11 % en 1938. D'autre part, la prédominance de l'allaitement au sein chez les mères (62 %) montre que, malgré le cri d'alarme qu'on a jeté depuis fort longtemps, la mamelle ne se meurt pas en France. De plus, l'augmentation du poids, de la taille et du périmètre thoracique chez les nourrissons démontre à l'évidence que des progrès considérables ont été réalisés dans l'alimentation des enfants. On a la preuve que celle-ci joue un rôle prépondérant non seulement pour abaisser la mortalité et la morbidité, mais encore pour intervenir efficacement dans l'accroissement du poids, de la stature et de la corpulence des individus.

Mais nous ne devons pas ralentir nos efforts, l'Etat doit avant tout apporter plus que jamais son concours aux œuvres de protection de l'enfance. Le contrôle des nourrissons doit se faire avec des méthodes de plus en plus précises et il est utile de rappeler que la connaissance du poids seule ne suffit pas pour donner une indication suffisante de l'état de nutrition des enfants. Il y a une nécessité absolue, pour apprécier l'état de santé des nourrissons, de mesurer non seulement leur poids, mais leur taille et leur périmètre thoracique. La fiche d'allaitement doit contenir des renseignements sur les différents systèmes, et sur les différentes fonctions de l'organisme (ossification, tonicité musculaire, etc., etc.). De plus, l'avenir est aux laits qui permettront d'obtenir une ration de mieux en mieux équilibrée et auxquels on pourra adjoindre facilement les éléments (vitamines, hydrates de carbone, etc.), les plus appropriés pour combattre les hypovitaminoses et les cas d'allergie encore trop fréquents.

Dans le but de lutter contre le rachitisme fruste, encore si répandu chez les enfants des grandes villes (89 %), il y a lieu d'envisager la création de plages de rayons ultra-violets, et l'absorption systématique de doses préventives de vitamine D sous forme de spécialités, d'huile de foie de morue, ou de laits additionnés de vitamine D, rigoureusement contrôlés comme cela se pratique avec succès aux Etats-Unis.

Sur le plan social, il faut que les œuvres de protection de l'enfance soient en état d'assurer aux mères qui allaitent une protection suffisante. Il faut que celles qui sont les meilleurs artisans de l'avenir de notre pays, puissent surtout manger à leur faim. Enfin, pour favoriser la natalité, il convient de faire disparaître les logements insalubres, dans lesquels s'entassent trop de personnes avec les enfants ; le taudis et la dénatalité sont deux fléaux étroitement liés et, lorsque le logement se transforme en taudis la famille disparaît. (*La Médecine*, avril 1939).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'anatoxine tétanique et les nouvelles méthodes de lutte contre le tétanos

(M. G. RAMON ; 2-5-1939)

M. Ramon expose les indications respectives des nouvelles méthode de lutte contre le tétanos, méthodes dérivées de la découverte de l'anatoxine tétanique.

La vaccination antitétanique proprement dite trouve son application chez les individus et dans les collectivités particulièrement exposés à l'infection tétanique. La vaccination antitétanique peut être grandement facilitée par l'emploi des vaccinations associées.

La séro-vaccination, par l'injection simultanée de sérum antitétanique et d'anatoxine spécifique, suivie de plusieurs injections de celle-ci, assurera le blessé non encore vacciné contre le risque immédiat et éloigné de tétanos.

La séro-anatoxithérapie du tétanos déclaré, qui consiste à injecter au malade une dose unique et massive de sérum antitétanique et des doses renouvelées d'anatoxine, est capable à la fois de contribuer à la guérison et de mettre le sujet guéri à l'abri des rechutes et récidives.

La pratique, chez le cheval, de la vaccination à l'aide de l'anatoxine tétanique, a fourni l'occasion d'administrer les preuves indiscutables de l'efficacité de cette vaccination. C'est ainsi que dans les effectifs de la cavalerie française, où la vaccination a été appliquée depuis dix ans, le tétanos a disparu. Cette pratique a eu une autre conséquence. Elle a permis d'obtenir chez le cheval, grâce à des techniques d'hyper-immunisation, une production intensive de sérum antitétanique, à pouvoir antitoxique très élevé.

Avec ce sérum, ont été préparées des « solutions » d'antitoxine tétanique, pauvres en protéine, dont l'emploi semble capable de permettre une diminution très sensible de la fréquence et de la gravité des accidents sériques.

— Répondant à une question de M. Pierre DELBET, M. Ramon ajoute que, chez un sujet sûrement et correctement vacciné, si celui-ci devient porteur d'une blessure pouvant être tétanigène, il sera simplement fait une injection de rappel d'anatoxine qui provoque une augmentation considérable du taux de l'immunité sans risque d'accidents sériques. Si un doute subsiste quant à la réalité de la vaccination antitétanique antérieure, ou si les blessures sont multiples ou ont entraîné une forte hémorragie, il sera plus prudent de joindre à l'injection d'anatoxine la séro-prévention, de préférence au moyen de la « solution d'anatoxine tétanique ».

Aviateurs et alcool

(M. G. MILIAN ; 2-5-1939)

M. Milian signale, chez les aviateurs en général, une regrettable tendance à la consommation exagérée de boissons alcooliques. Il appuie son opinion sur les chiffres d'alcools débités au bar d'un camp d'aviation, chiffres dont il a pu avoir connaissance. La moyenne a été par aviateur et par mois : 5 litres d'apéritif, 1 litre de fine ou d'eau-de-vie, un litre de liqueur, plus le vin ou la bière pris au repas.

Il y a là un danger tout particulier, dont les inconvénients n'ont pas besoin d'être soulignés dans une arme d'élite, qui nécessite tant de sang-froid et de maîtrise manuelle et psychique. La bravoure est de tradition chez les aviateurs. Appelons leur attention sur les dangers de l'alcoolisme.

Etiologie générale de l'épilepsie « essentielle »

(M. L. BABONNEIX ; 25-4-1939)

S'appuyant sur l'étude de 355 cas personnels, M. Babonneix envisage le rôle que jouent, dans le développement de l'épilepsie essentielle, les causes suivantes : l'hérédité, la consanguinité, les convulsions, l'alcoolisme, les incidents gravidiques et obstétricaux, les traumatismes craniens postérieurs à la naissance, les infections diverses et les affections associées.

Des documents ainsi recueillis l'auteur conclut : l'hérédité directe ne joue qu'un rôle secondaire dans l'étiologie de l'épilepsie ; la consanguinité n'intervient pour ainsi dire pas ; l'helminthiase non plus. Par contre, l'alcoolisme des parents et les traumatismes obstétricaux méritent la place d'honneur que leur attribuent les classiques. Des traumatismes, des infections (tréponème, etc.), peuvent intervenir avant et après la naissance.

Si l'on admet cette manière de voir, la thérapeutique laisse de plus grands espoirs dans l'épilepsie dite « essentielle ».

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Sténose bronchique de longue durée par tumeur bénigne bronchique (cylindrome). — Reperméabilisation de la bronche après une curiethérapie intratumorale

(MM. P. JACOB, J. DELARUE et M. GAULTIER ; 24-3-1939)

Les observations cliniques permettent de distinguer trois périodes dans l'évolution de ces tumeurs bronchiques :

Une phase initiale de symptômes discrets parmi lesquels les hémoptysies tiennent une place importante, hémoptysies récidivantes, souvent cataméniales, sans lésions pulmonaires, avec bacilloscopies négatives. Elles peuvent d'ailleurs manquer et la symptomatologie se réduit à une toux coqueluchoïde, à des crises de dyspnée asthmatiforme.

La seconde période est marquée par les signes de sténose bronchique : infiltrations à allure de pneumopathies aiguës, atélectasies partielles ou totales. Ces images peuvent régresser spontanément ce qui donne à penser qu'un facteur inflammatoire, que l'œdème surajouté à la tumeur doit jouer un rôle important dans leur production souvent brusque.

Enfin, la troisième période est celle des suppurations pulmonaires, de l'infection des bronchiectasies, généralement responsables de la mort, plus rarement causée par une hémorragie abondante.

Anatomiquement les adénomes siègent le plus souvent sur la bronche souche, avant ou après l'origine des bronches secondaires, elles peuvent siéger sur la trachée (cas de Berger), au niveau de la bifurcation trachéale. Ils sont sessiles ou pédiculés, lisses, rougeâtres, très saignants (ils saignent plus facilement au cours des manœuvres endo-bronchiques que le cancer). Leur aspect est très différent de celui des autres tumeurs bénignes des bronches (fibromes, enchondromes). Ce sont des tumeurs sous-épithéliales.

De cette communication, il semble résulter :

1° Qu'il existe des tumeurs bronchiques histologiquement bénignes, mais cependant pouvant être mortelles par les conséquences de la sténose bronchique qu'elles causent ;

2° Qu'un traitement simple purement endo-bronchique peut procurer une guérison définitive à condition qu'il soit précoce ;

3° Que ce diagnostic auquel on peut penser en présence d'hémoptysies à répétition ne faisant pas leur preuve, d'aspect atélectasique, ne pourra être affirmé que par bronchoscopie avec biopsie et examen histologique, examens indispensables si l'on veut éviter un diagnostic inexact de cancer et les graves conséquences chirurgicales auquel ce diagnostic conduira bientôt infailliblement.

Deux cas de rétrécissement du rectum au cours de dysenteries amibiennes graves

(MM. P. HILLEMAND, A. BENSAUDE et P. BRU ; 24-3-1939)

Les auteurs rapportent deux observations de rétrécissement du rectum, survenu chez des sujets atteints de dysenterie amibienne grave.

L'un d'eux présentant un type sérieux de cette affection depuis 1911, compliquée de deux abcès du foie et d'un abcès du poumon et dont la muqueuse recto-sigmoïdienne est vue couverte à plusieurs reprises d'ulcérations, dont l'état résiste à toute thérapeutique émétino-arsenicale, est porteur à 7 centimètres d'un rétrécissement du rectum ; un second sujet contaminé depuis 1918, et qui depuis cette date présente quotidiennement quinze à vingt selles qui contiennent des amibes du type dysentérique, est atteint d'un rétrécissement large du rectum à 7 centimètres, avec ulcérations au niveau du rétrécissement.

Chez ces deux malades, il n'existe ni écoulement, ni fistule, ni condylomes, ni rectite proliférante. Chez ces deux malades, les intra-dermoréactions faites avec un antigène humain de Frei, l'intradermoréaction au Dmelcos, la réaction de Wassermann sont négatives. Pareille complication semble exceptionnelle, puisque depuis huit ans, sur plus de 1.200 amibiens, l'un des auteurs n'a trouvé que ces deux cas. Il est actuellement impossible — il faut le reconnaître — de pouvoir fournir la preuve formelle de la nature amibienne d'une sténose, et on pourrait faire le reproche de s'appuyer en particulier, pour le diagnostic posé, sur des réactions biologiques négatives, c'est-à-dire sans valeur absolue ; mais il existait là un faisceau de présomptions particulièrement troublantes, en particulier la notion de la dysenterie, qui constituait le gros argument clinique, d'ailleurs assez spécial.

Quant aux réactions biologiques négatives, inutile d'insister sur la valeur de l'intradermo-réaction au Dmelcos, ni sur celle du Wassermann ; plus intéressante est celle de la réaction de Frei négative ; celle-ci dépend essentiellement de l'antigène employé ; personnellement les auteurs n'attribuent aucune importance à une réaction de Frei négative avec un antigène simiesque ; il faut exiger une réaction de Frei avec un antigène humain et en faire, si possible, une seconde avec un antigène humain d'origine différente.

De ces sténoses rectales, il faut rapprocher des sténoses coliques pseudo-cancéreuses, qui ont été rapportées dans l'amibiase.

G. F.

Les Thèses

P. — Dr R. Gontier. — **Cancer du côlon transverse. Exérèse accompagnée de curage ganglionnaire.** (Thèse 1939.)

La fréquence du cancer du côlon transverse est plus grande que ne l'indiquent les publications classiques.

L'anse du transverse est une anse essentiellement chirurgicale puisqu'elle offre à l'opérateur cette condition *sine qua non* réclamée par lui dans toute intervention sur l'intestin : *la mobilité.*

La condition première pour obtenir par colectomie de bons résultats, c'est de ne pratiquer celle-ci que lorsque l'anse pourra être extériorisée facilement. *La loi de la colectomie hors de la cavité péritonéale est ici plus intransigeante qu'ailleurs.*

P. — Dr L. Katz. — **Objectifs et organisation de la surveillance médicale des étudiants dans différents pays.** (Thèse 1939.)

C'est aux Etats-Unis que le développement de centres médicaux universitaires est le plus ancien (1861) et le plus important. Les objectifs de ces centres sont triples : *a*) assurer aux étudiants un service médical personnel ; *b*) enseigner les notions élémentaires d'hygiène à tous les étudiants ; *c*) assurer l'hygiène administrative des universités et des conditions générales de vie et de travail des étudiants.

Dans les pays européens, un mouvement dans le même sens se dessine. Toutefois, les centres médicaux des universités européennes et notamment françaises limitent leur rôle à une œuvre préventive et éducative.

La fonction essentielle des centres médicaux universitaires semble être, en effet, de plus en plus celle de prévention et éducation (examen médical d'entrée, surveillance de l'éducation physique et sportive, enseignement de l'hygiène), laissant de côté le rôle d'assurer le traitement des étudiants malades.

Str. — Dr W. Rozner. — **Les suites éloignées du traitement chirurgical de l'asthme bronchique.** (Thèse de doctorat d'Université, mention « médecine », 1939).

Le traitement chirurgical de l'asthme bronchique cherche à empêcher les crises par rupture du réflexe déclenchant le broncho-spasme.

Ce broncho-spasme est dû soit à l'excitation directe ou réflexe des fibres broncho-constrictrices du vague ou du sympathique (réflexe long), soit à l'excitation des cellules ganglionnaires dans la paroi bronchique (réflexe court périphérique). Pour avoir toujours un succès opératoire, il faudrait faire une énervation pulmonaire complète. Celle-ci n'est pas possible techniquement. D'autre part, nous n'avons pas d'action sur les ganglions intramuraux contenus dans la paroi même des bronches.

Parmi les énervations pulmonaires partielles, la meilleure se révèle être la stellectomie préconisée par MM. Leriche et Fontaine. Seule opération bénigne, elle n'entraîne aucune conséquence fâcheuse pour le cœur, même si elle a été faite des deux côtés. Cette opération a donné entre les mains de MM. Leriche et Fontaine, à la distance de 3 à 13 ans, 55 % d'échecs et 45 % de bons résultats.

Les meilleurs résultats ont été obtenus par l'opération bilatérale, mais la stellectomie unilatérale a suffi dans certains cas.

P. — Dr J. Doudeuil. — **Contribution à l'étude étiologique des scléroses cérébrales infantiles.** Travail du service du Docteur R. Clément, à l'hôpital Trousseau. (Thèse 1939.)

Les manifestations de la sclérose cérébrale sont nombreuses et variées en pathologie infantile. Selon que la sclérose cérébrale est diffuse ou localisée, massive ou très légère, elle donne lieu à divers symptômes depuis la paralysie généralisée et l'idiotie complète jusqu'à de simples troubles du caractère ou à une simple diminution de l'activité intellectuelle. Minime, elle constitue parfois seulement, chez des sujets par ailleurs normaux, une épine irritative génératrice, plus ou moins tard, au cours de la vie, d'épilepsie typique ou fruste.

Pour la prophylaxie et le traitement de ces scléroses cérébrales infantiles, il importe d'en préciser le mieux possible les causes.

Tout le monde est d'accord pour reconnaître qu'un certain nombre de scléroses cérébrales sont dues au traumatisme obstétrical, à la syphilis congénitale ou à une encéphalopathie aiguë de l'enfance ; mais sur le rôle joué par chacun de ces facteurs, les opinions sont encore assez divergentes.

L'auteur a fait à ce point de vue une enquête portant sur 86 enfants atteints de manifestations diverses de sclérose cérébrale et il en déduit un certain nombre de mesures préventives (traitement prophylactique de la syphilis des générateurs, réduction des traumatismes obstétricaux, etc.).

LES CARDIO-NÉVROSES

Par G. MACAUD

Par cardio-névroses nous entendons toutes les manifestations cliniques cardiaques ne répondant pas à une lésion anatomique de l'appareil cardio-vasculaire. Ainsi se trouvent englobés dans ce groupe les pseudo-cardiaques, les sujets à cœur irritable et les malades ayant une affection organique viscérale retentissant secondairement sur le cœur. Par contre, est éliminée l'angine de poitrine, liée à une lésion aortique, ventriculaire ou coronarienne.

Physiologiquement, les cardio-névroses traduisent une perturbation du système neuro-végétatif. Un sujet vago ou sympathicotonique localisera son déséquilibre sur le cœur, comme d'autres le localisent sur l'appareil digestif (gastro-névroses). Au cours de son existence il pourra même alterner ou intriquer les deux ordres de manifestations.

Cliniquement, on soupçonnera une cardio-névrose, chaque fois qu'un malade se plaindra de palpitations ou d'algies précordiales siégeant à la région apexienne ; le diagnostic se trouvera confirmé par le résultat négatif de l'examen de l'appareil cardio-vasculaire et par la mise en évidence d'un déséquilibre vago-sympathique. Mais si ce diagnostic est aisé en théorie, il est beaucoup plus délicat en pratique, ceci expliquant la fréquence des insuccès thérapeutiques.

On comprend l'échec des tonicardiaques classiques : la digitaline, l'ouabaïne ou le strophantus ne peuvent rien dans de semblables cas. Pour agir, le traitement doit non seulement soutenir le muscle cardiaque, mais encore rompre les réflexes nerveux et apaiser le sympathique ou le pneumogastrique. Le gardénal, les bromures, l'ésérine agiront mieux que la digitale, mais leur effet est encore incomplet.

Un grand progrès vient d'être réalisé par l'association de l'aminophylline, à la phényl-éthyl-malonylurée à petite dose et au chlorhydrate de papavérine (sédo-caréna). L'aminophylline agit électivement sur les artères coronaires et assure une bonne irrigation du myocarde ; la phényl-éthyl-malonylurée à petite dose ajoute son action neuro-sédative et la papavérine son effet antispasmodique.

A la dose journalière de 2 à 6 comprimés, le sédo-caréna permet donc un traitement rationnel et complet des cardio-névroses. Toujours bien toléré, il permet des cures de longue durée indispensables pour obtenir un équilibre stable du système neuro-végétatif et du cœur.

LA DOULEUR OURLIENNE

Par MASSON

Maladie bénigne et brève chez le jeune enfant, les oreillons constituent une affection particulièrement douloureuse chez l'adolescent et l'adulte ; dans les formes les plus simples, la parotidite s'accompagne d'une gêne extrêmement pénible ; bien souvent, les oreillons se compliquent et de nouvelles douleurs apparaissent : abdominales, traduisant la pancréatite ou l'ovarite ; céphaliques, traduisant la méningite, et surtout testiculaires, traduisant l'orchite, d'un pronostic si réservé.

Malgré cette dernière complication, beaucoup de médecins considèrent les oreillons comme une maladie tellement bénigne, qu'elle autorise l'abstention thérapeutique ; et ils s'en tiennent aux classiques mesures d'hygiène.

Sans discuter cette opinion relative au pronostic, nous pensons que les seules manifestations douloureuses nécessitent au contraire un traitement actif pour soulager au plus tôt le malade et prévenir les complications. Ceci d'autant plus qu'il existe aujourd'hui un médicament électif, bien toléré et efficace : le rhodanate de potassium.

Administré dès le début de la maladie, il diminue la parotidite et abrège l'évolution, cette action semblant due à son pouvoir antiseptique et à son élimination salivaire.

Pour notre part, l'emploi du rhodanate (rhocya) en pratique courante, nous a donné d'excellents résultats. Certains diront que nos malades auraient guéri tout seuls ; sans doute, mais ils auraient souffert plus, et plus longtemps, et ce n'est pas une chose négligeable que d'avoir pu les soulager rapidement et de les avoir mis à l'abri des complications, dont la redoutable orchite.

Je reste persuadé, en présence de tels faits, que le rhodanate de potassium doit être employé dans tous les cas d'oreillons et que l'abstention thérapeutique, acceptable il y a quelques années, est aujourd'hui d'autant plus condamnable qu'il s'agit d'un traitement non toxique et toujours parfaitement toléré.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

AVORTEMENTS

Il semble qu'un courant répressif contre l'avortement soit né des pénibles constatations faites dernièrement, sur notre faible natalité. Tous les sacrifices actuellement consentis, pour maintenir notre pays au premier rang, seront inutiles, s'il n'y a plus assez de Français, dans vingt ans pour en profiter. Ce sera le moment où se pressera à nos frontières une horde étrangère nombreuse, affamée, attirée par notre bien-être, notre vie facile, et tous les attraits que peut offrir un peuple qui ne se reproduit plus.

Dans cette lutte pour des enfants, le Corps médical a un grand rôle à tenir et ce rôle, il ne doit pas comme il l'a fait depuis la guerre, le jouer dans le sens d'un contrôle des naissances, mais bien au contraire vers un retour à la libre fonction naturelle qui veut que la femme soit féconde.

Le vieux maître Pinard doit frémir dans sa tombe, s'il peut réaliser ce qui se passe aujourd'hui et s'il soupçonne que des confrères, dont quelques-uns ont pu être ses élèves, favorisent par leurs conseils la limitation de la famille, au point qu'un romancier dans un livre récent les cite copieusement et s'appuie sur leur autorité médicale, pour préconiser le « *Birth Control* ».

Si l'opinion de quelques médecins est en faveur des pratiques anticonceptionnelles ce serait un tort de donner cette opinion comme celle du Corps médical, elle n'engage que les confrères cités par le romancier et je reste persuadé que l'ensemble des médecins est d'un avis absolument opposé.

L'avortement, qui est beaucoup plus grave, doit du point de vue médical être considéré comme une manœuvre que notre conscience doit réprouver, *c'est du point de vue moral seul qu'il faut l'envisager*, car il est bien évident que la sécurité que lui ont donnée les découvertes pastoriennes et les progrès de la gynécologie ne constituent plus un risque suffisant, un frein susceptible d'arrêter celui qui veut en tirer un profit. L'avortement doit être représenté au futur médecin dès le début des études comme une pratique malhonnête, qu'un médecin digne de ce nom doit réprouver; il doit considérer comme injurieux de la part d'un client le fait de venir le lui demander, et si cette éducation des jeunes avait toujours été ce qu'elle devait être, nous n'aurions pas la tristesse de voir la police arrêter des confrères et des listes circuler que des femmes se repassent de l'une à l'autre, où nous lisons avec stupeur des noms que nous ne devrions point y voir. Beaucoup d'entre nous ont pu avoir ces listes, il est bien évident que la police les possède elle aussi et qu'elle sait frapper à coup sûr, lorsqu'elle commence une enquête.

Je voudrais que chaque semestre, dans tous les services d'enseignement, il soit fait une leçon sur la conscience professionnelle et que la question de l'avortement y soit traitée comme il convient, je voudrais que chaque étudiant sache qu'il est des gestes qui déconsidèrent le médecin, et que quels que soient leurs profits les avorteurs professionnels ne jouissent d'aucune estime.

Nous gardons toujours le souvenir vivant des faits qui nous ont frappés lors de nos débuts médicaux et il me souvient d'avoir assisté il y a bien longtemps à une de ces exécutions par un chef de service dont la mémoire évoquera toujours pour moi l'honnêteté scrupuleuse et la droiture. Une jeune élève du service avait, sans penser à mal, fait entrer dans une des salles une petite femme de vertu facile, qui avait avorté avec ou sans son office ? en passant devant le lit où elle était couchée nous disions sans mesurer l'importance de nos paroles « c'est l'amie de X... qui vient d'avorter ». Nous ne réalisions pas la gravité du fait et c'est ainsi que la chose revint aux oreilles du Professeur. Ceux qui l'ont connu le reconnaîtront peut-être, quand j'aurai dit qu'il n'était pas commode et qu'il ne plaisantait guère sur le chapitre de la morale. Notre camarade fut convoqué, dans le cabinet du chef, et je vous laisse deviner la scène qui s'ensuivit et se termina par la signature d'un papier reconnaissant le forfait et par un congédiement en règle.

Cette exécution brutale m'est toujours restée comme une leçon, et il est probable que son évocation rafraîchira le souvenir de quelques-uns de ceux qui ont assisté comme moi, à la scène. En quelques minutes, nous avions compris qu'il y avait en médecine des choses avec lesquelles on ne saurait plaisanter, qu'il existait une morale professionnelle qui devait être scrupuleuse, et de toutes les leçons reçues de cet excellent maître, ce ne fut point une des moins profitables.

Ayant depuis longtemps orienté mon activité vers une chirurgie bien différente de la gynécologie, je n'ai point à être sollicité par des femmes en mal d'enfants, désireuses de conserver une taille fine, mais je n'ai pas été sans m'étonner de la répression inexistante de ces pratiques au cours de ces dernières années et de voir que de plus en plus elles sont faites au grand jour. De temps à autre, le hasard me permet d'en faire l'effarante constatation. Ainsi peu à peu la rigueur des principes s'atténuant, la sécurité, l'impunité certaine n'agissant plus comme des freins, les pratiques abortives constituaient des tentations faciles, des moyens commodes de gagner sa vie, de s'attacher des clients, d'avoir même dans certains milieux, la réputation d'un homme habile.

Nous ne devons pas attendre les mesures sévères dont la police menace les avorteurs professionnels pour réagir, et nous devons faire comprendre à ceux qui s'y livrent de façon habituelle, que nous les tenons en piètre estime. Mais c'est surtout sur les jeunes, sur les étudiants, sur les médecins de demain que nous devons agir et la publicité donnée à quelques arrestations, constitue une occasion pour les maîtres qui enseignent la jeunesse, de leur faire une belle leçon.

Sans doute pour le jeune médecin, la situation est quelquefois bien délicate, lorsqu'un de ses bons clients, un de ces hommes honorables dont l'appui est utile dans une région, vient lui demander de faire avorter une femme, une fille, une amie, une secrétaire. Refuser net c'est perdre le client, *c'est cependant ce qu'il faut faire*. En considérant dès cet instant le client comme perdu, en en faisant le sacrifice, on saura mieux le mettre en face de ce qu'il y a d'anormal, d'injurieux dans sa démarche. Il le comprendra d'autant plus qu'il ne compte pour vaincre votre résistance et faire fléchir votre conscience que sur le poids de son argent.

C'est de front qu'il faut aborder la question et surtout ne pas commettre l'erreur de quelques confrères timides ne sachant pas dire non, qui laissent entendre que d'autres se livrent couramment à ces pratiques, qu'il y a des femmes qui en font métier, et qui de fil en aiguille se risquent à donner une adresse, à l'écrire...

Ainsi ils glissent vers la complicité et au jour où la police est saisie, ils sont tout étonnés d'être inquiétés, de voir leur papier avec l'adresse soigneusement conservé constituer une pièce à conviction écrasante et nous recevons d'eux une lettre angoissée, demandant au Sou médical de les défendre.

Dans toutes les occasions où le médecin est questionné au sujet d'un avortement possible, en dehors bien entendu de ceux qui sont nécessités par un état de maladie, c'est toujours en quelques mots nets et précis qu'il faut opposer une fin de non recevoir. Cette règle absolue vous mettra à l'abri de bien des ennuis, de bien des indiscrétions, de bien des compromissions, elle vous attirera peut-être le ressentiment de ceux auxquels vous aurez refusé, mais elle vous conservera leur estime.

Bien certainement dans le fléchissement de nos principes, l'intrusion des éléments étrangers a joué son rôle ; aux yeux de quelques-uns d'entre eux l'avortement apparaissait comme légal et au cours d'un voyage médical organisé il y a quelques années, le programme comportait une visite aux centres d'avortement.

Ces pratiques étrangères ont pu troubler l'esprit de quelques-uns, mais ils ont surtout vu là une manière commode d'excuser des actes délictueux dont ils tirent d'importants profits ; il est plus facile de faire des chiffres importants en se livrant à cette honteuse industrie, qu'en courant les routes de campagne pour faire des accouchements remboursés aux tarifs des A. S.

C'est parce qu'il y a devant tant d'injustice quelque chose à faire, que nous devons souhaiter que la police continue son œuvre d'assainissement et nous débarrasse de tous ces confrères qui comprennent bien à rebours leur rôle de médecin.

Raphaël MASSART.

QUELS SONT LES DROITS D'UN MÉDECIN POUR LA PRESCRIPTION DE TOXIQUES ?

La question suivante nous est posée (lettre nº 2.298): « Un médecin a-t-il le droit de faire régulièrement tous les jours, pendant quatre ou cinq ans, à une morphinomane, des ordonnances prescrivant une dose journalière de 1 gr. 40 à 1 gr. 50 de morphine ? Ne risque-t-il pas d'être poursuivi devant les Tribunaux ? Ne peut-on pas accuser le praticien d'entretenir le vice d'un toxicomane ? Certes, nous dit notre correspondant, il est possible au praticien de prescrire de la morphine, à condition qu'il y ait nécessité thérapeutique, indépendante de la passion du toxicomane. En présence d'un morphinomane invétéré, le rôle du praticien ne doit-il pas tendre à une désintoxication, par prescriptions de doses de plus en plus faibles ?

Notre confrère a parfaitement raison de montrer son émotion devant ces pratiques médicales. L'inspecteur des pharmacies peut déférer au Parquet les résultats de ses enquêtes dans les pharmacies dont il a l'inspection, lorsqu'il relève sur les registres des pharmaciens des ordonnances médicales, permettant à première vue, à un toxicomane, non pas de tenter une guérison, sinon une désintoxication progressive, mais de poursuivre un autre but : la satisfaction d'un vice, grâce à des ordonnances médicales parfois très bien payées. L'inspecteur des pharmacies peut se tourner vers le Procureur de la République, qui, par enquête, recherchera si le médecin agit comme thérapeute, ou comme complice d'un toxicomane.

En droit, le docteur en médecine a un pouvoir souverain pour soigner ses malades selon sa science et sa conscience. Cette omnipotence n'est limitée que par la responsabilité professionnelle, ainsi que par certains textes législatifs, ou réglementaires.

Ainsi en est-il pour la délivrance des substances toxiques. En cette matière, le praticien doit observer les termes de la loi du 12 juillet 1916, modifiée par celle du 13 juillet 1922, puis le décret du 14 septembre 1916, modifié par ceux du 20 mars 1930 et 9 novembre 1937, concernant la rédaction des ordonnances, ainsi que certaines règles à observer dans la prescription et la délivrance desdits produits toxiques.

Mais la question se pose de savoir si le médecin peut être accusé d'avoir, sous couleur de traiter un malade, favorisé un vice invétéré. Une loi du 15 juillet 1929 punit le praticien qui aurait facilité à autrui l'usage des stupéfiants à titre onéreux, ou à titre gratuit ». Cette loi rend applicable l'article 25 de la loi du 30 novembre 1892 (interdiction d'exercer à temps, ou définitivement) à tous praticiens qui ont contrevenu à la loi du 12 juillet 1916, sur les stupéfiants.

Ainsi, en ne faisant état que de la jurisprudence de la Cour de cassation (arrêts du 11 novembre 1921 et du 30 juillet 1932, Chambre criminelle) faut-il rechercher la preuve du délit par l'indication du moyen à l'aide duquel le prévenu a facilité à autrui l'usage des toxiques. Les juges du fait ont un pouvoir souverain pour apprécier, d'après les documents versés aux débats, si les ordonnances délivrées avaient un caractère thérapeutique, ou un caractère de complaisance.

Aussi, dans la plupart des procès, tels l'arrêt de la Cour d'appel de Bordeaux, 5 novembre 1931, ou de la Cour d'appel de Paris, 4 février 1933, les juges ont-ils recherché comment le malade était devenu morphinomane et si le médecin traitant avait entrepris une cure de désintoxication, si au contraire, il entretenait le vice du malade, par la délivrance, contre paiement, d'ordonnances, alors que souvent le patient n'était pas visité pendant de longs mois, ou même des années, par le médecin dit traitant, ou enfin si les ordonnances étaient justifiées par le caractère incurable de la maladie (tabès, cancer, ou autre) nécessitant des doses de calmants.

Dans un procès correctionnel, le Procureur de la République s'est ainsi exprimé : « Une « ordonnance n'est pas sincère lorsqu'elle n'est « pas le résultat d'un examen médical contem- « porain, alors surtout que le praticien n'avait « pas vu sa malade depuis deux ans ».

La Cour d'appel de Montpellier, par arrêt du 13 octobre 1932, a déclaré que les infractions aux règlements sur la vente, l'achat, et l'emploi des substances toxiques et vénéneuses ont le caractère d'infractions purement matérielles et ne comportent pas ainsi l'excuse de la bonne foi.

Reste donc à savoir si, en présence d'un toxicomane invétéré, le médecin doit se récuser et renvoyer le malade se faire soigner dans un établissement public ou privé, pour suivre une cure de désintoxication, ou si le praticien a la compétence et la possibilité d'entreprendre lui-même une cure de désintoxication au domicile du

malade. Doit-on scientifiquement condamner le procédé qui consiste à laisser le toxicomane en liberté, vaquant à ses affaires, mais chez lequel le praticien appliquera une méthode sévère de désintoxication lente et progressive ? Quelle doit être l'attitude du praticien non spécialisé, en présence d'un client qui se refuse énergiquement pour divers motifs, à se laisser interner dans un établissement spécial, public ou privé ? Faut-il renvoyer le malade ailleurs, ou peut-on tenter la cure de désintoxication ? Bien entendu dans cette dernière hypothèse, le praticien observera scrupuleusement les exigences de la loi et des décrets sur la délivrance des substances vénéneuses.

La Cour d'appel de Bordeaux (arrêt du 5 novembre 1931) s'est ainsi exprimée : « Attendu « qu'il est constant, en médecine, qu'une cure « de désintoxication ne peut être utilement « poursuivie que dans une clinique ; qu'il est « difficile d'admettre que le Docteur X. ait, « pendant trente-trois mois, persisté à soigner les « époux B., chez eux, alors qu'il constatait que « les doses massives et toujours identiques de « toxique qu'il prescrivait ne produisaient aucun « résultat ; que les raisons qu'il invoque ne sont « pas convaincantes... ».

Une thèse de doctorat en médecine (Paris, 1925) du Docteur Frilley se prononce nettement en faveur de l'internement obligatoire, pour pratiquer une cure sérieuse de désintoxication.

Cependant, certains médecins spécialistes se montrent sceptiques sur les résultats obtenus en maison de santé, d'autant que des récidives se produisent dès que le malade est remis en liberté que certains clients ont le vice invétéré et cherchent par tous moyens à se procurer leur drogue, alors même qu'ils sont enfermés.

Un jugement tout récent du Tribunal correctionnel de Cusset, du 17 février 1939 (la loi 31 mars 1939) précise un certain nombre de points, qui doivent retenir notre attention. Les magistrats reconnaissent que, d'après l'article 37 du décret du 16 septembre 1916, modifié par le décret du 20 mars 1930, le médecin peut se faire délivrer régulièrement par le pharmacien, sur sa demande écrite et signée, ainsi que datée, les substances toxiques du tableau B qu'il juge nécessaires à l'usage de sa profession, sous la seule réserve des dispositions des articles 27 et 28 du même décret. Le nombre des injections ou des pansements à prescrire n'est pas limité.

Ce principe posé, les magistrats décident que le médecin, étant parfaitement en droit de se traiter lui-même, pourra régulièrement et sans commettre le moindre délit, s'administrer des produits chaque fois qu'il le jugera utile à la conservation de sa santé, la guérison de sa maladie, ou la diminution de ses souffrances.

Il aura indiscutablement le même droit en ce qui concerne ses malades, sous la réserve qu'il emploiera lui-même les dits produits, ou surveillera leur emploi, car il lui est seulement interdit de les céder à ses cients, soit gratuitement, soit à titre onéreux, le mot « cession » impliquant l'utilisation par un non-malade, ou hors un usage médical.

Le Tribunal correctionnel de Cusset a donc bien précisé les différences entre le rôle de traitement et de cure d'un médecin, avec la simple complaisance du praticien envers un toxicomane, qui, loin de tenter de se guérir, ne cherche que la possibilité d'assouvir sa funeste passion.

Invoquerait-on des motifs d'ordre médical pour justifier la délivrance d'ordonnances médicales, pour que le malade — ou supposé tel — puisse obtenir régulièrement du pharmacien sa dose hebdomadaire de toxique, encore faudrait-il que le médecin puisse justifier de sa surveillance au regard du client, soit par visites, soit par consultations dans son cabinet.

Dans ces conditions, je ne puis conclure qu'à l'observation d'une prudence extrême de la part du médecin traitant. Certes, dans quelques cas de maladie incurable, mais comportant des douleurs extrêmes, peut-on, par humanité, adoucir les souffrances du malheureux patient.

Mais ces cas sont rares, relativement aux sollicitations des toxicomanes, qui n'hésitent pas à courir tous les cabinets de médecins, surtout ceux des débutants en médecine, pour soutirer des ordonnances, sous différents prétextes. Tous les moyens sont bons, pour se procurer la drogue.

Au praticien de savoir résister à l'appât du gain et de se refuser à traiter un toxicomane, en arguant de ce fait qu'une cure de désintoxication doit être conduite par un spécialiste, lequel, idoine en la matière, décidera si le traitement se fera à domicile, ou en maison de santé.

Dr Paul BOUDIN.

LES INTOXICATIONS PROFESSIONNELLES PAR L'ANILINE ET LES AMINES AROMATIQUES

Ces intoxications professionnelles seront indemnisées par la loi de 1919 sur les Maladies Professionnelles, à partir du 14 juin 1939. Nous avons publié, dans le *Concours Médical* du 19 février, n° 8, p. 522 et suiv.) les tableaux concernant ces produits.

Nous insistons auprès des praticiens pour qu'ils interrogent leurs malades afin de connaître s'il s'agit effectivement de cas d'intoxications par l'aniline elle-même ou par des dérivés ou composés, tels que les phénylenediamines, la benzidine, les naphtylamines, etc... Très souvent, ces divers composés sont utilisés comme produits tinctoriaux et ce sont eux, et non l'aniline elle-même qu'il faut incriminer.

L'aniline a été découverte en 1826 par le chimiste allemand Unverdorben qui l'obtint par la distillation de l'indigo naturel. Lunge, en 1834, la découvrit dans le goudron de houille. L'identité et la constitution du produit furent établies par Hofmann en 1843.

L'aniline est un produit qui se présente comme un liquide huileux, incolore, brunissant sous l'action de l'air et possédant une odeur typique. Elle est peu soluble dans l'eau, mais elle dissout les graisses et peut se mélanger à l'alcool, à l'éther et au benzène. C'est, en effet, un produit que l'on peut obtenir synthétiquement en partant du benzène dont il est un dérivé aminé.

L'aniline est un produit chimique dont l'importance industrielle est considérable. Elle a servi de base à l'obtention de toute la chimie des colorants. Elle est utilisée avant tout pour la préparation des matières colorantes. Ces colorants peuvent être obtenus soit directement (sels d'aniline, teintures au noir d'aniline, teinture des cuirs, etc.). Le plus souvent, elle sert simplement de base et subit toute une série de transformations qui finissent par donner les colorants dits du « di » et du « triphénylméthane ». Elle sert encore de base à la constitution des matières colorantes azoïques qui trouvent un emploi notamment lors de la synthèse de l'indigo.

L'aniline est également utilisée pour obtenir, dans l'industrie pharmaceutique, des fébrifuges et antinévralgiques. Enfin de petites quantités sont utilisées dans l'industrie du caoutchouc pour accélérer la vulcanisation et parfois comme insecticide.

Action toxique. — Comme on peut le voir, les sources d'intoxication seront extrêmement nombreuses, non seulement au cours de la fabrication, mais au cours de l'utilisation même. Enfin, dans certains cas, les couleurs d'aniline pourront provoquer une intolérance cutanée (notamment : fourrures teintes au couleurs d'aniline, chaussures, etc.).

L'action toxique s'exerce avant tout sur le sang et sur le système nerveux central.

La dose mortelle pour l'homme est, au plus, de 0 gr. 30 par kilogramme.

L'intoxication peut se faire par la voie pulmonaire. Dans d'autres cas, également fréquents, le produit est absorbé par la peau, surtout lorsqu'il s'agit de tissus imprimés au contact d'une peau humide et grasse.

L'absorption de l'aniline par voie digestive ne peut être qu'accidentelle et d'ailleurs elle est très rare.

Quels sont les symptômes de l'intoxication par l'aniline ?

Ils dépendent de la forme de l'intoxication :

1° Intoxication aigue. — Elle est caractérisée par l'action sur l'hémoglobine, la peau prend une coloration gris bleu qui débute, surtout, aux extrémités (nez, oreilles), puis du côté du système nerveux apparaît une excitation légère qui cesse très rapidement pour faire place à des signes paralytiques : fatigue, somnolence, accompagnés de vomissements. Le sang peut devenir de plus en plus noir et la mort survient par une véritable asphyxie après une période de coma.

Dans les cas où la mort ne survient pas, on peut voir apparaître des urines teintées de sang dues à la décomposition des globules sanguins. Il peut même exister une anémie secondaire.

Tels sont les signes de l'intoxication aiguë, mais, au point de vue professionnel, ce qui domine, c'est l'intoxication générale lente et chronique.

2° Intoxication lente et chronique. — Elle est due à l'accumulation de petites doses absorbées chaque jour. Les symptômes en sont l'aspect bleu grisâtre du malade, souvent même c'est l'entourage de celui-ci qui s'en aperçoit. On note des maux de tête, de la diminution de la vision, des vertiges. Les urines deviennent rouges et surtout on peut voir survenir des lésions de la vessie. Ces lésions sont typiques de l'intoxication par l'aniline, mais malheureusement, elles peuvent survenir très tardivement. On notera d'abord une inflammation simple avec petites hémorragies à répétition, puis la formation d'une petite tumeur bénigne qui peut se transformer en cancer. Malgré les interventions, il y a une grande tendance à la récidive. Ces tumeurs de la vessie font porter un pronostic

grave à l'intoxication chronique par l'aniline.

En dehors de l'anilisme professionnel, ce produit peut déterminer deux autres ordres de dommages physiques :

a) *Des lésions cutanées*, qui s'observent non plus chez les travailleurs, mais chez les teinturiers (fourrures, vêtements, teintures de cheveux). Ces accidents ne se voient que chez certains sujets sensibles soit naturellement, soit après plusieurs applications de la teinture. Aussi est-il nécessaire de demander aux coiffeurs de faire un essai, une « touche », et de ne faire la teinture complète qu'un ou deux jours après. Si l'on observe une seule fois des accidents dus à la teinture d'aniline, il ne faut jamais refaire de teinture à base de ce produit.

Les ouvriers coiffeurs peuvent également être sensibilisés aux diverses teintures dérivées d'aniline (le plus fréquemment, il s'agit de paraphénylenediamine). Le diagnostic de ces lésions professionnelles peut d'ailleurs être confirmé par la pratique des tests cutanés.

b) *Des panaris*. — Ce sont de petits abcès qui sont dûs à des piqûres par crayons d'aniline (crayons à copier). On les rencontre notamment chez les employés de bureau et les dactylographes. On observe d'abord un suintement coloré en bleu, puis une véritable chute de la phalange, l'os étant absolument rongé. Il faut, dès qu'une piqûre de ce genre est faite ou constatée, qu'elle soit traitée chirurgicalement ; laissée à elle-même, l'infection aboutit à la perte du doigt. Il faut absolument exciser la plaie très largement.

HYGIÈNE. — Dans les utilisations industrielles ce sont surtout les femmes et les jeunes gens qui sont sensibles. Par ailleurs, les intoxications sont favorisées par la sueur, la haute température des ateliers, la fatigue et les infections chroniques, notamment la tuberculose. Il est donc nécessaire de recommander des soins d'hygiène extrêmement sévères, à commencer par l'application stricte du Code du travail. Il est nécessaire également, que les vêtements soient fréquemment changés.

En cas d'intoxication aiguë, pratiquer la respiration artificielle, des injections de caféine, pas d'alcool et maintenir au chaud les malades.

La prophylaxie repose, avant tout, sur la captation des vapeurs susceptibles de contenir l'aniline et ses dérivés.

Il faut un examen périodique des travailleurs permettant de dépister précocement la possibilité de tumeur de la vessie.

Pour les dermatoses dues à l'aniline, elles peuvent être très largement évitées avec les précautions que nous avons indiquées ci-dessus.

LÉGISLATION. — Nous avons vu que la législation réparera, à partir de juin prochain, les intoxications professionnelles causées par les amines aromatiques. Une remarque, toutefois, est à faire : le délai de responsabilité peut varier suivant les affections engendrées. Pour les accidents et les dermites, il est de trente jours ; pour les intoxications subaiguës ou chroniques, il est d'un an et pour les tumeurs de la vessie, de cinq ans.

Au point de vue de la réparation, il faut surtout envisager :

a) Les dermites chroniques ou récidivantes pour lesquelles on pourra attribuer un taux en raison des changements de professions nécessités si l'on n'a pu désensibiliser le sujet ;

b) En cas de tumeur maligne, laisser le malade en incapacité temporaire ou attribuer 100 % ;

c) En cas de cystite, hématurie vésicale ou tumeurs bénignes, en tenant compte du changement de profession, le taux pourra être de 30 à 40 %.

Dr Guy HAUSSER.

DENTISTES ET GÉNIES EN ALLEMAGNE

Il y a 441 dentistes en Allemagne, dont 211 sont Juifs. Leur expulsion du territoire du Reich n'a pas encore été exigée par le racisme, mais on y pense, et ce problème doit recevoir une solution « compatible avec la sensibilité germanique ».

Par contre, on recherche en Allemagne les individus bien doués, c'est-à-dire ceux qui ont développé des talents personnels en dehors de toute circonstance favorable ou de conditions familiales heureuses. Le « père nourricier des talents » qui fait partie du « Quartier général de l'émulation nationale » — ces titres sont authentiques — en liaison avec le bureau racial du Parti nazi, le front du travail, et plusieurs autres « buros » analogues, se livre à une grande enquête. Dernièrement, 5.000 personnes qui avaient pris part à une vaste compétition nationale professionnelle furent invitées à remplir un questionnaire détaillé sur leur famille, leurs grand-parents et leurs parents, leur éducation, leurs ambitions, leur habitat et leurs talents. Nul doute qu'ils ne soient priés, quelque prochain jour, de féconder des *gretchen* soigneusement triées, afin d'assurer à l'Allemagne des hommes de génie : Frédéric II ne pratiquait pas autrement pour avoir des grenadiers géants.

Ph. DALLY.

LA PEINTURE AU SALON DES ARTISTES FRANÇAIS

Ce Salon très différent de ceux des années précédentes doit sa supériorité au placement judicieux par tendances et valeur artistique des toiles, dû à Montezin, qui a su donner à tous sans esprit de coterie une place en bonne lumière et grouper sur un même panneau l'œuvre d'un même exposant.

Soixante et une salles accueillent le visiteur que nous nous proposons de guider parmi elles.

Voici les magnifiques portraits de Baschet dont celui de *Branly* (1), les toiles sur Paris d'Etève (1); les portraits de Braita-Sala et une rétrospective incomplète de Royer (1) Montezin triomphe, salle 2, par ses lumineux paysages et notamment ceux de Paris, le *Pont Alexandre III* et l'*Avenue Matignon.* Le *Nu* de Montassier est charmant. Les *Etudes coloniales* de Maisné-Delpey sont d'actualité (2). Bonne étude de *Falaises* de de Wuillaume (3).

Thérèse Clément abandonne ses plages sableuses pour les *Souks de Tunisie* et son défilé de chameaux, *Retour du marché* (4). Agréables paysages de Gosselin et portrait très vivant du Docteur A. Bredius, de Somo-Talbor. Marthe Debes se lance avec succès dans une étude de toits avec une vue lointaine du Sacré-Cœur (4 *bis*) l'*entrée du cloître du Puy*, de Barbier, est d'une vision charmante (4 *bis*), de même les paysages de M. Delafosse (5), Splendides paysages de M. Delafosse (5). Splendide *Nu* de Dupuy et intéressant panneau *Marins et marine* de Fouqueray.

L'Oie de Van Looytentera plus d'un gourmand (6). Signalons même salle le *Canal de Charrey* de Léonard. Salle 7, nous admirons les suggestifs paysages de Désiré Lucas et le *Labour en Provence* de Maillard. Les portraitistes se surpassent, salle 8, c'est d'abord Etcheverry avec son *Portrait de Lucien Caudy*, puis ceux de Cyprien Boulet dont le gracieux *Portrait de Mlle Arlette S.* et celui si fastueux du *Docteur Guérin*, doyen honoraire de la Faculté de pharmacie de Biloul.

Continuons notre visite au premier étage et voyons, salle 9, les grandes *Compositions religieuses* de Castaing d'un parfait dessin. Ce qui nous retient, salle 10, c'est le portrait du Professeur C. placé devant sa bibliothèque, les *Nus* savoureux de Tavernier, la *Cathédrale* éclairée par ses lumineux vitraux de Rigaud et les *Scènes bretonnes* de Marcel Laurent. Maxence dans sa note personnelle, nous montre une *Femme en prières* et Balmigère une vision plaisante d'une *Vieille cité provençale.*

Becker (12) expose un délicat portrait de femme, dans la même salle on trouve les amusantes fantaisies, dont *La Complainte* de Devambez, la prairie poétique de *Veneux-les-Sablons* de Prieur et une suite d'œuvres pittoresques d'Adler.

Weismann expose deux portraits d'une excellente facture (15), Valerian, un portrait de femme, Couet groupe autour d'une cheminée une famille de paysans à l'heure de la soupe, composition très étudiée (1). Autre scène de campagne au *Temps des battages* de Becmeur. Henri Martin avec sa technique coutumière réunit un groupe de *Jeunes filles en blanc*, sur une pelouse fleurie. *Béatitudes* et Decamp quelques vues pittoresques d'Amiens ; les *Vendangeurs* de Jaulmes plaisent comme toujours (17). Les si remarquables paysages de Dauchez font l'ornement de la salle 18.

Le portrait de Bernard Naudin de Hugues de Beaumont retient le visiteur (19) qui est amusé par les scènes fantaisistes dont le *Marché aux puces* de Hervé et s'arrête avec plaisir devant les œuvres de Montagné, ses paysages et sa tête de vieille femme, *Heureuse vieillesse* (19), le petit modèle se réchauffant au poêle pendant *Le repos* de Bacchi (19) est d'une note aimable. A la salle 20 nous trouvons un exquis portrait du président Merret, de Mme Janvier qui voisine agréablement avec les portraits de Cayron.

Dans la salle proche (21). Encore quels jolis portraits, celui de *Monique* de Pascau, une scène présentant deux femmes intitulée *Avant le bal* de Bivel et le portrait d'une petite bonne astiquant un plat en métal aux *eflets lumineux* de Chauleur-Ozeel.

L'opération à la *Clinique de Sainte-Marie d'Angoulême* de Matossy est d'un réalisme très étudié (22) Lucien Simon déploie son talent habituel dans deux compositions l'*Eté* et l'*Hiver* destinées au grand duché de Luxembourg (22). Esbach a peint avec beaucoup de maîtrise une série de *Cours de fermes* (24). Remarquons dans la même salle un portrait de *Constantin Font* et un délicieux portrait de la *Baronne R.* ayant un chien sur les genoux de Thérèse Geraldy et les *Begonias* de Faux-Froidure.

Fougerat se signale par un ressemblant *portrait d'Henri Bordeaux* (25) et c'est avec plaisir que nous assistons au *Déjeuner champêtre* de Gagey. Goffrin nous présente quelques coins attrayants de Bretagne.

De Mme Aubert-Moisson un portrait de jeune fille bien étudié, les petites filles de Guinard sont aimables et les pommes de Gies sont à croquer (26). Le Moyen-Age revit dans les deux tableaux de Dorrée (27) et c'est avec satisfaction que nous voyons les paysages de Pellerier

(27) *La Maternité* de Lucien Weill et *l'Enfant endormi* de Weill-Lestienne ont des notes charmantes (28). *Maurice Chevalier* s'exhibe encore dans le portrait de Vollon (31).

Le nu de Sieffert est très beau, mais un peu conventionnel (31). On aime toujours les suaves fleurs de Mme Lauvernais-Petitjean (31). Le *nu* de Xavier Bicard est sans doute le plus savoureux du Salon (32). Même salle portraits de jeunes filles aux vêtements bleus et autre portrait de jeune fille d'Antoine Neveux très vivant.

Les portraits aristocratiques de Louise Lavrut plaisent toujours par leur savant arrangement, telle cette femme au manteau de fourrure blanche (33). Nous retrouvons encore les *bruyères* de Didier-Pouget. du reste toujours belles (33) Que de tendresse dans le tableau de Quinet, *Maternité*, femme couchée faisant sauter son bébé (33). G. Scott nous donne plusieurs éditions du romantique *Don Quichotte* (34). La *Tigresse* de Jouve est impressionnante (34).

Jonas (36) expose deux grands tableaux très remarqués du public *Le grand conseil de la confrérie du Tastevin à Nuits-Saint-Georges* et les *lithographies*. Dans la même salle, nous nous arrêtons volontiers devant la *vue de Montmartre* de Planes. Paulette Genet se complait dans les brumes qu'elle traite avec talent, j'aime surtout son *Retour de la pêche* (38). Saluons la très belle évocation de la *Multiplication des pains* de Maurice Denis (39).

Faisons un tour dans les Galeries qui contiennent de bonnes choses. On y voit avec satisfaction *Gustave Charpentier* et son orchestre poétique de Hirleman (31) et les toiles méridionales de Marguerite Hanin (57).

Enfin pour finir visitons la peinture anglaise à la salle d'honneur. Nous y voyons le portrait *Majestueux et officiel du roi d'Angleterre* de Salisbury, le portrait tout à fait remarquable de *Nannie Trikett* de Birley, celui de *morah* de Somerville et enfin celui de *Neville Chamberlain* de Vood.

Dr M. VIMONT.

LA CÉCITÉ DE LOUIS III DIT L'AVEUGLE

Par Etienne GINESTOUS (de Bordeaux)

Louis III, empereur d'Allemagne, et roi de Bourgogne, est connu dans l'histoire sous le nom de *Louis l'Aveugle*.

Il était né en 882 — fils de Boson lequel était le beau-frère de Charles le Chauve et de Ermengarde (1). Boson mourut en 887. Louis avait 5 ans. Sa mère Hermengarde ou Ermengarde, fille de l'empereur Louis II qui avait épousé en deuxième noces Boson — conduisit son fils Louis auprès de l'empereur Charles le Gros qui l'accueillit fort bien. Ramené en Bourgogne il fut couronné roi au Concile de Valence en 890 et empereur de Rome le 12 février 901.

Ces données historiques n'ont d'autre but que de fixer la situation et les dates.

Comment et pourquoi Louis III devint-il aveugle, ce qui lui valut le surnom qu'il porte dans l'histoire ?

Ainsi proclamé roi et empereur, Louis III avait un compétiteur, Bérenger, petit-fils de Louis le Débonnaire. Croyant avoir des droits sur la couronne de Lombardie, il fit en Italie deux expéditions la première en 899, la deuxième en 900, qui ne furent pas heureuses... Il fut surpris dans Vérone par Bérenger qui lui fit crever les yeux... Par quel procédé fut consommé ce supplice barbare ? Nous ne savons. Nous ne trouvons dans les documents de l'histoire aucune précision à ce sujet. Les mutilations des yeux étaient dans les temps reculés parmi les supplices recherchés.

Voltaire (1) signale celui de faire perdre les yeux. Dans l'antique Carthage, Regulus le subit et en 1466, à Metz, on arracha les yeux d'un brigand qui avait crevé les yeux d'un prêtre. Mais sur le supplice qui rendit aveugle Louis III nous n'en savons pas davantage que l'attestation du fait.

A ce cruel châtiment de guerre Louis l'Aveugle dut sa cécité et le surnom — sous lequel il est connu dans l'histoire.

Aveugle, Louis III revint en ses états de Bourgogne. Il ne repassa pas les Alpes mais il n'en conserva pas moins le titre d'empereur concurremment avec celui de roi.

Il mourut en 928 et survécut à son cruel tortionnaire Bérenger assassiné à Vérone en 924.

(1) Etude sur la chronologie des rois de France et de Bourgogne, d'après les diplomates et les Chartes de l'Abbaye de Cluny aux IXe et Xe siècles (bibliothèque de l'Ecole des Chartes). Rev. d'éducation consacrée spécialement à l'étude du Moyen-Age, XLI, 1880.

(1) Voltaire. Politique et législation des supplices recherchés, p. 344, ch. XXVI.

TÉLÉPATHIE

Un soir chez le Docteur Z..., après un dîner où notre confrère avait réuni quelques amis.

La conversation était tombée sur mages, derviches, devins, spirites et autres thaumaturges.

Seul, le Docteur Z... ne disait rien, mais un sourire narquois errait sur ses lèvres, — lorsque quelqu'un parla de télépathie.

Soudain le sourire s'effaça, et sa figure prit une expression sérieuse, grave, presque douloureuse.

« Et vous, Docteur, vous n'y croyez pas à la télépathie ! C'est de la blague, n'est-ce pas ?... »

« — Si, j'y crois à la télépathie... »

Ce fut un étonnement. Le Docteur Z... avait la réputation bien établie d'un sceptique.

« Si, j'y crois à la télépathie. Je suis d'ailleurs en fort bonne compagnie, dit notre confrère en atteignant un livre sur un rayon de sa bibliothèque. Voici ce que dit sur la télépathie un grand savant, un des cerveaux les plus puissants de notre époque, qui n'est ni un jobard ni un fantaisiste. J'ai nommé Carrel. Voici ce que dit le Docteur Alexis Carrel (1) :

«... L'existence de la clairvoyance et de la « télépathie est une donnée immédiate de « l'observation.

« L'existence de la clairvoyance et de la « télépathie, comme celle des autres phénomè- « nes métapsychiques, est contestée par la plu- « part des biologistes et des médecins. Cette « attitude des savants ne peut pas être blâmée, « car ces phénomènes sont fugitifs ; ils ne « se reproduisent pas à volonté. Ils sont enfouis « dans la masse immense des superstitions, des « mensonges et des illusions de l'humanité. « Bien qu'ils aient été signalés dans tous les « pays et à toutes les époques, la science s'est « détournée d'eux. Cependant l'observation « nous montre qu'ils constituent une activité « normale, quoique rare, de l'être humain... »

« Et plus loin :

« ...Dans beaucoup de cas, une communi- « cation s'établit, au moment de la mort ou « d'un grand danger, entre un individu et un « autre... »

« Voilà ce qu'écrit Carrel, continua le Doc- « teur Z... C'est net. J'ai, d'ailleurs, pour croire à la télépathie, une raison personnelle. J'ai bien dit : *personnelle*.

« C'était en 19.., j'étais alors jeune étudiant en médecine, et j'avais été envoyé comme interne dans un petit hôpital du centre de la France. Mes parents, — je veux dire mon père et ma mère, — avaient une petite propriété dans le Périgord, à une centaine de lieues de là.

« J'allais y passer mes vacances qui, cette année-là, avaient été attristées par la maladie de ma mère qui avait été frappée d'un ictus cérébral avec hémiplégie. Cependant la malade se remettait tout doucement, récupérait quelques mouvements, et, à mon départ, je l'avais laissée dans un état — relativement — satisfaisant. D'ailleurs, tous les deux jours, mon père me donnait de ses nouvelles, — et ses lettres pouvaient se résumer « état stationnaire ».

« Lorsque, quelques jours après mon retour, au milieu de la nuit...

« Je dois dire que ma santé était parfaite, et que j'avais le sommeil excellent que l'on a généralement à cet âge.

« Lorsque quelques jours plus tard, au milieu de la nuit, je me réveillai soudain, en proie à une angoisse inexprimable... Étonné, quelque peu alarmé, ne sachant ce qui m'arrivait, mais ne souffrant de nulle part, je me mis sur mon séant... Je fis la lumière... Au bout de quelques minutes, l'angoisse se dissipait... Je me recouchai et me rendormis aussitôt, — après avoir machinalement regardé l'heure. 2 heures...

« Le matin, je me levai comme d'habitude, ne pensant déjà plus à l'incident de la nuit, — et allai à mon service.

« Au milieu de la visite, on m'apporta un télégramme : « Mère décédée. Obsèques demain 11 heures. »

« Je pris un train dans la soirée et arrivai le lendemain matin encore assez tôt pour pouvoir embrasser une dernière fois ma pauvre mère.

« Et je demandai quelques détails sur cette mort un peu soudaine. Mon père m'apprit que, l'avant-veille, la situation s'était subitement aggravée, — et que ma mère était morte la veille à 2 heures du matin...

« 2 heures du matin...

« Soudain je me souvins de l'angoisse qui, cette même nuit-là, à cette même heure, m'avait subitement étreint, — et que j'avais complètement oubliée depuis...

« Si, je crois à la télépathie, conclut le Docteur Z... Expliquez-là comme vous voudrez. Mais elle existe ! ! »

Dr M. RIGAL.

(1) Docteur Alexis CARREL. *L'Homme, cet inconnu.* Chapitre 4, II.

MODALITÉS DE L'EXONÉRATION DE LA TAXE DE SÉJOUR CONSENTIE AU CORPS MÉDICAL PAR LA VILLE DE CANNES

L'exonération de la taxe de séjour aux membres du Corps médical fut votée il y a quelques années par le Conseil municipal de Cannes à la demande de deux de ses adjoints docteurs en médecine, membres du Syndicat médical de Cannes.

Le but de cette exonération n'était pas, dans l'idée de ces confrères, de solliciter la reconnaissance du Corps médical par l'envoi de convalescents, enfants, etc... Cannes est une grande station connue du monde entier, sa vogue va croissant, sa réclame se fait d'elle-même. Leur but était plus désintéressé. Se souvenant que charité bien ordonnée......, ils pensèrent faire bénéficier un peu plus largement leurs confrères de la politique de bon accueil pour laquelle cette ville est bien connue.

Leur désir était d'être avant tout agréable aux médecins qui n'ont pour tout moyen d'existence qu'une profession pas toujours très lucrative et pour qui le moindre débours peut constituer une gêne appréciable.

Pour l'année 1938 le Conseil municipal, obligé de faire des économies massives et de réduire ses dépenses dans tous les domaines, supprima cette exonération pour la rétablir en 1939 à la demande du Syndicat médical, mais, d'accord avec cet organisme, en la limitant très strictement aux seuls docteurs en médecine exerçant réellement, c'est-à-dire ayant « plaque sur rue ».

Cette exonération, telle qu'elle est actuellement comprise, aussi sévèrement limitée qu'elle puisse l'être, constitue pour la trésorerie de la Ville de Cannes un manque à percevoir qui peut se chiffrer actuellement par environ soixante-mille francs par an.

Voici les textes des modalités fixées en plein accord avec le Syndicat médical local, fournies à la presse, aux hôtels et aux intéressés par la Commission chargée de l'application de cette décision :

Trois modalités sont admises, à l'exclusion de toute autre pour l'exonération de la taxe de séjour :

1° Communication de la feuille de patente de l'année en cours ou de l'année précédente. — 2° Dépôt d'une attestation portant le cachet de la mairie de la Ville (arrondissement pour Paris), où le médecin exerce. — 3° Dépôt d'une attestation du Syndicat médical auquel le praticien appartient.

Cette formalité n'est exigée qu'une seule fois.

Sont compris dans cette exonération : la femme du médecin, ses enfants mineurs, une seule personne en plus (gouvernante ou infirmière).

Il est bien entendu que le médecin dont le séjour par trop court ne lui laisserait pas le temps matériel de faire venir l'attestation exigée, ne pourra être exonéré. Il est bien spécifié que la pièce exigée doit être présentée par l'intéressé lui-même. Une attestation fournie après perception de la taxe, ne pourra servir que pour un séjour ultérieur. En aucun cas, une taxe perçue ne pourra être remboursée.

Cette décision est entrée en vigueur le 20 janvier 1939.

Il s'agit en somme de la part de la Ville de Cannes d'une pure mesure de bienveillance, d'une politique de bon accueil. Elle tient à ce que l'on sache bien que si elle est loin de faire fi de la clientèle que pourrait lui valoir la reconnaissance du Corps médical, elle se considère néanmoins comme amplement récompensée si, en agissant ainsi, elle rend service à un seul médecin qui, autrement, une dépense s'ajoutant à une autre, aurait été obligé de renoncer à son désir de lui rendre visite.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* « **Demi-Colonnes** »)

— **XXVI[e] Congrès d'hygiène** (Paris, 9-12 octobre 1939). — Programme provisoire de ce Congrès qui se tiendra à l'Institut Pasteur de Paris.

Questions mises a l'ordre du jour. — I. *Les attributions des inspecteurs départementaux d'hygiène et des directeurs de Bureaux d'hygiène en général* : Ce qu'elles sont. Ce qu'elles devraient être. — II. *Attributions particulières des inspecteurs départementaux d'hygiène et des directeurs de Bureaux d'hygiène* : Rôle de ces fonctionnaires dans : 1. La lutte contre la mortalité infantile ; 2. La lutte contre la dénatalité ; 3. La lutte contre l'alcoolisme ; 4. La Défense passive, et plus spécialement dans : *a*) la mobilisation sanitaire ; *b*) la protection sanitaire des populations contre le danger aéro-chimique ; *c*) l'organisation sanitaire de la dispersion ; du repliement ; de l'évacuation ; de l'hébergement. — III. *L'aspect actuel du problème de la désinfection* : Considérations théoriques et pratiques ; Rôle des inspecteurs d'hygiène et des directeurs de Bureaux d'hygiène dans l'organisation et la pratique des désinfections.

Visites. — Sont envisagées des visites : *a*) de Laboratoires de préparation de vaccins (avec démonstrations pratiques) ; *b*) d'abris contre les bombardements et les gaz.

Les inscriptions pour des communications (portant sur un sujet entrant dans le programme ci-dessus énoncé) sont reçues jusqu'au 31 juillet 1939, par le secrétaire général de la Société : Docteur X. Leclainche, 18, rue de Tilsitt, Paris (XVII[e]).

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Cliniques — Maisons de santé Taxe à la production — Contribution d'armement

Nous ne saurions trop attirer l'attention de nos lecteurs sur les précautions à prendre lorsqu'ils fondent une clinique, une maison de santé, ou lorsqu'ils s'entendent avec un de ces établissements.

Deux cas principaux sont à envisager :

1° Le médecin est propriétaire de sa clinique ;

2° Le propriétaire de l'établissement n'est pas praticien.

Médecin propriétaire de l'établissement

C'est la situation la moins compliquée, au point de vue fiscal, puisque l'Administration admet que l'impôt sur les bénéfices commerciaux et les impôts sur le chiffre d'affaires (taxe à la production, et taxe d'armement) ne portent que sur le logement, la nourriture, et la surveillance des gardes, même si la comptabilité ne donne pas le détail des recettes.

Le montant des honoraires n'est soumis qu'à la contribution sur les bénéfices non-commerciaux (arrêt du 28 mars 1928).

Lorsque la comptabilité ne fait pas ressortir le montant des honoraires, il est déterminé par un coefficient appliqué au total des sommes encaissées.

Une fois cette évaluation forfaitaire obtenue d'un commun accord entre le contribuable et l'Administration, il n'y a plus qu'à appliquer à chaque source de recettes les règles de la cédule à laquelle elle appartient.

Propriétaire non médecin prêtant sa clinique à un ou plusieurs médecins

Les impôts cédulaires sont payés par ceux qui touchent les bénéfices d'après la cédule à laquelle appartient leur profession. Mais les difficultés surgissent au sujet des impôts appartenant à la catégorie du chiffre d'affaires (taxe à la production, contribution d'armement).

Le grand principe appliqué par l'Administration et approuvé par la jurisprudence est que l'impôt sur le chiffre d'affaires est dû sur le montant brut de la facture sans qu'il y ait lieu de faire aucune distinction entre les divers éléments du prix convenu et sans déduction d'aucun frais ou débours constitutifs de ce prix.

Il ne pourrait en être autrement qu'en cas de remboursements d'avances faites à des tiers c'est-à-dire des sommes n'ayant en général aucun rapport avec l'objet de la facture.

L'application de ce principe oblige les propriétaires non-médecins d'établissements de ce genre

à prendre les plus grandes précautions pour établir les factures des malades et les livres de comptabilité, s'ils ne veulent pas acquitter les impôts de la catégorie du chiffre d'affaires sur les honoraires des médecins versés entre leurs mains en même temps que les frais de clinique.

a) Ne jamais traiter à forfait moyennant un prix global pour l'opération et l'hospitalisation ;

b) Les documents comptables et la correspondance doivent prouver que le médecin n'est pas simplement appointé par l'établissement ou associé avec le propriétaire ;

c) Le médecin doit établir autant que possible que les malades sont ses clients personnels et non ceux de l'établissement ;

Si ces précautions n'ont pas été prises, il sera beaucoup plus difficile de faire exonérer les honoraires des impôts de la catégorie du chiffre d'affaires.

Nous ne saurions donc trop engager nos lecteurs à nous consulter pour établir les conventions ainsi que la comptabilité et ensuite pour les défendre en cas de conflit.

Nous avons une documentation complète relative aux cliniques.

A. et S. MARTINOT.

L'hospitalisation des indigents bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite

Le maire d'une ville de la région parisienne a adressé aux médecins la lettre suivante :

Monsieur le Docteur,

J'ai l'honneur de vous donner, ci-dessous, pour gouverne, un extrait d'une lettre en date du 22 mai courant de M. le Sous-Préfet de Meaux aux Maires de l'arrondissement.

« Ayant constaté de nombreux abus dans les « règles administratives concernant l'hospitalisa « tion des indigents bénéficiaires de l'Assistance « médicale gratuite, je crois indispensable de rap- « peler quelques instructions concernant la pro- « cédure à suivre qui semblent avoir été perdues « de vue par certains d'entre vous.

« Lorsqu'un malade indigent de votre commune « a besoin de soins hospitaliers immédiats, vous « devez remplir *très exactement* deux réquisitions du « modèle ci-joint ; une d'elles doit être adressée « le jour même, *à la Sous-Préfecture*. Ces réquisi- « tions doivent contenir la réponse exacte à toutes « les questions posées, sans oublier la copie intégrale « du certificat médical précisant la nature de « l'affection nécessitant l'hospitalisation du malade.

« J'insiste sur le fait que les malades ne peuvent

« être admis sur le vu d'un simple certificat médical « visé par vos soins. J'interviens, d'ailleurs, dans « ce sens, auprès des directeurs des hôpitaux de « mon arrondissement, en leur signalant qu'ils « engagent la responsabilité de l'établissement en « admettant les malades sans la réquisition règle- « mentaire. »

Veuillez bien prendre note des indications reproduites ci-dessus, desquelles il résulte que pour pouvoir être admis dans les hôpitaux au titre de l'Assistance médicale gratuite, il est indispensable que le malade soit possesseur, en dehors du certificat médical délivré par le docteur qui prescrit l'hospitalisation d'une réquisition du Maire de la commune du domicile attestant que l'intéressé est inscrit sur les listes d'Assistance ou que l'admission d'urgence est prononcée.

Je vous serais, d'autre part, reconnaissant de bien vouloir, le cas échéant, et pour éviter tout mécompte, prévenir les malades que l'admission à l'hôpital ne peut se faire au vu du certificat médical :

— *au titre payant* que si le malade est en mesure de verser des arrhes à l'entrée ;

— au titre gratuit que si le malade est possesseur d'une réquisition signée du Maire de la commune du domicile reconnaissant le droit au bénéfice de l'Assistance médicale gratuite.

Si l'une ou l'autre des obligations ci-dessus n'était pas remplie, le malade ne pourrait être accepté à l'hôpital bien qu'en possession du certificat médical.

Je vous remercie à l'avance de l'aide que vous voudrez bien nous donner dans la circonstance et vous prie d'agréer, Monsieur le Docteur, l'assurance de mes sentiments distingués.

LE MAIRE,

Les propharmaciens et la taxe d'armement

L'impôt sur le chiffre d'affaires remplacé par la taxe à la production frappe tous ceux qui achètent pour revendre ou qui sont imposables à la cédule des bénéfices commerciaux.

On aurait donc pu en déduire que les médecins propharmaciens étaient soumis à ces impôts.

Mais le ministre des Finances, dans une réponse écrite du 8 février 1929, a décidé que le médecin, qui, dans une localité dépourvue de pharmacien se borne à fournir à ses clients les médicaments qu'il prescrit, sans officine ouverte et sans vendre à tout venant, doit être considéré comme imposable pour le tout aux bénéfices non-commerciaux et exempt de l'impôt sur le chiffre d'affaires.

En est-il de même de la taxe à l'armement ? Il y a tout lieu de penser que l'exemption s'étend à cette taxe.

Pour en être certains, nous avons posé directement la question à la Direction générale des Contributions indirectes. Nous publierons sa réponse.

A. M.

BUREAU DE VOYAGES

Voyages individuels à forfait

Pour vos vacances, notre Bureau de voyages peut vous établir un itinéraire vous permettant de choisir la date de votre départ et de visiter les villes et pays de votre choix.

Nos voyages individuels à forfait vous mettent à l'abri de toutes surprises désagréables, vous permettent d'établir un budget à l'avance et évitent toute peine pour en assurer l'organisation matérielle.

Votre itinéraire étant établi par nos soins, vous connaissez avant de partir toutes les heures des trains, tous les horaires des bateaux que vous aurez à utiliser, les hôtels où vous descendrez, les excursions et visites des villes que vous ferez et vous aurez en poche tous vos billets et coupons pour régler ces différents services.

A l'heure prévue le car viendra vous prendre pour la visite de la ville ou pour faire les excursions intéressantes indiquées à votre itinéraire, sous la conduite d'un guide expérimenté qui, dans les villes étrangères, parlera français.

Vous voyagez en effet pour voir des pays nouveaux et non pour passer votre temps à chercher des heures de trains dans des indicateurs plus ou moins compréhensibles ou en discussion avec des hôteliers ou des guides.

Notre Bureau de Voyages est spécialement documenté et a l'expérience nécessaire pour vous servir. Adressez vous à lui.

O O O

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

Assurances sociales

3.512. — Accouchement dystocique

Mme B... est femme d'assuré social, elle est enceinte, elle a un cancer du col utérin, qui semble permettre l'accouchement. Elle entre en travail un soir à 18 heures, je surveille la dilatation jusqu'à 19 heures, puis à 20 heures je reviens et, craignant que le col ne se déchire, je reste à côté de la parturiente. Après 22 heures, plus de progrès, j'attends néanmoins jusque minuit, puis je décide le transport à l'hôpital, où on lui fera une césarienne. Néanmoins je reste jusqu'au départ qui a eu lieu vers une heure du matin.

Que puis-je demander comme honoraires ? Je n'ai pas fait l'accouchement, mais je suis resté à côté de la parturiente pendant cinq heures consécutives, ce n'est plus une visite ordinaire.

Que dois-je inscrire sur la feuille d'assurances sociales, sur la feuille de maternité ou sur une feuille de maladie ? Sur quelle base l'accouchée peut-elle espérer être remboursée des honoraires que je lui demanderai. Autre complication possible : en raison

de l'intervention et des soins onéreux à envisager, cette famille va sans doute bénéficier de l'Assistance médicale gratuite.

Voilà le problème sur lequel je voudrais avoir votre avis, car je n'ai rien trouvé à ce sujet nulle part.

Dr W.

Réponse

C'est une question d'assurance-maternité, donc ne relevant pas de la nomenclature générale pour toute la France, mais du Tarif syndical minimum d'ordre régional et qui varie avec chaque région, soit avec chaque convention Syndicat-Caisse. Vous pourriez en tout cas réclamer à la parturiente, d'une façon générale, suivant votre tarif syndical qui prévoit peut-être les « surveillances prolongées » (comme à l'article 6 de la loi sur les accidents du travail), le prix d'une consultation par demi-heure de surveillance. Quant à ce qu'elle touchera de la Caisse, c'est toujours le forfait maternité qui, d'après le tarif de réassurance (d'ordre national, mais qui peut changer par région) pourrait toucher 325 francs pour les « frais d'accouchement », dans les villes de 200.000 habitants (Art. 6, 3°. Assurance-maternité, du 7 octobre 1938). Quant à la césarienne pratiquée à l'hôpital, il s'agit là d'une intervention chirurgicale, donnant lieu à l'attribution de prestations en nature en sus de la prestation d'accouchement » (*Ibidem*, alinéa 4). Si la parturiente était inscrite à l'Assistance médicale gratuite, il s'agirait alors d'une assurée-assistée. Auquel cas, les honoraires payés au médecin directement seraient ceux du tarif de responsabilité (part de remboursement) de la Caisse intéressée, tarif variant donc avec chaque Caisse, mais inscrit en annexe dans la Convention Syndicat-Caisse et que pourrait vous indiquer votre Syndicat.

Dr F. Decourt.

3.710. — Remboursement des frais d'accouchement par une Caisse

Quel est le prix fixé par l'assurance-maternité pour un accouchement normal d'une femme d'ouvrier, à une distance de 12 kilomètres de ma résidence ?

Dr L.

Réponse

Je suppose que vous me demandez le tarif de remboursement d'une Caisse-maladie, en cas d'accouchement normal. Auquel cas, je puis vous répondre que ce tarif est d'ordre régional et varie avec chaque Caisse. Toutefois, je puis vous donner les chiffres du Tarif de réassurance des Caisses qui est d'ordre national et est « un plafond » que les Caisses ne peuvent dépasser sans perdre

leurs droits à la réassurance. Or, pour un accouchement normal dans les communes de moins de 200.000 habitants, le prix est de 325 francs. A ceci, il y a lieu d'ajouter que l'assurée touche (toujours dans le même cas) en plus : 75 francs pour les consultations prénatales effectivement effectuées : 75 francs pour les consultations maternelles et de nourrissons dans la période post-natale (dans la limite de dépenses réellement effectuées).

Nota. — Les prestations ainsi fournies comprennent (dans les 325 francs) les frais médicaux et pharmaceutiques. Enfin, les frais de déplacement du médecin (de façon générale) sont remboursés dans les limites de un franc par kilomètre parcouru en plaine et 1 fr. 75 en montagne.

Mais tous ces chiffres n'ont aucun rapport avec les honoraires que peut demander un médecin à une assurée sociale pour un accouchement, par suite de « l'entente directe ». Il ne s'agit que de ce que doit toucher de la Caisse une parturiente pour son accouchement, même si celui-ci a eu lieu en dehors de toute aide médicale. Et enfin, je répète que les chiffres ci-dessus sont ceux du tarif de réassurance, « plafond » de ce qu'a pu inscrire la Caisse intéressée comme prestations d'assurance-maternité pour ses propres adhérents.

Dr F. DECOURT.

3.814. — Visite comptée à la fois au titre d'assuré social et au titre de réformé de guerre

Au cours du quatrième trimestre 1938, un de mes clients réformé pour bronchite chronique et emphysème pulmonaire, a fait de la gastro-entérite avec température et troubles hépatiques, coïncidant avec une poussée de bronchite.

Je l'ai soigné pour son entérite et j'ai porté l'ordonnance se rapportant à l'entérite ainsi que la visite payée par le malade sur sa feuille d'assurances sociales.

J'ai fait une deuxième ordonnance pour sa bronchite sur le livret des soins article 64, j'ai détaché la feuille du médecin et l'ai envoyé avec les autres au Service de contrôle départemental à la fin du trimestre.

J'ai été réglé le mois dernier. A la suite d'une discussion entre confrères, j'ai eu des doutes.

C'est pourquoi je vous écris, désirant savoir si je n'aurais dû me faire payer la visite à domicile que par le malade (visite ordinaire au titre assurances sociales) ou si j'avais le droit d'être payé par le malade pour son entérite et par le Service des soins aux victimes de la guerre pour la bronchite de mon client.

Dans le cas où je n'aurais pas dû demander le remboursement au titre de l'article 64, j'ai touché une somme qui ne m'est pas due, que dois-je faire

pour la rembourser et réparer ainsi une erreur tout à fait involontaire, puisque je croyais être dans mon droit ? Dr S.

Réponse

Vous ne pouvez compter deux fois une même visite, l'une à titre d'assurances sociales, l'autre au titre de l'art. 64. Ceci a été jugé plusieurs fois par des Conseils de famille départementaux et approuvé en appel par le Conseil de famille national. Des sanctions furent même prises à ce sujet. Au besoin, vous pourriez prévenir de votre erreur involontaire (pour éviter tout ennui éventuel ultérieur), le secrétaire de la Commission de contrôle, en ajoutant qu'à l'occasion, vous enverrez un bulletin pour une autre visite (à ce même réformé ou à un autre) avec la mention « à titre gratuit ».

Dr F. Decourt.

ACCIDENTS

3.851. — Les frais médicaux sont dus même si le blessé n'a pas cessé son travail

Je soigne un blessé qui n'arrête pas le travail ; il est venu me voir pendant les heures de travail et le patron lui a déduit en fin de semaine les heures passées chez le médecin, pour ses soins. Est-ce légal, et le patron est-il dans son droit ?

Dr D.

Réponse

Si la blessure causée par un accident du travail n'entraîne pas pour l'ouvrier qui en est victime la nécessité d'interrompre son travail, le patron n'en est pas moins tenu de payer les frais médicaux et pharmaceutiques.

Mais, dans ce cas, le blessé qui continue à travailler a droit à son salaire plein et non au demi-salaire prévu seulement en cas d'incapacité temporaire. Si l'ouvrier est payé à l'heure, le patron n'est pas tenu de lui payer les heures distraites de son travail pour les nécessités du traitement. Il appartient, en ce cas, à l'ouvrier d'aller se faire soigner en dehors des heures de travail.

3.523. — La limitation des honoraires accidents ne s'applique pas aux patrons agriculteurs

Je mets encore une fois à contribution votre bienveillance en vous demandant de vouloir bien me dire si, à votre avis, la loi sur les accidents du travail nous fait une obligation d'observer les tarifs légaux lorsqu'il s'agit de petits patrons ayant pour eux-mêmes une assurance individuelle, assurance qui ne

comporte d'ailleurs pas quelquefois le remboursement des frais médicaux mais seulement une indemnité journalière de chômage. Dr F.

Réponse

Jusqu'à la loi du 1er juillet 1938, aucune limitation n'était apportée aux honoraires du médecin traitant choisi par la victime d'un accident du travail. Ce qui était limité et taxé, c'était la part des honoraires qui devait incomber au chef d'entreprise responsable, le médecin restant libre de demander le surplus au blessé lui-même.

Dans la pratique, ces principes avaient été perdus de vue et rares étaient les cas où les médecins exigeaient un complément d'honoraires des victimes d'accidents du travail.

Aussi la loi du 1er juillet 1938, entrée en vigueur le 1er janvier 1939, a-t-elle décidé que le chef d'entreprise serait seul tenu désormais des frais médicaux et pharmaceutiques calculés d'après le tarif. Mais il convient de remarquer que la loi nouvelle ne s'applique qu'au commerce, à l'industrie et aux services domestiques et non à l'agriculture.

Or, c'est seulement en matière agricole que la loi a formellement prévu pour les exploitants eux-mêmes la faculté de se placer sous le bénéfice de la législation des accidents du travail à la condition de contracter une assurance à cet effet.

Pour les agriculteurs, blessés dans leur travail, le médecin reste, comme par le passé, libre de fixer le montant de ses honoraires comme il l'entend, la Compagnie d'assurances ne remboursant évidemment aux blessés que le tarif des accidents du travail.

D'autre part, il peut se faire que des patrons du commerce ou de l'industrie aient contracté des polices individuelles pour les risques d'accidents survenus à eux-mêmes au cours de leur travail et que, dans ces polices, il ait été prévu que les frais médicaux seraient pris en charge par la Compagnie d'assurances sur la base du tarif des accidents du travail. Mais il faut bien remarquer qu'il s'agit là de polices de droit commun et que les stipulations du contrat d'assurance ne sont pas opposables en pareil cas au médecin traitant.

Par conséquent, lorsque vous avez à soigner un patron blessé dans son travail, bénéficiaire d'une assurance individuelle, vous n'avez pas plus que par le passé à vous préoccuper de savoir ce que lui remboursera l'Assurance. Vous avez à vous faire payer par lui suivant votre tarif syndical et lui remettre ensuite une note détaillée acquittée pour lui permettre de faire valoir ses droits à remboursement total ou partiel par l'Assurance, mais sans que vous ayez personnellement à vous immiscer dans ce règlement.

FISCALITÉ

3.908. — Déclaration des frais d'automobile

Je vous serais obligé de me faire savoir ce que je dois répondre à la lettre du Contrôleur des Contributions directes.

Depuis 1934, à la suite d'explications qu'il m'avait demandées, je lui adresse chaque année, fin février, ma déclaration de bénéfices nets de ma profession. A cette déclaration je joins un état détaillé de mes frais professionnels. Depuis 1934 il acceptait ma déclaration sans observation. Ce matin il me fait savoir ce qu'il n'admet pas : il n'admet qu'une déduction des deux tiers et n'admet pas les intérêts d'une dette que j'ai été obligé de contracter.

Les années précédentes les frais d'auto étaient admis, cette année il ne le sont pas dans leur totalité et cependant ils ont été faits pour l'exercice de ma profession. Si j'y avais compris les frais de promenade ou de voyages ils auraient été plus élevés ainsi que je l'avais fait remarquer en 1934. Et si j'accepte l'évaluation de cette année, je semblerai admettre que j'ai exagéré les frais des années précédentes, ce qui me vaudra un rappel. Il est vraiment curieux que, depuis 1934, mes déclarations aient été jugées exactes et que, cette année, elle ne le soient pas ; veuillez me conseiller.

Dr P.

Réponse

Si, comme semble l'indiquer votre lettre, vous avez déduit des frais totaux, ceux relatifs à votre usage personnel, il faut l'indiquer à votre Contrôleur. Généralement, on fait un total de tous les frais d'auto, réparations, et amortissement compris et on déduit une quote part de 1/10, 1/5, etc., selon l'importance de l'usage personnel et la différence représente les frais professionnels.

Pour que les intérêts de la dette soient déductibles, il faudrait prouver que celle-ci a été contractée pour la profession.

Le fait que l'Administration ait admis vos anciennes déclarations sans examen, ne saurait la priver de contrôler celles des trois dernières années non compris celle de 1939.

A. et S. M.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

3.318. — Situation du médecin affecté en cas de mobilisation au service de la population civile

Je suis de la classe 1905. Etant médecin capitaine j'ai été, sur ma demande, rayé des cadres, demeurant au service de la mobilisation civile. Or ces jours-ci la Préfecture m'informe que je suis réqui-

sionné pour être affecté en cas de mobilisation générale au service médical civil d'un secteur de onze communes y compris la mienne.

Un additif m'informe que je reste libre d'exercer mon art partout où je l'entends ; que les particuliers gardent le libre-choix de leur médecin ; enfin que la population civile a l'assurance de trouver, quelles que soient les circonstances, des soins médicaux en s'adressant au médecin de son secteur. Mais il n'est nulle part stipulé dans quelles conditions j'exercerais mon service. Les clients auront-ils à me payer ? Toucherai-je une indemnité de déplacement pour mes frais d'automobile ?

Dans l'incertitude où je suis à ce sujet, ayant alors à faire vivre ma famille, je viens vous demander s'il ne serait pas préférable pour moi de contracter un engagement pour la durée de la guerre, si toutefois je peux espérer être réintégré dans mon grade de médecin-capitaine ? Dr G.

Réponse

Si, par voie de réquisition, vous êtes affecté à un secteur, c'est pour que les particuliers puissent être assurés de trouver des soins médicaux malgré le départ éventuel de leur médecin. Dans ces conditions, vous exercez la médecine dans les conditions du temps de paix, c'est-à-dire que les clients vous doivent des honoraires dès qu'ils ont recours à vous, sous les réserves ordinaires de l'inscription à l'Assistance médicale.

Vous jugerez par vous-même de l'intérêt que vous pourriez avoir à contracter un engagement pour la durée de la guerre. Votre aptitude physique ayant été constatée par le Recrutement, vous choisiriez une affectation à l'Intérieur et vous seriez réintégré dans votre grade de médecin capitaine. Ces engagements sont souscrits au Recrutement ; ils sont résiliables à tout moment, à la volonté de l'engagé comme à celle de l'autorité militaire.

3.732. — Les pères de six enfants sont libérés des obligations militaires

Classe 1922, lieutenant de réserve, marié, père de six enfants vivants, puis-je être libéré de toutes obligations militaires par suite de ma situation de famille.

Dans l'affirmative, quelles sont les démarches à faire ? Dr B.

Réponse

Dès la naissance de votre sixième enfant, vous pouviez être définitivement libéré de toutes obligations militaires, en vertu de l'article 58 de la loi du 31 mars 1928.

Adressez-en la demande à votre Directeur du Service de santé, en invoquant cet article de loi, et en joignant un certificat de vie de vos six enfants.

SOIXANTE ET UNIÈME ANNÉE — Nº 27 — DIMANCHE 2 JUILLET 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

• ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS •

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY

Rédaction et Administration : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) — Téléphone : TRUdaine 33-66

Soixante et unième année — N° 27 — 2 Juillet 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg .	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro....	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.

A travers l'Officiel

Correspondance

Renseignements

Les concours, les examens approchent et deviennent de plus en plus difficiles ! Combien de candidats victimes de leur émotivité sont sujets à un trac abominable qui diminue considérablement leurs moyens... et sont recalés

3 ou 4 comprimés d'**AEINE** leur donneront la confiance en eux et... le succès.

Echantillons 6, place Clichy, Paris IXe.

« La Soleillette » Bandol-sur-Mer (Var). Soleil. Régime.

Vous avez l'air triste, c'est votre estomac qui fonctionne mal et vous fait souffrir. Il vous donne des idées noires, et la vie vous paraît un fardeau. Revenez vite et sûrement à la joie en suçant 4 à 6 TABLETTES DE MANGAÎNE par jour.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

Villa du Parc. Saujon (Char.-Infre.). Charmant hôtel de repos et station de cure pour le traitement des affections nerveuses et neuro-digestives. Dr Dubois.

Institut marin du Dr Bagot à **Roscoff.** Rhumatismes. Névralgies. Impotences articulaires et musculaires. Anémie et lymphatisme. Du 1er juin au 30 septembre.

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 2 fr. pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

N° 214. — Pour cause éduc. enf., très import. client. à céder à proxim. stat. baln. connue. Belle maison tout confort.

N° 215. — Urgent. A céder table oscill. basculante Gaiffe, contact tournant, lampe U. V., appar. diatherm. lampe, pied Gaiffe, Belot, vitrine, etc.

N° 216. — Banl. N. O., 7 km. Paris. A vend. villa 14 pièces princip. tout confort. Parf. état, gr. jar-din, garage, buander. Conviendr. ado t., clinique,

N° 217. — Poste propharm. à céder Ouest, titulaire voulant faire sa pharmacie.

N° 218. — On cherche p. malade impot. et incur., mais non mentale, établiss. de préfér. à personnel religieux avec ou sans direct. médic., sttué dans rayon maxim. 200 km. Paris Ouest, Nord-Ouest, Sud-Ouest ou Sud-Est, pourvu du confort et possédant gr. jardin ou parc, avec chambre au rez-de-chaus.

N° 219. — A louer Paris, 48, rue du Four, 6 p., salle bains, ch. bonne, chauff. indiv., 12.500, charges comprises.

N° 220. — Eure. A louer pour villégiat., pet. maison rurale (2 gr. p. et cuis.) dans un champ, adossée à un bois, proximité du bourg. Dr Mouton, à Tillières-sur-Avre (Eure).

N° 221. — Côte d'Azur. Villefranche-sur-Mer. Confr. céder, pour septemb. villa bien meublée, gr. salon, salle-manger, bureau 4 chamb., salle bains, garage, jardin, avec linge et argenterie. Prix 2.000 fr.

N° 222. — Mach. à écr. Underwood portable, mod. 1928, caract. Elite. Parfait état : 900 fr. compt. Dr Vincent, 13, bd Henri-IV, Paris (4e).

N° 223. — Sud-Ouest. Urgent. Poste méd. propharm. à céder cause spécialisation. Grosse clientèle. Condit. avantageuses.

Pour toute demande de renseignements il est indispensable de joindre un timbre.

Cabinet Breitel et Goret

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Paris. Très ancienne client. avec fixes, bel appart. 5 grdes pièces, loyer 6.000, conf. cession urgente, 35.000 cpt.

3 heures Paris. Stat. balnéaire et climat. Belle client. rap. intéress. fixes transmis, grde ville. Prix 55.000.

36 kil. Paris. import. client. méd. gle. Prix et cpt. à déb. vu urgence.

Côte d'Azur. Stat. baléaire, poste tenu 25 ans par titul. villa bord mer. Prix 35.000.

Abonnés du « Concours » exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix - les - Bains : Bertier, Blondel, Dardel, H. Forestier père, Lelong, Pégaz.

Amélie - les - Bains : Boulx.

Ax - les - Thermes (Ariège) : Boyer, Girard.

Bagnères - de - Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Ricard - Pomarède.

Bagnoles - de - l'Orne : Censier, R. Hügel, Joly, Le Gouriérec, J. Louvel, R. Louvel, Doctoresse M. Peillon, E. Poulain.

Bains-les-Bains : M. Henry, L. Rose.

Barèges, Orliac.

Barbotan-les-Thermes P. Pitous.

Besançon La Mouillière : G. Giraud, Jean Sexe (*opht.*), Tronchon.

Biarritz : Clavel, Dejeant (*derm.*), M. Claverie Lacour. Pitchalsky (*m. g. sto.*) M. Pourquié (*chir.*) G. Pourquié (*o. r. l.*)

Bourbon-Lancy : Bellœuf, G. Vincent.

Bourbon - L'Archambault : Bénabu, Litaud.

Bourbonne - les - Bains : Delacroix, Gay, Pellet.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers : d'Arbois de Jubainville, Mathieu, Laissus fils.

Cambo - les - Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Dieudonné, J. Trotot.

Capvern : J. Pouy.

Cauterets : Anglada, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Challes-les-Eaux : Vexenat.

Châtel-Guyon : Angeras J. M. Ballan, Baumann, Cambiès Casati de Montgolfier, Foucaud, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Contrexeville : Contal.

Dax : Barrau, Delmas (Armand).

Divonne-les-Bains : Ballivet, R. Fau, Vieux.

Eaux-Bonnes : Bourragué, Creignou.

Enghien-les-Bains : Beyrand, H. Forterre, J. Spinadel,

Escouloubre - les - Bains : Sarda.

Evaux-les-Bains : Maurice Fabre (*gyn.*), E. Legâte.

Evian-les-Bains : Bernex, J. Eyraud-Joly.

Hammam-Lif (Tunisie) : Fére.

La Bourboule : Anglada, Barthomeuf, Boudry, Cany, Mme Eyraud-Dechaux, R. Galimant, Jean Godonnèche, Jumon, Rongier Th., Maurel.

La Léchère : Bouverat, Millet, Noailly.

La Motte - les Bains : Goirand.

Lamalou-les-Bains : Faure, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains : Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Lépine.

Luchon : P. de Beauchamp, Cazal - Gamelsy, Germès, Pierre Molinéry, Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Causeret, Cugnier, Rimey.

Mont-Dore : J. André, Roger André, Béal, Débidour, Dullin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris : Ducros, Jossand, J. Wibrotte.

Plombières - les - Bains : Bernard, J. Dumont, Truelle.

Pougues-les-Eaux : P. Baillet.

Preste (La) : Dr P. Baron.

Royat : Mougeot. Perrin Georges.

Salers : Rongier.

Salies-de-Béarn : Coustere David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains : Bourny, Henri Neumand.

Salies - du - Salat : Barbé, St Béat.

Saujon : M. Boisseau, Doublet, R. Dubois.

Saint-Didier (Vau.) : Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains : Gautreau.

St - Honoré - les - Bains : Charpin, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire : Sérane, Siguret.

Santenay - les - Bains : A. Mélé.

Sermaize-les-Bains : Fritsch.

Uriage : G. Barbier.

Vals - les - Bains : David, Offant.

Vernet-les-Bains : Ponson.

Vichy : Arama (Michel) (*stom.*), Bargy, Berthomier, (*phys.*), G. F. Bonnet, Caillault, Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Cluzan, Cornillon, Cotar, Cros L., Desmaroux, Enjalbert, Fau, R. Fraudet, (*stom.*), Gannat, H. Goudart, Lère, Martin-Péridier, Reynès, Roche, Roussignol.

Vic-sur-Cère : Delsériès.

Vittel : G. Constant, P. Genay, Finck.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** *Bourses de doctorat.* — Le concours des Bourses de doctorat est fixé au 18 juillet 1939. Inscriptions jusqu'au 12 juillet inclus.

— **Cours de perfectionnement de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.** — Le cours de perfectionnement qui devait avoir lieu en septembre-octobre 1939 à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu n'aura pas lieu cette année. Il est reporté à une date ultérieure.

— **Le Docteur Devraigne reçoit un prix de 45.000 francs.** — Le prix de dévouement Marie-Laurent (prix de 45.000 francs) a été décerné au Docteur Devraigne, accoucheur de l'hôpital Lariboisière, président de la Mutualité maternelle.

— **Congrès international des hôpitaux** (Toronto, septembre 1939). — Le Congrès de l'Association internationale des hôpitaux qui se tiendra à Toronto en septembre prochain, revêtira une importance particulière par son caractère international et par la collaboration du Corps médical. Les adhésions y sont déjà nombreuses.

Le Canada est grand favori de l'Actualité. L'attention du monde se porte sur lui depuis quelque temps : les Souverains britanniques viennent de le visiter. De plus, il est aux portes de l'Exposition mondiale de New-York. Le moment de le connaître semble donc particulièrement propice.

Très bien compris, le programme du voyage prévu à l'occasion du Congrès joint l'intérêt technique et instructif à l'intérêt touristique. Les moindres détails en ont été soigneusement étudiés. Une adhésion non tardive est préférable.

S'adresser à M. A.-V. Clark, administrateur délégué du Canadian Pacific, 24, boulevard des Capucines, pour tous renseignements concernant l'organisation du voyage.

— **Le IIe Congrès international de la Mer** se tiendra à Liége, les 30 et 31 juillet et 1er et 2 août, sous la présidence de M. De Vos, directeur général de la Marine.

La section *Médecine, Balnéologie et Hydrothérapie* a mis à son programme les communications de MM. Piéry et Milhaud (Lyon) : Action du climat marin sur la peau et les fonctions cutanées. — Piéry et Enselme (Lyon) : Action physiologique et chimique comparée des balnéothérapies marine et hydro-minérale. — D'Halluin (Lille) : Rayonnement solaire à la mer. — Gravensen (Danemark) : Cure marine de la tuberculose. — Van Breemen (Amsterdam) : Slik marin. — Gunzburg, Isi (Anvers) : L'eau de mer en boisson.

Secrétaire général : M. Van Hal, Administration de la Marine, 90, rue de la Loi, Bruxelles.

— **Association amicale des cardiaques.** — L'Association amicale des cardiaques vient de tenir son Assemblée générale à l'hôpital Tenon, son siège social, sous la présidence de M. Fiancette, sénateur de la Seine.

Les rapports présentés ont montré l'importance croissante de cette grande œuvre sociale qui rend de précieux services à de très nombreux cardiaques, enfants et adultes, de Paris et de la province (secours, convalescents, orientation professionnelle, préparation au certificat d'études, apprentissage pour les adolescents, rééducation professionnelle dans un nouveau métier pour les adultes, etc., etc.).

— **Luchon.** — *La Faculté de médecine de Lyon visite les stations du Comminges.* — Au cours d'une semaine récente, M. le Professeur Piéry, titulaire de la chaire d'hydrologie, accompagné des Professeurs Ponthus et Enselme, de nombreux internes et externes, des élèves diplômés de l'Institut d'hydrologie, d'un groupe d'étudiants étrangers, a visité une grande partie des stations du Comminges : Luchon, Barbazan, Encausse et Salies-du-Salat.

Le V. E. M. lyonnais a été très utilement suivi. Les professeurs, directeurs de la caravane, ont fait devant leurs auditeurs des exposés, suite logique des cours de la Faculté, des travaux pratiques, dont les élèves avaient déjà bénéficié.

Les nouvelles installations de Luchon (salles des insufflations tubotympaniques, radio-vaporarium sulfuré, pavillon Charles Mourreu) ; les transformations de Barbazan, d'Encausse, de Salies-du-Salat ont longuement retenu l'attention des visiteurs.

Signalons la belle conférence de M. le Professeur Piéry, sur le climatisme social frère jumeau du thermalisme social.

— **Les Etats généraux de la Santé publique**, organisés par le P. S. S. P., se sont tenus le mercredi 28 juin 1939, à 15 heures, dans la grande salle de l'Agence économique de l'Indo-Chine, 20, rue La Boëtie, avec à l'ordre du jour : L'aménagement des campagnes ; Le service de santé civil ; Le corps de santé colonial.

— **Hopitaux de Lyon.** *Externat.* — Le concours de l'externat des hôpitaux de Lyon s'ouvrira le 9 octobre 1939.

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 19 août au siège administratif des hospices, bureau du personnel, 3, quai des Célestins, à Lyon.

Chaque candidat sera convoqué dès son inscription par les soins de l'Administration, aux fins de subir un examen radiologique pulmonaire. Si, à la suite de l'examen médical, un candidat est reconnu inapte au service hospitalier, il sera informé, trois semaines avant le concours, qu'il n'est pas admis à concourir. Il aura toutefois la possibilité de passer, dans les huit jours suivants, une contre-visite auprès d'un autre médecin titulaire des hôpitaux de Lyon, chef d'un service de phtisiologie. Si ce dernier con-

firme l'inaptitude ou si le candidat ne se présente pas dans le délai prescrit à la contre-visite, l'interdiction de prendre part au concours devient définitive.

— **Mariages.** — Nous avons le plaisir d'annoncer le mariage, célébré dans l'intimité, du Docteur Charles MAYER, fils du Docteur Léopold Mayer, rédacteur en chef du *Bruxelles-Médical*, avec Madame R. HOMBERT.

Nos plus sincères souhaits de bonheur aux jeunes époux.

— Le Docteur Gabriel DELATER, officier de la Légion d'honneur, croix de guerre et Mme Delater nous font part du mariage de M. Jean DELATER, externe des hôpitaux, leur fils, avec Mlle Yvonne NAST.

La bénédiction nuptiale leur sera donnée le mercredi 5 juillet 1939, à midi très précis, en l'église Saint-Pierre-de-Chaillot.

— **Naissances.** — Pierrette et Jean-Claude FAILLE sont heureux de vous annoncer la naissance de leur petit frère *Jacques-Renaud*.

Madame et le Docteur Faille ; Carnières (Nord), le 5 juin 1939.

— Le Docteur et Madame Joseph DEBUCHY ont le plaisir de nous aunoncer la naissance de leur fils *Hubert*.

Armentières, 13 juin 1939.

TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Rectificatif

Le Journal Officiel *du* 22 *juin dernier publie un rectificatif au tarif ministériel des accidents du travail qui avait paru dans le numéro du* 18 *mai.*

Nous avions déjà opéré de nous-même, dans notre supplément de juin, la plupart de ces rectifications.

Nous n'avions toutefois point rétabli, dans l'annexe à l'article 2, *au paragraphe* b) (*indemnité égale à* 2 *fr.* 25 *le kilomètre*) *les localités du Cantal qui avaient été omises.*

Nous prions donc nos lecteurs de bien vouloir ajouter eux-mêmes, page 18 *du supplément,* 2e *colonne, le papillon suivant :*

CANTAL : Cantons de Allanches, Aurillac-Nord, Chaudes-Aigues, Condat, Massiac, Murat, Pierrefort, Saint-Flour-Nord, Saint-Flour-Sud, Salers, Riom-ès-Montagne, Ruines, Vic-sur-Cère.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Enseignement de la médecine

Par décret du 10 juin 1939, est nommé, à compter du 1er octobre 1939 :

M. Janbon, agrégé, professeur de thérapeutique et matière médicale à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier (dernier titulaire de la chaire : M. Boudet).

(*J. O.*, 15 juin 1939.)

Hôpitaux psychiatriques

M. le Docteur Bardenat, reçu au concours du médicat des hôpitaux psychiatriques en 1938, a été nommé médecin-chef du cadre des hôpitaux psychiatriques, à compter du 14 mars 1939, et mis à la disposition du Gouverneur général de l'Algérie.

M. le Docteur Sutter, reçu au concours du médicat des hôpitaux psychiatriques en 1938, a été nommé médecin-chef du cadre des hôpitaux psychiatriques, à compter du 14 mars 1939, et mis à la disposition du Gouverneur général de l'Algérie.

(*J. O.*, 14 juin 1939.)

Mme le Docteur Mathey, reçue au concours du médicat des hôpitaux psychiatriques en 1938, a été nommée médecin-chef de service à l'Asile privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique public de Plouguernevel.

(*J. O.*, 15 juin 1939.)

Le poste de médecin-chef de service de l'hôpital psychiatrique de Maréville est actuellement vacant par suite du départ de M. le Docteur Aubry, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

(*J. O.*, 17 juin 1939.)

Service de santé militaire

Par décret du 12 juin 1939, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

L'élève officier de rés. (méd.) (rang du 5 avril 1939) Meslin, 3e rég. ; les méd. auxil. ci-après dés. (rang du 26 avril 1939) Coudry, 20e rég. ; (rang du 3 mai 1939), Durand, rég. de Paris.

Liste de classement des candidates reconnues aptes à l'emploi d'infirmière stagiaire des hôpitaux militaires à la suite des épreuves définitives du concours ouvert le 6 février 1939.

1° MÉTROPOLE

Gerbet, Le Rendu, Lafont et Tournaire, *ex æquo* ; Bouet, Daxras, Di-Schino, Verdoire, Mouzels, Badie

Marois, Paris, Huet, Capdevila, Molinary, Lauze, Durantel, Mader, Coatleven, Emonot, Sèque, Michel et Paulet, *ex æquo* ; Picard, Moreau, Brun, Coutris, Ertlen, Vieu, Delserre et Blin, *ex æquo* ; Lae, Robert, Cauvet, Longatte, Timbal, Chalan, Calvel, Durand, Rieux, Cordier, Le Guellec, Gabet, Le Page, Laporte, Paconat et Videgrain, *ex æquo* ; Chaton, Tourneur, Christophe.

Provost, Barrois, Vergne, Guglielmone, Le Forestier, Diernac, Gardereau et Balley, *ex æquo* ; Lallier, Lafay et Le Floch, *ex æquo*, Bertrand, Lombard, Jeanblanc, Henry, Nugier et Blandin, *ex æquo* ; Antoine, Klein, Gérard, Bazire, Riouallec, Borthelle, Laribière, Guillerm, Portier, Raphanel, Moreaux, Deyme, Nicolas, Sard, Jardel, Vallecalle, Vasseur, Beley, Brionne, Aubert, Turc, Lafage, Thorin, Roseren, Duchel et Morel, *ex æquo* ; Amiel, Thimonier, Moine, Buis, Ragot, Chahgaldian, Marchais, Pénard.

2° Afrique du Nord

Faure.

Préalablement à leurs nominations, lesquelles seront prononcées au fur et à mesure des besoins du service et dans l'ordre rigoureux du classement, les candidates seront soumises à l'examen spécial du médecin phtisiologue assermenté prévu par l'article 18 du décret du 10 décembre 1929 et l'article 4 de l'arrêté du 29 février 1930.

● ● ●

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Maladies professionnelles bénéficiant de la protection légale

Nous rappelons à nos lecteurs que les dispositions du décret du 9 décembre 1938 modifiant et étendant la liste des maladies d'origine professionnelle bénéficiant de la protection légale sont entrées en vigueur à la date du 14 juin dernier.

Les modifications concernent les maladies et travaux prévus en matière d'intoxications par le tétrachloréthane, et la trichloronaphtaline, de benzolisme et de phosphorisme. Les additions concernent le tétrachlorure de carbone, les dérivés chlorés de l'éthylène, les dérivés nitrés et chlorés des carbures benzéniques, le dinitrophénol, les amines aromatiques, le brai de houille, le sesquisulfure de phosphore, et le charbon professionnel.

Au reste les nouveaux tableaux ont été publiés en détail dans le numéro du 19 février 1939 auquel nous renvoyons nos lecteurs.

N. D. L. R.

Hommage rendu à New-York au Docteur Joseph Rivière

Nous apprenons avec plaisir que notre éminent ami, le Docteur Joseph RIVIÈRE, commandeur de la Légion d'honneur, a reçu le titre de *Fellow of International College of Surgery* (*F. I. C. S.*) qui lui a été décerné au *Congrès international de Chirurgie* qui s'est tenu à New-York du 21 au 26 mai dernier.

Le Docteur J. Rivière avait exposé au Congrès de 1900 un procédé de destruction des cellules malignes à l'aide de l'énergie de haute fréquence.

Il implantait deux aiguilles de platine dans les tissus pour les détruire et appelait cette méthode : *Cytolyse altofréquente.*

Les Américains ont remplacé les aiguilles par ce qu'ils appellent le bistouri électrique « *Electric Surgery* » et ils ont donné au Docteur Joseph Rivière le surnom de *Père de l'Electro-Surgery.* Nos félicitations les plus vives et nos sentiments respectueux et dévoués.

J. N.

O O O

A propos de queues d'asperges...

Quelques précurseurs... !

Au hasard de mes randonnées en montagne, j'ai trouvé un jour une crotte de renard, fusiforme, et composée d'un tortillon spirale de boîte de conserve, de quelques débris de métal de la même boîte, le tout soigneusement bourré et enrobé d'herbe décolorée de graminée.

J'ai pensé aux queues d'asperges.

De même le chien et le chat mangent de l'herbe verte pour se « purger ». C'est sans doute pour éliminer certains produits de digestion particulièrement malaisée, genre débris d'os ou autres.

A défaut d'herbe, le chien pendant l'enneigement mange de la paille.

Il est à présumer qu'à défaut d'asperges, l'ingestion de feuilles de graminées doit aboutir parfaitement au même résultat.

Dr Henri NOTARI
(Valloire, Savoie)

Nos *suppléments mensuels* constituent une documentation professionnelle précieuse.
Conservez-les.
Consultez-les facilement en les classant dans notre :
RELIURE MOBILE
Prix : 16 francs port compris. Compte-chèques postaux : *Concours Médical* 167-95.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 6 juin 1939, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

MM. les Docteurs :

13.811 SCHLESINGER, 13, place des Peupliers, Paris (XIIIe). Syndicat des médecins de la Seine.
13.798 ADRET-GOURDON (Marguerite), Montréal (Aude). Syndicat départemental de l'Aude.
13.799 AUDEBERT, Sbeitla (Tunisie). Syndicat des médecins français de Tunisie.
13.800 DEVIGNEVIELLE, Vernon (Eure). Parrains : Docteurs Gillet et Archambaud.
13.801 DIRAND, Sailly-sur-la-Lys (Pas-de-Calais). Parrains : Docteurs Six et Filippi.
13.802 ESCH CHADELY, 92, rue Bab-Souika, Tunis. Parrains : Docteurs Legrand et Feiling.
13.803 GATOXKY-GATOT, Lagny (Seine-et-Marne). Parrains : Docteurs L'Hirondel et Vernié.
13.804 JACQUES, Hetz (Moselle). Syndicat des médecins de Metz.
13.805 JESTAZ, Soisy-sur-Ecole (Seine-et-Oise). Parrains : Docteurs Runel et Ferriot.
13.806 JOSEPH, 20, rue Alphonse-de-Neuville, Paris (XVIIe). Association des anciens internes.
13.807 LASSANCE, Bains-les-Bains (Vosges). Parrains : Docteurs Noir et Lavalée.
13.808 LE HENAFF, Callac (Côtes-du-Nord). Syndicat départemental des Côtes-du-Nord.
13?809 LEROUX, Brienon (Yonne). Parrains : Docteurs Lavalée et Noir.
13.810 PONCET, Béziers (Hérault). Syndicat de Béziers.
13.812 REVEL-MOREAU, Epernay (Marne). Syndicat d'Epernay.
13?813 SIKORAV, Levallois-Perret (Seine). Parrains Docteurs Valot et Steinberg.
13?814 SOLAKIAN, Saint-Blin (Haute-Marne). Parrains Docteurs Mignardot et Doyon.
13.815 VAZA, Saint-Geniez-d'Olt (Aveyron). Syndicat médical de l'Aveyron.
13.816 WEISSHEYER, Mulhouse (Haut-Rhin). Parrains Docteurs Kopp et Jinglinger.
13.817 ALBRECHT (Z.), Neuvy-Sautour (Yonne). Syndicat médical de Tonnerre.

Ces admissins deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours qui suivront la présente publication (art. 5 des Statuts).

La Ligue médicale de Défense professionnelle « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 150.000 francs. Et cette garantie est portée à 1.000.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical.*

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien pécuniaire dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

Voir la Correspondance page LIX-1841

PROPOS DU JOUR

ÉCHOS DE NOTRE CORRESPONDANCE

Nécessité d'intensifier le recrutement des syndicats dans la région parisienne et l'entraide syndicale surtout pour les jeunes médecins. — Un traitement onéreux du cancer. — La singulière publicité d'un cabinet dentaire.

La situation du syndicalisme médical ne s'améliore guère dans la région parisienne. Sur 6.970 médecins de Paris et du département de la Seine (plus d'un cinquième des praticiens qui exercent en France) à peine 2.500 ont adhéré aux syndicats qui forment la Fédération médicale parisienne. Le Syndicat des médecins de la Seine (S. M. S.) de beaucoup le groupement le plus important qui compte environ 1.500 membres, ne se recrute pas dans la proportion qu'il conviendrait. Des signes inquiétants se manifestent. C'est l'impossibilité de convaincre les jeunes médecins de la nécessité de se syndiquer ; c'est la difficulté de percevoir les cotisations, et souvent à ce sujet on ne saurait accuser nos confrères syndiqués de négligence ou de mauvaise volonté ; nombreux sont ceux qui avouent la difficulté qu'ils ont à équilibrer leur budget et certains, nous affirmait-on, demandent à payer leur cotisation en plusieurs termes. Nous constatons avec effroi que l'encombrement de la profession médicale devient tous les ans plus grand, surtout dans la région parisienne. Nous avons sous les yeux un article du *Petit Parisien* du 14 juillet 1905, intitulé *Une profession encombrée*, qui déplorait qu'il y eût 18.000 médecins en France, parmi eux 2.900 à Paris dont le gain moyen aurait été de 3.600 francs. Les 18.000 médecins exerçant en France sont devenus 30.115 au bout de 34 ans et la population de notre pays s'est très peu accrue. Dans la région parisienne les hôpitaux, les dispensaires, les cliniques donnent des soins gratuits ou semi-gratuits qui avilissent les honoraires. L'acte médical le plus simple était en 1914 honoré cinq francs-or, en 1939 le taux est de 30 francs-papier. Si on calculait entenant compte les dévaluations ou du pouvoir d'achat, ce serait 60 francs par consultation qui devraient être demandés.

L'Etat qui nous accable d'impôts, est le premier à nous exploiter en ne tenant pas ses promesses.

En 1922, quand fut discuté le tarif des soins gratuits, donnés aux victimes de la guerre en vertu de l'article 64 de la loi des Pensions, il fut entendu avec le ministre d'alors, M. Maginot, que le tarif des honoraires médicaux égalerait le tarif minimum de la clientèle ordinaire. A cette époque le tarif minimum de la consultation était de 15 francs, il fut accepté par le ministre ; depuis il n'a pas changé au ministère des Pensions. Et qu'est devenue la valeur du franc dévalué depuis 1922 ? Il en résulte que ceux qui n'ont pas l'honnêteté chevillée au corps (et ils deviennent de plus en plus nombreux) compensent ce manque à gagner par de coupables abus. Nous ne les excusons pas mais nous expliquons leur regrettable conduite.

D'autre part aucun effort sérieux n'est fait dans nombre des syndicats pour attirer les jeunes médecins et venir en aide aux victimes du mauvais sort.

Nous avons reçu une lettre navrante d'un confrère que la maladie des siens a obligé de changer de poste. Il a acheté une clientèle dans le centre de la France et comptait sur la bonne foi de son prédécesseur. Ce dernier, réinstallé à 20 kilomètres, à l'aide du téléphone et de l'automobile, vient soigner ses meilleurs clients. Deux médecins plus ou moins naturalisés, installés à 10 kilomètres de chez lui, lui font une concurrence au rabais et l'empêchent de gagner suffisamment pour vivre Ils sont tous syndiqués, mais le syndicat sommeille et tolère ces abus.

La plupart de nos groupements de prévoyance ou de défense sont inconnus des jeunes médecins. La lettre que nous venons de recevoir d'un jeune médecin, installé en Normandie, et que nous croyons devoir publier, en est la preuve :

Monsieur et cher confrère,

A propos de la réunion de l'Association générale des Médecins de France, le Docteur R. Massart remarque dans le *Concours* « que nous ne voyons pas assez de jeunes confrères participer à la vie des œuvres professionnelles ; est-ce ignorance, insouciance, négligence ? »

Je me permets de vous signaler mon « ignorance » complète au point de vue de l'Association générale. Mais aussi je vous signale la situation à mon avis injuste et paradoxale du jeune médecin qui s'installe en face du Syndicat. S'il est, ainsi qu'il se doit, plein de bonnes dispositions vis-à-vis des organisations syndicales et des confrères, il fait une demande d'admission au Syndicat de sa région. On lui fait une réponse aimable, puis il n'entend plus parler de rien pendant des mois. Il paraît qu'il s'agit d'une « mise en observation ». Il en résulte qu'au moment où, jeunes et peu expérimentés, nous aurions besoin du Syndicat, celui-ci nous regarde de loin nous débrouiller seuls. Pendant ce temps des confrères plus âgés, membres du Syndicat, peuvent nous jouer, à l'occasion de méchants tours. Et quelle naïveté dans cette mise en observation ! Si nous voulons être agréés nous serons bien attentifs à ne rien faire qui puisse nous faire mal juger. Mais après qui nous empêchera de nous rattraper ? Ne serait-il pas plus simple d'admettre presque immédiatement les jeunes dans les syndicats et d'être plus sévère ensuite dans les mesures d'exclusion qui peuvent frapper jeunes ou vieux ? Cela serait plus conforme, je crois, aux intérêts des jeunes médecins et à celui du Syndicat. Ne serait-ce que le fait pour le Syndicat de s'attirer la reconnaissance des jeunes au lieu d'une méfiance ou d'une rancune parfois justifiées ?.....

Je m'excuse de vous écrire si longuement, mais comme mon « ignorance » m'empêche d'adresser ma lettre à qui de droit, je vous l'adresse à vous.

Croyez à l'assurance de mes sentiments distingués.

Dr X.

Ce jeune confrère a raison. Si les Syndicats veulent se développer, s'ils veulent attirer les jeunes médecins et compter sur eux qui leur donneront l'activité et la force nécessaires, il ne faut pas qu'ils les attendent et fassent preuve de méfiance à leur égard. Il ne faut pas leur laisser croire que le Syndicat, au lieu de les aider, n'a d'autre souci que de défendre les prébendes des anciens, les situations acquises et d'empêcher les jeunes de s'assurer honnêtement, dignement la clientèle qui doit leur permettre de vivre.

J. NOIR.

***

Un de nos lecteurs nous communique l'ordonnance prescrite à une de ses propres malades par un médecin qui prétend avoir découvert un traitement efficace du cancer et qui considère sa méthode comme systématiquement méconnue. Nous excuserions cette manie de se plaindre, commune à tous les inventeurs, si l'ordonnance prescrite *in extremis* (la malade mourut quelques jours après) n'avait pas coûté 800 francs et, si le médecin guérisseur de cancer n'avait pas demandé 2.000 francs d'honoraires pour la consultation donnée à la cliente mourante de son confrère.

***

Le Docteur P..., assistant d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris, nous adresse un document qui montre avec quelle désinvolture certains cabinets dentaires usent de la publicité :

C'est un *bon à titre absolument gratuit et confidentiel* pour une consultation, un examen de la bouche et des dents, nettoyage dentaire, une obturation à l'amalgame d'argent, un ciment porcelaine ou extraction sans douleur (*sic*).

Suit l'adresse du cabinet avec les heures et les réductions de 10 % à 15 % pour les interventions à venir et les appareils de prothèse.

Mais le comble, c'est que la carte est envoyée par la poste avec l'adresse :

Le Personnel de Madame P.

(ici le nom de la femme de notre confrère et son adresse).

Bien entendu le tenancier de ce cabinet dentaire indique où se trouve l'établissement en question mais néglige d'y ajouter le nom de son propriétaire.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS

LE NANISME ET SES DIVERS TYPES ÉTIOLOGIQUES

Par M. le Professeur P. Lereboullet (1)

Le nanisme a été connu dans tous les temps et il y a sur l'histoire des nains toute une littérature dans laquelle on trouve relatés une série de faits plus ou moins étonnants et souvent peu vraisemblables à propos de ces sujets de très petite taille ; nombre de cas célèbres existent dans l'histoire, on en montre de temps à autre dans les foires : leur histoire pathologique est donc loin d'être récente. Elle comporte tout un côté iconographique qui a son intérêt. Actuellement les progrès faits dans l'étude de la croissance normale et pathologique et notamment le rôle attribué aux glandes endocrines dans cette croissance permettent de mieux connaître et de mieux classer les divers types de nanisme, en en précisant les causes.

On a montré en effet que les arrêts de croissance étaient souvent liés à l'altération non seulement de la thyroïde qui fut la première glande incriminée mais à d'autres glandes endocrines, c'est ainsi qu'on a cherché successivement à invoquer dans la genèse du nanisme, l'hypophyse, les glandes surrénales, le foie, la rate, d'autres organes encore. On a montré qu'à côté de ces organes qui doivent fonctionner synergiquement, (et de plus en plus l'idée de corrélation glandulaire et de synergie glandulaire est à l'ordre du jour), il fallait faire intervenir le rôle du système nerveux, et on a dit que très souvent les troubles de la croissance, son arrêt plus ou moins complet étaient dus à des perturbations neuro-endocriniennes.

Pour ce qui est du corps thyroïde, je vous ai dit déjà dans une précédente leçon qu'il y avait, dans les arrêts de croissance dus à un déficit du corps thyroïde, à faire jouer un rôle dans les manifestations d'infiltration muco-adipeuses qui les caractérisent, non seulement à l'insuffisance thyroïdienne, mais aussi à l'état du système nerveux, particulièrement à l'état du cerveau.

Dans les nanismes dits hypophysaires on a fait jouer de même un rôle considérable également au cerveau et particulièrement aux altérations du plancher du 3e ventricule. Parallèlement on a précisé l'influence possible de différentes autres glandes endocrines. Mon maître Hutinel a insisté beaucoup sur l'insuffisance des glandes endocrines et est revenu à plusieurs reprises dans ses travaux sur ce fait que plusieurs de ces glandes devaient être simultanément mises en cause et que, notamment, on ne pouvait mettre à part quand on parle d'altérations des os, les altérations de la *moelle osseuse*, laquelle joue un rôle considérable et se comporte elle-même comme une véritable glande endocrine. Ainsi que l'a dit le Professeur Marfan : elle fait, d'une part, de l'os, d'autre part, du sang ; elle intervient dans l'hématopoïèse d'une manière prépondérante en formant les globules rouges et les leucocytes polynucléaires ; elle contribue par ailleurs à la formation des os. C'est, dit Hutinel « une véritable glande hématopoiétique incluse dans les alvéoles ou les cylindres osseux qu'elle a fabriqués elle-même et qui assurent sa protection ». Aussi conçoit-on que lorsque des causes infectieuses ou toxiques agissent sur les glandes endocrines, elles agissent en même temps sur la moelle osseuse, et produisent secondairement des dystrophies osseuses contribuant ainsi à la genèse du nanisme.

L'exposé du nanisme, dont les causes restent extrêmement complexes, nécessite un certain nombre de définitions. Je vous rappelle tout d'abord que l'on dit volontiers et indifféremment nanisme, infantilisme, arrêt de croissance. Ces mots ne sont pas synonymes et il est bon de préciser ce qu'ils veulent dire. Un *arrêt de croissance*, c'est la croissance staturale et pondérale qui cesse de se faire, l'enfant est plus petit et moins gros qu'il ne devrait être ; le terme de *nanisme* désigne des individus de très petite taille par rapport à la moyenne des individus de même âge et de même espèce, le nanisme est uniquement fonction de la taille, il implique simplement des sujets petits ; le mot d'*infantilisme* s'applique à d'autres sujets, il a été très bien défini par MM. Meige et Allard : L'infan-

(1) Leçon faite à la Clinique Parrot (Hospice des Enfants-Assistés) et recueillie par Mlle Ducro.

tile est un sujet ayant atteint l'âge de la puberté et chez lequel, quelle que soit la taille, persistent les caractères morphologiques propres à l'enfance notamment un appareil sexuel non développé ; par conséquent les infantiles sont ceux qui gardent, au delà de l'âge de l'enfance, les caractères propres à l'enfance et notamment, un non développement sexuel. Les infantiles peuvent avoir une très forte taille et des géants sont assez souvent des infantiles. Inversement des nains peuvent n'être pas infantiles. Un des plus beaux exemples en est réalisé par les nains achondroplasiques qui ont à l'habitude des organes sexuels bien développés et peuvent être prolifiques.

Quant au gigantisme à type infantile, il a été jadis remarquablement décrit par Launois et Roy.

L'infantilisme n'est donc pas le nanisme et il est avant tout caractérisé par la persistance des caractères propres à l'enfance. Je vous rappelle à ce propos, sans vouloir y insister dans cette leçon, qu'il y a bien des années, M. Meige étudiant avec M. Allard les infantiles a fait ressortir la différence qui existe entre l'*infantilisme myxœdémateux* où il y a à la fois du myxœdème et du nanisme et l'*infantilisme type Lorain* qu'on observe volontiers chez les sujets tuberculeux. L'infantile de ce type, dévêtu, a des formes plastiques qui sont plutôt celles d'un adulte, mais d'un adulte « vu par le gros bout de la lorgnette », les épaules sont larges, le bassin étroit, les saillies osseuses bien marquées, les muscles, sans être forts, sont bien écrits, l'ensemble de ce petit homme représente plutôt une réduction à l'échelle de l'individu qu'il devrait être normalement à l'approche de sa dix-huitième année ; c'est un homme en miniature ; s'il lui manque la pilosité du mâle, il en a pourtant les attributs primordiaux, les organes génitaux sont bien développés, quoique peu volumineux. « Cinq pouces de plus, avec des poils où il en faut, cet avorton pourrait être soldat, mais il lui manque encore 14 centimètres pour atteindre la toise du conseil de révision, et cependant il a atteint sa dix-huitième année ».

L'infantile du type Lorain est donc un type un peu particulier dans lequel l'enfant est déjà un petit adulte. Il s'oppose à l'infantile myxœdémateux qui a des organes sexuels moins développés et auquel s'applique mieux le terme d'infantile.

Au moment où MM. Meige et Allard écrivaient ce que je viens de vous citer nous n'avions que peu de notions sur les causes de l'infantilisme et du nanisme. Actuellement cette discussion a perdu beaucoup de son importance.

Abordons maintenant l'étude des *nains proprement dits*, nettement différents des infantiles dont je viens de parler.

Les nains sont nains soit parce qu'une cause est intervenue, qu'il y ait un organe lésé à l'origine du trouble de croissance, qu'une influence d'ordre général ait récemment arrêté la croissance, qu'enfin des causes lointaines aient pu agir sur les différents organes dont dépend l'évolution normale de la croissance, tels la syphilis, le paludisme, la tuberculose.

Mais si je veux faire une étude rapide des nains, en vous en montrant des exemples, il me faut partir des nains dont l'état a une cause bien définie.

1° Parmi ceux-ci il y a d'abord les *nains thyroïdiens.* Je vous en ai parlé dans une précédente leçon. Ils sont arrêtés dans leur croissance et présentent des signes de myxœdème plus ou moins apparents qui rendent relativement facile leur diagnostic. Mais ces individus ne sont-ils que des nains thyroïdiens ? Oui, dans la majorité des cas ; dans d'autres, s'ils sont nains thyroïdiens, ils présentent en même temps des troubles du système nerveux, des altérations de l'hypophyse ou d'une autre glande qui interviennent dans la production de l'arrêt de croissance.

2° Les *nains hypophysaires* sont actuellement bien isolés des nains thyroïdiens. Ils ont été décrits en détail ces dernières années. On a ensuite nié l'intervention de l'hypophyse puis elle a été acceptée à nouveau. On a d'abord montré qu'il y avait des sujets de très petite taille qui étaient porteurs d'une tumeur de l'hypophyse. Byron Bramwell, en Angleterre, Mme de Biehler, en Pologne et d'autres observateurs ont publié des cas où ils estimaient qu'il existait une altération hypophysaire à l'origine du nanisme. Le fait le plus typique en France a été publié par MM. Souques et Chauvet après M. Burnier. MM. Souques et Chauvet frappés de l'arrêt génital, l'ont décrit sous le nom *d'infantilisme hypophysaire* ; Burnier avait vu surtout l'arrêt de la taille, d'où le nom de nanisme hypophysaire. Dans ce cas, la cause était un kyste de l'hypophyse qu'on constata à l'autopsie et qui élargissait la selle turcique ; sans nul doute, c'est ce kyste qui entraîna l'arrêt de développement, les modifications de la vision, avec hémianopsie bitemporale et en même temps l'arrêt de la taille.

Dans bien d'autres cas publiés depuis, l'hypophyse était touchée, de manière évidente ; il y avait secondairement arrêt de la taille, par conséquent un certain degré de nanisme.

Néanmoins, quand on étudie ces cas, on ne peut que constater leur complexité, car à côté de l'arrêt de la taille, à côté du non développement des organes génitaux, à côté des signes directement hypophysaires (hémianopsie bitemporale, modification de la selle turcique), on trouve souvent des signes qui dénotent une

altération concomitante des centres nerveux.

J'ai moi-même suivi longtemps avec M. Mouzon un sujet qui avait un syndrome typique d'infantilisme avec nanisme relatif, compliqué d'obésité légère, réalisant le syndrome adiposo-génital sans traces de myxœdème, avec hémianopsie temporale d'un côté, cécité de l'autre. Il mourut après quatre ans et mon interne d'alors, M. Cathala, fit l'autopsie. Il y avait une tumeur du plancher du IIIe ventricule avec intégrité de l'hypophyse, tumeur qui pouvait évidemment comprimer cette dernière, mais qui en tous cas était la vraie lésion causale. Ceci montre bien le rôle du système nerveux antérieur à celui de l'hypophyse. Certes aujourd'hui que nous connaissons physiologiquement le rôle de l'hypophyse dans la croissance nous ne devons pas nier son influence et dans de tels cas nous pouvons avec certitude parler d'un syndrome neuro-hypophysaire.

Il y a d'ailleurs d'autres cas où l'hypophyse n'est pas seule touchée et, avec M. Mouzon, nous avons vu un enfant de toute petite taille chez lequel nous ne pouvions pas nier l'altération de l'hypophyse car la selle turcique était très élargie ; l'enfant d'autre part, était aveugle par atrophie optique et présentait des crises convulsives, des crises de polyurie. Mais en même temps on notait des signes non douteux de dysthyroïdie, de l'ichtyose, de la lécheresse de la peau, de la frilosité, du puérilisme mental. Il semblait donc que chez lui la thyroïde était touchée en même temps que l'hypophyse.

Chez un adulte que j'ai suivi pour des troubles hypophysaires non douteux liés à des altérations du plancher de la selle turcique il y avait en même temps cet élément thyroïdien. Les faits de nanisme et d'infantilisme hypophysaire ne sont donc pas simples, il s'y ajoute très fréquemment un facteur nerveux et assez souvent aussi un élément thyroïdien.

Mais il n'y a pas de doute qu'il existe une catégorie de nains hypophysaires se juxtaposant à une catégorie non moins douteuse de nains thyréogènes ou thyréoprives. Rappelez-vous toutefois que ce diagnostic de nanisme hypophysaire ne doit être porté que si l'on est sûr de la lésion hypophysaire et qu'il est trop souvent fait sans que les preuves de cette lésion soient fournies.

3° Y a-t-il des *nains testiculaires* ? On l'a dit, mais c'est un nanisme un peu difficile à admettre. MM. Variot, Achard et Demanche, Souques ont montré que dans certains cas l'arrêt de développement pouvait dépendre de l'altération testiculaire, mais il ne faut pas trop insister sur ce fait parce que, ce que nous constatons expérimentalement de plus net lorsque le testicule n'est pas développé ou supprimé par castration de l'animal, c'est l'allongement du train postérieur. Chez l'homme c'est la macroskélie, l'allongement des fémurs que l'on observe traduisant une hypercroissance du squelette, en particulier des membres inférieurs, c'est-à-dire l'inverse du nanisme. On n'a donc pas la preuve nette de l'existence d'un nanisme testiculaire.

4° En revanche, il y a un nanisme dont on a parlé ces dernières années et qui a été décrit par Variot en France, après Gilford en Amérique. C'est le *nanisme surrénal* décrit sous le nom de *progeria* ou *infantilisme à type sénile.*

Plusieurs cas de ce type ont été publiés ; ils se rapprochent d'ailleurs cliniquement des faits de nanisme hypophysaire avec participation thyroïdienne dont je vous parlais tout à l'heure. Ce nanisme surrénal avec infantilisme et aspect sénile est très particulier. Est-il bien effectivement surrénal ? On peut le discuter, mais la *progeria* est quelque chose de très spécial et que je devais vous mentionner malgré la rareté de tels faits.

6° Il est d'autres nanismes encore liés à des altérations organiques. Voici très longtemps que, avec mon maître Gilbert, M. L. Fournier avait insisté sur l'arrêt de la croissance de certains individus atteints de cirrhose biliaire, sur le *nanisme hépatique.*

Dans ma thèse sur les cirrhoses biliaires, en me basant sur une série de cas où des sujets ont été arrêtés dans leur croissance, notamment le cas d'un enfant qui, comparé à son frère, était nettement plus petit que lui, j'ai souligné cette possibilité de nanisme hépatique.

Ce nanisme hépatique existe dans certaines cirrhoses familiales et le rôle du foie a été mis en évidence dans certains arrêts de croissance.

Halbertshema et Exchaquet ont publié des faits semblables qui montrent que l'altération du foie peut réellement provoquer un arrêt du développement, quand elle est permanente, chronique, ancienne. Toutes les explications pathogéniques sont possibles à cet égard et on peut interpréter les faits de bien des façons, mais il faut retenir ce groupe qui n'est pas encore bien étudié. Récemment mon collègue Debré est revenu sur la question et tend à admettre que dans ces cas comme dans ceux où on parle de nanisme rénal, c'est une cause congénitale commune qui provoque à la fois le retard de croissance et l'altération de l'organe (foie ou rein).

6° Le *nanisme splénique.* Nous avons eu ces jours-ci dans le service un enfant atteint d'altérations de la rate et qui vient périodiquement nous voir pour une rate scléreuse, d'étiologie indéterminée et qui s'apparente à la maladie de Banti, bien qu'il n'ait aucune répercussion hépatique depuis quelque huit ans que nous le suivons. Or il est manifestement arrêté dans le

développement de sa taille et ce nanisme relatif est, au point de vue chronologique du moins, lié à l'altération splénique.

De même nous soignons une fillette qui présente un arrêt de croissance dans les mêmes conditions, il ne s'agit pas d'un nanisme réel mais d'un arrêt de la croissance manifeste depuis l'apparition des signes abdominaux, ce qui permet de classer le nanisme d'origine splénique à côté du nanisme d'origine hépatique. Voici longtemps d'ailleurs qu'il a été mis en évidence par Lancereaux qui insistait sur le fait qu'un certain nombre d'enfants de Sologne étaient arrêtés dans leur croissance et présentaient en même temps une grosse rate .On les appelait des acrats ou des seiglauds, parce que mal nourris avec du seigle, les opposant ainsi aux fromentolins, bien nourris avec du froment et qui se développaient bien. En réalité le paludisme était en cause chez les premiers et c'est lui qui était responsable du nanisme observé. Je n'insiste pas, je voulais seulement vous montrer qu'il est des cas de nanisme dans lesquels on trouve, à l'origine de l'arrêt de développement, de grosses lésions organiques.

7° Le *nanisme rénal.* Un dernier type de nanisme a été décrit d'une manière très complète dans une série de travaux, notamment en Angleterre, par Parsons, en France par Apert, et son élève Foubert, par Debré et ses collaborateurs, notamment par Mlle Jammet dans sa belle thèse : c'est le nanisme rénal, nanisme assez spécial dans son allure. En général il ne se déclare pas dans les premières années, et c'est vers l'âge de 6 ans que l'enfant cesse de grandir. Il peut avoir des déformations des os longs, un genu valgum marqué, bref, des manifestations rachitiques accusées ; il présente une polyurie marquée, parfois un vrai diabète insipide. Souvent dans de tels faits on constate les signes d'une insuffisance rénale marquée. Et ces enfants meurent avec de grosses altérations du rein. Il semble bien que, parmi les nanismes viscéraux, le nanisme rénal soit celui qui montre le plus nettement l'importance des lésions viscérales, et les beaux travaux de Debré et ses collaborateurs sont là pour le confirmer. Et comme nous avons actuellement dans le service un enfant atteint de diabète insipide avec lésions osseuses mais non rachitiques, et avec signes de néphrite azotémique, je compte étudier devant vous ce cas que mon élève Bernard a suivi de près.

C'est un enfant amené ici avec le diagnostic de diabète insipide.

L'enfant depuis quelques semaines buvait beaucoup et de façon vraiment anormale ; il se cachait pour boire l'eau de l'évier ou celle qui servait au chien de la maison. Il urinait plus de trois litres par 24 heures.

Il mesurait 1 m. 22 à 12 ans (au lieu de 1 m. 37). Il avait donc 15 centimètres de retard de croissance. Il fut impossible de préciser à partir de quelle époque s'était produit ce retard statural. Il semble cependant d'après les photographies qui nous sont présentées que ce retard est assez récent ; que, bébé, il avait une taille normale et que sa croissance se faisait régulièrement. Elle s'est arrêtée complètement depuis que nous l'observons.

Un tel nanisme accompagné de polyurie faisait penser tout d'abord à une origine hypophysaire du syndrome.

Nous avons fait assez vite un dosage de l'urée sanguine et nous avons trouvé ce chiffre considérable de 1 gramme d'urée par litre qui nous a orienté vers le diagnostic du syndrome dit « *nanisme rénal* ».

En complétant nos recherches humorales nous avons trouvé d'autres éléments biologiques de ce syndrome. Il y avait une albuminurie discrète ; une hypertension artérielle modérée (12 1/2 8), mais qui a, peu à peu, augmenté ; pas d'œdème mais un taux d'azote sanguin élevé : 1 gr. 52 ; le cholestérol sanguin chiffrait 2,17 ; on notait une réserve alcaline à 34 volumes.

L'épreuve de l'eau de Volhardt montrait également une élimination considérable ; l'enfant était incapable de concentrer l'eau ingérée.

Du point de vue étiologique, il n'était pas question de syphilis, le Wassermann était négatif ; le Hecht également. La formule sanguine était presque normale. Cependant on était frappé par la morphologie spéciale de cet enfant.

Il n'existait aucune trace de rachitisme, mais une forme de crâne particulière, dolichocéphale, c'est-à-dire un allongement d'avant en arrière ; une exophtalmie marquée qui fait évoquer à son propos la maladie de Schuller Christian. Il n'en a toutefois nullement les autres signes et la radiographie de son crâne est absolument normale.

Ce cas laisse pendante la question de savoir si certains nanismes rénaux n'ont pas en réalité une origine centrale.

Nous n'avons pas pu déceler chez cet enfant de troubles fonctionnels hypophysaires. Toutes les recherches radiologiques, ophtalmologiques sont restées négatives à ce point de vue.

De ce cas retenez que lorsqu'on examine un enfant atteint de nanisme, qu'on a écarté le nanisme thyroïdien ou hypophysaire, qu'on ne peut songer à retenir la *progeria* d'origine surrénalienne, quand on a éliminé les différentes autres catégories de nanisme et qu'on pense à une cause organique, il faut en premier lieu actuellement, étant donné la fréquence relative des cas, rechercher l'origine rénale et se rendre compte si l'on ne peut pas conclure à un nanisme rénal.

Ce qu'il faut retenir de ce nanisme particulier c'est que différents syndromes se groupent pour le caractériser.

a) Le nanisme d'abord dont l'évolution est assez spéciale. L'enfant, à l'habitude, a toujours été petit et cette hypotrophie staturale semble remonter à la naissance. Mais elle restait modérée et n'était pas celle du nain ; puis, brusquement, à 4, 6 ou 10 ans, l'enfant cesse de croître. Ce fut le cas pour notre malade qui a cessé de grandir depuis que nous l'observons.

Mais si chez ces enfants la croissance s'arrête, le développement psychique reste normal. En revanche il y a, à l'habitude, un retard de l'évolution sexuelle ; assez fréquemment chez eux comme chez d'autres nains, les testicules ne sont pas encore descendus.

b) A côté de ce syndrome de nanisme, il n'est pas rare, mais non constant, de rencontrer un *syndrome rachitique*, ce qui avait très nettement frappé M. Apert et les auteurs anglais ; on constate parfois certaines déformations du thorax, le chapelet costal est accentué, il y a des courbures des os longs, de volumineuses tuméfactions des épiphyses qui sont des preuves assez nettes de rachitisme.

Ce rachitisme a pour caractère de se développer relativement tard. Le rachitisme tardif a été l'objet de nombreuses discussions des orthopédistes. En réalité il présente les mêmes lésions dans l'ensemble que le rachitisme ordinaire et M. Debré insiste justement sur le fait qu'il n'y a pas de différence essentielle entre ce rachitisme tardif et les autres, sauf qu'il se développe tard, alors que le rachitisme ordinaire est une maladie de la première enfance.

Autre point particulier de ce rachitisme tardif : dans le rachitisme ordinaire l'état humoral est touché, il y a souvent hypocalcémie, hypophosphatémie ; ce sont les deux caractères chimiques qui ont été mis à la base du rachitisme. On a montré que c'était plutôt l'hypophosphatémie qui était la signature du rachitisme ; du moins les recherches américaines ont-elles conclu dans ce sens. Mais depuis, cette hypophosphatémie a été elle-même quelque peu battue en brèche. Chez notre malade les deux sont normales.

c) Un troisième syndrome existe ici : celui du *diabète insipide*. Nombre de nanismes rénaux s'accompagnent ainsi de ce diabète insipide.

d) Un quatrième syndrome se rencontre encore chez ces sujets, c'est, ainsi que l'a souligné M. Debré, un syndrome *d'adiposité* relative qui rappelle certaines adiposités endocriniennes.

e) Quelquefois encore on trouve chez eux une pâleur assez marquée : ce sont en général des anémiques, mais cette anémie peut être liée à bien des causes.

f) Ce qui souligne en réalité l'évolution de ce nanisme rénal, ce sont les *manifestations du côté du rein*. Celles-ci peuvent ne pas être dans leur apparition strictement congénitales. Il y a assez peu d'albumine dans les urines, mais on trouve à l'examen de ces sujets, de graves troubles du mécanisme de l'élimination de l'urée, une hyperazotémie ; l'épreuve de Volhardt montre la perte du pouvoir de concentration du parenchyme rénal et est la signature du syndrome rénal. Et c'est ce syndrome qui, tout en ne s'accompagnant pas en général d'une grosse hypertension artérielle entraîne la mort ; l'autopsie confirme alors dans ce cas l'existence de lésions rénales importantes.

Ce qu'il faut retenir, c'est que ces différents syndromes sont essentiellement contingents. On a décrit un certain nombre de cas de nanisme rénal sans rachitisme, comme chez notre malade ; inversement on a décrit un rachitisme rénal sans nanisme ; parfois le syndrome de diabète insipide est très net, d'autres fois il peut y avoir glycosurie.

Enfin on peut observer dans de tels cas l'association de certaines malformations. MM. Debré, Julien Marie et Mlle Jammet ont pu relever une série de cas où il existait des lésions congénitales du cœur, une imperforation anale, un pied bot, une luxation congénitale, une atrophie optique congénitale, etc...

Vous voyez que le nanisme rénal doit être connu : c'est une question très intéressante, qui nécessite des examens complets.

La syphilis ne joue à peu près aucun rôle dans sa genèse. Dans sa description M. Apert rappelait les anciennes constatations de mon maître Hutinel ayant observé des cas de néphrite chronique avec troubles de la croissance ; il concluait avec celui-ci et mon collègue Nobécourt que « la syphilis congénitale doit être responsable et de l'hypotrophie staturale et de la néphrite chronique et que, dans ces conditions, il est peu vraisemblable que la néphropathie puisse être tenue pour responsable du défaut de croissance staturale ». Mais, précisément, il séparait avec raison ces faits des cas de nanisme rénal vrai et pour mon collègue Debré, M. Julien Marie et Mlle Jammet, la syphilis doit être éliminée comme cause du nanisme rénal au même titre que la tuberculose, les infections intestinales et les autres facteurs infectieux. Rappelant l'association à d'autres malformations, l'existence dans certains cas de lésions congénitales de l'arbre urinaire, ces auteurs invoquent « une lésion primordiale des centres nerveux régulateurs, du trophisme des viscères, du métabolisme organique et du développement commandant parallèlement l'arrêt de développement et les lésions de cirrhose rénale ». Quelle que soit la théorie, retenez les faits et la

gravité pronostique habituelle de ces cas de nanisme avec lésions rénales dans sa genèse.

7° *Infantilisme intestinal* : Il y a encore d'autres types de nanisme. Il est un cas notamment que j'ai souvent présenté ici, un enfant dont le nanisme était accusé et chez lequel on pouvait invoquer comme cause des altérations répétées du tube digestif : il y a donc un *nanisme d'origine digestive*, il s'apparente à ce qu'on a appelé la *maladie cœliaque* dont on voit peu d'exemples à Paris et dont il nous semble que l'importance a été élargie de façon démesurée par certains auteurs. Mais mon collègue Fanconi, à Zurich, en a rencontré fréquemment des cas qu'il a remarquablement étudiés. J'ai pour ma part, deux ou trois fois cru voir une maladie cœliaque ; les faits n'étaient pas démonstratifs. C'est une maladie où il y a des troubles digestifs en permanence, troubles de l'assimilation liés peut-être à une malformation intestinale du grêle ; elle se traduit chez les malades par un gros ventre, une petite taille ; il y a un *infantilisme intestinal* et il y a en même temps un arrêt de croissance, ce qui fait rentrer par conséquent de tels faits dans le cadre du nanisme. Toutefois la rareté de cette maladie en France m'empêche de me prononcer sur les caractères cliniques et évolutifs de cet infantilisme intestinal.

8° *Nanisme achondroplasique.* Je dois vous citer encore les nanismes liés directement à des lésions osseuses, et l'on connaît une maladie osseuse qui s'accompagne de nanisme de manière extrêmement nette : c'est l'achondroplasie. Il faut lui faire ici une grande place.

L'achondroplasie est une maladie où on constate l'arrêt de croissance marqué qui coïncide avec un retard considérable du développement du segment proximal. A l'inverse de ce que je disais à propos de l'influence des troubles du développement testiculaire qui entraînent la macroskélie avec développement excessif des fémurs, dans l'achondroplasie, il y a un arrêt relatif du développement du fémur et de l'humérus : le malade a de petits bras, de petites cuisses et dans ces conditions le sujet ressemble, comme on l'a dit souvent, à un chien basset.

Cette achondroplasie a été isolée autrefois par mon prédécesseur Parrot et bien étudiée par le professeur Pierre Marie. Les achondroplasiques, qui sont extrêmement nombreux et à bien des égards intéressants, sont faciles à reconnaître cliniquement. Leur intelligence est relativement normale, leur appareil génital se développe normalement et, sur de nombreux points, ils se distinguent des autres nains que je viens d'énumérer.

Maintenant, si je devais résumer l'histoire des nains par ordre de fréquence, je devrais mettre en premier lieu les nains thyroïdiens, les nains achondroplasiques, puis tous les autres.

Parmi eux il faut placer aussi les sujets qui, sous l'influence du rachitisme, sont arrêtés dans leur croissance, le rachitisme était à lui seul susceptible de produire un certain degré de nanisme.

Je pourrais encore ajouter le *nanisme dysplasique* : un sujet qui a présenté de grosses lésions osseuses, de quelque cause qu'elles soient, peut être retardé dans sa croissance.

Beaucoup d'autres causes peuvent être retrouvées à l'origine de l'arrêt de croissance justifiant le mot de nanisme, mais le rôle du médecin ne se limite pas à trouver la lésion organique, il doit en trouver la cause et il doit savoir que quand un sujet est arrêté dans sa croissance même sans lésion organique bien nette, il faut penser à la possibilité d'une cause générale. Il doit savoir que le sujet peut être syphilitique, tuberculeux ; que *syphilis* et *tuberculose* peuvent dans une certaine mesure par les lésions organiques qu'elles provoquent, qu'elles soient discrètes ou larvées, être la cause d'un arrêt de croissance; que le *paludisme* également peut jouer un rôle et que somme toute bien des causes générales peuvent intervenir dans le nanisme.

Mais en dehors de ces causes générales, il en est d'autres qui échappent complètement aux recherches et qui existent cependant. Dans une prochaine leçon, je vous dirai un mot du nanisme qu'on a qualifié *d'essentiel*, qui a été décrit sous le nom de *microsomie*. Il s'agit d'un nanisme congénital.

J'ai observé ici un sujet qui avait une taille de 0 m. 80 à l'âge de 7 ans, pesait 7 kilos ; c'était une véritable petite miniature. Il était né mesurant 0 m. 28, c'est-à-dire plus de 15 centimètres au-dessous de la taille minima du prématuré qui est en général de 0 m. 47 à 0 m. 43 au minimum. Il y a d'ailleurs une série de cas où l'enfant à sa naissance est extrêmement petit.

Ces enfants tout petits, pour des causes difficiles à déterminer, sont les véritables nains, ce sont des nains qui restent petits toute leur vie parce que bien qu'ils aient grandi dans une certaine mesure, ils ne rattrapent pas ce qu'ils ont perdu durant la vie intra-utérine.

Un certain nombre de faits montrent la réalité de ce qu'on peut appeler le nanisme congénital. Je l'étudierai dans une prochaine leçon, mais j'ai voulu auparavant énumérer devant vous toute une série de cas de nanisme de différentes catégories. Ils ont un très grand intérêt clinique et il en est bon nombre, au premier rang desquels les nanismes thyroïdiens, sur lesquels la thérapeutique peut utilement exercer son action.

ENCÉPHALITES HUMAINES CHORIO-MÉNINGITE AIGUË LYMPHOCYTAIRE BÉNIGNE, ET MALADIE DES PORCHERS (1)

La découverte des ultra-virus capables de traverser les bougies de porcelaine ou les membranes de collodion a montré que la vie ne s'arrêtait pas précisément au plus fort grossissement du microscope. Ce nouveau chapitre de la biologie s'enrichit chaque jour d'importantes acquisitions : déjà ont été décrits une centaine de ces virus si l'on réunit les pathologies humaine, animale et végétale. De nouvelles techniques d'ultrafiltration, d'ultracentrifugation (100.000 tours à la minute), d'ultrapression (15 à 20.000 atmosphères) ont permis de mieux isoler et de classer ces différents virus. Leurs dimensions ont pu être calculées ; l'unité de mesure n'est plus le μ de la bactériologie habituelle, mais le μμ ou millionième de millimètre.

Ces ultra-virus ont récemment fait l'objet, à l'Institut Pasteur, d'une série de leçons du plus haut intérêt. Au cours de l'une d'elles, le Professeur Lépine a étudié les virus des encéphalites humaines, de la méningite lymphocytaire aiguë bénigne et de la maladie des porchers.

Devant le nombre grandissant de ces maladies à ultra-virus neurotropes, on peut se demander, dit-il, s'il ne s'agit pas d'une adaptation nouvelle de notre système nerveux vis-à-vis de ces ultra-virus, ou bien si ces maladies ne sont que des maladies générales d'abord, ne touchant qu'accidentellement le système nerveux.

L'encéphalite épidémique ou léthargique de von Economo, bien caractérisée cliniquement par la somnolence, la fièvre initiale, les myoclonies, les troubles oculaires, les séquelles parkinsoniennes fréquentes — est due à un virus filtrant dont voici les caractères particuliers : sa taille est comprise entre 100 et 125 μμ ; il traverse les bougies de porcelaine, se conserve dans la glycérine ; inoculable au lapin, il détermine dans le cerveau des lésions prédominantes à la base, entre la corne d'Ammon et l'Hippocampe : manchons périvasculaires lymphocytaires, lésions profondes des neurones (neuronophagie, fragmentation de la vasochromatine, inclusions oxyphiles). Ce virus de l'encéphalite serait analogue et même identique à celui de l'herpès, ainsi qu'en témoigne les expériences d'immunité croisée. Ce virus herpétique, dans quelques cas rares, a pu être retrouvé chez des parkinsoniens et aussi dans la salive d'individus vivant dans le voisinage de parkinsoniens. Le virus herpétique, en se fixant sur le mésocéphale, réaliserait donc l'encéphalite épidémique.

L'encéphalite américaine de Saint-Louis est une maladie saisonnière qui sévit de mai à septembre surtout dans la région du Missouri ; elle atteint plus les populations rurales (230 cas pour 100.000 habitants) que les populations urbaines (63 cas sur 100.000 habitants). C'est une maladie à pronostic sévère, puisque la mortalité atteint 20 % ; elle s'accompagne de troubles méningés importants avec forte lymphocytose et hypertension du liquide céphalo-rachidien, aphasie fréquente, tremblement ; mais il n'existe, en règle générale pas de troubles oculaires ?

Le virus responsable de cette maladie est plus petit que le précédent et ne mesure que 25 μμ ; il est transmissible au singe tandis que celui de l'encéphalite de von Economo ne l'est que fort difficilement. L'animal réactif n'est plus ici, le lapin, mais la souris. Les expériences d'immunité croisée montrent que le virus de Saint-Louis et celui de l'encéphalite léthargique sont totalement différents. Enfin le virus de l'encéphalite de Saint-Louis aurait été retrouvé dans le corps d'un moustique « Anophèles quadragénatus », qu'on a accusé de transmettre la maladie.

L'encéphalite du Japon, connue depuis 1870, est aussi due à un virus filtrant ; les symptômes en sont tout à fait analogues à ceux de l'encéphalite précédente ; bien qu'ayant la même taille que celui de Saint-Louis, le virus japonais diffère totalement du virus américain, comme le montre la recherche de l'immunité croisée. Ce virus se trouve dans le sang, à la période initiale de la maladie, il est neutralisé par le sérum de nombreux sujets n'ayant pas été atteints d'encéphalite, ce qui a fait penser à la possibilité d'une infection générale, sans localisation neurotrope obligatoire.

La chorioméningite aiguë lymphocytaire bénigne, affection récemment isolée, nous intéresse plus directement et n'est pas exceptionnelle ; cette appellation désigne ces méningites aiguës fébriles avec lymphocytose plus ou moins accentuée du liquide céphalo-rachidien, ce dernier ne contenant ni bacilles de Koch, ni aucun germe visible, méningite bénigne et curable spontanément. L'agent pathogène de cette nouvelle maladie est un virus filtrant de petite taille, ne se conservant pas dans la glycérine, mais seulement à froid (à — 80°) ; il est d'une extrême fragilité et disparaît à la température du labo-

(1) Résumé d'une leçon faite par le Professeur Lépine à l'Institut Pasteur, recueillie par le Docteur Irène Langle.

ratoire en deux heures. La maladie a pu être reproduite expérimentalement chez l'homme, sur des paralytiques généraux justiciables de pyrétothérapie. Après inoculation de ce virus, on voit la température monter pendant trois jours, puis apparaître des troubles rappelant ceux d'une grippe : malaises, courbatures, accidents pulmonaires légers ; au bout d'une huitaine de jours se fait la défervescence. Elle n'est pas toujours définitive : dans 50 % des cas, on peut observer, quelques jours plus tard, une recrudescence de la température et une réapparition des signes méningés. Pour ce virus, l'animal réactif, inoculable, est la souris ; cette maladie semble fréquente chez les boulangers et les épiciers et l'on s'est demandé si elle ne pourrait pas être transmise par les rats et les souris. Au cours de cette affection, le virus pathogène est décelable de façon très précoce, dans le sang des malades, quelques heures après la première élévation de température, et il l'est encore jusqu'à la fin de la première période ; le virus est aussi présent dans le liquide céphalo-rachidien vingt-quatre heures avant l'apparition de la réaction méningée ; il en disparaît bien avant la fin de la réaction lymphocytaire qui peut d'ailleurs être fort importante (400-500-1.000 éléments même au millimètre cube).

La maladie des porchers semble être très proche de ces méningites lymphocytaires curables. Elle a été décrite par H. Bouchet, dans la Haute-Savoie. Penso, de Rome, a donné à un syndrome analogue le nom de méningo-typhus éruptif. Le tableau clinique de cette affection peut faire penser à une grippe ou à une fièvre typhoïde bénigne, et s'observe toujours chez des sujets ayant vécu dans le voisinage de porcs. L'incubation est de 10 à 30 jours, période au boutde laquelle s'observent les signes suivants : fièvre élevée, météorisme abdominal, diarrhée fétide dont l'odeur rappelle celle de la litière des porcs ; énanthème fugace à la partie supérieure des cuisses, avec petites taches rosées, cyanose des lèvres et des oreilles. Dans une deuxième phase de rémission, qui dure 12 à 72 heures, la fièvre tombe complètement. Elle se rallume ensuite dans une troisième phase où apparaissent des signes de réaction méningée : vive céphalée, vomissements, raideur de la nuque ; la ponction lombaire donne, alors, un liquide céphalo-rachidien hypertendu, hyperalbumineux, contenant d'abord des polynucléaires, puis des lymphocytes (jusqu'à 1.500 et 2.000 éléments par bande de la cellule de Nageotte). Puis trois ou quatre jours après, la température tombe en lysis et le malade guérit. Le virus pathogène de cette maladie des porchers a été isolé en 1937 par P. Durand, Giroud, Larrivé et Mestrallet ; ni le lapin, ni le cobaye, ni le furet même ne sont réceptifs ; seuls le porc et le rat se sont révélés sensibles à l'inoculation ; le porc peut, d'ailleurs, être atteint d'une infection inapparente, tantôt fébrile tantôt apyrétique. Ce virus enfin, a été inoculé, avec succès, à des paralytiques généraux. On peut le mettre en évidence dans le liquide céphalo-rachidien des malades seulement pendant la période fébrile de la maladie. Quant à la transmission de la maladie, elle paraît se faire, non pas par les poux des porcs, comme on l'avait cru, mais plutôt par ses déjections ; plusieurs individus semblent s'être contaminés en manipulant la litière des porcs.

Ces différentes méningo-encéphalites méritaient d'être groupées, remarque le Docteur Lépine, à la fin de sa leçon, à cause de la proche parenté de leurs virus respectifs et parce que, pour chacune d'elles, la localisation neurotrope est précédée par une infection générale et sanguine.

LA LITHIASE BILIAIRE CHEZ LES ENFANTS

Docteur R. Ritter

La lithiase biliaire peut sommeiller sans symptomatologie. La lente formation des calculs commence souvent en silence chez l'enfant pour ne donner des manifestations cliniques que plus tard.

L'affection est moins fréquente chez l'enfant que chez l'adulte et le vieillard ; elle est cependant loin d'être exceptionnelle. Elle mérite l'attention du clinicien.

Tout comme chez l'adulte, la fréquence de l'affection augmente avec l'âge, elle atteint plus spécialement le sexe féminin.

La symptomatologie, chez le tout jeune, si elle existe, se résume en troubles digestifs variés, parfois accompagnés d'ictère ; chez l'enfant plus âgé, elle ne présente guère de différence avec ce qu'elle est chez l'adulte, et les mêmes moyens d'investigation sont applicables (1).

(1) Thèse de Strasbourg, 1939.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'EXTRACTION DE LA DENT DE SAGESSE INFÉRIEURE

Par les Docteurs J. CHOMPRET, L. ROUSSEAU-DECELLE et A. LATTÈS

Stomatologistes des Hôpitaux de Paris

Les accidents d'évolution de la dent de sagesse inférieure sont bien connus ; ils ont fait l'objet d'études multiples et il est inutile d'y revenir.

A ces accidents, les praticiens opposent des traitements médicaux ou chirurgicaux conservateurs dont les résultats sont parfois excellents ou même définitifs ; mais souvent, malgré tout, une mesure radicale s'impose : c'est l'extraction.

Nous n'avons pas l'intention de nous étendre sur ses indications ou sa technique ; mais nous voulons simplement exposer quelques réflexions que nous impose une longue pratique de cette intervention.

L'avulsion de la dent de sagesse inférieure inquiète certains praticiens : les uns parce qu'ils en connaissent mal la technique et craignent les urprises opératoires ; d'autres, sachant opérer, parce qu'ils en redoutent les complications.

Et ceci pose tout le problème : *il s'agit d'une intervention chirurgicale dont la technique est minutieuse et qui nécessite des connaissances médicales générales pour en prévoir et en traiter les complications.*

L'avulsion de la dent de sagesse inférieure est une intervention importante : ceci a été dit et écrit maintes fois ; ce qui l'a été beaucoup moins, *c'est que la gravité de l'intervention ne dépend nullement de ses difficultés.*

Ce ne sont pas toujours les interventions longues, pénibles, nécessitant des exérèses osseuses considérables qui donnent des accidents post-opératoires redoutables. La plupart de nos collègues des hôpitaux ont comme nous-même, l'impression que les complications graves ou mêmes mortelles qu'ils ont pu observer surviennent souvent après une extraction simple, facile, rapide. Il est bien des cas où toutes les précautions pré-opératoires, opératoires et post-opératoires ont été prises et où surgissent des complications qui débordent les ressources actuelles de notre thérapeutique.

Au contraire, fort souvent après des opérations qui ont duré longtemps, qui ont nécessité de vastes délabrements osseux, la cicatrisation se fait sans histoire ou tout au moins seulement avec des douleurs post-opératoires plus ou moins violentes que nous pouvons atténuer par un traitement rationnel.

Ainsi toutes les fois qu'un praticien est amené à extraire une dent de sagesse inférieure même banale, il doit s'entourer de quelques précautions.

La première est de prévenir son patient et de faire son éducation préopératoire : il ne s'agit pas d'une extraction banale, mais d'*une intervention chirurgicale* de technique rigoureuse et *dont les soins post-opératoires sont* D'UNE IMPORTANCE PLUS GRANDE PEUT-ÊTRE QUE L'INTERVENTION ELLE-MÊME.

Il faut évidemment aussi *une radiographie excellente* et *une enquête discrète mais approfondie* SUR L'ÉTAT GÉNÉRAL DU MALADE ET SUR SES ANTÉCÉDENTS. Tout ceci a été dit et répété. Nous n'y insisterons pas.

Nous insistons, au contraire sur ce fait que le médecin praticien, appelé souvent à la place du stomatologiste pour des suites d'extraction, doit savoir que les accidents post-opératoires ne sont que rarement dus à l'opérateur. Ces accidents sont survenus après l'intervention, non pas à cause d'elle, souvent malgré elle.

Le *post hoc, ergo propter hoc* est ici une erreur fondamentale.

Pourquoi surviennent ces complications ? BIEN SOUVENT PARCE QUE LES SOINS POST-OPÉRATOIRES SONT INSUFFISANTS. Certains patients, surtout lorsque l'intervention a été rapide, facile et peu délabrante, négligent ces soins et se contentent de vagues rinçages qui ne pénètrent pas et ne détergent rien. Mais même dans les cas où les soins semblent être donnés avec méthode et minutie, assez souvent ce n'est qu'une apparence. Que de fois, n'avons-nous pas trouvé une septicité considérable du fond de la plaie chez des malades auxquels des mains bien intentionnées, mais inexpertes, même médicales avaient fait de très nombreux lavages à la poire qui n'avaient pas pénétré ! Dans ces cas, il est logique d'incriminer l'exaltation de la virulence microbienne, mais ce serait une erreur de croire que les accidents les plus graves surviennent toujours dans les bouches les plus septiques.

Ces accidents, il faut bien le dire, nous en ignorons souvent le mécanisme intime. Ils ne surviennent pas comme on l'a dit chez des sujets tarés, déprimés ou déficients, ils frappent souvent des individus *sains* et en pleine santé.

Nous croyons toutefois que la situation même de la dent de sagesse explique au moins en partie, la gravité de son extraction, car cette dent

est entourée de tous côtés d'espaces cellulaires qui se prêtent admirablement à la diffusion de l'infection.

En avant et en dehors, c'est le vestibule buccal avec le tissu cellulaire de la joue, les masses musculaires du masseter, du buccinateur et le faisceau inférieur du temporal.

En avant et en dedans, c'est le redoutable plancher de la bouche.

En arrière, c'est le pilier antérieur, l'amygdale, le voile du palais, le ptérygoïdien interne.

Certainsauteurs croient que l'anesthésie locale joue un rôle décisif dans la genèse des complications consécutives à l'extraction de la dent de sagesse inférieure. Certes, il y a une part de vérité dans cette assertion et nous croyons que l'adrénaline doit être évitée. Mais il faut dire que nous disposons de l'anesthésie régionale dont la technique est simple et facile et dont les résultats sont toujours satisfaisants.

Il faut simplement se donner la peine d'apprendre cette technique. Le trismus est facile à vaincre par l'anesthésie massétérine de Bercher ou par l'anesthésie du ganglion sphénopalatin. L'insensibilisation obtenue est plus complète, plus profonde, plus durable que par l'anesthésie locale.

Ce qu'il ne faut pas laisser dire, c'est que ce sont les progrès de la technique chirurgicale stomatologique qui ont augmenté les conséquences parfois graves de l'extraction de la dent de sagesse inférieure.

Il faut, au contraire, reconnaître que la jeune école stomatologique opère mieux, plus rationnellement, plus *chirurgicalement* que la vieille école. Elle cherche *à supprimer de plus en plus les manœuvres de force* : une dent de sagesse enclavée, incluse ou de forme anormale doit être opérée comme un corps étranger intra-osseux : la libération de la dent doit être aussi complète que possible et précéder la luxation qui se fera ainsi avec le minimum d'effort.

L'amputation de l'os à grands coups de gouge et de maillet, tandis que l'aide, les pieds arcboutés, soutient le maxillaire, constitue évidemment une technique spectaculaire et même un peu grand-guignolesque. Sans doute, est-elle née jadis du désir de montrer qu'il s'agissait là d'une réelle intervention chirurgicale et non plus d'une extraction banale. Mais elle n'est plus guère de mise aujourd'hui, où le tour électrique a si profondément modifié les méthodes opératoires de la chirurgie osseuse.

Depuis longtemps nous utilisons la fraise, non pas dentaire, mais chirurgicale : on a dit, il est vrai, que la fraise était dangereuse par l'échauffement du tissu osseux sous-jacent, mais il est facile d'éviter cet inconvénient par des lavages fréquents qui éliminent en même temps la poussière d'os. Cette façon de procéder nous semble beaucoup moins « shokante » à tous points de vue, c'est le cas de le dire, car les patients qui ont subi la gouge maniée d'une masse vigoureuse vous diront tous le souvenir qu'ils en ont gardé. Tout ceci, du reste, est une question de technique pure et nous ne voulons pas y insister.

Certains auteurs ont eu l'impression que l'extraction dite chirurgicale des dents de sagesse inférieures donnait un pourcentage certain, mais infime de mortalité. Il n'est pas de statistique qui permette d'évaluer ce pourcentage. Est-ce parce que les stomatologistes ne publient pas leurs échecs ? C'est un défaut regrettable qui n'est pas spécifiquement stomatologique et nous pourrions faire le même reproche à tous les médecins, à tous les spécialistes, à tous les êtres humains ! Nous pouvons aussi bien ajouter qu'il n'est pas d'intervention chirurgicale qui ne comporte des aléas !

On raconte bien dans certains milieux qui se piquent de connaissances médicales que l'appendicite n'existait pas jadis avant Mac Burney et Dieulafoy : on en mourait simplement sans diagnostic et sans traitement. Il est des esprits restés attachés aux anciennes solutions — et voici les formules qu'ils préconisent contre les accidents d'évolution de la dent de sagesse inférieure.

La dent de sagesse bute contre la deuxième molaire : pour la débloquer, supprimons celle-ci : c'est simple, facile et sans danger. Malheureusement, son follicule étant normalement oblique, la dent de sagesse a besoin de la deuxième molaire pour se redresser et terminer son évolution. Aussi le résultat de la suppression de la dent de 12 ans sera le suivant : ou bien la dent de sagesse restera à sa place revêtue du capuchon muqueux qui est la cause première de tous les accidents ; ou bien, elle avancera sur l'arcade, mais toujours en position oblique, c'est-à-dire impropre à la mastication et susceptible d'engendrer à nouveau des accidents sérieux par l'infection, non plus de son capuchon muqueux, mais de la gencive sous-jacente à sa face antérieure.

Nous avons tous vu des accidents de dent de sagesse après la disparition de la deuxième molaire. Comment donc un praticien fera-t-il accepter la suppression d'une dent saine alors qu'il ne peut pas promettre que les accidents pour lesquels il est consulté ne se renouvelleront plus ?

Ecrire comme cela a été fait récemment « qu'il n'est pas extrêmement rare que la deuxième molaire doive être sacrifiée au cours de l'extraction de la dent de sagesse » est une assertion que nous ne saurions accepter. Tout ceci est affaire de technique chirurgicale et il reste bien entendu que cette intervention n'est pas à la portée de tous les praticiens de l'art dentaire.

Une autre solution destinée à éviter les accidents de la dent de sagesse inférieure, c'est l'extraction de la dent de 6 ans ou première grosse molaire lorsque cette dent est en mauvais état. Nous ne nierons pas que les accidents d'évolution de la troisième molaire sont certainement plus rares lorsque la dent de six ans a été extraite précocement. Aussi, sommes-nous partisans de l'extraction de cette dent lorsqu'elle est infectée peu de temps après son apparition sur l'arcade et cela d'autant plus qu'à ce moment aucune thérapeutique ne peut garantir sa durée.

Mais pour que cette intervention soit efficace, il faut que la deuxième molaire consente à avancer sur l'arcade, or, il n'en est ainsi d'une façon certaine, qu'au moment de son évolution, c'est-à-dire entre 11 et 13 ans.

Si l'avulsion est plus tardive, la mésiogression peut encore se produire, *sauf si l'engrènement avec les dents supérieures s'y oppose : et c'est fréquent* si l'extraction de la première grosse molaire inférieure n'a pas été accompagnée de l'extraction de la dent de six ans du maxillaire supérieur du même côté. Aussi des accidents d'évolution de dent de sagesse inférieure sont-ils possibles et même assez souvent, dans des bouches où les premières molaires ont été extraites autrefois.

En somme, il n'existe pas de traitement prophylactique de l'accident de dent de sagesse, si ce n'est le traitement orthodontique qui élargit une arcade atrésiée. Et encore..., nous pourrions ajouter que souvent après ces traitements, l'extraction des dents de sagesse s'impose pour maintenir le résultat acquis, car il est bien connu que leur évolution bouscule et télescope les dents antérieures.

Pour conclure, nous répéterons que l'extraction de la dent de sagesse inférieure est une intervention chirurgicale aujourd'hui parfaitement réglée.

Nous avons toujours enseigné à nos élèves que pour la mener à bien, il fallait *une éducation chirurgicale spéciale* et *une culture médicale générale* qu'il est regrettable de ne pas trouver chez tous les praticiens actuels de l'art dentaire.

Car il ne s'agit pas seulement de mener à bien *une opération dont les difficultés sont parfois imprévisibles*, il faut aussi *faire œuvre de médecin* ; en poser les indications, en prévoir les conséquences, être capable de faire face à toutes les complications.

COMMENT ET A QUELLES DOSES LE CHLORATE DE POTASSE DOIT-IL ÊTRE EMPLOYÉ DANS LE TRAITEMENT DE LA POLIOMYÉLITE AIGUË ?

Nous recevons des laboratoires du Docteur F. Debat la communication suivante que nous nous faisons un plaisir de publier :

Le traitement de la poliomyélite par le chlorate de potasse sera institué de la manière suivante :

Le malade doit absorber 0 gr. 10 de chlorate de potasse par kilog de son poids et par vingt-quatre heures. La potion sera administrée de deux heures en deux heures *nuit et jour*, en douze prises égales.

Quel que soit le poids du malade, la quantité de potion doit être la même : douze cuillerées à soupe, soit 15 c. c. $\times$ 12 = 180 c. c.

On prescrira donc chez un enfant de 15 kilogs :

Chlorate de potasse............		1 gr. 5
Sirop de framboise............		40 grammes
Eau..................	q. s. p.	180 c. c.

Si l'enfant pesait 20, 25, 30 ou 40 kilogs on indiquerait :

Chlorate de potasse, 2 grammes, 2 gr. 5, 3 grammes ou 4 grammes,

les proportions de sirop et d'eau restant les mêmes.

Remarques importantes

1° *Le traitement doit être établi d'extrême urgence* dès que le diagnostic est posé, les paralysies installées régressant d'autant moins qu'on a attendu plus longtemps.

2° Lorsqu'il s'agit d'une forme plus grave de l'infection, ou lorsque le médecin n'est appelé qu'après l'apparition des paralysies, il y a intérêt à doubler la dose de chlorate de potasse pendant les douze premières heures. Dans ce cas, la potion sera la même, mais on administrera une cuillerée à soupe *toutes les heures* pour revenir ensuite à l'administration chaque deux heures.

3° Le pharmacien chargé d'exécuter l'ordonnance pouvant être étonné par l'importance des doses journalières prescrites par le médecin, celui-ci fera bien de répéter en note : « Je dis X... grammes ».

4° Le médecin traitant insistera auprès des parents sur la nécessité d'administrer la potion *régulièrement toutes les deux heures, la nuit comme le jour.* L'interruption risque d'avoir des conséquences graves ainsi que l'a montré l'expérience.

5° On prolongera le traitement après le retour de la température à la normale pendant au moins cinq à six jours.

LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE AU GOÛT DU JOUR

❖ ❖ ❖

Un traumatisme accidentel réagit essentiellement sur la gestation, en raison de son siège et de la prédisposition individuelle

D'après Fr. LEPAGE

Accoucheur des Hôpitaux de Paris

L'INFLUENCE DU TRAUMATISME

Il convient de noter la fréquence de plus en plus grande des traumatismes, auxquels sont exposées les femmes enceintes au cours de leurs déplacements (accidents de la rue, accidents d'automobile ou de chemin de fer), et l'intensité parfois importante de ces traumatismes.

Toutefois, si grande est la tendance des gestantes comme celle de leur entourage à vouloir attribuer à un traumatisme, parfois léger, parfois éloigné, les incidents qui viennent interrompre prématurément une grossesse ou qui aboutissent à l'expulsion d'un fœtus mort, difficile est souvent d'établir la réalité ou l'intervention efficace de ce traumatisme.

Bien des fois son action est admirablement supportée et cependant, elle a pu causer des lésions sérieuses. Témoin l'exemple classique, relaté par Mauriceau : Une femme, grosse de sept mois, était tombée du troisième étage ; quoi qu'elle fût une des plus grosses que l'on puisse voir, et, qu'en se précipitant ainsi elle fût tombée sur de grosses pierres, et, dans cette furieuse chute, se fût rompue un des os de l'avant-bras, démis le poignet, et meurtri tout le corps, — elle ne laisse pas de guérir et d'accoucher ensuite heureusement au terme de neuf mois ». Cet exemple, ajouta Mauriceau, par sa rareté, pourrait passer pour fabuleux, s'il n'était bien connu d'un grand nombre de personnes, qui furent témoins de cet étrange accident.

Pour comprendre l'influence, en apparence paradoxale, du traumatisme dans de pareilles circonstances, il faut analyser et interpréter les faits : un traumatisme sensiblement équivalent provoquera chez une femme un avortement, et laissera chez l'autre la grossesse évoluer normalement.

Mise à part la question de la prédisposition individuelle, qui sera envisagée au paragraphe suivant, *il ne semble pas qu'il faille considérer le degré de violence du traumatisme, mais bien le point organique sur lequel il porte son effet.* Assez violents ont pu être des traumatismes pour provoquer une fracture du crâne, ou une fracture du bassin (pour rappeler l'observation de Mauriceau) et cependant ils n'ont en rien troublé l'évolution d'une gestation jusqu'à terme ; c'est parce qu'ils n'ont pas intéressé un *point de la zone génitale,* ou ne se sont pas accompagnés d'une perte rapide et abondante de sang, ou ne se sont pas compliqués d'inflammation (Guéniot).

Ce qu'on entend par « zone génitale » ne fait évidemment l'ombre d'aucun doute, lorsqu'il s'agit d'une atteinte directe grave, d'une *rupture de l'utérus,* au travers de la paroi abdominale par un projectile d'armes à feu, un coup de couteau, un coup de corne ; dans ce cas l'agent traumatique dilacère la paroi utérine ; il détermine le plus souvent l'ouverture de l'œuf, parfois la blessure du fœtus et entraîne en général la mort de l'œuf.

A titre de curiosité, voici une observation de Coutis, dans laquelle le fœtus fut extrait de la cuisse de la mère après rupture de l'utérus : « Femme hindoue de 35 ans, victime d'un accident d'automobile, présente une série de traumatisme. On constate, dans le tiers supérieur de la cuisse droite, une tumeur qui semble correspondre à un fœtus sorti de l'utérus à la faveur d'une rupture de cet organe. Il n'y a pas d'hémorragie vaginale, et le col de l'utérus est fermé. On ne constate rien non plus dans le Douglas. Le lendemain, les phénomènes de choc ayant disparu, un examen radiographique confirme l'existence d'un fœtus en avant du fémur.

« On pratique une incision sur la cuisse, s'étendant en haut jusqu'à l'aîne, et on retrouve le fœtus immédiatement sous la peau. Le cordon est intact. On prolonge l'incision pour arriver à l'utérus et on le trouve déchiré sur 7 cm. 5, mais bien contracté, de sorte qu'il n'y a pratiquement pas d'hémorragie. On se décide à extraire le placenta, mais à ce moment l'utérus commence

(1) Traumatisme accidentel et gestation. (*Le Bulletin médical*, 26 novembre 1938.)

à se contracter pour chasser le placenta. L'opération dut être complétée du fait d'une longue déchirure du péritoine ».

« L'auteur explique cette curieuse migration du fœtus par le mécanisme suivant : l'autobus qui renversa cette femme passa sur elle, et c'est la pression des pneus qui aurait provoqué la rupture utérine, et chassé le fœtus vers la cuisse (?) »

Quant à la *paroi abdominale*, faut-il toujours la comprendre dans la zone dangereuse ? Il ne semble pas, ainsi que le prouve l'observation suivante de Guéniot, dans laquelle une vérification anatomique a permis de contrôler la résistance d'une grossesse normale à un traumatisme violent.

« Une multipare, enceinte de six mois, tomba d'une hauteur de plus de sept mètres dans un puits, au fond duquel se trouvent des outils de maçon. Elle ne perdit pas connaissance, mais fut retirée du puits avec une plaie non pénétrante de l'abdomen longue de 33 cm. et large de 10 cm. On percevait nettement les bruits du cœur fœtal et il n'existait aucun signe de travail prématuré.

« Au treizième jour, la plaie était en voie de cicatrisation, et la grossesse continua. Mais la malade contracte à ce moment le choléra et meurt en l'espace de douze heures, sans menace d'avortement. L'autopsie montra l'œuf intact, des membranes partout adhérentes, le fœtus de six mois, sans aucune trace de contusions et un utérus sain. Le traumatisme n'avait par conséquent exercé sur lui aucune action nuisible. »

La paroi abdominale, considérée cependant par beaucoup comme faisant partie de la zone dite génitale (conduit vulvo-utérin et région périnéale), ne devient dangereuse pour la gestation qu'autant que le traumatisme a porté profondément *jusque sur l'utérus*, à plus forte raison quand l'utérus gravide, s'étant élevé au-dessus des limites du bassin osseux, s'est développé dans la cavité abdominale proprement dite.

Il faut remarquer la rareté des ruptures traumatiques d'*utérus gravide normal*, consécutives à des *contusions de l'abdomen*. Dans ces conditions, l'utérus joue dans l'abdomen le rôle d'un viscère creux, rempli de liquide sous tension, et dès lors susceptible de se rompre sous l'effet d'une contusion abdominale au même titre qu'une vessie pleine ou qu'une anse intestinale.

Cependant voici un exemple d'accouchement prématuré provoqué par un traumatisme, ayant déterminé une *plaie pénétrante de l'abdomen sans lésion directe de l'utérus* :

Une femme enceinte de sept mois, qui avait été accrochée par une automobile, et présentait une plaie de l'abdomen avec éviscération de l'intestin grêle. Elle portait en outre une déchirure du lobe droit du foie, dont la majeure partie faisait hernie à travers la plaie et un éclatement transversal du rein droit. La poignée de la portière de l'auto fut trouvée dans l'abdomen, entourée d'épiploon.

La blessée fut opérée, guérit ; mais elle avait expulsé trois jours après l'accident, un fœtus de sept mois. (Gemmil et Martin).

Il est à noter que dans cette observation, malgré l'importance de la plaie de l'abdomen, il n'existait pas de lésion de l'utérus lui-même, et que l'expulsion du fœtus semble avoir été consécutive au contre-coup du choc subi.

***

« En résumé, on peut admettre que les traumatismes abdominaux, d'intensité sensiblement équivalente sont *peu nocifs pour l'utérus gravi*[...] au début de la gestation, tant que celui-ci r[...]ix *pelvien*, et qu'ils se révèlent surtout *dang*[...]ient à partir du moment où l'utérus gravide[...] *abdominal*. »

Le *point d'application du traumat*[...]e reste donc l'un des deux facteurs principa[...], qui peuvent intervenir pour interrompre[...] grossesse. Le second de ces facteurs est à [...]hercher dans l'état de prédisposition indivi[...]elle de la gestante.

***

L'INFLUENCE DE LA PRÉDISPOSITION INDIVIDUE[...]

Un œuf normal greffé dans un utérus normal chez une femme saine échappe à peu près complètement au traumatisme. Par contre, la moindre anomalie favorise l'action du traumatisme. Certes, celui-ci constitue le facteur principal de la fausse-couche, mais, si restreinte que soit son action, il se montre d'autant plus efficace que l'*état anormal*, qui complique la grossesse, serait lui-même plus apte à en interrompre spontanément le cours (Guéniot).

Parmi ces anom[...]es, il faut citer le caractère pathologique de [...] œuf (hydramnios, grossesse gémellaire), cel[...] de l'utérus gravide (utérus infantile).

Ce sont a[...]si certaines maladies de la mère, telles que l'albuminurie, la syphilis.

Enfin [...]n doit envisager une susceptibilité de certain[...]s femmes vis-à-vis de traumatismes insign[...]fiants.

Il est bien certain que des traumatismes moins

violents, mais répétés, sont aussi nuisibles, sinon plus, à l'évolution de la gestation. Il suffit de rappeler le rôle des « micro-traumatismes », tels que coïts trop fréquents, longs voyages en auto, vibrations de certaines machines-outils.

A ce propos, on se rappellera qu'au cas de « prédisposition individuelle », dont l'action sur la gestation peut être spontanée, il y a lieu d'observer une certaine prudence avant d'établir une relation de *cause à effet* entre un traumatisme et l'interruption d'une gestation.

Si l'on peut, lorsque l'interruption de la gestation s'est produite dans les heures ou les jours qui ont suivi le traumatisme, admettre le rôle de celui-ci, il en va tout autrement lorsque l'interruption s'est produite à une *date plus ou moins éloignée de l'accident.*

« Dans ce cas, l'origine traumatique ne sera admise qu'après élimination minutieuse de toutes les autres causes possibles d'avortement, par une étude complète des données cliniques, sérologiques et anatomo-pathologiques (Decante)

« Outre ces données négatives, qui n'ont en définitive qu'une valeur restreinte, on retiendra, en faveur de l'action du traumatisme :

l'existence dans l'intervalle, d'un ensemble de signes, tels que pertes de sang ou séro-sanglantes, douleurs, modifications du col.

la constatation, peu après l'accident, de signes de mort fœtale ;

l'expulsion d'un fœtus présentant les caractères morphologiques propres à l'époque de la gestation où a eu lieu le traumatisme (Vignes) »

« L'interprétation de ces données est toujours délicate, et doit s'entourer de toutes les garanties possibles, étant donné les conséquences médico-légales, qui résulteraient de l'orgine traumatique d'une interruption de la gestation. »

G. Fischer.

LES PORPHYRINURIES

Par le Docteur A. Grimberg

Les porphyrines sont des pigments qui peuvent être trouvés dans les tissus et qui s'éliminent par les urines (porphyrinurie) ou par les selles où l'on trouve normalement ces pigments en petites quantités. Ils sont constitués par quatre noyaux pyrrols liés par quatre ponts méthine. Ces substances proviennent souvent de l'alimentation ou sont fabriquées par le foie dans certains cas de déficience ou de dysfonction. Pour beaucoup d'auteurs les porphyrines dériveraient de l'hémoglobine par transformation de l'hémine. Suivant le nombre de groupements COOH et leur situation par rapport aux groupes pyrrols, on peut trouver de *l'uroporphyrine*, (8 groupes COOH) *coproporphyrine* (4 groupes COOH) *ooporphyrine* (2 groupes COH).

La porphyrie apparaît souvent sous les influences variées plus ou moins assimilables à un choc humoral : intoxications (alimentaires, plomb, zinc) infections, anémies, froid. Parfois la porphyrinurie ne s'accompagne pas de signes cliniques spéciaux : formes congénitales, chroniques ou intermittentes, formes symptomatiques (à la suite de fièvre ou anémie) formes médicamenteuses (à la suite d'un traitement par le salvarsan, ou après anesthésie). D'autres fois on a affaire à des formes accompagnées de signes caractéristiques (après absorption de toxiques (Pb, As, etc.) ou au cours de *l'hydroa vacciniformis.*

Enfin il faut séparer en une entité morbide spéciale la porphyrinurie aiguë, qui seule présente un pronostic très grave, avec une mortalité de 70 %. Cliniquement on constate :

Des douleurs abdominales plus ou moins violentes sans localisation, accompagnées de vomissements parfois hémorragiques, et de constipation opiniâtre. La diarrhée est exceptionnelle et peut être sanglante.

Les troubles cérébro-spinaux sont sévères et rappellent ceux de l'encéphalite ou de la polyomyélite avec dépression, psychoses, troubles de la vision, parésies et même paralysies généralisées. Par contre, le liquide céphalo-rachidien ne montre aucun signe anormal. La peau présente une hypersensivité à la lumière et elle se pigmente avec une extrême rapidité, mais sans dermatite ni escarres cutanées.

Les épreuves de la fonction hépatique (galactose, Takata) montrent une déficience marquée. La fonction rénale montre une certaine déficience, l'urée du sang est augmentée ; il y a toujours de l'oligurie. L'examen hématologique peut montrer une augmentation du nombre de globules blancs.

Il semble qu'il s'agit d'une maladie par carence de vitamines P. P. L'administration de 0 gr. 50 par jour de l'amide nicotinique a donné de très beaux résultats à Boulin, Bertin, Bezançon, Nepveux et Geffroy. (Soc. méd. des hôpitaux, 10 mars 1939).

LA VIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE DE L'OS

Le livre (1) que le Professeur R. Leriche vient de faire paraître, contient les belles leçons faites l'an passé au Collège de France, il est d'une haute philosophie médicale, car à côté des faits et des documents originaux qu'il apporte, sa lecture nous oblige continuellement à chercher à comprendre exactement, ce qui se passe lorsqu'un organe souffre, ce qui conditionne les faits cliniques, ce qui les explique.

Sans doute pour la plupart des médecins exerçant actuellement qui, dès leur première inscription ont manipulé à l'Ecole pratique des fragments de squelette, le tissu osseux n'a jamais paru avoir une vie bien mouvante et la juste remarque de Leriche explique beaucoup de nos incompréhensions car :

La pathologie osseuse que nous faisons, donne un son d'os secs.

En réalité, à côté de la fonction mécanique primordiale de l'os, l'auteur nous montre l'ensemble du squelette comme une unité biologique constituant une réserve de sels minéraux où nous puisons sans cesse, pour maintenir la fixité constante de la teneur du sang en calcium et toute la pathologie osseuse apparaît pour lui comme dominée par ce fait essentiel de l'*utilisation ou du gaspillage calcique.*

Cette notion que depuis longtemps, on aurait pu soupçonner, c'est la physiologie contemporaine des glandes parathyroïdes qui va nous en montrer la réalité.

Si l'on injecte à un cobaye de la parathormone de Collip, au bout d'une heure il y a de l'hypercalcémie et à partir de la quatrième heure, on peut trouver sur l'os médullaire, les signes histologiques de la résorbption osseuse.

Ainsi toute une pathologie osseuse inconnue se révèle à nous, pathologie où les os, malgré leurs différences de forme et de siège, forment une entité globale vivante, se réparant et se détruisant, pathologie animée d'un perpétuel mouvement et bien éloignée de ces morceaux inanimés que jeune étudiant nous retournions dans nos mains pour y chercher des insertions de muscles ou de ligaments.

Je n'essaierai pas d'analyser dans tous ses détails, le livre de Leriche, ce maître a une manière si particulière d'exposer ses idées que rien ne peut remplacer la lecture de ses ouvrages, on y trouve à chaque page des sujets de méditation, des fenêtres ouvertes sur des domaines ignorés qui nous forcent à réfléchir, il atteint les branches les pls diverses de la physiologie et de la pathologie, en nous montrant que trop souvent nous nous payons de mots, que nous nous contentons d'explications faciles et qu'il y a encore beaucoup à glaner dans le champ de nos connaissances.

La vie du tissu osseux s'oppose à la notion de cette substance osseuse presque anorganique comme la pierre, qui résiste à la mort et dont la composition chimique reste, même après la vie et à un détail près, semblable à celle de l'os vivant.

Nous allons avec Leriche, suivre les étapes très mystérieuses de sa formation, examiner le stade du cartilage et nous étonner avec lui que contrairement à ce que l'on nous enseigne, ce n'est point du cartilage que naît l'os. En réalité, il n'y a jamais d'ossification enchondrale et si le tissu osseux semble souvent se substituer au tissu cartilagineux, c'est qu'en fait, l'ossification ne se produit que lorsque le tissu cartilagineux est mort et que le tissu conjonctif le colonise.

L'ossification endochondrale est en fait une ossification endo-conjonctive et jamais l'os ne procède du cartilage.

Suivant son âge, sa destinée, son utilisation, suivant aussi son siège, le tissu osseux a des aspects variables.

Quand il est de nouvelle formation, ses travées sont minces, irrégulières, la charpente conjonctive y est abondante, très visible, c'est un tissu apte à toutes les flexions morphologiques, c'est l'os des fractures au moment où le cal se forme, c'est l'os des ostéomes lorsqu'ils apparaissent.

Puis cet os embryonnaire s'ordonne en travées, en mailles régulières larges, laissant entre elles des cavités remplies de tissu conjonctif ou de graisse, c'est l'*os spongieux* des épiphyses et des os courts.

A un degré de plus, l'os n'est presque que de l'os, ses travées épaisses dures, denses font songer à l'ivoire, les espaces conjonctifs n'existent plus qu'à peine, c'est l'*os compact* résistant des diaphyses qui répond avec son architecture très particulière à des dispositifs de force, de résistance, d'adaptation aux tractions.

Dans ce tissu osseux, le rôle des vaisseaux assez mal connu doit être cependant considérable, c'est par eux que vont arriver les éléments de la calcification, les sels organiques, les hormones qui agissent sur sa formation et sur sa destruction. La vaso-motricité de ces vaisseaux va avoir une importance première pour régler la forme et l'utilisation de tous ces matériaux et, en particulier du dépôt calcique.

Les nerfs des os variés dans leur origine sont à la base de cette sensibilité inconsciente mais cer-

(1) Physiologie et pathologie du tissu osseux, par R. Leriche. Masson, éditeur. 1 vol., 459 pages, 65 figures.

taine du tissu osseux qui se révèle dans toute la pathologie osseuse traumatique et que précisément on réussit à dissocier et à abolir, par la novocaïnisation des foyers fracturés.

Comparable à tous les autres tissus vivants, nous trouvons, en outre, dans le tissu osseux quatre éléments fondamentaux, des *éléments du tissu réticulo-endothélial*, éléments mobiles du tissu conjonctif intimement mélangés à la vie du système osseux, des *éléments hématopoïétiques* apparaissant tôt chez l'embryon, de *la lymphe* dont on ne nous parle jamais et grâce à laquelle arrivent au tissu osseux les éléments nutritifs de la vie conjonctive et enfin des *cellules adipeuses*.

Ainsi constitué, le tissu osseux n'est point une matière stable constamment identique à elle-même, faite une fois pour toutes, résistant à la mort, c'est un tissu vivant ayant *en dépôt* des substances minérales indispensables à l'équilibre du milieu intérieur.

L'os vivant est essentiellement la bile, sa vie est orientée autour de sa fonction de réserve minérale comme deux faits le montrent de façon indiscutable :

Tout d'abord, l'action de l'*hormone parathyroïdienne* qui détruit l'os pour maintenir le taux du calcium tissulaire puis l'étude des maladies osseuses où les mutations calciques locales conditionnent des ossifications pathologiques.

Ainsi c'est autour d'un mouvement incessant de *destruction*, de *reconstruction* que va s'ordonner *la vie de l'os*.

La raréfaction osseuse

Elle apparaît comme un trouble survenant dans ce rythme, et cette raréfaction bien visible à la radiographie, peut conditionner du fait que l'os devient mou et friable des courbures ou des fractures , on la retrouve et on l'observe dans de multiples circonstances.

C'est un phénomène fondamental dans la pathologie osseuse et même dans la pathologie générale.

La résorption osseuse se fait par deux mécanismes distincts : l'*ostéoclasie* et l'*ostéolyse*, souvent mêlés dans leur but, ils se distinguent par le fait que l'ostéoclasie est histologiquement analysable alors que l'ostéolyse ne se juge qu'au résultat.

L'*ostéoclaste* identifiée par Kölliker est une grosse cellule polinucléaire qu'on retrouve là où il y a disparition de la substance osseuse, on en trouve dans les cas de résorbtion par action de l'hormone parathyroïdienne, on en trouve dans les remaniements normaux des os, au cours du développement, on en voit dans les foyers de destruction de la tuberculose osseuse, dans la maladie de Recklingausen, dans les tumeurs des os, dans les foyers d'ostéosynthèse.

Partout, où il y a de l'*os mort* à résorber, c'est par le processus de l'ostéoclaste qu'il disparaît, alors que c'est sur de l'os vivant que se fait l'ostéolyse.

Dans l'*ostéolyse*, l'os paraît se dissoudre sans intervention cellulaire, on n'en voit que le résultat, sous quelles actions, ce processus se développe-t-il ? on a voulu chercher dans l'*acidose*, la cause effective, à vrai dire on ne sait pas. Il faut cependant constater que l'hypérémie est la condition la plus habituelle de la résorption osseuse.

La résorption osseuse porte sur toutes les parties de l'os cependant certains os et certaines régions osseuses, comme la mâchoire sont plus intéressées que d'autres, de même que l'os le plus récemment formé se résorbe le premier.

Raréfactions pathologiques

On en observe chez les vieillards où l'inactivité physique, la carence solaire, une alimentation mal réglée aboutissaient à des décalcifications si étendues que le squelette prenait l'aspect radiologique du Paget ou de la tumeur osseuse. Ces raréfactions s'accompagnaient d'impotence d'algies, qui ont disparu avec une médication énergique, du soleil, et une bonne alimentation.

D'autres raréfaction s'observent chez des entéritiques que des diarrhées épuisent, chez les malades immobilisés au lit ou dans le plâtre.

Dans tous ces cas, l'apport calcique est chez eux insuffisant pour compenser les pertes calciques continuelles.

Raréfactions post-traumatiques

Elles sont d'observation banale, la radiographie avait attiré l'attention sur elles sans qu'on puisse les interpréter et les traiter. Sudek, puis Destot en avaient montré l'importance, mais sans réaliser qu'un traumatisme parfois léger pouvait avoir un retentissement tissulaire profond, il devait appartenir à Leriche de montrer que des troubles vaso-moteurs étaient toujours déclenchés par le traumatisme.

Les raréfactions post-traumatiques peuvent donner des images radiologiques qu'on prend pour la tuberculose et qu'on risque de soigner comme telles, par une immobilisation qui les aggrave encore.

Lorsqu'elles sont reconnues, l'action de la sympathectomie périartérielle sur leur évolution est le plus souvent complète, elle arrête leur marche implacable vers une aggravation qui aboutit à une impotence de tout le membre.

Ces ostéoporoses post-traumatiques doivent être rapprochées de certaines ostéoporoses post-opératoires qui s'observent après des interventions sanglantes ou non sur la hanche, sur le genou et viennent constituer des complications imprévues d'actes chirurgicaux simples.

La prophylaxie de ces ostéoporoses liées à des troubles de la vaso-motricité consiste à bloquer précocement les troubles vaso-moteurs réflexes, en faisant la novocaïnisation immédiate des contusions et des traumatismes.

La place des infiltrations novocaïniques apparaît chaque jour plus importante par les bénéfices qu'elle apporte et par les complications qu'elle supprime, et au premier rang desquelles il faut placer les raréfactions osseuses.

Raréfactions hypérémiques dans certaines conditions traumatiques

Certaines ostéolyses peuvent être déclenchées par des gestes habituels, comme celui du joueur de tennis qui donne un coup de raquette, celui du sauteur qui impose une traction brusque à l'insertion inférieure de son tendon d'Achille.

En réalité, on peut incriminer à la base de ces raréfactions osseuses, l'*hypérémie* du fait que la douleur siège à une insertion, qu'elle cède à la novocaïnisation et que parfois même une périostose signe la raréfaction.

L'os DES AMPUTÉS ne reste pas longtemps tel que la section l'a fait, sa trabéculation change, ses bords tranchants s'arrondissent. Si l'on examine, cet os sur le vivant, on voit que l'hypérémie y est très nette, l'os saigne, il est ponctué de rouge, *sa raréfaction est hypérémique.*

La raréfaction osseuse des amputés peut être considérable, s'étendre à tout l'os, et souvent ces ostéolyses sont douloureuses.

L'infection n'est pas à la base de ces états osseux comme on le croit.

La raréfaction osseuse par infection s'observe dans les infections générales, lorsque celles-ci ont eu une certaine durée et ont été hyperthermiques, mais c'est surtout dans les infections osseuses et para-osseuses, dans l'ostéomyélite aiguë que nous voudrions l'étudier plus particulièrement.

L'*ostéomyélite* maladie inflammatoire au premier chef est une de celles où la raréfaction joue un rôle considérable.

Certes, il s'agit là d'une maladie où se font de nouvelles constructions osseuses, des ostéogénèses importantes, des ossifications qui transforment la morphologie de l'os, mais comme *en règle générale*, c'est avec de l'os ancien, que nous faisons de l'os nouveau, que l'os ancien est de l'os ostéolysé, on comprend la part importante que joue LA RARÉFACTION OSSEUSE.

Envisageant alors l'ostéomyélite comme une maladie conjonctive siégeant dans l'os, comme une maladie conjonctive ayant des conséquences osseuses. Leriche nous montre en quelques pages par quel mécanisme se font autour de l'os mort des ossifications nouvelles, comment l'os sain raréfié fournit les éléments de l'os nouveau, alors que l'os mort séquestré reste indifférent, inutile et doit être éliminé.

Raréfaction localisée dans des maladies intra-osseuses

C'est aux kystes osseux, aux tumeurs à myéloplanes, aux néoplasmes osseux que Leriche fait allusion, cherchant à comprendre comment les géodes parfois énormes peuvent se réaliser.

La maladie paraît avoir pour caractère essentiel, une ostéolyse locale laissant à nu la trame conjonctive de l'os qui prend l'aspect assez différent ou d'un liquide, ou d'un amas myxoïde, ou d'une fibrose plus ou moins nuancée.

Où passent les éléments minéraux libérés par ces raréfactions ? Il serait intéressant de le savoir, on pourrait croire qu'il y a seulement un déplacement calcique, que le calcium libéré n'est pas éliminé, en réalité le tissu osseux a disparu, il ne reste rien des matériaux de destruction, le processus paraît être ostéoclasique.

Ce sont ensuite les résorptions osseuses dans les intoxications métalliques (plomb, mercure, phosphore), le *problème du Darmous* lié à l'alimentation par des phosphates contenant du fluor ou ostéo-fluorose, que l'auteur passe en revue.

Certains états circulatoires et nerveux sont à l'origine de raréfactions, on les observe dans les artérites, dans les états anémiques, au contact des anévrysmes, dans des lésions des nerfs périphériques sectionnés ou contus, dans des lésions médullaires et cérébrales.

Conséquences et suites des raréfactions osseuses

— Que se passe-t-il au lieu même où la substance osseuse est partie ?

— Que devient la substance osseuse détruite ?

Ce sont là chapitres pleins d'obscurités où actuellement l'expérimentation, les constatations cliniques, les faits anatomo-pathologiques doivent orienter de nouvelles recherches amenant à concevoir la pathologie ostéo-articulaire sous un jour nouveau.

Des dépôts calciques s'observent au voisinage des zones d'ostéolyse, on en voit au niveau de l'épaule, dans la bourse sous-delcoïdienne, on en voit autour du genou, on en voit d'autres à distance sur les parois des artères où la radiographie en révèle la fréquence. Le calcium semble avoir une affinité particulière pour les parois artérielles et il semble que celui qui est libéré par les ostéolyses, soit le facteur principal de ces modifications vasculaires.

Il est aussi d'autres dépôts de calcium qui se font intradermiques ou sous-cutanés en des endroits de faible circulation, d'ischémie relative, comme les phalanges, la face postérieure de l'avant-bras, l'olécrâne, l'oreille, la mastoïde, le pli fessier, les crêtes tibiales. Cette calcinose géné-

ralisée est en rapport avec des raréfactions osseuses et c'est du squelette que vient le calcium qui se dépose.

***

L'ostéogénèse est envisagée par Leriche non point avec cet anthropocentrisme dont nous avons du mal à nous défaire, mais comme un processus qui suit l'ostéolyse et qui en est la conséquence.

Le premier cas envisagé est celui qui concerne la consolidation des fractures fermées, Leriche montre qu'il n'y a là qu'une série de processus biologiques locaux conditionnés les uns par les autres, s'influençant et se déroulant en cascades à partir du traumatisme. La consolidation apparaît ainsi comme un acte de la vie végétative, sans finalité humaine, dont les différents moments se passent sur le plan de la vie du tissu osseux ; vie de dépôt subordonnée aux exigences de ce dépôt, utilisation des réserves, reconstitution des réserves.

Ainsi les fractures se consolident parce que le traumatisme a produit une hypérémie qui raréfie, détruit la substance osseuse et que la destruction entraîne la reconstruction de l'os.

Les ossifications post-traumatiques intra-ligamentaires, intra-tendineuses, les ostéomes musculaires ne sont que des épisodes de la vie du tissu osseux qui après une raréfaction hypérémique engendrée par le traumatisme produisent des transferts calciques locaux pour aboutir à ces ossifications hétéro-typiques.

C'est ensuite l'ostéogénèse après la résection diaphysaire de l'ostéomyélite, après les greffes osseuses, après les résections sous-capsulo-périostées que l'auteur étudie, en montrant combien l'idée qu'il n'a cessé de développer, essentiellement liée à la vie de l'os explique, en dehors de la finalité humaine, tous ces phénomènes.

L'élimination calcique

Elle se fait par la peau, par l'intestin, mais c'est surtout par le rein qu'à l'état normal s'élimine l'excédent du calcium squelettique.

Cette élimination prolongée par le rein de doses anormales de calcium peut avoir un retentissement rénal et on trouve parfois dans la maladie de Recklingausen, à l'autopsie des sujets, soit des calcifications intrarénales, soit des calculs dans les bassinets.

L'hypercalciurie et la lithiase rénale

Elles sont des phénomènes si fréquemment associés qu'il faut voir dans la formation des calculs, une complication de la maladie de l'os et ainsi l'importance de l'ostéolyse apparaît encore plus grande dans le domaine de la pathologie générale.

Vue d'ensemble sur la vie de l'os

L'os, conclut Leriche, ne doit plus nous apparaître comme un simple bâti squelettique dur et résistant, c'est le résultat d'un métabolisme de certains tissus conjonctifs où se constitue par ou avec métamorphie, une réserve minérale, en vue des besoins organiques, sous le contrôle de la circulation et de certaines endocrines. Le squelette au lieu d'être un tissu indépendant n'ayant que des fins de statique et de mouvement devient l'élément fondamental du cycle du calcium, une énorme réserve interposée sur la trajectoire d'un mouvement continu, qui va du calcium digestif au calcium tissulaire, réserve sans laquelle la vie n'aurait ni son équilibre, ni son harmonie, sans laquelle notre sensibilité et peut être nombre de nos sensations n'auraient pas leur saveur propre.

Cette perpétuelle évolution du tissu osseux vivant, l'auteur en développe l'importance dans un dernier chapitre où, il nous montre le mécanisme du développement des pièces squelettiques, le rôle sur la croissance des actions mécaniques, les influences vasculaires et nerveuses, les actions endocriniennes.

Sans avoir épuisé son sujet, Leriche termine cette remarquable étude sur la physiologie et sur la pathologie du tissu osseux en livrant aux chercheurs de bonne volonté, les problèmes qui se rattachent à la vie de l'os.

Dr Raphaël MASSART.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Anorexie mentale et hypophyse

Il y a quelques années, l'anorexie mentale semblait une affection nettement établie. Les progrès faits dans l'ordre endocrinologique ont forcé à reprendre la question, et le Docteur Ph. PAGNIEZ déclare à juste titre, que celle-ci demeure, pour le moment, très sujette à discussion.

Le tableau clinique de l'anorexie mentale reste sans modifications. Le type en est bien connu de tous les praticiens. Il est fourni par la jeune fille ou la jeune femme qui, par coquetterie ou amour-propre, a voulu maigrir ou qui, à la suite d'un choc nerveux d'ordre sentimental, a restreint peu à peu son alimentation.

Vient un moment où la perte d'appétit est constituée et où l'alimentation nécessiterait un effort que la malade n'est plus capable de faire ou ne veut pas faire. L'amaigrissement fait des progrès rapides. L'insistance de la famille est inutile ou redouble même l'opposition de la malade. Avec ou sans vomissements et régurgitations, la langue est devenue extrêmement saburrale, l'haleine fétide et, en quelques mois, si l'on n'intervient pas de façon appropriée par l'isolement, l'alimentation forcée, la psychothérapie, les choses peuvent aboutir à la cachexie la plus complète et la mort. L'amaigrissement peut correspondre à la moitié du poids, et plus encore, et on voit des sujets de taille moyenne arrivant à ne plus peser que 25 kgr.

Quant à la cachexie hypophysaire, décrite par Simmonds (de Hambourg), elle est caractérisée par un amaigrissement progressif que rien n'explique, pouvant aller à une perte de 50 % du poids et davantage (63 pour 100 dans un cas de Simmonds), et entraînant une asthénie marquée. Les troubles génitaux se traduisent avant tout par l'aménorrhée chez la femme, l'impuissance chez l'homme. Les troubles des phanères sont importants : chute des poils, des dents, sécheresse de la peau. Parmi les symptômes essentiels figure encore une hypotension considérable. Les troubles digestifs sont dominés par l'anorexie, qui est quelquefois très accusée.

Enfin, c'est une maladie accessible à l'opothérapie. L'emploi des injections d'extraits hypophysaires a transformé le pronostic. Il arrête l'amaigrissement, permet la reprise du poids, la transformation de l'état général et peut aboutir à une guérison complète. C'est une thérapeutique substitutive qui, suivant les cas, devra être continuée indéfiniment, ou pourra n'avoir qu'un temps dans des formes initiales où on peut espérer qu'il s'agit d'un trouble fonctionnel susceptible de régresser sous l'action excitante des extraits glandulaires.

Les points communs de la symptomatologie entre cachexie hypophysaire et anorexie mentale apparaissent aussitôt, et on comprend qu'on se soit bientôt demandé si l'anorexie mentale, ou au moins un nombre important de cas d'anorexie mentale, ne relevaient pas d'une origine hypophysaire.

Mais de tous les travaux que l'on peut consulter, il résulte qu'à côté de la maladie de Simmonds, il existe des états cliniquement identiques dans lesquels l'hypophyse est intacte et dont les symptômes relèvent de lésions pluriglandulaires, au premier plan desquelles figurent celles du corps thyroïde, de l'ovaire, de la surrénale. Il n'est pas illogique de penser qu'un trouble fonctionnel hypophysaire primitif peut commander à ces altérations pluriglandulaires.

Il n'est nullement établi que l'anorexie mentale d'apparence primitive relève de troubles hypophysaires, ni non plus de troubles infundibulo-tubériens de voisinage. Tant au point de vue de sa symptomatologie que de sa thérapeutique, l'anorexie mentale demeure avec une physionomie clinique nettement caractérisée et comme un trouble avant tout psychopathique.

Si on se place au point de vue pratique et thérapeutique la ligne de conduite est nette : les cas nettement individualisés relèvent de leur thérapeutique propre : médication hypophysaire pour la maladie de Simmonds ; isolement, psychothérapie, réalimentation forcée pour l'anorexie mentale.

Il faut ajouter que, dans quelques cas où se trouve réalisé cependant de façon typique le tableau de la maladie de Simmonds, la médication par l'extrait hypophysaire antérieur doit être complétée par une médication glandulaire, ovarienne, thyroïdienne, quelquefois surrénale.

Mais, avant de conclure à l'échec de la médication hypophysaire seule, il faut s'assurer qu'on a bien utilisé un extrait hypophysaire antérieur actif, et tous ne le sont pas. Dans les cas intermédiaires, si l'on peut dire, il y aura lieu de commencer par le traitement classique de l'anorexie mentale, qu'on pourra compléter s'il appa-

raît insuffisant, par la médication glandulaire. (*La Presse Médicale*, 3 mai 1939.)

Contribution à l'étude des infarctus viscéraux

MM. J. Gosset et J. Patel ont cherché à définir, du point de vue histologique, les lésions observées dans les infarctus viscéraux. Ce sont les lésions classiques de stase, telles qu'elles sont définies par Krogh et son école. Un mécanisme commun, la réduction du débit sanguin local, est déclenché quelle que soit la cause initiale de l'infarctus. La réduction du débit entraîne une dilatation et une altération des capillaires, une concentration sanguine par exsudation plasmatique, bientôt un blocage capillaire et l'hémorragie interstitielle. Que la réduction du débit sanguin soit d'origine mécanique ou spasmodique, elle aboutira à la lésion des parois capillaires, et l'on ne discute encore que sur les modalités intimes du phénomène. (*La Presse Médicale*, 3 mai 1939.)

Remarques sur les extirpations des cancers du rectum

En conclusion de son travail, le Professeur H. Fruchaud (d'Angers) estime que les cancers du rectum opérés à temps peuvent être enlevés dans de très bonnes conditions et sans risques élevés : l'opération de choix est l'opération abdomino-périnéale, qui donne d'excellents résultats immédiats et des guérisons éloignées supérieures aux autres procédés, car elle permet les extirpations les plus larges. (*Archives médicales d'Angers*, mars 1939.)

Formes cliniques des complications abdominales du purpura

D'après un travail de MM. R. Froment, P. Monnet et Mlle Letorey, le purpura abdominal simple représente le type le plus schématique et le plus caractéristique de ces complications abdominales du purpura, celui que tout le monde connaît, mais dont il y aurait grand danger à croire qu'il est toujours réalisé : éruption de taches purpuriques ou ecchymotiques en différents points du péritoine viscéral ou pariétal.

Cependant, certains cas paraissent se compliquer d'une inflammation appendiculaire caractérisée, histologiquement vérifiée.

Il existe aussi des formes avec hématome péritonéal, où l'extravasation sanguine a été plus massive, réalisant un hématome plus ou moins volumineux et étendu, péri-intestinal le plus souvent, parfois aussi péri-utérin ou d'autre localisation. Cet hématome peut donner lieu cliniquement à la perception d'une tuméfaction évoquant l'idée d'une invagination, surtout s'il y a eu hémorragie intestinale, et conduisant à l'intervention ; mais souvent, c'est une surprise opératoire.

Exceptionnellement, l'extravasation sanguine peut prendre un caractère de diffusion inaccoutumé et donner lieu à une véritable inondation péritonéale. Enfin, les formes de purpura péritonéal avec invagination intestinale représente un trouble anatomo-clinique entièrement différent, mais elles sont d'une assez grande fréquence ; il faut en rapprocher le purpura péritonéal compliqué de péritonite septique.

Dans ces différentes formes cliniques, en dehors des lésions cutanéo-muqueuses purpuriques, le seul signe, qui ait à la fois une fréquence et une originalité suffisantes pour compter dans le diagnostic des complications abdominales du purpura, c'est l'hémorragie digestive, intestinale le plus souvent.

La simple énumération des formes cliniques principales montre à l'évidence que la conduite devrait être d'un cas à l'autre absolument opposée : abstention opératoire formelle dans le purpura péritonéal simple ; intervention systématique et aussi précoce que possible dans les formes compliquées d'invagination intestinale ou de péritonite septique ; laparotomie discutable, mais probablement à conseiller dans les formes avec inflammation appendiculaire, hématome localisé ou hémorragie intrapéritonéale.

En pratique, toute la conduite du médecin ou du chirurgien est dominée par le fait que le diagnostic de complication péritonéale du purpura est ou impossible ou discutable. Dans le cas de purpura péritonéal isolé ou à précession péritonéale, il est impossible en pratique non seulement de faire, mais même de soupçonner le diagnostic exact ; la conduite à tenir est donc celle qui est de règle en présence de tout syndrome occlusif ou péritonéal aigu d'origine indéterminée : c'est, en général, l'intervention d'urgence. Elle peut être inutile en présence de purpura péritonéal, mais on ne saurait la regretter.

S'il s'agit d'un purpura cutanéo-muqueux, avec syndrome abdominal aigu surajouté, on pense évidemment au purpura péritonéal. Dans ces conditions, étant donné l'existence de formes ecchymotiques simples qui guérissent spontanément, et qui sont, malgré tout, les plus fréquentes, il y a intérêt à ne pas opérer d'urgence systématiquement. Il faut surveiller avec le plus grand soin, d'heure en heure, l'évolution des troubles, comme dans tout syndrome péritonéal aigu.

Qu'il s'agisse de première poussée ou de rechute, si l'on est en présence de signes péritonéaux progressifs d'allure grave, ou de signes d'occlusion intestinale franche, il faut opérer sans hésitation. (*Lyon Médical*, 23 avril 1939.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Utilisations thérapeutiques de sels de calcium formés « in situ »

(MM. René VINCENT et Henri CHAUCHARD ; 2-5-1939)

MM. R. Vincent et H. Chauchard exposent quelques utilisations thérapeutiques de sels insolubles de calcium, la nouveauté de ce traitement résidant dans la façon toute spéciale de l'appliquer. Les auteurs déposent d'abord, sur ou dans les tissus, par projection ou injection, un sel calcique soluble (mélange de gluconate et oxypentanoate de Ca), qu'ils transforment *in situ* en sel insoluble par projection ou injection d'un précipitant (phosphate disodique).

Ils ont employé cette méthode pour obtenir la cicatrisation de plaies atones, d'ucères, radio-nécroses, de pyorrhée, pour arrêter l'évolution de métastases cancéreuses. Il semble que les précipités calciques insolubles en question aient sur la vie cellulaire une action régulatrice, soit accélératrice (plaies trophiques), soit freinatrice (cancer, pyorrhée).

La technique consiste à pulvériser sur la plaie, ou à injecter dans les tissus, d'abord une sel soluble (mélange à 80 % de gluconate et oxypentanoate de Ca) et, de suite après, la même quantité de phosphate disodique à 4 p. 100.

L'examen radiographique en salle éclairée

(M. R. LEDOUX-LEBARD ; 9-5-1939)

Une des difficultés des opérations chirurgicales faites sous le contrôle radiographique (extraction des corps étrangers en particulier) est la nécessité de l'obscurité pour l'obtention de l'image sur l'écran.

M. Ledoux-Lebard a recours à l'artifice suivant qui permet de conserver dans la salle un certain éclairage. On place contre la plaque de verre au plomb protectrice qui recouvre la surface de l'écran, une autre glace, colorée, qui absorbe totalement la lumière de la salle, sans atténuer sensiblement la lumière de fluorescence émise par l'écran sous l'influence des rayons X.

La vie à bord des sous-marins

(M. le médecin-général OUDARD ; 23-5-1939)

M. le médecin-général Oudard présente un tableau de la vie à bord des sous-marins, considérée au point de vue physiologique et médical.

La navigation sous-marine exige des hommes en parfaite santé, en pleine possession de leurs capacités intellectuelles et morales. La moindre fausse manœuvre peut, en effet, entraîner une catastrophe. D'autre part, l'équipage vit presque toujours (en dehors des escales) enfermé, même dans la navigation en surface, la mer balayant plus ou moins régulièrement le pont et la passerelle.

Le problème le plus important est celui de l'aération. L'encombrement à bord est tel que le cubage d'air réel réservé à chaque homme ne dépasse pas un mètre cube. De là, la nécessité d'aspirer de l'air frais et de refouler l'air qui a été vicié par la respiration, par les émanations des téguments, les produits de volatilisation des essences, des huiles de graissage, etc.

Des appareils spéciaux de contrôle permettent à tout moment de vérifier la marche des systèmes de ventilation, le dosage d'O, de CO^2, de vapeur d'eau de l'atmosphère. La purification d'une telle atmosphère est très complexe. On absorbe CO^2, on enrichit l'air en O à partir de certains taux ; on fait des pulvérisations antiseptiques pour détruire les germes microbiens (la stérilisation par nébulisation — méthode de Trillat — est actuellement expérimentée). Le *conditionnement* de l'air, pour lutter contre l'humidité excessive, tend à se généraliser. L'hydrogène dégagé par les accumulateurs est dosé rigoureusement et éliminé s'il est trop abondant : peu toxique pour l'organisme, il forme à partir de 7 p. 100 un mélange détonnant.

La question du couchage, du vêtement, celle de l'alimentation sont à envisager. En plongée, on ne peut utiliser que des fours de cuisine électriques pour ne pas provoquer de fumées ou d'odeurs désagréables. Des vivres frais sont emportés, pour trois jours seulement, l'alimentation se faisant ensuite avec des conserves, qui sont les plus variées possibles. Les menus sont prêts jour par jour et repas par repas. Le cuisinier n'a qu'à ouvrir les sacs et mettre en train les bains-marie électriques.

L'eau de boisson peut être fabriquée à bord à l'aide de bouilleurs, ou prise à terre dans les escales. Les lavabos sont alimentés également par l'eau des bouilleurs. Des douches sont données sur le pont, un savon spécial permettant d'utiliser l'eau de mer pour le lavage corporel comme pour le lavage du linge.

En croisière, un médecin major assure le service de deux sous-marins.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Sur un cas de syringo-myélobulbie survenue après une méningite cérébro-spinale

(MM. G. GUILLAIN, P. MOLLARET et J. DELAY ; 24-3-1939)

Les séquelles neurologiques de la méningite cérébro-spinale ont fait l'objet de multiples travaux. Si les séquelles encéphaliques sont relativement fréquentes, les séquelles médullaires sont beaucoup plus rares ; elles se présentent sous des types cliniques polymorphes et apparaissent tantôt dans le décours de la méningite cérébro-spinale, tantôt après une période de latence, un intervalle libre de plusieurs semaines ou de plusieurs mois. Il a été donné à ces auteurs d'en observer une variété tout à fait exceptionnelle, une syringomyélobulbie.

L'histoire de cette malade présente une particularité remarquable : l'apparition des premiers symptômes de syringomyélie quelques mois après une méningite cérébro-spinale. Bien portante jusqu'à l'âge de 18 ans, elle fut alors atteinte d'une méningite cérébro-spinale aiguë à méningocoques, vérifiée par l'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien et traitée à l'hôpital de la Pitié par la sérothérapie antiméningococcique spécifique intrarachidienne. Au bout d'un mois et demi elle quittait l'hôpital, apparemment guérie. Cependant, huit mois plus tard, elle commença à se plaindre d'une faiblesse de la main gauche, dont les muscles s'atrophièrent progressivement. Sa main était « comme engourdie », et bientôt elle remarque qu'elle pouvait se piquer, se brûler, sans en être avertie autrement que par les stigmates cutanés. Les troubles moteurs et sensitifs, d'abord unilatéraux, s'étendirent peu à peu au côté opposé, et elle dut interrompre son métier de comptable à cause de l'amyotrophie de sa main droite. En même temps, la démarche devenait raide, spastique. Tout ce tableau typique de syringomyélie cervico-dorsale évolua très lentement, très progressivement, s'étendant sur une période de quinze années environ. Vers la fin de 1932, très brusquement, l'évolution de la maladie prit un aspect tout différent. Au cours de la promenade quotidienne qu'elle continuait à s'imposer malgré une difficulté croissante de la marche, la malade fut prise de vertiges et tomba. L'état vertigineux persista les jours suivants, et d'autres symptômes apparurent : troubles de la phonation, reflux des liquides par le nez, hoquet incoercible, enfin crises tachycardiques angoissantes extrêmement pénibles. C'est avec ce tableau impressionnant que la malade fut hospitalisée à la Clinique neurologique.

L'examen ne laissait subsister aucun doute sur le diagnostic de syringomyélie : amyotrophie type Aran-Duchenne, troubles de la sensibilité, signes pyramidaux des membres inférieurs, etc.

D'une manière générale, les complications médullaires de la méningite cérébro-spinale se présentent sous différents aspects. La méningo-myélite diffuse peut réaliser une paraplégie, une diplégie, voire une quadraplégie spasmodique ; elle peut aussi simuler la sclérose combinée. La méningo-myélite à forme polyomyélitique détermine une paralysie flasque amyotrophique. La méningo-myélite à forme tabétique, où les lésions prédominent au niveau des cordons postérieurs, peut en imposer pour un tabes. Les méningo-radiculites peuvent provoquer des troubles multiples dans les différents segments radiculaires. Dans aucun traité classique ne se trouve mentionnée la syringomyélie comme complication de la méningite cérébro-spinale.

Epidémiologie de la leishmaniose humaine à Marseille

(M. P. GIRAUD et P. BERGIER ; 31-3-1939)

Si les notions cliniques et thérapeutiques concernant le kala-azar méditerranéen semblent actuellement bien connues, par contre, il subsiste bien des incertitudes au sujet de la transmission de la maladie. Il apparaît nettement que le kala-azar atteint surtout à Marseille les enfants de 1 à 3 ans, le maximum étant de 1 à 2 ans. L'affection est plus rare chez les sujets plus âgés ; le maximum observé a été 48 ans. Il semble qu'il s'agisse là d'une maladie habituelle du chien transmise à l'homme.

La voie digestive et la voie conjonctivale peuvent être utilisées pour la contamination du chien ou de l'homme, mais ce fait n'est actuellement pas démontré. La transmission par l'intermédiaire d'un hôte vecteur paraît plus probable. Les phlébotomes interviennent peut-être dans la transmission du kala-azar hindou, mais on ne peut expliquer ainsi les particularités de l'endémie marseillaise.

Le rôle du pou de chien ne peut qu'être soupçonné à l'heure actuelle. Par contre, la transmission par l'intermédiaire des tiques permet d'expliquer la prédominance de la leishmaniose canine, l'atteinte élective des jeunes enfants, la topographie bien particulière de l'endémie avec prédominance nette des cas en banlieue et dans les faubourgs.

Recherches sur l'endémie de leishmaniose canine à Marseille

(MM. P. GIRAUD, H. CABASSU et P. BERGIER ; 31-3-1939)

La leishmaniose canine existe à Marseille à l'état endémique. Sa répartition et son évolution concordent avec celles de l'endémie humaine qu'elle dépasse de beaucoup en importance. Elle atteint les chiens adultes de races diverses, mais, en particulier, les chiens de chasse et les chiens de garde (policiers surtout), vivant dans les jardins. Le parasite habituel du chien marseillais est la tique (rhipicephalus sanguineus).

G. F.

Les Livres

Les Livres qui viennent de paraître...

Editions CLAIRVILLE
2, Square de la Bresse, Paris (XVIe)

Dr A.-L. CLAIRVILLE. — **L'Annuaire du Praticien 1939.** Tome I : Sciences médicales. Tome II : Médecine pratique. Tome III : Dictionnaire pharmaceutique.

Edition G. PICARD
1, Grande-Rue, à Grigny (Seine-et-Oise)

Guide Sanita, illustré, 230 maisons de santé, cure, repos, convalescence et maisons d'enfants. Franco 0 fr. 50 timbre à G. PICARD, Grigny, par Ris-Orangis (Seine-et-Oise).

Chez MASSON et Cie
120, boulevard Saint-Germain

Maladies de l'intestin. Série IV: HÉMORRHOIDES, FISSURE ANALE, PRURIT ANAL, RECTOCOLITES, RÉTRÉCISSEMENTS DU RECTUM, ACTINOMYCOSE ANO-RECTALE, par R. BENSAUDE, avec la collaboration de A. Cain, Lambling, Rachet, A. Bensaude, Bertillon, Massot et E. Sidi. Un vol. 374 p., 97 fig., 90 francs.

H. HAIMOVICI.— **Les occlusions artérielles aiguës des membres.** Formes cliniques, indications physiopathologiques et thérapeutiques. Préface du Professeur J. Fiolle. Un vol. 124 p. (Collection Médecine et Chirurgie, no 16), 26 francs.

Louis CHRISTIAENS.— **La recherche de la paternité par les groupes sanguins.** Etude technique et juridique. Préface du Professeur Leclercq. Un vol. 108 pages. (Collection Médecine et Chirurgie, Recherches et applications, no 17), 26 francs.

Publication de la Société de médecine de Vittel

Annales médicales de Vittel. — *Sommaire* du no 9 :

La forme pilulaire de la lithiase urinaire (Henri PAILLARD et Madeleine H. PAILLARD-VARIN). — Sur une erreur de diagnostic à propos de la goutte. Séquelles tardives de lésions traumatiques du genou (M. BOIGEY). — L'émotion, cause d'expulsion des calculs (A. GUYONNEAU). — Hypertension et allergie (Ch.-J. FINCK). — Spondylose et lithiase urinaire (Madeleine H. PAILLARD-VARIN). — Action des eaux de Vittel sur l'intestin (P.-L. VIOLLE). — Les lésions osseuses de la goutte aiguë (P.-L. VIOLLE). — La phosphaturie apparente (P.-L. VIOLLE). — Un cas de bascule hépato-rénale avec interprétation difficile (J. SCHNEIDER et BADIN). — Sur le traitement des états pléthoriques à Vittel (M. BOIGEY). — Cholécystites chroniques non lithiasiques et leur traitement à Vittel (A. MARCOTTE). — Les troubles réflexes au cours de la lithiase oxalique urinaire (Henri PAILLARD et Ed. VARIN). — Un cas exceptionnel de lithiase rénale (L.-A. AMBLARD).

Publication nouvelle :

Revue du paludisme et de médecine tropicale, 1re année, no 1, 15 mai 1939, 46 pages. Prix . 10 francs.

Rédaction et administration : 36, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, Paris (IVe).

G. DOIN, et Cie
8, Place de l'Odéon, Paris (VIe)

René-A. GUTMANN, Ivan BERTRAND et Th.-J. PÉRISTIANY. — **Le cancer de l'estomac au début.** *Etude clinique, radiologique et anatomo-pathologique.* Préface du Professeur A. Gosset. Un vol. 494 pages, 563 fig., 1939. Prix : 360 francs.

Jean FLORY, éditeur,
140, boulevard Saint-Germain, Paris

J.-A. HUET et G. GODLEWSKY.— **Obésité et maigreur. Régimes rationnels.** Préface du Professeur Maranon. Collection « Schémas », 1939. Prix : 20 francs.

Les auteurs se sont efforcés de résoudre quantitativement le problème des régimes en fonction mathématique du degré de l'obésité et de la maigreur. Ils ont pour cela groupé par tableaux des régimes hebdomadaires, détaillés repas par repas, dont la composition et l'abondance sont rigoureusement calculés d'après la taille et le poids du sujet.

Cet aboutissant pratique de l'ouvrage est précédé d'un exposé théorique, justifiant les principes de la méthode. Les auteurs s'attachent d'abord à établir le poids normal idéal en fonction de la taille et de l'âge ; puis ils formulent un coefficient morphologique basé sur le rapport du poids réel et du poids normal ; ainsi ce coefficient, égal à un chez le sujet pondéralement équilibré, s'élève chez l'obèse et s'abaisse chez le maigre. Les auteurs l'utilisent alors pour calculer la ration calorique quotidienne de leurs malades qui est, on le sait, normalement de 60 calories par kilogramme. En divisant cette ration par le coefficient morphologique, on obtient un chiffre de calories élevé pour les maigres, abaissé pour les obèses, à base duquel

ont été élaboré les régimes, ou tout au moins leur teneur quantitative, la qualité en hydrates de carbone, graisses, albumines, etc., ayant été envisagée spécialement pour chacun d'eux.

Secondairement, les auteurs étudient les adjuvants diététiques et médicamenteux du régime, et ils terminent par une table d'équivalence alimentaire, permettant aux malades de substituer tel ou tel mets qui ne leur conviendrait pas dans les régimes proposés.

MASSON et Cie, éditeurs
120, boulevard Saint-Germain, Paris

Actualités médico-chirurgicales. *Quatrième série.* Neuf conférences par les chefs de clinique de la Faculté de médecine de Marseille. Un volume de 193 pages. Prix : 30 francs.

I. Troubles psychiques au cours des encéphalites aiguës de l'enfance. Les pseudo-encéphalites infantiles (J. Alliez). — II. Les paralysies des cardiaques (M. Audier). — III. Accidents nerveux et bradycardie (P. Buisson). — IV. Les conceptions actuelles du traitement chirurgical de la luxation congénitale de la hanche (G. Darcourt). — V. La perforation intestinale typhique ; considérations sur son pronostic et son traitement (J. Dor). — VI. Aperçus cliniques et thérapeutiques sur les abcès du poumon (G. Dumon). — VII. Les syndromes d'insuffisance de la moelle osseuse (J. Olmer). — VIII. L'insuline et la tuberculose pulmonaire des diabétiques (M. Recordier). — IX. Le problème pathogénique actuel des spasmes vasculaires cérébraux (P. Sarradon).

SOCIÉTÉ D'APPLICATIONS PHARMACODYNAMIQUES
39, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris

Le Guide du remplaçant. Un vol., 38 pages.

L'actuelle complication de la médecine sociale pose aux médecins praticiens en général, mais surtout aux jeunes médecins et aux étudiants qui effectuent des remplacements, de très délicats problèmes, et leur fait courir le risque de commettre par ignorance ou inattention de graves erreurs.

C'est pour leur venir en aide que ce guide a été rédigé. Il contient en effet un grand nombre de renseignements succincts sur les points suivants : responsabilité, honoraires, office de remplacements, tenue des livres de comptabilité, accidents du travail, assurances sociales (prescription et remboursement des spécialités), certificats, déclarations de maladie, soins gratuits aux pensionnés de guerre, etc... Il contient en outre un tableau permettant au remplacé d'indiquer au remplaçant les principales adresses et les numéros de téléphone dont il pourrait avoir besoin.

Cet ouvrage est d'un format pratique. Simple et clair, il est facile à consulter. Il a enfin le grand avantage d'être mis gratuitement à la disposition du Corps médical par la Société d'applications pharmacodynamiques, qui l'envoie sur simple demande.

MALOINE, éditeur

Georges RIEUNAU (de Toulouse). — **Les plâtres à extension.** Préface du médecin général J. Maisonnet. Un vol. 140 pages, 120 figures.

Cet ouvrage consacré au traitement orthopédique des fractures par la contention plâtrée associée à l'extension trans-osseuse nous montre les avantages qu'on peut retirer de cette méthode, dans le traitement de certaines fractures, celles du fémur en particulier. Largement illustré, cet ouvrage montre quelques-uns des appareils de l'orthopédie moderne, des modifications apportées par l'auteur à ceux qui existent. Nous aurions voulu qu'une illustration aussi abondante fasse un peu plus de place aux radiographies de fractures traitées, consolidées, guéries, seul moyen pour un lecteur de juger une méthode. R. M.

Gaston DOIN et Cie, éditeurs,
8, Place de l'Odéon, Paris (VIe)

Henry BORDIER, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.— **Traitement physiothérapique moderne de la paralysie infantile.** Un volume. (La Pratique médicale illustrée), in-8° de 70 pages, avec 11 grav. Prix : 26 francs.

L'auteur était désigné pour écrire cette monographie, puisque c'est lui qui a été le promoteur de ce nouveau traitement.

La « méthode de Bordier » comprend trois modalités électriques : 1° la radiothérapie, dans le but d'agir sur les lésions de la poliomyélite ; 2° la diathermie pour activer la nutrition des muscles paralysés, souvent en hypothermie ; 3° la galvanisation pour lutter contre l'atrophie des masses musculaires.

Le traitement électrique, auparavant, ne consistait qu'en applications galvaniques et n'agissait pas sur les lésions médullaires elles-mêmes. L'emploi des rayons X dirigés sur ces lésions a constitué un grand progrès dans le traitement de la maladie de Heine-Médin. Cette efficacité ressort nettement des statistiques et des observations contenues dans le livre. Si les guérisons ne peuvent pas être obtenues dans tous les cas, comme le fait remarquer l'auteur, tous ceux qui ont appliqué *correctement* la « méthode de Bordier » ont constaté des améliorations fonctionnelles importantes, et même la guérison de cette redoutable affection.

Le traitement physiothérapique vient s'ajouter ici aux autres traitements, dont il ne modifie pas les indications.

Les Thèses

Str. — Dr D. Sichel. — **La rœntgenthérapie de la lymphogranulomatose maligne.** (*Résultats éloignés d'après* 202 *cas du Centre anti-cancéreux de Strasbourg.* (Thèse 1939.)

La rœntgenthérapie combinée avec l'arsénothérapie est actuellement le traitement de choix de la lymphogranulomatose maligne.

Elle procure une amélioration réelle, rend aux malades une capacité de travail assez longue et prolonge leur vie, mais sans leur apporter la guérison.

La moyenne de survie, dans 176 cas contrôlés par l'auteur, atteint 32 mois.

P. — Dr A. Guy. — **Le sang rouge dans les ulcères du duodénum.** (Thèse 1939.)

A la suite de Friedmann, de nombreux auteurs ont, depuis 1913, signalé la fréquence d'une polyglobulie associée à l'ulcus duodénal.

S'il est habituel de considérer que la polyglobulie commence à 5.500.000, chez l'ulcéreux un nombre supérieur à 5.000.000 pourra être considéré comme anormal, et réellement polyglobulique.

Cette polyglobulie, que certains auteurs ont constatée dans 90 ou même 96 % des cas d'ulcères duodénaux examinés par eux, ne se rencontre pour certains autres que dans la proportion de 17,4 % des cas.

Si l'intérêt clinique de ce signe n'est pas considérable, peut-être mérite-t-il plus d'attention envisagé du point de vue scientifique.

Str. — Dr R. Conrady. — **Contribution à l'étude des sténoses sous-vatériennes congénitales du duodénum chez le nourrisson.** (Thèse 1939.)

Les sténoses sous-vatériennes du duodénum peuvent se rencontrer chez l'adulte et chez l'enfant.

Chez l'enfant, elles sont surtout congénitales et résultent en général d'une compression de la troisième portion du duodénum par le pédicule mésentérique. Plus rarement la sténose est due à une véritable atrésie du duodénum.

La guérison de cette affection ne peut être obtenue que par une intervention chirurgicale qui doit être la duodéno-jéjunostomie, de préférence à la gastro-entérostomie.

Mp. — Dr F. Belleville. — **Traitement des ascites cirrhotiques d'origine éthylique par les diurétiques mercuriels employés par voie intra-péritonéale.** (Thèse 1939.)

Préconisée en 1933, en Allemagne par Hartl et en France par MM. Puech, P. Rimbaud et Ravoire, l'administration des diurétiques mercuriels par voie intra-péritonéale présente des avantages sur ce même traitement par voie veineuse ou intra-musculaire (pas de phénomènes douloureux, action diurétique plus prolongée).

La technique de l'injection intra-péritonéale est simple. La seringue étant remplie de la quantité de sel mercuriel que l'on désire injecter, on y fixe une aiguille, que l'on a eu soin de choisir assez longue pour traverser la paroi abdominale et d'un calibre assez réduit pour éviter de voir sourdre le liquide péritonéal par l'orifice de ponction une fois que l'on a retiré l'aiguille. On pique ensuite dans le flanc, au point classique de la ponction péritonéale, c'est-à-dire sur le milieu d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche. Sous la pression intra-abdominale, le liquide ascitique remonte dans la seringue où il se mélange avec le liquide à injecter ; puis, ce mélange étant opéré, il ne reste plus qu'à pousser lentement le piston de la seringue.

Mp. — Dr Ch. Carré. — **Kystes et pseudo-kystes du pancréas. A propos de deux observations.** (Thèse 1939.)

L'étude des kystes du pancréas, à l'exception des tumeurs polykystiques et de l'échinococcose, est dominée par la distinction fondamentale en : kystes vrais, munis d'une paroi propre tapissée d'un revêtement épithélial et pseudo-kystes, limités par une paroi d'emprunt dépourvue d'épithélium.

Les kystes vrais, moins fréquents que les pseudo-kystes, ont une pathogénie discutée : rétention, inflammation, néoplasie, toutes les hypothèses ont été envisagées.

Les pseudo-kystes sont le plus souvent consécutifs à un traumatisme sévère du pancréas, mais ils peuvent aussi reconnaître une origine nécrotique, à la suite de crises abortives de pancréatite hémorragique.

THÉRAPEUTIQUE

◆ ◆ ◆

Succès et insuccès de la Vitaminothérapie B_1

Nombreux sont les auteurs qui ont étudié la vitamine B_1 dans ses rapports avec le métabolisme des hydrates de carbone, et surtout dans le traitement des lésions nerveuses dues à diverses causes notamment aux agents infectieux et aux intoxications.

C'est dans tout le domaine de la pathologie nerveuse que cette vitaminothérapie a été appliquée, et il faut bien dire que les résultats n'ont pas toujours été conformes à ce que l'on attendait de cette thérapeutique. Il semble bien, pourtant, que dans la pathogénie de nombreuses maladies nerveuses intervenait une carence en vitamine B_1 qui amenait, par dysmétabolisme des hydrates de carbone, une accumulation dans le tissu nerveux de produits toxiques tels que l'acide pyruvique et ses aldéhydes, etc...

A l'origine de cette carence se trouve, soit une augmentation de la proportion des hydrates de carbone dans la nourriture sans qu'il y ait augmentation parallèle d'apport en vitamine B_1 (ou même une diminution de l'apport en vitamine B_1), soit un déséquilibre dû à une augmentation des besoins de l'organisme en vitamine B_1 par des affections banales ou certains états physiologiques tels que la grossesse par exemple. Et à ce propos, nous savons que la grossesse provoque un état de moindre résistance de la femme aux différentes toxines et notamment aux toxines gravidiques qui sont susceptibles de provoquer des névrites et même des lésions dégénératives de la moelle et du cerveau, tout à fait semblables à celles que l'on trouve dans le béribéri et dans le scorbut. Le traitement vitaminique appliqué a été ici suivi de succès.

Mais pourquoi, par contre, dans certains cas de névrites ou de névralgies qui, apparemment paraissent relever de la thérapeutique vitaminique, ce traitement n'a-t-il donné que des résultats relatifs ? En effet, si nous disons « apparemment » c'est parce qu'il est souvent bien difficile de déterminer l'étiologie réelle d'une névralgie qui n'est guère que le premier symptôme, le symptôme d'alarme, de la névrite.

Comment savoir, en effet, si la névralgie est due à une intoxication du protoplasma nerveux ou bien si elle est causée par une compression occulte telle qu'une congestion des vasanervorum ; le nerf lui-même peut être bloqué dans un conduit rétréci comme dans certains cas de sacralisation, beaucoup plus fréquents d'ailleurs qu'on ne peut le croire. Il ne s'agit donc plus ici de lésion inflammatoire, il ne s'agit pas de dépôt dans le protoplasme nerveux de produits toxiques, il s'agit tout simplement d'un effet mécanique dont la suppression amène la cessation de l'algie. Et si nous citons des cas en quelque sorte élémentaires et faciles à reconnaître, il en est d'autres qu'il est infiniment plus difficile de déterminer ou même de soupçonner. Dans ceux-là, aucun test, aucun symptôme différenciel ne permet la discrimination de l'origine inflammatoire, toxique ou mécanique de la souffrance du nerf.

Or, en l'absence de tous renseignements précis sur l'étiologie exacte des phénomènes douloureux ,la vitamine B_1 peut très bien ne pas être suffisante pour amener la guérison de cette algie et du syndrome qu'elle représente, et d'autre part il convient de ne pas priver le malade d'une thérapeutique qui, avant tout, est inoffensive et qui dans un grand nombre de cas, sera de nature à faire disparaître les phénomènes douloureux, d'une façon infiniment plus rapide.

C'est à cet effet que la Naïodine suractivée a été réalisée.

La Naïodine, déjà bien connue par ses propriétés anti algiques, voit, dans les cas où l'action de la vitamine B_1 est nécessaire, son action renforcée d'une façon extrêmement puissante par l'adjonction de vitamine B_1 qui, administrée en quantité suffisante (de 4 milligrammes à 2 centigrammes) donne les plus gros succès dans le traitement de toutes les névrites, polynévrites, algies d'origine inflammatoire ou toxique.

D'autre part, l'action de NaI de la Naïodine est efficace dans la presque totalité des phénomènes douloureux, de quelque nature que ce soit.

Ainsi donc, les indications de la Naïodine suractivée seront toutes les algies, quelle qu'en soit la nature, mais plus particulièrement d'origine inflammatoire ou toxique, ainsi que les névrites, polynévrites, et même certaines affections du système nerveux central.

J. VERGENNES.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

■ ■ ■

ENTRE LA SOCIÉTÉ ET L'HOMME TRAQUÉ, LE MÉDECIN ARBITRE ET DÉFENSEUR

Parmi les médecins français, le Professeur Mauriac est un de ceux, qui ne laissent limiter leur curiosité intellectuelle ni par les édifications de doctrines, ni par l'inattendu de la pratique. Il prétend soumettre celle-ci comme celles-là à ses méditations et en tirer une philosophie. Que celle-ci batte en brèche certains préjugés, et ne recule pas à l'occasion devant le paradoxe, n'est pas pour étonner ceux qui connaissent l'esprit incisif du maître bordelais.

Il semble qu'il ait voulu, à l'occasion des récentes journées médicales de Liège, se surpasser lui-même ; avec une sorte de délectation morose, il a mis en accusation la profession médicale. La verve a souvent amené le sourire aux lèvres de ses auditeurs ; mais, en réfléchissant, ils en percevront l'amertume et, sans doute, ne souriront-ils plus.

***

Le malade qui se confie à son médecin entame une partie, dont il ne soupçonne pas lui-même les péripéties. Non seulement la direction lui en échappe, mais souvent elle sera menée contre son gré. « Guérir quelquefois, soulager souvent, consoler toujours » c'est vite dit. Le fameux « colloque singulier », c'est une figure de style, à laquelle nul ne doit attacher plus d'importance qu'elle ne mérite.

En réalité, le médecin n'est pas seulement le confident ou le guide de son malade ; il est aussi le juge, parfois même le bourreau. Il cache la vérité, il ment systématiquement, il dispose d'un corps qui se rebellerait, s'il savait toutes les données du problème ; il exige des sacrifices douloureux. Il se fait insensible et cruel. Tout cela, parce qu'il a pour office de veiller sur toute étincelle de vie, si chétive soit-elle, et de lui laisser jusqu'au bout courir sa chance. C'est la doctrine chrétienne, qui lui a confié cette tâche ; à cause d'elle, il ne peut admettre ni l'euthanasie, ni la capitulation devant un mal douloureux, ni rien de ce qui dispose d'une vie en faveur de quoi que ce soit, fût-ce l'honneur d'une femme.

Cette parcelle de mystère, qui fait la noblesse imprescriptible d'un corps vivant, le médecin doit la révérer chez tout individu. Le plus humble des malades de son service d'hôpital s'est en réalité confié à lui-même ; s'il est aiguillonné par une noble curiosité scientifique, il n'a pas le droit d'imposer à ce malade une opération, qui ne soit pas strictement nécessaire. Il arrive qu'un professeur de clinique soit tenté de ne pas défendre, aussi âprement qu'il faudrait, l'intérêt du malade qu'il a devant lui, parce qu'il a derrière lui tout un état-major et un groupe d'élèves avides de connaître. C'est une chose d'être un savant, c'en est une autre d'être médecin. Ni Magendie, ni Claude Bernard n'avaient une âme de médecin ; pour eux, les nécessités de l'expérimentation étaient impératives. Au contraire Pasteur, qui n'était pas médecin en titre l'était par la conscience et la sensibilité. Vis-à-vis de ses premiers vaccinés contre la rage, il a connu les scrupules, que doit avoir quiconque touche à l'argile humaine, des scrupules qui ne transigent pas.

***

Mais c'est surtout contre les bien-portants que le médecin doit jouer son rôle de défenseur des malades. Et il le joue bien mal !

Si le Moyen-Age a connu le rejet hors du monde des lépreux, notre siècle n'est pas plus tendre à l'égard de certains êtres, dont le mal menace la société. Nous tranchons avec dureté dans ce qui les rattache à la vie, nous exigeons d'eux des sacrifices qui les épuisent.

Certes la société a le droit de se protéger, et le médecin serait mal venu de faire obstacle à ces mesures de salut. Du moins qu'il amortisse le coup, et ne se fasse pas l'exécuteur des hautes œuvres sociales.

Les actions de masses se font sentir avec une rigueur chaque jour accrue ; la société nous étreint de plus en plus étroitement, et l'individu perd toute valeur intrinsèque.

C'est pourquoi la médecine individuelle s'effondre si rapidement. De ce qui faisait notre règle séculaire, il ne reste plus guère, d'ores et déjà, que le secret professionnel et le libre-choix, eux-mêmes durement menacés. Les jeunes s'étonnent de notre obstination à revendiquer ces privilèges qui, si souvent, entrent en conflit avec le statut de la vie moderne.

Et, de fait, a-t-on le droit, enchaîné qu'on est par le secret, de laisser se propager une maladie, de vouer un ou une fiancée à une contagion certaine, de laisser condamner un innocent ?

Quant au libre-choix, le faisons-nous respecter dans nos services d'hôpitaux ? Les titres scientifiques offrent aux malades, qui y viennent, une garantie ? Est-ce de titres et de notoriété que se soucient ces malades, et ne préféreraient-ils pas un médecin en qui, à tort ou à raison, ils auraient mis leur confiance ?

La société nous induit sans cesse à trahir notre rôle de défenseur du mal-portant. Elle veut que nous contrôlions, que nous expertisions, que nous nous fassions dénonciateurs. Pendant la guerre, bien des médecins ont été appelés à remplir à la fois ces deux tâches, qui semblent pourtant contradictoires ; d'une part soigner des blessés, et de l'autre fixer le moment où ils étaient « récupérables ». D'abord les arracher à la mort, ensuite les y renvoyer.

Médecins voués à la défense de l'individu, et membres en même temps d'une collectivité exigeante, nous ne vivons plus que dans le compromis. Nous n'avons plus de règle absolue ; nos consignes sont flottantes et à la merci des exigeances du plus fort.

C'est contre ce plus fort, ce corps social qui écrase les isolés, que nous devons nous efforcer de tenir le plus longtemps que nous pourrons.

Notre seul recours dans ce rôle d'arrière-garde c'est de nous imprégner d'humanisme, qu'on conçoive l'humanisme comme Fiolle « le goût de ce qui exprime l'essence de l'homme », comme Duhamel « une étude désintéressée », ou à la façon chrétienne de Maritain.

Seul l'humanisme permettra au médecin de traverser, sans y périr à jamais, cette époque, inhumaine et barbare.

***

En débutant le Professeur Mauriac, gagné par l'ambiance de cette assemblée internationale, n'avait pu se tenir de faire une allusion à ce qui, depuis des mois, fait notre souci. Il avait rappelé qu'en septembre, étant en Belgique et voulant rentrer en hâte pour embrasser ces cinq fils mobilisés, il avait senti que la même angoisse qui lui étreignait le cœur, pesait aussi au cœur de ses amis Belges. En février, étant à Anvers, il y avait suivi avec inquiétude l'évolution de la crise politique. Ces tourments partagés témoignent qu'une affinité profonde persiste entre nos deux pays.

Et il avait souhaité qu'au sein des Journées médicales une semblable sympathie prit germe entre les trente-cinq nations représentées, et que la recherche scientifique fût une occasion de paix.

Espérons que chacun des congressistes aura repris à souhait dans la sincérité de son cœur, et que Liége, la « cité ardente » aura été, en 1939, un lieu de bonne volonté parmi les hommes.

G. LAVALÉE.

ASSURANCES SOCIALES — PAIEMENT D'UNE CONTRIBUTION SPÉCIALE POUR FRAIS DE CONTRÔLE

Coup sur coup, nous venons de recevoir plusieurs lettres émanant de praticiens qui résident dans différents départements et qui nous interrogent sur le point de savoir s'ils doivent obtempérer, ou se refuser à verser une contribution spéciale, en vue du fonctionnement du contrôle technique et du Conseil de famille. Les uns sont syndiqués : ils estiment cependant qne leur conduite professionnelle est parfaitement correcte : ils n'entendent donc pas faire les frais d'un contrôle technique et d'une juridiction confraternelle, qui ne les concerne pas, alors que seuls les praticiens négligents ou peu consciencieux sont justiciables de ces mesures de redressement des abus.

D'autres ne sont pas syndiqués, ou appartiennent à un Syndicat qui ne réclame pas cette contribution. Par exemple, un stomatologiste appartient au Syndicat médical local et au Syndicat général des médecins stomatologistes. Il se voit cependant réclamer ladite contribution par le Syndicat des praticiens de l'art dentaire de son département, sous prétexte que le dit Syndicat groupe des médecins stomatologistes et des chirurgiens-dentistes et que, par suite, il est compétent pour exercer le contrôle sur tous ceux qui pratiquent, dans le département, la profession de dentiste et les citer à sa barre, s'il y a lieu.

D'où les questions qui nous sont posées : en vertu de quelle loi, ou de quel décret, les Syndicats ont-ils le pouvoir de réclamer cette contribution spéciale ? Si le praticien refuse, sera-t-il passible d'une sanction quelconque ? Laquelle ? devant quelle juridiction ? S'il refuse de payer cette contribution, pourra-t-il néanmoins contribuer à donner ses soins aux assurés sociaux ? Qui fixe cette contribution forfaitaire ? Sur quelle bases ? Qui a voix au chapitre ? etc., etc.

A qui incombent les contrôles ?

Nos confrères savent qu'en matière d'assurances sociales, deux sortes de contrôles sont effectués : l'un, administratif, exécuté au seul bénéfice de la Caisse, par l'intermédiaire de ses visiteurs et de médecins qu'elle désigne librement. Ce contrôle a pour but de vérifier les situations matérielles et de fait. L'autre est un contrôle médical technique confié par la loi aux Syndicats de praticiens, ayant passé convention avec les Caisses. Il a pour but de déceler les abus et de les redresser. La plupart du temps, il est déclenché à la demande d'une Caisse, qui croit avoir à se praindre des agissements d'un praticien. Si le contrôle relève à la charge du praticien des abus, ou des pratiques qui peuvent être répréhensibles, ou jugées blâmables, le praticien peut être déféré soit devant le Conseil de famille soit devant le Tribunal correctionnel.

Or, dans les modèles de conventions entre Syndicats et Caisses, publiés dans le *Journal Officiel* du 8 août 1930, nous lisons que les Syndicats acceptent de prendre à leur charge exclusive les frais du contrôle technique. D'où la conséquence, c'est que le Syndicat doit se procurer des ressources pour faire face à ces dépenses, lesquelles comprennent le remboursement des déplacements du médecin contrôleur désigné par le Syndicat, pour faire son enquête et les honoraires qui doivent lui être allouées, enfin toutes les dépenses entraînées par la réunion des membres du Conseil de famille, lorsque celui-ci doit être convoqué : ce sont les indemnités de déplacement et de séjour des juges confraternels.

Modalités de paiement des frais

Plusieurs méthodes peuvent être envisagées pour subvenir à toutes ces dépenses : ou bien le Syndicat élève sa cotisation de manière suffisante, cotisation supportée par les seuls praticiens syndiqués — mais dans ce cas les non-syndiqués n'ont rien à débourser — ou bien on prélève une contribution spéciale, acquittée par tous les praticiens du département qui donnent leurs soins aux assurés sociaux, que ces praticiens soient ou non membre du Syndicat ; — ou bien enfin on met ces frais, sous le nom de dépens, à la charge de la partie perdante, lorsqu'il y a comparution devant le Conseil de famille.

Les dépens

Mais, dans ce dernier cas, il faut remarquer que les décisions des Conseils de famille et du Conseil de famille national n'ont pas force exécutoire ; cette dernière n'est seule accordée par le décret-loi du 28 octobre 1935 qu'aux décisions de la Commission supérieure de contrôle. Il en résulte que la partie perdante peut se refuser à payer les dépens, sauf dans le seul cas où le praticien condamné est membre du Syndicat, car il doit obéissance aux statuts du groupe auquel il appartient et doit payer, sinon il serait passible des sanctions disciplinai res prévues dans les statuts du Syndicat.

Si le Conseil de famille condamne un praticien non-syndiqué, ou déboute la Caisse de sa plainte, comment faire payer les dépens, les frais de l'instance et de réunion du Conseil de

famille ? Ces dépens sont parfois élevés, hors de proportion avec l'importance du litige : les juges-médecins ont dû faire de longs parcours pour se rendre à la convocation ; ils ont des frais de déplacement, de séjour. Certains esprits chagrins ont malheureusement accusé le Syndicat de vouloir toujours trouver quelqu'un à condamner, pour lui faire payer ces frais, d'autant que ceux qui invoquent toutes sortes de mauvaises raisons pour ne pas exécuter la sentence, soutiennent qu'à leurs frais, les juges se sont offerts un bon déjeuner et un petit voyage à la ville lieu de réunion du Conseil de famille.

Aussi, pour détruire cette accusation aussi malveillante qu'injustifiée, a-t-on pensé à deux procédés :

La provision. — Faire payer par avance par le plaignant une provision. Ainsi fait la Confédération, lorsqu'une des parties entend interjeter appel devant le Conseil de famille national. Il lui faut consigner une provision de 1.000 francs, qui lui sera remboursée si elle obtient gain de cause et sera mise à la charge de la partie perdante.

Mais les Syndicats locaux, qui ont essayé ce moyen, éprouvent de sérieuses difficultés, surtout de la part des Caisses d'assurances sociales. Celles-ci sont, la plupart du temps plaignantes en première instance, devant le Conseil de famille. Pour ne pas verser cette provision, elles arguent de ce que les Syndicats de praticiens ont accepté seuls la charge pécuniaire du contrôle technique. Cependant, le redressement des abus permet certes au Syndicat de faire respecter la déontologie et la probité professionnelle, cependant que les Caisses sont bénéficiaires, au premier chef sur le plan pécuniaire, de la poursuite de toutes les irrégularités.

La contribution. — Aussi devant ces difficultés locales, pour faire verser une provision, ou faire payer les dépens, certains ont-ils pensé imposer une contribution spéciale à tous les praticiens qui, syndiqués ou non, participent au fonctionnement de la législation sur les Assurances sociales.

Personnellement j'ai émis cette thèse dans le *Concours Médical* 1930, p. 3148, 1931, p. 3088 ; 1932, p. 1515, etc... J'avais même donné des conseils en ce sens aux Syndicats des médecins de l'Allier et de la Loire, pour inscrire cette obligation tant dans leurs statuts que dans la convention qui les liait aux Caisses départementales.

Deux décisions de la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales se sesont prononcées sur ce sujet. La première est du 25 janvier 1932 : un praticien non-syndiqué de la Loire avait refusé de paye cette contribution spéciale, et, pour ce motif, n'avait pas été admis sur la liste des médecins habilités à donner leurs soins aux assurés sociaux. Le Conseil supérieur lui donna entièrement raison, motifs pris que l'exercice du contrôle syndical n'oblige pas les praticiens à acquitter les frais du contrôle, qui sont une charge du Syndicat. « Considérant, ajoute, la décision, « que la circonstance, que le Docteur C. refuse « d'acquitter la cotisation représentant sa part « dans les frais du contrôle technique, ne peut, « en aucun cas, faire obstacle à ce qu'il donne ses « soins à un assuré social... »

La seconde décision, qui est du 10 juillet 1933, est rédigée en des termes, qui prêtent à discussion.

« Considérant que si l'exercice du contrôle « syndical sur les praticiens, traitant des assurés « sociaux, n'oblige pas ces praticiens à acquitter les frais de ce contrôle, qui sont une charge « du Syndicat, une convention peut néanmoins « imposer aux praticiens y adhérant expressément le paiement d'une certaine quotité de « frais du contrôle syndical ; mais, considérant « qu'aucune disposition desdites conventions ne « saurait prévoir la répartition des frais du contrôle syndical entre tous les praticiens sans « exception ayant traité les assurés sociaux... »

De ce texte quelque peu sybillin, faut-il déduire que seuls les praticiens, adhérant au Syndicat doivent payer la contribution aux frais de contrôle ; ou bien faut-il conclure que seuls sont obligés les praticiens, qui, syndiqués ou non, auront adhéré expressément à la convention et auront ainsi pris l'engagement de payer ? Faut-il encore décider que le Syndicat peut être considéré comme ayant conclu un contrat collectif de travail avec les Caisses, contrat auquel les praticiens sont supposés avoir adhéré, du fait qu'ils apposent leur signature sur les feuilles de maladie des assurés sociaux ? Ne resteraient donc en dehors de ces conventions et par conséquent resteraient étrangers au paiement de la contribution que les seuls praticiens — bien rares, il est vrai — qui, traitant des assurés sociaux, se refusent à signer les feuilles de maladie et délivrent des acquits d'honoraires comme en droit commun, pour que leurs clients puissent ensuite toucher de leur Caisse ce à quoi ils ont droit.

La doctrine de la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales me semble devoir être interprétée en ce sens que si les statuts d'un Syndicat, annexés à la convention intervenue entre ledit Syndicat et les Caisses, peuvent obliger les membres dudit Syndicat à verser une contribution spéciale, en vue du fonctionnement du contrôle technique, cette obligation ne saurait peser sur les non-syndiqués, ni sur les praticiens qui n'appartiennent pas audit Syndicat et sont adhérents à un autre groupe corporatif.

Malheureusement le Conseil d'Etat n'a pas

encore été appelé à trancher définitivement du pointdevue Droit administratif la question de savoir si un Syndicat peut, par ses statuts, insérés dans une convention Syndicat-Caisse, imposer des directives aux praticiens, qui ne font pas partie du groupe. Pour ma part, du moment où le Syndicat a librement consenti à supporter la charge des frais du contrôle et du fonctionnement du Conseil de famille, il doit s'organiser pour faire face à ses engagements. Il ne peut imposer une contribution pécuniaire qu'à ses seuls ressortissants.

Certes, il est facile de m'opposer le texte de l'article 10 du décret du 19 mars 1936, portant règlement d'administration publique, aux termes duquel tous les praticiens, qui, syndiqués ou non, soignent les assurés sociaux ès qualités, sont réputés avoir adhéré aux termes de la convention intervenue entre le Syndicat et la Caisse. Par suite, si la dite convention contient l'obligation de verser la contribution spéciale en vue du fonctionnement du contrôle technique, un praticien non-syndiqué ne saurait se dérober à cette nécessité.

Cette objection n'a pas de valeur juridique : le Syndicat ne peut décider que pour ses seuls membres : il ne peut stipuler pour autrui. D'ailleurs les décisions précitées du Conseil supérieur des Assurances sociales fait raison de cette assertion.

Je laisse de côté le point de savoir s'il serait possible, pour un Syndicat, de récupérer les dépens, auxquels il condamnerait la partie perdante (praticien ou Caisse, plaignante à tort). J'ai déjà discuté cette question dans une consultation médico-juridique du *Concours Médical*, 1937, p. 861. Cette récupération des dépens est aléatoire : la Caisse se refusera souvent à payer, si elle a succombé dans sa plainte contre un praticien ; le Syndicat hésitera à lui réclamer les sommes occassionnées par sa plainte téméraire. Le médecin syndiqué obéira, sinon il pourra être l'objet de sanctions de la part du groupe corporatif auquel il appartient. Mais le non-syndiqué peut se rire des foudres syndicales, puisque les décisions du Conseil de famille n'ont pas force exécutoire, ni celles du Conseil de famille national.

Conclusion

Je regrette, pour ma part, que la Confédération des Syndicats médicaux n'ait pas cru devoir prendre en considération, en 1930, ma suggestion de constituer une Caisse syndicale spéciale, uniquement consacrée au fonctionnement du contrôle technique et du Conseil de famille en matière d'assurances sociales. Syndiqués, comme non-syndiqués, soignant les assurés sociaux ès qualités, auraient versé leur contribution forfaitaire, ainsi que, par nos impôts, nous payons, en tant que contribuables, les appointements des Juges de droit commun.

Il eût été facile d'insérer cette obligation dans le décret-loi de 1935, ou dans le règlement d'administration publique.

Mais, en juriste et en bon syndicaliste, je dois rédiger les avis qu'on me demande selon la loi telle qu'elle est et non pas telle qu'elle devrait être.

En l'état actuel de la législation et de la jurisprudence de la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales, nous devons répondre à un praticien, qui ne fait pas partie d'un Syndicat, qu'il est en droit de se refuser à acquitter une contribution spéciale, inscrite dans les statuts dudit Syndicat et figurant dans la convention Syndicat-Caisse, contribution destinée au fonctionnement du contrôle technique syndical. L'obligation du versement de cette contribution ne pèse que sur les seuls membres du groupe corporatif et non sur les praticiens qui n'en font pas partie.

Je me refuse à conseiller à un Syndicat d'intenter un procès de principe contre un praticien non-syndiqué, qui refuserait le paiement de cette contribution : je suis l'adversaire résolu des conflits judiciaires entre praticiens et soulevés devant les juridictions spéciales, ou de droit commun. Je préfère voir un débat s'instituer devant nos Confédérations de Syndicats soit de médecins, soit de chirurgiens-dentistes, qui se mettraient d'accord pour soumettre leurs solutions aux Pouvoirs publics, afin que soit résolue par voie législative ou réglementaire cette question délicate, embarrassante, épineuse et cependant fort grave pour les finances syndicales et pour le respect des décisions de justice corporative.

Dr Paul Boudin.

RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE — CONJONCTIVITE PURULENTE DU NOUVEAU-NÉ

Au lieu d'utiliser le nitrate d'argent, un praticien (médecin, ou sage-femme) introduit dans les yeux d'un nouveau-né quelques gouttes de jus de citron. Quelques jours après se déclare une conjonctivite blennorragique double et l'enfant devient aveugle. Le praticien est poursuivi et l'on me demande s'il a commis une faute en n'employant que du jus de citron, au lieu de recourir à la solution de nitrate d'argent. Existe-t-il un texte réglementaire, un décret en particulier, qui obligerait à l'utilisation de la solution d'azotate d'argent ?

Aucun texte législatif, ou réglementaire n'oblige les praticiens de la loi du 30 novembre 1892 à utiliser tel ou tel médicament, dans l'exercice de leur art. Il en résulte que chacun demeure responsable de sa thérapeutique et des conséquences de ses fautes, ou de ses erreurs.

En principe, les sages-femmes ne doivent utiliser aucun médicament (article 4 de la loi du 30 novembre 1892) sauf ceux qui leur sont permis par décret, rendu après avis d'Académie de médecine.

Or, le décret du 15 avril 1909 autorise les pharmaciens à délivrer aux sages-femmes des solutions d'azotate d'argent au cinquantième contre l'ophtalmie des nouveau-nés. Le décret se borne à spécifier que cette solution sera contenue dans un flacon en verre jaune, bouchant à l'émeri, sur lequel, en outre de l'étiquette rouge réglementaire, sera apposée une autre étiquette portant la suscription suivante :

Solution préventive (Az. d'argent à 1/50e) contre l'ophtalmie des nouveau-nés. Une goutte dans chaque œil aussitôt après la naissance.

Ce décret vise principalement les sages-femmes et non les docteurs en médecine. Cependant, le praticien, médecin comme sage-femme me paraît devoir conserver le droit professionnel absolu de savoir s'il convient de recourir à cette solution d'azotate d'argent, ou au simple jus de citron.

En cas de poursuites, le Tribunal, ou le Juge d'instruction désignera un, ou trois médecins experts, qui auront à déclarer si scientifiquement, l'usage du jus de citron n'est pas théoriquement suffisant pour détruire les gonocoques, ou si seule la solution d'azotate d'argent a un pouvoir préventif contre l'ophtalmie purulente des nouveau-nés.

Si le praticien incriminé est un docteur en médecine, il pourra discuter scientifiquement avec les experts et leur dire pour quelles raisons techniques, il a cru pouvoir utiliser le jus de citron à la place de la solution d'azotate d'argent.

Mais s'il s'agit d'une sage-femme, on pourra objecter à cette praticienne qu'elle est en quelque sorte liée tant par les termes de la loi du 30 novembre 1892, article 4, que par ceux du décret du 15 avril 1909. L'accusation cherchera à démontrer que la sage-femme, limitée dans le choix de sa thérapeutique, avait le devoir strict de n'utiliser que la solution d'azotate d'argent, à l'exclusion de tout autre produit à but thérapeutique ou préventif.

Ce à quoi on peut répondre que si l'on ne se tenait qu'aux termes stricts dudit décret, la sage-femme ne devrait pas employer de solution de chlorure de sodium pour neutraliser les effets de la solution argentique : cela n'est pas indiqué sur la formule du flacon.

Délaissant les situations de fait, les cas d'urgence avérée, on peut dire qu'il ne peut être fait reproché à un praticien que d'avoir omis de protéger les yeux de l'enfant par un anti-gonococcique quelconque. Mais, du moment où un agent préventif a été employé, la responsabilité du praticien doit être écartée, d'autant que même avec l'emploi de la solution d'azotate d'argent, une ophtalmie purulente peut se déclarer, ne serait-ce que par une infection involontaire par la mère, ou par un membre de la famille, qui peut ensuite, postérieurement à la désinfection première des paupières, contaminer l'enfant en transportant des germes pathogènes, alors que les mains, les serviettes, le coton même sont contaminés.

Dr Paul BOUDIN.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

● ● ●

LES LÉSIONS TRAUMATIQUES DES REINS ET LEURS SÉQUELLES

Il y a lieu de distinguer *les contusions et les plaies des reins.* Les premières l'emportent par leur fréquence sur les secondes.

Trois notions importantes dominent l'histoire des *contusions.*

La douleur et l'hématurie viennent affirmer a lésion rénale.

La gravité des dégâts est loin d'être proportionnelle à l'importance du traumatisme.

Quand un contusionné des reins échappe aux accidents des premiers jours, il n'est pas totalement à l'abri d'ennuis ultérieurs.

Si le rein échappe à l'action d'un traumatisme, en raison de sa situation profonde, protégé qu'il est en avant par des viscères, masqué en arrière par d'épaisses masses charnues, cependant le voisinage immédiat du squelette est pour lui dangereux. On peut aussi le voir s'écraser sur le rachis lombaire, se déchirer même sur une côte extrême.

On comprend donc la gravité d'un traumatisme violent, quand il atteint un individu sur les lombes, dans l'échancrure costo-iliaque ou sur l'abdomen alors qu'il est étendu sur le sol, (écrasement par roue de voiture) ou apuyé contre un mur : la mort peut même survenir par hémorragie, si le chirurgien n'intervient pas dans les heures suivantes.

Peu intense reste, *par contre,* la contusion, qui résulte d'un coup de pied reçu à la volée, le blessé ayant été projeté en avant, ; il en est de même de celle qui se produit, alors que le sujet est tombé sur les pieds, sur le siège, et qu'il a produit un violent effort de contraction musculaire : on observe des phénomènes de choc passager, une hématurie plus ou moins persistante, de l'albuminurie transitoire.

L'homme plus que la femme est exposé, soit parce que chez lui les chances de gros traumatismes sont plus grandes, soit parce que chez elle le rein est plus mobile.

De toutes façons, c'est le rein droit, qui est le plus souvent blessé. Il faut citer la possibilité de lésions associées, en particulier celle du rein droit et de la rate, celle de la déchirure possible du péritoine pariétal postérieur. Cette dernière est parfois lourde de conséquences, car l'hémorragie au lieu de se limiter à la loge périrénale peut se produire librement dans la grande cavité, sans aucune tendance ni à l'enkystement, ni à l'arrêt ; elle sera susceptible de tuer par son aggravation progressive.

Le *type clinique habituel* répond à un cas de moyenne gravité.

Quel que soit l'accident responsable, il y a toujours dans les premières heures un shock plus ou moins marqué, plus ou moins vite dissipé, dont l'importance même reste souvent sans signification propre. Le pouls est plus ou moins accéléré ; mais ce sont ses modifications progressives, qui importeront plus tard.

La *douleur* est parfois vive d'emblée et syncopale ; elle persiste toujours sourde et continue. Elle a une grande valeur pour le diagnostic, en ce qu'elle siège dans la région lombaire, ou dans le flanc et l'hypocondre, qu'elle irradie souvent vers la racine de la cuisse et les organes génitaux, qu'elle s'exacerbe en véritable colique néphrétique. Mais son intensité n'est en rien proportionnelle aux lésions rénales : tel blessé amené avec un minimum de douleurs peut être porteur des déchirures les plus profondes.

L'*hématurie* est avec la douleur le signe le plus constant, puisqu'elle existe dans 95 % des cas (Lardennois). Elle est en règle précoce, apparue dès la première miction. Son abondance est variable, comme nous le verrons. Parce que la première miction est souvent retardée, il faut sonder le malade, sans attendre le moindre soupçon de contusion rénale pour affirmer le diagnostic. Ce qu'on dit de la douleur vaut aussi pour l'hématurie : son abondance n'est pas en rapport avec la gravité du traumatisme. Dans les cas les plus graves l'hématurie peut manquer, la déchirure large du bassinet, l'écrasement de l'urètre s'opposant parfois à son extériorisation.

L'examen dans les premières heures décèle deux signes constants, un troisième inconstant mais de valeur pronostique certaine.

On réveille toujours au palper la douleur spontanément perçue dans la région lombaire ou le flanc. On perçoit toujours au même niveau un disque de contracture nette, d'autant plus marquée que les lésions sont plus sévères ; c'est un signe précoce, fidèle, auquel on n'attribue pas toujours la valeur qu'il a réellement.

Quant à l'hématome périrénal, on ne le découvre qu'inconstamment soit parce que la contracture initiale le masque, soit parce qu'il manque dans toutes premières heures. S'il existe cependant, il signe la gravité de la lésion ; s'il apparaît progressivement, et c'est la règle dans les cas moyens, il prend une notion pronostique capitale, puisqu'on sait que « si l'hématurie

avertit de la lésion rénale, l'hématome en mesure le degré » [(J. Hepp], (1).

Quelles sont les *éventualités évolutives* possibles ?

Il est des cas, et ce sont les plus fréquents, qui évoluent simplement vers la guérison, sans à-coups.

L'hématurie va en s'atténuant progressivement et dure en moyenne de trois à huit jours. L'oligurie classique des premiers jours disparaît avec l'hématurie. S'il y avait hématome, il se résorbe peu à peu, comme en témoigne une légère fièvre de résorption; l'apparition d'ecchymoses scrotales ou inguinales attestent l'infiltration du sang le long des vaisseaux spermatiques, sans plus.

Mais, alors même que tout paraît rentrer dans l'ordre, que les urines sont devenues claires et qu'on pourrait se croire autorisé à dire « guérison », on doit redouter encore, même dans ces cas d'apparence bénigne, les hématuries secondaires après intervalle libre, pouvant aller jusqu'à un mois et plus. De telles hématuries secondaires sont parfois bénignes, mais elles peuvent être redoutables et obliger à la néphrectomie d'urgence. Celle-ci découvre parfois des lésions graves restées jusqu'alors très silencieuses. « C'est dire *qu'il ne faut pas conclure avant un laps de temps de plusieurs semaines à la bénignité* d'une contusion rénale » (A. Gosset).

Il est des cas qui s'aggravent tôt et vite. L'hématurie peut persister, augmenter au point d'entraîner des signes d'anémie menaçante.

« L'hématome surtout est alarmant, quand il augmente, écrit J. Hepp. Un palper bimanuel prudent le perçoit alors sous forme d'une masse plus ou moins volumineuse, occupant le flanc, la fosse lombaire, remontant en haut sous les fausses côtes, descendant vers la fosse iliaque. Il peut même devenir perceptible au toucher rectal sous forme d'un empâtement du cul-de-sac vésico-rectal, entraîner du météorisme abdominal par infiltration du mésocôlon ; on cherche à en apprécier les limites par la recherche de la matité de l'hypocondre et du flanc. Quand il dépasse le plan de l'ombilic, le péril est certain.

« De pair avec ces manifestations locales, vont toujours des signes généraux, qui régissent la gravité. L'accélération progressive du pouls, plus encore la baisse progressive de la tension artérielle fixent l'importance du saignement.

« Mais certains cas prennent une allure redoutable, non du fait de l'hémorragie qui ne disparît pas, mais du fait de l'infection qui menace. Une haute température persistante, bien différente de celle de résorption sanguine, peut fournir une indication opératoire précise. L'infection précoce peut être vésicale, entretenue par des caillots en rétention, ou les sondages nécessaires ; elle est parfois si aiguë qu'il faut faire la taille vésicale. Plus souvent, ce sont des signes d'infection rénale, voire de l'atmosphère périrénale, qui peuvent obliger à opérer dans les jours qui suivent. »

Quant aux *plaies du rein*, elles s'apparentent par bien des points aux contusions que nous venons d'envisager. A leur instar, elles peuvent donner lieu à une simple hématurie, à un hématome plus ou moins volumineux. Parfois, peu graves d'emblée, elles le deviennent, surtout en raison de l'infection, plus à redouter que dans les contusions.

D'une manière générale, plus délicate que la reconnaissance de la lésion même, est **l'évaluation de sa gravité**. C'est surtout la surveillance rigoureuse de tout traumatisé du rein, l'appréciation de l'hématome périrénal et de son volume croissant, l'étude de l'état général, de la tendance syncopale, de la baisse progressive de la tension artérielle, qui serviront de guide au praticien.

D'autre part, lorsque la contusion rénale ne guérit pas complètement, elle peut se compliquer; 1° de pyélonéphrite ; 2° de périnéphrite suppurée; 3° d'hydronéphrose, due à l'obstruction de l'uretère par un caillot, à une coudure, à un rétrécissement ou à une compression de l'uretère ; 4° de kystes paranéphrétiques ; 5° de néphrite.

En dehors des symptômes habituels de ces affections, ce n'est d'ailleurs que dans les jours, ou mieux dans les semaines qui suivent, que les épreuves de pyélographie rétrograde ou intraveineuse se trouveront indiquées pour juger de l'état du rein atteint, et également du rein opposé. Elles sont, sans nul doute, un appoint considérable, non seulement dans la discussion des indications thérapeutiques, mais encore pour l'évaluation du degré d'incapacité.

Une notion importante à retenir, c'est que *très tardivement après un traumatisme peuvent appaître les symptômes urinaires*

Le Docteur Stobbaerts (1) rapporte l'observation d'un mineur, écrasé dans le fond de la mine entre deux wagonnets ; stock ; pas d'hématurie ; radiographie décelant une contusion de la hanche gauche avec fracture comminutive de l'aile iliaque droite ; éraflure du flanc droit. Six semaines seulement après l'accident, l'état général s'altère, des douleurs lombaires apparaissent avec irradiations dans tout le côté gauche, et localisées particulièrement entre les fausses côtes et l'épine iliaque ; apparition progressive d'une tumeur volumineuse du côté gauche, hématome du rein gauche, suivi de nom-

(1) *Le Bulletin Médical*, n° 45, 1936.

(1) Quelques cas de traumatismes rares des reins (*J. Sc. Médicales de Lille*, 1936, n° 9).

breux incidents, qui indiquent une néphrectomie. Invalidité permanente partielle de 35 %.

Voici, d'autre part, et dans le même ordre d'idées un cas de *néphrite traumatique du rein restant* que rapporte le même auteur :

« L'intéressé a été blessé le 7 novembre 1926, en tombant dans un trou de fondation. Transporté d'urgence à l'hôpital, le diagnostic de contusion lombo-abdominale sans lésions osseuses, compliquée d'une hématurie abondante, fut porté. Le 11 novembre, l'hématurie était arrêtée ; l'intéressé quitta l'hôpital et reprit ses occupations le 5 janvier 1927.

« Le 1er février, le blessé se présente à la consultation plié en deux, maintenant son côté droit à l'aide de ses deux mains. Il est examiné par le médecin de garde, le diagnostic de pleurésie est retenu, et l'intéressé soigné en conséquence. Il a donc travaillé du 5 au 31 janvier, sans se plaindre de ses reins.

« Avant de quitter la clinique, il est soumis à notre examen : la palpation permet de sentir nettement le pôle inférieur du rein droit ; les points sous-costaux et para-ombilicaux sont douloureux ; les mictions diurnes de 8 à 10 ; nocturnes, 2 à 3. L'état général est peu satisfaisant ; à l'examen fonctionnel des reins : urée 0,28 ; constante, 0,085. Les urines ne renferment pas d'albumine ; aucun élément figuré. Leur densité est 1002. La cystoscopie montre une vessie d'aspect normal, les urines du rein droit ne présentent rien de pathologique.

« A la pyélographie, on constate que le bassinet est petit, et que le calice moyen est remplacé par une tache sombre dans un rein notablement augmenté de volume. Nous concluons donc que ce blessé a subi un traumatisme grave de son rein droit, qui a consité en une déchirure profonde du parenchyme au niveau du calice moyen. Quant aux douleurs, que le blessé déclare ressentir, elles sont parfaitement objectivées par les renseignements donnés par la pyélographie et présentent les caractères de la périnéphrite.

« Le 13 août, après six mois de repos, nous revoyons l'intéressé ; son état général n'est pas meilleur ; il se plaint, outre des douleurs rénales précédemment décrites, d'une fatigue rapide et d'une lassitude continuelle.

« L'examen fonctionnel des reins montre une altération notable ; urée : 0,53 ; constante : 0,135 ; dosage de l'urée à droite : 12,26 pour mille ; à gauche : 26,37.

« L'intéressé réclame avec insistance une intervention chirurgicale pour être soulagé des douleurs qui sont par moment, dit-il, intolérables ; l'opération a lieu quelques jours après, et consiste en une décapsulation complète du rein, en une libération des adhérences qui forment de véritables cordages fibreux dans la région moyenne ; tout le rein est perdu dans une zone scléro-lipomateuse. Immédiatement après l'intervention, amélioration très nette des douleurs, chute de l'azotémie à 0,36 ; de la constante à 0,090. Malheureusement, au bout de quelques mois, le tableau s'aggrave et, en présence de l'altération progressive de la santé de l'intéressé, nous pratiquons la néphrectomie à droite.

« Un mois après, densité de l'urine : 1017 ; pas d'albumine ; constante : 0,080 ; azotémie : 0,35. La pyélographie intra-veineuse montre un rein normal.

« L'intéressé reprend son travail.

« Un an après, nous revoyons le blessé, et nous sommes étonnés de constater sa pâleur, sa maigreur, la boufissure de son visage, et nous constatons que, dans ses urines, il y a des cylindres hyalins et 3 gr. 50 d'albumine. La constante était remontée à 145. Az. = 0,50. « Nous concluons donc que si, après la néphrectomie, un examen du rein non blessé et conservé nous avait donné toute satisfaction, ce rein gauche était atteint maintenant d'une néphrite qui, certainement, n'existait pas auparavant, comme les examens pratiqués d'ailleurs régulièrement nous l'avaient montré.

« L'expertise pratiquée concluait : le blessé n'a plus qu'un rein, et ce rein est malade ; la néphrite dont le blessé est atteint peut évoluer vers la guérison, mais il est à supposer que nous avons affaire à un processus progressif de néphrite, qui met, dans des jours plus ou moins éloignés, sa vie en danger, et il n'est pas exagéré de lui accorder une perte élevée de capacité ouvrière évaluée à 75 %. »

***

En cas de *néphrite traumatique*, voici, d'après Forgue et Jeanbrau, comment on pourra poser des conclusions :

Soit un ouvrier en bonne santé apparente et gagnant son plein salaire. Il reçoit un choc sur la région lombaire, ou fait une chute, dans laquelle un corps contondant frappe cette région. Hématurie de courte durée, qui prouve une lésion rénale, puis cylindrurie et albuminurie. Si cette dernière persiste pendant quelques mois, on la considérera comme secondaire à l'accident. Et, suivant sa tendance à augmenter sous l'influence du travail, ou suivant qu'elle demeurera stationnaire, on évaluera l'incapacité permanente : par exemple à 50 p. 100 dans le premier cas, à 20 ou 30 % dans le second.

Ce ne sont là évidemment que des chiffres approximatifs. D'une manière générale, il faut tenir compte de l'unilatéralité ou de la bilatéralité, de l'existence ou de l'absence d'une albuminurie abondante, de douleurs, d'œdème, d'azotémie, etc... Le degré d'invalidité variera aussi entre 10 et 60, 80 ou même 100 %, en cas de pyélonéphrite double. La néphrectomie seule vaut 50 %.

Ce même taux de 50 % s'applique également au fonctionnement rénal, supprimé par hydronéphrose.

Quant à la néphroptose, non compliquée d'hydronéphrose, le degré d'invalidité variera entre 20 et 30 %, la ptose pouvant d'ailleurs être supprimée par une néphropexie. Mais auparavant, on devra, bien entendu, établir les relations de cause à effet entre l'accident et la ptose. Pour cela, il faudra prouver : 1° que l'effort s'est accompagné de douleur vive dans la région rénale, ou que le traumatisme a porté sur la région rénale ; 2° que le rein a été douloureux dans les heures qui ont suivi l'accident.

G. FISCHER.

LA NÉVROSE ET LE GÉNIE

Guy de Maupassant

Un atavisme fâcheux a préparé les voies au mal terrible qui emporta l'auteur de *La Maison Tellier* à 43 ans après avoir annihilé sa claire intelligence et réduit à l'état de déchet humain, de loque sans nom, son beau corps d'athlète.

Les parents de Guy de Maupassant se séparèrent après la naissance d'Hervé, leur second fils ; le père, Gustave de Maupassant, de souche lorraine, a vécu jusqu'en 1899. Il y a peu à dire à son sujet sinon qu'on ne relève pas chez cet associé d'agent de change, trace d'une maladie qu'il aurait transmise à ses fils. Sa femme, née Laure de Poittevin, remarquablement intelligente, n'est morte qu'à 83 ans, en 1904. De tempérament nerveux, elle tenta un jour de s'empoisonner en absorbant du laudanum, ceci à la suite d'une discussion avec sa belle-fille, Mme Hervé de Maupassant ; un médecin l'ayant sauvée, elle voulut s'étrangler avec ses cheveux qu'il fallut couper. A plusieurs reprises elle fit preuve de troubles mentaux. Séjourna-t-elle en maison de santé ? Un tel séjour fut en tout cas envisagé. Son frère Alfred Le Poittevin avait achevé à 32 ans, en 1848, dans l'orgie et la débauche, une vie qui s'était d'abord annoncée pleine d'heureuses promesses. Intime compagnon d'enfance de Flaubert, Alfred Le Poittevin lui avait servi sinon d'initiateur, du moins de guide intellectuel comme, à son tour, Flaubert fut, dans le métier d'écrivain, le conseiller de Maupassant, neveu d'Alfred Le Poittevin. Pour épuiser ce bref exposé de l'hérédité, il faut enfin rappeler un incident collatéral important : Hervé de Maupassant qui servit de modèle à Guy pour certains épisodes de *Bel Ami*, eut le même sort que son aîné ; sujet à des crises épileptiformes avec idées délirantes, il mourut en 1889, paralytique général à l'asile de Bron.

Dans la jeunesse de Maupassant on chercherait vainement un indice annonciateur de sa brillante production littéraire ou de son destin tragique (1). D'abord élève du séminaire d'Yvetot d'où il se fit volontairement renvoyer, Guy continua ses études au lycée de Rouen. Pendant les vacances à Etretat et à Fécamp, parties de pêche, vagabondages, lectures, farces joyeuses pour mystifier les « bourgeois » formaient son passe-temps. Bachelier ès lettres, il commença son droit, fut soldat pendant la guerre et entra en 1872 dans les bureaux du ministère de la Marine, où l'un de ses chefs le nota comme suit : « Capacité ordinaire ; rédige mal » ! Sur sa demande, une mutation l'envoya plus tard, au ministère de l'Instruction publique. Henri Roujon, son ami et camarade de bureau, le montre « buvant sec, mangeant comme quatre et dormant d'un somme, le reste à l'avenant. Bien pris dans sa taille, vigoureux, le front carré, le faciès d'un petit taureau breton, il avait l'aspect extérieur d'un homme en parfaite santé, presque celui d'un hercule ». Cependant, de ce grand séducteur de femmes, Max Nordau trace un portrait inquiétant et cruel : « C'est le front bas, l'arcade sourcilière presque aussi saillante que dans le crâne de Cros-Magnon, le nez court et épais, la moustache broussailleuse, la bouche vulgaire, brutalement sensuelle, l'ensemble de la physionomie d'un sous-officier partant le dimanche à la recherche de conquêtes faciles, qui m'angoissa presque, la seule et unique fois que je vis Maupassant ».

En réalité la superbe santé n'est que fausse apparence. A 30 ans, sous un aspect physique excellent, l'écrivain cache des migraines violentes et des troubles nerveux ; sa gaieté, sa joie ne se manifestent que par explosions alors qu'intimement la mélancolie est prédominante dans son caractère. « Ces signes, écrit le Docteur Marcel Pillet (Thèse sur Maupassant, Paris 1911) permettent d'affirmer la présence d'une névrose et les migraines nous indiquent que cette névrose est l'épilepsie. Sur ce terrain prédisposé viennent agir des excès alcooliques, vénériens, l'usage de stupéfiants et enfin la syphilis. »

Les migraines de Maupassant sont légendaires; elles le faisaient atrocement souffrir ; il les combattait avec de l'éther. « Ça sentait toujours l'éther chez lui », témoigne Mme Levasseur, son ancienne propriétaire. Mais ces migraines, violentes, répétées, et si douloureuses, quelle était leur nature ? Le Docteur Pillet se basant sur la coordination de détails fournis par le malade écarte absolument la céphalée spécifique et porte le diagnostic de « migraine ophtalmologique affectant le côté gauche de la face et l'œil gauche ». Que l'origine fût ophtalmologique, qu'elle fût dentaire ainsi que le Docteur Magitot le déclara à Maupassant tout en lui conseillant de ne pas faire extraire la ou les dents intéressées, ou qu'elle fût autre encore, Maupassant était un migraineux. Or le Professeur Pierret appelle les migraineux des épileptisants, « le migraineux et l'épileptique vulgaire étant deux

(1) Maupassant est né le 5 août 1850 soit au château de Miromesnil près Dieppe, soit à Fécamp. (Cette question de lieu n'est pas tranchée. Cf : Georges Normandy : *Maupassant*).

frères chez lesquels la maladie frappe, d'un côté la sensibilité, de l'autre la motricité ». De déduction en déduction, partant de l'opinion professée par Charcot, Trousseau, Féré, Pierret, que la migraine est une manifestation épileptique et que les épileptiques, et de même les épileptisants — sont des dégénérés, on arrive à la conclusion, trop radicale peut-être, que Maupassant était un dégénéré. Le Docteur Pillet atténue, il est vrai, en écrivant : dégénéré supérieur.

Aveuglé sans doute par la jalousie, un ami de Maupassant n'a pas craint d'avancer que « c'est seulement du jour où il a été malade qu'il a écrit ses contes si justement admirés ; il doit sa gloire à sa maladie, et en un mot, le génie de Maupassant c'est sa paralysie générale ». Thèse inadmissible puisque le symptôme capital de la paralysie générale est un affaiblissement de l'intelligence. Aussi le Docteur Pillet s'élève-t-il contre l'opinion du Docteur Lagriffe faisant remonter à l'année 1883, soit dix ans avant la mort de Maupassant, sa paralysie générale ; les premiers symptômes n'apparurent qu'en 1890,

On a souvent soutenu que l'influence de la démence approchante est tangible dans les derniers livres de Maupassant, en particulier dans *Horla.* Mais Maupassant, en publiant cette nouvelle avait très lucidement prévu l'effet qu'elle produirait sur le public. — Avant huit jours, avait-il dit, on prétendra que je suis fou.

La vérité, selon le Docteur Pillet, est que *Horla* n'est qu'un conte fantastique à la manière d'Edgar Poë et que la trame en est construite beaucoup trop logiquement et régulièrement pour qu'on puisse y reconnaître l'œuvre d'un écrivain dont le délire conduit la plume. Bien que l'on puisse établir dans certains ouvrages antérieurs un rapprochement entre les états pathologique et psychique de Maupassant et les sujets qu'il a traités — prodromes de ses migraines dans *Sur l'eau,* de ses hallucinations dans *Lui, Qui sait ?, Apparition* — il ne s'en suit pas que l'œuvre entière a été conçue, écrite sous l'action de la névrose.

Maupassant, à ses débuts en littérature, soumettait chaque dimanche à Flaubert, juge difficile, ses vers et sa prose de la semaine. Lorsque parut *Boule de suif,* le public ratifia l'avis de Flaubert : « C'est un chef-d'œuvre ». Le disciple maintenant maître de soi, va de 1880 à 1890, date extrême de sa production, faire paraître en moyenne trois volumes par an, auxquels il faut ajouter plusieurs centaines de contes. C'est dire qu'il est doué d'une facilité incomparablement supérieure à celle de Flaubert ; le malheur veut qu'il ne vive pas monastiquement comme l'ermite de Croisset. L'excès de labeur intellectuel joint aux excès physiques de toutes sortes doit fatalement, sur un terrain mal prédisposé à la défense par suite d'hérédité, assurer une victoire facile à la maladie.

Dans un de ses billets paternels, Flaubert, le 15 juillet 1898, adressait ces reproches à Maupassant : « Trop de p ..... ! trop de canotage ! trop d'exercice ! oui, Monsieur ! ». Guy, sans doute narrait volontiers à son père spirituel, ses exploits de canoteur à Asnières, Chatou, Maisons-Laffitte ou Sartrouville ; il ne tenait probablement pas secrètes pour lui ses trop nombreuses aventures féminines ; mais lui avouait-il qu'il usait de stupéfiants ? Car Maupassant se droguait, dit le Docteur Meuriot : « Il buvait de l'éther, de la cocaïne, du haschich, il se morphinisait ; bref, il a couru toute sa vie après des jouissances qu'il n'a jamais pu atteindre ». En réalité, n'était-ce pas en même temps que les jouissances, l'oubli de sa neurasthénie, de son *spleen* incurables qu'il recherchait ? « Je me résume, mon cher Guy, lui écrivait encore Flaubert, prenez garde à la tristesse. C'est un vice, on prend plaisir à être chagrin et quand ce chagrin est passé, comme on y a usé des forces précieuses, on en reste abruti. »

Succès littéraires et passionnels n'empêchaient pas l'écrivain d'être la victime tourmentée de misères physiques presque constantes. A ses effroyables migraines s'ajoutèrent douleurs rhumatismales, maux d'yeux, troubles cardiaques, d'estomac. Et Maupassant ironise : « Baraduc pense que mes troubles de l'estomac viennent du foie. Après le foie on découvrira qu'ils viennent du nez ».

En 1887 il ne pouvait manger ni potage, ni rôti, et buvait seulement du thé. Depuis longtemps il courait les stations thermales ; dès 1878 il soignait son arthritisme aux eaux de Louèche. Plus tard ce furent des cures à Châtel-Guyon, Plombières, Champel, Divonne, Luchon... La spécificité de Maupassant est aujourd'hui admise. Pourtant l'écrivain interrogé par son oculiste, le Docteur Landolt, et par le Professeur Pierret qui pressentaient cette spécificité, la nia. « Il s'agit donc, remarque le Docteur Pillet, d'une syphilis ignorée car Maupassant était bien l'homme dégagé des préjugés et il est bien étonnant qu'il ait caché un fait aussi important alors qu'il tenait tant à sa santé ». La demi-paralysie de sa paupière gauche aurait été une suite des migraines. Le Docteur Landolt assure que son malade n'eut jamais d'iritis spécifique (1).

(1) Le Docteur Landolt a écrit le 22 octobre 1909 au Docteur Pillet : « Si j'ai pu, longtemps d'avance, prévoir le mal auquel Maupassant a succombé, c'est que les examens soigneux de la réaction pupillaire et de l'amplitude d'accommodation m'ont montré, sur l'un des yeux, de considérables variations ». Quelques jours plus tard, le Docteur Landolt dit encore : « Quant à la question syphilis, le malade n'a eu connaissance d'aucune infection et je ne lui ai trouvé aucun symptôme caractéristique ».

Le mal pourtant, quel qu'il fût, cheminait sourdement ; avec son développement vint la manie des grandeurs : Maupassant, vers 1890, portait ses armoiries sur la coiffe de son chapeau, se faisait appeler M. le Marquis par son domestique, avait en permanence le Gotha sur son bureau et racontait qu'au cours d'une visite (qui n'avait eu lieu que dans sa pauvre cervelle) l'amiral Duperré lui avait fait rendre les honneurs par salves de coups de canon. Physiquement, le disciple de Flaubert n'était plus reconnaissable. Maurice Talmeyr le vit pour la dernière fois à cette époque dans les bureaux du *Gil Blas*, rue Gluck, «pauvre être étique et ridaillé, un vrai squelette flottant dans ses vêtements, mais dans des vêtements d'une élégance outrée avec gilet de satin et gros diamants à la chemise ».

Pour bien concevoir le tragique de la situation de Maupassant en dépit de ses bijoux, pendant l'évolution de sa maladie, il faut réfléchir à ce propos qu'il tint un jour au Docteur Frémy :

— Ne croyez-vous pas que je m'achemine vers la folie ? Si cela était, il faudrait m'avertir. Entre la folie et la mort, il n'y a pas à hésiter : mon choix est fait d'avance.

Mieux encore; il faut lire ces phrases de Hérédia : « Il était célèbre, riche et fort. Il paraissait heureux. On l'enviait. Nul ne fut plus vraiment misérable. A notre dernière rencontre, il me dit longuement sa mélancolie, l'ennui de la vie, la maladie grandissante, les défaillances de sa vision et de sa mémoire, ses yeux cessant tout à coup de voir, la nuit totale, l'aveuglement persistant un quart d'heure, une demi-heure, une heure. Puis, la vision revenue, dans la fièvre du travail repris, un arrêt subit de la mémoire... »

Depuis plusieurs années la phobie du froid lui avait fait abandonner les rivages de la Manche ; à bord de son yacht *Bel Ami* il croisait désormais en Méditerranée. Pendant la nuit du 1er janvier 1892, à Cannes, luttant contre la démence envahissante, Maupassant se souvenant de son entretien avec le Docteur Frémy, voulut se tuer avec un revolver. On avait eu soin de décharger l'arme ; il tenta ensuite de se couper la gorge avec un coupe-papier acéré. François, son domestique, accourut à ses cris :

— Voyez ce que j'ai fait, lui dit-il. Je me suis coupé la gorge, c'est un cas absolu de folie.

Et malheureusement c'en était un en effet : le cou suturé, le blessé pressait maintenant François de partir avec lui... à la guerre !

Dans la maison du Docteur Blanche, à Auteuil, où Maupassant passa ses dix-huit derniers mois, il jouait au billard, faisait de longues promenades dans le jardin, contemplait durant des heures les plantes, les fleurs ; en proie à des hallucinations il voulait parfois se battre avec un ennemi invisible ou prétendait qu'on le volait. Après une lente agonie inconsciente coupée de crises épileptiformes, il mourut le 6 juillet 1893. Ses dernières paroles furent : « Des ténèbres ! Ah ! des ténèbres ! » Ce fut la phase ultime du drame réalisant la tragique prophétie de l'écrivain à José-Maria de Hérédia : « Je suis entré dans la vie littéraire comme un météore et j'en sortirai comme un coup de foudre. »

Michel RENAULT.

UN TRICENTENAIRE CANADIEN ET FRANÇAIS

Il s'agit de l'Hôtel-Dieu de Québec, fondé par une grande dame de la cour de Louis XIII, la duchesse d'Aiguillon, nièce de Richelieu.

Marie-Madeleine de Wignerod, fille d'une sœur de Richelieu, était orpheline quand son oncle et tuteur devint ministre de Louis XIII. Richelieu l'emmena à la cour et sans la consulter, ainsi qu'il était de coutume, la maria à 16 ans au marquis de Combalet, neveu du favori le duc de Luynes. Combinaison politique probablement.

Deux ans plus tard, son mari s'étant fait tuer devant Montpellier, elle entrait au Carmel de la rue Saint-Jacques. Mais le cardinal, interrompit son noviciat et la contraignit à revenir à la cour où elle devint dame d'honneur de Marie de Médicis. Elle fut une des habituées de l'hôtel de Rambouillet et c'est à elle que Corneille dédia éventuellement Le Cid.

Jeune, riche, influente par la grande affection que lui témoignait son oncle, la marquise se voua pourtant à la piété et aux bonnes œuvres. Elle combla de ses dons les missions étrangères à Paris et à Rome, le séminaire de Saint-Sulpice, les hôpitaux de Paris, de Marseille et d'Alger, et fonda de ses deniers les consulats d'Alger et de Tunis dans le but d'y protéger les missions de M. Vincent (le futur Saint Vincent de Paul) lui avait représenté les périls.

Elle obtint aussi de son oncle qu'il confiât aux Jésuites toutes les missions de la Nouvelle-France et voulut « aider au salut des pauvres sauvages » en leur envoyant, là même où Québec commençait à sortir de terre, des religieuses hospitalières de Dieppe.

Le 16 août 1637 elle donnait 22.400 livres pour fonder un hôpital à Québec et le 5 janvier 1639, elle concédait encore 18.000 livres.

En fait la marquise de Combalet paraît avoir été une sainte femme. Le 1er janvier 1638 Louis XIII lui fit un exceptionnel honneur : il créa pour elle, veuve et sans enfants, le duché-pairie d'Aiguillon, d'où le nom de duchesse d'Aiguillon qu'elle garde dans l'histoire.

G. L.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical «

Assemblée générale ordinaire du 8 juin 1939

L'Assemblée générale s'est réunie au siège social de la Ligue, 37, rue de Bellefond, à Paris, le jeudi 3 juin 1939, à 15 heures et demie, sous la présidence de M. le Docteur Julien NOIR, vice-président, remplaçant M. le Docteur VIMONT, président, empêché, avec l'assistance des membres du Conseil.

M. le Président constate que la convocation à la présente réunion a été publiée dans le n° 18 du *Concours Médical*, du 30 avril 1939. En conséquence, l'Assemblée générale est régulièrement constituée et peut valablement délibérer.

Le Docteur Paul BOUDIN, secrétaire général, malade est excusé. L'assemblée lui adresse ses souhaits de prompte guérison.

1° Rapport du Secrétaire général

Ce rapport, sur le fonctionnement de la Ligue au cours de l'exercice 1938 a été publié dans le n° 20 du *Concours Médical* du 14 mai 1939.

M. le Docteur FISCHER, secrétaire général adjoint, remplaçant M. le Docteur Paul BOUDIN, secrétaire général, auteur du rapport, empêché, commente brièvement le rapport et en lit les principaux passages.

Personne ne demandant la parole, M. le Président en met aux voix l'approbation, qui est votée à l'unanimité.

2° Rapport du Trésorier

Le rapport du trésorier sur les comptes de l'exercice 1938 a été publié dans le n° 20 du *Concours Médical* du 14 mai 1939.

M. le Docteur LAVALÉE, trésorier, donne quelques explications sur son rapport.

3° Rapport des Commissaires contrôleurs

Le rapport ci-après des Commissaires des comptes sur l'exercice 1938 est lu par M. le Docteur VILPELLE, l'un d'eux :

Nous venons vous rendre compte de la mission que vous nous avez confiée dans l'Assemblée générale du 14 juin 1938. Au siège social du Sou Médical, le trésorier nous a présenté des livres que nous avons pu examiner et compulser en toute liberté ; il nous a donné aussi clairement que possible toutes les explications que nous lui avons demandées. Les comptes sont exacts et conformes aux chiffres portés dans le rapport du trésorier publié dans le n° 20 (14 mai 1939) du *Concours Médical*.

Nous avons vérifié le portefeuille et avons été frappés de la compétence avec laquelle il avait été géré. Lors d'une réalisation de valeurs en vue de l'acquisition de l'immeuble, le prix de vente s'est trouvé supérieur d'une façon très appréciable au prix d'achat.

Nous vous demandons d'approuver les comptes du Trésorier en le remerciant du soin avec lequel il s'est occupé des intérêts du Sou.

Signé : Dr VILPELLE. Dr HERVOUET.

4° Approbation des comptes de l'exercice 1938

Personne ne demandant la parole, M. le Président met aux voix l'approbation des comptes de l'exercice 1938.

Cette approbation est votée à l'unanimité.

5° Fixation de la cotisation de l'exercice 1940

Sur la proposition de M. le Président, au nom du Conseil, l'Assemblée décide, à l'unanimité, que la cotisation de l'exercice 1940 est fixée à cent trente francs.

6° Renouvellement de la série sortante des membres du Conseil

M. le Président explique que, conformément aux statuts, il y a lieu de procéder au renouvellement des membres du Conseil sortant cette année, savoir :

M. le Docteur NOIR, vice-président ;
M. le Docteur LAVALÉE, trésorier ;
M. le Docteur MIGNON, administrateur ;
M. le Docteur MOLINERY, administrateur.

Tous sont rééligibles.

La réélection de ces quatre membres du Conseil, mise aux voix par le M. le Président, est votée à l'unanimité.

7° Election de deux Commissaires contrôleurs

M. le Président explique qu'il y a lieu de nommer deux Commissaires pour l'examen des comptes de l'exercice 1939 et que MM. les Docteurs VILPELLE et HERVOUET, commissaires sortants, sont rééligibles.

MM. VILPELLE et HERVOUET, commissaires sortants, sont réélus, à l'unanimité, commissaires contrôleurs pour l'exercice 1939.

Rien n'étant plus à l'ordre du jour, la séance est levée à 16 h. 1/4.

MUTUALITÉ FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Assemblée générale du 8 juin 1939

L'Assemblée générale ordinaire de la Mutualité familiale, dont la convocation a été publiée dans le *Concours Médical* du 7 mai dernier, s'est tenue aux bureaux du journal le 8 juin à 17 heures sous la présidence du Docteur Noir.

Le Président présente les excuses de MM. Vimont et O'Followel, vice-présidents, et Boudin, administrateur ; à ces deux derniers, retenus par la maladie, il exprime des souhaits de prompt rétablissement.

Se sont aussi excusés MM. Chevallier et Marcel Mignon.

La parole est ensuite donnée au Secrétaire général pour présenter et commenter son rapport paru dans le *Concours Médical* du 14 mai 1939. Celui-ci expose que la Société poursuit normalement sa carrière à ceci près que, la situation internationale faisant sentir ses répercussions sur la vie professionnelle des jeunes médecins dont bon nombre sont actuellement mobilisés ou en passe de l'être, le recrutement de nouveaux adhérents est gêné de ce fait. Aucun moyen de propagande ne saurait prévaloir contre un abandon si légitime des idées de prévoyance. Il ne reste qu'à formuler l'espoir de voir bientôt l'Europe revenir au calme.

Le rapport du secrétaire général est adopté à l'unanimité.

M. Jean Mignon présente ensuite le rapport du trésorier publié dans le *Concours Médical* du 14 mai 1939 et d'où il ressort que les finances de la Société sont dans une situation entièrement satisfaisante.

M. Meillet, architecte et gérant de l'immeuble de la rue Erlanger, expose les conditions dans lesquelles se présente la gestion de cet immeuble, les travaux déjà faits et à faire (et dont il avait du reste été tenu compte dans la discussion du prix d'achat). L'Assemblée charge M. Meillet d'étudier les devis qui lui seront soumis pour le ravalement et de faire des propositions au Conseil.

Quitus est donné à M. Meillet de sa gestion.

M. Collomb, actuaire, donne ensuite lecture du rapport des commissaires aux comptes dont voici le texte :

Rapport de MM. les Commissaires aux comptes sur l'exercice 1938

Messieurs,

Conformément aux prescriptions des statuts de la Mutualité familiale du Corps médical français et au mandat qui nous a été donné au cours de l'Assemblée générale précédente, nous avons examiné les comptes de votre Société pour l'exercice 1938.

Notre vérification a porté tout d'abord sur la situation et la composition du portefeuille des valeurs qui constituaient l'actif de la Mutualité familiale du Corps médical français au 31 décembre 1938.

Cet actif, qui s'élevait à la fin de 1937 à 11.291.263 francs comprenait, outre les disponibilités et fonds en banque nécessaires à la trésorerie, exclusivement des valeurs mobilières.

Les opérations réalisées en 1938 peuvent se résumer ainsi :

Achat d'un immeuble figurant à l'actif pour une somme de	1.367.730,50
Souscription de valeurs...............	2.200 »
Remboursements de valeurs..........	142.403,94

Les mouvements sur les valeurs mobilières se réduisent, en fait, aux opérations nécessitées par la gestion pure et simple du portefeuille antérieur, tous les fonds disponibles ayant été investis en un achat d'immeuble.

Nous avons pu vérifier la parfaite concordance de ces diverses opérations avec les écritures portées dans vos comptes et qui aboutissent, en fin d'année, à un actif de 12.257.600 fr. 23.

Nous avons, en outre, vérifié par divers sondages, la correction des écritures de trésorerie passées en cours d'année. Nous avons notamment constaté que les paiements d'indemnités et de rentes effectués correspondaient bien aux sommes ordonnancées par votre Conseil d'administration.

Nous concluons donc à l'approbation sans réserve des comptes de l'exercice 1938.

Les Commissaires aux Comptes :

L. Collomb, Docteur Molinéry, Docteur Laufer, Docteur Rigal, Docteur Arago, Docteur Bayard

Le rapport des trésoriers est alors adopté à l'unanimité et le Président les remercie et les félicite de leur gestion.

L'ordre du jour appelle ensuite l'examen des cotisations de gestion. M. Jean Mignon expose que l'état actuel de compte de gestion est satisfaisant et n'impose pas une élévation des cotisations ; celles-ci seront donc calculées suivant le barème en vigueur lors du dernier exercice.

Il y a lieu de renouveler statutairement une partie des membres du Conseil. MM. Vimont, vice-président, Fischer, trésorier, Hervouet et Chevallier, membres, sont réélus à l'unanimité.

La désignation comme vice-président de M. Henri Mignon, secrétaire général honoraire, en remplacement du Docteur Pamart, décédé, est ratifiée.

MM. Collomb, Arago et Bayard, commissaires aux comptes, se voient renouveler leur mandat.

Certaines mesures éventuelles sont enfin envisagées à l'effet de déclencher un contrôle auprès de certains malades dont l'état semblerait au Conseil devoir être précisé.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 18 h. 30.

Le Secrétaire général,

G. Lavalée.

Nos réunions médicales

◆ ❖ ◆

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES

(24-28 juin 1939)

Pour leur XVIIIe session les célèbres Assises belges ont voulu rehausser encore leur attrait, et c'est sur les rives de la Meuse, à Liège, qu'elles ont, cette année, élu domicile.

A des oreilles françaises Liége évoque une page d'héroïsme inoubliable et je suis sûr que pas un seul de mes compatriotes n'a pu débarquer à la gare, en cette journée d'été, sans vouer une pensée à cet autre été, vieux déjà de 25 ans, qui fit, et à jamais, la gloire de Liége

Mais cette année, par bonheur pour elle, c'est d'autres fastes que se soucie la ville. Elle resplendit d'un éclat de fête et montre orgueilleusement aux étrangers son Exposition internationale de l'eau et son canal Albert. Deux œuvres pacifiques, qui témoignent que la Wallonie est toujours une terre vivace et fertile en grands desseins fermement mûris, fermement réalisés.

Asussi faut-il remercier les organisateurs des Journées médicales de Bruxelles, et particulièrement nos nos confrères et amis de *Bruxelles-Médical*, Mayer et Beckers, d'avoir émigré jusqu'ici et de nous avoir conviés à les suivre.

Ces Journées ont connu un succès qui, pour elles, est de tradition et, pour leurs hôtes, une raison permanente de les admirer.

Placées sous le haut patronage de S. M. la Reine Elisabeth et de S. M. le Roi, et sous la présidence de M. le Professeur Ernest Renaux, membre de l'Académie Royale de médecine, elles ont été inaugurées dans la salle des séances académiques de l'Université de Liége.

Des officiers en font les honneurs, et le buste du Roi Albert domine la chaire. Liége nous fait ainsi l'accueil qu'on pouvait attendre d'elle.

Après le discours d'ouverture de M. le ministre de la Santé publique, le Professeur Mauriac, président de la délégation officielle française remercie, au nom des délégations étrangères, les organisateurs des « Journées » d'avoir « osé » en une année comme celle-ci.

Puis le Docteur René Beckers prononce son allocution de bienvenue, et le Professeur Renaux, président des « Journées médicales », homme de laboratoire, proclame que les conquêtes de laboratoire, si elles émettent parfois des prolongements, dont la portée est imprévisible, ne doivent pas faire oublier au médecin qu'il exerce d'abord et avant tout un art.

En fin le Professeur Mauriac offre à l'assistance une conférence lourde de réflexion, dont il est rendu compte d'autre part, et qui est accueillie par des applaudissements chaleureux.

Les Journées de Liége ont donné lieu, comme les devancières, à des communications nombreuses et du plus haut intérêt.

La médecine française y fut représentée par les Docteurs Grégoire Baumgartner, Rouvillois, Mathieu-Pierre Weil, Bazy, Fribourg-Blanc, Coste de Fourmestraux, Forestier, Jolfrain, Paul Descomps.

Quant aux festivités, elles furent comme toujours de premier ordre ; concert symphonique à l'Exposition, excursion à Spa, promenade nautique sur le canal Albert.

Je ne sais quelle put être l'impression des participants des trente-quatre autres nations représentées, et dont certains venaient de lointains continents. Mais il certain que les Français, durant ces Journées de Liége, ont ressenti avec une particulière douceur l'accueil fraternel de nos amis belges et qu'à aucun moment ils ne se sont aperçus qu'ils avaient passé une frontière.

Il est à souhaiter que nos compatriotes aillent nombreux admirer l'Exposition de l'Eau, qui aligne ses pavillons et ses jardins sur les deux rives de la Meuse et aussi ce magnifique canal Albert, qui vient d'être mis en service. Il a coûté dix années de travail et deux milliards de francs et dès maintenant donne accès aux navires de mer jaugeant jusqu'à 2.000 tonnes. Liége est ainsi en relations directes avec les pays d'outre-mer. A lui seul ce canal est une leçon.

Il en est une autre que le voyageur glane en se promenant par les rues : partout dans les magasins et sur les murs, est affiché ce précepte : « Soyez optimiste. »

Venant des Liégeois, et en cet été 1939, il ne me manque pas d'allure !

G. LAVALÉE.

✲ ✲ ✲

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE

Assemblée générale du premier semestre

(*Compte rendu succinct*)

L'Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine a eu lieu le vendredi 9 juin 1939, à 21 heures, dans la grande salle de l'Hôtel de la Confédération des Syndicats médicaux français, 60, boulevard de La Tour-Maubourg, sous la présidence de M. Boelle, président.

Dans son allocution, très applaudie, le Docteur BOELLE évoque la situation difficile où se débat le médecin praticien exerçant dans la région parisienne, en butte à la concurrence déloyale des œuvres philanthropico-commerciales, telles que sont devenues l'Assistance publique et les dispensaires.

Il retrace les efforts tentés par le Conseil d'administration et le Bureau du Syndicat des médecins de la Seine depuis le meeting du 4 novembre pour améliorer cette situation, les démarches faites auprès des ministères de la Santé publique et du travail, du Directeur de l'Assistance publique et l'adhésion au Comité interprofessionnel des contribuables parisiens, qui cherche à réaliser des économies budgétaires.

Si partout, dit-il, nous avons rencontré bon accueil, nos réclamations ne reçoivent pas satisfaction aussi vite que nous le désirons et nous devons envisager non seulement la continuation de nos démarches, mais de faire appel à nouveau à l'opinion de la masse du Corps médical en organisant prochainement un nouveau meeting avec un objet bien précis, celui des abus constatés dans le fonctionnement et l'application de la loi des Assurances sociales. Nous pourrons alors intensifier la lutte que nous aurons à soutenir contre les personnalités responsables de ce déplorable état de choses, préjudiciable à la fois aux intérêts des assurés sociaux et des médecins.

M. JODIN, au nom du Conseil d'administration, présente ensuite le rapport sur les Assurances sociales, question d'actualité, qui passionne l'assistance et provoque de nombreuses interventions de la part des collègues présents, notamment de MM. MENEGAUX, MASMONTEIL, COLOMBET, SÉNÉCHAL, chirurgiens, DEGUY, HARTMANN, DOURNEL, etc...

Finalement, l'ordre du jour suivant, présenté par M. Dournel est mis aux voix.

« L'Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine, réunie le 9 juin 1939,

« Accepte que la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine traite pour les chirurgiens avec les Caisses sur les bases suivantes :

« 1° Séparation absolue des tarifs d'hospitalisation et des honoraires chirurgicaux ;

« 2° Liberté pour le chirurgien de déclarer par écrit qu'il applique ou qu'il n'applique pas dans le cas particulier le tarif syndical minimum. »

Le premier paragraphe est adopté à l'unanimité.

Le second est repoussé à l'unanimité moins cinq voix et une abstention.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Le Deuxième Salon de la France d'Outre-Mer.** — Le deuxième Salon de la France d'Outre-Mer, activement préparé sous la présidence de M. Louis Rollin, député, ancien ministre des Colonies, aura lieu à Paris, du 23 novembre au 10 décembre, au Grand Palais;

La participation officielle de la France d'Outre-Mer sera assurée par les Agences économiques de l'Algérie, de Tunisie, du Maroc, de l'Indochine, de l'A. O. F., de Madagascar et de l'Agence des Colonies autonomes, de l'Afrique équatoriale et des Territoires sous mandat.

Ce sera la plus grande manifestation coloniale depuis la dernière exposition universelle, et dans les circonstances présentes, les liens qui unissent la Métropole à tout l'Empire français et que M. Georges Mandel, ministre des Colonies, s'est efforcé de resserrer si étroitement depuis un an, seront affirmés par la présentation exceptionnellement importante de la France d'Outre-Mer.

Cette représentation revêtira un double caractère :

D'une part, elle mettra sous les yeux des visiteurs l'ensemble des ressources matérielles de nos colonies, d'autre part, elle mettra en lumière l'œuvre humaine et civilisatrice à laquelle la France s'est attachée.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

CORRESPONDANCE

MUTUALITÉ FAMILIALE

Témoignage

Un bel exemple convient mieux qu'une belle théorie.

A ceux qui estimeraient que nous rabâchons toujours les mêmes antiennes sur la prévoyance nécessaire et l'incertitude de l'avenir, je dédie cette simple lettre. Elle a un accent qui ne trompe pas. Ce confrère a senti passer le vent du boulet :

Mon cher Confrère,

J'ai bien reçu toutes les indemnités que vous m'avez versées si régulièrement durant ma maladie du 27 février au 25 mai 1939.

Je témoigne que notre Association m'a été, durant cette longue épreuve, d'une aide réelle et efficace. J'en remercie tous ses membres.

Bien confraternellement,

P. c. c., *le Secrétaire général :*
G. Lavalée.

ACCIDENTS

3.756. — Montant de l'indemnité journalière d'un accidenté du travail

La nouvelle loi sur les accidents du travail dit que le demi-salaire est de 75 %, à partir du 90e jour. Date d'application : 1er janvier.

Un blessé du 25 décembre, encore en traitement bénéficie-t-il de cet article ou seulement les blessés accidentés après le 1er janvier ?

Dr L.

Réponse

La nouvelle loi sur les accidents du travail entrée en vigueur le 1er janvier 1939 fixe l'indemnité temporaire journalière due pendant la durée de l'incapacité temporaire sans distinction entre les jours ouvrables et les dimanches et jours fériés, à 50 % du salaire journalier touché par la victime au moment de l'accident. Mais, à partir du 33e jour après celui de l'accident, l'indemnité journalière est portée de 50 % à 66,66 % du salaire. Par contre, il n'existe dans la loi aucune disposition élevant la quotité de l'indemnité journalière à 75 % à partir du 90e jour.

La loi nouvelle entrée en vigueur le 1er janvier 1939 est applicable aux accidents survenus depuis cette date. Les accidents antérieurs restent soumis à l'ancienne législation.

3.576. — La limitation des honoraires ne s'applique pas en cas d'accident individuel

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me faire connaître si les Compagnies d'assurances ont le droit d'appliquer le tarif accident du travail dans leurs règlements de sinistres couverts par une assurance individuelle. Plusieurs fois le cas s'est présenté pour moi et j'ai l'impression que les Compagnies se comportent différemment.

Dans deux cas j'ai donné un reçu acquitté à mon client à charge pour lui de se faire rembourser par son Assurance et les Compagnies n'ont dû rembourser que partiellement les frais. (Assurance individuelle dans un cas, assurance d'un club de foot-ball dans un autre. Dans un autre cas, si mes souvenirs sont exacts, il en a été de même pour un élève blessé dans un collège.)

Puis-je réclamer ? Ou mon client peut-il réclamer ?

Dr D.

Réponse

Le tarif des accidents du travail ne concerne que les honoraires du médecin traitant choisi par la victime, que la loi met à la charge du chef d'entreprise responsable. Il n'est donc pas légalement applicable en d'autres matières que celle des accidents du travail.

Mais, dans une assurance individuelle, les parties ont la faculté de fixer sur quelle base les frais médicaux et pharmaceutiques seront éventuellement remboursés par l'Assurance. Il arrive souvent que le tarif d'accidents du travail soit adopté comme base de remboursement.

Cette stipulation, valable entre les parties, c'est-à-dire entre l'assuré et l'Assurance, n'est pas opposable aux médecins qui sont appelés à donner leurs soins à l'assuré.

Ceux-ci restent toujours fondés à considérer leur client comme un client de droit commun et à se faire payer par lui leurs honoraires suivant leur tarif syndical.

Si le tarif syndical est plus élevé que le tarif des accidents du travail, la Compagnie ne rembourse évidemment qu'une partie des honoraires; la différence restant à la charge de l'assuré.

Pour éviter ce résultat, il appartient aux assurés de faire stipuler dans leurs polices que les frais médicaux seront supportés par l'Assurance suivant le tarif syndical en vigueur et non suivant le tarif des accidents du travail.

3.734. — Autopsie d'un accidenté du travail

J'ai été commis dimanche par M. le Procureur de la République pour aller faire à 45 kilomètres l'autopsie d'un homme, mort quelques jours après une blessure légère reçue au cours de son travail.

Il s'agissait de savoir si la mort était due à une maladie intercurrente, ou si, au contraire, elle était en corrélation avec la blessure faite en travaillant.

Je vais conclure à septicémie, due à la blessure et ayant entraîné la mort. La responsabilité de l'Assurance est donc engagée.

M. le Procureur vient de me dire qu'il lui paraît que les honoraires dus pour l'autopsie ne sont pas ceux des autopsies faites pour le Tribunal en temps habituel. Il s'agirait, d'après lui, de la nouvelle loi sur les accidents du travail et d'honoraires spéciaux, qu'il n'a pu me faire connaître, d'ailleurs...

Veuillez donc me renseigner s'il vous plaît : s'il s'agissait d'un crime, je compterais :

45 kilomètres aller et retour	90 fr.
Indemnité de séjour (plus de 20 kilomètres)	30 fr.
Autopsie	120 fr.
Total........................	240 fr.

Comme il s'agit d'une autopsie, pour décès consécutif à un accident du travail, que dois-je compter ? A qui doit être présentée la note ? Au Parquet qui m'a commis, ou à l'Assurance ?

Dr L.

Réponse

Suivant le dernier alinéa de l'art. 11 de la loi du 1er juillet 1938 qui a modifié la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, le Juge de paix doit, lorsqu'une des parties le demande et s'il le juge utile à la manifestation de la vérité, présenter sans délai au Procureur de la République du ressort une requête afin d'autopsie du cadavre, dans les conditions prévues aux articles 303, 304 et 305 du Code de Procédure civile (ces articles ont trait aux expertises en matière civile).

C'est sans doute en application de cette disposition nouvelle que vous avez été commis par le Procureur de la République pour procéder à l'autopsie. S'il en est bien ainsi vos honoraires ne pouvaient, en effet, vous être réglés au titre des frais de justice en matière criminelle.

Mais en matière civile, il n'existe aucune tarification des honoraires des experts. Ceux-ci doivent proposer les honoraires que leur paraissent justifier le temps passé et les difficultés rencontrées dans l'accomplissement de leur mission.

Nous vous conseillons donc de demander, en l'espèce, les indemnités de déplacement que vous allouerait le tarif des frais de justice criminelle, plus vos honoraires d'autopsie sur une base supérieure à celle du tarif criminel.

Reste à savoir qui doit payer vos honoraires. Si l'autopsie a été demandée par les ayants droit du blessé ou prescrite par le Juge de paix lui-même, les frais incombent à l'Assistance judiciaire. Si, au contraire, c'est l'Assurance en cause qui a sollicité l'autopsie, c'est elle qui doit vous régler directement.

4.095. — Accident survenu à un voyageur transporté en autocar

Veuillez me dire quel est le tarif applicable (accidents du travail ou droit commun) à un blessé, lors d'un accident d'autocar, quand il s'agit d'un homme transporté à titre onéreux par l'autocar et que l'autocar est en faute (accident mécanique, volant fonctionnant mal). Y a-t-il déclaration à la mairie ou non ?

Y a-t-il attaque en Justice ou non ? La Compagnie se considère responsable et a visité le blessé, mais je n'ai pas d'écrit.

Dr L.

Réponse

En principe, l'accident dont est victime un voyageur transporté à titre onéreux dans un autocar, au cours de l'exécution d'un contrat de transport ne saurait constituer, dans les rapports entre la victime et l'entrepreneur de transport, un accident du travail.

Dans ce cas, l'entrepreneur de transport et son Assurance sont tenus de réparer le préjudice causé conformément aux règles du droit commun et le médecin ne possède contre eux aucune action directe en paiement de ses honoraires.

Il doit se faire régler par le blessé lui-même suivant son tarif syndical et non pas suivant le tarif des accidents du travail, sauf à lui remettre un reçu pour lui permettre d'en comprendre le montant dans sa demande d'indemnité.

Mais la situation peut être légèrement différente dans le cas où le déplacement en autocar a été effectué par un salarié pour le compte et sur l'ordre de son patron. Il s'agit alors d'un accident du travail dont un tiers est responsable, cas prévu par l'art. 7 de la loi du 9 avril 1898.

En pareil cas, le blessé conserve contre son patron, tous les droits de la législation sur les accidents du travail et peut réclamer au tiers responsable la différence entre l'indemnisation forfaitaire des accidents du travail et l'indemnisation totale du droit commun. Dans ce cas seulement, le médecin doit se faire payer par le patron responsable suivant le tarif des accidents du travail.

3.864. — Envoi du certificat initial de l'accident

Les mines d'A. à qui j'envoie les certificats de blessé par le blessé lui-même, ont refusé ces certificats sous prétexte que c'est le médecin lui-même qui doit les envoyer par la poste, c'est dans la loi, qu'ils disent. Or j'ai bien vu ça pour la carte-lettre et c'est tout. On doit les adresser à l'employeur mais on ne dit pas comment. Ça fait trente ans que je les envoie par les blessés et ça a toujours bien marché.

Peut-être que je devrais les remettre au blessé dans

une enveloppe (qu'ils disent aussi), mais ça n'est pas écrit davantage dans la loi.

Je vous serais obligé de vouloir bien me dire ce que vous en pensez. Dr D.

Réponse

Suivant l'art. 4, de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, telle qu'elle a été modifiée par la loi du 1er juillet 1938, entrée en vigueur le 1er janvier 1939, le praticien est tenu d'adresser à l'employeur, dès que les conséquences en sont connues, et au plus tard dans les huit jours qui suivent l'accident, un certificat en double exemplaire prévu par l'art. 11, c'est-à-dire le certificat destiné à être déposé à la mairie.

La loi ajoute que faute pour le praticien de se conformer à cette prescription (et aussi à celle qui concerne l'envoi de la carte recommandée), le chef d'entreprise et la victime ou ses ayants droit ne sont pas tenus pour responsables des honoraires.

Ainsi donc la loi vous fait l'obligation de faire parvenir directement au chef d'entreprise, le certificat initial en double exemplaire. Il est certain que cet envoi doit être effectué par la poste pour qu'il parvienne avec certitude au chef d'entreprise et dans le délai imparti par la loi. En remettant le certificat au blessé même sous enveloppe fermée, vous n'êtes jamais sûr que le nécessaire sera fait.

FISCALITÉ

3.973. — Contribution nationale de 2%

Je vous serais obligé de vouloir bien demander à votre conseiller fiscal toutes directives utiles sur la façon dont je dois m'acquitter de l'impôt de 1 % sur les salaires que je paie à mon personnel domestique tant privé que professionnel.

Prenant comme base les chiffres de l'année 1938, soit 4.200 francs pour le personnel professionnel et 5.000 francs pour le personnel domestique, quelle somme dois-je verser au fisc et à quelles époques, étant donné que ces sommes sont payées à trois personnes différentes, soit environ 4.000 à la première, 3.000 à la seconde et 2.200 à la troisième.

Peut-être la modicité de chacun de ces chiffres dispense-t-il légalement de tout versement, mais dans ce cas est-ce que je ne risque pas des difficultés avec le fisc qui pourrait se prétendre en droit de me refuser la déduction de la part professionnelle sur mes revenus professionnels et dans ce cas n'aurai-je pas avantage à faire le versement comme si je versais le tout à une seule et même personne.

J'espère m'être expliqué assez clairement et j'attends votre réponse pour y conformer ma conduite.

Dr M.

Réponse

Vous confondez la taxe dite d'armement de 1 % et la contribution nationale exceptionnelle

de 2 % due par tous les salariés et dont les employeurs doivent opérer la retenue et sont comptables vis-à-vis du Trésor.

Il y a un minimum annuel d'exonération prévu de 6.000 francs (7.000 francs pour les assurés sociaux dont les revenus sont inférieurs à 10.000 francs par an). Par conséquent, aucune des trois personnes que vous employez ne doit la contribution nationale exceptionnelle.

A. et S. M.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

4.225. — Résiliation des engagements pour la durée de la guerre. Aptitude physique

Je viens de lire l'article du Docteur Fischer sur la nation en temps de guerre, dans le dernier *Concours*. *In fine*, l'auteur indique que les engagements à titre militaire des non-mobilisables sont résiliables « à tout moment, à la volonté de l'engagé et de l'autorité ».

Le fait est-il bien certain, et cette sérieuse différence existe-t-elle entre les engagements militaires et les engagements civils, résiliables au bout d'un an seulement ?

Autre question : le degré d'aptitude physique réelle exigé pour l'engagement militaire. Comme il ne s'agit pas d'envoyer au front des engagés déjà non mobilisables de par leur âge, qu'est-ce qui sera exigé : l'aptitude absolue, réglementaire, celle des conseils de révision ? Ou l'aptitude presque toujours seulement relative de médecins d'un certain âge, mais encore capables d'exercer en clientèle ?

La doctrine, sur ce point, paraît avoir été souvent assez floue : je connais un confrère réformé pour mutilation sérieuse en 1917, à qui l'on ne s'empressa pas moins de donner la direction d'un gros centre de spécialité, et même de l'y garder deux ans après la démobilisation comme « indispensable » —avec, bien entendu, son grade dans tous ses effets !

Tout pourrait donc bien être assez relatif, dans cette question de l'acceptation de certains réformés. Et si vous avez sur cela quelque lumière, elle pourrait un jour être utile à quelques-uns de ceux que n'attire guère le charme de la réquisition civile comparée à la situation dans laquelle les mettrait un engagement militaire.

Dr V.

Réponse

Le décret-loi du 20 mars 1939, qui a trait aux engagements pour la durée de la guerre n'envisage aucun délai pour la résiliation des engagements. Voici les termes exacts de l'article unique, alinéa 2, de ce décret-loi :

« Cet engagement qui pourra être souscrit dès le temps de paix ne devra pas avoir une durée

inférieure à un mois. Il pourra être résilié sur décision du ministre de la Guerre, soit d'office, soit à la demande de l'intéressé, et comportera éventuellement des exercices du temps de paix. »

Quant à l'aptitude physique, il semble que tout candidat, en état d'assurer encore sa clientèle, présente une aptitude suffisante pour contracter cet engagement, au moins jusqu'à l'âge de 65, 70 ans car il ne s'agit que de l'intérieur et non du front.

4.226. — Promotion au grade de médecin sous-lieutenant

J'ai été réformé au cours de mon service militaire pour affection contractée en service commandé. J'ai demandé récemment à être réintégré dans les réserves. J'ai été classé service armé et je viens d'être nommé médecin auxiliaire, après en avoir passé avec succès l'examen d'aptitude. Je voudrais savoir quelles conditions doivent maintenant être remplies pour être nommé médecin sous-lieutenant.

Je désirerais savoir aussi quels avantages procurent les cours de perfectionnement, en particulier au point de vue de la nomination au grade supérieur.

Dr Z.

Réponse

Adressez à votre directeur du Service de santé une demande à l'effet d'être promu sous-lieutenant, avec toutes références utiles (date et lieu de soutenance de thèse, etc.). Celui-ci établira votre dossier, qui sera transmis au Ministre, avec un état de proposition vers la fin du mois de février.

Il en est ainsi, chaque année. Une certaine ancienneté dans le grade de médecin auxiliaire s'impose, ainsi que des vacances parmi les médecins, déjà nommés antérieurement sous-lieutenants.

Tous les médecins de réserve de la disponibilité et de la première réserve seront obligés de suivre les cours de perfectionnement à partir du 1er octobre 1939, ainsi qu'il résulte d'un récent décret-loi. L'assiduité à ces cours offre de sérieux avantages pour l'avancement ; elle procure l'avantage d'une carte de surclassement sur les chemins de fer, pour les officiers, mais non pour les médecins auxiliaires.

4.296. — Mise hors cadres ou en affectation spéciale

Le *Concours* a publié un certain nombre d'articles sur l'organisation de la Nation en temps de guerre, et sur la situation des médecins requis pour donner les soins à la population civile. Il est tout à fait normal d'étudier cette question à fond, et je crois que vous feriez œuvre utile en réunissant tous ces articles dans un numéro spécial des suppléments mensuels. Le *Médecin de France* vient également de consacrer un numéro spécial à cette question.

Mais tous les articles parus dans la presse médicale traitent de la situation des médecins requis, ou des médecins non mobilisables. Il existe, cependant, une autre catégorie de médecins, ceux-là mobilisables, mais qui ont été placés en position « hors cadres », en affectation spéciale, pendant une durée plus ou moins longue. Leur situation n'est pas définie. Mis à la disposition de l'Administration préfectorale, ils n'auront plus leur solde, et devront paraît-il se faire honorer par une clientèle problématique. Je vous en parle, car je suis dans ce cas. Mobilisable, bien que père de cinq enfants, désigné comme médecin-chef d'un hôpital complémentaire, j'ai reçu, par décret ministériel comme trois autres confrères de la région, mon affectation spéciale pour trente jours, et cela sans autres explication, ni de la Direction du Service de santé, ni de l'autorité civile. J'ai exposé la question dans le nº 19 du *Bulletin de l'Union des médecins de services publics*, dont j'ai adressé deux exemplaires à M. Jean Mignon, à la suite de son dernier article.

Comme vous, comme notre confrère Hartenberg, j'estime qu'il faut militariser les services sanitaires de la Défense passive. Mais il paraît que l'on se heurte, en haut lieu, à de nombreuses difficultés.

Dr A.

Réponse

Certains officiers de réserve sont placés « hors cadres », lorsque, dépourvus d'emplois dans les formations des armes et services, mais maintenus à la disposition du ministre de la Guerre, ils sont affectés à certains emplois particuliers prévus ou à prévoir à la mobilisation (art. 18 de la loi du 18 janvier 1925. Statut des officiers de réserve).

La mise « hors cadres » est motivée par l'affectation spéciale à un emploi de la mobilisation administrative (art. 65, même loi).

L'officier de réserve dans les cadres ou hors cadres est en « situation d'activité », lorsqu'il est présent sous les drapeaux pour une cause quelconque (art. 16, même loi).

En ce qui concerne les prestations et allocations : en cas de mobilisation, les officiers de réserve ont, à tous égards, les mêmes droits que les officiers de l'armée active dans la même situation (art. 37 même loi).

Bref, les officiers hors cadres touchent leur solde, comme les autres, dès qu'ils sont présents sous les drapeaux (mobilisation ou périodes de réserves.

ASSURANCES SOCIALES

3.483. — Cumul de la pension d'invalidité et de l'indemnité journalière

Un de mes clients, assuré social est titulaire d'une pension d'invalidité, il continue cependant à travailler donc à cotiser, dernièrement il a arrêté le

travail pour une affection différente de celle qui motive sa pension, la Caisse refuse de lui payer son demi-salaire pendant la période d'arrêt de travail. Est-elle en droit de le faire ? Si non quelle est la marche à suivre pour qu'il touche ses prestations (demi-salaire).

Dr D.

Réponse

Le droit pour un assuré social invalide et continuant à travailler et à cotiser, de recevoir en cas de maladie d'une nature différente de celle qui a motivé sa pension, une indemnité journalière, n'est prévu par aucun texte relatif au régime de l'invalidité. Aucun texte non plus n'interdit le cumul de la pension et de l'indemnité journalière.

La seule limitation expresse dans les textes doit être trouvée dans l'article 10, parag. 7 d'après lequel le service de la pension peut être suspendu en tout ou en partie, en cas de reprise du travail, lorsque l'assuré jouit sous forme de pension et de salaire ou de gain cumulés, de ressources au moins égales au salaire dont il bénéficiait avant d'être reconnu invalide. Autrement dit, l'ensemble des ressources de l'assuré pensionné ne doit point dépasser celles dont il disposait avant d'être atteint d'une incapacité de travail.

Mais, nous pensons cependant que l'indemnité journalière ne doit pas être accordée à l'assuré invalide et pensionné, même si l'affection entraînant l'arrêt du travail est de nature différente de celle motivant la pension, ce, pour une raison qui tient à la nature même de l'indemnisation de l'invalidité en matière d'assurance sociale.

En effet, à l'inverse de ce qui a lieu dans les accidents du travail, la pension de l'invalide n'est en aucune manière proportionnelle à la réduction de sa capacité et ne dépend uniquement que du salaire de l'intéressé durant les périodes de référence. Autrement dit, l'assuré touche toujours une pension de 100 % du moment que son incapacité est comprise entre 66 et 100 %. Dans cette condition, cette pension est censée indemniser l'arrêt total du travail et l'incapacité partielle ne saurait donner lieu à une indemnité plus forte que l'incapacité totale.

Il nous semble donc en définitive, que le refus de la Caisse est en principe fondé. Si toutefois votre client veut faire trancher la question, il lui suffit de saisir du litige la Commission d'arrondissement du siège de sa Caisse-maladie, par lettre recommandée adressée au Président de cette Commission, au Greffe du Tribunal civil, dans les trois mois de la notification du refus.

3·834. — Honoraires pour accouchement à l'hôpital d'une assurée sociale

La ville a créé récemment, à côté de l'hôpital, une maternitée agréée par le Service départemental d'hygiène. Les assurées sociales y sont reçues au tarif de 25 francs par jour.

C'est au sujet des assurées sociales que je vous écris me référant au n° 23 (octobre 1938) du *Concours*, je lis : si l'accouchement a lieu dans un établissement public le tarif de réassurance est fixé à 100 % du prix de pension le plus bas exigé pour les accouchements payants, le dit prix de journée étant un prix global, comprenant l'ensemble des frais d'hospitalisation, des frais pharmaceutiques et des frais médicaux afférents à l'accouchement, dont 12 jours durant lesquels l'indemnité de demi salaire accordée à l'assuré ne comporte pas de réduction

A L... (moins de 100.000 habitants) le prix susdit est de 25 francs par jour, soit 300 francs pour les douze jours. Je désirerais savoir :

1° Sur ces 300 francs, quels sont les honoraires que doit toucher de la Caisse, ou plutôt de l'Administrasion de la Maternité, la sage-femme que choisit la parturiente puisqu'on préfère le libre-choix.

2° Cette sage-femme a-t-elle le droit de réclamer en plus à l'accouchée (comme elle le fait à domicile) la différence entre ce que lui versera la maternité et le tarif syndical d'un accouchement normal ?

3° Même question pour le médecin ou chirurgien appelé en cas de dystocie.

Dr S.

Réponse

Aux termes de l'art. 9 du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales en cas de maternité, l'assuré ou la femme de l'assuré reçoivent les prestations fixées par le tarif de responsabilité de la Caisse, prestations qui représentent l'ensemble des frais médicaux relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites. Ce tarif peut comprendre des prestations spéciales pour le cas d'hospitalisation.

Il en résulte que la prestation forfaitaire versée par la Caisse à l'établissement hospitalier comprend tout à la fois l'indemnité pour frais de séjour, les frais pharmaceutiques et l'indemnité pour honoraires médicaux ou chirurgicaux.

Il appartient en ce cas à l'établissement hospitalier de répartir cette somme forfaitaire entre le service hospitalier et le Corps médical suivant les ententes intervenues ou à intervenir entre l'hôpital et le Corps médical.

(Voir notamment réponse ministérielle, n° 829, *Journal Officiel*, 12 novembre 1936).

Il s'agit donc là au premier chef d'une question intérieure qui n'est point résolue par les textes relatifs aux Assurances sociales.

Mais il est certain que la sage-femme ou le médecin ne peut prétendre à des honoraires supérieurs à ceux prévus par le règlement intérieur et compris dans les prestations forfaitaires des Caisses. Ceci résulte du tarif de réassurance établi par l'arrêté ministériel du 7 octobre 1938, tarif d'après lequel, en aucun cas, un assuré social soigné dans un hôpital public, ne peut être traité à un prix supérieur au tarif le plus bas (frais d'hospitalisation et honoraires médicaux également compris) appliqué par ledit hôpital aux malades payants. Comme dans le cas de l'assurance-maternité le tarif de responsabilité de la Caisse est fixé à 100 % du prix de journée le plus bas exigé pour les accouchements payants, aucune indemnité supplémentaire ne saurait être demandée à l'assurée.

Il n'en irait autrement qu'au cas où l'hospitalisation n'aurait pas lieu en salle commune et se ferait dans un quartier ou pavillon séparé à la demande expresse de l'assurée. Dans une telle hypothèse, la Caisse n'aurait à verser que la somme prévue par le tarif le plus bas des malades payants et l'assurée pourrait se voir réclamer la différence existant entre ce tarif et le tarif d'admission dans les quartiers payants de l'hôpital. De toute manière, ce supplément serait fixé non point par entente directe entre la sage-femme ou le médecin et l'assuré, mais par le règlement intérieur de l'établissement.

Nous vous rappelons, en effet, que d'après l'arrêt du Conseil d'Etat du 21 février 1936 généralisé par la Circulaire Sellier du 28 septembre 1936, les médecins attachés aux établissements publics hospitaliers ne sauraient percevoir directement des honoraires des malades hospitalisés quel que soit le titre auquel ils y sont admis.

Nous vous signalons que le forfait prévu pour l'assurance-maternité peut varier suivant la nature de l'accouchement et doit être plus élevé si ce dernier est dystocique ou plural. Il y a donc lieu de prévoir dans ce cas également une indemnité pour honoraires médicaux supérieure à celle de l'accouchement normal. Enfin si nous nous trouvons en face d'une grossesse ou d'un accouchement de nature pathologique, l'assurée passe sous le régime de l'assurance-maladie et le forfait n'est plus applicable. Les honoraires médicaux et chirurgicaux sont, en ce cas, ceux fixés par le régime commun de l'assurance-maladie, c'est-à-dire, en général, soit le prix de journée de 4 francs par jour, soit un tarif à l'acte médical obtenu en affectant à la nomenclature des actes de spécialité un chiffre-clé réduit de 3,50 si le coefficient est inférieur à 24 et à 7 francs dans le cas contraire.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

Assurances sociales

4.336. — Une Caisse n'a pas le droit d'inscrire quoi que ce soit dans les colonnes de la feuille de maladie, avant de remettre celle-ci à son adhérent

Je vous serais obligé de m'expédier, s'ils existent, les numéros du *Concours Médical*, traitant des droits et prérogatives du médecin-contrôleur des Caisses d'assurances sociales. Je vous payerai le nécessaire. Je suis spécialiste en électro-radiologie. Chaque fois qu'un médecin de médecine générale m'envoie un malade et qu'il va chercher sa feuille de spécialiste à la Caisse, le médecin-contrôleur, souvent même sans voir le malade, marque le coefficient que la Caisse remboursera, quel coefficient que je puisse marquer, par la suite. Est-ce son droit ? Que dois-je faire ?

Un exemple : un malade a fait deux pleurésies et plusieurs mois de sanatorium. Il en est sorti il y a six ans. Depuis quelque temps, il maigrit, ne mange pas, se sent fatigué. Son médecin me l'adresse pour radiographie des poumons. Il va, avant de venir, chercher la feuille de spécialiste. Il me l'apporte avec la mention « scopie K5 autorisée ». Si je fais le cliché je dois mettre le coefficient K12. Dois-je écouter le médecin traitant qui me demande un cliché, ou le médecin-contrôleur qui n'autorise qu'une scopie ?

Je vous serais obligé de me documenter à ce sujet.

Dr C.

Réponse

La Caisse n'a aucunement le droit de marquer un coefficient spécial ni d'ailleurs une notification quelconque dans les colonnes des feuilles de maladie ou de spécialité, les quelles sont à remplir exclusivement par le médecin. Par contre, l'assuré social, en vue du remboursement ultérieur partiel éventuel par la Caisse doit demander à la Caisse une « acceptation de prise en charge des prestations » lorsque le praticien traitant estime nécessaire la consultation d'un second médecin spécialiste ou non, une intervention chirurgicale, des soins spéciaux ou l'intervention d'un auxiliaire médical... » (art. 24 de l'arrêté du 30 janvier 1937 fixant le règlement-type des Caisses).

Conclusions. Sur certificat du médecin traitant, l'assuré social demande à sa Caisse une acceptation de prise en charge : mais il n'appartient pas à la Caisse de toucher à la feuille de maladie. Si elle accepte la prise en charge, elle le notifie. Si elle la refuse l'assuré social pourrait en tout cas, porter l'affaire devant la Commission technique (dite des trois médecins) instituée à l'article 8, alinéa 3 de la loi, du 28 octobre 1935, Commission composée du médecin traitant, du médecin de la Caisse et d'un médecin choisi par le président du Tribunal civil.

Dr F. Decourt.

Soixante et unième année — N° 28 — 9 Juillet 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Reportage professionnel

Demi-Colonnes

A travers l'Officiel

Correspondance

◆ ◆

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg .	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro...........	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Annecy. Lortet, Pierron.
Chamonix. de Chabanolle (*enf. cure hélio-alpine*)
Jougne. (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louvese (Ardèche). J. Goubert.
Langogne (Lozère). Adrien Forestier.
Malche (Doubs). J. Chatelain.
Mégève. Marcel Grenet, Jacqueline Grenet-Gazamian (*enf.*)
Mouthe (Doubs). R. Paindestre.
Osséjà (Pyr.-Or.). J. Avérous.
Pau (Basses-Pyr.). Cornet. Lorber.
Plateau d'Assy. E. Sivrière.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Villard-de-Lans. Bassaget (*mal. enf.*), Suau (*mal. enf.*)

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires et climatiques

MM. les docteurs :

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.), Lévy.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Berck-Plage. Bouquier, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Biarritz. Clavel, M. Claverie, Lacour, Pitchalsky (*chir. répar. Stom.*)
Cannes. Bourgeois-Gavardin, P.-E. Bousquet, P. Houssiaux, Joublot, Makereël, Gérard Monod, Roques, L. Zimmer.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Croix-de-Vie. Cristau.
Deauville. Molina.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Grau du Roi (Gard). Ramain.
Hendaye. Th. Casenave.
Le Boulou. M. Basman, J. Noguès
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, M. Lelongt, Nicolas, Trutié de Vaucresson (*chir.*)
Ouistreham-Riva-Bella. Ch. Poullain.
Paramé. Bazin.
Pau. Cornet. Lorber.
Roscoff. Bagot père, Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer. (Calvados), Em. Quiquemelle.
St-Georges-de-Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul.
St-Jean-des-Monts. Riou.
Ste-Maxime-s/Mer. E. Bausset, Ficonetti.
St-Quay-Portrieux. Bertran
Saint-Raphaël. Boulle, Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Roux de Laroque (*Gyn. enf.*), Pierre Tridon.
Saint-Servan. Huet.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Trébeurden. Royer.
Villars-de-Lans. Bassaget.

Renseignements

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Toute fatigue spontanée est à surveiller. Le plus souvent l'organisme est empoisonné par les microbes malfaisants que des digestions imparfaites ont fait pulluler dans le tractus digestif. Les TABLETTES DE MANGAÏNE vous mettront à l'abri de tous risques. Sucez lentement 4 à 6 TABLETTES DE MANGAÏNE par jour.

Institut marin du Dr BAGOT, **à Roscoff.** Rhumatismes. Névralgies. Impotences articulaires et musculaire. Anémie et lymphatisme. Du 1er juin au 30 septembre.

Rhumatismes. L'« UROPHENYL » en est la thérapeutique moderne et efficace. 2 à 6 cachets par jour. — Laboratoire CROUY, à Vernon (Eure).

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

Les concours, les examens approchent et deviennent de plus en plus difficiles ! Combien de candidats victimes de leur émotivité sont sujets à un trac abominable qui diminue considérablement leurs moyens... et sont recalés

3 ou 4 comprimés d'**AEINE** leur donneront la confiance en eux et... le succès.

Echantillons 6, place Clichy, Paris IXe.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Nº 224. — Poste propharmacien à céder Ouest, titulaire voulant faire sa pharmacie.

Nº 225. — Serais reconnaiss. à confr. qui indiquerait pour garçon 15 ans, vacances en France dans milieu anglais, Dr Béranger, 47, rue St-Pierre, Beauvais (Oise).

Nº 226. — Paris. Urgent. Centre. Très bonne client. payant compt., confort moderne. 15.000 compt. Possibilité d'arrangem.

Nº 227. — Seine. Vieille client. à céder à Pantin. Bel appartem., petit loyer. Raison santé. Urgent. Dr Jacques Roudeau. Annet-sur-Marne (S.-et.M.).

Nº 228. — Savoie. A céder cause spécialisation, excell. poste méd. génér. et propharmac., chiffre intéress. prouvé, dans région tourist. extrêmement agréable (ski, chasse, pêche). Garage. Loyer 2.500. Prix 30.000. dont 20.000 comptant.

Nº 229. — Alpes-Marit. Poste intéress. Y. O. R. L. ensemble ou séparément à céder avec ou sans mobilier et instrum. Bonnes conditions.

Pour toute demande de renseignements il est indispensable de joindre un timbre.

Cabinet Breitel et Goret

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Paris. Quartier central, bon rap., appart. 5 p. loyer 8.000. Prix 65.000.

80 kil. Paris. Ville mi-indust., mi-agricole, client. aisée belle villa conf. Indemnité 20.000.

Normandie. Y. O. R. L. Maison très conf. Prix 30.000.

Côte d'Azur. Près grde ville. Cclient. anc. de méd. gle d'un rap. très intéres. Prix 45.000 comptant.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.**— *Elections.* — MM. EUZIÈRE, de Montpellier, et DESBOUIS, de Caen, sont élus correspondants nationaux de l'Académie dans la 1re division (*médecine et spécialités médicales*).

Nous sommes heureux d'adresser à M. le Professeur Euzière, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, et à M. le Professeur Desbouis, directeur de l'Ecole de médecine de Caen, qui sont deux amis du *Concours Médical*, nos plus vives et nos plus sincères félicitations.

— **Faculté de médecine de Paris.**—Le Conseil de la Faculté de médecine, réuni le 29 juin, a décidé de proposer à l'agrément du Ministre :

M. Pasteur Vallery-Radot, pour la chaire de pathologie interne (par 46 voix sur 46 votants).

M. Bénard, pour la chaire de pathologie expérimentale (par 23 voix sur 46 votants).

M. Aubertin, pour la chaire de thérapeutique (par 24 voix sur 46 votants).

M. Gaillard, comme professeur sans chaire à la Faculté de médecine d'Hanoï (par 46 voix sur 46 votants).

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Bourses de doctorat.* —Par lettre du 3 juin 1939, M. le ministre de l'Education nationale fait connaître ce qui suit :

Les candidats aux bourses de doctorat qui en raison des événements extérieurs ont été maintenus ou rappelés sous les drapeaux en dehors de leur temps légal normal, qui auront pu subir l'examen de fin d'année et auront obtenu à cet examen la moyenne exigée par le règlement seront dispensés purement et simplement des épreuves du concours des bourses. Toutefois, il leur appartiendra de constituer leur dossier comme les années précédentes, c'est-à-dire de formuler la demande sur timbre à 6 francs à M. le Doyen de la Faculté de médecine accompagnée du formulaire réglementaire rempli suivant les renseignements y figurant.

Ce formulaire est à la disposition des candidats au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1).

Il appartiendra au candidat de fournir avec son dossier un certificat de l'autorité militaire attestant son rappel ou son maintien sous les drapeaux en dehors du temps légal.

Les dossiers doivent parvenir au secrétariat de la Faculté au plus tard le 12 juillet.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Clinicat.* — A la suite des récents concours, ont été proposés pour les fonctions de chefs de clinique :

Cliniques médicales : *Cochin* : MM. Siguier, Brumpt et Tanret. — *Saint-Antoine* : M. Ledoux-

Lebard. — *Hôtel-Dieu* : MM. Dupuy et Galtier. — *Pitié* : M. Frumusan.

Cliniques chirurgicales : *Salpêtrière* : MM. Rouvillois, Guénin, Cordebar, Lortat-Jacob. — *Thérapeutique chirurgicale* : MM. Lazard et Cauchoix. — *Cochin* : M. Mathey. — *Neuro-chirurgicale* : M. Daum.

Clinique oto-rhino-laryngologique : MM. Sacquépée, Osenat.

Clinique des maladies nerveuses : M. Auzépy. — *Clinique des maladies cutanées* : MM. Meyer et Vial.

Cliniques obstétricales : *Tarnier* : MM. Corcos, Seguin et Gillet. — *Saint-Antoine* : MM. Lévy (Jean) et Morin.

Clinique gynécologique : MM. Coldefy et Picard.

Clinique chirurgicale infantile : M. Faugeron. — *Clinique chirurgicale orthopédique adulte* : M. Judet.

Clinique cardiologique : MM. Bouvrain et Mathivet.

Clinique thérapeutique médicale : *Pitié* : MM. Arnous, Vignalou et de Font-Réaulx.

Clinique médicale propédeutique : MM. Payet et Fasquelle.

— **Académie des Sciences.** — Le Docteur Justin Jolly, professeur d'histophysiologie au Collège de France, membre de l'Académie de médecine, a été élu membre de l'Académie des Sciences.

— **Docteurs « honoris causa ».** — A la séance solennelle de rentrée universitaire, en novembre prochain, l'Université de Paris décernera les insignes et le diplôme de docteur *honoris causa* au Docteur Philippe Roy, ancien ministre du Canada à Paris, et à Sir Humphry Rolleston de Haslemere, membre correspondant de l'Académie de médecine.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** — *Enseignement de la médecine coloniale.* — L'enseignement pour la préparation au diplôme de médecine coloniale et au brevet de médecin de la marine marchande aura lieu, à la Faculté de médecine de Bordeaux, du 3 novembre au 16 décembre 1939.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté du 15 octobre au 4 novembre. Frais d'études : immatriculation, 150 francs ; bibliothèque, 60 francs ; droit de laboratoire, 300 francs ; examen, 50 francs. Examens : du 20 au 24 décembre.

— **Déjeuner de printemps de l'Umfia 1939.** — Le 24 mai 1939, l'Umfia ou Union médicale franco-ibéro-américaine ou Union médicale latine a repris la tradition qui lui était chère — et qui avait été suspendue à la suite de la malheureuse guerre d'Espagne considérée dans l'Association comme un deuil — de donner un déjeuner amical qui a réuni au Cercle interallié un certain nombre de personnalités et de membres de l'Umfia.

A la table d'honneur, se trouvaient M. le Docteur Bandelac de Pariente, vice-président fondateur de l'Umfia, M. le Professeur Tiffeneau, doyen de la Faculté de médecine, M. le Professeur et Mme Cunéo,

M. Propper, conseiller d'ambassade, représentant S. Exc. M. de Lequerica, ambassadeur d'Espagne, S. Exc. le Ministre plénipotentiaire et Consul général d'Espagne et Mme Rolland, M. le Professeur Lardennois, M. le Professeur Laignel-Lavastine, Mme Astier, M. le Professeur Lastres, de Lima, et M. le Professeur Maranon.

Une autre table était présidée par le Docteur Molinéry et une autre par le Docteur Chauvois, secrétaires généraux de l'Umfia.

On remarquait parmi les convives comptant une soixantaine de personnes, M. le Professeur Lian; M. le Professeur Cathala ; MM. les Docteurs Foveau de Courmelles, Astier, Martiny, Schneider, Bécart, Bruder, O'Followel, Dequidt, Zarzycki, de Parrel, Bourguet, Armengaud, de Fourmestraux, Crinon, Faulong, Grimberg, Guyot, Bertillon, Fasquelle, Jodin, Soubiran, Bourgin, etc...

A l'issue de ce déjeuner, par petites tables, donné en l'honneur de M. le Professeur Lardennois qui devait faire une conférence le soir même aux Voix latines, prirent la parole : M. le Docteur Bandelac de Pariente qui présidait la table d'honneur ; le Docteur Molinéry, secrétaire général de l'Umfia. En dernier lieu, M. le Professeur Tiffeneau, doyen de la Faculté de médecine, tint à remercier l'Umfia et ses fondateurs MM. les Docteurs Dartigues, Bandelac de Pariente et Gaullieur l'Hardy, ainsi que M. Propper, conseiller de l'Ambassade d'Espagne à Paris, représentant S. Exc. M. de Lequerica, ambassadeur d'Espagne, absent de Paris.

— **Cours d'œsophagoscopie.** — Le Docteur Jean Guisez commencera son cours pratique sur les maladies de l'œsophage et l'œsophagoscopie le 18 juillet. Le cours comprendra huit leçons avec examens de malades.

Inscriptions au Centre de broncho-œsophagoscopie, 15, rue de Chanaleilles, Paris (VIIe).

— **Le Forfait-Cure de Vichy.** — Il vient d'être créé à Vichy, la « cure thermale populaire à forfait » avec l'entière collaboration du Syndicat des médecins, de la Compagnie fermière, des hôteliers et des logeurs.

Le forfait-cure a pour but de faire connaître à l'avance, aux personnes ne disposant que d'un budget de dépenses limité, le montant total d'une cure de 21 jours, à Vichy. Le forfait comprend : toutes les dépenses normales à l'hôtel (chambre, repas, service, taxe de séjour) ; les examens du malade par l'un des 90 médecins, membres du Syndicat des médecins de Vichy et adhérents au forfait-cure, librement choisi par le malade ; le traitement hydro-minéral à l'Etablissement de 3e classe ; l'analyse médicale d'entrée de cure et s'il y a lieu deux examens de contrôle en cours de cure.

Le forfait-cure étant créé uniquement pour les « économiquement faibles », seuls ont été retenus les hôtels correspondant aux 4e et 5e catégories. A titre d'indication, le coût total d'une cure de début ou de

fin de saison, en 5e catégorie, s'est établi, pour 1939, au chiffre de 1.435 francs.

Les honoraires médicaux, fixés au taux des Assurances sociales, sont versés, sans retenue, aux médecins par la Caisse du Syndicat.

— **Films de médecine coloniale.** — Nous sommes allés avec plaisir, le mardi 27 juin 1939 à la soirée cinématographique à laquelle nous invitait la Société parisienne d'Expansion chimique (SPECIA). Nous y retrouvions de nombreux confrères, beaucoup de nos amis directeurs des grands laboratoires de biologie, des représentants du Corps de santé militaire et une assistance féminine nombreuse et choisie.

Le programme, des plus intéressants, comportait la projection de trois films, illustrant notre effort colonial et plus particulièrement celui des médecins.

Le premier film nous montre ce que vingt années d'administration intelligente ont fait du Maroc ; les images remarquablement prises rendent exactement ce qu'ont pu voir beaucoup de ceux qui sont allés au Maroc, et elles évoquent pour ceux qui n'ont jamais mis le pied en Afrique l'effort de jeunesse qui y a été fait.

Le second film était consacré à la vaccination contre le typhus exanthématique. Nous assistons à la préparation du vaccin, nous en suivons les différentes étapes jusqu'au moment de son emploi. Les images de ces foules musulmanes accourant sans contrainte sont tout à l'honneur de l'ascendant qu'on tsuprendre les médecins français et il est juste qu'un témoignage leur en soit rendu.

Après un court entracte le cinéma nous entraîne à l'autre bout du monde, au Tonkin, en Cochinchine, au Laos, au Cambodge où la médecine française fait des miracles, où les organisations sanitaires répandent leurs bienfaits, et où pénètrent derrière nos médecins les produits de notre industrie pharmaco-chimique.

En ces temps incertains, on reprend confiance en voyant les réalisations dont nous sommes capables et nous devons dire à Rhône Poulenc qu'ils servent bien la cause française, en répandant par l'image d'aussi intelligents efforts.

Dr Raphaël MASSART.

— **Concours de médecin de sanatorium public pour tuberculeux pulmonaires.** — Questions posées pour les épreuves d'admissibilité : en pathologie des voies respiratoires : pneumothorax spontané ; et en hygiène sociale : les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse (organisation, fonctionnement et statut légal).

Questions orales posées sur l'hygiène publique et sociale : Rôle de l'infirmière visiteuse et de l'Assistante sociale dans la lutte antituberculeuse. Le problème de l'évacuation des eaux usées et des ordures ménagères dans un sanatorium. Les mesures à envi-

sager en faveur des malades à leur sortie du sanatorium. La prophylaxie de la tuberculose à domicile.

Le concours s'est terminé par l'inscription sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecin adjoint de sanatorium public pour tuberculeux pulmonaires de : 1. Mlle Ulrich, 179 ; 2. M. Valet, 174 ; 3. M. Kerambrun, 170 ; 4. Mlle Prettre, 165 ; 5. M. Tisca, 163 ; 6. M. Fabre, 161.

— **Faculté de médecine de Lyon.** — *Prosectorat et adjuvat.* — Sont nommés, à la suite des récents concours : prosecteur, M. Lecuire, interne des hôpitaux ; aides d'anatomie, MM. Guillemin et Godinot, internes des hôpitaux.

— **Hospices civils de Chambéry.** *Concours pour un emploi de sage-femme adjointe.* — L'Administration des hospices civils de Chambéry donne avis que le mardi 18 juillet 1939 aura lieu un concours sur trois épreuves : écrite, orale et de clinique pour un emploi de sage-femme adjointe à la Maternité.

Les conditions du concours ainsi que celles d'emploi et de salaire des sages-femmes adjointes seront adressées à toute personne qui en fera la demande à M. le vice-président de la Commission administrative des hospices civils de Chambéry.

— **Hôpital civil français de Tunis.** — *Internat.* — Plusieurs postes d'internes sont actuellement vacants à l'hôpital civil de Tunis.

Conditions : nationalité française, avoir satisfait à la loi sur le recrutement ; 20 inscriptions. Avantages : logement, traitement de 9 à 11.000 francs, plus 2.000 francs, si l'interne est docteur en médecine, traversée remboursée après une année de séjour.

S'adresser, pour renseignements complémentaires, au Directeur de l'hôpital.

— **Hôpital-Fondation de Rothschild.** — *Internat.* — Sur les 22 candidats admis à se présenter aux épreuves écrites et orales, ont été nommés : 8 internes titulaire), Mme Pilosoffe, M. Leibovici, Mlle Durkheim, MM. Sarfati, Bitoun, Abramovicz, Pérel ; et 4 internes provisoires, MM Bennoun, Périllo, Gronstein, Mlle Lauer.

— **Nécrologie.** — Le Docteur Th.-Hermann, de La Baume-Revigny (Jura), a la douleur de nous faire part de la perte cruelle qu'il vient d'éprouver en la personne de Madame Hermann, née Claire Gatoux, son épouse, décédée le 22 juin, dans sa 51e année.

Les obsèques ont eu lieu en l'Eglise de Villerupt (Meurthe-et-Moselle) le 25 juin 1939.

— Nous apprenons la mort de Monsieur Alexandre Desmoires, docteur en pharmacie, Croix de guerre, décédé à Etain (Meuse), le 14 juin 1939, dans sa 49e année. Ses obsèques ont eu lieu en l'Eglise d'Etain, le samedi 17 juin.

Nous adressons à Madame Alexandre Desmoires et à sa famille nos sincères condoléances et l'expression de notre douloureuse sympathie.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Assistance médicale en Indochine

Un concours pour le recrutement de huit médecins stagiaires du cadre français de l'Assistance médicale de l'Indochine sera ouvert, le 11 septembre 1939, aux candidats français et indochinois (Annamites, Cambodgiens et Laotiens, citoyens sujets ou protégés français) simultanément en France et en Indochine.

Toute demande d'inscription doit être rédigée sur papier timbré et adressée, avant le 12 août 1939, dernier délai :

Au ministère des Colonies (inspection générale du Service de santé), pour les candidats concourant en France ;

Au Gouvernement général de l'Indochine (direction du personnel), pour les candidats concourant en Indochine.

(*J. O.*, 22 juin 1939.)

Enseignement de la médecine

Arrêté du 19 juin 1939 concernant le concours pour les bourses de doctorat en médecine

Art. 1er. — L'ouverture du concours pour les bourses de doctorat aura lieu au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie le mardi 18 juillet 1939.

Art. 2. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de la Faculté près laquelle ils désirent subir les épreuves du concours. Ils devront être Français et âgés de dix-huit ans au moins, de vingt-huit ans au plus.

Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui pendant lequel les candidats auront accompli leur service militaire.

Les registres d'inscription seront clos le 12 juillet 1939, à seize heures.

(*J. O.*, 20 juin 1939.)

Légion d'honneur

Est nommé chevalier de la Légion d'honneur, au titre du ministère de la Santé publique, M. le Docteur Richier, laryngologiste des hôpitaux de Paris.

(*J. O.*, 24 juin 1939.)

Hôpitaux psychiatriques

Le poste de médecin chef de service de l'hôpital psychiatrique de Braqueville (Haute-Garonne) est actuellement vacant par suite du décès de Mme le Docteur Piquemal-Lévêque.

(*J. O.*, 24 juin 1939.)

Inspection départementale d'hygiène

Avis de vacances de portes d'inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène et emplois assimilés

Conformément aux dispositions de l'article 3 du décret du 12 août 1939, un concours est ouvert pour le recrutement d'un directeur de Bureau d'hygiène pour la ville de Chartres ; toutefois il est spécifié que la nomination à ce poste ne pourra intervenir que lorsqu'aura été accordée la dérogation prévue par le décret du 20 mars 1939 relatif à la limitation du recrutement des fonctionnaires.

Pourront faire acte de candidature :

1° En vue d'une mutation : les inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène, les directeurs et directeurs adjoints des Bureaux d'hygiène des villes de moins de 100.000 habitants, qui auront été préalablement maintenus en fonctions ;

2° Les candidats figurant sur les listes d'aptitude aux fonctions d'inspecteur adjoint départemental d'hygiène et emplois assimilés, établies à la suite des épreuves des concours ouverts les 16 décembre 1937 et 28 novembre 1938.

Les demandes de mutation seront accompagnées des documents suivants requis pour les candidats qui n'ont pas été l'objet d'une décision de maintien en fonctions :

1° Une expédition authentique de l'acte de naissance ;

2° Un extrait de casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

3° Un certificat de nationalité française et, s'il y a lieu, les pièces établissant la naturalisation et indiquant la date d'obtention du droit d'exercer ;

4° Copie certifiée conforme des diplômes (notamment du diplôme de docteur en médecine d'une Faculté de l'Etat et du diplôme d'hygiène) ;

5° Un résumé des titres de toute nature et des fonctions remplies avec références à l'appui ;

6° Les états de services administratifs antérieurs pouvant entrer en compte pour la constitution du droit à pension certifiés par les Administrations intéressées ;

7° Un état des services militaires ou à défaut, une pièce précisant la situation militaire ;

8° Un exemplaire de la thèse et des études publiées ;

9° Une note de renseignements sur la situation de famille ;

10° Un certificat d'aptitude physique à l'exercice de la fonction, délivré par un médecin assermenté ;

11° Une déclaration souscrite par le candidat et attestée par le Préfet certifiant que l'intéressé se consacre entièrement à ses fonctions, à l'exclusion de toute clientèle (autant médecine générale que bactériologie, analyses diverses, etc.).

Les demandes devront être remises au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 1er bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris, le 24 juillet 1939 au plus tard.

Avis de concours pour le recrutement d'inspecteurs départementaux d'hygiène

Conformément aux dispositions de l'article 2 du décret du 12 août 1937 prorogé par les décrets des 7 juillet et 9 décembre 1938 et 3 avril 1939, un concours est ouvert pour le recrutement :

1° D'un inspecteur départemental d'hygiène dans le département du Doubs ;

2° D'un directeur du Bureau d'hygiène de la ville de Clermont-Ferrand.

Pourront faire acte de candidature :

1° En vue d'une mutation : les inspecteurs départementaux d'hygiène, les directeurs des Bureaux d'hygiène des villes de 100.000 habitants et assimilés, qui auront été préalablement maintenus en fonctions ;

2° En vue d'une promotion de grade : les inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène, les directeurs et directeurs adjoints en exercice des Bureaux d'hygiène des villes de moins de 100.000 habitants, qui auront été préalablement maintenus en fonctions.

Les demandes seront accompagnées des documents suivants requis pour les candidats qui n'auront pas déjà fait l'objet d'une décision de maintien en fonctions ;

1° Une expédition authentique de l'acte de naissance ;

2° Un extrait de casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

3° Un certificat de nationalité française et, s'il y a lieu, les pièces établissant la naturalisation et indiquant la date d'obtention du droit d'exercer ;

4° Copie certifiée conforme des diplômes (notamment du diplôme de docteur en médecine d'une Faculté de l'Etat et du diplôme d'hygiène) ;

5° Un résumé des titres de toute nature et des fonctions remplies, avec références à l'appui ;

6° Les dates des services administratifs antérieurs pouvant entrer en compte pour la constitution du droit à pension certifiés par les Administrations intéressées ;

7° Un état des services militaires ou, à défaut, une pièce précisant la situation militaire ;

8° Un exemplaire de la thèse et des études publiées ;

9° Une note de renseignements sur la situation de famille ;

10° Un certificat d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté ;

11° Déclaration souscrite par le candidat et attestée par le Préfet, certifiant que l'intéressé se consacre entièrement à ses fonctions, à l'exclusion de toute clientèle (autant médecine générale que bactériologie, analyses diverses, etc.).

Les demandes devront être remises au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 1er bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris, le 24 juillet 1939 au plus tard. (*J. O.*, 24 juin 1939.)

Voir la suite page XXXV-1881

PROPOS DU JOUR

CONTRIBUTION A L'HISTOIRE DE L'ÉVOLUTION DES HONORAIRES MÉDICAUX DEPUIS UN SIÈCLE

Un de nos distingués confrères, ayant à traiter une question de sociologie médicale, nous fit l'honneur de nous demander quelques renseignements sur les variations des honoraires médicaux depuis un siècle. Nous lui avons répondu la lettre suivante :

La question que vous me posez pourrait être résolue, mais elle demanderait des recherches assez longues et je ne puis, en réponse à votre lettre, que vous donner des indications fragmentaires.

Dans un ouvrage qui date exactement d'un siècle : *Du médecin des villes et du médecin de campagne* (2e édit., Germain Bouillière, 1840), le Docteur Munaret ne donne aucun tarif, ni aucun chiffre d'honoraires, mais dans un passage il indique qu'une clientèle qui produit dans une ville 8 à 10.000 francs par an, est une clientèle enviable (1). Evidemment, le pouvoir d'achat du franc était alors différent de celui qu'il fut plus tard. Cabanès reproduit dans un de ses articles le fac-similé de la note d'honoraires des soins donnés en 1846-1847 à Mlle Duplessis (La Dame aux Camélias) (2). La visite est à 5 francs et les consultations avec confrère éminent 20 francs. Le médecin en question était Davaine et le consultant Chomel. Pour la même malade, Manec, chirurgien de la Salpêtrière, prenait le même prix.

Aucune règle ne tarifiait les honoraires et les variations étaient grandes selon les régions, les malades et les médecins. Lorsque, en 1881, furent fondés les premiers syndicats médicaux à l'instigation du *Concours Médical*, la première préoccupation fut la tarification des honoraires. Mon père qui exerçait à Brioude, (Haute-Loire) et qui avait fondé le syndicat de cette ville, un des trois premiers syndicats de France, se faisait payer 1 franc la consultation et 2 francs la visite. Il eut beaucoup de peine à faire élever d'un tiers ce tarif. En 1888, le prix minimum (tarif syndical) de la visite dans les Hautes-Alpes était de 1 fr. 50 et l'indemnité kilométrique de 1 franc, augmentée d'un tiers en hiver.

Lorsque je commençai à exercer en 1893, le prix de la visite à Paris oscillait entre 3 francs et 5 francs pour les clients très riches et ce tarif était appliqué en 1897 à Paris (tarif officiel de la Société du XVe arr.). A cette époque, mon prédécesseur au *Concours*, le Docteur Jeanne étudia les tarifs et chercha à leur donner une base rationnelle, il publia son travail dans le *Concours Médical* du 4 septembre 1897. Le prix de la visite était de 2 francs, 3 francs, 4 francs, 5 francs pour les gens riches, 10 francs pour les millionnaires et le prix de la visite servait de base au tarif de tous les actes médicaux.

En 1911, le tarif Jeanne s'avéra manifestement insuffisant. Le Docteur Chapon fit une enquête au Syndicat médical de Paris sur le prix de revient de la visite médicale. Je fis une semblable enquête sur les conditions économiques de la vie du médecin français (*Concours Médical*, 1er et 8 octobre 1911) portant sur 64 cas, provenant de 46 départements, répartis dans toutes les régions de France et comprenant des villes de population variable. Toutes les dépenses au *minimum* du médecin pour assurer son existence furent envisagées. Les conclusions du Docteur Chapon et de moi-même furent sensiblement les mêmes. Pour permettre au médecin de vivre, de couvrir ses frais indispensables en travaillant normalement, il fallait que l'acte médical le plus simple fut payé 5 francs au minimum, 10 francs chez les gens aisés et 20 francs chez les gens riches.

Les résultats de ces enquêtes ont fait l'objet d'une publication intitulée : *Tarif général raisonné des honoraires médicaux* (*ancien tarif Jeanne*), édité par le *Concours Médical*.

Après la guerre, le prix de la visite qui était devenu en 1914 à Paris 6 francs, la consultation étant honorée 5 francs au minimum, se modifia avec la valeur du franc, mais fut loin de suivre les dévaluations de la monnaie. Quand en 1922 fut discuté sous le ministère Maginot le tarif des soins gratuits aux pensionnés (art. 64 de la loi des pensions), il fut bien spécifié que le prix de la consultation serait celui du tarif minimum de la clientèle ordinaire, c'est-à-dire alors 15 francs. Actuellement, le prix minimum de la consultation est de 30 francs et celui des pensionnés a été maintenu à 15 francs.

Comme le pouvoir d'achat du franc a diminué et est réduit au dixième environ de ce qu'il était en 1914, ce n'est pas 30 et 40 francs qui devraient être le taux minimum de l'acte médical, mais bien 50 et 60 francs.

Il y aurait beaucoup à dire sur ces questions d'honoraires. Il faudrait envisager les tarifs de la Mutualité, ceux de l'Assistance médicale gratuite dans chaque département, celui des accidents du travail, etc., etc., tarifs débattus avec les Syndicats médicaux. A côté existent les abonnements, devenus très

(1) Munaret. — Du médecin des villes..., page 34.

(2) Dr Cabanès. — Poitrinaires et grandes amoureuses. La vie et la Légende de la Dame aux Camélias. Les notes d'honoraires ont été communiquées à Cabanès par M. Noël Charavay.

rares, les indemnités forfaitaires pour les fonctions médicales données. Actuellement le système généralisé est le libre choix du médecin et le payement à la visite.

Voilà, mon cher Confrère, tous les renseignements que je puis vous donner sur les honoraires médicaux.

Nous venions d'écrire cette lettre quand nous avons reçu de notre vénéré confrère et ami, le Dr A. VEILLARD, d'Orléans, les renseignements suivants que nous ne lui avions pas demandés. Cette coïncidence pourrait servir d'exemple à ceux qui croient à la transmission de la pensée.

Le Docteur Veillard nous communique le *tarif des honoraires de médecin convenu entre MM. Thiercelin et Hybord* (de Meung-sur-Loire) *à partir du 1er janvier* 1855. Le document débute par cette considération : « En raison de l'augmentation croissante de tous les produits en général et de ceux des consommations domestiques en particulier (déjà) ! nous avons cru devoir à l'exemple de nos confrères de Blois, de Beaugency, etc., apporter quelques changements dans nos prix restés les mêmes depuis 25 ans et nous avons arrêté le tarif suivant », soit le tarif pour la ville et les localités voisines.

En ville, la visite de jour dans la classe aisée est côtée 1 fr. 50 ; la visite de nuit, 4 francs. Dans la classe moyenne, la visite de jour 1 franc et celle de nuit, 3 francs. L'accouchement simple dans la classe aisée, 40 francs, laborieux 100 francs ; dans la classe moyenne, simple 20 francs et laborieux, 40 francs.

Le Dr A. Veillard qui a successivement exercé à Paris et à Meung-sur-Loire pendant 58 ans, nous adresse encore la note suivante qu'il nous a paru intéressant de publier :

HONORAIRES MÉDICAUX ET CHERTÉ DE LA VIE

La loi dite Pomaret a été provoquée par les jeunes qui trouvaient que les vieux étaient bien lents à se décider à mourir, encombraient la carrière et par des tarifs de famine faisaient une concurrence malhonnête aux frais émoulus de l'Ecole. Ceux-ci se figuraient que dans la profession médicale il n'y avait qu'à se baisser pour ramasser abondante galette.

Lorsque je débutai dans la pratique médicale en 1881, un vieux confrère me dit : « Vous avez le grand défaut d'être trop jeune pour la clientèle, mais vous vieillirez toujours assez tôt. Vous devez bien vous mettre dans la tête qu'un médecin qui débute à Paris, met en moyenne deux ans avant de gagner de quoi payer sa patente et sept ans avant de faire ses frais de maison. Après, quand on vivote de façon à élever sa famille, il faut s'estimer très heureux ».

Depuis 58 ans que m'a été tenu ce propos, j'ai constaté bien souvent, en regardant autour de moi, combien mon vieux confrère avait eu raison.

A cette époque lointaine, on signalait déjà l'encombrement médical et l'on se plaignait de la cherté de la vie.

L'on se plaignait amèrement du prix des denrées en 1883 ; — et l'on payait 4 francs une belle paire de poulets, je dis bien 2 francs, un poulet, trente centimes la douzaine d'œufs (on en donnait alors 13 pour 12), 0 fr. 25 un litre de vin des côtes de la Loire.

Vu le prix par trop exhorbitant de ces denrées essentielles des confrères des environs d'Orléans avaient jugé bon de s'entendre pour augmenter le prix des visites et consultations, à partir du 1er janvier 1855. Ils firent imprimer un tarif pour être distribué dans leur clientèle. (Un syndicat en herbe, trente ans avant la loi sur les Syndicats médicaux.)

Le prix de la consultation était : 1 franc.

1° *Classe aisée* :

Visite simple de jour	1 fr. 50
Visite de nuit	4 »

2° *Classe moyenne* :

Visite simple de jour	1 fr.
Visite de nuit	3 »

3° *Classe aisée* :

Accouchement simple	40 fr.
Accouchement laborieux	100 »

4° *Classe moyenne* :

Accouchement simple	20 fr.
Accouchement laborieux	40 »

Nota. — Sont compris avec l'accouchement, les visites consécutives.

A la campagne, les voyages à trois kilomètres sont tarifés 2 francs, à quatre kilomètres 3 francs, à dix kilomètres 6 francs.

Les visites en cours d'un voyage 1 franc de deux à cinq kilomètres ; 2 francs au delà.

Quant à la classe au-dessous de la moyenne, on n'en parle pas, et pour cause. Cette classe ne payait rien ; il n'y avait alors ni Bureau d'assistance, ni Société de Secours mutuels ; les médecins en étaient pour leurs dérangements de jour et de nuit. Cela simplifiait les écritures et des frais inutiles d'huissiers.

La situation n'a guère changé depuis le milieu du siècle dernier. Les médecins n'ont pas cessé de se plaindre de l'encombrement de la profession, de la cherté de la vie. Les honoraires se sont accrus, mais le pouvoir d'achat de la monnaie a singulièrement baissé et ce qui était considéré jadis comme un grand luxe est devenu aujourd'hui une nécessité et jamais les médecins ne se sont plaints plus amèrement de la misère qui règne dans leur profession, misère à laquelle il est difficile de porter remède.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

QUELQUES DONNÉES SUR LE PROBLÈME DES GAUCHERS

Par le Docteur Lévy-Bruhl

Chef de laboratoire à l'Institut Pasteur

D'après ce que j'ai lu dans l'ouvrage bien documenté de Ira Wile (1), les animaux supérieurs, oiseaux, mammifères ne présentent pas de prédominance nette d'un côté sur l'autre. C'est, en particulier, le cas des singes, ainsi qu'il ressort des observations de Frantz. Il en serait de même chez les rats ; selon Oschioka, un petit nombre d'entre eux se présentent comme ambidextres, la grande majorité se partage en gauchers et droitiers en nombre sensiblement égaux.

Cependant Tsai et Maurer ont noté une prédominance nette du côté droit. Les expériences de H.-H. Jasper au laboratoire de Lapicque ont montré que cette unilatéralité correspondait à une organisation de chronaxie asymétrique et qu'on pouvait la modifier en agissant sur les hémisphères cérébraux.

Chez l'homme. — La préexcellence de la main droite paraît remonter à une très haute antiquité; plusieurs théories ont été mises en avant pour l'expliquer : théorie anatomique invoquant la vascularisation plus directe de l'hémisphère gauche, ou encore le bénéfice qu'il y a à avancer le côté droit pour mettre le cœur plus à l'abri du danger ; théorie sociologique (Robert Hertz), fondée sur la position favorable de la main droite quand le sujet regarde le soleil levant, objet naturel d'adoration. En réalité, il semble que la véritable cause de la droiterie normale nous échappe encore actuellement.

Comment apparaît cette *dextérité* chez le nouveau-né primitivement ambimane ? Un travail fort intéressant publié par notre éminent collègue, le Docteur Lesné (2) en collaboration avec Peycelon, nous apporte à ce sujet des données précieuses. Ces auteurs ont observé, en effet, qu'après un premier stade où le bébé se présente comme ambimane, également maladroit de ses deux mains, s'installe du cinquième au neuvième mois une relative et symétrique ambidextrie, puis vers le dixième, onzième mois se marque la prédominance presque constante et habituellement très nette de la main droite. Pour l'expliquer, il y a lieu sans doute d'admettre, en outre d'un facteur héréditaire, un facteur *imitatif* qui joue fortement à cet âge ; le jeune enfant observe et reproduit les gestes de son entourage qui utilise avec une prédominance nette la main droite ; à cela s'ajoute, dans un très grand nombre de cas, un facteur *didactique*, les parents par principe, enseignent au jeune enfant la droiterie et la favorisent d'une façon constante.

Une suggestive observation du Docteur Tournay (1), le neurologiste réputé, nous permet de remonter plus loin encore dans l'origine de cette droiterie. On sait que le nouveau-né dont le système pyramidal est encore imparfait présente normalement le phénomène de l'extension des orteils comme réponse à l'excitation cutanée plantaire. En fidèle disciple de Babinski, Tournay explorait tous les jours bilatéralement la plante du pied de sa fille ; il put ainsi noter que l'inversion du réflexe se produisit avec une avance nette de onze jours au profit du côté droit (181e jour contre 192e jour du côté gauche). Mais il y a mieux encore : dès le quatrième mois, observant attentivement les regards et les jeux de l'enfant, l'auteur avait pu constater chez elle un intérêt vif et persistant pour la main droite au 115e jour, alors que pour la main gauche, cet intérêt ne se manifesta qu'au 141e jour. Cette enquête ne paraît pas avoir été poursuivie ni reprise depuis lors. Elle serait cependant fort intéressante, me semble-t-il, si elle parvenait à nous révéler avant toute intervention de facteur imitatif ou didactique les futurs droitiers et les futurs gauchers.

J'en viens à la gaucherie proprement dite.

Fréquence. — Elle est variable suivant les statistiques, suivant les pays, suivant les milieux et d'ailleurs difficile à préciser, car il y a, à côté de la gaucherie totale, divers degrés de gaucherie partielle. Il semble qu'on trouve en moyenne, du

(1) Ira S. Wilé. Handedness ; right or left. *Boston Lothrop Lee and Shephard,* Cf 1934.

(2) Lesné et Peycelon. A quel âge un enfant cesse-t-il d'être ambidextre pour devenir droitier ?

(1) Tournay (A.). L'asymétrie dans le développement sensitivo-moteur de l'enfant. *Journal de psychologie,* 1924, pp. 135-144,

moins à Paris, 5 % de gauchers avoués, 15 % de gauchers dissimulés ou méconnus.

Causes. — On peut du point de vue étiologique distinguer deux variétés, l'une familiale, la gaucherie se produisant chez un sujet qui a eu un grand-père, des cousins, un oncle gauchers, l'autre dérivant d'un facteur pathologique qui a créé en réalité non pas tant une prédominance du côté gauche qu'une hypopraxie du côté droit par atteinte habituellement minime de l'hémisphère gauche au moment de la naissance. On sait que l'on a tendance actuellement en neuro-psychiatrie infantile à incriminer très fréquemment les traumatismes obstétricaux, se basant en particulier sur les données de plusieurs ophtalmologistes qui ont constaté une proportion d'hémorragies rétiniennes d'environ 60 % après les accouchements dits normaux.

Les *épreuves* destinées à mettre la gaucherie en évidence ont fait l'objet de récentes discussions à la Société de médecine légale (1). C'est qu'en effet, la question droiterie ou gaucherie d'un sujet présente un intérêt médico-légal au cas d'accident du travail ou de la voie publique, portant sur le membre supérieur, et d'indemnisation consécutive. Sans doute, on pourrait s'en rapporter aux dires du blessé et de ses camarades, mais l'expert a pour tâche de chercher à contrôler ces dires. A cet effet, une série de tests ont été proposés ; citons entre autres, celui que préconise le Docteur Dufour, le jeu de cartes à distribuer. Le Docteur Brizard conseille de pratiquer tout d'abord la mensuration comparée des deux membres, puis de faire exécuter les actes suivants : lancement d'une pierre sur un point donné, taille d'un crayon à l'aide d'un canif, maniement d'un tire-bouchon. Cette discussion s'est close sur une intervention de MM. Piédelièvre, Derobert et Foureau qui mettant en évidence, les inconvénients de la gaucherie concluaient à la nécessité d'un « redressement » systématique. « Dans notre organisation sociale moderne l'homme, pour qu'il n'y ait pas d'à-coup dans ses rouages, doit hélas, de plus en plus être fait en série ; et le gaucher n'est qu'un fantaisiste. »

Mais voici que précisément du pays où règne, dit-on, au maximum la standardisation des hommes et des choses, nous vient un avertissement, une mise en garde contre cette dextérisation des gauchers. C'est, qu'en effet, une telle contrainte ne va pas sans provoquer un trouble dans les fonctions de relation, en particulier dans le système psycho-moteur et tout spécialement dans l'exercice du langage. Il se traduit par un *bégaiement* plus ou moins prononcé dont on peut bien souvent retrouver ainsi l'origine ; l'école psychologique américaine admet que 50 % des bègues, au minimum, sont des *gauchers contrariés*. Cette donnée s'est trouvée confirmée en France par divers auteurs, en particulier par le Docteur André Ombrédanne (1) qui s'est attaché à l'étude de ces délicates questions.

On voit que la gaucherie pose un problème complexe à la fois dans ses causes, ses manifestations et dans les indications qu'on en doit tirer du point de vue psychologique et social.

(1) *Annales de médecine légale*, T. XIV, pp. 508-621-915, 1934 ; T. XV, pp. 142-145, 1934.

(1) OMBRÉDANNE (A.). Le problème du bégaiement. Conférence faite à la Société française d'odontologie le 3 novembre 1936.

LES PERFORATIONS UTÉRINES AU COURS DES AVORTEMENTS CRIMINELS

Par le Docteur Gérard TOUBLANC

Les perforations utérines de l'avortement criminel sont plus fréquentes qu'on ne le pense habituellement. Les lésions portent surtout sur l'utérus mais souvent aussi sur les organes voisins, particulièrement l'intestin grêle.

Le tableau clinique est variable. Cependant on peut grouper les perforations criminelles de l'utérus sous trois grandes formes : soit d'hémorragie interne d'origine génitale ; soit, le plus souvent, d'une péritonite généralisée de cause génitale ; soit, fréquemment, d'hémorragie interne et de péritonite généralisée associées, de cause génitale.

Les autres formes : perforations couvertes, perforations latentes sont plus rares.

Il faut penser à l'hémorragie interne chez une femme saignée à blanc arrivant à l'hôpital pour fausse-couche. Il faut penser aussi à la péritonite par perforation.

La coexistence du tableau d'hémorragie interne et d'une contracture abdominale chez une femme envoyée pour fausse-couche impose presque à coup sûr le diagnostic de perforation utérine.

Si le doute subsiste, on est autorisé, avant de laparotomiser la malade, à confirmer ses soupçons par une exploration prudente de l'utérus au doigt ou à la grosse curette mousse.

Le diagnostic fait, une seule conduite s'impose : la laparotomie sous-ombilicale d'extrême urgence, pour traiter les lésions utérines par la suture simple parfois, le plus souvent par l'hystérectomie subtotale avec large drainage.

Les lésions intestinales, vésicales, mésentériques seront traitées suivant leur nature (*Thèse de Paris*, 1939).

AU CHEVET DES PATIENTS

DANS LES SEPTICÉMIES, LA DIARRHÉE SIGNAL D'ALARME

On connaît l'importance que prend dans les infections, les septicémies en particulier, toute réaction, qui se précise sur le tube digestif. Une des streptococcémies les plus répandues, la septicémie puerpérale s'accompagne très souvent de diarrhée ; *mais*, dès que ce symptôme apparaît, il apporte un *élément de gravité* dans l'évolution de la maladie.

Ainsi que le précise le **Professeur A. Bernard** (1), sa date d'apparition dans les septicémies est variable. On la constate tantôt au début, tantôt au cours de la maladie.

Au début, elle commence brusquement ; elle est en général très abondante et prend une grande part de responsabilité dans l'*adynamie et la gravité* de l'infection ; souvent le malade est emporté en quelques jours.

Lorsque la diarrhée s'installe au cours de la maladie ou à la fin, elle est le plus souvent le signe qu'il y a une aggravation sérieuse, ou mieux qu'une *forme maligne* de la septicémie vient de faire son apparition ; ainsi en est-il pour toutes les septicémies à streptocoques, staphylocoques, méningocoques, etc... Fréquemment, dans ces cas, la diarrhée est très abondante, glaireuse ou même glairo-sanguinolente et s'accompagne de recrudescence de la fièvre, d'adynamie et de vomissements.

Cette aggravation de la septicémie a pris le nom de *syndrome malin*. Celui-ci est caractérisé cliniquement par une pâleur grise de la face, un teint plombé, les yeux cernés, un affaiblissement rapide du pouls avec tachycardie, une coloration lilas du crâne chez l'enfant, une congestion généralisée des viscères se traduisant, suivant son degré d'intensité, par des râles congestifs aux bases pulmonaires, des vomissements, de la diarrhée, des gastrorragies ou des melænas.

Chez l'adulte, on constate une chute importante de la tension artérielle, surtout de la maxima, qui est souvent à 10 et même au-dessous ; la minima ne s'abaisse pas dans les mêmes proportions, aussi la différentielle est-elle également très diminuée : par exemple, maxima 9,5 à 10,5, minima 7 à 8. Le malade est adynamique, plongé dans un véritable tuphos.

Dans cette diarrhée grave le nombre des selles est variable, mais généralement supérieur à 10 par vingt-quatre heures. L'adynamie est parfois si prononcée que le malade a de l'incontinence de ses sphincters. La couleur des selles est souvent jaune clair, analogue à celle des selles typhiques. Mais elle est parfois brune, surtout au début ; l'odeur en est très fétide, indiquant l'intensité des fermentations intestinales. Parfois, mais non toujours, les selles sont tachetées de sang ; plus rarement, on observe un melæna très abondant. Il faut ajouter des douleurs et un certain degré de ballonnement abdominal.

La température est très élevée, contrastant avec la sensation de froid, que donne la palpation des téguments. La déshydratation de l'organisme est rapide, profonde ; les muqueuses linguale et buccale sont sèches ; le malade réclame à boire, s'il n'est pas plongé dans une torpeur profonde.

En tout cas, plus le nombre des selles est grand, plus le pronostic est grave, du fait de la déshydratation, de l'hypochlorémie. C'est une diarrhée toxi-infectieuse, qui traduit une atteinte sérieuse du système nerveux neuro-végétatif.

Traitement

A titre *préventif*, il ne faut pas, comme autrefois, combattre toute infection par la diète hydrique et par des purgations. L'association de ces deux méthodes favorise, en effet, l'azotémie par déshydratation.

D'autre part, on ne doit pas engager une lutte, parfois acharnée, contre la constipation par des purgatifs, même quotidiens. Il en résulte une irritation inutile, et souvent on a vu un syndrome diarrhéique s'installer après des purgations répétées. Pour combattre la constipation dans les septicémies, des moyens actifs violents ne sont pas nécessaires ; puisque, sous l'influence de la fièvre et de la sudation abondante, le septicémique, déshydraté, résorbe l'eau intestinale et dessèche ses matières fécales, il suffit de donner un lavement tous les deux jours, afin de permettre d'éliminer les scybales du sigmoïde.

On a remarqué ensuite qu'un septicémique, qui peut s'alimenter résiste mieux ; aussi le dogme « fièvre = diète » doit-il être transgressé toutes les fois qu'on le peut. La diarrhée étant un obstacle à la nutrition du septicémique, le lait devra constituer pour lui l'aliment essentiel, mais il faudra pour en renforcer la valeur alimentaire adjoindre le sucre sous forme

(1) La diarrhée dans les septicémies. (*Journ. des Sc. médicales de Lille*, 1er janvier 1939.)

de jus de fruits et de boissons édulcorées.

A titre *curatif*, il faut essayer de combattre la diarrhée par la prescription d'astringents, et, si nécessaire, par des injections intraveineuses de chlorure de calcium.

Inutile de dire que, tout en luttant contre la diarrhée, il faut, par une thérapeutique symptomatique, agir contre le collapsus cardio-vasculaire et les phénomènes d'intoxication.

Il faut enfin agir contre la déshydratation, qui est conditionnée par les sueurs abondantes et par la diarrhée abondante, et amène ainsi une diminution dans les urines de vingt-quatre heures. Lorsque le malade, profondément adynamique, ne boit pas assez, on devra recourir aux injections sous-cutanées de sérum physiologique ou glucosé.

Le résultat du traitement est parfois *décevant*, à cause de l'atteinte profonde de l'état général, qui faiblit rapidement, et la mort survient avant que l'on ait pu enrayer ou diminuer la diarrhée.

***

C'est une erreur de réduire le problème de la dénatalité a celui des femmes stériles

Lorsqu'on envisage la question de la dénatalité en France, il semble que, parmi les mesures prises, on ait attaché une importance *un peu trop exclusive* au traitement de la stérilité féminine. « Si celle-ci joue, en effet, un certain rôle dans l'étiologie de la diminution de la natalité, il faut bien dire que ce n'est là qu'*un rôle secondaire*, et que les causes du mal sont plus profondes ».

Le Professeur **Cotte** (1) s'est exprimé en ces termes, et pour justifier cette assertion, il s'est livré à une enquête générale ; celle-ci a porté non seulement sur les femmes, venues consulter en raison même de leur infécondité, mais encore sur tous les ménages n'ayant pas d'enfants, ou n'en ayant qu'un seul. Il a éliminé, par contre, de cette étude toutes les femmes non mariées, ayant une vie sexuelle, mais chez qui les conditions sociales rendaient la possibilité d'une grossesse difficile, et les ménages ayant au moins deux enfants. Si ces cas-là avaient été comptés dans la statistique, le nombre des stérilités volontaires ou des avortements criminels aurait été encore plus grand que celui, qui va être indiqué.

Cet auteur a examiné 130 femmes, dont 23 seulement, soit un sixième, étaient venues consulter en raison de leur stérilité. Chez le plus grand nombre, il s'agissait de *stérilité primitive* ; les lésions, étant le fait d'une malformation, d'un arrêt de développement, et surtout d'infections génitales, relevaient par conséquent d'un traitement chirurgical.

Mais, dans certains cas, il n'y avait rien de semblable : ainsi deux époux avaient, durant dix années, constamment utilisé des moyens anticonceptionnels, et bien que ceux-ci aient été supprimés depuis quatre ans, aucune grossesse n'était survenue. Il faut insister sur l'importance de cette étiologie de la stérilité : difficile à démontrer dans la stérilité primitive, elle ressort avec évidence quand, après une première grossesse ou un accouchement normal et sans complications, des moyens anticonceptionnels ont été mis en pratique.

Nous passons ainsi à la catégorie des *stérilités volontaires*, qui sont de beaucoup les plus nombreuses (85 cas sur 130) ; elles comprennent également les fausses couches provoquées. En ce dernier cas surtout, les malades consultent non pour leur stérilité, mais pour les troubles consécutifs aux avortements : poussées congestives ; désordres variés dus à la plexalgie hypogastrique ; troubles nerveux généraux, consécutifs à une longue pratique de fraudes conjugales. Malgré les soins les plus attentifs, on n'est pas certain de voir se réaliser le désir de maternité, en admettant que toujours il arrive à se manifester.

Restent les *stérilités secondaires*, consécutives à des ovarites de la puerpéralité, ou à des lésions évidentes de l'appareil utéro-annexiel, justiciables le plus souvent d'un traitement chirurgical. Elles sont en nombre restreint par rapport aux stérilités volontaires.

Bref, en escomptant par avance des résultats plus complets, « on peut dire que ceux-ci n'auront jamais qu'un succès plus individuel que social, et ce n'est pas en s'occupant seulement des femmes stériles qu'on résoudra le problème de la dénatalité. Celui-ci reconnaît à son origine des causes plus profondes, morales, économiques et sociales, dont les Pouvoirs publics, comme les médecins, doivent s'occuper sans plus tarder ».

G. Fischer.

(1) La stérilité féminine et le problème de la dénatalité (*Lyon Médical*, 5 mars 1939).

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Le traitement rationnel de la paralysie infantile

Le pronostic de la poliomyélite antérieure aiguë a été complètement transformé à partir du jour où les lésions médullaires ont été soumises à l'action des rayons X. Cette méthode dont le Docteur H. BORDIER a été le promoteur, a révolutionné le traitement de la paralysie infantile : maintenant il est permis de prononcer pour cette affection, si redoutable par ses conséquences sociales, le mot de guérison. Il n'en avait pas été ainsi tant qu'on se bornait à la seule galvanisation, continue ou rythmée ; malgré des efforts portés, pendant des mois et même des années, sur les muscles paralysés et atrophiés, la paralysie et l'atrophie étaient peu influencées. Il ne pouvait d'ailleurs en être autrement, puisqu'on n'avait pas les moyens d'agir sur la cause elle-même de la paralysie, c'est-à-dire sur les lésions de la moelle. C'est cette action directe sur les cellules nerveuses motrices lésées qui a donné toute sa valeur à la radiothérapie dans la poliomyélite. Il est nécessaire de procéder à l'irradiation médullaire dès la fin de la phase thermique, et au plus tard un mois après le début de l'affection. Cependant, même après plusieurs mois, la radiothérapie est encore capable d'exercer son action libératrice, vu l'existence possible de cellules motrices non encore complètement atrophiées par le processus cicatriciel fibreux.

Le traitement de la paralysie infantile utilise trois modalités électriques : la radiothérapie, la diathermothérapie et la galvanothérapie. La radiothérapie possède l'action la plus prépondérante. Si les rayons X agissent directement sur les cellules nerveuses médullaires lésées, les deux autres modalités électrothérapiques s'adressent aux muscles des membres paralysés. Ces actions thérapeutiques sont donc totalement différentes et l'on ne peut songer à remplacer l'une par l'autre.

Après avoir précisé comment doit être appliquée la radiothérapie, l'auteur indique que la diathermie a pour but de donner à chaque segment paralysé, atrophié et en hypothermie, la chaleur nécessaire à la nutrition des tissus : ce résultat est loin de pouvoir être obtenu par des moyens externes, tels que bouillottes, tissus chauffants, bottes à eau chaude, etc... Les oscillations employées en diathermie arrivent rapidement à faire cesser l'hypothermie, souvent très marquée des membres paralysés ; cette chaleur pénétrante se maintient pendant une durée d'autant plus grande que le nombre des applications de diathermie est plus élevé. L'hypothermie finit en général par disparaître après dix ou douze séances, quelquefois avant.

Quant à la galvanisation elle est très utile pendant et surtout après le traitement radiothérapique. Mais ce n'est pas, comme certains le font, en immergeant les pieds ou les mains (suivant le membre paralysé), dans un bain d'eau et en plaçant une électrode spongieuse sur la région lombo-sacrée ou occipito-dorsale, que le courant galvanique doit être appliqué. Pour que le courant galvanique produise des effets certains et incontestables sur la nutrition des fibres musculaires atrophiées, il faut que le courant soit appliqué localement sur chaque muscle et groupe de muscles paralysés.

En résumé, les rayons X agissent favorablement dans la maladie de Heine-Medin ; aucun des autres traitements appliqués jusqu'à présent dans cette affection n'a fourni des résultats comparables ; les irradiations des segments médullaires lésés doivent être faites aussitôt que possible après l'apparition des phénomènes paralytiques et avant que se soient installées des lésions irréparables dans les cellules nerveuses. (*Journal des Praticiens*, 6 mai 1939.)

Deux points du traitement de la maladie de Bouveret

Le traitement des tachycardies paroxystiques au long cours, dues à l'apparition soudaine d'un rythme ectopique de siège supraventriculaire (maladie de Bouveret proprement dite), se centre autour de deux desiderata : mettre fin au paroxysme en cours, s'opposer au retour de semblables accès. Le médecin est mieux armé contre la première que contre la seconde de ces difficultés. Le Docteur R. FROMENT précise que la thérapeutique de la maladie de Bouveret s'est enrichie ces dernières années, de plusieurs méthodes importantes : injections intraveineuses de quinidine qui représentent l'élément principal du traitement abortif des paroxysmes ; infiltration novocaïnique stellaire qui peut éventuellement suppléer cette dernière méthode si elle semblait contre-indiquée ou plus rarement si elle s'avérait inefficace ; sympathectomies enfin, chimiques ou de préférence chirurgicales, qui doivent être essayées dans les formes à paroxysmes subintrants et ont déjà pu, en pareil cas, donner de beaux succès. (*Paris Médical*, 6 mai 1939.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de chirurgie

La suture primitive dans les traumatismes ouverts du temps de paix

(MM. B. Desplas, Pierre Duval, R. Monod, Braine, Gaudier, de Fourmestraux, Sorel ; 12-2 ; 22-2 ; 8-3 ; 22-3 ; 19-4 1939)

A la suite d'une communication de M. B. Desplas sur les dangers de la suture primitive dans les traumatismes du temps de paix une longue discussion s'est poursuivie sur ce sujet à l'Académie de chirurgie.

M. Desplas, qui déjà s'était préoccupé de la même question dès 1926, rapporte quelques cas dans lesquels la suture primitive de plaies profondes, intéressant les articulations en particulier, a été suivie de résultats mauvais, voire mortels.

Instaurée pendant la guerre (Gaudier, Lemaître), la suture primitive des grandes plaies a rendu à cette époque de très appréciables services. Elle a permis, en particulier, la guérison rapide de nombreux blessés et leur récupération dans les corps combattants. Elle demande des plaies fraîches, nécessite un nettoyage, un épluchage minutieux des plaies et une surveillance non seulement clinique mais aussi bactériologique que permettaient les services de laboratoire aux armées. Dans la pratique civile, ces conditions ne sont pas toujours réunies de façon absolument satisfaisante, les traumatismes sont souvent plus contusionnants (écrasements) et l'on recherche moins une récupération rapide des facultés de travail et une statistique globale, qu'une limitation au minimum des accidents graves ou mortels.

Sans proscrire complètement la suture primitive des grands traumatismes ouverts, M. Desplas la réduit à un petit nombre de cas, dans la pratique du temps de paix.

— M. Pierre Duval estime que les reproches de M. Desplas ne s'appliquent qu'à la suture primitive *mal faite*.

— M. R. Monod pense qu'il est utile d'attirer l'attention des jeunes chirurgiens sur les dangers de la suture primitive.

— M. Braine approuve la communication de M. Desplas et signale un cas de gangrène gazeuse observée à la suite de la suture d'une plaie contuse et anfractueuse des muscles de l'avant-bras.

— M. Gaudier (de Lille), père du parage des plaies et de la suture primitive, répond à M. Desplas. Il ne croit pas les plaies du temps de paix plus graves que celles du temps de guerre. Les traumatismes sont nombreux dans la région lilloise et la suture a été appliquée fréquemment dans son service. Les conditions de temps étant favorables (une douzaine d'heures en moyenne), le « parage » pratiqué avec toute la minutie convenable (sévère dissection des tissus meurtris, sérum antitétanique , antigangréneux), il n'a pas le souvenir de cas ayant nécessité ultérieurement une mutilation, amputation, résection. La surveillance a besoin certes d'être rigoureuse et l'on fera sauter les sutures à la moindre alerte. Mieux vaut aussi s'abstenir de suture primitive dans les cas de traumatismes importants multiples, de malades très shockés.

— M. de Fourmestraux ne peut croire à une différence aussi grande entre la chirurgie de guerre et la chirurgie du temps de paix. En 1918, une plaie pénétrante du genou, excisée avant la dixième heure, corps étranger enlevé, si le fracas osseux n'était pas trop étendu, guérissait fermée ou avec une arthrotomie économique. Si toutes les plaies de la route ne sauraient être suturées, beaucoup peuvent l'être sans danger après un nettoyage minutieux, une surveillance convenable.

— M. Sorrel estime qu'il est dommage que l'on conserve le mot : suture primitive. Ce mot met en vedette le temps le moins utile et le plus dangereux de l'intervention en question, dont la conception paraît ainsi faussée.

— M. Marquis défend la suture primitive des plaies articulaires, qu'il a longuement pratiquée et qui a donné d'excellents résultats pendant la guerre.

— M. Masini (de Marseille) a continué d'employer la suture primitive dans la chirurgie traumatologique du temps de paix. Faite et suivie comme il le faut, c'est une excellente opération. Elle constitue, dit-il, une des plus belles conquêtes de la chirurgie de guerre et elle doit être étendue à la chirurgie civile.

La suture primitive des plaies (il s'agit des traumatismes importants) conserve, on le voit, ses défenseurs.

Dix thymectomies pour troubles de croissance, polyarthrites, sclérodermies

(MM. Leriche et A. Jung ; 1-3-1939)

M. Leriche a pratiqué chez dix sujets atteints de troubles divers rebelles à la thérapeutique (arrêts de développement, polyarthrites ankylosantes, polyarthrites déformantes, sclérodermie), une thymectomie qui a été suivie d'une appréciable amélioration clinique. Malgré l'absence de toute donnée pathogénique précise à ce sujet, il y a là cependant une voie nouvelle de traitement laissant quelque espoir dans des états pathologiques rebelles.

P. L.

Les Thèses

Mp. — Dr P. Naboudet. — **La diphtérie à Montpellier de 1883 à 1938. Prophylaxie.** (Thèse 1939.)

La diphtérie, à Montpellier, se manifeste par un état endémique peu important.

Cet état a nettement diminué depuis la pratique instaurée en 1929 de la vaccination par l'anatoxine antidiphtérique de Ramon. De nos jours, le nombre de cas enregistrés dans cette ville se manifeste par quelques cas sporadiques dont le total se stabilise aux environs de dix par année.

La mortalité est faible et n'intéresse que les sujets non vaccinés ou incomplètement vaccinés,

La vaccination antidiphtérique, employée judicieusement, doit sinon faire disparaître complètement la maladie, du moins abaisser considérablement le taux de morbidité et de léthalité.

Cependant, ces résultats ne seront obtenus que lorsque l'anatoxine antidiphtérique de Ramon aura été généralisée et sera devenue une méthode courante de prophylaxie en laquelle tout médecin et tout père de famille doivent avoir confiance.

P. — Dr M. Rousseau. — **Le problème de l'enfance estropiée dans le monde. L'urgence d'une solution en France.**

C'est du point de vue documentation un important travail sur ce qui est fait dans le monde en faveur des infirmes, soit qu'on s'adresse uniquement à l'Etat, comme en Allemagne, en Norvège, au Danemark, soit uniquement à l'initiative privée comme en Angleterre, en Belgique et aux Etats-Unis ; la Suède adoptant un système mixte.

Nous aurions aimé que l'auteur nous montre avec plus de détails ce que l'initiative privée a fait en France, ce qu'elle pourrait devenir, car les lourdes charges de nos finances actuelles devraient, semble-t-il faire envisager une solution mixte utilisant au mieux et développant ce qui existe et non point une solution créant encore de nouveaux emplois et de nouveaux fonctionnaires. R. M.

Bx. — Dr J. Soubiran. — **Les interventions sur le sympathique dans la pathologie traumatique des nerfs.**

Cette thèse inspirée par Jeanneney est consacrée aux résultats des différentes opérations sympathiques, non seulement interventions chirurgicales telles que sympathectomie périartérielle, artériectomies, gangliectomies, mais aussi infiltrations analgésiques des chaînes et des ganglions sympathiques dans le traitement de la traumatologie des nerfs.

L'auteur a plus particulièrement fait œuvre originale en cherchant quelle pouvait être l'action du système sympathique sur la régénération nerveuse, anatomique et fonctionnelle. Des expériences, des faits d'observation, beaucoup de recherches personnelles font le grand intérêt de ce travail.

P. — Dr A.-Y. Gouin. — **De la constatation de la tumeur d'invagination dans le diagnostic des invaginations intestinales.** (Thèse 1939.)

La tumeur d'invagination constitue avec le melæna le signe essentiel de l'invagination intestinale.

C'est un signe quasi constant, qu'il faut savoir rechercher dans les périodes d'accalmies, entre les crises douloureuses, dans les flancs, l'épigastre, les fosses iliaques, sous la forme d'une tumeur cylindrique ou d'une masse résistante mal limitée.

C'est un signe souvent précoce et de grande valeur. Sa présence affirme le diagnostic d'invagination intestinale. Son absence ne permet pas de le rejeter, mais le met en doute. Il faut confirmer ou infirmer le diagnostic par le contexte clinique : le lavement baryté sous écran, une surveillance attentive en milieu chirurgical.

P. — Dr Marguerite Pénit. — **Contribution à l'étude de la réaction cutanée locale à l'histamine. Ses modifications physiologiques et pathologiques** (Thèse 1939.)

La réaction cutanée locale à l'histamine, connue sous le nom de triade de Lewis, comprend trois éléments : rougeur locale, érythème réflexe, boule d'œdème, dont chacun reconnaît un mécanisme propre. Ce mécanisme est encore imparfaitement connu. On sait cependant que la réaction histaminique est sous la dépendance d'un certain nombre de facteurs : irrigation et innervation cutanées, perméabilité capillaire.

Les modifications physiologiques de la réaction cutanée locale à l'histamine mettent en lumière l'influence de l'irrigation et de l'innervation locales, ainsi que l'importance de certains facteurs constitutionnels.

Les modifications pathologiques, assez faciles à interpréter dans les affections nerveuses centrales et périphériques et les affections vasculaires, deviennent d'une interprétation difficile dans un certain nombre de maladies. En dermatologie en particulier, les éléments qui interviennent sont multiples.

L'histamine, qui agit sur les principales fonctions qui règlent la nutrition du tissu cutané, semble être appelée à jouer un rôle en thérapeutique dermatologique.

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement actuel des plaies et de leur cicatrisation activée

Le souci primordial du praticien est de favoriser la cicatrisation rapide et esthétique d'une plaie, tout en provoquant chez le patient le minimum de douleur au cours des pansements nécessités par l'état local. Il dispose, pour obtenir ce double résultat, de deux moyens, à savoir : la cicatrisation par première intention et la cicatrisation par deuxième intention.

La réunion *per primam intentionem* ne nécessite, dans la grande majorité des cas, que peu de soins, à l'exception des plaies s'accompagnant de lésions épidermiques importantes.

Il n'en sera pas de même lorsque la cicatrisation par première intention s'étant révélée impossible, le praticien devra recourir à la cicatrisation *per secondam intentionem*. En effet, ce qui prédomine, c'est la notion d'infection de la plaie. L'infection existe dès le début et ne peut qu'augmenter par la suite si des pansements très propres ne viennent mettre la plaie bourgeonnante à l'abri des contacts septiques.

Ainsi, se forme-t-il, un exsudat fibrineux post-traumatique qui devient, dès le deuxième jour, fibrino-purulent. Cet exsudat est, de part en part, perforé vers le quatrième jour par des bourgeons charnus dont le nombre augmente rapidement de jour en jour et finit par recouvrir totalement la plaie. Sur le pourtour de la plaie, l'épiderme normal prolifère activement sous l'aspect d'un liseré blanc bleuâtre.

Malgré ce travail intense de réparation conjonctive et épidermique, il faut malheureusement un temps souvent très long pour obtenir la cicatrisation complète et solide. Aussi, mises à part les greffes épidermiques d'Ollier et Thiersch indiquées dans les plaies étendues, était-il intéressant de rechercher le traitement le plus actif au point de vue cicatrisation, le moins douloureux et le plus esthétique quant au malade.

Il existait bien différents tulles largement imprégnés de substances grasses, différentes pommades que l'on déposait sur les plaies ou dont on imprégnait, plus ou moins régulièrement, des compresses ; néanmoins, l'expérience journalière nous a démontré que, dans la très grande majorité des cas, ces différents moyens produisaient une macération entre pansement et derme et, par suite, retardaient, dans une large mesure, la cicatrisation recherchée.

De nombreux essais, couronnés de succès, viennent de mettre en lumière, tout récemment, un pansement nouveau : la Biogaze Bottu, qui répond en tous points aux desiderata des praticiens. En effet, ce pansement se présente sous la forme de compresses dont les fils sont imprégnés de corps gras (huile de foie de morue et de flétan) et de la chlorophylle végétale à toute petite dose (travaux du Professeur Burgi, de Berne).

Aseptisées par des essences naturelles choisies pour leur innocuité sur l'épiderme, ces compresses, dont l'imprégnation est activement cicatrisante, présentent l'immense avantage de ne pas adhérer aux plaies, d'être largement perméables aux exsudats et permettent d'obtenir des cicatrices très souples non chéloïdiennes.

Leur usage rendra de réels services aux médecins et chirurgiens et secondera efficacement leurs efforts journaliers dans le traitement des plaies atones non suppurantes, dans les ulcères variqueux, dans les brûlures étendues et les grands délabrements cutanés et même dans les plaies profondes (fistules bacillaires par exemple).

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

PLAN DE LA CITÉ FUTURE

Lorsqu'ils exposent leurs idées sur la Cité future les philosophes, les politiques et les doctrinaires de tout poil abondent en tableaux si enchanteurs, en promesses tellement idylliques qu'ils nous font, à l'exemple du vieux loup, « pleurer de tendresse ».

Mais nous savons bien que tout cela est trop beau pour être vrai.

Il nous est né récemment une race d'ennemis plus redoutables et plus démoralisants : ce sont les hygiénistes.

Voilà pourtant des gens pleins d'intentions louables ; ils ne veulent que notre bien ; ils y travaillent même avec conscience. Mais leur conscience est celle de l'ours de la fable et, pour chasser de notre front une mouche assurément gênante, ils nous fracassent le crâne.

Ainsi est-ce écœuré d'amertume que j'ai achevé la lecture d'un article très judicieux du Docteur Alfred Hanns, professeur agrégé à la Faculté de Strasbourg, paru dans *Paris-Médical* du 22 avril dernier. Trop judicieux même, cet article, et d'arguments trop convaincants puisqu'il nous démontre clair comme le jour que nous, citoyens des grandes villes, nous croupissons dans d'effroyables sentines où notre race ne peut que s'étioler. L'habitation idéale n'est cependant pas du domaine du rêve : nous la voyons réalisée à de multiples exemplaires dès que nous nous évadons vers de lointaines banlieues ou vers la campagne. Mais dans nos vieilles villes la chose est pour ainsi dire, impossible ; il faudrait commencer par raser tout ou à peu près tout ce que nous ont légué les siècles et, en particulier, le plus orgueilleux de tous, l'actuel.

C'est, mis au goût du jour, le supplice de Tantale, et les hygiénistes conviendront, j'espère, qu'ils nous rendent la vie bien pénible.

Mais quel est donc leur plan à ces cruels amis ? Impossible de nier qu'il soit habile, logique et en outre attrayant. La ville que bâtiraient les hygiénistes n'a rien de commun avec nos grouillantes termitières où ce que nous appelons le « confort » éclipse et détruit ce qui s'appelle d'un mot bien plus simple mais d'expression bien plus vaste : l'agrément. Le tout-à-l'égout, les rues asphaltées, le chauffage central, l'eau sous pression sont des commodités faute desquelles il nous paraît impossible de vivre ; en revanche nous acceptons comme de négligeables ennemis l'air poussiéreux, la lumière chétive, les ruelles fétides, le bruit. Et tout cela cependant mène la race à la décrépitude. Cela aussi nous le savons, non seulement parce que les hygiénistes nous en avertissent mais parce que nous voyons autour de nous les êtres vivants dépérir et que nous ressentons, par une impulsion distinctive et de jour en jour plus impérieuse, le besoin de nous évader. Or on s'évade d'une prison, mais non d'un séjour plaisant. Le vrai, c'est que tous, même les plus entichés de leur qualité de citadins, souffrent obscurément dans les villes. Le prestige des villes n'est plus fait que de lieux communs assez éculés, naïf héritage du temps des diligences. Bien des gens n'ont pas encore réalisé qu'une grande ville conçue comme celles que nous habitons n'est plus à l'échelle au temps du téléphone et de l'auto.

Disons-le à leur louange, les hygiénistes, eux, l'ont réalisé et, par une conception contraire à celles des siècles passés, au lieu d'agglomérer les populations sur un îlot restreint, ils rêvent de les desserrer, de les éparpiller en d'immenses espaces.

Depuis déjà quelques années avant la guerre nous nous ébahissons devant les « buildings ». Plus ils sont hauts plus ils sont beaux et je me souviens d'avoir lu, au moment où la France nouait connaissance avec les constructions en hauteur, de savantes considérations sur la rapidité et la commodité des « moyens de communication verticaux » (les ascenseurs). L'auteur prétendait que 20.000 personnes rassemblées dans un building de 30 ou 40 étages communiquent entre elles bien plus facilement que réparties entre quelques milliers de maisons privées. C'est possible, mais et après ? A part des établissements formant un tout tels qu'un hôpital, une grande administration, et ayant en commun des services généraux dont les apports doi-

vent être aisés, où voit-on que 20.000 personnes aient un si pressant besoin de communiquer entre elles ? Et sans être misanthrope ne peut-on pas prétendre que le propre de l'habitation privée c'est de fournir un refuge contre les semblables ?

Tel est l'avis, en tout cas, des hygiénistes ; on peut se dévouer à la collectivité et savourer néanmoins son « quant à soi ».

Que sera donc l'*habitation* ?

La maison d'habitation idéale, c'est la « maison à une famille », soit isolée, soit adossée à une congénère, soit unie à une série d'autres. Cette maison sera toujours doublée d'un jardin, l'entourant sur toutes ses faces, dans le cas de la maison isolée, sur trois côtés s'il s'agit d'une maison jumelée, qui se trouvera en façade et par derrière si la maison fait partie d'une série.

Le jardin est indispensable non seulement pour l'aération et l'insolation de la maison, mais aussi pour le délassement de l'habitant, pour l'agrément esthétique de l'habitation. Ce n'est pas, en effet, vers le luxe de la construction et l'originalité des lignes que seront orientés les efforts de l'organisateur de la maison à une famille : ce seront les rideaux de verdure, l'élégance des frondaisons des arbres, la beauté des massifs l'entourant qui égayeront le logis et donneront, au quartier des maisons isolées, son caractère et son charme.

Les rues de ce quartier ne seront pas très larges, autant pour qu'elles gardent un caractère d'intimité et de mystère que pour permettre aux jardins de prendre plus de place.

Qui habitera ces délicieux cottages ? de riches rentiers ? des fonctionnaires haut placés ? des commerçants à gros revenus ? aucunement. Ces maisons seront habitées par des ouvriers ou des petites gens. Dans la Cité future, chacun aura le droit sacré à la « joie du logement ». Il est inadmissible, en effet, que dans une société normale, l'élément primordial du bien-être, le logement, soit refusé à toute une légion d'êtres. Car je n'appelle pas être logé, être entassé dans des locaux borgnes.

Bien entendu, cette conception de l'habitation ne s'adaptera pas aux quartiers à circulation active et aux parties centrales et commerçantes de la ville, où elle serait impraticable et même irrationnelle, parce que le bruit, la poussière, la fumée, auxquels les maisons isolées seraient exposées avec beaucoup plus d'intensité à cause de la multiplicité de leurs surfaces libres et leurs ouvertures, leur enlèveraient tous leurs avantages, alors que des « blocs » de maisons souffriront moins de l'action de ces facteurs nocifs (Nussbaum).

Pour les célibataires, les familles sans enfants, les personnes âgées, les nomades (officiers, fonctionnaires) sera prévu un quartier de « maisons à plusieurs familles » limitées à trois étages. Enfin un autre quartier comprenant des « maisons à appartements nombreux » serait constitué de « blocs » à l'américaine mais conçus suivant un canon nouveau ; le bloc entourerait un vaste espace libre où donneraient les cours de chaque maison. Au centre de cet espace : un jardin. Les cours pénétrant profondément entre les maisons pour éclairer les cuisines et les pièces d'arrière. Enfin la hauteur des blocs, strictement réglementée, ne dépasserait pas la largeur des rues (limitation exigée déjà par les règlements de la région parisienne).

Quant aux bâtiments commerciaux, et sous ce nom ne sont pas compris les petits magasins de détail destinés à l'approvisionnement quotidien des habitants, seront assemblés, eux aussi, dans un quartier spécial, central, proche de la gare ou du port. Les cours de ces bâtiments, tout en étant suffisamment spacieuses, seront de moindre dimension que les cours des maisons d'habitation ; l'ombre et la fraîcheur sont, en effet, souvent nécessaires pour la conservation des marchandises ; mais les locaux de séjour seront toujours éclairés par la lumière naturelle ; les parois des bâtiments seront en matériel très sec, les bois et tissus ignifugés.

Enfin les usines seront groupées, comme aussi les édifices administratifs, les écoles et les hôpitaux. En place du style « Nouveau Beaujon » on fera des pavillons séparés reliés souterrainement pour le chauffage et l'éclairage. Et partout : des jardins, des jardins, des jardins.

Tel est, en bref, le plan de la Cité future des hygiénistes. Avouez qu'il y a de quoi être mélancoliques quand on songe que nous ne verrons rien de tout cela. Et que, frustrés même en espérance de cet urbanisme idyllique, nous serons les tristes relégués à perpétuité de nos bagnes de pierre, de ciment armé et d'asphalte.

Mais n'est-ce pas un nouvel exemple de l'insatisfaction incurable des hommes, qu'au moment même où notre formule d'urbanisme actuelle (je veux dire l'américaine) arrive à une sorte d'apogée des savants se lèvent et nous disent « Tout cela ne vaut rien ; recommençons ».

Au fait, depuis que le monde est monde, n'est-il pas dans le destin des hommes de « recommencer ».

G. Lavalée.

LE SECRET PROFESSIONNEL ET LE CONTRÔLE EN MATIÈRE DE MÉDECINE SOCIALE

Monsieur et cher confrère,

Parce que depuis près de trente ans je vous lis, vous apprécie et vous demande conseil, je me sens autorisé aujourd'hui à relever ce que vous venez d'écrire (une fois encore) page 9 du supplément au *Concours* à propos du secret professionnel.

Vous êtes pour le secret total et absolu (libre à vous).

Cela vous conduit à admettre la nécessité d'un contrôle pour le tiers payant en médecine sociale et vous ajoutez que le secret n'existe pas entre *ce tiers* et *son mandataire.*

C'est ici que je ne peux vous suivre. Si le malade croyait — comme vous — que les confidences qu'il va faire au médecin seront révélées à l'Assurance pensez-vous qu'il parlerait librement ?

Non évidemment. Dès lors, le médecin contrôleur serait réduit à examiner son malade à la mode vétérinaire, ce qui, dans bien des cas, rendrait son rôle inopérant. Le contrôle étant impossible le tiers payant demandera à faire lui-même la fourniture des soins.

Ça n'est pas ce que nous voulons n'est-ce pas ?

Vous aboutirez au même résultat si vous admettez comme définitif cet arrêt de la Cour de cassation qui déclare que « la feuille de maladie en Assurances sociales, constitue une preuve nécessaire et suffisante ».

Si la feuille de maladie fait loi, je ne vois plus pourquoi on a prévu tout l'arsenal de répression qui va du contrôle technique à la correctionnelle. Si la feuille de maladie ne peut être discutée par les Caisses, il ne leur restera qu'une ressource : donner elles-mêmes les soins à leurs adhérents.

Mais la situation n'est pas si tragique parce que j'estime que le secret professionnel peut parfaitement jouer entre le médecin-contrôleur et son mandant.

Vous avez certainement, comme moi, fait des contrôles pour des Caisses d'assurances sociales ?

Vous ont-elles jamais demandé un diagnostic ? Non ; une seule question vous a été posée ? Les prestations sont-elles justifiées ? à laquelle vous répondiez par oui ou non. Est-ce cela violer le secret médical ? Peut-être ! si du moins, il consiste à soutenir les intérêts du malade jusqu'à devenir son complice. J'en ai pour ma part une conception un peu différente.

Tout en acceptant sa vieille définition *quæ non decet enunciare*, je ne pense pas qu'il soit convenable de taire un crime ou une escroquerie.

A l'encontre de ce qui se fait en certains pays, je crois que le secret médical doit exister. Il faut qu'il existe pour l'intérêt du malade et pour l'honneur de la profession ; mais pour celle-ci je veux qu'il soit un rempart et non un paravent.

Le mettre en avant à tout propos et dans des cas où il n'est pas en danger c'est l'avilir, mais surtout c'est comme je le disais plus haut pousser les organisations de *médecine sociale à devenir les concurrentes du Corps médical.*

C'est la seule considération que je voulais vous prier de retenir ; tout ce que nous pourrions dire sur le secret médical n'ayant guère aux yeux des générations nouvelles qu'un intérêt théorique et historique.

Je vous prie mon cher confrère, d'excuser ma liberté, et de croire toujours à l'assurance de ma considération très distinguée.

Docteur CLUZAN.

Réponse

Je suis navré de ne pas pouvoir partager votre opinion ; mais, comme juriste, je dois vous signaler quelques erreurs que vous commettez dans votre raisonnement.

Le médecin de contrôle est un mandataire. Son mandant a donc le droit de lui demander un compte exact de sa mission et le médecin contrôleur ne saurait se retrancher derrière le secret professionnel, pour taire un diagnostic, si celui, au nom duquel il a opéré, demande la divulgation de ce diagnostic.

Nous sommes ici en plein Code civil et si le médecin de contrôle croyait devoir exciper des termes de l'article 378 du Code pénal, il aurait dû avertir son mandant, avant d'accepter la mission que celui-ci lui confie.

Le médecin de contrôle peut quelquefois être contraint d'examiner un client à la méthode vétérinaire ; mais dans l'immense majorité des cas, le malade répond aux questions, pour la

bonne raison que l'affection n'est pas secrète de sa nature. Mais le médecin traitant a le devoir d'observer le secret par rapport au contrôleur parce que ce dernier n'est pas lié, par la loi, à l'observance du silence par rapport à son mandant.

Par arrêt du 16 mai 1913, la Cour de cassation, Chambre criminelle, l'a rappelé à un praticien, en décidant que le médecin traitant d'une victime du travail viole l'article 378 du Code pénal, en communiquant au médecin du chef d'entreprise les résultats d'un examen du sang concernant le blessé.

Je ne puis donc pas souscrire à votre affirmation lorsque, dans votre lettre, vous me dites qu'à votre avis le secret peut jouer entre le médecin-contrôleur et son mandant. Non, dans l'immense majorité des cas, parce que le mandant reste en droit d'exiger de son mandataire des renseignements précis et exacts sur l'accomplissement de sa mission. Il faudrait qu'une loi vienne interdire à ce mandant de réclamer des précisions d'ordre médical, tant en matière d'assurances sociales, qu'en celle des accidents du travail, ou d'assistance médicale.

Tant que la loi n'est pas votée, le malade et son médecin traitant sont d'un côté de la barricade, alors que de l'autre se trouvent le médecin de contrôle et son mandant. Si le médecin traitant oublie son devoir au silence, le Tribunal correctionnel peut lui rappeler que l'article 378 du Code pénal existe toujours.

Vous me dites que j'ai dû faire des contrôles, comme vous en faites. Non, je n'ai jamais voulu être autre chose qu'un médecin de soins, non pas parce que je dédaigne ceux de mes confrères qui très honorablement et avec grande conscience, accomplissent les missions de contrôle, qui leur sont confiées, mais parce que je suis un peu comme le loup de la fable : je ne veux dépendre que de mon seul malade.

Voilà pourquoi, tout en reconnaissant la difficulté de la tâche du contrôle, gêné qu'est celui-ci par le secret professionnel, ai-je pu, à maintes reprises, écrire des articles, tant dans les journaux de médecine que dans des revues de droit, pour définir la situation. Ou bien le contrôle restera tel qu'il est : et le médecin traitant doit se taire en face du médecin de contrôle. Ou bien une loi interviendra qui fera tomber les barrières entre les deux praticiens. Ils pourront discuter en docteurs en médecine du cas pathologique, de son pronostic ; mais la loi obligera le médecin de contrôle au secret vis-à-vis de son mandant. Celui-ci ne pourra obtenir qu'un rapport, dans lequel le diagnostic, ou toute autre mention de maladie sera rigoureusement passé sous silence.

Voilà mon cher confrère, ce qui nous sépare : vous obéissez au bon sens ; j'obéis à la loi. Vous ne voyez que les cas fort nombreux, dans lesquels le secret professionnel n'existe pas, car le diagnostic est de notoriété publique. Je vois, au contraire, les cas embarrassants, dans lesquels un confrère de très bonne foi et mû par les meilleures intentions du monde, pourra cependant avoir à se défendre devant le Tribunal correctionnel, accusé qu'il sera d'avoir violé l'article 378 du Code pénal.

Quant à redouter que les Caisses ne veuillent recruter leur Corps médical bien à elles, c'est un épouvantail sans grande efficacité. Si elles avaient pu trouver suffisamment de médecins, nommés par elles, dociles à leurs ordres, elles l'auraient fait depuis longtemps. Ce n'est pas pour rien qu'on colporte des calomnies sur le Corps médical, on nous accuse de tromperies diverses, d'abus inqualifiables, de faiblesses coupables pour nos malades, au plus grand dam de ces pauvres Assurances sociales. Bref, l'ancienne campagne des « médecins marrons », menée jadis par certaines Compagnies d'assurances contre les accidents du travail, avait repris force et vigueur. On aurait, par là, voulu contraindre le Gouvernement à créer un corps de médecins, dits honnêtes et consciencieux, qui, nommés par ces employeurs divers, auraient été leurs salariés dociles et obéissants.

Mais voilà, le Corps médical ne s'est pas laissé faire ; il tient à son indépendance et bien que certains parmi nous se soient laissé surprendre et aient colporté les accusations sans preuves, d'autres ont exigé des noms, des dossiers, pour flétrir au grand jour les confrères indignes. Hélas ! la montagne accoucha d'une souris.

En tout cas, nous conservons notre liberté chérie, le corps des médecins traitants, à la solde des Assurances sociales, n'est pas encore recruté et nos Conseils de famille répriment les abus, dépistés par les médecins de contrôle. Nos malades sont bien soignés et les intérêts pécuniaires des Caisses sauvegardés.

D[r] Paul Boudin.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

❖ ❖ ❖

L'ovalisation des cylindres

Quelle que soit la qualité d'une voiture et la compétence du conducteur, il arrive un moment où l'usure du moteur se traduit par une ovalisation des cylindres, Or, le coût de la réparation de ce grave inconvénient. ajouté aux désagréments d'une assez longue immobilisation de la voiture, fait examiner avec intérêt, d'une part, ce qui peut retarder l'ovalisation, et, d'autre part, ce qui est susceptible d'y porter remède quand elle s'est produite.

Nous avons étudié en détail le problème du graissage dans de précédentes chroniques. Nous prions donc nos lecteurs de bien vouloir se souvenir que nous avons signalé l'influence énorme du graissage sur la durée du bon état des cylindres.

Nous ne dirons jamais trop souvent à quel point il est indispensable de n'employer que des huiles de marque dont la constance de qualité donne toute garantie. Sans conseiller une marque particulièrement, parce que nous sortirions alors de notre rôle d'informateur objectif, nous pouvons rappeler les éléments d'appréciation fournis par la documentation « Energol » et « Yacco » qui n'ont rien perdu de leur valeur, au contraire.

Le but de la présente chronique est de passer en revue les moyens dont on dispose actuellement pour remédier à l'ovalisation.

Le plus radical de ces moyens est évidemment le réalésage des cylindres ou le changement des « chemises » quand elles sont amovibles.

Mais il y a aussi un procédé moins onéreux qui consiste à changer les segments des pistons.

Ce procédé a tenté beaucoup de spécialistes, et il semble bien que plusieurs aient atteint en la matière une quasi-perfection, en remplaçant le segment classique en fonte par des segments en acier d'une conception nouvelle.

Ces segments permettent de rattraper le jeu occasionné par l'ovalisation allant parfois jusqu'à 8 /10.

Nous trouvons, sous la plume autorisée de notre confrère F. de Laborderie, une excellente étude de ces segments, dits « multiples » ou « d'étanchéité ».

Les segments multiples se composent, en principe, de plusieurs éléments minces en acier, épousant d'un côté la forme concave et de l'autre la forme convexe. En alternant ces éléments dans la gorge, on obtient une presion-ressort constante sur les flancs de la gorge du piston, pression suffisante pour épouser l'ovalisation et par conséquent pour la neutraliser.

Nous avons dit plus haut qu'il y avait déjà plusieurs fabricants de ce genre de segments. Nous en citons quelques-uns parmi les plus connus :

Les segments multiples « *Champion* » en alliage spécial au manganèse très élastique.

Les segments multiples « *Restor* », de fabrication française, en acier au manganèse, et traités au four électrique après finition.

Les segments multiples « *Haling* » en acier trempé-recuit à 800° à extrémités extérieures de coupe arrondie.

Les segments multiples « *Steelcraft* » en acier traité américain, pratiquement indéformables, même après avoir été portés à 900° alors que la température normale du moteur ne dépasse pas 300°.

Les segments « *Ondulex* » se composant d'éléments multiples plats et d'un élément élastique ondulé.

Il existe par ailleurs des segments dits extensibles à ressort expandeur, les uns en fonte, les autre en acier.

Dans cette catégorie, mentionnons les segments « *Simplex* » et les segments « *Dran-Bac* » de Floquet.

Tous ces segments ont pour but de remédier à l'ovalisation des cylindres sans procéder au réalésage ou au rechemisage.

Mais notre étude serait incomplète si nous ne parlions pas d'un autre procédé déjà connu outre-atlantique, mais considérablement perfectionné en France sous le nom de « *Forcyl* ».

Ce procédé, susceptible de parer à l'ovalisation des cylindres lorsqu'elle est peu prononcée, est si simple et si bon marché que l'on a peine à croire à son efficacité. Et pourtant, après essai, il faut bien s'incliner. Voici en quoi il consiste :

Du graphite colloïdal est mis en suspension dans un corps pâteux approprié. Le mélange est injecté dans les cylindres par les trous des bougies. On fait tourner le moteur sur place au ralenti pendant une demi-heure, et on repart.

Le corps pâteux s'élimine. Le graphite colmate complètement les parois des cylindres qui prennent la forme exacte des segments. Résultat : augmentation immédiate de la compression ; diminution de la consommation d'huile et d'essence ; plus grande souplesse du moteur.

En somme, tous les avantages d'un moteur « refait » et cela pour une longue durée. N'est-ce pas extraordinaire, surtout en raison de la dépense à engager qui est de l'ordre du prix de 2 bougies de marque courante ?

En ce qui nous concerne, nous n'avons pas pu résister à la tentation. Et notre essai sur une vieille 301 Peugeot a été franchement satisfaisant.

Marcel TOUSSAINT.

BIBLIOGRAPHIE

René DEBRESSE, éditeur, 38 rue de l'Université Paris

Campagne simple. — Récits de la vie saharienne, par JAUSERAN

Ecrits dans une langue simple et dénuée de fard littéraire, celle qui sied à un officier de méharistes, ces récits dépeignent la vie quotidienne dans un « bordj » de l'Extrême-Sud.

Vie où la monotonie revêt une réelle grandeur et où les patrouilles prennent l'allure d'équipées. De temps en temps, comme des vents de sable, passent l'ombre de la mort, les tourmentes charnelles, le « cafard ». Et puis c'est de nouveau l'emprise souveraine du soleil saharien et des steppes infinies.

Toutes sortes d'états d'âme qui sont devenus inexplicables aux civilisés et qui donneraient sans doute des couleurs plus vives à leur existence.

EDITIONS RENÉ DEBRESSE
38, rue de l'Université, Paris

L'Art de vivre de l'homme heureux. Gustave DEROO.

Recueil de maximes d'où il ressort que « le seul coupable de nos malheurs c'est nous-même ». L'auteur manifeste sans ambages sa défiance des femmes et son mépris des hommes. Est-ce à dire qu'il faille commencer par là pour être heureux ?

EDITIONS RENÉ DEBRESSE
38, rue de l'Université, Paris

Femme seconde, roman social. Nora BIOLECKA.

Petite histoir au cours de laquelle pleuvent les vérités premières mais qui se recommande par quelques idées originales. Celle-ci par exemple : pour faire un sort aux œuvres d'art de nos Salons annuels, on pourrait flanquer les routes nationales d'une double ligne de statues et suspendre les tableaux aux poteaux télégraphiques. Après tout.....

EDITIONS RENÉ DEBRESSE
38, rue de l'Université, Paris

Commandant Ft. BERTHON. **Le Bridge raisonné.**

Maintenant que le bridge est devenu une religion il faut un bréviaire aux innombrables desservants du nouvel autel. En voici un.

Les rites y sont décrits, discutés, « raisonnés ». Quiconque perdra une levée sera dorénavant réputé apostat et relaps et il sera chassé de la sainte table

G. L.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Congrès international de biophysique à New-York.** — L'Association américaine de biophysique et cosmobiologie, organise à New-York, à l'occasion de l'Exposition de 1939, du 11 au 17 septembre, l'International Congress of Biophysics, Bioscosmics and Biocracy, sous la présidence d'honneur des Professeurs d'Arsonval, Branly, Langevin et Tchijeskvy.

L'organisation de cette manifestation, pour les participants européens, a été déléguée à un Comité dont le secrétariat général a son siège, 39, rue Scheffer, à Paris (XVIe), où toutes les demandes de renseignements peuvent être dès maintenant adressées.

— **Les accidents d'automobile : l'honnête quarantaine.** — Les Américains ont établi bien des records. Dans deux domaines particuliers, ils sont spécialement imbattables : pour les statistiques et pour la densité des automobiles par rapport au nombre d'habitants. Deux éléments qui leur ont permis d'établir un curieux barème, à savoir le rapport entre l'âge des « chauffards » et le nombre des accidents. Ils sont arrivés à ce résultat : en moyenne, dix mille automobilistes entre seize et vingt ans tuent deux fois plus de monde que dix mille automobilistes entre vingt-deux et soixante-cinq ans. L'âge le plus sûr est l'honnête quarantaine. (*Le Journal.*)

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Loyers

Décret du 1er juillet 1939 reportant au 1er octobre 1939 l'expiration des prorogations de jouissance et des augmentations de loyers des locaux à usage d'habitation et professionnel.

Art. 1er. — L'expiration des prorogations de jouissance prévues pour le 1er juillet 1939 par l'article 2 de la loi du 1er avril 1926 modifié par les lois des 29 juin 1929 et 31 décembre 1937, est reportée au 1er octobre 1939.

Art. 2. — A titre exceptionnel et par dérogation aux dispositions de l'article 11, alinéa 1er, de la loi du 1er avril 1926, modifié par les lois des 29 juin 1929 et 31 décembre 1937, la majoration de 10 p. 100 prévue à partir du 1er juillet 1939 est supprimée jusqu'au 1er octobre 1939.

Art. 3. — Le présent décret est applicable aux départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle et à l'Algérie.

(*J. O.*, 2 juillet)

Note — *Les locaux professionnels pour lesquels la prorogation légale arrivait à expiration au 1er juillet dernier, et qui bénéficient ainsi d'un supplément de prorogation de trois mois sont ceux dont la valeur locative au 1er août 1914 excédait 2.500 francs à Paris, 1.500 francs dans les villes de plus de 100.000 habitants et les communes limitrophes, et 1.000 francs dans les villes de moins de 100.000 habitants*

Par voie de conséquence le second palier de majoration (325 % pour les locaux professionnels) est reporté également à trois mois.

N. D. L. R.

Pensions militaires

Décret du 22 juin 1939 concernant la rétribution des médecins vacateurs de la Commission supérieure des soins gratuits aux mutilés de guerre

Le deuxième alinéa de l'article 1er du décret du 6 août 1937 est annulé et remplacé par le suivant :

« Par heure de travail effectif, une vacation fixée à 14 fr. 05 pour les médecins examinateurs et à 18 fr. 50 pour les médecins vérificateurs, chaque médecin devant fournir un rendement horaire minimum à fixer par décision du ministre des Anciens combattants et Pensionnés ».

(*J. O.*, 23 juin 1939).

Service de santé militaire

Par décision du 22 juin 1939, le médecin lieutenant de réserve Carrière, des troupes du Maroc, est admis à servir en situation d'activité pour une durée d'un an, à compter du 1er juillet 1939, au titre de l'article 42 de la

loi du 8 janvier 1925, modifié par l'article 79 de la loi de finances du 31 décembre 1936, et affecté à la 4e région.

RÉINTÉGRATIONS

Par décret du 22 juin 1939, les officiers de réserve du Service de santé, rayés des cadres, ci-après désignés, sont réintégrés dans les cadres et, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

A la région de Paris. — Avec le grade de médec. command. : Sezary.

Avec le grade de méd. capit. : Carrié, Moreau, Touraine.

A la 14e région. — Avec le grade de méd. lieut. : Robert.

Aux troupes de Tunisie. — Avec le grade de méd. capit. : Jaubert de Beaujeu.

Nos *suppléments mensuels* constituent une documentation professionnelle précieuse.
Conservez-les.
Consultez-les facilement en les classant dans notre :

RELIURE MOBILE

Prix : 16 francs port compris. Compte-chèques postaux : *Concours Médical* 167-95.

● ● ●

Syndicat des Médecins de la Seine et des Communes limitrophes

ORDRE DU JOUR

voté par le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine sur le projet de loi tendant à instituer une retraite professionnelle des médecins français (1) *le* 21 *juin* 1939.

Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, réuni le 21 juin 1939,

Considérant : que l'institution par voie législative, d'une retraite facultative, mais comportant des versements obligatoires pour tous les médecins, serait, au regard des médecins qui ne voudraient ou ne pourraient pas prendre leur retraite, une iniquité puisqu'ils seraient victimes d'une véritable spoliation au profit de médecins plus favorisés par la fortune,

qu'un versement annuel supplémentaire, imposé à ces médecins au delà de l'âge fixé pour la retraite,

(1) Voir *Le Médecin de France*, n° 12, mai 1939.

constituerait une « pénalisation » injustifiée qui aggraverait l'iniquité commise à l'endroit de ces médecins.

Considérant : que la retraite entraînerait, *ipso facto* la perte de la faculté de pouvoir user des droits actuellement attachés au diplôme de docteur en médecine sans limite dans le temps,

que l'institution par voie législative d'une retraite facultative, mais comportant des versements obligatoires pour tous les médecins, serait une première étape vers une retraite obligatoire, pour tous les médecins à un âge donné, nonobstant le caractère de profession libérale attaché à la profession médicale ;

Repousse le projet actuel de retraite proposé par la Confédération.

Considérant d'autre part que les médecins comme tous les citoyens ont le désir :

1° d'assurer dans la mesure du possible, leur existence matérielle et celle de leur foyer lorsque l'âge où la maladie les mettront dans l'impossibilité totale ou partielle d'exercer leur profession ;

2° de se préoccuper *a fortiori*, des conditions d'existence matérielles de leur foyer, si son chef venait à disparaître ;

Considérant enfin que la seule façon de permettre aux médecins de se constituer une rente est de leur permettre de vivre en mettant un peu d'argent de côté ;

Emet le vœu :

1° que les Pouvoirs publics redonnent aux médecins la possibilité de vivre de leur profession ;

2° qu'un projet de constitution facultative de rente (à capital réservé ou aliéné, à la préférence des médecins) leur soit proposé, ce projet comportant :

a) le principe de la répartition pour la quasi totalité de la rente ;

b) la possibilité de continuer d'exercer tout en profitant de la rente ;

c) le principe d'une exonération partielle des versements proportionnellement à l'âge et au nombre des enfants des ayants droit (ces enfants étant encore ou n'étant plus à leur charge).

La Ligue médicale de Défense professionnelle : « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 150.000 francs. Et cette garantie est portée à 1.000.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical*.

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien pécuniaire dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

o o o

Conseil municipal de Paris

Il est digne de remarque qu'en toute occasion MM. Fernand Brunerye et Henri Torchaussé, conseillers municipaux, se souviennent qu'ils sont aussi médecins et donnent leur opinion de praticiens.

C'est un tour d'esprit auquel le Parlement ne nous a pas habitués. Voici les dernières questions posées aux Préfets par nos deux confrères :

N° 610. — 15 juin 1939. — Le maire de Nancy, marche voisine d'outre-Rhin, devant le pénible accroissement de la prostitution masculine, a décidé de soumettre les tristes individus qui s'y livrent à la même réglementation que leurs « collègues féminins ».

Cet arrêté local soulève la question de la répression... ou de l'acceptation de ces mœurs anormales qui s'étalent au grand jour en certains lieux. La législation française est désarmée devant ces mœurs ; c'est à l'honneur de sa vertu, mais non de son sens des viles réalités.

C'est pourquoi MM. Fernand BRUNERYE et Henri TORCHAUSSÉ, conseillers municipaux, ont l'honneur de demander :

1° A M. le Préfet de police par quels moyens légaux il peut lutter contre la provocation au vice des invertis propagé en France par des étrangers de trop fraîche naturalisation ;

2° A M. le Préfet de la Seine d'intervenir auprès de M. le Garde des Sceaux pour que la législation contre de semblables déformations ou contre la propagande de celles-ci par la presse, le théâtre ou la littérature, soit enfin effective.

N° 611. — 15 juin 1939. — Les membres du Conseil municipal et du Conseil général ont reçu une affiche de l'institut prophylactique qui fut subventionné par les Assemblées municipale et départementale.

Cette affiche explique qu' « on guérit la syphilis » ; elle conseille de se faire examiner et rappelle qu'il existe de nombreux dispensaires gratuits dont les adresses suivent.

Il est regrettable de constater que, sur cette affiche, que l'on demande aux élus de propager, il est omis de signaler aux malades qu'il existe en France plusieurs milliers de médecins praticiens compétents dont la profession consiste précisément à soigner les maladies. S'ils le font contre monnaie, c'est parce qu'ils en ont besoin pour nourrir leur famille, amortir leurs études... et payer les contributions qui servent en partie à subventionner ces dispensaires gratuits.

C'est pourquoi MM. Fernand BRUNERYE et Henri TORCHAUSSÉ, conseillers municipaux, demandent à M. le Préfet de la Seine, membre d'honneur de l'Ins-

titut prophylactique, de bien vouloir insister auprès du Comité directeur pour que cette affiche soit ainsi rédigée :

« Faites-vous examiner au plus tôt... par votre médecin ; pour les indigents il existe, en dehors des consultations des hôpitaux, un certain nombre de dispensaires dont les adresses suivent. »

Ce qui répondrait à la réalité, sans omission, et aux usages d'une courtoise déontologie médicale.

BUREAU DE VOYAGES

Un beau voyage en auto-car de luxe : La Belgique, Exposition de Liége, le Rhin, la Suisse, la Bourgogne

Nous avons le plaisir d'offrir à nos lecteurs un beau voyage en autocar de luxe : Bruxelles, l'Exposition de l'eau à Liége, les bords du Rhin, la Forêt Noire, la Suisse Centrale, avec six départs en juillet et août. Le prix de ce voyage est exceptionnellement bas pour la qualité des services et la classe des hôtels.

Le nombre des places est strictement limité ; aussi conseillons-nous aux lecteurs intéressés de bien vouloirs'inscrire le plus rapidement possible.

Départs de Paris, le 14, 19, 25 juillet et 15 août

Premier jour : Paris à Bruxelles.
Deuxième jour : Bruxelles à Cologne. (Exposition internationale de l'Eau à Liége).
Troisième jour : Cologne à Mayence.
Quatrième jour : Mayence à Heidelberg.
Cinquième jour : Heidelberg à Fribourg.
Sixième jour : Fribourg à Lucerne.
Septième jour : à Lucerne. Journée libre.
Huitième jour : Lucerne à Interlaken.
Neuvième jour : Interlaken à Dijon.
Dixième jour : Dijon à Paris.

Le prix de ce voyage est de 2.795 francs comprenant :

Le parcours total de Paris à Paris en autocar de luxe, le logement dans les hôtels de tout premier ordre, avec les trois repas suivant la coutume des pays, avec les taxes et pourboires, les repas en cours de route avec les pourboires.

Les visites des villes ainsi que les excursions comprenant le guide, les droits d'entrée et pourboires, le transport d'une valise par personne, les services d'un guide accompagnateur pendant tout le voyage.

Ne sont pas compris : les passeports et frais de visa allemand, les boissons et les frais personnels.

◆ ◆ ◆

CORRESPONDANCE

QUESTIONS DIVERSES

9.470. — Exercice illégal. Le diagnostic

Membre du Sou Médical et abonné au *Concours Médical* depuis seize ans environ, je lis avec un intérêt toujours soutenu vos articles.

Celui qui vient de paraître sur la radiesthésie et l'exercice illégal m'a surtout intéressé, car je fais moi-même de la radiesthésie. Notez tout de suite que j'approuve entièrement votre article et j'estime que faire un diagnostic c'est faire un acte médical.

J'ai déjà un jour écrit au *Siècle Médical*, sur ce même sujet, et par ces temps de décrets-lois il me semble que ce ne serait pas très difficile de modifier l'article 16 de la loi sur la médecine en intercalant ces trois mots dans le texte. « Exerce illégalement la médecine, et... prend part *au diagnostic et (ou)* au traitement, etc., de manière à rendre possible les poursuites contre ceux qui se contentent de faire un diagnostic avec ou sans pendule, par l'astrologie, la voyance, etc.

Je suis d'avis que le fait simplement de dire à quelqu'un qu'il a ou n'a pas telle ou telle maladie influe sur sa conduite ultérieure et entraînera de sa part l'application d'un traitement quelconque ou l'abstention de consulter un médecin.

Donc qu'il le veuille ou non le « diagnostiqueur » aura déterminé un acte médical, il en sera l'auteur responsable et c'est par un simple euphémisme qu'il pourra invoquer le texte de la loi et arguer qu'il n'a pas traité. Plus grave même, il incite quelqu'un à faire un traitement sans contrôle.

C'est déjà en ce sens que j'écrivais il y a quelques années au Docteur Gruzu, secrétaire à l'époque du Syndicat des médecins de Nice. Il m'avait demandé des renseignements et mon avis sur la radiesthésie médicale, au moment où le Syndicat poursuivait un illégal, avec succès, d'ailleurs.

Sans aller très loin, près de Saint-Raphaël, un radiesthésiste fait quotidiennement des diagnostics médicaux (100 francs) et pour se mettre à l'abri, dicte au client qui écrit lui-même, ce qu'il faut prendre. Ainsi il n'existe aucune trace de prescription et jusqu'à présent il n'a pas été inquiété. Avec l'adjonction que j'ai déjà demandée et que je vous signale, visant le diagnostic, la répression serait possible.

Quant au cas où le médecin n'est pas lui-même radiesthésiste et qu'il emploie un radiesthésiste, je puis dire, qu'à mon avis, neuf fois sur dix c'est le diagnostic du radiesthésiste qui conditionne le traitement. C'est tellement plus facile. Alors que c'est le contraire qui devrait avoir lieu : le médecin ne faisant que faire contrôler son diagnostic par la radiesthésie, surtout au sujet des tempéraments hérédi-

taires. Il y aurait dans ce cas contrôle réel. Le médecin faisant son diagnostic clinique, la radiesthésie donne sa réponse en ignorant le diagnostic fait : d'où contrôle loyal. Dans le cas contraire de la fiche radiesthésique rédigée avant l'examen clinique, le médecin sera toujours, quoi qu'il en dise, influencé dans son examen par cette idée préconçue. Dans ce cas il y a à mon avis, exercice illégal et complicité.

J'ai reçu à plusieurs reprises des lettres de protestations de la part de radiesthésistes qui me reprochent mon action pour leur interdire le diagnostic. C'est donc que c'est bien là où le bât les blesse.

Je vous soumets cette idée et le ministre actuel M. Rucart est favorable. En tout cas pourquoi ne pas insérer « ou diagnostic » dans le texte du projet de loi Cousin récemment déposé. L'avantage du décret-loi serait d'éviter toute discussion et le texte acquis prendrait naturellement place dans la loi Cousin.

Dr R.

Réponse

Je vous donne entièrement raison, lorsque vous voudriez que la pose d'un diagnostic soit réputée exercice illégal, au même titre que le traitement.

Déjà dans le projet de modifications à l'article 16 de la loi de 1892, projet que j'ai maintes fois publié dans le *Concours* et fait approuver par le Congrès international sur l'exercice illégal (*Concours Médical*, 1937, page 2041), j'avais proposé la rédaction suivante : « ... prend part, ou tente de prendre part, en dehors des cas d'urgence avérée, au diagnostic, ou au traitement... ».

Ce texte a été maintes fois soumis par moi à des juristes et accepté. Pourquoi ne figure-t-il pas dans le texte de la proposition de loi Cousin qui reproduit cependant presque toute ma rédaction ? Mystère.....

Dr Paul Boudin.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Accidents du Travail

4.330. — Exploration radiologique d'une utilité contestable

Il arrive assez fréquemment que des accidentés du travail demandent un examen radioscopique dont l'utilité est contestable. Dans quelles limites les Assurances acceptent-elles ces examens et quel est leur tarif ?

Dr A.

Réponse

Il est dit à l'art. 27. Observ. 3° : « Sauf les cas d'extrême urgence, l'exploration radiologique ... doivent être prescrits par le médecin traitant d'accord avec le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué sur demande

techniquement motivée du médecin traitant par lettre recommandée... » Si vous trouvez l'exploration radiologique d'une « utilité contestable », vous ne pouvez guère la motiver techniquement et encore moins vous mettre « d'accord » avec le médecin patronal. Auquel cas, si le malade insiste, cela ne pourrait se faire que sur sa demande écrite et à ses frais, en dehors du « tarif de responsabilité patronale ».

Dr F. DECOURT.

4.346. — Visite d'un accidenté décédé sur le coup

Membre du Sou médical, j'ai recours encore une fois à votre obligeance et vous demande comment je dois établir ma note d'honoraires dans les circonstances suivantes :

J'ai été appelé à 21 h. 50 pour aller examiner à 5 kilomètres de mon domicile, un domestique de ferme victime d'un accident du travail.

Un cultivateur voulait faire éclater un tronc d'arbre avec une mine ; pendant qu'il bourrait la mine, celle-ci explose. Le domestique est atteint et tué sur le coup.

Mon rôle s'est borné à examiner le cadavre, à fournir un certificat en double exemplaire pour l'Assurance, un certificat pour la gendarmerie et un certificat de décès pour la mairie. Dr L.

Réponse

a) Au point de vue « Accidents du travail », le patron, dans votre cas, n'est responsable pécuniairement envers le médecin que de la visite du médecin, du déplacement et du certificat en double exemplaire (Art. 30) qui, en un tel cas, est un « certificat initial descriptif » à 15 francs. Quant au certificat de décès et au certificat pour la gendarmerie, cela n'est plus affaire relevant du « tarif de la responsabilité patronale ».

b) Si le blessé est décédé, il n'y a rien d'urgent à lui faire, on peut donc attendre l'arrivée des gendarmes, s'il y a lieu. Dr F. DECOURT.

b) *Assurances sociales*

4.589. — a) Appel pour forceps par sage-femme ; b) Périnéorraphie, lors d'un accouchement

Voulez-vous avoir l'amabilité de me faire connaître quelle somme les Assurances sociales doivent verser à une de mes clientes pour les interventions suivantes :

1° Application de forceps sur appel d'une sage-femme.

2° Périnéoraphie immédiate, interventions faites de nuit. Dr B.

Réponse

Les soins de maternité sont marqués en P. C. d'après le tarif syndical de la région et non en K d'après la nomenclature générale qui est d'ordre national. En tout cas, d'après le tarif de réassurance (d'ordre national et que les Caisses ne peuvent dépasser) je puis vous dire :

1º Dans les villes de moins de 200.000 habitants le prix de l'accouchement est majoré de 150 francs si une application de forceps fut nécessaire.

2º Ne sont pas considérés comme accouchements dystociques et sont assimilés à l'accouchement normal : l'accouchement simple par le siège, l'accouchement avec périnéorraphie superficielle. C'est là une base d'appréciation, néanmoins demandez des précisions à votre Syndicat puisqu'il s'agit d'un tarif d'ordre régional.

Dr F. Decourt.

4.533. — 1° Frais de déplacement en cas d'accouchement ; 2° Envoi des récépissés avec les feuilles de maladie

Je vous serai obligé de vouloir bien me renseigner sur les cas suivants :

1º Lorsqu'un accouchement est pratiqué loin de tout cabinet médical (par exemple à 17 kilomètres), la Caisse des Assurances sociales refuse le remboursement des frais de déplacement, prétendant que ces frais sont compris dans le forfait.

2º Des assurés ayant régulièrement envoyé les récépissés des versements, ces récépissés ne leur ont pas été retournés. A la maladie suivante lesdits récépissés n'ayant pu être produits à nouveau la Caisse a refusé le paiement des prestations.

Dr E.

Réponse

1º Les soins de maternité sont marqués en P. C. d'après le tarif syndical de la région et non en K dans la nomenclature générale d'ordre national. En tout cas, d'après le tarif de réassurance qui est d'ordre national, on peut lire (art. 3e, alinéa 2, *a*) que « la prestation forfaitaire représente l'ensemble des frais médicaux et pharmaceutiques » et il n'y est pas parlé des frais de déplacement du médecin. Ceux-ci sont par contre évoqués à l'art. 5 au sujet des visites à domicile, ce qui est le cas d'un accouchement à domicile et des visites consécutives.

2º Il est évident que les assurés ne peuvent envoyer à la Caisse deux fois les mêmes récépissés. En cas d'une deuxième maladie dans un court laps de temps, il n'y a qu'à rappeler à la Caisse le premier envoi des récépissés à telle date avec la feuille de maladie et s'ils ont été

remboursés pour cette première maladie, c'est bien la preuve qu'ils étaient en règle, donc qu'ils avaient envoyé les récépissés. En cas de refus de paiement l'assuré doit soumettre le litige à la Commission d'arrondissement en écrivant une lettre recommandée au Juge de paix du chef-lieu d'arrondissement : « dans les dix jours à compter de la date de réception de la notification de la décision » (Art. 36, alinéa 1er du décret loi du 28 octobre 1935).

Dr F. Decourt.

P. S. — Le délai pour saisir la Commission d'arrondissement a été porté de dix jours à trois mois par le décret-loi du 14 juin 1938.

FISCALITÉ

3.792. — L'abattement de 10% sur les patentes

Il s'agit de l'abattement de 10 % sur la patente.

J'ai reçu personnellement ma feuille de contribution, mais il n'est pas question de l'abattement.

Le bâtonnier de l'Ordre des avocats de la Cour de Paris aurait obtenu du ministre l'assurance que cette détaxe concernait également les professions libérales, dont il n'était pas question dans le texte initial.

J'ai vu mon Contrôleur qui m'a déclaré froidement que nous n'y avions aucun droit et qu'il n'avait aucune instruction.

J'ignore si la Confédération des Syndicats médicaux a fait une démarche identique à celle du bâtonnier. En tout cas, je n'ai lu aucun écho à ce sujet.

Dr A.

Réponse

Le texte du décret ne parle que des « patentés » mais une déclaration postérieure du ministre précise que le décret est applicable à tous les patentés : commerçants, industriels, professions libérales.

Comme les avertissements étaient déjà établis les contribuables recevront postérieurement une note qui établira le montant du dégrèvement.

Le taux est de 10 % pour 1939 et 20 % pour les années postérieures, calculé sur le principal fictif de la patente.

A. et S. Martinot
Conseillers fiscaux

4.040. — Amortissement du prix d'achat des automobiles

J'ai acheté d'occasion en 1938 (juin) une voiture Hudson 24 HP. pour le prix de 41.000 francs (reprise d'une ancienne voiture 10.000 à déduire). J'ai échangé le 3 avril 1939 cette voiture d'occasion pour une voiture Hudson neuve 20 HP. en versant une

soulte de 37.500 francs (prix catalogue de cette voiture 80.000 francs).

Dans ma déclaration de frais professionnels 1938 j'ai compté l'amortissement de la première voiture pour 50 % soit pour la somme de 20.500 francs. Le Contrôleur me répond que je n'ai droit de déduire que 25 % d'amortissement. Est-ce exact ? et comment puis-je faire pour amortir ces deux achats successifs ?

Dr M.

Réponse

En principe, il n'existe pas de délai fixe pour l'amortissement des voitures professionnelles des médecins. Tout dépend de leur usure réelle. et de l'obligation dans laquelle peut se trouver le praticien de changer sa voiture dans un délai plus ou moins long.

Vous avez amorti en deux ans ; le Contrôleur n'accepte qu'en quatre ans. Il faut aller le voir et lui expliquer les motifs qui vous obligent à amortir en deux ans. En supposant que vous transigiez sur trois ans ou trente-six mois voici comment s'établira le tableau d'amortissement de vos voitures.

Déclaration de 1939.

Revenus de 1938.

Voiture Hudson 24 CV 41.000 moins 10.000 = $\frac{31.000 \times 6}{36}$ = 5.166 à amortir en 1939 revenus de 1938.

(Nous supposons, ce qui est probable, que la voiture reprise pour 10.000 francs n'était pas complètements amortie. Si elle l'était son prix de reprise ne serait pas déductible et devrait être réintégré dans les recettes professionnelles.)

Déclaration de 1940 (revenus de 1939) : Voiture Hudson 24 CV $\frac{31.000 \times 3}{36}$ = 2.583 pour trois mois (2.583 francs).

Totaux des amortissements effectués sur la Hudson 24 CV :

5.166 plus 2.583 = 7.749 francs.

Reste à amortir sur la voiture Hudson occasion :

31.000 moins 7.749 = 23.251 francs,

Ou si la précédente voiture était complètement amortie :

41.000 moins 7.749 = 33.251 francs.

Elle a été reprise pour 42.500 francs puisque : 42.500 plus 37.500 = 80.000 francs, sa valeur.

Donc, vous avez fait un bénéfice à réintégrer dans les recettes professionnelles de :

42.500 moins 23.251 = 19.249 dans le premier cas ou 42.500 moins 33.251 = 9.249 dans le deuxième cas.

Pour la nouvelle Hudson valeur 80.000 si vous l'amortissez en trois ans ou trente-six mois vous devrez porter dans vos frais professionnels lors de la prochaine déclaration un amortissement

sur neuf mois puisque l'achat a été effectué au début d'avril :

$$\frac{80.000 \times 9}{36} = 19.998 \text{ francs.}$$

Tout ceci s'entend si vos voitures sont uniquement professionnelles. Si non, il faut déduire la quote part représentant l'usage personnel de votre auto.

A. et S. M.

ASSURANCES SOCIALES

4.363. — Les cures thermales pour les assurés sociaux

J'ai en traitement une fillette âgée de 13 ans, qui bénéficierait largement d'un traitement à La Bourboule (ou à Saint-Honoré).

Seulement ses parents sont des « économiquement faibles » ; le père est immatriculé aux Assurances sociales, mais ne dispose d'aucune réserve pécuniaire.

Je vous serais très reconnaissant de vouloir bien me suggérer le moyen d'envoyer l'enfant à une des stations citées (La Bourboule, de préférence) ; moyen offrant toutes les garanties de surveillance médicale et morale.

Dr S.

Réponse

Suivant l'arrêté ministériel du 9 octobre 1938, le tarif limite de réassurance des Caisses d'assurances sociales en matière de cures thermales ordonnées par le médecin traitant et reconnues indispensables pour l'état de santé de l'intéressé par le médecin contrôleur de la Caisse, consulté avant le départ de l'intéressé, est fixé à 400 francs ; ce tarif s'applique à l'ensemble des frais afférents à la cure proprement dite, le tarif de réassurance des honoraires médicaux étant fixé par la nomenclature générale des actes de chirurgie ou des actes de spécialité. Il faut donc signaler à la Caisse, la nécessité dans laquelle se trouve la fillette de suivre un traitement thermal.

Après accord avec le médecin-contrôleur, l'enfant pourra être envoyée à La Bourboule et sa famille recevra de la Caisse pour la cure thermale la somme forfaitaire prévue par son tarif de responsabilité dans la limite du tarif de réassurance, plus le remboursement des frais médicaux suivant les dispositions de la loi pour l'assurance-maladie.

Soixante et unième année N° 29 16 Juillet 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg .	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro..........	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.

A travers l'Officiel

Correspondance

Renseignements

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 2 fr. pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 *fr.* 50 *la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* Concours Médical, *Paris* 167-95.

Nº 230. — Poste propharm. à céder Ouest, titulaire voulant faire sa pharmacie.

Nº 231. — Méd. franç. cherche client. de méd. génér. dans petite ville à 50 km. Paris.

Nº 232. — Cause santé, à céder cab. méd. en plein centre Alger. Client. de 40 ans. Bel appartem., loyer modéré, tout meublé. Salle d'opérat. moderne avec instrument. complète. Appar. de ray. U. V. et diathermie.

Nº 233. — Doct. libre l'après-midi cherche occupat. médic. ou paraméd. (clinique, rédact. articles médicaux publicit.) ou aiderait confrère, Paris ou banlieue nord et nord-est.

Nº 234. — Paris. Urgent. Centre. Très bonne client. payant comptant, confort moderne : 15.000 compt. possibilité arrangement.

Nº 235. — Seine. Vieille client. à céder à Pantin. Bel appartem., petit loyer. Raison santé. Urgent. Dr Roudeau Jacques, Annet-sur-Marne (S.-et-M.).

Nº 236. — Charente. A céder bon poste médecine génér. dans pet. ville industriel. Maison à vend. ou à louer. Chasse et pêche. Indemn. 40.000.

Nº 237. — A céder cause départ, bonne client. médic. région Orléans, rayon 15 km. Belle maison 14 p., garage, jardin et dépend. Prix 45.000 à débattre.

Pour toute demande de renseignements il est indispensable de joindre un timbre.

Cabinet Breitel et Goret

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

50 kil. Paris, belle région, prox. ville (collège) intéres. client. rurale. Prix 45.000 à déb.

Paris. Très anc. cabin. Méd. gle, avec fixes transmis, très bel appart. conf. loyer 6.000, cession urgente 35.000.

Orne. Pays riche, seul méd., bon rap. maison agréable. Indemnité 35.000, 1/2 cpt.

Station Côte d'Azur. Belle client., peu de frais. A céd. cause santé. : 45.000 cpt.

Abonnés du « Concours » exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains : Bertier, Blondel, Dardel, H. Forestier père, Lelong, Pégaz.

Amélie-les-Bains : Boulx.

Ax-les-Thermes (Ariège) : Boyer, Girard.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne : Censier, R. Hügel, Joly, Le Gouriérec, J. Louvel, R. Louvel, Doctoresse M. Peillon, E. Poulain.

Bains-les-Bains : M. Henry, L. Rose.

Barèges, Orliac.

Barbotan-les-Thermes P. Pitous.

Besançon La Mouillière : G. Giraud, Jean Sexe (*opht.*), Tronchon.

Biarritz : Clavel, Dejeant (*derm.*), M. Claverie Lacour. Pitchalsky (*m. g. sto.*) M. Pourquié (*chir.*) G. Pourquié (*o. r. l.*)

Bourbon-Lanoy : Bellœuf, G. Vincent.

Bourbon-L'Archambault : Bénabu, Litaud.

Bourbonne-les-Bains : Delacroix, Gay, Pellet.

Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers** : d'Arbois de Jubainville, Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Dieudonné, J. Trotot.

Capvern : J. Pouy.

Cauterets : Anglada, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Challes-les-Eaux : Vexenat.

Châtel-Guyon : Angeras J. M. Ballan, Baumann, Cambiès Casati de Montgolfier, Foucaud, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Contrexeville : Contal.

Dax : Barrau, Delmas (Armand).

Divonne-les-Bains : Ballivet, R. Fau, Vieux.

Eaux-Bonnes : Bourragué, Creignou.

Enghien-les-Bains : Beyrand, H. Forterre, J. Spinadel.

Escouloubre-les-Bains : Sarda.

Evaux-les-Bains : Maurice Fabre (*gyn.*), E. Legâte.

Evian-les-Bains : Bernex, J. Eyraud-Joly,

Hammam-Lif (Tunisie) : Fére.

La Bourboule : Anglada, Barthomeuf, Boudry, Cany, Mme Eyraud-Dechaux, R. Galimant, Jean Godonnèche, Jumon, Rongier Th., Maurel.

La Léchère : Bouverat, Millet, Noailly.

La Motte-les Bains : Goirand.

Lamalou-les-Bains : Faure, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains : Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Lépine.

Luchon : P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Germès, Pierre Molinéry, Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Causeret, Cugnier, Rimey.

Mont-Dore : J. André, Roger André, Béal, Débidour, Dullin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris : Ducros, Jossand, J. Wibrotte.

Plombières-les-Bains : Bernard, J. Dumont, Truelle.

Pougues-les-Eaux : P. Baillet.

Preste (La) : Dr P. Baron.

Royat : Mougeot, Perrin Georges.

Salers : Rongier.

Salies-de-Béarn : Coustere David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains : Bourny, Henri Neumand.

Salies-du-Salat : Barbé, St Béat.

Saujon : M. Boisseau, Doublet, R. Dubois.

Saint-Didier (Vau.) : Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains : Gautreau.

St-Honoré-les-Bains : Charpin, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire : Sérane, Siguret.

Santenay-les-Bains : A. Mélé.

Sermaize-les-Bains : Fritsch.

Uriage : G. Barbier.

Vals-les-Bains : David, Offant.

Vernet-les-Bains : Ponson.

Vichy : Arama (Michel) (*stom.*), Bargy, Berthomier, (*phys.*), G. F. Bonnet, Caillault, Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Cluzan, Cornillon, Cotar, Cros L., Desmaroux, Enjalbert, Fau, R. Fraudet, (*stom.*), Gannat, H. Goudart, Lère, Martin-Péridier, Reynès, Roche, Roussignol.

Vic-sur-Cère : Delsériès.

Vittel : G. Constant, P. Genay, Finck.

A NOS LECTEURS ET A NOS CORRESPONDANTS

Depuis quelques semaines nous recevons sous forme de communiqués ou de correspondance des approbations ou des critiques sur des questions intéressant au premier chef la profession médicale. Nous ne doutons pas de la sincérité ni de la bonne foi de leurs auteurs, mais ils sont conçus souvent en des termes tels qu'ils pourraient paraître destinés à assouvir des rancunes personnelles. Nous avons la ferme intention de ne pas faire servir le *Concours Médical* à entretenir des polémiques fâcheuses au moment où, plus que jamais, le Corps médical doit rester uni. Aussi avons-nous décidé de ne publier aucune communication de quelque côté qu'elle émane sur les sujets brûlants à l'ordre du jour.

Nos collaborateurs immédiats traiteront eux-mêmes ces sujets, s'ils le jugent utile, *le plus objectivement possible* et nous aurons recours à l'occasion à l'avis de personnes qualifiées dont la compétence ne saurait être mise en doute

LA DIRECTION DU *Concours Médical*

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — Le secrétariat de la Faculté sera ouvert pendant toute la durée des vacances, mais seulement de midi à 15 heures, du 17 juillet au 30 septembre.

Le service normal (de 9 heures à 11 heures et de midi à 15 heures) reprendra à partir du 2 octobre.

— **Faculté de médecine de Paris.** *Clinicat.* — A la suite des récents concours de chef de clinique, sont proposés :

Clinique médicale infantile : MM. Orinstein, Ortholan. — *Clinique d'hygiène de la première enfance* : MM. Cochemé, Charousset et Chambon.

— **Clinique médicale des enfants** (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres. Professeur : M. Nobécourt). — M. CATHALA, agrégé, donnera pendant les vacances (août et septembre) un enseignement clinique, le matin à 9 h. 30.

— **Médaille du Professeur Collet, de Lyon.** — A l'occasion de l'honorariat du Professeur F.-J. Collet, un Comité a été formé pour lui offrir une médaille dont l'exécution sera confiée au maître lyonnais Linossier.

Les souscriptions sont reçues (mentionner : médaille du Professeur Collet) par le Docteur Charachon, 21, avenue de Saxe, Lyon. Chèques postaux : Lyon, 819.85.

Toute souscription de 100 francs donnera droit à un exemplaire de la médaille.

— **Faculté de médecine de Lille.** — M. Huriez, professeur agrégé, est chargé de la suppléance de M. Ingelrans, professeur d'anatomie pathologique et pathologie générale, en congé.

— **Ecole de médecine de Tours.** — M. le Professeur Guillaume-Louis est nommé directeur pour une nouvelle période de trois ans.

— **Fondation d'Heucqueville.** — Le Centre d'études de la Fondation d'Heucqueville, reconnue d'utilité publique, 81-85, boulevard Montmorency, à Paris, donne un enseignement élémentaire comprenant un cycle annuel de 75 leçons : tous les lundis d'hiver à 11 heures sur l'hérédité biologique; tous les lundis d'été à 11 heures sur l'assistance au premier âge ; tous les vendredis à 11 heures sur la puériculture. Ces leçons se complètent de travaux à la bibliothèque et au laboratoire, et d'un stage pratique d'une année dans la pouponnière modèle de la Fondation, en qualité d'élève externe ou interne.

Cet enseignement s'adresse aux jeunes filles, futurs médecins, sages-femmes, assistantes sociales, infirmières, jardinières d'enfants, professionnelles de la puériculture, ou même mères de famille, désireuses d'acquérir une formation solide et pratique sur les problèmes de la natalité et de la première enfance.

Chaque année les élèves se renouvellent en trois séries dont chacune commence le cycle annuel le premier lundi de mars, juillet et novembre respectivement. A l'appui des demandes d'inscription, produire diplômes, états de service et attestations de bonne conduite.

Aux candidates agréées, la Fondation dispense gratuitement l'enseignement avec les avantages suivants (pour les internes) : nourriture, logement, chauffage, éclairage, blanchissage. Dans chaque série, les chambres individuelles et les postes d'internes sont attribués, en cas de surnombre, selon un classement établi sur les titres produits par le bureau du Conseil d'administration de la Fondation.

Ouverture de la série de novembre 1939, lundi 6 novembre, à 10 heures. A 16 heures, leçon inaugurale par le Professeur Laignel-Lavastine, membre du Conseil d'administration, membre de l'Académie de médecine.

— **Association de la Presse médicale française.** — Le Conseil d'administration de l'Association de la Presse médicale française a reçu la notification de l'admission de l'Association à l'*Union des Syndicats de la Presse périodique française.*

Cette Union lui a fait parvenir une demande d'adhésion au Xe Congrès international de la Presse périodique qui se tiendra cette année à Berlin du 24 au 29 septembre.

Le Conseil a décidé de fêter en un banquet qui aura lieu à la fin d'octobre 1939, le cinquantième anniversaire de la fondation de l'Association de la Presse médicale française. J. N.

— Appel aux médecins français en faveur de leurs collègues espagnols. — L'Umfia (Union médicale franco-ibéro-américaine) ou Union médicale latine, fait appel à tous les médecins français en faveur de leurs collègues espagnols qui ont eu leurs bibliothèques saccagées au cours de la malheureuse guerre d'Espagne, et les prie de lui faire parvenir à son siège social, 39, rue d'Amsterdam, Paris (VIIIe), tous ouvrages médicaux dont ils pourraient disposer en leur faveur.

Ces ouvrages seront adressés aux Facultés de médecine d'Espagne qui les feront parvenir aux professeurs ou médecins espagnols qui en auraient besoin.

La liste des noms des médecins auxquels ces livres auront été distribués, sera publiée dans la *Revue* de l'Umfia.

— Union internationale contre la tuberculose. — *Prix Léon Bernard.* — Le prix Léon Bernard sera décerné en 1940 à l'auteur d'un travail original sur « La tuberculose conjugale ».

Les mémoires présentés en vue de ce prix, imprimés ou dactylographiés, ne doivent pas dépasser 10.000 mots. Ils devront être transmis par un Gouvernement ou une Association membre de l'Union, au secrétariat de l'Union, 65, boulevard Saint-Michel, avant le 1er mai 1940.

— Hôpital général de Nevers. *Concours pour la nomination d'une sage-femme.* — Un concours pour la nomination d'une deuxième sage-femme de 1re classe à la maternité de l'hôpital de Nevers aura lieu le 1er août 1939.

Les candidates ne devront pas avoir dépassé l'âge de 30 ans à la date du concours. Elles devront adresser leur demande avant le 20 juillet à M. le directeur de l'hôpital général, à Nevers, en y joignant : un extrait de naissance ; un extrait de casier judiciaire ; un certificat de bonne vie et mœurs ; un certificat de nationalité ; un certificat de scolarité ; un état des divers titres universitaires et hospitaliers ; une copie du diplôme d'infirmière, le cas échéant ; un certificat médical délivré par un médecin des hôpitaux.

Elles compléteront leur dossier en fournissant, au plus tard le matin du concours, le certificat de dépôt de leur diplôme à la Préfecture. La date d'entrée en fonctions est fixée au 15 août 1939.

— **Mariages.** — Le Docteur et Madame Jean Pierquin (88, avenue de Breteuil, Paris) nous font part du mariage de Mademoiselle Marie-Geneviève PIERQUIN, leur fille, avec le Docteur Albert PICQUART, ancien interne des hôpitaux de Paris.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée le jeudi 6 juillet 1939, en l'Eglise Saint-François-Xavier.

— Nous apprenons le mariage du Docteur Jacques MIALARET, chirurgien des hôpitaux de Paris, Croix de guerre T. O. E., avec Mademoiselle Janine DORIVAL.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée dans la plus stricte intimité le lundi 10 juillet en l'Eglise Saint-François-de-Sales.

— **Naissances.** — Le Docteur et Mme Maurice KAPLAN sont heureux de vous faire part de la naissance de leur fils *Jean.*

Paris, 21 juin 1939.

— Le Docteur et Madame LAFFITTE ont le plaisir de vous annoncer la naissance de leur deuxième enfant *Brigitte.*

Oloron, 17, rue Adoue ; 12 juin 1939.

— **Nécrologie.** — Nous apprenons la mort de Monsieur Lucien-Georges-Jules LEGRIP, chevalier de la Légion d'honneur, Croix de guerre, avoué près le Tribunal civil de Pont-l'Evêque, ancien maire de Pont-l'Evêque, décédé le 28 juin 1939 dans sa 60e année. Ses obsèques ont eu lieu à Pont-l'Evêque le lundi 3 juillet. Il était le beau-frère du Docteur Raphaël Massart, directeur-adjoint du *Concours Médical.*

— Le Docteur Kœnig, d'Orléans, chevalier de la Légion d'honneur, et M. Bernard Kœnig, externe des hôpitaux de Paris, nous font part de la perte qu'ils viennent d'éprouver en la personne de Madame Georges MERET, née Marguerite-Marie Groussier, leur belle-mère et grand'mère, décédée le 2 juillet 1939, à Saint-Loup-Saint-Jean-de-Braye (Loiret), dans sa 71e année.

Les obsèques ont eu lieu à Saint-Jean-de-Braye, le 5 juillet 1939.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur E. FOLLEY, décédé à Luxeuil ; du Docteur AUDOUIN, de Bordeaux ; du Docteur François AUTIÉ, de Béziers ; du Docteur Louis BABEAU, de Perpignan ; du Docteur William DUFOUGÉRÉ, de Paris ; du Docteur Charles FASEUILLE, de Paris ; du Docteur SÉVERIN ICARD, de Marseille ; du Docteur MAILLON, de Saint-Etienne ; du Docteur MAUVAIS de Brazey-en-Plaine (Côte-d'Or) ; du Docteur PICHAT, de Mortagne-sur-Sèvre (Vendée) ; du Docteur PLINIO SORIA, chirurgien urologiste de l'hôpital italien de Tunis, grand ami de la France ; du Docteur Albert DARCOURT, radiologue des hôpitaux de Marseille, mort victime de son dévouement à la science.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Assistance sociale

Arrêté du 23 juin 1939 relatif à l'application du décret-loi du 18 avril 1939 sur l'encouragement aux familles nombreuses.

(*J. O*, 30 juin 1939.)

Assurances sociales

Commission chargée de fixer les conditions relatives aux laboratoires effectuant des analyses médicales pour les assurés sociaux.

Par arrêtés des 23 juin et 27 juin 1939, il a été institué auprès du ministre du Travail une Commission chargée de l'examen des conditions auxquelles devront satisfaire les laboratoires d'analyses médicales pour que les frais des analyses exécutées par ces laboratoires puissent être remboursés aux assurés sociaux.

Cette Commission comprend :

Le doyen de la Faculté de médecine de Paris, président.

Le doyen de la Faculté de pharmacie de Paris.

Un membre désigné par le doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Un membre désigné par le doyen de la Faculté de pharmacie de Paris.

Le directeur général des Assurances sociales et de la Mutualité au ministère du Travail.

Le directeur des Services techniques et de l'Administration générale des Assurances sociales.

Un contrôleur des Assurances sociales, docteur en médecine, désigné par le ministre du Travail.

Le directeur général de l'Hygiène et de l'Assistance au ministère de la Santé publique.

Deux représentants désignés par le ministre de la Santé publique.

Deux représentants de la Confédération des Syndicats médicaux français.

Deux pharmaciens délégués par le Comité intersyndical des groupements pharmaceutiques nationaux.

Deux représentants de l'Association syndicale des biologistes pharmaciens.

Deux représentants du Syndicat national des laboratoires d'analyses médicales.

Trois représentants des Caisses d'assurances sociales désignés par le ministre du Travail.

(*J. O.*, 29 juin 1939.)

Citation à l'Ordre de la Nation

Le Gouvernement de la République française cite à l'Ordre de la nation :

M. le Docteur Darcourt (Albert-Athanase), médecin radiologue honoraire de l'hôpital de Marseille.

Praticien d'un inlassable dévouement, a consacré toute son activité aux malades de l'hôpital de Marseille et a contribué, au mépris de sa vie aux progrès de la thérapeutique radiologique.

Atteint de radiodermite, est décédé après avoir subi de douloureuses amputations, victime de son dévouement.

(*J. O.*, 29 juin 1939.)

Hôpitaux psychiatriques

Par arrêté en date du 22 juin 1939, M. le Docteur Leculier, médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Regard (Côtes-du-Nord), est nommé médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais (Loiret), en remplacement de M. le Docteur Duchene, affecté à l'hôpitalpsychiatrique de Hoerdt.

Par arrêté en date du 26 juin 1939, M. le Docteur Hedouin, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Lorquin (Moselle), est affecté à l'hôpital psychiatrique du Mans (Sarthe), en remplacement de M. le Docteur Christy, nommé médecin chef à l'hôpital psychiatrique du Vinatier.

(*J. O.*, 1er juillet 1939).

Hygiène publique

Par arrêté en date du 20 juin 1939, M. le Docteur Deschamps, directeur du Bureau d'hygiène de Saint-Denis, est nommé directeur du Bureau d'hygiène du Havre.

(*J. O.*, 1er juillet 1939.)

Stations thermales et climatiques

Par arrêté du 27 juin 1939 sont nommés membres de la Commission consultative des stations thermales et climatiques aux colonies par application de l'article 3 de l'arrêté du 16 janvier 1932 :

M. Blanchard, inspecteur général du Service de santé des colonies.

M. Polonowsky, professeur de chimie minérale et organique à la Faculté de médecine de Paris.

M. Chiray, professeur d'hydrologie thérapeutique et de climatologie à la Faculté de médecine de Paris.

M. Fleury professeur d'hydrologie et d'hygiène à la Faculté de pharmacie de Paris.

M. Rouffard, médecin général délégué de l'Académie des sciences coloniales.

M. Sasportas, docteur en médecine, délégué de l'Institut colonial français.

M. Lecomte, médecin général inspecteur délégué de la Société de pathologie exotique.

Neveu, délégué de la Société de médecine tropicale.

M. Poulain, inspecteur en chef des mines, délégué de l'Inspection générale des travaux publics des colonies.

M. Bruzon, inspecteur général de la météorologie, délégué de l'Inspection générale des travaux publics des colonies.

M. Labbat, administrateur adjoint des colonies, délégué de la Direction des affaires économiques.

M. Finelle, pharmacien général des troupes coloniales au ministère des Colonies.

M. Conil, médecin colonel des T. C. au ministère des Colonies.

Un médecin de la 4e section de l'inspection générale du Service de santé des colonies.

(*J. O.*, 28 juin 1939.)

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Une femme peut être la salariée de son mari, et toucher à ce titre les allocations familiales

9344. — M. DE SAINT-PERN expose à M. le ministre du Travail qu'une femme mariée à un commerçant, touchant réellement un salaire dans l'entreprise maritale et ayant la libre disposition de son salaire, inscrite aux Assurances sociales, s'est vu refuser son inscription à la Caisse d'allocations familiales ; et demande si celle-ci peut refuser l'inscription d'une assurée sociale. (*Question du* 12 *mai* 1939.)

Réponse. — L'intéressée est fondée à réclamer le versement des allocations familiales, si elle est titulaire d'un contrat de travail, écrit ou verbal. Mon administration estime que les allocations sont dues à l'époux salarié pour les enfants qui, dans un ménage sont à la charge des conjoints, même si l'autre époux exerce une profession pour son propre compte. D'ailleurs une proposition de loi, adoptée par la Chambre des députés, prévoit l'attribution des allocations familiales aux femmes salariées, même si leur mari n'est pas lui-même salarié.

(*J. O.*, 27 juin 1939.)

Voir la suite page LIX-1949

PROPOS DU JOUR

LA LUTTE CONTRE LE CANCER EN FRANCE
LE CANCER DE L'ESTOMAC AU DÉBUT

Le péril cancéreux égale presque en France le péril tuberculeux. S'il faut en croire la statistique municipale de la ville de Paris, la mortalité due au cancer atteint presque et parfois dépasse la mortalité par tuberculose pulmonaire. Il en est à peu près de même dans tous les pays et l'on ne saurait s'étonner si toutes les nations civilisées ont organisé la lutte contre le cancer. Le Docteur Jacques Baudeline, directeur de l'Institut de Physiothérapie de Biarritz, a dans un ouvrage très documenté, préfacé par M. Justin Godart et le Professeur Roussy, exposé où en est *la lutte internationale contre le cancer* que mènent dans le monde 51 pays.

***

La première œuvre anticancéreuse en France date du milieu du XVIII[e] siècle, mais ce ne fut qu'au cours du XIX[e] siècle et au XX[e] siècle que l'on étudia scientifiquement le cancer.

Les anatomo-pathologistes, les histologistes firent isolément dans leurs laboratoires des recherches sur la structure des tumeurs malignes. Mais ce ne fut qu'en 1921 que le Ministre Paul Strauss et le Professeur Bergonié jetèrent les bases de la lutte anti-cancéreuse.

Grâce à la coordination des travaux on établit que la cause première du cancer reste encore obscure, mais on a éliminé un certain nombre de causes secondes reconnues erronées, telles que l'influence exagérée du climat, du terrain, de l'alimentation, des races, etc... On a montré que parmi les causes précancéreuses on pouvait admettre les irritations prolongées par le goudron, les arsenicaux, que les dermatites causées par les rayons X et par le radium pouvaient évoluer comme les cancers. Des enquêtes judicieusement menées ont démontré que l'hérédité du cancer était loin d'être établie, qu'il en était de même de la contagion, que les maisons à cancer étaient inexistantes.

La curabilité du cancer est indiscutable, car le cancer est au début une maladie locale, mais pour le guérir il faut l'attaquer à temps. Il y a l'heure thérapeutique du cancer, l'heure des rayons X, l'heure du radium, l'heure de l'exérèse.

La guerre contre le cancer consiste en une guerre scientifique et une guerre sociale qui sont menées de front et dans les mêmes établissements, la seconde bénéficiant des progrès de la première.

***

Rappelons que le premier établissement destiné aux cancéreux a été fondé à Reims au milieu du XVIII[e] siècle par le Chanoine Jean Godinot. Les hôpitaux de Reims refusaient d'admettre les cancéreux, objets de répulsion pour les autres malades et, à cette époque, on considérait comme possible la contagion du cancer. Le Chanoine Godinot fit don de 25.000 livres à la ville de Reims pour l'édification et l'entretien d'un hôpital de douze lits, réservés exclusivement aux cancéreux.

Cette œuvre fut réalisée en 1740, il y a deux siècles. En 1779 cet hôpital fut transféré dans le voisinage de la ville à l'hôpital Saint-Louis de la Buéry et en 1846, le préjugé de la contagion disparu permit de réintégrer dans la ville le service des cancéreux.

L'Académie des sciences, lettres et arts de Lyon mit en 1765 au concours la question : *Qu'est-ce que le cancer* ? Le prix ne fut décerné qu'en 1773 au chirurgien Bernard Peyrilhe, de Perpignan (1735-1804), membre de l'Académie de chirurgie qui devint professeur de matière médicale à l'Ecole de médecine de Paris.

Au XIX[e] siècle, dans sa seconde moitié, l'anatomie pathologique et l'histologie du cancer donnèrent lieu à des travaux remarquables.

Ce fut en 1891 qu'un avocat du barreau de Paris, M[e] Bonnard, proposa à *l'Association pour l'avancement des sciences*, la création d'un Institut anticancéreux. L'année suivante (1892), Verneuil et Duplay fondaient la première ligue contre le cancer et en 1895 paraissait la *Revue des maladies cancéreuses*.

Les œuvres sociales de secours et d'hospitalisation se multiplièrent. En 1841, Mme Chabot fondait à Lyon l'hôpital du Calvaire ; en 1874, Mme Louvet créait à Paris un établissement similaire. Le Docteur Récamier en 1899 ouvrait un service pour les cancéreux à l'hôpital Saint-Michel. Depuis les services de ce genre se sont

◆◆

multipliés tant dans les établissements de l'Assistance publique à Paris que dans les centres hospitaliers de Province et les établissements privés.

Au XXe siècle fut fondée en 1906 l'Association française pour l'étude du cancer et en 1917 la Ligue contre le cancer. L'Institut du radium, dépendance de l'Institut Pasteur, sous la direction du Professeur Regaud (1912-1919), consacra une de ses sections au traitement du cancer par le radium et vient de se compléter par le nouvel hôpital Curie, ouvert récemment rue Lhomond à Paris dans le voisinage de l'Institut du radium.

En 1930 les Professeurs Letulle et Roussy organisèrent le superbe Institut du cancer de la Faculté de médecine de Paris à Villejuif que dirige encore M. le recteur Roussy. Les Professeurs Hartmann à l'Hôtel-Dieu et Jean-Louis Faure consacrèrent leur activité à la lutte contre le cancer.

Depuis 1922 les centres anticancéreux se multiplièrent dans toutes les grandes villes de France.

***

Parmi les cancers, le cancer de l'estomac était jusqu'à ce jour un de ceux contre lesquels on était le plus désarmé ; un distingué médecin des hôpitaux, M. René-A. Gutmann, vient de publier en un remarquable ouvrage, *le Cancer de l'estomac au début* (1). Les résultats de longues années d'observation donnent l'espoir que dans un certain nombre de cas la guérison de ce cancer est possible.

Il y a un fait bien établi, c'est que le cancer au début est une maladie locale quelque soit l'organe où il se développe. L'essentiel est de le diagnostiquer assez tôt pour en pratiquer à temps l'exérèse. Or le diagnostic du cancer de l'estomac au début est plus particulièrement difficile.

M. Gutmann cite de nombreux cas de formes latentes, de formes non douloureuses, de formes anormales dans lesquelles lorsque le médecin s'aperçoit de l'existence du cancer, ce dernier est inopérable.

Il est des formes non douloureuses qui déconcertent le clinicien lorsqu'il veut établir un diagnostic. Tantôt le début est progressif, tantôt il est soudain et rapide, même subit. Tantôt le traitement général et local des troubles dont se plaint le malade, les fait disparaître provisoirement et provoque des erreurs de diagnostic.

L'évolution ordinaire du cancer de l'estomac au début est le suivant : le malade peut être jeune ou vieux, il manque peu à peu d'appétit, n'éprouve aucun plaisir aux repas, il en attend l'heure sans impatience. Le goût devient fade, les sensations sapides sont altérées, il n'éprouve aucune satisfaction à fumer. En même temps un vague malaise abdominal se manifeste avec gaz et renvois, puis un état nauséeux qui peut déterminer des vomissements. L'amaigrissement, la fatigue intellectuelle et physique, la tristesse, l'inquiétude sans motif, l'asthénie, la mauvaise mine sans anémie, une brusque constipation sans cause ou parfois un peu de diarrhée, viennent compliquer le tableau clinique.

Tout cela est persistant ou récidivant s'il y a des rémissions. On songe à la neurasthénie, au surmenage, à l'insuffisance hépatique, à l'intoxication intestinale, à une gastrite, une dyspepsie, si l'affection est douloureuse à un ulcère. Rarement on songe au cancer.

Devant la persistance de ces troubles et en l'absence de tout signe objectif, il faut avoir recours à la radiologie. La radioscopie permet un contrôle non un diagnostic. Quand à l'écran on constate une lésion, le cancer n'est plus à son début et est le plus souvent inopérable. Il faut avoir recours à un radiographe très expérimenté qui prendra plusieurs clichés qui devront être parfaits, et saura les interpréter. Avec la multiplication des clichés, le radiographe pourra faire l'étude du relief de la muqueuse gastrique, découvrir les images que provoquent les lésions (plis, nids, lacunes, etc.). Actuellement c'est le seul moyen de poser le diagnostic du cancer de l'estomac au début et l'éminent radiologiste qu'est M. Ledoux-Lebard a exposé magistralement cette méthode dans le livre de M. Gutmann. Tous les procédés de diagnostic, gastroscopie, gastrophotographie, chimisme gastrique, recherche des hémorragies occultes, réactions sérologiques, sont insuffisants à l'heure actuelle pour déceler le cancer de l'estomac au début. Il n'y a aussi qu'un seul traitement, l'exérèse. M. Gutmann cite plusieurs observations dans lesquelles le chirurgien, ayant pratiqué la gastrectomie sur les indications de films radiographiques, se demandait devant l'insignifiance des lésions s'il n'avait pas fait une intervention inutile. L'examen histologique démontra que ces lésions d'apparence bénigne étaient nettement cancéreuses.

Certes il ne sera pas donné à tous les praticiens de pouvoir diagnostiquer le cancer de l'estomac au début. Mais le livre de M. Gutmann ouvre des horizons nouveaux à la lutte contre le cancer et montre que là encore il faut se garder de désespérer.

J. Noir.

---

(1) Par René Gutmann, médecin des hôpitaux, Ivan Bertrand, directeur à l'Ecole des Hautes-Etudes et Th.-J. Péristiany, assistant à la consultation de gastro-entérologie de la Salpêtrière avec préface du Professeur Gosset, membre de l'Institut. (G. Doin et Cie édit.). Volume de 500 pages avec 563 figures.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

COMPLICATIONS MÉCANIQUES DES TRAUMATISMES THORACIQUES ET ACCIDENTS DU TRAVAIL

Par E. Duhot

Professeur à la Faculté de médecine de Lille
Expert près les Tribunaux

Les traumatismes thoraciques sont d'observation courante dans la pratique des accidents du travail. Le plus souvent, il s'agit de contusion thoracique simple, avec ou sans fracture ; mais parfois cette contusion donne lieu à des complications mécaniques qui peuvent intéresser soit l'appareil respiratoire, soit l'appareil circulatoire, soit même le médiastin.

Nous signalerons enfin les plaies pénétrantes de poitrine.

Complications respiratoires

Lésions pleuro-pulmonaires par fractures. — Si la fracture des côtes est, en soi, très bénigne, il en peut être autrement en cas de complications viscérales, surtout observées dans les fractures multiples par traumatisme violent.

Citons comme complications mécaniques portant sur l'appareil respiratoire l'hématome intra-pleural consécutif à la déchirure d'une artère intercostale, l'emphysème sous-cutané, localisé à la région de la paroi proche de la fracture et d'ordinaire s'étendant peu ; l'œdème aigu du poumon (Laubry et Cottet) et principalement *la déchirure du poumon* entraînant : hémoptysie, hémothorax rarement abondant, pneumothorax qui généralement se résorbe vite et sans incidents.

Lésions pleuro-pulmonaires sans fractures. — Observée à la suite d'éboulement, de tamponnement, de passage d'une roue de voiture, de coup de pied de cheval, de chute d'un lieu élévé, la rupture des organes thoraciques avec intégrité du squelette bien étudiée par Gosselin dès 1847, Courtois, Peyrot, Dionis du Séjour Thoinot, est l'apanage des sujets de moins de 30 ans.

Messerer, Revenstorf ont en effet montré expérimentalement que jusqu'à 25 ans, l'élasticité du thorax est telle qu'on peut amener le sternum au contact du rachis sans briser les côtes : d'où possibilité de broiement complet des viscères sans fracture.

Toute lésion pathologique préexistante augmente d'ailleurs la friabilité de l'organe. Le rôle des adhérences pleurales dans les ruptures du poumon est certain.

La rupture traumatique du poumon peut être directe, au point contus, ou indirecte, à distance de ce point ; elle peut être unique ou multiple. Le choc trouve pour ainsi dire un point d'appui dans l'air emprisonné dans le poumon soit par la fermeture de la glotte au moment de l'accident (Gosselin) soit par l'étroitesse seule de l'orifice glottique (Dionis du Séjour).

La *rupture centrale*, plus rare, donne lieu, en plein parenchyme, à un foyer plus ou moins étendu et irrégulier ; il ne peut y avoir ni hémothorax ni pneumothorax, mais lorsque des bronches d'un certain calibre sont ouvertes, il peut se produire de l'emphysème médiastinal apparaissant ensuite à la base du cou sous forme de tumeur gazeuse et pouvant se généraliser.

La *rupture périphérique* intéressant la plèvre est plus fréquente, déchirure souvent étendue à bords déchiquetés, pénétrant plus ou moins profondément dans le poumon. Elle provoque toujours hémothorax et pneumothorax, accessoirement emphysème médiastinal.

Hors les cas exceptionnels de mort subite par inhibition, le blessé offre les signes d'une *commotion thoracique violente* : pâleur, angoisse, petitesse du pouls, fréquence respiratoire. La dyspnée est intense et progressive sous l'influence de l'hémothorax, du pneumothorax sous tension, de l'emphysème médiastinal. Pour fré-

quente qu'elle soit, l'*hémoptysie* n'est pas constante : elle peut être retardée (le lendemain et même trois et six jours après (Brouardel).

Les *signes physiques* sont : en cas de rupture centrale, souffle et gargouillement dans la région du foyer de rupture ; en cas de rupture périphérique, symptômes d'une hémo-pneumothorax : matité à la partie inférieure de l'hémothorax, sonorité à la partie supérieure, abolition des vibrations, silence respiratoire, caractère métallique des bruits perçus, signes radiologiques.

Depuis la forme légère où s'ajoute seulement à la commotion thoracique une dyspnée plus intense et quelques crachats sanglants, le tout suivi de guérison rapide, jusqu'aux formes graves de déchirure profonde intéressant les grosses ramifications bronchiques et artérielles et déterminant une hémorragie pleurale profuse avec mort rapide, tous les intermédiaires sont possibles. Les cas moyens peuvent évoluer soit vers la résorption simple du pneumothorax et de l'hémothorax, soit vers des accidents infectieux graves : pleurésie et pneumonie traumatiques, gangrène pulmonaire, suppuration de l'hémothorax : ces dernières complications peuvent être retardées.

Un grand nombre de ruptures traumatiques du poumon, probablement la majorité, finit par guérir : Richter indique 23 morts sur 37 cas, mais ceux-ci comportant seulement des cas graves ; Dionis du Séjour et Muller, envisageant la totalité des cas, donnent le pourcentage de 60 pour 100 de guérisons.

L'importance des séquelles et le taux d'incapacité permanente partielle insignifiants dans les cas les plus légers, varie dans les cas moyens de 20 à 60 %.

Complications cardio-aortiques

Déchirures du péricarde et du cœur. — Les contusions thoraciques donnant lieu à des fractures de côtes peuvent provoquer une déchirure du péricarde avec *pneumo-péricarde*. Le début dramatique, la douleur précordiale avec dyspnée, cyanose, tachyarythmie, la sonorité précordiale et le caractère métallique des bruits perçus, le bruit de moulin révélant la présence simultanée de liquide et de gaz, l'examen radiologique enfin, constituent les éléments du diagnostic. Si la mort est fréquente, c'est en raison de la coexistence des lésions du cœur : le pneumopéricarde *pur* d'origine traumatique peut en effet comporter un pronostic favorable, la résorption des gaz s'effectuant alors en deux ou trois jours.

Les déchirures du cœur peuvent s'observer bien que fort rarement à la suite d'embrochement par un fragment de côte fracturée ; elles rentrent dans le cadre des plaies du cœur qui seront étudiées plus loin.

Endocardites, péricardites, myocardites traumatiques. — Les résultats expérimentaux, joints à quelques observations anatomo-cliniques, font admettre qu'un traumatisme violent de la région précordiale peut provoquer dans les diverses tuniques du cœur des suffusions hémorragiques ou de minimes éraillures, de petites ruptures des tissus qui sont susceptibles d'être aggravées par une localisation microbienne.

Tantôt il existe au moment de l'accident une douleur vive dans la région précordiale avec dyspnée, palpitations, état lipothymique, tantôt les symptômes immédiats manquent complètement et plusieurs jours, parfois plusieurs semaines, se passent sans que le sujet attire l'attention du côté du cœur. Dans la suite chacune des lésions se manifeste par ses signes habituels : péricardite sèche ou avec épanchement, endocardite maligne, endocardite chronique d'emblée évoluant surtout sous forme de rétrécissement mitral ou aortique (Rimbaud).

La notion de telles complications doit éveiller l'attention du médecin traitant et du médecin contre-visiteur sur la *nécessité d'une auscultation attentive du cœur* lors de l'établissement du certificat initial et lors des premiers examens dans tous les cas de traumatisme thoracique. Car le diagnostic étiologique, relativement simple dans les cas de péricardite ou d'endocardite aiguë, peut être singulièrement malaisé dans les cas d'endocardite chronique ; il sera très facilité par la certitude de l'absence de tout signe de lésion endocarditique au moment même de l'accident.

On peut encore observer, à la suite d'un violent traumatisme précordial, la dilatation aiguë du cœur, ou après un certain temps l'apparition de manifestations d'insuffisance myocardique : dyspnée, palpitations, tachyarythmie évoluant vers l'asystolie (Potain, Bret) ou enfin des séquelles de myocardite régionale (bradycardie permanente : Laubry, Bloch et Meyer, Gallavardin ; arythmie complète : Jerwell).

Ruptures valvulaires. — Une contusion violente en un point limité de la région précordiale ou un ébranlement considérable du thorax (tamponnement, coup de pied de cheval, chute d'un sujet dont la poitrine porte sur une marche d'escalier) peuvent déterminer une rupture valvulaire, deux fois plus fréquente sur l'appareil aortique que sur l'appareil mitral.

Cette rupture peut survenir chez des sujets sains ou, de même que dans les cas de rupture par effort, être favorisée par un état antérieur (lésions syphilitiques ou athéromateuses, parfois endocardite rhumatismale).

La rupture des sigmoïdes aortiques intéresse une ou deux valvules sous formes de désinsertion complète ou partielle, de déchirure ou de fissure ;

la rupture de l'appareil mitral se fait au niveau des cordages tendineux ou des muscles papillaires.

Les ruptures valvulaires donnent généralement lieu presque aussitôt à un syndrome fonctionnel dramatique dont les trois éléments capitaux sont : douleurs, dyspnée, syncope ; le cœur est affolé et arythmique ; on constate des souffles métalliques, piaulants, musicaux, parfois perceptibles à distance. Il faut savoir que dans presque la moitié des cas de rupture valvulaire aortique, au souffle diastolique de l'insuffisance se trouve surajouté un souffle systolique de la base.

Fait capital en pratique, particulièrement au point de vue de l'expertise tardive, les caractères si particuliers de ces souffles peuvent n'être que transitoires et laisser place au bout de quelques semaines à des souffles analogues à ceux des endocardites chroniques.

Le pronostic des ruptures valvulaires est très grave, plus encore dans les cas de rupture de l'appareil mitral que dans les cas de rupture des valvules aortiques.

La mort peut survenir en quelques heures, en quelques jours ; le plus souvent le sujet succombe en quelques semaines ou en quelques mois ; rarement la survie se compte par années. La mort est consécutive soit à une endocardite infectieuse secondaire, soit à un œdème aigu du poumon ou à une embolie, soit à l'asystolie progressive. Il n'est que des faits exceptionnels où les signes se soient atténués progressivement.

Le seul cas délicat au point de vue médicolégal est celui d'une rupture valvulaire chez un sujet âgé, taré ou syphilitique, n'ayant été soumis qu'à un choc très minime. De toute évidence, seule la présence de lésions locales importantes a pu permettre que la rupture valvulaire se fasse si facilement. Mais en l'état actuel de la jurisprudence, il faut, pour pouvoir rejeter la responsabilité de l'accident, établir que le cas est entièrement assimilable à une rupture spontanée et que le traumatisme a été sans rapport d'aucune sorte avec l'apparition des accidents cardiaques.

L'évaluation de l'incapacité permanente partielle en cas de rupture valvulaire doit toujours être très élevée, variant suivant l'importance des symptômes et la gêne qu'ils occasionnent, entre 50 et 80 %.

Ruptures du cœur. — La rupture du cœur s'observe à la suite de grands traumatismes, de larges contusions thoraciques ayant donné lieu à des lésions graves de la cage thoracique ou *n'ayant provoqué aucune lésion extérieurement visible*. Loison, sur 54 cas, en note 18 avec fracture de côtes ou du sternum, 36 cas sans lésion du squelette. Le cœur comprimé se rompt par surdistension : le sang refoulé avec violence le fait éclater à la manière d'une vessie remplie d'eau.

L'autopsie peut montrer soit l'arrachement de l'appareil de fixation du cœur avec luxation plus ou moins complète de l'organe, soit la déchirure auriculaire ou ventriculaire, atteignant de préférence les cavités droites en raison de leur minceur — plus rarement enfin, la rupture de la cloison inter-auriculaire ou interventriculaire.

Dans près d'un tiers des cas, la mort est instantanée ou quasi instantanée ; mais dans le cas de rupture limitée on peut observer une *survie* de quelques heures ou même de quelques jours, la mort étant due à l'hémorragie interne ou à la compression par épanchement intra-péricardique. Bien plus, fait particulièrement intéressant au point de vue médico-légal, Jean Steimann, de Genève (thèse 1934) a montré qu'un cœur sain pouvait se rompre dans les jours qui suivent un traumatisme sans avoir provoqué de symptômes prémonitoires.

La possibilité de guérison spontanée est admise par les classiques : Fischer, la signale sept fois sur 76 cas. Loison, deux fois sur 54 ; ces cas restent discutables, la lésion de la paroi cardiaque n'ayant pu être directement constatée.

Ruptures de l'aorte. — La rupture traumatique de l'aorte a son siège habituel sur la portion ascendante immédiatement au-dessus des coronaires : dans quelques cas la rupture a porté sur l'aorte descendante près de l'insertion du ligament artériel. Généralement, la fissure intéresse toute l'épaisseur de la paroi vasculaire et détermine la mort foudroyante ou très rapide par hémorragie interne. Certains auteurs (Strassmann, Boström) croient à la possibilité de ruptures incomplètes susceptibles de guérir avec ou sans formation d'un anévrysme.

Au point de vue médico-légal, il faut rappeler qu'un fait clinique relativement fréquent est la rupture spontanée de l'aorte intrapéricardique ou extra-péricardique, ou même de l'aorte abdominale, suivie de mort subite, ou de mort retardée lorsque la fissure se fait en deux temps ; cette rupture est due à la présence d'altérations athéromateuses par syphilis ou par sénilité : l'hypertension artérielle et surtout les crises paroxystiques d'hypertension en sont un facteur capital. Or, une telle rupture peut survenir à la suite d'un choc, d'une chute, posant dans ces cas le même problème médico-légal que la rupture spontanée du cœur ; en cas de chute, on peut être amené à se demander si cette chute a motivé la rupture de l'aorte ou si au contraire la rupture a précédé la chute et l'a déterminée.

Anévrysmes aortiques. — Les anévrysmes post-traumatiques à siège de prédilection sur la crosse aortique ont été attribués à diverses cir-

◆◆◆

constances étiologiques. Citons au hasard d'une littérature médicale qui est bien loin d'être toujours démonstrative : tamponnement, compression thoracique, coup de timon, choc d'une pile de livres, chute d'un lieu élevé, chute de cheval, chute de bicyclette, chute dans la rue, chute contre une rampe d'escalier.

Eppinger (1887) avait étendu démesurément cette notion d'anévrysmes traumatiques en l'appliquant à la plupart des anévrysmes spontanés. Boinet (1899) après en avoir cité un certain nombre de cas, ajoute : « Si on parcourt le détail de la plupart des observations, on est bien tenté d'admettre l'existence antérieure d'altérations locales des parois aortiques ». Etling, dans sa thèse de 1905, en a fait l'étude, et Rimbaud dans un article de 1906 en a réuni 26 observations. A mesure que la notion de l'origine syphilitique, pratiquement constante, de l'anévrysme de l'aorte, obtenait sa consécration, les antécédents spécifiques sont mieux recherchés et mis en évidence dans de tels cas, où le traumatisme n'apparaît donc plus qu'à titre de cause occasionnelle (Cf notamment Merklen et Pouliot 1904, Thoinot 1904, Ramon et Pastina 1918, Gayet et Mazel).

En fait, les anévrysmes de l'aorte pouvant être qualifiés de traumatiques sont très rares : P. Brouardel souligne qu'au cours de trente ans de pratique et après des milliers d'autopsies médico-légales, il n'en a jamais rencontré.

Les cas absolument exceptionnels où la formation d'un anévrysme sur une aorte saine a paru pouvoir être admise ont trait en réalité à des *anévrysmes disséquants* ayant fait suite à une déchirure de la tunique interne.

Par contre, la création par le traumatisme d'un anévrysme vrai avec ses caractéristiques histologiques et notamment les altérations profondes de la tunique moyenne ne peut plus être admise actuellement : l'anévrysme est une gomme développée dans la paroi d'un vaisseau.

Ce qui est réel, et seul réel, c'est que l'action du traumatisme portant sur une zone artérielle déficiente peut provoquer l'*évolution accélérée* et même l'apparition à l'extérieur d'un anévrysme d'origine syphilitique jusqu'alors latent.

L'expert devra donc, par l'étude des antécédents, par un examen clinique minutieux, notamment recherche du myosis, de l'abolition des réflexes rotuliens constituant le syndrome de Babinski-Vaquez, par un examen sérologique faisant appel aux techniques les plus sensibles, rechercher l'existence de la syphilis.

Mais celle-ci une fois démontrée, il ne s'ensuit pas cependant qu'en matière d'accident de travail la responsabilité de l'accident doive être écartée : à titre de facteur d'aggravation indiscutable, elle doit au contraire être acceptée si chez un sujet effectuant jusqu'alors un travail normal et souvent pénible sans présenter aucun signe pathologique, *la violence dûment établie*, et *le siège nettement précisé* du traumatisme apparaissent capables d'expliquer le *développement en peu de mois* d'un anévrysme aortique volumineux.

L'observation suivante, empruntée à Thoinot, est un exemple de cette interprétation :

Un sellier de 47 ans reçoit sur la poitrine, en juillet 1903, une clef de serrage de 40 kgr. qui lui contusionne le thorax en écharpe, de l'épaule gauche vers l'hypochondre droit. Le choc et la douleur le font tomber à genoux dans une demi-syncope qui dura dix minutes. La nuit il fut éveillé par une dyspnée angoissante avec douleur constrictive dans la région précordiale et irradiations dans le bras gauche, crises qui se renouvellent dans la suite. Le 24 mars 1904, l'expert examine le malade, et malgré la présence du signe d'Argyll-Robertson révélant une syphilis antérieure, admet qu'il s'agit d'un anévrysme aortique d'origine traumatique.

L'incapacité permanente est, dans les cas d'anévrysme aortique, extrêmement élevée, généralement totale.

Complications médiastinales

Ces complications sont consécutives à des contusions extrêmement graves et sont surtout des constatations d'autopsie :

La rupture du canal thoracique a été observée dans une dizaine de cas de très violente contusion du thorax, huit fois sur dix du côté droit. L'épanchement chyleux dans la plèvre, généralement d'une abondance extrême, entraîne l'asphyxie mécanique ou la cachexie rapide.

La rupture de l'œsophage avec issue fatale a été signalée à la suite de traumatisme violent de la région épigastrique.

Les fractures ou ruptures de la trachée, rares en raison de son élasticité, ont été observées dans des traumatismes violents : chute sur le devant du cou, écrasement par roue de voiture, coup de pied de cheval. Leur siège est surtout à la partie supérieure : elles donnent lieu à de l'emphysème sous-cutané. Elles sont de la plus haute gravité et généralement mortelles. En cas de guérison post-opératoire, la séquelle possible est le rétrécissement de la trachée.

Il y a lieu de signaler l'*emphysème aigu du médiastin post-traumatique*, d'ailleurs rare (Cf Thèses de Gatellier 1919, Veunac 1933), observé à la suite de traumatisme du thorax avec ou sans fracture de côtes, soit par extension au médiastin d'un emphysème pariétal, soit par une brèche pulmonaire sur la face médiastine, ou encore à la suite de traumatismes et plaies du larynx ou de la trachée provoquant l'insufflation des loges profondes du cou.

Le signe pathognomonique est l'apparition d'une distension avec crépitation gazeuse au niveau de la fossette sus-sternale.

L'emphysème aigu médiastinal détermine des signes fonctionnels graves : dyspnée progressive, cyanose, insuffisance cardiaque, entraînant souvent la mort, sauf intervention chirurgicale libératrice.

Plaies de poitrine

Dans la pratique des accidents du travail, les plaies de poitrine sont assez rarement signalées : on les observe toutefois à la suite de coup de corne, coup de couteau au cours d'une rixe entre ouvriers, chute sur une tige métallique acérée, sur un poinçon.

Lorsqu'elles ne sont pas pénétrantes elles donnent lieu à une hémorragie extérieure ou à un hématome pariétal ; il est rare qu'il y ait atteinte d'un vaisseau important de la paroi thoracique.

Lorsqu'elles sont pénétrantes, elles intéressent le plus souvent l'appareil respiratoire, moins fréquemment le cœur, exceptionnellement le médiastin.

Les plaies pleuro-pulmonaires donnent lieu à une hémorragie intra-pleurale et à la pénétration de l'air venu de l'extérieur ou des bronches dans la cavité pleurale : hémo-pneumothorax, avec possibilité d'infection secondaire.

Il s'agit ici de cas généralement plus bénins que ceux des plaies par armes à feu : leur guérison est fréquente. Les séquelles possibles sont : fistule pariétale, douleurs thoraciques, dyspnée persistante, tachycardie, hémoptysies tardives ; en cas d'infection pleurale : déformation thoracique et symphyse pleurale ; elles sont évaluables selon les cas d'espèce.

Les plaies du cœur, observées quand la plaie pariétale siège à la région antérieure du thorax dans la zone de projection de cet organe et généralement dans le quatrième ou cinquième espace intercostal gauche, intéressent beaucoup plus souvent les ventricules que les oreillettes. Dans les 9/10e des cas, la paroi est traversée.

S'il est classique de dire que les plaies du cœur sont dans près d'un tiers des cas suivies de mort instantanée ou très rapide, il faut remarquer que dans la pratique des accidents du travail, il s'agit en général de cas moins graves que dans les blessures de guerre.

En cas d'ouverture étroite du péricarde, l'hémorragie due à la plaie du cœur donne lieu à un *hémopéricarde* pouvant amener la compression et le blocage du cœur ; en cas d'ouverture large du péricarde, l'hémorragie détermine un *hémothorax*.

L'état de shock avec signes d'hémorragie interne, oppression et tachyarythmie croissantes, le siège de la blessure, le mode d'écoulement du sang, sa coloration, puis les signes d'hémopéricarde avec élargissement de la matité précordiale, l'agrandissement et l'immobilité de l'ombre cardiaque à l'écran, signent le diagnostic

Si le blessé ne succombe pas à la suite de l'hémorragie intra ou extra-péricardique, s'il échappe encore à l'embolie ou à l'infection, la guérison spontanée ou chirurgicale est possible. La guérison spontanée est rare : Tossi donne comme proportion dans les cas de plaie non pénétrante 9 pour 100, dans les cas de plaie pénétrante 1 pour 100.

Il se fait alors, sans régénération des fibres musculaires cardiaques, une cicatrice fibreuse du myocarde adhérente au péricarde. Les séquelles sont généralement importantes. Il existe souvent des *troubles fonctionnels* : douleurs rétrosternales, angor, palpitations, dyspnée d'effort, et si la lésion a intéressé le tissu nodal ou le faisceau atrio-ventriculaire, arythmie.

A la suite d'une blessure du cœur, Cossio et ses collaborateurs (*Semana Medica*, 1933, n° 35) ont noté par électro-cardiographe un tracé d'infarctus de la pointe. Après guérison d'une plaie du cœur par chute sur un poinçon, A. Vaghi (*Archives des maladies du cœur*, 1934, p. 351) a vu par électro-cardiographie que le territoire de la coronaire gauche avait été intéressé et noté la persistance des anomalies du tracé plusieurs semaines plus tard. Korey et Katz, Oppolzer, Routier et Joly ont étudié d'autres altérations électrocardiographiques.

D'autre part, la cicatrice du myocarde peut se distendre à la longue et donner lieu à un *anévrysme du cœur* suivi de rupture.

Enfin, la principale complication tardive est due à ce que l'inflammation du péricarde peut laisser après elle une *symphyse du péricarde* évoluant ultérieurement vers l'asystolie.

L'évaluation de l'incapacité doit tenir compte de ces éventualités et être évaluée de 30 à 60 %.

Les plaies du médiastin, exceptionnelles et presque jamais isolées, peuvent atteindre l'aorte l'artère et la veine pulmonaires, les troncs brachio-encéphaliques, la veine cave, l'azygos, le canal thoracique, l'œsophage, la trachée.

La plupart du temps la mort est immédiate ou rapide, soit par la gravité propre de la lésion médiastinale, soit par les lésions des poumons ou du cœur qui lui sont associées.

Les atteintes vasculaires donnent lieu à une hémorragie dont le sang peut s'épancher soit au dehors, soit dans la plèvre ouverte en même temps (hémothorax) soit dans le tissu cellulaire interpleural (hémomédiastin).

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

● ● ●

Comment prévoir l'évolution bénigne ou fâcheuse d'une hypertension artérielle

D'après le Professeur RISER, MM. BECQ et DARDENNE (*)

LES ÉLÉMENTS D'APPRÉCIATION

Dans l'hypertension artérielle, il s'agit du dérèglement d'une fonction complexe, susceptible d'entraîner des répercussions de toute sorte sur des viscères fondamentaux, ou au contraire d'être fort bien toléré. Parmi les sujets, ayant les mêmes chiffres de tension élevée : les uns vont succomber en quelques mois ; d'autres survivront plus longtemps, tourmentés par des troubles fonctionnels et des atteintes viscérales, cardio-cérébro-rénales surtout ; d'autres, enfin, atteindront un âge avancé sans encombre, et sans grands soucis.

Et cependant, il est indispensable de porter le plus rapidement possible un pronostic, de discriminer au plus tôt les facteurs d'aggravation, d'autant plus que de nouvelles actions thérapeutiques se flattent, au prix d'interventions plus ou moins importantes, de supprimer ou de retarder notablement l'échéance fatale.

Rien n'est plus aisé que de souligner les signes de gravité à une certaine période de l'évolution de l'hypertension artérielle, lorsque les grands appareils cardio-vasculaires, rénal, cérébral sont atteints, même d'une manière minime. Mais déjà il est tard, car la déchéance des grands parenchymes peut s'accentuer vite et s'effondrer en quelques jours.

Par contre, c'est à la période où le rein, le cœur, les vaisseaux, sont peu touchés qu'il faudrait pouvoir dire : *cette hypertension artérielle va s'aggraver ou demeurer bien tolérée.*

Pour cela, nous disposons de certains éléments d'appréciation.

Le facteur vasculaire est de beaucoup le plus important. Il domine tout le présent et l'avenir de l'hypertendu. Tout le présent, parce que l'hypertonie des vaisseaux commande très souvent l'hypertension ; tout l'avenir, parce que la sauvegarde des parenchymes et des tissus différenciés dépend essentiellement de l'intégrité vasculaire anatomique et fonctionnelle, quelles que soient d'ailleurs les causes de l'hypertension artérielle. Si les vaisseaux sont indemnes ou frappés d'artério-sclérose simple, qui reste limitée aux gros troncs, sans endartérite véritable des artérioles, la survie est le plus souvent longue et l'hypertension bien tolérée, sauf « accidents » non prévisibles ; l'irrigation et la nutrition des parenchymes restent convenables.

Au contraire, si les vaisseaux, soit primitivement, soit secondairement, présentent de l'artérite véritable, thrombosante, de l'endartérite proliférante, tout est changé ; les atteintes des grands parenchymes, frappés dans leur nutrition, deviendront progressivement graves. De plus, les artérioles précapillaires et les capillaires, (surtout de l'extrémité céphalique) arachnoïdaux, cérébraux, oculaires deviendront hyperperméables à l'eau, aux albumines, aux hématies venant du sang, d'où les phénomènes d'exsudation au niveau du fond de l'œil, des méninges, des tissus péri-orbitaires.

Ainsi s'explique la valeur pronostique considérable des *signes rétiniens* ; ce sont de beaucoup les plus sûrs, les plus précoces. La simple artériosclérose du fond de l'œil ne commande pas un pronostic grave, mais simplement réservé ; elle n'implique pas l'intégrité des vaisseaux cérébraux dans 70 p. 100 des cas. Des conséquences plus sérieuses sont les thromboses de l'artère centrale de la rétine, et les papillo-rétinites, caractérisées par la triade : œdème du fond de l'œil, exsudats et hémorragies.

La papillo-rétinite apparaît très précocement chez des sujets jeunes, atteints d'hypertension de causes variées, mais pas primitivement d'origine rénale. Même l'exsudation légère constitue un signe fondamental, car celui-ci précède, souvent de plusieurs mois, l'atteinte — décelable — de tous les autres viscères (sauf le cas de syphilis). Cependant les signes rétiniens manquent entièrement dans 10 à 15 p. 100 d'hypertensions incontestablement malignes.

Pour les mêmes causes d'hyper-perméabilité à l'eau des vaisseaux, on note des signes de *méningite séreuse*, d'où un syndrome particulièrement malin d'hypertension cranienne par augmentation du volume de liquide céphalo-rachidien

(1) Les facteurs et signes de malignité de l'hypertension artérielle. (*Le Journal médical français*, février 1939.)

de l'infiltration des tissus de la face (front, paupières, etc.) alors que les chevilles sont sèches ; des signes cérébraux, résultat de troubles vasculaires hémorragiques ou œdémateux.

Ces derniers consistent en : troubles de la mémoire, du caractère, de l'idéation, hémiparésies, aphasies, hémianopsies, etc... Leur grande caractéristique est d'être transitoire, de disparaître complètement au moins la première fois, ou bien avec un petit déficit, cependant minime et localisé, souvent compensé.

Mais les ictus se succèdent, aggravant chaque fois un peu plus le trouble neurologique et mental, à moins qu'après un ou deux de ces signes d'alarme, un vaste ramollissement ou une grande inondation, n'emportent brutalement le malade.

La valeur de ces signes prémonitoires paraît considérable (75 p. 100 des cas), même lorsque le cœur est bon, qu'un embolus n'est pas en cause, même si on est conduit à les attribuer au spasme plutôt qu'à l'œdème cérébral, circonstance aggravante. Les rémissions les plus longues ont été de deux à trois ans ; souvent le répit n'a été que de sept à dix mois ; dans 25 p. 100 des cas, il fut seulement de quelques semaines, et de graves accidents hémorragiques emportèrent le malade après le premier avertissement. La signification des crises comitiales est beaucoup moins défavorable.

Dans le même ordre de pathogénie, signalons l'*anémie et la dénutrition* avec fatigabilité et anorexie.

Ces troubles ont un gros intérêt pronostique chez les hypertendus, parce que l'azotémie, les œdèmes sont absents, le cœur excellent. Dans 80 % des hypertendus graves, ils sont précoces et très nets ; certes ils n'ont pas l'objectivité saisissante des lésions du fond d'œil ; ce n'est pas sur eux qu'on peut baser un pronostic ferme, ni décider un acte opératoire ; mais ils commandent des réserves.

Le facteur rénal. Il peut être secondaire ou primitif, et conditionner l'hypertention artérielle. De toute manière, et quelle que soit la cause de l'hypertension, l'atteinte rénale est des plus importantes et aggrave considérablement le pronostic.

Mais l'exploration des fonctions rénales doit obéir à des règles précises, pour éviter des erreurs grossières, fréquemment commises. On se souviendra particulièrement des points suivants : en ce qui concerne l'élimination uréique, la connaissance de l'azotémie est souvent sans intérêt, si on ignore le régime alimentaire et la diurèse quotidienne. Il ne faut pas oublier qu'au cours des néphrites, les mieux caractérisées, une forte azotémie n'est pas due exclusivement au mauvais pouvoir concentrateur des reins, et que les causes d'azotémies extra-rénales sont nombreuses, aussi bien chez les sujets normaux que chez des néphritiques (diminution de la diurèse, excès d'apports azotés, destruction exagérée des protides de l'organisme) ; il faut se souvenir des poussées d'azotémie par congestion rénale temporaire. Pour des raisons inverses, un sujet, dont l'atteinte rénale est certaine peut présenter une azotémie basse « camouflée ».

La souplesse rénale a également un intérêt indéniable, et on ne saurait trop recommander l'épreuve au bleu de méthylène, si simple et précise, qui renseigne en même temps sur le pouvoir de concentration des reins.

On ne peut donc juger des fonctions rénales si complexes sur un examen rapide, ni par un seul test : on doit pratiquer essentiellement : la recherche dans les urines de l'albumine, du sang, des cylindres ; les épreuves de tolérance des chlorures, de la phénol-sulfone-phtaléine et du bleu de méthylène, renseignant sur la concentration maxima, et la souplesse rénale de diurèse (cure classique) ; les recherches de l'azotémie, en fonction de la diurèse, des apports azotés et de l'excrétion urinaire de l'urée. Ainsi on décélera presque sûrement et précocement l'atteinte rénale, partielle ou globale, minime ou intense.

Ceci dit, il faut encore souligner les différences importantes du pronostic entre les troubles épisodiques et les déficiences constantes et progressives.

Une azotémie, passagèrement élevée, un trouble épisodique de la diurèse, une cylindrurie ou hématurie accidentelle, en rapport avec une poussée congestive, par exemple, ne sont pas des signes de gravité-malignité.

Parmi les signes constants, il faut également établir des distinctions importantes entre l'atteinte des fonctions essentiellement rénales, tel que le pouvoir de concentration et de petits troubles sans grand intérêt, telle que l'albuminurie simple à l'état de traces. Parfois, l'atteinte de la concentration Mx est nette, se traduisant par une constante d'Ambard un peu forte et surtout une élimination passable de la phénol-sulfone-phtaléine, du bleu. Et des réserves s'imposent immédiatement, même si l'évolution de cette néphrite est lente, même si elle paraît stabilisée pendant quelques années. Par contre, une atteinte rénale progressive, sans régression en dehors de toute poussée aiguë de congestion rénale, a une signification tout autre, quels que soient la cause et le mécanisme de l'hypertension artérielle, qu'il s'agisse de glomérulo-néphrite primitive, à poussées évolutives, avec hypertension artérielle modérée, ou de néphrite secondaire à une hypertension artérielle primitive.

Le facteur cardiaque

Des signes prémonitoires de grande valeur sont : les algies cardio-thoraciques traduisant

♦♦♦♦

l'hypertrophie rapide, des algies d'effort plus ou moins angineuses, et les aspects variés de la véritable angine d'effort, avec son horrible barre sternale, et sa griffe cardio-brachiale, certaines palpitations et certaines dyspnées par myocardie, précédant les signes physiques classiques. Cependant la valeur pronostique de l'angine d'effort est moindre, quand elle est due à l'aortite ou à une médiastinite.

Mais on tiendra le plus grand compte des mensurations du cœur, de l'affaissement de la seule pression systolique et des algies d'effort (non dues à l'aortite ou à une médiastinite) ; ces signes ont souvent révélé le fléchissement précoce du myocarde, élément essentiel de malignité.

*
* *

L'ASPECT CLINIQUE DES FORMES ULTÉRIEUREMENT AGGRAVÉES, OU GRAVES IMMÉDIATEMENT

I. Bien avant la période préterminale, il est parfois possible de déceler une aggravation, d'apprécier les poussées évolutives, présentes et à venir, par un syndrome de gravité-malignité peu évident, mais net.

Celui-ci est constitué surtout par les signes rétiniens, par la dysharmonie progressive des tensions céphalique et humorale, par l'infiltration des tissus de la face, par les signes cérébraux et cardiaque d'alarme, l'atteinte progressive du pouvoir rénal de concentration.

L'exsudation méningo-rétinienne constitue le signe majeur, de très haute probabilité quand il y a œdème net de la papille, exsudats et hémorragies même minimes. Cet ensemble est souvent réalisé au cours d'hypertensions artérielles jusque-là bien supportées, progressivement ou d'emblée.

Bref, un syndrome de malignité peut survenir au cours de n'importe quelle forme de la maladie hypertensive. L'atteinte marquée, souvent profonde, des tissus demeure longtemps latente pour les artères elles-mêmes, pour les parenchymes et même pour le rein. Le syndrome de gravité est ébauché depuis peu, et cependant les lésions sont déjà marquées. La preuve en est dans le subit fléchissement, dans l'effondrement aigu de tous les grands appareils, qui peut survenir en quelques semaines, sans raisons apparentes.

L'importance de ce point est considérable pour apprécier le pronostic, et décider *à temps* un repos absolu, un traitement médical strict, une intervention chirurgicale.

Là encore, les *examens comparatifs répétés de l'œil, du rein, du cœur permettent de prévoir cet effondrement*, en montrant le caractère *progressif* des signes morbides.

Les syndromes d'hypertension cranienne et d'exsudation rétinienne sont également de fréquents indices de gravité aux périodes terminales ou préterminales de presque toutes les hypertensions artérielles, et plus principalement des glomérulo-néphrites ; les signes de profondes déficiences vasculaires, cardio-cérébro-rénales les accompagnent.

II. Dans les hypertensions artérielles *d'emblée malignes*, l'atteinte précoce des artérioles périphériques du fond de l'œil a une importance considérable, car rapidement des phénomènes exsudatifs méningés et rétiniens *progressifs*, très marqués font faire le diagnostic de malignité, avant le déficit cardio-rénal.

G. FISCHER.

LES INJECTIONS DE CHLORURE DE SODIUM DANS L'INSOLATION

Dans un récent numéro d'une revue peu lue en Europe, *Africa-Medica*, M. Karmann rapporte la manière dont il a traité avec succès, à Port-Saïd, quarante cas d'insolation chez des enfants de 6 mois à 10 ans.

La base du traitement employé a consisté en injections salines de chlorure de sodium, variables selon la gravité du cas. A titre d'exemple, disons que dans les cas de moyenne intensité, l'auteur s'est servi de solutions à 9 %, en injections sous-cutanées de 250 c. c. M. Karmann insiste sur la valeur de ces injections thérapeutiques très simples, dont il estime que l'emploi devrait se généraliser dans tous les cas d'insolation. Cette manière de procéder ne paraît pas à première vue dangereuse, et il n'est pas impossible qu'elle puisse rendre service dans bien des cas. Pendant les mois d'été durant lesquels les expositions volontaires au soleil augmentent le nombre des insolations, les injections sous-cutanées de solutions de chlorure de sodium seront peut-être un nouvel et efficace moyen de traitement.

Pierre LABIGNETTE.

DE L'ACTION REMARQUABLE DE L'AUTOHÉMOTHÉRAPIE SUR LES ICTUS CÉRÉBRAUX ET CERTAINES LÉSIONS DE L'ENCÉPHALE

Par

Docteur BERTHOUMEAU et L.-G. CUGNET,
Médecin-chef Interne
de l'Asile national des Convalescents (de Saint-Maurice)

En diverses revues publiées en 1934 et 1935, non seulement dans leur pays d'origine, mais en France et à l'étranger, deux auteurs italiens R. Colella et G. Pizzillo (1) ont publié les résultats « imprévus » qu'ils ont obtenus par l'autohémothérapie pratiquée sur trente-cinq malades de la Clinique des maladies nerveuses et mentales de l'Université de Palerme, atteints de traumatismes craniens ou d'hypertension, d'hémorragie, thrombose, embolie cérébrales. Mais ces deux auteurs italiens n'innovèrent rien puisque, ils le reconnaissent d'ailleurs eux-mêmes, l'idée primitive de ce procédé thérapeutique revient à un médecin français, Artault de Vevey, esprit original, qui, dès 1929, faisait une communication à la *Société de Thérapeutique* (2), sur « l'action hémostatique des injections intramusculaires autohémothérapiques et leurs curieuses actions dans les hémorragies cérébrales », communication suivie d'articles nombreux (3) où il relatait « l'action sensationnelle de ces injections dans les apoplexies cérébrales. »

Artault de Vevey était parti de cette idée que le sang du malade en injections intramusculaires était hémostatique pour toutes hémorragies : épistaxis, hémoptysie, hémorragie utérine, rénale, etc... Il a donc utilisé l'autohémothérapie tout d'abord dans les hémorragies craniennes causées par des traumatismes graves et devant les résultats « étonnants, presque paradoxaux, hors série », il a étendu ce traitement à tous les cas d'hémorragie cérébrale, ou mieux d'ictus cérébraux, car, dans les cas qu'il relate certains semblent beaucoup plus dus au ramollissement cérébral qu'à l'hémorragie.

Pour être brefs, nous ne citerons pas d'observation de cet auteur, bien que certaines soient fort impressionnantes ; nous renvoyons à l'article original d'Artault de Vevey et nous nous contenterons de résumer les conclusions des auteurs italiens :

1° On peut agir par l'autohémothérapie sur les foyers d'hémorragie cérébrale et en corriger les conséquences à un degré notable, souvent d'une façon complète ;

2° L'autohémothérapie est hémostatique ;

3° La guérison est observée dans les cas les plus aigus surtout dans les traumatismes craniens où il existe une hémorragie cérébrale primitive. Les résultats dépendent de la précocité de l'intervention ;

4° L'autohémothérapie concourt au traitement de l'hémorragie cérébrale avant, durant et après l'attaque et est indiquée comme traitement préventif dans les cas d'hypertension artérielle ;

5° Les injections de sang permettent le diagnostic différentiel entre l'hémorragie pure et le ramollissement. Bien que l'hémorragie cérébrale soit beaucoup plus fréquente que le ramollissement cérébral et que les symptômes soient souvent les mêmes, on peut les différencier puisque l'action curative de l'autohémothérapie est plus marquée sur les foyers d'hémorragie cérébrale et est nulle sur les foyers de ramollissement ;

6° Les théories qui expliquent l'action de l'autohémothérapie sont multiples.

***

Depuis 1932 et à la suite de ces diverses publications, nous avons pratiqué l'autohémothérapie en clientèle privée et hospitalière avec des résultats souvent surprenants, dans tous les cas d'ictus cérébraux qu'il nous a été donné de soigner et nous souscrivons volontiers à la plupart des conclusions précédentes sauf à celle qui établit une distinction entre les résultats obtenus dans l'hémorragie cérébrale et le ramollissement, comme nous le dirons plus loin.

Le but de cet article est d'abord d'attirer à nouveau l'attention des médecins sur un procédé thérapeutique qui, contrairement à ce qu'écrivait Artault de Vevey n'est pas « connu et appliqué dans le monde entier où il aurait été une révélation, sinon une révolution » (4). En effet, il est à peu près méconnu, tout au moins en France, des médecins praticiens à qui il rendrait cependant grand service et remplacerait ce réflexe thérapeutique de la saignée, souvent inutile et par-

fois dangereux. Il n'est d'ailleurs énoncé dans aucun traité de thérapeutique pratique et c'est à peine si, dans un de ces ouvrages, en plusieurs volumes récemment réédités et très au courant, il y est consacré deux petites lignes sous forme de renvoi au bas d'une page. De plus, ayant étendu par analogie ce traitement à des affections de l'encéphale autres que les ictus, nous voulons rapporter les résultats parfois remarquables que nous avons obtenus.

***

Parlons d'abord de l'ictus cérébral, qu'il soit d'origine hémorragie ou ramollissement. Il peut paraître paradoxal d'appliquer le même procédé thérapeutique à deux affections qui semblent si dissemblables. Nous devons nous en expliquer : en effet, aux conceptions anciennes, un peu simplistes, qui opposaient jadis hémorragie et ramollissement, se sont substituées de nos jours des conceptions plus modernes et plus en rapport avec les constatations de l'anatomie pathologique. Entre l'hémorragie cérébrale proprement dite, relativement assez rare, survenant par exemple chez un hypertendu ou un brightique et le ramollissement typique dû à une brusque embolie compliquant une cardiopathie, ou à une thrombose chez un sénile, se situent quantité d'états intermédiaires où on retrouve, en somme, un mécanisme initial analogue : « la suppression brusque — organique, spasmodique, et le plus souvent organo-spasmodique — de la circulation dans un territoire donné suivie d'une réaction vasculaire fonctionnelle de voisinage avec vasodilatation et érythro-diapédèse dont l'intensité créé le foyer hémorragique et dont la discrétion ou l'absence laisse notamment dominer l'aspect nécrotique du tissu ischémié... ; le spasme vasculaire qu'il agisse directement par ischémie ou par stase anoxhémique, joue donc un rôle capital, peut-être pour préparer l'état de dénutrition du tissu nerveux — qui pourrait d'ailleurs être suffisamment réalisé par de petites altérations organique des vaisseaux, et surtout pour provoquer l'ictus en modifiant brutalement le régime circulatoire d'une zone encéphalique lentement altérée au préalable » (5).

Les observations que nous relatons ci-dessous se rapportent principalement à ces états intermédiaires où l'autohémo a eu une action manifeste en agissant soit sur l'hypertension paroxystique, soit sur le spasme vasculaire, soit tout autrement, comme nous le verrons plus loin.

Observation n° 1. — A... L., âgé de 77 ans, hospitalisé à l'asile de Vacassy, hypertendu, présente en novembre les symptômes prémonitoires d'un ictus cérébral : céphalées violentes, maladresse des mains, embarras de la parole, etc... L'autohémothérapie a fait disparaître en une quinzaine de jours ces divers troubles et fait baisser la tension de 10-23 à 8-20 à la suite de trois injections de 30 c. c. pratiquées à cinq jours d'intervalle. Ce malade dernièrement revu est toujours en état de santé satisfaisante.

Observation n° 2. — R... L., 50 ans, est envoyé le 10 avril 1933 de l'hôpital Bichat à l'A. N. C. en convalescence de bronchite. Au bout de quelque temps il y est employé comme convalescent-travailleur ; le 15 juin il fait un ictus et l'interne de garde pratique une saignée de 500 grammes ; le malade est dans le coma ; sa respiration est stertoreuse, son pouls ralenti ; on constate une hémiplégie droite flasque avec paralysie faciale, déviation conjuguée de la tête et des yeux vers le côté de la lésion cérébrale ; réflexes tendineux abolis, signe de Babinski à droite, température 37°, T. A. 20-12. Le lendemain 16, à midi, 30 c. c. d'autohémo : aucune réaction immédiate, mais vers 2 heures de l'après-midi, le malade sort du coma, peut soulever son pied droit de 10 centimètres au-dessus du plan du lit, mais pas son bras ; l'élocution est très difficile ; température 36°8, T. A. 18 12. Le 18 juin, deuxième autohémo de 30 c. c., la T. A. tombe à 15 1/2-10 1/2 ; le lendemain grosse amélioration de la parole et de la paralysie faciale, de l'amplitude des mouvements (le pied droit se soulève à 30 centimètres au-dessus du lit) ; les réflexes sont vifs. Le 20 juin, troisième injection de 30 c. c. La T. A. descend à 13-8 1/2 ; nouvelle amélioration de tous les symptômes ; la diurèse monte de 1 litre et demi à 2 litres et demi, fait un crochet à 4 litres, puis oscillera entre 2 litres et 2 litres et demi. L'amélioration continue et permet au malade de quitter les salles de traitement le 14 juillet.

Observation n° 3. — Mme P..., concierge, 71 ans, se couche à 9 heures le 16 octobre 1935. A 10 heures elle est prise d'un malaise et tombe sur sa descente de lit, en voulant attirer l'attention des voisins. Elle est relevée paralysée du côté gauche avec troubles de la parole ; six injections d'autohémo de 25 c. c. sont pratiquées tous les deux à trois jours. Petit à petit, sans autre traitement, les mouvements réapparaissent et au bout de deux à trois mois sont redevenus tout à fait normaux. Mme P..., qui a actuellement 74 ans, exerce toujours son métier de concierge sans aucune aide.

Observation n° 4. — Y... J., âgé de 68 ans, pensionnaire à Vacassy est amené le 6 mars 1936 par voiture à l'asile des convalescents, paralysé du côté droit avec aphasie. Il entendait, ne pouvait répondre. On lui a pratiqué entre le 7 mars et le 28 mars, huit autohémo de 20 c. c. avec au début une injection journalière de 10 centigrammes d'acécholine pendant cinq jours. La tension qui était de 18-7 est tombée à 14-7 ; la diurèse est montée pendant toute cette période à 3 litres et a atteint même certains jours 4 litres et demi. Le malade a parlé le deuxième jour et est sorti complètement guéri de l'asile des convalescents le 4 avril 1936 sans aucune séquelle de paralysie. Nous l'avons revu dernièrement. Il est aussi valide que le permet son âge (71 ans).

Le graphique n° 1 se rapporte à cette observation.

Observation n° 5. — B... P., 60 ans, nous est adressé le 5 octobre 1935 par l'hôpital où il était resté quinze jours à la suite d'un ictus. Cet homme présente une hémiparésie très légère et surtout une perte de la mémoire, une grosse confusion des mots et des idées et une dysarthrie accentuée ; il est incapable de se diriger dans les couloirs ; de retrouver sa chambre, d'aller au réfectoire... ; admis immédiatement dans les salles de traitement de l'A. N. C. on lui fait 20 c. c. d'autohémo tous les trois jours. La T. A. ne varie pas et restera autour de 16 1/2-10 ; la diurèse augmente d'un demi-litre. Dès les premières injections on cons-

tate une grosse amélioration de l'état psychique et moteur, amélioration qui s'accentue et nous permet de le renvoyer à son hôpital le 16 novembre 1935, faute de place à l'A. N. C. Il y est gardé 45 jours et l'on y continue le même traitement autohémothérapique. Quand il nous revient, le 4 janvier suivant, son état psychique est si satisfaisant que nous pouvons le laisser vivre la vie normale des convalescents habituels jusqu'au 7 mars 1935, date de sa sortie.

***

Dans toutes ces observations, nous avons appliqué l'autohémothérapie soit avant l'ictus, soit à son début, soit peu de temps près sa survenue, pensant avec les auteurs italiens que la réussite du traitement était liée en grande partie à sa précocité. Mais, en 1938, en reprenant cette étude, il se trouva que notre premier malade, ayant présenté un ictus un an auparavant, était à la période cicatricielle. Aussi, c'est avec un certain scepticisme que nous avons commencé le traitement autohémothérapique.

Observation n° 6. — M... H., 57 ans, nous est envoyé le 11 octobre 1938 avec diagnostic d'hémiplégie droite. C'est un grand et fort gaillard de 1 m. 85. Son hémiplégie est légère mais quand on l'interroge on voit les traits de son visage exprimer une immense détresse. Il parvient avec effort à pousser quelques grognements explosifs et inintelligibles, il serre et desserre ses énormes poings, une infinie tristesse passe dans ses yeux gris, ses larmes coulent à flot ; ce malheureux a une conscience presque entière de sa déchéance. Il comprend et exécute parfaitement les gestes qu'on lui demande de faire ; il répond avec exactitude en inclinant la tête et en disant un « oui, oui » explosif, ou en la secouant négativement. Si une réponse doit être plus compliquée il semble faire des efforts musculaires considérables de tout son corps pour émettre un ou deux sons. Il écrit sous la dictée et spontanément mais très lentement et très mal ; les lettres sont très déformées. En complétant l'examen on constate une certaine raideur des membres droits dont les réflexes sont un peu vifs ; le signe de Babinski est douteux ; les réflexes abdominaux et crémastériens existent, affaiblis, T. A. 17-11. Donc forme hémiplégique légère de ramollissement cérébral, avec aphasie motrice prédominante. (Localisation anatomique : carrefour de Wernicke... ?)

L'autohémothérapie est instituée dès son arrivée : 25 c. c. tous les jours pendant quatre jours, puis tous les deux jours. Dès la deuxième injection il pleure moins souvent et répète avec contentement quand on passe devant lui : « mieux, ça va mieux ». Son vocabulaire augmente assez rapidement. Il nous fait remarquer de lui-même que sa main droite lui obéit mieux et qu'il marche avec plus de facilité ; il dit que les piqûres sont douloureuses, mais il s'étonne des beaux résultats qu'il en retire ; il a conscience que ses camarades de salle ne le considèrent plus comme un pauvre déchet, ce dont il nous dira plus tard qu'il souffrait énormément. On ajoute au traitement 1 milligramme de strychnine, injection pratiquée en même temps que l'autohémothérapie sans que cela ajoute à l'amélioration. Les réflexes ne paraissent pas avoir été modifiés. La T. A. est à 13-10. Les progrès s'accentuent chaque jour comme on pourrait le voir par divers spécimens de son écriture ; le 14 novembre la T. A. est à 12-8.

Nous pouvons lui faire quitter les salles de traitement et le mettre avec les autres convalescents valides. Il peut alors nous raconter son histoire avec précision : en septembre 1937, devenu chômeur, il essaie de se débrouiller et fait des écritures dans un débit de tabac. Un soir, en rentrant chez lui, il se sent gêné dans sa marche, sa jambe droite est paresseuse ; son bras droit n'obéit que lentement, de plus son œil droit « voit trouble » ; quand il marche il a la sensation de traîner un boulet du côté droit ; il écrit difficilement, il a de la peine à trouver ses mots. Il traîne ainsi, allant de mal en pis, jusqu'en février 1938. Il s'alite enfin. Il est devenu aphasique. On le transporte à Lariboisière. Sa tension était alors de 35-15. Il reste quinze jours à l'hôpital où on le met au régime lacto-végétarien et on lui fait une série d'acécoline, sans autre résultat que de faire baisser un peu sa tension. On l'envoie quatre mois dans un hospice où on le met au même régime sans autre traitement. Retour à Lariboisière ; le Bordet-Wassermann, dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, pratiqué à ce moment, est négatif. C'est alors qu'on nous l'envoie à l'A. N. C.

Nous avons insisté sur cette observation parce que, dans ce cas, il s'agit bien de ramollissement cérébral et que l'autohémothérapie eut une action très nette contrairement à l'opinion des auteurs italiens qui écrivaient que l'inefficacité de ce traitement est un test diagnostic entre hémorragie et ramollissement cérébral.

D'ailleurs, les publications des auteurs italiens Colella et Pizzilo et surtout d'Artault de Vevey, ou sont antérieures aux travaux de Foix, ou n'en tiennent pas encore compte, travaux qui ont démontré le rôle du spasme vasculaire dans les ictus cérébraux et combien sont intriqués les cas limites d'hémorragie et de ramollissement. D'où cette différence dans les statistiques : alors que Colella et Pizzilo écrivent que dans les ictus deux tiers sont dus à l'hémorragie cérébrale et un tiers au ramollissement, Foix, dans une statistique portant sur 125 observations d'ictus cérébral constatés à l'autopsie, note 100 ramollissements et 25 hémorragies ; il est vrai que l'on peut penser que le ramollissement cérébral est l'aboutissement à plus ou moins longue échéance de toute hémorragie n'ayant pas été mortelle à son début.

Nous pourrions compléter ce paragraphe par plusieurs observations montrant l'amélioration évidente, indéniable, survenue à la suite du traitement auto-hémothérapique dans des cas déjà anciens de ramollissement ou de sclérose cérébrale — amélioration attestée, quelquefois, par les malades eux-mêmes dans des lettres qu'ils auraient été incapables d'écrire auparavant — nous nous contenterons de cette observation qui est une de nos dernières en date.

Observation n° 7. — Mme V..., 75 ans, pléthorique de forte corpulence (plus de 100 kgr.). T. 24-11, est prise dans les premiers jours de décembre 1938 de malaises divers : maux de tête, faiblesse, alternatives de rougeur et de pâleur de la face ; son médecin appelé, diagnostique « un début de congestion cérébrale » et institue un traitement par saignée, injection d'acécholine et de camphre soluble ; en janvier la malade rechute et présente bientôt du ramollissement cérébral ; confusion des idées et surtout émission involontaire des urines et des matiè-

res plusieurs fois par nuit, ce qui, en raison de la corpulence de la malade, n'est pas sans entraîner de graves ennuis à l'entourage. L'état ne s'améliorant pas, le médecin traitant, sur notre conseil, essaie l'auto-hémothérapie : il pratique sept injections dans le courant du mois de mars et avril 1939. Voici ce que nous écrit une fille de cette dame à la suite de ce traitement : « Je vous envoie ce mot pour vous tenir au courant du progrès qui s'est manifesté à la suite de votre traitement d'autohémothérapie sur ma mère qui avait perdu tout contrôle de sa personne à la suite de son fort ramollissement cérébral au point de s'oublier au lit quatre et six fois par nuit et cela pendant plus de deux mois, c'est-à-dire janvier, février et la moitié de mars. Je puis vous certifier qu'elle a retrouvé toutes ses sensibilités pour uriner et aller à la selle et depuis elle se remet petit à petit, mais fort bien. C'est un vrai miracle, car nous ne comptions pas la sauver en décembre pendant sa terrible crise. Enfin, grâce à votre traitement, ses 75 ans ont triomphé de cette mauvaise passe »...

***

Les résultats intéressants obtenus chez ces malades nous ont donné l'idée d'appliquer l'autohémothérapie à d'autres affections de l'encéphale n'ayant aucun rapport avec les ictus cérébraux. Ce sont ces observations que nous allons citer maintenant.

OBSERVATION n° 8. — Jac. L..., 45 ans, arrive le 25 novembre 1938 avec le diagnostic : séquelles d'hémiplégie gauche ; en réalité cet homme présente une sorte de torticolis très facilement réductible, ce qui est surprenant, car sa tête, quand on la laisse à elle-même, est tournée à gauche à l'extrême ; son bras gauche, par contre, présente une contracture spasmodique, la main demeurant en flexion forcée ; si on réduit cette attitude, elle se reproduit assez rapidement avec des mouvements athétosiques ; la parole est difficile mais il semble qu'elle soit uniquement gênée par la position anormale de la tête ; ces troubles sont apparus subitement en 1919, à leur maximum d'emblée, sans jamais présenter ni diminution, ni rémission, à la suite d'une sorte de syncope survenue après la mort subite d'un parent proche. Pas de signes organiques nets de lésions pyramidales ou extra-pyramidales. En somme, troubles psycho-moteurs : torticolis mental ou séquelles de névraxite épidémique datant de 1919.

Depuis cette date tous les traitements appliqués n'ont eu aucun résultat appréciable. Huit piqûres d'autohémo essayées à tout hasard l'ont grandement amélioré : la tête reste un peu de travers ; la main gauche est encore malhabile, mais ne demeure plus en flexion forcée. Evidemment résultat plus ou moins durable et peut-être dû à la suggession, bien que des traitements autrement suggestifs (haute fréquence, étincelage, etc.) n'aient été suivis d'aucun effet.

OBSERVATION n° 9. — B... O., 64 ans, vient de l'Hôtel-Dieu avec le diagnostic : « Hypertension artérielle », le 19 décembre 1938, après 51 jours d'hospitalisation ; il raconte qu'il a eu pendant la guerre, en septembre 1916, une commotion cérébrale violente : au cours d'un bombardement, il fut enseveli et ne fut dégagé que 17 heures après ; quinze jours d'ambulance et on l'envoie à Berck où il reste cinq mois, après quoi, il repart au front et termine la guerre tant bien que mal ; à la fin des hostilités il s'aperçoit qu'il présente une très légère trémulation de la main droite à laquelle il n'attache pas autrement d'importance et travaille comme porteur aux Halles ; cependant les efforts pénibles de son métier lui sont, dit-il, « une souffrance » ; il continuera cependant jusqu'en novembre 1935, date à laquelle il va consulter à l'Hôtel-Dieu où on l'hospitalise. On le traite sans grands résultats pour « asthénie, vertiges, rhumatismes » et « tremblement léger de la main droite ». Nous le voyons à l'A. N. C. à cette époque où on note sur sa fiche « céphalée occipitale tenace ; pas de Romberg, pas d'Argyll, T. A. 15-10 ». Par la suite il ne peut plus travailler régulièrement et se fait admettre dans les hôpitaux ou dans les centres d'hébergement ; son tremblement s'accentue ; en 1937 il entre de nouveau à l'hôpital où on lui fait huit à dix piqûres tous les deux jours dans son épaule gauche pour combattre des douleurs et on lui donne de l'aspirine. Comme il fait remarquer que son tremblement augmente de plus en plus, il entend dire : « rien à faire, c'est un sénile ». Il est envoyé à l'hôpital Raymond Poincaré à Garches d'où il sort sur sa demande au bout de trois mois ; il retourne à l'Hôtel-Dieu le 29 octobre 1938. Il est envoyé le 19 décembre à l'A. N. C. ; il présente à ce moment au membre supérieur droit un tremblement continu, permanent au repos comme en action, à oscillations rapides (4 par seconde) et d'amplitude assez grande (près de 10 centimètres) ; on ne peut maîtriser ce tremblement qui paraît plus accentué à l'index et au pouce et empêche le malade de porter les aliments à sa bouche à l'aide de sa main droite ; depuis trois ans cet ancien sergent-major ne peut plus écrire. Ses réflexes sont un peu vifs ; pas de Babinski ; il présente une raideur assez marquée de la nuque qui persiste, dit-il, depuis son ensevelissement ; il marche bien et facilement, mais son bras droit ne se balance pas ; lorsqu'il est assis sur une chaise, si l'on bascule celle-ci en arrière à l'improviste, sa jambe gauche seule se lève un peu : il n'a pas les réflexes d'équilibre ; il manque de tomber si on le pousse un peu en arrière. Notons encore une maladie de Dupuytren assez avancée, un arc sénile extrêmement net à son œil gauche alors que son œil droit n'en présente pas la moindre trace ; un rhumatisme tenace de l'épaule gauche ; pas d'Argyll, pas d'antécédents spécifiques ; Bordet-Wassermann négatif ; T. A. 17-10 ; courbe thermique désarticulée entre 38° et 37° ; l'évolution progressive des troubles, l'antécédent commotionnel, l'ensemble des symptômes que nous venons de décrire nous amènent à penser qu'il s'agit d'une forme localisée de Parkinson, peut-être dégénérative, peut-être encéphalitique.

Nous commençons le 3 janvier 1939 l'autohémo à raison de 20 c. c. tous les deux jours ; le 9 janvier la T. A. est de 16-9 1/2 ; le tremblement a presque disparu ; le malade peut écrire, *ce qu'il ne pouvait faire depuis trois ans*, l'écriture est tremblée mais très lisible. Nous cessons l'autohémo le 17 janvier après sept injections ; le tremblement a complètement disparu au repos, il reparaît parfois, fugace et léger, à l'occasion d'une émotion ou d'une longue fatigue ; l'écriture s'est encore améliorée ; la T. A. est tombée à 14-8 ; la courbe thermique s'est stabilisée autour de 37°.

OBSERVATION n° 10. — Gail... M., 36 ans, électricien, nous est envoyé par la Salpêtrière où il est resté 103 jours. C'est un homme jeune d'allure, bien découplé, l'air intelligent. Dès ses premiers mots on est frappé par la lenteur et la difficulté de sa parole un peu saccadée, un peu explosive. Ce n'est pas un inconnu à l'A. N. C. puisqu'il y vient pour la sixième fois.

En février 1936, il s'intoxique volontairement avec du gardénal. Il reste huit jours à Saint-Antoine où il est traité par la strychnine. Après quinze jours à l'A. N. C. ne présentant aucune séquelle il reprend son travail. En septembre 1936, il contracte une pneumonie pour laquelle il est hospitalisé à Tenon : température de plus de 41° pendant cinq jours ; puis défervescence brutale, débâcle urinaire. C'est à ce moment qu'apparaissent les premiers troubles nerveux : parole

lente et saccadée, impossibilité de siffler ou de chanter. Il n'est pas porté de diagnostic précis. Au bout de trois semaines il sort sur sa demande et part en convalescence à l'A. N. C. En septembre 1936 son état ne s'étant pas amélioré, il consulte un médecin qui lui injecte 100 c. c. d'un vaccin anti-pneumococcique en dix jours, sans résultat. Après quinze jours de repos on commence une nouvelle série de vaccin, vite interrompue par un « accident sérique assez grave ». Aux troubles de la parole s'ajoutent maintenant une certaine rigidité dans les mouvements ou plutôt un grand manque de souplesse, l'impossibilité de courir et une « appréhension exagérée du vide », symptômes pour lesquels il entre à la Salpêtrière en janvier 1937 : diagnostic striatite ; traitement : vin belladoné cinq mois ; datura : 0 gr. 10 par période de trois semaines avec repos d'un mois ; ionisation : 45 séances. La rigidité diminue à la suite de ce traitement mais les autres troubles persistent. Après un séjour à l'A. N. C., le malade part en convalescence en juillet-août 1937, au cours de laquelle il se fait une « foulure à la cheville » très longue à guérir, ce qui l'amène à consulter à Saint-Antoine en octobre 1937 où on l'hospitalise à nouveau. On pose le diagnostic de maladie de Parkinson ; traité par la génoscopolamine, la génatropine et 40 piqûres de bleu trypan « il n'y gagne qu'une belle coloration rose ». Envoyé à l'A. N. C. le 17 février 1938 pour se reposer, il retourne à Saint-Antoine le 4 mars où il est de nouveau traité sans résultat pendant quatre mois par du vin belladoné. Le 1er juillet 1938, de nouveau à la Salpêtrière, on pose cette fois le diagnostic de maladie de Wilson ; de nouveau vin belladoné pendant trois mois, puis envoi à l'A. N. C. le 11 octobre 1938.

A ce moment, sa parole est lente, scandée, oligotone ; son écriture est assez régulière, lisible, non tremblée ; il ne paraît pas atteint dans son intelligence ni dans sa mémoire ; il ne présente pas de paralysie, tout au plus pourrait-on noter sur son visage une certaine fixité ; pas de contracture. Au repos on constate un très léger tremblement de la main qui n'a aucune tendance à s'accentuer lors d'un mouvement volontaire ; pas de troubles à l'examen de la motricité des membres supérieurs, tout au plus une légère lenteur maladroite. Par contre, l'examen de ses membres inférieurs est plus intéressant : il ne peut marcher qu'à petits pas ; depuis deux ans et demi il est dans l'impossibilité de courir « même si un autobus arrive sur lui » dit-il ; il lui est difficile de faire rapidement demi-tour ; cependant il se tient relativement bien au garde-à-vous, même les yeux fermés ; mais il ne peut se maintenir sur un seul pied. Il présente très accentué le signe décrit par l'un de nous : l'impossibilité d'avancer le long d'une ligne droite les yeux ouverts et surtout les yeux fermés, en mettant le talon du pied antérieur contre la pointe de pied postérieur... il perd alors nettement l'équilibre. Dans le même ordre d'idées il nous déclare qu'il ne peut pas descendre un escalier sans se tenir à la rampe et ne peut plus se tenir à bicyclette ; il ne peut plus nager car, dit-il, « ses jambes ne sont pas d'accord avec ses bras » ; il a une appréhension du vide, sorte de vertige qui l'empêche absolument de monter plus de trois échelons d'une échelle ou de se tenir debout sur une chaise (il est électricien), et de l'agoraphobie. Il n'a pas perdu le moins du monde le sens stéréognostique, mais quand on recherche la dysmétrie on assiste pour l'une et l'autre jambe à un phénomène curieux : au commandement il parvient avec assez de rapidité et de précision, étant couché, à mettre son talon sur le genou de l'autre jambe mais il lui est impossible de l'y maintenir plus d'une seconde par suite de mouvements involontaires, incohérents, de planement et d'oscillations étendues de ce talon. Des deux côtés les réflexes rotuliens sont vifs, les achilléens faibles ; on trouve à gauche, mais d'une façon inconstante, une trépidation épileptoïde du pied ; pas de Babinski, réflexes abdominaux et crémastériens normaux ; réflexes pupillaires normaux, pas de nystagmus : pas de troubles trophiques. Les sensibilités superficielles et profondes sont conservées ; léger retard dans l'appréhension et dans la sensation. Les divers examens radiologiques, oculaires, auditifs, n'ont rien révélé d'anormal. Sept ponctions lombaires ont été faites et n'ont rien décelé de pathologique, plusieurs Bordet-Wassermann négatifs, bien que ce malade ait eu un chancre en 1917 pour lequel il a été traité immédiatement d'une façon énergique et prolongée. Marié depuis, il a une fille bien portante.

Le 25 novembre 1938, nous commençons le traitement d'autohémo et nous faisons sept piqûres, deux de 25 c. c. et cinq de 30 c. c. à deux jours d'intervalle l'une de l'autre. Dès le lendemain de la première, le malade, assez sceptique, a la surprise de parler plus facilement et plus vite. Après la deuxième piqûre il s'essaie à courir et est tout étonné d'y parvenir et de n'avoir aucune appréhension. Il peut maintenir son talon sur le genou opposé *sans que se reproduise le phénomène oscillatoire* dont nous avons parlé plus haut. Dans l'après-midi il réussit à faire le tour du bois en courant à bonne allure alors qu'il ne pouvait plus que marcher à petits pas. Après la septième injection, n'enregistrant plus d'amélioration, on cesse l'autohémothérapie. A ce moment, le malade peut descendre l'escalier sans rampe, se tenir sur un seul pied, monter debout sur une chaise, traverser une rue. Il se trouve lui-même si amélioré par cette cure qu'il qualifie de « miraculeuse » qu'il quitte l'A. N. C. au début de janvier 1939 pour essayer de travailler à nouveau à son métier d'électricien.

Nous le revoyons à l'A. N. C. le 13 février 1939 où il nous raconte les faits assez curieux survenus depuis son dernier départ : lui qui n'avait pas pu travailler depuis septembre 1936 a trouvé à se faire embaucher comme électricien. Après trois semaines de travail, les Assurances sociales le convoquent pour lui faire savoir qu'on lui supprime, maintenant qu'il peut travailler, sa pension d'invalidité pour son infirmité supérieure à 50 %. Gail... demande qu'on lui suspende cette pension mais qu'on ne la supprime pas, de façon à la lui rétablir si son état s'aggravait à nouveau. Les Assurances sociales l'adressent alors à un de leurs experts qui l'hospitalise à la Salpêtrière. Cet expert, qui avait soigné jadis Gail..., en le voyant arriver dans son service lui dit : « Eh bien, tu es guéri ! », mais a souri quand Gail... interrogé, dit que c'était à la suite de piqûres d'autohémo. Après sept jours d'hospitalisation on l'envoie à l'A. N. C. en prescrivant un traitement de muthanol, malgré la négativité de sept ponctions lombaires et de nombreux Wassermann. L'oisiveté lui pesant, nous autorisons Gail... à travailler bénévolement comme électricien, mais nous lui faisons une injection d'autohémothérapie par semaine — en plus du traitement Bi.

***

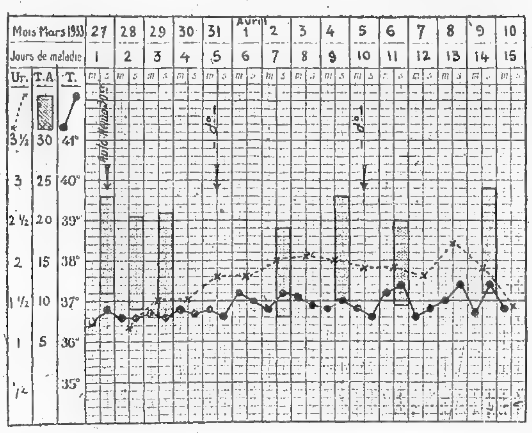
Nous pourrions rapporter d'autres observations où l'autohémothérapie nous a donné une amélioration dans des lésions cérébrales. Il est plus intéressant de signaler que, dans certains cas nous n'avons obtenu aucun résultat, par exemple dans deux maladies de Parkinson graves en période évolutive, ce qui ne nous a pas surpris étant donné l'étendue et la diffusion des lésions, et dans un syndrome de Weber dont voici l'observation :

OBSERVATION n° 11. — Mar..., 64 ans, arrive à l'A. N. C. le 14 décembre 1938, en convalescence de

pleurite sèche après vingt-huit jours d'hospitalisation. A l'auscultation quelques frottements, séquelles de sa pleurite, le cœur est bon, la T. A. est à 14 1/2-9 ; c'est déjà d'apparence presque un vieillard, mais il reprend rapidement de l'appétit et des forces et songe à retourner chez lui quand, brusquement, au petit déjeuner du matin, le 8 janvier 1939, un malaise le prend : « il a très mal derrière la tête », sa parole s'embarrasse et il tombe dans un demi-coma. Transporté dans les salles de traitement on voit se compléter un syndrome de Weber : hémiplégie gauche plus marquée au bras, paralysie faciale gauche et paralysie du moteur oculaire commun droit. Les réflexes sont très vifs. Il existe, à gauche, un Babinski très net. T. A. 17-10, température normale.

L'interne de garde pratique une injection de 20 centigrammes d'acécoline ; puis le lendemain, 9 janvier à la visite, nous prescrivons 25 c. c. d'autohémo, la T. A. est à 15-10 dans l'après-midi. Le 10, le malade semble aller un peu mieux. Il comprend et répond à peu près bien ; il peut, au commandement lever et maintenir son bras gauche à 30 centimètres au-dessus du lit, ouvrir et fermer la main gauche ; les réflexes sont toujours vifs, le Babinski persiste, de même que la paralysie du M. O. C. Mais aucune amélioration dans les jours qui suivent malgré l'injection quotidienne de 25c.c. d'autohémo pendant six jours. La température s'élève peu à peu de 37° à 38°5, le malade continue à perdre ses urines et ses matières. On le retourne à l'hôpital le 14 janvier 1939.

En somme, un résultat négatif que nous publions cependant, car il semble justifier et confirmer une hypothèse que nous invoquons volontiers pour expliquer l'action de l'autohémothérapie dans les ictus cérébraux et dans certaines lésions de l'encéphale, hypothèse que nous exposerons dans l'essai d'interprétation que nous donnons ci-dessous.



Graphique 1 — Observation n° 4

* * *

Dans nos recherches bibliographiques sur l'autohémothérapie, nous avons été très étonnés de constater, qu'en France du moins, les premiers essais de cette thérapeutique furent effectués par Sicard en 1912 pour le traitement de l'épilepsie. En effet, à la suite des travaux de l'auteur italien Paolo Pini (6) qui, dès 1902 avait traité cette affection par l'autosérothérapie, Sicard et Guttmann (7) essayèrent l'autohémothérapie (mais en injections sous-cutanées), sur trois épileptiques : ils obtinrent des résultats nuls, mais étudièrent les réactions sanguines ainsi provoquées. La pratique de l'autohémothérapie s'est ensuite répandue et généralisée : on l'a utilisée dans la furonculose (Nicolas) et diverses dermatoses ; dans le zona ; les états allergiques (Ravaut) : asthme, eczéma, prurit ; et même dans les dysenteries (Bensaude), etc... Il est bien évident qu'un procédé thérapeutique, employé souvent avec succès dans des affections si diverses, doit avoir un mode d'action complexe, ce qui n'a rien d'étonnant étant donné que l'on soutire et injecte un produit liquide vivant. Les causes invoquées pour justifier et expliquer cette action sont diverses et multiples : les modifications que subissent dans la seringue les albumines du sang exposées à l'air, il se formerait des hétéroalbumines de même groupe qui, injectées, provoqueraient un léger état de choc ; — la production de substances protidiques dans les muscles distendus et dilacérés par l'injection (Nicolas) ; — le renforcement des moyens de défense de l'organisme par l'augmentation des anticorps ou du pouvoir « de fixation du système réticulo-endothélial »...

Dans les ictus cérébraux, les auteurs italiens, pensant que l'autohémo agissait par la résorption du foyer hémorragique, ont recherché s'il n'y avait pas augmentation du pouvoir hémolytique du sérum : ils ont noté cette augmentation ainsi d'ailleurs que l'accroissement des agglutinines, résultats assez contradictoires que l'on retrouve d'ailleurs dans l'action de l'hirudine.

Pour notre part, nous avons constaté l'action de l'autohémothérapie sur l'hypertension paroxystique ou permanente et sur la diurèse : dans l'hypertension, on constate très nettement, après l'injection du sang, une diminution de la maxima et de la minima qui persiste quelques jours ; pour la diurèse, il y a souvent une augmentation assez impressionnante. Les graphiques ci-joints montrent bien l'une et l'autre action : nous avons choisi des cas où l'on ne pouvait invoquer pour expliquer cette action ni le régime, ni la nature de la maladie : cardiopathie, brightisme.

L'autohémothérapie a certainement une action sur le spasme vasculaire cérébral. — Mais toutes ces raisons qui sont peut-être valables en totalité ou partie, n'expliquent pas à elles seules l'action de l'autohémo dans les observations que nous avons citées. N'invoquons pas la suggestion : tous nos malades avaient déjà

reçu des traitements autrement suggestifs que l'autohémo.

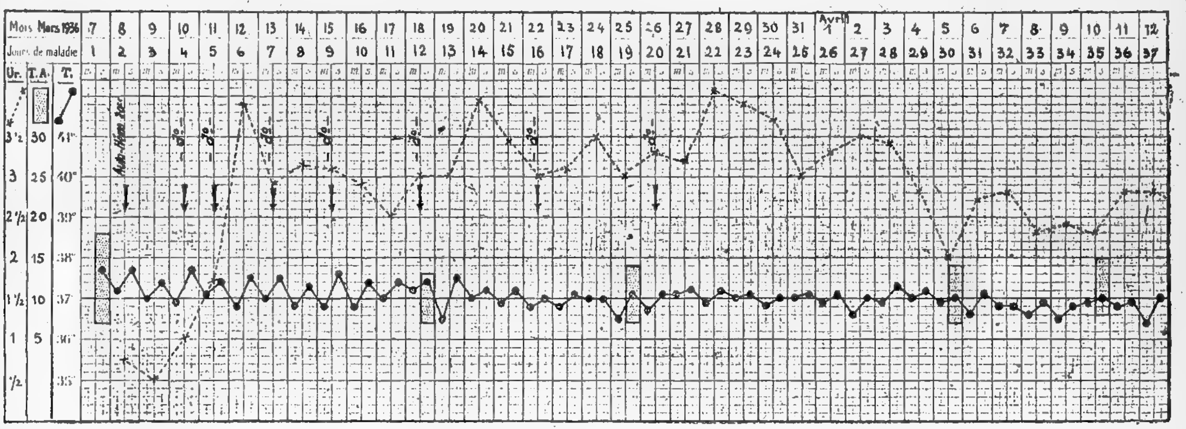
A notre point de vue, il y a une action beaucoup plus complexe : tout se passe comme si l'autohémothérapie établissait de nouvelles connections nerveuses ou tout au moins rendait possible la dérivation, « l'aiguillage » de l'influx nerveux sur d'autres voies (1).

Ainsi s'expliqueraient d'une part, les bons résultats obtenus dans des lésions localisées et situées dans des régions complexes de relais comme les corps opto-striés, et, d'autre part, les échecs dans des lésions diffuses, trop étendues — ou comme dans l'observations n° 10 du syndrome de Weber, bien localisées, mais siégeant dans une région simple, par exemple une région de fibres nerveuses parallèles en faisceau, sans anastomose, et sans dérivation possibles, telle que le pédoncule cérébral.

***

Il est inutile d'insister sur la manière de pratiquer l'autohémothérapie qui est devenue d'un usage courant : seringues en verre de 30 c.c., deux aiguilles en nickel ou en acier inoxydable, de 8 à 10/10e de millimètre et de 2 à 2 cm. 1/2 pour la ponction veineuse ; de 7 à 8/10e de millimètre et de 5 à 6 cm. pour l'injection intra-musculaire. La prise de sang est faite où l'on peut, de préférence dans la veinedu pli du coude, l'injection se fait dans les muscles de la fesse à la région d'élection, quadrant supéro-externe. Il est préférable de faire ponction et injection du côté sain, non paralysé ou ne présentant pas de tremblement : raison de commodité d'abord, et peut-être d'activité plus grande.

Il n'est pas indispensable d'avoir à sa disposition, une solution de citrate de soude pour empêcher la coagulation dans la seringue ou les aiguilles : il nous est arrivé de pratiquer maintes autohémo sans cette précaution ; il suffit d'aller vite ou encore d'enfoncer l'aiguille intra-musculaire avant de faire la ponction veineuse. Cependant, il est préférable, si on en a la possibilité, après l'ébullition ou la stérilisation de la seringue et de ses aiguilles, de les rincer plusieurs fois avec le contenu d'une ampoule de 5 c. c. de citrate de



Graphique n° 2

soude à 10 ou 20 % ; il serait utile d'avoir une de ces ampoules dans sa trousse d'urgence ; on peut encore jeter dans l'eau d'ébullition quelques comprimés de citrate de soude (il en existe en spécialité ou en vrac) ; l'huile de paraffine peut aussi être utilisée comme le citrate en rinçage de la seringue et des aiguilles. Les seringues en Pyrex auraient aussi une action moins coagulante sur le sang. Enfin, si on le désire, il est facile d'injecter en même temps que le sang, et dans la même seringue, d'autres substances médicamenteuses, par exemple, une solution d'aminophylline ou de spartéine pour soutenir un cœur défaillant, ou encore de strychnine ou d'acécoline dans les cas de ramollissement cérébral.

Les injections d'autohémothérapie qui seront de 20 à 30 c. c. peuvent être répétées dans les cas graves ou récents tous les jours, puis tous les deux jours, et, dans les cas anciens tous les deux à trois jours. Nous n'avons noté aucun incident d'aucune sorte, sauf cependant, chose curieuse, deux cas de prurit urticarien ; on pourra faire une série

(1) Récemment à la *Société de Biologie* (17 décembre 1938), R. Cachera a montré qu'à la suite d'embolies cérébrales, provoquées expérimentalement, on pouvait souvent constater des anastomoses vasculaires cérébrales ; ce qui est possible pour des vaisseaux sanguins peut l'être pour des fibres nerveuses.

de 8 à 10, mais si après la cinquième ou la sixième il n'y a pas d'amélioration constatée, il est inutile d'insister.

***

En conclusion :

L'autohémothérapie a une action certaine dans les ictus cérébraux qu'il s'agisse d'hémorragie ou de ramollissement. Cette action est plus ou moins manifeste selon l'importance et la localisation de l'hémorragie ou du foyer de ramollissement. Il y a évidemment des cas où toute thérapeutique est condamnée d'avance ; par contre, dans la plupart des ictus, souvent dus à une crise d'hypertension paroxystique ou à un spasme vasculaire, on pourra assister à une véritable résurrection. Dans tous les cas, cette thérapeutique, à la portée de tous les médecins praticiens, — justification de l'application ancienne et empirique de sangsues derrière les mastoïdes est inoffensive et donne du secours dans une affection où l'on est particulièrement démuni ; elle doit se substituer comme réflexe thérapeutique à la saignée, arme à deux tranchants, qui doit être réservée à certains cas bien déterminés, par exemple : l'hypertension cérébrale chez un brightique.

Bien entendu, l'autohémothérapie n'est exclusive d'aucun autre traitement qui serait spécialement indiqué : il est évident que lorsque le syndrome « ictus » n'est qu'un épiphénomène, un accident ou une complication, au cours de graves lésions organiques : néphrite chronique, endocardites infectieuses, cardiopathies avancées, tumeurs cérébrales, méningites, etc. de même dans les ictus chez les sujets jeunes suspects de syphilis, l'autohémothérapie doit être complétée par un autre traitement adéquat ; il est souvent utile aussi, dans les autres cas, de lui adjoindre des injections cardiotoniques.

L'action de l'autohémothérapie est complexe et indéterminée. Nous avons noté pour notre part, sans y attacher d'ailleurs une importance spéciale, qu'elle avait une action nette sur l'hypertension qu'elle abaisse, cette action se continuant quelques jours, et sur la diurèse qu'elle augmente d'une façon impressionnante parfois.

L'autohémothérapie doit être essayée dans les séquelles de lésions cérébrales plus ou moins bien définies, dans ces désordres de l'encéphale rebelles à toute thérapeutique où l'on ne risque que d'assister à une amélioration qui peut paraître paradoxale.

RENVOIS ET BIBLIOGRAPHIE

(1) R. Colella et G. Pizzillo. Un nouveau traitement de l'hémorragie cérébrale. (*La Presse médicale*, nº 29, 10 vril 1935. — R. Colella et G. Pizzillo. Una nuova cura dell'émorragia cérébrale et dei suoi effetti (nota préventiva). (*Rassegna interna di clin. e terap.*, 15, 386-393, 15 avril 1934 ; *Minerva méd.*, 2, 169-173 4 août 1934. — R. Colella et G. Pizzillo. Un nuevo, tratamiento de la hémorragia cérébral sus effectos (nota préventiva). *Méd. Argent.* 14, 1-5, janvier 1935. — R. Colella et G. Pizzillo. Una nuova dell' émorragia cérébrale e dei suoi effetti. nota préventiva). (*Riv. di pat. nerv.*, 45, 116-127, janvier-février 1935). — R. Colella et G. Pizzillo. Ein neue behandlung der gehirnblutung und ihrer folgen. (*Etschr. f. d. ges. neurol. u psychiat.*, 152, 337-344, 1935, et *Wien méd. Wchnschr.*, 85, 341-344, 23 mars 1935).

(2) Artault de Vevey. Les injections intra-musculaires autohémothérapiques sont hémostatiques : leur curieuse action dans l'hémorragie cérébrale. (Société de thérapeutique, séance du 11 décembre 1929).

(3) Artault de Vevey. Action hémostatique de l'autohémotothérapie. (*Rev. de Psychothérapie*, avril 1930, p. 90). — Artault de Vevey. A propos du traitement des hémorragies cérébrales par l'autohémothérapie. (*Revue de Vulgarisation des Sciences médicales*, juillet 1931 et juillet 1935).

(4) S. Artault de Vevey. A propos de l'action de l'autohémothérapie dans le traitement des apoplexies et des paralysies. (*La Presse médicale*, 10 juillet 1935, nº 35).

(5) Paul Savy. Traité de thérapeutique clinique, T. II, pp. 1894-1895.

(6) P. Pini. L'épilessia. Etiologica, patogenesi, cura, 1902.

(7) Sicard et Guttmann. Autohémothérapie ; étude des réactions hémolytiques, Paris 1912. (Analysé dans la *Revue de Neurologie*.)

A TITRE DOCUMENTAIRE

N. Ronco. Autohémotherapy in cerebral apoplexy. (*Terapia*, 24, 335-337, novembre 1934.)

G. Rabboni et S.-E. Gurrieri. Sul meccanismo di azione dell' autoémotérapia nell' émorragia cérébrale. (*Policlinico sez méd.*), 42, 153-158, mars 1935.)

Marcello Licchesi. Ictus cerebral e seu tratamento pela autohemoterapia (*Medicina cirurgia, pharmacia*, 29 agosto 1938.)

V. Longo. Azione ipotensiva dell' autoemoterapia Rassegna sintetico critica. (*Clin. méd. Ital.*, 68, 825-866, décembre 1937.)

LE PROBLÈME ACTUEL DE LA CUTI-RÉACTION TUBERCULINIQUE

J'ai présenté en mars dernier à la Société médicale des Praticiens, l'esquisse d'un problème qui s'est imposé à mon esprit sur la constance la spécificité et l'innocuité de la cuti-réaction tuberculinique.

Nul n'ignore les communications assez nombreuses parues depuis une année sur l'*inconstance et l'irrégularité de la cuti-réaction tuberculinique.*

Quant à sa *spécificité*, elle présente une fêlure appréciable depuis que le Professeur Bordet a constaté qu'un organisme tuberculeux réagit indifféremment et de même façon à la tuberculine et aux extraits colibacillaires.

De plus, il est possible qu'une *première cuti négative sensibilise l'organisme* et prépare une deuxième cuti positive sans raison biologique. Qu'on se reporte, par une analogie qui n'a rien d'abusif, à la communication du Professeur Sergent à l'Académie de médecine, le 7 février dernier sur une intradermo-réaction de Casoni négative, suivie quelques jours après, d'une positive non justifiée par la réalité.

Enfin *est-elle inoffensive* ? A cette question, il y a unanimité pour répondre que la cuti-réaction tuberculinique ne donne jamais d'accidents et que c'est une petite opération insignifiante. Seulement le problème n'est pas là.

Celui que je soulève est la *possibilité d'une réactivation* dans les mois qui suivent, de *tuberculoses éteintes avec santé parfaite*, ainsi que de la *sensibilisation au bacille de Koch d'organismes vierges*. Le problème est d'importance, *bien qu'il n'ait jusqu'ici jamais été posé.*

Une observation de tuberculose expérimentale chez le cheval, communiquée le 17 janvier dernier à l'Académie de médecine par Gabriel Petit et Kioury, contient le passage suivant : « Au 60e « jour, il est constaté un foyer compact à la base « droite, avec jetage muco-purulent riche en « bacilles de Koch. *Un peu plus tard, une cuti-« réaction fortement positive déclencha une vio-« lente réaction générale et locale.* »

Cet unique fait prouve que la cuti-réaction tuberculinique peut avoir une action activante sur les lésions tuberculeuses. Et il ne suffit pas de dire que c'est une exception qui confirme la règle, cette formule ne pouvant avoir la moindre prétention logique ni scientifique.

Biologiquement, *la tuberculine est une toxine sensibilisante dont l'activité agressive sur nos cellules prépare leur colonisation par le bacille de Koch.* Si cette toxine était détruite avant toute lésion cellulaire, le bacille de Koch serait un saprophyte inoffensif.

Considérant que la cuti positive signifie sensibilité à la tuberculine, les trois questions suivantes auraient dû se poser depuis longtemps :

1° *La cuti-réaction tuberculinique peut-elle augmenter la sensibilité dont témoigne une réaction positive ?*

2° *Qu'est-ce qui permet de penser que l'organisme ne fera pas bientôt la preuve d'une vulnérabilité provoquée par la cuti-réaction tuberculinique ?*

3° *Ne peut-elle déclencher une évolution active partant de lésions jusqu'alors tout à fait inactives ?*

L'emploi de la tuberculine en thérapeutique n'est pas une objection valable. De même, que dans les troubles anaphylactiques, le produit nocif s'emploie pour désensibiliser l'organisme, l'usage de la tuberculine se justifie théoriquement pour les mêmes raisons, sans que ce puisse être un démenti de sa qualité sensibilisatrice première.

Ces problèmes ont donc le droit d'être posés et résolus, autrement que par un haussement d'épaules.

Si personne jusqu'ici n'y a songé, c'est que les dogmes officiels ne le permettaient pas. L'hypothèse consacrée que la cuti-positive est un témoignage d'allergie, c'est-à-dire de défense effective contre le bacille de Koch, ne permettait pas de supposer qu'elle puisse offrir des dangers. Jamais le fait de bacilloses débutant dans les mois qui suivent, n'a éveillé la moindre crainte, le moindre soupçon. Cela semblait la chose du monde la plus naturelle, et l'on se félicitait d'être ainsi mis à même de vérifier des débuts de tuberculose évolutive.

Jamais les travaux concernant l'anaphylaxie n'ont amené un phtisiologue à saisir l'analogie et soupçonner que la cuti puisse être sensibilisante, capable de réveiller des lésions latentes, capable de rendre les organismes vierges vulnérables.

Cela tient aussi à ce que beaucoup de terrains humains se défendent bien contre la sensibilisation et l'infection, notamment entre les âges de 5 et 15 ans. Par suite, le nombre des cas évoluant après la cuti-réaction tuberculinique n'était pas assez important pour éveiller l'attention, surtout chez des observateurs qui avaient, *a priori*, une conviction inverse.

On s'est d'ailleurs, pour les mêmes raisons dogmatiques, abusé sur les services que rendrait la cuti-réaction tuberculinique. Ce qui compte positivement, c'est l'*examen clinique aidé de la radio, et la surveillance ultérieure.* Car *cuti positive ou négative, il faut tout surveiller, radioscoper, exa-*

miner, les uns parce qu'ils sont imprégnés du bacille de Koch, les autres parce que, n'ayant pas d'allergie, ils sont exposés aux conséquences redoutables de la primo-infection (dogme officiel).

Alors à quoi sert la cuti ? Puisque, seules, la clinique, la radio et la surveillance donnent des bases positives d'observations, d'études et de thérapeutique.

Maintenant, pour finir cet exposé, je rapporte textuellement trois séries de faits puisés dans un article de la *Presse Médicale*, n° 47, signé E. Arnould, « Le début de la tuberculose chez l'adulte », d'après les travaux du Professeur Bræuning, de Stettin, et ceux de Malmros et Hedwall, de l'Université de Lund :

1° Les recherches de Bræuning ont porté sur une série d'*adultes, à cuti positive*, depuis un temps indéterminé, *en bonne santé*, avec *radiographie normale*, chez qui, dans le cours de l'année suivante, une seconde radiographie montra des modifications pathologiques.

2° Des auteurs suédois : 47 étudiants ou infirmières, âgés la plupart de 21 à 22 ans, chez qui une injection intra-cutanée de 1 milligramme de tuberculine donna une *cuti négative avec radiographie normale*, ont présenté, après un intervalle de 4 à 10 mois, une *cuti positive* et des *manifestations tuberculeuses*, soit *extra-pulmonaires*, soit *pulmonaires*, précisées par radiographies.

3° Des mêmes auteurs, 43 étudiants ou infirmières en *état d'allergie*, depuis un temps indéterminé, avec *radiographie normale*, ont montré à une seconde radio prise 9 et 12 mois après environ, *des modifications pathologiques*.

Donc, dans tous les cas, l'imprégnation par la tuberculine, positive ou négative, a été suivie, 4 à 12 mois après en général, d'évolution tuberculeuse chez des jeunes gens et des adultes jusqu'alors en parfaite santé.

Comment pourrait-on affirmer que ces tuberculoses débutantes ont été l'œuvre du hasard seul, et que l'imprégnation tuberculinique n'y est pour rien ? La question ne saurait être tranchée que par des études et observations réitérées, la surveillance clinique et radiologique de catégories de sujets indemnes de toute cuti-réaction tuberculinique permettant la comparaison avec d'autres séries, soumises précédemment à la cuti-réaction tuberculinique, *cette comparaison étant seule capable de résoudre la question*.

En passant, il faut noter que :

1° Ces cutis n'ont été d'aucune utilité ; leur discordance le prouve. Seuls l'examen clinique et la radio ont été une base et un repère solide ;

2° Il y a là un démenti formel à la prétendue puissance immunisante de l'allergie. Car c'est le groupe à cuti négative qui a présenté la meilleure défense, la moitié ayant eu des tuberculoses locales, tandis que les allergiques ont tous fait des lésions pulmonaires.

Ces faits confirment mes travaux antérieurs « L'allergie devant la statistique » de 1929 et « Sensibilisation, paradoxe de l'immunité » d'octobre 1937, et donnent un démenti absolu aux dogmes officiels.

Conclusion. — La cuti-réaction tuberculinique n'étant ni spécifique, ni constante, ni certainement inoffensive, demande une nouvelle étude impartiale et objective. D'ailleurs, son emploi étant sans utilité réelle, ne saurait être rendu obligatoire.

Dani HERVOUET.

LES HÉMORRAGIES RETARDÉES DANS LES RUPTURES DE LA RATE

Un sujet fait une chute ou est victime d'un traumatisme intéressant la région de l'hypochondre gauche. Après différents troubles d'acuité variable, tout se calme, le blessé reprend même parfois ses occupations. Quelques jours plus tard, se montrent des symptômes graves d'hémorragie interne, des indices locaux qui conduisent à penser à une rupture de la rate, que confirme l'intervention chirurgicale. La période silencieuse est l'*intervalle libre* (Charles Cachin), quelquefois rencontré dans les contusions de la rate et utile à connaître.

M. Jean Quénu est revenu dernièrement sur cette question à propos d'une nouvelle observation de M. Delannoy (de Lille) rapportée à l'Académie de chirurgie.

Les hémorragies retardées dans les ruptures traumatiques de la rate paraissent relever de trois causes : l'hématome sous-capsulaire extériorisé après éclatement ultérieur de la capsule, l'hématome intra-splénique suivi de rupture secondaire vraie de la rate, l'hématome périsplénique bloqué par des adhérences ou par un tamponnement favorisé par les conditions anatomiques de la loge splénique.

Quoiqu'il en soit, remarque M. Quénu, on doit répandre la notion que la rate est un organe fragile, que sa rupture peut entraîner la mort par hémorragie interne, parfois après une intervalle libre de plusieurs jours et qu'il est bon dès lors de soumettre les traumatismes de l'hypochondre gauche à une observation prolongée. L'intervalle libre, d'ailleurs, s'il ne comporte pas de grand symptôme, offre assez généralement des petits signes ou troubles symptomatiques divers susceptibles d'appeler l'attention du clinicien.

P. LACROIX.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

L'exploration vestibulaire chez les vertigineux

C'est fréquemment, écrit le Docteur Guy ARNAUD, que le médecin est consulté par des malades présentant des vertiges, les affections susceptibles de provoquer le déséquilibre étant nombreuses, même si l'on ne considère que celles qui provoquent des vertiges vrais, c'est-à-dire une sensation erronée de déplacements des objets qui entourent le sujet qui en est atteint, ou le déplacement du sujet par rapport à ces objets.

Cette définition élimine les nombreux syndromes qui ne s'accompagnent pas de la notion de déplacement mais qui se rapprochent du vertige par des manifestations subjectives analogues (angoisse, nausée, lipothymie).

Les modalités cliniques des vertiges sont très diverses ; il s'agit ou du vertige de Ménière type, ou de syndromes ménieriformes, ou au contraire, de petits accès soit d'apparition nouvelle soit greffés sur un état vertigineux ancien.

Après s'être assuré par l'interrogatoire qu'on est bien en présence de vertige vrai, il faut avant tout rechercher s'il existe une otopathie. Si l'oreille ne suppure pas, on doit rechercher par l'examen local, les examens complémentaires, l'anamnèse, s'il n'existe pas une otopathie non suppurative (corps étranger de l'oreille ; otite sèche ; oto-spongiose ; troubles vasculaires, angioneurotiques ; syphilis, etc.) L'examen général systématique orientera le diagnostic soit vers le système nerveux central (tumeurs, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, syringomyélie, etc.) ; soit vers certaines infections, intoxications ou affections locales (dentaires, rénales, digestives, etc.).

Si, au contraire, l'oreille suppure, il y a bien des chances que ce soit là qu'il faille rechercher l'origine des vertiges ; il s'agit soit de labyrinthites, aiguës ou chroniques, soit d'abcès du cervelet.

Les épreuves vestibulaires sont de deux ordres : celles qui permettent de mettre en évidence des troubles de l'appareil statique, et celles qui mettent en évidence des troubles de l'appareil dynamique. Bien entendu, ces épreuves vestibulaires doivent toujours être accompagnées d'un examen complet de la fonction cochléaire par l'étude de l'audition, et d'un examen général minutieux : tension artérielle, ponction lombaire, système nerveux central, etc.

Les épreuves statiques sont l'épreuve de Romberg, l'épreuve de la « marche » et celle de l' « indication ». Les épreuves dynamiques comprennent : l'épreuve pneumatique, l'épreuve des mouvements de la tête, l'épreuve calorique, l'épreuve rotatoire et l'épreuve galvanique.

L'interprétation des résultats que donnent toutes ces épreuves n'est pas toujours aisée ; aussi quelques notions générales doivent-elles être retenues pour éviter de tomber dans l'erreur ; 1° Une anomalie constatée dans l'exploration d'un labyrinthe n'a pas de valeur absolue, mais n'a de valeur que par rapport au labyrinthe opposé ; 2° l'état d'hyperexcitabilité du labyrinthe ne doit être admis qu'avec réserve ; il existe quantité de sujets « nerveux », de névrosés, de malades atteints de lésions organiques du système nerveux, qui présentent une hyperexcitabilité vestibulaire sans qu'il y ait la moindre lésion labyrinthique ; 3° il existe souvent une « dissociation », une « discordance » entre les résultats des épreuves. Elles sont dues, sans doute, au fait que les diverses excitations n'atteignent pas les mêmes terminaisons nerveuses et qu'il existe des affections partielles du labyrinthe. (*Le Bulletin Médical*, 6 mai 1939.)

La ponction lombaire dans les manifestations délirantes de la fièvre typhoïde, son intérêt thérapeutique

Il y a quelques années déjà l'attention avait été attirée sur l'origine encéphalitique, dans un certain nombre de cas, des troubles observés. Il s'agissait d'encéphalite à manifestations souvent larvées du reste, puisque seule la ponction de Quincke et l'examen du liquide céphalo-rachidien apportaient quelques données précises : lymphocytose plus ou moins accentuée, avec conservation ou même élévation du taux du sucre. Mais, à côté de cet intérêt diagnostique, MM. CHALIER, L. REVOL et J. VIALLIER ont pensé que la ponction lombaire possédait contre ces manifestations délirantes de la fièvre typhoïde

un rôle thérapeutique non négligeable. Ils rapportent quelques observations concluantes à cet égard.

Les faits, disent-ils, démontrent donc la valeur de la ponction lombaire en pareil cas. Il serait vain de ne lui accorder que des succès. Parfois, elle n'a aucune efficacité ; parfois aussi ses bienfaits sont passagers. Dans certains cas la réapparition des troubles à maintes reprises entraîne à pratiquer plusieurs ponctions, chacune étant suivie d'un effet heureux jusqu'à la sédation définitive. Mais le plus souvent, elle apaise ou même fait disparaître d'une manière probante les désordres nerveux ; on est donc en droit de conseiller son emploi.

Au total, la ponction lombaire constitue l'un des moyens les plus efficaces pour lutter contre les désordres nerveux de la typhoïde ; elle ne doit cependant pas supplanter la méthode réfrigérante (bains, glace sur la tête) ; pour le moins, elle a autant de valeur ; les deux méthodes ne s'excluent nullement, elles doivent être associées. Même quand la maladie doit se terminer par la mort, il n'est pas inutile d'atténuer ou de supprimer les symptômes, qui ont un effet déprimant sur un entourage, dont ils augmentent l'angoisse. (*Lyon Médical*, 7 mai 1939.)

Rhumatisme gonococcique et traumatisme

Le Prof. M. Perrin et P. Louyot ont pu constater que quatre malades ont été victimes d'un rhumatisme chronique d'emblée ou d'une arthrite subaiguë polyarticulaire, ou d'une spondylose rhizomélique, conditionnés par deux facteurs déterminants indéniables, l'infection gonococcique et le traumatisme suivant deux modalités :

1° Ou bien le traumatisme a fragilisé une ou plusieurs articulations, sur lesquelles les manifestations rhumatismales ne sont survenues que très tardivement, seulement à la faveur d'une gonococcie apparue dans un second temps.

2° Ou bien l'infection gonococcique a été la première en date, guérie en apparence, ne manifestant ses propriétés arthrophiles qu'à l'occasion d'un traumatisme fragilisant, semblant guetter ainsi une proie toute préparée.

Il est inutile d'insister sur la façon dont on doit juger le rôle du gonocoque, même lorsque l'organisme paraît en être débarrassé cliniquement. Le rapport très documenté de MM. Gougerot, Coste et Durel fait le point de nos connaissances actuelles sur la question ; comme ils le constatent eux-mêmes, il faut souligner le fait que tous les blennorragiques ne sont pas frappés de rhumatisme aigu ou chronique et l'on est tenté de rechercher les facteurs prédisposant capables de préparer les voies au gonocoques Les quelques documents rapportés montrent d'une façon nette comment le gonocoque ne s'est attaqué, dans ces cas particuliers, qu'aux articulations fragilisées par un traumatisme violent ou des microtraumatismes constamment répétés. (*Revue du Rhumatisme*, décembre 1938.)

Troubles du rythme et des tracés électriques du cœur

Le Docteur Lenègre les envisage au cours de la poussée aiguë du rhumatisme articulaire. En conclusion, dit-il, cette poussée aiguë est susceptible de réaliser tous les troubles du rythme ou de l'électro-cardiographie. Leur étude séméiologique conduit à individualiser une variété spéciale, arythmique, de la myocardite rhumatismale, tantôt isolée, tantôt associée à d'autres symptômes classiques de cardite aiguë.

L'analyse des tracés électriques permet davantage encore : 1° elle fournit, dans près de la moitié des cas de maladie de Bouillaud, un critère objectif (allongement de l'espace auriculo-ventriculaire PR) du diagnostic parfois si difficile de rhumatisme articulaire aigu ; 2° elle témoigne de l'atteinte myocardique et autorise dans une certaine mesure à localiser l'atteinte rhumatismale sur tel ou tel point du cœur : myocardite auriculaire traduite par des troubles du rythme sinusal, par des phénomènes de bloc ou d'atypie auriculaire, par les extrasystoles, le flutter ou la fibrillation auriculaires ; myocardite septale, ou septite rhumatismale frappant tantôt la partie supérieure de la cloison inter-auriculo-ventriculaire (allongement de PR, dissociations auriculo-ventriculaires de type classique, rythmes juxtanodaux), tantôt la partie moyenne ou basse interventriculaire (quelques dissociations auriculo-ventriculaires avec bradycardie accentuée, atypies ventriculaires, et en particulier images dites de bloc de branches, extrasystoles ventriculaires). Assez souvent d'ailleurs les anomalies électriques sont complexes et plaident en faveur d'une septite diffuse ou de lésions du myocarde auriculo-ventriculaire non différencié.

Du point de vue thérapeutique, l'auteur a été souvent frappé par l'action remarquable du salicylate de soude sur les troubles du rythme, et spécialement sur les dissociations auriculo-ventriculaires. Mais ce n'est pas là une règle formelle, et il a observé des échecs complets. A ce traitement dit étiologique il convient parfois d'associer une thérapeutique symptomatique. Dans le cas de phénomènes d'inhibition, la digitaline et l'ouabaïne sont spécialement contre-indiquées. Dans l'éventualité de troubles par hyperexcitabilité, la quinine, le sulfate de quinidine, l'ouabaïne même peuvent être essayés à doses prudentes et fractionnées. Rappelons que la compression des globes oculaires suffit parfois à arrêter une crise de tachycardie. (*Paris Médical*, 6 mai 1939.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Pénétration du virus amaril neurotrope par voie cutanée

(MM. PELTIER, DURIEUX, JONCHÈRE et ARQUIÉ. — Présentation par M. PASTEUR VALLÉRY-RADOT ; 9-5-1939.)

MM. Peltier, Durieux, Jonchère et Arquié, dans le but de simplifier la vaccination anti-amarile par le vaccin de Laigret, ont recherché s'il pouvait y avoir une pénétration du virus amaril neurotrope par voie cutanée. Ils ont constaté effectivement que ce virus possède la propriété de traverser la peau à la faveur de scarifications légères, de se développer alors dans l'organisme et de provoquer l'immunité dans les mêmes conditions qu'après inoculation sous-cutanée.

Si au vaccin de Laigret, on ajoute du vaccin antivariolique, il devient possible, par simples scarifications cutanées, d'obtenir une double immunité, contre la fièvre jaune et la variole.

Les auteurs ont vacciné ainsi 741 personnes. Dans 90 % des cas, l'immunité anti-amarile a été obtenue.

Envahissement des milieux de l'œil par les microbes d'infection agonique et cadavérique

(MM. P. REMLINGER et J. BAILLY ; 23-5-1939)

Chez les animaux comme chez l'homme — le cadavre, abandonné aux lois physiques, subissant une évaporation que rien ne vient plus compenser — la mort est rapidement suivie de phénomènes oculaires : l'œil perd son éclat, la cornée sa transparence, le globe oculaire sa tonicité, etc... Parfois, ces manifestations débutent dès la période agonique. Elles sont particulièrement nettes chez certaines espèces animales, les poissons par exemple.

Dans ces conditions, il n'est pas surprenant que dès la mort les milieux de l'œil soient envahis, comme d'autres organes, par des microbes d'infection agonique et cadavérique. MM. Remlinger et Bailly ont fait quelques recherches sur cette question. Ayant ensemencé des liquides prélevés aseptiquement dans les milieux de l'œil, chez des animaux de laboratoire au moment de la mort, ils ont obtenu des cultures microbiennes diverses, en particulier des staphylocoques et du bacterium coli. Mais l'envahissement du globe oculaire par ces bactéries est-il assimilable au mécanisme d'envahissement des viscères abdominaux et thoraciques (origine intestinale, diffusion par voie sanguine : Achard et Phulpin) ? M. Remlinger ne le croit pas. Il pense plutôt à un point de départ dans les fosses nasales avec propagation au travers de la lame criblée de l'ethmoïde.

Les lésions des parathyroïdes dans la tuberculose de l'adulte

(MM. CARRIÈRE et VERHAEGHE, de Lille. Présentation par M. BEZANÇON ; 23-5-1939)

Sur soixante autopsies effectuées chez des tuberculeux, les auteurs n'ont rencontré que dans trois cas des lésions des parathyroïdes. Ils n'ont jamais observé de manifestations cliniques d'insuffisance parathyroïdienne.

Les vaccinations anti-diphtériques en Pologne

(M. HIRSZFELD, de Varsovie ; 23-5-1939)

M. Hirszfeld a présenté il y a trois ans devant le Conseil supérieur de Santé en Pologne une loi sur la vaccination antidiphtérique obligatoire. A la suite des vaccinations effectuées, le fléchissement de la courbe épidémique a été très net dans la province de Lodz. Par contre à Varsovie, cette courbe ne paraît pas avoir subi une chute appréciable. L'auteur pense que la vaccination n'ayant porté à Varsovie que sur 60 % des enfants, il a été laissé une proportion importante d'enfants aptes à contracter la diphtérie. Le contact avec des vaccinés non malades mais porteurs de germes augmente les chances de contagion. D'où l'intérêt d'une généralisation de la vaccination, condition de son plein effet.

Sur l'organisation des centres militaires de transfusion de sang conservé

(M. le médecin général CAUSERET et M. JEANNENEY, de Bordeaux ; 23-5-1939)

Les auteurs pensent qu'il faudrait prévoir dès le temps de paix, pour les besoins de l'armée en temps de guerre, le recrutement de donneurs spéciaux, indépendants des donneurs habituels, ceux-ci étant susceptibles d'être éloignés lors d'une mobilisation. Ces donneurs spéciaux (du groupe IV-O seul retenu) recevraient une fiche leur prescrivant de se présenter au n^e jour de la mobilisation pour une prise de sang, prise renouvelable.

Le centre de transfusion constituerait utilement par avance un personnel transfuseur choisi parmi les médecins spécialisés et non mobilisables et une réserve de matériel suffisante.

Il existe à Bordeaux, créés sous les directives de M. Jeanneney, deux centres de transfusion prêts à fonctionner : le centre de l'hôpital Tastet-Girard et celui de l'hôpital Robert Picqué. P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Sur l'obtention des sérums antidiphtérique et antitétanique de valeur antitoxique élevée

(M. RAMON ; 31-3-1939)

Au cours de ces quinze dernières années, une série de progrès ont été réalisés dans la technique d'obtention des sérums antidiphtérique et antitétanique de manière à leur assurer une efficacité constante sinon de plus en plus grande, et de leur conférer une innocuité aussi parfaite que possible, tout en les rendant d'une application des plus commodes pour le clinicien. Ces progrès ont consisté plus spécialement :

1° Dans l'utilisation de chevaux possédant préalablement à leur hyperimmunisation un certain degré d'immunité spécifique, soit à la suite de l'immunisation naturelle (il en est ainsi en matière d'immunité antidiphtérique), soit grâce à l'immunisation artificielle des animaux au moyen de la vaccination antitétanique.

2° Dans l'emploi, pour l'hyperimmunisation, des anatoxines diphtérique ou tétanique dont l'activité immunisante a pu être augmentée d'année en année à la suite des perfectionnements successivement apportés dans la préparation et la composition des bouillons de culture dans lesquels les germes spécifiques élaborent leur toxine plus tard transformée, artificiellement, en dérivé anatoxique.

3° Dans la mise en œuvre des substances adjuvantes de l'immunité antitoxique, par exemple le tapioca, le chlorure de calcium, etc., qui, ajoutées à l'anatoxine avant son introduction sous la peau du cheval, stimulent l'organisme de l'animal et l'amènent à tirer de l'antigène, qui lui est administré selon cette formule, un meilleur parti pour la production ultérieure de l'anatoxine.

En dehors des avantages économiques qu'elle comporte, l'obtention de ces sérums antidiphtérique et antitétanique présente un réel intérêt pour les applications thérapeutiques. D'un titre très élevé, ceux-ci donnent le moyen de réaliser dans les meilleures conditions, notamment le traitement spécifique du tétanos déclaré puisqu'ils permettent de réduire très fortement le volume des injections sériques.

Grâce à la concentration artificielle, on peut accroître le pouvoir antitoxique du *sérum antitétanique* et préparer une véritable « solution d'antitoxine tétanique », dont la teneur en protéines est dix fois, vingt fois moindre que celle du sérum brut de cheval. Ainsi, par exemple, en prenant 0 c. c. 5 d'un sérum antitétanique purifié ou non, tirant 7.000 unités, et en le diluant dans 9 c. c. 5 d'eau physiologique, on obtient une « solution d'antitoxine tétanique » qui renferme 3.500 unités antitoxiques, c'est-à-dire la dose requise pour la prévention du tétanos chez le blessé, et qui contient vingt fois moins de matières protéiques que les 10 c. c., de sérum antitétanique que l'on utilise habituellement dans cette sérothérapie préventive.

De la rareté des accidents sériques consécutifs à l'emploi des « solutions d'antitoxine » dans l'immunisation antitétanique préventive

(M. RAOUL et Mme Simonne KOURILSKY ; 21-4-1939)

Les observations de ces auteurs portent sur une centaine de sujets adultes, surveillés très minutieusement durant vingt jours après l'injection de ces solutions d'antitoxine. Ils n'ont observé qu'une seule fois des accidents sériques francs, locaux et généraux, sans gravité du reste, et dont l'évolution fut très courte. Ils consistèrent en une réaction locale inflammatoire avec rougeur et infiltration de toute la face externe de la cuisse, vingt-quatre heures après l'injection — et en une éruption urticarienne généralisée intense, qui atteignit son acmé trois jours après l'injection, entraîna une élévation fébrile très modérée qui ne dépassa pas 38° et rétrocéda en quarante-huit heures — si bien que cinq jours après l'injection tout était rentré dans l'ordre. L'interrogatoire révéla que la malade était sensibilisée : quelques années auparavant, se trouvant momentanément déprimée, elle avait, à titre de médication tonique, absorbé durant plusieurs mois de suite des ampoules de sérum de cheval en grande quantité.

En dehors de cette réaction vive mais brève, chez cette femme sensibilisée, on n'a noté de phénomènes anormaux que chez neuf sujets. Chez aucun d'entre eux, on n'a observé de véritable maladie sérique ; toutes les réactions ont été localisées autour du point d'injection.

Le total des accidents sériques ne dépasse pas 10 %. Il est intéressant de noter, d'autre part, que, parmi les cent sujets, il s'en est trouvé onze qui avaient reçu plus ou moins longtemps auparavant, une injection de sérum thérapeutique de cheval ; huit avaient fait alors des accidents sériques locaux ou généraux. Deux seulement parmi ceux-ci éprouvèrent une réaction locale après l'injection de la solution d'antitoxine — réaction d'ailleurs faible, sans température. Tous les autres reçurent l'injection sans aucun incident.

Les résultats obtenus avec les solutions d'antitoxine antitétanique sont donc très encourageants, en comparaison avec les 40 à 50 % d'accidents d'intensité très variable et souvent forte observés après la sérothérapie antitétanique préventive. Cependant, il convient encore de poursuivre des essais plus étendus afin de confirmer l'excellence des résultats obtenus.

Il est d'ores et déjà certain néanmoins — en plein accord avec les résultats expérimentaux de G. Ramon — que l'emploi, pour la prévention du tétanos, de solutions d'antitoxine au lieu de sérum antitoxique en nature, diminuera beaucoup la quantité, l'intensité et la durée des accidents sériques.

G. F.

Les Congrès

XXXVIe CONGRÈS D'ASSISES MÉDICALES DE L'ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Traitement des varices et de leurs complications

Par GERMAIN BLECHMANN

Le 7 mai 1939, les Assises présidées par M. Pierre Fredet, membre de l'Académie de médecine, se sont réunies à l'Hôtel-Dieu de Paris et ont couronné comme lauréat du XXVIIe prix Debat, notre collègue Moncany (de Corbeil).

Synthèse des conclusions des Assises départementales

Par Henri GODLEWSKI

Partout, il est constaté que les variqueux sont très nombreux, mais ne réclament de soins que tardivement pour gêne fonctionnelle ou esthétique, ou pour complications.

Il y a accord général sur les causes prédisposantes suivantes : I. L'hérédité ; II. L'immobilité en station debout ; III. Certaines insuffisances endocriniennes (ovariennes particulièrement) ; IV. Toute gêne à la circulation des membres inférieurs (en particulier la grossesse).

Le *traitement médical* (phytothérapique et endocrinien) est très répandu ; son usage prolongé, associé aux prescriptions d'hygiène générale, est considéré comme ayant un rôle d'appoint dans la réduction des troubles fonctionnels.

Les moyens de contention mécanique, dont le bas élastique est le type, ne sont pas négligeables, mais fort utiles pour le soulagement effectif des malades.

Le *traitement curatif* des varices est un progrès de ce siècle. Il comprend deux méthodes : l'exérèse et la sclérose. Ces deux traitements, chirurgical et sclérosant, ne s'opposent pas. Ils ont chacun leurs indications et peuvent aussi être associés.

La *saphénectomie* totale est une excellente opération, dont les indications sont les varices nombreuses et développées, les paquets variqueux cruraux, les varices avec phlébolithes, les péri-phlébites localisées récidivantes, les varices résistant à la sclérose.

Les *injections sclérosantes* ont à leur actif des succès fréquents, s'il'on a soin d'éliminer les contre-indications, telles que la présence de causes compressives ou la généralisation des varices. Les produits injectés les plus retenus sont dans l'ordre : 1° le salicylate de soude ; 2° le chlorhydrate de quinine et urée ; 3° Le morrhuate de soude. Les injections sclérosantes agissent rapidement sur les paquets variqueux limités. Leur usage trop généralisé comporte des réserves. Elles peuvent donner lieu à des réactions locales et mêmes générales dont l'escarre, l'infarctus ; ces accidents exigent donc réserve, expérience et prudence.

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS. — Les *phlébites* variqueuses sont justiciables de la plus grande attention. Elles nécessitent repos, patience et surveillance en vue d'éviter l'embolie, dont les praticiens ont rapporté à ces Assises des cas dans toutes les Provinces.

L'ulcère variqueux est la complication la plus retenue. Sans préjuger du rôle d'une spécificité que certains jugent fréquente, on signale les bons effets habituels du traitement ioduré.

Dans la pratique médicale courante, le repos n'est pas toujours possible à prescrire ; aussi, signale-t-on, avec insistance, la grande faveur, souvent justifiée, du traitement local ambulatoire (méthode de Bour-

graff et botte d'Unna). Pour réussir, le traitement ambulatoire comporte la double condition d'une technique précise et son application par le médecin lui-même.

A ces soins médicaux et orthopédiques, on joint aujourd'hui, dans de nombreux cas, l'emploi des greffes, du traitement sclérosant ou des injections intra-artérielles préconisées à Chartres par de Fourmestraux et Maurice Fredet.

TRAITEMENT PHYSIOTHÉRAPIQUE ET THERMAL. — L'action spécifique de certaines eaux minérales paraît indéniable. Dans l'appréciation de leurs effets, à Bagnoles l'été, comme à Aix-en-Provence en toutes saisons, il est tenu compte de l'action adjuvante de la cure de repos et des soins physiothérapiques sous surveillance médicale constante.

PROPHYLAXIE. — Le reflux sanguin dans les veines domine toute la question des varices aussi bien du point de vue curatif que prophylactique. La circulation de retour est facilitée par : a) la marche et les sports (surtout cyclisme et natation) ; b) le repos nocturne, membres inférieurs surélevés.

De ces Assises résulte la notion de résultats acquis par les progrès de la science moderne et la possibilité, par des soins judicieux d'application médicale exclusive, de soulager et de guérir, plus aisément que jadis, les varices et leurs complications.

Etiologie des varices

M. LATOUR, de Buzançais. — Il faut bien le dire, le médecin, souvent mal documenté, s'intéresse peu au traitement du variqueux banal.

Il s'en suit comme conséquence que ces malades s'adressent plus volontiers aux guérisseurs ou bien recherchent un soulagement dans les remèdes de la quatrième page des journaux.

M. Paul DURAND, de Courville. — On a incriminé le port des jarretières, cause de varices chez nos grand'mères. Cette idée a été controversée, d'autres disant que les jarretières faisaient au contraire office de valvules supplémentaires... En l'espèce, je crois que les chaufferettes utilisées à cette époque étaient plus à incriminer que les jarretières.

M. Léon MABILLE. — « Ne fait pas des varices qui veut ». A leur origine se trouve une déficience générale de tout le tissu élastique.

M. Raymond TOURNAY. — L'exposition plus ou moins prolongée des membres inférieurs aux rayons solaires est responsable d'un nombre considérable de varices ou de récidives de varices.

Il importe donc d'interdire à tous les variqueux, à tous les « veineux », ces bains de soleil tellement à la mode depuis une quinzaine d'années et dont les méfaits, dans d'autres domaines également, ne se comptent plus.

A proscrire également les rayons ultra-violets, lesquels sont pourtant assez fréquemment recommandés et appliqués par quelques confrères.

Traitement médicamenteux

M. Léon MABILLE. — Les deux grands produits opothérapiques que j'emploie sont l'extrait thyroïdien et l'hypophyse. Je les associe dans le but d'empêcher l'apparition des phénomènes subjectifs (tremblements, irritabilité, angoisse) qui peuvent survenir chez certains sujets sensibles à l'administration de la thyroïde seule. L'intérêt de cette organothérapie est d'augmenter l'action des vaso-constricteurs comme l'hamamélis virginica, l'hydrastis canadensis, le marron d'Inde qui, donnés seuls suivant la technique classique et aux doses habituelles, me paraissent de peu d'efficacité. J'élève la dose d'hypophyse dans les cas de jambes en poteaux où sous l'influence d'une cure quotidienne de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 on aboutit à une réduction des infiltrations. Pour la thyroïde, je ne dépasse guère 5 à 6 centigr. sous surveillance en cures renouvelées.

Au confrère qui demande : « Employez-vous l'iode ? »

— Oui, à titre d'excitant hormonal, mais jamais sans examen préalable de la viscosité sanguine, je reste en cela fidèle à la méthode d'A. Martinet qui réservait les iodures aux pléthoriques et les interdisait chez les hypovisqueux (néphritiques en période de rétention hydrique).

M. Raymond TOURNAY. — Pour ce qui est de l'hamamelis universellement prescrit, par réflexe pourrait-on dire, son action se montre malheureusement à peu près toujours nulle aux doses habituelles, et je suis de l'avis de mon ami Laplane, de Marseille, et de Marmasse, de Chevilly, qu'il faut essayer des doses élevées : 100, 200, 500 gouttes par jour d'extrait fluide, par exemple, si l'on veut espérer un résultat. A abandonner si ce dernier tarde à venir.

Traitement chirurgical

M. Pierre FREDET, président. — Je reconnais que les indications de la grande exérèse chirurgicale, la seule vraiment efficace, car les opérations limitées sont vouées infailliblement à l'échec, ne s'imposent nullement dans la majorité des cas, ce qui laisse une belle place à la méthode sclérosante.

M. Maurice FREDET, de Chartres. — Actuellement, nous n'opérons plus que très peu de varices, l'intervention chirurgicale étant réservée aux varices très volumineuses ou ayant résisté à la méthode sclérosante.

Traitement sclérosant

M. Louis LAPLANE, de Marseille. — Où la méthode desclérose triomphe, c'est dans les varices douloureuses avec insupportables sensations de tension ou véritables douleurs névralgiques.

M. Raymond TOURNAY. — Nous n'avons pas

encore le « sclérosant idéal », celui qui produirait la sclérose sans douleur aucune, sans réaction de périveinite, sans causticité, provoquant une fibrose définitive, écartant donc toutes récidives, rapide, inoffensif à tous égards.

En définitive, employer surtout salicylate, quinine-uréthane, morrhuate, iode... et le plus souvent s'en tenir à la solution dont on aura la plus grande habitude.

M. Raymond TOURNAY. — Nul évidemment ne peut prétendre être complètement à l'abri d'incidents de traitement : certains tissus, extrêmement sensibles, peuvent réagir d'une façon qui semble inexplicable.

M. Louis LAPLANE, de Marseille. — Sicard considérait une phlébite antérieure comme une contre-indication absolue. Il m'a semblé que l'on pouvait, dans certains cas, être moins rigoureux.

Dans les limites des indications bien établies, la fibro-sclérose supprime les varices existantes, mais ne guérit pas la maladie variqueuse. C'est dire, que, le plus souvent : 1° un autre traitement doit intervenir et je considère qu'en l'état actuel de nos connaissances, il est surtout crénothérapique ; 2° malgré les traitements, d'autres varices se produisent, et tous les deux, trois ou quatre ans, il est bon, sans trop attendre, de refaire quelques injections.

Traitement des complications

PHLÉBITES

M. Léon MABILLE. — Parmi les plus gênantes et les plus douloureuses se trouve la périphlébite ligneuse que j'ai décrite longuement un des premiers.

Le malade atteint de cette modalité d'affection variqueuse souffre le martyre. L'hypersensibilité de l'épiderme est telle que le moindre frôlement de drap, la pression du haut de la tige de la bottine déterminent des douleurs vives, analogues à celles des inflammations aiguës.

Le traitement est très complexe.

ULCÈRES VARIQUEUX

M. Paul VIARD. — Quant aux ulcères variqueux vrais, depuis que j'emploie la méthode de Bourggraff, j'ai obtenu 100 % de guérisons.

M. Raymond TOURNAY. — Il semble que la question du traitement des ulcères variqueux ne devrait plus guère se poser et que l'énorme supériorité de la cure ambulatoire par compression élastique et sclérose des varices ne devrait plus pouvoir être mise en discussion.

En pratique pourtant, il nous faut bien constater que la méthode ambulatoire du traitement des ulcères variqueux, non seulement est toujours discutée mais plus souvent encore est ignorée, et presque systématiquement.

M. Léon MABILLE. — J'emploie naturellement la méthode ambulatoire, cela depuis plus de trente ans ! Mais il faut bien savoir que la guerison d'un ulcère variqueux dépend davantage de la compression habilement exécutée par le médecin, de la surveillance de la plaie, de la constitution physique des topiques (pâte plus ou moins poreuse) que de l'action chimique des médicaments. Celle-ci est, à mon avis, bien secondaire.

Traitement thermal

M. Louis LAPLANE, de Marseille. — Je tiens à souligner l'importance du traitement thermal, les eaux d'Aix ayant une action tout à fait remarquable sur la cicatrisation des ulcères.

M. AIMEZ, de Bagnoles-de-l'Orne. — Le traitement thermal reste, à notre avis, un des agents thérapeutiques les plus actifs des varices. Il ne s'oppose nullement du reste aux traitements chirurgicaux et sclérosants, mais constitue, vis-à-vis de ceux-ci, une cure complémentaire souvent très utile ; à ce sujet, citons simplement l'atténuation, des réactions à la suite d'injections sclérosantes, lorsque les veines ont été assouplies, les tissus péri-veineux drainés, la circulation générale « relancée » par une cure thermale antérieure.

Conclusions des Assises nationales

Depuis le début du siècle, par l'exérèse d'abord, par la sclérose ensuite, le traitement curatif des varices est devenu une réalité.

La saphénectomie s'applique à des cas bien définis et peu nombreux. La méthode sclérogène est devenue très répandue et appliquée avec compétence et prudence, elle donne rarement des complications

Au traitement thermal doublé de la cure de repos. appartiennent des résultats fonctionnels évidents et nombreux.

Le traitement ambulatoire de l'ulcère variqueux sous contrôle médical (méthode de Bourgraff et colle de Unna) a l'approbation unanime.

Dans l'ensemble, les variqueux ont trouvé dans les traitements modernes les moyens de soulager leurs gênes fonctionnelles et de guérir leurs complications,

Les Livres

Les Livres qui viennent de paraître...

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE, Paris

Frédéric-P. LECLERC et Pierre MOREAU. —**Les moignons douloureux**. Un vol. 124 pages.

CHEZ MALOINE

27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris

G. LAZORTHES. —**Le sympathique du membre inférieur.** LES NERFS VASCULAIRES. L'INNERVATION DES VAISSEAUX DE BASSIN ET DU MEMBRE INFÉRIEUR. Un vol. 175 pages. Prix : 60 francs.

Docteur St. ODOBLEJA. — **Psychologie consonantiste.** 2 vol. ensemble 880 p., 300 fig., 120 fr.

Professeur H. GOUGEROT. — **La dermatologie en clientèle. « L'indispensable en dermatologie »**. 6e *édition entièrement refondue et augmentée*, 1939. Un vol. 806 pages. 40 fig. en couleurs et 196 en noir. Prix : 220 fr. (Bibliothèque des praticiens. Comment guérir ?).

Docteur Francis HECKEL. — **Maigrir. Pourquoi ? Comment ?** Nouvelle édition augmentée de XII chapitres. Un vol. 576 p., 250 fig., 50 fr., 1939.

C. CLAOUÉ et L. CHWATT. — **Les paraffinomes.** Un vol. 88 p. 1939. Prix : 25 francs.

Docteur Marcel VÉRUT.— **Diététique et radiesthésie. Votre régime au pendule.** Un vol. 68 p., 1939. Prix : 12 francs.

CHEZ VIGOT FRÈRES,

23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe)

André MESUREUR. — **A. B. C. de la défense passive,** suivant les programmes du décret du 6 mai 1939 pour l'enseignement primaire et le deuxième degré (enseignement secondaire). Un vol. 32 p., 7 fig., 1939. Prix : 6 fr. 50

CHEZ MASSON ET CIE

120, boulevard Saint-Germain

Paul MICHON. —**Le temps de réaction.** TECHNIQUES. APPLICATIONS CLINIQUES. Un vol. 1939. (Collection *Médecine et chirurgie : Recherches et applications* no 18), 100 p., 10 fig., 22 francs.

M. PALAZZOLI et F. NITTI. — **Traitement de la blennorrhagie** PAR LE SULFAMIDE, un sulfone et leurs dérivés. Préfaces des Professeurs Legueu et E. Fourneau. Un vol. 1939, 196 p., 19 fig. Prix : 35 francs.

EDITION DES LABORATOIRES DE L'ANTIPHLOGISTINE

Levallois-Perret (Seine)

La saignée blanche. Vol. VIII, no V, 24 pages, imprimé en onze langues.

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, boulevard Saint-Germain

Docteur R. GAUBERT SAINT-MARTIAL.— **Deux énigmes homœpathiques.** LES YEUX ET LES RÊVES. Un vol. 108 p. Prix : 10 fr.

Gaston DOIN et Cie, éditeurs,

8, Place de l'Odéon, Paris (VIe)

L. DEVRAIGNE, accoucheur de Lariboisière. — **L'obstétrique à travers les âges.** Un vol. in-8o de 138 pages avec 77 fig. Prix : 40 francs.

L'auteur a résumé, condensé, les trois gros livres de Ed. Gasp. Joë, de Siebold et F.-J. Hergott sur l'histoire de l'obstétrique. Ces livres, qu'on ne se procure pas facilement, sont d'ailleurs trop volumineux pour être parcourus ou lus par tous ceux qui s'intéressent à l'obstétrique. Et cependant, combien il est intéressant de suivre dans le temps les progrès des idées, des techniques opératoires, des instruments qui ont servi à la pratique des accouchements.

M. Devraigne s'est efforcé de sélectionner les notions utiles à retenir qui ont fini par s'imposer, au détriment d'erreurs et des préjugés qui ont régné longtemps. Dans le même esprit, il a complété l'œuvre arrêtée en 1891 par F.-J. Hergott, en montrant l'évolution de l'art obstétrical, grâce aux découvertes de Pasteur. Pour rendre la lecture de l'ouvrage plus attrayante, plus vivante, il a emprunté de nombreuses illustrations aux ouvrages de Witkowski et a reproduit les portraits des principaux accoucheurs et des grandes sages-femmes qui ont contribué à faire de l'obstétrique ce qu'elle est à l'heure actuelle.

Les Thèses

P. — Dr M.-G. André. — **Quelques applications dermiques et transdermiques de l'insuline.** (Thèse 1939.)

L'auteur signale l'action générale des frictions de pommade à l'insuline sur la glycémie et le sucre urinaire chez quelques diabétiques (travaux du Professeur Legrand, de Lille).

Il montre que l'emploi local de pommade à l'insuline peut guérir les ulcères variqueux et nombre de plaies torpides ou atones.

Enfin, il expose les travaux du Professeur Gomès Da Costa, qui utilisa la pommade à l'insuline pour obtenir la cicatrisation et le blanchiment (on ne saurait dire la guérison) de cancers cutanés de la peau, particulièrement de ceux de la face.

Les deux conditions pour l'obtention de ces résultats sont : l'emploi d'une pommade très riche en insuline et une longue patience pouvant s'étendre à des mois.

Str. — Dr R. Herr. — **Action de la thyroïdectomie sur certaines arythmies d'origine hyperthyroïdienne.** (Thèse 1938.)

La constatation d'une fibrillation auriculaire doit inciter à rechercher un hyperthyroïdisme possible.

Ce dernier sera recherché par l'examen clinique, par des examens répétés du métabolisme de base et, suivant les cas, par une épreuve à l'iode.

La fibrillation auriculaire d'origine hyperthyroïdienne ne constitue pas, dans la grande majorité des cas, une contre-indication à la thyroïdectomie subtotale. Bien au contraire, elle constitue souvent une indication de plus, car la fibrillation d'origine thyréotoxique a pour caractère essentiel d'être réductible dans les cas récents.

La thyroïdectomie subtotale arrête alors l'évolution du trouble du rythme, ce que ne parvient pas à faire le traitement médical de l'hyperthyroïdisme.

P. — Dr P. François. — **Contribution à l'étude de la primo-infection et de la primo-manifestation de la tuberculose.** Travail de la Clinique de la tuberculose. (Thèse 1939.)

L'auteur étudie la primo-manifestation précoce (chez le nourrisson et l'enfant, chez l'adulte au-dessus de 16 ans), et la primo-manifestation tardive (malades à passé respiratoire chargé, malades sans aucun passé respiratoire). Il termine son exposé par une série d'observations cliniques et des statistiques.

P. — Dr P. Lanceau. — **Indications et préparation de l'amygdalectomie chez l'enfant.** (Thèse 1939.)

L'amygdalectomie a ses indications et on ne saurait en dehors de celles-ci conseiller l'ablation systématique des amygdales, comme elle se pratique quelquefois, à l'étranger principalement.

L'auteur envisage ces indications : d'ordre local (mécaniques, infectieuses), d'ordre régional, d'ordre général (rhumatisme articulaire aigu, néphrites post-angineuses, septicémies d'origine amygdalienne), d'ordre général par contamination à distance (maladies digestives, respiratoires).

L'examen pré-opératoire du malade sera local et général (recherche du temps de saignement, du temps de coagulation, etc.).

P. — Dr J. Broussolle. — **Contribution à l'étude des kystes radiculo-dentaires du maxillaire supérieur chez l'adulte.** (Thèse 1939.)

Deux ordres de conditions interviennent dans l'étiologie et la pathogénie de ces kystes : l'infection (carie dentaire, infection subaiguë ou chronique) et certaines particularités embryologiques.

Cliniquement, lesdits kystes se présentent sous la forme d'une tuméfaction intra-osseuse, arrondie, en verre de montre, et de consistance spéciale, rappelant celle de la balle de celluloïd. La situation de la dent causale peut déterminer des localisations vestibulaires, nasales, palatines ou intra-sinusiennes. La radiographie montre une image claire, à contour arrondi.

Le diagnostic est en général facile. Le traitement doit consister dans l'exérèse totale de la paroi kystique.

Str. — Dr P. Matthis. — **Suites immédiates et résultats éloignés du traitement du mal de Pott par les opérations ankylosantes.** (Thèse de Doctorat d'Université, 1939.)

L'étude des résultats éloignés de 42 opérations ankylosantes pour mal de Pott (opération d'Albee) montre que la guérison est solide et durable dans 60 % des cas.

Les suites immédiates de l'opération comportent certains dangers, lorsqu'on ne tient pas compte des contre-indications opératoires.

L'ostéo-synthèse abrège dans la plupart des cas le séjour à l'hôpital et la durée de l'incapacité de travail.

Le traitement général garde toute son importance. Il doit être appliqué systématiquement chez tous les malades pour prévenir la formation et l'évolution ultérieures d'autres lésions.

THÉRAPEUTIQUE

■ ■ ■

Quelques observations très intéressantes

Par le Docteur HERSCOVICI (de Paris)

Il nous a paru particulièrement intéressant de rapporter trois[1] observations cliniques d'ulcères gastro-duodénaux et une observation de spasme douloureux de l'estomac qui ont été remarquablement améliorés par la thérapeutique médicale au moyen d'une solution d'histidine.

PREMIÈRE OBSERVATION

Mme P..., âgée de 65 ans, souffre depuis cinq ans de troubles gastriques consistant en douleurs épigastriques spontanées apparaissant surtout après manger (une demi-heure), se terminant par des vomissements acides. La malade ayant refusé l'intervention opératoire est au régime et prend toutes sortes de poudres inertes qui n'ont aucune action sur ses troubles. L'état de faiblesse et d'anémie de cette malade fait penser à l'existence probable d'un cancer. Or la radiographie révèle l'existence d'un ulcère de la petite courbure de l'estomac. Nous conseillons des injections de laristine. A partir de la quatrième injection, les crises douloureuses se raréfient et finissent par disparaître comme par « miracle » entièrement ; je suis à la quinzième injection de laristine.

La malade peut se nourrir régulièrement, ne vomit plus, ne souffre plus, a récupéré toutes ses forces grâce à l'alimentation et grâce au sommeil revenu. La confiance et la bonne disposition remplacent le désespoir de cinq ans de souffrance. Un véritable changement a été obtenu grâce à ces injections de laristine. Ce qui est intéressant c'est que ni le bismuth ni les autres poudres inertes n'ont soulagé la malade que fort peu de temps et insuffisamment.

DEUXIÈME OBSERVATION

M. G..., âgé de 27 ans. Voyageur. Gros mangeur. Souffre depuis sept à huit mois de douleurs violentes au creux épigastrique. La pression réveille les douleurs de cette région. Plusieurs examens radioscopiques démontrent l'existence d'un ulcère à l'estomac. Les douleurs de ce cas apparaissent immédiatement après manger et sont insupportables. Le régime et les poudres soulagent temporairement le malade. Mais il a suffi de six injections de laristine pour obtenir depuis deux mois un soulagement parfait, car le malade ne souffre plus malgré qu'il ne respecte plus ni le régime ni mes conseils de modération.

TROISIÈME OBSERVATION

M. E... souffre d'un ulcère à l'estomac depuis trois ans. Plusieurs examens radiographiques ont été effectués à la demande du chirurgien consultant. Il y a sept mois ce malade fait une perforation de l'estomac. Opéré d'urgence, le malade se rétablit lentement, car il continue de souffrir d'intolérance stomacale et de malaises. Tous les troubles dyspeptiques disparaissent grâce à un traitement de vingt-deux injections de laristine et nous espérons que grâce à ces injections ce malade n'aura plus besoin d'une autre intervention opératoire.

QUATRIÈME OBSERVATION

Jeune garçon âgé de 14 ans. Souffre depuis deux mois de spasmes douloureux de l'estomac très violents qui surviennent à des heures irrégulières. Après avoir essayé des médications différentes, j'ai décidé de faire quelques injections de laristine et j'obtiens une sédation des douleurs après huit ampoules de laristine.

Nous utilisons la laristine dans notre pratique quotidienne sans avoir jamais observé le moindre incident d'intolérance et cette solution à 4 p. 100 de monochlorhydrate d'histidine constitue actuellement le traitement classique de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale. Dans la grande majorité des cas elle fait disparaître, comme chez les malades dont nous avons relaté l'observation, les signes cliniques et radiologiques de l'ulcus et l'on est autorisé à parler de guérison clinique. On pourrait nous opposer l'évolution par poussées de l'ulcus gastrique, mais il semble bien que cet argument ne soit pas opposable aux nombreux ulcus améliorés par la laristine, car il faudrait admettre une série invraisemblable de coïncidences.

Nous poursuivons d'ailleurs notre expérimentation sur d'autres cas et nous sommes toujours pleinement satisfaits du traitement par la laristine.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

---

Bulletin de l'Actualité

◆ ◆ ◆

LA RETRAITE DU MÉDECIN

Si, à plusieurs reprises, j'ai depuis quelques années étudié, ici-même le moyen de donner au médecin âgé, dont la clientèle disparaît, la possibilité d'une retraite suffisante pour vivre, je dois aujourd'hui rendre à Cibrie, l'hommage qu'il mérite, pour la rapidité avec laquelle, d'accord avec M. Pomaret, il a mis sur pied un projet de loi tendant à instituer la retraite des médecins français. Je voudrais que tous les médecins, pour lesquels il essaie de faire aboutir une réalisation qui transformera l'avenir de leur profession, viennent lui apporter l'appui dont il a besoin, pour mener à bien l'œuvre qu'il conduit au but.

La retraite du médecin constituera le jour où elle deviendra effective, une des acquisitions les plus importantes que nous ayons réalisées, elle sera le témoignage de ce que l'on peut arriver à obtenir par l'union et par l'entente.

A l'heure actuelle, un nombre important de médecins n'économisent plus suffisamment pour assurer leurs vieux jours. Combien de parents dirigent leurs fils vers des situations de fonctionnaires, et combien de médecins songent à une fonctionnarisation pour ce seul avantage ; en organisant pour le médecin civil une retraite garantie par l'Etat, nous pourrons donner le coup de barre nécessaire pour éviter de voir tant des nôtres aspirer à une mise en tutelle de la médecine, ce qui ne présente du point de vue professionnel que des désagréments et n'a d'autre attrait que la sécurité du lendemain.

Par l'organisation d'une Caisse de retraites, on conservera à notre profession son caractère libéral, on laissera la possibilité d'exercer au gré de chacun en apportant, comme au fonctionnaire, cet avantage de n'avoirpas à craindre la misère, lorsque l'exercice de la médecine ne sera plus possible.

Je voudrais montrer combien nous sommes tous intéressés par la réalisation du principe de la retraite que Cibrie nous laisse espérer dans un des derniers numéros du *Médecin de France*.

La retraite telle qu'il l'envisage, est honorable et constitue déjà un appoint important, quelle que soit la situation de fortune de celui qui la touche. Nous avons toujours écrit ici-même, qu'on ne pouvait envisager de retraite au-dessous de 20.000 francs, le chiffre qui nous est donné doit satisfaire les plus difficiles et les encourager à examiner de plus près, les différentes parties du projet.

Il nous apparaît que cette retraite par son chiffre, nous laisse la possibilité de continuer l'action de toutes les œuvres de solidarité actuellement existantes, qui viendront ajouter leur effet et améliorer le sort de ceux qui auront su être prévoyants. Sans doute, y aura-t-il lieu d'examiner l'action de chacune d'elles sur le plan nouveau, mais je suis bien certain qu'avec les familles nombreuses, les maladies, les infirmités, la bienfaisance trouvera toujours à s'exercer, et que la retraite laissera encore un champ assez vaste pour que les animateurs continuent leurs efforts.

L'obligation des versements annuels est l'élément essentiel du projet ; sans elle, il n'est pas de retraite possible, et tous les systèmes, imaginés pour essayer de s'y soustraire, ont vite montré l'incapacité où ils étaient de donner autre chose qu'un secours, insuffisant pour vivre.

L'obligation m'apparaît comme une innovation heureuse, en dépit des critiques que l'on a pu faire, car c'est la non-obligation qui fait échouer tous les systèmes d'assurances-groupe, dont on a voulu nous doter et je me souviens de mon étonnement, lorsque je vis l'âge moyen des anciens internes des hôpitaux de Paris groupés pour s'assurer. L'obligation est nécessaire pour les confrères de moins de 40 ans, car ce n'est guère qu'au cours de la cinquième dizaine qu'on commence à comprendre l'utilité du groupement et à apprécier le bénéfice qu'on retire des systèmes de retraites, qu'elles qu'en soient les modalités, lorsqu'on a su y adhérer jeune.

La plus grosse objection qui puisse être faite à des versements s'étendant sur une trentaine d'années est née des dévaluations successives que notre génération a dû supporter, ce sont ces dévaluations qui ont détruit notre goût pour l'épargne et le projet exposé par Cibrie essaye justement d'associer la répartition, à la capitalisation dans la retraite qu'il nous propose. Ainsi se trouveront atténués selon lui, les effets désastreux de la dévaluation, bien qu'actuellement il soit de plus en plus difficile de se défendre contre ces tourmentes monétaires nées des situations exceptionnelles que nous traversons.

On ne saurait tirer argument du désordre financier où nous avons dû vivre pour s'opposer à la constitution d'une retraite qui nous apparaît à tous comme une nécessité urgente, et que nous voulons justement, autant que faire se peut, protéger contre les vicissitudes du franc.

Un argument assez subtil contre la retraite du médecin a été soulevé et on a voulu voir en elle un danger pour l'avenir de notre profession la retraite risque d'exercer une telle attirance qu'une pléthore encore plus grande que celle dont nous souffrons aujourd'hui, va se manifester et jeter dans la médecine un grand nombre d'hésitants. Je ne pense pas que cet argument soit à retenir, car à l'exemple du médecin, les autres professions libérales vont réaliser aussitôt leur retraite, et il est possible qu'on observe justement l'inverse, lorsque les étudiants sauront que, comme les médecins, les avocats, les architectes, les journalistes ont leur vieux jours assurés.

Dans ce journal, où depuis sa fondation, l'avenir du vieux médecin a toujours préoccupé les dirigeants, où, avant tant d'autres, nous avons apporté avec la *Mutualité familiale*, la possibilité de prévoir l'avenir, nous comprenons l'importance du projet actuel, nous réalisons ce qu'il peut apporter au médecin de sécurité, de confiance et nous souhaitons ardemment que le principe de cette retraite trouve auprès du Parlement l'agrément qui lui est nécessaire pour voir le jour.

Quel que soit le projet, il est œuvre humaine, c'est-à-dire perfectible, il n'a pas la prétention dès son premier jet de régler une question aussi importante, aussi nous croyons que nous devons tous y réfléchir pour apporter au grand groupement confédéral qui l'a conçu autre chose que des critiques, pour lui donner le goût de persévérer.

Il est de notre rôle d'en étudier de plus près les modalités du point de vue technique, de rechercher si des aménagements ne pourraient pas y être utilement apportés. Je laisse ce soin à d'autres compétences que la mienne.

Peut être que quelques lecteurs me reprocheront un enthousiasme exagéré, je leur dirai que ce qui me plaît dans ce projet, *c'est qu'il est net*, c'est qu'il n'est tributaire d'aucune combinaison, qu'il donne aux médecins une retraite gagnée par leur travail, que l'ensemble du projet ne fait appel ni à l'appui des grands laboratoires si souvent mis à contribution, ni à l'appui de bénéfices commerciaux que je ne puis me résoudre à accepter, car au jour où les commerçants organisent des groupements pour distribuer des soins, nous nous trouvons mal placés pour leur en faire grief.

Sans doute notre influence sur l'avenir d'un projet de loi n'est pas déterminante, mais le sort d'une réalisation nouvelle dépend souvent du mouvement d'opinion qui se développe autour d'une idée, et c'est pour y aider, en faisant partager le plaisir que j'ai à entrevoir la réalisation de ce que je croyais impossible, que j'ai voulu consacrer ce *Bulletin* à la Retraite professionnelle du médecin français.

Dr Raphaël MASSART.

LA RETRAITE PROFESSIONNELLE DU MÉDECIN FRANÇAIS

Étude critique de l'avant-projet de loi

En sa qualité de « père » de la Mutualité Familiale et de défenseur de ses intérêts, le *Concours Médical* ne saurait être soupçonné d'indifférence, ou même d'opposition à l'encontre d'un projet qui tend à généraliser et à accroître les résultats que l'initiative libre avait permis d'obtenir, en matière de retraite du médecin. Mais cet accueil, favorable quant au principe, ne doit point signifier une adhésion totale qui risquerait d'être plus sentimentale que réfléchie. Notre expérience en ce domaine, fruit de trente années de pratique et de collaboration confiante avec nos actuaires, nous fait au contraire un devoir d'étudier un projet aussi grave et aussi important que celui actuellement soumis aux délibérations syndicales.

Les principes du projet de retraite du médecin

L'utilité, nous dirions presque la nécessité, pour le médecin de pouvoir, à partir d'un certain âge, prendre sa retraite, muni d'une pension suffisante pour pouvoir vivre dignement n'a plus besoin aujourd'hui, si tant est qu'elle en eût jamais besoin, d'ample démonstration. C'est là un point acquis.

Il en est de même d'ailleurs du respect dû à la liberté d'exercice du médecin, quel que soit l'âge atteint par lui. Le vieux praticien représente au contraire un trésor d'observation et d'expérience dont on ne peut sagement songer à priver les malades de manière systématique.

Par contre l'*obligation de cotiser* constitue à l'heure actuelle le point de divergence essentiel des adversaires et des partisans du projet « Pomaret ». Cette obligation en est la pièce principale et la véritable innovation. Elle mérite donc qu'on s'y arrête quelque peu.

La première objection est d'ordre doctrinal : la médecine, profession libérale, doit être l'un des derniers remparts du libéralisme et repousser toute idée de contrainte. Nous ne voudrions point prendre parti dans ce débat toujours ouvert, mais il nous est facile de faire observer que tout absolutisme, dans cette position, se teinte immédiatement d'une grande part d'anachronisme. Le Corps médical ne peut rester indépendant de l'évolution du milieu où il vit, et sa réaction la plus heureuse nous paraît être la discipline syndicale ou corporative qui lui permet de conserver en tant que groupe, la dignité et le niveau de vie que ne pourraient maintenir ses membres isolés. Or le projet « Pomaret » n'est pas, comme on veut le faire croire, une nouvelle manifestation d'étatisme. Il s'agit bien là d'une véritable discipline professionnelle, à laquelle l'Etat n'apporte que la garantie de sa force exécutoire.

Puisque nous cherchons bien moins à justifier qu'à constater des réactions sociales, il n'est pas sans intérêt de remarquer que les projets de retraite sont loin d'être particuliers aux médecins, et que les réalisations en ce domaine constituent déjà de sérieux précédents. Les Assurances sociales figurent actuellement dans le droit positif de la plupart des pays civilisés. La « retraite des vieux travailleurs », quoique non encore réalisée, est défendue aujourd'hui par la presque unanimité des partis. Enfin la plupart des professions libérales et des « travailleurs indépendants » étudient en ce moment des systèmes de retraites corporatives, qui sont toujours fondés sur l'idée d'obligation. A tel point que l'on peut retourner l'argument que l'on présente fréquemment en cette matière « Pourquoi une retraite aux médecins et non aux avoués ? » et demander « Pourquoi pas de retraite aux médecins ? »

Mais, à notre avis, le problème serait mieux posé si l'on raisonnait ainsi :

— ou bien les médecins sont naturellement imprévoyants, ce qui semble prouvé par le faible recrutement des organismes de prévoyance facultatifs, et dans ce cas on ne peut regretter qu'il soit tenté de porter remède à ce que tous ceux qui ont connaissance des misères médicales ne cessent de déplorer ;

— ou bien, au contraire, les médecins sont en majeure partie soucieux de leurs vieux jours. Leur prévoyance peut consister en épargne, c'est-à-dire en la constitution d'un capital familial représenté par des immeubles ou des valeurs mobilières. Mais cette épargne est rendue toujours plus difficile par les conditions économiques actuelles, et d'autre part tout bon médecin est généralement fort mauvais financier. L'assurance, forme la plus moderne de la capitalisation, est la solution la plus généralement

adoptée. De quoi se plaindrait-on donc, si l'on rend obligatoire l'observation d'une pratique déjà entrée dans les mœurs, *du moment que l'assurance obligatoire est au moins aussi intéressante que l'assurance facultative.*

Et c'est là en réalité, le fond même du débat. Ces problèmes techniques, nous nous proposons de les étudier tout au long. Mais avant d'entreprendre cette étude, il nous semble opportun de mettre en relief deux idées qui viennent à l'esprit, à la lecture du projet « Pomaret ».

— *Ce projet pêche par manque de symétrie : à des versements obligatoires il fait correspondre une pension conditionnelle.* C'est une amère ironie que de parler de libre renoncement à l'exercice de la médecine quand la continuation de l'exercice signifie la *perte sèche d'un capital de plus de 100.000 francs.*

— *Il ne faut pas confondre assurance et assistance* (principe mis en valeur par le Docteur Le Gorgeu, rapporteur de la retraite des vieux travailleurs devant le Sénat).

Les modalités techniques du projet Pomaret

Sous l'angle technique, le projet « Pomaret » peut se schématiser ainsi : une cotisation obligatoire est imposée à tous les médecins (Français ou non) patentés. Cette cotisation est la même pour tous les praticiens faisant partie de l'une des trois catégories d'âge retenues (moins de 35 ans, 2.000 francs ; de 35 à 60 : 3.000 francs ; de 60 à 65 ans : 2.500 francs). Elle se divise en deux fractions :

— L'une (1.500 francs pour la cotisation de 2.000 francs, 1.500 francs également pour la cotisation de 3.000 francs) est versée à la Caisse autonome de gestion, c'est-à-dire en français *au fonds de répartition.* Elle permet d'assurer une retraite immédiate et minima de 7.000 francs à tout médecin, quel que soit le nombre et le montant de ses cotisations.

— L'autre (500 francs jusqu'à 35 ans, 1.500 francs jusqu'à 60 ans) est versée, par l'intermédiaire de la Caisse autonome, à la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse (C. N. R. V.), et *capitalisée* par elle, au nom de l'intéressé. La retraite produite dépend de l'âge d'entrée, elle se monte à 20.762 pour le médecin ayant commencé à cotiser à 25 ans, et à 1.718 francs pour celui ayant commencé à 50 ans.

La retraite totale (capitalisation plus répartition) est donc au maximum de 27.762, et au minimum de 7.000 francs. *Les versements sont faits à capital aliéné et sans contre-assurance.* Mais, en outre de la retraite, le projet « Pomaret prévoit d'autres prestations :

— La *réversion* sur le conjoint survivant de la moitié de la retraite, en cas de décès du titulaire après 65 ans. Cette réversion est facultative, et a lieu moyennant une réduction d'environ 20 % de la retraite ;

— Un *capital* payable *au décès* du médecin *avant l'âge de la retraite.* Ce capital n'est pas encore fixé dans le projet de loi. Il sera sans doute de 10.000 francs pour un célibataire, et de 20.000 francs pour le médecin marié. Des majorations sont prévues pour les charges de famille.

— Une allocation spéciale, venant s'ajouter à la liquidation anticipée du compte de retraite, en cas d'*incapacité absolue d'exercice* pour cause de maladie ou d'accident.

Le fonds de répartition serait alimenté, en outre de la moitié des cotisations, par le produit d'un *timbre obligatoire de 5 francs sur les certificats.* Le produit de ce timbre est estimé annuellement à 5 millions, ce qui paraît d'ailleurs de faible importance au regard du produit de la fraction « répartition » des cotisations, qui s'élèvera à environ 40 millions.

1° Critique de la répartition

Nous avons vu que l'innovation essentielle du projet Pomaret est le recours, pour partie, au système de *répartition* qui présuppose *l'obligation.* Il importe donc d'étudier de plus près ce que signifie la répartition, et quels en sont les avantages et les inconvénients.

La répartition consiste, étant donné un nombre déterminé de retraités et un chiffre de retraite, à calculer la part de chacun en divisant la somme totale nécessaire au service des pensions par le nombre de membres du groupe, ou inversement étant donné un chiffre déterminé de cotisation et le produit total de celles-ci à diviser ce produit par le nombre des retraités pour obtenir la retraite de chacun.

Il est évident que si le groupe de base vient à diminuer par simple vieillissement, le nombre des retraités augmentant, la cotisation deviendra de plus en plus lourde. Le problème principal dans un système de ce genre est le *recrutement.* Pour avoir toute sécurité sur son avenir, il faut que l'organisme de retraite soit fondé sur un groupe doué d'une certaine constance, tel qu'une corporation. D'où la nécessité de l'*obligation.*

Remarquons immédiatement que la question n'est pas pour cela entièrement résolue. Il semble qu'actuellement le Corps médical soit en croissance. Mais c'est là justement un mal que l'on veut combattre, et la retraite « Pomaret » en est précisément l'un des moyens. Il y a d'ailleurs à notre avis une absurdité certaine à présenter également au Parlement ce projet de retraite-répartition, et le *projet Portmann sur la limitation du recrutement des étudiants en médecine.* De toute manière, on peut sans être

grand prophète, prévoir que dans une nation en recul au point de vue démographique, une corporation ne peut à la longue que suivre le sort général et diminuer numériquement elle aussi. Il paraît donc à peu près certain, d'ores et déjà, que : *ou bien la retraite-répartition ne pourra être maintenue à son chiffre actuel, ou bien la cotisation devra être notablement et constamment augmentée.*

D'un autre côté, c'est un principe actuariel, qu'*en période de stabilité le résultat d'un régime répartition est notablement inférieur à celui d'un régime de capitalisation.* Dans ce dernier cas en effet, au lieu de se contenter de *répartir* chaque année une somme déterminée qui est immédiatement dépensée, on utilise chaque versement annuel à une fin *productive,* et le fruit de cette production, le revenu, vient ainsi s'ajouter au montant des versements, augmentant encore la productivité future. On peut donc affirmer sans crainte de démenti, qu'en période de stabilité, le système mixte capitalisation à la C. N. R. V. et répartition annuelle est nécessairement moins favorable pour le médecin qu'une capitalisation pure et simple au tarif ordinaire de la Caisse nationale.

La réserve que nous avons apportée à notre affirmation, à savoir la stabilité, est évidemment d'importance. Mais quels sont les cas de non-stabilité ? Nous en voyons trois principaux : le *passage d'un régime sans retraite au régime nouveau* (période transitoire), les *dévaluations monétaires,* et enfin la décroissance du Corps médical. Pour ce dernier cas la répartition ne fait qu'aggraver le problème. Par contre dans les deux premières hypothèses le régime de répartition présente un incontestable intérêt. Toutefois il est nécessaire d'en étudier de plus près le mécanisme et l'incidence.

Seule la répartition permet de servir immédiatement une retraite importante aux vieux médecins, ayant dépassé l'âge de la retraite ou n'ayant pu faire que quelques versements annuels. La capitalisation exige au contraire, pour que les versements ne soient pas trop lourds une période transitoire de 15 à 20 ans. Mais remarquons bien que ce qui est ainsi versé ne se retrouvera plus dans la suite, et que *l'on demande ainsi aux jeunes classes de médecins de faire un véritable cadeau aux plus anciennes.* Le cadeau est d'autant plus grand que le cotisant est plus jeune, le bénéfice d'autant plus grand que le médecin est plus vieux. La chose est particulièrement manifeste dans le projet qui nous est soumis : la fraction capitalisée (c'est-à-dire celle qui n'est pas un cadeau) n'est que de 500 francs sur une cotisation de 2.000 francs, de 25 à 30 ans, alors qu'elle est de 1.500 francs (sur une cotisation de 3.000 francs) aux âges ultérieurs. La répartition est donc fondée sur une *inégalité,* mais cette inégalité est encore aggravée par le fait que l'on demande le plus gros sacrifice à ceux qui, économiquement, sont les moins aptes à le fournir, par le fait que la cotisation n'est pas proportionnelle au revenu du cotisant.

Venons-en au cas de *dévaluation monétaire.* Il est certes indispensable, puisque l'on prétend instaurer un régime *d'épargne obligatoire et dirigée,* de prévoir une assurance contre ce risque, hélas trop possible, contre lequel un particulier peut espérer se couvrir en partie. Mais la revaluation des retraites, en cas de dépréciation du franc, exige une augmentation nominale des ressources du fonds de répartition. Il s'agit, somme toute, de servir immédiatement une nouvelle retraite complémentaire, et le mécanisme, ainsi que l'incidence sont exactement les mêmes que durant la période transitoire Là aussi nous sommes en face d'une *catégorie de privilégiés* subventionnée par une catégorie de sacrifiés, en raison de leur âge.

Remarquons de plus que l'augmentation nominale de la cotisation peut être aussi une augmentation absolue de charges, *rien ne prouvant, bien au contraire, que le revenu professionnel du médecin s'adapte immédiatement à la nouvelle valeur de la monnaie.* Rappelons à cet égard quelques chiffres : le tarif des soins aux pensionnés de guerre fixé à 15 francs en 1922 est resté depuis inchangé, malgré les dévaluations. Les tarifs de responsabilité des Assurances sociales, malgré une dévaluation de près de 50 %, n'ont augmenté que de 25 %. Là encore une cotisation proportionnelle au revenu eût permis de ne point transformer une augmentation nominale en augmentation absolue.

Enfin le système mixte Pomaret ne compense que partiellement les dévaluations, puisque fondé pour moitié sur la capitalisation. Or il est possible, ainsi que nous allons le montrer dans notre dernière partie, *de réduire au minimum les risques de dévaluation, en matière de capitalisation,* en donnant aux versements un taux croissant.

Que conclure de ce débat ? C'est que la répartition, désavantageuse en période normale, présente des dangers (décroissance du groupe, période de guerre) mais aussi des avantages *au cours de périodes accidentelles et temporaires* (période transitoire, dévaluation). C'est donc une erreur à notre sens que d'en faire l'un des *piliers permanents* d'un système de retraite, et il serait préférable d'en limiter l'application (en la rendant plus large d'ailleurs) aux périodes qu'elle concerne.

D'autre part *les avantages* de la répartition

sont obtenus au prix de *sacrifices* imposés à certains pour le bénéfice de *certaines classes privilégiées*. Par là elle s'apparente à l'*assistance*. Il est donc important que les charges de cette assistance soient proportionnées aux facultés de chacun et que ses prestations soient mesurées aux besoins de ceux qui en bénéficient. Enfin il est nécessaire que cette assistance ne soit pas purement gratuite.

2° Critique de la fixité de la cotisation

Après ce que nous venons de dire, cette critique sera aisée :

— Au point de vue répartition, la cotisation uniforme aggrave l'injustice inhérente au système, tant en période transitoire qu'en période de dévaluation. La charge d'assistance est en effet d'autant plus lourde que le cotisant est plus jeune. Et d'autre part seule une cotisation proportionnelle au revenu permettrait l'adaptation automatique de la retraite répartition à l'accroissement nominal des recettes en cas de dévaluation.

— au point de vue capitalisation, il est antiéconomique d'imposer une épargne constante à un revenu normalement croissant. Il est d'autre part dangereux de constituer trop tôt le capital de la retraite, et il vaut mieux, pour diminuer les risques monétaires, rapprocher sa constitution de l'âge d'entrée en jouissance.

D'un autre côté, tous les systèmes de retraites obligatoires fonctionnant ou en cours de réalisation sont fondés sur une cotisation proportionnelle au revenu, donnant droit à une pension dépendant également de ce revenu. Ainsi en est-il en matière de pension de fonctionnaires, d'assurances sociales, où la cotisation totale de 8 % sert, en particulier à constituer une retraite de 40 % du salaire de base ayant servi au calcul des cotisations depuis l'âge d'entrée. Les mêmes principes régiraient la « retraite des vieux travailleurs » et particulièrement les indépendants et les salariés exclus des Assurances sociales en raison de leur gain, pour lesquels la Commission du Sénat a récemment admis l'obligation d'affiliation à une Caisse de retraite. Ces deux derniers cas sont extrêmement voisins de celui des médecins, et il s'agit somme toute d'une *extension et d'une généralisation des Assurances sociales obligatoires*. On ne voit vraiment pas pourquoi le Corps médical, qui réclame cette extension à son profit, suivrait à l'intérieur de ee régime un sort différent des autres.

Qu'on ne nous objecte pas la difficulté de calculer le revenu de base, au regard de la simplicité de la cotisation unique. Le revenu professionnel est déjà déterminé pour l'impôt cédulaire, et le fisc se charge fort bien de la besogne du contrôle de son exactitude. La cotisation retraite s'ajouterait automatiquement à l'impôt cédulaire, au lieu d'être adjointe à la patente comme dans le projet qui nous est présenté. Il n'y a point de différence au point de vue de la facilité de perception.

3° La liberté d'exercice

C'est parce que la proposition « Pomaret », dans son texte primitif, portait atteinte à cette liberté au delà de 65 ans, qu'elle souleva une générale levée de boucliers. Le projet actuel laisse le médecin « libre » de renoncer ou non à l'exercice. Malheureusement cette liberté est beaucoup plus théorique que réelle.

Si en effet le médecin âgé de plus de 65 ans veut continuer son activité professionnelle, il *perd absolument tout droit sur ses versements*, même pour la partie capitalisée, et *doit en outre continuer à cotiser* au tarif, de faveur il est vrai, de 1.500 francs par an. Imagine-t-on donc que l'on puisse renoncer de gaité de cœur, et en toute sérénité d'esprit, à un capital représentant, en dehors de tout intérêt, une somme d'environ 108.000 francs ?

On nous répondra certes qu'il ne tient qu'au médecin de toucher sa pension. Mais, si cette pension lui permet une vieillesse honorable lorsqu'elle atteint son maximum de 27.000 francs (ce qui n'aura lieu que dans une trentaine d'années) elle est *notoirement insuffisante, à son taux minimum de 7.000 francs par an, taux applicable aux dix premières promotions de retraités.*

Nous assisterions donc, avec ce système, au résultat paradoxal suivant : prendraient seuls leur retraite, constituée ne l'oublions pas par les sacrifices des classes jeunes, les médecins disposant de revenus personnels suffisants. Par contre les médecins qui en seraient dépourvus, et auxquels on veut justement venir en aide, seraient obligés de continuer leur activité professionnelle, et se verraient en outre dépouillés, sans aucune contre-partie, du résultat des versements qu'on leur aurait imposés.

La question est d'ailleurs complexe : d'un côté on ne peut admettre qu'un médecin n'ayant pas ou ayant peu cotisé puisse toucher une retraite importante sans aucune contre-partie. Et cette contre-partie est somme toute une espèce de *cession de clientèle collective*, dont on attend grand bien pour combattre la pléthore médicale. D'un autre côté on doit reconnaître que l'on peut fort justement qualifier, comme certains l'ont fait, *de véritable spoliation*, le mécanisme actuel qui prive de tout droit au produit de ses cotisations le médecin continuant, soit par goût, soit par obligation économique, l'exercice de son art.

A notre avis, il faut, pour mettre sur pied

une solution acceptable, se rappeler la dualité de la retraite (répartition-capitalisation) et la véritable nature de la répartition (caractère temporaire et d'assistance).

a) En ce qui concerne le résultat de la *capitalisation* faite individuellement au nom de chaque médecin, il s'agit là, d'*une véritable propriété* dont on ne peut songer à le priver et qui lui revient, *sans qu'il y ait lieu de rechercher s'il continue ou non son activité professionnelle.*

b) Quant à la retraite « répartition » (à laquelle nous proposons de ne donner qu'un caractère temporaire et réservé aux périodes transitoires), elle constitue une mesure d'*assistance corporative,* destinée à permettre aux médecins, qui n'en ont individuellement pas le moyen, de prendre immédiatement leur retraite, en conservant un niveau de vie honorable. Il est *donc juste qu'elle suppose comme contre-partie la cessation de l'exercice de la médecine.* Mais elle doit être suffisante à elle seule pour faire vivre son bénéficiaire, c'est-à-dire atteindre au moins *le double* de celle qu'on nous propose. Elle doit être *refusée à tous ceux qui disposeraient de ressources personnelles équivalentes.*

4° Invalidité. Capital au décès

Le projet Pomaret prévoit le cas de l'invalidité survenant avant 65 ans. Ce n'est pas à dire qu'il le résolve complètement. L'invalide reçoit en effet :

— la liquidation anticipée de son compte individuel de retraite (c'est-à-dire le produit de sa capitalisation personnelle), ce qui n'est que justice puisque ce capital lui appartient ;

— une allocation sur le montant de laquelle nous n'avons aucune précision, et qui sera prise sur le fonds répartition.

Cela ne suffit pas, car la liquidation anticipée de la retraite peut ne donner qu'une rente très faible au cas où l'accident surviendrait à un médecin jeune. Si l'on veut couvrir l'invalidité, il faut comme en matière d'assurances sociales, pouvoir verser une rente d'un montant égal à celui de la pension minima, à tout médecin ayant cotisé dès son installation. La répartition ne devrait intervenir en cette matière également que pour les périodes transitoires.

Venons-en au cas du décès du médecin. La retraite Pomaret est obligatoirement *à capital aliéné et sans contre-assurance.* Autrement dit le montant des primes versées n'est jamais remboursé aux ayants droit, que le décès du médecin survienne avant ou après l'âge d'entrée en jouissance. Mais :

— en cas de décès *avant* 65 *ans, un capital* d'un minimum de 10,000 francs variant suivant les charges de famille est versé aux héritiers ;

— en cas de décès *après* 65 *ans, la moitié de la rente* peut être reversée sur la tête de la veuve, moyennant une réduction de cette rente de l'ordre de 20 %. Le texte parle également d'*allocations* annuelles renouvelables concernant les enfants mineurs, sans nous donner la moindre indication sur leur montant.

Convenons tout de suite que le capital au décès est supérieur à la contre-assurance, qui sert un capital dont le montant est faible précisément au moment où les besoins des ayants-droit sont grands, c'est-à-dire où le médecin mort jeune laisse des enfants en bas-âge. Mais le capital prévu par le projet Pomaret nous semble trop faible lui aussi. Le produit de la contre-assurance varierait de 0 à 108.000 francs suivant l'âge du décédé. Il semblerait qu'en moyenne le capital fixe au décès devrait atteindre environ 50.000 francs.

En cas de mort du médecin après 65 ans, la réversion et les allocations aux orphelins mineurs nous semblent ne point résoudre entièrement la question. Remarquons tout d'abord qu'il est rare qu'un médecin de plus de 65 ans laisse des enfants mineurs. D'autre part le mari et la femme peuvent justement souhaiter que le capital familial représenté par les versements-retraite ne disparaisse pas purement et simplement avec eux. Il serait donc utile de prévoir la *possibilité de réserver* les versements, pour la part capitalisation. A cette combinaison, la meilleure mais la plus chère, pourrait être adjointe la formule beaucoup moins onéreuse utilisée depuis quelques années à la Mutualité familiale : le *capital réservé spécial.* Elle consiste en ce que les versements sont remboursés aux ayants droit, en cas de décès après l'âge d'entrée en jouissance, *sous déduction des arrérages de rente déjà touchés,* de telle sorte que la famille est toujours certaine de récupérer les sommes versées, soit sous forme de rente, soit sous forme de capital.

Exposé d'un contre-projet

Il nous est facile maintenant de présenter, d'une manière systématique, les grandes lignes d'un contre-projet. Indiquons d'emblée nos sources : nous nous sommes inspirés des modalités techniques des contrats-groupe de retraite conclus depuis dix ans par des chefs d'entreprise au profit de leur personnel, auprès de l'une de nos plus importantes Compagnies d'assurance-vie.

a) *Montant de la cotisation et de la retraite.* — La pièce permanente de notre projet résiderait en une retraite calculée d'après un pourcentage du revenu net professionnel, au moyen d'une

cotisation proportionnelle également à ce revenu. Nous proposons le système suivant, qui a le mérite d'être clair pour l'assuré, et parfaitement juste puisqu'il fait dépendre automatiquement le montant de la retraite de la durée des versements : *chaque année l'assuré se constitue une retraite de 2 % de son revenu au moyen d'une cotisation de 8 % de ce même revenu* (chiffre approximatif des contrats-groupe précités). Si l'on trouve le prélèvement de 8 % trop élevé, il est aisé de fixer un minimum de retraite de 1 % avec cotisation de 4 % et un palier intermédiaire de 1,5 % avec cotisation de 6 %.

Ainsi un médecin commençant à cotiser à l'âge de 25 ans et cessant d'exercer à 65 ans, se serait constitué au taux de 2 %, *une retraite égale* à 80 % *de son revenu moyen* (ou au taux de 1 %, 40 % taux des Assurances sociales).

Plus généralement, *le montant de la retraite est égal à 2 % du gain total* (depuis l'âge d'entrée jusqu'à 65 ans) ou encore à 2 % *du gain moyen par année d'exercice.*

b) *Modalités de constitution.* — La constitution de la retraite aurait lieu intégralement par un *système capitalisation* fort différent du système Pomaret. Sur la cotisation de 8 %, 5 % seraient versés à un compte individuel, à la C. N. R. V. Le solde, soit 3 %, serait versé à un fonds collectif qui servirait à constituer, sur la tête de chaque médecin, la différence entre la rente de 2 % promise, et la rente que la capitalisation de 5 % a permis de constituer.

D'autre part le mécanisme même de ce système réduit automatiquement dans une très large mesure *les risques de dévaluation monétaire.* En effet, en une telle hypothèse ce qui est frappé est la rente déjà acquise. Or cette rente est, dans le système proposé, toujours inférieure à celle que donnerait une capitalisation ordinaire fondée sur une prime constante. Il s'en suit que la plus grosse partie du capital est constituée au cours des dernières périodes de cotisation, donc sous un régime monétaire qui a des chances d'être voisin de celui de la retraite. D'un autre côté, toute dévaluation survenant dans la période des versements entraîne automatiquement une correction de ces versements, ceux-ci étant proportionnels au revenu nominal de l'assuré. Rappelons enfin que le « système Pomaret » ne peut compenser le risque de dévaluation qu'au maximum pour 50 %.

c) *Décès.* — Une majoration de la cotisation de 0,50 à 1 % permettrait soit la contre-assurance des versements, soit, ce qui est préférable, le versement d'un *capital en cas de décès* avant 65 ans d'un montant à peu près égal à celui que nous avons fixé plus haut. D'autre part, la fraction des versements capitalisée pourrait être *réservée* selon l'une des deux formules que nous avons indiquées (capital réservé simple ou spécial). La *réversion* sur la veuve pourrait également avoir lieu selon le pourcentage prévu par le projet Pomaret.

d) *Liberté d'exercice.* — Bien entendu l'allocation de la rente n'entraînerait en aucune manière la nécessité pour le retraité de cesser l'exercice de son art. Une telle condition ne se comprendrait point, puisque la retraite correspond mathématiquement aux versements et reste donc la propriété de son titulaire. Au reste le régime des Assurances sociales, assez analogue à celui que nous exposons, n'a jamais posé lui non plus une telle condition.

e) *Période transitoire.* — Nous reconnaissons bien volontiers que notre système ne saurait permettre de résoudre le problème de la période transitoire, la retraite ne devenant suffisante, au taux maximum de 2 %, qu'après une durée de versement d'au moins dix à quinze années. Or le problème de la retraite du médecin exige des mesures immédiates.

En définitive de quoi s'agit-il ? Uniquement de fournir aux médecins, *n'ayant point de revenus personnels suffisants*, une pension leur permettant une vieillesse honorable. Une somme de 7.000 francs ou même de 10.000 serait nettement trop faible ; il faudrait compter au minimum 15 à 20.000 francs. Bien entendu sur ce chiffre serait imputé, outre le montant des revenus personnels, le montant de la pension constitué par leurs versements. Ainsi *limitée à ceux qui en ont réellement besoin*, la retraite de la période transitoire ne serait pas une trop lourde charge, et pourrait être financée *par répartition* au moyen d'une *cotisation temporaire* également proportionnelle au revenu de chaque médecin.

Cette retraite temporaire exigerait *obligatoirement de ses bénéficiaires la cessation de tout exercice professionnel.* Ce serait la juste contrepartie du grand avantage qui leur serait consenti par l'effort collectif de leurs confrères.

Ainsi présentée, nous croyons que la retraite obligatoire du médecin ne pourrait plus soulever les craintes et les oppositions que nous voyons naître actuellement à l'encontre du projet Pomaret. Il serait regrettable à notre sens que ses imperfections techniques viennent détacher le Corps médical du beau principe de la retraite professionnelle.

Jean MIGNON.

LES HÔPITAUX PUBLICS ET LES MAISONS DE SANTÉ DOIVENT-ILS ÊTRE CLASSÉS PARMI LES INDUSTRIES INSALUBRES ?

Pareille question est grosse de conséquences. Elle intéresse aussi bien ceux de nos confrères, qui, comme maires, sont présidents de la Commission administrative de leur hôpital, que tous ceux qui, avec leurs deniers, ont créé et font fonctionner une maison de santé chirurgicale.

Voici pourquoi je crois utile de leur faire connaître le rapport que j'ai eu à faire devant la section permanente du Conseil supérieur de l'Assistance publique de France.

Dans sa séance du 22 décembre 1937 le Conseil municipal de Paris a adopté la demande du Syndicat général du personnel des hôpitaux et hospices de l'Assistance publique de Paris, tendant à obtenir le classement des hôpitaux dans la catégorie des industries insalubres.

Cette question a été maintes fois discutée au Conseil municipal de Paris ; elle a fait l'objet d'enquêtes et de rapports au sein de l'Administration générale de l'Assistance publique de Paris.

Il apparaît évident, à première vue, que les agents des hôpitaux et hospices qui, à des titres divers, donnent leurs soins, ou collaborent au Service général hospitalier, sont placés dans des conditions d'existence moins salubres que celles des employés et ouvriers de l'industrie et du commerce en général. Il semblerait donc que les dispositions générales du Livre II du Code du travail sur l'hygiène et la sécurité des travailleurs, pourraient et même devraient s'appliquer aux infirmiers et agents divers des hôpitaux ou des maisons de santé.

Mais, si l'on considère les incidences et les conséquences pécuniaires considérables qu'entraînerait le classement des hospices et hôpitaux dans la catégorie des industries insalubres, force nous est de nous pencher plus attentivement sur le problème et d'envisager par quelles solutions il serait possible de donner satisfaction à certaines catégories d'agents et employés, tout en respectant, autant que faire se peut les budgets hospitaliers, c'est-à-dire le patrimoine des pauvres, comme les intérêts légitimes des directeurs de maisons de santé privées.

Quelles sont les catégories d'emplois qui, dans un hôpital exposent le plus ceux qui y sont occupés ?

Tout d'abord le service des salles de contagieux, le service du dépôt des morts, le triage du linge sale, les services de désinfection, incinération des crachoirs, etc... D'autres services sont moins sujets à caution : boulangerie, lingerie, services généraux ; mais néanmoins les employés et agents qui y sont occupés travaillent dans l'hôpital même, c'est-à-dire dans un établissements qui pourrait être considéré comme insalubre, vu l'agglomération des malades qui y sont traités.

Il est donc difficile *a priori* de faire le départ entre la contagiosité directe et celle indirecte : la première provenant du travail lui-même, la seconde découlant du lieu où s'accomplit le travail.

Une seconde considération a son importance. Dans beaucoup d'hôpitaux, le personnel est interchangeable : il peut accomplir une période de travail dans un service, puis être muté dans un autre, le premier pouvant être réputé insalubre plus que le second ou réciproquement. Il en découle cette considération, c'est que dans certains hôpitaux il serait bien difficile d'établir le pourcentage des mois et années passés par un agent dans un service dit insalubre avec le temps de travail exécuté dans un local plus salubre.

Une troisième considération d'ordre pratique : c'est que je ne pense pas que les administrateurs des hôpitaux éprouvent de grandes difficultés pour le recrutement du personnel, qui serait affecté aux divers services hospitaliers même pour ceux qui présentent un caractère d'insalubrité.

C'est ainsi que le service du dépôt des morts est assez fréquemment sollicité par des nombreux candidats, attirés que sont ces derniers par certains avantages pécuniaires qu'ils retirent de la part des familles, ou autres.

Qu'il me soit permis de faire remarquer que les infirmiers sont protégés, dans leur travail, par différentes législations. En matière d'accidents du travail notamment, les infirmiers des maisons de santé le sont, depuis l'arrêt de la Cour de cassation, Chambre civile du 12 novembre 1923. La question fut plus longtemps discutée pour le personnel des établissements publics. Mais par arrêt du 27 mai 1931, la Chambre des requêtes et plus récemment par arrêt du 1er mars 1939 la Chambre civile de la Cour de cassation ont décidé que les infirmiers des hôpitaux publics devaient être assimilés aux domestiques, concierges et gens de maisons et par suite devaient être bénéficiaires des dispositions de la loi du 2 août 1923

rendant applicable la législation du 9 avril 1898 pour les accidents du travail survenus au personnel domestique.

Or, une maladie contagieuse contractée à l'hôpital, par un infirmier, qui ne soigne pas de malades en dehors de l'établissement, pourrait-elle être assimilée à un accident du travail ? Oui, car la jurisprudence se montre très large pour l'applicabilité de la loi du 9 avril 1898.

C'est ainsi que le Tribunal civil de Rouen a jugé, 25 mai 1905, que la variole contractée à l'hôpital par un blessé du travail en traitement était également un accident du travail. La Cour d'appel de Paris, par arrêt du 4 mai 1906, a considéré qu'était victime du travail un ouvrier atteint de variole, alors qu'il était occupé à la démolition de l'hôpital de contagieux d'Aubervilliers. La Cour d'appel d'Oran, par arrêt du 17 août 1930, a assimilé le typhus à un accident du travail, alors que l'infirmier n'accomplissait son travail qu'à l'intérieur de l'établissement.

D'où la conséquence c'est que l'infirmier qui serait atteint d'une piqûre anatomique à l'occasion de son service au dépôt mortuaire, ou tout autre agent atteint d'une maladie ou lésion contagieuse à l'intérieur de l'hôpital pourrait bénéficier de la législation sur les accidents du travail.

Signalons en outre deux décrets du 1er octobre 1913. L'un interdit l'emploi des cotons, ouates, gazes et autres objets ayant servi à des pansements : la manipulation, le traitement et l'emploi de ces produits de pansements usagés sont interdits dans les dépôts et triages de chiffons, dans les blanchisseries de déchets, dans les ateliers d'effilochage, de déchiquetage, de cardage et dans les ateliers de l'industrie textile.

Ce qui revient à dire que ces déchets de pansements sont incinérés dans l'hôpital même et ne peuvent pas être dommageables pour le personnel hospitalier.

L'autre décret concerne la manipulation du linge sale dans les ateliers de blanchissage. Il concerne par conséquent ceux des hôpitaux qui font eux-mêmes blanchir le linge dans l'établissement.

Le linge sale avec son contenant doit être désinfecté avant tout triage par des procédés de désinfection admis pour l'exécution de la loi du 15 février 1902 ou par l'ébullition dans une solution alcaline, soit, à défaut de l'une de ces opérations, tout au moins soumis à une aspersion suffisante pour fixer les poussières. Dans ce dernier cas, les sacs et enveloppes, ou tous autres récipients doivent être lessivés ou désinfectés.

Les mesures de désinfection sont obligatoires pour le linge sale provenant des établissements hospitaliers où l'on reçoit des malades.

Il est interdit de manipuler du linge sale non désinfecté, ou non lessivé dans des salles où se trouve du linge blanchi.

Ainsi ces textes réglementaires protègent-ils les employés, aussi bien ceux des hôpitaux que ceux des blanchisseries du commerce contre toute manipulations qui serait susceptibles d'être une source de contagion de maladies.

Envisageons maintenant les répercussions d'ordre budgétaire que pourrait entraîner le classement des hôpitaux de France — et non pas seulement ceux de l'Assistance publique de Paris — dans la catégorie des industries insalubres :

La retraite serait acquise à l'âge de 50 ans, au lieu de 55 — la durée des services à 25 ans au lieu de 30 — et avec une majoration qui pourrait atteindre 50 %.

Certes des modalités particulières peuvent être apportées dans le règlement intérieur et de santé de chaque établissement hospitalier ; néanmoins il en découlerait une charge pécuniaire considérable à l'heure où, devant la diminution du revenu du fonds de dotation, et des augmentations croissantes des services médicaux, chirurgicaux et de spécialités, les Commissions administratives de beaucoup d'établissements se demandent avec angoisse comment elles pourront faire face à toutes leurs charges.

Conclusion. — Quelque généreux que puissent être les sentiments qui animent le Conseil municipal de Paris à l'endroit du personnel infirmier, qui se dévoue pour le traitement des malades, il convient de donner une réponse défavorable au classement des hospices et hôpitaux dans la catégorie des industries insalubres.

Qu'il nous soit permis de faire une suggestion : dans certains hôpitaux, ceux de Paris en particulier, une majoration, dite de « haute paie » est allouée à ceux des agents qui sont employés dans des services dont la salubrité paraît douteuse.

Je propose donc d'envisager la possibilité de l'octroi de cette haute paie à ceux des agents, infirmiers, ou autres, pendant tout le temps durant lequel ils seraient occupés dans ces services dits insalubres.

Mais il ne saurait être question d'envisager le classement des hospices et hôpitaux dans la catégorie de industries insalubres, étant données les répercussions profondes d'ordre budgétaire qui se manifesteraient dans le service de l'octroi des retraites, étant donné, également que progressivement, toutes les catégories diverses des personnes qui travaillent à l'hôpital à un titre quelconque émettraient la prétention de figurer parmi le personnel bénéficiant des avantages conférés aux travailleurs des industries insalubres.

Dr Paul Boudin.

MÉDECINE LÉGALE

L'examen du sang et la recherche de la paternité

« Dans un récent procès en recherche de paternité, les juges du Tribunal civil de Nice ont ordonné l'expertise du sang des parties en cause. Ce jugement a eu, en France, un juste retentissement, car, pour la première fois à notre connaissance, il substitue aux moyens de preuve habituels, tous incertains et désuets, les résultats de méthodes scientifiques, infiniment plus précis et objectifs ». Ainsi s'exprime, au début d'une étude originale, M. J. Brissaud, juge au Tribunal civil de la Seine (1).

Et l'auteur d'ajouter que d'un fait considéré jusqu'à nos jours comme mystérieux, la paternité, ce procédé apporte une « démonstration en quelque sorte mathématique ». Il s'agissait d'une demoiselle J. R. accusant un sieur T. d'être le père de son enfant, alors que vingt années s'étaient écoulées depuis la rupture entre les amants et la naissance de cet enfant.

Notre Code civil (art. 340) prohibait de façon à peu près absolue la recherche de la paternité naturelle, puisqu'il ne l'admettait qu'au cas d'enlèvement. Cependant la loi du 16 novembre 1912 prescrivit que la paternité hors mariage pouvait être déclarée par les Tribunaux :

— au cas d'enlèvement ou de viol ;
— s'il y avait eu séduction par manœuvres dolosives (abus d'autorité, promesse de mariage ou fiançailles), s'il existait un commencement de preuve par écrit ;
— s'il y avait aveu non équivoque écrit du prétendu père ;
— s'il y avait eu concubinage notoire du prétendu père et de la mère ;
— si le père supposé s'était comporté comme tel à l'égard de l'enfant.

Malgré l'extension de ce texte sur le droit antérieur, la preuve à rapporter par la mère était encore ardue et difficile.

L'expertise du sang, en pareille matière, est une méthode physiologique, qui repose sur l'existence de groupes sanguins, variés chez les différents individus ; leur sérum possède un pouvoir agglutinant vis-à-vis des globules rouges, ce pouvoir étant variable d'un groupe à l'autre ; l'agglutination, lorsqu'elle se produit entre sangs de certaines catégories, démontre leur incompatibilité absolue. Etant donné que les qualités agglutinantes d'un sang déterminé sont héréditaires et qu'elles ne peuvent apparaître chez les enfants, si elles ne sont pas présentes chez l'un au moins des parents, et qu'elles ne varient jamais au cours de l'existence d'un même individu, la démonstration mathémathique », qui en résulte, ne peut donc avoir que la valeur d'un élément négatif dans la recherche de la paternité ; en d'autres termes, il n'existe aucun lien de famille entre le père et l'enfant, si, chez le prétendu père, on ne reconnaît pas les éléments du sang trouvés chez l'enfant. Un tel père n'est donc pas « possible ». Si la méthode a, dans ces conditions, une valeur d'exclusion absolue, sa valeur de probabilité n'est que relative.

Sans mésestimer les progrès obtenus en la matière par la sérologie, il convient pour l'heure de se garder d'un optimisme trop grand, car, ne l'oublions pas, les données du problème sont complexes, en raison des facteurs suivants :

— une part de constatation objective et expérimentale : les groupes sanguins ;
— une part de constatation empirique ; il semble que l'hérédité des groupes sanguins suive les lois de Mendel, or celles-ci ne sont pas absolues ;
— une part de conception théorique : le déterminisme héréditaire du groupe sanguin de l'individu.

On voit donc combien nous sommes encore loin de vérités admises sans discussion possible et des certitudes mathématiques.

Pour l'heure, les méthodes nouvelles auront du moins pour résultat, dès leur divulgation, de tuer « ab ovo » les demandes faites par les mères de mauvaise foi, demandes formulées dans un but de chantage : c'est là déjà un résultat appréciable. A noter que le procédé de l'examen du sang est couramment utilisé, depuis des années, en Amérique, en Allemagne, en Autriche, Danemark, Pologne et autres pays nordiques.

***

Ajoutons qu'en matière pénale notamment, l'étude comparative du sang peut recevoir de nombreuses applications.

L'examen des traces de sang, laissées par un criminel sur quelque objet, peut faciliter la découverte du coupable. De même en matière d'infanticide, d'attentats à la pudeur par ascendant,

(1) *Annales de médecine légale*, avril 1938.

lorsqu'il s'agit d'exclusion de paternité ou de maternité, l'examen du sang de l'enfant et des parents incriminés peut éviter des erreurs judiciaires aux redoutables conséquences.

Citons encore le cas de deux bébés confondus dans une maternité, lors de leur bain quotidien, par une nurse distraite. L'analyse du sang des deux mères et de leur progéniture permet aussitôt l'identification des enfants.

En cas d'épouse supposée infidèle, le mari peut rejeter la paternité d'un enfant grâce à l'examen du sang, alors que la loi basait la reconnaissance de la paternité imposée sur la double présomption de cohabitation des époux et de fidélité de l'épouse.

Certains conflits de paternité pourront ne plus être tranchés arbitrairement par les juges, ainsi qu'il arrive actuellement.

Ainsi une épouse donne naissance à un enfant avant le 180e jour de la célébration du mariage ; le père légal est le mari (art. 314), avec faculté pour lui d'user de la procédure du désaveu ; cependant la reconnaissance par un individu autre que le mari possède une valeur juridique égale à celle de la présomption jouant en faveur du mari. Quel est donc le père véritable ? L'exament du sang départagera les deux auteurs.

Autre cas : sans se conformer au délai de viduité, dès le décès de son mari, une femme se remarie et met au jour un enfant moins de 300 jours après le décès de son premier mari et plus de 180 jours après son remariage. Quel est le père ? Les paternités légales du défunt et celle du deuxième mari s'affrontent : dans ce conflit l'examen du sang permettra de conclure.

Résultats d'une enquête mondiale, concernant l'utilisation des groupes sanguins dans les procès en discussion de paternité

MM. L. Christaens et Bavay ont eu l'idée d'adresser pareil questionnaire de justice à la plupart des directeurs de laboratoires mondiaux, qui s'occupent de cette question.

Vingt-deux réponses sont parvenues actuellement, provenant de treize pays : Allemagne, Angleterre, Autriche (avant l'Anschluss), Belgique, Danemark, Etats-Unis d'Amérique, Italie, Pologne, Portugal, Roumanie, République Argentine, Suisse, Tchécoslovaquie.

En Allemagne, les différents auteurs indiquent que la loi admet explicitement les groupes sanguins dans la recherche de paternité. En Angleterre, cette question est en pleine évolution. En Autriche les groupes sanguins sont entrés depuis longtemps dans les mœurs judiciaires. En Belgique comme en France, les cas sont limités à la recherche de la paternité naturelle. Mêmes réponses favorables du Danemark, des Etats-Unis d'Amérique, de la Tchécoslovaquie, de la Suisse.

En Italie, le Code civil italien interdit la recherche de la paternité, sauf en matière criminelle. Dans les autres pays, on n'a pas encore adopté les expertises des groupes sanguins pour rechercher la paternité. (*Annales de médecine légale*, février 1939.)

G. F.

MARCHANDS DE SANTÉ

On sait qu'un décret du 25 juin 1938 avait purement et simplement supprimé tous les médecins juifs d'Allemagne, en leur interdisant de donner leurs soins à des chrétiens ou d'occuper aucune fonction universitaire ou hospitalière. On laissait toutefois au Ministre de l'Intérieur le droit de rendre à un petit nombre d'entre eux le droit d'exercer la médecine non plus comme docteurs en médecine ou médecins, mais comme *Kranksbehandleren*, c'est-à-dire commerçants en maladies ou artisans en santé. On apprend que six cents juifs ont bénéficié de cette mesure, dont 416 à Berlin, 60 en Silésie, 40 à Franckfort et 10 à Nuremberg, la ville sainte.

En Prusse orientale et en Sleswig Holstein, aucun juif n'a été réadmis au commerce de la santé. Ces chiffres, d'ailleurs, ont été établis avant les « récents événements », qui vont sans doute permettre au Molochde dévorer un certain nombre de nouvelles victimes.

Etant donné que ces sous-médecins ne peuvent soigner que des juifs, leur nombre indique qu'il y a encore pas mal de communautés juives en Allemagne, ce qui justifie l'opinion d'après laquelle le principal but des mesures antisémites était de se débarrasser de tous ceux dont les idées politiques n'étaient pas agréables au pouvoir actuel.

Ph. DALLY.

VIe CONGRÈS NATIONAL DES MÉDECINS CONSEILS ET CONTRÔLEURS

Le VIe Congrès national annuel de l'Association des médecins-conseils et contrôleurs s'est tenu à Nice, du 26 au 29 mai 1939. Il réunissait de nombreux médecins-conseils et contrôleurs de Caisses d'assurances sociales, des Unions régionales et de diverses Caisses mutuelles et de prévoyance de toutes les régions de la France.

M. le ministre de la Santé publique s'était fait représenter par le Docteur Leclainche, inspecteur général technique au ministère et M. le ministre du Travail par M. Sénequier, directeur du Service régional des Assurances sociales, suppléé par M. Taladoire.

Le président de l'Association, le Professeur Vanverts dirigea les séances d'études avec la collaboration du Docteur Perret, secrétaire général.

C'est au Docteur Gruzu que l'on devait l'organisation matérielle de la manifestation et tout son succès.

Une séance de commission et trois séances plénières se sont tenues au Centre universitaire méditerranéen où M. le recteur de l'Académie d'Aix-Marseille et le Professeur Mignon avaient bien voulu accueillir le Congrès et mettre à sa disposition les magnifiques salles de congrès.

La première question à l'ordre du jour était : « *Le contrôle des assurés assistés* ».

Le Docteur Gossart, rapporteur, signale l'importance des dépenses d'Assistance médicale gratuite pour les étrangers, les abus fréquents d'inscriptions sur les listes d'assistance et la complexité de la plupart des systèmes actuels de formalités administratives.

Il indique, par ailleurs, la solution nouvelle qui vient d'être appliquée dans l'Oise et qui, par son système de « fiches carbonées », simplifie les écritures, facilite le contrôle et accélère les prestations.

De leur côté, les Docteurs Bernard, Carrié et Charruyer de Limoges exposent, au Congrès, le système utilisé dans la Haute-Vienne qui, par une « fiche de position » permet de connaître exactement la situation individuelle et familiale de chaque assuré assisté.

Après des échanges de vues animés sur les nombreux excès que la plupart des médecins-contrôleurs ont pu, au cours de leur exercice quotidien, constater dans le fonctionnement de l'assistance médicale, on est arrivé à cette conclusion que les causes de cette situation restent hors d'atteinte du contrôle médical, si avisé soit-il, et le vœu suivant a été adopté :

« Le Congrès trouve, dans l'expérience du con-
« trôle, confirmation que beaucoup d'inscriptions
« sur la liste d'assistance sont abusives.
« Il a constaté, par l'analyse des cas d'espèces
« que ces inscriptions abusives ont souvent des,
« motifs qui sortent du domaine de la technique.

« Le Congrès est d'avis que la qualité d'assisté
« ne devrait être attribuée que sur l'avis d'un ser-
« vice social technique spécialisé et indépendant. »

La deuxième question concernait : « *Le contrôle des soins spéciaux* ».

Le Docteur Raymond, dans son rapport, essaie de définir les soins spéciaux. Il en exclut les actes de chirurgie générale, de même que les interventions chirurgicales faites par des praticiens spécialistes en ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, etc., chaque fois qu'ils présentent un caractère nettement opératoire. Par contre, certains soins comme cathétérisme, dilatations, lavages... faits par un praticien ou un médecin spécialiste seront considérés comme « soins spéciaux », s'ils sont pratiqués en série.

En outre, il convient de ranger, dans les soins spéciaux, les investigations et traitements radiologiques parce qu'ils nécessitent un outillage particulier, de même que toutes les interventions comportant l'emploi de l'électricité. Ces actes si variés ont ceci de commun qu'ils entraînent, avant prise en charge, un contrôle des Caisses. Le Docteur Raymond indique que ce contrôle est d'autant plus délicat qu'il s'agit souvent de techniques très spécialisées que ne peuvent pas toujours connaître à fond les médecins-contrôleurs.

Les rapports des Docteurs Jaulin et Millot confirment les conclusions du Docteur Raymond, et insistent sur la nécessité du contrôle technique des appareillages utilisés, ceci afin de limiter, autant que possible, les abus auxquels peuvent donner lieu parfois ces traitements difficilement contrôlables.

Il ressort également des rapports et de la discussion que la nomenclature actuelle ne satisfait ni les praticiens, ni les médecins-contrôleurs et tout le monde s'accorde à demander que l'on envisage sa refonte complète.

Enfin, il a paru, à tous les congressistes, comme éminemment souhaitable que les malades puissent posséder les clichés radiologiques ou le résultat des analyses effectuées, en particulier par les hôpitaux, ceci afin d'orienter les diagnostics que d'autres médecins pourraient être amenés à établir ultérieurement.

La troisième question à l'ordre du jour concernait « *Les commissions techniques maladie maternité* ».

Le rapport était présenté par le Professeur Vanverts, président de l'Association. Il met en évidence la variabilité des Commissions selon les régions et la difficulté de trouver, comme président, un médecin connaissant à la fois la loi sur les Assuran-

ces sociales et tous les cas de spécialités qui peuvent se poser.

Enfin, le siège de la Commission technique, les délais de sa réunion n'ont pas été sans provoquer souvent de nombreuses difficultés d'application.

Le secrétaire général, le Docteur Perret, résumant les diverses remarques et propositions des congressistes propose que les Commissions techniques maladie-maternité soient transformées à l'image des Commissions techniques invalidité qui donnent beaucoup plus de satisfaction à toutes les parties intéressées par la stabilité de leur siège et par la permanence de leur président.

Le Congrès se rallie alors à un projet de fonctionnement des Commissions techniques constitué de la façon suivante.

— Une seule commission par département.

— Un médecin président désigné d'avance, toujours le même, choisi de préférence parmi les médecins ne faisant plus de clientèle et ayant, par son expérience et sa vie professionnelle antérieure, une autorité indiscutable. Ce président instruisant personnellement l'affaire, provoquera la réunion de la Commission et pourra confier des expertises à un spécialiste qu'il choisira lui-même, sous sa responsabilité.

Les congressistes eurent, en outre, la possibilité de visiter l'établissement du Docteur Pascal, à Cannes (cure solaire). Le dimanche matin, ils assistèrent à la présentation d'un film sur l'hôpital héliomarin interdépartemental d'Hyères et à un exposé du Docteur Félix Bérard sur la technique de la cure du travail et sur la réadaptation ouvrière qui est pratiquée à Hyères. Le Docteur Bérard a indiqué les premiers résultats, déjà fort appréciables, qu'il avait pu obtenir dans la récupération sociale des tuberculeux osseux.

Enfin, le Docteur Faure a montré également en quelques mots les possibilités de la physiothérapie dans certaines infirmités et les réadaptations sociales qu'il a pu obtenir par cette méthode.

Au cours des réceptions et excursions organisées, les congressistes et leurs familles ont pu apprécier tout le charme de la Côte d'Azur et les qualités thérapeutiques indiscutables de son climat.

Les rapports et le compte rendu détaillé du Congrès sont publiés dans *Le Médecin-Conseil*, bulletin de l'Association des médecins-conseils et contrôleurs, 60, boulevard de La-Tour-Maubourg, Paris (n° 61, juillet 1939).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Les bombardements aériens pendant la guerre d'Espagne.** — Dans le *British médical Journal*, le Docteur Mira, inspecteur général de l'armée républicaine espagnole, indique le nombre des victimes des bombardements aériens, à Barcelone, pendant la guerre d'Espagne. A la suite de 250 raids aériens, 4.357 personnes ont été tuées dans la grande cité catalane, ville la plus éprouvée avec Madrid par ces bombardements.

Sans enlever à ce chiffre sa gravité, il montre néanmoins le peu d'efficacité des raids aériens sur les villes au point de vue destruction des vies humaines, et confirme l'opinion qu'il s'agit là d'un moyen de guerre d'action principalement psychique.

Le *British medical Journal* remarque que le chiffre en question représente à quelques unités près celui des morts par accidents de la circulation, en Grande-Bretagne, pendant la même période de temps.

— **Fertilité et âge chez la femme.** — D'une statistique de 60.000 cas, réunie par Kolh, de Munich, il résulte que les limites de la fertilité chez la femme s'établissent de 12 à 49 ans. L'optimum serait dans la 23e année, La participation du groupe des plus jeunes est restreinte, puis très rapidement les chiffres augmentent jusqu'au maximum. Après celui-ci, la courbe va en décroissant lentement, puis s'abaisse nettement après la 30e année et plus rapidement encore après la 40e.

(*Bruxelles Médical*).

— **Les médecins amis des vins de France.** — Les médecins amis des vins de France tiendront, comme nous l'avons annoncé déjà, leur VIe Congrès national à Reims les 3, 4, 5 et 6 septembre prochain.

Cette manifestation est placée sous la présidence d'honneur de M. le Docteur Queuille, ministre de l'Agriculture et sera effectivement présidée par M. le Professeur Portmann, sénateur de la Gironde.

La thèse du Congrès : Le vin et le jus de raisin dans les affections de l'appareil circulatoire sera soutenue par M. le Professeur Laubry.

Pour tous renseignements s'adresser au Comité d'organisation : Docteur Guénard, président, à Epernay, ou au Commissaire du Congrès : Docteur Fagouet, 57, Cours Clemenceau, à Bordeaux.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Conditions d'admission d'un assisté médical dans l'hôpital d'une station thermale

5.450 — M. Pierre Masse, sénateur, demande à M. le ministre de la Santé publique si un malade, non assuré social, inscrit sur la liste d'Assistance médicale gratuite d'un département autre que celui de l'Allier, a droit à admission dans un service hospitalier de Vichy au titre de l'Assistance médicale gratuite pour cure jugée nécessaire et dans la négative, s'il n'a pas droit au traitement médical gratuit dans cette station. (*Question du 1er juin 1939.*)

Réponse. — Les Services départementaux d'Assistance médicale gratuite sont organisés, comme leur titre l'indique, dans le cadre départemental par les Conseils généraux. Chaque département doit, en principe, se suffire à lui-même.

L'envoi des assistés de la loi de 1893 dans les hôpitaux des stations thermales ne peut être envisagé que si ces établissements ont été habilités à cet effet par les Conseils généraux des départements de résidence des intéressés. (*J. O.*, 23 juin 1939.)

Application du tarif des accidents du travail aux chirurgiens-dentistes

9.568. — M. André Magnan expose à M. le ministre du Travail qu'en application de l'article 5, paragraphe 2, de la loi du 1er juillet 1938, modifiant la loi du 9 avril 1898 concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail, que les chirurgiens-dentistes sont compris dans la définition « des praticiens légalement définis par la loi du 30 novembre 1892 »; et demande si le paragraphe de l'article 1er de l'arrêté du 5 mai 1939 a volontairement exclu du droit aux actes fondamentaux de la spécialité « stomatologie » les chirurgiens-dentistes, ce qui apparaît contraire aux termes mêmes de l'article 5 de la loi du 1er juillet 1938 rappelés ci-dessus. (*Question du 1er juin 1939.*)

Réponse. — Les chirurgiens-dentistes définis par la loi du 30 novembre 1892 visée expressément à l'article 4, alinéa 1er, de la loi du 9 avril 1898 modifiée par la loi du 1er juillet 1938, doivent être remboursés des soins donnés par eux aux victimes d'accidents du travail dans les limites du tarif arrêté par le ministre du travail. L'arrêté du 5 mai 1939 actuellement en vigueur ne prévoit aucunement l'exclusion de ces praticiens. En effet, le paragraphe 3 de l'article 1er de l'arrêté du 5 mai 1939 fixant le tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail n'a eu pour objet que de fixer le prix de la visite ou de la consultation « pour les médecins spécialisés ... en stomatologie ». Le tarif des interventions en ce qui concerne la stomatologie est fixé par l'article 26 dudit arrêté et ce tarif est applicable aux chirurgiens dentistes au même titre qu'aux médecins.

(*J. O.*, 25 juin 1939.)

LÉGION D'HONNEUR

SERVICE DE SANTÉ

Réserves

I· ARMÉE MÉTROPOLITAINE

Par décret du 30 juin 1939, rendu sur la proposition du président du Conseil, ministre de la Défense nationale et de la Guerre, sont promusou nommés dans l'Ordre national de la Légion d'honneur au titre de la loi du 3 août 1936, *avec traitement*, les militaires des réserves dont les noms suivent :

Sont promus ;

Au grade d'officier

Béraud, méd. comm. 15e rég. ; Busso, méd. comm. 14e rég. ; Abel, méd. lieut.-col. 20e rég. ; Prével, méd. comm. 4e rég.

Au grade de chevalier

Legay, médec. capit., 4e rég. ; Guérin, méd. lieut., rég. Paris ; Baudot, méd. capit., 20e rég. ; Margaillan, méd. capit., 19e C. A. ; Savelli, méd. lieut., 15e rég. ; Niel, méd. capit., rég. Paris ; Lallemant, méd. lieut., rég. Paris ; Lesur, méd. capit., rég. Paris ; Solente, méd. capit., rég. de Paris ; Gaudon, méd. capit., 14e rég. ; Mantelin, méd. capit., 14e rég. ; Audry, méd. lieut., 15e rég. ; Lévy, méd. capit., 14e rég ; Pin, méd. capit., 15e rég. ; Seta, méd. capit., 15e rég. ; Brûlé, méd. lieut., 6e rég. ; Ricard, méd. capit., 14e rég. ; Huard, méd. capit., rég. Paris ; Roux, médec. capit., rég. Paris ; Codet, méd. capit., 4e rég. ; Auge, méd. capit., rég. Paris; Morel, méd. lieut., 8e rég. ; Gasiglia, méd. lieut., 15e rég. ; Cottalorda, méd. capit., 15e rég. ; Cournet, méd. capit. 13e rég. ; Merlo, méd. capit., 19e rég. ; Casanova, méd., command., 18e rég. ; Dutheil, méd. command., 3e rég., Maire, méd. capit., 11e rég. ; Saudino, méd. capit., 15e rég. ; Nedey, méd. capit., 7e rég. ; Corre, méd. capit., 11e rég. ; Bourlon, méd. command., rég. Paris ; Rongier, méd. capit., 13e rég. ; Périchon, méd. capit., 9e rég. ; Devaux, méd. capit., 15e rég. ; Barbary, méd. capit., 9e rég. ; Courtois, méd. lieut., 4e rég. ; Michelland, méd. capit., 14e rég. ; Maillefert, méd. capit., 5e rég. ; Monzat de Surrel de Saint-Julien, méd. capit., 15e rég. Brissac, méd. command., 19e C. A. ; Fage, méd. capit., 17e rég. ; de Coste, méd. command., 17e rég. ; Door, méd. capit. rég. Paris ; Charrat, méd. capit., 14e rég. ; Senevet, méd. capit., 19e C. A. ; Dubus, méd. capit., 1re rég.

Par décret du 30 juin 1939, rendu sur la proposition du président du Conseil, ministre de la Défense nationale et de la Guerre, sont promus ou nommés dans l'Ordre national de la Légion d'honneur, au titre de la loi du 3 août 1936, *sans traitement*, les militaires des réserves dont les noms suivent :

Sont promus :

Au grade d'officier

Trucy, méd. command., 15e rég. ; Delorme, méd. command., tr. Maroc ; Chauliac, méd. lieut.-col., 9e rég. ; Averseng, méd. command., 17e rég. ; Modot, méd. command., tr. Maroc ; Pottier, méd. lieut.-col., 4e rég. ; Villejean, méd. lieut.-col., 3e rég. ; Job, méd. lieut.-col., 20e rég. ; Charrier, méd. command., 18e rég. ; Sotty, méd. command., 8e rég. ; Chailly, méd. command., 5e rég. ; Boidin, méd. col., rég. Paris ; Mouriquand, méd. command., 13e rég. ; Dolain, méd. command., 1re rég. ; Viannay, méd. lieut.-col., 13e rég. ; Guglielmi, méd. command., 2e rég. ; Bing, méd. command., 4e rég.

Audet, médec. command., rég. Paris ; Sauvageot, méd. command., 7e rég. ; Beaussart, méd. command., 5e rég. ; Meslin, méd. command., 18e rég. ; Lloubes, méd. command., 11e rég. ; Person, méd. command., 2e rég. ; Stepowski, méd. lieut.-col., 3e rég.

Sont nommés :

Au grade de chevalier

Laplanche, méd. lieut., rég. Paris ; Ferrari, méd. command., 19e C. A. ; Girod, méd. capit., rég. Paris ; Arthaud, méd. lieut., 14e rég. ; Bertrand, méd. lieut., 14e rég. ; Ducellier, médec. command., 9e rég. ; Matet, méd. command., 5e rég. ; James, méd. command., 3e rég. ; Durif, méd. capit., 13e rég. ; Hazera, méd. capit., 18e rég. ; Rey, méd. capit., 14e rég. ; Perrenot, méd. capit., 13e rég. ; Huc, méd. capit., rég. Paris.

Par décret du 30 juin 1939, sont promus ou nommés dans l'Ordre national de la Légion d'honneur au titre de la loi du 3 août 1936, *avec traitement*, les militaires rayés des cadres dont les noms suivent :

Au grade de chevalier

Robert, méd. lieut.

Par décret du 30 juin 1939 sont promus ou nommés dans l'Ordre national de la Légion d'honneur, au titre de la loi du 3 août 1936, *sans traitement*, les militaires rayés des cadres dont les noms suivent :

Sont promus :

Au grade d'officier

Boumagoux, méd. capit., Loubat, méd. capit.

2° ARMÉE COLONIALE

Par décret du 30 juin 1939, rendu sur la proposition du président du Conseil, ministre de la Défense nationale et de la Guerre, sont promus ou nommés dans l'Ordre national de la Légion d'honneur au titre de la loi du 3 août 1936, *avec traitement*, les militaires des réserves des troupes coloniales dont les noms suivent :

Est promu :

Au grade d'officier

Le Dantec, méd., lieut.-col., 4e rég.

Est nommé :

Au grade de chevalier

Tara, méd. capit., rég. de Paris.

Par décret du 30 juin 1939, rendu sur la proposition du président du Conseil ministre de la Défense nationale et de la Guerre, sont promus ou nommés dans l'Ordre national de la Légion d'honneur au titre de la loi du 3 août 1936, *sans traitement*, les militaires des réserves des troupes coloniales dont les noms suivent :

Sont promus :

Au grade d'officier

Médecins : Lasserre, méd. command., 18e rég. ; Meuzels, méd.-col., 15e rég.

Par décret du 30 juin 1939, sont promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur, au titre de la loi du 3 août 1936, sans traitement, les militaires rayés des cadres dont les noms suivent :

Est nommé :

Au grade de chevalier

Médecin : Case, méd. lieut.

O O O

La taxe d'armement n'est pas applicable aux propharmaciens

Ainsi que nous l'avions annoncé à nos lecteurs, nous avons soumis à la Direction générale des Contributions indirectes la question de l'applicabilité de la taxe d'armement aux recettes pharmaceutiques des médecins propharmaciens. Nous venons de recevoir la lettre suivante, qui confirme entièrement la solution qui avait été adoptée antérieurement pour la taxe sur le chiffre d'affaires.

N. D. L. R.

MINISTÈRE DES FINANCES

—

DIRECTION GÉNÉRALE
DES
CONTRIBUTIONS INDIRECTES

Paris, le 3 juillet 1939,

Monsieur,

Vous m'avez demandé si les médecins-propharmaciens qui, dans l'intérêt des malades, leur fournissent des médicaments en l'absence de pharmacien dans la localité, sont exempts de la taxe d'armement.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que la question posée comporte une réponse affirmative, à condition, toutefois, que les ventes soient faites exclusivement à des personnes auxquelles ces médecins donnent leurs soins.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Directeur général.

BUREAU DE VOYAGES

Croisière d'inauguration du MS « ORANTE »

A MADÈRE ET AUX AÇORES

comprenant
un voyage en avion de Paris à Amsterdam et retour ou par train, à volonté

Le nouveau paquebot à moteur *M. S. Orante*, 27.000 tonnes, baptisé le 8 septembre 1938, a été construit sur des données extrêmement modernes. Il transportera en service régulier vers les Indes Néerlandaises, 700 passagers environ à une vitesse de croisière de 21 nœuds. Il commencera son service régulier dès l'achèvement de la croisière inaugurale indiquée ci-dessous.

Paris (Le Bourget)	Départ	18 août	8 h. 25
Amsterdam..........	Arrivée	18 août	11 h. 10
—	Arrivée	18 août	17 h.
—	Départ	18 août	17 h.

Madère (Funchal)......	Arrivée	22 août	7 h.
—	Départ	23 août	6 h.
Açores (Ponte Delgada).	Arrivée	24 août	8 h.
— —	Départ	24 août	19 h.
Amsterdam............	Arrivée	28 août	9 h.
—	Départ	28 août	12 h. 35
Paris (Le Bourget).....	Arrivée	28 août	14 h. 05

TARIFS

Première classe. Salle à manger A.

Cabine de luxe..........	5.300 fr.
» à un lit..........	4.500 fr.
» à 2 lits...........	4.300 fr.

Deuxième classe. Salle à manger B.

Cabine à 2 lits...........	3.300 fr.
» à 3 lits..........	3.000 fr.

Troisième classe. Salle à manger C.

Par place..............	2.300 fr.

Prix basés sur le cours de 1 florin : 20 francs.

Demander la brochure spéciale pour le détail et les prix des excursions à terre.

Nous rappelons les circuits au Canada et aux États-Unis avec visite de l'Exposition de New-York.

Départs : 26 juillet, 5, 11 et 26 août.

Signalons aussi le voyage en auto-car : La Belgique, l'Exposition de Liège, le Rhin, la Suisse, la Bourgogne.

ENVOI DE RENSEIGNEMENTS SUR DEMANDE

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 20 juin 1939, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

MM. les Docteurs :

13.818 BEAUCHEF, Laigle (Orne). Parrains : Docteurs Beauchef et Frinault.

13.819 CAUSSADE, Adriers (Vienne). Syndicat de la Vienne.

13.820 CERTHOUX, Lathus (Vienne). Parrains : Docteurs Marcheix et Marquet.

13.821 CONGY (Geneviève), Brie-Comte-Robert (Seine-et-Marne). Parrains : Docteurs Vigner et Sorin.

13.822 DRAPKIN, Mourmelon-le-Grand (Marne). Parrains : Docteurs Landry et Franquet.

13.823 ESCAL, rue Thoulon, Toulon (Var). Parrains : Docteurs Coulomb et Kagi.

13.824 FAUVEL, Châlons-sur-Marne (Marne). Parrains : Docteurs Lafitte et Berteaux.

13.825 GEORGEL, Mennecy (Seine-et-Oise). Parrains : Docteurs Moncany et Decourt.

13.826 GIRARD, Ivry-sur-Seine. Syndicat des médecins de la Seine.

13.827 HOCQ, Trelon (Nord). Syndicat de l'arrondissement d'Avesnes.

13.828 Hodac, Pleurs (Marne). Parrains : Docteurs Phamba et Tran-Minh.
13.829 Houlie, 52, rue Ganterie, Rouen (Seine-Inférieure). Société de Médecine de Paris.
13.830 Lacour, La Preste (Pyrénées-Orientales). Parrains : Docteurs Debray et Vivier.
13.831 Lataillade, Hammam Righa (Alger). Syndicat des médecins d'Alger.
13.832 Lenglet, Crespin (Nord). Syndicat médical de l'arrondissement de Valenciennes.
13.833 Loubet, 18, rue Rolland, Bordeaux (Gironde). Parrains : Docteurs Marsat et Bentz.
13.834 Marchadier, Lathus (Vienne). Parrains : Drs Marsat et Régnier.
13.835 Mengin-Aubert-Champerre (Suzanne), Montargis (Loiret). Parrains : Docteurs Gaufroy et Pophillat.
13.836 Nety, Freyming (Moselle). Syndicat des médecins de Forbach.
13.837 Porge, Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme). Syndicat médical de Saint-Nectaire.
13.838 Robert, Chalons-sur-Marne. Parrains : Docteurs Bertignon et Bertaux.
13.839 Rosselin, Chalons-sur-Marne. Syndicat régional de la Marne.
13.840 Roumiguières, 55, avenue Michel-Bizot, Paris (XIIe). Association médicale du 12e arrondissement.
13.841 Vallat, Limoges (Haute-Vienne). Syndicat médical de la Haute-Vienne.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours qui suivront la présente publication (art. 5 des Statuts).

CORRESPONDANCE

ASSURANCES SOCIALES

4.366. Prestations Maternité Insuffisance des versements Chômage saisonnier

J'ai accouché au mois d'avril, une assurée sociale. Sa Caisse refuse le remboursement des frais médicaux et le payement des indemnités journalières, pour la raison suivante : l'assurée n'a pas versé 15 francs dans le premier trimestre des quatre trimestres précédant l'accouchement. Pour les quatre trimestres précédant celui de l'accouchement, elle a versé 107 fr. 10, mais pour le premier trimestre seulement 14 fr. 70 au lieu de 15 francs. Et ceci parce qu'elle a été en chômage partiel.

1° Peut-on donc refuser toutes les prestations pour 30 centimes, surtout que l'assurée était en chômage partiel et que les versements des trois autres trimestres sont de 30 à 40 francs, de même que ceux de l'année précédente.

2° La Caisse n'aurait-elle pas dû avertir l'assurée de cette anomalie ? (Elle en a été avertie seulement après l'accouchement).

Vraiment, il y a là une coïncidence extraordinaire, car c'est le premier trimestre l'unique où l'assurée a versé moins de 15 francs. Dr B.

Réponse

Il ne nous paraît pas possible de contraindre la Caisse d'assurances sociales, de laquelle dépend votre cliente à rembourser à celle-ci le montant des frais médicaux et des indemnités journalières qui pourraient lui être dues à la suite de l'accouchement.

En effet, la loi prévoit la nécessité de cotiser au minimum une somme de 1 5 francs pendant le premier trimestre des quatre trimestres ayant précédé l'accouchement et, si la cotisation n'a pas été intégralement versée, la Caisse est dans le droit le plus strict de refuser le paiement des prestations ne serait-ce que pour un défaut de 30 centimes.

Toutefois, il semble que votre cliente pourrait insister pour tenter de faire revenir la Caisse sur sa décision en se servant notamment, pour argument, de ce fait que le défaut de cotisation a été dû à son chômage partiel.

De plus si son chômage partiel pouvait être considéré comme dû à une diminution saisonnière de travail dans l'industrie de laquelle dépend votre cliente, celle-ci pourrait revendiquer le bénéfice du décret-loi du 14 juin 1938. Ce décret a prévu la possibilité pour les assurées qui, en raison du caractère saisonnier de leur profession, ne travaillent pas d'une façon régulière au cours de chaque trimestre et qui, de ce fait, bien qu'ayant subi une retenue d'au moins 60 francs au cours des quatre trimestres civils précédant celui de l'accouchement, n'ont pas subi pendant le premier de ces quatre trimestres la retenue minima de 15 francs, de réclamer le paiement des prestations à condition de faire la preuve :

1° Que l'insuffisance des versements au cours du premier des quatre trimestres est imputable au caractère saisonnier de leur profession.

2° Qu'elles ont subi sur leur salaire une retenue de 15 francs au moins durant le premier des cinb trimestres civils, ou à défaut le premier des six trimestres civils précédant celui de l'accouchement.

Dans le cas qui vous intéresse, il semble que cette seconde condition est remplie par votre cliente. Resterait à établir le caractère saisonnier de la profession.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

3.429. — Mobilisation pour la défense passive des médecins de réserve rayés des cadres

Un confrère rayé des cadres m'affirme que la Direction du Service de santé l'a prévenu qu'en cas

de guerre elle serait susceptible de le remobiliser mais avec le grade de médecin auxiliaire... et elle l'engage vivement à contracter un engagement pour la durée de la guerre... il conserverait ainsi son grade (et sa solde de capitaine) et un poste dans notre bonne ville avec promesse de ne pas être envoyé autre part.

Est-il réellement possible sans une loi (il est vrai qu'elle peut être faite du jour au lendemain) de remobiliser les anciens officiers « rayés des cadres » pour leur âge ?

Pour ma part, comme père de sept enfants je suis rayé des cadres (par décision présidentielle du 24 novembre 1936 et par application de l'article 10 de la loi du 8 janvier 1925 et de l'article 58 de la loi 31 mars 1928).

Sur le point de me décider à contracter un engagement pour la durée de la guerre j'ai appris que des promesses, même écrites du Directeur du Service de santé n'engageaient que leur auteur mais nullement le Service de santé lui-même et qu'un nouveau directeur pourrait parfaitement prendre telle décision qui lui plairait ou que nécessiterait le service. Ce qui me paraît fort logique... et d'ailleurs en temps de guerre on ne discute plus, on obéit.

Que pensez-vous de tout cela et que me conseilleriez-vous de faire ? Dr D.

Réponse

Un médecin rayé des cadres au moment de la libération de sa classe ne peut être remobilisé (et cela pour la défense passive) que pendant les deux années qui suivent cette libération normale. A ce moment, seul un engagement pour la durée de la guerre lui permettrait de conserver son grade ; si non il serait pris comme soldat de 2e classe ou comme sous-officier.

Quant à votre situation personnelle, comme père de sept enfants, vous êtes définitivement libéré de toute obligation militaire, même pour la Défense passive (article 58).

Si vous contractez un engagement, votre aptitude physique ayant été reconnue suffisante par le Recrutement, vous avez droit de choisir votre affectation à l'Intérieur, sauf bien entendu nécessités ultérieures du service. A noter que pareil engagement est résiliable à tout moment, à la volonté soit de l'engagé, soit de l'autorité militaire (décret-loi du 20 mars 1939).

3.730. — Promotion d'un médecin versé du service auxiliaire dans le service armé

Je suis docteur en médecin installé depuis 1928. N'ayant fait que vingt jours de service militaire et ayant ensuite été réformé temporairement à chacune de mes périodes de réserve, je suis actuellement verséservicearmécommesimpleinfirmier. Meserait-

il possible d'obtenir un grade. Que faudrait-il faire pour cela ? J'ai actuellement 39 ans, je suis marié et père d'un enfant.

Dr A.

Réponse

Pour obtenir le grade de médecin auxiliaire, puis au bout de quelque temps être promu médecin sous-lieutenant, il vous suffirait de suivre quelques conférences, préparatoires à un petit examen administratif. Cet examen passé, vous auriez un certificat d'aptitude au grade de médecin auxiliaire, et seriez nommé assez rapidement.

Adressez-vous à votre Directeur régional du Service de santé, pour lui témoigner votre désir, il vous indiquera le moyen de suivre ces conférences, et leur date et lieu.

3.949. — Promotion au grade de médecin capitaine

Lieutenant de réserve (classe 1923) depuis trois ans je me demande quand me sera dévolu un galon supplémentaire et ce que je dois tenter pour l'obtenir. Ne suivant pas les cours militaires, est-il indispensable pour monter en grade, de faire une période (la dernière date de deux ans) ? Si oui, comment et où s'adresser pour être convoqué ?

Dr B.

Réponse

A défaut d'assiduité au cours de perfectionnement, il faut avoir effectué au moins trente jours de périodes d'instruction dans les cinq dernières années, en dehors des conditions d'ancienneté dans le grade et d'âge exigées pour une proposition en vue de l'avancement.

ACCIDENTS

4.194. — Délivrance et rôle du bulletin de visite

Un ouvrier se présente à ma consultation me déclarant qu'il a été victime d'un accident du travail.

J'envoie une carte-lettre recommandée au patron et les deux certificats.

Le jour où j'ai présenté la note d'honoraires le patron et son Assurance ont refusé le payement prétextant que l'ouvrier n'a pas été blessé au cours du travail.

Dr S.

Réponse

Aux termes de la nouvelle rédaction de l'art. 4 de la loi sur les accidents du travail résultant de la loi du 1er juillet 1938, entrée en vigueur le 1er janvier 1939 et applicable aux accidents survenus depuis cette date, le patron est tenu de

Nouvelle adresse : 39, Bd. de La Tour Maubourg - Paris-7e - Inv. 43-60

délivrer à la victime un bulletin de visite, sur lequel il est interdit de mentionner le nom et l'adresse d'un praticien, d'une pharmacie, d'une clinique ou d'un dispensaire quelconque.

Ce bulletin de visite qui doit être remis par l'accidenté au praticien ne peut être considéré comme une affirmation de responsabilité de la part de l'employeur.

Vous avez donc eu tort d'accepter les déclarations qui vous ont été faites par votre client sans que celui-ci puisse produire le bulletin de visite exigé par la loi.

D'autre part, celle-ci oblige le praticien à envoyer au patron dans les quarante-huit heures une carte recommandée d'office et dans les huit jours qui suivent l'accident, le certificat initial en double exemplaire. Mais la loi n'impose au chef d'entreprise aucun délai pour faire connaître au médecin s'il accepte ou conteste l'accident.

Par conséquent, dès lors que l'accident du travail n'est pas établi, vous ne pouvez avoir aucune action en paiement de vos honoraires contre le patron de votre client. C'est à ce dernier seul que vous pouvez adresser votre note, conformément au droit commun.

3.853. — Le tarif des accidents du travail n'est pas applicable en cas d'accident survenu à l'école

Le jeune D..., enfant de l'école communale, me fut amené le 31 mars 1939 par son père et le directeur de l'école qui prit les frais à sa charge. L'enfant avait un genou ouvert, un caillou dedans, souillé de terre et il ne put être refermé de suite à cause de l'infection. Ci-joint ma note et la lettre de l'agent d'assurance la renvoyant. Est-il exact qu'il y ait un tarif et lequel ?

Voici mon decompte :

Mars, 31 : fourniture sérum antitétanique	10 fr.
Injection	25 »
Nettoyage, pansement et fournitures	30 »
Avril 1er, 2, 3, 8 : 4 pansements et fourn. à 20 francs	80 »
	145 fr.

Je vous serais très obligé de bien vouloir me dire que faire.

Dr F.

Réponse

Le tarif des accidents du travail n'est légalement applicable qu'aux honoraires dus à un médecin pour soins donnés à un ouvrier vic-

time d'un accident du travail. Mais dans de nombreuses polices d'assurance destinées à couvrir des sinistres de droit commun, il est stipulé que les frais médicaux seront supportés par la Compagnie sur la base du tarif des accidents du travail.

Cette stipulation valable entre les parties au contrat, et opposable aux bénéficiaires de ce contrat, n'est par contre pas opposable au médecin qui donne ses soins à la victime de l'accident.

Dans ce cas. le médecin reste toujours libre d'exiger du blessé lui-même ou de ses représentants légaux ou du tiers qui l'a mis en œuvre le paiement de ses honoraires suivant son tarif syndical.

Il appartient ensuite à celui qui a payé de se retourner contre l'Assurance pour se faire rembourser par elle dans les limites prévues par la police, mais sans que le médecin ait personnellement à s'immiscer dans ce règlement.

En l'espèce, faites-vous payer par M. G... et remettez lui ensuite une note détaillée de vos honoraires avec un reçu acquitté. Il appartiendra à M. G... de faire le nécessaire pour obtenir le remboursement total ou partiel par l'Assurance.

QUESTIONS DIVERSES

5.089. — Conditions d'exercice de la propharmacie

En ma qualité d'abonné à votre journal, je me permets de vous demander le renseignement suivant : existe-t-il une distance kilométrique minima (pour la création d'un poste de médecin pro-pharmacien) entre deux villages dont l'un possède une pharmacie?

Dr S.

Réponse

Aux termes de l'article 27 de la loi du 21 Germinal, an XI, sur l'exercice de la pharmacie, les médecins établis dans les bourgs, communes ou villages où il n'existe pas de pharmacien tenant officine ouverte, ont le droit de vendre des médicaments simples ou composés aux malades près desquels ils sont appelés, mais sans avoir le droit de tenir eux-mêmes officine ouverte.

Aucune distance minima n'est imposée entre le domicile des médecins propharmaciens et la plus proche officine de pharmacie. Pour qu'un médecin puisse vendre des médicaments, il faut et il suffit qu'il soit installé dans une commune non pourvue de pharmacie, même alors qu'en fait, il existerait à proximité de chez lui, mais sur le terroitoire d'une autre commune un pharmacien installé.

C'est ainsi qu'un jugement relativement récent a reconnu le droit pour un médecin d'exercer la propharmacie alors que la commune où il habitait était simplement séparée par une rivière d'une ville importante, possédant un ou plusieurs pharmaciens.

5.004. — Examen de l'auteur présumé d'un crime

Le 9 juin courant je suis convoqué par un gendarme à la mairie.

Je m'y rends et je me trouve en présence du Commissaire de police de la brigade de R...

Celui-ci me demande et au besoin me requiert (selon ses paroles) de vouloir bien examiner un homme arrêté pour viol et meurtre et d'indiquer en particulier la signification de plaies qu'il portait au visage.

Je lui répondis que je n'étais pas médecin légiste. Il m'objecta qu'en l'absence de celui-ci il me commettait à sa place et me donnerait un acte de réquisition.

Je fis donc le rapport demandé et je reçus un ordre de réquisition. Je voudrais savoir comment me faire payer de mon dérangement et de mon rapport.

A qui dois-je adresser ma note d'honoraires et faut-il la faire en double exemplaire ? Quels honoraires puis-je demander ?

Dois-je envoyer mon ordre de réquisition en même temps que ma note d'honoraires ? Dois-je attendre que l'affaire soit solutionnée car le prévenu que j'ai examiné semble avoir été relâché faute de preuves.

Dr B.

Réponse

Vous avez été régulièrement requis par un officier de la police judiciaire pour examiner l'auteur présumé d'un crime et faire un rapport sur vos constatations. Vos honoraires doivent donc vous être réglés par l'Etat suivant le tarif des frais de justice en matière criminelle, sans que la décision de relaxe prise en faveur de l'individu soupçonné puisse modifier vos droits.

En conséquence, envoyez un mémoire en double exemplaire au Procureur de la République du ressort, dont l'un sur papier timbré, si la somme réclamée excède 50 francs, en y joignant l'acte de réquisition. Après visa du Procureur général et taxe du Président, vous serez payé par le Receveur de l'Enregistrement.

Il vous est dû pour votre examen et votre rapport un honoraire de 25 francs. Vous avez droit en outre à des frais de déplacement calculés à raison de 1 franc par kilomètre parcouru, tant à l'aller qu'au retour, si vous avez eu à vous déplacer à plus de deux kilomètres de la commune de votre résidence. Enfin si le lieu du transport était situé à plus de 5 kilomètres de la commune de votre résidence, vous avez droit à une indemnité spéciale de 20 francs.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg .	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro..........	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Annecy. Lortet, Pierron.
Chamonix. de Chabanolle (*enf. cure hélio-alpine*)
Jougne. (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louvese (Ardèche). J. Goubert.
Langogne (Lozère). Adrien Forestier.
Malche (Doubs). J. Chatelain.
Mégève. Marcel Grenet, Jacqueline Grenet-Gazamian (*enf.*)
Mouthe (Doubs). R. Paindestre.
Osséjà (Pyr.-Or.). J. Avérous.
Pau (Basses-Pyr.). Cornet. Lorber.
Plateau d'Assy. E. Sivrière.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Villard-de-Lans. Bassaget (*mal. enf.*), Suau (*mal. enf.*)

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires et climatiques

MM. les docteurs :

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.), Lévy.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Berck-Plage. Bouquier, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Biarritz. Clavel, M. Claverie, Lacour, Pitchalsky (*chir. répar. Stom.*)
Cannes. Bourgeois-Gavardin, P.-E. Bousquet, P. Housslaux, Joublot, Makereël, Gérard Monod, Roques, L. Zimmer.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Croix-de-Vie. Cristau.
Deauville. Molina.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Grau du Roi (Gard). Ramain.
Hendaye. Th. Casenave.
Le Boulou. M. Basman, J. Noguès
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, M. Lelongt, Nicolas, Trutié de Vaucresson (*chir.*)
Ouistreham-Riva-Bella. Ch. Poullain.
Paramé. Bazin.
Pau. Cornet. Lorber.
Roscoff. Bagot père, Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer. (Calvados), Em. Quiquemelle.
St-Georges-de-Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul.
St-Jean-des-Monts. Riou.
Ste-Maxime-s/Mer. E. Bausset, Jean Verdier.
St-Quay-Portrieux. Bertran
Saint-Raphaël. Boulle, Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Roux de Laroque (*Gyn. enf.*), Pierre Tridon.
Saint-Servan. Huet.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Trébeurden. Royer.
Villars-de-Lans. Bassaget.

Renseignements

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Le manganèse, grand producteur d'oxygène, purifie tout, aseptise tout, désodorise tout. Dans l'organisme, il remplit le même rôle que dans l'hygiène : il nettoie, aseptise, tonifie le tube digestif. La TABLETTE DE MANGAÏNE est le seul produit pouvant rendre ce service. Sucez quotidiennement, et lentement, 4 à 6 tablettes.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

Silicyl réalise ou assure, seul, la médication siliceuse active dans toutes ses indications.
Action tissulaire antiathéromateuse. Diurétique. Déchlorurante. Abaisse T. Mxa et T. Mma. Consolidation accélérée des fractures (Sté Chirurgie, Paris 2/12/27).
Ne pas confondre **Silicyl**, gouttes, comprimés, ampoules 5 c. c. intrav., produit pur, actif, de formule biologique et sans adjuvant médicamenteux.

Rhumatismes. L'« UROPHENYL » en est la thérapeutique moderne et efficace. 2 à 6 cachets par jour. — Laboratoire CROUY, à Vernon (Eure).

Institut marin du Dr BAGOT, à **Roscoff.** Rhumatismes. Névralgies. Impotences articulaires et musculaire. Anémie et lymphatisme. Du 1er juin au 30 septembre.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

N° 238. — Poste propharm. à céder ouest, titulaire voulant faire sa pharmacie.

N° 239. — Le Docteur Thomassin à Moyenmoutier (Vosges) recommande secrétaire-infirmière au courant compt. A. S., A. T., sténo-dactylo, pansem., stréril., etc.

N° 240. — On demande squelette ou 1/2 squelette, bon état. Faire offre Dr Aubry, 2, rue de Saisset, à Montrouge (Seine).

N° 241. —Banlieue 1 km. Bordeaux face église, route d'Espagne, vendrais vaste immeuble, convenant à médecin, dentiste ou sage-femme.

N° 242. — Médecin recherche adresses de particuliers ou de maison pouvant recevoir et s'occuper d'un enfant de 8 ans.

Pour toute demande de renseignements il est indispensable de joindre un timbre.

CABINET BREITEL ET GORET

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Paris. Centre. Quart. commerçant. Client. surtout consultations. Loyer : 7,700. Prix : 15,000 (comptant), vu urgence.

Banlieue proche. Bon rapp. Petit loyer. Prix 30,000 dont 10 cpt. et facilités.

Seine-et-Oise. Bon cabinet, à reprendre après décès.

Ouest. Seul méd. Important ch.-l. canton. Gros rapp. Belle mais. conf. Ind. : 55,000.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Concours d'agrégation**. *Médecine générale.* — Sont proposés à la nomination du ministre pour les fonctions d'agrégé de médecine :

PARIS. *Médecine générale* : MM. Cachera, Lenègre, Soulié, Brouet, Garcin, Marchal, Delay. — *Anatomie pathologique* : M. Delarue, Mlle Gauthier-Villars. — *Médecine légale* : M. Desoille. — *Bactériologie* : M. Bonnet.

AIX-MARSEILLE. *Médecine générale* : MM. Audier, Recordier. — *Anatomie pathologique* : M. Paillas.

ALGER. *Médecine générale* : MM. Thiodet, Sarrouy.

BORDEAUX. *Médecine générale* : MM. Saric, Dubarry.

LILLE. *Médecine générale* : MM. Warembourg, Verhaeghe. — *Anatomie pathologique* : M. Driessens.

NANCY. *Médecine générale* : MM. Michon et Neymann

LYON. *Médecine générale* : MM. Froment et P.-E. Martin.

MONTPELLIER. *Médecine générale* : MM. Boucomont et Bert.

STRASBOURG. *Médecine générale* : M. Warter. — *Bactériologie* : M. Tulasne.

TOULOUSE. *Médecine générale* : MM. Planques et Fabre.

HANOÏ. *Anatomie pathologique* : M. Joyeux.

A TITRE ÉTRANGER : M. Briskas.

— **Concours d'accoucheur des hôpitaux de Paris.** — A la suite du concours qui vient de se terminer, M. le Docteur MAYER a été nommé accoucheur des hôpitaux de Paris.

— **Montpellier.** — M. Albert Lebrun, Président de la République, a inauguré le 2 juillet 1939 les cliniques Saint-Charles ou cliniques des « Spécialités », que vient de faire construire l'Administration des hospices civils de Montpellier.

— **Prix de l'Académie française.** — Dans sa récente séance spéciale, l'Académie française a décerné les prix suivants :

Prix Montyon : M. le Docteur Voivenel, pour son livre : *Avec la 67e division.* — M. le Docteur Louis Sauvé, pour son livre : *Le Docteur Récamier.*

Prix Nicolas-Missarel. — M. le Professeur Léon Binet, pour son livre : *Au bord de l'étang.*

— **Faculté de médecine de Lyon.** — MM. Peycelon et Mallet-Guy, chirurgiens des hôpitaux, viennent d'être nommés professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Lyon.

— **Prix Maurice Cazin.** — La Société des chirurgiens de Paris informe les auteurs désireux de concourir pour le prix Maurice Cazin, prix annuel

d'une valeur de 4.000 francs, que les mémoires devront être déposés avant le 1er novembre 1939, au secrétariat de la Société, 60, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris (VIIe).

Ce prix est international et les chirurgiens étrangers peuvent aussi concourir.

— **Faculté de médecine de Marseille.** — A la suite des concours de clinicat ouverts les 30 mai et 21 juin 1939, ont été nommés :

Clinique des maladies exotiques. Chef de clinique : M. Flori ; chef de clinique adjoint : M. Aubanel.

Clinique dermatologique. Chef de clinique : M. Bonnet.

— **Amicale des médecins de Bretagne.** — L'Amicale des médecins de Bretagne s'est réunie en un dîner le mercredi 28 juin 1939 pour fêter la promotion au grade de Commandeur de la Légion d'honneur du médecin général inspecteur Jules Morvan, ex-directeur du Service de santé militaire.

Le dîner était présidé par le médecin général inspecteur Rouvillois ayant à ses côtés : M. Lesné, médecin honoraire de l'hôpital Trousseau ; M. Le Lorier, professeur agrégé, accoucheur honoraire des hôpitaux ; M. Courcoux, médecin de l'hôpital Boucicaut ; M. Donzelot, médecin de l'hôpital Beaujon ; MM. Baratoux, Doré et Planson, anciens présidents ; M. Larcher, président de l'Amicale ; MM. Eliot et Liégeard, vice-présidents, et de nombreux adhérents : MM. Barbier, Bertho, Cerf, Ciba, Chéné, Colleu, Cousyn, Dauguet, Fraboulet, Hervé, Jeaugeon, Jubé, Le Bras, Lepennetier, Le Roy, Miorcec, Mounot, des Ouches, Pubert, Strohl, Toutirais, ainsi que des étudiants bretons : MM. Le Picard, Avril, Le Jemptel, Le Loch, Sévegrand, etc.

Pour renseignements concernant cette Amicale, s'adresser à M. Larcher, président fondateur, 1, rue du Dôme, Paris (XVIe).

— **Le Comité français pour l'étude scientifique des problèmes de la population** a décidé d'ouvrir une enquête sur *la natalité et les familles en France.*

Le cadre (non limitatif, d'ailleurs) de l'enquête comporte l'étude des mariages, de la fécondité des ménages (professions, conditions sociales, âge, vie urbaine ou rurale, religion, facteurs psychologiques constitués par la situation économique, le chômage, les loisirs accrus, etc.). Les contributions que le Comité désire obtenir porteraient plutôt sur des cadres limités : commune ou canton, ouvriers d'une profession dans une localité, familles des élèves d'une école, etc.

Le délai pour la réception des manuscrits est fixé au 1er octobre 1940.

Pour renseignements, s'adresser au siège du Comité, 16, rue de l'Estrapade, Paris (Ve).

— **Société de médecine de Paris.** *Prix Bandelac de Pariente.* — Le prix de 1.000 francs fondé par le

Docteur Bandelac de Pariente, en souvenir de S. A. R. le prince Arsène Karageorgevitch sera distribué à la première séance de janvier 1940, à l'auteur du meilleur mémoire sur la transfusion du sang ou l'hématologie.

Les mémoires doivent être envoyés avant le 1er décembre 1939, au Docteur Bécart, secrétaire général, 37, *bis*, boulevard Berthier, Paris (XVIIe).

— **Syndicat médical de Seine-et-Oise.** *Vaccination antidiphtérique.* — Dans une délibération consacrée à la vaccination antidiphtérique, le Conseil d'administration du Syndicat médical de Seine-et-Oise, considérant qu'un examen préalable des enfants est nécessaire avant la vaccination pour éviter, dans la plus large mesure réalisable, les accidents, très rares sans doute, mais possibles, de cette vaccination, note que le médecin de famille est spécialement qualifié pour donner à cet examen le maximum de valeur.

Le Syndicat médical de Seine-et-Oise pense que, dans ces conditions, la vaccination antidiphtérique ne doit pas être pratiquée en série, si séduisante que soit la facilité résultant de cette organisation.

Il estime, d'autre part — le pourcentage des accidents paraissant croître avec l'âge — qu'aucun sujet de plus de sept ans ne devrait être vacciné sans qu'une réaction de Schick ait été faite au préalable.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** — Le concours de chirurgien résidant s'est terminé par la nomination de M. Darmaillacq.

— **IVe Centenaire de Paracelse.** — Un Comité est en voie de formation sous la présidence du Professeur Laignel-Lavastine, pour célébrer en 1941 le quatrième centenaire de Paracelse.

— **Prix Chauvin d'oto-neuro-ophtalmologie (1940).** — Le jury pour ce prix est composé de MM. Barré, Tournay, Velter, Coppez, Di Marzio, Portmann.

L'attribution du prix sera faite au moment du Congrès des Sociétés françaises d'oto-neuro-ophtalmologie en 1940 ; le sujet désigné est : « Etude des troubles de la motilité oculaire d'origine vestibulaire ».

Les mémoires doivent être adressés au Professeur Terracol, 10, rue Paladilhe, à Montpellier (Hérault), avant le 1er avril 1940.

— **Mariage.** — Le Docteur Charles Chevreau, Chevalier de la Légion d'honneur, de Vitry-sur-Seine, et Madame Charles Chevreau nous font part du mariage de Monsieur Jean-Paul CHEVREAU, leur fils, étudiant en médecine, avec Mademoiselle Anne-Marie BERTHIER.

Le mariage a été célébré le 18 juillet en l'Eglise Saint-Pierre de Montrouge. Nos plus vives félicitations. J. N.

— **Naissance.** — Le Docteur et Madame Paul GOT ont le plaisir de faire part de la naissance de leur cinquième enfant, *Martine*.

Montivilliers (Seine-Inférieure), 6 juillet 1939.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Assistance médicale gratuite

Arrêté du 3 juillet 1939 relatif à la renonciation par les communes à l'organisation spéciale en matière d'Assistance médicale gratuite

Art. 1er. — Si une commune pourvue d'une organisation spéciale en matière d'assistance médicale gratuite, dans les conditions de l'article 35 de la loi du 15 juillet 1893, désire renoncer à ce régime, elle devra adresser, par l'intermédiaire de la Préfecture, sa demande de renonciation à l'Administration supérieure, accompagnée des pièces justificatives ci-après énumérées :

1° Avis motivé du Préfet ;

2° Rapport détaillé du contrôleur départemental des lois d'assistance ;

3° Avis du Conseil général ou de sa Commission départementale ;

4° Avis du Conseil départemental d'Assistance publique et privée ;

5° Avis du Conseil municipal ;

6° Procès-verbal de la délibération prise à ce sujet par la Commission administrative du Bureau de bienfaisance ;

7° Budget et comptes de cet établissement, pour le dernier exercice connu ;

8° Budget de la commune pendant le même exercice indiquant notamment la proportion des dépenses municipales ainsi qu'à la population.

Art. 2. — Le Conseiller d'Etat, directeur de l'Hygiène et de l'Assistance, le Conseiller d'Etat, directeur du Budget et le Conseiller d'Etat, directeur de l'Administration départementale et communale, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal Officiel* de la République française.

(*J. O.*, 6 juillet 1939.)

Enseignement de la médecine

Un emploi de professeur suppléant de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire d'Angers sera vacant, le 1er ocobre 1939, par suite de la nomination de M. Naulleau en qualité de professeur.

Les candidats qui se trouvent dans les conditions prévues par l'article 4 du décret du 19 août 1938 ont un délai de vingt jours, à compter de la date de publication du présent avis au *Journal Officiel* pour adresser leur candidature au secrétariat de l'Ecole en vue d'une nomination éventuelle sans concours à cet emploi.

(*J. O.*, 5 juillet 1939.)

Hôpitaux psychiatriques

Par arrêté en date du 29 juin 1939, ont été déclarés admis au concours des médecins des hôpitaux psychiatriques pour 1939 les candidats dont les noms suivent :

MM. les Docteurs Bouvet, Queron, Guyot, Ueberschlag, Rallu, Berthier, Berthon, Carrier, Doremieux, Poittrot, Mathon, Carrère, Capelle, Leclerc, Saune, Letailleur.

(*J. O.*, 2 juillet 1939.)

Tarif pharmaceutique

Arrêt du 1er juillet 1939 portant fixation du tarif pharmaceutique

Art. 1er. — Les prix portés au tarif fixé par arrêté ministériel du 21 mars 1939 seront uniformément majorés de 2 p. 100, pour toutes les fournitures faites depuis le 22 mai 1939.

Art. 3. — Le Conseiller d'Etat directeur de l'Hygiène et de l'Assistance est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal Officiel* de la République française.

(*J. O.*, 4 juillet 1939.)

Service de santé militaire

Par décret du 4 juillet 1939, sont promus dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé, les officiers de réserve ci-après désignés qui, par décision de même date, sont maintenus dans leur affectation actuelle :

Au grade de médecin lieutenant

Les médecins sous-lieut. de réser. (21 mars 1939) Francheteau, rég. de Paris ; (3 mai 1939) Bourrel, 19e C. A. ; Coriat, 19e C. A. ; Gillot, 19e C. A. ; (18 mai 1939) Petit, 7e rég. ; (21 mai 1939) Carosin, 4e rég. ; (25 mai 1939) Pajanacci, troupes du Maroc ; (30 mai 1939) Manse, 19e C. A. ; Tabarly, 19e C. A. ; (2 juin 1939) Déodati, 17e rég. ; (3 juin 1939) Bardier, 17e rég. ; (4 juin 1939) Buvat, rég. de Paris ; Daunis, rég. de Paris ; Blaire, 1re rég. ; Kuntz, 1re rég. ; Lecomte, 1re rég. ; Plouviet, 1re rég. ; Ravaut, 1re rég. ; Coutin, 14e rég. ; Pigrenet, 14e rég. ; Vinet, 14e rég. ; Faget, 17e rég. ; Noël, 17e rég. ; Rey, 17e rég. ; Vaissié, 17e rég. ; Aknin, 19e C. A. ; Canel, 20e région.

(5 juin 1939) Bléchet, 4e rég. ; Rey, 5e rég. ; Delort, 6e rég. ; Rucker, 19e C. A. ; Joos, 20e rég. ; Coste, 6e rég. ; Costerg, 6e rég. ; Daudier, 6e rég. ; François, 6e rég. ; Druilhe, 20e rég. ; Harang, 20e rég. ; (6 juin 1939) Lebrichon, 6e rég. ; Poteau, 6e rég. ; Rousseau, 6e rég. ; Beaumel, 14e rég. ; Boiron, 14e rég. ; (7 juin 1939) Auphelle, rég. de Paris ; Ravault, 20e rég. ; Ramadout, 20e rég. ; (9 juin 1939) Dutter, rég. de Paris ; Boulignat, rég. de Paris ; Garraud, rég. de Paris ; Pouquet, rég. de Paris ; Latargez, 1re rég. ; Vermynck, 1re rég. ; Puyan, 9e rég. ; Bovier-Lapierre, 14e rég. ; Dechavanne, 14e rég. ; Pierron, 14e rég. ; Roux, 14e rég. ; Trabaud, 14e rég. ; Vitel, 14e rég. ; Bonhomme, 16e rég. ; Michel, 16e rég. ; Velly, 6e région.

(10 juin 1939) François, 6e rég. ; Grillot, 6e rég. ; Grivel 11e rég. ; Rolland, 11e rég. ; Touboulic, 11e rég. ; Bové, 19e C. A. ; Hagelsteen, 19e C. A. ; Botkovitz, 6e rég. ; Daniel, 6e rég. ; Delpierre, 6e rég. ; Verdoz, 6e rég. ; Droullé, 6e rég. ; Jacquet, 6e rég. ; Legras, 4e rég. (11 juin 1939) Ponsot, 6e rég. ; Vincent, 6e rég. ; Dauvergne, 20e rég. ; Rocchisani, 19e C. A. ; (14 juin 1939) Casile, 6e rég. ; Dubret, 20e rég. ; Wissler, 20e rég. ; Leibrandt, 20e rég. ; Heuillon, 7e rég. ; (15 juin 1939) Heckmann, 20e rég. ; Kuhnast, 20e rég. ; Holl, 7e rég. ; Bovier-Lapierre, 7e rég. ; Rayet, 7e rég. ; (16 juin 1939) Boitard, 20e rég.

(17 juin 1939) Bertignon, 6e rég. ; Tardy, 7e rég. ; Juillien, 6e rég. ; (18 juin 1939) Sauvage, 6e rég. ; Guyot, 20e rég. ; (21 juin 1939) Juvaux, 4e rég. ; Grossiord, 5e rég. ; Marc, 5e rég. ; Grinzburg-Chaïn, 6e rég. ; Martin, 6e rég. ; Munier, 6e rég. ; Koegler, 7e rég. ; Armand, 16e rég. ; Grynfeltt, 16e rég. ; Arrighi, 19e C. A. ; Bonnard, 19e C. A. ; Bono, 19e C. A. ; Cinture, 19e C. A. ; Coti, 19e C. A. ; Elbaz, 19e C. A. ; Farny, 19e C. A. ; Ferry, 19e C. A. ; Khacer, 19e C. A. ; Lanterno, 19e C. A. ; Magnol, 19e C. A. ; Mesguis, 19e C. A. ; Nakache, 19e C. A. ; Baehrel, 20e rég. ; Bichat, 20e rég. ; Caye, 20e rég. ; Cloez, 20e rég. ; Creusot, 20e rég. ; Haessler, 20e rég. ; Rothgerber, 20e rég. ; Pocoulé, troupes du Maroc ; Himmelsteib, 7e rég. ; (26 juin 1939) Roussel, 8e rég.

Par décret du 4 juillet 1939, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les méd. auxil. : (13 mai 1939) Casanova, 15e rég. ; Philippe, rég. de Paris ; (26 mai 1939) Lapine, rég. de Paris.

TABLEAU D'AVANCEMENT POUR 1939

1° **ARMÉE MÉTROPOLITAINE**

Pour le grade de médecin colonel

Les méd. lieut.-col. : Vuillemot, 19e ; Caujole, rég. de Paris ; Lecomte, 3e ; Verdeau, 13e ; Leriche, 20e ; Capette, rég. de Paris ; Bréchot, rég. de Paris ; Cayrol, rég. de Paris.

Pour le grade de médecin lieutenant-colonel

Les méd. command. : Pouchet, 5e ; Jeannin, 9e ; Rabaloye, 15e ; Barbier, 6e ; Mairesse, 20e ; Bonjean, tr. du Maroc ; Botte, rég. de Paris ; Roux, *dit* Roux-Berger, rég. de Paris ; Longuet, 7e ; Tisserand, 7e ; Berger, rég. de Paris ; Beutter, 13e ; Rudler, 8e ; Ferras, 17e ; Sauve, rég. de Paris ; Augé, 17e ; Creyx, 18e ; Chagnaud, 9e ; Régnier, 19e ; Paoli, rég. de Paris ; Lombard, 19e ; Delon, 4e ; Arquembourg, 1re ; Desplas, rég. de Paris ; Brocq, rég. de Paris ; Roubier, rég. de Paris ; Leclercq, rég. de Paris.

Pour le grade de médecin commandant

Les méd. capit. : Michel, 18e ; Mazingarbe, 5e ; Richard, 18e ; Doumeng, 18e ; Deladrière, 1re ; Couzefeyte, 18e ; Boisseuil, 9e ; Estève, 16e ; Sauvaget, Maroc ; Lefebvre, 1re ; Chambelland, 7e ; Martz, 18e ; Gérard, Tunisie ; Husson, 7e ; Maury, 19e ; Nove-Josserand, 14e ; Ponsan, 17e, rég. ; Rochette, 15e ; Vassel, 13e ; Melin, 18e ; Desvignes, 9e ; de Lombardon-Cachet de Montezan, 15e ; Agard, 9e ; Mesplède, 18e ; Jamme, 5e ; Cabantous, rég. de Paris ; Boisseau, 9e ; Cartier, 5e ; Pizard, 15e ; Lavielle, 18e ; Plaziat, 18e ; Zwirn, 15e ; Perruchot, 9e ; Dupuytout, 9e ; Marmier, 7e ; Le Pannetier de Roissay, 4e ; Dana, 19e ; Boutet, rég. de Paris ; Chevalerias, rég. de Paris ; Andrieu, rég. de Paris ; Chasseray, rég. de Paris ; Andraud, 17e ; Jeanson, 6e ;

Lecointre, 9e ; Zivré, 20e ; Lavoine, rég. de Paris ; Thomassin, 20e ; Badolle, 14e ; Durand, 13e ; Lévy, rég. de Paris ; Blanches, 17e ; Bonnal, 15e ; Grèze, rég. de Paris ; Soulière, 6e ; Simon, rég. de Paris ; Didier, rég. de Paris ; Boulard, 9e ; Pouget, 9e ; Leclère, 9e ; Ferran, 15e ; Constantin, 15e ; Rougier, 17e ; Lelouch, 19e ; Chevalier, tr. du Levant ; Lebon, 19e ; Serane, 13e ; Chaton, 7e ; Weill, rég. de Paris.

Pour le grade de médecin capitaine

Les méd. lieut. : Bouzaut, 18e ; Dherissart, 2e ; Bonnaud, 17e ; Boussaguet, 16e ; Fourrière, rég. de Paris ; Molbert, 19e ; André, 15e ; Bongars de Vaudeleau, 16e ; Gisclard, 16e ; Alibert, 15e ; Jullian, 17e rég. ; Pellet, 15e ; Dupuy, 16e ; Merlet, 18e ; Folacci, 15e ; Gautier, 18e ; Fafet, 2e ; Monod, 18e ; Guiollot, 5e ; Saintorens, 18e ; Chaussegros, 15e ; Breysse, 15e ; Pinalie, rég. de Paris ; Ribot, 16e ; Montoux, 18e ; Lempereière, 3e ; Solanet, 16e ; Périot, 15e ; Saintain, 6e ; Cojan, rég. de Paris ; Potel, 9e ; Renan, 11e ; Gobert, 2e ; Soubiran, 18e ; Mounot, 19e ; Lebègue, rég. de Paris ; Bergeret, 14e ; Bellecave, 18e ; Barinque, rég. de Paris ; Capoulade, 16e ; Caron, 1re ; Faure, 9e ; Gazaniol, 16e ; Fourcade, 18e ; Bousson, 13e ; Milhaud, 14e ; Leroy, 18e ; Boé, 18e ; Charbonnier, rég. de Paris ; Jacquemet, 18e rég. ; Serrand, rég. de Paris ; Massoulier, 19e ; Guyard, 5e ; Guyonnet, 18e ; David, rég. de Paris.

Parodi, 15e ; Rivoire, 14e ; Cornier, 16e ; Soubiran, 17e ; Canoz, rég. de Paris ; Beauchard, 5e ; Breitman, 5e ; Petit, rég. de Paris ; Delom-Sorbé, 18e ; Tachot, 18e ; Dollet, 5e ; Arnaud, 16e ; Blancard (André), 4e ; Blancard (Raoul), 4e ; Bich, rég. de Paris ; Bonnafy-Deroys, 16e ; Alamartine, 19e ; Paignon, rég. de Paris ; Ducassy, 16e ; Deschamps, rég. de Paris ; Wohlhuter, 20e rég. ; Peterschmitt, 20e ; Guy, 7e ; Schmitten, 7e ; Bricka, 20e ; Galland, 9e ; Breton, rég. de Paris ; Viguié, 4e ; Robert de Beauchamp, 18e ; Bert, 16e ; Gendraud, 9e ; Valégeas, 9e ; Deschiens, rég. de Paris ; Villegier, 9e ; Frémont, 18e ; Debenais, 9e ; Vadon, 15e ; Litaud, 13e ; Peiffert, 6e ; Baledent, 2e ; Riehl, 7e ; Mareschal, 2e ; Freidel, 14e ; Wolff, 6e ; Imbert, rég. de Paris ; Thomas, 20e ; Valence, 19e ; Lagrot, 19e.

Flandre, 13e ; Bert, 15e ; Léger, 20e ; Hoechstetter, rég. de Paris ; Renaux, rég. de Paris ; Chévereau, 8e ; Alazard, 17e ; Krivine, rég. de Paris ; Cochet-Balmey, 13e ; Dupont, 20e ; Hyvert, 2e ; Thorin, rég. de Paris ; Ben Ichou, 19e ; Lagarde, rég. de Paris ; Collin, rég. de Paris ; Bascourret, rég. de Paris ; Lapeyrie, 16e ; Rieusset, 16e ; Delafontaine, rég. de Paris ; Merlen, 1re rég. ; Emerit, rég. de Paris ; Calmus, rég. de Paris ; Coquelin, rég. de Paris ; Langenieux, 14e ; Vacheron, 17e ; Jamet, 5e ; Baude, 1re ; Vonderweidt, 20e ; Schrameck, rég. de Paris ; Barral, 14e.

Brulon, 9e ; Verdier, 9e ; Layral, 13e ; Trainar, 19e ; Hadida, 19e ; Pelcé, rég. de Paris ; Castanier, 16e ; Manière, 9e ; Breton, 9e ; Rivière, 19e ; Mirante, 19e ; Girardeau, 11e ; Bertin, 1re ; Paillet, 16e ; Gautier, 7e ; Faraut, rég. de Paris ; Touraine-Desvaux, 3e ; Noyer, 3e ; Barreau, 17e ; Rolland, 14e ; Durin, 17e ; Chaix, 14e ; Lamblin, 1re ; Auriol, 17e ; Vittot, 7e ; Verne, 13e ; Filliol, 3e ; Deloose, 1re ; Ducaud, 9e ; Picot, 1re ; Thiodet, 19e ; Cornu, 20e ; Christelle, 2e ; Brunier, 13e ; Razimbaud, 16e ; Turquand, 1re ; Lotte, rég. de Paris ; Leclercq, 4e ; Mestrallet, 14e ; Navarre, rég. de Paris ; Grognard, 9e ; Raspiller, 20e ; Cros, 14e rég.

Tancelin, rég. de Paris ; Dieterich, 7e ; Pouzet, 14e ; Ibos, 2e ; Reinhold, rég. de Paris ; Maurette, 17e ; Luscan, 16e ; Néau, 9e ; Lescale, 17e ; Bérau, 18e ; Hautechaud, 3e ; Berjonneau, 11e ; Cézilly, 15e ; Pinatel, 18e ; Deguillaume, 13e ; Soulié, 13e ; Mermillod, 14e ; Paupert, 14e ; Guy, 14e ; Couritas, 15e ; Rousselin, 8e ; Mélé, 8e ; Cabanié, Maroc ; Mercier, 1re ; Béroud, 15e ; Degos, 18e ; Aris, 18e ; Pesme, 18e ; Maurel, 16e ; Clarac, 18e ; Dabadie, 18e ; Perboyre, 16e ; Pétouraud, 14e ; Tram-

blin, 1re ; Martin, 16e ; Lemaître, 1re ; Lemoine, 2e ; Roucolle, 17e ; Derot, rég. de Paris ; Lequint, 1re ; Lacroix, rég. de Paris ; Peyre, 17e ; Wimmer, 20e ; Mortreux, 1re.

Izard, rég. Paris ; Gouteyron, 13e ; Cros, 16e ; Haas, 20e ; Fath, 7e ; Pinnelli, 19e ; Michon, 11e ; Alinat, 15e ; Peycher, 17e ; Ronchot, Tunisie ; Griveaud, 13e ; Furgé, 9e ; Doersch, 7e ; Busy, rég. Paris ; Monties, 17e ; Moulinier, 14e ; Chardonneau, 16e ; Rubenovitch, rég. Paris ; Truc, 16e ; Winckler, 20e ; Ramez, 1re ; Morisot, rég. Paris ; Louyot, 20e ; Metzger, 20e ; Leclair, 1re ; Characbon, 14e ; Boudey, 17e ; Perrot, 13e ; Delarra, 1re ; Despas, 4e ; Blanc, 19e ; Scemla, Tunisie ; Jauretche, 17e ; Jacques, 6e ; Bizard, 1re ; Fabre, 17e ; Trotsky, rég. Paris ; Dupuy, 13e ; Gruber, 7e ; Delpistoya, 20e ; Doyon, 7e ; Verrière, 14e ; Planques, 17e ; Falaize, 5e ; Leproust, rég. Paris ; Duminil, 1re ; Gerson, rég. Paris ; Milot, 1re ; Delécourt, 1re ; Martinet, 13e ; Trautmann, 18e ; Luttringer, 7e ; Cayotte, 20e ; Clément, 9e rég. ; Berry, 2e ; Woringer, 20e ; Puech, 15e ; Vial, 20e ; Chabannes, 14e ; Petit, 13e ; Estor, 16e ; Magnien, rég. Paris, Pierron, 6e ; Jouane, 19e ; Cottet, 7e ; Foulon, 4e.

Quivy, rég. Paris ; Nessmann, 20e ; Baillis, 17e ; Olmer, 15e ; Kenzinger, 4e ; Wahl, rég. Paris ; Gentin, 6e ; Boucomont, 16e ; Thévenard, rég. Paris ; Vial, rég. Paris ; Albertin, 7e ; Costemend, 1re ; Rochas, 15e ; Créhange, 6e ; Minne, 1re ; Dubard, 8e ; Schumacher, 7e ; Métzger, 8e ; Delavaud, rég. Paris ; Séjournet, 5e ; de Mascarel de la Corbière, 9e ; Créhange, 20e ; Buzon, Maroc ; Grégoire, 20e ; Massot, 4e ; Brongniart, rég. Paris ; Roos, 20e ; Vidal, 16e ; Pecker, rég. Paris ; Lebreton, 4e rég. ; Heuclin, 1re ; Spack, 20e ; Demasure, rég. Paris ; Sicard, 17e ; Schneegans, 20e ; Ardouin, 3e ; Blanche, 8e ; Damond, rég. Paris ; Grenoilleau, 19e ; Doussain, 4e ; Mégnin, 19e ; Martiny, rég. Paris ; Elbaz, 19e ; Meyer, rég. Paris ; Martin, 7e ; Sarles, 15e ; Kalttenbach, 7e ; Montus, 15e ; Lereboullet, rég. Paris ; Studer, 7e ; Martin, 1re ; Dumas, 2e ; Le Droumaguet, 5e ; Bourgeois, rég. Paris ; Medioni, rég. Paris ; Mauric, rég. Paris ; Sicault, Maroc ; Alain, 5e ; Vonder, rég. Paris ; Pannier, rég. Paris ; Clouard, 11e ; Capitaine, rég. Paris ; Lyonnet, rég. Paris ; Chatagnon, rég. Paris ; Breuillé, 3e ; Lebar, 19e ; Alayrangues, 9e ; Baudot, 17e ; Verne, 13e ; Pernet, 20e ; Polu, 20e ; Couallier, 11e ; Lohéac, 11e ; Barthélémy, 20e ; Voillemin, 7e ; Veber, 6e ; Lassus, 14e ; Odinet, rég. Paris ; Giry, 6e ; Salez, 1re ; Robert, rég. Paris ; Perles, rég. Paris.

Morand, rég. Paris ; Mainguy, rég. Paris ; Gozlan, rég. Paris ; Panis, 16e ; Pougin, rég. Paris ; Ribardière, rég. Paris ; Schalck, rég. Paris ; Barsotti, Tunisie ; Longnon, rég. Paris ; Couvreux, rég. Paris ; Hoffmann, rég. Paris ; Delthil, rég. Paris ; Mary, rég. Paris ; Delastre, Tunisie ; Higue, Maroc, Wilemin, 20e ; Ponthus 14e ; Muller, 20e ; Laignier, rég. Paris ; Roques, 19e ; Montant, rég. Paris ; Delalande, 5e ; Nyer, rég. Paris ; Faugère, 19e ; Bécart, rég. Paris.

RÉSERVES

2e ARMÉE COLONIALE

Pour le grade de médecin colonel

Les lieut.-col. : Laquièze, 17e ; Rault, 11e.

Pour le grade de médecin lieutenant-colonel

Les command. : Collin, 15e ; Rivière, 4e ; Landry, 6e.

Pour le grade de médecin commandant

Les méd. capit. : Fabry, Indochine ; Giraud, Paris ; Mickaniewski, Indochine ; Rives, Algérie.

Pour le grade de médecin capitaine

Les méd. lieut. : Jochum, Madagascar ; Muffat, 18e ; Jadfard, Tunisie ; Marinot, Indochine.

Voir la suite page XXXV-1989

PROPOS DU JOUR

L'ACCÈS DES MÉDECINS ÉTRANGERS A L'AGRÉGATION DE NOS FACULTÉS

La presse a annoncé qu'il était résolu de permettre aux médecins étrangers l'accès à l'agrégation des Facultés de médecine française.

Aussitôt des protestations se sont élevées. On a répliqué que ces agrégés seraient peu nombreux, qu'ils n'auraient le titre qu'à la suite du concours normal auquel ils prendraient part comme les candidats français, qu'ils seraient nommés en surnombre après épreuves satisfaisantes et ne porteraient aucun tort aux agrégés français, que leur titre d'agrégé ne leur permettrait jamais d'exercer la médecine et qu'ils n'auraient jamais à s'en prévaloir si, dans l'avenir, ils réunissaient toutes les conditions pour avoir le droit d'exercer.

Nous admettons qu'avec ces restrictions et leur très petit nombre, les agrégés étrangers n'amèneront pas grand trouble dans l'exercice de la profession médicale, bien que nous sachions quel cas, avec l'intervention de politiciens influents, les pouvoirs publics font parfois des règlements, des décrets et même des lois.

Mais l'idée de permettre aux étrangers l'accès à l'agrégation, que nous nous permettrons de qualifier tout au moins d'inopportune, dénote dans l'esprit de ceux qui ont pris cette initiative, une étonnante méconnaissance des sentiments du Corps médical à l'heure actuelle.

Comment, c'est au moment où nous nous plaignons tous de la facilité avec laquelle on procède aux naturalisations de médecins sans exiger de garanties suffisantes, que l'on songe à cette réalisation, qui, pour certains, peut paraître une provocation, ce que nous ne voulons pas croire.

Nous ne sommes pas xénophobes, bien au contraire. Nous demandons que nos Facultés, nos hôpitaux, nos laboratoires, nos instituts de recherches soient largement ouverts aux étrangers qui désirent bénéficier de la science médicale française et des établissements organisés en France pour la développer.

Nous comprenons la nécessité de donner à ces étudiants ou à ces médecins un diplôme ou un titre qui, au retour dans leur patrie, pourra leur permettre de faire la preuve des études sérieuses qu'ils auront faites dans notre pays, et qu'on honore tout particulièrement ceux qui se sont distingués. Mais de là à leur ouvrir l'accès du concours de l'agrégation, il y a loin.

Cent manières existent pour récompenser les travailleurs. Outre les places limitées de correspondants de l'Académie de médecine, de l'Académie de chirurgie, de nos plus importantes sociétés médicales scientifiques qui ne peuvent être attribuées qu'à des savants qui ont fait leurs preuves, outre les décorations académiques et autres qu'on peut leur décerner, il est possible de multiplier les titres *honoris causa* de docteurs, même à la rigueur de professeurs, qui seraient délivrés, après l'examen d'une commission avec l'assentiment des Conseils des Facultés, par les autorités universitaires.

Nous craignons que l'intrusion des étrangers dans le concours d'agrégation en médecine, ne relève guère dans le Corps médical, et partant dans le public, le prestige du titre d'agrégé, sans pour cela donner satisfaction aux étrangers distingués qui viendraient en France pour accroître leurs connaissances médicales.

J. Noir.

LE RECRUTEMENT SYNDICAL DES JEUNES MÉDECINS

Le Docteur HOUSSIAUX, secrétaire du Syndicat médical de Cannes, nous a adressé la lettre suivante :

Le jeune confrère qui vous a écrit la lettre publiée dans le *Concours* du 2 juillet 1939 a raison.

Le médecin débutant ignore à peu près tout des règles déontologiques et des usages syndicaux. Il est d'autre part perdu au milieu des règles de plus en plus multiples et complexes en vigueur pour les diverses branches de la médecine sociale.

Le Syndicat doit l'instruire et l'aider.

Il est nécessaire que le Bureau entre en contact avec tous les nouveaux confrères et se mette à leur disposition pour leur donner tous renseignements utiles.

Ici, tout nouveau confrère reçoit le Recueil de renseignements et décisions du Syndicat, qui contient 300 feuilles polycopiées interchangeables, et qui est tenu à jour par envoi périodique de feuilles de remplacement.

Il est, d'autre part nécessaire qu'il y ait une mise en observation suffisamment prolongée des nouveaux confrères avant de les admettre à titre de membres du Syndicat (à moins qu'ils aient été membres du Syndicat d'une précédente résidence).

Mais il existe un moyen très simple de les intégrer immédiatement dans le Syndicat, c'est de les admettre provisoirement à titre de stagiaires, en attendant qu'ils aient un temps d'exercice local suffisant pour qu'on puisse statuer sur leur admission définitive en connaissance de cause.

Pendant ce stage, ils ont les mêmes devoirs que les membres, et aussi les mêmes droits, à part le droit de vote.

Au bout du stage, il est voté sur leur admission à titre de membres.

S'ils ne sont pas admis à titre définitif, ils cessent automatiquement de faire partie du Syndicat, sans avoir à en être exclus.

Ici, désireux de faire plus encore, nous invitons les nouveaux confrères aux réunions syndicales avant même qu'ils soient admis provisoirement à titre de stagiaires, avant même qu'ils aient fait acte de candidature. Et le Bureau du Syndicat s'occupe d'eux exactement comme de ses membres.

Le résultat de cette méthode est qu'il n'y a pas ici un seul jeune confrère qui ne fasse partie du Syndicat.

Recevez, je vous prie, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Le Docteur Houssiaux nous indique le bon remède, malheureusement tous les Syndicats ne possèdent pas des secrétaires aussi actifs et aussi vigilants. Nous pouvons poser en principe qu'un Syndicat, comme du reste tout autre groupement, ne vaut que par son président ou son secrétaire et il est du devoir de ces derniers de chercher de jeunes collaborateurs actifs et dévoués qui pourront les suppléer et plus tard les remplacer.

D'autre part, un confrère de la banlieue parisienne nous fait remarquer ce qu'il y a de paradoxal d'inscrire dans les statuts du S. M. S. la possibilité d'arrêter le recrutement du Syndicat quand on se plaint unanimement de la trop faible proportion des médecins syndiqués dans la région parisienne.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

LE TRAITEMENT DES PLAIES DE L'EXTRÉMITÉ DES DOIGTS

Par le Professeur J. VANVERTS

Les plaies de l'extrémité des doigts peuvent se présenter sous des aspects très différents.

Je n'aurai en vue, que les plaies nettes, non infectées, qui s'accompagnent d'une perte de substance plus ou moins importante et dont le type est celles qui sont produites par un instrument tranchant ou par une scie. Quelle conduite le médecin doit-il tenir en présence d'une plaie de ce genre ?

La décision à prendre dépend naturellement de l'avenir probable de la plaie. Celle-ci ne se cicatrisera qu'après un temps plus ou moins long et la cicatrice sera terminale, constituée par un tissu mince, fibreux, sensible à la moindre pression — ce qui constituera une gêne notable pour le fonctionnement du doigt et diminuera la capacité de travail. Parfois, la cicatrice obtenue ne présente pas les caractères défectueux que je viens de rapporter. Toutefois, cette éventualité étant exceptionnelle, on ne doit pas l'espérer.

Il n'est pas possible d'activer et d'améliorer la cicatrisation en suturant les lèvres de la plaie. Celles-ci ne peuvent, en effet, être amenées au contact l'une de l'autre.

Pour éviter la cicatrice terminale dont j'ai montré les inconvénients beaucoup de chirurgiens se résolvent à pratiquer une *désarticulation phalangino-phalangettienne.* Le lambeau antérieur, qui a été taillé, recouvre l'extrémité de la phalangine et, étant constitué par la peau de la face palmaire du doigt, pourra supporter les menus traumas auxquels l'extrémité des doigts est exposée. Cette méthode présente toutefois le grave inconvénient de raccourcir le doigt et de troubler son fonctionnement. Ce raccourcissement est parfois augmenté du fait que l'on a été obligé, pour obtenir un lambeau suffisant de réséquer l'extrémité de la phalangine.

Une excellente méthode, à laquelle on n'a pas assez souvent recours est celle de l'*autoplastie par la méthode italienne.* Elle consiste à tailler un lambeau cutané à distance de la plaie digitale, en le laissant adhérent par un pédicule à la région où il a été prélevé, puis à l'amener sur la perte de substance et à l'y fixer par quelques points de suture. La région d'emprunt est généralement la face antéro-latérale du thorax. Le membre supérieur est maintenu en contact de cette paroi à l'aide d'un bandage. Au bout de douze jours environ on sectionne le pédicule.

J'ai utilisé deux fois ce mode d'autoplastie et en ai retiré d'excellents résultats (1). Deux précautions doivent être prises, à savoir : laisser adhérente à la peau du lambeau d'emprunt une certaine épaisseur de tissu graisseux ; exercer une légère compression, à l'aide de gaze et d'ouate sur le lambeau pour assurer son bon accolement à la plaie digitale.

A côté des méthodes que je viens de signaler se place celle de la *réimplantation de l'extrémité du doigt* complètement détaché de celui-ci ou n'y tenant que par un pont cutané. Cette réimplantation, qui constitue une véritable *greffe,* est d'origine très ancienne. D'application exceptionnelle, elle a donné d'excellents résultats.

Les conditions de sa réussite sont d'abord la précocité de la réimplantation, ensuite l'absence de tout attouchement des surfaces cruentées avec des antiseptiques. Il faut se contenter de nettoyer la peau voisine et, après la réimplantation, de maintenir l'extrémité du doigt en contact intime avec celui-ci à l'aide d'un pansement aseptique. Plusieurs cas de ce genre ont été récemment publiés. Les résultats heureux obtenus doivent engager à recourir à cette méthode lorsqu'elle est possible.

Voici un cas observé il y a longtemps déjà :

Un enfant de 11 ans, en nettoyant la chaîne de sa bicyclette, s'écrase l'extrémité de l'index droit. Celui-ci est sectionné presque complètement. Le bout du doigt ne tient que par un mince lambeau cutané. La section est perpendiculaire à l'axe du doigt et siège au niveau de la racine de l'ongle.

La mère de l'enfant réapplique l'extrémité du doigt, fait prendre un bain chaud de quelques minutes au doigt blessé et applique un pansement.

Je suis appelé auprès du blessé treize heures après, en consultation avec un autre chirurgien. Nous constatons que l'aspect des parties traumatisées est bon et, après avoir nettoyé la peau à l'alcool et à la teinture d'iode, nous mettons un pansement stérilisé.

Le pansement est laissé en place pendant neuf jours. A ce moment, la peau présente une coloration noirâtre sur toute la circonférence du doigt, près de la ligne de section, au niveau du fragment détaché ; ce sphacèle

---

(1) J. VANVERTS. — Autoplastie de la pulpe d'un doigt par la méthode italienne. *Gazette des Praticiens,* Lille, 1920, p. 142.

s'étend sur une hauteur de quelques millimètres. Sur le reste de l'extrémité du doigt la peau est blanche et sensible à la piqûre.

Sept jours après, je constate qu'il existe une légère suppuration au niveau de la face dorsale du doigt.

Trois semaines après, la peau est noirâtre et constitue un véritable capuchon que je détache et enlève facilement. Sous elle se trouve une peau absolument normale qui recouvre l'extrémité du doigt.

J'ai, d'autre part, observé deux cas d'un véritable *décalotement* de la troisième phalange du doigt. La peau, détachée par le traumatisme, formait un véritable capuchon qui ne tenait plus au doigt que par un pont cutané et que je réappliquai sur l'extrémité de ce doigt.

Réunion parfaite, résultat excellent.

DE L'ABUS DES VERMIFUGES

Par le Docteur Germain BLECHMANN
Ancien chef de clinique infantile à la Faculté de Paris

La plupart des vermifuges sont non seulement des toxiques, mais ils sont en plus très irritants pour la muqueuse intestinale. Est-il besoin de rappeler les accidents multiples observés tous les jours, grâce à leur emploi abusif et répété : la simple indigestion, les vomissements avec acidose, l'ictère, la colite dysentériforme, la diarrhée toxique et même, l'empoisonnement mortel ?

On ne devrait donc pas employer les antihelminthiques sans motifs sérieux et, quand on en use chez l'enfant, il faut apporter aux doses une attention particulière.

Tout d'abord, une distinction est à faire entre les oxyures et certains parasites comme le tænia et les ascaris. L'oxyurase fréquente dans le second âge et très habituelle à l'âge scolaire, est singulièrement tenace, car les oxyures se multiplient du fait d'une réceptivité spéciale de l'intestin, caractérisée par un trouble du transit, pouvant s'accompagner d'une insuffisance hépato-biliaire.

Il s'agit donc d'enfants constipés (par restriction des aliments riches en cellulose ou mauvaise éducation intestinale) et présentant parfois un allongement anormal du gros intestin. S'ils sont, en outre, de petits cholémiques avec insuffisance biliaire, on comprend leur prédisposition au prurigo ou à l'urticaire.

Chez ces enfants constipés, hépato-arthritiques et porteurs d'oxyures, des vermifuges actifs peuvent être nocifs et souvent inopérants. Le brossage méthodique des doigts, des ongles, la répétition des vermifuges seront insuffisants, dit Maurice Coffin, si l'on ne modifie pas le milieu intestinal.

Les mères de famille abusent en vérité des vermifuges, surtout dans le peuple, sans consulter un médecin : on les donne comme on fait absorber un fortifiant ou un dépuratif. Les médecins eux-mêmes ne devraient ordonner des vermifuges qu'après constatations dans les selles ou de vers ou de leurs œufs.

Quant à la publicité accordée à ces médicaments, elle est plus d'une fois dangereuse, car elle laisse ignorer les accidents qui peuvent survenir chez les enfants. D'accord avec tous les pédiatres, nous ne saurions trop mettre en garde contre ces risques et un vermifuge ne devrait, être délivré que sur ordonnance d'un médecin capable d'en juger l'opportunité et d'en fixer le doses.

Cette publicité, par la voie des journaux et surtout par la T. S. F., vante l'utilité et les effets de certains vermifuges, si l'enfant est pâle, s'il dort mal, s'il souffre du ventre. Elle exploite sans vergogne les croyances populaires et nous devons lutter contre elles, en affirmant l'inutilité trop fréquente des vermifuges qui traumatisent dans de multiples occasions la muqueuse de jeunes sujets présentant déjà l'insuffisance hépato-digestive que nous avons signalée.

L'emploi des anti-helminthiques comme l'extrait de fougère mâle, le thymol, la santonine doit être particulièrement surveillé. Le soufre, le mercure, par voie interne, les pyréthrines sont beaucoup moins toxiques et peu irritants.

Certains vermifuges n'ont pour ainsi dire jamais de rôle nocif, même chez les nourrissons, tels les mucilages, le bismuth et les semences de courge : celles-ci d'une efficacité évidente sont à conseiller s'il s'agit de très jeunes enfants atteints de tænia.

Quant aux anti-helminthiques très actifs, on peut rendre bien moindre leur toxicité par fractionnement des doses et préparation du sujet, en lui donnant la veille et l'avant-veille, régime léger, plutôt végétarien.

En outre, dans l'oxyurase, ne négligeons pas de favoriser le bon fonctionnement intestinal et celui de la glande hépatique.

S'ils consentent à suivre ces quelques conseils, les praticiens arriveront à supprimer nombre de réactions colitiques sérieuses, parfois dysentériformes et à éviter les accidents toxiques aigus, si fréquents depuis que s'est répandu, ces dernières années, l'abus intempestif des vermifuges chez les enfants.

AU CHEVET DES PATIENTS

● ● ●

I

Les asystolies masquées

« Les fléchissements myocardiques ne se révèlent pas constamment sous leurs traits habituels. Ils empruntent la localisation d'un organe différent, pour y apposer leur signature, alors que les symptômes directs de déficience cardiaque demeurent dans l'ombre, et risquent d'être méconnus ». Le Docteur **Charles Fiessinger** (1) donne à ces formes anormales le nom d'asystolies masquées.

Cliniquement, dit cet auteur, plusieurs variétés en signalent la distribution : la variété pulmonaire, hépatique ou rénale ; enfin une forme embolisante, qui est liée aux distensions de l'oreillette.

Variété pulmonaire.

Le masque peut être celui des *crises d'asthme*. Le plus fréquemment, celles-ci sont dues à l'existence de *rétrécissements mitraux*. Cependant, les signes de cette lésion ne sont pas au complet. A l'auscultation, à peine un claquement mitral et parfois un dédoublement passager du second bruit. Il faut prêter l'oreille avec attention, et il arrive que ces anomalies légères ne soient pas perçues. Pourtant la dyspnée est extrême, et se complique de crises paroxystiques suffocantes. Or, une amélioration ne sera pas obtenue, avant que ne soit prescrit un traitement rationnel de la cardiopathie.

D'autres fois, c'est une *insuffisance aortique*, qui est en jeu. Le souffle diastolique de la base est de sonorité faible, et il n'est plus perçu quand le cœur est dilaté. Il n'y a qu'un gros ventricule gauche et des crises asthmatiformes. C'est le seul traitement anti-asystolique qui remettra rapidement les choses d'aplomb.

Enfin, on peut incriminer des *dilatations cardiaques* exclusivement myocardiques. Elles se traduisent par de la dyspnée et une tachycardie modérée ; pas même d'arythmie, qui pourrait mettre le praticien sur la voie du diagnostic exact. La radiographie montrerait qu'une hypertrophie ventriculaire gauche justifie la tachycardie. Même s'il y a superposition de crises d'asthme, réelles, le traitement tonicardiaque reste, en ces cas, plus indiqué que la médication antiasthmatique.

(1) *Journal des Praticiens*, 13 mai 1939.

Bref, il faut insister sur *le doute que doivent provoquer, certaines crises d'asthme d'une part dans la jeunesse, et d'autre part dans l'âge avancé.*

On pourrait ajouter à cette variété pulmonaire une forme hémorragique ; mais on ne doit pas considérer trop rapidement une jeune fille *comme tuberculeuse, parce qu'elle a craché du sang.*

Des jeunes filles crachent du sang, on les croit tuberculeuses, et il en est qui ont été envoyées dans des sanatoria. Ici encore, un rétrécissement mitral pourra faire sa preuve, et c'est la médication ditalgiique, avec repos au lit d'une dizaine de jours et régime de réduction qui fera disparaître les accidents.

Variété hépatique.

Certains foies sont gros et douloureux, au cours des *insuffisances myocardiques*. Ils débordent de trois à cinq travers de doigt le rebord costal, et s'accompagnent d'un mouvement fébrile, qui peut atteindre, près de 39°. Le repos au lit, les compresses chaudes, le traitement digitalique vont remettre les choses en l'état, et tout l'orage aura disparu en une quinzaine.

Parfois un cœur est insuffisant, parce qu'il est gros, et le foie peut être énorme. Chez un malade de cette catégorie, le diagnostic de kyste hydatique avait même été soulevé : on parlait d'opération. En réalité, le pouls était fréquent ; il dépassait 80, et les lèvres étaient légèrement cyanosées. Il suffit d'administrer le traitement cardiaque requis pour rétablir l'équilibre de la circulation.

Dans d'autres cas, le foie est lisse, volumineux, les signes cardiaques très effacés. Cependant c'est un *rétrécissement mitral* larvé qui est en jeu.

L'auteur cite l'intéressante observation d'une jeune fille de 22 ans. « Elle respirait mal depuis longtemps ; mais, sur l'heure, avait un gros foie douloureux et de l'ascite. Le diagnostic de péritonite tuberculeuse avait été porté. En réalité, un rétrécissement mitral était en jeu, et les choses s'arrangèrent tout de suite. »

Variété rénale.

Les malades urinent de l'albumine, et respirent mal. En plus, il peuvent être hypertendus, et le diagnostic d'urémie ne laisse aucun doute. Cependant les examens de laboratoire ne justifient pas ces présomptions : la quantité d'urée

♦♦♦

sanguine ne dépasse pas 0 gr. 35 à 0 gr. 40 par litre. Or, le cœur seul est touché, ou, plutôt c'est sa déficience qui explique les troubles dyspnéiques.

« Les rénaux, bien souvent, et au bout d'un certain temps, ne sont que des cardiaques. Jadis Huchard leur administrait de la théobromine, et il faisait bien. Mais, l'amélioration totale ne s'obtenait qu'avec le concours de la digitaline. En l'absence de bruit de galop, qui annonce une certitude de fléchissement, il est parfois difficile de voir clair. D'autant que les symptômes rénaux paraissent tenir la première place ».

Variété embolique

C'est surtout le *rétrécissement mitral*, qui est en jeu ; ici les accidents masqués sont bien plus rares.

En voici un exemple personnel de Ch. Fiessinger ; il est très caractéristique : « A quelques mois d'intervalle, une jeune femme de 28 ans fait tour à tour une *hémorragie rétinienne* et une *hémorragie méningée*. Elle vient me voir, une fois remise sur pied. Je lui découvre un rétrécissement mitral fruste et la renvoie au Professeur Sicard, qui l'avait soignée pour son hémorragie méningée. « Il existe, en effet, un rétrécissement mitral», déclare celui-ci. Grâce au traitement digitalique discontinu, aucune nouvelle embolie depuis dix-huit ans.

« Méfions-nous des maladies embolisantes et auscultons le cœur avec soin. »

***

Le *traitement* de toutes ces manifestations, il se résume dans l'ordonnance de la médication asystolique. Quatre éléments de traitement doivent être combinés :

1° Le *repos absolu au lit* ;

2° Le régime de *réduction lacto-hydrique* ; 400 grammes de lait et 400 grammes d'eau trois à quatre jours de suite ;

3° L'emploi de la *digitaline* à faibles doses : V gouttes de la solution à 1 p. 1.000 quatre jours de suite, matin et soir ; V gouttes les quatre matins suivants. Suspension de quarante-huit heures, et reprise de même dose. Aux séries ultérieures, diminuer peu à peu les doses de *digitaline*, mais ne jamais la suspendre totalement. Un malade, qui a eu le cœur distendu, en devra consommer presque, et s'il est âgé, toute sa vie, aux doses de V gouttes, trois jours consécutifs par semaine. Dans les maladies embolisantes, les doses de digitaline ne seront pas aussi élevées : V gouttes, quatre à cinq jours de suite suffisent ; une contraction cardiaque trop énergique risque, en effet, de détacher un nouveau caillot.

4° L'usage de la *théobromine* : 2 cachets par jour de 0 gr. 50, quinze jours de suite.

II

LE BASSIN DES POTTIQUES NE DOIT PAS ÊTRE CONFONDU AVEC CELUI DES RACHITIQUES

En effet, le rachitisme ne donne jamais une cyphose pure comme le mal de Pott, mais une cypho-scoliose.

Or le diagnostic du mal de Pott est simple ; il se voit clairement. Toute la difficulté est de ne pas méconnaître un mal de Pott *bas situé*, donnant une toute petite cyphose très basse, celle qui crée le plus mauvais bassin.

Cependant, précise le **Professeur Jeannin** (1), le bassin des bossues est très variable. Les unes accouchent bien : ce sont les bossues très difformes, ayant une cyphose très haute. D'autres accouchent mal : ce sont celles qui sont peu déformées, ayant une cyphose basse. Dans l'ensemble des bassins, le bassin des pottiques est cependant un bon bassin : les grosses difficultés sont rares.

Conduite à tenir.

Il faut bien connaître ce que vaut le détroit inférieur. S'il semble bon, on n'intervient pas et la femme accouche bien. S'il est très étroit, on décide de pratiquer une césarienne.

Dans les cas extrêmes, la conduite à tenir est facile. Dans les cas moyens, elle est autrement délicate.

Pourra-t-on tenter une application de forceps ? Celui-ci est facile à mettre, car on l'applique en position directe. On tire avec des mouvements d'inclinaison latérale, en faisant de l'asynclitisme transversal tout en maintenant la traction. Si on n'ose pas entreprendre un forceps, il reste la pubiotomie. C'est là sa grande indication. Elle est logique, puisqu'elle agrandit le diamètre transversal, c'est-à-dire celui qu'il faut agrandir. Les articulations sacro-iliaques si mobiles se prêteront à cet élargissement. On se ralliera alors au procédé de Zarate. L'auteur préfère encore dans ce cas, s'il voit que le forceps est dangereux faire une césarienne.

G. FISCHER.

(1) Le bassin des pottiques. *Journal des Praticiens*, 13 mai 1939 .

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Traitement des pleurésies purulentes graves du pneumothorax artificiel

H. Joly étudie la pleurotomie précoce avec aspiration pleurale dans le traitement des accidents pleuraux purulents d'allure aiguë, avec reproduction rapide du liquide, température élevée, atteinte rapide de l'état général ; c'est-à-dire : les épanchements infectants ou pyothorax malins ; les épanchements surinfectés ; les pleurésies putrides. Fort de son expérience, cet auteur considère la pleurotomie très précoce et « a minima » comme réalisant le traitement le meilleur des pleurésies purulentes graves du pneumothorax artificiel, à la condition que ce drainage soit suivi rapidement d'aspiration pleurale. Cette méthode a l'avantage d'éviter certainement les ensemencements contro-latéraux et de désinfecter rapidement la cavité pleurale, de permettre de récupérer la fonction du poumon sous-jacent. Une thoracoplastie limitée devra lui être associée lorsqu'il persiste dans le parenchyme pulmonaire une ulcération ou lorsqu'il existe une perforation pleuro-pulmonaire ouverte et haut située.

La méthode des lavages pleuraux paraît donner des résultats bien moins constants que la pleurotomie avec aspiration pleurale et ne pas avoir, dans son ensemble, les mêmes avantages. La thoracoplastie totale est une intervention grave qui doit être réservée aux perforations pleuro-pulmonaires ouvertes et bas-situées. Trop souvent les pleurésies purulentes du pneumothorax ne sont confiées au chirurgien que trop tardivement alors que les lésions sont telles qu'on ne peut pas grand'chose pour le malade : la pleurotomie tardive faite en présence de lésions devenues bilatérales, la thoracoplastie totale faite pour une poche pleurale ancienne passée à la chronicité sont des interventions ne donnant que des résultats lamentables ; c'est en agissant précocément et énergiquement qu'on doit améliorer le pronostic de ces accidents pleuraux.

Il est certain que le traitement des complications pleurales graves du pneumothorax reste avant tout prophylactique : on les évitera le plus souvent en abandonnant sans tarder les pneumothorax inefficaces et contro-électifs, en sectionnant dans les premières semaines les adhérences pleurales. Ces principes, maintenant admis par tous dans les grands centres de traitement de la tuberculose pulmonaire, ont diminué considérablement le nombre des pleurésies purulentes. (*Bull. de la Soc. Médicale de Passy*, mars 1939.)

Psoriasis vaccinal primitif consécutif à une vaccination triple associée

MM. Y. Bureau et Turon ont assisté à l'apparition d'un psoriasis vaccinal primitif survenu à la suite d'une injection de vaccin triple associé (antitypho-paratyphique, antidiphtérique, antitétanique). Dans cette observation, il faut noter le caractère primitif de ce psoriasis vaccinal survenu sur un sujet indemne à cet égard de tout antécédent personnel, héréditaire ou familial. Il y a lieu de remarquer aussi que les auteurs ayant ensuite choisi deux territoires cutanés non envahis par cette dermatose, pratiquèrent : à droite l'intradermo-réaction au vaccin antitypho-para-typhique ; à gauche : l'intradermoréaction à l'anatoxine diphtérique, et un peu plus bas, à l'anatoxine tétanique. Dès le lendemain, on nota une réaction positive au niveau du point d'injection intradermique du vaccin T. A. B., et le surlendemain autour de ce même point, une couronne de douze éléments maculaires rouges, blanchissant au grattage, ayant tous les caractères de petites gouttes de psoriasis. Les deux jours suivants, ces taches augmentèrent nettement, devinrent bien circonscrites, se couvrirent de fines squames sèches abondantes, donnant au grattage une fine poussière micacée. Au sixième jour, l'intra-dermoréaction T. A. B. s'atténua en s'exfoliant et on assista simultanément à la flétrissure des éléments psoriasiques qui l'entouraient. Les intradermo-réactions aux anatoxines diphtérique et tétanique sont demeurées négatives. Le blanchiment de ce psoriasis fut obtenu en un mois par les moyens usuels.

Ainsi se trouva établi d'une façon expérimentale un rapport de causalité entre la vaccination au T. A. B. et le déclenchement de la dermatose. (*Gazette Médicale de Nantes*, mars 1939).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Chimiothérapie et infection par le bacille de Friedlander

(MM. LEVADITI, VAISMAN et KRASSNOFF ; 30-5-1939)

Les auteurs ont étudié le mécanisme de l'activité chimiothérapique de certains dérivés aromatiques sulfurés dans l'infection provoquée par le bacille de Friedländer.

La capsule du bacille en question joue le rôle d'une cuirasse protectrice vis-à-vis de la phagocytose. Or, chez la souris, sous l'influence de certains médicaments administrés *per os* (principalement des azoïques à fonctions sulfamide et sulfone), le milieu intérieur subit des modifications le rendant impropre à faciliter la pullulation normale du germe et l'extériorisation de son potentiel capsulogène. Le microbe devient de la sorte apte à être phagocyté par les leucocytes.

Statistique des maladies rhumatismales à la Clinique infantile de Lyon

(M. G. MOURIQUAND et Mlle WEILL ; 30-5-1939)

De l'étude de cette statistique et de diverses courbes, on peut déduire que l'augmentation de la fréquence des cas de maladies rhumatismales chez les enfants dans la région lyonnaise s'est encore accusée depuis 1934 (4,35 pour 100 en 1911, 4,81 pour 100 en 1934 et 5,57 pour 100 en 1939). Si cette progression continuait, cette affection pourrait devenir, comme dans certains pays étrangers, un véritable danger social.

Diagnostic biologique des hyperpituitarismes

(MM. G. JEANNENEY, SERVANTIÉ, HIRTZ et BENTEJAC ; 30-5-1939)

Le test de Collin et Drouet, d'évaluation de la fonction hypophysaire, est basé sur la recherche dans les urines du principe mélanotrope ou *intermédine* (Zondek), élaboré par les cellules primordiales de l'hypophyse. La technique consiste à injecter dans le sac lymphatique dorsal d'une grenouille 3 c. c. de l'urine du sujet. Lorsque l'urine contient de l'intermédine, l'injection provoque une coloration brune des téguments de l'animal, coloration qui permet d'apprécier l'hyperpituitarisme.

Ce test prête à quelques causes d'erreur dans la détermination de sa valeur pratique. M. Jeanneney et ses collaborateurs y ont apporté des modifications avantageuses en employant des grenouilles hypophysectomisées et en s'appuyant, non sur l'impression subjective du noircissement des téguments, mais sur le degré de dilatation des mélanophores.

Alcool et champ opératoire

(M. LECERCLE, de Damas ; 30-5-1939)

M. Lecercle remplace depuis plusieurs années, pour la préparation du champ opératoire, la teinture d'iode par l'alcool à 95°. L'alcool ne traumatise pas l'épithélium comme la teinture d'iode. L'auteur a pu faire avec ce procédé 5.000 opérations majeures et près de 8.000 opérations mineures, toutes cicatrisées sans le moindre ennui de réparation à mettre au compte de la méthode.

La tuberculose de l'enfant parisien est toujours d'origine humaine

(M. P.-F. ARMAND-DELILLE ; 30-5-1939)

S'appuyant sur une série d'identifications bactériologiques de bacilles recueillis chez des enfants parisiens tuberculeux, l'auteur conclut que la maladie s'est montrée là constamment d'origine humaine, l'enquête médico-sociale ayant toujours révélé d'ailleurs une contamination familiale par l'un des parents ou une personne de l'entourage immédiat de l'enfant.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Cancer développé autour d'un corps étranger

(MM. BERGERET, HIRSCHBERG et MILLOT ; 1-3-1939)

Les auteurs rapportent l'observation d'un homme, blessé en 1914 par une balle allemande non extraite, qui conserva pendant vingt-quatre ans un corps étranger dans une cavité creusée au niveau de la base du poumon droit. Au bout de vingt-trois ans, se sont développées sur les parois de la cavité des formations cancéreuses qui ont essaimé dans le voisinage immédiat. La balle, en plomb, avait une armature de cuivre et nickel. Le rôle irritant du cuivre peut probablement être mis en cause dans une certaine mesure. Les médecins d'usine connaissent, par expérience, la gravité des blessures par objets en cuivre ou en laiton, la lenteur de leur cicatrisation. En tout cas, cette observation montre la réalité du cancer secondaire à des blessures de guerre. On sait que les cancers succédant à des blessures de guerre ont été considérés comme fort rares.

P. L.

Les Thèses

P. — Dr Ch. Stavré. — **A propos d'un cas d'ostéomyélite aiguë vertébrale.** (Thèse 1939.)

L'atteinte la plus fréquente, dans l'ostéomyélite aiguë vertébrale, est celle de la colonne lombaire (53 % : Grisel) et c'est l'arc postérieur qui est le plus souvent intéressé.

Elle donne habituellement naissance à des abcès extra ou intrarachidiens.

La paraplégie, quelle qu'en soit l'étiologie, est de type flasque avec troubles sphinctériens et sensitifs.

La symptomatologie est la traduction de l'ostéomyélite et de sa localisation vertébrale. Aussi est-on en présence d'un double syndrome, l'un infectieux, l'autre neurologique dérivant d'une compression soupçonnée par l'examen clinique, confirmée par la ponction lombaire et l'examen radiographique lipiodolé.

Le traitement est avant tout chirurgical, et également médical (vaccinothérapie).

P. — Dr Ch. Zanot. — **Contribution à l'étude des syndromes neuro-leucémiques.** (Thèse 1939.)

Les syndromes neuro-leucémiques sont relativement fréquents tant au cours des leucémies aiguës que des leucémies chroniques, mais ils offrent, à tous les points de vue, un intérêt beaucoup plus grand au cours des leucémies chroniques. Dans les leucémies aiguës, en effet, les complications nerveuses ne représentent qu'un épisode terminal.

Au point de vue pronostique, l'apparition de troubles nerveux au cours des leucémies semble avoir une signification fâcheuse, que la thérapeutique actuelle n'a pas notablement atténuée.

Mp. — Dr H. Attiel. — **Traitement du psoriasis arthropathique par le manganèse colloïdal.** (Thèse 1939.)

Les suspensions colloïdales de manganèse, initialement employées comme agent anti-infectieux, préconisées ensuite pour lutter contre les troubles des phénomènes d'oxydation rencontrés au niveau de la peau, dans le psoriasis, se sont finalement révélées très actives chez les psoriasiques avec arthropathies.

L'auteur rapporte quelques observations montrant l'action du manganèse sur les raideurs articulaires de ces malades. Si ce médicament n'agit que de façon inconstante ou transitoire sur l'éruption cutanée, s'il n'agit pas directement sur les algies, il n'en reste pas moins le seul traitement capable d'arrêter l'évolution d'une affection qui, en quelques années, transforme les sujets qu'elle atteint en de véritables infirmes.

Mar. — Dr P. Bonifaci. — **L'intoxication chronique par la nicotine.** Étude expérimentale. (Thèse 1939.)

L'auteur a étudié expérimentalement (chez le cobaye) l'intoxication chronique par la nicotine. Il a noté : une action sur le système neuro-végétatif, sur les glandes endocrines, le métabolisme des glucides (hyperglycémie), sur l'ovaire et sur le tube digestif (ulcérations gastriques hémorragiques).

P. — Dr Seimbille. — **Paralysies faciales périphériques et autres troubles réflexes par dent de sagesse inférieure.** (Thèse 1939.)

Il existe des paralysies faciales périphériques par dent de sagesse inférieure.

Deux arguments cliniques en font la preuve : leur coexistence avec des troubles d'évolution de la troisième molaire du côté homologue ; leur disparition ou amélioration par la suppression de la dent.

Ce trouble réflexe est conditionné dans son apparition par des facteurs déterminants et des facteurs prédisposants ou favorisants.

Le diagnostic étiologique se fait : par un examen clinique attentif de la région de la troisième molaire inférieure du côté homologue à la paralysie ; par un examen radiographique.

Le traitement consiste dans l'extraction de la dent causale suivie dans certains cas d'un traitement électrique adjuvant.

L'évolution pathologique de la troisième molaire inférieure peut enfin donner lieu à d'autres troubles réflexes : nerveux, oculaires, auriculaires, cutanés, glandulaires, muqueux, etc., dont la pathogénie et le traitement sont identiques à ceux de la paralysie faciale.

P. — Dr H. Laredo. — **Contribution à l'étude de l'alimentation en eau dans la ville d'Oran.** (Thèse 1939.)

La source de Brédéah, qui alimente en eau la ville d'Oran, a un débit non suffisant pour les besoins croissants des habitants. L'eau de pluie fournit un certain appoint, qui doit être complété par l'eau bouillie, l'eau minérale et l'eau apportée par les marchands d'eau qui rappellent les porteurs d'eau de jadis.

Dans ces conditions, on s'explique que les cas de fièvre typhoïde soient fréquents à Oran. Toutefois, les mesures prises par les services d'hygiène semblent bien avoir déjà amélioré assez sensiblement la situation.

THÉRAPEUTIQUE

❖ ❖ ❖

Modification de l'Hémoglobine dans le sang par un nouvel extrait Hépato-Gastro-Pylorique (*)

Par le Docteur A. Gervais

Nous avons signalé dans notre article du 7 mai 1939, l'action remarquable de l'Extrait hépato-gastro-pylorique dans le traitement des anémies, et dans celui du 18 juin 1939 son activité sur la formation des hématies.

Nous ferons aujourd'hui un exposé concernant l'activité de l'extrait hépato-gastro-pylorique sur la formation et l'augmentation du taux de l'hémoglobine.

« Les globules ne sont pas des cellules vivantes. « Ce sont de petits sacs pleins d'hémoglobine. A leur « passage dans les poumons, ils se chargent de l'oxy- « gène que leur prendront, quelques instants plus tard, « les avides cellules des organes » (1).

L'hémoglobine désignée ainsi par Hoppe Sayler est la matière colorante du sang dont il existe 140 grammes par litre chez l'homme et 130 grammes seulement chez la femme. Elle contient du fer dans la proportion de 0 gr. 05 pour 100 grammes de sang. Dans les cas pathologiques, la teneur en hémoglobine dans le sang est très variable ; toutefois, la quantité minima de 20 grammes par litre est la limite compatible avec la vie. Par ailleurs, le rôle de l'hémoglobine dans l'organisme est important. Le médecin a toujours intérêt à connaître la quantité d'hémoglobine contenue dans le sang d'un malade.

Il faut qu'il connaisse :

1° Le poids d'hémoglobine par litre de sang ;
2° Le taux de l'hémoglobine ;
3° La valeur globulaire.

Dosage de l'hémoglobine. — Deux méthodes peuvent être employées : la méthode colorimétrique, la méthode chimique. La méthode colorimétrique consiste à comparer le sang à des échantillons colorés préparés d'avance ; elle est imprécise. La méthode chimique, plus délicate est d'une exactitude parfaite.

Taux de l'hémoglobine. — Le taux de l'hémoglobine est exprimé en pour cent. Il est de 100 % pour le sang normal contenant 140 grammes d'hémoglobine par litre. Il peut être donné par la méthode colorimétrique du dosage de l'hémoglobine ou déduite, par le calcul, du poids de l'hémoglobine dans le sang obtenu par la méthode chimique en employant la formule Taux $= \frac{P \times 100}{140}$; P étant le poids d'hémoglobine par litre.

Valeur globulaire. — Elle est fonction du taux de l'hémoglobine (H) et du nombre de globules rouges par millimètre cube (n). Dans le sang normal, la valeur globulaire (VG) est de 1. On la détermine en appliquant la formule $VG = \frac{5.000.000 \times H}{n \times 1800}$. Quand la valeur globulaire est inférieure à 1, l'anémie est dite hypochrome ; égale à 1, orthochrome ; supérieure à 1, hyperchrome.

Ces renseignements étant connus, le médecin pourra établir son traitement. Dans une majorité de cas, il emploiera l'extrait hépato-gastro-pylorique, ou buvable ou injectable, seul ou associé à une médication martiale dans un grand nombre d'anémies hypochromes, ou à une médication vitaminique en cas de carence alimentaire due à un manque d'assimilation, ou à une insuffisance d'apports.

La clinique a confirmé la valeur de l'extrait hépato-gastro-pylorique sur la formation de l'hémoglobine ainsi que le prouvent les résultats suivants recueillis par Mouras (1) et Lombard (2).

I. — Chez un enfant de 15 ans hospitalisé, atteint d'anémie cryptogénétique, traité par des injections intra-musculaires d'extrait hépato-gastro-pylorique 1 c. c. p. d., le poids de l'hémoglobine au litre est passé de 82 à 132 grammes, soit une augmentation de 50 grammes en deux mois, suivant la progression du nombre de globules rouges.

II. — Une jeune couturière, 16 ans et demi entre à l'hôpital avec une anémie moyenne due à des hémorragies abondantes et répétées d'origine inconnue. Après un traitement d'un mois et demi par l'extrait hépato-gastro-pylorique injectable 10 c. c. p. d. d'abord ; 5 c.c. p. d. ensuite, l'hémoglobine est passée de 65 grammes au litre à 120 grammes soit une augmentation de 55 grammes.

III. — C'est une ménagère, 31 ans, envoyée à l'hôpital par son médecin habituel ; règles très abondantes amenant une anémie au-dessous de 2 millions de globules rouges avec 43 grammes d'hémoglobine. Traitée par l'extrait hépato-gastro-pylorique injectable 5 c. c. quotidiens ; elle a le 28 mai, soit un mois après le début du traitement 75 grammes par litre d'hémoglobine ; augmentation de 32 grammes. Elle rentre chez elle, vaque à ses occupations sans fatigue, cesse tout traitement. Dix jours après, nouvelle augmentation de 9 grammes d'hémoglobine.

IV. — Un garçonnet de 8 ans soigné à la Clinique médicale infantile avec trente injections intramusculaires de 1 c. c. en trente-sept jours d'extrait hépato-gastro-pylorique injectable, gagne 52 grammes au litre d'hémoglobine.

V. — Paveur, 55 ans ; anémie moyenne traitée à l'hôpital par l'extrait hépato-gastro-pylorique buvable — 10 c. c. par jour — voit le taux de son hémoglobine passer de 60 % à 90 % et sa valeur globulaire égale 1.

VI. — Anémie pernicieuse cryptogénétique avec syndrome de Riessen Russel chez un mineur de 59 ans, soigné avec six ampoules buvables de 5 c. c. par jour d'extrait hépato-gastro-pylorique est très améliorée. Le taux de l'hémoglobine atteint 80 % et la valeur globulaire 1.

Il ne fait aucun doute que cet extrait organothérapique, qu'il soit injectable ou buvable, a une action très nette sur la formation de l'hémoglobine, surtout quand les doses sont bien appropriées. On aura intérêt à débuter par l'injectable et à poursuivre le traitement par le buvable comme traitement d'entretien, de consolidation, de sécurité, et aussi d'associer le Globiron, granulé sucré (fer, cuivre, manganèse) à l'Hémopylore dans les anémies hypochromes et les anémies secondaires.

(1) Alexis Carrel. — L'homme cet inconnu.
(*) Hémopylore.

(1) B. Mouras. — Thèse Paris, 1937.
(2) M. Lombard. — Thèse Nancy, 1938.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

POUR LES JEUNES

Il est certain que nul ne saurait actuellement envisager avec euphorie l'avenir de la médecine et, par conséquent, le sort réservé à ceux qui nous suivent. Depuis vingt ans nous avons vu de jour en jour s'accentuer la discordance entre nos traditons professionnelles et l'évolution du monde moiderne. Et comme les forces en présence sont d'une flagrante inégalité ce sont nos traditions qui cèdent et la profession qui, de gré ou de force s'adapte.

Déjà nous savons, nous, que notre génération ne remettra pas à la suivante l'héritage tel qu'il nous avait été transmis. Force a été d'en aliéner une part : il fallait vivre. Et peut-être nous le reprochera-t-on. Mais nos survivants auront toujours le droit de dire que nous avons fait de notre mieux et que notre temps était celui où les menaces immédiates prenaient incessamment hypothèque sur l'avenir. On ne s'intéresse guère à un avenir toujours en discussion.

Et cependant l'instinct de perpétuation de la race n'est pas mort en nous ; nous ne nous montrerons tout de même pas plus dénués de tendresse que les animaux qui couvent leurs petits. Si bourrelés soyons-nous de soucis et si secoués par les tempêtes nous ne voulons pas reprendre à notre compte le mot cynique « Après nous le déluge ». Ce que nous avons d'expérience il faut au moins que cela soit transmis. Que les jeunes nous excusent de n'avoir pu faire davantage !

***

Certains s'acharnent à revendiquer les prérogatives de la médecine d'autrefois et dénoncent avec aigreur chaque nouvelle atteinte. S'il est permis de douter de leur clairvoyance on ne saurait, en tout cas, discuter leur bon droit. Lorsque, au long des siècles, une profession ou une classe sociale a lentement édifié son statut et s'est taillé sa place au sein de la nation, si elle admet d'en être dépossédée c'est qu'elle doute d'elle-même. Dans la nuit du 4 août la noblesse a convenu qu'elle ne se sentait pas accordée aux temps nouveaux. Renoncer aux privilèges c'était pour elle une honorable et discrète façon de boire la ciguë.

Tout autre est le sentiment de ceux qui préconisent une rénovation de la pratique médicale. Ils croient que pour avoir chance de durer une institution comme un être vivant, doit avoir une sorte de sens instinctif de l'ambiance extérieure, distinguer les tendances vraies des modes transitoires et savoir que si l'on peut négliger celles-ci nul n'est assez fort pour s'insurger contre celles-là.

En ce qui concerne notre profession, les jeunes n'ont pas le recul suffisant pour posséder cette vue générale. C'est à nous qu'il appartient d'en prendre conscience et de la leur préciser. Ils apprécieront un jour ce don fraternel et s'il advenait que nous nous fussions trompés, comme lorsque nous voulions les préserver de la guerre, il suffira qu'ils sachent que nous étions, dans l'un et l'autre cas, de bonne foi et de bonne volonté.

La nouveauté essentielle qui s'est introduite dans l'exercice de la médecine n'est pas notre fait. C'est le fait de la société dont la densité est devenue telle qu'un individu ne peut s'y agréger qu'à la condition de s'y fondre. Il y a cinquante ans le médecin prenait en charge son malade et n'avait strictement de comptes à rendre à personne. L'intervention médicale résultait d'un contrat privé et se résolvait logiquement en ce qu'un mot célèbre a appelé « l'acte singulier ». La maladie constituait une infortune personnelle à laquelle chacun paraît suivant ses ressources, comme bon lui plaisait et comme nous parons encore aujourd'hui aux ennuis d'argent.

Depuis peu la maladie est devenue une atteinte à la sécurité collective ; c'est une ennemie qui surgit aux frontières et contre laquelle se déclenche un dispositif de protection générale. Nous sommes, nous médecins, les agents exécutifs et nous vivons en état de mobilisation continuelle et surveillée. Quelques objecteurs de conscience ne changent rien à ce fait brutal.

Admettons le fait, diront certains, pour les grandes contagions dont une société organisée se doit d'éteindre au plus vite les foyers, pour les fléaux sociaux qui menacent l'existence de la race (et dont certains comme le cancer et l'alcoolisme ne sont cependant pas contagieux !) Admettons-le même pour certaines éventualités qui atteignent injustement l'individu et vis-à-vis desquelles la société se reconnaît un devoir de solidarité : accidents survenant dans le travail, maladies professionnelles, blessures et maladies de guerre. Et mettons à part les pauvres qui ont toujours été nos clients adoptifs. Reste encore un beau domaine pour la médecine libre et où nous réclamons d'agir à notre guise. Barricadons-nous y et jetons des pierres à quiconque s'en approche.

C'est que... il n'est déjà plus temps de

défendre les abords : l'ennemi est dans la place. Hier, à propos des sulfamides, il prenait position et pour la première fois l'Etat disait son mot en thérapeutique. Aujourd'hui c'est le carnet de santé qu'il institue ; demain ce sera l'examen pré-nuptial ; puis les certificats sanitaires quinquennaux ; puis l'examen périodique des chauffeurs, des étudiants, des professeurs, des cuisiniers, des boulangers, des laveurs de vaisselle, que sais-je. Au nom de l'hygiène il peut demander la lune. Ensuite il nous représentera que les asiles d'aliénés et les prisons vont couvrir de leurs sinistres bâtisses la moitié du territoire, que la race décline, que nos frontières ne sont plus gardées. L'Académie émettra des vœux, le Parlement bâclera des lois, les contraintes pleuvront, les médecin courront en bons citoyens qu'ils se flattent d'être. Que restera-t-il de la « médecine libre ? »

Et le mieux c'est que nous n'aurons pas un mot à dire puisque c'est nous, enflammés de zèle, qui aurons demandé toutes ces mesures d'ordre général. Car nous avons bien vu, c'est une justice à nous rendre, l'armature sanitaire que réclame une société de 1939. Mais nous ne consentons à la monter qu'avec des matériaux de 1880. Le public nous regarde éberlué et ne comprend pas. Je crois bien qu'en définitive nous ne comprenons pas davantage. C'est une question de sentiment : nous demeurons ancrés sur nos traditions, nous avons la fidélité dans le sang. Mesdames nos épouses, réjouissez-vous !

***

Mais vous, les jeunes, ne nous imitez pas et placez-vous carrément en face du problème. De quoi s'agit-il ? comme disait le maréchal. De mettre votre médecine, celle de demain, en accord avec toutes ces tendances collectives qui ne sont ni des doctrines éphémères ni des résultantes de situations sporadiques puisqu'elles se retrouvent identiques à travers frontières et océans et que les mêmes préoccupations s'expriment à l'heure actuelle dans toutes les langues.

La médecine de demain pensez-y dès aujourd'hui puisque vous savez où elle va.

C'est ce qu'a fait un jeune médecin qui a déjà exprimé dans ce journal, en mai 1938, quelques idées nouvelles et qui élargit son point de vue en s'adressant maintenant aux confrères de sa génération (1).

La notion de pathologie du travail s'élargit rapidement dans les pays de civilisation occidentale. C'est une question de nécessité car le nombre des industries insalubres pullule chaque jour davantage ; les conditions de travail dans les usines et les ateliers sont de plus en plus hostiles à la nature humaine. La machine broie les hommes, la chimie les intoxique. Le devoir d'une société moderne, comme son intérêt, lui commandent de parer à ces multiples agressions contre ses membres ou de dédommager les victimes. Il n'y aurait qu'un moyen d'échapper à cette nécessité : répudier toute pitié et édifier durement notre civilisation comme les Pharaons édifiaient leurs pyramides : sur des cadavres. Le pouvons-nous ? Le voudrions-nous ? Si donc la société veut limiter ses frais d'indemnisation aux victimes du travail, un seul recours lui reste : organiser la pathologie du travail et la thérapeutique préventive des accidents et des maladies professionnelles.

C'est un vaste champ et dont nous commençons seulement à apercevoir l'étendue. Cela comporte l'étude préalable des ateliers, des conditions de travail pour chaque poste et principalement pour ceux qui se révèlent pourvoyeurs d'accidents ou d'intoxications. Il s'agit ensuite de réaliser une véritable embauche médicale : résistance du sujet, psycho-technique, examens radiologiques ou de laboratoire ! de pratiquer, le cas échéant, des examens périodiques (par exemple chez les ouvriers du plomb) pour dépister les intoxications commençantes ; de diriger le service social de l'usine ; même de penser aux questions des loisirs (actions anti-alcoolique) et des sports. Au médecin d'usine reviennent encore les soins d'urgence sur les lieux même du travail.

Le Docteur Gros fait judicieusement remarquer que le rôle du médecin d'usine ainsi compris n'est plus cette espèce de vague prétexte à un « fixe » que guignent avidement tous les chercheurs de postes. Il représente à lui seul de quoi largement occuper un homme et de façon intéressante. Le débouché de la Faculté de médecine n'est plus aujourd'hui seulement la médecine de clientèle. Nous nous plaignons que celle-ci soit durement menacée et aille sans cesse en se rétrécissant, et nous ne prenons pas garde que d'autres possibilités s'ouvrent toutes grandes aux nouveaux diplômés.

Il s'agit là d'une médecine en gestation, bien faite par conséquent pour séduire les esprits curieux que rebutent les chemins battus. Et où ils pourront donner leur mesure, chercher, inventer, se concerter, mettre sur pied une doctrine et une pratique dont ils vérifieront par eux-mêmes la valeur.

La pléthore nous préoccupe et, avec une magnifique inconscience, tout en bannissant la médecine d'Etat nous nous tournons vers l'Etat pour qu'il nous forge des protections d'Etat. Si nous essayions de nous sauver nous-mêmes et de nous mettre à l'école de ces commerçants qui, une clientèle leur échappant, se mettent en quête d'une autre et finissent, s'ils ont l'obstination et la foi en eux-mêmes, par la trouver.

G. LAVALÉE.

(1) Dr A. GROS. *La médecine sociale*, avril 1939.

MARINE MARCHANDE ET SECRET PROFESSIONNEL

Par sa lettre nº 3.011, un confrère me communique une note publiée par l'Union des officiers de la marine marchande belge, sur le secret professionnel des officiers du bord. Voir ci-après le texte de cette note.

Il m'est demandé si les officiers français sont également tenus au secret professionnel, par notre législation actuelle ? En cas de réponse négative, par quelle voie (législative, ou réglementaire) serait-il possible de les assujettir à notre article 378 du Code pénal ?

Note sur le secret professionnel médical des officiers de marine belges

Dans un tract de propagande anti-vénérienne, édité récemment par la « Mutualité de la Caisse des Secours des Marins naviguant sous pavillon belge », à la demande du ministère de la Santé publique, il est dit (pages 6 et 7) : « Si les premiers symptômes se déclarent en mer et qu'il n'y a pas de médecin à bord, vas voir l'officier chargé du coffre à médicaments... sois sûr de sa discrétion : comme un médecin, *il est lié par le secret professionnel, la loi est formelle* ».

Cela résulte de l'article 19 de l'arrêté royal du 31 mai 1885, et de l'article 458 du Code pénal, qu'il n'est pas inutile de rappeler :

Article 458 *du Code pénal* : Les médecins, pharmaciens, officiers de santé, sage-femmes, *ou toutes autres personnes dépositaires par état* ou par profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où ils sont appelés à rendre témoignage en justice et celui où la loi les oblige à faire connaître ces secrets, les auront révélés, seront punis d'un emprisonnement de huit jours, à six mois et d'une amende de cent francs à cinq cents francs.

L'article 19 de l'arrêté royal du 31 mai 1885 est confirmatif de l'article 458 du Code pénal. Les termes « *ou toutes autres personnes dépositaires par état...* des secrets qu'on leur confie » s'appliquent notamment aux officiers ou infirmiers de bord, chargés des soins à donner aux malades, qu'il s'agisse de passagers ou de membres de l'équipage.

Réponse

L'article 378 du Code pénal français a été complété par la disposition suivante par la loi du 16 février 1933. Cet article 378 est donc rédigé de la façon suivante :

« Les médecins, chirurgiens, et autres officiers « de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages- « femmes et toutes autres personnes dépositaires « par état ou profession, par *fonctions temporaires,* « *ou permanentes,* des secrets qu'on leur confie, « qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter « dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront « punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois « et d'une amende de 100 à 500 francs. »

Les termes de la loi et du Code sont précis, formels ; ils ne peuvent être modifiés, atténués, ou supprimés que par un texte de loi. Ni un décret, un règlement, une circulaire ne sauraient diminuer la portée de l'obligation au silencee.

Il en résulte que lorsqu'une personne, officier à bord d'un navire, supérieur militaire dans l'armée, est momentanément appelée à porter secours, à donner son aide, à débiter un médicament à un malade quelconque, qui se confie à lui, en l'absence d'un docteur en médecine, ce supérieur devient par cette fonction temporaire, le confident nécessaire du malade, auquel il doit le secret le plus absolu.

Certes, les règlements de santé doivent veiller à éviter tout contage possible ; mais la protection de l'entourage du malade doit être assurée et garantie avec la discrétion la plus complète et avec le tact nécessaire, afin que le diagnostic ne soit pas indûment révélé.

La maladie vénérienne ne doit pas être considérée comme une maladie honteuse, mais comme une maladie tout court. Il est donc indispensable que le malade puisse se confier en toute sécurité soit à un médecin, soit à l'officier qui, en l'absence de praticien, sur le navire, peut aider à la guérison. Le marin ne doit pas avoir peur que sa maladie soit dévoilée par l'officier, lequel aura également la mission de prévenir le malade qu'il a le devoir de ne pas contaminer ses camarades. Le secret professionnel est donc utile à la guérison ; la confidence nécessaire est indispensable pour la bonne marche du traitement.

Dr Paul BOUDIN.

L'ACTUALITE PROFESSIONNELLE

Informations judiciaires

Le libre-choix du médecin à l'hôpital est légal à condition que le service public soit assuré

Parmi les arguments invoqués par la Cour de Bordeaux contre le libre-choix, figure celui d'après lequel cette faculté n'existe pas et ne saurait exister « dans les hôpitaux, sanatoria et d'une façon générale dans les établissements publics de soins d'une certaine importance, qui supposent, dans l'intérêt même des malades, un service médical organisé et dirigé ».

Les faits se sont déjà chargés d'établir ce que cette défiance de principe à l'égard du Corps médical avait de peu fondée. L'hôpital de Niort est le meilleur exemple que l'on puisse donner d'un établissement public de soins dont l'accès est ouvert à tous les médecins d'une région et qui fonctionne ainsi depuis plusieurs années à la satisfaction générale.

Mais le Conseil d'Etat lui-même, dont on ne saurait méconnaître l'autorité en matière administrative, vient d'infliger aux assertions des magistrats bordelais un démenti formel, en donnant officiellement droit de cité au libre-choix du médecin à l'intérieur de l'organisation hospitalière.

On sait qu'à la suite de l'arrêt Dufour du 21 février 1936, interdisant l'entente directe à l'hôpital pour les malades payants, quelle que soit la cause de leur admission, le ministre de la Santé publique avait fait connaître, par une Circulaire du 28 septembre de la même année, ses conceptions sur le statut des médecins et chirurgiens des hôpitaux. Aux termes de cette Circulaire « dans toute la mesure du possible et partout où les circonstances le permettront, le principe de la liberté du malade de choisir son médecin doit être respecté ». Deux méthodes d'exploitation, et deux seulement devraient être envisagées :

1° Ou bien les malades sont reçus à un prix de journée, comprenant forfaitairement les soins et actes médicaux et chirurgicaux, et « il est alors loisible à l'établissement de limiter les interventions médicales et chirurgicales au seul personnel qui leur est attaché ».

2° Ou bien les actes médicaux et chirurgicaux, et certains soins spéciaux comportent une rémunération à l'acte médical et « il ne peut alors être question d'un monopole accordé à un très petit nombre de médecins et de chirurgiens attachés à l'établissement. Si la liberté totale ne peut être laissée au malade d'introduire dans l'hôpital tel ou tel praticien qui ne présenterait pas de garanties suffisantes, il est indispensable que ce choix puisse porter sur une liste suffisamment étendue dressée après consultation des Syndicats médicaux ».

L'hôpital de Pont-Sainte-Maxence, se conformant à la Circulaire Sellier prit donc une délibération supprimant l'emploi de chirurgien de cet hôpital, et décida que « dorénavant tous les chirurgiens pourraient opérer dans ledit établissement, conformément au libre-choix laissé aux malades, à quelque titre que ces derniers aient été admis ». Autrement dit ce nouveau régime s'étendait, non pas seulement aux malades payants, objet de l'arrêt Dufour et de la Circulaire ministérielle, mais à tous les hospitalisés indigents compris.

Le médecin titulaire de l'hôpital, estimant que cette délibération constituait en fait une véritable révocation, l'attaqua devant le Conseil d'Etat et en demanda l'annulation, en invoquant l'excès de pouvoir et la violation de la loi du 7 août 1851.

Par son arrêt du 19 mai 1939 le Conseil d'Etat vient de donner gain de cause au requérant et d'annuler la délibération attaquée, par des motifs fort intéressants qui posent très bien le problème.

Tout d'abord les dispositions de l'art. 14 de la loi du 7 août 1851, d'après lequel « la Commission administrative nomme les médecins et les chirurgiens » *ne lui imposent pas l'obligation de créer un ou plusieurs emplois de chirurgiens attachés de manière permanente, et ne font pas obstacle à ce qu'elle décide que ces praticiens seront choisis par les malades sur une liste dressée par elle après consultation des Syndicats médicaux.*

L'institution d'un tel régime est donc en principe légale. A une condition toutefois, c'est « qu'il permette d'assurer en tout temps le fonctionnement du service public hospitalier ».

Cette condition ne peut se trouver réalisée que si les médecins appelés à participer à ce service ont préalablement accepté les obligations qu'elle implique. C'est parce qu'en l'espèce ces obligations n'avaient point été précisées, ni par suite formellement acceptées que le Conseil d'Etat a annulé la délibération de la Commission hospitalière.

En conclusion pour que le libre-choix soit introduit valablement dans les hôpitaux publics, il est nécessaire que la Commission administrative dresse préalablement « *une liste de chirurgiens ayant pris l'engagement de donner leurs soins à tout malade qui ferait appel à eux ou pour lesquels*

les services de l'un ou l'autre de ces chirurgiens seraient requis d'urgence par l'Administration ».

Par cet arrêt, le Conseil d'Etat vient donc compléter la Circulaire Sellier en rappelant que les médecins des hôpitaux publics même s'ils partagent cette qualité avec un grand nombre de leurs confrères, et sont simplement « agréés » ou inscrits sur une liste étendue, n'exercent pas *un droit* en soignant leurs malades payants admis à l'hôpital, mais remplissent une véritable fonction publique impliquant comme telle des obligations administratives et une certaine dépendance à l'égard de l'établissement.

Il ne semble pas cependant résulter de l'arrêt que tous les médecins agréés doivent obligatoirement répondre aux appels des malades qui les choisiraient ou aux réquisitions de l'Administration. Il suffit qu'à côté de ces médecins « libres » existe un nombre suffisant de médecins « attachés » prêts à assurer la continuité et la permanence du service hospitalier.

Comme d'autre part l'on peut distinguer parmi les hospitalisés, deux catégories : les obligatoires (assistés, assurés indigents, contagieux, cas d'urgence) et les facultatifs (malades payants de toute origine), l'organisation type qui paraît se dégager de la Circulaire ministérielle et de la jurisprudence administrative doit se composer d'un corps de médecins attachés, chargés de l'exécution des services obligatoires, et d'un corps de médecins agréés, le plus étendu possible, et ayant compétence, concurremment avec les autres, pour donner des soins aux hospitalisés facultatifs. Jean MIGNON.

La Presse et les Sociétés

Deux cas simultanés d'intoxication accidentelle par l'hydrogène arsenié : l'un bénin, l'autre rapidement mortel

MM. CARRIÈRE, A. VERHAERGHE et J. PARIS, à l'occasion de deux observations, attirent l'attention sur ces cas d'intoxication qui semblent assez rares.

Un premier sujet, âgé de 37 ans, n'ayant jamais été malade, entra dans une usine de produits chimiques. Son métier consistait depuis une huitaine de jours, à nettoyer des camions-citernes ayant transporté des produits liquides. Son état de santé était parfait, lorsqu'il prits on travail le 30 juillet 1937. Il fut chargé, ainsi que deux autres ouvriers de nettoyer une citerne d'environ 15 mètres cubes contenant habituellement de l'oleum, mais ayant transporté lors de son dernier voyage un acide sulfurique moins pur, titrant 53° B.

Le nettoyage de la citerne fut réalisé de la façon suivante :

Après l'avoir remplie d'eau (épreuve qui aurait été dangereuse si le contenu de la citerne avait été de l'oleum), elle fut vidée au moyen d'un siphonage par le trou d'homme, car il n'y avait pas d'orifice de vidange à la partie inférieure. Cette opération dura vingt minutes.

Pour pratiquer le nettoyage complet, il fallait encore enlever le dépôt de boues restant après lavage : pour cela deux ouvriers devaient pénétrer dans la citerne, pendant que le troisième, de l'extérieur, prendrait et viderait les seaux de sédiments. Ces seaux étaient en tôle galvanisée et les pelles en acier

Notre manœuvre descendit le premier, jambes écartées prenant point d'appui sur les parois latérales de la citerne, afin de déblayer une partie du dépôt et préparer une place suffisante pour la descente du second manœuvre.

Au bout de deux heures tout était fini, quand cet homme fut pris de nausées avec de violentes céphalées, et sortit de la citerne. Celles-ci disparurent rapidement, et le sujet put retourner normalement chez lui à bicyclette. A peine arrivé, il prit du lait chaud qu'il vomit aussitôt. Les vomissements continuèrent à se produire, devenant progressivement bilieux et porracés. Le malade émit également une selle diarrhéique. Il fut hospitalisé, et mourut quelques jours après, par anurie consécutive au blocage rénal, ayant présenté tous les signes classiques de l'intoxication par l'hydrogène arsénié.

Le deuxième ouvrier ne pénétra qu'un quart d'heure, après que le premier eut commencé le travail de déblayage. Au bout de 2 heures, tout était terminé, et contrairement à son camarade, il n'était pas le moins du monde incommodé. Le lendemain seulement, c'est-à-dire dix-huit à vingt-quatre heures après le séjour en milieu toxique, il fit une forme moyenne, bénigne de la même intoxication.

N'y aurait-il pas lieu d'attirer l'attention des employeurs sur les dangers que courent leurs ouvriers, quand ils se livrent à ce genre de travail ? Ne devrait-on pas obliger ou préconiser l'emploi de détecteurs d'arsénamine, du type de celui d'Hébert et Heim au chlorure mercurique, puisque l'odeur alliacée du gaz ne semble pas être spécifique ? Ne serait-il pas possible de *proscrire l'emploi d'instruments* de travail *en fer ou en zinc* pour ce genre de besogne, puisqu'ils sont capables *dans un milieu sulfurique dilué*, de donner naissance à de l'*hydrogène* dont l'action sur des boues arsénifères sera génératrice d'*arsénamine*. (*Annales de Médecine Légale*, mars 1939.)

LA DÉTECTION PHYSIOLOGIQUE DES GAZ DE COMBAT

D'après les Docteurs Cot et Genaud (1)

Il existe trois types de détections :

a) *La détection d'alarme*, qui permet de déceler dans l'atmosphère la présence de gaz à une concentration agressive en un temps assez court pour que les mesures de sécurité puissent être prises avant que des accidents graves aient eu le temps de se produire.

b) *La détection de contrôle*, qui a pour objet de déceler dans l'atmosphère la présence de gaz à concentration agressive ; les mesures de sécurité étant déjà prises, les indications sont plus complètes, puisqu'elles précisent la nature chimique de l'agressif, ou, tout au moins, le groupe auquel il appartient.

c) *La détection spécifique* ou d'analyse, qui a pour but d'individualiser qualitativement et quantitativement le produit agressif. Elle ne peut être réalisée qu'au laboratoire par des chimistes qualifiés.

Etant donné l'urgence des soins à donner, on conçoit que la tactique sanitaire en matière de défense passive doive s'appuyer avant tout sur une détection rapide, simple et sensible : *la détection d'alarme ou détection physiologique.*

Parmi les procédés susceptibles de répondre à ces conditions, le meilleur est, en effet, celui qui est établi d'après les effets physiologiques produits sur l'être humain par les toxiques de guerre. En effet, contrairement aux méthodes physico-chimiques connues à l'heure actuelle, cette méthode de détection physiologique est simple, puisqu'elle ne nécessite aucun appareillage ; elle est rapide, le renseignement étant obtenu en quelques secondes ; elle est sensible puisqu'elle permet souvent d'être renseigné sur la présence d'agressifs à des concentrations extraordinairement faibles (de l'ordre de 1/100e de milligramme par mètre cube pour certains toxiques) ; elle est enfin sélective, puisqu'un sujet entraîné peut arriver à différencier aisément les principaux gaz de combat.

La détection physiologique est basée à la fois sur l'action des gaz de combat sur les organes des sens, ainsi que sur les effets physiologiques proprement dits que les agressifs déterminent.

I. *Action sur les organes des sens.* — 1° C'est l'odorat qui fournit le plus souvent les renseignements, la presque totalité des toxiques militaires possédant une odeur caractéristique.

2° La vue renseigne sur les modalités d'éclatement des bombes, l'aspect des vagues et des nuages artificiels, des projections de liquides suspects, etc... La vue est aussi importante que l'odorat ; c'est l'organe qui est mis à contribution le plus souvent pour le dépistage des gaz de surface dont l'odeur, parfois faible, n'attire pas l'attention.

3° L'ouïe permet d'apprécier : l'intensité plus ou moins grande de l'éclatement des obus (bruit sourd des bombes toxiques par opposition au bruit hautement détonant des bombes explosives), le sifflement produit par la détente des gaz toxiques comprimés dans des bouteilles, le grésillement des chandelles d'arsines, etc.

4° Enfin, le goût pourra déceler la présence de certains agressifs souillant les aliments. On sait, également, combien caractéristique est le goût communiqué à la fumée de tabac par le phosgène.

II. *Action physiologique proprement dite.* — Certains agressifs déterminent très rapidement leurs effets caractéristiques sans suite fâcheuse, si le temps d'inhalation a été de très courte durée. Tels sont : les lacrymogènes, qui provoquent le larmoiement et le picotement des yeux ; les sternutoires, dont l'action peut être limitée à une très légère irritation du nez, et aussi l'oxyde de carbone dont la présence se traduit par un début d'obnubilation, des vertiges, des battements des tempes, qui constituent autant de signes d'alarme.

Cependant le principal défaut de la détection physiologique est de ne pouvoir déceler la présence des gaz insidieux. Cet argument, basé surtout sur le cas de l'oxyde de carbone, n'a plus la même valeur si, au lieu de limiter la détection physiologique aux réactions sensorielles, on l'envisage comme une méthode basée sur les effets physiologiques produits par les gaz de combat au voisinage de leur seuil d'action.

Pour que cette méthode donne les résultats qu'on est légitimement en droit d'attendre, il est nécessaire qu'elle soit mise en œuvre par un personnel sélectionné et bien entraîné.

(1) La *Presse médicale*, 22 juin 1939.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Pouvoirs d'un médecin auxiliaire de réserve pendant la guerre

9.113. — M. Albert LE BAIL demande à M. le ministre de la Défense nationale et de la Guerre : 1° si un médecin auxiliaire d'une unité combattante, pendant la guerre, a qualité pour effectuer des évacuations de blessés vers les formations sanitaires de l'arrière ; 2° si les pièces médicales, délivrées par ce gradé, peuvent être admises comme pièces d'origine de blessure. (*Question du 21 avril* 1939.)

Réponse. — 1° Réponse affirmative ; 2° les pièces médicales régulièrement établies à l'époque contemporaine des faits par un médecin auxiliaire dans l'exercice de ses fonctions peuvent être admises comme pièces d'origine de blessure, mais il ne lui appartient pas de les délivrer aux intéressés.

(*J. O.*, 17 mai 1939.)

Situation, en cas de guerre, d'un médecin réformé

9.138. — M. Stanislas DEVAUD expose à M. le ministre de la Défense nationale et de la Guerre qu'un médecin, ancien élève de l'Ecole de santé militaire, titulaire du brevet de préparation militaire supérieure, a été réformé au moment même de sa sortie de l'Ecole, autrement dit au moment d'être nommé médecin lieutenant ; et demande quelle serait sa situation en cas de guerre : 1° s'il était mobilisé après décision d'une Commission de réforme reconnaissant son aptitude physique actuelle ; 2° s'il contractait un engagement volontaire. (*Question du 24 avril* 1939.)

Réponse. — 1° et 2° L'intéressé serait nommé au grade de médecin auxiliaire de réserve pour compter du jour de son appel sous les drapeaux ou de son engagement. Il pourrait être proposé pour le grade de médecin sous-lieutenant de réserve.

(*J. O.*, 17 mai 1939.)

Situation des médecins auxiliaires de réserve en cas de guerre

5.420. — M. Jean TAURINES, sénateur, demande à M. le ministre de la Défense nationale et de la Guerre de lui faire connaître, au cas où un conflit armé aurait lieu, quelle serait la situation des médecins auxiliaires de réserve, se trouvant dans les conditions de scolarité ci-dessous : 1° médecins titulaires de vingt inscriptions non validées (ayant à réparer un échec à un examen de fin d'année scolaire) ; de ce fait,

n'ayant passé ni les cliniques ni la thèse ; 2° médecins titulaires de vingt inscriptions validées, mais n'ayant passé ni les cliniques ni la thèse ; 3° médecins titulaires de vingt inscriptions validées ayant passé les cliniques, mais n'ayant pas la thèse ; 4° médecins ayant passé leur thèse maisn'ayant pas fait de demande pour être officiers ; s'ilsresteraient adjudants durant tout le temps des hostilités ou s'ils pourraient acquérir le grave d'officier et ce, dans quel délai ; et quels sont les lois et règlements en vigueur prévus pour ceux qui se trouveraient dans l'une ou l'autre des catégories désignées ci-dessus. (*Question du* 22 mai 1939.)

Réponse. — 1°, 2°, 3° Les intéressés seraient maintenus avec le grade de médecin auxiliaire jusqu'au jour où des dispositions pourraient être prises pour leur permettre de terminer leurs études et de soutenir leur thèse ; 4° les intéressés seraient proposés pour le grade de médecin sous-lieutenant de réserve dès leur arrivée à leur corps ou centre de mobilisation ; 5° loi du 8 janvier 1925, décret du 7 juillet 1929 et instruction du 7 septembre 1935.

(*J. O.*, 14 juin 1939.)

BUREAU DE VOYAGES

Circuits au Canada et aux Etats-Unis avec visite de l'Exposition mondiale de New-York

A l'occasion de l'Exposition de New-York, nous avons fait un choix de plusieurs voyages, partant à des dates échelonnées et de durées différentes utilisant les paquebots les plus connus.

Voyage K : départ 26 juillet, 31 jours, Québec, Montréal, Ottava, Toronto, chutes du Niagara, Chicago, Washington, Atlantic City, New-York. Prix à partir de $ 505,50.

Voyage L : départ 5 août, 21 jours, Québec, Montréal, Ottava, Toronto, chutes du Niagara, New-York. Prix à partir de $ 401,50.

Voyage IOA : départ 11 août, 30 jours, Québec, Montréal, chutes du Niagara, Washington, New-York. Prix à partir de $ 428,50.

Voyage O : départ 26 août, 32 jours, Québec, Montréal, Ottava, Toronto, chutes du Niagara, Chicago, Washington, Atlantic-City, New-York. Prix à partir de $ 496,30.

Demandez-nous la brochure détaillée de ces circuits. Si la durée des voyages ci-dessus ou leur date de départ ne vous conviennent pas, indiquez-nous vos préférences, nous vous ferons parvenir l'itinéraire se rapprochant le plus de vos désirs.

Nous rappelons la Croisière à Madère et aux Açores du 15 *au* 28 *août* (*voir* n° 19, *page* 1346) *ainsi que le circuit en auto-car : Belgique, Exposition de Liége, le Rhin, la Suisse, la Bourgogne* (départs 5, 11, 14, 19 juillet, et 15 *août*).

Renseignements sur demande.

Au Conseil municipal

Notre confrère Brunerye, conseiller municipal de Paris, poursuit au sein de l'Assemblée dont il est membre, son action médico-sociale.

Au nom du groupe de la famille, il vient de présenter une note très étudiée sur la dénatalité où il expose les raisons de la dénatalité française et les remèdes parmi lesquels il préconise la création de Caisses d'allocations familiales au sein de chaque profession et *gérées par la profession elle-même*.

Cette note se termine par un vœu déposé au Conseil général de la Seine et demandant au Gouvernement de réserver une place toute spéciale aux questions de protection de la famille dans son programme de redressement.

Il est bon que la Municipalité parisienne, dont la ville est particulièrement menacée par la dénatalité, fasse entendre sa voix au moment où ce problème commence à s'imposer à l'attention publique ; et il est bon qu'un médecin ait pu l'exposer à ses collègues en médecine.

G L

O O O

Syndicat des médecins de la Seine et des Communes limitrophes

(*Communiqué*)

Mon cher Confrère,

Vous connaissez la convention dite du 18 avril 1939 que les Caisses d'assurances sociales ont signée avec une maison de santé et dont elles veulent imposer aux maisons de santé, aux chirurgiens et aux spécialistes indépendants les conditions : forfait global (hébergement et honoraires) ; tarif limitatif : l'appendicite à 1.600 francs tout compris, subordination du chirurgien à la maison de santé, remboursements dérisoires, etc., etc...

Il faut obtenir la révision de ces conditions, le respect des principes de notre Charte et l'acceptation par les Caisses de donner enfin aux assurés sociaux les remboursements équitables auxquels ils ont droit.

Mais il faut, dès maintenant, empêcher que les Caisses ne détournent les malades de vos cabinets et qu'elles ne ruinent les établissements corrects qui n'acceptent pas la soumission à leur pouvoir.

Résolu à vous soutenir de toutes ses forces, le Syndicat des médecins de la Seine a établi un pro-

gramme d'action, qui, amorcé dès maintenant, va être intensifié et prendra toute son ampleur à la rentrée.

Ce programme consiste à provoquer un large mouvement d'opinion aussi bien dans le Corps médical que chez les assurés sociaux.

Dès à présent, nous demandons :

1° *Aux chirurgiens et spécialistes* de ne collaborer qu'avec les maisons de santé qui n'ont pas passé convention avec les Caisses et n'acceptent pas d'engagements contraires à notre Charte ;

2° *Aux Maisons de santé* de n'accepter en aucun cas de convention compor ant un forfait global (honoraires et frais de séjour), ou contraire aux règles les plus élémentaires de la pratique médicale ;

3° *Aux médecins praticiens* de ne collaborer qu'avec les chirurgiens, spécialistes et maisons de santé ayant satisfait aux demandes précédentes.

Pour nous permettre de faire connaître aux médecins praticiens les noms des chirurgiens, des spécialistes et des maisons de santé ayant accepté ces principes et, décidés à l'action, nous vous prions de vouloir bien nous donner votre accord par retour du courrier.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION.

◆ ◆ ◆

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Accidents du Travail

4.636.—Les 6 francs forfaitaires journaliers pour accidents hospitaliers

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me donner le renseignement suivant, concernant le nouveau tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail, arrêté du 5 mai 1939, extrait du *Journal Officiel* du 18 mai 1939, page 6, 3e colonne, titre 5 « Soins aux hospitalisés » art. 30, § *b*, deuxième alinéa. Il est dit :

« Toutefois, la journée d'hospitalisation donne lieu à un honoraire à l'acte au profit du chef de service d'hôpital ou du médecin de la clinique, ne comporte pas d'honoraire forfaitaire journalier pour le même praticien. »

Il nous semble que cela veut dire que, le jour où il y a une opération, on compte cette opération, mais on ne compte pas l'honoraire forfaitaire journalier qui comme vous le savez, est évalué à 6 francs (1er alinéa du § *b*).

En effet, il suffirait d'une ponction lombaire dont

le prix est de 60 francs comme nous le voyons dans la troisième colonne de la page 2, pour que, un patient atteint d'une fracture du crâne et soumis à une simple observation ne donne pas lieu à des honoraires ; alors que si cette ponction lombaire n'avait pas eu lieu, les quinze jours (par exemple) que serait resté le patient auraient été facturés 15 × 6 = 90 francs.

D'autre part, comme nous le voyons au § *c*, si au cours de l'hospitalisation un blessé a besoin d'une intervention pratiquée par un spécialiste étranger au service ou à la clinique, ce spécialiste doit être rémunéré.

Cela nous semble être une preuve également de ce que nous pensons.

Dr M.

Réponse

C'est bien ce que vous pensez : le jour où a lieu une intervention à tarif spécial on ne compte pas les 6 francs forfaitaires journaliers, mais ce jour là seulement. Par contre, on compte les 6 francs le jour où une intervention a été faite par un spécialiste en dehors du médecin-chef du service de l'hôpital ou de la clinique (radio, par exemple).

Dr F. DECOURT.

4.523. — Réduction de fracture de l'humérus. Transport du blessé et aide à l'opération

Je serais heureux que vous me donniez votre avis autorisé pour l'établissement d'une note d'honoraires accident du travail.

Chute sur l'épaule. Appelé de suite auprès du blessé je constate l'existence d'une fracture très haute de l'humérus, très près de l'articulation. Je note sur mon certificat initial la nécessité d'une radio et des soins d'un spécialiste, et je conduis moi-même le blessé, bien maintenu, chez un chirurgien radiographe qui, séance tenante, après radio, remet la fracture sous anesthésie que j'ai donnée.

Puis-je compter « appareillage provisoire d'un membre effectué d'urgence et sur le lieu du sinistre en vue d'une réduction ultérieure par un autre médecin » ? Je ne trouve plus cette rubrique dans le tarif, est-elle vraiment supprimée ? d'autre part, je n'ai fait que mettre une écharpe, 100 francs pour cela, c'est vraiment beaucoup, peut-on plutôt proposer une analogie avec fracture de côte, omoplate, sternum, à 40 francs, ou clavicule à 55 francs ?

J'ai conduit moi-même le blessé à la ville, à 24 kilomètre, je pense que l'Assurance ne me refusera pas le tarif kilométrique, mais puis-je compter visite triple en consultation ? puisque ce n'est pas le confrère qui a été appelé en consultation, mais moi qui

suis allé le trouver, et c'est au cours de cette même visite que j'ai pratiqué l'anesthésie ?

Dr G.

Réponse

a) Vous ne pouvez guère compter un « appareillage » si vous avez simplement mis le bras en écharpe, comme il est probable.

b) Vous avez à compter 80 francs (art. 12) si vous avez donné l'anesthésie lors de la réduction et contention de fracture par un chirurgien.

c) Texte en main, vous ne pouvez rien réclamer à l'Assurance pour votre déplacement, attendu qu'à la ville où a eu lieu l'intervention il y a des médecins et que d'après la loi du « médecin le plus rapproché » il n'y avait pas de déplacement à compter. Pratiquement, ayant transporté le blessé, ainsi qu'un « loueur de voitures », vous pouvez, à ce titre, demander des « frais de transport, mais cela à l'amiable et en dehors du tarif médical.

d) Quant à la radio, elle sera comptée par le chirurgien (en plus de sa réduction et contention de fracture de l'humérus) laquelle est déjà tarifée 220 francs (art. 18).

Dr F. Decourt.

4.578. — Radio d'un doigt

Je vous envoie en communication deux lettres de la X... Dans des cas similaires d'autres Compagnies m'ont réglé sans difficulté. Faut-il désormais refuser de pratiquer des radiographies face et profil de doigt ou faire revenir le malade une deuxième fois pour le profil ?

Dr S.

Réponse

Lors de la dernière étude du Tarif à la Commission ministérielle, il nous a été fait remarquer par les radiographes qu'en général on faisait toujours une radiographie face et profil d'un doigt et qu'il n'y avait pas lieu de mettre sur le tarif face ou profil. Sur le nouveau tarif du 5 mai 1939, il n'y a donc plus que « Art. 27 : Radiodiagnostic, A, Doigt (un ou plusieurs) face et profit = 50 francs.

Il paraît qu'il y aurait eu une simple « erreur » à ce sujet dans le précédent tarif.

Dr F. Decourt.

4.678. — Anesthésie donnée par une infirmière

Abonné au *Concours Médical*, j'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien soumettre à la compétence de M. le Docteur Decourt le cas suivant :

L'art. 12 stipule « que l'anesthésie générale donne lieu à un honoraire de 80 francs à condition qu'elle soit pratiquée par un médecin autre que l'opérateur ». Mais si l'anesthésie est pratiquée d'urgence par une infirmière d'Etat attachée à une clinique privée, peut-on réclamer le paiement des 80 francs prévus ?

Dr D.

Réponse

Il n'est dit nulle part que l'anesthésie puisse être pratiquée par une infirmière, fût-elle diplômée d'Etat. Ce fait pourrait donc être considéré comme un fait d'exercice illégal de la médecine. *A fortiori*, je ne vois pas que cette infirmière puisse réclamer des honoraires à ce sujet. Remarquer d'ailleurs que les honoraires pour infirmiers diplômés d'Etat du décret du 27 juin 1922 et du 8 février 1938 sont indiqués, dans le tarif au titre VI (art. 32-35) et qu'il n'y est pas parlé — et pour cause — d'anesthésie.

Dr F. DECOURT.

4.847. — Infiltrations anesthésiques. Méthode de Leriche

J'avais envoyé une note accident de travail à la Compagnie pour un blessé à qui j'ai fait des infiltrations anesthésiques lombaires.

J'avais compté 50 francs par infiltrations (article 16).

Ma note s'élevait à 522 fr. 25. La Compagnie la réduit à 493 fr. 25. C'est peu mais c'est une question de principe.

Et elle répond :

« Votre mémoire qui se montait à 522 fr. 25 se trouve ramené à 493 fr. 25 par suite de l'application du tarif en vigueur en « Accidents du travail » qui fixe à l'article 16, le prix des infiltrations anesthésiques, méthode de Leriche : 1° à 120 francs l'injection périnerveuse lombaire ; 2° à 50 francs l'infiltration anesthésique pour entorse. La première seule doit être comptée à ce prix et les autres comme des consultations ordinaires. Le dit article mentionne, en effet, « Infiltrations anesthésiques » au pluriel.

Dr D.

Réponse

Le traitement par la méthode de Leriche est compté 50 francs pour : *a*) « Infiltrations périarticulaires pour entorse ou séquelles de traumatisme ». Vous remarquerez que la somme de 50 francs comprend l'ensemble des infiltrations effectuées, puisque ces dernières sont mises au pruriel. Ceci a encore été spécifié lors des dernières réunions de la Commission du tarif. Vous ne devez compter qu'une fois 50 francs, les autres visites ou consultations étant marquées à 17 francs. La remarque de la Compagnie est donc justifiée.

Dr F. DECOURT.

4.839. — Accidenté du travail décédé sur le champ

Permettez-moi, puisque l'occasion s'en présente, de vous demander un conseil concernant les accidents du travail (loi de 1898) : je suis appelé pour un accident (chute d'une charrette de foin), et je trouve le domestique mort (fracture de la base du crâne, mort en quelques minutes). J'ai donc fait un constat de décès et un certificat pour la gendarmerie (plus mon déplacement). Comment rédiger ma note pour l'Assurance ? Faut-il un « certificat initial » ? Ou quel genre de certificat ?

Dr C.

Réponse

a) Vous avez à faire au compte du patron (ou de son assureur substitué) un « certificat médical initial descriptif = 15 francs » (art. 36), en double plus la visite et le déplacement s'il y a lieu.

b) Quant au certificat de décès pour la mairie ou pour la gendarmerie, etc., cela n'est plus du ressort du tarif de responsabilité patronale.

Dr F. DECOURT.

4.723. — Injection antitétanique, plus pansement

L'article 13 de la loi sur les accidents du travail dit : « Les opérations de petite, de grande chirurgie et des spécialités sont tarifées aux articles suivants. Les prix qu'elles comportent ne peuvent se cumuler avec le prix de la visite ou de la consultation ».

C'est entendu, mais peuvent-ils se cumuler avec celui d'un pansement.

Exemple : une suture simple, un pansement, une injection de sérum antitétanique peuvent-ils être tarifés respectivement 27 + 17 + 22 ?

Deux pansements, l'injection de sérum antitétanique : 34 + 22 ?

Dr C.

Réponse

Le pansement n'est pas une entité distincte de la visite ou consultation puisqu'il est dit, à l'art. 1er, que ces dernières « comprennent » pansements, massages, injections hypodermiques, etc. Donc compter injection antitétanique plus consultation (avec ou sans pansement, c'est la même chose) serait pratiquer le cumul interdit par l'art. 13.

Dr F. DECOURT.

4.942. — « Consultation entre confrères » quand il s'agit d'une radiographie

Je vous écris en qualité de membre du Sou pour vous soumettre le cas suivant :

Le 11 avril 1938 un confrère m'amène lui-même un blessé, victime d'un accident du travail, pour radiographie du coude.

Je fais la radio du coude (face et profil). Nous constatons l'existence d'une luxation et nous sommes d'avis d'en essayer la réduction séance tenante, chez moi, j'aide mon confrère.

Cette tentative n'a pas été suivie de succès : ce que permet de constater une radio du coude faite en profil.

Une dizaine de jours après, vers le 25 avril, le même blessé est soigné par un chirurgien assisté du médecin traitant et de moi-même qui ai fait l'anesthésie générale.

J'envoie ma note d'honoraires en fin d'année et l'établis de la façon suivante :

Le 11 avril, a) Radio du coude face et profil	160 fr.
b) Consultation avec le médecin traitant pour la conduite à tenir et essai infructueux de réduction (prix d'une consultation avec confrère)	51 »
c) Radio du coude en profil avec tentative de réduction (et qui en a montré l'échec)	100 »
Le 25 avril, aide pour opération de réduction de fracture	80 »
	391 fr.

La Compagnie refuse de me payer la consultation avec confrère (51 francs) pour la raison suivante :

a) Elle estime que le radiographe doit donner une interprétation au médecin traitant en même temps que la radio : cela, je le sais, et n'en ai pas demandé de rémunération particulière.

b) elle n'admet pas la consultation que j'ai eue avec un confrère et qui a été suivie d'une tentative infructueuse de réduction. Je vous ferais remarquer qu'elle a payé à mon confrère, le médecin traitant, le prix de cette consultation en ce qui le concerne (pourquoi cette différence) ?

c) Enfin elle prétend que le radiographe n'a pas à se consulter avec le médecin pour le traitement du blessé : ceci me semble un peu fort.

Je fais en effet non seulement de la radio, mais aussi tout ce qui ressort de la médecine, et, si le médecin traitant me demande mon avis quant au traitement et son concours, je crois que rien ne m'empêche de le lui donner.

D'ailleurs quelques jours après ce concours m'a été demandé pour le même blessé, quand on dut intervenir chez lui à nouveau, et cette fois sous anesthésie générale et dans ce cas ma note d'honoraires (80 francs) a été admise.

D'ailleurs il m'arrive parfois d'avoir à soigner de mes malades : je fais chez eux, s'il y a lieu, les radios nécessaire et si la radio indique un traitement à faire (fracture ou luxation) je le fais moi-même et je n'ai de ce fait jamais eu de difficulté avec aucune Compagnie.

Veuillez être assez bon pour me dire ce que vous pensez de mon cas et me donner les directives nécessaires pour me faire payer. Je vous prie d'ailleurs de

me fournir l'appui pécuniaire du Sou, s'il y a lieu.

Je crois d'autre part que certaines Compagnies d'assurances ont accepté d'examiner leur cas litigieux avec nos organisme de défense professionnelle (le Sou dans le cas particulier).

Dr L.

Réponse

1° Voir art. 27, observations 6° « Le médecin radiologiste devra fournir deux exemplaires de chaque cliché, etc., les épreuves seront accompagnées d'un commentaire détaillé en deux exemplaires ». C'est ce commentaire qui contient la « consultation radiologique » que vous fournit le radiologue ; vous ne pouvez donc compter en plus une consultation entre confrères. C'est d'ailleurs de jurisprudence constante.

2° Vous ne pouvez compter une « réduction et contention de luxation du coude » le 11 avril puisqu'elle ne fut pas effectuée et qu'elle le fut seulement le 25 avril par un chirurgien. Ce serait ompter deux fois la même réduction : « *non bis in idem* ».

3° Le 25, si je comprends bien votre lettre, le chirurgien aurait compté sa réduction, ce qui est parfait, mais, en outre, il y aurait eu deux aides (le médecin traitant et vous-même) ce qui ferait trois médecins pour une réduction de luxation du coude. Il y a là un « luxe » d'aides que la Compagnie pourrait peut-être relever... mais je n'insiste pas sur ce point naturellement si elle ne l'a fait elle-même ce que j'ignore d'après votre lettre, mais je n'oserais vous conseiller (et c'est pourquoi je vous en parle) d'aller devant la Commission d'arbitrage.

Dr F. Decourt.

b) *Pensionnés de guerre*

4.504. — Injections intra-veineuses

J'ai eu l'occasion de faire à un pensionné de guerre, au début de ce trimestre, cinq injections intra-veineuses de calcium. J'ai estimé, en me fondant sur la loi régissant les soins donnés aux mutilés, n'avoir pas besoin de demander pour faire ce traitement, l'autorisation de la Commission de contrôle. Ai-je eu raison ?

D'autre part, je me propose de faire à ce malade, dès la deuxième quinzaine du mois de juin (donc pendant le même trimestre), une nouvelle série de cinq injections intra-veineuses du même produit. En ai-je le droit sans avertir la Commission de contrôle ?

Dr C.

Réponse

L'article 18 dit : « Lorsqu'au cours du traitement le médecin traitant estime nécessaire soit ..., soit ..., soit une série de plus de cinq inter-

ventions à tarif spécial, il doit en donner avis, dans les vingt-quatre heures à la Commission de contrôle ». Or une injection intra-veineuse étant à tarif spécial, vous devez en donner avis ... « au-dessus de 5 » seulement. Néanmoins, d'après ce que vous me dites vous feriez dans le même trimestre dix injections intraveineuses auquel cas c'est une série de dix, en deux fois, et alors il me semble qu e vous devez en donner avis sans quoi vous risquez des ennuis et bien inutilement.

Dr F. DECOURT.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

4.293. — Engagement pour la durée de la guerre ou réquisition à titre civil

L'on parle beaucoup de guerre ces temps-ci, et l'on s'occupe également avec juste raison d'ailleurs de récupérer pour la Défense de la Nation tous les individus capables de rendre service, soit dans la défense passive, soit dans la défense active. Bien entendu les médecins, arme d'élite, sont au premier plan intéressés par les mesures que l'on sera appelé à prendre.

Je suis dans la situation suivante : réformé avec pension depuis la fin de la grande guerre (la dernière !), c'est-à-dire en 1919. J'avais alors, n'étant encore qu'étudiant en médecine, le grade de médecin auxiliaire. Je suis installé comme médecin, exerçant la médecine générale, depuis douze ans, et sauf quelques anicroches de santé, je fais assez régulièrement mon travail. Je suis néanmoins obligé de suivre un régime alimentaire assez précis.

J'entends, ou je lis qu'il est sage de s'engager pour la durée des hostilités (le cas échéant).

Je demande au Sou médical conseil :

1° Si je m'engage, que devient ma situation de réformé ?

2° Si je ne m'engage pas, et si les circonstances l'exigent, on me confiera un service quelconque civil ou militaire chez moi, ou ailleurs (médecin requis).

3° Si je suis requis, comme je n'ai fait évidemment aucune période militaire, puisque l'armée m'a remercié de mes bons et loyaux services pendant cinq ans de front, le serai-je comme soldat de 2e classe ? comme médecin auxiliaire ? comme officier ?

4° Si je m'engage pour la durée de la guerre éventuelle, avec quel grade serai-je remilitarisé ?

Je demande au Sou médical toujours si obligeant de vouloir bien faire cesser ma perplexité.

Dr C.

Réponse

1° Si vous vous engagez, vous recevrez la

solde de votre grade de médecin auxiliaire, qui se cumulera avec votre pension d'invalidité (loi de 1920), celle-ci pouvant être, pendant la durée de la guerre, réduite au taux de soldat.

2° Vous pouvez être requis civil, puisque vous exercez votre profession, à moins que vous ne présentiez pas une inaptitude physique absolue (art. 2, loi du 31 mars 1928).

3° Le requis civil reste « civil ». Il ne perçoit donc aucune solde militaire, mais seulement, suivant le cas, des honoraires de clientèle ou le traitement de l'emploi administratif auquel il est affecté.

4° Vous serez remilitarisé avec votre ancien grade ; il est cependant possible que vous soyez assez vite promu médecin sous-lieutenant.

3.442. — Libération des obligations militaires et charges de famille

Je suis de la classe 1917 et médecin sous-lieutenant. Père de trois enfants, je suis donc homologué à la classe 1911 qui est ma classe de fait. Dans ces conditions je vous serais reconnaissant de me dire :

1° A quelle date la classe 1911 sera-t-elle libérée de toute obligation militaire.

2° Pourrais-je à ce moment là être moi-même libéré *en donnant ma démission d'officier.*

3° De quel délai je dispose pour cela et à qui dois-je adresser ma demande de démission ?

Dr A.

Réponse

Le nombre des enfants offre l'avantage d'être classé plus tôt dans la deuxième réserve, où l'on attend le moment de la libération normale de sa classe d'âge ; il ne diminue donc en rien la durée des obligations militaires. C'est ainsi que, appartenant à la classe d'âge 1917, vous ne serez libéré qu'en 1946, et non pas en 1940 avec la classe 1911.

Cependant, dès l'instant où vous appartenez à la deuxième réserve, il vous est possible d'offrir au ministre votre démission d'officier de réserve. Cette offre de démission est adressée par la voie hiérarchique du Directeur régional du Service de santé.

Soixante et unième année N° 31 30 Juillet 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Propos du Jour

Partie Scientifique

L'Actualité Scientifique

Partie Professionnelle

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg .	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro..........	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.

Abonnés du « Concours » exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains : Bertier, Blondel, Dardel, H. Forestier père, Lelong, Pégaz.

Amélie-les-Bains : Boulx.

Ax-les-Thermes (Ariège) : Boyer, Girard.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne : Censier, R. Hügel, Joly, Le Gouriérec, J. Louvel, R. Louvel, Doctoresse M. Peillon, E. Poulain.

Bains-les-Bains : M. Henry, L. Rose.

Barèges, Orliac.

Barbotan-les-Thermes P. Pitous.

Besançon La Mouillière : G. Giraud, Jean Sexe (*opht.*), Tronchon.

Biarritz : Clavel, Dejeant (*derm.*), M. Claverie Lacour. Pitchalsky (*m. g. sto.*) M. Pourquié (*chir.*) G. Pourquié (*o. r. l.*)

Bourbon-Lancy : Bellœuf G. Vincent.

Bourbon-L'Archambault : Bénabu, Litaud.

Bourbonne-les-Bains : Delacroix, Gay, Pellet.

Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers** : d'Arbois de Jubainville, Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Dieudonné, J. Trotot.

Capvern : J. Pouy.

Cauterets : Anglada, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Challes-les-Eaux : Vexenat.

Châtel-Guyon : Angeras J. M. Ballan, Baumann, Cambiès Casati, de Montgolfier, Foucaud, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Contrexeville : Contal.

Dax : Barrau, Delmas (Armand).

Divonne-les-Bains : Ballivet, R. Fau, Vieux.

Eaux-Bonnes : Bourragué, Creignou.

Enghien-les-Bains : Beyrand, H. Forterre, J. Spinadel.

Escouloubre-les-Bains : Sarda.

Evaux-les-Bains : Maurice Fabre (*gyn.*), E. Legâte.

Evian-les-Bains : Bernex, J. Eyraud-Joly.

Hammam-Lif (Tunisie) : Fére.

La Bourboule : Anglada, Barthomeuf, Boudry, Cany, Mme Eyraud-Dechaux, R. Galimant, Jean Godonnèche, Jumon, Rongier Th., Maurel.

La Léchère : Bouverat, Millet, Noailly.

La Motte-les-Bains : Goirand.

Lamalou-les-Bains : Faure, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains : Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Lépine.

Luchon : P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Germès, Pierre Molinéry, Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Causeret, Cugnier, Rimey.

Mont-Dore : J. André, Roger André, Béal, Débidour, Dullin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris : Ducros, Jossand, J. Wibrotte.

Plombières-les-Bains : Bernard, J. Dumont, Truelle.

Pougues-les-Eaux : P. Baillet.

Preste (La) : Dr P. Baron.

Royat : Mougeot, Perrin Georges.

Salers : Rongier.

Salies-de-Béarn : Coustère David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains : Bourny, Henri Neumand.

Salies-du-Salat : Barbé, St Béat.

Saujon : M. Boisseau, Doublet, R. Dubois.

Saint-Didier (Vau.) : Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains : Gautreau.

St-Honoré-les-Bains : Charpin, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire : Sérane, Siguret.

Santenay-les-Bains : A. Mélé.

Sermaize-les-Bains : Fritsch.

Uriage : G. Barbier.

Vals-les-Bains : David, Offant.

Vernet-les-Bains : Ponson.

Vichy : Arama (Michel) (*stom.*), Bargy, Berthomier, (*phys.*), G. F. Bonnet, Caillault, Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Cluzan, Cornillon, Cros L., Desmaroux, Enjalbert, Fau, R. Fraudet, (*stom.*), Gannat, H. Goudart, Lère, Guinard, Martin-Péridier, Roussignol.

Vic-sur-Cère : Delsérités.

Vittel : G. Constant, P. Genay, Finck.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

N° 243. — Médecin français 47 ans, libre fin septembre, représenter. Laborat. région Sud-Ouest.

N° 244. — 20 km. Paris Sud. Propriét. 15 pièces, parc, dépend, pour clinique. Pension, maison de repos. Dr Diény, à Lorient.

N° 245. — Jeune docteur, 30 ans, au courant méd. gle, neuro-psych. cherche occup. médic. ou paraméd. le matin et après midi 4 à 7 h. Paris ou banlieue.

N° 246. — Recherche ouvrages et revues de psychanalyse et de rééducation de l'enfance.

N° 247. — Méd. franç. installé Paris, remplacer. confr. parisien période vacances ou l'aiderait.

N° 248. — Côtes-du-Nord. A louer en cas de guerre villa bord de mer environs Lannion, 10 lits dont 6 à 2 places. Habitable toute l'année. Eau, électricité, garage. Village à 200 m.

N° 249. — Normandie. 8 km. mer. A vendre maison tout confort, chauff. central, eau courante, électr., gd. jardin, garage, dépend.

Pour toute demande de renseignements il est indispensable de joindre un timbre.

Cabinet Breitel et Goret

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Centre. Jolie région. Seul méd. Très gros poste. Cond. à déb.

Ouest. Seul méd. Bon rapp. Prix : 55.000 dont cpt. à déb.

Banlieue. Très urgent. Ind. 30.000 dont 10 cpt.

Marne. Client. moy. Très peu de frais. Prix : 15.000, dont toutes facilités vu urgence.

Renseignements

Héliothérapie. Maison santé Hélios, Dʳ Brody, Grasse.

« La Soleillette » Bandol-sur-Mer (Var). Soleil. Régime.

Bien manger, c'est bien ; n'en pas souffrir, c'est mieux. Ce résultat bienfaisant, vous l'obtiendrez sûrement en fortifiant votre estomac et en désinfectant votre tube digestif.

Sucez lentement 4 à 6 TABLETTES DE MANGAÏNE par jour.

Institut marin du Dʳ Bagot à Roscoff. Rhumatismes. Névralgies. Impotences articulaires et musculaires. Anémie et lymphatisme. Du 1ᵉʳ juin au 30 septembre.

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, **Paris, 167-95.**
Sou Médical, **Paris, 182-31.**
Mutualité Familiale, **Paris, 182-32.**

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 2 fr. pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Bourses familiales du Corps médical** (Fondation de M. le Docteur Roussel). — Le 5 juillet s'est réuni le jury chargé de répartir les bourses de 10.000 francs mises à la disposition de l'Association générale des médecins de France par le Docteur Roussel, en faveur des médecins et veuves de médecins chargés de famille.

Trente-quatre demandes ont été examinées. Parmi les bénéficiaires figure un confrère père de douze enfants et ayant, en plus, quatre neveux orphelins à sa charge ; un autre compte quatorze enfants dont neuf mineurs et trois sont étudiants ; deux autres, de santé médiocre, ont respectivement huit enfants vivants de 13 ans à 6 mois et sept enfants de 14 ans à 6 mois. Quant aux veuves, l'une malade et sans travail actuellement a neuf enfants de 1 à 18 ans ; une autre a cinq filles mariées mais dont deux sont veuves et ayant à leur charge quatorze enfants en bas-âge.

Cette année, encore, M. le Docteur Roussel a bien voulu renouveler son geste généreux en mettant une bourse supplémentaire à la disposition du jury.

Celui-ci était composé de Mme Jayle, de la Société de femmes et enfants de médecins, M. le Docteur Roussel, fondateur, MM. Chapon, Claisse,

Darras, Lutaud, Bongrand, Noir, de l'Association générale des médecins de France, M. Cibrie, représentant la Confédération des Syndicats médicaux, M. Gallois, de l'Association des médecins de la Seine, M. Georges Labey, de Médecine et Famille, M. le Médecin général Fayet, représentant le Service de santé militaire.

— **L'Institut de France** vient de décerner un *prix Montyon* au Docteur Lucien Dautrebande, professeur à l'Université de Liége.

— **Union thérapeutique.** — La Ve Assemblée générale de l'Union thérapeutique aura lieu le mercredi 18 octobre, à 9 heures du matin, dans la salle du Conseil de la Faculté de médecine.

Elle sera suivie de la séance solennelle de la Société de thérapeutique dans l'amphithéâtre Vulpian de la Faculté de médecine, à 3 heures.

Deux questions de pharmacologie et de thérapeutique seront discutées dans ces deux séances : *Le phosphore* ; *Les médicaments des globules blancs*, par les Professeurs Aubertin (Paris), Burgi et Gordonoff (Berne), Duston (Bruxelles), Hazard (Paris), Hernando (Madrid), Mouriquand (Lyon), Rietti (Ferrare) et les Docteurs Cottenot, Decourt et Marchal.

Un dîner réunira les congressistes le soir à 8 heures à l'hôtel Royal Monceau, 37, avenue Hoche.

— **Prix annuel de « Bruxelles-Médical ».** — Ce prix est décerné dans le courant de mars de chaque année « au meilleur travail inédit », clinique ou expérimental, sur une question susceptible d'application à l'étiologie, au diagnostic, à la pathogénie, au pronostic ou à la thérapeutique, cette énumération n'étant pas limitative. Le mémoire doit être rédigé en langue française et publié dans *Bruxelles-Médical* au cours de l'année précédente ; le montant du prix, pour l'année 1939, est fixé à 5.000 francs.

Pour renseignements, s'adresser à l'Administration de *Bruxelles-Médical*, 141, rue Belliard, qui tient le règlement du prix à la disposition des concurrents éventuels.

— **Centre de liaison des Œuvres d'entr'aide médicale.** — Le Centre de liaison a tenu récemment sa réunion à laquelle assistaient la plupart des délégués des Œuvres d'assistance et de prévoyance médicales. Elle a prononcé l'admission de l'Association des médecins de l'ex-Compagnie P. L. M. qui se joint maintenant aux œuvres déjà adhérentes.

Demander au Centre de liaison, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (VIIe) la brochure de renseignements sur les Œuvres.

— **Calendrier du Centre de liaison des Œuvres d'entr'aide médicale.** — Dimanche 1er octobre 1939 à Besançon : Journée annuelle pour la famille et pour la natalité organisée, par Médecine et

Famille et Pharmaciens pères de familles nombreuses à l'occasion du Congrès de la natalité. Il y sera traité des allocations familiales, de la répression de l'avortement criminel, de l'exode rural, etc...

— **Les médecins et l'Amitié franco-hellénique. Voyage à Athènes.** — Un groupe de médecins français se rendra à Athènes le 15 août prochain en visite d'étude et d'amitié, sous les auspices du ministre de Grèce et sous la présidence d'honneur du Docteur R. Montant, chirurgien adjoint de l'hôpital américain de Neuilly.

Demander l'itinéraire-programme et les conditions de ce voyage-croisière à l'Association des Amis du tourisme international, 15, rue de la Pépinière, Paris. Tél. Europe 54-16. (*Communiqué.*)

— **La Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres** s'est réunie le 5 juillet en séance spécialement consacrée aux maladies de l'œsophage.

M. Chevalier Lawrence Jackson, professeur de broncho-œsophagologie à « Temple University » de Philadelphie, était l'hôte d'honneur de la société.

— **Journée d'étude biologique des cancers.** — La revue *Cancérologie* organise pour le 8 octobre 1939, à l'Institut de prophylaxie (Directeur : Docteur A. Vernes), 36, rue d'Assas, Paris, une journée consacrée à l'étude du *Diagnostic humoral des cancers.*

S'adresser au secrétariat de la Revue : Villa Jac-Gui, boulevard Deganne, Arcachon (Gironde), pour renseignements et bons de chemin de fer. Droit d'inscription : 40 francs. Dernier délai pour les communications : 25 août.

— **Clinique obstétricale Baudelocque** (21, boulevard de Port-Royal, Professeur A. Couvelaire). — Un *cours élémentaire de pratique obstétricale* aura lieu à la clinique Baudelocque du 4 au 16 septembre. Ce cours, dirigé par M. Lacomme, agrégé, sera fait par MM. Lepage, Coen, Grasset et Hanoun. Il comprendra des leçons cliniques et des exercices individuels conçus dans le sens de la pratique médicale journalière.

Cet enseignement aura lieu le matin et l'après-midi. Chaque jour, une équipe d'élèves sera admise à prendre la garde à la salle de travail.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Baudelocque. Droits d'inscription : 150 francs pour les étudiants ; 250 francs pour les docteurs en médecine.

— **Académie Duchenne de Boulogne.** — Le Secrétariat de l'Académie Duchenne de Boulogne rappelle que les candidats au prix de 10.000 francs pour 1939, doivent envoyer leurs mémoires inédits et non encore récompensés, dactylographiés en quatre exemplaires, avant le 1er octobre 1939, Centre Marcelin Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique, Paris. Joindre références et curriculum vitæ.

Le sujet doit se rapporter aux sciences médicales mais il reste au choix du candidat. Le dernier lauréat fut M. Raoul Lecoq, pour l'ensemble de ses travaux sur les déséquilibres alimentaires et nutritifs.

— **Ecole d'anesthésie de Liège.** — Une session de l'Ecole d'anesthésie de l'Université de Liége s'ouvrira le mercredi 16 août.

Les cours théoriques et pratiques auront lieu les mercredi et vendredi de chaque semaine, durant trois semaines, à 14 h. 30, à l'Institut de thérapeutique expérimentale, 18, rue de Pitteurs.

S'adresser au Professeur Dautrebande à l'adresse ci-dessus.

— **Arcachon.** *Exonération de la taxe de séjour* — Les médecins villégiaturant à Arcachon peuvent se faire exonérer de la taxe de séjour en s'adressant, à l'arrivée, au Bureau d'hygiène (mairie) ou au dispensaire, rue du Casino (chaque jeudi une permanence médicale y est assurée de 10 heures à 12 heures).

— **Hôpitaux de Bordeaux.** — *Prix de l'internat (médaille d'or).* — Chirurgie : M. André Goumain, interne de quatrième année. Médecine : M. Pierre Lavial, interne de quatrième année.

— **Hôpitaux de Lyon.** — *Internat.* — Le concours de l'internat des hôpitaux de Lyon s'ouvrira le lundi 11 septembre 1939. Inscriptions jusqu'au 29 août.

— **Naissance.** — Madame et Monsieur R. SERFATY, instituteur à Cempuis, nous font part de la naissance de leur fille *Michèle*, petite-fille du Docteur Serfaty, d'Alforville.

— **Nécrologie.** — Le Docteur Paul Chavanon a la douleur de faire part de la perte cruelle qu'il vient d'éprouver en la personne de Madame Veuve Albert CHAVANON, née Reine ROUSSELLE, sa mère, décédée subitement à Paris le 11 juillet 1939, à l'âge de 72 ans.

La cérémonie religieuse a eu lieu dans la plus stricte intimité en l'Eglise Saint-Antoine le jeudi 13 juillet, suivie de l'inhumation au cimetière Montparnasse dans le caveau de famille.

Nous adressons au Docteur Chavanon nos sincères condoléances.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Gaston LYON, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, décédé après une longue et pénible maladie.

Il était le beau-père du Docteur J.-R. Bennoun, de Crécy-en-Brie, à qui nous adressons l'expression de notre douloureuse sympathie.

La situation des médecins auxiliaires docteurs en médecine retenus sous les drapeaux

Le délégué permanent de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris nous communique avec prière d'insérer la réponse du ministre de la Guerre aux démarches faites à ce sujet.

M. Daladier écrit notamment ce qui suit :

« J'ai l'honneur de vous faire connaître que je viens de décider l'établissement d'une liste supplémentaire d'aptitude au grade de médecin sous-lieutenant de réserve. Cette liste sera réservée aux médecins auxiliaires de réserve, rappelés ou maintenus sous les drapeaux depuis mars 1939, et réunissant, au 1er juillet 1939, les conditions de scolarité exigées ».

Par ailleurs, le Président du Conseil ajoute « qu'il est tenu le plus grand compte, pour les médecins auxiliaires des réserves et de la disponibilité, de leur titre de docteur en médecine ».

O O O

Fédération des Syndicats médicaux de la Seine

Communiqué

La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine émet le vœu que tout médecin ayant signé la convention du 18 avril (1) ou y ayant adhéré, en tant que directeur d'une maison de santé, soit déféré devant un Conseil de famille.

(*Adopté à l'unanimité.*)

(1) Cette convention comporte des dispositions concernant des honoraires médicaux alors que ces honoraires devraient être seulement prévus dans les conventions Syndicats-Caisses.

En outre, elle comporte des prix forfaitaires prévus pour chaque cas opératoire, bloquant les honoraires, les frais de maison de santé, la pharmacie, etc... Elle ne respecte pas le secret professionnel et les honoraires chirurgicaux y sont inférieurs au tarif syndical minimum.

Nos *suppléments mensuels* constituent une documentation professionnelle précieuse.
Conservez-les.
Consultez-les facilement en les classant dans notre :

RELIURE MOBILE

Prix : 16 francs port compris. Compte-chèques postaux : *Concours Médical* 167-95.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Affectation d'un inspecteur départemental d'hygiène

Par arrêté en date du 30 juin 1939, M. le Docteur Ouillon, inspecteur départemental d'hygiène du département du Cher, a été affecté sur sa demande, dans le département de l'Isère (intérêt du service).

(*J. O.*, 11 juillet 1939.)

Enseignement de la médecine

Avis de concours pour l'emploi de professeur suppléant d'anatomie et physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers.

Par arrêté du ministre de l'Education nationale en date du 3 juillet 1939, un concours pour l'emploi de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers s'ouvrira le lundi 15 janvier 1940 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

(*J. O.*, 12 juillet 1939.)

Hôpitaux psychiatriques

Avis de vacance de poste de médecin-chef d'hôpital psychiatrique

Un poste de médecin-chef de service est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique public de Bégard (Côtes-du-Nord), par suite du départ de M. le Docteur Leculier, appelé à un autre poste.

(*J. O.*, 14 juillet 1939.)

Inspection d'hygiène

Arrêtés portant maintien en fonctions d'inspecteurs départementaux d'hygiène et de directeurs de Bureaux d'hygiène.

Par arrêté en date du 10 juillet 1939, ont été maintenus en fonctions et admis au bénéfice des dispositions du titre III du décret du 15 avril 1937 :

Inspecteurs départementaux d'hygiène

M. le Docteur Bonnet, inspecteur départemental d'hygiène de l'Allier.

M. le Docteur Jouen, inspecteur départemental d'hygiène de Seine-Inférieure.

Voir la suite page XXXIII-2831

PROPOS DU JOUR

LES DÉCOUVERTES LES PLUS MODESTES NE SONT PAS LES MOINS UTILES

Récemment M. le Professeur Goris, de la Faculté de pharmacie, membre de l'Académie de médecine, a inauguré à Ardentes-en-Berry, près de Châteauroux, une stèle avec médaillon, élevée en l'honneur de Stanislas Limousin, pharmacien à Paris. C'est dans la petite ville qu'est né en 1831 (1), Stanislas Limousin, bien oublié aujourd'hui, bien qu'ayant rendu par son ingéniosité d'éminents services. Limousin a éloquemment démontré que les découvertes les plus modestes ne sont pas les moins utiles.

***

Quand le médecin de Pavie, Marcus Gatenaria, à la fin du XV[e] siècle, imagina la seringue, on ne se douta guère des conséquences qu'aurait la découverte de cet instrument. Cette invention n'est même pas signalée dans les notices qui relatent les travaux de ce médecin, fameux à son époque, et dont le nom est bien oublié aujourd'hui. La seringue fut employée couramment à divers usages. Un peu plus de deux siècles plus tard le médecin dauphinois, Pravaz, eut l'idée de se servir d'un modèle très réduit, mais semblable dans ses parties essentielles à la seringue de Gatenaria, pour injecter des médicaments dans les tissus.

La méthode des injections hypodermiques avait vu le jour : nous n'insisterons pas sur les conséquences imprévues que cette invention eut dans les recherches biologiques et surtout dans la thérapeutique moderne.

***

Quand le chimiste Macquer, démonstrateur au Jardin du roi, à la fin du XVIII[e] siècle, découvrit la dissolution du caoutchouc dans l'éther et que, sur ses indications, l'orfèvre Bernard eut en l'idée d'en imprégner un tissu pour en faire des sondes uréthrales, on ne se doutait pas de l'utilité des sondes de gomme dans l'urologie de l'avenir.

***

Mais revenons à Stanislas Limousin. Nous ne parlerons pas de ses travaux de chimie et de pharmacologie qui cependant ne furent pas négligeables, ni des médicaments qu'il vulgarisa tels que le piscidia, le pichi, le cascara, l'hypnone, ni la fabrication du sulforicinate de sodium comme purgatif, ni l'emploi de solutions huileuses en capsules pour remplacer les loochs et les sirops où l'on était obligé de mettre une quantité excessive d'alcool pour dissoudre certains médicaments. Nous ne ferons que citer le sulfovinate de quinine dont il prépara des solutions pour permettre à Constantin-Paul de traiter le paludisme en injectant sous la peau de fortes doses de sels de quinine. Nous ferons une mention spéciale de sa proposition de colorer les toxiques avec de la fuchsine dans le but d'éviter les erreurs. Cette idée fut reprise officiellement quand on exigea que les paquets de sublimé que pouvaient prescrire les sages-femmes, soient teintés au carmin d'indigo.

Ce fut encore Stanislas Limousin qui imagina le procédé de préparation du coton iodé, le compte-gouttes normal, les pipettes automatiques, l'alcoomètre-œnomètre, etc., mais les trois découvertes pratiques les plus importantes et qui en font un bienfaiteur de l'humanité, le mot n'est pas trop fort malgré la modestie de ces inventions, sont les *cachets*, les *ampoules hypodermiques* et les *ballons d'oxygène*.

Ce fut en 1873 que Limousin communiqua à la Société de pharmacie le perfectionnement qui consiste à enfermer hermétiquement dans des capsules de pain azyme, les poudres médicamenteuses que les malades avaient jadis tant de peine à absorber pour la plupart. Depuis l'usage des cachets est devenu universel.

(1) Stanislas Limousin est mort à Paris en 1887.

Quand la médication hypodermique eut pris l'essor que l'on sait, Limousin, à la demande du Docteur Duhomme, enferma dans des ampoules en verre, les solutions stérilisées et titrées qui devaient être injectées chaque fois.

La découverte de ces ampoules permit la conservation parfaite des liquides à injecter et d'éviter les erreurs de doses des solutions toxiques. Les intoxications et les infections qui n'étaient pas très rares autrefois, sont par l'usage des ampoules presque complètement supprimées.

A l'instigation de Demarquay qui désirait introduire l'oxygène dans la thérapeutique courante, Limousin se préoccupa de la préparation de l'oxygène et de son emmagasinage dans des ballons en caoutchouc cylindriques de 30 litres dont on se sert encore. L'aérostat, le «Zénith», dont l'ascension célèbre coûta la vie à Crocé-Spinelli et à Sivel, était pourvu de ballons d'oxygène préparés par Limousin. Seul Gaston Tissandier eut le temps de s'en servir et leur dut la vie.

Les inhalations d'oxygène étaient à la mode en 1874. Limousin organisa dans sa pharmacie une salle d'inhalations et un dépôt de ballons d'oxygène qu'on venait chercher de tous les quartiers de Paris.

Telles furent les petites découvertes de Limousin qui rendirent de si grands services aux malades et à leurs médecins, qu'il est bon de remémorer en honorant leur auteur, trop peu connu de ceux qui profitent de ses bienfaits.

J. Noir.

A PROPOS DE L'HYGIÈNE UNIVERSITAIRE

Un de nos correspondants nous rappelle que le 25 janvier 1929, le Docteur Schreiber fit à Strasbourg sous la présidence du Professeur Marchoux, de l'Institut Pasteur, devant le Professeur Weiss, alors doyen de la Faculté de médecine, une conférence sur la nécessité d'organiser des centres de médecine préventive. A la suite de cette conférence 2.000 étudiants membres de l'Association se firent inscrire au Centre nouvellement créé.

PUBLICITÉ MODERNE

Un de nos confrères nous transmet la lettre suivante qu'il vient de recevoir :

Docteur, nous avons l'honneur de vous adresser ce jour : un catalogue de nos mobiliers copie d'ancien ; un catalogue de nos meubles courants ; une reproduction des mobiliers de luxe que nous avons présentés à l'Exposition de 1937 et qui nous ont valu une médaille d'or.

Nous vous serions bien reconnaissant s'il vous était possible de *déposer ces documents dans la salle d'attente de vos consultants.* Ces documents leur prouveront que nous sommes outillés pour bien servir tous les genres de clientèle........

Nous sommes heureux de vous informer que sur les achats que vous feriez personnellement dans nos magasins, nous vous ferions bénéficier d'une *remise exceptionnelle de* 5 %.

Après les marchands de meubles viendront les marchands de tapis. Que devient notre con-si-dé-ra-tion ?

L'ACCÈS DES MÉDECINS ÉTRANGERS AUX ÉTUDES MÉDICALES ET A L'EXERCICE PROFESSIONNEL EN FRANCE

Au sujet de notre dernier Propos du Jour nous avons reçu un rapport très complet et très intéressant présenté par les Docteurs Dhers et Tissier-Guy, à la Fédération corporative des médecins de la région parisienne où sont préconisées des mesures d'ordre général, d'ordre universitaire et d'ordre professionnel pour mettre un terme au danger de l'envahissement de notre profession par les étrangers. Nous y souscrivons volontiers mais la difficulté ne consiste pas à indiquer ces mesures mais à les réaliser.

D'autre part nous apprenons avec regret qu'un concours, ayant été ouvert par le Gouvernement d'une de nos principales colonies, pour *onze* places de médecins de l'Assistance indigène, *trois* candidats seulement se sont fait inscrire.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

LE CANCER DU SEIN

Docteur Charles GUILBERT

Chef du Service d'électro-radiologie de Lariboisière

Les tumeurs néoplasiques du sein sont celles qui donnent le plus de mécomptes chirurgicaux et par suite sont les plus redoutées des malades. Quel que soit le soin apporté à la résection des muscles de la paroi et au curettage de l'aisselle, les récidives, les métastases, restent fréquentes.

La patiente ne vient à la physiothérapie qu'en cas de récidive ou à titre prophylactique après l'opération. Quand nous avons dans nos services une malade qui n'a pas été touchée, c'est qu'elle est inopérable, et alors la lésion dépasse tellement les possibilités thérapeutiques qu'on ne saurait parler de l'échec d'aucune thérapeutique. On peut donc se demander si une collaboration plus étroite de la chirurgie et de la physiothérapie ne pourrait obtenir mieux. La fusion des deux thérapeutiques paraît avoir donné ailleurs des résultats encourageants.

La rœntgenthérapie post-opératoire recherche la destruction des cellules essaimées, mais l'action des rayons X sur les cellules isolées ou non organisées est nulle si on la compare à l'action *in vitro*, du moins aux doses thérapeutiques usuelles. La radiothérapie post-opératoire est d'une prophylaxie fort théorique, sauf contre les îlots organisés ou quelques ganglions dont l'ablation a été impossible ou négligée.

En revanche, sur le cancer du sein organisé, l'action des rayons X est réellement efficace, mais elle n'est complète que quand la néoplasie est assez réduite. Voici l'analyse d'une pièce examinée lors de l'extirpation, dix-huit jours après l'irradiation, c'est-à-dire avant que l'histolyse soit complète :

Mme F..., 61 ans. Sein irradié. Epithélioma infiltrant à cellules faiblement différenciées suivant le type glandulaire. Ces cellules sont disséminées par petits groupes ou par traînées dans les interstices du stroma ou s'agencent en cordons plus ou moins épais creusés de cavités, ébauches de tubes creux ou d'acini.

Le stroma est abondant, dense et scléreux.

On ne constate pas de cytolyses caractérisées ni de monstruosités cellulaires. Par contre les cellules paraissent être en général vieillies, leur protoplasma assez abondant est clair et peu colorable. Les noyaux sont relativement peu volumineux ; certains sont denses et contractés. *Il n'a pas été observé de karyokinèse.*

Les ganglions examinés présentent une hyperplasie simple de leur tissu lymphoïde mais ne sont pas envahis par le cancer.

Il y a plus que l'expérience et les discussions académiques : aux raisons ci-dessus, militant en faveur de la radiothérapie préventive, il faut ajouter les expériences de laboratoire.

B. Grynkraut donne dans un des derniers numéros du *Journal de radiologie* les résultats de l'expérimentation chez les animaux qu'il a faite avec Flaks, de l'Institut d'histologie de l'Université de Varsovie.

Je ne puis mieux faire que de citer les auteurs et le protocole des expériences : « Nous avons « essayé de prolonger le séjour de la tumeur dans « l'organisme irradié et de la transplanter au « bout de deux heures, de quarante-huit heures « et de soixante-douze heures. Ces expériences « ont été réalisées de la façon suivante : on prend « trois rats, qu'on désigne par des lettres « C » « (poids de 68 grammes), « D » (poids de 90 grammes) et « E » (poids de 91 grammes). Ces « trois rats sont porteurs de grosses tumeurs « (S. J.) de vingt-cinq jours, qu'on irradie simultanément par une dose mortelle de rayons de « Roentgen.

« I. Deux heures après, le rat « C » est tué, sa « tumeur (poids de 10 grammes) est enlevée et « ses fragments sont greffés dans les muscles de « la cuisse de cinq autre rats (poids des rats de « 100, à 120 grammes).

« II. Quarante-huit heures après l'irradiation, « on a tué le rat « D » et sa tumeur (poids de « 9 grammes) est, par fragments, inoculée de la « même façon que la précédente à cinq rats nou- « veaux (poids des rats, de 90 à 110 grammes).

« III. Au bout de soixante-douze heures, on « tue le rat « E » et sa tumeur (poids de 15 gram- « mes) morcelée a été inoculée par voie intramus- « culaire encore à cinq rats (poids des rats, de « 100 à 110 grammes).

Tumeur	Après l'irradiation le rat est tué au bout de	Greffe sur	Poids total des tumeurs
« C »....	2 heures	5 rats	3,45 gr.
« D »...	48 heures	5 rats	2,9 gr.
« E »...	72 heures	5 rats	1,4 gr.

« Nous allons reprendre ces expériences au point de vue pratique, car nous sommes certains, en attendant pour faire la transplantation un temps plus long après l'irradiation, d'avoir un moment (environ 15 jours) où la tumeur transplantée ne pourra proliférer ».

Il est donc logique de penser que la radiothérapie pré-opératoire doit être la plus efficace contre l'essaimage, les cellules sont vieillies sans karyokinèse, d'une vitalité diminuée, et leur pullulation après l'opération est plus problématique, les ganglions ne sont plus infiltrés. L'acte chirurgical se trouve facilité. Cependant pour éviter l'ensemencement, le Professeur Wintz emploie le bistouri électrique qui fait éclater toute cellule touchée; de plus, grâce à la stérilisation préchirurgicale, il peut se contenter d'une résection réduite.

Un mois après l'opération, par prudence, on fait une nouvelle irradiation. On peut être surpris, après la remarque faite plus haut, au sujet de la radiothérapie post-opératoire, de nous voir la conseiller maintenant. Il ne faut pas perdre de vue : 1° qu'une seule série de séances de Rayons X ne saurait être suffisante ; 2° que nous devons à notre sujet cette précaution supplémentaire.

Au Congrès de Chicago, il y a deux ans, Wintz a proposé la technique suivante : radiothérapie-chirurgie-radiothérapie. La radiothérapie ici ne peut être quelconque. Les 500 R par semaine ou les 250 R ne peuvent rigoureusement rien. La technique préconisée par Wintz est de 850 r à un mètre de distance en une seule dose.

Ce qui distingue l'acte chirurgical de Wintz, c'est qu'il reste limité. Quand on lui en fait l'observation, il répond que fût-on certain d'enlever tous les ganglions, il resterait encore le danger des ganglions de la chaîne mammaire interne. La radiothérapie lui donne plus de sécurité à ce point de vue. Testut, au chapitre des lymphatiques du sein, après avoir souligné que les lymphatiques du côté interne traversaient les espaces intercostaux pour rejoindre les ganglions mammaires internes, cite l'observation d'un néo du sein gauche sans ganglion axillaire du côté malade, mais avec propagation à l'aisselle droite.

Devant l'impossibilité d'enlever cette chaîne ganglionnaire, il faut recourir à la radiothérapie.

Ainsi se justifie la technique de Wintz : radiothérapie, ablation de la tumeur et radiothérapie à nouveau.

Avant de donner sa statistique personnelle, Wintz donne différentes statistiques chirurgicales ; le pourcentage de guérison varie de 42 % (Mayo, U. S. A.) à 25 % en moyenne ailleurs.

La statistique de Wintz vaut d'être citée :

I. Cancers opérables, après	3 et 4 ans...	65 %
—	5 à 6 ans..	48 %
—	11 ans..	31 %
II. Cancers inopérables, après	3 ans	23 %
—	5 ans....	17 %
—	8 à 9 ans.	12 %
—	11 ans.	6 %

Les statistiques sont toujours sujettes à discussion mais j'ai compulsé à Erlangen les fiches, et me suis assuré que les morts de maladies intercurrentes comptaient comme insuccès.

En 1934, le regretté Professeur Zimmern a fait un travail d'ensemble sur l'association de la chirurgie et de la radiothérapie. La radiothérapie post-opératoire a été abandonnée puis reprise en France. Certains chirurgiens, 10 à 12 %, se montrent partisans de cette façon de faire.

Quant à la radiothérapie pré-opératoire, elle compte ses partisans en Suède, aux Etats-Unis, et les opérateurs qui l'ont pratiquée apportent à l'appui de cette technique des pièces histologiques montrant la régression du processus néoplasique. La radiothérapie pré-opératoire est plus facilement acceptée aux stades II et III qu'au stade I. La crainte de désunion de la cicatrice est cependant tout à fait théorique car on n'en trouve pas d'observation.

Il s'agit d'une revue historique et non point d'une technique systématique comme celle de Wintz, ou celle de Ducuing, de beaucoup plus chirurgicale.

Dans le *Toulouse Médical* du 15 janvier 1939, Ducuing donne une statistique basée sur 243 cas personnels. Les résultats sont moins brillants que ceux du Professeur d'Erlangen : 40 % ont survécu 3 ans, 31 % n'ont pas eu de récidive entre 5 et 9 ans. Ce pourcentage n'est guère supérieur, dit Ducuing, à celui de la chirurgie pure mais il suffit de restreindre les indications des cas que l'on opère dans un but curatif pour lui faire gagner de nombreux points.

D'autre part, Ducuing continue à opérer largement, si largement même qu'il enlève, outre l'aponévrose du grand dentelé, les digitations moyennes de ce muscle jusqu'au bord externe du petit pectoral. Ces pourcentages seraient peut-être améliorés par l'emploi du bistouri électrique, comme Wintz.

Aux résultats de Wintz on objectera le manque de biopsie, mais c'est une autre cause d'essaimage et l'étude de la pièce anatomique après l'intervention donne une garantie scientifique absolue.

On peut comparer le cancer du sein à un phlegmon non collecté où la libération par le bistouri qui ne peut drainer l'infection laisse la septicémie menaçante. Il faut y ajouter un traitement médical.

Il y a de nombreuses années que j'ai écrit que le cancer du sein serait plus efficacement traité par la radiothérapie préventive que par la radiothérapie post-opératoire. Je n'ai pu réunir que quelques cas car il est difficile de conduire un chirurgien hors des sentiers battus ; ces cas sont très encourageants jusqu'à présent, mais je n'en veux faire état qu'après l'épreuve du temps.

LA PRÉVENTION DU TÉTANOS

Par le Docteur Raphaël MASSART.

Notre éminent confrère Louis Bazy, secrétaire général de l'Académie de chirurgie, vient de présenter aux Journées internationales de traumatologie et des maladies professionnelles qui se tiennent à Liége un substantiel rapport sur la *Prévention du tétanos*.

Ayant lu dans le *Concours Médical* du 5 mars 1939 cette question que nous posait un praticien :

« Dois-je faire ou non dans ce cas une injec-
« tion de sérum antitétanique ? C'est là une
« question que se pose le médecin praticien, et
« au sujet de laquelle aucune ligne de conduite
« précise ne lui fut jamais donnée. »

Il nous adresse dans son rapport les conseils autorisés que nous réclamons et dont nous pouvons tous tirer profit.

La place que tient Louis Bazy dans la prévention du tétanos ne saurait être oubliée comme on semble le faire, car dès 1917, en pleine guerre il a réalisé la vaccination antitétanique, son expérience et son autorité permettront de fixer exactement nos confrères lecteurs, sur la position qu'ils doivent prendre pour lutter efficacement contre cette dangereuse maladie.

La sérothérapie

Jusqu'en 1917, la prévention du tétanos a été assurée uniquement par les injections prophylactiques de sérum ; bien que cette sérothérapie préventive ait connu des critiques systématiques malgré les statistiques éloquentes qui plaidaient en sa faveur, elle réussit à s'imposer aux armées et l'on ne vit plus ces tétanos de la période héroïque celle qui comprend les trois premiers mois de la guerre de 1914.

Cependant les adversaires de la *sérothérapie* faisaient justement remarquer qu'elle n'avait qu'une *action temporaire*, qu'on observait malgré les injections préventives de sérum des tétanos d'allures particulières du fait de la présence dans le sang des malades de l'antitoxine tétanique : tétanos post-sériques.

La sérothérapie était *donc inutile*, elle pouvait être aussi *dangereuse*. On relève à l'actif de la sérothérapie quelques accidents graves : des morts, des syncopes graves, des anuries suivies de paralysie des sphincters, des arthropathies prolongées, des paralysies post-sérothérapiques. Sans doute faut-il glisser sur ces faits ; tant qu'on ne disposait pour la prévention que du sérum on devait les négliger, car leur fréquence et leur gravité ne sont rien en comparaison du risque épouvantable que constitue le tétanos.

On observait en outre que le sérum étant tiré du cheval, donc *hétéroloque* la prévention qu'il confère à l'homme est infiniment plus courte que celle qu'il procure au cheval et que plus on fait chez l'homme de piqûres préventives, plus l'immunité conférée *devient de plus en plus courte*.

La sérothérapie ainsi exactement comprise est loin d'être la panacée dépourvue d'inconvénients en laquelle le grand public et les juges eux-mêmes mettent une confiance absolue au point de considérer que le médecin a fait une faute grave s'il n'y a pas systématiquement eu recours.

Dans quels cas doit-on pratiquer une injection prophylactique et dans quels cas est-on autorisé à ne pas la faire ?

Ainsi posée la question apparaît insoluble, bien que les plus hautes autorités et notamment l'Académie de médecine se soient efforcées d'y apporter une réponse claire. Il n'y a pas en réalité de plaies plus tétanigènes que d'autres, et la plaie la plus anodine, la lésion la plus inattendue peut être le point de départ d'un tétanos rapidement mortel. Le tétanos apparaît à la suite de blessures si insignifiantes que les porteurs ne s'en occupent même pas. Ainsi si nous nous en tenons à la sérothérapie préventive nous ferons une prévention insuffisante, car dans bien des cas on n'aura aucune raison de pratiquer une injection de sérum.

La sérothérapie apparaît donc comme *une immunité d'urgence*. à laquelle on doit faire appel en cas de péril. Pour qu'on la trouve alors et qu'elle soit efficace, il ne faut pas qu'on en ait préalablement et inutilement abusé.

Le sérum doit être réservé à la cure ce qui était son but originel, pour la prévention il faut avoir recours à LA VACCINATION.

La vaccination

Pour satisfaire à toutes les exigences elle doit créer dans l'organisme un état persistant de résistance, mais aussi, elle doit être *inoffensive*, *efficace* en toutes circonstances, *durable*.

Inoffensive elle l'est, c'est de toutes les vaccinations préventives celle qui offre le moins de dangers, lorsqu'elle est pratiquée seule. Le bacille ne produit en effet aucune lésion locale, il n'agit que par sa toxine, au contraire des bacilles typhiques et diphtériques qui agissent par eux-mêmes.

Cette considération doit engager à n'effectuer qu'avec prudence la triple vaccination antitypho-

paratyphique, antidiphtérique, antitétanique, et seulement sous le couvert d'un examen médical préalable fort minutieux.

Efficace elle l'est aussi.

Un mois après la vaccination 98 % des sérums ont un pouvoir antitoxique égal ou supérieur à un trentième d'unité, et douze ou treize mois après 91 % titraient encore plus de 1/30 d'unité.

On peut conclure que l'immunité antitétanique obtenue par la vaccination en trois piqûres est élevée chez la presque totalité des vaccinés et qu'elle demeure stable, pendant au moins un an.

Existe-t-il des sujets réfractaires à toute immunisation ?

Si on pratique un nombre suffisant d'injections vaccinales, trois au minimum, on s'aperçoit qu'il n'existe plus de sujets réfractaires.

Les conditions de cette vaccination efficace semblent être :

Que la première injection soit suffisante en quantité et en qualité pour provoquer une certaine réaction de l'organisme.

Qu'il y ait un nombre suffisant d'injections deux injections sont insuffisantes.

Qu'il y ait un intervalle suffisant entre les injections au moins trois semaines.

Mais l'immunité étant chose instable, variable du reste avec les individus, il convient de l'entretenir, de pratiquer de temps à autres des *injections d'entretien ou de rappel.*

La vaccination pour présenter un réel intérêt et pour être capable de se substituer *en toutes circonstances* au sérum, *sauf pour la cure* du tétanos déclaré doit satisfaire à toutes ces conditions et alors, et alors seulement, elle apparaît du point de vue médical très supérieure.

Des arguments d'ordre économique et juridique plaident encore en sa faveur.

Du point de vue économique, en injectant par la vaccination, directement à l'homme l'anatoxine, on lui confère une immunité qui lui appartient en propre, qui est durable et d'un seul coup le met à l'abri du tétanos et des accidents toujours possibles de la sérothérapie. On évite ainsi l'entretien de ces écuries coûteuses nécessaires à la grande production du sérum de cheval.

Au point de vue juridique, la crainte de notre responsabilité pénale, domine actuellement et indûment la prévention du tétanos. Le médecin sérieux et honnête se demande aujourd'hui s'il ne sera pas condamné pour avoir couru le risque en s'abstenant de faire du sérum, de laisser éclater le tétanos, ou en agissant d'avoir provoqué des accidents sériques.

Il faut revenir à une saine jurisprudence, car les procès actuels, soulevés bien souvent par des Compagnies d'assurances fuyant leurs responsabilités, empêchent le médecin traitant de demeurer le *seul juge* de l'opportunité de la sérothérapie selon l'état physiologique de son malade et selon aussi la nature, le siège et la souillure de la lésion.

Il est donc possible de dire pour conclure qu'il y a actuellement en matière de prévention du tétanos, une solution pratique plus satisfaisante que celle qui est le plus généralement envisagée et que, préférable à la sérothérapie préventive, la vaccination, rendue obligatoire depuis août 1936 dans les armées françaises, résoud de la façon la plus satisfaisante, la prévention du tétanos.

CORPS ÉTRANGER DU CAVUM

Il est assez fréquent que des corps étrangers, des fragments alimentaires en particulier, passent, au cours d'un mouvement de déglutition incoordonné, d'un éternuement ou d'un éclat de rire, dans le naso-pharynx, d'où d'ailleurs ils sont généralement expulsés très vite par la voie postérieure (reniflage) ou par la voie antérieure (mouchage).

Par contre, les véritables corps étrangers, les corps étrangers à demeure du cavum sont assez rares ou du moins les cas signalés ne sont pas nombreux. Leur séméiologie n'est guère précise : une fois fixé, le corps étranger détermine une symptomatologie d'obstruction nasale ou de rhino-pharyngite suivant son volume et les réactions que provoque sa présence.

Il y a quelque temps, le Professeur Canuyt a publié un cas où le diagnostic ne fut établi que par la tomographie. Récemment, à la Société de médecine et des sciences médicales de Lyon, M. Pierre Mounier-Kuhn a présenté l'observation d'un enfant de dix ans, en bonne santé générale, atteint de gêne de la respiration nasale, chez qui l'examen du cavum en rhinoscopie postérieure montra de volumineuses végétations adénoïdes recouvertes de muco-pus. L'opération faite peu après ramena, incrusté dans un amas adénoïde enflammé, un épi de blé relativement volumineux (près de 4 centimètres de longueur).

On parvint à établir l'histoire de ce corps étranger. Quatre ou cinq semaines plus tôt, l'enfant, en s'amusant à la campagne, avait pris un épi de blé dans la bouche et l'avait inhalé accidentellement. Après quelques réactions modérées, tout s'était apparemment calmé, jusqu'à la découverte opératoire de l'épi de blé.

P. LACROIX.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

● ● ●

Que faire en cas d'insulino-résistance chez un diabétique ?

D'après le Professeur RATHERY (1)

LES INSULINO-RÉSISTANCES FAUSSES OU VRAIES

On ne connaît pas de doses standard, et chaque sujet réagit de façon particulière à l'insuline. Il y a insulino-résistance quand, avec n'importe quelle dose d'insuline, si élevée soit-elle, on n'arrive pas à corriger complètement le trouble du métabolisme glucidique. Cependant on doit dans certains cas, demander à la médication insulinique sinon d'améliorer, du moins de *maintenir* l'état anormal du métabolisme au stade, où il était au début du traitement insulinique, et cela sans augmentation des doses : en cas d'échec, il y a là encore une résistance à l'effet de l'insuline.

Les **fausses insulino-résistances** sont de trois sortes :

a) L'insuline est mal prescrite. Elle est donnée en quantité insuffisante, alors que la quantité d'insuline n'est limitée que par l'apparition d'accidents d'intolérance. Parfois encore, elle est insuffisamment répartie en doses multiples ; dans certains cas graves, 2, 3, 4 injections par jour, et même davantage procurent parfois un effet plus marqué ; cependant, il ne s'agit pas là d'une règle constante ;

b) Le régime institué est mal suivi. Le patient absorbe trop de féculents, ou bien il déséquilibre son régime en accentuant trop les quantités de viande ou de graisse. Tantôt enfin, il répartit mal la ration glucidique à ses différents repas. La plupart des malades doivent recevoir leur insuline immédiatement avant les repas ; or, il n'en est pas toujours ainsi : pour certains, l'insuline doit être prise, un temps variable soit avant, soit après le repas.

c) On n'a pas tenu compte des variabilités possibles dans l'état des troubles du métabolisme glucidique. Ceux-ci subissent chez le diabétique des fluctuations incessantes d'un jour à l'autre, et ne sont pas invariables. Il en est d'ailleurs de même chez le sujet normal.

Les **insulino-résistances vraies** surviennent soit au cours du traitement du coma diabétique, soit au cours d'un traitement de fond du diabète.

1) *Pour le coma*, on ne considérera comme insulino-résistants que les cas qui, traités avec de fortes doses d'insuline, n'ont obtenu que des modifications insignifiantes, transitoires ou des aggravations dans les troubles humoraux, et qui, malgré cela, ont été suivis de mort. Certes, en ce sens, les très fortes hyperglycémies, les baisses de la réserve alcaline au-dessous de 10, sont d'un mauvais pronostic ; mais il n'en est pas toujours ainsi.

Cette insulino-résistance du coma reste souvent sans explication. Cependant, d'autres fois elle trouve sa raison d'être dans deux causes :

a) Le retard trop prolongé dans le début du traitement insulinique, ou l'insuffisance des doses données dans les premières heures ;

b) Une suppuration (abcès, vastes délabrements gangréneux), qu'il suffit parfois de supprimer pour voir disparaître l'insulino-résistance.

2) *Au cours d'un traitement de fond du diabète*, les sujets sont des obèses (70 %), d'âge moyen ou de vieillards. Il s'agit alors très fréquemment d'une insulino-résistance partielle, et plusieurs cas sont à distinguer :

a) L'insuline fait disparaître le sucre, les corps acétoniques, mais non l'hyperglycémie : ou bien, ce résultat est négatif, quelle que soit la dose employée, ou bien l'hyperglycémie baisse, mais le malade se sent moins bien, maigrit, et de lui-même refuse de continuer l'essai ;

b) Le traitement insulinique fait immédiatement baisser la glycémie, la glycosurie et l'acétonurie, puis tout se stabilise à des taux variables, généralement modérés, parfois élevés. Si on augmente la dose d'insuline, on n'obtient aucun effet meilleur, ou l'on déclenche des signes d'intolérance, qui empêchent absolument de continuer le traitement ;

c) Malgré un traitement insulinique intensif pendant des années, la glycémie, la glycosurie, l'acétonémie s'élèvent peu à peu soit isolément, soit toutes à la fois. On est obligé d'augmenter l'insuline, et malgré cela, le métabolisme glucidique reste anormal, les troubles humoraux persistent.

Cliniquement, les insulino-résistances *vraies* sont *passagères ou permanentes*.

Passagères, elles relèvent de tout facteur, faisant baisser brusquement le coefficient d'assi-

(1) *Le Journal médical français*, mars 1939.

milation : aggravation passagère des troubles pancréatiques ; excitation sécrétoire de certaines glandes vasculaires sanguines, dont les hormones sont antagonistes de l'insuline (surrénales, hypophyse, thyroïde) ; atteinte hépatique ; altérations cutanées et musculaires (urticaire, érythème, eczémas) ; troubles sympathiques et troubles nerveux (on a signalé de l'insulino-résistance au cours de l'encéphalite épidémique) ; infection, soit sous forme d'infection générale, soit sous forme de suppuration locale, car le pus neutralise les effets de l'insuline ; alcalose, qui augmente l'action neutralisante d'un ferment comme la trypsine sur l'insuline ; autolyse des tissus (gangrène, trauma, infection surtout anaérobique), qui met en circulation des produits neutralisant plus ou moins l'insuline.

Permanentes, les insulino-résistances relèvent d'un mécanisme plus difficile à définir.

L'insuline étrangère fournie au sujet n'agit pas, ou n'agit qu'incomplètement.

Le diabète en question ne relève pas de manque d'insuline, mais d'un autre mécanisme. Dans le diabète, en effet, le manque d'insuline est loin de résumer toute la pathogénie de l'affection ; celle-ci peut être sous la dépendance de glandes antagonistes, ou d'un excès d'hormones antagonistes, d'où l'inactivité partielle de l'insuline fournie. Le trouble glucidique peut également se trouver sous la dependance exclusive du système nerveux ; l'inaction de l'insuline résulte parfois du manque de certains sels : NaCl, nickel, cobalt, zinc.

***

Nous ne sommes pas toujours désarmés devant une insulino-résistance

Passagère, elle peut exiger l'augmentation temporaire de la dose d'insuline. Cependant, il est utile de trouver la cause du phénomène.

L'*incision d'un abcès*, l'ablation d'une jambe *gangrénée*, peuvent suffire à la faire disparaître.

D'autres fois, en agissant sur une *trop forte alcalinité humorale*, on peut rendre au sujet une sensibilité normale à l'insuline ; on se méfiera donc des alcalinisations trop intenses faites sans raison chez des diabétiques.

Il sera parfois indiqué de prescrire du *chlorure de sodium* ; mais il ne faut pas croire que celui-ci constitue *une véritable panacée* ;en l'utilisant on a pu obtenir certains effets, incomplets du reste ; dans d'autres, même s'il existait de l'hypochlorémie, on n'a noté aucune action.

Dans certains cas, il est bon d'utiliser les vitamines et surtout la B_3.

Parfois, en traitant une poussée de basedowisme par de l'iode, on agit sur l'insulino-résistance.

En cas d'insulino-résistance permanente, le traitement est plus difficile à instituer.

Il faut agir soit en utilisant des hormones synergiques, soit en diminuant la sécrétion des hormones antagonistes.

Les hormones synergiques sont peu nombreuses et rarement en cause. Les hormones ovariennes, testiculaires, duodénales, intestinales, parathyroïdiennes peuvent être ainsi données.

Pour les hormones *antagonistes* : surrénales, hypophyse, thyroïde, il faut intervenir non pas en donnant des hormones, mais en agissant sur leur sécrétion pour la diminuer.

Dans cet ordre d'idées, on a proposé l'irradiation de l'hypophyse. Chez un insulino-résistant de dix mois, l'auteur a pu, après irradiation de l'hypophyse, obtenir, avec des doses d'insuline infiniment moindres, un retour à la normale des troubles humoraux ; en outre, d'insulino-résistant le malade est devenu insulino-sensible au point de faire, avec de petites doses d'insuline, des accidents d'intolérance.

Il est possible que certaines interventions chirurgicales puissent également fournir de bons résultats : ablation du ganglion cœliaque, thyroïdectomie, sympathectomie péripancréatique.

Il s'agit là d'une question, qui est encore à l'étude et qui vise, plus encore le traitement chirurgical du diabète, que celui de l'insulino-résistance proprement dite.

Un autre moyen de lutter contre l'insulino-résistance serait d'utiliser l'insuline en goutte à goutte intraveineux. Malgré les difficultés de la technique, il pourrait être utile d'essayer cette méthode dans des cas graves d'insulino-résistance ; l'injection intra-artérielle est également plus active que l'injection intra-veineuse.

Enfin, l'emploi des nouvelles insulines : *zinc, protamine, insuline cristallisée*, permettra peut-être de combattre certaines insulino-résistances.

Cependant ces insulines ne remédieront pas à toutes les résistances, car nul doute qu'il existe des cas de diabète, dans lesquels le manque d'insuline n'intervient pas.

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Diagnostic et traitement de la maigreur

En face d'un cas de maigreur, le Docteur PARTURIER se pose les questions suivantes : s'agit-il ou non de maigreur ? Y a-t-il une déperdition du poids et du volume ? S'il y a déperdition de poids, porte-elle sur le tissu adipeux ? Causes de la maigreur : cancer, tuberculose, crypto-infection ; dysfonctions endocriniennes ; causes nerveuses (psychasthénie, anorexie mentale) ; causes thérapeutiques.

En ce qui concerne le pronostic, la maigreur constitutionnelle, loin d'être de mauvais augure, peut être considérée, d'après bien des auteurs, comme un brevet de longue vie. Pronostic encore bénin quand il s'agit d'états fonctionnels du système nerveux, des glandes à sécrétion interne, du tube digestif, du foie. Mais la maigreur peut présenter encore un intérêt particulier dans le développement d'une affection gastro-intestinale, hépatique, douloureuse, ou d'un ictère. Sa persistance, alors que tous les autres signes : douleurs, fièvre, décoloration des matières ont disparu peut devenir une indication opératoire et faire découvrir des lésions telles qu'une lésion grave de l'estomac, du duodénum, du côlon ou qu'un calcul du cholédoque.

La maigreur n'a donc de signification pathologique que par la cause qui la provoque. L'étude anatomique et histologique ne montre aucune lésion de la maigreur en soi. En dehors de l'atrophie des cellules adipeuses, l'étude du tissu réticulo-endothélial nous apporterait peut-être des indications utiles sur la physiopathologie de la maigreur comme de l'obésité. Dominant le tissu réticulo-endothélial, le système sympathique et parasympathique dépendent eux-mêmes de la région infundibulo-tubérienne et des glandes endocrines.

C'est en se basant sur ces données qu'on instituera une thérapeutique rationnelle, dont la description détaillée termine cette étude. (*Revue de Médecine*, mai 1939.)

Sur les kystes hydatiques pulmonaires ouverts dans les bronches

MM. R. MONOD, R. KOURILSKY et R. SOBERANO tirent les conclusions suivantes de l'étude détaillée, suivie pendant trois ans, chez un malade atteint d'un double kyste hydatique du poumon droit et chez qui l'intervention chirurgicale fut différée de trois ans ;

1° L'intervention chirurgicale faite à un stade avancé pour des kystes hydatiques pulmonaires ouverts dans les bronches, est difficile et dangereuse (hémorragies, embolie). La seule conduite à tenir logique en présence d'un kyste hydatique diagnostiqué avant la vomique est l'intervention sans temporisation, même si les kystes sont multiples.

2° La vomique hydatique est suivie, à distance du kyste, dans le parenchyme sain, de phénomènes fluxionnaires apparaissant en quelques heures ; les uns se révèlent sur les radiographies par des ombres fugaces, sans signes nets d'atélectasie ; les autres par des ombres opaques persistant durant plusieurs jours et rétrocédant lentement après une évolution inflammatoire fébrile.

Les premiers ne paraissent pas dus à une atélectasie d'une façon certaine, mais peuvent être en rapport avec des phénomènes fluxionnaires d'ordre anaphylactique dans le parenchyme pulmonaire. Les seconds sont des foyers inflammatoires, très rapidement surinfectés par les germes saprophytes des voies respiratoires.

3° Les grandes hémoptysies hydatiques ne se produisent qu'à un stade tardif de l'ouverture dans les bronches, elles sont suivies de phénomènes fluxionnaires et inflammatoires identiques à distance du kyste, évoluant selon le type de spléno-pneumonie, et alternant avec les hémoptysies.

4° Les kystes eux-mêmes sont entourés d'une zone parenchymateuse hémorragique épaisse, très particulière. Il est possible que des manifestations hémorragiques locales, analogues à celles de l'allergie hémorragique, expliquent la constitution de cette zone, chirurgicalement dangereuse.

5° L'état d'hypersensibilité hydatique, étudié avant et après la vomique, révèle que l'éosinophilie n'augmente que lentement après la vomique et le choc anaphylactique ; mais elle atteint un taux très élevé (88 %) et se maintient durant des mois ; elle ne s'éteint pas complètement après l'intervention. Durant toute l'évolution sans exception (sauf pendant trois ans), l'état d'hypersensibilité du sujet vis-à-vis des protéines hydatiques est extrême : il explique en partie les poussées fluxionnaires pulmonaires déclenchées par la vomique. (*Arch. Médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, n° 5, 1938.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

La condition actuelle des enfants abandonnés

(M. Weill-Hallé et Mme Marguerite Vidal ; 6-6-1939)

On enregistre encore chaque année, en France, 6.000 abandons d'enfants. Ce chiffre, dit M. Weill-Hallé, peut et doit diminuer si l'on envisage les causes mêmes des abandons.

La statistique d'Yvan Roussel reste toujours assez exacte :

Abandons dus à la misère.........	60 p. 100
Abandons dus au déshonneur.....	35 p. 100
Abandons dus à l'inceste.........	4 p. 100
Abandons dus au viol............	1 p. 100

Plusieurs cas se présentent dans la pratique. Voici une femme qui veut abandonner son enfant de quinze jours et le porte à l'hospice des Enfants-Assistés. Si elle ne se laisse pas convaincre par la personne chargée de l'accueillir, elle ne donne pas son nom, quitte l'hospice et ne contribue plus en rien à l'entretien de son enfant. Si elle se laisse convaincre et garde son enfant avec elle, elle touche des secours mensuels de 120 francs la première année, 80 la deuxième, 60 la troisième — et son salaire avec allocations familiales si elle travaille. Or, une femme seule dont le travail est modestement rémunérateur ne peut pas toujours vivre dans ces conditions.

Pour l'Assistance publique, l'abandon pur et simple coûte : à l'hôpital dépositaire, 40 francs par jour par enfant (80 francs par jour à Antony) et 240 francs par mois au centre d'élevage. Les nourriciers, pour l'enfant mis en nourrice, touchent 240 francs par mois jusqu'à 21 mois, puis 160 francs par mois jusqu'à 14 ans.

Il y a là des anomalies et des disproportions trop grandes. Dans sa thèse inaugurale (Paris, 1939), Mme Vidal demande une élévation des secours à la mère, secours qui devraient être égaux à la pension donnée aux nourriciers ; une réduction moins rapide des secours, un enfant de 18 mois étant aussi dispendieux qu'un enfant de six mois ; la suppression de l'anonymat de l'abandon (les parents, connus, devant payer une contribution lorsqu'ils sont en mesure de le faire) ; une amplification du service social pour l'assistance pré-natale et néo-natale, etc.

Goudronnage des routes et cancers primitifs du poumon

(MM. A. Kling, Samssonow et Mlle Heros ; 6-6-1939)

Il y a environ un an, les auteurs ont présenté à l'Académie un travail tendant à établir un rôle éventuel du goudronnage des routes dans la genèse de certains cancers primitifs du poumon, notion qui a été l'objet de diverses critiques de MM. Roussy, Sergent, etc.

MM. Kling, Samssonow et Mlle Héros ont, depuis, poursuivi leurs études sur cette question. Les goudrons des routes, observent-ils, ne peuvent être considérés comme inoffensifs puisque leurs propriétés cancérigènes, vis-à-vis des animaux, sont indéniables. Ces goudrons contiennent un hydrocarbure polynucléaire, le benzopyrène, dont le pouvoir cancérigène est extrêmement élevé. Analysant lesdits goudrons, M. Kling et ses collaborateurs y ont trouvé du benzopyrène à un taux voisin de 0 gr. 5 pour 100. Or, par des traitements appropriés, il est possible d'obtenir pour le revêtement des routes des produits débarrassés de leurs constituants cancérigènes. Il y aurait dès lors un grand avantage hygiénique à utiliser ces produits dans les opérations de confection des routes.

Académie de chirurgie

Tumeurs de la parotide

(M. J.-L. Roux-Berger et Mlle Jadlovker ; 22-3-1939)

M. Roux-Berger et Mlle Jadlovker présentent une série de considérations à propos d'un groupe de 50 cas de tumeurs de la parotide, dont 13 tumeurs bénignes et 37 tumeurs malignes, qu'ils ont traitées par la chirurgie et la radiothérapie.

Toutes les tumeurs bénignes opérées par énucléation intra-glandulaire ont récidivé. L'association de la radiothérapie (röntgenthérapie, télécuriethérapie), ne paraît pas avoir amélioré sensiblement les résultats. Il en résulte, de l'avis des auteurs, l'indication d'une exérèse totale, suivant la technique de Pierre Duval et Redon, qui ménage le facial.

Pour les tumeurs malignes, l'efficacité des radiations semble évidente. Presque toujours la néoplasie a régressé. Mais, presque jamais le résultat n'a été complet, la statistique rapportée étant en accord avec l'opinion généralement admise de l'extrême gravité des épithéliomas parotidiens.

Le conseil à en déduire est d'étendre la pratique de la parotidectomie totale à toutes les tumeurs de la parotide.

— M. Hartmann est moins sévère que M. Roux-Berger pour l'énucléation intra-glandulaire. Un certain nombre de ses opérés n'ont pas présenté de récidive.

P. L.

Thérapeutique

• • •

QUELQUES DONNÉES PRATIQUES POUR L'EMPLOI DU SULFATE DE PHENÉDRINE

L'article paru dans le numéro du 4 juin dernier du *Concours Médical* sur cette médication typiquement euphorisante que constitue le sulfate de phénédrine (1) a suscité parmi nos lecteur un intérêt indiscutable ; répondant à une demande qui nous a été faite à maintes reprises, nous nous proposons de donner dans les lignes suivantes quelques précisions sur le mode d'emploi du médicament.

Les affections dans lesquelles la phénédrine est préconisée peuvent paraître au premier abord un peu disparates ; il ne faudrait pas en conclure que la phénédrine n'est qu'un de ces produits bons à tout en théorie et à rien ou presque en pratique ; les indications de la Phénédrine découlent logiquement de ses propriétés pharmacodynamiques, rappelons celles-ci brièvement ; le sulfate de phénédrine ou sulfate de β-phénylisopropylamine est un corps synthétique proche de l'éphédrine et de l'adrénaline ; c'est d'une part un stimulant du système nerveux central (action euphorisante) c'est d'autre part un sympathicomimétique actif (effet antispasmodique sur les fibres lisses, action modérément hypertensive).

Il importe de souligner que la phénédrine est très peu toxique ; certains auteurs américains ont pu sans inconvénient en administrer plus de 100 milligrammes par vingt-quatre heures ; ces doses énormes n'ont aucun intérêt pratique et nous en préconisons de beaucoup plus faibles ; d'une façon générale, la dose utile est assez variable suivant les sujets et les affections ; les doses que nous indiquons peuvent être facilement dépassées. On retiendra cependant que la phénédrine provoque parfois comme tout sympathicomimétique une réaction passagère (rougeur de la face, sécheresse de la gorge, etc.) et que pour l'éviter il est bon de tâter la susceptibilité individuelle par une faible dose de début (un comprimé par exemple) ; on se rappellera aussi que la phénédrine doit être administrée de préférence le matin, car l'action stimulante peut amener une certaine insomnie après prise trop tardive ; cette dernière remarque ne s'applique évidemment pas au traitement de la narcolepsie.

Stimulant du système nerveux central, la phénédrine est une médication de choix des asthénies et dépressions psychiques et physiques ; elle est particulièrement indiquée dans : 1° la fatigue intellectuelle et physique transitoire des sujets normaux ; 2° la dépression constitutionnelle, la neurasthénie, la psychasthénie ; 3° la depression alcoolique en général. L'expérience a montré que les résultats de la thérapeutique par la phénédrine étaient très inconstants et parfois défavorables dans les états anxieux et mélancoliques ; à notre avis et contrairement à l'opinion de certains auteurs, il vaut mieux s'en abstenir dans ces cas.

On pourrait être tenté d'expliquer par les propriétés sympathicomimétiques de la phénédrine son efficacité remarquable dans la dépression constitutionnelle qui s'accompagne de vagotonie et ses échecs fréquents dans les états anxieux où la sympathicotonie est la règle ; en réalité, la question est plus complexe et il semble bien que la phénédrine agit sur l'asthénie en stimulant le système nerveux central beaucoup plus qu'en modifiant l'équilibre vago-sympathique ; en clinique, il est inutile de tenir compte de la dominante végétative des sujets à qui on prescrit la phénédrine et d'ailleurs les auteurs américains ont presque tous négligé cette recherche dont, sans méconnaître l'intérêt physiopathologique, il faut avouer les difficultés.

---

(1) Laboratoire de Pharmacologie générale, 8, rue Vivienne, Paris.

Quelle dose de phénédrine doit-on prescrire aux asthéniques et aux déprimés ? de 3 à 12 milligrammes par jour, ce qui correspond à 1 ou 4 dragées, celles-ci étant dosées à 3 milligrammes ; on conseillera au malade de prendre la phénédrine en deux prises, la première au début, la seconde dans le courant de la matinée.

Chez le sujet sain la phénédrine sera administrée à petite dose (2 comprimés par jour) *de façon temporaire*, dans un but et pour un effort physique ou intellectuel précis et limité, épreuve, concours, fatigue transitoire, trac, émotivité, etc.). On tâtera la susceptibilité du sujet par une dose d'essai de un comprimé.

L'effet stimulant de la phénédrine a trouvé dans la narcolepsie une application remarquable ; la phénédrine semble beaucoup plus active de ce point de vue que l'éphédrine ; la dose utile varie entre 3 et 6 dragées par jour que le malade prendra en plusieurs prises espacées suivant les besoins.

Une des causes les plus fréquentes de la narcolepsie est l'encéphalite dite léthargique dont elle peut constituer une séquelle associée ou non à un syndrome parkinsonien ; on a remarqué que chez les parkinsoniens narcoleptiques, la phénédrine n'agissait pas que sur la narcolepsie et on a été tout naturellement conduit à l'essayer chez des parkinsoniens non narcoleptiques ; dans une proportion appréciable des cas, à la dose de 6 à 8 dragées par jour, en deux prises, au réveil et à midi, la phénédrine diminue la raideur et le tremblement des parkinsoniens ; son influence est souvent heureuse sur les crises oculogyres que présentent parfois ces malades.

La myasthénie ou maladie d'Erb-Goldflam comporte comme élément essentiel une fatigabilité musculaire d'un type très spécial ; des essais qui ont été pratiqués, il ressort que l'action stimulante de la phénédrine (4 à 6 dragées par jour en deux prises, au réveil et à midi) peut fournir un appoint utile aux autres thérapeutiques de cette affection.

Tous les praticiens connaissent les difficultés du traitement de l'hypotension artérielle idiopathique ; la strychnine, l'arsenic et leurs dérivés, les extraits surrénaux comptent de nombreux échecs ; les propriétés modérément hypertensives de la phénédrine ont incité à l'utiliser dans cette affection ou pour s'exprimer plus exactement dans ce syndrome ; à l'usage on s'est rendu compte que son action est plus progressive et plus durable que celle des autres sympathicomimétiques ; nous ajouterons que la phénédrine en tant que médication euphorisante est spécialement indiquée chez les sujets atteints d'hypotension idiopathique qui sont habituellement des asthéniques ; la dose moyenne varie entre 2 à 6 dragées par jour en une ou deux prises dans la matinée.

L'effet antispasmodique qu'a la phénédrine sur les fibres lisses n'est pas resté sans applications ; les avis sont encore partagés sur les résultats que donne la phénédrine dans le traitement des spasmes gastriques ou intestinaux ; par contre, de nombreuses recherches ont montré que l'administration d'une dose assez élevée de phénédrine (2 à 6 dragées selon l'âge et le poids, en une seule prise) était suivie en quelques minutes de la disparition temporaire des spasmes digestifs ; cette remarque a été mise à profit par les radiographes dont les examens sont ainsi facilités ; nous rappellerons que pour éviter la réaction sans gravité mais parfois désagréable que peut provoquer l'ingestion en une fois d'une dose assez forte chez un sujet anormalement sensible, il est bon de demander au malade de faire la veille un essai avec un ou deux comprimés.

De cette brève étude, il résulte que les indications de la phénédrine, ne sont pas d'ordre empirique mais qu'elles découlent des propriétés que l'expérimentation a permis de lui reconnaître De ces propriétés, on déduira facilement ses contre-indications qu'il suffit d'énumérer :

1° les états anxieux, mélancoliques et d'excitation maniaque, l'épilepsie, la maladie de Basedow ;

2° l'hypertension artérielle, l'artério-sclérose, les aortites et coronarites ;

3° la tuberculose et les états de dénutrition ;

4° l'insomnie.

La phénédrine ne crée pas d'accoutumance ; mais la stimulation obtenue par un usage constant, excessif et non contrôlé peut entraîner un état de surexcitation nerveuse et physique non compensée par un sommeil suffisant ; le médecin doit attirer l'attention de ses clients sur ce point ; sa surveillance reste indispensable.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

◆ ◆ ◆

LA FACE MÉDICALE DE L'ENTENTE CORDIALE

Par compensation aux tourments qu'elles nous causent les tergiversations de la politique internationale ont peut-être ceci de bon qu'elles nous rapprochent alternativement de chacun des grands peuples et nous induisent à mieux comprendre son âme. Les synergies d'états-majors entraînent par dessus les frontières les sympathies des citoyens. Inversement toute tension diplomatique déclenche une gêne sourde dans les relations intellectuelles. Au fond la patrie c'est peut-être tout simplement une communauté de préjugés. Cela expliquerait pourquoi, pour pratiquer réellement l'internationalisme, il faut être un grand esprit et dénué de préjugés, ou un fieffé égoïste n'ayant rien de commun avec les autres hommes.

Toujours est-il qu'il y a quarante ans, pour le Français moyen, l'Anglais demeurait l'ennemi héréditaire et l'Angleterre s'appelait, communément la perfide Albion. Nous applaudissions de grand cœur s'il lui arrivait de recevoir une râclée dans les Indes ou au Transvaal, nous la honnissions au moment de Fachoda ; John Bull était un personnage permanent de nos caricatures. Que faisait-il cependant dans son île ? Que produisaient ses savants, ses écrivains ? peu nous importait. La conversation ne va pas loin lorsqu'on se regarde en chiens de faïence.

Inversement l'Allemagne, malgré 1870 (et peut-être parce que ?..,) nous subjuguait du prestige de ses rats de laboratoire. La Sorbonne était inféodée à Nietsche. Quant aux anatomistes, anatomo-pathologistes et biologistes teutons nous avons encore les oreilles vrombrissantes de leurs noms dont se paraît toute « question » bien faite ; les bibliographies de ce temps-là n'étaient qu'un long palmarès de la science allemande.

La Triple-Entente nous valut, d'une part, de faire connaissance avec les musiciens et les ballets russes tandis que, de l'autre, quelques candidats au bachot, clairsemés parmi les autres, lâchaient Gœthe pour Shakespeare.

Mais c'est la guerre surtout qui amena de sérieux remaniements dans nos fréquentations. En 1919 nous n'avions plus que des amis ; notre seul adversaire était rendu à merci, si pitoyable qu'il devenait élégant d'oublier la querelle et de faire une audience discrète à Einstein ou Thomas Mann. Par ailleurs nous ne savions plus où donner de la tête : Paris parlait toutes les langues, accueillait toutes les découvertes et se fut piqué si un Patagon novateur ne lui eut pas réservé la primeur de ses théories.

Les temps ont changé. Peaucoup de nos thuriféraires (qui étaient parfois aussi des tapeurs !) se sont discrètement éclipsés. Un beau matin, en nous éveillant, nous avons vu l'antichambre vide et des argousins à mine patibulaire passer sous les fenêtres. Et nous avons appris de cette manière irréfutable que notre prestige de vainqueurs était bien mort.

Seuls les Anglo-Saxons ne nous ont pas reniés : du coup nous voici curieux de les mieux connaître. Et puisque nos généraux vont chez eux c'est donc qu'il s'agit d'une grande amitié. Entre peuples un secret d'armement partagé crée cette sorte de complicité cordiale qui unit deux hommes ayant aimé la même femme.

***

C'est ainsi que l'Institut d'Action universitaire de l'Académie de Poitiers a organisé cette année un cycle de conférences sous le titre : « Quelques aspects du monde britannique ».

Différents auteurs ont décrit l'Empire britannique, la famille anglaise, le Gouvernement de l'Angleterre, l'humour. Et, de son côté le Docteur Veluet, directeur de l'Ecole de médecine de Poitiers, a exposé : *La part des médecins anglais dans l'élaboration de quelques grandes théories médicales contemporaines.*

La médecine anglaise, afirme-t-il, s'apparente étroitement à la médecine française. C'est que le « tempérament scientifique » des deux pays présente bien des ressemblances.

Parmi ces ressemblances il est en d'illustres : à un siècle l'un de l'autre Jenner et Pasteur n'ont-ils pas trouvé tous deux un mode de vaccination

et contre des germes voisins puisque appartenant aux ultra-virus ?

Cette affinité paraît être la conséquence d'une conception analogue vis-à-vis de l'enseignement médical lequel, de part et d'autre du détroit, est du « type naturel ». Cela revient à dire que l'étudiant en médecine anglais, tout comme le français, est, dès le début de ses études et d'emblée, mis en contact avec des malades. Les cas sont faciles ou complexes, c'est affaire de hasard. Le débutant se sent « noyé », les liaisons lui échappent et il a l'impression décevante qu'il lui faudrait, avant de commencer à apprendre la médecine, la savoir dans son entier. Tout se classera cependant ; le relief apparaîtra sur l'uniforme grisaille et les grands cadres ne tarderont pas à se dessiner.

Formation audacieuse où chacun est maître de son effort et de sa méthode. Elle s'oppose à l'éducation allemande et scandinave où l'enseignement théorique prédomine dès le début.

Telle quelle elle a donné à l'Angleterre une pléiade de savants féconde en découvertes qui ont en totalité ou en partie fondé certaines de nos théories médicales actuelles. Et le Docteur Veluet resserre sa démonstration autour de certains noms particulièrement éminents.

Jusqu'au XVIIe siècle l'histoire de la médecine anglaise n'est guère qu'anecdotes et légendes : la blonde Irlandaise Iseult apposant ses philtres sur les blessures de Tristan, Edouard le Confesseurs touchant les écrouelles.

Et d'un seul coup avec William Harvey elle entre dans la gloire impérissable.

Ce fut, parmi les médecins, une dispute homérique. Pour en concevoir l'ampleur il faut se remettre dans l'ambiance du moment.

Descartes, Spinoza, Pascal, Bacon, Galilée ont rénové la pensée philosophique et scientifique ; la médecine, dégagée de l'alchimie, s'achemine vers l'expérimentation.

Suivant les conceptions du Flamand Van Helmont chaque organe possède un principe vital, une archée directrice, soumise elle-même à une archée suprême siégeant dans l'estomac. S'il y a désaccord entre les diverses archées c'est la maladie, la fièvre, la lutte sans merci entre la matière peccante et le principe vital. La masse du sang stagne dans les vaisseaux, les artères naissant du cœur et les veines du foie.

C'est dans ce moliéresque fatras que Harvey, en 1628, jette son pavé, un petit opuscule où, en dix-sept chapitres, il décrit la circulation du sang. (Je ne reviens pas sur le détail de ses expériences que j'ai déjà exposé ici.

Cet opuscule déchaîne parmi les médecins un hourvari mémorable et, bien entendu, Guy Patin s'y jette avec emportement. Il qualifie la théorie de Harvey de « paradoxale, inutile, fausse impossible, absurde et nuisible ». L'histoire assure que ce Guy Patin fut doyen de la Faculté de Paris, et c'est tant pis pour notre Faculté car jamais âne bâté ne proféra tant de bourdes ; il ne manque pas une occasion et son nom rayonne d'un éclat sans rival parmi les grotesques de la médecine. Par ailleurs il était homme d'esprit.

Mais Harvey était plus simplement un observateur et la méthode avec laquelle il conduisit ses expériences était si correcte que Claude Bernard ne l'eût pas reniée. Pour un médecin, c'est un titre de gloire d'une tout autre valeur.

***

Si Harvey fut un expérimentateur insigne, Thomas Sydenham fut le clinicien type du XVIIe siècle, l'homme de bon sens qui se tint à l'écart des querelles où s'embourbaient les Guy Patins. Il pensait que son office était de soulager les malades et cela sans discussions, sans hypothèses, surtout sans littérature. A un interlocuteur qui lui demandait de lui indiquer le meilleur guide pour un jeune médecin : « Qu'il lise Don Quichotte » répondit le flegmatique Anglo-Saxon. Et il faut convenir que le mot est toujours d'actualité.

Sydenham fut le champion avant la lettre du « Néo-hippocratisme », de l'esprit de synthèse, de la doctrine humorale et naturiste, de l'observation « sans idée préconçue », de l'étude des réactions individuelles. Sydenham fut un des jalons solides de la médecine et non pas seulement, souvenons-nous en, l'inventeur du laudanum.

Aux gens du XXe siècle l'Anglais apparaît comme un joueur de golf ou de foot-ball et un fervent de l'eau courante. De fait c'est l'Angleterre qui fut l'instigatrice de l'hygiène. Au XVIIIe siècle l'Europe était encore dévastée par de grandes épidémies : typhus en Bohême, scarlatine en France, peste bubonique en Russie et variole un peu partout. La découverte de Jenner fut la première étape de la lutte contre les maladies infectieuses et la première conquête de la prophylaxie. L'histoire vaut d'être contée.

Né à Berkeley, dans l'ouest, Jenner, ses études terminées, s'installe au pays natal. Il a maintes fois l'occasion d'y observer des vaches atteintes de vaccine (ou cow-pox). Un jour une paysanne lui déclare qu'elle ne craint pas la variole si elle trait ses vaches atteintes de cow-pox, et surtout si elle a des écorchures aux mains. Et ce simple trait d'observation populaire mit Jenner sur la voie. Il entreprend une série d'expérimentations, la poursuit durant des années, et, le 14 mai 1796, inocule au bras le petit James Philips avec une pustule de vaccine survenue spontanément chez une jeune fermière appelée Sarah. Ensuite il laisse s'écouler une année et inocule au jeune

Philips du pus de variole. La maladie ne se déclare pas, donc l'immunisation est patente.

Et c'est ainsi que fut réalisée il y a 143 ans la première vaccination anti-variolique et que fut vérifiée de façon indiscutable son efficacité. « L'ombre de Jenner, modeste praticien de Berkeley, rôde en permanence dans les laboratoires de notre Institut Pasteur. »

Jenner avait pour contemporains Percival Pott, les frères Hunter, les Monro.

Après lui l'Angleterre eut Richard Bright, Thomas Addison, James Parkinson, Thomas Hodgkin, Joseph Hodgson, John Cheynes, William Stokes, Adams, Graves, Corrigan, Lister, Osler, Paget, Hutchinson, Wilson, Jackson, une pléiade qui a laissé sa marque sur tous les chapitres de la pathologie, et dont les noms retentissentà travers le monde. C'est là un Panthéon scientifique qui n'a rien à envier à aucun autre.

***

Et nous voici arrivés à l'époque contemporaine. La recherche s'attarde moins dans les amphithéâtres ou les salles de malades que devant les instruments des laboratoires. La marche en avant étend son front de combat au delà des limites de la biologie, et elle entraîne d'une part la chimie, de l'autre la physique. La nouvelle atomistique pose à la fois le problème de la constitution de la matière et de l'activité des ultra-virus.

A Londres, Bawden, Pirie, Bernal, Fankuchen se sont consacrés à cette étude qui littéralement ramène à l'actualité la grande querelle de la génération spontanée.

Pour ruiner celle-ci Pasteur, dans sa communication fameuse du 30 avril 1878 à l'Académie des sciences, démontrait que les fermentations, les putréfactions, les maladies infectieuses sont dues à des germes vivants, spécifiques, autonomes « nés uniquement de parents identiques à eux-mêmes et venus de l'extérieur ».

Les ultra-virus et le bactériophage, surgis récemment de l'inconnu et encore nimbés de mystère, semblent tout remettre en question.

Ils s'attaquent à l'homme, aux animaux, aux végétaux et partout avec des caractères généraux identiques. Sont-ils vivants ? Sont-ils inanimés ? telle est la question qui se pose. Et certains biologistes suisses soutiennent que, par exemple, le virus de l'herpès ne serait pas un agent animé mais une sorte de ferment né d'un « conflit entre les causes morbides et les cellules sensibles de l'organisme ». Les biologistes anglais ci-dessus cités ont réussi la cristallisation d'un ultra-virus végétal ; et l'on se souvient qu'en Amérique Stanley, ayant obtenu des « paracristaux » avec le virus de la mosaïque du tabac les trouva encore virulents après quinze cristallisations successives. Nous sommes-là aux confins de la matière vivante et ne savons plus discerner la démarcation entre celle-ci et les principes chimiques.

Pirie se demande si la vie des ultra-virus, supposée organisée, n'est pas un de ces essais incomplets qui auraient précédé, accompagné ou suivi la synthèse protoplasmique des cellules animales et végétales, en somme la formation de la vie elle-même.

Si bien qu'il nous faudra peut-être un jour prochain admettre la génération spontanée comme nous venons d'admettre, parce que démontrée, la transmutation des métaux, cheval de bataille des alchimistes qu'on croyait mort à jamais. Les avant-gardes des chimistes et des physiciens se rabattent peu à peu vers cet îlot inconnu où siège le mystère de la matière vivante Arriveront-elles à se donner la main ? C'est la question la plus grandiose du moment et dont la solution a un peu plus d'intérêt que les ruminations secrètes de nos trublions attitrés. Le seul fait d'avoir pu la poser témoigne que notre triste époque aura tout de même été visitée par le génie.

***

En définitive l'exposé du Docteur Veluet démontre d'éclatante façon que la science ne manque point à sa promesse de rapprocher les peuples et que c'est la trahir vilainement que l'embrigader dans des querelles de partisans. Dès que les hommes, oubliant leurs rancunes, passent outre aux frontières et s'enquièrent les uns des autres ils découvrent qu'ils ont de tout temps coopéré, pour le bien commun.

Durant que les politiques fomentaient entre l'Angleterre et la France de sanglantes rivalités, Harvey préparait les voies à Claude Bernard Jenner tendait la main à Pasteur, l'entente cordiale avant la lettre.

Il est triste de penser qu'à cette heure même les criailleries de meetings prétendent exprimer l'âme de deux grands peuples, et qu'elles nous en imposent, et que nous n'entendons plus les voix autorisées qui, de là-bas, auraient des choses amicales à nous dire, peut-être des choses essentielles.

Les suspicions calomnieuses sépareront-elles donc toujours les hommes de bonne volonté ?

G. Lavalée.

UN MÉDECIN QUI A PRÊTÉ UN SERMENT PEUT-IL SE DIRE MÉDECIN ASSERMENTÉ ?

La question suivante m'est soumise : si, pour une raison quelconque, un praticien a été conduit à prêter serment entre les mains d'une autorité judiciaire, pourrait-il se qualifier du titre de médecin assermenté ? Par exemple, un docteur en médecine, licencié en Droit, se fait inscrire au stage des avocats. Il est donc tenu de prêter serment devant le Président du Tribunal civil. Cette prestation de serment d'avocat lui confère-t-elle la qualification de médecin assermenté ?

Tant que la situation des médecins assermentés ne sera pas réglementée d'une manière précise, je ne puis que donner des conseils, qui varient selon les circonstances de fait.

Certes, tout médecin qui, pour une raison quelconque, a prêté serment entre les mains, soit du Préfet, soit d'une autorité judiciaire, peut se dire médecin assermenté et inscrire cette qualification soit sur ses feuilles d'ordonnances, soit lorsqu'il rédige un certificat.

Comme il n'existe aucune protection du titre, cette qualification est aussi possible que celle de médecin spécialiste des maladies des voies respiratoires, ou de pédiatrie, de gynécologie, ou autres, que bien des praticiens inscrivent sur les en-tête d'ordonnances, alors qu'ils ne sont nullement spécialisés, ni spécialistes véritables en ces matières.

Néanmoins, le Syndicat médical peut chercher noise à ce praticien, si ledit Syndicat est alerté par un confrère, régulièrement assermenté par et pour une Administration et qui entend défendre son privilège, son monopole, en portant plainte devant le Conseil de famille.

D'autre part, les Administrations ont le droit de ne considérer comme assermentés que les seuls praticiens qu'elles ont choisis et agréés pour ces fonctions, en leur faisant prêter un serment spécial.

Aussi, puis-je dire qu'il est plus sage et surtant plus déontologique de faire, ou de faire faire les démarches nécessaires pour obtenir soit du Préfet, soit d'une Administration publique la nomination au titre et aux fonctions administratives de médecin assermenté. Mais hélas, d'aucuns prétendent qu'en cette matière, la politique joue un trop grand rôle, ainsi que les relations, les amitiés personnelles, alors que la valeur professionnelle et les connaissances techniques ont moins de prix pour la désignation à ces fonctions.

Cependant, il arrive souvent qu'une Administration tienne pour valable l'attestation, ou le certificat délivré par un praticien, qui, bien que n'étant pas médecin assermenté, est connu comme ayant une valeur professionnelle sans conteste ou possède des titres indiscutables, tels qu'ancien interne des hôpitaux de Paris, de Lyon, de Montpellier, etc... La commune renommée accorde à certains praticiens une compétence et une garantie d'ordre scientifique, technique et de probité professionnelle reconnues et appréciées de tous.

Cependant, les Administrations publiques conservent le droit absolu de ne pas faire état de cette renommée et de ne tenir pour valables que les seuls certificats rédigés par les praticiens qu'elles ont fait assermenter.

Pourquoi les Syndicats médicaux n'abordent-ils pas l'étude des moyens pratiques, pour obtenir des Administrations publiques une réglementation précise sur les fonctions de médecins de confiance, ou pour tenir comme valables et consciencieux les certificats de tous les médecins syndiqués ? Ceux-ci relèvent de leur Conseil de famille : en cas de faute, de complaisance coupable, d'erreur volontaire, le Conseil de famille serait le premier à sanctionner la conduite du praticien reconnu coupable.

Actuellement, le contrat collectif est réglementé : pourquoi les Syndicats médicaux ne contracteraient-ils pas avec les Administrations, pour l'ensemble de leurs membres ? De la sorte, le médecin traitant pourrait renvoyer son malade se faire examiner par un confrère, aux fins de certificat réclamé par une Administration. Il n'y aurait plus de confusion de fonctions, plus de litiges à propos du secret professionnel, mais une plus grande égalité entre les praticiens, qui exercent dans la même ville ou dans une même région.

Dr Paul BOUDIN.

RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE ET ACCIDENTS DU TRAVAIL

❖ ❖ ❖

Irrecevabilité légale absolue du recours contre le médecin traitant en cas de faute aggravant le traumatisme d'un accident de travail

En matière d'accident du travail, si le médecin de l'accidenté, commet dans le traitement, une faute professionnelle qui aggrave le traumatisme au lieu de l'améliorer, le médecin ne doit compte de cette faute à personne, ni à l'ouvrier sa victime, ni au patron qui se trouve payer à l'ouvrier un supplément d'indemnité par le fait du médecin, ni à l'Assurance du patron substituée dans ses droits. *L'irresponsabilité est ici légale et absolue.* En somme c'est le patron qui doit, de par la loi, payer sans aucun recours la faute du médecin.

Cette proposition, un peu déconcertante *a priori*, n'en dérive pas moins inexorablement de l'application stricte de cette législation d'exception que constitue le statut des accidents du travail et des principes posés par la jurisprudence quant à l'interprétation de ce statut.

Il faut se rappeler d'abord en effet, que la Cour de cassation a jugé que *le traitement médical*, par le fait qu'il était légalement obligatoire *s'intégrait dans le traumatisme quant à ses résultats*, de telle sorte qu'il faisait corps avec lui, et que l'aggravation qui en pouvait résulter se confondait légalement avec la lésion originaire, pour donner droit à l'ouvrier à la réparation intégrale au titre d'accident du travail de tout le traumatisme aggravé.

Ceci étant posé, il en résulte que l'ouvrier, en fin de compte se trouve intégralement indemnisé puisque son indemnité est calculée sur la résultante finale de son état. Sans doute il n'est indemnisé que partiellement et en monnaie d'accident du travail, mais c'est là la conséquence impérative du caractère forfaitaire de la loi.

A ce principe vient s'en ajouter un autre, c'est que *les accidentés du travail ne peuvent se prévaloir, à raison des accidents dont ils sont victimes dans leur travail, d'aucune disposition autre que celles du statut accident du travail*, loi du 22 mars 1902.

Enfin troisième principe proclamé par l'article 7 de la loi du 9 avril 1898. Quand l'*accident du travail a été provoqué par le fait d'un tiers*, la victime ou ses représentants, ne conservent contre l'auteur de l'accident le droit de réclamer la responsabilité du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun, *que si cet auteur est bien un tiers étranger.*

Le Tribunal de Compiègne avait été saisi des difficultés que soulève la question ci-dessus, dans les termes que voici :

Un ouvrier se prétendant victime de son médecin, qui aurait par sa faute, aggravé sa dépréciation, avait engagé contre ce médecin une action pour se faire dédommager du déficit que lui faisait subir la réparation forfaitaire, en monnaie d'accident du travail.

Et il avait fondé son procès : 1° sur le statut des accidents du travail, moyen pris de ce que le médecin constituait ici le tiers auteur de l'accident visé par l'art. 7 de la loi du 9 avril 1898 ; 2° sur le droit commun le médecin ayant certainement commis une faute soit contractuelle, car il y a contrat entre le malade et le médecin, soit quasi délictuelle dans les termes de l'art. 1.382, du Code civil.

Le Tribunal de Compiègne avait rejeté l'action tirée de la loi de 1898 contre le tiers auteur de l'accident, attendu « que le médecin traitant n'est pas l'auteur de l'accident du travail, que sa faute n'a pu exercer d'action que sur les conséquences de cet accident, et que la responsabilité susceptible d'en résulter est en marge de l'art. 7 de la loi du 9 avril 1898 » (article relatif à la responsabilité du tiers auteur de l'accident).

Mais le Tribunal avait accueilli par contre l'action de droit commun en disant que de ce que le médecin n'est pas le tiers auteur de l'accident « il ne faudrait pas cependant conclure que la victime est sans action contre le médecin traitant qui recevrait ainsi un singulier privilège, celui d'une complète irresponsabilité ; qu'il en résulte simplement que cette responsabilité, dont la source est postérieure à l'accident du travail, est extrinsèque au domaine de la loi de 1898, mais que la loi de 1898 ne ferme la porte aux dispositions de droit commun que sur le point qu'elle a entendu régir ; qu'à l'égard de la victime le médecin qui a soigné celle-ci encourt, sans que la loi de 1898 y fasse obstacle, la responsabilité résultant de tout contrat médical (Note Savatier sous Nantes, 30 octobre 1936-*Dalloz* 1936, p. 134), jugement du 25 janvier 1938.

Mais c'était là une erreur juridique, et c'est ce qu'a jugé la Cour d'Amiens dans un arrêt du 17 mai 1939 qui a dit :

« Considérant que c'est à bon droit que les

« premiers juges ont décidé que M... n'était « pas recevable à se prévaloir des dispositions de « l'article 7 de la loi du 9 avril 1898 à l'encontre « du Docteur X..., celui-ci n'étant pas l'auteur « de l'accident du travail, et *ne pouvant pas* « *d'ailleurs, être considéré comme un tiers à son* « *égard, puisque son intervention étant néces-* « *saire et prévue par la loi, il l'avait librement* « *choisi en tant que médecin traitant.* Qu'ils ont « néanmoins admis M... à se prévaloir des « règles du droit commun à l'effet d'obtenir une « réparation complète du préjudice qu'il aurait « subi par une prétendue faute professionnelle « du médecin traitant.

« Mais considérant qu'aux termes de l'art. 2, « § 1er de la loi du 9 avril 1898, modifiée par la loi « du 22 mars 1902, les *ouvriers et employés désignés* « *à l'article précédent, ne peuvent se prévaloir à* « *raison des accidents* dont ils sont victimes dans « leur travail, d'*aucune disposition autre que celles* « *de la présente loi*. Que cette règle impérative « est d'*ordre public.*

« Considérant d'autre part, qu'il est de juris- « prudence constante que l'incapacité de travail « résultant du traitement médical, est une con- « séquence directe et immédiate de l'accident, « conférant le droit aux indemnités fixées par la « loi du 9 avril 1898, *le traitement médical for-* « *mant avec le traumatisme un tout indivisible,* « bien que la blessure ait été insignifiante au « début et que l'aggravation résulte d'un mauvais « traitement appliqué par un médecin choisi par « la victime de l'accident.

....

« Que dans ces conditions c'est donc à tort que « les premiers juges, contrairement à la prohi- « bition de l'article 2 de la loi du 9 avril 1898, qui « est d'ordre public, ont dit que M... pouvait « baser son action en responsablité contre le « Docteur X... en se prévalant des règles du « droit commun, et qu'il y a lieu pour la Cour, « d'infirmer le jugement entrepris, et *de déclarer* « *irrecevable l'action en responsabilité intentée* « *par M... contre le Docteur X...* »

La Cour n'avait à statuer ici que sur une demande de l'ouvrier intégralement indemnisé par une rente adéquate à la dépréciation totale, et l'équité restait en partie tout au moins, sauvegardée.

Mais le problème devient singulièrement plus troublant lorsque le procès est fait au médecin *par le patron de l'ouvrier* qui lui, se trouve payer de sa poche la faute du médecin puisqu'il paye la dépréciation totale, aggravation médicale comprise, et il semble bien que le patron aurait le droit de demander au médecin réparation du préjudice, dans les termes du droit commun.

Et bien non : *ces procès intentés au nom du patron ou de son Assurance ont échoué tout comme ceux faits au nom de l'ouvrier.*

Les décisions de débouté se fondent en effet toujours sur le principe ci-dessus rappelé, méconnu par le Tribunal de Compiègne, que tout ce qui est accident du travail est régi par le statut des accidents du travail, sans qu'il soit possible de se réclamer en sus parallèlement d'une action tirée du droit commun.

« Attendu, disait le Tribunal civil de Nantes le 30 octobre 1936 que la loi du 9 avril 1898 est d'ordre public et contient à l'encontre ou à l'avantage des patrons et des employés ou ouvriers des *dispositions impératives auxquelles il ne peut être ajouté* ».

« Attendu que le *médecin* appelé à donner ses soins à la victime *ne peut être considéré comme un tiers* au regard du patron ni de son salarié, victime de l'accident, que bien au contraire son intervention est nécessaire et qu'elle est prévue par la loi, le choix du praticien étant du reste laissé à l'ouvrier sans que le patron ou la Compagnie d'assurances qui le garantit puissent le guider. »

« Attendu, en conséquence, que le *traitement médical ou chirurgical suite inévitable et fatale de l'accident, forme avec lui un tout indivisible* (Cass. civ., 21 avril 1920, *D. P.* 1-65-14° et 19° esp.) et que le chef d'entreprise est responsable même du décès survenu au cours du traitement de la victime même si ce décès résulte d'une opération mal réussie ou d'un mauvais traitement ».

En résumé la vérité juridique dont ces décisions ne sont que l'application fatale, c'est que la législation sur les accidents du travail constitue un statut spécial, d'ordre public complet forfaitaire, exceptionnel, dérogatoire au droit commun en dedans duquel doit être obligatoirement recherchée la solution de tous les litiges qui procèdent des accidents du travail ou qui s'y rattachent, sans qu'il soit possible d'y incorporer, sous prétexte de complément, quelque action de droit commun que ce soit.

La Cour d'Amiens a donc sainement jugé en rectifiant l'appréciation du Tribunal de Compiègne qui avait superposé à tort au profit de l'ouvrier une action tirée du contrat médical sur l'action de la loi de 1898.

G. BOMPART
Bâtonnier de l'Ordre des Avocats
à la Cour d'appel d'Amiens

NOTE. — *L'arrêt de la Cour d'Amiens commenté en termes excellents, constitue une nouvelle indication jurisprudentielle fort intéressante. L'autorité de la juridiction du second degré s'attache en effet à une interprétation qui, jusqu'à présent n'avait été l'œuvre que des Tribunaux de première instance.*

Ainsi s'affirme et se renforce la thèse de l'irresponsabilité légale du médecin traitant en matière de soins donnés à un accidenté du travail.

Les deux décisions visées dans l'étude ci-dessus ne sont d'ailleurs pas les seules espèces relatives à la question.

Dès le 20 novembre 1934 le Tribunal civil de Béziers avait ouvert la voie à la nouvelle jurisprudence par un jugement qui fut analysé, en même temps que celui du Tribunal de Nantes du 30 octobre 1936, dans une chronique parue dans un précédent numéro. Le Sou médical a obtenu, pour le compte d'un de ses adhérents, du Tribunal civil d'Aix, à la date du 8 mars 1939 un jugement dans le même sens.

Voici les faits : Un ouvrier, à la suite d'un accident du travail, meurt du tétanos. Sa veuve, qui a obtenu pour elle et ses enfants mineurs le bénéfice des rentes prévues par la loi du 9 avril 1898, impute la responsabilité du décès au remplaçant du médecin traitant en raison de ce que celui-ci n'aurait pas fait d'injection de sérum antitétanique au blessé malgré l'existence d'une plaie profonde à la main. Elle actionne le médecin et son remplaçant en paiement d'une indemnité.

Le Tribunal a rejeté cette demande en se basant sur les trois principes mis en lumière plus haut :

1° Tout ce qui est accident du travail est régi par le statut spécial à cette matière, à l'exclusion de toute autre disposition.

2° Le médecin n'est pas un tiers au sens de la loi de 1898.

3° Le traitement médical forme avec l'accident un tout indivisible dont la réparation incombe à l'employeur.

Le Tribunal a donc conclu que c'est le chef d'entreprise qui est responsable du décès de l'ouvrier même si ce décès résulte d'un traitement défectueux.

Comme dans les cas soumis à la Cour d'Amiens et au Tribunal de Béziers, le litige n'opposait que l'ouvrier au médecin. Mais nous avons vu que le Tribunal de Nantes, par le jeu des mêmes principes, a de son côté déclaré irrecevables tous recours émanant de l'employeur ou de l'assureur substitué.

Les conséquences d'une telle jurisprudence sont d'une importance qui ne doit pas échapper au Corps médical. Pour inéquitable qu'elle puisse paraître à d'aucuns, cette jurisprudence ne met pas cependant le médecin à l'abri de toute sanction; celui-ci doit en effet se souvenir qu'en cas de maladresse, imprudence, inattention, négligence, en un mot en cas de faute lourde ayant entraîné soit la mort soit des infirmités corporelles, il pourrait se voir l'objet de poursuites pénales engagées par sa victime en application des articles 319 et 320 du Code pénal, réprimant l'homicide ou les blessures par imprudence.

P. Douriez

HYGIÈNE INFANTILE

PROPHYLAXIE DES DIARRHÉES ESTIVALES INFANTILES (1)

Par le Docteur Gérard Lefebvre

Chef de Clinique médicale infantile à la Faculté de Lille

La meilleure garantie contre les diarrhées estivales souvent si graves, et dont la forme la plus sévère constitue le redoutable choléra infantile, est indiscutablement l'allaitement maternel. En nourrissant de son lait son enfant, la maman l'assure à peu de frais et avec une quasi certitude, contre ce risque grave. C'est pourquoi c'est un devoir pour une mère que de faire l'impossible pour nourrir elle-même son enfant et de bien se garder de le sevrer lors des chaleurs d'été, et c'est un devoir pour l'Etat et les législateurs que d'encourager et de primer l'allaitement maternel.

La vraie prophylaxie des diarrhées d'été est donc l'allaitement maternel. On oserait même dire que c'est la seule. C'est en tout cas la seule qui soit vraiment sûre.

(1) Publication du Comité national de l'enfance (Reconnu d'utilité publique). Siège : 51, avenue Victor-Emmanuel III, Paris (8e).

Effectivement toutes les autres mesures, qui s'appliquent à l'allaitement artificiel, sont sujettes à mille vicissitudes :

Pour être ce lait « *Pur, Propre et Sain* » que réclament à juste titre les médecins, le lait de vache délivré dans le commerce doit effectivement provenir d'animaux en bonne santé et nourris sainement, mais il doit encore et surtout « être recueilli, transporté, conservé et distribué en flacons fermés avec des précautions qui en assurent la qualité ».

L'emploi du lait cru présente des dangers très grands, même s'il est reçu avec toutes les conditions d'hygiène désirables. *Le lait utilisé par un nourrisson doit toujours être bouilli ou stérilisé.* La pasteurisation immédiate ou quasi immédiate du lait par les soins de la ferme qui le délivre est certainement une énorme garantie, pourvu qu'elle soit réalisée sous un contrôle rigoureux.

L'heure de distribution du lait à domicile a également une grosse importance, car, outre qu'il n'est pas bon que le lait soit délivré tardivement aux heures chaudes de la journée après avoir séjourné hors de propos dans les véhicules du laitier, il est absolument antihygiénique de nourrir avec le lait de la veille, ce quiseproduit obligatoirement pour le ou les premiersbiberons de la journée si le laitier passe trop tardivement. *Une maman a le devoir de ne nourrir son enfant qu'avec le lait du jour.* Si donc elle reçoit trop tard le lait de son laitier, ou bien il lui faut abandonner totalement l'allaitement sous cette forme, ou bien il lui faut utiliser pour les biberons du matin un lait modifié (lait condensé ou lait en poudre) en attendant l'arrivée du lait retardataire.

L'heure de la traite a, bien entendu, également une importance considérable, car il arrive que certains laitiers, en vue d'une livraison plus précoce, délivrent un lait qui a été trait la veille au soir. *Résumons cette délicate question horaire en disant qu'il faut à l'enfant du lait trait le jour même. C'est exiger beaucoup de conscience et de célérité de la part du laitier* et il est bien certain que nos grandes villes n'ont pas toutes la même chance dans ce partage, ni tous les quartiers d'une même ville.

En somme, durant les mois chauds d'été où déjà le nourrisson est fragilisé par les chaleurs, le lait du laitier présente difficilement dans nos villes les garanties suffisantes pour être conservé sans danger comme mode d'alimentation du nourrisson. *Mieux vaut donc avoir recours automatiquement dès le début de cette période à un lait modifié,* qu'on pourra abandonner, dès la fin des mois chauds.

Enfin il est bien certain que le lait, aussi parfait qu'il soit reçu, demande à être conservé durant la journée dans une *pièce suffisamment fraîche* pour ne pas risquer de hâter son altération. Ceci est parfois difficile à réaliser dans certains appartements mansardés des villes quand la famille ne possède pas d'appareils à réfrigération. Dans ce cas il n'est qu'une seule conduite à tenir : utiliser un lait condensé ou un lait sec.

Il est bien certain d'ailleurs qu'en dehors de la question de l'hygiène du lait lui-même qui est certainement la question primordiale, nous le répétons, en ce qui concerne la prophylaxie des diarrhées estivales du nourrisson, il faut tenir compte aussi de l'*hygiène générale du milieu dans lequel vit l'enfant,* vu la relative fréquence d'états cholériformes dont la cause est à n'en pas douter une infection extra-digestive, évidente ou occulte (rhino-pharyngite, otite, mastoïdite latente) apportée par son entourage. La prophylaxie des états cholériformes est donc à baser en outre sur la lutte contre la contagion dans les collectivités de nourrissons, crèches, pouponnières, salles d'hôpitaux, familles nombreuses, par l'isolement du nourrisson, bien entendu, en cas d'épidémie, et par tous les soucis d'hygiène qui sont requis dans ces cas : port de gants, masque, blouse, etc.

Quoi qu'il en soit, s'il est bon d'avoir la phobie des diarrhées d'été, il ne faut pas tomber dans l'excès, en ce sens que toute diarrhée survenant l'été chez un nourrisson nourri à l'allaitement artificiel, n'est pas obligatoirement une diarrhée grave. *Un bon test de la gravité ou de la bénignité d'un épisode diarrhéique survenant en cours d'été comme en cours d'hiver d'ailleurs est indiscutablement à nos yeux la réaction des selles au tournesol* : normalement, un nourrisson nourri à l'allaitement artificiel a des selles alcalines. La persistance de l'alcalinité des selles lors d'un épisode diarrhéique laisse à penser que la diarrhée est en soi bénigne, sinon même comme le dit M. Ribadeau-Dumas qu'il s'agit d'une « fausse diarrhée » chez un constipé habituel. Inversement le virage des selles à l'acidité (le papier de tournesol bleu devenant immédiatement rouge au contact de la selle à son émission) implique une modification brusque, une rupture brutale de l'équilibre physico-chimique au niveau de l'épithélium intestinal.

Cette acidité des selles lors d'un épisode diarrhéique est, à nos yeux, un témoignage de gravité et motive, à notre sens, l'appel immédiat du médecin, non sans que la mère ait pris l'initiative d'arrêter immédiatement le lait pour mettre l'enfant à la diète alcaline (usage d'une eau minérale alcaline), qui déjà constitue, selon nous, le premier geste de la lutte contre le choléra infantile qui est alors à redouter.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

Inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène

M. le Docteur Cleret, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de l'Allier.

Mme le Docteur Leduc-Enjalric, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de l'Hérault.

M. le Docteur Vernhes. inspecteur adjoint départemental d'hygiène de l'Hérault.

Directeurs de Bureaux d'hygiène

(Villes de plus de 50.000 habitants)

M. le Docteur Bigot, directeur du Bureau d'hygiène de Calais.

M. le Docteur Pappas, directeur du Bureau d'hygiène de Montpellier.

Par arrêté en date du 10 juillet 1939, ont été maintenus en fonctions et admis au bénéfice des dispositions du titre III du décret du 15 avril 1937, dans les conditions prévues au premier paragraphe de l'article 17 dudit décret :

Directeurs de Bureaux d'hygiène

(Villes de moins de 50.000 habitants)

M. le Docteur Lancelot, directeur du Bureau d'hygiène de La Rochelle.

Mlle le Docteur Lequin, directeur du Bureau d'hygiène de Gennevilliers.

M. le Docteur Legras, directeur du Bureau d'hygiène de Cherbourg.

(*J. O.*, 13 juillet 1939.)

Sanatoriums publics

Listes d'aptitude aux fonctions de médecin adjoint des sanatoriums publics

A la suite des épreuves du concours ouvert le 13 juin 1939 au ministère de la Santé publique, ont été déclarés, par ordre de mérite, aptes aux fonctions de médecin adjoint des sanatoriums publics (tuberculose pulmonaire) : Mlle le Docteur Ulrich, MM. les Docteurs Viallet, Kerambrun, Mlle le Docteur Prettre, MM. les Docteurs Tisca, Fabre.

A la suite des épreuves du concours ouvert le 16 juin 1939 au ministère de la Santé publique, ont été déclarés, par ordre de mérite, aptes aux fonctions de médecin adjoint des sanatoriums publics (tuberculose chirurgicale) : MM. les Docteurs Gérard Olivier.

(*J. O.*, 11 juillet 1939.)

Fédération thermale du Centre de la France

(Allier, Loire, Nièvre, Saône-et-Loire, Creuse)

I. — Assurés sociaux

La Fédération thermale du centre de la France proteste contre les agissements de certains hauts fonctionnaires des Assurances sociales, tendant :

1° à détourner de leur légitime destination les fonds provenant des cotisations versées par les salariés et leurs employeurs aux Assurances sociales et à les affecter à l'achat d'immeubles dans les stations thermales ou dans les sites qu'ils estiment, de leur propre autorité, remplir les conditions exigées de toute station climatique ;

2° à obliger les assurés sociaux malades envoyés dans les stations thermales, à se loger dans les hôtels achetés de cette façon, en accordant illégalement une indemnité d'hébergement inférieure à ceux d'entre eux qui se refuseraient à descendre dans les hôtels dépendant de leur Administration.

3° à imposer à ces malades les soins de médecins de leur choix, en n'autorisant l'accès de ces hôtels qu'à certains médecins, et non à tous les médecins de la station, à l'encontre de la loi qui accorde au malade le libre choix du médecin auquel il accorde sa confiance.

Considérant qu'une telle façon de procéder, en nuisant à l'économie des stations thermales climatiques et maritimes, toutes pourvues de logements suffisants pour héberger tous les assurés sociaux susceptibles d'avoir besoin de recourir aux traitements thermaux ou au séjour dans une station climatique ou maritime, nuit à l'économie nationale tout entière.

Emet le vœu :

1° qu'au lieu d'employer ces fonds à l'achat d'immeubles improductifs, il soit procédé à une diminution du taux des cotisations aux Assurances sociales.

2° que la Fédération thermale et climatique française organise au besoin, pour le mois de novembre prochain, un Congrès à la participation duquel seront invités tous les représentants des stations au Sénat et à la Chambre des Députés, tous les médecins de France ; à titre d'observateurs, les présidents et les secrétaires généraux des principaux syndicats ouvriers, sans distinction d'opinion ou de tendance politique ou religieuse ; et, plus spécialement engagés à ne pas faire défaut, tous les affiliés à la Fédération thermale et climatique française.

NOTE. — *Autant nous approuvons les protestations élevées à l'encontre des immobilisations coûteuses des Assurances sociales, qui concurrencent directement l'initiative libre, alors qu'il serait plus simple et plus économique de traiter avec elle, autant par contre la solution proposée, à savoir la diminution des cotisations, nous semble peu opportune. Les ressources des Caisses ne doivent pas être restreintes ; il faut seulement exiger qu'elles soient utilisées au maximum au relèvement des tarifs de responsabilité, afin de permettre aux assurés de recourir à la médecine libre avec le minimum de charges.* J. M.

II. — Hôpitaux thermaux

La Fédération thermale du Centre :

Considérant les abus auxquels se livrent certaines Administrations hospitalières.

Emet le vœu :

Que les hôpitaux thermaux soient réservés exclusivement aux *indigents* et aux malades *inscrits sur les listes de l'Assistance médicale gratuite*, en vertu de l'article 14 de la loi du 15 juillet 1893, conformément à la circulaire du 4 avril 1908.

o o o

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 4 juillet 1939, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

13.842 BEURDELEY, 79, rue Perronet, Neuilly-sur-Seine. Parrains : Docteurs Vincent et Dubarry.

13.843 BIGOTTE, 46, rue d'Inkermann, Lille (Nord). Syndicat médical de Lille.

13.844 CONY, Courbevoie. Syndicat médical de Courbevoie.

13.845 FERRY, Nîmes (Gard). Syndicat médical de Nîmes.

13.846 FRESNAIS, Clinique du Mont-Saint-Aignan, Rouen. Syndicat de Rouen.

13.847 LORTAT-JACOB (J.-L.), 92, avenue des Ternes, Paris. Parrains : Docteurs E. Lortat-Jacob et G. Boudin.

13.848 MASSARDIER, Le Puy. Syndicat médical du Puy.

13.849 PIERRE, Vincennes (Seine). Parrains : Docteurs Bourdon et Navarre.

13.850 RABAL, Cannes (Alpes-Maritimes). Syndicat médical de Cannes.

13.851 VALLES, 119, rue Paradis, Marseille (Bouches-du-Rhône). Syndicat des médecins de Marseille.

13.852 VERCIER, Chalon-sur-Saône (Saône-et-Loire). Syndicat des médecins de Saône-et-Loire.
13.853 YOTTE, Courtomer (Orne). Syndicat d'Alençon.
13.854 ZALMAN, Availles-Limouzine (Vienne). Parrains Docteurs Girard et Bernard.

Ces admissions deviendront définitives si elles n'ont fait l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours suivant la présente publication (Art. 5 des Statuts.)

Traitement des crises convulsives infantiles

Le Docteur Lasaygues, de Paris, pose la question suivante :

Pourriez-vous m'indiquer, par la voie du *Concours*, quel est le meilleur traitement à conseiller pour atténuer les crises convulsives chez un enfant de treize mois, crises apparemment dues à la poussée dentaire ? La médication prescrite par un consultant (chlorure de calcium, vitamines et gardénal, ce dernier interrompu après peu de temps) n'a rien donné de très satisfaisant.

◆ ◆ ◆

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Accidents du Travail

5.014. — Luxation contestée Quel critérium fournir ?

Le 18 octobre 1938, à un accidenté du travail je réduisais, par la méthode non sanglante, une luxation tibiotarsienne. Cette intervention n'étant pas portée au tarif, a été décomptée à 110 francs comme pour un coude.

La Compagnie propose 17 francs en se basant sur deux points : 1° intervention non prévue ; 2° le médecin qui a procédé à une visite de contrôle le 25 octobre, une semaine après la réduction, prétend que le blessé n'avait qu'une simple entorse.

En ce qui concerne le tarif à appliquer, les avis sont d'ailleurs bien partagés dans différentes Compagnies et certaine a été jusqu'à admettre que cette réduction pourrait être assimilée à celle d'un genou.

Dr B.

Réponse

S'il y a eu vraiment « réduction et contention de luxation du cou-de-pied » cette intervention

doit évidemment être payée. On ne l'a pas tarifée à la Commission, parce que les chirurgiens ont déclaré qu'elle n'existait pas sans une fracture malléolaire concomitante. Si toutefois, elle existait vraiment, devant cette lacune du tarif, je ne vois, que la fixation du prix par analogie avec luxation du coude, soit 110 francs. Il faudrait une justification technique pour répondre aux dires du médecin de la Compagnie et je ne vois pas cela facile *a priori*, aussi bien du côté du médecin patronal que du médecin traitant...

Dr F. DECOURT.

5.043. — Médecin le plus rapproché

Un confrère installé à X, quitte son poste pour remplir des obligations militaires et ne se fait pas remplacer.

Je deviens en son absence, le médecin le plus rapporché de X. Puis-je, pour une visite faite dans cette commune au titre de l'Assistance médicale gratuite, réclamer le kilométrage qui me sépare de X. ?

Dr R.

Réponse

S'il n'y a pas d'autre médecin exerçant réellement la médecine le jour en question, à une distance moindre que celle où vous habitez par rapport au domicile du malade, vous êtes bien « le médecin le plus rapproché ». Dr F. DECOURT.

5.017. — Frais de déplacement à pied

Appelé à soigner la victime d'un accident du travail pour le compte d'une Mutuelle agricole départementale, j'ai dû faire, en auto, dix kilomètres, et, à pied, un bon kilomètre, tant à l'aller qu'au retour.

La Société refuse de payer ces deux kilomètres au tarif de l'art. 2, 2° § *c*) de l'arrêté du 5 février 1932 sur les Accidents du travail qui prévoit une indemnité de 5 francs par kilomètre « pour les déplacements où par manque de viabilité... le médecin est obligé de parcourir plus d'un kilomètre à pied ». Elle prétend que ce tarif n'est applicable qu'aux départements montagneux visés aux § § *a*) et *b*).

Il suffit de lire attentivement le texte du § *c*) pour s'apercevoir qu'il a une portée générale et concerne tous les départements et tous les déplacements où, par manque de viabilité, le médecin ne peut aller qu'à pied.

Je vous prie de me faire savoir par le *Concours Médical*, si vous partagez ma manière de voir.

Dr P.

Réponse

Si vous avez eu à faire *x* kilomètres à pied, faute de route carrossable, vous êtes en droit de compter 5 francs par kilomètres parcouru, qu'il s'agisse d'un pays de plaine ou de montagne.

Dr F. DECOURT.

b) *Assurances sociales*

4.857. — Accouchement dystocique est une notation insuffisante

J'ai porté sur la feuille de maternité d'une assurée sociale les actes médicaux effectués, en particulier :

Accouchement dystocique, oui.

Aide d'un autre médecin, oui.

Or la Caisse demande à cette assurée de lui fournir un certificat médical constatant si cet accouchement dystocique comportait ou non l'application d'un forceps. Mais la mention accouchement dystocique de la nomenclature des Assurances sociales concerne : soit un forceps, soit un siège, soit une version.

Et il n'est nullement spécifié sur les feuilles de maternité que l'on doive indiquer la nature de la dystocie.

Il ne peut à mon sens n'y avoir qu'analogie avec les coefficients chirurgicaux : quand le chirurgien marque K80 par exemple, il ne spécifie nullement s'il s'agit d'une appendicite, ou d'une gastrostomie, ou .....

La Caisse a pour se renseigner des médecins contrôleurs qu'elle reste évidemment libre de charger d'un contrôle auprès de l'assurée.

Mais à mon sens il sort de mes pérogatives de les renseigner moi-même :

En effet qu'il s'agisse de la dystocie « siège » cela ne comporte aucune attestation concernant l'état constitutionnel de l'assurée.

Mais prenons le cas d'un forceps : si elle met en doute l'existence de l'intervention, elle pourra aussi mettre en doute l'utilité de l'intervention et dans ce cas pourra en demander justification. Ainsi on pourrait être amené à déclarer le cas échéant, que le forceps a été nécessité par une malformation du bassin de l'assurée par exemple, ce qui indique pertinemment une tare physique de l'assurée. Et là n'est pas le rôle du médecin traitant.

Vous me direz que l'assurée qui demande le certificat reste libre de le communiquer ou non à la Caisse. Mais alors si elle ne le communique pas, elle risque de se voir refuser ses prestations.

Les cas analogues se multipliant, j'estime que la Caisse incriminée trouve ainsi le moyen d'éviter des contrôles onéreux pour elle.

Par ailleurs, cette Caisse ne réserve pas l'accueil le plus bienveillant au Corps médical et je n'ai en conséquence nulle raison de lui être agréable. Pouvez-vous, en conséquence, me dire si légalement l'assurée est en droit de refuser de lui produire le certificat demandé, quitte à la poursuivre devant la Justice de paix si la Caisse refuse la prestation.

Dr D.

Réponse

Comment voulez-vous que le médecin conseil de la Caisse puisse savoir s'il y a — ou non — un accouchement « dystocique » si vous ne spécifiez pas ce qui fut fait. Un exemple : vous avez

fait une suture du périnée aussitôt après l'accouchement. Or ceci n'est pas un accouchement dystocique. De plus, dans le tarif de réassurance des Caisses, vous pouvez remarquer qu'il y a des prix différents suivant la « nature des dystocies » Prenons les villes au-dessous de 200.000 habitants, ce qui est votre cas. On lit, comme supplément au prix de l'accouchement simple :

a) Accouchement avec application de forceps = 150 francs en plus.

b) Accouchement avec version : 200 francs en plus.

Vous voyez bien que l'expression générique « accouchement dystocique » est insuffisante. Certes, l'assuré est toujours en droit de ne pas fournir à la Caisse une attestation d'intervention de son médecin traitant... mais il ne sera, par suite, pas remboursé de la part incombant à la Caisse, d'après le tarif de remboursement de celle-ci. Je ne pense donc pas qu'il agisse ainsi.

Dr F. Decourt.

4.896. — Adénopathie bilatérale traitée par radiothérapie

Je vous serais reconnaissant de me renseigner sur un point d'application de la nomenclature des actes de spécialité en matière d'Assurances sociales.

Il s'agit de radiothérapie sur une adénopathie bénigne. Ce traitement est tarifé E. R. K40 global.

Mais il s'agit d'une malade qui présente des paquets ganglionnaires bi-latéraux. Cela motive de chaque côté l'application du même traitement local. Il y aura donc un nombre de séances double, une dose de radiations double.

Je pense devoir comp er K40 + K40. Puis-je le faire ? On pourrait peut-être compter K40 pendant vingt à trente jours et à nouveau K40 pendant le mois suivant ?

J'ai pris soins de remettre à ma malade un mot pour le médecin conseil de la Caisse lui signalant la nécessité de traiter séparément les deux côtés. J'attends votre réponse, car j'ai en ce moment un autre malade pour lequel la même question va se poser.

Antérieurement j'ai eu gain de cause pour un malade présentant des tumeurs ganglionnaires : K60 par localisation.

Dr N.

Réponse

On lit en K40 : « Radiothérapie pour adénopathie bénigne ». Or c'est là une expression générale qui englobe les cas d'adénopathie sur un malade et non pas un point particulier du corps de ce malade. D'autant plus qu'en cas d'adénopathie il est loin d'être rare qu'on rencontre cette affection bilatéralement. Si, comme vous le

signalez, vous avez une adénopathie à soigner sur « des paquets ganglionnaires bilatéraux » je n'oserais vous approuver de compter K40 + K40, comme s'il y avait deux « adénopathies ». Le plus sage serait de s'entendre avec le médecin conseil de la Caisse intéressée afin de ne pas avoir d'ennuis par la suite.

Nota. — Je fais publier ma réponse dans le *Concours*, en sollicitant l'avis des confrères radiographes à ce sujet, car je suis loin de penser l'avoir résolu équitablement avec certitude.

Dr F. DECOURT.

Sur la tarification d'une symphyséotomie

Quel est pour les Assurances sociales le tarif de la symphyséotomie ?

Dr A.

Réponse

La symphyséotomie n'est pas tarifée dans la Nomenclature générale parce que c'est du tarif de maternité. Pour ce tarif, qui est d'ordre départemental, on peut voir dans le tarif de réassurance, qui est d'ordre national, que à l'article « prestations de maternité » à propos des interventions chirurgicales pour accouchement dystocique, la symphyséotomie est indiquée parmi ces interventions, mais sans qu'il soit marqué de tarification. Il s'ensuit, autant que j'ai pu le constater et sauf erreur de ma part, que cette intervention se trouve « placée entre deux selles », si j'ose dire et ne se trouve tarifée nulle part. En ce cas, il faudrait pourtant trouver une analogie comme importance technique opératoire. Je me risquerais (sous toutes réserves) s'entend, à proposer K60, comme pour une ablation d'appendice, mais alors je crois, pour éviter tout différend ultérieur, qu'il serait bon de s'entendre au préalable avec le médecin-conseil de la Caisse sur la légitimité d'une telle analogie. Je ne vois pas d'autre solution.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

4.106. — Caractère obligatoire des cours de perfectionnement

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me faire savoir si les cours de perfectionnement pour les officiers de réserve — les médecins dans le cas particulier — sont obligatoires.

Dr P.

Réponse

La loi du 14 mars 1939 prescrit en son article 2 : « Indépendamment de leurs périodes d'exer-

cices obligatoires ou volontaires, les officiers de réserve de la disponibilité et de la première réserve (il n'est pas fait d'exception pour les médecins) sont astreints à la fréquentation des écoles de perfectionnement destinées à les préparer à leurs fonctions de mobilisation ».

La fréquentation des écoles de perfectionnement comporte annuellement en principe l'assistance à douze séances d'instruction d'une demi-journée chacune.

Tout ou partie de ces séances pourront être bloquées.

Le défaut de fréquentation pourra entraîner la convocation à une période d'exercices, venant en sus des périodes prévues à l'art. 49, et dont la durée sera d'un nombre de jours égal au nombre des séances auxquelles les intéressés n'auront pas assisté.

Ces dispositions seront applicables à partir du 1er octobre prochain.

4.104. — Conséquences de la radiation des cadres

Je vous serais reconnaissant de m'éclairer sur ma situation actuelle au point de vue militaire.

J'ai 49 ans, et je viens d'être rayé des cadres pour maladie, après être resté trois ans en état de non-disponibilité.

En même temps que je suis avisé de cette décision de la Commission d'enquête, je reçois une feuille à remplir où je dois spécifier si je demande à rester dans le cadre de réserve ou à être rayé des cadres.

Etant donné qu'en cas de guerre, il ne resterait dans les villes que les personnes mobilisées pour le service de l'Etat, dont les soins seront assurés par les médecins mobilisés, je comptais me rendre dans un bourg pour y soigner la population civile.

Je vois d'autre part que, rayé des cadres, je peux être affecté à la défense passive, les deux ans suivants.

Est-ce que cette affectation à la défense passive peut me retenir à X., et m'empêcher de m'installer où je voudrais ?

Il y a encore la faculté de demander l'honorariat : l'honorariat entraîne la possibilité d'être mobilisé comme « assimilé spécial ». Est-ce que la possibilité de cette affectation peut nuire au projet dont je vous ai parlé ci-dessus, d'installation à la campagne en cas de guerre.

Dr N.

Réponse

C'est par suite d'une erreur que, rayé des cadres pour maladie, on vous demande si vous désirez rester dans le cadre des réserves. La radiation des cadres équivalant à la réforme des hommes de troupe, vous ne resterez pas pendant deux ans à la disposition de la défense passive.

Néanmoins, sauf incapacité physique absolue, vous pourrez être requis par l'autorité civile,

qui vous donnera une affectation pour le temps de guerre.

Dans les conditions qui sont les vôtres, vous ne pouvez demander l'honorariat que si les infirmités, causes de votre radiation des cadres, ont été contractées ou aggravées au service.

4.203. — Engagement militaire pour la durée de la guerre

J'ai lu avec un vif intérêt le numéro du *Concours* qui précisait la situation faite aux « vieux » médecins en cas de guerre.

Je serais heureux de vous demander quelques renseignements et quelques précisions complémentaires.

J'ai 59 ans et suis rayé des cadres depuis longtemps pour cause d'infirmité.

Ai-je le droit si mon aptitude physique est reconnue suffisante de contracter un engagement volontaire pour la durée de la guerre ? Cet engagement peut-il revêtir la forme : réquisition civile simplement ?

Ayant le droit de choisir mon poste, en quoi consiste ce droit : choix du lieu ou de la région seulement ou bien choix de l'emploi : hôpital, usine et, aussi cette affectation peut-elle être changée ultérieurement au gré de l'autorité militaire, ou à ma demande ? Peut-elle aussi changer de nature et pourrais-je malgré moi être astreint à une fonction ou un emploi non exclusivement médical ?

A qui adresser la demande d'engagement : à l'autorité militaire de la région où on désire être affecté ? ou à un ministère ?

Dr D.

Réponse

Vous pouvez, même dans votre situation, demander dès maintenant à contracter un engagement militaire pour la durée de la guerre. Si votre santé s'est améliorée, si en tout cas elle vous permet d'exercer la médecine, il est bien probable que votre aptitude physique sera reconnue suffisante.

Pareil engagement doit être demandé et souscrit au Bureau de Recrutement, dont vous dépendez.

Cet engagement n'a aucun rapport avec le Service de la Défense passive qui est réglé par l'autorité civile ; il diffère entièrement de la réquisition civile. Lire sur ce sujet un article paru dans le numéro du 28 mai 1939 du *Concours Médical.*

L'engagement vous permet de choisir, en principe, une affectation définie. Bien entendu au cours des hostilités, celle-ci peut être changée suivant les besoins du service, ou à votre demande, et vous pouvez recevoir alors satisfaction dans les mêmes conditions.

Soixante et unième année | N° 32 | 6 Août 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Propos du Jour

Partie Scientifique

Travaux Originaux

L'Actualité Scientifique

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Annecy. Lortet, Pierron.
Chamonix. de Chabanolle (*enf. cure hélio-alpine*)
Jougne. (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoît-Jeannin.
La Louvesc (Ardèche). J. Goubert.
Langogne (Lozère). Adrien Forestier.
Malche (Doubs). J. Chatelain.
Mégève. Marcel Grenet, Jacqueline Grenet-Gazamian (*enf.*)
Mouthe (Doubs). R. Paindestre.
Osséjà (Pyr.-Or.). J. Avérous.
Pau (Basses-Pyr.). Cornet. Lorber.
Plateau d'Assy. E. Sivrière.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Villard-de-Lans. Bassaget (*mal. enf.*), Suau (*mal. enf.*)

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires et climatiques

MM. les docteurs :

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.), Lévy.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Berck-Plage. Bouquier, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Biarritz. Clavel, M. Claverie, Lacour, Pitchalsky (*chir. répar. Stom.*)
Cannes. Bourgeois-Gavardin, P.-E. Bousquet, P. Houssiaux, Joublot, Makereël, Gérard Monod, Roques, L. Zimmer.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Croix-de-Vie. Cristau.
Deauville. Molina.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Grau du Roi (Gard). Ramain.
Hendaye. Th. Casenave.
Le Boulou. M. Basman, J. Noguès
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, M. Lelongt, Nicolas, Trutié de Vaucresson (*chir.*)
Ouistreham-Riva-Bella. Ch. Poullain.
Paramé. Bazin.
Pau. Cornet. Lorber.
Roscoff. Bagot père, Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer. (Calvados), Em. Quiquemelle.
St-Georges-de-Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul.
St-Jean-des-Monts. Riou.
Ste-Maxime-s/Mer. E. Bausset, Jean Verdier.
St-Quay-Portrieux. Bertràn
Saint-Raphaël. Boulle, Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Roux de Laroque (*Gyn. enf.*). Pierre Tridon.
Saint-Servan. Huet.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Trébeurden. Royer.
Villars-de-Lans. Bassaget.

Renseignements

Hôtel du Parc. Saujon (Charente-Marit.). Charmante organisation de repos et station de cure, pour le traitement des affections nerveuses et neuro-digestives. Dr Dubois.

CANCER. — **L'action puissamment antinévralgique du Pyréthane, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.**

Rendre un médicament agréable, c'est en doubler la valeur thérapeutique, car l'estomac qui l'accepte bien le digère mieux. Dans toutes les dyspepsies, donner des TABLETTES DE MANGAÏNE, c'est guérir vite et agréablement. Sucer 4 à 6 TABLETTES DE MANGAÏNE, par jour.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

Rhumatismes. L'« UROPHENYL » en est la thérapeutique moderne et efficace. 2 à 6 cachets par jour. — Laboratoire Crouy, à Vernon (Eure).

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 *fr.* 50 *la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* Concours Médical, *Paris* 167-95.

Nº 250. — Médecin français, 47 ans, libre fin sept. représ. Lab. région Sud-Ouest.

Nº 251. — A céder poste médical datant de 25 ans, dans ville importante et très agréable à 50 km. de Paris.

Nº 252. — On désire louer à bail maison isolée, 3 ou 4 pièces, cuisine, tout en rez-de-chaussée, cave, eau potable, jardin, dans campagne silencieuse, départements suivants : Oise, Calvados, Manche, Finistère Deux-Sèvres, Vienne, Creuse, Haute-Vienne, Dordogne, Lot, Ariège, Corrèze, Cantal, Hte-Loire, Nièvre.

Nº 253. — Dame ou jeune fille 28 à 40 ans, catholique, active, demandée pour collaborer direction home d'enfants, altitude, réception, comptabilité, surveillance générale.

Nº 254. — Achèterais comptant: Maison ou villa 5 ou 6 pièces, confort moderne, dans centre ville ou bourg important. Côte d'Azur ou Midi, climat sain à l'abri des vents. Dr Bonnardel, 8, rue Bourgmayer, Bourg (Ain).

Nº 255. — On dem. enfants de 5 à 12 ans non atteints mal. contag., toute l'année à Cayeux-sur-Mer. Soins dévoués, éducations, instruction assurées.

Nº 256. — Assistant, doct. en méd., Franç., cathol. connaiss. parf. élect.-radio, est demandé dans grde ville du Nord, situa. stable, aven. ass. Env. curriculum vitæ détaillé, thèse, travaux, références.

Pour toute demande de renseignements il est indispensable de joindre un timbre.

Cabinet Breitel et Goret

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Banl. imméd., grand rayon à desserv. peu concur., jolie maison grd. confort. Prix à déb.

Belle banl. ouest à 20 min. Paris, bonne client. active, maison avec jardin, urgent, prix à déb.

Charente. Anc. client. industr. et rurale, grosse popul. à desservir, situat. agréable, près grand centre.

2 h. 1/2 Paris. Centre industr. Client. de consult. 3 jours p. semaine, excel. rap. Prix 45.000, 30.000 cpt.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Association française d'urologie.** — La XXXIXe réunion du Congrès français d'urologie aura lieu à Paris, du lundi 9 au vendredi 13 octobre à la Faculté de médecine.

Question à l'ordre du jour : Les résultats de la néphrectomie pour cancer chez l'adulte. Rapporteur : M. le Docteur DE BERNE-LAGARDE (Paris).

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** — Le Conseil de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux a proposé M. le Professeur R. Sigalas pour succéder à M. le Professeur Mandoul dans la chaire de zoologie et parasitologie.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** — Le Docteur René Girard vient d'être nommé, à la suite du dernier concours, agrégé d'histoire naturelle à la Faculté de Bordeaux.

Secrétaire général depuis plus de vingt ans du *Journal de médecine de Bordeaux*, le Docteur René Girard a été attaché depuis le même laps de temps au laboratoire d'hydrologie. Il a organisé avec le Professeur Sellier et le Professeur Creix, plusieurs voyages importants d'hydrologie.

— **XVIe Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie médicales** (Strasbourg, Faculté de médecine, 8-13 octobre 1939). — RAPPORTS. — I. *Rapport d'hydrologie thérapeutique* : Le traitement hydrominéral des dermatoses (Professeur PAUTRIER, Docteurs FLURIN, HUET et EYRAUD-DÉCHAUX). — II. *Rapport d'hydrologie* : Perméabilité et eaux minérales (Professeurs DODEL et DASTUGUE). — III. *Rapport de climatologie* : Indications et contre-indications des sports d'hiver (Professeur PIÉRY, Professeurs agrégés ENSELME et MILHAUD) ; Les effets physiologiques et pathologiques de la pratique prolongée des sports d'hiver (Professeur KAHLMETER) ; Climat et sports d'hiver (Professeur MORIKÖFER) ; L'alimentation et les régimes pendant les sports d'hiver (Professeur S. DOUGLAS).

Droits d'inscription : membres actifs, 150 francs, membres associés, 80 francs.

On peut s'inscrire en envoyant un bulletin d'adhésion à M. le Professeur Vaucher, Institut d'hydrologie, 1, place de l'Hôpital, Strasbourg, et en versant les droits d'inscription, soit au Crédit Industriel d'Alsace et de Lorraine, 14, rue de la Nuée-Bleue, Strasbourg (compte 12.797), soit au compte chèque postal du Crédit industriel d'Alsace et de Lorraine, Strasbourg 1681 (mettre sur le Chèque postal la mention : Congrès d'hydrologie).

— **Faculté de médecine de Lyon.** *Clinicat.* — Ont été nommés aux concours de chefs de cliniques :

MM. Ballivet et Morel (Clinique chirurgicale du Professeur Bérard).

MM. Bourret et Thomasset (Clinique médicale du Professeur Froment).

MM. Fumoux et Romagny (Clinique médicale du Professeur Savy).

— **Le dixième Congrès international de la Presse technique et périodique** se tiendra à Berlin, du 24 au 29 septembre 1939. Les directeurs et rédacteurs en chef de journaux faisant partie de l'Association de la Presse médicale française, qui désirent recevoir le programme illustré de ce Congrès, devront s'adresser à M. le secrétaire général de la Confédération internationale de la Presse technique et périodique, 54, rue de Bondy, Paris (Xe).

— **Hôpitaux de Nice.** *Internat.* — Un concours pour huit places d'internes en médecine et en chirurgie s'ouvrira le 8 novembre aux hospices civils de Nice. Conditions : être Français, justifier de 16 inscriptions.

Les internes de l'hôpital Pasteur sont logés, nourris, chauffés et éclairés et reçoivent une indemnité mensuelle de 450 francs la première année, 550 francs la deuxième, et 650 francs les deux dernières années. Les internes de l'hôpital Saint-Roch, qui ne sont ni logés, ni nourris, reçoivent une indemnité mensuelle de 1.100 francs la première année, 1.200 francs la deuxième, 1.300 francs les deux dernières années. Ils sont logés et nourris les jours de garde.

Aucun congé ne pourra être accordé aux internes pour aller exercer des fonctions hors des hôpitaux de Nice.

Les internes nouvellement nommés seront affectés à l'hôpital Pasteur ou à l'hôpital Saint-Roch d'après le nombre des vacances et dans l'ordre du classement.

— **Vaccination antidiphtérique.** — A la suite de la récente communication de M. Jules Renault à l'Académie de médecine, concernant la mise en application prochaine de la loi du 25 juin 1938 sur la vaccination anti-diphtérique obligatoire, nous avons reçu de M. Marcel Boucher, député des Vosges, un communiqué avec prière d'insérer. Dans ce communiqué, M. Marcel Boucher fait savoir qu'il a déposé, en vue de faire revenir la question devant la Chambre, une proposition de loi à ce sujet, et demande à M. le Ministre de la Santé publique de différer l'application de la vaccination anti-diphtérique obligatoire jusqu'à discussion de sa proposition.

— **L'Association des anciens élèves de la Faculté de Bordeaux** a tenu le 20 juillet sa troisième assemblée générale, sous la présidence du Professeur Rocher.

Le vote pour le renouvellement du bureau a donné les résultats suivants. Ont été élus : président, M. le Professeur Rocher ; vice-président, M. le Professeur Labat ; secrétaires généraux, M. le Professeur Jeanneney et M. Rotges.

— **Hôpitaux de Paris.** *Répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes en médecine pour le deuxième semestre de l'année 1939-1940.* — MM. les élèves internes en médecine actuellement en fonctions, en première année effective d'internat et les externes en premier nommés à la suite du dernier concours et non affectés, sont avisés qu'il sera procédé aux dates suivantes, salle des concours, 2, rue d'Arcole, à leur répartition dans les établissements de l'Administration, pour le deuxième semestre de l'année 1939-1940 :

Internes de première année, le mercredi 11 octobre 1939, à 15 heures.

Externes en premier, le jeudi 12 octobre 1939, à 15 heures.

— **Fiançailles.** — Nous avons le plaisir d'annoncer les fiançailles de Mademoiselle Marguerite HARDOÜIN, fille du Docteur Paul Hardoüin, professeur à l'Ecole de médecine de Rennes, et de Madame, avec Monsieur Jean HALLOPEAU, ingénieur civil des Mines.

Le *Concours Médical* adresse à son éminent collaborateur, M. le Professeur Hardoüin, et à sa famille ses plus sincères félicitations.

— **Naissance** — Le Docteur et Madame Jean PICHON sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Jean-Pierre*

Montpezat, le 20 juillet 1939

A TRAVERS L'OFFICIEL

Décret-loi relatif à la famille et à la natalité françaises

Ce décret paru au « Journal Officiel » du 30 juillet 1939 comporte en son titre Ier, intitulé « Aide à la Famille » des dispositions intéressant le Corps médical, notamment au point de vue du régime des allocations familiales qui est étendu aux professions libérales d'une part, et au personnel domestique, même non professionnel, d'autre part : double innovation importante.

Ces dispositions seront publiées dans un prochain numéro, l'abondance des matières ne nous permettant pas de le faire aujourd'hui.

Nous publions aujourd'hui les plus importantes, du point de vue professionnel, parmi les dispositions du titre II du décret, titre intitulé : « Protection de la Famille »,

N. D. L. R.

Voici l'extrait du décret :

TITRE II

Protection de la famille

CHAPITRE I

PROTECTION DE LA MATERNITÉ

SECTION I

De l'avortement

Art. 82. — Les trois premiers paragraphes de l'article 317 du Code pénal sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Quiconque, par aliments, breuvages, médicaments, manœuvres, violences ou par tout autre moyen, aura procuré ou tenté de procurer l'avortement d'une femme enceinte ou supposée enceinte, qu'elle y ait consenti ou non, sera puni d'un emprisonnement d'un an à cinq ans, et d'une amende de cinq cents francs (500 francs), à dix mille francs (10.000 francs).

« L'emprisonnement sera de cinq ans à dix ans et l'amende de cinq mille francs (5.000 francs) à vingt mille francs (20.000 francs) s'il est établi que le coupable s'est livré habituellement aux actes visés au paragraphe précédent.

« Sera punie d'un emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de cent francs (100 francs), à deux mille francs (2.000 francs), la femme qui se sera procuré l'avortement à elle-même ou aura tenté de se le procurer, ou qui aura consenti à faire usage des moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet.

« Les médecins, officiers de santé, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, ainsi que les étudiants en médecine, les étudiants ou employés en pharmacie, herboristes, bandagistes, marchands d'instruments de chirurgie, infirmiers, infirmières, masseurs, masseuses, qui auront indiqué, favorisé ou pratiqué les moyens de procurer l'avortement seront condamnés aux peines prévues aux paragraphes premier et second du présent article. La suspension pendant cinq ans au moins ou l'incapacité absolue de l'exercice de leur profession seront, en outre, prononcées contre les coupables.

« Quiconque contrevient à l'interdiction d'exercer sa profession prononcée en vertu du paragraphe précédent sera puni d'un emprisonnement de six mois au moins et de deux ans au plus et d'une amende de mille francs (1.000 francs) au moins et de dix mille francs (10.000 francs) au plus, ou de l'une de ces deux peines seulement.

« L'article 1er de la loi du 26 mars 1891 sur l'atténuation et l'aggravation des peines n'est pas applicable aux personnes condamnées en vertu des paragraphes 1er, 2 et 5 du présent article.

En outre, et en cas d'infraction aux paragraphes 1er, 2 et 5 du présent article, si le prévenu est en état de récidive, les dispositions de l'article 463 du Code pénal ne seront pas applicables.

Art. 83. — L'article 4 de la loi du 27 mai 1885 sur les récidivistes est complété comme suit :

« 5° Deux condamnations à deux ans au moins d'emprisonnement en vertu de l'article 317, paragraphe 1er, du Code pénal, ou une condamnation à trois ans au moins d'emprisonnement en vertu du paragraphe 2 du même article ».

Art. 84. — Toute condamnation correctionnelle pour délits prévus par les articles 317 et 334 du Code pénal et par la loi du 31 juillet 1920 comporte, de plein droit, l'interdiction d'exercer aucune fonction, et de remplir aucun emploi, à quelque titre que ce soit, dans des cliniques d'accouchement, maisons d'accouchement et tous établissements privés recevant habituellement, à titre onéreux ou gratuit, et en nombre quelconque, des femmes en état réel, apparent ou présumé de grossesse.

Toute condamnation pour tentative ou complicité des infractions ci-dessus spécifiées entraînera la même incapacité.

Art. 85. — En cas de condamnation prononcée par une juridiction étrangère et passée en force de chose jugée pour une infraction constituant, d'après la loi française, un des délits spécifiés à l'article précédent, le tribunal correctionnel du domicile du condamné déclare, à la requête du ministère public, l'intéressé dûment appelé en la Chambre du Conseil, qu'il y a lieu à l'application de la susdite interdiction.

Art. 86. — Quiconque contrevient à l'interdiction prononcée par les deux articles précédents sera puni d'un

emprisonnement de six mois au moins et de deux ans au plus et d'une amende de 1.000 francs au moins et de 10.000 francs au plus, ou de l'une de ces deux peines seulement.

Art. 87. — Lorsque la sauvegarde de la vie de la mère gravement menacée exige soit une intervention chirurgicale, soit l'emploi d'une thérapeutique susceptible d'entraîner l'interruption de la grossesse, le médecin traitant ou le chirurgien devront obligatoirement prendre l'avis de deux médecins consultants, dont l'un pris sur la liste des experts près le Tribunal civil, qui, après examen et discussion, attesteront par écrit que la vie de la mère ne peut être sauvegardée qu'au moyen d'une telle intervention thérapeutique. Un des exemplaires de la consultation sera remis à la malade, les deux autres conservés par les deux médecins consultants.

Art. 88. — L'article 25 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine est modifié comme suit :

Art. 25. — « La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de leur profession peuvent être prononcées par les cours et tribunaux accessoirement à la peine principale, contre tout médecin, officier de santé, dentiste ou sage-femme qui est condamné :

1° à une peine afflictive ou infamante ;

2° à une peine correctionnelle prononcée pour crime de faux, pour vol et escroquerie, pour crimes ou délits prévus par les articles 316, 331, 332, 334 et 335 du Code pénal ;

3° à une peine correctionnelle prononcée par une Cour d'assises pour des faits qualifiés crimes par la loi.

En cas de condamnation prononcée à l'étranger, soit pour un des crimes ou délits ci-dessus spécifiés, soit pour un des délits visés par l'article 317 du Code pénal, le coupable pourra également, à la requête du ministère public, être frappé, par les tribunaux français, de suspension temporaire ou d'incapacité absolue de l'exercice de sa profession.

Les aspirants ou aspirantes aux diplômes de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien dentiste et de sage-femme condamnés à l'une des peines énumérées aux paragraphes 1, 2 et 3 du présent article et à l'article 317 du Code pénal, peuvent être exclus des établissements d'enseignement supérieur.

(Le reste sans changement). »

Art. 89. — Relativement aux délits prévus et punis par les paragraphes 1er, 2, 3, 5 et 6 de l'article 317 du Code pénal modifié par l'article 83 du présent décret, et par les articles 84, 86 et 87 du présent décret, le droit de citation directe, et de se constituer partie civile, est accordé aux Syndicats médicaux et Syndicats de sages-femmes, à l'administration de l'Assistance publique et aux établissements publics d'assistance.

Art. 90. — Il est ajouté à l'article 378 du Code pénal un second paragraphe ainsi rédigé :

« Toutefois les personnes ci-dessus énumérées, sans être tenues de dénoncer les avortements jugés par elles criminels dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession, n'encourent pas, si elles les dénoncent, les peines prévues au paragraphe précédent ; citées en justice pour une affaire d'avortement, elles demeurent libres de fournir leur témoignage à la justice sans s'exposer à aucune peine.

Art. 91. — Il est interdit à toutes personnes d'exposer, d'offrir, de faire offrir, de vendre, de mettre en vente, de faire vendre, de distribuer, de faire distribuer, de quelque manière que ce soit, les remèdes et substances, sondes intra-utérines, et autres objets analogues susceptibles de provoquer ou de favoriser l'avortement, dont la liste sera établie par un règlement d'administration publique dans un délai de trois mois à partir de la publication au *Journal Officiel* du présent décret.

Toutefois les pharmaciens pourront vendre les remèdes, substances et objets ci-dessus spécifiés, mais seulement sur prescription médicale qui devra être transcrite

sur un registre coté et paraphé par le maire ou le commissaire de police.

Le règlement d'administration publique prévu au paragraphe 1er du présent article précisera les modalités de règlementation de la vente des remèdes , substances, objets et appareils mentionnés aux premier et deuxième paragraphes dudit article.

Il est interdit aux fabricants et négociants en appareils gynécologiques de vendre lesdits appareils à des personnes n'appartenant pas au Corps médical ou ne faisant pas elles-mêmes profession, comme commerçants patentés, de vendre des appareils chirurgicaux.

Toute infraction aux dispositions qui précèdent est punie d'un emprisonnement de trois mois à deux ans et d'une amende de 500 à 50.000 francs.

Les tribunaux ordonnent, dans tous les cas, la confiscation des remèdes, substances, instruments et objets saisis. Ils peuvent en outre prononcer, à l'égard du condamné, la suspension temporaire ou l'incapacité absolue d'exercer la profession à l'occasion de laquelle le délit a été commis.

Art. 92. — Le diagnostic biologique de la grossesse ne pourra être exécuté que sur ordonnance médicale et par les hôpitaux et laboratoires habilités à cet effet par le ministre de la Santé publique, dans les conditions déterminées par un règlement d'administration publique pris dans les trois mois qui suivront la publication du présent décret au *Journal Officiel.*

Section II

De la surveillance des établissements d'accouchement

Art. 93. — Nul ne peut ouvrir ou diriger une clinique ou maison d'accouchement, ou un établissement privé recevant habituellement à titre onéreux ou gratuit, et en nombre quelconque, des femmes en état réel, apparent, ou présumé de grossesse, sans avoir obtenu l'autorisation préalable du préfet de police, dans le département de la Seine, du préfet dans les autres départements.

Un règlement d'administration publique fixera les conditions d'ouverture et de fonctionnement que devra remplir tout établissement d'accouchement.

Toute personne qui ouvre ou dirige sans autorisation un des établissements visés au paragraphe précédent ou qui néglige de se conformer aux conditions de l'autorisation est punie d'une amende de 1.000 à 5.000 francs ; l'établissement pourra, en outre, être fermé ; en cas de récidive dans les trois ans, le coupable sera puni d'un emprisonnement de six jours à deux ans, l'amende ne pourra être inférieure à 2.000 francs et la fermeture de l'établissement sera obligatoire ; le tout sans préjudice des peines plus fortes encourues notamment du fait des crimes et délits prévus par les articles 317, 345 à 351 du Code pénal et par la loi du 31 juillet 1920.

Art. 94. — Les établissements visés à l'article 93, autorisés ou non, sont soumis à la surveillance préfectorale exercée par l'inspecteur départemental d'hygiène ou par son adjoint et par les commissaires de police. Ces fonctionnaires peuvent pénétrer à toute heure, de jour et de nuit, dans les établissements susvisés et procéder à toutes investigations, constatations et enquêtes par eux jugées utiles.

Quiconque fait obstacle aux inspections prévues au paragraphe précédent est puni de six jours à six mois d'emprisonnement et d'une amende de 500 à 3.000 francs ; la fermeture de l'établissement peut, en outre, être prononcée.

Art. 95. — Le préfet peut, à toute époque, prononcer le retrait de l'autorisation prévue à l'article 93 sur le rapport de l'inspecteur départemental d'hygiène.

Art. 96. — Toute publicité de caractère commercial, sous quelque forme que ce soit, concernant ouvertement ou d'une manière déguisée la grossesse ou l'accouchement, est interdite, sauf en faveur des établissements

Voir la suite page XXXIII-2071

PROPOS DU JOUR

L'ORDRE DES MÉDECINS

Court aperçu historique

Parmi les nouveaux décrets-lois, annoncés par les journaux, il en était un qui mettait l'Ordre des médecins au premier rang de l'actualité. La surprise a été grande dans le Corps médical, car depuis plusieurs années l'Ordre des médecins avait disparu de l'ordre du jour de nos Associations professionnelles.

***

Pour juger de l'efficacité de l'Ordre des médecins, il faut attendre qu'il soit constitué ; son organisation, les pouvoirs de son Conseil, sa juridiction d'appel pourront seuls nous permettre d'apprécier les résultats probables qui pourront résulter de cette nouvelle institution. Comme les langues du bon Esope elle peut être excellente ou elle peut être déplorable ; par conséquent nous ne pouvons rien préjuger, nous devons attendre.

***

Nous croyons intéressant de jeter un coup d'œil en arrière et de faire un bref historique de la question.

Il y a près d'un siècle que l'Ordre des médecins préoccupe le Corps médical et divise son opinion.

Au grand Congrès de médecine de 1845, congrès professionnel qui réunit plus de 2.000 médecins venus des quatre coins de la France et qui tint ses assises à Paris sous le patronage du ministre de Salvandy, fut envisagée la création de l'Ordre des médecins, diversement appelé Chambres médicales, Chambres disciplinaires, Conseils médicaux. Ces projets demandaient l'enrôlement obligatoire de tous les médecins praticiens dans des Associations dont les Conseils seraient pourvus de pouvoirs consacrés par une loi. Les rapporteurs des Commissions qui, à divers titres, étudièrent ces projets : les Docteurs Cerise, Amédée Forget, Garnier conclurent à la nécessité de créer ces conseils. Et le rapporteur général, Amédée Latour, secrétaire général de l'Association générale des médecins de France, proclamait en clôturant le Congrès :

« Vous avez voté le grand principe des Conseils de discipline auxquels on pourrait substituer la dénomination plus confraternelle de Conseils médicaux, vous leur avez donné une institution, un but, des moyens d'action, des garanties de justice et d'impartialité... »

Le ministre de Salvandy préparait la modification de la Législation de l'exercice de la médecine ; survint la Révolution de 1848 et le projet de création d'un Ordre des médecins fut ajourné aux calendes grecques.

Les partisans de cette réforme émettaient comme principal argument le fléchissement de la moralité professionnelle. S'ils revenaient, que diraient-ils aujourd'hui !

Il faut attendre 1883 pour voir renaître un mouvement d'opinion en faveur de l'institution d'un Ordre des médecins.

Dechambre dans son livre : *Le Médecin*, fit des vœux pour sa réalisation.

En 1884, Surmay, président de la Société locale de l'Association générale de Saint-Quentin, appuyé par Mougeot, président de la Société de l'Aube, demanda avec instance la mise à l'étude de cette création. Le principe de l'Ordre fut voté à l'unanimité en 1887 par l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux, présidée par le Docteur Dupuy, député de l'Aisne. Sénac, de Vichy, Dignat, de Paris, et bien d'autres firent une campagne active en faveur de cette innovation. Cependant dans un rapport à l'Assemblée générale de l'Association M. de Ranse conclut à l'inutilité de l'Ordre. 14 sociétés sur 96 faisant partie de l'Association générale, avaient seules donné un avis favorable ; 18 s'y étaient montrés opposées. Les autres s'étaient désintéressées de la question.

Lors de la discussion de la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine au Sénat, MM. Buffet et Halgan demandèrent qu'au lieu de l'autorisation aux médecins de bénéficier de la loi de 1884 sur

les Syndicats professionnels, l'Ordre des médecins fût institué.

Le rapporteur, M. le Professeur V. Cornil, soutenu par le Sénateur Trarieux, conseil judiciaire d'honneur de l'Union des Syndicats médicaux, fit triompher la cause syndicale et ajourner l'Ordre.

Dans la presse politique en 1896-1897 à propos de scandales, l'*Autorité* avec Paul de Cassagnac, *l'Eclair, le Figaro, le Journal, l'Intransigeant* avec H. Rochefort, etc., réclamèrent l'organisation de Chambres de discipline médicales ou d'un Ordre analogue à l'Ordre des avocats. C'est alors que le vice-président de l'Union des Syndicats médicaux, le Docteur Lasalle, de Lormont, avec l'enthousiasme d'un Girondin, fit une campagne très active pour doter le Corps médical d'un Ordre. Étant secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux, nous avons publié le 20 juin 1897 dans le *Bulletin officiel de l'Union*, l'ardent plaidoyer du Docteur Lasalle, approuvé par le Bureau de l'Union. Nous l'avons fait suivre d'un court projet de réalisation, étudié dans une conférence de jeunes avocats à une séance à laquelle le Docteur Alb. Le Blond et nous-même avons pris part. Cet avant-projet fut approuvé par le Syndicat des médecins de la Seine ; très incomplet, il n'avait que la prétention de servir de cadre à l'élaboration de projets plus étudiés.

La campagne du Docteur Lasalle porta ses fruits ; nombre de syndicats lui donnèrent son adhésion ; beaucoup firent des réserves ; la plupart s'en désintéressèrent. Nous avons signalé dans notre rapport de secrétaire général à l'Assemblée de l'Union du 17 novembre 1897 que presque tous nos confrères craignaient l'ingérance de l'Etat et de la Magistrature dans l'action des Conseils de l'Ordre. Cet état d'esprit règne encore aujourd'hui.

Depuis, les projets d'une nouvelle organisation du Corps médical ont sommeillé ; l'Ordre des médecins a fait l'objet de nouvelles études à la Confédération des Syndicats médicaux français.

Un projet de loi modifiant un texte, voté par la Chambre des Députés en 1932, a été approuvé par le Sénat le 14 février 1935 sur le rapport du Docteur Gadaud, sénateur de la Dordogne. Et, à la suite, la question était plongée dans un profond sommeil, d'autres sujets tenaient le premier plan dans les préoccupations du Gouvernement et des médecins ; quand un projet de décret-loi nous mit tout-à-coup en alerte. Sans doute le scandale des avortements et sa répression paraissent avoir ici joué un rôle, bien que la fréquence des avortements ne date pas de nos jours. Ils étaient probablement aussi nombreux quand il y a près de cinquante ans, nous commencions à exercer, mais la police et les magistrats fermaient les yeux, craignant par des poursuites de provoquer de trop grands scandales. On a fait aussi valoir le fléchissement de la moralité professionnelle chez les jeunes médecins. Peut-être existe-t-il ? Mais nous ferons remarquer que, parmi les médecins condamnés ou poursuivis pour manœuvres abortives, il en est qui atteignent la soixantaine s'ils ne l'ont pas dépassée.

Nous apprenons qu'à la suite de démarches urgentes de nos Associations professionnelles la publication du décret-loi, créant l'Ordre des médecins, a été différée.

Nous avons reçu à ce sujet avec prière d'insérer l'ordre du jour suivant :

Le Conseil d'Administration du Syndicat des Médecins de la Seine apprenant la brusque détermination du Ministre de la Santé Publique de créer, par décret-loi, un Ordre des Médecins, s'est réuni en séance extraordinaire le 28 juillet 1939 ;

Favorable de longue date au principe de la création d'un Ordre des Médecins, le Syndicat des Médecins de la Seine se déclare cependant formellement opposé à la signature hâtive du projet actuel qui, tel qu'il semble conçu, soulève une réforme de structure dont l'urgence ne s'impose pas et dont les incidences sont redoutables pour l'avenir.

En conséquence, le Syndicat des Médecins de la Seine demande à Monsieur le Président du Conseil et à Monsieur le Ministre de la Santé Publique de vouloir bien surseoir à la signature du décret-loi envisagé ;

Il se tient à leur entière disposition pour leur apporter, en accord avec la Confédération des Syndicats Médicaux Français, leur collaboration à l'étude d'un projet capable de rallier l'unanimité du Corps médical et de servir la santé publique en défendant à la fois les intérêts des malades et la dignité des médecins.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAVAIL DE LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

LA SULFAMIDOTHÉRAPIE EN GYNÉCOLOGIE

Par Jean FIGARELLA

Professeur agrégé de chirurgie
Chirurgien des Hôpitaux

Dès que la thérapeutique sulfamidée a été introduite en France, nous l'avons utilisée en gynécologie. Voici dix-huit mois que nous en observons les effets. Actuellement, nous avons traité plus de deux cents malades. Certains ont été hospitalisés dans la clinique gynécologique et ont pu être ainsi surveillés étroitement. Les autres ont été suivis dans les consultations de la clinique, ou en clientèle de ville.

Nous avons utilisé différents produits, mais principalement le 1162 F. Nos malades les plus récents ont été traités par le 693. Nous avons prescrit des doses fortes au début (3 grammes en moyenne) puis, progressivement décroissantes pendant une semaine environ. Nous avons fait suivre, suivant les cas, une, deux ou même parfois trois cures, séparées par un repos de une à deux semaines.

Le moment nous a paru venu d'exprimer notre opinion sur les indications et les résultats de cette méthode. Les statistiques que nous apportons dans cet article ne tiennent compte que de 124 cas ayant pu être suivis régulièrement. Celles de la thèse de l'un de nos élèves (1) s'appuyait déjà sur 107 cas.

Nos résultats varient essentiellement suivant le germe responsable, suivant le moment à partir duquel on applique la thérapeutique, suivant les troubles observés, et enfin et surtout suivant les localisations pathologiques.

Sulfamidothérapie et germes

L'étiologie exacte des infections génitales féminines est malaisée à préciser. Le gonocoque est certes le plus souvent en cause, mais, il ne l'est pas toujours seul, et parfois, les pyogènes banaux lui apportent un dangereux secours. Nous avons pratiqué, dans un certain nombre de cas des gono-réactions. Elles se sont montrées positives à peu près dans les deux tiers des cas. Nous avons en outre, presque systématiquement fait des frottis de pertes. Leur examen bactériologique a mis en évidence des gonocoques aussi dans les deux tiers des cas. Enfin, l'aspect des pertes et des autres symptômes ainsi que la connaissance des antécédents nous ont apporté un moyen supplémentaire de discrimination étiologique. Il est imprécis, mais pourtant non négligeable.

Nous avons pu ainsi préciser que c'est contre les infections gonococciques que les sulfamides agissent le mieux, mais que les localisations streptococciques sont elles aussi heureusement influencées. Les atteintes staphylococciques par contre nous ont semblé être plus rétives. Le colibacille lui-même nous a paru plus vulnérable que le staphylocoque. Voici une observation qui illustre cette opinion :

A... (L.), âgée de 40 ans, vient consulter pour douleurs pelviennes à prédominance droite, irradiant vers la région lombaire depuis deux mois et pour des pertes abondantes vaguement jaunâtres. Il n'y a pas d'antécédents gynécologiques. Le 20 novembre 1938, le toucher vaginal permet de mettre en évidence un gros ovaire sensible, prolabé à droite contre l'isthme utérin. La gono-réaction est négative, mais les urines contiennent du pus et des colibacilles en grand nombre. On institue une cure de 1162 F. Dix jours après, les pertes ont diminué considérablement ainsi que les douleurs, l'ovaire droit n'est plus sensible, et les urines ne contiennent plus, ni pus, ni colibacilles.

Sulfamidothérapie et moment évolutif

Les résultats sont très variables, suivant que l'on traite des formes jeunes et des formes anciennes. Il est évidemment difficile de préciser le début réel de la maladie. Pourtant, un interrogatoire précis, apporte des renseignements qui paraissent suffisants et l'on peut ainsi se rendre compte que la thérapeutique est particulièrement active dans les cas jeunes, en voici deux exemples.

R... (M.), âgée de 23 ans, sans profession, est hospitalisée pour douleurs du bas ventre, leucorrhée verdâtre, dysurie, pollakiurie, et fièvre légère. Cet ensemble de symptômes est apparu depuis près d'un mois, sans aucun antécédent. L'examen montre un corps utérin normal, flanqué à droite d'un ovaire un peu gros, sensible et entouré d'une légère réaction péritonéale, et à gauche d'un empâtement irrégulier, du volume d'une grosse noix. La gono-réaction est positive. On institue un traitement au 1162 F. Onze jours après la fièvre a

(1) STÉFANAGGI. — Thèse Marseille, avril 1939.

disparu les pertes ont cessé, l'ovaire droit est presque insensible, et l'empâtement du côté gauche a diminué de volume. Après une nouvelle cure, tout disparaît et la malade sort guérie.

Dans le cas suivant, le résultat a été encore plus rapide :

B... (F.), âgée de 22 ans, sans profession, est hospitalisée pour douleur du flanc droit survenue depuis trois mois et irradiant vers l'épaule droite. En même temps existent depuis cette même date, accompagnées de pertes peu abondantes qui empèsent le linge, des ménométrorragies. Dans les antécédents : une grossesse à terme, et deux autres interrompues à sept et trois mois Au toucher, col irrégulier, gros, et masse annexielle droite douloureuse. La gono-réaction est positive. On institue une cure de sulfamides. Les douleurs, les pertes rouges et la leucorrhée disparaissent presque immédiatement et les règles surviennent normales. Au toucher la masse a fondu. On ne sent plus qu'un ovaire indolore.

A l'âge adulte de la maladie, c'est-à-dire à sa phase chronique, les résultats sont moins bons. Il s'agit en effet le plus souvent de lésions annexielles ayant subi plusieurs poussées évolutives et dont les manifestations douloureuses sont peu modifiées. En voici un exemple :

B... (A.), 25 ans a des pertes jaunes abondantes depuis huit ans, et des douleurs dans les aines. Elle a présenté récemment une métrorragie suivie de ménorrhagies. Dans ses antécédents, 5 grossesses normales. Au toucher : corps utérin sensible à la mobilisation, et empâtement des culs-de-sac gauche et postérieur. Traitement habituel. Les pertes cessent, l'empâtement diminue peu à peu, mais les douleurs persistent en partie et malgré une seconde cure.

Voici un autre exemple :

T... (J.), 26 ans, est hospitalisée pour crise douloureuse abdominale, avec pertes jaunes, et température à 40°. Au toucher salpingite bilatérale à prédominance gauche. Une crise analogue est survenue il y a trois mois. Une cure sulfamidée et du repos sont suivis de baisse de la température et de suppression des pertes. La malade sort, mais ses douleurs persistent. Deux mois après, elle est à nouveau hospitalisée pour une nouvelle crise, avec peu de fièvre, mais d'assez fortes douleurs. Une nouvelle cure ne parvient pas à supprimer entièrement les douleurs.

Nous pourrions multiplier de tels exemples.

A la phase suivante, au stade de vieillesse, la sulfamidothérapie échoue nettement. Seules les pertes diminuent un peu.

Sulfamidothérapie et symptômes

Les infections génitales à retentissement général (fièvre élevée) nous avaient paru peu bénéficier de l'usage des nouveaux dérivés soufrés. Mais, plusieurs cas récents nous ont fait changer d'avis et nous estimons au contraire, maintenant, que les phénomènes généraux déclenchés par les infections génitales sont au contraire très heureusement influencés.

Mais nous voulons parler ici surtout des infections génitales à retentissement local.

L'élément douleur est modifié d'une manière assez variable. Le prurit dû à l'écoulement leucorrhéique, les brûlures de l'inflammation vagino-vulvaire, les picotements de l'urétrite sont ordinairement radicalement supprimés. Certaines sensations de pesanteur du bas-ventre disparaissent aussi parfois. Mais les douleurs des annexites souvent persistent en partie.

L'élément hypersécrétion est par contre extrêmement sensible à la sulfamidothérapie. Les pertes purulentes jaunes verdâtres, épaisses et qui empèsent le linge se fluidifient très vite, s'éclaircissent, et disparaissent en une semaine. Les sécrétions des glandes vulvaires (bartholiniennes) persistent un peu plus longtemps, mais cèdent aussi.

L'élément dysfonctionnement ovarien réagit à la sulfamidothérapie de manière surprenante. On sait que l'atteinte de l'ovaire, en plus des signes physiques fournis par le toucher vaginal, se traduit par des polyménorrhées et parfois des métrorragies. Or, en quelques jours de traitement, ce retentissement utérin de l'ovarite inflammatoire disparaît, et le flux menstruel, se régularise. Voici une observation qui, entre plusieurs, illustre cette action :

Femme de 27 ans, venue consulter pour douleurs du bas-ventre et pertes rouges et jaunes, sans fièvre. Les pertes rouges cèdent aux premières prises de sulfamide.

L'élément cellulite pelvienne, avec ses empâtements, ses bloquages, nous a paru échapper presque entièrement à la sulfamidothérapie.

Sulfamidothérapie et localisations anatomiques

Nous arrivons à la discrimination importante. Celle qui permet vraiment de se faire une idée précise de ce que l'on peut attendre du traitement. Nous distinguerons quatre sortes de localisations : périnéo-orificielle, vagino-utérine, annexielle, péritonéale.

a) LOCALISATIONS PÉRINÉO-ORIFICIELLES. — Nous avons traité de nombreuses bartholinites, et nous n'avons jamais obtenu de rétrocession de la tuméfaction. Lorsque la collection est constituée, ou est en train de se constituer, l'incision s'impose toujours. Mais, la sulfamidothérapie n'en est pas moins très utile, car elle tarit le suintement post-opératoire qui est de règle, et évite souvent l'excision secondaire.

Voici entre autre cas, celui d'une jeune femme de 26 ans, hospitalisée pour bartholinite, dont le début remonte à 15 jours, et dont les troubles généraux et locaux sont très importants. On incise, on institue en même temps le traitement habituel. En 17 jours, la cicatrisation complète est obtenue sans aucun suintement.

Aux côtés de tels cas se placent ceux des fistules bartholiniennes anciennes ; leur guérison peut être aussi obtenue, mais pas toujours. Ici,

comme ailleurs, l'épidermisation du trajet et de la cavité résiduelle empêchent toute action cicatrisante.

Nous avons obtenu des résultats constants dans la vulvo-vaginite blennorragique. Voici un cas pris au hasard :

J... (L.), âgée de 21 ans, a — depuis son mariage, consommé il y a un mois, — des pertes verdâtres, avec douleurs hypogastriques, des brûlures à la miction, et un prurit vulvaire intense. Vulve et vagin sont extrêmement rouges. La gono-réaction est positive et les gonocoques abondent dans les frottis. Moins d'une semaine après le début de la cure, la malade ne présente plus aucun trouble, et les frottis sont négatifs.

Les urétrites que nous avons traitées nous ont aussi donné de belles guérisons, mais les cas s'accompagnant de skenite, de périurétrite, ont nécessité d'autres thérapeutiques (électro-coagulation, par exemple).

Voici comment se répartissent quelques-uns de nos cas :

	Guérisons	Résultats moyens	Echecs
6 vulvo-vaginites.....	6	»	»
8 urétrites...........	3	3	2
12 bartholinites.......	6	2	4
3 ulcérations.........	3	»	»
En tout 29 cas........	18	15	6

b) Localisations vagino-utérines. — L'action du traitement sur les vaginites a toujours été remarquable, mais il s'est agi dans la majorité des cas d'un élément associé, secondaire, et nous n'insisterons pas.

Nous avons bien entendu traité de nombreuses cervicites. Toujours la leucorrhée a été à peu près supprimée. Toujours aussi, l'inflammation, la congestion, l'hypertrophie du col ont été heureusement influencées. Mais, les douleurs se sont montrées parfois rebelles, et les érosions ont été en général peu modifiées. Il ne nous semble donc pas que ce traitement soit particulièrement indiqué contre les cervicites.

Par contre l'*endométrite* offre à la sulfamidothérapie l'un de ses meilleurs champs d'action. La presque totalité de nos cas a guéri en quelques jours.

Voici quelques résultats :

	Guérisons	Résultats moyens	Echecs
16 vaginites..........	16	»	»
25 cervicites..........	»	16	9
6 endométrites......	5	»	1
Au total : 47 cas......	21	16	10

c) Localisations annexielles. — Les salpingites sont très heureusement influencées lorsqu'elles sont récentes. La masse annexielle diminue de volume et disparaît parfois en quinze ou vingt jours. Malheureusement, les douleurs subsistent souvent. Voici parmi beaucoup d'autres, l'observation d'une malade qui a guéri grâce à l'unique action de la sulfamidothérapie :

S... (J.), âgée de 22 ans, et hospitalisée pour douleurs du bas-ventre et hyperthermie (38 à 40°), survenues depuis un mois. Elle a contracté la blennorragie, il y a un an et demi. Le toucher vaginal révèle une masse kystique du volume d'un grosse noix dans le cul-de-sac latéral droit et une trompe augmentée de volume à gauche. Quinze jours après le début de la crise, il ne persiste plus qu'un ovaire droit prolabé mais insensible.

Nous pourrions citer de nombreux cas semblables. Par contre lorsque plusieurs crises sont déjà survenues, le traitement est moins efficace.

Passons aux ovarites. Il peut paraître arbitraire de distinguer les effets de la cure sur les deux localisations tubaire et ovarienne. C'est pourtant une discrimination utile, car elle met en lumière les remarquables effets de la sulfamidothérapie sur les hémorragies utérines par modification du cycle ovarien. En voici un exemple :

G... (P.), âgée de 22 ans, est hospitalisée pour douleurs violentes du bas-ventre surtout à gauche, et hyperthermie. Deux mois et demi auparavant un avortement a été suivi de curettage. Depuis les règles sont survenues tous les 22 jours, abondantes, avec des métrorragies intercalaires. Au toucher : ovaire droit dur et douloureux, et masse annexielle gauche importante. La cure diminue ces lésions pelviennes abaisse la température, mais surtout supprime immédiatement les métrorragies, et rend aux règles leur rythme et leur abondance ordinaires.

Voici un autre cas tout aussi démonstratif.

T... (S.), 23 ans, est hospitalisée pour des ménorragies et des polyménorrhées survenues depuis son mariage, c'est-à-dire depuis quatre mois. Les règles surviennent tous les 18 jours et durent près de dix jours. Une crise de salpingite est du reste survenue peu de temps après le mariage, et la gono-réaction est positive. Le toucher montre les signes d'une salpingo-ovarite bilatérale à prédominance droite. Treize jours après le début du traitement les règles surviennent avec du retard et ne durent que quatre jours. Quant aux signes du toucher, ils ont disparu.

Nous ne dirons que peu de chose des paramétrites. Celles que nous avons observées ont résisté au traitement. Voici quelques résultats :

	Guérisons	Résultats moyens	Echecs
30 salpingites..........	12	11	7
7 ovarites............	6	1	»
4 paramétrites.......	»	1	3
41 cas................	18	13	10

d) Localisations péritonéales. — La chimiothérapie nous a paru avoir une action nette sur l'élément inflammatoire des localisations péritonéales aiguës. Les phénomènes douloureux cèdent et la température baisse. Mais repos et glace donnent aussi ce résultat, et il est parfois malaisé de conclure.

Pourtant, certains de nos cas de pelvi-péri-

tonite génitale ont tourné court dès le début de la cure. En voici un à titre d'exemple :

B... (N.), 27 ans, artiste est hospitalisée pour douleurs abdominales et métrorragies. Les métrorragies sont survenues avec des frissons et une température à 38°5-39, et les douleurs irradiées vers les cuisses donnent une sensation de tension dans l'abdomen. L'examen est difficile, car la paroi abdominale est contractée et l'utérus bloqué, douloureux, rétrofléchi, augmenté de volume. Le toucher ne montre guère qu'un empâtement diffus péri-utérin. La gono-réaction est positive et le frottis donne des gonocoques. La cure est instituée immédiatement et deux jours après, la fièvre tombe, l'abdomen s'assouplit, l'empâtement pelvien fond, et les métrorragies cessent. Au dixième jour, la malade sort guérie.

Toutes nos observations ne sont pas aussi caractéristiques bien entendu, mais, sur sept pelvi-péritonites nettes et sérieuses que nous avons traitées, nous comptons deux autres bons résultats et quatre résultats moyens, ce qui est appréciable.

Au terme de cette étude, voici la statistique, que nous pouvons apporter et qui est loin de grouper toutes nos observations. Seules ont été utilisées, répétons-le, les cas que nous avons suffisamment suivis :

	Guérisons	Résultats moyens	Echecs
29 localisations périnéo-orificielles	18	5	6
47 localisations vagino-utérines	21	16	10
41 localisation annexielles	18	13	10
7 localisations péritonéales	3	4	»
Au total 124	60	38	26

En somme : 50 % de guérison,
30 % de bons résultats,
20 % d'échecs.

Mais, les chiffres en clinique ne signifient pas grand'chose, aussi nous ne conclurons pas sur leurs résultats, mais sur les impressions suivantes :

Meilleurs effets sur les infections jeunes que sur les infections anciennes.

Meilleurs effets sur les troubles fonctionnels (hypersécrétion, métrorragies, troubles du cycle ovarien) que sur les douleurs.

Meilleurs effets sur les infections à gonocoques et à streptocoques que sur les infections à colibacilles et surtout à staphylocoques.

Très bons effets sur les pelvi-péritonites aiguës, les ovarites, les endométrites, les vulvo-vaginites et urétrites.

Effets à peu près nuls sur les cervicites, les paramétrites et certaines salpingites douloureuses.

En définitive, médication remarquable qui doit transformer entièrement la pathologie inflammatoire des organes génitaux de la femme.

GOUTTE A GOUTTE RECTAL (PROCTOCLYSE DE MURPHY)

Laissant de côté les indications du goutte à goutte rectal de Murphy, nous n'envisagerons ici que la technique de cette méthode.

Le principe est d'introduire le liquide dans le rectum au rythme régulier de 50 à 60 gouttes maximum par minute.

L'instrumentation comprend : une sonde rectale (canule spéciale de du Bouchet, sonde de Nélaton), un tuyau de caoutchouc de 1 m. 50 et un bock. Sur le tuyau de caoutchouc est placé un appareil de réglage (robinet, pince de Mohr, pince à linge à la rigueur) et une ampoule de verre, dont l'ouverture supérieure est calibrée en compte-gouttes, ampoule permettant de *voir* la marche de la chute des gouttes.

Pour éviter les inconvénients du reflux des gaz ou liquides accumulés dans le rectum il est bon de brancher sur la canule (un système en Y permet cette adjonction) un second tube de caoutchouc qui viendra déverser ce reflux dans un autre récipient.

La technique est la suivante (1) :

Lavement évacuateur préalable. Suspendre le bock au mur à 75 cm. au-dessus du lit, et fixer le second récipient (de reflux) à un niveau inférieur à celui du bock. Placer le patient en position déclive (briques sous les pieds du lit). Verser dans le bock la solution, préalablement portée à 35°-37° et si nécessaire, la réchauffer de temps en temps. Introduire la sonde assez profondément dans le rectum. Régler le débit avec le robinet, ou la pince de Mohr qui permet un écrasement convenable du tube de caoutchouc. Vérifier la chute des gouttes dans l'ampoule de verre. Le stilligoutte spécial de Forgue permet de régler l'instillation par une vis. Ne pas dépasser 50 à 60 gouttes par minute et laisser reposer le malade toutes les deux heures pendant un quart d'heure.

P. LACROIX.

(1) Prof. agrégé G. ROUX : Petite chirurgie. Masson, édit., et J. RAVOIRE : Goutte à goutte rectal. (Fiches de pratique médicale Desfour).

LA PETITE CHIRURGIE AU GOUT DU JOUR

❖ ❖ ❖

Les plâtres fermés dans les plaies de guerre, avec ou sans fracture

Les enseignements de la guerre d'Espagne

D'après les Docteurs R. DIEULAFÉ et A. BAUDET (*)

« Contrairement au principe de surveillance étroite des plaies et de leur désinfection continue par des irrigations antiseptiques, que nous a appris la guerre de 1914, les chirurgiens espagnols ont appliqué avec profusion des plâtres circulaires entièrement fermés, non seulement sur des fractures non compliquées, mais aussi sur des fractures ouvertes, des plaies articulaires ou des plaies intéressant profondément les parties molles. Cette technique nous surprend, puisqu'on ne peut croire qu'après une expérience de deux ans de guerre, elle soit encore pratiquée, si elle donne les désastres, que nos principes nous font imaginer. »

***

MISE EN PRATIQUE DE LA MÉTHODE

Une fracture ouverte par arme à feu est traitée de façon différente, suivant qu'il s'agit de la traversée par un projectile de petit calibre ou d'un délabrement important avec possibilité de persistance de corps étrangers.

Dans le premier cas, sur les plaies d'entrée et de sortie du projectile, est, sans aucune tentative de nettoyage, placé un pansement, et, par dessus, un appareil plâtré circulaire, sans aucun capitonnage.

Dans le second cas, on fait un épluchage soigneux de la plaie en ce qui concerne les parties molles, *mais* on respecte l'os jusqu'à ses moindres esquilles. Sur ce membre, dès l'opération achevée *ou* après une attente de quelques jours, on applique le plâtre fermé.

Aux *entorses*, aux *plaies des nerfs ou des tendons* après suture, enfin même aux *plaies anfractueuses des muscles* et aux *plaies articulaires*, on adapte le même plâtre fermé.

Les plaies anfractueuses des parties molles sont largement débridées, épluchées aux ciseaux ; on doit aviver les muscles jusqu'à ce qu'on atteigne une zone, qui se contracte sous l'irritation par les instruments. Aucun antiseptique n'est versé dans la plaie, qui est pansée à plat et enfermée dans le plâtre. Même lorsqu'un projectile est resté dans le membre, le plâtre est appliqué.

Les plaies articulaires, enfermées dans le plâtre, entraînent pendant les quatre ou cinq premiers jours une température élevée. Malgré cela, l'appareil est maintenu, et les troubles s'amendent spontanément.

Dans les délabrements très graves ou d'aspect très infecté, la méthode de Carrel est mise en œuvre pendant quelques jours, puis c'est la technique habituelle.

Ici se place une *remarque importante.* Trois périodes sont à considérer dans l'évolution des fractures de guerre :

une première, se limitant aux dix premiers jours environ, et au cours de laquelle sévissent la gangrène gazeuse et le tétanos ; c'est la plus dangereuse ;

une deuxième, au cours de laquelle s'établit la cicatrisation, qui peut être entravée par un certain nombre de complications ; elle s'étend du dixième jour au troisième mois ;

une troisième, où la plaie étant cicatrisée, peuvent cependant persister des fistules ou éclater des accidents ostéomyélitiques.

Les blessés immobilisés dans les plâtres fermés sont étroitement surveillés pendant la première période ou pendant le temps de cette première période, qui reste à courir. On a soin de toujours laisser dépasser l'extrémité du membre, doigts ou orteils. La coloration, la température locale, les mouvements sont quotidiennement observés, et cela suffit pour déceler l'apparition d'une infection grave, en particulier de la gangrène gazeuse.

En principe, l'appareil doit être maintenu jusqu'à la date approximative de la consolidation. Cependant si l'écoulement, trop abondant et très purulent, a par trop souillé l'appareil, on est autorisé à l'enlever pour le remplacer par un autre, le jour même ou le lendemain.

En dernier lieu, on avait mis à l'essai une modification de la méthode, qui consistait à fenê-

(1) *Toulouse Médical*, 15 mai 1939.

trer le plâtre, et à obturer l'orifice par une substance de propriétés voisines, mais plus perméables, et permettant l'écoulement des sécrétions de la plaie et son aération.

***

Critique de la méthode. Ses résultats

Les bienfaits d'une *immobilisation rigoureuse* dans les fractures ne sont plus à démontrer : la suppression de la douleur en est le plus éclatant. De plus, on évite ainsi les risques de blessure des vaisseaux et des nerfs par les fragments, d'embrochement des muscles, qui causerait une interposition, et on favorise l'hémostase spontanée des os et des parties molles. Enfin, pour les fractures ouvertes, l'immobilisation est le meilleur des antiphlogistiques : une infection légère, latente, est susceptible de stérilisation définitive par l'organisme, si les tissus sont immobilisés ; au contraire, elle se propage et s'exalte sous l'influence des contractions musculaires.

Une immobilisation aussi stricte ne peut être réalisée que par un appareil plâtré. La substitution de l'appareil plâtré *circulaire fermé* aux appareils d'immobilisation, ménageant un large accès sur la plaie, semble devoir être attribuée à Orr. Dans le *Journ. of the American med. Ass.* (1924), cet auteur a exposé brièvement sa méthode :

« Après avoir débridé largement et nettoyé soigneusement la plaie, on la bourre de gaze et la recouvre d'un pansement stérile. On pratique ensuite la réduction de la fracture, et on place immédiatement un *plâtre fermé*. Celui-ci est maintenu de deux à six semaines, à *moins* qu'il n'y ait une élévation marquée de température.

« Puis une fenêtre est taillée en regard de la blessure, et le premier pansement est enlevé : le plus souvent, la plaie est cicatrisée ou recouverte de tissus, de granulations, ce qui nécessite un nouveau pansement. Les sécrétions de la plaie sont, en général, peu considérables. L'appareil n'est pas touché, sauf s'il existe de vives douleurs, de l'œdème, une élévation thermique ou d'autres signes d'infection extensive.

« Grâce à ce traitement, la période de consolidation est seulement un peu plus longue que dans les fractures simples, et le résultat fonctionnel est plus satisfaisant que par les autres méthodes. »

En réalité, on s'aperçoit que le plâtré fermé n'est autre que l'application aux fractures de la méthode des *pansements rares* d'Ollier dans les ostéomyélites opérées. Leriche estime également que, dans les fractures compliquées, le pansement rare, le plus rare possible, est une nécessité ou plutôt un grand bienfait. Le renouvellement des pansements provoque des douleurs, de la résorption, de la fièvre. Les plaies ne sont alors pas défendues contre l'action de « mains animées d'un zèle intempestif », et qui leur apportent des antiseptiques inhibiteurs, des germes de surinfection, d'où l'apparition de certaines réactions. Au contraire en milieu fermé, des manifestations heureuses s'établissent, qui arrivent progressivement à nettoyer la plaie, et à déterminer sa cicatrisation. D'ailleurs, dit Böhler, le milieu le plus favorable doit être humide et chaud : le meilleur liquide est la sécrétion même de la plaie, et la température locale naturelle n'est pas abaissée par l'introduction dans la plaie d'antiseptiques froids.

Y a-t-il un intérêt à substituer un plâtre fermé au plâtre fenêtré en regard du pansement. En réalité, la différence n'est pas considérable ; en cas de complications infectieuses, la fenêtre sera insuffisante pour examiner et traiter le membre ; il faudra supprimer l'appareil comme s'il était fermé. L'avantage du plâtre fermé est, au contraire, de protéger la plaie contre les germes extérieurs, et surtout contre des pansements trop zélés ; en temps de guerre, il est pour les plaies un appareil très appréciable de protection intégrale.

La grande critique, qu'on puisse adresser à cette méthode, c'est de mettre une plaie infectée en « cavité close », d'où le risque d'une exacerbation inflammatoire avec le terrible danger de la gangrène gazeuse. La chose serait vraie si on pouvait assimiler le plâtre fermé, sur plaie ouverte, à la suture primitive des plaies accidentelles des parties molles. Celle-ci crée bien une cavité close avec tous ses dangers ; mais il n'en est pas de même pour le plâtre, qui laisse toujours persister quelques interstices, et qui par lui-même offre une certaine perméabilité ; celui-ci n'a donc qu'à un degré moindre les inconvénients de la suture hermétique.

Autre critique : c'est la difficulté de surveillance du membre. Un phlegmon gazeux localisé peut se manifester par une simple augmentation de volume du membre et par du tympanisme à la percussion. Or, il est manifeste qu'une telle forme localisée ne se manifestera pas par des troubles fonctionnels au niveau des orteils, dont la surveillance étroite est une des rares garanties, que l'on ait de ne pas méconnaître une grave infection.

Enfin, les sécrétions de la plaie, s'épanchant tout autour, déterminent sur la peau voisine des lésions de dermite et des ulcérations, risquant ainsi d'aggraver les dégâts.

Quant aux *résultats*, les circonstances n'ont pas permis aux auteurs de cette étude d'observer et de surveiller les blessés au cours de la première période, la plus dangereuse ; ils ignorent donc si le plâtre fermé a été susceptible d'entraîner, à ce moment, des catastrophes. Ils ne connaissent pas non plus le devenir de ces fractures ouvertes et les possibilités d'ostéomyélites.

Ils n'ont pu apprécier l'état des blessés plâtrés qu'au cours de la deuxième période, qui peut être approximativement fixée du dixième jour au troisième mois. Sur douze plâtres fermés, deux présentaient des troubles infectieux graves : 39°, vives douleurs, très mauvaise odeur. Il fut nécessaire de les opérer, après ablation du plâtre ; il est permis de douter que ces complications auraient pu être évitées sans plâtre fermé : les débris osseux ou exogènes suffiraient à déterminer les accidents. Pas de mort. Dans les dix autres cas : état général très satisfaisant, une fois guérison complète ; pour les autres, persistance d'une suppuration modérée.

D'une manière générale, on a remarqué que tous les mauvais résultats concernaient des fractures diaphysaires de l'humérus et du fémur. Tous les bons résultats ont été obtenus sur les fractures de jambe, d'avant-bras ou de tarse.

CONCLUSIONS : « Devons-nous adopter le plâtre fermé pour les fractures ouvertes et les grosses plaies des parties molles ?

« Il est évident que la répulsion que nous avons contre lui, vient plus de ce qu'il choque nos habitudes que de critiques réellement fondées.

« A la condition d'une surveillance très étroite pendant la première partie de l'évolution, il semble supérieur aux méthodes jusqu'ici employées, tant au point de vue du blessé lui-même, que par la possibilité de transport facile sans crainte de surinfection, et par la diminution considérable de soins à donner. »

G. FISCHER.

ACCIDENTS MÉDICAMENTEUX (ACIDE ACÉTYL-SALICYLIQUE)

Docteur S. WEINTRAUB

L'acide acétylsalicylique ou aspirine se formule à la dose de 1 à 3 grammes par jour dans les affections douloureuses et infectieuses.

Intoxication :

a) En quantité suffisante, il peut causer *un empoisonnement mortel*. La dose mortelle est d'environ 20 grammes.

b) L'empoisonnement par l'aspirine n'a pas de symptômes caractéristiques.

c) A l'autopsie des cas mortels, on ne constate pas d'altérations, mais *des hémorragies* de la muqueuse de l'estomac et des séreuses peuvent attirer l'attention. La réaction acide des liquides du cadavre et l'analyse chimique peuvent assurer le diagnostic de l'empoisonnement.

d) Etant donné l'acidose qui apparaît dans l'empoisonnement par l'aspirine, nous devons autant que possible combattre l'intoxication en faisant pénétrer des *alcalins* (*bicarbonate de soude*) dans l'organisme, non seulement par la voie buccale, mais aussi par toute autre voie possible. Contre la faiblesse cardiaque, il faut administrer des *cardiotoniques*.

Hypersensibilité :

a) L'hypersensibilité à l'aspirine est la forme typique *de l'allergie* médicamenteuse. Trente-deux cas ont été étudiés.

b) Les réactions apparaissent surtout dans *les familles* allergiques, et pour la plupart chez les femmes.

c) La fréquence d'hypersensibilité aspirinique est surtout importante à noter *dans l'asthme* et chez les individus qui ont des polypes nasaux.

d) L'asthme, l'urticaire, les crampes abdominales, la rhinite spasmodique sont des réactions communes à l'ingestion de ce médicament. Les attaques d'asthme sont sérieuses et difficiles à traiter (cas de mort).

e) La cuti-réaction ne doit pas être employée pour établir le diagnostic d'hypersensibilité à l'aspirine, car elle est souvent dangereuse.

f) Le meilleur traitement est de recommander à ces malades d'*éviter* le médicament (1).

(1) Thèse de Paris 1939.

A PROPOS DES VOMISSEMENTS ACÉTONÉMIQUES DE L'ENFANCE

Par le Docteur Marc DIESBECQ (de Jeumont)

Je viens de lire, sur ce sujet, un article par ailleurs remarquable du Docteur J. Langle, paru dans le *Concours Médical*. Sera-t-il permis à un médecin praticien de donner son opinion sur cette question ?

Tout d'abord on doit reconnaître la grande fréquence, la banalité de cette affection. Cependant surtout pour les cas graves, on retrouve dans les ascendants des petits malades, l'hérédité dite neuro-arthritique et principalement l'entéro-colite, l'eczéma et la migraine. Les causes provocantes de la crise : écarts alimentaires, surmenage scolaire, incubation de maladies infectieuses sont si variées, même pour un seul sujet, qu'elles ne peuvent entrer en ligne de compte au point de vue étiologique.

La crise elle-même a été cent fois décrite. Mais, il me paraît que les auteurs n'ont pas apprécié à sa valeur un symptôme capital ; la *déshydratation.* On pourrait croire qu'elle n'est due qu'aux vomissements. J'ai pu observer des pertes de poids de 3 kilogrammes alors que le volume des matières rendues n'excédait pas 500 grammes. La cause réelle de la *déshydratation* dans les cas que j'ai observés était une *polyurie* importante quoique paradoxale et il y avait toujours entre ces deux termes un rapport proportionnel. A l'époque de ces observations je surveillais un enfant atteint de diabète insipide méconnu et que j'avais pris en traitement à l'occasion d'une crise aiguë de vomissements acétonémiques. Ce n'est qu'ultérieurement, par l'interrogatoire des parents, que j'avais pu établir le diagnostic de ce diabète insipide, installé d'ailleurs depuis longtemps. Ce rapprochement m'a donné l'idée, que les vomissements périodiques de l'enfance pourraient bien être la manifestation d'un processus hypophysaire et que le mécanisme en était expliqué par un trouble temporaire du métabolisme de l'eau. Dans cette hypothèse, les vomissements et la polyurie étaient des réflexes d'origine centrale et la déshydratation consécutive conditionnait l'acétonémie. En 1935, j'ai proposé dans le *Journal des Sciences médicales de Lille,* de traiter l'accès par des prises nasales de poudre d'hypophyse et même l'injection d'extraits spécialisés comme dans le diabète insipide. Quand cette thérapeutique est constituée précocement elle fait avorter la crise : du moins en a-t-il été ainsi dans ma pratique.

Le Docteur J. Langle pose la question suivante « Pourquoi l'acétonémie se produit-elle avec tant de facilité chez l'enfant, beaucoup plus facilement que chez l'adulte ». La réponse est facile. La région hypophysaire est en pleine activité chez l'enfant, surtout au moment des « poussées » de croissance. Il n'y a rien de comparable chez l'adulte. C'est d'ailleurs, un fait bien établi et connu de la clientèle, que les vomissements se passent avec l'âge.

On me permettra d'étendre le sujet de cet article, par un rapprochement entre la migraine et la maladie des vomissements de l'enfance. Là aussi, même multiplicité des hypothèses pathogéniques. La théorie la plus répandue est celle de l'insuffisance hépatique qui est aussi, qu'on me pardonne cette expression, celle de l'insuffisance explicative. Qu'on interroge les grands migraineux. Ils vous diront sans doute qu'un écart alimentaire peut provoquer la crise mais aussi et beaucoup plus : une émotion, particulièrement la colère, un abus de travail, un excès vénérien. Le foie dans ce cas n'est qu'un réactif et le vomissement même bilieux un réflexe d'origine cérébrale. N'est-ce pas un processus de ce genre qui explique les vomissements incoercibles de la grossesse. Le Professeur Marfan a parlé d'une « substance émétisante hypothétique ». Je crois qu'elle existe mais qu'elle est d'origine humorale et qu'elle agit sur le système nerveux central. On pourrait peut-être la retrouver dans les urines des malades.

En manière de conclusion, on pourrait dire que les vomissements périodiques de l'enfance surviennent, chez des sujets prédisposés, à l'occasion des crises de croissance, que leur mécanisme doit en être recherché dans une perturbation non des fonctions hépatiques mais du système neuro-hormonal qui règle le métabolisme de l'eau. Comme traitement de la crise, il faut remédier à la déshydratation organique quand elle est constituée et surtout s'y opposer préventivement par l'absorption d'extraits hypophysaires.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Pleurésie puriforme aseptique au cours d'un oléothorax antisymphysaire

L'oléothorax, dit de « compression », a-t-il presque complètement disparu aujourd'hui ? Destiné à compléter le collapsus en cas de pneumothorax insuffisant, il est, par le fait même de la présence des adhérences, dangereux. Et c'est sa trop fréquente complication, la perforation pleuro-pulmonaire, qui l'a fait abandonner, d'autant plus que la généralisation de l'opération de Jacobeus, les désinsertions pariétales de G. Maurer, ont permis d'obtenir, dans les pneumothorax bridés, des résultats beaucoup plus sûrs avec peu de risques.

Il est hors de doute que l'oléothorax dit de désinfection a rendu et rend encore de grands services. Dans des pleurésies à bacilles de Koch ou à des germes associés, l'injection dans la cavité pleurale d'huile goménolée a souvent eu pour effet de faire tarir peu à peu la sécrétion purulente pendant que parallèlement les phénomènes de toxi-infection grave s'amendaient et que la température baissait. Il est encore couramment employé, et avec succès.

Mais là encore, comme pour l'oléothorax de compression, l'entrée dans la pratique des lavages de la plèvre, a fait reléguer l'oléothorax de désinfection au second plan. L'oléothorax ne supprime pas la nécessité de pratiquer des ponctions fréquentes, et les lavages de la plèvre donnent plus souvent la cessation complète des sécrétions pleurales, tandis que l'injection d'huile goménolée peut amener le désagréable inconvénient qu'est la « pleurésie intarissable », surtout en cas d'oléothorax prolongé.

L'oléothorax antisymphysaire, au contraire, conserve des indications précises, et il est à même de rendre des services incontestables. On sait combien est fâcheuse, au cours du pneumothorax artificiel, l'apparition d'une symphyse susceptible de compromettre l'évolution favorable des lésions pulmonaires en rendant insuffisante ou impossible une collapsothérapie, qui, jusque-là, avait donné de bons résultats. A condition d'agir sans trop tarder, l'introduction d'une certaine quantité d'huile stérilisée dans la cavité pleurale, en bloquant cette dernière, peut enrayer le processus symphysaire.

Et pourtant, même dans le cadre de cette indication, les complications existent. L'observation publiée par MM. J. STEPHANI, E. ARNOLD et Mlle E. COTTIN est un exemple que même un oléothorax pratiqué pour une bonne indication, avec précautions, est capable d'engendrer une pleurésie grave, et secondairement de ne pas empêcher une symphyse. Ce fait, naturellement, n'empêche pas les auteurs de considérer l'oléothorax antisymphysaire comme une thérapeutique qu'on peut pratiquer en toute conscience.

Ce qui paraît surtout intéressant à relever dans cette observation, c'est le fait que malgré un épisode aigu sérieux, forte fièvre, vomissements prolongés, la pleurésie semble être restée complètement aseptique. On n'a pas trouvé de microbes. Le malade n'a jamais eu cet aspect d'infection grave que donne toute pleurésie infectée. Sitôt la fièvre tombée, l'état général a été d'emblée excellent, ceci malgré la persistance d'un liquide purulent. De plus, fait qu'on n'observe pas dans une pleurésie purulente à pneumocoques par exemple, le liquide est redevenu peu à peu parfaitement clair, comme celui d'un épanchement banal de pneumothorax. Et, fait également intéressant, l'huile n'a jamais été retrouvée. A aucun moment la ponction n'a ramené de l'huile dans la seringue. Quand la symphyse a été complète, il ne restait aucun liquide dans la cavité et les radiographies ne montrent aucune infiltration à distance quelconque.

En somme, tout s'est passé comme si l'huile de paraffine minérale et non résorbable, avait agi comme corps étranger : un apport considérable de leucocytes polynucléaires est venu absorber l'huile. L'huile ayant été complètement éliminée de cette façon, les polynucléaires ont cessé d'affluer dans la cavité pleurale, et le liquide est devenu clair.

Il eût été intéressant de découvrir des gouttelettes d'huile à l'intérieur des globules blancs, mais malheureusement cette recherche n'a pas été faite en temps opportun.

C'est, de cette manière qu'on peut expliquer aussi l'évolution favorable de la pleurésie. Grâce à son caractère aseptique, grâce aux lavages de la plèvre et à la disparition de la poche purulente par symphyse, on a évité la thoracoplastie d'indication pleurale.

Cette absence de septicité de la pleurésie, jointe à une conduite thérapeutique judicieuse, permet de porter dans des cas semblables un pronostic favorable. (*Le Progrès Médical*, 13 mai 1939.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Elimination du virus poliomyélitique par les matières fécales

(MM. C. KLING, OLIN, MAGNUSSON et GARD, de Stockholm. — Présentation par M. LEVADITI ; 13-6-1939)

C'est une notion déjà ancienne qu'une des voies par laquelle le virus poliomyélitique quitte l'organisme humain est le tube digestif. On a même isolé le germe plus souvent des selles que des sécrétions nasopharyngées. Plus récemment, des chercheurs américains ont mis au point, de leur côté, une méthode nouvelle permettant de déceler la présence du germe poliomyélitique dans les selles. Utilisant cette méthode, M. C. Kling et ses collaborateurs ont pu confirmer l'existence, dans les matières fécales d'un sujet présentant des symptômes frustes de la maladie de Heine-Medin, d'un virus poliomyélitique assez virulent pour provoquer chez le singe une maladie expérimentale typique. Il y a là une source d'études intéressantes.

Prophylaxie de la douve du foie

(MM. E. BRUMPT et LAVIER ; 20-6-1939)

La distomatose hépatique est très répandue chez les moutons et est probablement moins exceptionnelle chez l'homme qu'on ne l'admet généralement. L'infestation se traduit tout d'abord par un état fébrile avec hépatite douloureuse qui correspond à l'arrivée des petits distomes au foie et à leur migration vers les voies biliaires. Les troubles intermittents observés ensuite ont l'allure d'une angio-cholécystite banale. Le pronostic de la distomatose à grande douve, contre laquelle nous ne possédons pas de médicament vraiment actif, reste sérieux.

Le cycle évolutif du para ite est le suivant : les œufs qui gagnent le milieu extérieur avec les excréments du mouton, atteignent dans l'eau la maturité en une quinzaine de jours. Il s'en échappe des embryons qui ne peuvent continuer leur développement que sur un hôte intermédiaire, un mollusque du genre *Limnea*. Ils donnent naissance à une dernière forme larvaire qui vient se fixer sur des feuilles de végétaux, des brins d'herbes que les moutons ingèrent dans les prairies où ils sont mis en paturage.

Pour l'homme, le seul aliment réalisant les conditions requises comme vecteur de la forme infestante, est le cresson. Il y a, à ce point de vue, une discrimination à faire entre le cresson sauvage et celui cultivé dans les cressonnières. Le premier seul est cause des infestations humaines par la douve. Le second, cultivé dans des cressonnières éloignées de tout élevage de moutons, n'est pas contaminé. Il en est ainsi pour le cresson vendu aux Halles de Paris ou il arrive en quantités d'ailleurs importantes.

La prophylaxie consistera donc à éviter de manger du cresson sauvage dont l'origine n'est pas surveillée, et à ne livrer sur les marchés que du cresson de cressonnières, mesure simple permettant d'utiliser sans danger un aliment sain et agréable dont la consommation, comme le montrent les chiffres de l'Inspection sanitaire de la Seine, est en accroissement.

L'encéphalite méningococcique

(MM. JONESCO-SISESTI et STROESCO ; 6-6-1939)

Les auteurs concluent ainsi leur mémoire : l'encéphalite méningococcique, tout comme l'encéphalite pneumococcique, se place dans le groupe des leucoencéphalites et s'accompagne de méningite. Mais, alors que les germes sont nombreux dans l'encéphalite pneumococcique, ils sont en petit nombre dans l'encéphalite méningococcique.

La lutte anti-alcoolique

(M. Jules RENAULT ; 13-6-1939)

M. Jules Renault donne lecture du vœu suivant présenté par la Commission de l'alcoolisme, vœu qui mis aux voix, est adopté :

L'Académie de médecine, profondément émue par les renseignements récemment apportés à sa tribune et les vœux émanant de sociétés savantes qui montrent une recrudescence alarmante de l'alcoolisme, devenu en France un véritable danger social, demande aux pouvoirs publics :

1° L'application stricte des lois et règlements concernant d'une part l'installation des débits de boissons alcoolisées et, d'autre part, les heures d'ouverture de ces débits ;

2° Une réduction importante et rapide du nombre de ces établissements en France ;

3° Une réglementation nouvelle des jours et heures d'ouverture de chaque débit ;

4° La fermeture des débits dans certaines circonstances, telles de grèves et élections.

Devant la recrudescence des accidents (sans parler des crimes) survenant sous l'influence de l'intoxication alcoolique, elle appuie le vœu émis par la Société de médecine légale de France, concernant une mesure déjà appliquée à l'étranger et qui consiste dans la recherche et le dosage obligatoire de l'alcool dans le sang (ou l'urine, etc.) à l'occasion des crimes, des rixes et des accidents de la circulation.

P. L.

Les Livres

Les Livres qui viennent de paraître...

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, boulevard Saint-Germain,

A. GIROUD et A. LELIÈVRE. — **Eléments d'embryologie.** Un vol. 330 pages, 227 fig., 1939. Prix : 60 francs.

CHEZ MASSON ET CIE
120, boulevard Saint-Germain, Paris

H. JAHIER. — **Le syndrome « Hémorragie du nouveau-né ».** Préface du Professeur J. Voron. Un vol. 184 p., 13 fig. (Collection Médecine et chirurgie : Recherches et applications n° 19). Prix : 26 francs.

H. FULCONIS. — **La fragilité osseuse congénitale.** (MALADIE DE DURANTE). Préface du Professeur Laffont. Un vol. 134 pages. Prix : 28 francs.

André JACQUELIN. — **Les tuberculoses atypiques.** FRÉQUENCE, POLYMORPHISME. INTÉRÊT THÉRAPEUTIQUE. Préface du Professeur Bezançon. Un vol. 354 p., 20 fig. Prix : 70 francs.

LIBRAIRIE ERNEST LEROUX
108, boulevard Saint-Germain

Revue des Revues littéraires et scientifiques hongroises de l'année 1937. II. SCIENCES. SCIENCES APPLIQUÉES. Un vol. 190 p., 1938.

IMPRIMERIE DES CAISSES D'EPARGNE
97, rue d'Alésia, Paris

Lucien SICOT. — **La nouvelle loi du 1er juillet 1938 sur les accidents du travail.** COMMENTAIRES PRATIQUES. Un vol. in-8°, 30 francs. Franco 3 fr. 50.

M. Lucien Sicot, professeur à l'Ecole de législation professionnelle et directeur d'une des plus anciennes Compagnies d'assurances, était particulièrement qualifié pour rédiger des commentaires pratiques à la loi sur les accidents du travail.

Le mot « pratique » a ici sa pleine valeur. D'autres auteurs ont écrit des ouvrages importants sur cette loi et récemment encore MM. Claude Woog et Bardon Damarzid ont publié un volume fort intéressant sur lequel nous reviendrons, mais si cet ouvrage est plus spécialement écrit pour le juriste, celui de M. Lucien Sicot est d'un maniement extrêmement commode et n'est pas surchargé de subtilités juridiques.

Nous avons été heureux de trouver dans ce livre un résumé condensé des arguments et des discussions qui s'affrontèrent lors du vote de la loi. La grosse question de l'assujettissement est parfaitement exposée.

Les obligations du médecin traitant un accidenté du travail sont, d'autre part, fixées avec clarté et précision.

M. Lucien Sicot, d'ailleurs, ne s'est pas borné à indiquer le droit mais il souligne au passage les lacunes et les erreurs de la loi, signalant les points qui devraient faire l'objet d'une nouvelle réglementation. Aussi, non seulement les médecins individuellement mais encore les Syndicats médicaux auraient avantage à consulter cet ouvrage afin d'être parfaitement documentés pour défendre les intérêts de leurs mandants.

P. R. B.

Éditions CLAIRVILLE,
2, square de la Bresse, Paris (XVIe)

Annuaire du praticien, par le Docteur A.-L. CLAIRVILLE. Trois volumes, 1.504 pages. Prix : 90 francs. relié.

Cet Annuaire, d'une formule nouvelle, a pour but de fournir des renseignements précis sur différentes questions scientifiques et pratiques que le praticien a intérêt à connaître et qu'il ne pourrait se procurer qu'en consultant des traités divers.

Le Tome I (*Partie scientifique*) aborde, par la plume de collaborateurs compétents, quelques problèmes essentiels de la médecine moderne. En voici les grandes divisions : Tendances idéologiques de la médecine moderne. — Questions scientifiques en évolution. Leurs applications médicales. — Hygiène. Médecine préventive. Médecine sociale. — Médecine clinique. Thérapeutique. — Petit dictionnaire des termes scientifiques et techniques médicaux.

Le Tome II (*Partie médicale pratique*) résume les données de la pratique de tous les jours. Ses chapitres sont : Partie professionnelle ; Partie administrative ; La Pratique journalière ; Partie paramédicale.

Le Tome III (*Partie pharmaceutique*) contient un *Dictionnaire des spécialités pharmaceutiques médicales* dont le *classement a été fait par principes actifs.*

LA THÉRAPEUTIQUE ANTI-ANAPHYLACTIQUE

Peptone désséchée ou peptone liquide

Depuis les travaux expérimentaux de Ch. Richet et de Portier depuis les recherches cliniques de Widal et Abrami, de Ph. Pagniez et de Pasteur Valléry-Radot, de Ch. Richet fils et Saint-Girons, on sait que de nombreux phénomènes morbides qui jusqu'alors étaient restés sans explication devaient rentrer dans le cadre de l'anaphylaxie.

Sensibilisés par des voies multiples, certains sujets font des réactions variées dès que l'antigène pour lesquels ils sont sensibilisés pénètre dans leur organisme. C'est ainsi que, pour ne citer que les principales, l'asthme, la migraine, le coryza spasmodique, le rhume des foins, l'urticaire sont des maladies par sensibilisation.

On sait, d'autre part, depuis les travaux de Besredka que les animaux de laboratoire en état d'hypersensibilisation se laissent aisément vacciner contre le choc anaphylactique par des petites doses et des injections subintrantes, c'est le procédé de la skeptophylaxie.

A la suite de ces recherches sur la vaccination anti-anaphylactiques chez le cobaye contre le lait, le sérum et le blanc d'œuf, Ph. Pagniez et Pasteur Valléry-Radot appliquèrent le même procédé en clinique et obtinrent des résultats des plus intéressants.

Ces auteurs ayant constaté que l'alimentation animale ou végétale provoquait chez certains individus une poussée d'urticaire avec œdème de la face faisaient précéder le repas par la prise alimentaire d'une petite quantité d'aliments nocifs et ils obtinrent par cette vaccination, la disparition des troubles.

Désirant simplifier la technique de cette vaccination, Ph. Pagniez et Pasteur Valléry-Radot ont préconisé la prise d'un cachet de peptone qui vaccine l'organisme contre toute protéine nocive.

En effet, il est souvent difficile, sinon impossible de connaître exactement l'aliment nocif. En s'adressant à une peptone polyvalente, non spécifique, on empêche ces accidents dus aux substances albuminoïdes les plus variées.

D'autre part si cette skeptophylaxie non spécifique empêche souvent les manifestations consécutives à l'ingestion d'une substance nocive, elle est aussi une méthode de désensibilisation : le malade au bout d'un certain temps après avoir ingéré régulièrement la peptone avant les repas peut s'accoutumer aux aliments nocifs et ingérer impunément ces aliments.

Comment pratiquer cette thérapeutique anti-anaphylactique ? « Pour que cette méthode donne de bons résultats, le malade doit rester strictement à jeun entre les repas. Il doit prendre la peptone à la dose de 0,50, une heure avant chacun des trois repas. La peptone doit être une peptone de Witte et de préférence une peptone polyvalente : l'expérience a montré qu'une peptone polyvalente contenant des peptones de viande et de poisson, auxquelles on associe des extraits de lait et d'œuf et un peu de farine de blé (à cause de la nocivité fréquente du pain) est préférable à une peptone monovalente. La peptone doit toujours être une *peptone desséchée* ; les *peptones en sirop s'altèrent facilement et perdent par conséquent leurs propriétés : elles ne doivent donc pas être utilisées.* (*Semaine des Hôpitaux* 15 avril 1930.)

Ainsi il est nécessaire d'employer dans cette thérapeutique anti-anaphylactique une peptone *desséchée*, *polyvalente*, *solide* et *non contenue* dans un sirop.

La peptonothérapie préprandiale chez certains sujets doit être continuée pendant des semaines ou des mois ; chez d'autres, il faut faire tous les quinze jours des interruptions de quelques jours pour que l'organisme ne s'accoutume pas à la peptone.

La peptalmine qui est une peptone polyvalente composée de quatre peptones : peptone de viande, peptone de poisson, peptones d'extrait d'œuf et d'extrait de lait répond exactement aux desiderata. Ce sont des peptones *desséchées*, *solides*, enrobées dans de la farine de blé pour obtenir une action désensibilisante dans ces cas d'intolérance si fréquents au pain et qui dans tous les cas qui ressortissent à l'anaphylaxie alimentaire permettent non seulement de guérir la manifestation aiguë mais encore la désensibilisation complète de l'organisme.

Docteur MESLIER.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

LE PRIVILÈGE DU MÉDECIN ET DU PHARMACIEN

C'est un privilège que la loi de Germinal a établi en faveur du médecin et du pharmacien, mais elle l'a établi surtout, *dans l'intérêt du malade.* Le législateur a bien compris qu'en exigeant pour exercer nos professions des études et des diplômes il protégeait le malade trop confiant contre l'ignorance et l'impudence du charlatan beau parleur, contre le marchand d'orviétan qui abuse de la crédulité du peuple, et souvent de sa stupidité. Ce privilège nous devons le défendre, le revendiquer mais surtout le mériter et je crains qu'actuellement nos professions, j'entends aussi bien celle du médecin que celle du pharmacien, laissent agir contre les intérêts médico-pharmaceutiques des spéculateurs, des commerçants avides, qui forts de l'impunité s'enrichissent en dupant le malade. Actuellement le procès de Châlon-sur-Saône nous permet de nous rendre un compte exact de la manière dont le malade est dupé, sans que nos Syndicats médicaux ou pharmaceutiques se soient suffisamment émus.

La lecture de la déposition de l'expert, M. Lormant, directeur du laboratoire de contrôle des médicaments que reproduit *Le Siècle Médical* doit nous retenir.

« *Aujourd'hui,* dit l'expert, *certaines spécialités tendent à remplacer le médecin, et c'est une erreur.*

« *Sans doute les spécialités qui s'adressent directement au public sont-elles pour la plupart inoffensives. Leurs préparateurs ont prévu l'ignorance des malades et pour éviter les accidents ont dilué les doses des constituants actifs, mais dangereux.*

« *Mais en souhaitant l'abolition de ce mode de propagande charlatanesque, j'aimerais voir l'ensemble des postes de radio et de journaux organiser eux-mêmes le contrôle de leur publicité comme le font certains organes.*

« *Il y a des spécialités très connues qui rédigent leurs annonces avec un doigté parfait. Les autres devraient les imiter. Je connais quelques cas de publicité nettement nuisibles, tel ce produit qui se vante de guérir la tuberculose et qui empêche de grands malades de se rendre dans les sanatoria où les envoient leurs médecins et où ils pouvaient retrouver la santé.* »

Ces paroles pleines de sens, nous devons les faire nôtres et demander aux Syndicats de médecins et aux Syndicats de pharmaciens de profiter du scandale fait par le procès de Châlon, pour agir énergiquement près des pouvoirs publics, pour empêcher qu'on puisse impunément, et avec la complicité d'un pharmacien prête-nom, vendre à des malades des préparations qui constituent des tromperies évidentes, des escroqueries véritables.

Il est inadmissible que des produits sans action, soient vendus dans des pharmacies, que le pharmacien dont on exige des études longues et difficiles, prête son concours pour vendre de telles préparations. S'il se trouve des médecins assez naïfs, ou assez dépourvus de sens moral pour les recommander, je demande à leurs Syndicats d'agir, de les traduire en Conseil de famille et de nous débarrasser de ces compères qui, vraisemblablement agissent par intérêt ; le Syndicat par son action aura montré qu'il était le gardien vigilant de nos privilèges et qu'il n'admettait point des compromissions. Quand circulant à travers Paris, je vois aux vitrines des pharmacies de grandes réclames pour des produits que nous ne connaissons que par la radio, ou par le journal, je me demande si la profession de pharmacien en est arrivée là et je reste persuadé que si ces produits peu recommandables ne trouvaient pas l'hospitalité d'officines sérieuses, leur succès en serait très amoindri. « *Demandez à voire pharmacien* » dit la voix radiophonique ; il est probable que si le pharmacien ne se faisait pas le compère de la vente de ces préparations, sur lesquelles il a un important bénéfice, nous n'assisterions point à des confusions graves comme celle à laquelle j'ai assisté.

« Une malade atteinte d'insuffisance hépatique était à la clinique et pour remédier à son état les médecins décidèrent après une consultation importante de la soumettre à des extraits hépatiques. Le mari désireux de voir sa femme guérir vite, oubliant l'ordonnance, courut aussitot chez un pharmacien. Il se rappelait, ou croyait se rappeler le nom du produit, et revint avec un

ersatz de nom similaire, le fit prendre à sa femme et ce ne fut que quelques jours plus tard, alors que l'état s'était aggravé, qu'on s'aperçut de l'erreur.

Je cite ce fait pour montrer le danger qu'il y a à troubler l'esprit du public par cette fausse médecine par cette pharmacopée de seconde zone, et qu'il faut trouver le moyen de nous débarrasser de ces médications sans effet, ne devant leur succès qu'à la radio-diffusion et qui cherchent à prendre la place et quelquefois le nom de produits actifs, bien préparés, pour lesquels des laboratoires sérieux se donnent du mal, et entreprennent des recherches coûteuses.

Il est impossible que nous soyons sans action contre ces flibustiers de la pharmacie qui jettent le discrédit sur la médecine sérieuse, sur la pharmacie efficace, et qui, parce qu'ils donnent 750 francs par mois, à un pharmacien prête-nom, peuvent impunément inonder le monde des malades de leurs préparations.

Il faudrait que le procès de Châlon montre que le privilège du médecin et du pharmacien établi pour donner au malade confiance et sécurité, ne suffit plus aujourd'hui, que l'exploitation de la maladie par la presse, par la radio, par des groupements financièrement puissants est *un véritable danger contre lequel il faut agir*. Le procès de Châlon nous montre que ce sont là des pratiques qui se répandent, qui s'organisent, que nous devons former contre elles *le front uni des médecins et des pharmaciens* qui croient encore qu'il existe une science de guérir, que cette science ne s'acquiert qu'après de longues études, qu'elle nécessite une longue suite de recherches, et qu'il ne suffit pas d'un beau ou d'un haut parleur pour parer un remède de toutes les vertus.

Si nous ne réagissons pas maintenant, nous verrons cette industrie rémunératrice des spécialités anodines, se développer et un jour, las de la tutelle du pharmacien, l'industriel revendiquera la libre vente, dans le grand magasin, chez l'herboriste, chez le coiffeur, ; le privilège de Germinal sera balayé d'autant plus facilement qu'on montrera que depuis des années les pharmaciens prêtaient leurs officines pour cette vente productive, qu'ils agissaient dans le seul esprit d'un profit puisqu'ils étaient à même de connaître le produit, de savoir que les doses des médicaments actifs qui y entraient étaient insuffisantes et qu'ils étaient les complices de cette vaste organisation destinée à duper le malade.

Le procès de Châlon doit nous ouvrir les yeux à tous médecins et pharmaciens, nous devons étudier le moyen de renforcer les garanties que la loi de Germinal a voulu donner au malade et tous les médecins et tous les pharmaciens qui aiment leur métier comprendront que le moment est venu de débarrasser nos professions des mercantis sans pudeur qui les troublent.

Dr Raphaël MASSART.

A-T-ON LE DROIT D'INTERROMPRE UNE GROSSESSE ?

Ce sont uniquement les avortements dits « thérapeutiques » qu'envisage le Docteur Jean Vanier (1) et dont il discute la légitimité.

Les traités admettent l'interruption de la grossesse lorsqu'elle menace d'aggraver une tuberculose, une éclampsie, une insuffisance hépatique, une cardiopathie.

Le médecin a-t-il le droit de les suivre, se demande l'auteur. On tue *sûrement* l'enfant, on ne sauve pas sûrement la mère ; et en outre personne ne peut dire si elle ne survivrait pas, ayant mené sa grossesse à terme.

Mais, même le pronostic fatal admis, la question, à son avis, reste entière et doit être résolue par la négative.

Il n'est pas besoin d'invoquer le danger que comporte toujours une manœuvre abortive, nul n'a le droit d'attenter à la vie de son prochain fût-ce un enfant « in utero ». La mort de la mère, si elle survient, n'est pas le fait du médecin. Il n'a pas le droit d'en supprimer un délibérément pour sauver l'autre.

Et il cite le texte de l'Encyclique « Casti Connubii » du pape Pie XI : « ... La vie de l'un et de l'autre est chose pareillement sacrée ; personne, pas même les Pouvoirs publics, ne pourra jamais avoir le droit d'y attenter ».

La question est donc tranchée pour les croyants ; pour les autres, elle demeure un cas de conscience où le texte des traités didactiques est mis en discussion par des préceptes moraux. Cas unique, peut-être, et d'autant plus digne de méditation.

G. L.

(1) *Archives Médico-chirurgicales de Normandie*, juin 1939, nº 186.

UN MÉDECIN ASSISTANT DES HÔPITAUX PEUT-IL BÉNÉFICIER DE CERTAINES LOIS SOCIALES ?

La question suivante vient de m'être posée. Une dame, docteur en médecine, nommée régulièrement assistante d'un chef de service, dans un grand hôpital parisien, peut-elle continuer à toucher son traitement, pendant la période de ses couches ? Peut-elle invoquer, à son bénéfice, les différentes lois qui protègent la maternité, ou doit-elle se résigner à ne plus toucher son indemnité hospitalière, pendant tout le temps où elle est contrainte de cesser ses fonctions à l'hôpital ?

En d'autres termes, il m'est demandé de préciser si le médecin d'hôpital peut, sous certaines conditions, être réputé avoir contracté un louage de service, ou, si, selon la jurisprudence du Conseil d'Etat, il doit être assimilé aux fonctionnaires d'établissement public ?

Je réponds à mon confrère qu'un docteur en médecine, qui a une fonction professionnelle dans un hôpital, ne doit pas être considéré comme un salarié, mais comme un fonctionnaire d'établissement public. Par suite, les différents articles du Code du travail ne lui sont pas applicables.

Pour qu'il puisse bénéficier de ces derniers, il faudrait qu'il soit lié à l'hôpital par un véritable contrat de louage de services. En particulier, il devrait donner tout son temps à son travail professionnel hospitalier, avec interdiction absolue de pratiquer en dehors de l'établissement. La chose serait encore fort discutable, car les Tribunaux ont mis de longues années , avant de se décider à admettre que le docteur en médecine puisse valablement louer ses services. Par arrêt du 26 juillet 1938, la Cour de cassation, Chambre civile a décidé que le contrat intervenu entre un directeur de sanatorium et un médecin, tout en laissant à celui-ci une pleine indépendance professionnelle dans l'exercice de son art, lui impose de visiter les malades chaque matin, de faire une contre-visite l'après-midi et de procéder chaque semaine à un examen approfondi et à une pesée de chaque *hospitalisé, place* ce médecin sous la dépendance et le contrôle du propriétaire de l'établissement. Par suite, une Cour d'appel peut décider qu'un tel contrat constitue un louage de travail.

Tel n'est pas le cas d'un médecin des hôpitaux ou d'un assistant, qui, en dehors de ses fonctions hospitalières, peut s'adonner à la clientèle de ville et consacrer la majeure partie de son temps et de son activité professionnelle à l'exercice de son art, en dehors de l'établissement public. Ici le médecin conserve le caractère de praticien exerçant une profession libérale, lié à l'hôpital, non par un contrat de louage de services, mais par une délégation de fonctions, à savoir soigner les malades, qui lui sont confiés par l'Administration de l'hôpital.

Bien entendu, si l'assistante n'était pas docteur en médecine, mais infirmière, elle aurait le droit de se réclamer du Livre II du Code du travail.

Est-ce à dire que la femme docteur en médecine, assistante d'un service d'hôpital, doive perdre ses appointements parce qu'elle va donner un enfant à la France, au moment où se déclenche, dans notre pays, une croisade en faveur de la natalité ? Bien qu'elle n'ait aucun droit, la future maman pourra vraisemblablement obtenir de la Commission administrative de l'hôpital, une gratification de maternité, égale à son traitement. Ce serait une gracieuseté faite par l'Administration, mais ce serait de l'argent bien placé. Ce geste généreux en faveur d'une future mère prouverait au Corps médical hospitalier que les membres de la Commission administrative, bien que gestionnaires du bien des pauvres — le revenu hospitalier — entendent cependant traiter leurs médecins comme des collaborateurs. Au surplus, dans bien des administrations publiques, des allocations de grossesse sont allouées. Cette question mérite donc d'être retenue.

Dr Paul BOUDIN.

L'ACTUALITE PROFESSIONNELLE

Informations judiciaires

La Cour de Cassation et le Conseil d'Etat ne sont pas d'accord sur la responsabilité des médecins des hôpitaux publics

Le médecin ou le chirurgien d'un établissement public hospitalier engage-t-il, en cas de faute professionnelle ou technique dans l'accomplissement de son service médical, sa propre responsabilité comme s'il exerçait en clientèle privée, ou au contraire la responsabilité de l'Administration dont il est l'agent, conformément aux règles du droit administratif ? Telle est la question qu'il s'agit de résoudre.

Pendant longtemps la jurisprudence civile est restée bien fixée dans ce sens que le médecin, devant conserver une entière indépendance dans l'exercice de son art, ne peut être considéré comme un préposé, même s'il est attaché à un hôpital public. L'Administration, n'ayant aucun pouvoir de direction sur son Corps médical, ne saurait donc être rendue responsable des dommages qu'il peut causer par sa faute, et le médecin auteur du dommage doit être recherché personnellement par la victime. En conséquence la juridiction compétente pour connaître d'une telle action est la juridiction civile de droit commun.

Cette thèse, trop absolue, ne saurait maintenant trouver de défenseurs. Déjà la jurisprudence administrative avait commencé à la nuancer en distinguant dans l'activité du médecin deux domaines bien différents, distinction qui, si elle vaut en matière de service public, a cours également en matière de clientèle privée. Le médecin est tout d'abord un *professionnel* comme les autres et à ce titre doit respecter certaines règles de prudence, d'organisation, de moralité qu'impose le droit commun. Mais il est plus que cela, c'est en outre le *détenteur d'une technique* garantie par un diplôme, protégée par un monopole légal qui lui donne un certain caractère interdit et sacré. Tout ce qui touche au domaine que nous appellerions volontiers *économique et administratif* de la profession, s'intègre, en cas d'organisation publique de soins, dans le service public médical, et c'est l'Administration chargée de ce service qui est responsable de toute défectuosité dans son exécution.

Ainsi le Conseil d'Etat a-t-il considéré comme relevant de sa seule compétence, et comme n'entraînant en conséquence que la responsabilité de l'Administration, le fait pour le médecin-chef d'un service hospitalier de ne pas surveiller suffisamment le personnel infirmier sous ses ordres, ou d'avoir laissé un aliéné se suicider en se jetant par une fenêtre.

Reste le domaine de la technique médicale proprement dite. Là encore deux récents arrêts du Conseil d'Etat (Aff. Loiseau, 8 novembre 1935 ; aff. Teyssier, 12 mars 1937) ont manifesté une profonde divergence d'avec la jurisprudence civile, en considérant le service médical proprement dit comme faisant partie, au même titre que le service administratif, du service public. En conséquence *toute faute lourde dans le service médical ou chirurgical engage également la responsabilité administrative.* Seule la juridiction administrative est compétente pour se prononcer à ce sujet, et le médecin ne peut être recherché personnellement devant les tribunaux civils de droit commun que s'il a commis une faute de l'homme se détachant de la fonction.

Plusieurs décisions de Tribunaux civils, dont notamment la Cour de Colmar (arrêt du 24 décembre 1936) et le tribunal de Libourne (jugement du 9 novembre 1937) avaient admis cette thèse et s'étaient déclarés incompétents pour statuer sur des poursuites en responsabilité contre un médecin d'hôpital public.

Mais l'unanimité de la jurisprudence était fort loin d'être réalisée. Récemment encore la Cour de Paris, par un arrêt du 18 mars 1938, reprenait les anciennes formules et décidait que l'Assistance publique, n'étant pas le commettant des médecins des hôpitaux, ne saurait être rendue responsable de leurs fautes. L'utilité d'une décision de la Cour de Cassation s'imposait dans le domaine civil.

C'est donc avec un tout particulier intérêt que nous avons pris connaissance de l'arrêt rendu en cette matière, le 30 novembre 1938, par la Chambre des requêtes. Il s'agissait dans cette espèce d'une malade admise dans un hôpital parisien pour une tumeur au sein, qui, prétendant avoir été mal opérée et avoir subi de ce fait un préjudice, avait dirigé son action contre les médecins auteurs de l'acte chirurgical et l'avait portée devant les Tribunaux de droit commun. La Cour de Paris s'étant reconnue compétente et ayant accueilli les prétentions de la demanderesse, un pourvoi en cassation fut formé, dont le motif était la violation du principe de la séparation des pouvoirs, c'est-à-dire l'incompétence

absolue de la juridiction civile à l'égard des actes de l'Administration publique. Sous cet aspect de procédure et de compétence, la question de fond, c'est-à-dire la dépendance ou l'indépendance du médecin à l'égard du service public hospitalier, se trouvait ainsi posée.

La Cour suprême l'a résolue en reprenant pour son compte la distinction que nous avons faite plus haut, entre le côté économique ou administratif de la profession, qu'elle dénomme le « *service public d'assistance médicale* », et le domaine purement *technique de l'art médical.* En l'espèce « la faute imputée aux praticiens ne se rattachait en rien au service public d'assistance à l'hôpital, mais uniquement à l'exercice technique de leur art, la malade leur reprochant de l'avoir mal opérée. Dans ces conditions *les Tribunaux judiciaires étaient compétents* ».

Alors que le Conseil d'Etat considère les médecins hospitaliers comme étant pour le tout les agents d'un service public, c'est-à-dire des fonctionnaires engageant la responsabilité de l'Administration, la Cour de cassation ne les estime tels qu'en ce qui concerne la partie administrative de leur service. Par contre *tout ce qui a trait à l'exercice de la médecine, tout ce qui échappe aux non-diplômés ne concerne que le médecin lui-même, homme privé responsable personnellement de ses fautes devant les Tribunaux de droit commun.*

Il nous semble à la vérité que la jurisprudence du Conseil d'Etat est la plus rationnelle. Ainsi que l'ont fait très justement remarquer M. Heilbronner, dans sa note sur l'arrêt Loiseau précité et M. le Professeur Savatier à propos de l'arrêt de cassation qui nous occupe, il est difficile de nier l'existence d'un lien entre les médecins hospitaliers et l'Administration, même dans le domaine proprement technique, puisque c'est cette dernière qui procède à leur nomination le plus souvent par voie de concours, et qui fournit les moyens matériels et financiers nécessaires à l'exercice de cette technique. C'est d'autre part une conception singulièrement étroite que d'exclure du service public d'assistance médicale ce qui en est au contraire l'essence même, à savoir la délivrance des soins. Enfin l'indépendance technique n'est point par elle-même incompatible avec la qualité de fonctionnaire, ainsi que le prouve la liberté accordée dans des domaines divers, aux professeurs de l'enseignement supérieur, ou aux ingénieurs des grands corps de l'Etat.

Ceci nous conduit à admettre également, cette fois en matière de droit privé, que le médecin attaché à une maison de santé, à un dispensaire ou plus généralement à une collectivité non publique, pourrait dans une large mesure, être considéré contrairement à l'ancienne jurisprudence dominante, comme le préposé de l'administration à laquelle il loue ses services, encore qu'il ne puisse recevoir d'ordres sur le plan purement technique, et engager ainsi par ses fautes, même médicales, la responsabilité de cette administration. Deux décisions récentes concernant les médecins de chemins de fer ou de compagnies de navigation, quoique fondées sur le principe légèrement différent de la responsabilité contractuelle, acceptent fort bien cette conséquence.

En conclusion, le principe de la responsabilité personnelle du médecin, conséquence du caractère libéral de sa profession, ne doit valoir que tant que cette liberté est entière. Dès lors qu'elle est aliénée même pour partie et dans le seul domaine économique et administratif, il est difficile de suivre la Cour de cassation et de ne voir qu'une activité indépendante dans la prestation de services médicaux, objet même de l'obligation contractée par le médecin auprès de l'administration qui l'emploie. C'est au contraire cette administration créatrice du service, créancière de ces prestations, qui devrait dans tous les cas répondre des risques qu'elles font naître à l'égard des malades.

Jean MIGNON.

Bibliographie

Imprimerie H. GAIGNAULT et fils
Issoudun

Docteur L. ROBERT. Nuptialité et Natalité.

Dans ce rapport présenté à la Commission départementale de la Natalité et de Protection de l'enfance de l'Indre, notre distingué confrère le Docteur Robert envisage le problème pour l'Indre et pour une période allant de 1861 à 1937.

Les mariages comme les naissances ont diminué,

Moyenne du nombre de mariages : 8,86 en 1860-1864 et 6,84 en 1937.

Moyenne du nombre des naissances : 27,98 en 1860-1864 et 15,37 actuellement,.

Il n'y a pas de différence sensible entre les milieux ruraux et les milieux urbains.

La cause est donc ailleurs que dans les conditions matérielles de vie, comme du reste dans toute la France.

C'est à cette cause qu'il appartient à nos dirigeants de s'attaquer.

G. L.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Réunion du Conseil d'administration du 10 juillet 1939

Présents : MM. Noir, président ; Vimont, vice-président ; Lavalée, secrétaire général ; J. Mignon, trésorier adjoint ; Massart, Hervouet, M. Mignon, membres.

Excusés : MM. O'Followell, H. Mignon, Boudin et Fischer.

La séance est ouverte à 17 heures.

Après adoption du procès-verbal de la précédente séance, le Conseil passe à l'ordre du jour.

Indemnités maladies-accidents

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes :

MM. de Belleville (Seine), 1.275 francs ; Bron (Charente-Maritime), 154 francs ; Bugeau (Charente-Maritime), 374 francs ; Dumas (Sarthe), 467 fr. 60 ; Durieux (Savoie), 715 francs ; Durozoy (Seine-et-Oise), 110 francs ; Etienne (Meurthe-et-Moselle), 924 francs ; Lumbroso (Tunisie), 1.500 francs ; Massina (Pyrénées-Orientales), 165 francs ; Moulinié (Tarn), 55 francs ; Seibel (Calvados), 190 fr. 60 ; Viard (Savoie), 1.155 francs ; Voisin (Indre-et-Loire), 1.760 francs.

MM. Laffitte (Vosges), 264 francs ; Laisney (Seine), 110 francs ; Masson (Meuse), 1.122 francs ; Midon (Meurthe-et-Moselle), 1.683 francs ; Parin (Pas-de-Calais), 2.145 francs ; Pelloux (Var), 1.210 francs ; Renaud (Allier), 935 francs ; Truelle (Seine), 220 francs ; Viannay (Loire), 286 francs ; Vincent (Seine-et-Oise), 2.900 francs ; Vittet (Ardèche), 990 francs.

MM. Audouin (Gironde), 154 francs ; Aujaleu (Tarn-et-Garonne), 198 francs ; Bapt (Bouches-du-Rhône), 836 francs ; Dreneau (Vendée), 715 francs ; Duballen (Nièvre), 1.485 francs ; Houques (Gironde), 315 fr. 55 ; Huriez (Nord), 750 francs ; Jannot (Doubs), 99 francs ; Liabot (Saône-et-Loire), 418 francs ; Mathez (Doubs), 165 francs ; Mons (Hérault), 938 fr. 30 ; Nodet (Loire), 1.540 francs ; Oliviéri (Bouches-du-Rhône), 363 francs ; Pouliquen (Finistère), 286 francs ; Resling (Meuse), 2.310 francs ; Richard (Loir-et-Cher), 231 francs ; Roguet (Maine-et-Loire), 561 francs ; Archambaud (Eure), 330 francs ; Balatre (Aisne), 330 francs ; Bapteste (Saône et-Loire), 3.465 francs ; Baude (Pas-de-Calais), 121 francs ; Beaupère (Saône-et-Loire), 330 francs ; Bézy (Haute-Garonne), 330 francs ; Bigeon (Manche), 330 francs ; Borrel (Hérault), 462 francs ; Boudey (Haute-Garonne), 330 francs ; Boudin (Seine), 495 francs ; Cadilhac (Yonne), 330 francs ; Delucq (Gers), 330 francs ; Duhamel (Lot-et-Garonne), 330 francs ; Gardette (Seine-et-Oise), 330 francs ; Gaudichon (Eure), 1.650 francs ; Girard (Constantine), 396 francs ; Gobert (Marne), 330 francs ; Goniondski (Isère), 660 francs ; Gouriou (Finistère), 330 francs ; Guisset (Pyrénées-Orientales), 330 francs ; Guyot (Haute-Marne), 330 francs; Hintzy (Mayenne), 539 francs ; Huchon (Côte-d'Or), 330 francs ; Julin (Indre-et-Loire), 770 francs ; Leroy (Manche), 660 francs ; Mainsbrecq (Loir-et-Cher), 660 francs ; Mathieu (Seine-Inférieure), 330 francs ; Mazeroux (Nièvre), 330 francs ; Mendel (Cher), 330 francs ; Molinéry Seine), 220 francs ; Morvan (Finistère), 660 francs ; Pareau (Gironde), 660 francs ; Rault (Ille-et-Vilaine) 660 francs ; Renoult (Calvados), 660 francs ; Rossigneux (Rhône), 330 francs ; Roure (Vaucluse), 330 francs ; Roy (Côte-d'Or), 880 francs ; Ruppe (Seine-et-Oise), 1.650 francs ; Serfaty (Seine), 660 francs ; Sexe (Haute-Saône), 330 francs ; Suttel (Haute-Loire), 330 francs ; Traby (Pyrénées-Orientales), 330 francs ; Turlais (Maine-et-Loire), 330 francs ; Viaud (Manche), 330 francs.

Pensions aux veuves

Le Conseil alloue ensuite les pensions suivantes à :

Mmes Barret de Nazaris (Lot-et-Garonne), 150 francs; Chevreux (Seine), 150 francs ; Gallois (Côte-d'Or), 150 francs ; Gelain (Nord), 450 francs ; Gillette (Calvados), 150 francs ; Lefebvre-Blanchard (Nord), 450 francs ; Lepage (Seine), 150 francs ; Rousselot (Haute-Marne), 150 francs.

Ratifications d'admissions

Sur le rapport du Secrétaire général constatant qu'aucune protestation ne s'est élevée au sujet des admissions provisoires en date du 4 avril 1939, le Consei prononce les admissions définitives suivantes :

MM. Auslander (Loire), Duc (Indre-et-Loire), Mme Duc (Indre-et-Loire), MM. Dumont (Creuse), Martin (Djibouti), Quiquemelle (Calvados), Mlle Marécaux (Loire-Inférieure), M. Magniaux (Seine-Inférieure), Mme Magniaux (Seine-Inférieure).

Admissions provisoires

Sur la présentation et le rapport du Secrétaire général le Conseil prononce à titre provisoire, les admissions suivantes :

MM. Bartoli (Bouches-du-Rhône), Béraudy (Seine), Coiffé (Maroc), Mme Coiffée (Maroc), MM. Cuche (Rhône), Dhotel (Pas-de-Calais), Girard (Loire), Martin (Gard), Mallein-Gérin (Seine-et-Oise), Perche (Allier), Ribollet (Loire), Wantiez (Pas-de-Calais).

Ces admissions seront définitives au 1er octobre 1939, si aucune protestation n'est parvenue à cette date au Conseil.

L'examen et la discussion des dossiers d'admission suggèrent à certains membres l'idée de quelques changements dans le mode d'examen des candidats.

Le Conseil aborde ensuite l'étude d'une combinaison tendant à permettre à nos retraités de différer à leur gré l'entrée en jouissance de cette retraite.

Le Conseil décide que notre actuaire sera consulté sur ce point.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 18 heures.

Le Secrétaire général,
G. LAVALÉE.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

autorisés dans les conditions de l'article 93 de la présente section, ainsi que dans les publications exclusivement réservées au Corps médical.

Art. 97. — Les dispositions de la présente section seront, dans un délai de six mois à dater de sa publication, applicables aux établissements privés visés à l'article 93 et actuellement existants.

Les directeurs ou directrices desdits établissements devront adresser une demande d'autorisation au préfet conformément aux dispositions de l'article 93.

Section III

Des maisons maternelles

Art. 98. — Pour chaque département, le préfet désigne, après avis conforme du Conseil général, les établissements publics dits : « maisons maternelles », qui devront accueillir sans formalité les femmes enceintes d'au moins sept mois et les mères avec leur nouveau-né.

Toutefois, les femmes enceintes pourront, sur présentation d'un certificat d'indigence du maire, être admises à n'importe quel stade de la grossesse.

Les femmes enceintes qui réclameront le régime du secret seront admises dès que la grossesse aura été constatée par le médecin de l'établissement.

Les modalités d'hébergement et la durée du séjour après l'accouchement, qui ne pourra excéder un an, seront fixées par le préfet après avis du Conseil général.

A défaut d'établissement public, des traités approuvés par le préfet après avis du Conseil général, pourront être passés, soit avec un autre département, soit avec tout établissement privé, qui se conformera aux règles prévues pour les établissements publics de même nature.

Toute personne attachée au service d'une maison maternelle est astreinte au secret professionnel, conformément à l'article 378 du Code pénal.

Section IV

De la lutte contre la mortalité infantile

Art. 99. — Les départements devront organiser la lutte contre la mortalité infantile, soit en créant un service, soit en faisant appel aux services publics d'hygiène et d'assistance et, s'il y a lieu, aux œuvres privées reconnues d'utilité publique.

Dans les départements qui n'auraient pas satisfait à cette obligation, il y sera pourvu par décret pris après avis du Conseil d'Etat.

Art. 100. — Un règlement d'administration publique déterminera les modalités d'application des dispositions de la présente section.

CHAPITRE III

Section II

Du trafic des substances vénéneuses

Art. 130. — L'article 2 de la loi du 19 juillet 1845, modifié par les lois des 12 juillet 1916 et 13 juillet 1922 est remplacé par les dispositions suivantes :

Art. 2. — « Seront punis d'un emprisonnement de trois mois à cinq ans et d'une amende de 1.000 à 10.000 francs ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui auront contrevenu aux dispositions de ces règlements concernant les substances classées comme stupéfiants par voie réglementaire.

« La tentative d'une des infractions réprimées par l'alinéa précédent sera punie comme le délit consommé. Il en sera de même de l'association ou de l'entente en vue de commettre ces infractions.

« Les peines prévues aux deux alinéas précédents pourront être prononcées alors même que les divers actes qui constituent les éléments de l'infraction auront été accomplis dans des pays différents.

« Les mêmes peines seront applicables à ceux qui auront usé en société desdites substances ou en auront facilité à autrui l'usage à titre onéreux ou à titre gratuit, soit en procurant dans ce but un local, soit par tout autre moyen.

« Les tribunaux pourront, en outre, dans tous les cas prévus aux alinéas précédents, prononcer la peine de l'interdiction des droits civiques pendant une durée d'un à cinq ans.

« Les tribunaux devront prononcer l'interdiction de séjour pendant une durée de cinq ans au moins et dix ans au plus contre les individus reconnus coupables d'avoir facilité à autrui l'usage desdites substances, soit en procurant dans ce but un local, soit par tout autre moyen.

« Les locaux où l'on usera en société des stupéfiants seront assimilés aux lieux livrés notoirement aux jeux de hasard ou à la débauche, en conformité de l'article 10 du décret des 19-22 juillet 1791. »

CHAPITRE IV

SECTION III

De la surveillance médicale dans les établissements d'enseignement

Art. 143. — Le ministre de l'Education nationale est autorisé à instituer dans les lycées de garçons et de jeunes filles un service de surveillance médicale des élèves.

Toutes mesures seront prises pour que, tant à l'égard des autres élèves que de l'administration du lycée, le secret médical soit rigoureusement observé.

Art. 144. — Les établissements d'enseignement ci-dessus visés qui seront désignés par décision ministérielle percevront une cotisation annuelle par famille dont le montant sera fixé par arrêté du ministre de l'Education nationale dans la limite d'un maximum déterminé par décret en Conseil d'Etat.

Les dépenses pour chaque établissement ne devront pas dépasser les recettes ainsi effectuées.

Les opérations financières du service feront l'objet d'articles spéciaux aux services hors budget des établissements.

Art. 145. — Les établissements d'enseignement pourront être autorisés par le ministre de l'Education nationale, après avis du Conseil d'administration du lycée, à contribuer à toutes mesures concernant l'hygiène scolaire et le développement physique des élèves, par prélèvement sur les excédents de recettes visés ci-dessus.

Art. 146. — Les départements et les communes pourront être autorisés par le ministre de l'Education nationale à instituer dans les mêmes conditions un service de surveillance médicale, dans les collèges, cours secondaires, écoles primaires supérieures et écoles pratiques.

Art. 147. — Les établissements d'enseignement ressortissant aux diverses directions du ministère de l'Education nationale non visés aux articles 143 et 146 ci-dessus et aux décrets des 17 juin 1938 et 2 mai 1939 peuvent faire bénéficier leurs élèves d'une surveillance médicale organisée conformément aux présentes dispositions.

Art. 148. — En ce qui concerne l'enseignement du premier degré, les collectivités locales pourront être invitées à réaliser ou à compléter l'inspection médicale, sous le double contrôle du ministère de l'Education nationale et du ministère de la Santé publique.

Art. 149. — Les services de surveillance médicale ne donneront lieu à aucune création d'emplois publics.

Art. 150. — Les dispositions de la présente section entreront en application le 1er octobre 1939.

(*J. O.*, 30 juillet 1939.)

CORRESPONDANCE

MUTUALITÉ FAMILIALE

Trop tard.... !

Le Docteur Noir a reçu la lettre suivante :

« J'ai vu dans votre journal que les médecins pouvaient se créer une rente jusqu'à 65 ans. Quelle somme faut-il verser ? J'ai 64 ans ; quand la rente est-elle payable ? »

Nous avons dû répondre à ce confrère que la combinaison R (retraites à 65 ans) avait pour limite d'âge d'entrée 50 ans, qu'il nous écrivait quatorze ans trop tard.

Jeunes confrères, que cet exemple vous soit salutaire.

N'attendez pas d'être arrivés à l'âge de la retraite pour penser à vous en constituer une.

Le Secrétaire général :
G. LAVALÉE.

ACCIDENTS ET MALADIES PROFESSIONNELLES

5.005. — Fourniture des appareils de prothèse dentaire aux victimes des maladies professionnelles

Nous soignons fréquemment des intoxications mercurielles chroniques, au titre de la loi sur les maladies professionnelles indemnisables par l'employeur. (Les fabriques de chapeaux de feutre utilisent des poils sécrétés au nitrate acide de mercure ; il y a réduction du sel à chaud, et mise en liberté de mercure, toxique.) Nous observons, notamment, des stomatites mercurielles avec déchaussement dentaire et, fréquemment, chez certains ouvriers, la chute de toutes les dents.

1° Les ouvriers qui ont perdu la plupart de leurs dents, après stomatite constatée, ont-ils le droit d'exiger de leur employeur ou de l'assureur substitué, le paiement des appareils de prothèse dentaire ? Le barème des accidents du travail et des maladies professionnelles du Docteur Mayet, (p. 308) est muet sur ce point.

2° Ce barème prévoit seulement une incapacité permanente partielle, en cas de difficultés de mastis cation, ou de troubles gastro-intestinaux secondaire- à mastication défectueuse ; retentissement sur l'état général, etc.... Doit-on estimer que le port d'un dentier, ou d'un double dentier, entraîne automatique-

ment une diminution de la facilité de la mastication, et doit-on proposer l'ouvrier porteur d'un dentier pour une incapacité permanente partielle ? A noter que l'ouvrier qui a perdu ses dents, se fait faire immédiatement un appareil de prothèse (jusqu'à présent, en utilisant sa feuille d'Assurances sociales) et à cause de cela, on n'observe pas les gros retentissements sur l'état général, les forces, l'aptitude au travail, dont la loi paraît faire grand cas pour l'incapacité permanente partielle.

Comment apprécier sainement les choses ?

Dr V.

Réponse

1° Depuis la loi du 1er juillet 1938, ayant modifié l'art. 3 de la loi du 9 avril 1898, les ouvriers victimes des intoxications mercurielles que vous nous signalez ont le droit de réclamer à leur employeur, soit la fourniture, et le renouvellement des appareils de prothèse qui leur sont nécessaires, soit une indemnité représentative de l'acquisition et du renouvellement de ces appareils.

Un décret du 7 septembre 1938, complété par un décret du 3 juin 1939, a fixé les conditions d'application de cette disposition légale. L'appareillage comporte les appareils de prothèse proprement dits, leur système d'attache et tous autres accessoires. Ils doivent appartenir aux types agréés par arrêté du ministre du Travail. Cet appareillage est effectué, soit par les centres et sous-centres reconnus par une liste annexée au décret, soit par des fournisseurs agréés par arrêté du ministre du Travail.

Les centres et sous-centres correspondant à votre région sont : centre à Lyon, 23, rue Cavenne ; sous-centres à Dijon, Besançon, Annecy, Grenoble, Gap, Valence et Saint-Etienne.

En matière spéciale de prothèse dentaire, il est prévu pour les victimes n'ayant perdu qu'un petit nombre de dents, la possibilité de se faire appareiller à leurs frais chez un chirurgien-dentiste de leur choix, d'après les prescriptions édictées par la Commission d'appareillage.

2° En ce qui concerne l'incapacité permanente partielle résultant de la perte totale ou partielle des dents, le barème indicatif d'invalidité qui vient d'être publié dans le *Journal Officiel* du 8 juin 1939 prévoit que, dans le cas où le déficit dentaire dépasse deux dents, on doit évaluer le taux de l'incapacité en attribuant à la perte de chaque dent le coefficient de 1 pour les incisives et les canines, 1,25 pour les prémolaires, 1,50 pour les molaires. Le taux ainsi obtenu devant être réduit des deux tiers si le blessé est muni d'une prothèse correctement établie et bien supportée.

Dans le cas où la perte de dents est la seule conséquence de l'accident ou de la maladie, on

admet que la perte d'une ou deux dents seules n'entraîne pas d'incapacité permanente.

Enfin dans les cas complexes, on admet qu'à l'incapacité déterminée par la perte de dents s'ajoute l'incapacité déterminée par les troubles anatomiques rendant la prothèse difficile ou impossible.

Nous vous signalons d'ailleurs que ce barème indicatif d'invalidité sera publié dans le prochain numéro documentaire du *Concours Médical*, qui doit paraître après les mois de vacances, au cours du mois d'octobre prochain.

4.690. — Incapacité permanente : hernie inguinale

Je viens vous demander un renseignement au titre accidents du travail.

Au mois de janvier dernier j'ai vu un ouvrier, hernie inguinale droite par effort, accident du travail. Je lui ai mis un bandage.

Actuellement la hernie n'est pas guérie, mais est bien maintenue par le bandage.

L'ouvrier a-t-il droit à une incapacité permanente partielle et, si oui, à quel taux ?

Dr A.

Réponse

L'accident dont a été victime votre client remonte, dites-vous, au mois de janvier dernier. Il est donc postérieur à l'entrée en vigueur de la loi du 1er juillet 1938, sur les accidents du travail.

En conséquence, et à moins qu'il ne s'agisse d'un accident agricole, les dispositions de la loi nouvelle lui sont applicables. Or, un règlement d'Administration publique, pris en exécution de la loi du 1er juillet 1938 et qui a été publié au *Journal Officiel* du 8 juin 1939, a fixé le barème indicatif d'invalidité qui doit servir à la détermination de l'incapacité permanente dont peuvent être atteintes les victimes d'accidents du travail.

Suivant ce barème, la hernie inguinale réductible bien maintenue donne lieu à une incapacité permanente variant entre 5 et 8 %.

Votre client a donc certainement droit à une rente et il est nécessaire que vous lui délivriez un certificat constatant l'existence définitive d'une incapacité permanente. Dans votre certificat, vous pourrez, si vous le voulez, fixer le taux de l'incapacité entre 5 et 8 % en indiquant le motif de cette appréciation.

Il convient de noter que votre client, en outre de sa rente, aura droit désormais au renouvellement de son bandage aux frais du chef d'entreprise.

4.477. — Formalités à remplir en cas de changement de médecin par un accidenté du travail

Un ouvrier est électrocuté en avril dernier. Il est soigné à l'hôpital, puis rentre chez lui. Il me demande alors de le traiter pour une paraplégie spasmodique causée par l'électrocution (il n'y a pas de doute à ce sujet).

Que dois-je faire vis-à-vis de la Compagnie d'assurances pour que mes visites me soient payées ? Dois-je la prévenir dès ma première visite ou bien est-ce le blessé qui doit le faire ?

Dr P.

Réponse

La loi sur les accidents du travail assure aux blessés le libre choix absolu de leur médecin.

Puisqu'en l'espèce, le blessé n'était pas définitivement guéri lorsqu'il est sorti de l'hôpital, il était normal et même nécessaire qu'il ait recours aux soins d'un autre médecin que celui de l'hôpital.

La loi nouvelle sur les accidents du travail, entrée en vigueur le 1er janvier 1939, n'impose l'envoi de la carte-lettre et du certificat initial qu'au médecin qui a entrepris le traitement aussitôt après l'accident.

Aucune formalité de ce genre n'est imposée dans le cas où le blessé se trouve obligé d'avoir recours à un nouveau médecin au cours du traitement.

Cependant, pour éviter toute difficulté, nous vous conseillons d'adresser à la Compagnie d'assurances qui couvre le patron responsable une lettre recommandée, dans laquelle vous lui ferez connaître que vous avez pris la suite du traitement et à laquelle vous joindrez un certificat établissant la relation de cause à effet entre l'accident et les lésions actuellement soignées.

Ceci, afin que la Compagnie puisse être à même d'exercer son contrôle si elle juge devoir le faire, et pour éviter dans la mesure du possible que des contestations ne soient soulevées au moment où vous présenterez votre note.

4.314. — Frais médicaux et pharmaceutiques postérieurs à la consolidation de la blessure

Un blessé du travail est invalidé avec une incapacité permanente partielle de 6 %, laquelle, après revision au bout de deux ans, est portée à 10 %.

Quatre ans après la première consolidation, la blessure demande à nouveau des soins médicaux et chirurgicaux et l'incapacité permanente partielle s'aggrave.

1° La Compagnie d'assurances est-elle tenue de participer à nouveau aux frais de traitement ?

2° Le blessé peut-il demander une seconde révision de son invalidité ?

Dr G.

Réponse

Sous l'empire de la législation des accidents du travail, résultant de la loi du 9 avril 1898, les frais médicaux et pharmaceutiques qui constituaient un accessoire de l'indemnité temporaire cessaient d'être dus en même temps qu'elle, c'est-à-dire au moment de la guérison de la blessure ou de la consolidation.

Si, par la suite, une rechute ou une aggravation venait à se produire, elle pouvait avoir pour effet d'ouvrir à la victime l'action en revision, mais elle ne pouvait faire revivre le droit aux indemnités temporaires, définitivement éteint.

La loi du 1er juillet 1938, entrée en vigueur le 1er janvier 1939, a apporté des adoucissements à cette solution rigoureuse. Elle dispose que, dans le cas où, au cours des trois années pendant lesquelles peut s'exercer l'action en revision, l'aggravation de la lésion entraîne pour la victime une nouvelle incapacité temporaire et la nécessité d'un traitement médical, l'employeur ou l'assureur est tenu de payer l'indemnité journalière, les frais médicaux et pharmaceutiques ainsi que les frais d'hospitalisation, s'il y a lieu.

Mais la nouvelle loi n'est applicable qu'aux sinistres survenus depuis le 1er janvier 1939. Le blessé dont le cas fait l'objet de votre lettre ne peut donc en bénéficier et, par conséquent, il ne peut prétendre faire supporter par le chef d'entreprise ou l'Assurance les frais du nouveau traitement dont il a besoin.

D'autre part, suivant l'art. 19 de la loi du 9 avril 1898, l'action en revision est ouverte pendant trois ans à compter, suivant les cas, de la date à laquelle a cessé d'être due l'indemnité journalière, s'il n'y a point eu attribution de rente, ou de l'accord intervenu entre les parties, ou de la décision judiciaire passée en force de chose jugée, lorsqu'il y a eu allocation de rente.

Ce délai de revision est un délai fixe qui ne peut être prorogé pour une raison quelconque et que ne peut interrompre une première demande en revision. Par conséquent, dès lors que plus de trois ans se sont écoulés depuis la date à laquelle la rente a été allouée à votre client, toute possibilité de revision se trouve prescrite.

3.657. — Le tarif des accidents du travail n'est pas limitatif dans l'agriculture

La loi sur les accidents du travail (donc le tarif) joue-t-elle parfois dans le cas d'un petit patron cultivateur qui s'assure lui-même contre les accidents ?

Si une Compagnie, croyait pouvoir à nouveau m'imposer le tarif des accidents du travail dans ce cas, devrais-je vous avertir et espérer votre appui ?

Dr F.

Réponse

La loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail n'avait pas limité ni taxé les honoraires médicaux. Elle avait seulement limité la part des honoraires du médecin traitant, choisi par le blessé, qui devait être prise en charge par le chef d'entreprise responsable, le médecin traitant restant toujours libre de réclamer au blessé lui-même la différence entre le tarif des accidents du travail et son tarif syndical.

Mais la loi du 1er juillet 1938, entrée en vigueur le 1er janvier 1939, a supprimé la possibilité pour le médecin traitant de se faire payer un complément d'honoraires par le blessé. Désormais, les honoraires médicaux sont limités par le tarif et le chef d'entreprise en est seul responsable.

Toutefois, la législation nouvelle sur les accidents du travail n'est pas encore applicable à l'agriculture, qui reste soumise au règlement ancien. Or, la loi sur les accidents agricoles a prévu la faculté pour les exploitants de se placer pour eux-mêmes sous le bénéfice de la loi, à la condition de contracter une assurance à cet effet.

Les agriculteurs qui ont usé de cette faculté et qui sont victimes d'accidents du travail doivent donc payer leur médecin suivant son tarif syndical, puisque la double personnalité du chef d'entreprise responsable et de la victime de l'accident se trouve réunie en eux. Ils peuvent ensuite se faire rembourser par leurs Compagnies d'assurances sur la base du tarif des accidents du travail, la différence restant à leur charge.

Mais, il est évident que, si le médecin, au lieu de se faire payer par son client, comme il en a le droit, accepte d'envoyer sa note à l'Assurance, il ne peut exiger de celle-ci plus que ce à quoi elle est tenue par le tarif et par la loi, sauf à réclamer le complément au blessé.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

4.521. — Proposition pour le grade d'officier de la Légion d'honneur

Chevalier de la Légion d'honneur depuis 1920, ayant fait toutes mes périodes de réserve, ayant accompli des périodes volontaires sans solde, mais ne pouvant suivre le cours de perfectionnement des officiers de réserve, puis-je être proposé utilement pour le grade d'officier de la Légion d'honneur.

J'ajoute que je suis médecin depuis dix ans de la préparation militaire (sans rétribution bien entendu)

et que j'assure depuis quinze ans toutes les suppléances de médecin-chef de l'hôpital militaire et de la place moyennant la rétribution de 10 francs par jour.

Dr X.

Réponse

Il faut cinquante annuités afin d'être proposable pour le grade d'officier de la Légion d'honneur. Etant donné qu'en 1920; au moment de votre nomination au grade de chevalier vous en comptiez vraisemblablement trente, ou l'équivalent, et qu'à ces trente se sont ajoutés depuis, notamment dix-neuf ans de grade de Chevalier, vous devez certainement remplir les conditions requises, d'autant que vous vous occupez depuis dix ans de la préparation militaire.

4.397. — Prorogation de la validité de la carte de combattant

Ma carte d'ancien combattant de 1934, devrait normalement être renouvelée en juillet 1939.

Voudriez-vous m'indiquer à qui m'adresser et, éventuellement, que demander et quelles pièces fournir ?

Dr P.

Réponse

Un arrêté du 24 mai 1939 prescrit que les cartes de combattant actuellement périmées resteront valables jusqu'au 31 juillet 1940.

FISCALITÉ

4.908. — L'aide de l'Etat à la construction immobilière

Voudriez-vous avoir l'amabilité de m'indiquer si, après examen des chiffres ci-dessous, je puis bénéficier de la récente loi sur les constructions, dans quelle mesure, et, le cas échéant, la marche à suivre pour obtenir une bonification ?

Il s'agit d'un vaste hangar inoccupé et ruiné que je répare ainsi pour y faire un appartement familial : bâtiment de 21 × 5 × 8 de hauteur dont on rebâtit complètement un mur de 16 × 8 (environ 6.000 francs), dont on refait le toit avec une moitié en matériel neuf (environ 5.500 francs), dont on aménage l'intérieur avec plâtrerie (4.000), menuiserie (4.000 à 5.000), plomberie-zinguerie (3.000), électricité, etc.

Les travaux ont été commencés en mai 1939 et seront terminés en août.

Dr X.

Réponse

L'aide financière de l'Etat en faveur de la construction immobilière revêt la forme de bonifications payables pendant un certain nombre d'années (Décret-loi du 25 août 1937, 2 mai 1938 et 17 juin 1938).

Cette aide est réservée aux immeubles à usage d'habitation.

Les personnes qui font construire peuvent, sous les conditions précisées ci-après, recevoir de l'Etat une subvention annuelle dont le montant est proportionnel au capital engagé dans la construction, que ce capital ait été emprunté ou qu'il appartienne en propre aux intéressés. Le taux maximum de bonification est de 3,50 %. Il ne peut d'ailleurs être supérieur à la moitié des intérêts réellement dus.

La bonification est allouée pour une durée ne pouvant excéder la durée de l'emprunt ni être supérieure à quinze années.

Le taux et la durée des bonifications sont déterminés par une Commission spéciale fonctionnant au ministère de l'Economie nationale. Peuvent être subventionnés, quel que soit leur mode de financement, tous les travaux de construction ou de reconstruction totale ou partielle d'immeubles à usage principal d'habitation.

Les propriétaires doivent adresser une demande au ministère de l'Economie nationale, soit avant l'ouverture des travaux, soit dans les trois mois qui suivent (1, Rond-Point des Champs-Elysées, Paris), rédigée sur une feuille de timbre à 6 francs, accompagnée du dossier, (plan, devis, extrait de la matrice cadastrale).

Par ailleurs, l'octroi de la bonification est subordonné à l'examen de la Commission spéciale fonctionnant au ministère de l'Economie nationale qui est chargée d'apprécier, après enquête effectuée par le Crédit foncier de France, le bien-fondé technique et l'utilité des projets présentés.

Les frais d'enquête sont fixés forfaitairement à 25 centimes par 100 francs du montant de l'emprunt ou à 15 centimes par 1.000 francs du montant du devis estimatif, s'il s'agit de travaux financés par des capitaux personnels avec, dans les deux cas, un minimum de 250 francs.

Nous restons à votre disposition pour vous rédiger la demande de bonification.

A. et S. MARTINOT
Conseillers fiscaux

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Propos du Jour

Partie Scientifique

Travaux Originaux

L'Actualité Scientifique

Partie Professionnelle

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg .	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro..........	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.

Abonnés du « Concours » exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains : Bertier, Blondel, Dardel, H. Forestier père, Lelong, Pégaz.

Amélie-les-Bains : Boulx.

Ax-les-Thermes (Ariège) : Boyer, Girard.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne : Censier, R. Hügel, Joly, Le Gouriérec, J. Louvel, R. Louvel, Doctoresse M. Peillon, E. Poulain.

Bains-les-Bains : M. Henry, L. Rose.

Barèges, Orliac.

Barbotan-les-Thermes P. Pitous.

Besançon La Mouillière : G. Giraud, Jean Sexe (*opht.*), Tronchon.

Biarritz : Clavel, Dejeant (*derm.*), M. Claverie Lacour. Pitchalsky (*m. g. sto.*) M. Pourquié (*chir.*) G. Pourquié (*o. r. l.*)

Bourbon-Lanoy : Bellœuf, G. Vincent.

Bourbon-L'Archambault : Bénabu, Litaud.

Bourbonne-les-Bains : Delacroix, Gay, Pellet.

Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers** : d'Arbois de Jubainville, Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Dieudonné, J. Trotot.

Capvern : J. Pouy.

Cauterets : Anglada, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Challes-les-Eaux : Vexenat.

Châtel-Guyon : Angeras J. M. Ballan, Baumann, Cambiès Casati de Montgolfier, Foucaud, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Contrexeville : Contal.

Dax : Barrau, Delmas (Armand).

Divonne-les-Bains : Ballivet, R. Fau, Vieux.

Eaux-Bonnes : Bourragué, Creignou.

Enghien-les-Bains : Beyrand, H. Forterre, J. Spinadel.

Escouloubre-les-Bains : Sarda.

Evaux-les-Bains : Maurice Fabre (*gyn.*), E. Legâte.

Evian-les-Bains : Bernex, J. Eyraud-Joly.

Hammam-Lif (Tunisie) : Fére.

La Bourboule : Anglada, Barthomeuf, Boudry, Cany, Mme Eyraud-Dechaux, R. Galimant, Jean Godonnèche, Jumon, Rongier Th., Maurel.

La Léchère : Bouverat, Millet, Noailly.

La Motte-les Bains : Goirand.

Lamalou-les-Bains : Faure, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains : Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Lépine.

Luchon : P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Germès, Pierre Molinéry, Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Causeret, Cugnier, Rimey.

Mont-Dore : J. André, Roger André, Béal, Débidour, Dullin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris : Ducros, Jossand, J. Wibrotte.

Plombières-les-Bains : Bernard, J. Dumont, Truelle.

Pougues-les-Eaux : P. Baillet.

Preste (La) : Dr P. Baron.

Royat : Mougeot. Perrin Georges.

Salers : Rongier.

Salies-de-Béarn : Coustère David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains : Bourny, Henri Neumand.

Salies-du-Salat : Barbé, St Béat.

Saujon : M. Boisseau, Doublet, R. Dubois.

Saint-Didier (Vau.) : Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains : Gautreau.

St-Honoré-les-Bains : Charpin, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire : Sérane, Siguret.

Santenay-les-Bains : A. Mélé.

Sermaize-les-Bains : Fritsch.

Uriage : G. Barbier.

Vals-les-Bains : David, Offant.

Vernet-les-Bains : Ponson.

Vichy : Arama (Michel) (*stom.*), Bargy, Berthomier, (*phys.*), G. F. Bonnet, Caillault, Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Cluzan, Cornillon, Cros L., Desmaroux, Enjalbert, Fau, R. Fraudet, (*stom.*), Gannat, H. Goudart, Lère, Guinard, Martin-Péridier, Roussignol.

Vic-sur-Cère : Delsériès.

Vittel : G. Constant, P. Genay, Finck.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 *fr.* 50 *la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

N° 257. — Médec. franç., 47 ans, libre fin septemb. représenter. laborat. rég. Sud-Ouest.

N° 258. — On désire louer à b il maison isolée 3 ou 4 p., cuis., tout en rez-de-ch., cave, eau potable, jardin, dans campagne silencieuse, départem. suiv. : Oise, Calvados, Manche, Finistère, Deux-Sèvres, Vienne, Creuse, Hte-Vienne, Dordogne, Lot, Ariège, Corrèze, Cantal, Hte-Loire, Nièvre.

N° 259. — Dr Franç., méd. génér., posséd. auto, cherche remplacem. septembre, Côte d'Azur, pourrait éventuellem. reprendre.

N° 260. — Médec. du Nord demande remplaçant avec moyen locomot. personnel, du 8 août au 15 sept.

N° 261. — Dr recomm. fermiers désireux prendre enfant 3 à 10 ans, non contagieux, ayant besoin campagne. Condit. mod.

262. — Méd. franç. 36 ans, neuro-psych., grande habitude cliniques pri ées, cherche remplacem. ou poste clinique.

Pour toute demande de renseignements il est indispensable de joindre un timbre.

CABINET BREITEL ET GORET
1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Ouest, près ville. Client. industr., grosse population à dess. Jolie maison grd conf. Loyer 6.000. Indem. 35.000

Vallée de l'Eure. Pro-pharmacien bon rendem. A céd. 50.000, 30.000 cpt.

Normandie. Y. O. R. L. Belle install. Urgent. Prix 30.000.

Région du Perche. Petit centre riche. Ancien poste seul, facilités de paiement.

Renseignements

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

« La Soleillette » Bandol-sur-Mer (Var). Soleil. Régime.

Manger vite, c'est manger sans saliver, et c'est aboutir fatalement à la dyspepsie. Sucez des TABLETTES DE MANGAÏNE, et vous provoquerez une salive abondante, chargée de principes médicamenteux puissants et aussi antiseptiques qu'agréables. L'effet est direct et rapide, 4 à 6 TABLETTES DE MANGAÏNE par jour.

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, **Paris, 167-95.**
Sou Médical, **Paris, 182-31.**
Mutualité Familiale, **Paris, 182-32.**

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 2 fr. pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Lausanne.** — M. le Docteur HAUDUROY, assistant à la Faculté de médecine de Paris, vient d'être nommé professeur extraordinaire de bactériologie et d'hygiène à la Faculté de médecine de Lausanne.

— **Hôpitaux de Paris.** — *Un concours pour deux places d'aide d'anatomie* à l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, vacantes : la première le 1er novembre 1939 et la deuxième le 1er novembre 1940, sera ouvert le 9 octobre 1939, à la salle des concours de l'Administration, 2, rue d'Arcole.

Les inscriptions sont reçues du 14 septembre au 22 septembre 1939, à l'Administration centrale, Bureau du Service de santé.

— **Hôpitaux de Lyon.** — *Concours de stomatologiste.* — Un concours pour une place de stomatologiste des hôpitaux de Lyon aura lieu le 20 novembre 1939. Inscriptions jusqu'au 4 novembre, au bureau des hospices civils.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** — A la suite d'un récent concours, MM. P. Verger et F.-J. Traissac ont été nommés médecins adjoints des hôpitaux de Bordeaux.

— **Hôpitaux de Grenoble.** — Des concours s'ouvriront en novembre 1939 pour la nomination d'un médecin suppléant et d'un accoucheur suppléant des hôpitaux de Grenoble.

Inscriptions au secrétariat général des hôpitaux avant le 1er octobre.

— **Hôpitaux de Rouen.** — Un concours aura lieu le 26 octobre 1939, à l'hospice général de Rouen, pour la nomination d'un médecin adjoint des hôpitaux.

Inscriptions jusqu'au 1er octobre, à la Direction de l'hospice général, Rouen.

— « **La Caravane Universitaire** » organise, en août et septembre, des voyages en Grèce et en Corse. Ecrire : 4, rue Neuve-de-la-Balance, Toulouse (Directeur : G. Roy).

— **Union régionale des Caisses maladie-maternité d'assurances sociales** (Charente, Charente-Inférieure, Corrèze, Creuse, Deux-Sèvres, Vienne, Haute-Vienne). — *Un concours* pour les fonctions de médecin-conseil de l'Union régionale aura lieu en octobre 1939 à l'hôpital de Limoges.

Conditions : être Français, docteur en médecine, avoir au maximum 45 ans d'âge, deux ans de pratique professionnelle, s'engager à ne faire aucune clientèle, etc... Traitement de début : 45.000 francs, plus frais de déplacement.

Le contrat sera conclu pour une durée illimitée. Il pourra être dénoncé, tant par le médecin que par l'Union régionale, sous réserve d'un préavis de six mois.

Inscriptions jusqu'au 15 septembre et renseignements à la Direction de l'Union régionale des Assurances sociales, 14, cours Jourdan, à Limoges.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de l'internat.* — Le concours de l'internat des hôpitaux de Paris s'ouvrira le jeudi 5 octobre 1939, au Parc des Expositions, Porte de Versailles, Paris (XVe).

Les candidats sont admis à se faire inscrire, 3, avenue Victoria, Bureau du Service de Santé, du 23 août au 13 septembre.

— **Poliomyélite et chlorate de potasse.** — *Nous recevons du Docteur Debat le communiqué suivant que nous nous empressons de publier :*

Le Docteur François Debat croit devoir signaler à ses confrères qu'il a déjà reçu dans le mois de juillet un grand nombre d'observations cliniques de cas de poliomyélite antérieure aiguë traités par le chlorate de potasse, d'après la méthode qui a été publiée dans les deux numéros des *Annales de Thérapie biologique* de mai 1939.

Les résultats obtenus par la médication chloratée ont été parfois inespérés et paraissent en général des plus heureux. Mais, ils ont été d'autant plus bril-

lants et rapides que la médication a été employée précocement et correctement, suivant la technique indiquée.

Pour permettre de tirer le plus tôt possible des conclusions formelles de cette nouvelle thérapeutique, le Docteur F. Debat prie instamment ses confrères de vouloir bien adresser à ses laboratoires, 60, rue de Monceau, service spécial de la poliomyélite, les observations détaillées qu'ils pourraient avoir à lui communiquer.

— **Hospices civils de Chambéry.** *Concours pour un emploi de sage-femme adjointe.* — L'Administration des hospices civils de Chambéry donne avis que le jeudi 14 septembre 1939 aura lieu un concours sur trois épreuves : écrite, orale et de clinique pour un emploi de sage-femme adjointe à la Maternité.

Les conditions du concours, ainsi que celles d'emploi et d'appointements des sages-femmes adjointes, seront adressées à toute personne qui en fera la demande à M. le vice-président de la Commission administrative des hospices civils de Chambéry, avant le 4 septembre 1939.

O O O

A TRAVERS L'OFFICIEL

Décret du 2 août 1939, relatif aux hôpitaux et hospices

Nous ne publions de ce décret paru au Journal Officiel *du 2 août 1939 que ces extraits contenant les dispositions intéressant particulièrement le Corps médical et que nous commenterons dans leur ensemble lorsque les règlements d'administration publique prévus seront venus en déterminer les conditions d'application.* N. D. L. R.

TITRE 1er

DE L'ADMISSION DANS LES HÔPITAUX ET HOSPICES

Art. 1er. — Les hôpitaux et hospices constituent des établissements publics autonomes, communaux et intercommunaux, destinés à recevoir dans les conditions prévues à l'article 2 des malades, des blessés, des femmes en couches, des vieillards, infirmes et incurables.

Les hospices peuvent en outre faire fonction d'hospices dépositaires des services départementaux d'enfants assistés dans les conditions fixées par l'article 8 de la loi du 27 juin 1904.

Art. 2. — Les hôpitaux et hospices reçoivent, dans les conditions prévues par les lois et règlements en vigueur, les malades, les vieillards, infirmes et incu-

rables, les femmes en couches admis au bénéfice des lois d'assistance.

Ils reçoivent, en outre, les malades qui doivent être soignés aux frais de l'Etat ou des collectivités publiques ainsi que les bénéficiaires des lois sur les accidents du travail et sur les Assurances sociales.

Sauf le cas d'urgence, ils ne peuvent recevoir de malades, de vieillards, d'infirmes ou d'incurables, de femmes en couches n'appartenant pas aux catégories ci-dessus que dans la mesure des lits restant disponibles et dans les conditions qui seront fixées par le règlement d'administration publique prévu à l'article 35.

TITRE II

DE L'ADMINISTRATION DES HÔPITAUX ET HOSPICES

Art. 6. — Les Commissions administratives des hôpitaux et hospices sont composées du maire et de six membres renouvelables. Deux des membres de chaque Commission sont élus par le Conseil municipal les quatre autres membres sont nommés par le préfet. Dans les établissements comptant plus de 200 lits d'hôpital, le nombre des membres renouvelables nommés par le Préfet est porté *à 6, dont un médecin et un représentant des Caisses d'assurances sociales.*

Dans les hôpitaux ou hospices intercommunaux, la composition de la Commission administrative est fixée par le décret de création de l'établissement, après avis du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Art. 13. — La Commission administrative arrête avec l'approbation du Préfet les contrats à passer pour le service avec les congrégations hospitalières et les conventions relatives à l'admission de certaines catégories de malades, notamment avec les Caisses d'assurances sociales.

Art. 17. — La Commission administrative nomme le personnel ; toutefois, dans les établissements comptant plus de 500 lits, le directeur nomme le personnel hospitalier et secondaire.

Les médecins, chirurgiens et pharmaciens des hôpitaux et hospices sont choisis sur une liste d'aptitude établie à la suite d'un concours sur épreuves ou sur titres dans les conditions qui seront fixées par le règlement d'administration publique prévu à l'article 35.

A défaut de candidats incrits sur la liste d'aptitude ou en cas de refus de leur part, les médecins, chirurgiens et pharmaciens sont nommés dans les conditions fixées par le même règlement.

Le secrétaire, l'économe, les médecins, chirurgiens, pharmaciens ne peuvent être révoqués qu'avec l'approbation du préfet.

Art. 26. — Le préfet, sur la propotition de la Commission administrative, fixe, dans les conditions qui seront déterminées par les règlements d'administration publique prévus à l'article 35, les prix de journée dus à l'hôpital ou à l'hospice pour les différentes catégories d'hospitalisés prévus aux articles 1er et 2.

TITRE III

DE LA CRÉATION, DE LA TRANSFORMATION ET DE LA SUPPRESSION DES HÔPITAUX ET HOSPICES

Art. 28. — Un hôpital ou hospice ne peut être créé ou supprimé que par décret pris en Conseil d'Etat, contresigné par le ministre de la Santé publique.

Art. 29. — La circonscription de chaque établissement hospitalier est déterminée par le préfet, sur avis du Conseil général.

Lorsque, dans une circonscription hospitalière, les hôpitaux et hospices sont insuffisants ou ne remplissent pas les conditions techniques nécessaires pour certains traitements, les préfets, après avis des Conseils généraux, peuvent rattacher, en tout ou partie, les communes de la circonscription intéressée à un établissement situé dans une autre circonscription du département ou dans un autre département.

Pour des traitements exceptionnels, qui ne peuvent pas être donnés dans un établissement public, le préfet peut traiter avec un établissement privé, avec l'approbation du ministre de la Santé publique.

Art. 32. — Le changement d'affectation ou la transformation de tout ou partie d'un établissement hospitalier peut être imposé à la Commission administrative par le ministre de la Santé publique, lorsque le maintien des services dans leur état actuel n'est plus justifié.

Lorsque le changement d'affectation ou la transformation met en cause l'exécution d'un don ou d'un legs, il est statué par décret en Conseil d'Etat.

Art. 33. — Les établissements qui ne répondent plus aux exigences de l'hygiène et de la salubrité seront supprimés dans les formes prévues à l'article 28. Il en est de même de ceux qui pratiquent exclusivement l'assistance sous forme de secours à domicile.

TITRE IV

DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 35. — Un ou plusieurs règlements d'administration publique pris, la section compétente du Conseil supérieur de l'Assistance publique entendue, sur le rapport des ministres de la Santé publique, de l'Intérieur et des Finances et, en ce qui concerne les alinéas 4 et 5 ci-après, après avis du ministre de l'Education nationale, détermineront les conditions d'application du présent décret et notamment

1° Les conditions de fonctionnement des établissements hospitaliers ;

2° Le statut et le mode de recrutement des directeurs des établissements de plus de 500 lits ;

3° La classification et les attributions du personnel de toute catégorie ;

4° *Les conditions de recrutement et de nomination des médecins, chirurgiens, pharmaciens, élèves inter-*

nes et externes et les conditions d'affectation, le cas échéant, des étudiants en médecine ;

5° *Le statut des médecins, chirurgiens et pharmaciens, en particulier la constitution de Conseils consultatifs, dont l'avis doit être pris obligatoirement avant toute sanction* ;

6° Les conditions d'admission des catégories d'hospitalisés visés aux alinéas 1er et 2 de l'article 2 et de fixation de leurs prix de journée ;

7° Les règles, auxquelles sera soumise l'admission à titre exceptionnel des malades payants, visés à l'alinéa 3 de l'article 2 et la fixation de leurs prix de journée ;

8° *Les cas exceptionnels dans lesquels des honoraires peuvent être versés aux médecins* ;

9° Les conditions dans lesquelles peuvent être organisés des services de consultation pour les malades, dont l'état ne nécessite pas d'hospitalisation ;

10° Les conditions, auxquelles doivent être subordonnées la création, l'agrandissement, la transformation ou la suppression d'un hôpital ;

11° Les dérogations à apporter à certaines dispositions du présent décret, en ce qui concerne le fonctionnement des quartiers d'hospices réservés aux aliénés.

A ces règlements d'administration publique seront annexés un ou plusieurs règlements modèle du service intérieur des établissements hospitaliers.

Le règlement intérieur et le statut du personnel propre à chaque établissement sont arrêtés par la Commission administrative et approuvés par le préfet, s'ils ne contiennent pas des dispositions contraires à celles du modèle ci-dessus visé, par le ministre de la Santé publique dans le cas contraire.

Art. 37. — *Le présent décret n'est pas applicable à l'Assistance Publique, dans les villes de Paris et de Marseille, sauf, pour cette dernière ville, en ce qui concerne les dispositions prévues à l'art. IV.*

Art. 38. — *Toutes dispositions contraires au présent décret sont abrogées*, et notamment, dans la mesure où elles s'appliquent aux hôpitaux et hospices :

Les articles 1er, 2 et 3 de la loi du 16 vendémiaire an V ;

L'arrêté du 4 pluviose an XII ;

L'article 1er du décret du 12 août 1807 ;

L'ordonnance du 31 décembre 1821 ;

La loi du 25 mars 1895 ;

La loi du 7 août 1851 ;

La loi du 21 *mai* 1873 ;

La loi du 5 *août* 1879 ;

Les articles 119 *et* 120 *de la loi du* 5 *avril* 1684 ;

L'article 4, 3e alinéa de la loi du 4 février 1901 ;

Le décret-loi du 5 novembre 1926 ;

La loi du 21 juillet 1927 ;

Les décrets-lois du 30 *octobre* 1935 *relatifs au cumul des fonctions de membre de la Commission administrative d'un établissement hospitalier et de médecin de cet établissement* et à la suppression des établissements hospitaliers, pratiquant exclusivement l'assistance à domicile.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Soins aux assurés sociaux pupilles de l'Assistance publique. Choix du médecin

9.566. — M. Jean Desgrangés demande à M. le ministre du Travail, si le libre choix du praticien, médecin, chirurgien-dentiste, peut être exercé par les pupilles de l'Assistance publique assurés sociaux. (*Question du* 1er *juin* 1939.)

Réponse. — Il convient de concilier le régime spécial sous lequel sont placés les pupilles de l'Assistance publique, avec les dispositions essentielles de la législation sur les Assurances sociales et, en particulier, l'article 6, paragraphe 2, du décret-loi du 22 octobre 1935 modifié, qui prévoit le libre choix du praticien. Chaque fois qu'un texte légal ne précise pas le contraire, on doit admettre que le pupille de l'Assistance publique reste placé sous la tutelle du Préfet ou de son représentant, l'inspecteur de l'Assistance publique. Les pupilles de l'Assistance publique ne pouvant tenir de la seule législation susvisée le droit de choisir leur médecin, c'est au préfet, leur tuteur (ou à son représentant), qu'il appartient de faire ce choix. Les médecins des enfants assistés ayant le droit de prendre toutes initiatives propres à sauvegarder la santé des pupilles, il leur appartient de continuer à soigner ceux qui deviennent des assurés sociaux ; les Services des enfants assistés assument la quote-part de frais médicaux et pharmaceutiques qu'auraient à supporter les pupilles s'ils étaient des assurés sociaux ordinaires.

(*J. O.*, 27 juillet.)

Hôpitaux et hospices. Délais de convocation de la Commission administrative

9.079. — M. Ramette expose à M. le ministre de la Santé publique qu'un maire est président de la Commission administrative de l'hôpital de sa commune et que le Préfet exige, lors de chaque réunion, que la Commission administrative soit convoquée au moins trois jours à l'avance et demande si le Préfet n'excède pas ses pouvoirs en donnant de pareilles instructions et si le maire est tenu de s'y conformer. (*Question du* 13 *avril* 1939.)

Réponse. — Dans le cas d'espèce qui paraît avoir motivé la question, la préfecture a dû avec raison intervenir à plusieurs reprises pour empêcher que les convocations trop tardives ne privent la Commission de certains de ses membres ce qui déplace la majorité. Le préfet a recommandé purement et simplement la procédure applicable au Conseil municipal.

(*J. O.*, 27 juillet.)

Assurances sociales. Remboursement des spécialités

9.463. — M. Vallette-Viallard expose à M. le ministre du Travail que d'après la réponse qu'il a faite à la question n° 8.951 du 29 mars 1939, les Caisses d'assurances sociales doivent rembourser les produits spécialisés inscrits sur la liste des spécialités à compter de la date de modification collective faite par le ministère du Travail et demande quelles sanctions ont été prévues contre les Caisses et contre les Caisses départementales qui ne se conformeraient pas à ces prescriptions. (*Question du* 23 *mai* 1939.)

Réponse. — Les Caisses d'assurances sociales (Caisses départementales ou autres Caisses primaires de répartition) qui n'appliqueraient pas les dispositions de l'arrêté du 15 mars 1938 fixant, en exécution de l'article 6, paragraphe 9, du décret-loi du 28 octobre 1935, des taux de remboursement particuliers pour les médicaments spécialisés, s'exposeraient à se voir exclues du bénéfice de la réassurance en cas de déficit du compte « risques » résultant de l'application dudit arrêté. Par ailleurs, les assurés qui n'obtiendraient que le remboursement auquel ils ont droit d'après la classification résultant des listes notifiées aux Caisses par le ministère du Travail, pourraient saisir la Commission d'arrondissement prévue à l'article 36 du décret-loi susvisé.

(*J. O.*, 27 juillet 1939.)

Assurances sociales. Remboursement du prix de journée des hôpitaux de Paris

9.623. — M. Joseph Denais expose à M. le ministre du Travail que le prix de journée des assurés sociaux hospitalisés à Paris excède de 40 francs et plus la somme remboursée par les Assurances sociales ; qu'au mépris de leur charte constitutive et de l'esprit de la loi, la plus grande part des frais d'hospitalisation demeure à la charge des intéressés s'ils ne sont pas insolvables ou à celle des contribuables appelés à couvrir les dépenses de l'Assistance publique ; et demande quelle solution il envisage pour régulariser la situation des assurés sociaux. (*Question du* 6 *juin* 1939.)

Réponse. — Le tarif de remboursement des Caisses primaires de répartition est fixé par les Conseils d'administration de ces organismes et soumis à l'approbation de la Commission régionale tripartite prévue à l'article 8, paragraphe 4, du décret-loi du 28 octobre 1935, Commission comprenant des représentants de toutes les parties intéressées, y compris les Commissions administratives des hôpitaux et hospices publics. Le tarif de remboursement du prix de journée d'hospitalisation présenté par l'Union des Caisses de la région parisienne a été approuvé à l'unanimité par la Commission susvisée, bien qu'il soit inférieur au tarif de réassurance fixé par l'arrêté

Voir la suite page XXXV-2109

PROPOS DU JOUR

LES ENNEMIS DE LA FAMILLE

Sous prétexte de progrès social, de charité, de philanthropie, de solidarité, d'assistance, etc., etc., les Pouvoirs publics et les œuvres privées de toutes confessions ont sapé avec les meilleures intentions les bases de la famille. L'enfant est pris au berceau par la crèche, il passe à l'école où les cantines, les patronages, les colonies scolaires, les œuvres post-scolaires l'accaparent. Toutes ces institutions seraient parfaites si elles exigeaient la collaboration des parents, mais le plus souvent elles se substituent complètement à eux et les portent peu à peu à oublier leurs devoirs. La mère n'étant plus retenue à la maison par les enfants, cherche une occupation rémunérée ailleurs et voilà la famille désagrégée. Le problème de la dépopulation a attiré l'attention sur l'importance de la famille, cette cellule constitutive d'un Corps social sain et à l'heure actuelle nos gouvernants commencent à s'en inquiéter au point de promulguer un Code de la famille.

Aussi le *groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques* que dirige à Lyon depuis de nombreuses années avec une remarquable maîtrise, notre confrère, le Docteur René BIOT, a-t-il consacré le dernier volume de ses travaux à la famille sous le titre de *Médecine et Vie familiale* (1).

Tous les chapitres de cet ouvrage ont été rédigés par des hommes de valeur, la plupart sont des médecins, professeurs agrégés de nos Facultés de Lyon ou de Paris, chefs de service d'importants hôpitaux. Nous en retiendrons un, écrit par le Docteur A. ROCHAIX, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Lyon, intitulé : *Les ennemis de la famille* : *taudis, alcool, prostitution.*

Ces trois ennemis mortels de la famille agissent au début d'une façon isolée, mais petit à petit, l'un appelant l'autre, ils s'intriquent au point qu'il est difficile de reconnaître si le taudis n'est pas cause de l'alcoolisme et de la prostitution, si l'alcoolisme n'a conduit la famille au taudis et à la prostitution ou si cette dernière n'a pa favorisé l'alcoolisme et trouvé comme dernier refuge, le taudis.

***

Le *taudis* a attiré l'attention des hygiénistes en France depuis plus d'un siècle. Ce fut VILLERMÉ qui en 1830 signala la mortalité excessive dans les taudis. Il y a plus de cinquante ans qu'à Paris on se préoccupa des îlots insalubres. Dès 1894, P. JUILLERAT les signala et les étudia en créant le *casier sanitaire des maisons de Paris*, dressé avec le concours de la statistique municipale de la ville. Progressivement on s'attaqua aux îlots insalubres et on en fit disparaître un certain nombre en tout ou en partie. Il en est encore qui sont désignés au pic des démolisseurs. La plupart sont constitués par de très vieilles maisons qui étaient peut-être saines à l'origine, mais que la cupidité des propriétaires transformèrent en ignobles bouges, en surélevant les bâtiments de plusieurs étages et en construisant dans les cours et les jardins qui autrefois rendaient ces habitations salubres.

On aurait tort de borner aux vieux quartiers l'existence des taudis. M. Georges RISLER a attiré l'attention sur ce qu'il a appelé les *taudis neufs* et à Paris, il est dans plus d'une maison relativement récente et de bel aspect, des loges de concierge que leur insalubrité peut faire qualifier de véritables taudis. Le taudis n'est pas absolument parisien ; il existe dans toutes les agglomérations plus particulièrement dans les grandes villes, mais même dans les villages. C'est le seul ennemi de la famille qu'on ait attaqué en partie avec succès.

On pourrait écrire des volumes sur le taudis. Une famille, parquée dans un logement obscur, privé d'air, malpropre, cherche à y séjourner le moins possible. Le marchand de vins toujours voisin, quand il n'est pas dans la même maison, dont le bar est brillamment éclairé, offre un refuge relativement confortable. Les parents s'y attablent, consomment et deviennent, s'ils ne le sont déjà, alcooliques, et les enfants, quand les parents ne leur font partager leurs libations, errent dans la rue, y contractent tous les vices et deviennent la proie de la prostitution.

Les maladies transmissibles, et en premier lieu la rougeole, déciment les habitants des taudis. Si le taudis ne cause pas directement la tuberculose, par la misère physiologique qui règne chez ceux qu'il abrite, il lui prépare un terrain propice et est un facteur puissant du développement et de l'évolution fatale de cette maladie. Au point de vue moral et social, le taudis a une répercussion redoutable, les malheureux qui y sont parqués, nourrissent une haine féroce contre la société et ce sont eux qui forment le contingent le plus important de la criminalité.

(1) Librairie Lavandier, 5, rue Victor-Hugo, Lyon.

* * *

L'alcoolisme n'est pas un ennemi moins dangereux pour la famille que le taudis. Il atteint le plus souvent le père et si l'alcool met parfois longtemps pour le tuer, il en fait assez rapidement une non-valeur. Après les troubles dyspeptiques et nerveux du début, viennent les maladies directement dues à l'alcool : cirrhoses du foie, amblyopie, troubles mentaux. L'aliénation survient fréquemment, si une maladie aiguë intercurrente, toujours très grave chez un alcoolique, ne met fin à ses jours.

Le budget, dévoré par le coût des boissons et le chômage partiel consécutif devient insuffisant à la famille qui quitte le logement sain dont le loyer est trop coûteux, pour se réfugier dans un taudis. La femme se laisse aller à suivre l'exemple du mari ; l'alcoolisme conjugal se développe, en attendant qu'il devienne familial, et voilà une famille perdue.

Le privilège des bouilleurs de crû a une grosse part de responsabilité dans le développement de l'alcoolisme de certaines régions. En 1863, on comptait 90.000 bouilleurs ; en 1913 ils dépassaient le million et à l'heure actuelle ils sont au moins 3.500.000. Toutes les classes de la société deviennent la proie de l'alcoolisme. On pourrait réserver un chapitre à l'alcoolisme mondain des deux sexes consistant en l'absorption de cocktails, de porto, de vins liquoreux et d'apéritifs variés. Le cocktail qui semble vouloir passer de mode après avoir exercé ses ravages dans les milieux bourgeois et mondains, est d'origine américaine. On conte qu'un débitant de boisson mélangeait tous ses fonds de bouteille et se servait de cette mixture pour nettoyer ses cuivres. Un de ses clients s'étant un jour évanoui, on lui fit par mégarde, boire un verre de cet affreux mélange. Il revint aussitôt à lui et voilà le cocktail lancé.

L'alcoolisme mondain a sur la famille des conséquences aussi funestes que l'alcoolisme dans les taudis. S'il ne cause pas directement la tuberculose, selon l'expression de Landouzy, il fait le lit de la redoutable maladie et il a des répercussions funestes sur l'hérédité.

L'alcool, le plus souvent, n'est pas une cause directe de la dénatalité ; au contraire il provoque parfois une excitation sexuelle anormale. Mais quels enfants résultent de pareilles conceptions ? Nous nous souvenons être allé soigner les enfants d'un alcoolique qui nous montrant une femme cachectique, nous disait avec une sotte vanité : « Monsieur, j'ai eu douze enfants avec cette femme-là. » Hélas ! des douze enfants, dix étaient morts en bas-âge et les deux pauvres êtres chétifs pour lesquels on nous avait demandé, ne devaient pas non plus durer longtemps.

Nous n'insisterons pas sur la dégénérescence, les affections nerveuses et mentales qui frappent la postérité des alcooliques. Quand, par hasard, elle échappe à la maladie, elle s'éteint à la troisième ou quatrième génération.

* * *

La *prostitution* est le troisième ennemi de la famille. Elle se rattache par des liens étroits au taudis et à l'alcoolisme, car ces derniers sont de puissants facteurs de démoralisation dans la famille. La prostitution est réglementée ou clandestine. Sans prendre parti ici pour ou contre les partisans ou les adversaires de la réglementation, nous devons constater que la prostitution clandestine est la plus redoutable pour les familles. Les deux types de prostitution contribuent à la propagation des maladies vénériennes, syphilis et blennorragie. Nous croyons inutile même d'énumérer ici les conséquences de ces fléaux, tout aussi dangereux l'un que l'autre.

Mais outre les maladies qu'elle introduit au foyer familial, la prostitution clandestine à laquelle l'épouse se livre, avec ou sans le consentement tacite du mari, est au premier chef un important élément de dissolution de la famille. Cette prostitution clandestine est surtout une plaie des classes bourgeoises. Les petites annonces d'agences matrimoniales ou prétendues mondaines, de maisons de thé, de bridge, de chambres meublées louées à la journée, qui fourmillent dans certains journaux et même dans quelques grands quotidiens, facilitent ce genre de prostitution. La petite bourgeoise dont le budget est souvent réduit, trouve moyen en se prostituant de satisfaire ses goûts de luxe.

Les femmes de certains fonctionnaires peuvent faciliter leur avancement, par des complaisances auprès d'hommes politiques influents. Il en résulte fréquemment des troubles dans les ménages, des scènes dont les enfants sont témoins et ces derniers se laissent aller en grandissant à suivre ces mauvais exemples.

* * *

Un seul de ces ennemis de la famille commence à être combattu avec efficacité, c'est le taudis.

Les Pouvoirs publics, sans se faire d'illusion, cherchent à limiter les conséquences de la prostitution, qui, selon le mot de saint Augustin, serait un mal nécessaire. Nous avons lu tout récemment que la police esseyait de combattre la prostitution clandestine en surveillant les petites annonces de certaine presse.

Quant à l'alcoolisme, on dirait que l'on se plait à en étendre les ravages (1). Le nombre des marchands de vin augmente tous les jours et il en sera ainsi tant que S. M. le Bistro sera le Grand Electeur.

J. Noir.

(1) Néammoins nous applaudissons au décret-loi qui augmente les droits sur les boissons alcooliques.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE CHIRURGICALE

Cancer du côlon ilio-pelvien

M. J.-P. Tourneux

Chirurgien chef des Hôpitaux de Toulouse

Vous avez pu voir il y a quelques jours à notre consultation une malade, que j'ai opérée il y a environ quatre ans d'une tumeur du côlon ilio-pelvien et qui venait nous donner des nouvelles de sa santé. Je vais profiter de sa venue pour vous rapporter son observation et pour procéder ensuite à une étude rapide de cette variété de néoplasie.

Il s'agissait d'une femme âgée de 45 ans, sans antécédents dignes d'intérêt, qui avait constaté, vers le début du mois de janvier 1935, la présence au niveau de la fosse iliaque gauche d'une petite tumeur, assez profonde, légèrement douloureuse au toucher. Dans les jours qui suivirent, cette tumeur augmenta insensiblement de volume et devint de plus en plus douloureuse, en s'accompagnant de constipation : sur les conseils de son médecin, elle entra le 22 février à l'Hôtel-Dieu, où elle fut admise salle Sainte-Marthe, nº 6.

Au moment de son hospitalisation, la malade, très fatiguée, paraît fortement amaigrie, car elle aurait perdu 7 kilogrammes en trois semaines. Les accidents remontent d'après elle à un mois et demi : bien qu'elle soit assez constipée, les selles sont normales, sans diarrhée, et ne sont tachées que depuis quelques jours de petits filets de sang. Elle ressent de temps à autre des crises douloureuses accompagnées d'épreintes et de ténesme rectal.

En l'examinant, on constatait dans la fosse iliaque gauche l'existence d'une tumeur ovoïde, un peu irrégulière, dure, mate, presque immobile, inaccessible par le toucher rectal. Les phénomènes douloureux, exagérés par la palpation et les essais de mobilisation, ne s'accompagnent pas de contractions péristaltiques. On ne sent pas de ganglions perceptibles, l'examen des divers appareils de l'économie est complètement négatif.

Différentes scopies et radiographies pratiquées après prise de bouillie barytée montrèrent un arrêt très net au-dessous de la fin du côlon descendant : de même, on constata, après administration d'un lavement opaque, que le sigmoïde se remplissait bien, mais que l'anse une fois dilatée et déroulée, le côlon iliaque ne s'imprégnait pas ; seule une petite traînée de bismuth indiquait son emplacement.

Devant ce tableau symptomatique, on porta le diagnostic de cancer du côlon ilio-pelvien, et comme la malade ne présentait pas de traces d'occlusion ou de sub-occlusion, puisqu'elle n'était pas ballonnée et qu'elle émettait des gaz, on se décida à tenter l'exérèse de la néoplasie.

L'intervention eut lieu le 17 mars sous anesthésie générale à l'éther. Une laparotomie médiane permit de découvrir une tumeur volumineuse de la deuxième portion du côlon ilio-pelvien, fixée par de nombreuses adhérences à la paroi abdominale externe. Après libération et dégagement de la tumeur facilités par la longueur du méso, on pratiqua une large exérèse intestinale de près de 14 centimètres, qui fut suivie d'une suture primitive termino-terminale au fil de lin sur deux plans. La paroi abdominale fut refermée au fils de fer perdus et aux agrafes de Michel, sans drainage.

Les suites opératoires furent parfaites : la première selle eut lieu le cinquième jour après l'intervention, et une radiographie montra ultérieurement une perméabilité intestinale parfaite.

L'examen macroscopique de la pièce enlevée montra que le néoplasme avait infiltré toutes les tuniques intestinales et que la lumière du conduit était rétrécie au point de ne permettre que le passage d'une sonde cannelée. Au point de vue histologique, il s'agissait d'un épithélioma cylindrique typique, d'un adéno-carcinome.

Voilà donc très brièvement résumée l'histoire de ma malade, dont vous avez pu constater l'excellent état de santé actuel, et chez laquelle la tumeur ilio-pelvienne s'est révélée d'une façon tout à fait anormale. Le premier symptôme clinique perçu a été la présence d'une tumeur, ce

qui est extrêmement rare, car les sujets présentent habituellement soit des signes d'occlusion, soit des signes d'entérite, sans que l'on puisse mettre en évidence par le palper abdominal une tumeur quelconque.

***

Le cancer du côlon ilio-pelvien, qui, rectum excepté, est le plus fréquent des cancers du gros intestin, et qui se rencontre surtout chez la femme après 50 ans, peut siéger sur toute la hauteur de ce segment intestinal, partie moyenne mobile ou parties distale et proximale fixes.

Il se présente ordinairement sous la forme d'une tumeur circulaire, en virole, rétrécissant la lumière intestinale, dure, scléreuse, infiltrante, à surface plus ou moins ulcérée, rarement bourgeonnante, enveloppée d'une gaine fibro-lipomateuse ; ce n'est qu'exceptionnellement que le néoplasme ne s'étend que sur une des faces du côlon. Au-dessus du cancer, le calibre de l'intestin, dont la paroi est épaissie, enflammée, souvent œdémateuse, se montre généralement dilaté par la stase fécale : au-dessous, on ne trouve pas de modifications.

Ce cancer ne présente pas d'ordinaire de très grand développement ; il infiltre la paroi intestinale ainsi que le méso, qui devient épais et rigide et se fixe d'assez bonne heure dans la fosse iliaque et aux anses grêles voisines par de nombreuses adhérences. L'envahissement ganglionnaire est assez tardif ; il se fait aux dépens des ganglions du méso-sigmoïde et de la région lombo-aortique. En ce qui concerne la généralisation, elle est exceptionnelle : les seules métastases que l'on a pu relever se sont faites au niveau du foie, en suivant la voie de la veine porte. Au point de vue microscopique, la structure du cancer ilio-pelvien ne diffère pas de la structure du cancer des autres segments du gros intestin ; on y retrouve les trois formes classiques, adéno-carcinome pseudo-glandulaire, carcinome vrai à boyaux pleins, carcinome colloïde alvéolaire à contenu muqueux.

Le début du cancer ilio-pelvien est généralement insidieux, se manifestant par une obstruction intestinale progressive, accompagnée ou non de selles sanguinolentes, ou par une période plus ou moins longue d'alternatives de constipation et de diarrhée glaireuse : ce n'est que très rarement qu'une hémorragie ou la découverte d'une tumeur dans la fosse iliaque ouvre le tableau clinique. Dans d'autres cas, qui ne sont pas exceptionnels, le début est brusque, se traduisant d'emblée par une occlusion aiguë.

A la période dite d'état, ce sont, au point de vue fonctionnel, les signes de stase stercorale qui dominent nettement.

La constipation est progressive, caractérisée par un ralentissement à l'évacuation des selles, qui sont plus ou moins dures, déformées, laminées, ovillées, précédées de coliques avec gargouillement, qui débutent au niveau du creux épigastrique ou de l'hypochondre gauche et se continuent dans la partie inférieure de l'abdomen du même côté. Souvent le sujet ressent également des douleurs à distance par contraction ou distension des côlons jusqu'au cæcum. Cette constipation est entrecoupée de débâcles diarrhéiques glaireuses dues à la colite ainsi qu'aux contractions intestinales répétées. Quant aux hémorragies, toujours discrètes, elles ne se produisent généralement qu'au moment de la défécation et sont dues au passage des matières qu'elles recouvrent : beaucoup plus rarement, elles se manifestent en dehors de la défécation.

Au point de vue physique, l'inspection ne dénote ordinairement rien d'anormal, car ce n'est que lorsque la sténose cancéreuse est déjà bien développée qu'il existe un léger ballonnement de l'abdomen, dû à la distension des anses intestinales : on peut alors également constater des mouvements péristaliques et antipéristaltiques dans la région épigastrique, le flanc et la fosse iliaque gauche.

La palpation, de même, est le plus souvent négative, et l'on ne peut qu'assez rarement, et encore chez des sujets plutôt maigres, sentir dans la fosse iliaque gauche l'existence d'une masse allongée, un peu pâteuse, dont l'exploration détermine des contractions intestinales. Presque toujours, ce n'est pas d'ailleurs le néoplasme lui-même que l'on perçoit, mais le boudin de stase stercorale existant au-dessus de lui : il est tout à fait exceptionnel que l'on puisse, comme chez notre malade, et cela à une période très peu avancée, mettre en évidence une tumeur dure et douloureuse.

Quant au toucher rectal, il ne donne habituellement aucune indication ; dans quelques cas, d'après certains auteurs, en le pratiquant le sujet étant debout, on pourrait dans les formes basses sentir la tumeur à bout de doigt.

Les signes généraux, plus ou moins graves, sont extrêmement variables, et n'offrent la plupart du temps aucune relation avec le degré d'extension tumorale : ils consistent en amaigrissement, anémie et asthénie.

Il est assez difficile de préciser la durée de l'affection, qui peut être de plusieurs années, mais qui peut également être influencée par l'apparition de diverses complications. En dehors de l'obstruction par sténose, qui est la terminaison habituelle, et qui fait en quelque sorte partie du tableau clinique, on a signalé quelques rares cas de péritonites par perforation, d'inflammations par infection de proche en proche,

éventualité exceptionnelle, car les cancers de la partie gauche des côlons sont peu infectés, d'invagination intestinale, dans lesquels la tumeur constitue la tête du boudin d'invagination. Le volvulus du côlon pelvien, favorisé par le poids de la tumeur située sur la portion mobile, et dont j'ai eu l'occasion d'observer trois cas, est de constatation certainement plus fréquente.

Le pronostic, toujours très réservé comme dans tous les cas de tumeurs malignes, serait particulièrement grave pour les formes siégeant au niveau des parties fixes du côlon ilio-pelvien qui infiltrent plus rapidement la fosse iliaque.

Suivant l'âge du sujet, la symptomatologie et le siège de la tumeur, on a pu différentier un certain nombre de formes cliniques. C'est ainsi que l'on a décrit une forme de cancer ilio-pelvien chez les jeunes, qui ne présente pas de particularités cliniques, mais qui est d'un diagnostic plutôt délicat, car, étant donné l'âge du sujet, on est porté à songer à tout autre chose qu'au cancer.

D'après la prédominance de certains symptômes et d'après l'évolution, on a pu distinguer une forme entéritique, assez fréquente et souvent délicate à reconnaître, des formes anémique, tumorale ou hémorragique d'observation assez rare, et des formes occlusives, soit progressive, soit brusque, soit d'emblée, de constatation courante.

Enfin, d'après le siège, on a établi des formes distale (colo-sigmoïde), proximale (recto-sigmoïde), moyenne (sigmoïde), qui ont une réelle importance au point de vue opératoire, les deux premières étant fixées et la troisième seule mobile.

Le diagnostic positif est basé sur l'âge du sujet, sur l'existence d'une constipation progressive, sur la présence de sang dans les selles, sur le péristaltisme intestinal, et sur la constatation d'une tumeur dans la fosse iliaque gauche : le lavement bismuthé montrera le siège précis du néoplasme ainsi que le degré du rétrécissement. La rectoscopie, qui peut permettre de pratiquer une biopsie, ne donne de résultats que dans le cas où le cancer est situé très bas, en position recto-sigmoïde. Le diagnostic une fois posé, il conviendra d'apprécier la phase d'évolution tumorale, sa mobilité ou sa fixité, l'état du retentissement ganglionnaire ou de la généralisation, toutes choses indispensables pour le traitement.

En ce qui concerne le diagnostic différentiel, il ne présente pas en général de bien grandes difficultés : il faut savoir éliminer la constipation chronique et l'entérite, qui ne s'accompagnent ni de tumeur ni de mouvements péristaltiques, ni de rétrécissement visible à la radiologie.

Et j'en arrive au traitement, qui, comme vous devez aisément le concevoir, ne peut être que chirurgical, soit palliatif, soit curatif, et qui, dans ce dernier cas consiste dans l'exérèse de la tumeur en un ou plusieurs temps.

Lorsqu'on se trouve, comme dans notre cas, devant un sujet résistant, non intoxiqué, en dehors de tout état occlusif, il me semble nettement indiqué, à condition bien entendu que la tumeur soit extirpable, de pratiquer une large exérèse de l'anse cancéreuse et de son méso, suivie d'une entérorraphie termino-terminale immédiate. Cette intervention, qu'il m'a été donné de pratiquer à plusieurs reprises, est relativement facile à exécuter et donne, ainsi que vous avez pu le constater par vous-mêmes, de très bons résultats.

Mais cette conduite, qui est en quelque sorte l'idéale, n'est pas toujours possible. Elle serait, en effet, particulièrement dangereuse dans les cas de sub-occlusions, où il convient, avant de prendre toute décision de conduite opératoire, de pratiquer une laparotomie exploratrice, afin de se rendre compte de l'étendue des lésions. Si la tumeur paraît alors inextirpable, on devra se contenter d'une opération palliative en établissant un anus iliaque définitif assez près de la tumeur pour assurer l'évacuation régulière et complète de l'intestin.

Si, au contraire, l'ablation du néoplasme est possible, il faut, avant toute tentative d'exérèse, pratiquer une extériorisation de la tumeur, suivie d'un anus iliaque temporaire, qui, en amenant la vidange de l'intestin, permet au malade de se désintoxiquer. Dans un deuxième temps, effectué à une date plus ou moins rapprochée, on réalisera l'ablation de la tumeur, suivie alors selon les cas, et c'est ici qu'entrent en ligne de compte le siège, le degré d'extension des lésions et l'état du sujet, soit d'entérorraphie rétablissant la continuité intestinale, soit d'anus iliaque définitif. . . . . . .

Enfin, si on se trouve en présence d'un malade en état d'occlusion complète avec distension abdominale, il faudra se borner à parer au danger immédiat et à établir un anus provisoire du côté droit, une cæcostomie, et ce n'est qu'ultérieurement, quand le malade sera sorti de sa crise et qu'il aura été possible de se rendre compte du siège de la tumeur et de son degré d'extension qu'il conviendra de prendre une décision à son sujet.

L'ABSORPTION DU CATGUT DANS L'ORGANISME

La souplesse, la stérilité, la résistance à la traction de la plupart des catguts sont bien standardisées et peuvent être contrôlées de façon satisfaisante au laboratoire. Il n'en est pas de même d'une autre caractéristique, très importante cependant, à savoir le temps mis à se résorber dans les tissus.

C'est pourquoi Wolff et Priestley, de la division de chirurgie à la Fondation Mayo, ayant observé divers cas de résorption prématurée, se sont mis à l'étude de la question et publient leurs résultats (1).

Ils ont utilisé la méthode suivante : en faisant la suture de la plaie dans une série d'interventions abdominales ils introduisent un brin de catgut en expérience à travers le fascia antérieur du grand droit et le fixent à une bouche de fil non absorbable qui ressort à travers la peau. Chaque jour ou tous les deux jours une légère traction est effectuée sur ladite boucle jusqu'au jour où, obéissant à la traction, elle sort de la peau et indique ainsi que le catgut s'est résorbé.

Dans beaucoup de cas trois ou quatre échantillons ont été simultanément éprouvés de cette façon. Jamais les auteurs n'ont vu ces catguts contrarier la cicatrisation ou gêner le malade.

C'est ainsi que 358 échantillons ont été éprouvés sur 164 malades.

Il s'est agit de catguts de types et de grosseurs variées.

En outre a été étudiée l'influence sur le temps de résorption de l'infection de la plaie, de l'âge du patient, de l'état général et divers autres facteurs.

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, le catgut fin ne se résorbe *pas plus* vite et parfois même il se résorbe moins vite que le gros. C'est ainsi que le 0.0.0. d'un certain catgut chromé s'est, sur une série de malades résorbé en un délai moyen de quinze jours, tandis que les nos 1 et 2 du même catgut se résorbèrent en 10-6 jours. D'ailleurs Bates avait déjà montré à la Société de chirurgie de Chicago qu'à l'examen microscopique les catguts fins produisent moins de réactions dans les tissus que les gros, et qu'en outre ceux-ci ont tendance à se casser en morceaux.

Un catgut simple dure aussi longtemps qu'un double.

Dans 21 plaies suppurantes le temps moyen de résorption a été de 15-3 jours et dans 21 plaies « propres » de 14-3 jours. L'infection est donc sans influence.

Il en est de même de l'état cachectique et de l'âge du sujet.

Chez certains sujets le catgut chromé se résorbe aussi vite ou même plus vite que le simple. Il n'en est pas moins vrai, de façon générale, le chromage allonge le temps de résorption.

Dans les circonstances normales la cicatrisation est suffisamment solide au 10e jour pour rendre le catgut inutile.

Mais il n'en est pas toujours ainsi et tout ce qui cause de la fatigue à la paroi abdominale : distension, toux, vomissements, hoquet, peut entraîner une désunion si le matériel de suture s'est résorbé prématurément.

C'est pourquoi les auteurs sont d'avis que tout catgut servant à la suture de la paroi abdominale devrait avoir un temps de résorption de 10 à 12 jours.

G. LAVALÉE.

(1) *Staff meetings*, March 8, 1939.

APOPHYSITE ANTÉRIEURE DU TIBIA

Docteur W. RENOU

Il existe, chez l'enfant ou l'adolescent, au niveau de l'apophyse antérieure du tibia, une affection, dont les caractères cliniques essentiels sont la douleur et l'impotence fonctionnelle plus ou moins prononcée. Elle est due à des troubles de l'ossification, liés à des troubles circulatoires, paraissant eux-mêmes influencés par de légers traumatismes.

Le terme d'apophysite doit être rejeté pour désigner une telle affection, car il évoque une idée d'infection qui n'existe pas. C'est une ostéochondrite, ou mieux une dyschondrostéose localisée (Rocher), et l'on doit dire dyschondrostéose apophysaire antérieure du tibia ou, si l'on veut rendre hommage à l'auteur qui la décrivit le premier : maladie de Lannelongue.

Sous le terme de maladie d'Osgood et de Schlatter, a été décrite en réalité la fracture ou arrachement de l'apophyse antérieure du tibia droit ou gauche. (*Thèse de Montpellier*, 1939.)

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

LES ACCIDENTS SÉRIQUES ET LEUR TRAITEMENT

D'après le Docteur BAUFLE

Professeur à l'Ecole de médecine de Besançon (1)

LEURS FACTEURS

Plus fréquents chez l'adulte que chez l'enfant, les accidents sériques dépendent de deux facteurs : le sérum employé ; le terrain, c'est-à-dire la susceptibilité du sujet traité.

A) *Tous les sérums* peuvent donner des accidents. Cependant, ceux-ci paraissent plus fréquents avec le sérum antitétanique qu'avec le sérum antidiphtérique. Les sérums chauffés, puis vieillis à la glacière, paraissent mieux supportés ; il en est de même des sérums concentrés, des sérums désalbuminés, tels qu'on les prépare actuellement. La dose de sérum semble sans importance.

Par contre deux points sont à retenir :

a) La voie d'introduction a une influence capitale. Pratiquement nuls, quand le sérum est absorbé par le tube digestif (voie rectale ou buccale), les accidents succèdent surtout aux injections sous-cutanées ou intra-musculaires, les plus habituelles, et présentent le maximum de fréquence et aussi de gravité, quand l'injection est faite par voie intra-rachidienne et surtout intra-veineuse.

b) La répétition des injections est un facteur capital. Les réinjections comportent des accidents beaucoup plus fréquents et plus graves que les primo-injections, à condition que l'intervalle soit au moins de quatorze jours, ce qui permet la sensibilisation du sujet.

B) *Le terrain* joue un rôle très important. En dehors de la sensibilisation par une injection antérieure, certains sujets présentent une prédisposition particulière à la maladie sérique : les asthmatiques (asthme vrai, rhume des foins), les insuffisants hépatiques, les migraineux, les déséquilibrés du système neuro-végétatif, les épileptiques, les tuberculeux sont beaucoup plus exposés aux accidents.

LEUR ASPECT CLINIQUE

Il est classique d'opposer les accidents de primo-injection, habituellement tardifs, après une véritable incubation, et les injections de réinjection, précoces parfois même immédiats. Cette opposition, vraie dans l'ensemble, n'a rien d'absolu ; les accidents pouvant succéder à une primo-injection.

1° **Réactions précoces.** — Possibles dans toute sérothérapie, elles sont surtout à craindre dans les réinjections, et lorsqu'on utilise la voie intraveineuse.

Dans la plupart des cas, les accidents surviennent rapidement, avant la fin même de l'injection ; plus souvent dans les heures qui suivent, parfois seulement après vingt-quatre ou trente-six heures.

Le malade éprouve un malaise général, de l'angoisse, la face est pâle, plus rarement cyanosée. Le pouls est rapide, très hypotendu ; des érythèmes peuvent apparaître. Souvent surviennent des troubles digestifs (vomissements, flux diarrhéique avec incontinence), des troubles respiratoires (dyspnée, toux). Le tableau du collapsus est très impressionnant, cependant, la mort reste exceptionnelle et, après quelques heures, sous l'influence du traitement, les accidents se dissipent sans laisser de traces.

2° **Réactions tardives.** — Elles apparaissent d'habitude entre le sixième et le dixième jour, parfois seulement le quatorzième ; l'incubation est plus courte, quand il s'agit de réinjection.

Trois manifestations cliniques : les accidents cutanés, les arthralgies, la fièvre.

a) Les manifestations cutanées sont représentées par des érythèmes de type variables (simple, papulo-urticarien, marginé aberrant, plus rarement morbilliforme ou scarlatiniforme) ; l'urticaire, le prurit sont fréquents. Dans certains cas existe un œdème important, qui déforme la face et fait croire, à première vue, à un érysipèle ; très rarement, l'érythème s'accompagne de purpura ; parfois apparaît un véritable exanthème avec œdème de muqueuses pharyngée et laryngée.

b) Les arthralgies évoquent, par leur intensité, une crise de rhumatisme articulaire aigu, mais avec deux particularités : il n'y a pas de signes objectifs au niveau des articulations ; les articulations de la moitié supérieure du corps sont touchées d'une manière prédominante. souvent même élective (rachis, cervical, articulation temporo-maxillaire).

c) La fièvre est constante, avec souvent le

(1) Eléments de thérapeutique médicale (1 vol. Chicandre, éditeur, Besançon, 1939.

type en clocher, 39°, 40° ; elle peut persister plusieurs jours.

A ces signes fondamentaux s'ajoutent parfois de la tachycardie avec hypotension ; des troubles digestifs et respiratoires, de l'albuminurie le plus souvent passagère ; des adénopathies ; une orchite ; des troubles nerveux. Ces derniers s'observent surtout après des injections antitétaniques, et chez l'adulte. Ils consistent en manifestations douloureuses suivies de paralysie radiculaire des branches supérieures du plexus brachial avec amyotrophie, l'évolution en est très lente. Exceptionnellement, des manifestations psychiques. La guérison se fait en cinq ou six jours, mais il existe des reprises et parfois des formes prolongées ou subintrantes.

En dehors de la maladie sérique proprement dite, il y a des réactions focales — reprise d'une angine diphtérique, aggravation des troubles respiratoires (dans le cas de croup) — et des accidents locaux. Au point d'injection apparaît un placard urticarien très prurigineux, et parfois d'un aspect pseudo-phlegmoneux, mais rapidement en résolution.

A la suite de réinjections, les accidents locaux peuvent apparaître d'une manière très précoce (une demi-heure à deux heures). De ces manifestations locales, il faut rapprocher les accidents observés au cours des injecctions intra-rachidiennes de sérum ou la méningite sérique qui est un véritable phénomène d'Arthus méningé.

Traitement des accidents sériques

Prophylaxie. — Quand il s'agit de pratiquer une nouvelle injection chez un sujet qui a déjà reçu un sérum thérapeutique, les précautions suivantes réduisent les accidents au minimum.

Utiliser un sérum chauffé (trois fois pendant une heure à 56°), puis conservé à la glacière (c'est le cas des sérums de l'Institut Pasteur) ; de préférence un sérum désalbuminé, surtout dans la thérapeutique préventive du tétanos. Ne pas faire de sérum inutilement, par crainte de sensibilisation. Injecter des doses suffisantes dès le début, pour ne pas être amené à les renouveler par la suite, lorsque le sujet est sensibilisé. Recourir aux voies intra-musculaire et sous-cutanée, la voie intra-veineuse étant toujours dangereuse.

D'autre part, la technique de l'injection a une réelle importance : chez tout sujet sensibilisé par une injection antérieure, on utilisera la méthode de Besredka : injecter successivement sous la peau 1/4, 1/2, 3/4, 1 c. c. de sérum à une heure d'intervalle.

S'il faut agir plus vite, on injecte dans les veines le sérum dilué à 1/10 dans l'eau physiologique, aux doses croissantes de 1/2, 1, 2, 5, 10 c. c. toutes les 5 ou 10 minutes ; laissant en place une ligature au-dessus de la veine pendant quelques minutes, on retarde l'absorption.

Quant il s'agit d'injection intra-rachidienne, en plus de la désensibilisation par voie sous-cutanée, on fait une première injection intra-rachidienne très lente de 1/2 à 1 c. c.

Pour les injections intra-veineuses, les risques seront réduits au minimum, en pratiquant très lentement l'injection de sérum dilué dans l'eau salée physiologique, ou en ajoutant au sérum un volume égal d'une solution d'hyposulfite de soude à 5 %.

Ces manœuvres doivent parer aux accidents immédiats, surtout fréquents à l'occasion d'une réinjection ; ce sont les plus dangereux.

Quant à la prophylaxie des accidents tardifs, certains médicaments, administrés dès l'injection faite, ont une réelle efficacité.

Les sels de calcium (chlorure de calcium employé depuis longtemps, gluconate de calcium d'un goût moins désagréable), à la dose de 4 à 6 grammes par jour sont utiles.

L'éphédrine, à la dose quotidienne de 0 gr. 05 à 0 gr. 10 (enfant), de 0 gr. 10 à 0 gr. 15 (adulte) répartie en trois ou quatre prises, pendant quatorze jours après l'injection, est efficace. L'hyposulfite de soude (2 à 4 grammes par voie buccale ou intraveineuse), l'hyposulfite de magnésium, le gardénal par doses fractionnées de 0,05 à 0,12 peuvent prévenir les accidents.

Le traitement curatif diffère suivant qu'il s'agit d'accidents précoces répondant surtout au collapsus ou d'accidents tardifs (maladie sérique).

Les *accidents précoces* sont justiciables avant tout de l'adrénaline : injection intra-musculaire de 1 mgr. qui peut être renouvelée trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures ; si les accidents sont menaçants, on injecte par voie intra-veineuse la rinçure de la seringue (comme dans la crise nitritoïde). On associe à ce traitement les injections de caféine et d'huile éthérée camphrée.

Les *accidents tardifs* comportent la continuation des médicaments déjà prescrits à titre préventif : sels de calcium, éphédrine, hyposulfite de soude ou de magnésium.

Certaines méthodes thérapeutiques, dont le mode d'action est mal précisé, leur sont adjointes avec profit. Telles sont : l'acide lactique, en potion, à la dose quotidienne de 5 grammes (enfant) à 12 grammes (adulte) ; le mélange de salicylate et benzoate de soude à la dose quotidienne de 4 à 6 grammes ; l'insuline : 10 à 15 unités, deux à trois fois dans les vingt-quatre heures ; l'auto-hémo ou l'auto-sérothérapie.

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

De la diphtérie chez les vaccinés

Les faits suivants découlent d'une étude faite par MM. CHALIER et REVOL, d'après une statistique hospitalière portant sur 213 cas :

1° La diphtérie des vaccinés est rare : 213 cas sur 3.082 malades soit 6,9 % et, sur ce nombre, 70 cas absolument indiscutables.

2° La diphtérie est aussi grave chez les sujets vaccinés que chez les sujets non-vaccinés. Alors que la mortalité est de 7,56 % chez ces derniers elle est de 7 % chez les vaccinés et atteint même le taux de 11,3 % si on ne tient compte que des sujets dont la vaccination fut certainement correcte.

3° Le mode de vaccination est important à considérer ; en particulier la pratique des injections de rappel semble faire diminuer considérablement les risques de diphtérie.

4° L'ancienneté de la vaccination est également importante, et il semble exister une période critique, allant du neuvième au dix-huitième mois après la vaccination, période pendant laquelle les diphtéries sont particulièrement fréquentes et graves (21 6 % de mortalité). Ceci plaiderait en faveur de l'injection de rappel dès le huitième mois. Après cette période critique, l'immunité semble au contraire se renforcer. (*Lyon Médical* 14 mai 1939.)

Un nouveau traitement des métrites cervicales

Le traitement des métrites cervicales chroniques est essentiellement difficile. Les petits moyens sont parfaitement inefficaces. Les cautérisations aux caustiques chimiques, tel le Filhos, sont longues, douloureuses, quelquefois dangereuses. Quant aux cautérisations électriques, dont la plus couramment usitée est la diathermo-coagulation, leur action certaine se trouve contre-balancée par des inconvénients non sans importance. Outre qu'elles sont désagréables pour les malades, elles nécessitent un appareillage compliqué et coûteux, dont le prix de revient rend malaisée la diffusion.

La méthode proposée par MM. J. FIGARELLA et A. FOURNIER évite ces derniers ennuis. D'après les premières observations faites, elle semble d'application très simple et surtout elle paraît donner des résultats très intéressants. Il s'agit de l'infiltration novocaïnique du col utérin. Celle-ci est basée sur une augmentation de l'apport local en éléments de défense, grâce à la méthode de Lerche, qui a obtenu ces résultats en bloquant le tonus des fibres sympathiques à l'aide de certains dérivés de la cocaïne, dont le plus usité est la novocaïne. Ainsi se trouve réalisée la possibilité de faire rétrocéder certaines inflammations locales.

Les auteurs exposent successivement les divers points de leur technique : le nombre des séances (2 infiltrations par semaine, au rythme de 5 à 6 en moyenne) ; la quantité injectée (15 à 20 c. c. et progressivement 40 et même 50 c. c.) ; le lieu de l'injection ; le matériel et la solution utilisée ; la méthode suivie.

Leurs premiers résultats peuvent se résumer ainsi : 1° dès la première séance, où à défaut à la seconde, disparition des douleurs ; 2° dès la deuxième séance en moyenne, disparition de la leucorrhée ; 3° enfin, dès la troisième ou quatrième séance, amélioration anatomique qui se transforme en guérison vers la sixième environ. Ce procédé semble très efficace dans des délais très rapides. Il ne nécessite aucun appareillage coûteux ; il n'est pas douloureux ; il est ambulatoire et permet aux femmes de vaquer normalement à leurs occupations ; celles-ci sont mises en confiance par la sédation rapide de leurs phénomènes douloureux. (*Le Sud Médical et Chirurgical,* février 1939.)

Vaccination antidiphtérique.
Réflexions sur la morbidité diphtérique

M. R. RENDU constate, d'après ses recherches, qu'il paraît bien établi aujourd'hui que la vaccination anti-diphtérique, malgré les nombreux perfectionnements réalisés depuis quinze ans, ne rend la réaction de Schick négative que dans 960 à 980 pour 1.000 des cas, c'est-à-dire immunise artificiellement 960 à 980 enfants sur mille, 20 à 40 sujets injectés restant réfactaires à l'immunisation. L'étude que cet auteur a faite de la morbidité diphtérique chez l'enfant, prouve que ce sont précisément ces vingt à quarante (vaccino-résistants) que l'anatoxine devrait immuniser pour être efficace ?

D'autre part, il est incontestable qu'en France, 970 à 985 enfants non vaccinés (sur mille) échappent à la diphtérie au cours de la période de la vie où ils sont le plus exposés à la contracter (0 à 15 ans). Ces chiffres apparaissent donc comme si l'immunisation spontanée, naturelle, donnait les mêmes résultats que l'immunisation artificielle obtenue par la méthode de Ramon, (*Lyon Médical,* 14 ma 1939).

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

Chez MASSON et Cie
120, boulevard Saint-Germain

Ch. COUTELA. — **L'œil et les maladies professionnelles (maladies du travail).** Rapport présenté à la Société française d'ophtalmologie le 9 mai 1939. Un vol. 614 pages. Prix : 140 francs.

L'examen du malade. GUIDE CLINIQUE DE L'ÉTUDIANT ET DU MÉDECIN. *Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Neurologie et Spécialités,* par P. DELMAS, G. GIRAUD, E. JEANBRAU, E. LEENHARDT, I. MARGAROT, P. PAGES, V. RICHE, L. RIMBAUD, J. TERRACOL, H. VILLARD, professeurs à la Faculté de médecine de Montpellier. Un vol. 366 pages, 1939, Prix : 45 francs.

ENCYCLOPÉDIE MÉDICO-CHIRURGICALE
18, rue Séguier, Paris (VIe)

Recueil périodique de l'Encyclopédie médico-chirurgicale, paraissant 34 fois par an. Cahier spécialisé. Glandes endocrines, Nutrition, 1939, n° 13.

TRAITEMENT D'URGENCE DU CORYZA SPASMODIQUE ET DU RHUME DES FOINS

Par A. SIMON

A côté du coryza simple, « rhume de cerveau » banal, il existe un groupe d'affections nasales, qui peuvent être réunies sous l'étiquette de « coryza spasmodique ». En font partie :

1° les rhinites vaso-motrices de causes diverses ; crises congestives ou sécrétoires des neuro-arthritiques et des dysendocriniens,

2° le coryza spasmodique vrai, équivalent nasal de l'asthme,

3° le rhume des foins et les rhinites allergiques.

Ces différentes manifestations morbides ne ne sont pas seulement des maladies locales ; elles traduisent également un déséquilibre neuro-humoral. Les travaux de Pasteur Vallery-Radot — continuant ceux de Widal et de son école, ont bien mis en valeur la notion de sensibilisation de l'organisme à une cause déclenchante. Le rhume des foins, par exemple, a mérité le nom de maladie du pollen, parce qu'il est lié à une hypersensibilité pollinique ; ceci explique son rythme saisonnier et ses récidives annuelles en mai, juin ou juillet.

A la notion de sensibilisation se rattache la notion thérapeutique de désensibilisation : le meilleur traitement du coryza spasmodique et des rhinites allergiques, c'est la désensibilisation spécifique de l'organisme. En théorie, cette thérapeutique est rationnelle et à coup sûr efficace ; mais en pratique elle exige trop souvent des tâtonnements prolongés : il n'est pas facile de déterminer du premier coup la nature exacte de la substance sensibilisatrice, d'où impossibilité d'une rapide désensibilisation spécifique. Or, la désensibilisation non-spécifique, telle l'auto-hémothérapie, donne des résultats très inconstants.

Il n'est donc pas sans intérêt d'avoir un traitement symptomatique rapide du rhume des foins, traitement qui arrêtera les crises et permettra au malade une vie sociale et un travail normal pendant les mois de mai et de juin. Ceci, non pas pour remplacer la désensibilisation, mais pour permettre d'obtenir un résultat immédiat et un soulagement, pendant le temps souvent long où l'on recherchera la spécificité de la substance déclenchante.

Pour atteindre ce but, nous avons à notre disposition la désoxynoréphédrine, vaso-constricteur volatil agissant autant que l'éphédrine et plus longtemps. La désoxynoréphédrine sera prescrite en inhalations (en employant un inhalateur du type du rhinalator) ; elle se répand bien à l'état de vapeur sur toute la surface de la muqueuse nasale, qu'elle décongestionne, et calme instantanément les crises sécrétoires et sternutatoires si pénibles.

Une inhalation, faite avec un rhinalator, toutes les deux heures environ, permettra au malade atteint de rhume des foins une vie normale. L'emploi du rhinalator à la désoxynoréphédrine constitue donc un véritable traitement d'urgence de cette affection, traitement auquel on adjoindra ultérieurement la thérapeutique désensibilisatrice, dont l'efficacité n'est plus à démontrer aujourd'hui.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

◆ ◆ ◆

LA STANDARDISATION DES ÉLITES

En période de vacances, un médecin n'est plus un médecin. Ou, du moins, il s'évertue à ne plus l'être. Le seul fait d'avoir expulser de sa poche le carnet de visites, ce tyran quotidien, l'allège d'un grand poids et lui donne le sens de la liberté. Ce temps dont, contre sa coutume, il se sent maître souverain, il décide avec ivresse d'en faire une oasis d'insouciance et que rien de professionnel ne viendra troubler sa sérénité.

Et il a bien raison !

Car si la médecine est vraiment (et elle l'est !) la maîtresse exigeante qu'on dit, c'est bien le moins que, de temps à autre, on la renvoie chez sa mère ! On la retrouvera avec d'autant plus de plaisir.

Il est donc juste qu'en pleine « pause » estivale un journaliste médical s'abstienne de ressasser les sempiternelles antiennes qui sont sa substance ordinaire du reste de l'année, et qu'il se hasarde à ruminer quelques idées générales. Une idée générale a cet avantage qu'elle s'accommode assez des somnolences heureuses et qu'elle n'appelle aucune résolution immédiate. C'est la compagne rêvée des gens déterminés à ne rien faire.

***

Depuis quelques années il est beaucoup question des élites, mais jamais pour ne rien dire de réconfortant. Selon les uns elles sont bel et bien mortes, écrasées par les « masses » ; selon les autres elles vivent encore mais dans une nonchalance coupable. De toutes façons elles ne remplissent plus leur rôle de catalyse dans le Corps social et tous normaux, paraît-il, viennent de là.

Je veux bien ; mais, ai-je l'esprit mal fait ? il me semblait, au contraire, que jamais sous la calotte des cieux ne s'étaient vues autant d'élites, et bien cataloguées, et combatives, et même hargneuses. Jamais (qu'on me passe ce langage trivial et tolérable seulement en vacances) les serviettes ne se sont aussi nettement séparées des torchons, et l'on vient nous parler de « démission des élites ». Le mot est assez raide.

Car enfin l'élite à peau blanche n'a pas, autant qu'on le sache, abdiqué vis-à-vis des noirs ni des jaunes son rôle de lumière civilisatrice et elle est même prête à en découdre pour l'affirmer de nouveau avec éclat. L'élite aryenne repousse du pied (et de quel pied !) les impurs sémites et, dans son orgueil de s'épurer elle-même, elle mesure au pied à coulisse le nez de chacun. Dans tous les pays l'élite politique veille jalousement sur sa pitance et ne laisse approcher quiconque de son assiette. Quant à l'élite intellectuelle, c'est la plus implacable : elle élève jusqu'au firmament l'ostensoir de son immense mépris et le laisse retomber avec fracas sur tout ce qui l'environne.

Bien entendu chacun de ces embranchements comporte des classes, sous-classes et variétés, si bien qu'il faut être vraiment abandonné de Dieu pour n'avoir pas sa place marquée sur quelque rayon de l'étagère. La plupart des hommes sont en monter et l'on se demande si ce qui nous manque le plus n'est pas le bon public badaud et « tout-venant » pour défiler devant les élites.

Et cependant nos critiques chagrins sont satisfaits et nous prophétisent les pires malheurs si les élites ne ressuscitent pas.

Au fond je crois qu'ils ont raison mais pas de la façon qu'ils croient : les élites ne sont pas mortes, elles ont besoin d'être émondées. Le taillis empêche de voir les arbres.

***

Il y a quelques années s'est produit, en France, un phénomène symptomatique : tous les Français rescapés de la guerre sont rentrés décorés dans leurs foyers. Si bien que, à en croire, ce bout de ruban destiné originellement à signaler une valeur exceptionnelle l'armée française ne comptait que des héros : c'est flatteur ! c'est même trop beau ! Le vraisemblance exige plus de discernement : aussi n'y a-t-il plus que les mutilés pour arborer la croix de guerre. C'est leur membre absent qui constitue leur véritable décoration ;

l'autre ne sert que de certificat. Ainsi l'élite des combattants a été noyée dans un flot où elle n'est plus identifiable ; elle subsiste pourtant, mais à l'état fragmentaire : chacun de ceux-là garde son auréole dans l'esprit de ceux qui furent ses témoins, et pas ailleurs.

Je crois qu'il en est de même de toutes les élites ou plutôt de tous les hommes d'élite car, en définitive, il n'y a pas d'élites constituées en corps et c'est cette conception de primaires qui fausse tout le problème. On peut certes dire que l'élite d'une société comprend tous les hommes exceptionnels *de choix* (c'est le sens strict du mot) appartenant à cette société. Mais justement puisqu'il faut faire un choix, c'est donc que l'élite ne se constitue pas d'elle-même : elle résulte du choix de chacun et n'a de vertu que pour sa propre édification. L'élite est la collection de belles figures et de beaux caractères, composée par tout homme qui a longuement considéré ses semblables. Il y faut de la patience, de l'attention, de la réflexion ; il faut incontestablement fournir un effort, et tout personnel. C'est pourquoi la façon dont un homme a composé « son » élite et dont il la présente est, à mon sens, le meilleur test qui soit de sa valeur.

Là où l'affaire s'embrouille et où pourrait bien nicher le nœud gordien, c'est que tout ce qui nécessite un effort, et surtout un loyal effort de l'esprit, n'est vraiment pas l'affaire de notre siècle qu'on n'a pas appelé sans raison le siècle de la facilité. Pour tout ce qui est fatigant il a inventé une machine et pour tout ce qui ne comporte pas de machine, il a inventé un mot « ça n'existe pas ». Ayant établi quelques types standards d'élite, il fait sa sélection parmi les hommes avec des filtres et nes trémies, ni plus ni moins que s'il s'agissait de sable de rivière. Tout ce qui traverse les mailles ne mérite pas un regard ; ce qui est retenu par elles est du premier choix : il ne reste plus qu'à lui apposer l'estampille. C'est pourquoi ce XX[e] siècle, soi-disant égalitaire, fait une si grande consommation de décorations et de titres ; c'est pourquoi ses soi-disant élites sont si pullulentes et, en fin de compte, si amorphes. Car les gabarits standards ne conviennent justement pas aux fortes personnalités.

***

L'ancien régime avait un procédé simpliste pour discriminer son élite : il comptait les quartiers de noblesse. Çà valait ce que çà valait mais c'était net et indiscutable. Aujourd'hui nous répudions la valeur héréditaire et ne considérons plus que l'individu. La bourgeoisie révèle surtout la puissance d'argent et le mérite intellectuel et, comme depuis peu, elle a appris la fragilité de la richesse, c'est sur l'intellectualité qu'elle a reporté presque toute sa faveur. Elle débite la distinction en tranches (elle a ses parties ! elle aussi) et fait grand cas des titres universitaires. Les 70.000 candidats au bachot de juillet dernier étaient avant tout, n'en doutez pas, des aspirants à leur caste et l'encombrement des carrières libérales est le résultat de ces assauts désordonnés aux saints parvis.

Faisons-nous quelque chose pour détromper ces hordes de néophytes et leur faire comprendre ce que les titres universitaires ont de factice ? Hélas ! nous nous carrons au contraire avec une fatuité comique sur ceux que nous possédons. Parlons franc puisque nous sommes entre nous : les 30.000 médecins que nous sommes ne sont-ils pas tous intimement persuadés que leur doctorat leur confère une dignité éminente ? N'avons-nous pas élu ce gabarit standard comme signe distinctif d'une élite, et beaucoup d'articles professionnels ne sont-ils pas débordants, à cette pensée, d'une pharisaïque satisfaction ?

Nous ne sommes certes pas, du moins je l'espère, plus bêtes que les autres ni moins honnêtes. Mais je me refuse à admettre que le jour où la Faculté nous confère son parchemin, elle fasse, *ipso facto*, de chacun de nous un être exceptionnel. L'exercice de la profession, lui, aura cette vertu mais chez quelques-uns où des qualités purement humaines et pas du tout universitaires, se seront trouvées réunies.

Concluons en disant que c'est un grand tort de ne pas être assez pointilleux sur le choix de ses mots. Le mot élite à un sens qui ne lui permet pas d'être indéfiniment extensible. Nous voulons que l'élite de ce pays se retrouve et fasse sentir son action, il nous faut d'abord faire la police autour d'elle et que, préposés à garder sa porte, nous ne commencions pas par forcer celle-ci pour y faire entrer nos amis et y entrer nous-mêmes.

Et peut-être, dans ce rôle de modestie réfléchie, nous sera-t-il alors donné de devenir « quelqu'un ».

G. LAVALÉE.

LE RESPECT DU SECRET PROFESSIONNEL
DEUX RÉCENTES DÉCISIONS DE JUSTICE

1° TRIBUNAL DE LA SEINE (10e Chambre correctionnelle, 30 juin 1939).

Nos confrères se rappellent certainement les débats tout récents, au cours du fameux procès Lyon et Cie, à propos du commerce de stupéfiants. Un de nos confrères avait été appelé à donner ses soins aux victimes d'une explosion, qui s'était produite dans un laboratoire. Apprenant par les journaux que la police enquêtait sur les conditions mystérieuses de cet accident, il avait cru de son devoir de se présenter spontanément au Commissariat de police, pour déclarer qu'il avait donné des soins à ces victimes : par la voie de la presse, le Juge d'instruction avait demandé à connaître le nom du praticien traitant.

Quatre ans plus tard, cité comme témoin, au cours du procès actuel, le praticien renouvela ses déclarations, se bornant à déposer uniquement sur ces faits d'ordre extra-médical et se refusant à dire en quoi avaient consisté ses soins et quelle pouvait être la nature des lésions qu'il avait constatées.

Un des principaux accusés — mais qui n'avait pas reçu de soins dudit médecin — se retourna cependant contre lui et l'assigna en police correctionnelle, pour violation du secret professionnel. Je tiens de Me Chadirat, avocat à la Cour de Paris, la teneur du jugement du Tribunal correctionnel de la Seine, 10e Chambre, en date du 30 juin 1939 et qui absout complètement notre confrère.

Tout d'abord, le jugement déclare que le délit relevé par l'assignation et remontant au 25 mai 1935, contre le Docteur Pappo, est prescrit, étant donné que l'assignation est postérieure au délai de trois années; qu'il ne faut, en conséquence ne discuter que les faits délictueux qui auraient été commis en 1938.

En ce qui concerne ces derniers : « Attendu « qu'on ne peut retenir comme constituant une « violation du secret professionnel le fait, par « le Docteur Pappo, d'avoir, en 1938, déclaré « que les frères A... avaient été blessés trois « ans auparavant et qu'il leur avait donné des « soins, alors que les circonstances, dans lesquelles les chimistes bulgares avaient été « brûlés par suite de l'explosion, faubourg Saint-« Honoré, d'un laboratoire où ils fabriquaient « de l'héroïne, étaient de notoriété publique et « alors qu'une information judiciaire, au cours « de laquelle Benjamin A... avait fait des « aveux complets, avait abouti à la condam-« nation des deux frères à des peines d'empri-« sonnement, par arrêt de la Cour d'appel de « Paris en date du 26 mai 1936 ;

« Attendu que ne constitue évidemment pas « non plus le délit visé par la citation le fait par « le Docteur Pappo d'avoir rappelé, dans sa « déposition du 1er juillet 1938, qu'il s'était « présenté spontanément à la police, en 1935, « pour révéler les faits dont s'agit, l'action publi-« que concernant le délit qu'aurait pu constituer « cette révélation étant d'ailleurs prescrite ;

« Attendu qu'en définitive, la seule révélation « pouvant être retenue à la charge du Docteur « Pappo consisterait à avoir, en 1938, déclaré « reconnaître le château de Gressy, propriété « de L., comme étant le lieu où il avait été trans-« porté en 1935, pour y soigner les frères A..

« Attendu que le Docteur Pappo, n'ayant « jamais soigné L... n'était lié envers lui par « aucun secret professionnel et qu'il s'est, par « ailleurs, dans sa déposition du 30 juin 1938, « retranché derrière ce secret pour refuser de « donner aucun renseignement sur la nature des « blessures dont étaient atteints les individus « par lui examinés ;

« Attendu que si le médecin qui révèle un « secret d'ordre exclusivement médical comme « le délit prévu par l'article 378 du Code pénal, « il lui appartient d'apprécier, en son honneur et « conscience, lorsqu'il s'agit de faits non-médi-« caux, connus par lui dans l'exercice de sa « profession, s'il peut ou non apporter son témoi-« gnage à la justice et qu'il ne saurait encourir « les sanctions édictées par ce texte, en déposant « de bonne foi, à la demande de l'autorité judi-« ciaire, sur des circonstances étrangères à son « art et sans risquer de causer un préjudice quel-« conque aux malades qui ont eu recours à ses « soins, même si un dommage peut en résulter « pour un tiers envers qui il n'est tenu à aucun « secret ;

« Attendu qu'en l'état des circonstances de « la cause, le fait, dont la révélation est repro-« chée au Docteur Pappol n'est pas de ceux qui, « par leur nature, ou par les circonstances qui s'y « rattachent, doivent être considérés comme « rentrant dans les prévisions de l'article 378 sus-« visé ; attendu qu'ainsi l'infraction n'est pas « caractérisée.....

2° COUR D'APPEL DE NANCY (9 mars 1939) :

La seconde décision jurisprudentielle émane de la Cour d'appel de Nancy, Chambre correctionnelle du 9 mars 1939. Cet arrêt concerne un agent d'assurances, qui avait refusé de témoigner au cours d'un procès, en se retranchant derrière le secret professionnel. La Cour reconnaît qu'est recevable l'appel formé par un témoin condamné en vertu des articles 89 et 157 du Code d'instruction criminelle (refus de comparaître ou de témoigner) ; une décision de condamnation à l'amende rendue contre un témoin, doit être assimilée à un jugement correctionnel susceptible d'appel.

D'autre part, l'arrêt de Nancy précise que, pour être en droit d'invoquer l'article 378 du Code pénal, il faut exercer une profession aux actes de laquelle la loi, dans un intérêt général et d'ordre public, a imprimé un caractère confidentiel et secret.

Dans l'espèce en cause, il s'agissait d'un courtier d'assurances qui, malgré que son client l'ait délié du secret professionnel, se refusait à déposer, sous prétexte qu'il était par sa profession détenteur des secrets d'autrui. Le Syndicat général des courtiers d'assurances avait engagé son adhérent à invoquer l'article 378 du Code pénal, motifs pris que le courtier connaît, de par sa profession, la valeur du mobilier de l'assuré, la valeur de ses bijoux, et même, lorsqu'il s'agit de préparer un contrat d'assurance sur la vie, l'état physique de son client.

Aussi le Syndicat des courtiers d'assurances a-t-il pu estimer que ses membres étaient tenus au secret professionnel. Peut-être a-t-il jugé opportun de former un pourvoi en Cassation contre l'arrêt de Nancy.

Conclusion

Les deux décisions que nous venons de relater démontrent que, quoi que puissent en dire certains, le secret professionnel existe toujours. Les Tribunaux peuvent de temps à autre avoir l'obligation de nous le rappeler.

Dans la première espèce, le médecin a-t-il eu tort, ou raison de venir spontanément, en 1935, dévoiler à la police judiciaire que c'était lui, le médecin qu'on voulait connaître, comme ayant donné des soins aux victimes de l'explosion du laboratoire ?

Le plus grand nombre d'entre nous penseront que le médecin ne doit pas se faire juge pour établir la discrimination entre les choses secrètes de leur nature et celles qui ne le sont pas. Pour eux, il suffit que ces faits leur aient été révélés, confiés, ou qu'il les aient appris, connus dans l'exercice de leur profession, pour qu'ils se considèrent comme tenus par le devoir du silence. Certes le médecin qui est témoin d'un accident et donne ensuite ses soins aux victimes, devra témoigner sur les causes dudit accident qu'il a connues non comme médecin, mais comme simple particulier.

Aussi pour d'autres confrères, le devoir du citoyen passe avant celui du médecin : la déclaration spontanée du médecin permettait la découverte des coupables : cette déposition était donc licite, puisqu'elle ne concernait nullement les soins qui avaient été donnés, mais des faits extra-médicaux.

Dans des cas aussi difficiles, chacun doit rester libre devant sa conscience ; mais personnellement, je crois qu'il est plus commode pour le praticien de ne pas trop approfondir ce problème juridique : comme médecins, nous ne devons pas nous embarrasser des subtilités du Droit : nous devons nous taire sur tous les sujets que nous avons connus dans la pratique de notre art. D'ailleurs le Sou Médical se fera toujours un devoir de renseigner ses adhérents sur chaque cas particulier.

Au surplus, le Tribunal correctionnel de la Seine ne s'est pas prononcé sur ce point, puisqu'il y avait prescription contre le délit. Remarquons cependant que les juges ont tendance à absoudre les médecins qui aident la justice, alors même que leur déposition, ou leur témoignage empiéterait quelque peu sur le domaine du secret. Que de fois, dans leur ardeur pour découvrir un coupable, les magistrats ne cherchent-ils pas à intimider les médecins cités comme témoins, pour les inciter à violer le secret professionnel ?

Cependant, une fois de plus, l'arrêt de la Cour d'appel de Nancy proclame le principe général, à savoir que l'obligation de conserver le secret s'applique aux personnes qui sont, par état ou profession, des confidents nécessaires, c'est-à-dire exercent une profession aux actes de laquelle la loi, dans un intérêt général et d'ordre public, a imprimé un caractère confidentiel et secret.

Or, dans l'exercice de l'art de guérir, le praticien, confident nécessaire du malade n'a pas à déterminer, ni ne peut se rendre compte si les faits, qu'il apprend, qu'on lui confie, qu'il découvre sont ou non secrets de leur nature, ou si le malade lui-même y attache un caractère confidentiel.

Dans le doute, abstiens-toi, dit le sage.

Dr Paul BOUDIN.

ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE L'AVIATION SANITAIRE EN TEMPS DE GUERRE (1)

Le rôle de l'aviation sanitaire est d'assurer le transport par avions de certaines catégories de malades ou blessés. Un triage chirurgical ou médical précède obligatoirement ces évacutations et, en principe, les évacués voyagent accompagnés.

Le transport par avions, à grande distance, du personnel traitant (équipes chirurgicales, groupes chirurgicaux, équipes médicales) ne rentre pas dans le cadre de l'aviation sanitaire.

Le matériel aéronautique utilisé par l'aviation sanitaire à la mobilisation est constitué : par des avions sanitaires existant éventuellement dès le temps de paix et des avions ou hydravions provenant de la réquisition, susceptibles d'être rapidement transformés en avions sanitaires. Ces avions ou hydravions appartiennent à trois types :

— Des gros porteurs, transportant un minimum de six couchés ;

— Des moyens porteurs, transportant deux à quatre couchés ou assis (dont un convoyeur) ;

— Des légers porteurs, transportant un couché.

Quant au *matériel du service de santé*, il comprend :

Des appareils de transport (cadre gouttière d'immobilisation et transport) ;

Des appareils de support, susceptibles d'être montés à l'intérieur des avions pour recevoir les cadres gouttières ;

Du matériel technique (seringues et ampoules pour injections médicamenteuses, garrots, appareils inhalateurs d'oxygène, etc.) ;

Du matériel d'exploitation (couvertures, bouilloires électriques, etc.) ;

Le personnel. — Les pilotes et le personnel d'entretien des avions sanitaires sont désignés par les soins du ministère de l'Air ; ils proviennent du personnel des réserves. Le personnel convoyeur sera fourni éventuellement par la formation sanitaire, qui assurera l'évacuation par l'air.

Préparation. — Dès le temps de paix, le ministère de l'Air : met à l'étude avec les constructeurs et les Compagnies aériennes, en collaboration avec le Service de santé les plans de transformation des appareils de réquisition ; il fixe les bases aériennes, où aura lieu la transformation des avions de réquisition en avions sanitaires, et les organes mobilisateurs chargés de former les sections d'aviation sanitaire ; il assure le stockage et l'entretien dans ces bases aériennes du matériel nécessaire à cet aménagement. Enfin il désigne les bases aériennes où seront stockés les pièces de rechange indispensables au fonctionnement et à l'entretien, au début de la campagne, des avions réquisitionnés et des avions sanitaires existant en temps de paix.

(1) Instruction ministérielle du 5 décembre 1938.

Utilisation de l'aviation sanitaire en campagne

En campagne, l'aviation sanitaire est constituée en sections d'avions sanitaires. Chaque section comprend un nombre variable d'appareils appartenant tous à la même catégorie (deux gros, quatre moyens, ou quatre légers). Ces sections sont rattachées pour l'emploi au Service de santé, mais elles restent à la charge de l'Armée de l'air en ce qui concerne : 1° le ravitaillement, les réparations, l'entretien des appareils ; 2° l'administration et le remplacement du personnel de l'air.

Les sections d'avions sanitaires attribuées aux forces terrestres sont mises, dès le début des opérations, en réserve générale à la disposition du Grand Quartier Général (Guerre).

Au cours de la campagne, le G. Q. G. (Guerre), peut répartir un certain nombre de sections d'avions sanitaires entre les armées, sur demande ou proposition du Service de santé. Cette répartition est faite suivant les disponibilités et les besoins ; elle a le caractère d'un détachement temporaire, les sections détachées restant en toute circonstances à la disposition du G. Q. G.

Le G. Q. G. (Guerre) fixe, en accord avec le Grand Quartier Général (Air), les plates-formes sur lesquelles stationneront ces sections détachées.

La Direction du Service de santé au G. Q. G. indique à chaque armée les H. O. E. 2 et la partie de la zone d'hospitalisation du G. Q. G. (éventuellement la zone d'hospitalisation rapprochée de l'intérieur) affectés à chacune d'elles pour ses évacuations par air dans une opération donnée. Elle indique en même temps, d'accord avec le Commandant en chef des armées aériennes, les plates-formes d'atterrissage desservant ces formations ou zones.

Les Directeurs du Service de santé des C. A., les médecins-chefs d'H. O. E. 1, les médecins-chefs d'H. O. E. 2 ont la charge d'organiser sur les plates-formes, qui les desservent, des postes de secours assurant le chargement, le déchargement et l'abri passager des évacués.

Les évacuations par air

1° Principes généraux

L'aviation sanitaire est utilisée concurremment avec les autres procédés d'évacuation pour les transports à grande distance, lorsque l'exigent les indications de technique médico-chirurgicale ou de tactique sanitaire, qui font l'objet d'instructions du Directeur du Service de santé de l'armée.

Toutefois, dans la préparation d'un plan d'évacuation qui comprend l'utilisation de l'aviation sanitaire, il ne faut pas perdre de vue certaines particularités inhérentes à ce mode d'évacuation :

a) Les avions mis à la disposition du Service de santé ne pouvant pas être remplacés avant un temps très long, il y a lieu de ménager dans la mesure du possible ce matériel délicat et difficilement remplaçable, et de prévoir des indisponibilités d'appareils pour la révision et l'entretien des moteurs et des cellules ;

b) La distance à parcourir doit être assez grande pour que le maximum de temps soit passé en vol et que les pertes de temps résultant de l'atterrissage et du départ soient réduites au minimum ;

c) Le vol de nuit n'est pas toujours réalisable et les circonstances météorologiques peuvent parfois contre-indiquer tout vol.

2° Indications et contre-indications techniques des évacuations par air

Aucune évacuation par avion ne doit être faite sans triage chirurgical ou médical préalable.

Ce triage détermine les catégories de blessés, gazés et malades à transporter par avion, conformément aux instructions techniques du Directeur du Service de santé de l'armée.

Sans établir de règles rigides, il importe de préciser :

— que les grands choqués en état d'hypotension, que les gazés, suffoqués ou ypérités ne doivent pas être transportés par avion ;

— que les blessés atteints de plaies pénétrantes du thorax et de l'abdomen ne doivent être confiés à l'avion que dans des cas exceptionnels et lorsque les conditions de vol (nécessité d'un vol d'altitude, atmosphère agitée, provoquant des remous) ne risquent pas de provoquer une aggravation de leur état.

En dehors des blessés à opérer, l'aviation sanitaire peut éventuellement transporter des blessés opérés, aidant ainsi au dégagement des formations sanitaires encombrées.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Journée du rhumatisme du 7 octobre 1939 organisée par la Ligue française contre le rhumatisme.** — La Journée annuelle de la Ligue française contre le rhumatisme aura lieu cette année à l'Ecole vétérinaire d'Alfort ; en voici le programme :

Le matin, à 10 heures : Présentation des rapports scientifiques et discussions : *a*) Vétérinaire lieutenant-colonel MARCENAC : Les ostéo-arthrites d'origine mécanique chez le cheval ; *b*) Professeur PANISSET, d'Alfort : Les affections ostéo-articulaires des animaux d'origine infectieuse ; *c*) Professeur ROBIN, d'Alfort : Le rôle de l'alimentation et des auto-intoxications dans les affections squelettiques des animaux; à 11 h. 30 : Démonstrations pratiques et présentations de pièces anatomiques ; à 12 h. 30 : Déjeuner amical dans le réfectoire de la Cité scolaire de l'Ecole d'Alfort (direction du Docteur Gottschalck), sous la présidence de M. le Directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort.

L'après-midi, à 14 h. 30 : Visite de l'Ecole et des Musées anatomiques, ; à 16 heures : Présentation d'un film sur l'Ecole d'Alfort et la profession vétérinaire.

Il n'y aura pas de dîner le soir, comme il en était l'habitude.

Inscriptions (comprenant l'envoi des rapports et la cotisation au déjeuner) : médecins français et étrangers, 90 francs ; membres de la Ligue française, 50 francs.

Adresser toute la correspondance et les inscriptions au secrétariat de la Ligue française contre le rhumatisme, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (Littré 14-91). Compte courant postal : Paris 1414-50.

— **IVe Congrès international de la Société européenne de chirurgie structive.** — Le IVe Congrès international de la Société européenne de chirurgie structive aura lieu à Paris du 5 au 8 octobre. Président d'honneur, le Professeur P. Sebileau ; président annuel, le Docteur Dufourmentel.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat du Congrès, 9, rue de Turin, Paris (VIIIe).

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

du 7 octobre 1938. Un nouveau tarif de remboursement du prix de journée d'hospitalisation, valable à partir du 1er juillet 1939, doit incessamment être présenté par les Caisses d'assurances sociales. Il appartiendra aux membres de la Commission régionale tripartite de Paris, s'ils jugent insuffisant le tarif d'hospitalisation présenté par les Caisses, de ne pas donner leur approbation à ce tarif, afin qu'il puisse être fait application des dispositions de l'article 34, paragraphe 11, du décret-loi du 28 octobre 1935 modifié, précisant que lorsqu'une Caisse d'assurances sociales ou une Union régionale applique un tarif de responsabilité non approuvé dans des conditions prévues à l'article 8, paragraphe 4, ou lorsque la Commission instituée par ladite disposition n'a pas été unanime à l'approuver, le ministre du Travail peut, après avis conforme de la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales, fixer par arrêté le tarif de cette Caisse ou de cette Union pour les assurances maladie, maternité et soins aux invalides.

(*J. O.*, 27 juillet.)

Centre de liaison des Œuvres d'entr'aide médicale

Les Œuvres d'assistance ou de prévoyance confraternelles de médecins, désignées ci-dessous — groupées sous le nom de Centre de liaison des Œuvres d'entr'aide médicale — et réunies le 3 juillet 1939, ayant toutes pour but, à l'exclusion de tout gain, de secourir surtout les médecins dans l'infortune et la misère ou de les aider à supporter les difficultés créées par la maladie, l'âge et les charges familiales.

Constatant, d'une part, que le prélèvement de 10 % sur les revenus mobiliers, établi par le décret du 16 juillet 1935, et maintenu pour les « personnes morales », les entrave gravement dans leur action bienfaisante à une heure où s'accroissent les misères d'une élite appauvrie et d'une profession libérale dont l'exercice subit durement et d'une façon toute particulière le contre-coup de l'évolution sociale actuelle ;

Constatant, d'autre part, que certains groupements plus favorisés sont exonérés de ce prélèvement ;

Considérant :

que certaines d'entre elles, fonctionnant sous le contrôle ou la tutelle de l'Etat et ne disposant pas librement de leurs biens (obligatoirement valeurs d'Etat), sont par ce fait en droit d'attendre de celui-ci une protection et non des mesures de nature à les affaiblir,

que, par elles et par leurs propres moyens, les médecins, qui ne sont pas encore bénéficiaires de lois sociales, doivent seulement à leurs longs et pénibles efforts le fruit, cependant encore insuffisant, de leur solidarité;

Considérant enfin :

que, suivant une longue et honorable tradition, toujours respectée, les médecins concourent largement et généreusement au bien public, soit en donnant leurs soins gratuits, soit en contribuant pour une très grande part aux progrès considérables de l'hygiène et de la santé publiques ;

Emettent, d'une façon instante, le vœu que soit supprimé le prélèvement de 10 % sur le revenu des valeurs mobilières, prévu par le décret-loi du 16 juillet 1935, en ce qui concerne toutes les Sociétés de médecins ci-dessous désignées :

Association des médecins de la Seine. — Association générale des médecins de France. — Société centrale de l'Association générale des médecins de France. — Prévoyance médicale. — Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris. — Association médicale mutuelle de Seine et Seine-et-Oise. — Mutualité familiale et professionnelle du Corps médical français. — Concours médical. — Mutuelle médicale française. — Association confraternelle des médecins français. — Maison du médecin. — F. E. M. : Société de Secours mutuels pour femmes et enfants de médecins — Association française des femmes médecins. — F. A. E. : Fédération des Associations d'externes et anciens externes des hôpitaux de France. — Fédération nationale des médecins du front. — Secours syndical : Confédération des Syndicats médicaux français. — Médecine et Famille (Association des familles nombreuses médicales). — Allocations familiales de droit aux médecins et pharmaciens (Caisse mutuelle d'). — Nord Médical.

Corps étrangers des voies digestives

Il y a un an (nº 27, 8 juillet 1938 du *Concours Médical*) je signalais un procédé d'évacuation facile des corps étrangers des voies digestives par l'ingestion de coton hydrophile incorporé à des bouillies, potages, crèmes ou délayé simplement dans du lait.

Depuis, j'ai eu l'occasion deux fois de renouveler le procédé avec le même succès que précédemment.

En dernier lieu, le 13 juillet courant, un jeune cultivateur J. G., 25 ans, en prenant son petit déjeuner du matin, a avalé sa prothèse dentaire composée de quatre dents avec crochet à chaque extrémité. Il s'est présenté chez moi une heure plus tard souffrant assez fortement de l'estomac. Aussitôt je lui ai fait ingurgiter une dizaine de lamelles d'ouate hydrophile bien imprégnées de lait et un verre de lait. Quelques minutes après il ne souffrait plus.

Dans la journée et les jours suivants il a continué quatre fois par jour à absorber de l'ouate avec du lait. Sans qu'aucune douleur n'ait reparu, il a rendu le 17 au matin son dentier complètement enrobé de coton, « si bien entortillé tout autour, m'a rapporté « le patient, qu'il était absolument impossible aux « crochets de me blesser ».

Un confrère de Nevers, M. le Docteur Le Droumaguet, ancien interne de Paris, a aussi bien voulu me signaler, dans le courant de mars dernier, qu'il a traité de même façon un enfant de 4 ans qui avait avalé l'agrafe en cuivre à charnière d'un fixe chaussette ; l'agrafe bien enrobée d'ouate a été évacuée le sixième jour.

Le grand intérêt de ce procédé, c'est qu'il peut être appliqué immédiatement partout, car on trouve du coton hydrophile dans toutes les maisons. Par sa simplicité il mérite d'être connu.

Dr TRAONOUEZ
(Châteaulin, Finistère).

Traitement des crises convulsives infantiles

En réponse à la lettre du Docteur Lasaygues, à mon avis, le meilleur traitement dans le cas de convulsions par suite des poussées dentaires est le suivant :

1° Au moment même des convulsions, bains tièdes ou enveloppements tièdes ;

2° Dans l'intervalle une potion au bromure de de sodium et teinture de Drosera, 0 gr. 05 à 0 gr. 10 par cuillerée à café, deux fois par jour ;

3° Traitement causal. — Incision des gencives quand la couronne dentaire est accessible au bistouri. Après incision écarter les lèvres de la petite plaie avec une sonde cannelée afin d'éviter la cicatrisation précoce.

4° Faire plusieurs applications de rayons ultraviolets, séances progressives de 5 à 20 minutes en tout.

Dr A. ANDRÉASSIAN,
Parmain (S.-et-O.)

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 18 juillet 1939 le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

Docteurs :

13.855 BARON (André), 97, boulevard George-V, Bordeaux (Gironde). Parrains : Docteurs Penaud et Servantie.

13.856 CAHUZAC (Maurice), 35, rue de Metz, Toulouse (Haute-Garonne). Syndicat des médecins de Toulouse.

13.857 CHAVOIX (Pierre), La Réole (Gironde). Syndicat de La Réole.

13.858 CHEVALLIER (Robert), Mantes-Gassicourt, 33, rue Saint-Roch. Syndicat médical de Seine-et-Oise.

13.859 ESTRADE (Jean), 33, rue des Marchands, Toulouse (Haute-Garonne). Parrains : Docteurs Miginiac et Virenque (J.).

13.860 FOURNET (Gaston), avenue Maréchal-Foch, Gonfaron (Var). Syndicat médical du Var.

13.861 HAGUENAUER (Jeanne), 8, rue de Madrid, Paris (VIIIe). Parrains : Docteurs Cros et Hofmann.

13.862 LESECQ (Joseph), 11 *bis*, boulevard de Lesseps, Versailles (Seine-et-Oise). Syndicat de Seine-et-Oise).

13.863 MULLER (René), place de la Gare, Sarrebourg (Moselle). Syndicat médical de Sarrebourg.

13.864 ROY (André), 15, avenue Foch, Auxerre (Yonne). Syndicat de l'Auxerrois.

13.865 ROYER (Pierre), Cours du Temple, Privas (Ardèche). Syndicat professionnel des médecins de l'Ardèche.

13.866 SIRAUD (Emilienne), Saint-Avertin (Indre-et-Loire). Parrains : Docteurs Cosse et Denoyelle.

13.867 TAUZIN (Jérôme), Plombières-les-bains (Vosges). Syndicat médical de Plombières-les-Bains.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours qui suivront la présente publication (art. 5 des statuts).

La Ligue médicale de Défense professionnelle : « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 150.000 francs. Et cette garantie est portée à 1.000.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical*.

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien pécuniaire dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Accidents du Travail

5.266. — Sur « l'accord » en vue d'un traitement radiologique ou analogue

J'ai l'honneur de vous confirmer ma lettre du 16 juin 1939, au sujet de mon blessé P...

En effet, suivant votre conseil, j'ai expédié, le 23 juin 1939, au Directeur de la Compagnie, une lettre recommandée, dont copie ci-jointe, ainsi que du certificat d'aggravation. Ces deux pièces, incluses dans la même enveloppe, ont été recommandées sous le numéro 107.

Elles sont restées sans réponse et je vous serais reconnaissant de vouloir bien m'indiquer la conduite à suivre.

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de vous confirmer, aux termes de la loi, mes précédentes lettres, mes avis et certificats concernant le blessé P..., pour son sinistre du 27 mars 1939, le tout resté sans réponse.

Comme je l'indique dans le certificat d'aggravation ci-joint, l'ostéome traumatique de la cuisse droite de mon blessé, s'est étendu notablement, depuis le dernier avis que je vous ai donné.

L'urgence s'avère donc, de plus en plus, d'un traitement radiothérapique, tel qu'il a été conseillé, d'accord avec le chirurgien, en consultation d'urgence du 16 mai 1939.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien aussitôt que possible, accorder à mon blessé l'autorisation que lui est indispensable.

Dr D.

Réponse

Si le médecin traitant a adressé une lettre recommandée en vue d'un accord pour un traitement de « rœntgenthérapie » et que, huit jours plus tard, la Compagnie n'ait pas envoyé également un « avis techniquement motivé » par lettre recommandée, elle a manqué aux prescriptions de l'article 27, Observat. alinéa 3. Auquel cas, « qui ne dit mot consent », et le médecin est en droit de penser que la Compagnie est d'accord avec sa demande et, par suite, il est en droit de pratiquer le traitement sans plus attendre. Ceci fut convenu précisément sur ma demande à la Commission du Tarif, ce qui d'ailleurs est conforme au bon sens et aussi à l'intérêt du blessé.

Dr F. Decourt.

5.399. — Le prix de la visite est de 17 francs, plus le déplacement

D'après le supplément du *Concours Médical* du mois de juin dernier, le nouveau tarif des accidents du travail donne quelques changements dans les prix. J'ai donc tarifé mes visites au domicile du blessé à 18 francs, au lieu de 17 francs, puisque j'habite un petit chef-lieu de canton au-dessous de 50.000 habitants, et le tarif 1 fr. 50 par kilomètre parcouru à l'aller et au retour. La Compagnie me demande des explications, pour lesquelles je désirerais que vous me donniez exactement le tarif que je dois appliquer ; du reste je vous envoie la copie de la lettre de la Compagnie afin que vous puissiez mieux juger :

« Nous avons l'honneur de vous accuser réception de vos notes d'honoraires. Avant de vous en adresser le montant, voudriez-vous nous permettre de vous demander quelques précisions ?

Vous demandez, en plus de l'indemnité kilométrique de 1 fr. 50 par kilomètre parcouru, un honoraire de 18 francs par visite, alors que d'après le tarif de la loi du 9 avril 1898, que vous avez appliqué à vos notes, le prix de la visite est fixé à 17 francs.

Peut être avez vous majoré l'honoraire de chaque visite en application de l'article 2 du tarif du 18 mai 1939 (*Journal Officiel* du 18 mai) qui prévoit une indemnité de 1 franc par visite, dans toute commune au dessous de 50.000 habitants ?

S'il en était ainsi, il ne saurait vous échapper que cette indemnité n'est allouée que pour les déplacements à l'intérieur de la commune, quelle que soit la distance.

En dehors de la commune, c'est l'indemnité de 1 fr. 50 par kilomètre parcouru, croyons nous, qui est seule exigible, en plus de l'honoraire de 17 francs.

Nous serions heureux de recevoir vos explications sur la différence relevée. Elle n'est pas très importante et ne saurait faire l'objet, bien entendu, d'une plus longue discussion entre nous, mais il s'agit d'une question d'application du tarif officiel et il nous paraît utile, pour notre gouverne, de rechercher auprès de vous si l'erreur ne proviendrait pas de notre part et si notre interprétation du tarif ne serait pas inexacte.

Nous avons remarqué, d'autre part, que vous avez compté les certificats délivrés en cours de traitement, pour la somme de 16 francs.

Ne serait ce pas 15 francs ainsi que le prévoit l'article 36 du tarif ? ».

Dr M.

Réponse

La Compagnie a raison : le prix de la visite ou de la consultation est de 17 francs (article 1er) auxquels il faut ajouter, dans votre cas, 1 franc de déplacement pour les visites dans la commune et 1 fr. 50 par kilomètre parcouru en dehors de la commune (Art. 2). Mais vous ne pouvez cumu-

ler les deux modalités de frais de déplacement. Donc, dans la commune 17 + 1 = 18 francs, en dehors de la commune 17 + X kilomètres à 1 fr. 50.

Dr F. DECOURT.

5.162. — Quelques précisions sur les blessés hospitalisés

Ayant reçu votre dernier supplément mensuel et ayant sans cesse des difficultés pour les notes d'accidents de travail, je vous serais reconnaissant de me renseigner sur les points suivants :

1° Un accidenté du travail a-t-il le droit de se faire hospitaliser en clinique privée ?

2° Dans ce cas, quel tarif peut demander la clinique, en dehors des honoraires du chirurgien, pour : *a*) le prix de journée ; *b*) les frais de salle d'opération ; *c*) les frais de médicaments et objets nécessaires pour les pansements consécutifs.

3° Pour un blessé qui n'est pas hospitalisé, quel tarif pour : *a*) les frais de salle d'opération ; *b*) les fournitures de pansements et de médicaments.

4° Pour les honoraires du chirurgien, est-il admis de compter indépendamment des frais de clinique, *a*) l'acte opératoire ; *b*) chaque consultation si le blessé n'est pas hospitalisé (le chirurgien peut-il demander 22 fr. 50 au lieu de 17 francs, comme les spécialistes : certaines Compagnies l'acceptent et d'autres le refusent) ; *c*) s'il est hospitalisé, le nouveau tarif de 6 francs par jour est-il un forfait qui ne peut se cumuler avec rien d'autre (avec visites de nuit pour delirium tremens par exemple dans un cas récent) ?

Dr E.

Réponse

1° Voir première ligne de l'art. 30 nouveau : « Les honoraires à l'hôpital public et en clinique privée incombant aux employeurs sont soumis aux dispositions générales suivantes, etc. ». Donc mêmes règles à l'hôpital ou en clinique privée.

2° Tout ce qui est en dehors des honoraires chirurgicaux n'est plus affaire du tarif médical accidents du travail. Il s'agit alors du prix de journée qui, comme auparavant, est celui de l'hôpital public le plus proche de la clinique et dans lequel sont compris tous les frais accessoires dont vous parlez.

3° S'il n'est pas « hospitalisé » il est soigné « à domicile » et rentre dans les formes habituelles.

4° Le chirurgien n'a pas à compter à l'hôpital de consultations mais un prix forfaitaire de 6 francs par jour, comprenant tout acte « dont le prix est inférieur à 40 francs », sauf s'il y a un acte de « spécialiste » effectué par un « médecin autre que le chef de service de l'hôpital ou de la clinique « mais, dans ce cas », après avis préalable donné par lettre recommandée à l'employeur ou à son assureur substitué.

Dr F. DECOURT.

5.136. — Grattage osseux d'une phalangette

J'ai extrait dernièrement chez un ouvrier un corps étranger du doigt (fragment métallique) baignant dans un gros abcès. Il s'agissait d'un doigt ; au bout de quelques semaines une ostéite de la phalangette (contrôlée par radiographie) a nécessité un grattage osseux. Actuellement tout est rentré dans l'ordre et le blessé a pu reprendre son travail. Comment dois-je tarifer le grattage de cette ostéite, fait sous anesthésie locale bien entendu ?

Dr B.

Réponse

Il est à remarquer que pour les esquillectomies d'une fracture ouverte, il est dit art. 20-F « à l'exclusion des doigts et orteils ». Nous rentrons donc dans le cas de petite chirurgie pour votre « grattage osseux de la phalangette ». Auquel cas, je proposerais par analogie avec « incision d'un panaris de la gaine : 50 francs », avec toutes explications techniques à l'appui pour justifier l'analogie.

Dr F. DECOURT.

---

b) Assurances sociales

5.384. — Supplément pour « délivrance artificielle »

Je vous serais reconnaissant de me donner votre avis en ce qui concerne le cas suivant : j'ai accouché une femme, Assistance médicale gratuite, Assurances sociales.

Après un travail laborieux (environ 18 heures), j'ai été obligé de mener la parturiente à l'hôpital le plus proche pour une délivrance enchâtonnée, impossible à avoir sans anesthésie.

La Caisse me refuse le payement de cet accouchement et me renvoie la feuille avec la mention : « grossesse non-remboursable ».

Est-il possible que la Caisse me refuse ainsi le payement d'un accouchement, qui représente pour moi une énorme perte de temps et des frais d'auto occasionnés par de nombreux voyages ?

Dr E.

Réponse

Le taux de remboursement à une assurée sociale assistée varie avec chaque Caisse, c'est entendu. Mais ici, la Caisse vous refuse tout paiement bien que, si j'ai compris votre lettre, vous ayez fait vous-même l'accouchement, la délivrance seule ayant été faite à l'hôpital par « délivrance artificielle ». Or, dans ce dernier cas, d'après le Tarif de réassurance, il est payé

un supplément de 150 francs (dans les localités de moins de 200.000 habitants, ce qui est votre cas). Vous avez donc personnellement à toucher le prix de l'accouchement et l'hôpital le prix supplémentaire de la « délivrance artificielle ». Voir le tarif de réassurance (arrêté ministériel du 7 octobre 1938), 3° Prestations de l'assurance, maternité, alinéa 4° ».

Dr F. DECOURT.

5.022. — Intervention faite de nuit

Permettez-moi de venir vous demander votre avis au sujet d'une interprétation de tarif par le médecin-contrôleur d'une Caisse d'Assurances sociales.

Appelé la nuit auprès d'une cliente qui avait reçu une large et profonde plaie à la face externe de la jambe gauche, j'avais dû faire un épluchage et suture de plaie avec cinq grosses agrafes. J'ai compté une visite de nuit + une suture multiple (plus de deux points) : P. C. N. 5 puis deux visites et consultation consécutives.

Le médecin-contrôleur me parle d'un nouveau tarif comportant : P. C. N. 2 = sutures multiples par agrafes avec injection de sérum antitétanique ?

P. C. N. 3 = sutures multiples par crins ou fils sans injection de sérum antitétanique ?

Il propose P. C. N. 2 et au maximum P. C. N. 3 pour dédommager de la visite de nuit ! Les P. C. N. ne comportent pas, en aucun cas, la rémunération supplémentaire des visites.

D'abord je ne connais pas ce « nouveau tarif » n'ayant en mains que le tarif des Assurances sociales paru dans le numéro spécial du *Concours Médical* d'octobre 1938. Et j'ai toujours compté et toutes les autres Caisses ont admis que les P. C. étaient payables en sus des visites.

Autre chose est la nomenclature chirurgicale avec e chiffre-clé K qui pourrait à la rigueur être adopté, soit dans le cas actuel K10 visite comprise : Régularisation, épluchage et suture de plaie étendue et profonde.

Mais j'avais adopté P. C. N. 5 + visite de nuit de la nomenclature habituelle, nomenclature nationale et officielle, qu'aucun Syndicat, dit le *Concours*, ni aucune Caisse n'a le droit de modifier, soit en ajoutant ou en retranchant certains actes soit en modifiant le coefficient d'un ou plusiieurs actes ». Et le Syndicat de M... n'a été avisé d'aucun changement, qui aurait alors été opéré unilatéralement dans cette nomenclature.

Dr Q.

Réponse

La tarification en K est d'ordre national, suivant la « Nomenclature générale » ; la tarification en P. C. est d'ordre régional, suivant le tarif syndical minimum de la région. Je ne puis donc vous donner de précisions sur ce que vous

me demandez et c'est à votre Syndicat qu'il vous faut poser la question. De façon générale il me semble que vous pourriez compter un « déplacement de nuit » en plus de l'intervention effectuée. La valeur serait la différence de prix entre la visite de jour et la visite de nuit, suivant votre tarif syndical. Mais je ne puis vous dire cela qu'à titre de suggestion, sous réserve de ce qui pourrait être dit dans votre tarif régional.

Dr F. DECOURT.

DIVERS

5.027. — Précautions à prendre pour la fabrication de comprimés au bleu de méthylène

Un de mes clients, industriel travaillant certains produits chimiques, est venu, ce soir, me poser une question ... à laquelle je n'ai pu répondre.

Dans le but de vérifier l'imperméabilité de masques à gaz (plus exactement le filtre anti-arsines) il a reçu une commande de comprimés de bleu de méthylène. Le mélange destiné à être mis en comprimés est le suivant :

Perchlorure d'ammonium	35 gr.
Chlorure d'ammonium	15 gr.
Bleu de méthylène.	50 gr.

mélange avec lequel il doit faire des comprimés d'un poids de deux grammes.

Pour effectuer les différentes manipulations, un masque anti-fumées doit-il être porté (obligation peut-être légale d'après la législation sur le travail) par les ouvriers ? ?

Je vous serais reconnaissant de répondre à cette question, ou, à défaut, de vouloir bien m'indiquer l'ouvrage ou le texte de loi auquel il est possible de se référer.

Je m'excuse de cette demande spéciale... mais je sais que la compétence du *Concours Médical* est aussi grande que sa complaisance.

Dr D.

Réponse

Le mélange utilisé doit contenir du perchlorate d'ammonium et non du perchlorure.

Les produits utilisés pour faire les comprimés sont légèrement irritants, mais peu toxiques. Dans l'armée, ce travail, nous a-t-on dit, est fait sans masque. Il est vrai que l'on utilise un autre mélange, dans lequel le bleu de méthylène est souvent remplacé par de l'indigo, dont les particules sont plus grosses que celles du bleu de méthylène.

Il est nécessaire de recommander aux ouvriers une hygiène soigneuse ; notamment, il faut mettre à leur disposition des douches et lavabos

et leur recommander d'observer une grande propreté.

Des masques du type de ceux utilisés couramment dans l'industrie contre les poussières peuvent être utilisés par mesure de prudence. Malheureusement, leur port est souvent pénible pendant toute une journée de travail. Il serait souhaitable, pour éviter ce port prolongé, de faire effectuer des travaux discontinus (deux heures au maximum), afin que le masque soit effectivement porté par les ouvriers.

Il n'existe pas de loi ou décret qui, à notre connaissance, oblige le personnel — pour de telles fabrications — au port de masques respiratoires. Toutefois, les règlements généraux du Code du travail sont toujours en vigueur et nous rappelons que :

« *a*) L'article 66 — loi du 31 décembre 1912 — spécifie que « les établissements assujettis doi-« vent être tenus dans un état constant de pro-« preté et présenter des conditions d'hygiène ou « de salubrité nécessaires à la santé du per-« sonnel... Les poussières, ainsi que les gaz « incommodes, insalubres ou toxiques seront « évacués directement en dehors des locaux au « fur et à mesure de leur production. Il sera « installé des hottes avec cheminées d'appel ou « tous autres appareils d'élimination pour les « buées, vapeurs, gaz et poussières légères. Pour « les poussières déterminées par les meules, les « batteurs, les broyeurs, etc., il sera installé, à « la hauteur des appareils, des tambours de « communication avec une ventilation aspirante « énergique. »

« La pulvérisation des maitières irritantes et « toxiques, le tamisage et l'embarillage de ces « matières se feront mécaniquement en appareils « clos. »

Dans les locaux visés par notre confrère, il sera donc nécessaire d'appliquer ces dispositions générales inscrites dans le Code du travail.

FISCALITÉ

5.515. — La taxe d'armement n'est pas due par les médecins

Je viens demander à votre conseiller fiscal si :

1° le médecin est astreint à la taxe d'armement de 1 % ?

2° si oui, par quelle modalité ?

Réponse

La taxe d'armement frappe les affaires faites en France par les personnes qui, habituellement ou occasionnellement, achètent pour revendre ou accomplissent des actes relevant de professions assujetties à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux. Les professions libérales ne sont donc pas assujetties à cet impôt.

A. et S. M.

ACCIDENTS ET MALADIES PROFESSIONNELLES

4.623. — L'étranglement de la hernie peut être admis comme accident du travail

Un de mes clients, atteint de hernie inguinale, est pris d'une brusque douleur au cours de son travail qu'il est obligé de quitter.

Je constate que sa hernie est étranglée. L'Assurance accidents refuse d'indemniser l'intéressé, déclarant qu'il n'y a pas accident, et les Assurances sociales déclarent au contraire que l'Assurance accidents doit être considérée comme responsable. Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me donner votre avis.

Dr L.

Réponse

En vertu de la jurisprudence constante de la Cour de cassation, toute lésion dont le travail, même normal, a été la cause ou l'occasion, doit être considérée comme résultant d'un accident du travail, au sens de la loi du 9 varil 1898, quel qu'ait été l'état antérieur de la victime, à moins qu'il ne soit établi que l'accident a été étranger à la lésion ou à l'incapacité invoquée (voir notamment Cour de cassation, Chambre civile, 9 janvier 1934, *Le Droit Ouvrier*, 1934, page 442).

Il n'y a donc pas lieu de tenir compte, en principe, de l'influence que peut avoir exercée sur l'accident telle ou telle prédisposition morbide et il n'est nullement nécessaire que l'accident ait été la cause unique de la lésion. Il suffit, au contraire, qu'un traumatisme ou toute autre cause extérieure survenue au lieu et au temps du travail, fasse apparaître, décèle ou révèle un mal jusque là latent ou ait une répercussion sur son évolution.

Ces principes sont applicables à tout accident du travail, quelle qu'en soit la nature, et notamment au cas où la hernie préexistante s'est étranglée à la suite d'un effort particulièrement violent effectué au cours du travail. Mais il est absolument nécessaire que la victime apporte, en pareil cas, la preuve de l'effort qui a déterminé l'accident et la relation de cause à effet entre cet effort et l'étranglement de la hernie.

Cette preuve une fois faite, l'ouvrier doit obtenir gain de cause. Il convient donc que votre client, s'il est en état d'établir la preuve nécessaire, cite son patron devant le Juge de paix en paiement du demi-salaire jusqu'au jour de la guérison ou de la consolidation.

S'il obtient gain de cause, vous aurez à votre tour une action contre le chef d'entreprise responsable en paiement de vos honoraires dans les limites du tarif. Si, au contraire, votre client est débouté, il conviendra alors qu'il se retourne vers les Assurances sociales.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Demi-Colonnes

O O O

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg .	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro..........	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Annecy. Lortet, Pierron.
Chamonix. de Chabanolle (*enf. cure hélio-alpine*)
Jougne. (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louvesc (Ardèche). J. Goubert.
Langogne (Lozère). Adrien Forestier.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Mégève. Marcel Grenet, Jacqueline Grenet-Gazamian (*enf.*)
Mouthe (Doubs). R. Paindestre.
Osséjà (Pyr.-Or.) J. Avérous.
Pau (Basses-Pyr.). Cornet. Lorber.
Plateau d'Assy. E. Sivrière.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Villard-de-Lans. Bassaget (*mal. enf.*), Suau (*mal. enf.*)

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires et climatiques

MM. les docteurs :

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.), Lévy.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Berck-Plage. Bouquier, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Biarritz. Clavel, M. Claverie, Lacour, Pitchalsky (*chir. répar. Stom.*)
Cannes. Bourgeois-Gavardin, P.-E. Bousquet, P. Houssiaux, Joublot, Makereël, Gérard Monod, Roques, L. Zimmer.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Croix-de-Vie. Cristau.
Deauville. Molina.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Grau du Roi (Gard). Ramain.
Hendaye. Th. Casenave.
Le Boulou. M. Basman, J. Nogués
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, M. Lelongt, Nicolas, Trutié de Vaucresson (*chir.*)
Ouistreham-Riva-Bella. Ch. Poullain.
Paramé. Bazin.
Pau. Cornet. Lorber.
Roscoff. Bagot père, Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer. (Calvados), Em. Quiquemelle.
St-Georges-de-Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul.
St-Jean-des-Monts. Riou.
Ste-Maxime-s/Mer. E. Bausset, Jean Verdier.
St-Quay-Portrieux. Bertran
Saint-Raphaël. Boulle, Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Roux de Laroque (*Gyn. enf.*), Pierre Tridon.
Saint-Servan. Huet.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Trébeurden. Royer.
Villard-de-Lans. Bassaget, Héraud.

Renseignements

C'est en vain que vous avez usé de poudres de saturation pour calmer les brûlures de votre estomac, de purgatifs pour réduire les ballonnements de votre intestin, d'antiseptiques pour diminuer la putridité de vos selles. Essayez quelques TABLETTES DE MANGAÏNE, 4 à 6 par jour, et vous verrez tous ces symptômes réunis disparaître.

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

Silicyl réalise ou assure, seul, la médication siliceuse active dans toutes ses indications.
Action tissulaire antiathéromateuse. Diurétique. Déchlorurante. Abaisse T. Mxa et T. Mma. Consolidation accélérée des fractures (Sté Chirurgie, Paris 2/12/27).
Ne pas confondre **Silicyl**, gouttes, comprimés, ampoules 5 c. c. intrav., produit pur, actif, de formule biologique et sans adjuvant médicamenteux.

Rhumatismes. L'« UROPHENYL » en est la thérapeutique moderne et efficace. 2 à 6 cachets par jour. — Laboratoire Crouy, à Vernon (Eure).

◆ ◆ ◆

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 *fr.* 50 *la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

N° 263. — On désire louer à bail maison isolée 3 ou 4 p., cuis., tout en rez-de-ch., cave, eau potable, jardin, dans campagne silencieuse, départem. suiv. : Oise, Calvados, Manche, Finistère, Deux-Sèvres, Vienne, Creuse, Hte-Vienne, Dordogne, Lot, Ariège, Corrèze, Cantal, Hte-Loire, Nièvre.

N° 264. — Médec. du Nord demande remplaçant avec moyen locomot,. personnel, du 28 août au 15 sept.

N° 265. — Dr recomm. fermiers désireux prendre enfant 3 à 10 ans, non contagieux, ayant besoin campagne. Condit. mod.

N° 266. — Jeune méd., libre à partir du 20 août, cherche rempl. de méd. Permis cond. Ecrire ou téléph. au Docteur Katz, 28, rue de Marly, Rueil-Malmaison, Tél. 216.

N° 267. — Méd. cherche gros poste de pro-pharm. Nord, Pas-de-Calais, Somme, Oise.

Pour toute demande de renseignements il est indispensable de joindre un timbre.

CABINET BREITEL ET GORET

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Près Melun. Bonne client. rurale payant bien, aff. ancienne. Maison avec jardin. Prix 40.000.

Banl. sud, proche. A céd. d'urgence avec 15.000 fr. comptant, client. méd. gle, bon rendem. assuré.

Charente maritime. Prox. grd centre et plages, gros poste rural, superbe maison. Prix à déb. suiv. cpt.

Région Nantaise. Aff. anc. seul méd., fixes. Cession urgente, 55.000 cpt à déb.

DERNIÈRES NOUVELLES

« La médecine à travers le monde ». — *Etats-Unis* Une délégation d'anciens combattants français a été invitée par « La New-York World's Fair » à visiter l'Exposition internationale et à participer à « La semaine du 14 juillet ». Parmi les délégués conduits par M. Georges Rivollet, secrétaire général de la Confédération, ancien ministre des Pensions, nous relevons les noms du Docteur Fernand Masmonteil, de Paris, et du Docteur Vimal de Fléchac, de Clermont-Ferrand.

Sur l'invitation des directeurs de « L'international Center Hospital » et du « Medical Center Hospital », le Docteur Masmonteil a fait deux conférences avec film sur la stérilisation des locaux opératoires. Le conférencier a exposé les diverses recherches faites depuis quelques années en vue d'obtenir l'asepsie de l'air, des parois et du sol des salles d'opérations. Il a signalé en même temps les résultats obtenus dans l'amélioration des suites opératoires, tant au point de vue de la cicatrisation des plaies que de la diminution des complications : phlébites, embolies, etc., confirmant ainsi l'intérêt qu'il y a à compléter la climatisation des salles d'opérations par leur stérilisation.

Cette question a d'autant plus retenu l'attention de nos collègues américains que, jusqu'ici, seul le problème du conditionnement avait été envisagé aux Etats-Unis.

— **Association des médecins amis du vin.** — Nous rappelons que les médecins amis des vins de France, tiendront le Ve Congrès national à Reims les 3, 4, 5 et 8 septembre prochain.

Cette manifestation est placée sous le haut patronage de M. le Docteur Queuille, ministre de l'Agriculture, ainsi que sous celui de M. le Garde des Sceaux député-maire de Reims, et sera présidée par M. le Professeur Portmann, président des M. A. V., sénateur de la Gironde.

Clôture irrévocable des inscriptions 20 août. Pour tous renseignements, réduction sur les chemins de fer, forfait de séjour, etc., s'adresser Commissariat des Congrès des médecins amis des vins de France, 57, cours Clemenceau, Bordeaux.

— **Nécrologie.** — Nous apprenons le décès de M. le Docteur MAIN ; il était le beau-père de M. G., Houët, pharmacien à Paris, 222, boulevard Péreire auquel nous adressons l'expression de nos bien vives condoléances.

On annonce le décès du Docteur AZOULAY, officier de la Légion d'honneur, père de notre confrère Robert Azoulay, ancien chef de clinique et de M. Charles Azoulay, interne des hôpitaux de Paris. Nous les prions d'agréer notre douloureuse sympathie

Nous avons le regret de faire part de la mort de MM. les Docteurs CACHIN et SCEMANA, de Paris ; CARRIERE, de Salles-d'Aude (Aude), et AUDRAND (Pierre), de Molompize (Cantal).

A TRAVERS L'OFFICIEL

Assistance médicale en Afrique occidentale française

Liste des candidats autorisés à prendre part au concours qui sera ouvert le 31 août 1939 pour l'emploi de médecin stagiaire de l'Assistance médicale indigène, en Afrique occidentale française

Centre de Paris. — MM. Delabroise (Marcel), Eon (Michel), Robert (Jean), Willefert (Paul).

Centre de Bordeaux. — MM. Casteigt (Jacques), Marton (Jean-Jacques).

Centre de Marseille. — M. Ozil (Francis).

Les intéressés sont autorisés à concourir, sous réserve des résultats de l'enquête réglementaire et de la production des pièces qui font défaut à leur dossier.

(*J. O.*, 23 juillet 1939.)

Assurances sociales

Le *Journal Officiel* du 27 juillet 1939 publie un décret du 11 juillet portant règlement d'administration publique pour l'application du décret-loi du 28 octobre 1935 sur le régime des Assurances sociales applicable aux assurés du commerce et de l'industrie.

(*Les dispositions de ce décret susceptibles d'intéresser le Corps médical feront l'objet d'une étude ultérieure dans notre journal*).

Arrêté du 2 août 1939 fixant le tarif de responsabilité des Caisses primaires du Rhône en ce qui concerne l'hospitalisation aux hospices civils de Lyon

Art. 1er. — Le tarif de responsabilité du prix de journée d'hospitalisation des Caisses primaires de répartition du département du Rhône est fixé, en ce qui concerne l'hospitalisation aux hospices civils de Lyon, à 35 francss pour le service de médecine et à 37 francs pour les services de chirurgie et de maternité.

Art. 2. — Le tarif fixé à l'article précédent est applicable à dater du 1er juillet 1939.

(*J. O.*, 5 août 1939.)

Arrêté du 3 août 1939 modifiant le tarif de réassurance (frais de déplacement du médecin, pays de montagne)

Art. 1er. — L'article 1er, chapitre V paragraphe 1er (frais de déplacement du médecin), 3o, deuxième alinéa, de l'arrêté du 7 octobre 1938, fixant le tarif limite de réassurance des Caisses primaires de répartition est modifié comme suit :

Sont considérés comme pays de montagne pour l'application du présent paragraphe, les territoires et localités désignés en annexe de l'arrêté du 5 mai 1939 (annexe à l'article 2, 2°, *a*) et *b*) relatif aux frais médicaux en matière d'accidents du travail.

(*J. O.*, 5 août 1939.)

Enseignement de la médecine

Honorariat conféré à des professeurs de Facultés

Par décret en date du 2 août 1939, rendu sur le rapport du ministre de l'Education nationale, le titre de professeur honoraire de la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier est conféré à M. Grynfeltt, professeur d'anatomie pathologique à cette Faculté, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Par décret en date du 2 août 1939, rendu sur le rapport du ministre de l'Education nationale, le titre de professeur honoraire de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse est conféré à M. Desforges-Mériel, professeur de clinique chirurgicale et gynécologique à cette Faculté, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

(*J. O.*, 6 août 1939.)

Décret du 29 juillet 1939 sur la délivrance en Indochine, aux étrangers, d'un diplôme universitaire de chirurgien-dentiste

Art. 1er. — L'Ecole de médecine et de pharmacie de plein exercice de l'Indochine est habilitée à donner aux étrangers, dans les conditions ci-après définies, l'enseignement afférent au diplôme universitaire de chirurgien-dentiste de l'Ecole de médecine et de pharmacie de plein exercice de l'Indochine. Les droits et prérogatives attachés à ce diplôme sont les mêmes que ceux conférés aux étrangers par le diplôme universitaire de chirurgien-dentiste délivré par les Facultés de médecine de Bordeaux, Lille, Nancy et Strasbourg.

Art. 2. — Pour la délivrance du diplôme universitaire ci-dessus désigné, l'Ecole de médecine et de pharmacie de plein exercice de l'Indochine est rattachée au ressort de l'Académie de Paris qui délivrera les diplômes sur le vu des certificats d'examens établis par la direction de l'Instruction publique en Indochine.

Art. 3. — Ce diplôme est délivré aux étrangers qui ont obtenu l'autorisation de faire leurs études à l'Ecole de médecine et de pharmacie de plein exercice de Hanoï avec dispense ou équivalence des grade, brevet ou certificat exigés par le décret du 11 janvier 1909 et qui ont effectué la scolarité et subi avec succès les examens prévus pour le diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste.

Art. 4. — Les aspirants à ce diplôme peuvent obtenir l'équivalence du baccalauréat de l'enseignement secondaire dans les mêmes conditions que les aspirants aux diplômes de docteur en médecine ou de pharmacien de plein exercice de l'Indochine, conditions fixées par l'article 3 du décret du 23 décembre 1938 susvisé.

La dispense du baccalauréat est accordée aux étudiants étrangers qui ont subi avec succès les épreuves de l'examen spécial organisé par arrêté du 23 décembre 1938 du ministre de l'Education nationale.

Art. 5. — Il peut être accordé aux aspirants au diplôme de chirurgien-dentiste de l'Ecole de médecine et de pharmacie de plein exercice de l'Indochine, par le ministre de l'Education nationale et sur justification, la dispense de stage, de l'examen de validation de stage, ainsi que des dispenses partielles de scolarité correspondant aux études qu'ils ont accomplies à l'étranger.

Art. 6. — L'enseignement afférent au diplôme universitaire de chirurgien-dentiste de l'Ecole de médecine et de pharmacie de plein exercice de l'Indochine est conforme au régime des études en vue du diplôme de chirurgien-dentiste d'Etat. Les modifications apportées à ce régime seront immédiatement appliquées à l'enseignement afférent au diplôme ci-dessus désigné de l'Ecole de médecine et de pharmacie de plein exercice de l'Indochine.

Les dates des sessions et celles de l'ouverture des registres d'inscriptions et les délais d'inscriptions ainsi que la composition des jurys d'examens seront les mêmes que pour les examens conduisant au diplôme d'Etat. (*J. O.*, 2 août 1939.)

Hôpitaux psychiatriques

Un poste de médecin-chef de service est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique autonome d'Armentières (poste créé).

(*J. O.*, 6 août 1939.)

Inspection départementale d'hygiène et Bureaux municipaux d'hygiène

Décret du 9 juillet 1939 prorogeant le décret du 12 août 1937, fixant les conditions de recrutement

Art. 1er. — Sont prorogées jusqu'au 1er janvier 1940 les dispositions du décret du 12 août 1937 fixant, à titre transitoire, les conditions de recrutement des inspecteurs et inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène, des directeurs et directeurs adjoints des Bureaux d'hygiène des villes de 50.000 habitants au moins.

Nomination de directeur d'un Bureau d'hygiène

Par arrêté en date du 5 juillet 1939, M. le Docteur Ameur a été nommé directeur du Bureau d'hygiène de Saint-Brieuc. (*J. O.*, 19 juillet 1939.)

Nominations de professeurs de Facultés

M. Velter, agrégé, est nommé, à compter du 1er octobre 1939, professeur de clinique ophtalmologique, à la Faculté de médecine de l'Université de Paris (dernier titulaire : M. Terrien).

M. Lévy-Valensi, agrégé, est nommé, à compter du 1er octobre 1939, professeur d'histoire de la médecine à la Faculté de médecine de l'Université de Paris (dernier titulaire : M. Laignel-Lavastine).

(*J. O.*, 14 juillet.)

M. Swynghedauw, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est transféré, à compter du 1er octobre 1939, dans la chaire de clinique chirurgicale infantile de cette Faculté (dernier titulaire : M. Vanverts).

M. Mazel, agrégé libre, est nommé, à compter du 1er octobre 1939, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon (dernier titulaire : M. Etienne Martin).

(*J. O.*, 26 juillet.)

Sanatoriums publics

Par arrêté en date du 23 juin 1939, M. le Docteur Fitte, médecin adjoint au sanatorium de Camiers, a été nommé médecin directeur du sanatorium de Trestel.

(*J. O.*, 21 juillet 1939.)

Par arrêté en date du 31 juillet 1939, M. le Docteur Jasienki, médecin adjoint au sanatorium de Franconville, à Saint-Martin-du-Tertre (Seine-et-Oise), a été nommé médecin-directeur de cet établissement.

(*J. O.*, 5 août 1939.)

Stations hydrominérales, climatiques et uvales

Par décret en date du 18 juillet 1939, M. le Docteur Chiray, professeur d'hydrologie à la Faculté de Paris, est nommé membre de la Commission permanente des stations hydrominérales, climatiques et uvales, en remplacement de M. le Professeur Georges Urbain, décédé.

(*J. O.*, 1er août 1939.)

Suppression d'un hospice

Par décret en date du 6 juillet 1939, a été autorisée la suppression de l'hospice dans la commune d'Argenton (Indre).

(*J. O.*, 20 juillet 1939.)

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

Assurances sociales.

Accouchements pratiqués par des sages-femmes

9.756. — M. Joseph DENAIS demande à M. le ministre du Travail sur quels textes légaux s'appuient les Services des Assurances sociales pour retirer aux sages-femmes les consultations et pour annoncer qu'à bref délai seraient remboursés uniquement les frais des accouchements ayant eu lieu dans les hôpitaux ou dans certaines cliniques jouissant d'une faveur particulière. (*Question du* 13 *juin* 1939).

Réponse. — Aucune disposition légale ou réglementaire de la législation des Assurances sociales n'exclut les sages-femmes du droit d'effectuer les visites pré- ou post-natales et de pratiquer les accouchements. L'arrêté du 7 octobre 1938 fixant le taux limite de réassurance des Caisses primaires maladie-maternité, prévoit, en ce qui concerne les frais d'accouchement proprement dits, une prestation qui varie suivant que l'accouchement a lieu : *a*) à domicile ; *b*) dans un établissement public de soins : *c*) dans une clinique privée ayant passé convention avec la Caisse de l'assuré ou ayant reçu son agrément, ou en cas de contestation, celui de la Commission régionale tripartite ; *d*) dans une clinique privée qui n'a pas passé convention avec la Caisse de l'assuré, mais qui se soumet au contrôle général prévu à l'article 35 du règlement d'administration intérieure type des Caisses d'assurance maladie-maternité. Les organismes d'assurances sociales ne sont autorisés à refuser tout remboursement que lorsque l'accouchement a lieu dans une clinique privée qui n'a point passé convention avec la Caisse de l'intéressé ou à qui l'agrément de la Caisse ou de la Commission régionale tripartite a été refusé et qui ne se soumet pas au contrôle général susvisé. Aucune distinction n'est faite entre les accouchements effectués par les sages-femmes ou par les médecins.

(*J. O.*, 27 juillet.)

*Voir la suite page XXXIII-*2151

La Ligue médicale de Défense professionnelle « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1º Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 150.000 francs. Et cette garantie est portée à 1.000.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical*.

2º En outre, elle leur donne conseils et soutien pécuniaire dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

PROPOS DU JOUR

PIÈGES DE LA CHIRURGIE : ERREURS ET FAUTES

Nous nous souvenons d'avoir lu et admiré, il y a une quarantaine d'années, la dernière leçon d'un professeur de clinique chirurgicale de Québec qui, prenant sa retraite, avait tenu à exposer devant ses élèves les erreurs et les fautes qu'il avait pu commettre au cours de sa longue carrière. Il avait intitulé sa leçon : *A travers les tombes*, et, se promenant dans les allées d'un vaste cimetière symbolique, il s'arrêtait devant la tombe de chacune de ses victimes, faisait l'exposé de ce qu'il avait fait et de ce qu'il aurait pu faire pour sauver son malade. Hâtons-nous de dire que la cause de ses insuccès n'était due ni à son impéritie, ni à sa négligence mais à l'ignorance de progrès techniques qu'il n'avait pu connaître ou appliquer. Et ce chirurgien terminait cette leçon admirable par sa modestie et sa haute conscience :

« Mes chers élèves, voici mes victimes. Jugez-moi. Je mérite d'être lapidé. Mais que le chirurgien qui n'en a pas fait autant me jette la première pierre. »

La lecture de cette leçon d'un maître dont nous regrettons de ne plus nous souvenir du nom, est restée profondément gravée dans notre mémoire. Elle a été évoquée à notre esprit quand nous avons reçu le bel ouvrage que notre vénéré maître et ami, le Professeur E. Forgue, de Montpellier, correspondant de l'Institut, membre de l'Académie de chirurgie, associé national de l'Académie de médecine, a écrit en collaboration avec le Professeur Aimes, intitulé LES PIÈGES DE LA CHIRURGIE (1) *en diagnostic et thérapeutique. Erreurs ou fautes ou faits présumés tels.*

(1) Un volume de 510 pages, Masson et Cie édit., Paris, 1939.

A une époque, où la responsabilité pénale et surtout la responsabilité civile en cas d'insuccès chirurgicaux ont subi une extension dangereuse et parfois abusive, la lecture de ce livre et sa méditation s'imposent à tous les chirurgiens et surtout à ceux qui assument les fonctions redoutables et délicates d'experts devant les tribunaux.

***

Les Pièges de la chirurgie sont dédiés à la mémoire du célèbre maître et ami du Professeur Forgue, TERRIER, « modèle de conscience dans les indications opératoires et de vérité dans le contrôle des résultats ». La responsabilité du chirurgien est limitée par les incertitudes du diagnostic et les risques opératoires imprévisibles. Des chirurgiens, comme Nélaton, ont pris un lipome pour un kyste sébacé et un maître comme Poncet, de Lyon, a incisé un anévrysme de l'aorte masqué par une suppuration.

Nous nous souvenons nous-même d'une erreur constatée à l'autopsie émanant d'un clinicien d'une valeur incontestée, le Professeur Germain Sée. C'était en 1889. Nous étions alors externe du Professeur Victor Cornil et nous l'accompagnions à l'Hôtel-Dieu, où, comme professeur d'anatomie pathologique, il faisait les autopsies des services de clinique. Un jour, un chef de clinique, Gaston Lyon, qui vient de mourir, vint au-devant de Cornil : « Mon cher maître, dit-il, vous avez une autopsie bien intéressante à faire : une symphyse cardiaque. — C'est très rare, jeune homme, répliqua Cornil, ne feriez-vous pas, par hasard, erreur ? — Non, répliqua G. Lyon, M. Germain Sée, a fait lui-même le diagnostic. » V. Cornil, toujours sceptique, fit l'autopsie, et au lieu d'une symphyse cardiaque, il découvrit une banale pneumonie lobaire.

Tout le monde peut se tromper et nous devons répéter l'opinion d'Hippocrate : « En médecine celui-là est le plus à louer qui fait le moins de fautes. » Et le Professeur Forgue rappelle la phrase de Dupuytren qui, malgré sa grande valeur, ne manquait pas de suffisance : « Je me suis trompé, mais je me suis trompé moins que les autres. » D'ailleurs comme l'a dit un autre grand chirurgien du siècle dernier, Pelletan : « On tire en chirurgie encore plus d'instruction des fautes que des succès. »

M. Forgue met en garde contre les abus et les erreurs qui résultent de la mode en chirurgie. Il en cite deux exemples qui datent d'une trentaine d'années, modes bien passées, l'ovariectomie et la craniectomie des microcéphales. Nous en pourrions citer une troisième qui sévissait pendant que nous étions jeune médecin, l'abus des curetages de l'utérus que tous faisaient alors à tout propos et hors de propos.

En chirurgie comme en médecine il ne faut pas craindre les critiques. « Si vous recevez une lettre de félicitations n'y ajoutez pas d'importance, disait Charles Mayo ; si vous recevez une lettre d'injures, lisez-la attentivement, vous y trouverez peut-être quelque chose d'utile. »

Et M. E. Forgue rappelle à ce propos l'éloge que l'éminent chirurgien belge Depage faisait de la clinique de Rochester où au décès de chaque malade, tous ceux qui l'avaient examiné se réunissaient et l'anatomo-pathologiste, le distingué Professeur Robertson, après l'autopsie, remplissait le rôle d'arbitre et signalait les fautes de jugement ou les erreurs techniques.

***

Dans une intervention, le chirurgien pour éviter les erreurs et les fautes doit se préoccuper des mesures préopératoires, puis des règles opératoires et en troisième lieu des soins post-opératoires.

Les mesures préopératoires exigent d'avoir recours souvent à la radioscopie, à la radiographie, à l'endoscopie, de s'inquiéter des modifications humorales, de demander la collaboration du médecin traitant qui dans une certaine mesure partagera sa responsabilité. Il doit songer à la dissimulation et à la simulation possibles.

Durant l'intervention, la responsabilité totale incombe au chirurgien qui doit encore surveiller les soins post-opératoires qu'exige le malade.

Les Tribunaux à diverses reprises ont rendu le chirurgien civilement responsable de fautes post-opératoires dont ses auxiliaires étaient coupables.

Pour diminuer les risques d'erreur dans l'appréciation de l'indication opératoire, il faut se rappeler le précepte de Descartes : « Il suffit de bien juger pour bien faire. » La conscience a le pas sur la science. « Ma conscience n'a falsifié pas un iota, disait Montaigne ; mon inscience, je ne scay. »

La devise du bon chirurgien doit être : Ni trop, ni trop peu, ni trop tard. Et il doit se poser cette question : En pareil cas que voudrais-tu qu'on fît pour toi ou l'un des tiens ?

Après cette leçon de morale chirurgicale, le Professeur Forgue considère l'acte chirurgical et les fautes de technique générale, énumère ce qu'il faut éviter et ce qu'il faut faire au cours d'une intervention. Dans une seconde partie, il traite magistralement de la responsabilité du chirurgien et de ses fondements juridiques.

Nous ne pouvons noter tous les conseils et tous les cas qu'examinent les auteurs des *Pièges de la chirurgie.* Ils passent en revue toutes les interventions, sur toutes les régions et tous les organes et bien que, dans leur conclusion, ils prétendent que leur œuvre est incomplète, nous pouvons affirmer qu'aucun chapitre ayant quelque importance n'a été ici négligé.

En terminant, MM. Forgue et Aimes rendent « un profond hommage au Corps chirurgical, dont la valeur n'est pas seulement faite de la solidité de son instruction clinique et de sa formation technique mais surtout de la hauteur morale de ses actes ».

A cet hommage, prononcé par d'aussi hautes autorités, nous nous associons de tout cœur.

J. Noir

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

DIGITALINE OU OUABAÏNE

Par le Docteur Louis BÉTHOUX

Professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Grenoble

Dans cet article nous n'envisagerons pas l'action des préparations galéniques de digitale ou de strophantus, non pas que nous les considérions comme inactives, mais parce que, contenant tous les principes actifs de la plante, leur composition et leur activité sont essentiellement variables d'un produit à l'autre.

Il n'en est pas de même avec la *digitaline* et *l'ouabaïne*. Ce sont des glucosides de composition fixe, cristallisés et solubles, dont les propriétés pharmacodynamiques sont bien connues.

La digitaline cristallisée est un des glucosides de la *digitale pourprée* (Digitalis purpurea). On l'emploi *per os* en solution hydro-alcoolique au 1/1.000e. Cinquante gouttes pèsent un gramme et renferment un milligramme de digitaline.

On peut également l'employer en injections intramusculaires (solution huileuse, douloureuse) et en injections intraveineuses, X à XX gouttes de la solution au 1/1.000 dans 3 c. c. d'eau distillée ; il existe dans le commerce des ampoules de 1 c. c. pour injections intraveineuses contenant 1/5 de milligramme de digitaline.

L'ouabaïne est un glucoside cristallisé extrait du *strophantus gratus*. On l'emploie *per os*, le plus souvent en solution au 1/1.000, au 4/1.000 et même à 2/100. En injections intraveineuses, il existe des ampoules de 1 c. c. dosées à 1/4 et 1/2 milligramme.

Telles sont les préparations de *digitaline et d'ouabaïne* les plus fréquemment employées en pratique courante.

Voies d'introduction et dose utile

Avant d'aborder les indications respectives de deux produits, il est bon d'envisager d'une part, la *voie d'introduction* la plus efficace, d'autre part la *dose utile*. Ces deux questions sont encore controversées, et ces deux controverses jettent le trouble dans l'esprit de beaucoup de praticiens.

La voie d'introduction normale pour la digitaline est la voie buccale.

La voie intramusculaire est douloureuse et peu efficace, elle est d'un usage exceptionnel ; la voie intraveineuse ne peut être indiquée qu'en cas de barrage hépatique (gros foie, ascite) au cours de certaines asystolies rendant l'absorption de la digitaline trop lente ; mais alors l'ouabaïne intraveineuse est beaucoup plus efficace, comme nous le verrons ultérieurement.

Par contre, *la voie d'introduction la plus active pour l'ouabaïne est la voie intraveineuse.* La voie buccale a été préconisée depuis longtemps, et de nombreux cliniciens lui sont restés fidèles.

Cependant la posologie de l'ouabaïne *per os* n'a cessé de varier ; alors qu'au début on préconisait des doses faibles : L gouttes de solution au 1/1.000 soit *un milligramme* par jour pendant quatre à cinq jours, ultérieurement sous l'influence des travaux de C. Dimitracoff, qui montrèrent que les fortes doses d'ouabaïne étaient bien supportées par voie digestive, on conseilla la solution au 4/1.000, L gouttes par

jour, soit *quatre milligrammes* pendant trois ou quatre jours ; plus tard on augmenta encore la *dose utile* en donnant L gouttes par jour d'une solution à 2/100, soit *vingt milligrammes* de produit actif.

On se demande devant ces faits, quelle est la dose efficace d'ouabaïne en ingestion, et si cette efficacité est certaine.

Pour notre part, nous ne la prescrivons *per os* que dans des circonstances particulières, quand la voie intraveineuse pour des raisons diverses n'est pas praticable et que la digitaline est contre-indiquée, ou dans des cures d'entretien chez des sujets où l'insuffisance cardiaque est légère, et où l'équilibre circulatoire est relativement stable. Nous donnons alors des doses modérées : 4 à 5 milligrammes par jour pendant huit à dix jours, soit L à LX gouttes par jour de solution à 4/1.000, ou X à XII gouttes de solution à 2/100. On peut renouveler le traitement après un intervalle de 15 à 20 jours, si c'est utile.

Mais nous le répétons, *la voie intraveineuse est pour l'ouabaïne la voie la plus sûre, la plus efficace, c'est la voie d'introduction normale de la drogue.* La dose utile est alors de 1/4 à 1/2 milligramme par jour, et cela pendant trois à quatre jours consécutifs. Dans certains cas, en particulier au cours d'insuffisances cardiaques compliquées, irréductibles par la digitaline, il peut être nécessaire de ne pas dépasser 1/4 de milligramme par injection, au besoin d'en faire une seconde dans le courant de la première journée, et de continuer ensuite prudemment à 1/4 de milligramme par jour, pendant huit à dix jours consécutifs. On peut obtenir ainsi des résultats parfois remarquables.

En ce qui concerne la *dose utile*, pour la *digitaline* la question reste controversée, il s'en suit une certaine confusion dans l'application des traitements.

Huchard et son école ont vulgarisé la méthode des petites doses longtemps poursuivies : V à X gouttes de solution de digitaline au 1/1.000 par jour pendant huit à dix jours, à renouveler fréquemment après des intervalles de repos variant de quinze à vingt jours. Beaucoup de médecins sont restés fidèles à cet enseignement, dont l'usage à la longue a montré souvent l'inefficacité, et parfois la nocivité (accumulation).

Certains auteurs ont préconisé des *doses massives*, en particulier Josué qui donnait d'emblée 80 à 100 gouttes de digitaline. De pareilles doses ne sont pas sans danger (troubles de la conduction), elles peuvent provoquer aussi de l'intolérance gastro-intestinale.

En réalité, la plupart des auteurs avec Vaquez préconisent des *doses moyennes*, véritables *doses utiles* ; L à LX gouttes réparties en trois ou quatre jours à doses progressivement décroissantes, par exemple : XX gouttes les deux premiers jours, puis X gouttes les deux autres jours Pour que ces doses aient leur plein effet, il est bon de laisser le malade au lit et au lait pendant ces quatre jours, et, dans beaucoup de cas (grande asystolie avec stase et dyspnée), de pratiquer au préalable une saignée de 200 à 300 grammes, avec au besoin un purgatif drastique ; après le traitement digitalique, on peut donner un diurétique (scille, théobromine, aminophylline) pendant douze à quinze jours de suite, avant de reprendre la digitaline ; on évite ainsi les effets toxiques d'*accumulation* (troubles de la conductibilité).

Indications respectives de la digitaline et de l'ouabaïne

Ces deux médicaments sont considérés comme des *toni-cardiaques*, c'est-à-dire qu'ils augmentent le tonus cardiaque ; en réalité ils agissent sur les différentes propriétés du myocarde, mais surtout sur la *contractilité* qu'ils renforcent.

Ces diverses propriétés sont au nombre de quatre :

La périodicité ou pouvoir chronotrope.
L'excitabilité ou pouvoir bathmotrope.
La conductibilité ou pouvoir dromotrope.
La contractilité ou pouvoir inotrope.

Ces propriétés sont modifiées dans le même sens par les deux glucosides, les trois premières sont diminuées, la quatrième est augmentée ; mais ces modifications se font à un degré différent, suivant qu'il s'agit de la digitaline ou de l'ouabaïne.

L'ouabaïne agit plus énergiquement sur la contractilité ; par contre la digitaline modère davantage la périodicité et la conductibilité (pouvoir chronotrope et dromotrope fortement négatifs), aussi elle a une influence très marquée sur le ralentissement du rythme, d'autant plus que son action vagotonique est plus forte que celle de l'ouabaïne.

D'autre part, une autre différence capitale sépare ces deux produits, c'est leur *solubilité* et leur *diffusibilité* : l'ouabaïne très soluble et très diffusible s'élimine rapidement ; la digitaline peu soluble s'élimine lentement, *elle s'accumule*, ses effets s'ajoutent et finissent par provoquer des troubles toxiques graves : soit de l'intolérance gastro-intestinale avec vomissements, diarrhée, soit des perturbations cardiaques portant sur l'excitabilité, la contractilité et la conductibilité. Ces derniers troubles s'observent même avec des doses modérées de digitaline au cours des périodes avancées de l'insuffisance cardiaque, quand il existe de la dégéné-

rescence myocardique, ou au cours des asystolies compliquées ; on peut observer alors, soit *l'effet inversé de* Danielopolu caractérisé par une *hyperexcitabilité* (extra-systoles, rythme bigéminé fibrillation auriculaire et ventriculaire, arrêt du cœur en systole) et une *contractilité diminuée*, soit *l'effet dissocié* de Potain et Merklen, qui est à craindre surtout dans l'asystolie grave avec gros cœur hypertrophié et dilaté ; on observe ici aussi une *contractilité diminuée*, avec une *conductibilité* atténuée, le rythme des battements se réduit, la diastole s'allonge, la systole est moins énergique et la dilatation s'accentue de plus en plus.

De pareils effets peuvent également s'observer avec l'ouabaïne, mais beaucoup plus rarement.

Avec la digitaline, il faut toujours les avoir présents à l'esprit dans les circonstances cliniques que nous avons indiquées, et, pour éviter l'accumulation, de la drogue il faudra toujours laisser un intervalle de douze à quinze jours environ entre deux cures digitaliques.

Cette lenteur d'élimination de la digitaline n'a pas que des inconvénients, elle présente un avantage sur l'ouabaïne : c'est sa *plus grande durée d'action.*

Nous ajouterons enfin que la digitaline a une action *diurétique*, peut être plus intense que l'ouabaïne.

Les indications respectives des deux glucosides se déduisent en somme des considérations précédentes.

Ces deux produits ont une action analogue sur les propriétés du myocarde, pratiquement ils ralentissent et régularisent le rythme du cœur et ils renforcent la contraction du myocarde.

Il n'y a qu'une différence de *rapidité* et d'*intensité* en faveur de l'ouabaïne et de *persistance* en faveur de la digitaline.

D'autre part l'ouabaïne (par voie intraveineuse) agit plus énergiquement sur la contractilité que la digitaline, mais celle-ci a une action plus évidente sur le rythme des battements cardiaques. *La nature et le siège de la lésion causale ne donnent que peu d'indications pour l'action thérapeutique* ; c'est l'ensemble du *syndrome cardio-vasculaire*, qui doit nous éclairer et, en particulier, *le degré d'insuffisance cardiaque* qui accompagne ou domine la cardiopathie.

Les plus beaux résultats — qu'il s'agisse de l'ouabaïne ou de la digitaline — seront obtenus au cours de l'insuffisance cardiaque ; il faut donc la rechercher minutieusement, quelle soit pure ou associée à d'autres troubles cardio-vasculaires ; ce diagnostic est capital pour traiter efficacement le malade.

La digitaline est surtout indiquée dans l'*insuffisance cardiaque chronique.* Elle a son action majeure — depuis Potain — dans la *grande asystolie chronique et progressive*, qui s'accompagne de *tachy-arythmie*, témoin de l'*arythmie complète* par fibrillation auriculaire, avec *stases viscérales* et *infiltration des téguments.* Ce syndrome s'observe surtout chez des sujets atteints de lésion mitrale, de myocardite, de symphyse péricardique, quand ces lésions ne sont plus compensées et que le myocarde devient insuffisant à sa tâche.

Dans l'*insuffisance cardiaque avec troubles de la conductibilité* (bloc partiel, incomplet ou complet par dissociation auriculo-ventriculaire), il faut employer la digitaline avec beaucoup de circonspection, car elle aggrave les troubles en ralentissant à l'extrême le cœur insuffisant : il se contracte sur une masse de sang trop volumineuse et l'on peut voir survenir l'*effet dissocié* de Potain et Merklen.

Dans l'*insuffisance cardiaque compliquée de troubles de l'excitabilité*, qui s'observe aux périodes avancées de certaines asystolies où, aux troubles de la contractilité viennent s'ajouter des troubles de l'excitabilité, (extrasystoles irrégulières ou en salves, crises de tachycardie paroxystique, etc.) la digitaline, comme précédemment, n'est guère indiquée, car elle peut aggraver les troubles même aux doses moyennes (si la dégénérescence du myocarde est accentuée), et l'on peut observer l'*effet inversé* de Danielopolu.

Dans ces deux derniers cas — si la dégénérescence n'est pas trop accentuée — les injections intraveineuses d'ouabaïne à petites doses (1/4 de milligramme) sont moins dangereuses et peuvent avoir une heureuse influence.

Enfin la digitaline est indiquée au cours des poussées d'*hyposystolie*, qui précèdent si souvent la grande insuffisance cardiaque, soit au cours de cardiopathies chroniques variées, soit à la suite d'atteinte aiguë du cœur (rhumatisme cardiaque, myocardite typhique, etc.).

L'ouabaïne, par sa rapidité d'action et son influence prépondérante sur la systole, est particulièrement indiquée au cours de l'*insuffisance aiguë du cœur*, on peut même dire qu'elle constitue une *médication d'urgence.*

L'insuffisance aiguë du cœur intéresse plus souvent les *cavités gauches*, soit au cours de lésions aortiques, soit chez les hypertendus avec possibilité d'angor pectoris de décubitus ou d'effort fruste ou typique, ou d'œdème aiguë du poumon. L'ouabaïne en pareil cas agit remarquablement.

Les cavités droites peuvent également se dilater, en particulier chez certains gibbeux ou emphysémateux avec sclérose pulmonaire, chez les femmes cardiaques en état de gestation (acci-

dents gravido-cardiaques), et même au cours de lésions valvulaires après de gros efforts.

Dans tous ces cas il y a urgence, l'ouabaïne est indiquée et doit être précédée d'une saignée.

Dans l'insuffisance cardiaque chronique progressive, dans la grande asystolie, l'ouabaïne a également ses indications, notamment dans les cas d'asystolie cardio-hépatique où il existe un barrage viscéral avec gros foie, ascite, réplétion du système porto-cave, ici la digitaline agit trop lentement, la voie intraveineuse est indiquée et l'ouabaïne, par cette voie, est bien plus active que la digitaline.

D'autre part, en pareil cas, il existe toujours un degré de dégénérescence plus ou moins accentué de la fibre cardiaque, l'effet *inversé* ou *dissocié* est bien moins à craindre avec l'ouabaïne qu'avec la digitaline.

Cependant dans les cas graves avec *dilatation cardiaque simple ou hypertrophique,* quand on suspecte la *thrombose cardiaque,* il faut être prudent même avec l'ouabaïne et savoir s'abstenir, car, par mobilisation d'un caillot, on peut provoquer une embolie mortelle.

La digitaline et l'ouabaïne ne sont pas indiquées dans les *troubles du rythme sans insuffisance cardiaque,* qu'il s'agisse de *tachycardies sinusales* (fébriles ou basedowiennes) ou *hétérotopes* (maladie de Bouveret), d'*arythmie extrasystolique.* Quand les extrasystoles disparaissent sous l'influence de ces toni-cardiaques, c'est qu'il y a déjà un léger degré d'insuffisance cardiaque (hypertendus, cardio-scléreux, lésions valvulaires, etc.).

Il y a néanmoins un trouble de l'excitabilité qui réagit bien à ces produits, même en l'absence d'insuffisance cardiaque, c'est la *tachysystolie auriculaire* (flutter) et l'*arythmie complète* par *fibrillation auriculaire,* en pareil cas la digitaline est plus active que l'ouabaïne, elle diminue l'excitabilité et la conductibilité du faisceau excito-conducteur et ralentit le rythme ventriculaire, la systole devient plus efficace et la circulation s'améliore.

Dans les *troubles de la conductibilité purs* (blocage partiel, incomplet et complet) les deux médicaments sont nettements contre-indiqués, la digitaline surtout, ils aggravent les troubles.

Digitaline et ouabaïne

Dans certains cas de grande asystolie avec stase accentuée et cœur dilaté, le myocarde ne réagit plus à la digitaline, qui peut même augmenter la dilatation par l'*effet dissocié.* En pareil cas, nous l'avons dit, l'ouabaïne à petites doses (1/4 de milligramme), continuée plusieurs jours, améliore l'état du sujet ; si à ce moment on reprend la digitaline ce médicament retrouve toute son efficacité : c'est ce que Vaquez a décrit sous le nom de *réactivation* de la digitaline par l'ouabaïne.

On peut ainsi par des *traitements alternés d'ouabaïne et digitaline,* judicieusement établis, rétablir l'équilibre circulatoire de certains asystoliques considérés comme perdus, il faut alors une surveillance clinique quotidienne complétée au besoin par des courbes électro-cardiographiques fréquentes.

Dans certaines circonstances on peut également donner simultanément les deux drogues-Danielopolu et surtout Laubry, Routier et Giroux ont préconisé cette méthode, ces derniers auteurs conseillent un mélange de un tiers de digitaline et de deux tiers d'ouabaïne qu'ils donnent soit *per os,* soit en injections intraveineuses.

Avec Vaquez, il nous semble que, dans les cas d'insuffisance cardiaque grave pure ou compliquée, le traitement alterné est plus efficace et moins aveugle, car il permet de se rendre compte de l'action relative de l'ouabaïne et de la digitaline sur le myocarde, surtout si on a la facilité de pratiquer des tracés électro-cardiographiques.

Dans les cas d'*insuffisance cardiaque légère, crises d'hyposystolie* chez des cardiaques variés, et aussi dans l'*arythmie extrasystolique symptomatique* observée à la cinquantaine chez des cardio-scléreux, des hypertendus, de petits brightiques, ce mélange ordonné en ingestion à la dose de XX à XXX gouttes par jour pendant dix à douze jours, agit toujours favorablement.

LA PETITE CHIRURGIE AU GOUT DU JOUR

■ ■ ■

Les avantages des infiltrations de novocaïne et de l'évacuation sanguine dans les traumatismes osseux, les entorses, les fractures.

Tout traumatisme osseux détermine une hyperémie régionale. Chose banale, celle-ci est, par malheur, souvent méconnue, car ses conséquences sont graves pour l'avenir fonctionnel des articulations adjacentes : raideurs articulaires, douleurs à l'occasion des mouvements, quelques ankyloses, ostéoporose algique post-traumatique.

Le **Professeur Leriche** (1) précise que ces résultantes de la vaso-dilatation post-traumatique seront neutralisées par une opération sympathique, qui réalisera également une vaso-dilatation. Toute suppression d'activité du sympathique (qu'elle soit réglée par l'injection d'un toxique, comme la novocaïne, ou par une ablation chirurgicale à n'importe quel niveau) produit toujours, en effet, une vaso-dilatation active, avec hyperthermie et hyperleucocytose, et celle-ci supprimera les ostéolyses par hyperémie, les douleurs, l'œdème, les troubles trophiques.

Mais déjà on peut *prévenir* ces décalcifications par la novocaïnisation immédiate des contusions osseuses et des entorses. Grâce au même procédé, on évite également les accidents tardifs : entorses traînantes, impotences progressives. Dans les *entorses* la durée de l'incapacité se trouve ainsi réduite de un à deux jours, grâce à la novocaïne.

A ce propos, le Docteur **A. Trèves** (2) rappelle que tout traumatisme, surtout articulaire, entraîne une vaso-constriction, puis une vaso-dilatation active, qui à la longue favorise les mutations calciques locales et entraîne des complications tardives, que l'on peut rencontrer à la suite de l'entorse la plus simple : atrophies musculaires, œdèmes, troubles trophiques des ongles et des poils, ostéoporose, arthrite traumatique, hydarthrose à répétition, calcifications péri-articulaires diverses, etc... Or l'infiltration de novocaïne n'amène pas seulement la suppression de la douleur, mais elle interrompt le réflexe axonique et ses conséquences vasculaires.

La *technique de cette infiltration* est des plus simples. Les points douloureux ligamentaires ayant été soigneusement repérés, on injecte à leur niveau et à l'intérieur des ligaments une solution à 1 % de novocaïne, sans adrénaline. Les mouvements cessent d'être douloureux et, dans les entorses du genou ou de la tibio-tarsienne, la marche devient possible et indolore immédiatement. Lorsque l'entorse est traitée dans les vingt-quatre premières heures, une seule infiltration en amène souvent la guérison définitive ; il peut en être exceptionnellement de même pour les lésions plus anciennes, quoiqu'il faille généralement compter deux à trois injections ; dans ces cas, la douleur a reparu au bout de quelques heures, le plus souvent atténuée.

Cependant au moment où l'on pratique ces infiltrations, il ne faut jamais manquer d'*évacuer le sang épanché* dans l'articulation, les gaines tendineuses ou le tissu cellulaire. Cette manœuvre, d'une importance considérable, supprime rapidement l'œdème, l'organisation ultérieure des caillots, évite les raideurs articulaires.

Quelques applications cliniques de cette méthode

Dans les *fractures articulaires sans déplacement*, après radiographie, on injectera les ligaments articulaires, le foyer de fracture, et, l'anesthésie ainsi obtenue, on fera faire immédiatement au blessé une *mobilisation active*, aussi étendue que possible, de son articulation. L'infiltration sera renouvelée les jours suivants, aussi longtemps qu'il sera nécessaire, jusqu'à récupération complète et indolore des mouvements, et chaque jour le malade exécutera des mouvements volontaires sans douleur. Leriche insiste sur la nécessité absolue de s'*abstenir de tous massages*, mobilisation passive, mécanothérapie, agents physiques divers, qui réveillent l'hyperémie et favorisent les mutations calciques locales avec leurs conséquences, qu'on veut précisément éviter.

Ici encore il est important d'évacuer le sang de l'os brisé. On emploie une aiguille d'assez fort calibre, en laissant le sang s'écouler par le canon, l'aspiration ne donnant rien. En général, l'aiguille retirée, le sang continue à passer par le trou qu'elle a fait ; il faut donc appliquer un pansement assez épais recouvert d'une bande.

Il s'agit d'une méthode permettant des récupérations extrêmement rapides. Trèves, a vu

---

(1) Professeur R. Leriche. — Traitement prophylactique et curatif de l'ostéoporose algique post-traumatique. (*L'Orientation médicale*, janvier 1939.)

(2) A. Trèves. — Les infiltrations de novocaïne et l'évacuation sanguine dans le traitement des traumatismes. (*Ibid.*).

des guérisons complètes en quinze jours, après une fracture multifragmentaire de l'olécrâne, deux fractures de l'extrémité inférieure du radius, deux fractures intra-articulaires du coude, une fracture de l'épine tibiale, etc.

Comme dans les entorses, il faut cependant signaler des échecs pour les infiltrations de novocaïne; ceux-ci peuvent être rapprochés des cas malheureux, où certains malades restent complètement réfractaires à la morphine post-opératoire.

Cette méthode s'applique également *aux fractures diaphysaires sans déplacement,* où elle produit une résorption très rapide des œdèmes. Le sang étant évacué du foyer de fracture, on en profite pour y faire une injection de novocaïne ; celle-ci supprime immédiatement, quelquefois définitivement, la douleur, l'atténue toujours, et rend le port d'un appareil de marche beaucoup plus facile, en particulier dans les fractures si fréquentes de la malléole péronière. Ici l'évacuation sanguine est primordiale, la novocaïnisation accessoire.

Les fractures avec déplacement doivent naturellement être réduites et immobilisées.

Cependant, le rôle de la novocaïne ne doit être, ici encore, ni mésestimé, ni négligé.

Tout d'abord, mieux que la cocaïne de Reclus et de Quénu, elle a permis de réaliser correctement l'*anesthésie locale dans la réduction de ces fractures* : la novocaïne est, en effet, pratiquement atoxique. Or l'anesthésie locale présente des avantages considérables. Elle évite les ennuis et les dangers de l'anesthésie et de la rachianesthésie. La douleur disparaît, le relâchement musculaire est complet, les manipulations du membre sont très faciles.

D'autre part, l'usage de l'écran radioscopique est indispensable pour obtenir des réductions correctes. Or, il est fort difficile de soumettre un patient à l'anesthésie générale dans l'obscurité, toute surveillance du facies et de l'appareil à anesthésie devenant impossible. C'est pourquoi, tant de chirurgiens renoncent à la méthode orthopédique en faveur du bistouri et de l'ostéo-synthèse, si souvent dangereuse ; mais ils réduisent, en fait, sous écran, pour pratiquer ensuite seulement une vérification radiographique, qui trop souvent montre une réduction insuffisante, parce que non contrôlée pendant qu'on l'effectuait.

Le Docteur Trèves a personnellement étendu l'usage de l'anesthésie locale à la réduction de presque toutes les fractures, même à celles du col du fémur. Dans ce cas particulier, l'anesthésie locale est un peu plus difficile à pratiquer, mais si l'on a eu soin de faire au préalable une injection de 1 cgr. de morphine un quart d'heure avant l'opération, le seul moment un peu douloureux est celui du désengrènement des fragments ; elle est peu de chose en regard des dangers de l'anesthésie générale chez les gens âgés, si sujets à ces fractures.

« La *technique* est des plus simples : après asepsie à la teinture d'iode et repérage soigné du siège de la lésion, on fait pénétrer l'aiguille en plein foyer de fracture et on y injecte la novocaïne. La quantité d'anesthésique à utiliser est relativement faible, car il diffuse dans l'hématome périfracturaire et répand ses effets à distance. On peut ainsi anesthésier facilement des fractures à deux foyers, comme celles des deux os de l'avant-bras, du tibia et du péroné, etc., ou des fractures accompagnées d'entorse, comme par exemple les fractures de l'extrémité inférieure du radius avec arrachement de la styloïde cubitale ou entorse du ligament interne du poignet. De même dans les fractures de la malléole péronière, avec entorse du ligament latéral ou du ligament en y.

Quant à l'évacuation du sang pendant la réduction des fractures elle est indispensable. Depuis sa mise en pratique de parti-pris, on ne voit plus de phlyctènes dans les fractures de jambe; plus de ces œdèmes qui obligent à desserrer un plâtre bien appliqué, au risque de compromettre une réduction correcte.

« Dans les cas de fracture du coude chez l'enfant, c'est peut-être le meilleur moyen d'éviter l'apparition de la paralysie ischémique de Volkmann. Lorsque le malade est guéri, après ablation de l'appareil d'immobilisation, les massages sont inutiles ou tout au moins leur fréquence et leur durée considérablement réduites. »

Enfin, le Professeur Leriche insiste, sur l'utilité de la novocaïne pour *éviter,* même dans les fractures immobilisées, les *accidents trophiques et surtout osseux,* dus aux mutations calciques post-traumatiques. Il s'exprime en ces termes :

« A l'heure actuelle, d'après ce que j'ai vu, je pense que *dans beaucoup de fractures épiphysaires ou diaphysaires même immobilisées, parce que l'immobilisation y est nécessaire, nous devrions injecter, de temps en temps, dans les premiers jours, cinq ou six fois, peut-être, de la novocaïne sous le périoste et dans les ligaments.* Ce serait faire la prophylaxie des troubles physiologiques qu'entraîne un accident et nos malades s'en trouveraient mieux.

« Cette pratique devrait, peut-être être systématisée dans tous les cas où l'on a quelque motif de craindre des raideurs tardives, chez les vieillards notamment, et quand il importe que la récupération fonctionnelle soit rapide, par exemple, quand les deux bras sont pris. »

G. Fischer.

LES TROUBLES DIGESTIFS AIGUS DU NOURRISSON AU COURS DE LA PÉRIODE ESTIVALE

Avec les chaleurs reviennent chaque année les altérations du lait, génératrices de troubles digestifs aigus chez les petits enfants : diarrhée commune, choléra infantile, entéro-colite dysentériforme.

On sait que la mortalité infantile par troubles digestifs est quatre à cinq fois plus forte en été qu'au mois de janvier (Baize). Pédiâtres et médecins-praticiens, justement préoccupés par cette grave menace, doivent faire tous leurs efforts pour éviter ces accidents digestifs de la saison estivale.

Voici, à cet égard, quelques *conseils préventifs.*

On se rappellera que l'allaitement au sein constitue, en été surtout par les fortes chaleurs, l'alimentation de choix. Dès lors, si l'enfant en bénéficie, il ne faudra pas faire de sevrage à cette époque. Au cas d'un allaitement mixte, on conservera précieusement le sein, et on en complétera, le cas échéant, la production insuffisante avec du babeurre, du lait condensé ou du lait sec. Si le nourrisson est au biberon, on n'utilisera que du lait condensé ou sec ; on n'aura recours au lait frais de vache, que si l'on est sûr de sa provenance, et s'il a été convenablement stérilisé.

Une stérilisation parfaite sera également exigée pour l'eau de coupage, pour les récipients successifs où passe le lait depuis la traite jusqu'à la tétée, pour les tétines, et les mains qui manipulent tous ces objets.

Une chasse aux mouches préservera le plus possible l'enfant du contact de ces insectes. Enfin on défendra le nourrisson contre l'action néfaste et débilitante de la chaleur : vêtements légers, chambres aérées et rafraîchies.

***

Comment traiter le nourrisson malade.

L'enfant, atteint de diarrhée cholériforme, présente, outre les troubles digestifs consistant en diarrhée et en vomissements, des signes d'intoxication (faciès cholériforme caractéristique), des signes d'abattement (somnolence, pouls mal frappé ou affaibli), et des signes de déshydratation (dépression de la fontanelle, sécheresse de la langue, oligurie, persistance du pli cutané).

Le traitement à instituer doit donc viser à désintoxiquer le nourrisson, à le stimuler, à le réhydrater ; après quelques jours seulement, ces mesures seront complétées par la réalimentation progressive.

C'est la diète hydrique, qui constitue le traitement d'attaque des troubles digestifs aigus du nourrisson. Le Docteur G. Blechmann a écrit : « Dans les gastro-entérites graves, la diète hydrique trouve son indication véritable ; mais on aura soin, tout en mettant en action la thérapeutique d'urgence, de ne pas prolonger, durant plus de vingt-quatre à quarante-huit heures, cette restriction alimentaire » (« Nourrissons », O. Doin, édit.).

MM. Enriquez et G. Durand s'expriment cependant d'une manière différente, lorsque, dans leur ouvrage bien connu, ils traitent des entérites aiguës ; ils pensent ainsi que cette diète peut parfois être prolongée. « Chez le nourrisson et le jeune enfant, dans toutes les formes d'entérites aiguës, disent-ils, la diète hydrique est de rigueur ; sa durée peut aller à huit jours, et plus dans les cas graves ; l'eau de Vals, l'eau d'Alet sucrée, puis le bouillon de légumes ou de céréales, l'eau de riz seront employées. »

Nous pensons cependant, avec le Docteur G. Blechmann et le Docteur Gassot, qu'il faut limiter à trois jours la diète hydrique rigoureuse ; c'est là un maximum, qu'on ne devrait pas dépasser.

Voici de quelle manière, on peut concevoir la diète hydrique :

Eau bouillie non sucrée, de préférence tiède, sauf en cas de vomissements répétés, où il est avantageux de la donner glacée. Si l'enfant la refuse, on peut édulcorer l'eau en y ajoutant un comprimé de saccharine de cinq centigram-

mes pour un demi-litre d'eau bouillie. Dans l'intervalle de ces prises d'eau bouillie, quelques cuillerées à café de la Reine-de-Vals, qui se montre anti-émétisante, grâce à sa teneur en acide carbonique libre, si intimement mélangé aux particules liquides que celui-ci ne se dégage que très lentement, en bulles particulièrement fines. Le Prof. Nobécourt et M. Maillet ont, en effet, indiqué que la diète hydrique pouvait se concevoir avec l'utilisation de cette eau de Vals (Thérapeutique du nourrisson en clientèle, 1927).

Exceptionnellement, on donnera à boire une infusion très légère et non sucrée de thé ou de menthe. Il ne faut jamais donner d'eau alcoolisée, ou de bouillon de viande même dégraissé.

L'eau sera prescrite par cuillerées à dessert ou à café, toutes les demi-heures ou tous les quarts d'heure, quelquefois toutes les cinq minutes.

Au total, l'enfant doit boire en vingt-quatre heures une quantité d'eau égale à la ration totale en lait et en eau, qui convient à son âge ; celle-ci est d'environ 125 à 150 grammes par kilo du poids de l'enfant.

La durée de la diète hydrique variera avec l'âge, le poids, la résistance du patient, la gravité et le degré d'amélioration de la maladie ; mais elle ne devra être en aucun cas prolongée au delà de trois jours, *au maximum* de quatre jours, afin de ne pas courir le risque d'inanition ; c'est là une prescription rigoureuse, même si tous les symptômes persistaient. En ces cas, on pourrait substituer à l'eau de Vals-la-Reine de l'eau de riz ou du bouillon de légumes peu salé, qu'il faudrait préparer chaque jour.

On stimulera le nourrisson par des bains chauds à 38°, dans les formes hypothermiques ; au besoin, on les sinapisera : on fera des frictions térébenthinées une ou deux fois par jour. Chez les hyperthermiques, les bains seront donnés tièdes (35 à 36°).

Envelopper les jambes et les bras d'ouate ; mettre des boules chaudes. Faire des injections sous-cutanées d'huile camphrée (1/2 à 1 c. c. par jour), ou de citrate de caféine (1 cent. à 1 cent. 1/2 par jour).

Pour la réhydratation, l'eau prise par voie buccale suffit généralement.

Cependant, les nourrissons qui refusent de boire, ou qui vomissent l'eau absorbée, offrent un pronostic très grave. Dans ces cas, on pourrait employer la voie rectale ; mais celle-ci est pratiquement inutilisable chez un diarrhéique. Reste la voie sous-cutanée ; sérum physiologique, sérum de Ringer, sérum de Quincke, 20 à 30 c. c. par jour, ou 50 à 100 c. c. Les fortes doses de 200 à 300 c. c. ne sont toutefois pas sans inconvénients.

Jamais aucune injection sous la peau ne doit être additionnée d'adrénaline ; on risquerait des escarres étendues et prolongées.

Quant à la réalimentation, c'est un temps des plus délicats ; celle-ci doit être très progressive, prudente et surveillée.

Le meilleur aliment, c'est le lait de femme ; mais on s'en procure difficilement ; on recommande aussi le lait d'ânesse et le babeurre.

Quel que soit l'aliment choisi, on donne le premier jour deux tétées de cet aliment, les autres étant toujours constituées par de l'eau de Vals-Reine, de l'eau de riz ou du bouillon de légumes ; on augmente ensuite progressivement jusqu'à ce que toutes les tétées soient à l'aliment choisi.

On peut aussi donner, à chaque tétée du premier jour de réalimentation, dix ou vingt grammes de lait de femme ou de babeurre, et compléter la tétée par de l'eau de riz.

Signalons que le babeurre, qui est acide, doit toujours être additionné de dix grammes d'eau de chaux par biberon, ou de la même quantité de Vals-la-Reine. Dans la minéralisation de cette eau dominent, en effet, les alcalins, et, en particulier le bicarbonate de soude, qui neutralise donc au mieux l'acidité du babeurre. D'autre part, l'action de cette eau minérale s'exerce non seulement sur le tube digestif lui-même, mais encore sur les glandes annexes, notamment sur le foie, et aussi sur les organes excréteurs, sur le rein, pour favoriser la diurèse, si nécessaire à la dépuration de l'organisme.

On passe ensuite du lait de femme et du babeurre au lait condensé sucré ou au lait sec, en remplaçant, dans les biberons, 40 grammes par une égale quantité d'eau additionnée d'une cuillerée à café de lait condensé, ou d'une cuillerée à soupe de lait sec. En trois ou quatre jours on n'emploie plus que ces produits.

Telles sont les indications utiles à titre de règles générales.

Dr George.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Infection, par les bacilles diphtériques, d'une plaie de laparotomie

MM. SYNEPHIAS et J. LIMPACH ont eu l'occasion d'assister à l'éclosion d'une diphtérie sur une plaie aseptique chez un malade dont ils résument l'observation.

Dans les cas rapportés par les auteurs allemands, qui ont publié de nombreux travaux sur cette question, il apparaît que la contamination par le bacille de Lœffler se fait à l'occasion d'infections associées, plus spécialement au niveau de plaies phlegmoneuses, suppurations chroniques, fistules tuberculeuses, etc... Il est, par contre, très rare d'en observer sur des plaies opératoires après interventions aseptiques, comme cela fut le cas pour cette malade. L'origine de l'infection diphtérique de cette cicatrice opératoire n'a pu être établie d'une façon précise. Elle ne semble pas venue du service ou du personnel hospitalier. Il s'agit là plutôt d'une auto-infection par contact chez une porteuse de germes. En effet, la malade avait présenté, avant son opération, une rhino-pharyngite, et on sait que la rhinite diphtérique donne très peu de signes et passe souvent inaperçue.

Tous les auteurs allemands s'accordent pour dire que l'action du sérum anti-diphtérique, en dépit de quelques succès, s'avère complètement inefficace sur la diphtérie des plaies ; aussi préconisent-ils l'abandon de cette méthode. Pourtant chez la malade observée on a constaté l'action immédiate du sérum et la chute remarquablement rapide des fausses membranes. On ne peut naturellement tirer des conclusions définitives par l'observation d'un seul cas. Il est à remarquer, cependant, que les nombreuses observations rapportées par les auteurs allemands concernent surtout des plaies portant sur des tissus mal nourris sans tendance à la réparation ou au contact de foyers suppurants (fistules pleurales, ostéomyélites chroniques, etc.). Il est certain que dans ces cas la guérison ne dépend pas uniquement de la sérothérapie antidiphtérique.

En outre — fait essentiel — les observations relatées dans les statistiques allemandes ne mentionnent pas les procédés bactériologiques employés pour l'identification du bacille de Loeffler. Or, il existe sur la peau un bacille diphtérimorphe — le bacille cuti communis, saprophyte normal — qui, au point de vue morphologique, cultural et réactions biochimiques, présente de très grandes analogies, sinon une identité complète, avec le bacille diphtérique vrai. L'inoculation au cobaye, qui s'impose dans tous les cas, est seule capable de trancher le diagnostic. Dès lors, on comprend certains insuccès de la sérothérapie antidiphtérique, dans les cas où cette épreuve de diagnostic différentiel a été négligée. Aussi, l'auteur pense qu'on est autorisé à faire de la sérothérapie, lorsqu'on se trouve en présence de fausses membranes dont l'inoculation au cobaye a été positive. (*La Presse Médicale*, 13 mai 1939.)

La tension artérielle dans certaines néphropathies gravidiques avec hypertension

Les Professeur J. VORON et H. PIGEAUD, de l'analyse des faits qu'ils exposent, tirent les conclusions suivantes : on observe avec une relative fréquence des néphropathies gravidiques avec hypertension, caractérisées par :

1° L'apparition d'un syndrome morbide au cours des trois derniers mois de la grossesse, chez une femme qui, examinée au début de cette même grossesse, apparaissait comme exempte de toute affection rénale ;

2° L'association d'albuminurie et d'hypertension ; à plusieurs reprises on a noté, en plus, des œdèmes, mais ceux-ci n'ont jamais par leur importance été au premier plan du tableau clinique ;

3° Une hypertension apparue au cours des derniers mois de la grossesse et persistant jusqu'à l'accouchement, mais ayant rétrocédé dans sept observations, plus ou moins rapidement, dans les suites de couches ; la tension est alors redevenue sensiblement normale.

Il s'agit donc d'hypertension transitoire, durant au maximum plusieurs semaines, et résistant à la thérapeutique mise en œuvre chez une malade hospitalisée et maintenue au repos au lit. Cette évolution tensionnelle paraît commandée par des modifications de tonus vasculaire, des modifications neuro-végétatives étant peut-être aussi à l'origine de l'albuminurie. Les documents recueillis viennent donc à l'appui de cette hypothèse tendant à accorder aux modifications neuro-endocriniennes, et aux spasmes vasculaires consécutifs, un rôle important dans la pathogénie des néphropathies gravidiques. (*Revue française de gynécologie*, juin 1939.)

Les Congrès

IVe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE SCOLAIRE DE LANGUE FRANÇAISE

(Lille, 1er, 2 et 3 juillet 1939)

Samedi 1er juillet, dans la salle des fêtes du Palais Pasteur, à l'Exposition du Progrès social de Lille-Roubaix, s'est ouvert le *IVe Congrès international d'hygiène scolaire de langue française*, organisé par l'*Association des médecins scolaires du Nord*, qu'a fondée et que préside le Docteur Porez. Ce Congrès a été bien suivi et a obtenu le plus légitime succès.

La séance inaugurale était présidée par M. Marc Rucart, ministre de la Santé publique, entouré de M. Marcel Henri Jaspar, ministre, en Belgique, du même département, et M. Carles, préfet du Nord. Un grand nombre de personnalités se trouvaient sur l'estrade ou dans la salle. La participation belge était fort importante ; la Suisse et le Luxembourg étaient également représentés.

Salué par M. Désarnaulds, ancien ministre, qui présidait la séance, M. Rucart félicita les congressistes d'être venus si nombreux, étudier et discuter des problèmes de très haute importance. Reprenant le vœu qui venait d'être formulé, il se déclare, lui aussi, partisan de l'inspection scolaire obligatoire ; seule l'arrête la question de crédits.

M. Jaspar, ministre belge de la Santé publique, remercie le Comité de l'Exposition et les organisateurs du Congrès, de leur accueil empressé. Il célèbre, en termes émouvants, l'indéfectible amitié qui unit sa patrie à la nôtre ; il se réjouit d'assister à une manifestation pacifique de cette envergure, qui prouve surabondamment la grandeur et la vitalité de la France.

Le Docteur Porez donne ensuite lecture de son rapport moral. Il remercie délicatement tous ceux qui ont contribué au succès de ce Congrès ; il déclare qu'une collaboration étroite est nécessaire entre éducateurs et médecins, pour assurer le développement harmonieux de la race.

La première question à l'ordre du jour était *La nécessité de l'inspection médicale scolaire obligatoire.* Le Docteur Désarnaulds s'en est fait le champion, et il a présenté au Parlement, un projet dont il s'inspire, pour justifier sa thèse et pour en préciser l'éventuelle réalisation. Le Docteur Houard, de Seraing (Belgique), montre ce qu'il a pu réaliser chez lui.

La deuxième question était d'ordre technique, avec un rapport du Docteur Lestocquoy, chef de laboratoire d'hygiène scolaire à la Faculté de médecine de Paris, sur l'organisation pratique de l'inspection des écoles.

Entre temps, les congressistes étaient officiellement reçus par le Comité de l'Exposition, puis ils participaient à un grand banquet, à l'issue duquel, M. Rucart remit la cravate de Commandeur de la Santé publique à son collègue, M. Jaspar.

Dans la soirée, les personnalités furent reçus par M. Carles, préfet du Nord. Une fête de nuit fut ensuite donnée à l'Exposition.

Durant la seconde journée, sous la présidence de M. Dufestel, président du Congrès, un rapport fut présenté par le Docteur Ledent, sur *la scoliose à l'école,* et diverses questions discutées, notamment celles du dépistage de la tuberculose et de l'hygiène dentaire. Après une réception à la Mairie de Lille, nouvelle séance de travail, présidée par le Docteur Armand-Delille, où furent discutés les rapports du Docteur Laufer : *Biomorphologie et pédagogie* et du Docteur Porez sur *Les écoliers retardés* et ceux atteints de *Troubles du caractère.* Ensuite se tenait la réunion de l'Association nationale de médecine scolaire et d'hygiène pédagogique, sous la présidence du Professeur Harvier.

La dernière journée fut consacrée à la visite d'œuvres sociales de Roubaix et de Lille.

Prof. A. David.

Les Thèses

P. — Dr G. Kouchner. — **Le rôle biologique de l'hyposulfite de soude.** (Thèse 1939.)

L'auteur expose, à la lumière de travaux récents, l'activité intra-cellulaire de l'hyposulfite de soude, son activité physico-chimique dans certaines conditions, son activité purement chimique vis-à-vis des corps toxiques.

Il est amené à parler des corps sulfhydrylés, surtout du glutathion, l'apport d'hyposulfite en constituant un facteur d'augmentation.

Il envisage le rôle du soufre dans l'organisme, du glutathion dans les oxydo-réductions tissulaires, le rôle antitoxique de l'hyposulfite de soude, son action anti-anaphylactique, dans les dermatoses, etc.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

LA DUPERIE DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

L'autre jour, dans un congrès médical, mon voisin me poussa du coude et me souffla à l'oreille « Regardezle Professeur X. : il a l'air bien éteint ! ».

Et je vis passer un vieil homme voûté, à la démarche lasse ; appuyé sur son riflard il clopinait seul parmi la foule caquetante. Il avait l'œil craintif des chiens battus et humblement se faufilait entre les groupes. Nul ne faisait attention à ce fossile, si dénué d'élégance que la rosette de sa boutonnière elle-même avait l'air de se moquer. Assurément le plus imbécile d'entre nous l'aurait abordé avec une condescendante familiarité.

Or le Professeur X. a passé sa vie dans les laboratoires de recherches et il est l'auteur d'un sérum journellement utilisé en thérapeutique. Son nom hante encore les traités de médecine et retentit dans les questions de concours ; sa personne est une falote survivance à grand'peine tolérée dans notre société.

Que manque-t-il donc au Professeur X. pour y tenir la place qu'il mérite ? A ce congrès se pavanaient maints dindons qui n'ont jamais rien su qu'étaler leur propre personne. Leur nom n'est qu'une façade de théâtre faite de tape-à-l'œil. Eux aussi arboraient, plus large et plus éclatante, une rosette ou même une barrette empruntée à l'argent de poche des politiciens. Ils passaient, tout roides de morgue, et s'estimaient, à n'en pas douter, beaucoup plus considérables que cet insignifiant porteur de pépin. Des sourires leurs faisaient une double haie : la médecine française leur devait gros de si bien la représenter dans ce concile international.

Mais que manque-t-il donc au Professeur X., qui les vaut cent fois, pour jouir d'un pareil prestige ? Quelque chose qui en matière de recherches n'apporte rien mais qui apporte beaucoup en matière de gloire : l'argent. L'argent et aussi, bien entendu, le savoir-faire, le bluff, le doigté publicitaire. Avec cela, rien que cela, notre siècle fabrique des grands hommes ; c'est pourquoi, d'ailleurs, toutes mesures prises, ils ne sont pas bien grands. Mais les sots, et eux-mêmes par conséquent, prennent cette grandeur en toc pour la vraie.

Il faudrait déborder d'indulgence pour nourrir quelque estime à l'endroit de la société actuelle. En toutes choses, ou peu s'en faut, elle a délibérément pris le contre-pied du bon sens et Silène ferait chez nous figure de sage. L'ambition de toute entreprise est d'éliminer jusqu'à l'extrême possible la main-d'œuvre et les efforts de tous les Etats visent à résorber le chômage ; l'hymne à la paix est entonné à la fois dans toutes les langues et toutes les nations se préparent fiévreusement à la guerre ; nous perfectionnons chaque jour nos moyens de communication et chaque jour élevons de nouvelles barrières sur les routes des hommes et des marchandises ; nos moyens de fabrication sont formidables et jamais le prix des objets fabriqués n'a autant excédé les facultés d'achat.

Dans une telle anarchie il n'y a pas place pour l'art ni temps pour la méditation et peut-être faudrait-il dès maintenant envisager la construction de thébaïdes afin d'y recueillir les derniers tenants de ces disciplines spirituelles. Ainsi, au Moyen-Age, les monastères laissèrent passer à leurs pieds les hordes barbares.

La seule lumière de notre siècle lui vient des recherches scientifiques. Elles du moins n'ont pas été éclipsées, jusqu'à présent, par les foucades grégaires ; elles ont pris, depuis trente ou quarante ans, le plus bel essor qu'elles aientconnu Je ne veux pas parler seulement des recherches utilitaires qui, du plus chétif d'entre nous, ont fait une sorte de pacha omnipotent. Les vastes conceptions non plus n'ont pas manqué. Citerai-je, à la volée, les théories d'Einstein, la nouvelle atomistique, les idées sur l'hérédité, sur les mutations microbiennes ?

Il semblerait que, en un temps si cruel à la dignité humaine, nous dussions être reconnaissants aux savants qui nous rassurent sur nous-mêmes et feront moins sévère le verdict de la postérité. Ce serait équitable de leur fournir sans barguigner les moyens de travail et de les défendre contre les vicissitudes matérielles. Mais comme ils ne réclament rien nous ne leur offrons rien et si, malgré ce dénuement, ils font une découverte il se trouve toujours à point nommé un âne quelconque pour donner au lion le coup de pied injurieux : on lui attache au col un ruban de couleur, on le pousse dans le troupeau équivoque des décorés, et hue cocotte !

Et le pauvre, en s'ébrouant, reprend la route ; peut-être, car c'est un naïf, se croit-il payé et même redevable de quelque gratitude. Quelques années plus tard on le rencontre, étique et désemparé, et, au lieu d'avoir honte, on s'écrie « Comment ! il vit encore ? » On ne sait pas comment il s'y est pris, mais le fait est là ; il vit encore. On estime *in petto* qu'il s'incruste et qu'il exagère.

C'est ainsi que nous traitons nos gloires scientifiques.

***

Qu'au moins cette rencontre inopinée du Professeur X. me donne prétexte à proposer à tous un examen de conscience.

Il est difficile, je le sais, de rémunérer équitablement une découverte scientifique. Le plus souvent elle est le fait de plusieurs hommes dont les efforts convergents ont peu à peu apporté les matériaux de la construction et celui qui achève celle-ci n'est pas toujours le plus méritant. Qui dira même les collaborations inconnues dont elle a bénéficié ?

Et puis une telle découverte révèle rarement toute son ampleur d'emblée. Elle est d'abord critiquée, niée, engluée de suspicion ; et il est bon qu'il en soit ainsi car l'adversité constitue la meilleure épreuve des œuvres fortes.

Ne nous leurrons pas de l'espoir qu'à force de bonne volonté nous puissions bannir l'injustice de ce monde : il y aura toujours parmi les chercheurs des déshérités qui, égarés sur une mauvaise piste, auront échoué ou qui, ayant réussi, resteront méconnus. Mais je soutiens que les conditions actuelles de la recherche sont d'une criante iniquité ; tolérer que cette iniquité se perpétue serait une capitulation nouvelle des forces spirituelles devant les matérialités brutales. En un siècle qui tend à faire du travail humain la valeur essentielle il sied, à mon sens, que le labeur intellectuel soit rétribué selon son mérite et qu'il ne craigne pas d'accoler ses revendications à celles des manuels.

Au diable la pudeur désuète qu'effarouche le cliquetis de l'argent. L'argent n'est qu'un moyen d'échange et seuls les trocs où il entre en jeu lui *confèrent sa qualité : c'est* un vil métal s'il assouvit de vils appétits ; il est respectable si l'emploi qu'on en fait l'est aussi.

Ceci dit comment un savant peut-il gagner de l'argent ? ou plutôt, puisque tel est mon sujet et que jusqu'ici bien peu de savants se sont enrichis, comment *devrait-il* pouvoir en gagner ?

Si sa découverte a abouti à une utilisation pratique par une exploitation du droit d'auteur. Le Parlement, il y a quelques mois, a envisagé la question ; elle est relativement aisée à trancher pour les œuvres littéraires ou artistiques ; elle l'est beaucoup moins pour les choses de science. Et cependant si nous nous en tenons à la médecine, dont le domaine nous est plus familier en quoi serait-il choquant que l'inventeur d'un remède, d'un instrument, d'une technique en tirassent profit ? Grâce à Banting, tous les diabétiques du monde ont vu luire les promesses, d'un avenir nouveau. Savoir s'il s'est trouvé, parmi les consommateurs opulents d'insuline un seul qui ait pensé à lui envoyer un chèque. La chirurgie du poumon n'est praticable qu'avec le bistouri électrique. Y a-t-il un opéré qui ait pensé à d'Arsonval ? Banting comme d'Arsonval se seraient peut-être offusqués d'être « honorés » de cette façon. Il me semble pourtant qu'à leur place j'y aurais vu la gratitude du geste et perçu la douce certitude qu'un inconnu me devait la vie et le savait. C'est, à une autre échelle, la récompense du médecin qui n'estime pas malséant de joindre à sa satisfaction intime un profit matériel. Que le droit d'auteur ainsi perçu soit impraticable je l'admets. Mais il deviendrait aisé à percevoir chez les fabricants de produits pharmaceutiques ou les constructeurs d'appareils.

Ce n'est certes pas une idée nouvelle que j'expose ici, et même elle a déjà donné lieu à de multiples controverses. Avec le pathétique assez bouffon dont notre époque a le secret (notre époque qui joint à une sensiblerie hypocrite tant de férocité !) on a agité de grands mots : on a flétri le « tribut sur la maladie », on a exalté le désintéressement traditionnel des savants, et une fois de plus on a déployé la flamberge du « sacerdoce ». Tout doux ! « On a toujours assez de courage pour supporter les maux d'autrui » ; je voudrais connaître avant tout l'avis des savants qui, comme le Professeur X., sont réduits, l'âge venu, à la portion congrue et ont à la bouche le goût doux-amer du devoir accompli et d'une duperie dont ils sont les victimes.

Un mode de rétribution même imparfait vaut mieux que rien du tout. Il apprendrait aux masses la valeur du travail intellectuel qu'elles sont déjà assez portées à méconnaître ; pour notre époque calculatrice qui chiffre tout et ne conçoit plus d'autre évaluation ce qui ne se paie pas est méprisable. En « honorant » une découverte dont elle tire profit elle apprendrait à respecter et le travail et le travailleur.

***

A côté des savants qui ont réussi il y a ceux qui ont échoué (et n'en sont pas moins méritants) et puis ceux qui ne savent pas encore où les mèneront leurs travaux, la foule laborieuse qui peuple les laboratoires. Ceux-là aussi sont abandonnés à eux-mêmes et Levaditi il y a quelques années, poussait un cri d'alarme en constatant la désaffection de la jeunesse pour ces carrières d'ascète, et nous ne sommes pas riches en sages

de ce genre car même dans l'ascèse la plus austère il faut encore vivre.

C'est pourquoi pour assurer à la fois les intérêts matériels des jeunes au travail et envisager les susceptibilités des vieux qui se reposent sur leurs lauriers (même si c'est en travaillant de plus belle) je verrais volontiers la création d'une Caisse autonome où ceux-ci puissent verser à leur gré une partie de leurs droits d'auteurs. Je suis persuadé que cette Caisse serait fort bien alimentée car un savant considère ses continuateurs comme sa postérité et tiendrait à honneur de constituer à celle-ci un héritage.

Ainsi les desservants des sciences vivraient par eux-mêmes et ne dépendraient que de leurs semblables. Certains ont préconisé l'intervention de l'Etat, des subventions, la création de prix ou d'une Caisse spéciale dont il aurait la gestion. L'Etat est un personnage singulièrement suspect ; il nous a trompés si souvent que sa parole même ne suffit plus à nous rassurer. Il vote des crédits et les révoque l'année suivante ; il crée une Caisse dont il promet d'être le simple répartiteur et y puise à pleines mains. L'exemple de la radio-diffusion est récent et instructif.

Pour conclure je souhaite de ne plus avoir à endurer ce malaise et cette espèce de honte ressentis l'autre jour à la vue du Professeur X. Je voudrais que le peuple souverain se souvînt que, en dépit d'un mot célèbre, il a besoin de savants et que s'il veut en recruter, il doit se mettre en frais pour les faire vivre.

L'ancienne monarchie attribuait des pensions aux hommes qui faisaient honneur au pays. La démocratie s'en tire à meilleur compte : elle puise dans sa passementerie honorifique et estime être quitte.

Peut-être nous appartient-il à nous, praticiens, qui distribuons dans le public les fruits salutaires des découvertes médicales de revendiquer l'honoraire légitime qui revient à celles-ci.

Et si nous parvenions à cette réalisation ce serait un exemple digne d'être médité par les autres sciences qui, pour toucher de moins près à la personne humaine, n'en constituent pas moins son patrimoine et sa seule véritable gloire.

G. LAVALÉE.

CONSEILS PRATIQUES D'UN INGÉNIEUR POUR LA MANIPULATION DES OBUS D'OXYGÈNE

D'un article fort intéressant sur l'industrie de l'oxygène et ses usages, tant industriels que médicaux (1), il m'a semblé utile d'extraire ces quelques conseils à l'usage des cliniques, des hôpitaux, des pro-pharmaciens et des spécialistes qui peuvent détenir un obus à oxygène. Ce n'est pas un objet à manier sans soin et en se figurant que sa robuste carcasse d'acier n'a pas à être ménagée. Les accidents qu'il peut causer sont graves et si des mesures de sécurité minutieuses ont été peu à peu introduites dans la fabrication de l'oxygène elles valent aussi pour la manipulation du gaz fabriqué.

1° Tous les obus à oxygènes doivent être construits suivant des règles strictes. (En Amérique une estampille spéciale a été créée à cet effet.)

2° L'oxygène ne brûle pas, mais il accélère la combustion. En conséquence écartez toutes les substances huileuses ou graisseuses. Ne maniez pas l'obus avec des mains ou des gants gras. L'huile et la graisse, en présence d'oxygène comprimé, peut prendre feu.

3° Ne stockez pas d'obus d'oxygène dans des emplacements anormalement chauds, par exemple à côté de fourneaux ou de radiateurs. La chaleur ferait monter la pression qui est déjà très élevée (1.000 kgr. par pouce carré). Les valves sont munies, pour cette éventualité, d'une soupape de sûreté.

4° Stockez les obus d'oxygène à l'écart des ascenseurs, des passages et tous endroits où ils peuvent être renversés ou cognés. Equipez-les d'une chaîne pour les maintenir verticaux.

5° Ne les faites pas tomber par terre, ne les maniez pas rudement, ne les employez pas comme rouleaux.

6° N'essayez pas de réparer une valve ; si celle-ci ne s'ouvre pas à la main prévenez le fournisseur. Jamais de marteau !

7° Avant l'usage fixez toujours un régulateur à la valve, et après, fermez toujours celle-ci, même si vous croyez que l'obus soit vide.

8° N'interchangez pas le régulateur ou le tuyau à oxygène avec ceux construits pour d'autres gaz.

9° N'employez jamais l'oxygène pour remplacer l'air comprimé ni comme agent de compression quelconque.

G. LAVALÉE.

(1) *Staff meetings of the Mayo clinic*, june 21, 1939.

QUALIFICATION DES SPÉCIALITÉS MÉDICALES ET PROTECTION DE LEUR QUALIFICATION

A l'occasion de la différenciation des spécialités médicales, il a été formulé plusieurs propositions, tendant à permettre la qualification de spécialiste en telle ou telle branche de l'art de guérir. La tendance d'esprit du Corps médical semble devoir être la suivante : alors que le diplôme de docteur en médecine donne à son titulaire le droit de soigner ses malades comme bon lui semble, avec tous les procédés thérapeutiques, il convient cependant de permettre aux docteurs, qui ont poursuivi des études spéciales de se présenter au public, ainsi qu'aux collectivités publiques ou privées, comme ayant acquis véritablement le titre de spécialiste en telle ou telle matière.

Historique

Une première tentative de spécialisation obligatoire et protégée avait été faite par une proposition de loi, déposée par MM. Deloncle, Lefèvre et Lagrosillière, députés, sur le Bureau de la Chambre (*Concours Médical*, 1914, pages 954 et 1317). Cette proposition comportait l'abrogation de l'article 2 actuel de la loi du 30 novembre 1892 et son remplacement par le suivant : « Nul ne peut exercer la profession de « dentiste s'il n'est muni d'un diplôme de doc- « teur en chirurgie dentaire, ou de chirurgien- « dentiste. »

D'où la conséquence : c'est que les docteurs en médecine n'auraient plus eu le droit d'exercer la stomatologie, s'ils n'étaient également titulaires du grade de docteur en chirurgie dentaire, ou de celui de chirurgien-dentiste.

La guerre de 1914 empêcha — et pour cause — la prise en considération de cette proposition de loi, qui devint caduque à la fin de la législature.

Le problème de la spécialisation avait repris de l'importance, lorsqu'il fut question, non plus de séparer l'art dentaire de la médecine, pour en faire une science autonome, mais au contraire d'intégrer la profession de dentiste parmi les spécialités médicales. Tout en conservant aux chirurgiens-dentistes actuels leurs droits acquis, le Corps médical demandait que les dentistes de l'avenir fussent tous docteurs en médecine. Ainsi aurait été réalisée l'unité de la médecine.

Les certificats actuels de spécialités médicales

Cette notion de la spécialisation est entrée progressivement dans les mœurs médicales. C'est ainsi qu'à la Faculté, des concours d'agrégations sont ouverts concernant différentes branches de la médecine. Egalement existent des concours de spécialistes dans les hôpitaux. Les diverses tarifications officielles concernant les blessés du travail, les pensionnés de guerre, ou autres, comportent des tarifications spéciales selon que le médecin se présente comme omnipraticien, ou comme spécialiste.

Des certificats spéciaux sontinstitués par les Facultés de médecine. Pour pratiquer sur les navires de la marine marchande, il faut avoir obtenu le certificat de médecin sanitaire maritime. Des certificats de médecine légale, d'hygiène, ou autres sont également institués dans les Facultés, donnant certains avantages à leurs seuls possesseurs.

D'autre part, de nombreux confrères — surtout les anciens — se plaignent de voir les feuilles d'ordonnances, ou les plaques extérieures des maisons de certains jeunes annoncer que le docteur en médecine X est spécialiste en diverses branches de l'art de guérir, alors qu'il n'a fait aucune étude spéciale, lui permettant ainsi de se qualifier.

Les Syndicats médicaux ont timidement essayé de réagir. Avec l'appui du Sou Médical, il a été possible de faire cesser, par jugement de Tribunal, ces procédés de réclame éhontée. D'ailleurs, n'a-t-on pas vu un praticien de Paris se qualifier comme spécialiste, à treize rubriques différentes dans un annuaire mondain ?

Voici pourquoi on a cherché à trouver un procédé de qualification, pour les confrères qui, par leurs études spéciales et leur instrumentation, peuvent seuls prétendre au titre de spécialiste.

Parmi ces procédés, le projet du Docteur Tissier Guy a été à l'honneur pendant un certain temps. Il consistait en des mentions que comporterait le diplôme de docteur en médecine.

Ainsi cela se passe-t-il dans les Facultés de Droit. Le diplôme de docteur en Droit est délivré par le Ministre de l'Education nationale,

mais ledit diplôme comporte une mention : soit ès sciences juridiques, soit ès sciences économiques et politiques.

D'autres pensent que la qualification pourrait être obtenue, une fois les études médicales terminées et le grade de docteur acquis.

Discussion juridique

En tout cas, la question précise qui m'a été posée est la suivante : une loi est-elle nécessaire, pour cette qualification ?

Je dois répondre soit par la négative, soit par l'affirmative, selon les buts poursuivis. Non, la loi du 30 novembre 1892 ne doit pas être modifiée, si le docteur en médecine reste habilité pour pratiquer jusque dans ses plus extrêmes limites toutes les branches de l'art de guérir sous sa seule responsabilité. Qu'une mention soit ajoutée sur le diplôme de docteur en médecine, ou qu'un certificat, délivré par une Faculté ne soit donné qu'après la fin des études médicales point n'est besoin d'une loi.

En effet, l'article 15 du décret du 21 juillet 1897 portant règlement pour le Conseil des Universités, décret pris en exécution de la loi du 10 juillet 1896, autorise les Universités à instituer des titres d'ordre exclusivement scientifique, en dehors des grades établis par l'Etat.

Ces titres ne confèrent aucun des droits et privilèges attachés aux grades par les lois et règlements et ne peuvent, en aucun cas, être déclarés équivalents aux grades.

Les études et examens, qui en déterminent la collation, sont l'objet d'un règlement délibéré par le conseil de l'Université et soumis à la section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique.

Les diplômes sont délivrés au nom de l'Université par le Président du Conseil, en des formes différentes des formes adoptées pour les diplômes délivrés par le Gouvernement..

A la lumière de ces textes et de ces précédents, il résulte que si le Corps médical croit qu'il est nécessaire de faire préciser certaines qualifications médicales, permettant aux malades, ainsi qu'aux diverses collectivités de s'adresser aux compétences et de les honorer d'une manière particulière, il n'est nullement nécessaire de toucher en quoi que ce soit à la législation du 30 novembre 1892, qui régit à l'heure actuelle l'exercice de la médecine en France.

Une décision prise par la Faculté de médecine — je dirai presque : par chaque Faculté de médecine — serait soumise au vote du Conseil de chaque Université, puis adressée au Conseil supérieur de l'Instruction publique, dont la section permanente aurait à accepter, ou à refuser soit l'adjonction de mentions sur le diplôme de docteur en médecine, soit l'institution de certificats de spécialités nommément désignées, certificats obtenus après la soutenance de la thèse.

Protection de la qualification

Mais d'aucuns estiment que cette innovation ne résoudrait nullement le problème actuel. Si la mention n'est pas protégée contre les usurpateurs, ou les réclamistes sans pudeur, si tels et tels praticiens peuvent utiliser des synonymes pour concurrencer indûment le véritable spécialiste du lieu, pourquoi innover ? Gardons notre ancien doctorat tel qu'il est, mais laissons faire certains jeunes, certains étrangers, qui ne sont pas retenus par des scrupules de déontologie.

Mais si le Corps médical entend protéger non seulement les praticiens, mais également la santé publique, s'il veut établir une limite à l'exploitation de la crédulité des malades, il faudra se souvenir de l'adage : *nulla poena sine lege*. Une loi est donc nécessaire, pour protéger ceux qui, par leurs études complémentaires et par leurs installations spéciales, peuvent prétendre au titre de spécialiste en telle ou telle branche de la médecine.

Nombreux sont les confrères qui croient que cette loi de protection serait utile : des praticiens quelque peu présomptueux, qui se qualifient de diverses manières auprès de leurs malades, ont parfois des initiatives néfastes, dommageables, qui se résolvent en l'attribution de dommages-intérêts aux victimes. Je n'insiste pas sur les appareils de radios mal protégés et mal manœuvrés par des omni-praticiens, qui ne veulent, au début, ne donner qu'un coup d'écran, et qui, par la suite, se lancent dans des graphies longues et difficiles, voire même dans des traitements par rayons Rœntgen.

Ce sont aussi les brûlures par diathermie, les opérations de moyenne chirurgie mal conduites, alors que celui qui se qualifie lui-même de chirurgien, ou d'oto-rhino, ou de gynécologue entend empêcher un véritable spécialiste de s'installer dans la localité ou de briguer le poste de l'hôpital.

En conséquence : ou bien nous devrons continuer à vivre dans les errements actuels, c'est-à-dire à permettre au titulaire du diplôme de docteur en médecine de laisser croire au public qu'il possède l'omni-science et la compétence requise pour entreprendre tous traitements et toutes interventions possibles, ou bien une loi qualifiera et protégera certaines spécialisations de notre art.

Certes, surtout dans les cas d'urgence avérée, le docteur en médecine a le droit — et même le devoir de porter assistance à tout malade ; certes, en matière des maladies de la bouche

et des dents, les petites interventions banales et les diagnostics faciles pourront toujours être exécutés par l'omni-praticien ; mais la loi à intervenir n'autoriserait à se présenter au public, sous certains vocables, précisant quelques spécialisations médicales que ceux qui pourrontjustifier d'études et de connaissances pratiques, consacrées par un certificat, ou une mention.

D'aucuns croient que la déontologie y gagnera beaucoup et que les malades seront mieux soignés par des spécialistes véritablement idoines, protégés que seront ces derniers contre toute usurpation de qualification par des confrères de peu de scrupules déontologiques.

Mais alors se posera une question ; si certaines spécialités, qui ont été définies par les Syndicats médicaux, doivent être protégées, il sera nécessaire d'envisager l'exercice de la profession de dentiste. A l'heure actuelle les docteurs en médecine, dits stomatologistes et les chirurgiens-dentistes exercent cette branche de l'art médical. Protéger les stomatologistes sera également protéger les chirurgiens-dentistes actuels. Souhaitons qu'à ce moment, l'intransigeance de certains autonomistes, toujours partisans du diplôme de docteur en chirurgie dentaire, ne vient encore troubler les bonnes relations entre la Confédération des Syndicats médicaux et celle des syndicats dentaires.

Se posera alors l'éternelle question, toujours vivace depuis les discours des Professeurs Brouardel et Cornil, au Sénat, en 1892 : le grade de chirurgien-dentiste doit-il encore être conservé, ou ne convient-il pas d'envisager que les dentistes de l'avenir devront posséder le grade de docteur en médecine, avec le certificat de spécialité ?

Aux syndicats de répondre.

Conclusion

De deux choses l'une : ou bien le Corps médical entend protéger la qualification de chaque spécialité médicale ; une loi est nécessaire pour définir les droits des divers spécialistes, ainsi que les pénalités à l'encontre de ceux qui se targueraient du titre de spécialiste sans en avoir le droit.

Ou bien le Corps médical repousse toute protection de la spécialisation : alors, inutile de créer de nouveaux titres universitaires, qui n'auront aucune valeur. Qu'on conserve alors le doctorat en médecine tel qu'il est avec toutes ses prérogatives et ses inconvénients.

Mais les Syndicats médicaux auront la tâche difficile pour faire respecter la déontologie, par de nombreux praticiens, qui, pour attirer la clientèle, se parent de titres fallacieux, ou de spécialisations diverses, pour lesquelles ils ne sont pas qualifiés.

Quant aux véritables spécialistes, ils auront à lutter contre ces confrères prétentieux, qui déconsidèrent une spécialité, en l'exerçant plutôt mal que bien, car ils ne sont même pas autodidactes et s'imaginent que, parce qu'ils ont vu, au cours de leurs études, pratiquer tels et tels actes de spécialités, ils sont capables de les exécuter. Et les Tribunaux d'allouer des dommages-intérêts aux victimes de ces présomptueux trop malhabiles et insuffisamment spécialisés.

Dernière heure : Ma correspondance quotidienne m'apporte une lettre d'un président de Syndicat qui me demande qui doit rembourser un client, dans le cas suivant : un assuré social conduit son enfant auprès d'un omni-praticien pour obtenir un appareil d'orthopédie dento-faciale, ou orthodontie. Au lieu de diriger le malade chez un spécialiste des maladies de la bouche et des dents, l'omni-praticien l'adresse chez un non-médecin, avec un mot, demandant de faire l'appareil que ce prothésiste jugera utile. La Caisse refuse le remboursement des frais d'appareils, sous prétexte qu'elle n'a pas été consultée sur l'opportunité de la confection de cet appareil de prothèse. En tout cas, elle fait remarquer que ledit appareil devait être prescrit par un spécialiste des maladies de la bouche et des dents, puis autorisé par la Commission spéciale dentaire, prévue par la loi.

Le client réclame le remboursement des frais qui ont été occasionnés. Il soutient qu'il n'a pas à savoir ces détails, qui regardent son médecin. Il voudrait, en conséquence, assigner ce dernier, pour avoir commandé un appareil, alors qu'il n'était pas compétent en cette spécialité.

Le client a raison de protester, d'autant que, d'une manière inconsidérée, l'omni-praticien s'est rendu complice d'un acte d'exercice illégal de la médecine, en confiant un malade à un non-médecin, sans ordonner, préciser, puis surveiller le travail thérapeutique de ce dernier.

Morale : Il serait utile que chacun puisse rester à sa place ; tous les actes de spécialités doivent revenir aux spécialistes et la médecine générale aux omni-praticiens.

Dr Paul BOUDIN.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations judiciaires

Le malade est-il toujours tenu au paiement des soins dont il a bénéficié ?

Problème oiseux, semble-t-il ! L'équité ne veut-elle pas que le médecin soit toujours payé des soins donnés à un malade ?

Les règles strictes du droit font que cette question n'est pas aussi aisée à résoudre qu'elle le paraît : la difficulté étant trop souvent d'établir la *nature juridique* de l'obligation qui lie le malade au médecin, puis de faire la *preuve* de cette obligation.

Ce n'est que récemment que la jurisprudence a dégagé dans les rapports malade-médecin une notion de *contrat*, c'est-à-dire *accord de volontés* intervenu entre parties *capables* de s'obliger ; ce contrat pouvant, au contraire du droit commun et étant donnée sa nature spéciale, se prouver par témoignages et présomptions.

L'expérience montre cependant que la « notion contrat » est insuffisante pour parer à tous les risques devant lesquels se trouve placé un médecin créancier d'honoraires ; notamment quand il a donné ses soins *sur intervention d'un tiers* qui ne peut être réputé avoir pris d'engagement personnel, ou quand son malade est *juridiquement incapable* de s'obliger.

Les Tribunaux ont eu et doivent alors avoir recours à un principe voisin, mais beaucoup plus extensif et souple que le contrat, le *quasi-contrat*: *fait individuel* exclusif de tout accord de volontés, mais duquel cependant résulte un engagement envers un tiers ; lien pouvant se former entre personnes *capables et incapables*, et se prouver par tous moyens, s'induire même des circonstances.

Les deux décisions de la Cour de cassation que nous vous signalons, obtenues sur les efforts du Sou Médical, mettent en lumière, par des solutions diversement heureuses il est vrai, la nécessité de déborder le cadre du contrat pour obliger au paiement le malade bénéficiaire des soins.

Voici la première espèce : un accouchement a lieu en clinique et le nouveau-né a besoin du secours d'un ophtalmologiste auquel fait appel le directeur de la clinique. Refus du père de l'enfant de payer les honoraires de l'ophtalmologiste sous le prétexte que c'est la clinique qui a appelé celui-ci ; que lui, père, *n'a aucun lien de droit* avec le spécialiste.

Ce dernier assigne le père en paiement. Le Tribunal civil de la Seine, à la date du 19 novembre 1934, déboute le médecin. Sur pourvoi, la Cour de cassation, par arrêt du 17 mai 1939, a cassé ce jugement en déclarant que le directeur d'une clinique qui *fait appel en cas de nécessité* au concours d'un spécialiste *dans l'intérêt du malade*, agit soit comme *mandataire* soit, à défaut de mandat, comme « *negotiorum gestor* » de ce dernier, — c'est-à-dire qu'il prend en mains les intérêts du malade, incapable par hypothèse, de les défendre lui-même ; — que, dans ce cas, *celui dont on a soigné les intérêts doit exécuter les engagements pris en son nom.*

Le point délicat était de savoir qui devait payer les soins : le directeur de la clinique qui avait fait appel au spécialiste ? ou le père de l'enfant, bénéficiaire des soins, mais qui n'avait contracté aucun engagement ?

Le directeur de la clinique, bien qu'ayant « commandé » les soins ne pouvait être tenu au paiement puisqu'il n'y avait *aucun intérêt personnel*, criterium admis par la jurisprudence. Il fallait donc — équitablement — condamner le père. Dans ce but, la Cour de cassation a d'abord retenu la possibilité d'un *mandat tacite* donné par le père au médecin (ratification de l'intervention par acquiescement implicite), ce qui est encore une notion contractuelle. Elle a en second lieu utilisé la notion de *gestion d'affaires*, source d'obligation *quasi-contractuelle*, qui suppose seulement que la mesure prise a été *utile et opportune*, et qui peut lier même un incapable juridique (mineur ou femme mariée) du moment qu'elle a été prise dans son intérêt.

Seconde espèce, dans laquelle la Cour de cassation a, au contraire, rejeté la demande du médecin parce qu'elle n'a voulu s'en tenir qu'à l'idée de contrat.

Le médecin avait assigné *deux époux*, mariés sous le régime de la communauté légale, en paiement d'honoraires pour soins donnés à *la femme*. Le Juge de paix de Châteauneuf-sur-Charente a déclaré le mari *chef de la communauté, seul tenu de la dette*, déchargeant par conséquent la femme de toute dette personnelle.

La Cour de cassation, à la date du 27 janvier 1939, a rejeté le pourvoi formé contre ce jugement en disant que les frais médicaux exposés pour la femme mariée commune en biens rentrent dans les dépenses engagées dans l'intérêt du ménage et tombent en communauté. Même s'il était établi que c'est la femme elle-même qui a pris l'initiative de solliciter les soins, elle devrait être réputée avoir agi en vertu d'un mandat tacite et n'avoir en conséquence obligé *que la communauté.*

Aussi orthodoxe que puisse être cette décision au point de vue des règles du droit matrimonial, elle n'en est pas moins inéquitable, puisque le médecin, dans le cas envisagé, se trouve en présence d'une communauté *insolvable*, alors que la femme divorcée depuis, est solvable. Ici se manifeste donc l'insuffisance de la notion de contrat.

Il aurait pu être fait appel au quasi contrat sous la forme d'un principe juridique fort général et qui interdit *l'enrichissement sans cause* aux dépens d'autrui. La femme qui s'est enrichie du produit des services fournis par le médecin ne peut conserver pour elle le fruit de cet enrichissement, alors que le médecin s'est appauvri injustement du montant des honoraires convenables auxquels il pouvait prétendre. La jurisprudence, dans d'autres domaines que celui qui nous occupe, a toujours obligé au paiement le bénéficiaire des services, en matière commerciale notamment. La Cour de cassation, dans un arrêt du 25 février 1938, obtenu sur les diligences du Sou médical et rapporté dans notre supplément mensuel nº 10 de Mai 1939, a fait de ce principe une application fort intéressante dans un litige opposant un médecin à des enfants, tenus d'une dette alimentaire envers leur ascendant qui avait eu recours au médecin. La voie est donc déjà tracée. Il y aura lieu de s'y engager de nouveau quand besoin sera.

Retenons de cette étude que le médecin appelé auprès d'un malade par un confrère ou par un tiers, qui ne peut être réputé avoir pris d'engagement personnel pour le paiement des honoraires ou qui a donné ses soins à une femme commune en biens, n'est pas démuni de moyen d'obtenir justice : il peut, selon les cas, utiliser l'une des deux notions esquissées plus haut pour contraindre au paiement le bénéficiaire des soins lui-même.

P. Douriez.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les villes d'art célèbres : **Bruges**, par Edmond Pilon
(H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris-VIe)

La réputation de Bruges comme ville d'art célèbre n'est plus à faire. Depuis que Dante la considérait comme en péril de mer, ses canaux se sont ensablés, les flots se sont retirés et Bruges, le port florissant, est devenu peu à peu Bruges-la-Morte dont Rodenbach nous a donné une description si mélancoliquement poétique. Depuis la guerre le commerce a repris à Bruges, grâce au canal qui la relie à Zeebruges sur la mer du Nord, mais la vieille ville médiévale et de la Renaissance a gardé ses églises, ses monuments, ses vieux quartiers, ses canaux et partant tout son charme.

Bruges a accumulé au cours des siècles des trésors d'art. Chaque église, chaque monument sont de véritables musées.

Bruges a été du Moyen-Age et sous le règne des Ducs de Bourgogne qui en avaient fait leur résidence de choix, le Centre artistique des Flandres. Memling, Van Eyck, Bouts, Pourbus, Gérard David, Van Orley, Van der Weyden, Van der Goes, Jean Provoost, Pierre Claeissins, Lancelot Blondeel, Adrien Ysenbrant, etc., tout ce que l'Ecole flamande du XVe et XVIe siècles a compté de peintres fameux a illustré Bruges de chefs-d'œuvres. La richesse de ses Musées (Gruuthause, Musée municipal, hôpital Saint-Jean), est inouïe. Il en est de même de ses monuments, de ses églises et des tombeaux qu'elles renferment. Les tombeaux de Charles le Téméraire et de Marie de Bourgogne à Notre-Dame sont des merveilles de sculptures et d'orfévrerie.

Mais à côté de toutes ces beautés, il y a les quais et les canaux, le lac d'Amour, les Béguinages, qui donnent à la vieille cité un parfum de poésie, que seul Edmond Pilon pouvait sentir et exprimer.

Edmond Pilon ne s'est pas borné à décrire Bruges, il a en outre conté son histoire. Il a fait revivre avec son talent d'inimitable évocateur les luttes épiques médiévales, la révolte des corporations, les matines brugeoises, les massacres des chevaliers français à la journée des éperons d'or, la défaite de Mons-en-Puelle, les luttes des Brugeois avec les Gantois conduits victorieusement par Artevelde, enfin la souveraineté des ducs de Bourgogne, avec la prospérité inouïe qui marquèrent la Renaissance et la civilisation bourguignonne.

Edmond Pilon continue l'histoire de Bruges sous la souveraineté espagnole, conte les déprédations des Gueux, les guerres de religion, l'occupation française sous Louis XIV, sous Napoléon.

Il consacre quelques pages aux monuments modernes et à la renaissance de l'activité commerciale de l'antique cité qui en se pliant à ces changements, n'a pas modifié ses traits, ni altéré sa beauté.

Le livre sur Bruges de la collection des *Villes d'art célèbres* est magnifiquement illustré de 117 héliogravures, choisies avec soin par l'auteur.

J. Noir.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Internes et externes des hôpitaux. Allocations familiales

9.155. — M. Joseph Denais demande à M. le ministre de la Santé publique quelle est, au regard des allocations familiales, la situation des internes et externes des hôpitaux qui reçoivent des rémunérations modestes, qualifiées tantôt de traitements, tantôt d'indemnités et qui, relevant de collectivités diverses, voient leur cas apprécié différemment suivant les établissements auxquels ils sont attachés et les villes où ils exercent. (*Question du 26 avril* 1939.)

Réponse. — La situation des internes et externes des hôpitaux est en effet variable, suivant l'importance des villes où ils exercent. Légalement leur situation est celle d'étudiants favorisés. Il résulte des renseignements complémentaires fournis par M. le ministre du Travail que les externes et internes des hôpitaux ne sont pas considérés comme étant liés à ces établissements par un contrat de louage de services, auquel est subordonné le bénéfice de la loi sur les allocations familiales.

(*J. O.*, 27 juillet.)

Frais de maladie déductibles des revenus professionnels

8.895. — M. Louis Gardiol demande à M. le ministre des Finances si son Administration ne pourrait point déduire des revenus professionnels d'un radiologiste des hôpitaux les frais occasionnés par une maladie ou des accidents, consécutifs aux rayons X et reconnus par une Commission spéciale de l'Assistance publique, et ajoute que cette question est motivée par le fait que ces services hospitaliers étant gratuits, aucune perte de recettes professionnelles ne peut apparaître dans les déclarations de revenus. (*Question du* 28 *mars* 1939.)

Réponse. — Les frais effectivement supportés par un radiologiste du chef de maladies ou d'accidents imputables à la pratique de l'électro-radiologie, constituent en principe des dépenses professionnelles susceptibles d'être admises en déduction pour l'établissement des impôts sur les revenus. Toutefois, les radiologistes des hôpitaux étant couverts dans certaines conditions des risques professionnels imputables à leurs services hospitaliers, il ne pourrait être répondu d'une façon précise à la question posée que si, par la désignation du nom et de l'adresse du radiologiste auquel il est fait allusion, l'Administration était mise à même de faire procéder à une enquête sur le cas particulier.

(*J. O.*, 27 juillet.)

LÉGION D'HONNEUR

Parmi les promotions et nominations, qui viennent d'être faites *au titre du ministère de la Santé publique*, nous relevons les noms de nos confrères, qui sont l'objet de cette distinction. Nous leur adressons nos meilleures félicitations, et tout particulièrement à ceux qui ont bien voulu collaborer au *Coucours Médical* : parmi les commandeurs, le Professeur J. Vallery-Radot ; parmi les officiers les Docteurs Babonneix, Blechmann, Aubertin.

Notons encore que parmi les officiers nous sommes heureux de relever le nom de Monsieur le Docteur Choyau, Président de la Confédération des Syndicats médicaux français.

I. — Contingent normal

Sont promus ou nommés :

Commandeur

M. le Docteur Brumpt Alexandre, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Officier

MM. les Docteurs Aubertin, Babonneix, Jacques Bloch, Choyau, Combier, Cléret, Girard, Louis Lamy.

Chevaliers

MM. les Docteurs Aigrot, Albertin, Baruk, Benoît, Blondin, Bonhoure, Deshayes, Dulcy, Fouquet, Gaultier, Gauthier, Goldlewski, Grabias, Grosjean, Latapie, Lemaire, Litchwitz, Marassi, Mélamet, Meyer, Moreau, Remilly, Uteau, Vernier, Walter, Woringer.

II. — Promotion du cinquantenaire de l'Institut Pasteur

Grand'croix

Le Docteur Louis Martin, directeur de l'Institut Pasteur, à Paris.

Grand-officier

M. Serge Gas, directeur général de l'Assistance publique, à Paris ; Docteur Yersin, inspecteur des Instituts Pasteur d'Indochine.

Commandeur

MM. les Docteurs Ch. Burnet, Levaditi, Ed. Sergent, J. Vallery-Radot.

Officier

MM. les Docteurs Blechmann, J. Dumas, Lafaille, Morin, Nègre, E. Sergent.

Chevalier

MM. les Docteurs Boivin, Cotoni, Giroud, Grenoilleau, Nanta, Prévot, Sollier, Stefanopoulo.

Cliniques — Maisons de santé Taxe à la production — Contribution d'armement

Nous ne saurions trop attirer l'attention de nos lecteurs sur les précautions à prendre lorsqu'ils fondent une clinique, une maison de santé, ou lorsqu'ils s'entendent avec un de ces établissements.

Deux cas principaux sont à envisager :

1° Le médecin est propriétaire de sa clinique ;

2° Le propriétaire de l'établissement n'est pas praticien.

Médecin propriétaire de l'établissement

C'est la situation la moins compliquée, au point de vue fiscal, puisque l'Administration admet que l'impôt sur les bénéfices commerciaux et les impôts sur le chiffre d'affaires (taxe à la production et taxe d'armement) ne portent que sur le logement, la nourriture, et la surveillance des gardes, même si la comptabilité ne donne pas le détail des recettes.

Le montant des honoraires n'est soumis qu'à la contribution sur les bénéfices non-commerciaux (arrêt du 28 mars 1928).

Lorsque la comptabilité ne fait pas ressortir le montant des honoraires, il est déterminé par un coefficient appliqué au total des sommes encaissées.

Une fois cette évaluation forfaitaire obtenue d'un commun accord entre le contribuable et l'Administration, il n'y a plus qu'à appliquer à chaque source de recettes les règles de la cédule à laquelle elle appartient.

Propriétaire non médecin prêtant sa clinique à un ou plusieurs médecins

Les impôts cédulaires sont payés par ceux qui touchent les bénéfices d'après la cédule à laquelle appartient leur profession. Mais les difficultés surgissent au sujet des impôts appartenant à la catégorie du chiffre d'affaires (taxe à la production, contribution d'armement).

Le grand principe appliqué par l'Administration et approuvé par la jurisprudence est que l'impôt sur le chiffre d'affaires est dû sur le montant brut de la facture sans qu'il y ait lieu de faire aucune distinction entre les divers éléments du prix convenu et sans déduction d'aucun frais ou débours constitutifs de ce prix.

Il ne pourrait en être autrement qu'en cas de remboursements d'avances faites à des tiers, c'est-à-dire des sommes n'ayant en général aucun rapport avec l'objet de la facture..

L'application de ce principe oblige les propriétaires non-médecins d'établissements de ce genre

à prendre les plus grandes précautions pour établir les factures des malades et les livres de comptabilité, s'*ils* ne veulent pas acquitter les impôts de la catégorie du chiffre d'affaires sur les honoraires des médecins versés entre leurs mains en même temps que les frais de clinique.

a) Ne jamais traiter à forfait moyennant un prix global pour l'opération et l'hospitalisation ;

b) Les documents comptables et la correspondance doivent prouver que le médecin n'est pas simplement appointé par l'établisement ou associé avec le propriétaire.

c) Le médecin doit établir autant que possible que les malades sont ses clients personnels et non ceux de l'établissement ;

Si ces précautions n'ont pas été prises, il sera beaucoup plus difficile de faire exonérer les honoraires des impôts de la catégorie du chiffre d'affaires.

Nous ne saurions donc trop engager nos lecteurs à nous consulter pour établir les conventions ainsi que la comptabilité et ensuite pour les défendre en cas de conflit.

Nous avons une documentation complète relative aux cliniques.

A. et S. MARTINOT.

CORRESPONDANCE

ASSURANCES SOCIALES

2.390. — Paiement de l'assuré par sa Caisse, alors que le praticien n'a pas été réglé

Veuillez m'indiquer la ligne de conduite à adopter en la matière suivante :

Un assuré social reçoit mes soins pendant X temps. Il ne me règle pas, et je ne signe en conséquence aucun acquit sur ses feuilles de maladie. Un de ses bordereaux de règlement me tombe sous les yeux et je constate que, malgré l'absence d'acquit, sa Caisse lui a remboursé mes honoraires. Je signale le fait à mon Syndicat, le priant de demander à la Caisse « quelle est la nature des prestations versées de telle à telle date à M. X... La Caisse répond que, liée par le secret professionnel, elle ne peut donner ces renseignements ! Indirectement nous acquerons la certitude que les honoraires médicaux ont été effectivement remboursés.

Le Syndicat me donne verbalement ces renseignements et me dit de me débrouiller.

Puis donc qu'il se déclare défaillant, j'ai recours à vos conseils. Dois-je déposer une plainte officielle

entre les mains du Syndicat, le priant de mettre la Caisse en demeure de régler ou faire régler mes honoraires, ou dois-je actionner mon client ?

Dr A.

Réponse

Votre action peut être double.

Tout d'abord vous devez poursuivre le recouvrement de vos honoraires, selon le droit commun, contre votre seul client. Celui-ci a été soigné en sa qualité de mutualiste (puisque les Caisses d'assurances sociales ne sont juridiquement que des Sociétés de secours mutuels, placées sous le contrôle administratif et financier de l'Etat). En vertu de l'entente directe, votre malade seul vous doit des honoraires selon votre tarif personnel. Donc, action devant le Juge de paix du domicile de votre client, ou devant le Tribunal civil selon le quantum de votre demande.

En second lieu, la convention qui est intervenue entre le Syndicat local, ou départemental et les Caisses, prévoit, ainsi que l'exige la législation, que la Caisse rembourse son ayant droit, selon le tarif de responsabilité, lorsque l'assuré fait la preuve, par la signature du praticien dans la colonne de l'acquit sur la feuille de maladie, que le praticien a été honoré. Ce n'est que dans des cas très exceptionnels que la Caisse consent une avance à son ressortissant sur les honoraires que celui-ci doit et n'a pas encore payés au médecin.

Le Syndicat pourrait alors soulever le conflit pour violation de la convention. Le litige sera soumis à la Commission régionale, instituée par l'article 8, paragraphe 4 du décret-loi du 28 octobre 1935, avec appel devant la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales.

Toutefois, aux termes de la convention-type, la Caisse est seule juge des cas où elle doit faire une avance à l'assuré. Il est donc peu probable que l'action judiciaire réussisse. Il serait préférable de traiter l'affaire à l'amiable.

Dr Paul BOUDIN.

5.295. — Accouchement à l'hôpital

Ici, à l'hôpital service maternité, les assurées sociales paient leur accouchement 100 francs.

La dessus 30 francs vont à la sage-femme et le reste tombe dans la Caisse de l'hôpital.

Est-ce régulier ? D'autant plus que les accouchements sont remboursés 350 francs et c'est un cadeau qui est fait aux Caisses.

Dr P.

Réponse

Dans le tarif de réassurance, d'après l'arrêté ministériel du 7 octobre 1938, il est dit, à propos

de l'assurance-maternité » : *b*) si l'accouchement a lieu dans un établissement public de soins, le tarif de réassurance est fixé à 100 % du prix de journée le plus bas exigé, pour les accouchements payants, par l'établissement considéré, le dit prix de journée étant un prix global, comprenant l'ensemble des frais d'hospitalisation, des frais pharmaceutiques et des frais médicaux afférents à l'accouchement ». Il en résulte que : 1° il n'y a pas de prix spécialement fixé pour les honoraires du médecin ou de la sage-femme pour un accouchement à l'hôpital ; 2° que le prix global varie avec chaque hôpital et que celui-ci peut donc, sur ce prix, distraire ce qu'il veut pour payer les frais médicaux. Ce qu'il faudrait connaître dans votre cas, c'est le prix réclamé par l'hôpital pour les accouchements payants qui y sont effectués et ce que, dans ce cas, touche la sage-femme qui a fait l'accouchement.

Dr F. DECOURT.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

5.119. — Fracture du péroné

J'ai soigné il y a quelque temps un jeune blessé, victime d'un accident au cours d'un match de football.

La radiographie que j'ai tirée a montré une fracture oblique de l'extrémité inférieure du péroné sans déplacement. J'ai procédé à la contention de cette fracture par la pose d'un appareil plâtré.

L'Assurance, à laquelle j'ai réclamé la somme de 220 francs, suivant l'article 18 du tarif des frais médicaux pour les accidents de travail, refuse de me régler, prétextant que, puisqu'il s'agit en l'occurence de fracture du péroné sans déplacement, qu'il n'y a pas eu nécessité de réduction, il lui semble équitable de régler cet acte chirurgical au prix d'un appareil plâtré, soit 100 francs (cent francs).

J'aimerais connaître votre point de vue à ce sujet avant de répondre à cette Assurance.

Dr L.

Réponse

a) Tout d'abord, je tiens à vous faire remarquer qu'un accident « survenu au cours d'un match de foot-ball » n'est pas un accident du travail mais bien « de droit commun » et que vous aviez à réclamer vos honoraires au blessé lui-même, en dehors de toute Assurance et suivant votre tarif ordinaire de clientèle.

b) Ceci établi, si vous vous basez sur le tarif accident du travail, je puis vous dire qu'il est de jurisprudence constante que la rubrique « fracture de jambe = 220 francs » concerne la fracture du tibia pour le moins, ou des deux os de la jambe, mais non du simple péroné. Dans ce dernier cas, je pense que l'offre de la Compagnie

de 100 francs est normale et suffisante et je n'oserais vous conseiller de pousser l'affaire plus loin.

Dr F. DECOURT.

5.677. — Accouchement d'une assurée assistée. Frais de déplacement

Je vous adresse un petit dossier au sujet du déplacement d'Assistance médicale gratuite pour l'accouchement, et les visites consécutives.

Il est inadmissible que ces déplacements ne soient pas réglés, sinon par les Caisses, du moins par les Services d'Assistance médicale gratuite de la Préfecture, surtout que diverses Caisses dont la Caisse Mutualiste de M...., la Caisse de X...., exigent les neuf visites consécutives (pourquoi neuf visites consécutives ? ? ?)

Plusieurs de mes clientes habitent de 12 à 15 kilomètres de distance de C... donc pour chaque accouchement et pour chaque visite, soit dix déplacements aller et retour de 24 à 30 kilomètres = 240 à 300 kilomètres pour rien.

Il faut que cette question soit résolue, sinon il ne reste plus qu'à refuser de pratiquer les accouchements chez les indigents.

Veuillez donc comme d'habitude me donner votre avis éclairé que je transmettrai aux Services de la Préfecture à toutes fins utiles, à moins qu'une démarche du président du Syndicat ne soit indispensable auprès de ces Services.

Demande

A M. le Préfet de Seine-et-Marne, Melun.

Veuillez trouver inclus mémoire Assistance médicale gratuite que me renvoie la Caisse agricole de X...., sous le prétexte que l'indemnité de déplacement n'est pas dûe pour l'accouchement ni pour les visites consécutives.

Or, à plusieurs reprises, j'ai demandé des renseignements à M. le Docteur Decourt, président honoraire du Syndicat médical de Seine-et-Marne, à ce sujet.

Il m'a répondu que les visites consécutives ne sont pas à compter, mais seulement l'indemnité kilométrique de l'Assistance médicale gratuite : 1 fr. 20 le kilomètre parcouru pour l'accouchement et les visites consécutives.

Je rectifie le mémoire, mais comment seront réglés les déplacements ?

Veuillez agréer, Monsieur le Préfet, etc.

Dr B.

Réponse

Les indications fournies par M. le Docteur Decourt, qui peuvent valoir pour certaines Caisses, sont inexactes pour la Caisse agricoles de X...., puisque, des renseignements donnés par cet organisme d'Assurances sociales, le forfait versé pour l'accouchement comprend aussi bien les visites pré-

et post-natales, que l'acte obstétrical, que les frais de déplacement qui s'y rapportent, que les frais pharmaceutiques. Il convient donc de satisfaire entièrement à la demande de rectification présentée par la Caisse en cause.

Melun, 11 juillet 1939.

Réponse

En dépit de la note de la Préfecture, je persiste à penser qu'une Caisse ne peut, de son propre chef, se dispenser de payer les frais de déplacement en cas d'accouchement. Et je me base sur ce qui suit :

Le tarif limite de réassurance des Caisses d'assurances sociales établi par l'arrêté ministériel du 7 octobre 1938, porte au chapitre V, 2° Frais de transport du malade... alinéa 3 : « Le tarif de réassurance, en ce qui concerne les frais de déplacement du médecin ou de la sage-femme en cas d'accouchement au domicile de l'assurée, est celui fixé pour les frais de déplacement du médecin en matière d'assurance-maladie ».

Certes, ce tarif de réassurance n'est pas obligatoire pour les Caisses dans l'établissement de leur tarif de responsabilité, puisqu'il est un « plafond » qu'elles ne sauraient dépasser sans perdre leur droit à la réassurance.

Mais il ne me paraît non-obligatoire qu'en ce qui concerne le taux et non le fond. Elles ne sauraient donc, à mon avis, supprimer purement et simplement d'elles-mêmes les frais de déplacement reconnus légitimes, comme ceux en cas d'accouchement.

Néanmoins, je porte cette lettre demain au « Sou médical » puisque vous en faites partie, comme je viens de m'en assurer. Les juristes du Sou pourront vous donner mieux que moi un avis autorisé ».

Dr F. Decourt.

Sur la demande du Docteur Deçourt, nous avons également étudié la question que vous posiez et approuvons totalement, du point de vue juridique, la réponse quivous est faite. Le point de vue du Docteur Decourt est d'autant plus solidement fondé que le tarif de réassurance ne fait qu'appliquer les dispositions de l'art. 19 du décret-loi du 28 octobre 1935 modifié par le décret-loi du 14 juin 1938, d'après lesquels les frais de déplacement du médecin ou de la sage-femme ne sont pas compris dans les prestations forfaitaires.

Lorsqu'on se trouve en face d'assurées sociales assistées, le tarif applicable est, d'après l'art. 19, le tarif de responsabilité de la Caisse. Cette dernière doit verser au service d'Assistance, non seulement la prestation forfaitaire, prévue par son tarif, mais encore les frais de déplacement qu'elle aurait remboursés normalement à l'assuré.

D'après ce même article 19, la collectivité d'assistance doit prendre en charge la différence entre le prix payé par la Caisse pour l'indemnité

kilométrique et le prix payé par la collectivité d'assistance dans le département pour cette même indemnité.

Autrement dit, la Préfecture doit verser au médecin qui accouche à domicile une assurée sociale assistée les frais de déplacement prévus par le tarif d'assistance, recevoir de la Caisse les frais de déplacement prévus par son tarif de responsabilité et supporter éventuellement la différence entre les deux tarifs.

Si vous ne pouvez obtenir satisfaction à l'amiable, il y aurait lieu de faire trancher la question en la soumettant à la Commission d'arrondissement du siège de la Préfecture dans les trois mois de la notification d'une décision de refus.

Nous pourrons éventuellement demander au Conseil du Sou Médical de vous faire bénéficier dans cette affaire de l'appui moral et pécuniaire de notre Ligue.

5.426. — La règle du médecin le plus rapproché

Une dame de 70 ans, salariée chez un de mes clients, se fracture la jambe. Radio, plâtre pour 50 jours. La blessée qui habite N... retourne chez elle et en temps voulu me demande de venir la déplâtrer et la visiter ensuite pour la reprise du travail, elle refuse de s'adresser à un médecin de N... Je compte donc à la Compagnie d'assurances, que j'ai prévenue d'ailleurs ; deux visites, 34 francs, frais de déplacement 92 kilomètres à 1 fr. 50, soit un total de 172 francs ; la Compagnie me refuse les frais de déplacement et m'offre 34 francs soit deux visites comme si je pratiquais à N... J'ai refusé l'offre. Que puis-je faire ?

Dr B.

Réponse

Vous ne pouvez réclamer de frais de déplacement que dans les limites « du médecin le plus rapproché » (art. 2). Or, à N., il y a des médecins donc pas de déplacement à compter. Si la malade a absolument voulu votre déplacement, c'est à elle-même et non au patron qu'il incombe de solder ces frais supplémentaires.

Dr F. DECOURT.

DIVERS

5.441. — Droit à la prorogation. Taux limite du loyer

Je viens de terminer un bail 3-6-9 (dernier trimestre : 15 avril dernier) dans l'immeuble que l'habite Le loyer était de 10.000 francs + 17 % de charge. (loyer d'avant guerre 1.800 francs). Actuellement, le bail terminé, je reste dans l'appartement au prix de 7.600 francs l'an, charges comprises. Mais le pro-

priétaire désirerait que je quitte cet appartement au plus tard dans l'année.

Pouvez-vous me dire quels sont mes droits.

1° Le loyer de 7.600 francs (charges comprises) est-il bien le loyer légal ?

2° Le propriétaire peut-il me donner congé ou bien mon local professionnel est-il protégé par la loi et, dans ce cas, jusqu'à quand ?

Dr T.

Réponse

Depuis que votre bail est arrivé à expiration, c'est-à-dire depuis le terme d'avril dernier, vous bénéficiez de plein droit de la prorogation légale accordée aux locataires qui se trouvaient en possession avant le 30 juin 1937 par la loi du 31 décembre 1937.

Cette prorogation ne prendra fin que le 1er juillet 1941, puisque, d'une part, la valeur locative des locaux au 1er août 1914 dépassait 1.500 francs sans atteindre 2.000 francs et que, d'autre part, vous exercez votre profession dans les lieux loués.

Jusqu'au 1er juillet 1941, il sera donc impossible à votre propriétaire de reprendre les locaux que vous occupez même s'il voulait les habiter personnellement. Le droit de reprise du propriétaire ne peut jamais porter sur des locaux affectés en tout ou en partie à un usage professionnel.

D'autre part, depuis que vous êtes entré en prorogation, vous ne deviez payer à votre propriétaire qu'un loyer égal au loyer de 1914 multiplié par 3,15, soit une base de 1.800 francs en 1914, 1.800 × 3,15 = 5.670 francs, plus les charges qui, en cas de forfait, ne peuvent excéder 30 % de la valeur locative de 1914.

Le loyer de 7.600 francs exigé de vous par votre propriétaire dépasse de beaucoup la taxation légale. Vous pourriez donc introduire devant le Tribunal civil une action en réduction de votre loyer dans les six mois de paiement de la première quittance, c'est-à-dire dans les six mois du paiement de la quittance d'avril.

Il ne pourrait être fait échec à votre action en réduction que dans le cas où le propriétaire serait en mesure d'établir que la valeur locative des locaux au 1er août 1914 aurait été supérieure au loyer réellement payé à cette époque.

Nous restons à votre disposition pour vous conseiller ultérieurement au sujet de votre affaire, si vous vous trouvez en conflit avec votre propriétaire.

Soixante et unième année N° 35 27 Août 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Demi-Colonnes

A Travers l'Officiel

Correspondance

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg .	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro...........	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.

Abonnés du « Concours » exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix - les - Bains : Bertier, Blondel, Dardel, H. Forestier père, Lelong, Pégaz.

Amélie - les - Bains : Bouix.

Ax - les - Thermes (Ariège) : Boyer, Girard.

Bagnères - de - Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Ricard - Pomarède.

Bagnoles - de - l'Orne : Censier, R. Hügel, Joly, Le Gouriérec, J. Louvel, R. Louvel, Doctoresse M. Peillon, E. Poulain.

Bains-les-Bains : M. Henry, L. Rose.

Barèges, Orliac.

Barbotan-les-Thermes P. Pitous.

Besançon La Mouillière : G. Giraud, Jean Sexe (*opht.*), Tronchon.

Biarritz : Clavel, Dejeant (*derm.*), M. Claverie Lacour. Pitchalsky (*m, g, sto.*) M. Pourquié (*chir.*) G. Pourquié (*o. r. l.*)

Bourbon-Lancy : Bellœuf, G. Vincent.

Bourbon - L'Archambault : Bénabu, Litaud.

Bourbonne - les - Bains : Delacroix, Gay, Pellet.

Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers** : d'Arbois de Jubainville, Mathieu, Laissus fils.

Cambo - les - Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Dieudonné, J. Trotot.

Capvern : J. Pouy.

Cauterets : Anglada, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Challes-les-Eaux : Vexenat.

Châtel-Guyon : Angeras J. M. Ballan, Baumann, Cambiès Casati de Montgolfier, Foucaud, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Contrexeville : Contal.

Dax : Barrau, Delmas (Armand).

Divonne-les-Bains : Ballivet, R. Fau, Vieux.

Eaux-Bonnes : Bourragué, Creignou.

Enghien-les-Bains : Beyrand, H. Forterre, J. Spinadel.

Escouloubre - les - Bains : Sarda.

Evaux-les-Bains : Maurice Fabre (*gyn.*), E. Legâte.

Evian-les-Bains : Bernex, J. Eyraud-Joly,

Hammam-Lif (Tunisie) : Fére.

La Bourboule : Anglada, Barthomeuf, Boudry, Cany, Mme Eyraud-Dechaux, R. Galimant, Jean Godonnèche, Jumon, Rongier Th., Maurel.

La Léchère : Bouverat, Millet, Noailly.

La Motte - les Bains : Goirand.

Lamalou-les-Bains : Faure, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains : Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Lépine.

Luchon : P. de Beauchamp, Cazal - Gamelsy, Germès, Pierre Molinéry, Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Causeret, Cugnier, Rimey.

Mont-Dore : J. André, Roger André, Béal, Débidour, Duilin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris : Ducros, Jossand, J. Wibrotte.

Plombières - les - Bains : Bernard, J. Dumont, Truelle.

Pougues-les-Eaux : P. Baillet.

Preste (La) : Dr P. Baron.

Royat : Mougeot. Perrin Georges.

Salers : Rongier.

Salies-de-Béarn : Coustere David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains : Bourny, Henri Neumand.

Salies - du - Salat : Barbé, St Béat.

Saujon : M. Boisseau, Doublet, R. Dubois.

Saint-Didier (Vau.) : Masquin.

Saint-Gervais - les - Bains : Gautreau.

St - Honoré - les - Bains : Charpin, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire : Sérane, Siguret.

Santenay - les - Bains : A. Mélé.

Sermaize-les-Bains : Fritsch.

Uriage : G. Barbier.

Vals - les - Bains : David, Offant.

Vernet-les-Bains : Ponson.

Vichy : Arama (Michel) (*stom.*), Bargy, Berthomier, (*phys.*), G. F. Bonnet, Caillault, Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Cluzan, Cornillon, Cros L., Desmaroux, Enjalbert, Fau, R. Fraudet, (*stom.*), Gannat, H. Goudart, Lère, Guinard, Martin-Péridier, Roussignol.

Vic-sur-Cère : Delsériès.

Vittel : G. Constant, P. Genay, Finck.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

N° 268. — Jne fille, 19 ans, bacc. 1re part., dipl. comptable et sténo-dactylo, demande poste secrét. dans laborat. ou chez méd. à Paris.

N° 269. — On désire louer à bail maison isolée, 3 ou 4 p., cuisine, tout au rez-de-ch., cave, eau potable, jardin, dans campagne silencieuse, Oise, Calvados, Manche, Finistère, Deux-Sèvres, Vienne, Creuse, Hte-Vienne, Dordogne, Lot, Ariège, Corrèze, Cantal, Hte-Loire, Nièvre.

N° 270. — Doct. faisant des remplacem. depuis 5 ans, cherche remplacem. pour septemb. Voiture personnelle.

N° 271. — Manche. Bonne client. à céder dans port et station balnéaire très fréquentée. Recette import. Prix : moitié de la recette, compt. à débattre.

N° 272. — Côte Basque. Bord mer, à céder poste convenant à méd. âgé ou retraité. Faible indemnité.

N° 273. — A vend. 10 km. centre Bordeaux, superbe propriété 12 ha, import. château remis à neuf, dépendances.

N° 274. — Doct. franç. actif demande représ. laborat. région Bordeaux, Sud-Ouest, début octobre.

N° 275. — Canton Périgord. Client. rurale payant bien. Gr. maison, jardin, orient. sud, vue magnif., bail 2.000 fr., 3 ans, eau cour. chaude et froide, électr. Compt. 35.000 à débatt. suivant repr. installat. Raisons famille.

N° 276. — Hérault. Urgent. A céder dans ville import. pour prix installat. et matériel seulement, poste de méd. génér. Excell. bail, appartem. moderne, neuf. Clientèle cédée gratuitement.

Pour toute demande de renseignements il est indispensable de joindre un timbre.

Cabinet Breitel et Goret
1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Ouest. Environs immédiats grande ville, intéres. client industr. et rurale, belle habit. tout conf. Prix à déb. vu l'urgence.

200 kil. Paris. Région agricole riche (nombreux A. T.) propharmacien. A céd. cause santé, 6.000 fr. comptant.

Normandie. Import. stat. balnéaire, climat doux, client. anc. gros rapport, habit. bord mer. Indemn. 80.000, cpt. à déb.

Sud-ouest. Import. client. seul méd. propharmacien. Maison agréable, ces. pour oct., cond. à déb.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Annecy. Lortet, Pierron.
Chamonix. de Chabanolle (*enf. cure hélio-alpine*)
Jougne. (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louvese (Ardèche). J. Goubert.
Langogne (Lozère). Adrien Forestier.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Mégève. Marcel Grenet, Jacqueline Grenet-Gazamian (*enf.*)
Mouthe (Doubs). R. Paindestre.
Osséjà (Pyr.-Or.). J. Avérous.
Pau (Basses-Pyr.). Cornet. Lorber.
Plateau d'Assy. E. Sivrière.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Villard-de-Lans. Bassaget (*mal. enf.*), Suau (*mal. enf.*)

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires et climatiques

MM. les docteurs :

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.), Lévy.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Berck-Plage. Bouquier, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Biarritz. Clavel, M. Claverie, Lacour, Pitchalsky (*chir. répar. Stom.*)
Cannes. Bourgeois-Gavardin, P.-E. Bousquet, P. Houssiaux, Joublot, Makereël, Gérard Monod, Roques, L. Zimmer.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Croix-de-Vie. Cristau.
Deauville. Molina.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Grau du Roi (Gard). Ramain.
Hendaye. Th. Casenave.
Le Boulou. M. Basman, J. Noguès
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, M. Lelongt, Nicolas, Trutié de Vaucresson (*chir.*)
Ouistreham-Riva-Bella. Ch. Poullain.
Paramé. Bazin.
Pau. Cornet. Lorber.
Roscoff. Bagot père, Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer. (Calvados), Em. Quiquemelle.
St-Georges-de-Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul.
St-Jean-des-Monts. Riou.
Ste-Maxime-s/Mer. E. Bausset, Jean Verdier.
St-Quay-Portrieux. Bertran
Saint-Raphaël. Boulle, Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Roux de Laroque (*Gyn. enf.*), Pierre Tridon.
Saint-Servan. Huet.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Trébeurden. Royer.
Villard-de-Lans. Bassaget, Héraud.

Renseignements

Les microbes pathogènes intestinaux, voilà les ennemis. Vous les vaincrez sans effort et rapidement si vous faites usage des TABLETTES DE MANGAÏNE. Là où les ferments ont échoué, elles réussiront. Sucez 4 à 6 TABLETTES DE MANGAÏNE par jour.

« La Soleillette » Bandol-sur-Mer (Var). Soleil. Régime.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 2 fr. pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

Le mariage de Madame P. SASSIER née Colette BOULANGER

Le samedi 19 août 1939, par une belle journée d'été, dans une délicieuse bourgade sur les bords de la Marne, avait lieu une cérémonie d'un caractère tout à fait intime. C'était le mariage de Madame P. Sassier, fille de l'Administrateur du *Concours Médical*, notre ami C. Boulanger et de Madame Boulanger avec M. Pierre Douriez, Administrateur adjoint du *Concours Médical*.

Dans la charmante petite église de Saacy, au style sobre, où des fleurs artistement disposées semaient une note gaie, quelques parents des deux familles s'étaient réunis. La mariée était toute de grâce et d'élégance dans une robe de style. Après le mariage religieux, ce fut une vraie fête de l'amitié et du cœur sous les frais ombrages de l'agréable demeure de nos amis Boulanger.

A Madame et à Monsieur Pierre Douriez, à leurs Parents, le Conseil de Direction du *Concours Médical* adresse ses meilleurs vœux de bonheur et ses très vives félicitations.

O O O

DERNIÈRES NOUVELLES

— **IVe Congrès des médecins électro-radiologistes de langue française.** — Le IVe Congrès des médecins électro-radiologistes de langue française qui devait avoir lieu en 1938 sous la présidence du Docteur Louis Delherm a été reporté en 1939 et aura lieu du 11 au 14 octobre prochain.

Le bureau est ainsi composé : président, Docteur Louis Delherm ; vice-présidents, Docteur Ledoux-Lebard, Professeur Strohl, Docteur Sluys, Professeur Popovic ; secrétaire général, Docteur Dariaux ; secrétaire général adjoint, Docteur Helie ; trésorier, Docteur Morel-Kahn ; commissaire aux fêtes, Docteur Truchot.

Les adhésions sont reçues chez le Docteur Dariaux, secrétaire général, 9 *bis*, boulevard Rochechouart, Paris (IXe).

— **En temps de Carême.** — A la date du 12 avril 1579, les administrateurs de l'Hôtel-Dieu (de Lyon), prononcèrent la destitution de M. Armand, médecin, « pour avoir mangé de la viande, pendant le Carême, avec son fils et les officiers de l'hôpital ». Il fut remplacé par Laurent Dufoy. (Relevé de M. Croze, ancien archiviste des Hospices.)

L'histoire de l'Hôtel-Dieu (1924) contient donc une erreur en indiquant que l'Armand fut destitué pour absences illégales. (*Lyon Médical.*)

— **Clinique de la tuberculose** (Professeur : M. J. Troisier). — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose* organisé avec le concours du Comité national de défense



contre la tuberculose par MM. E. Rist et P. Ameuille, avec la collaboration de M. le Professeur J. Troisier, de M. J.-E. Evrot, de Mme Dubois-Verlière et de MM. C. Kudelski, C. Lejard, V. Hinault, H. Mollard, J.-M. Lemoine et J. Canetti.

Ce cours, d'une durée de quatre semaines, commencera le lundi 9 octobre 1939, à 9 h. 30, à l'hôpital Cochin (Pavillon Claude Bernard). Il se composera de leçons et d'exercices pratiques.

Programme des leçons et des conférences discutées. — *Leçons* : Lundi 9 octobre, à 11 heures, M. Ameuille : Problèmes actuels de la tuberculose pulmonaire ; à 16 h. 30, M. Rist : Principes généraux du diagnostic de la tuberculose pulmonaire. — Mardi 10 octobre, à 15 h. 30, M. Evrot : Organisation de la prophylaxie sociale de la tuberculose. — Mercredi 11 octobre, à 16 h. 30, M. Rist : Principes de la percussion. — Jeudi 12 octobre, à 16 h. 30, M. Rist : Principes de l'auscultation. — Vendredi 13 octobre, à 16 h. 30, M. Troisier : Le bacille tuberculeux. — Samedi 14 octobre, à 16 h. 30, M. Rist : Principes de l'exploration radiologique. — Lundi 16 octobre, à 16 h. 30, M. Rist : Théorie et pratique de la collapsothérapie. — Mercredi 18 octobre, à 16 h. 30, M. Rist : Théorie et pratique de la collapsothérapie (*suite*). — Jeudi 19 octobre, à 16 h. 30 M. Rist : Tuberculose et gravidité.

Conférences discutées, par M. Ameuille, Mme Dubois-Verlière, et MM. Kudelski, Lejard, Hinault, Mollard, Lemoine et Canetti.

Mardi 17 octobre, à 16 heures : Marche générale de la tuberculose pulmonaire. — Vendredi 20 octobre, à 16 heures : Les débuts de la tuberculose pulmonaire. — Samedi 21 octobre, à 16 heures : La fin de la tuberculose pulmonaire. — Lundi 23 octobre, à 16 heures : Les méthodes de dépistage de la tuberculose pulmonaire. — Mardi 24 octobre, à 16 heures : Les voies de transmission de la tuberculose pulmonaire. — Mercredi 25 octobre, à 16 heures : Le diagnostic différentiel de la tuberculose pulmonaire. — Jeudi 26 octobre, à 16 heures : L'activité de la tuberculose pulmonaire. — Vendredi 27 octobre, à 16 heures : Les thérapeutiques générales de la tuberculose pulmonaire. — Samedi 28 octobre, à 16 heures : Le pneumothorax artificiel. — Lundi 30 octobre, à 16 heures : Les collapsothérapies chirurgicales. — Mardi 31 octobre, à 16 heures : Les pleurésies tuberculeuses. — Jeudi 2 novembre, à 16 heures : Morphologie générale de la tuberculose pulmonaire. — Vendredi 3 novembre, à 16 heures : Les thérapeutiques des affections pulmonaires non tuberculeuses.

Les exercices pratiques comporteront : 1° L'examen clinique des malades dans les salles d'hospitalisation et à la consultation du service de M. Ameuille, à l'hôpital Cochin ; 2° La recherche des bacilles tuberculeux dans les produits pathologiques ; 3° Des démonstrations radioscopiques et l'interprétation des clichés ; 4° Le fonctionnement du dispensaire antituberculeux ; 5° La pratique du pneumothorax artificiel ; 6° Des démonstrations pratiques de laryngoscopie, de trachéo-bronchoscopie et de bronchographie lipiodolée ; 7° Des démonstrations pratiques de pleuroscopie ; 8° Des visites à diverses organisations de lutte antituberculeuse.

Le Comité national de défense contre la tuberculose met à la disposition des médecins de dispensaire ou des candidats au poste de médecin de dispensaire, désireux de suivre ce cours, un certain nombre de bourses.

S'adresser à M. Evrot, directeur du Comité national 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

Les droits à verser sont de 250 francs. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures (guichet n° 4), et salle Béclard (A. D. R. M.) à la Faculté, tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

— **U.R.S.S.** — L'Institut scientifique de physiologie, dirigé par Lina Stern, membre de l'Académie des Sciences, a récemment préparé un liquide anti-choc. De nombreuses expériences de laboratoire, effectuées sur des animaux, auraient montré que l'injection de ce liquide atténue rapidement les phénomènes du choc.

Ce liquide anti-choc, pour opérer son effet, devrait être introduit directement dans les ventricules du cerveau. Injecté dans le sang, il ne produirait aucun effet. (*Bruxelles-Médical.*)

— **Le Xe Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie** se tiendra à New-York, en septembre 1940, sous la présidence de M. Oliver S. Ormsby. Renseignements auprès du secrétaire : M. Paul A. O'Leary, Mayo Clinic, Rochester (Minnesota), U. S. A.

— **Le Ve Congrès international des femmes médecins** aura lieu à Budapest, en 1940. Les sujets mis à l'étude sont :

1. L'hygène des écoliers dans les internats et externats considérée du point de vue de la nutrition, du travail scolaire, de la culture physique et du sommeil.
2. Les législatons antivénériennes, leurs principes, leurs méthodes, leurs résultats.

— **La natalité en Allemagne et en Autriche en 1938.** — Le nombre des naissances enregistrées par le Reich en 1938, y compris le pays des Sudètes et le territoire de Memel, pour lesquels on n'a encore que des chiffres approximatifs a atteint 1.495.000, en augmentation de 69.000 sur l'année précédente ; celui des décès s'est élevé à 946.000, en augmentation de 11.000 ; l'excédent des naissances a donc été de 546.000, chiffre supérieur de 63.000 à celui de l'année antérieure.

La natalité n'a cessé d'augmenter, en Autriche, de trimestre en trimestre, à partir de l'Anschluss, par suite de la réduction des avortements ; pour les trois derniers mois de l'année elle a dépassé de 20 p. 100 le chiffre du 4e trimestre de 1937.

Le nombre des mariages s'est élevé à 730.000 (sans les Sudètes), chiffre supérieur de 64.000 à celui de l'année précédente, la part de l'Autriche seule, dans cette augmentation atteignant 39.000 pendant le dernier trimestre ; la nuptialité autrichienne a été supérieure de 171 p. 100 à celle de la période correspondante de 1937. Cet accroissement du nombre des mariages fait prévoir une augmentation nouvelle de la natalité en 1939. Les chiffre déjà connus pour le 1er trimestre montrent qu'elle sera sans doute fort importante.

Rappelons, pour permettre la comparaison que la France a enregistré, en 1938, 274.000 mariages, 612.000 naissances et 647.000 décès, soit un excédent de décès de 35.000 ; ces chiffres montrent à quel point la France a besoin d'une politique de natalité. (*La France militaire.*)

— **Comité international de lutte contre le charlatanisme.** — Le Congrès du Comité international de lutte contre le charlatanisme et l'exercice illégal de la médecine, tenu à Liége le 25 juin 1939, à l'occasion des Journées médicales belges appelle l'attention des sociétés et groupements médicaux scientifiques sur l'extension grandissante des pratiques de charlatans dans tous les domaines de l'art de guérir.

Le Congrès de 1939 souhaite que chaque société scientifique constitue en son sein une Commission professionnelle d'étude des questions de l'exercice illégal et du charlatanisme.

Ces Commissions devraient définir l'exercice illégal dans l'activité qui leur est propre, en indiquer les méfaits, en fixer les limites.

Elles sont invitées à se mettre en rapport avec le

Comité international contre le charlatanisme, à Anvers, Longue rue d'Argile, 232, ou avec la Fédération médicale belge.

— **Ordre de la Santé publique.** — Parmi les récentes promotions dont nous publierons la partie médicale dans notre prochain numéro, nous relevons avec plaisir celles de nos excellents confrères, les Docteurs Beauchef (de Laigle) et Corbin (d'Amiens) au grade d'officier. Nous leur adressons toutes nos félicitations.

— **Automobilisme.** — Au cours de l'année 1938, le nombre des examens pour la conduite des automobiles a été de 505.154 contre 464.923 en 1937, portant le chiffre total, depuis la fondation du service, à 6.343.450 examens.

L'année 1938 accuse une augmentation de 6.317 examens pour les candidates.

Le pourcentage moyen des ajournements a été de 41,8 % contre 41,6 % en 1937. 53 % des candidats ont été reçus à la première présentation ; 33,3 % à la seconde ; 9,8 % à la troisième et 22 % à la quatrième.

— **Les accidents d'automobiles en France.** — Les statistiques que vient de publier le ministère de l'Intérieur et qui portent sur les treize années de la période de 1925 à 1937, dénotent une régression des accidents mortels dus à la circulation.

En 1925, alors qu'il existait 860.289 véhicules, motos et poids lourds compris, le pourcentage de ces accidents a été de 2,35 pour mille. En 1937, alors que la circulation est passée à 2.820.816 véhicules, ce qui eût dû provoquer une recrudescence d'accidents, le pourcentage de ceux-ci est au contraire tombé à 1,59 pour mille.

Des conséquences assez curieuses sont à tirer de la statistique des causes d'accidents fournie par les tableaux officiels. Alors qu'ils sont dus en majorité à la faute des conducteurs (59 % en 1925, 53 % en 1937), et qu'ils ne sont imputables que dans les proportions successives de 21 % et 28 % à la faute des passants, il y a cependant deux fois plus de victimes parmi les passants que parmi les occupants des automobiles.

La part des accidents dus au matériel est infime : 1,5 à 3 %. Celle due à l'état de la route n'est guère plus élevée : 5 à 11 %.

Quant à la répartition des accidents par départements, elle est intéressante à connaître.

Alors qu'on serait tenté de penser que ce sont les départements à grosse densité de trafic qui comportent le plus gros pourcentage d'accidents, certains d'entre eux figurent au contraire parmi ceux où il est le plus faible. La Seine n'a que 1 %, les Alpes-Maritimes 1,1 % le Rhône 1,2 %. Par contre, nous trouvons 3,8 % dans la Moselle, 3 % dans le Morbihan ; pourquoi ? Le record enviable appartient à la Lozère avec 0,6 %.

(U. N. A. T., juin 1939.)

— **Automobilisme.** — *La normalisation des pare-chocs.* Les pare-chocs des automobiles ne sont réellement efficaces, lorsque deux voitures se heurtent, que s'ils sont placés à la même hauteur par rapport au sol. Cette condition évite les accrochages d'ailes, emboutissages de projecteurs, défoncements de radiateurs, etc.

Au dernier Congrès international de normalisation d'Amsterdam, en 1938, l'accord a été fait pour adopter la hauteur moyenne du pare-choc de 40 centimètres par rapport au sol, voiture vide.

— **Hôpital psychiatrique départemental, Lorquin (Moselle).** — Poste d'interne en médecine vacant. Pour conditions et tous renseignements, s'adresser à M. le médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique départemental de Lorquin (Moselle).

— **Mariage.** — Le Docteur et Madame Chatelain ont l'honneur de vous faire part du mariage de Mademoiselle Yvette Chatelain, leur petite-fille et fille, avec Monsieur Jean Hacq, ingénieur E. T. P.

7 août 1939, 18, avenue de Chalon, Dole.

— **Naissances.** — Le Docteur et Madame Joseph Bayard sont heureux de vous faire part de la naissance de leur fils Jean-Michel.

16 août 1939, 190, cours Emile-Zola, Villeurbanne.

— Le Docteur et Madame Adrien-Georges Gérard sont heureux de vous faire part de la naissance de leur fille Christiane.

Le 10 août 1939. Sanatorium de Trestel en Trevou-Treguignec (Côtes-du-Nord).

— Le Docteur et Madame Blanchard sont heureux de vous faire part de la naissance de leur fille Claude.

11 août 1939. Rochefort-en-Terre.

La Ligue médicale de Défense professionnelle « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 150.000 francs. Et cette garantie est portée à 1.000.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical*.

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien pécuniaire dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Accidents du travail

Arrêté du 8 août 1939 fixant le maximum des prix d'acquisition, de réparation et de renouvellement des appareils de prothèse

Art. 1er. — Les prix d'acquisition, de réparation et de renouvellement des appareils de prothèse fournis aux victimes d'accidents du travail par les centres d'appareillage et les fournisseurs agréés par le ministre du Travail ne peuvent en aucun cas excéder les prix fixés pour les appareils délivrés aux mutilés de la guerre. Ces prix sont appliqués dans les mêmes conditions et avec les mêmes majorations.

(*J. O.*, 9 août 1939.)

Arrêté du 8 août 1939 fixant la quote-part des frais entraînés par le fonctionnement administratif des centres d'appareillage

Art. 1er. — La quote-part de frais administratifs remboursable pour l'appareillage des mutilés du travail aux centres d'appareillage relevant du ministère des Anciens combattants et pensionnés est fixé à 10 p. 100 du montant des prix de fourniture ou de réparation des appareils réceptionnés.

Enseignement de la médecine

Nomination de professeur sans chaire

Par décret en date du 2 août 1939, rendu sur le rapport du ministre de l'Education nationale, le titre de professeur sans chaire est conféré, à compter du 1er octobre 1939, à M. Aimes, agrégé chargé de cours sans limite de temps à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier.

(*J. O.*, 8 août 1939.)

Honorariat conféré à un professeur

Par décret en date du 2 août 1939, rendu sur le rapport du ministre de l'Education nationale, le titre de professeur honoraire de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est conféré à M. Vanverts, professeur de clinique chirurgicale infantile à cette Faculté, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

(*J. O.*, 8 août 1939.)

Avis de concours pour l'emploi de professeur suppléant de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Angers

Par arrêté du ministre de l'Education nationale en date du 9 août 1939, un concours pour l'emploi de professeur suppléant de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Angers, s'ouvrira le lundi 12 février 1940 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

(*J. O.*, 10 août 1939.)

Hôpitaux psychiatriques

Par arrêté en date du 27 juillet 1939, M. le Docteur Edert, reçu au concours du médicat des hôpitaux psychiatriques en 1938, est nommé médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Vauclaire (Dordogne), en remplacement de M. le Docteur Beaujard, affecté à l'hôpital psychiatrique du Vinatier.

Par arrêté en date du 27 juillet 1939, M. le Docteur Bergeron, reçu au concours du médicat des hôpitaux psychiatriques en 1938, a été nommé médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais), en remplacement de M. le Docteur Tusques, affecté à l'hôpital psychiatrique de Blois

(*J. O.*, 8 août 1939.)

Inspection départementale d'hygiène

Conformément aux dispositions de l'article 2 du décret du 12 août 1937 prorogé par les décrets des 7

juillet et 9 décembre 1938, 3 avril 1939 et 9 juillet 1939, un concours est ouvert pour le recrutement d'un inspecteur départemental d'hygiène dans le département du Cher.

Pourront faire acte de candidature :

1° En vue d'un mutation : les inspecteurs départementaux d'hygiène, les directeurs des Bureaux d'hygiène des villes de 100.000 habitants et assimilés, qui auront été préalablement maintenus en fonctions ;

2° En vue d'une promotion de grade : les inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène, les directeurs et directeurs adjoints en exercice des Bureaux d'hygiène des villes de moins de 100.000 habitants, qui auront été préalablement maintenus en fonctions.

Les demandes seront accompagnées des documents suivants requis pour les candidats qui n'auront pas déjà fait l'objet d'une décision de maintien en fonctions :

1° Une expédition authentique de l'acte de naissance ;

2° Un extrait de casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

3° Un certificat de nationalité française et, s'il y a lieu, les pièces établissant la naturalisation et indiquant la date d'obtention du droit, d'exercer ;

4° Copie certifiée conforme des diplômes (notamment du diplôme de docteur en médecine d'une Faculté de l'Etat et du diplôme d'hygiène) ;

5° Un résumé des titres de toute nature et des fonctions remplies avec références à l'appui ;

6° Les dates des services administratifs antérieurs pouvant entrer en compte pour la constitution du droit à pension certifiés par les Administrations intéressées ;

7° Un état des services militaires ou, à défaut, une pièce précisant la situation militaire ;

8° Un exemplaire de la thèse et des études publiés ;

9° Une note de renseignements sur la situtation de famille ;

10° Un certificat d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté ;

11° Déclaration souscrite par le candidat et attestée par le préfet, certifiant que l'intéressé se consacre entièrement à ses fonctions, à l'exclusion de toute clientèle (autant médecine générale que bactériologie, analyses diverses, etc.).

Les demandes devront être remises au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 1er bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris, le 11 septembre 1939 au plus tard.

(*J. O.*, 9 août 1939.)

Voir la suite page XXXIX-2193

PROPOS DU JOUR

EN MARGE DE LA PROFESSION MÉDICALE

LA CRISE DU SYNDICALISME ET DE LA PROFESSION CHEZ LES PHARMACIENS

S'il est deux professions qui ne peuvent se désintéresser l'une de l'autre, ce sont bien les professions pharmaceutique et médicale. Or il existe une crise dans le syndicalisme des pharmaciens, crise beaucoup plus aiguë, beaucoup plus importante que les conflits que l'on constate de temps à autre dans le syndicalisme médical. Nous croyons ne pas devoir passer sous silence cette crise qui peut bouleverser de fond en comble l'exercice de la pharmacie et modifier par contre-coup l'exercice de la médecine. Or nous trouvons dans le numéro de juin 1939 de *l'Action pharmaceutique*, revue mensuelle que dirige à Cahors M. Paul Garnal, une étude très complète sur le syndicalisme pharmaceutique : *Le Coucou syndicaliste. Considérations et points de vue sur le vrai et le faux syndicalisme.*

La profession pharmaceutique, constate l'auteur de cette étude, est constituée par diverses catégories professionnelles et en pharmacie les syndicats ne représentent pas l'ensemble de la profession mais une catégorie professionnelle. Or les syndicats d'une catégorie dénoncent avec indignation les abus et les complicités illégales d'une autre catégorie mais s'accommodent parfaitement des illégalités dont peuvent bénéficier ses membres. Les syndicats de pharmaciens détaillants doivent entreprendre le redressement de leur propre catégorie et non chercher des ressources en dehors des cotisations de leurs membres dans des entreprises industrielles et commerciales qui résulteraient de l'expropriation de l'industrie et de la droguerie. Cela tend sous le pavillon du syndicalisme à aggraver et à généraliser le régime des contrefaçons en s'installant dans le nid des autres, c'est ce que l'on peut appeler la politique du *Coucou syndicaliste.*

L'auteur de l'article que nous analysons se plaint de ce que les pharmacies de détail soient tenues par des employés non-diplômés, les patrons abdiquant ainsi les droits du diplôme pour se lancer eux-mêmes dans l'industrie pharmaceutique.

Nous relevons dans cet article une vue très nette du syndicalisme d'intérêt public qui est le même dans toutes les professions et que nous citerons *in extenso.*

« Le syndicalisme joue, dans la société mo-
« derne, le rôle d'un élément de paix et de pro-
« grès social, quand il règle sur des bases con-
« tractuelles les rapports de ses membres et de
« la profession tout entière avec les collectivités
« publiques et privées, quand il arbitre les con-
« flits entre les individus et les collectivités
« publiques ou privées, quand il règle, sur des
« bases contractuelles et légales, les rapports
« entre les diverses catégories professionnelles,
« quand il lutte contre toutes les situations illé-
« gales, contre tous les procédés immoraux de la
« concurrence, et contre tous les abus et tous
« les délits déchaînés par l'esprit de lucre, quelle
« que soit la catégorie professionnelle qui soit en
« cause.

« Et il joue le rôle d'un syndicalisme d'intérêt
« public, quand, pour parler au nom de la pro-
« fession tout entière, il admet au débat toutes
« les catégories professionnelles sans exception
« et sans exclusion. »

A ce syndicalisme d'intérêt public l'auteur de l'article oppose un syndicalisme d'affaires. Il se plaint qu' « on élabore des plans pour lancer
« le syndicalisme dans les affaires, non plus
« pour faire les affaires de la profession, mais
« pour les affaires du syndicalisme, équilibrer
« son budget et financer les manifestations
« spectaculaires de ses chevaliers. On organise
« le divorce du syndicalisme et de la profession. »

« Le syndicalisme devient ainsi une entité

« distincte de la profession, qui travaille à sa « propre conservation et sacrifie à son propre « salut le sort des intérêts fondamentaux de la profession. »

Laissons à *l'Action pharmaceutique* la responsabilité de ses constatations. D'ailleurs elle souligne la concurrence que font au moyen des transports rapides les grandes pharmacies commerciales des villes aux pharmacies de canton et se plaint des abus des médecins propharmaciens. Elle demande que dans toutes les pharmacies de détail, dans les pharmacies mutualistes ou de caisses, ou de mines, dans les pharmacies d'hôpitaux, d'asiles, de sanatoriums, etc., soient substitués des pharmaciens diplômés aux employés non-diplômés. Elle réclame un statut de l'industrie pharmaceutique. Elle réclame l'organisation d'une Confédération des professions pharmaceutiques constituée sous le régime de la loi de 1884 avec les Syndicats des pharmaciens détaillants, des fabricants, des intermédiaires (droguistes et commissionnaires), qui agirait parallèlement avec un Comité interpharmaceutique de réglementation composé par des syndicats des diverses catégories de la pharmacie qui organiserait le contrôle de toutes les réglementations et celui du commerce des spécialités. La conséquence serait la limitation et la répartition des pharmacies, limitation qui existe dans d'autres pays.

Pour supprimer les méfaits des médecins propharmaciens, on établirait des dépôts de médicaments relevant d'une pharmacie voisine et gérés par des pharmaciens diplômés.

Sur ce point nous ferons remarquer que l'intérêt des pharmaciens et des médecins propharmaciens doit passer au second plan. Il faut voir d'abord l'intérêt des malades. S'il est des communes qui ne sont pas pourvues de pharmacies, c'est qu'un pharmacien ne pourrait y faire ses frais, ni y vivre. Si des médecins faisant de la propharmacie y sont établis, c'est qu'ils arrivent à gagner leur vie en exerçant les deux professions. Supprimez les propharmaciens et de 2.500 à 3.000 communes en France, et des plus pauvres, seraient privées de médecins.

La pharmacie en France et son syndicalisme paraissent se débattre dans un véritable chaos. La pharmacie de détail n'est guère qu'un établissement commercial et a perdu le plus souvent son caractère de profession libérale et scientifique. Les grandes pharmacies, montées par des sociétés aux capitaux importants, sont l'équivalent des grands magasins. Les pharmacies de mutualités, de mines, d'hôpitaux, etc., sont des sections administratives gérées par des pharmaciens salariés et les grands laboratoires de spécialités relèvent de la grande industrie chimique et n'ont aucun lien direct avec l'ancienne pharmacie.

Le pharmacien détaillant ne prépare rien ou à peu près rien lui-même. Il se fournit à des intermédiaires, véritables agents commerciaux, et devient lui-même le dernier intermédiaire qui livre les produits au public. Du reste il ne s'occupe guère de la qualité ni de la provenance du produit, et nous voyons devant les devantures de toutes les pharmacies les annonces illustrées des produits du Curé X ou de l'Abbé Y, les pilules qui revigorent les vieux messieurs fatigués et les pâtes, les pommades et les lotions qui font aux vieilles dames une nouvelle jeunesse et une éternelle beauté.

Mais, nous objecteront nos amis pharmaciens, n'en est-il pas un peu de même dans la profession médicale et tout ce dont nous nous plaignons au point de vue professionnel n'existe-t-il pas chez vous ?

Peut-être, mais cependant pas tout à fait au même degré, et notre syndicalisme qui est loin d'être parfait mais qui est perfectible, s'efforce d'enrayer ce glissement démoralisateur qui, s'il s'accentuait, conduirait à sa perte irremédiable notre profession en tant que profession libérale.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'APPENDICITE SOUS LE GRAND DROIT

Par le Docteur J. Fiévez, de Malo-les-Bains

C'est l'appendicite la plus terrible, celle qui met en défaut le médecin le plus averti, le chirurgien le moins temporisateur, et qui tue parce qu'ils l'attaquent trop tard ; elle est heureusement rare.

Ce n'est pas une forme nouvelle, et Mondor, dans sa Bible (Diagnostics urgents. Abdomen), la figure et la décrit tout au long, sous le nom (fort grec pour des modernes qui ne savent même plus le latin !) d'appendicite méso-cœliaque, d'appendicite au milieu du cœlome, au milieu de la cavité abdominale.

Comme elle m'a pris deux malades, et que j'en ai sauvé trois ou quatre d'extrême justesse seulement, j'ai été appris ! Et je suis arrivé à cette conclusion que le meilleur moyen de la vaincre, c'est de la... rebaptiser !

Ce que je propose ici : « Appendicite sous le grand droit » dit aussi bien que « méso-cœliaque » que l'appendice est ectopique, en position interne mais précise mieux le siège de cette ectopie, en le rapportant à un repère superficiel, cliniquement facile à identifier ; mais surtout — et là dessus, je vais insister — le diagnostic se fait par l'étude de l'état du muscle grand droit. De sorte que l'expression « appendicite sous le grand droit » est à la fois anatomique et clinique, constitue la complète définition anatomo-clinique de cette forme de l'appendicite, qui sera plus facile à vaincre sous une appellation qui inclut le moyen de la démasquer !

***

Qu'il s'agisse d'accidents d'ordre surtout mécanique (stase, constipation appendiculaire) ou d'accidents infectieux (appendicite proprement dite, maladie de Dieulafoy) — et cette distinction que j'ai longuement exposée ici-même. (L'appendicite telle que je la vois, *Le Concours Médical*, 1932, nos 30 et 31), est toujours essentielle à mes yeux — la douleur à la pression, le « clou appendiculaire », est l'élément capital du diagnostic de « l'appendicite » (expression globale, qui totalise les deux affections dans le langage classique)... A cette douleur se joint la réaction réflexe du ou des muscles abdominaux de couverture, réaction qui va de la contraction que seuls perçoivent les doigts entraînés du médecin expérimenté, à la contracture nette, et même à la contracture étendue, voire généralisée du ventre de bois.

Dans l'*appendicite ordinaire,* l'appendicite de la fosse iliaque, le clou siège au point de Mac-Burney, expression où on aurait tort de voir un repère anatomique précis, mais qui centre bien les variations moyennes, iliaques, de la douleur appendiculaire... Les muscles de couverture sont les muscles larges de l'abdomen, le grand oblique en particulier. Ce sont ces muscles qui se contractent sous les doigts qui atteignent, à travers eux, l'appendice sensible ; quand le faisceau costo-inguinal du grand oblique est assez contracturé pour que les doigts explorateurs aient peine à le traverser, à plus forte raison, si le grand oblique entier est durci, on peut être assuré que des lésions inflammatoires et même péritonéales sont en cause.

Dans l'*appendicite méso-cœliaque* (conservons provisoirement cette appellation), la fosse iliaque est muette et souple : pas de douleur à la pression, pas de réflexe pariétal. Si le médecin ne connaît que l'appendicite iliaque, il conclura ferme qu'il ne s'agit pas d'appendicite. Mais s'il sait qu'il existe une « appendicite sous le grand droit, » il ira chercher la douleur très en-dedans, à droite tout de même de la ligne médiane, mais tout près d'elle : le clou est sous le grand droit droit... Et ce muscle est contracturé ? Bien sûr ! mais ce qui n'est pas simple, c'est de reconnaître la contracture du grand droit : je voudrais l'expliquer dans le plus grand détail.

Le grand droit n'est pas, comme le grand oblique, une série de faisceaux parallèles qu'on peut compter comme les côtes (ou presque !). C'est une nappe musculaire large, homogène (au moins transversalement), qui se contracte en bloc, qui donne l'impression de se contracter en bloc en tout cas, qui, très normalement, protège le ventre contre toute pression un peu appuyée. (Le savent bien les gynécologues : cette contraction des droits est le grand obstacle à leur palper bimanuel). S'il s'agit d'un sujet un peu « nerveux », d'un enfant — et c'est d'enfants qu'il s'agit souvent — rien de plus difficile que de distinguer ce réflexe de défense normal, un peu vif, du même réflexe exagéré par l'irritation viscérale sous-jacente.

Un seul moyen de résoudre ce problème fondamental : comparer les deux côtés, en palpant alternativement les deux grands droits, le droit et le gauche... Ainsi observé, le système des droits est devenu, lui aussi, un système fasciculé, bi-fasciculé, et il est possible d'apprécier d'assez faibles différences entre les réactions des deux faisceaux. C'est donc, en fin de compte, une résistance active plus forte à droite qu'à gauche, qui permettra d'affirmer qu'il y a sous le grand droit une lésion viscérale profonde.

Malgré tout, cette « contracture » (avec ses variations, énumérées plus haut), du grand droit reste plus difficile à apprécier qu'une contracture du grand oblique. Si on ajoute qu'il faut, au préalable, avoir pensé à l'ectopie appendiculaire possible, on voit qu'au total, il s'agit d'un diagnostic difficile, et que s'expliquent fort bien les erreurs, les erreurs aux conséquences graves, voire désastreuses, que médecins et chirurgiens peuvent commettre en de tels cas.

***

Voici, très brièvement résumées, quatre observations qui illustreront bien les difficultés de diagnostic et la gravité de l'appendicite sous le grand droit :

Obs. I. — Fillette de 7 ans. Un vomissement. Douleur abdominale. Fosse iliaque muette. Enfant aimable, mais ne parlant pas. Ventre un peu tendu vers le milieu, peut-être un peu plus à droite. Absorption, par erreur, d'eau de Montmirail, en assez grande abondance. Diagnostic : colite toxique. Après trois jours d'observation je crois pouvoir rassurer la famille. Le médecin traitant me rappelle le huitième jour : l'enfant s'est remise à vomir ; ventre dur. Incision médiane : péritonite étendue, par appendicite médiane. Mort le lendemain matin.

Obs. II. — Ecclésiastique de 27 ans. Vu par un excellent chirurgien, qui est rassurant : colite. Le malade rentre dans sa famille, en quarante-huit heures ! Un de ses parents, médecin, à l'arrivée, diagnostique : appendicite, « quoiqu'il manque les vomissements ». A peine l'anesthésie générale commencée, énorme vomissement bilieux. Laparotomie médiane. Appendicite un peu à droite du promontoire, avec suppuration péritonéale périappendiculaire, et obstruction iléale. Appendicectomie. Evacuation opératoire du contenu du grêle. Mickulicz... Guérison après multiples incidents.

Obs. III. — Fillette de 5 ans. Le médecin m'appelle pour appendicite. Fosse iliaque muette ; défense des droits, surtout à droite. « Si c'est une appendicite, c'est une appendicite sous le grand droit », et je demande à revoir l'enfant l'après-midi. Opération six heures plus tard. Incision médiane. Appendicite au milieu du ventre, avec réaction inflammatoire entre les anses. Après accalmie de cinquante heures, les phénomènes péritonéaux et l'obstruction reprennent et emportent l'enfant.

Obs. IV. — Fillette de 4 ans. Fièvre et vomissements. « Ou ce n'est rien, ou c'est quelque chose de très grave », dit le médecin qui la voit la nuit. Le lendemain, vers 11 heures, je porte le diagnostic ferme d'appendicite sous le grand droit. Incision médiane. Mickulicz... L'enfant termine une coqueluche : éventration post-opératoire... Guérison.

ÉTIOLOGIE ET TRAITEMENT DES VERTIGES

Par GUY-ARNAUD, (Montluçon).

Lauréat de l'Académie de Médecine,
Ancien assistant du Service O. R. L. du nouvel Hôpital Beaujon

C'est fréquemment que le médecin est consulté par des malades présentant des vertiges, les affections susceptibles de provoquer le déséquilibre étant nombreuses ; même si l'on ne considère que celles qui provoquent des vertiges vrais, c'est-à-dire une sensation erronée de déplacement des objets qui entourent le sujet qui en est atteint, ou de déplacement du sujet par rapport à ces objets.

Les modalités cliniques des vertiges sont très diverses ; on peut se trouver en présence d'une véritable crise aiguë brutale de vertige, celle pour laquelle le médecin est appelé d'urgence ; il s'agit ou du vertige de Menière type, ou de syndromes meniériformes, ou au contraire de petits accès soit d'apparition nouvelle, soit greffés sur un état vertigineux ancien.

Après s'être assuré, par l'interrogatoire qu'il s'agit bien de vertiges vrais, il faut avant tout rechercher s'il existe une otopathie.

L'oreille suppure-t-elle ? Il y a bien des chances que ce soit là qu'il faille rechercher l'origine des vertiges ? L'oreille ne suppure pas, il faut alors rechercher par l'examen local, les examens complémentaires, l'anamnèse s'il s'agit d'une otopathie non suppurative ; s'il ne s'agit pas d'une otopathie, l'examen général systématique orientera le diagnostic vers une des nombreuses causes des vertiges non auriculaires, que nous étudierons plus loin.

Vertiges dus à une otopathie

A) **L'oreille suppure.** — Il s'agit soit de labyrinthites, soit d'abcès du cervelet.

LES LABYRINTHITES. — Ce sont des complications redoutables, qui surviennent à la suite d'une otite chronique le plus souvent, d'une otite aiguë avec mastoïdite, parfois à la suite d'une intervention pétromastoïdienne.

Les labyrinthites des otites chroniques surviennent chez un malade présentant : une suppuration fétide, une perforation tympanique haute, une ostéite évolutive et parfois un cholestéatome. Au cours de ces labyrinthites, les vertiges peuvent apparaître brusquement ; ils sont intenses, violents, giratoires avec sensation de rotation des objets vers le côté sain et chute du côté malade ; ils sont exagérés par les mouvements de la tête, la direction du regard dans le sens du nystagmus, s'accompagnent de nausées, vomissements, pâleur, sueurs froides, bourdonnements et surdité. En même temps, apparaît un nystagmus spontané horizontal-rotatoire très intense, battant du côté sain. Le labyrinthe est alors totalement inexcitable. Il s'agit très souvent, au contraire, d'un otorrhéique ancien, chez lequel apparaissent par intermittence des vertiges d'intensité variable et plus ou moins fugaces, en même temps qu'un nystagmus inconstant.

On doit alors faire un examen vestibulaire complet, on constate une inclinaison du côté malade au cours de l'épreuve de Romberg, une déviation du côté malade en avant à l'épreuve de la marche, une déviation de l'index du côté malade, un labyrinthe inexcitable aux épreuves calorique, rotatoire et voltaïque.

Il arrive souvent qu'un otorrhéique présente des vertiges sans qu'il y ait labyrinthite vraie, mais simplement périlabyrinthite avec fistule de la capsule osseuse. Le malade présente alors de petits vertiges inconstants, puis de plus en plus fréquents, qui s'accompagnent de petits signes d'hyperexcitabilité vestibulaire.

Le diagnostic est vérifié par l'épreuve de la compression pneumatique, ou recherche du signe de la fistule.

Les labyrinthites des otites aiguës sont moins fréquentes. Elles peuvent être précoces dans les premiers jours de l'otite : les vertiges sont d'apparition brutale, intenses, giratoires, s'accompagnent de vomissements ; le plus souvent ils cessent en même temps que régresse la labyrinthite sous l'influence du traitement (paracenthèse, antrotomie) ; exceptionnellement les vertiges persistent, s'intensifient parallèlement à la labyrinthite, qui tue en deux ou quatre jours.

Elles peuvent être tardives, vers le dixième ou le quinzième jour elles évoluent alors comme les labyrinthites des otites chroniques.

L'ABCÈS DU CERVELET. — Le plus souvent il complique une otite chronique, réchauffée, avec ou sans cholestéatome, en même temps parfois qu'une labyrinthite, posant alors le diagnostic délicat de l'origine vestibulaire ou cérébelleuse des vertiges.

Deux cas peuvent se présenter : ou l'abcès cérébelleux est isolé, ou il coïncide avec une labyrinthite.

Lorsque l'abcès est isolé : les vertiges sont d'apparition progressive et peuvent être intenses ; ils ne sont pas giratoires, ni exagérés par les mou-

◆◆◆

vements de la tête et la direction du regard ; ils ne s'accompagnent ni de surdité intense, ni de bourdonnements et s'atténuent dans la position couchée. Le nystagmus spontané qui les accompagne est passager changeant dans son sens, horizontal, rotatoire, ou horizontal-rotatoire, exceptionnellement vertical, et de grande amplitude. Le diagnostic d'abcès du cervelet se fera sur le syndrome d'hypertension (céphalée occipitale, vomissements, ralentissement du pouls, stase papillaire), le syndrome de suppuration (amaigrissement, hyperlymphocytose du liquide céphalo-rachidien hypertendu), le syndrome de localisation (tremblement intentionnel, hypermétrie, asynergie, dysmétrie, adiadococinésie, hypotonie homolatérale, Babinski et réflexes exagérés homolatéraux).

Parmi les signes de localisation, il en est sur lesquels nous allons insister, puisque ce sont eux qui permettent de discriminer : abcès cérébelleux et labyrinthite ; nous voulons parler des épreuves vestibulaires. Les épreuves statiques mettent en évidence : un trouble de l'équilibre par l'épreuve de Romberg ; mais la chute a lieu en arrière ou sur le côté, sans rapport avec le sens du nystagmus : de plus, l'occlusion des paupières ne l'exagère pas. On observe aussi une démarche ébrieuse, mais non déviée, des troubles de l'indication spontanés ; la déviation de l'index est unie et homolatérale, en bas ou en dehors, contrairement à ce qui se passe en cas de labyrinthite où la déviation spontanée est bilatérale et du côté malade.

Les épreuves dynamiques font apparaître un nystagmus spontané et provoqué, prolongé dans sa durée, variable dans son sens et son intensité.

On peut donc dire que toute discordance entre nystagmus et indication, constatée au cours d'un examen, est en faveur d'un abcès cérébelleux. Lorsque l'abcès du cervelet et la labyrinthite sont associés, l'interprétation des symptômes et du résultat des épreuves est souvent délicate. C'est en précisant le sens de la chute, le sens des déviations, dans l'épreuve de l'indication, le sens du nystagmus qu'on arrivera à rattacher les vertiges à l'abcès cérébelleux ou à la labyrinthite, qui en est la cause.

B) **L'oreille ne suppure pas.** — Les affections non inflammatoires de l'oreille, susceptibles de provoquer des vertiges, sont nombreuses ; un bouchon de cérumen, un simple corps étranger appliqué contre le tympan, une otite moyenne aiguë en rétention, un catarrhe tubaire peuvent être à l'origine de vertiges ; l'ablation du bouchon ou du corps étranger, la paracentèse du tympan, l'insufflation tubaire suffisent à les faire disparaître. Par contre, il existe toute une série d'autres syndromes capables de provoquer des vertiges, pour lesquels la thérapeutique est souvent décevante ; les uns relèvent de troubles de l'appareil de transmission, les autres de l'appareil de perception.

Vertiges dus à des troubles de l'appareil de transmission

A) L'OTITE MOYENNE SÈCHE d'origine hématogène, forme diathésique de la tympanosclérose, provoque assez rapidement au cours de son évolution de petites crises de vertiges larvés par l'atteinte simultanée de l'oreille interne et de l'oreille moyenne, s'accompagnant d'hyper- puis d'hypo-excitabilité labyrinthique.

B) L'OTITE CICATRICIELLE succédant à un état inflammatoire de la caisse, forme cicatricielle de la tympano-sclérose, provoque aussi, quoique exceptionnellement, de petites crises de vertiges.

C) L'OTOSPONGIOSE enfin, processus dystrophique de la capsule labyrinthique entraînant une ankylose stapédo-vestibulaire, peut rarement provoquer de petites crises vertigineuses inconstantes, variables et fugaces, s'accompagnant de modifications réactionnelles à l'épreuve calorique.

Vertiges dus à des troubles de l'appareil de perception

Ces troubles sont d'origine très diverses.

A) VASCULAIRE. — Ce sont les hémorragies du labyrinthe, consécutives à une maladie hémorragipare ou hypertensive ; elles provoquent des crises aiguës de vertiges, réalisant le classique syndrome de Ménière.

B) ANGIO-NEUROTIQUE. — Ces troubles réalisent soit une hyperhémie, soit une anémie du labyrinthe provoquant ou un syndrome de Ménière typique, ou, chez un individu sourd jusqu'alors, un syndrome de Lermoyez caractérisé par des vertiges intenses, giratoires coïncidant avec une disparition des bourdonnements et une réapparition brusque de l'audition.

C) PAR ARTÉRIO-SCLÉROSE DU LABYRINTHE. — Celle-ci revêt parfois une forme vertigineuse, les vertiges présentent les mêmes caractères que ceux du syndrome de Ménière.

D) PAR HYPERTENSION DU LIQUIDE ENDOLYMPHATIQUE. — Les vertiges sont ici peu intenses, évoluant par poussées, variables dans leur durée et leurs caractères ; les épreuves vestibulaires donnent des résultats non concordants entre eux, mettant en évidence des troubles peu importants du labyrinthe.

E) PAR NÉVRITE DU NERF AUDITIF. — Qu'elle soit d'origine toxique ou inflammatoire, les vertiges sont très variables : depuis le vertige fruste sans lendemain jusqu'au syndrome de Ménière. Les troubles vestibulaires traduisent l'abolition progressive du labyrinthe aux réactions caloriques rotatoires et galvaniques.

F) PAR SYPHILIS DE L'OREILLE INTERNE. — C'es une syphilis acquise ou héréditaire. Au cours de la syphilis acquise, il s'agit d'une neuro-labyrinthite par méningo-névrite de la huitième paire, accident secondaire, tertiaire ou quaternaire. Elle survient le plus souvent au cours d'une syphilis grave. Les vertiges peuvent être précoces ; leur durée et leur intensité sont très variables, depuis les petits vertiges passagers jusqu'à la grande crise avec chute et vomissements ; ils sont passagers intermittents ou permanents avec paroxysmes ; un fait important est qu'ils apparaissent presque toujours à l'occasion de mouvements de la tête. Ils sont accompagnés de troubles auditifs (la coïncidence de troubles légers et de grands vertiges doit faire penser à la spécificité) : surdité brusque ou progressive à type de transmission, bourdonnements plus ou moins intenses.

La surdité devient assez rapidement le symptôme dominant, alors que les vertiges s'atténuent et disparaissent même sans traitement. L'exploration vestibulaire met, en principe, en évidence une inexcitabilité vestibulaire : Romberg, chute du côté malade, déviation des index du côté malade ; réflexes calorique, rotatoire, galvanique abolis.

C'est souvent devant la rapidité de destruction labyrinthique, tant cochléaire que vestibulaire, qui se traduit par l'augmentation rapide de la surdité, la disparition progressive des vertiges et des réflexes vestibulaires, qu'on pensera à la spécificité, faute d'autre diagnostic ; « tout vertige d'origine indéterminée doit d'abord faire penser à la syphilis et exige que l'on mette en œuvre tous les moyens de dépistage connus » (Ramadier).

L'examen général, le Bordet-Wassermann, la ponction lombaire permettent de confirmer le diagnostic.

Au cours de la syphilis héréditaire, les lésions de l'oreille interne peuvent être précoces ou tardives.

Précoces, avant cinq ans : il est difficile de préciser l'existence de vertiges, mais il y a des troubles de l'équilibre ; les épreuves vestibulaires montrent l'inexcitabilité. l'hypo-excitabilité ou une excitabilité partielle du labyrinthe : il s'agit de troubles dystrophiques ou méningo-névritiques (neuro-labyrinthite) responsables de la moitié des cas de surdi-mutité héréditaire.

Tardives : il s'agit alors de labyrinthites vraies, et non plus de neuro-labyrinthites, qui font partie de la triade d'Hutchinson (kératite interstitielle, malformationsdentaires, labyrinthite spécifique).

Les vertiges coexistent alors avec une surdité bilatérale d'apparition brusque, du type de perception, et des bourdonnements.

Les épreuves vestibulares sont dissociées. L'épreuve pneumatique met en évidence le signe de Hennebert, pathognomonique de la labyrinthite hérédo-spécifique.

Enfin, il est des vertiges, qui surviennent au cours du traitement, (plus ou moins longtemps après son début), par les arséno-benzènes, qui sont, diversements interprétés ; le vestibule est alors inexcitable et, si on change le traitement (bismuth par exemple), les vertiges disparaissent.

Les vertiges en dehors des otopathies

Les lésions susceptibles de provoquer des vertiges, autres que les otopathies, sont très nombreuses et diverses. Les unes relèvent d'affections du système nerveux central, d'autres de traumatismes, d'autres sont dues à des maladies et à des troubles d'ordre général.

1) Affections du système nerveux central

a) LES TUMEURS :

Ponto-cérébelleuses (entre protubérance et cervelet).

Ce qui caractérise les tumeurs ponto-cérébelleuses, c'est l'évolution déterminée des symptômes nerveux ; la surdité progressive du type de perception et les bourdonnements apparaissent les premiers, puis surviennent les vertiges par crise, avec nausées et nystagmus spontané horizontal ou horizontal-rotatoire, dirigé du côté de l'oreille non sourde,

L'examen vestibulaire révèle parfois une déviation spontanée de l'index du côté de la tumeur, et une inexcitabilité complète vestibulaire du côté de la tumeur.

Peu après, apparaissent : une céphalée sous-occipitale, des troubles d'incoordination (dysmétrie, hypermétrie), des troubles dans le domaine du trijumeau (abolition du réflexe cornéen, diminution de la sensibilité cutanée, exceptionnellement névralgie).

Plus tardivement et moins fréquemment : troubles des nerfs des muscles de l'œil, puis atteinte du facial (parésie puis paralysie).

Peu à peu, le tableau d'hypertension intra-cranienne se précise : stase papillaire, augmentation de la céphalée, torpeur, vomissements, élévation de la tension du liquide céphalo-rachidien.

Du cervelet. — Ici les troubles cochléaires sont absents : rarement légère surdité à prédominance homolatérale. Le vertige vrai fait le plus souvent défaut ; il s'agit plutôt de sensation indéfinissable d'étourdissement, de faiblesse, de diminution de la conscience, apparaissant instantanément à l'occasion d'un mouvement brusque, avec faible sensation de déplacement, s'accompagnant de nausées parfois de vomissements. Ce vertige serait plus fréquent, lorsque la tumeur est extra-cérébelleuse.

Le nystagmus présente les caractères du nys-

tagmus cérébelleux, quant aux troubles vestibulaires, ce sont, à peu de choses près, ceux de l'abcès du cervelet.

Bulbo-protubérantielles. — Les vertiges se rencontrent environ dans la moitié des cas : ils s'accompagnent de surdité, de bourdonnements variables dans leur fréquence et leur intensité homo ou bilatéraux. Il existe un nystagmus, spontané horizontal ou horizontal-rotatoire, exceptionnellement vertical. Les troubles vestibulaires sont très variables, suivant le siège de la tumeur ; soit troubles de l'équilibre importants et inexcitabilité à l'épreuve calorique, ou, au contraire, signe d'excitation labyrinthique (M. Aubry).

Des tubercules quadrijumeaux. — C'est rarement qu'il existe des vertiges avec nystagmus horizontal ou vertical ; les épreuves vestibulaires montrent l'hyperexcitabilité labyrinthique.

b) Les maladies :

Syndrome d'hypertension intra-cranienne dû aux méningites (aseptique, séreuse, etc.). L'hypertension agit sur le nerf auditif, comme elle agit sur les autres nerfs, et peut ainsi provoquer des vertiges et des troubles de l'équilibre, confirmés par l'exploration de l'appareil vestibulaire.

La sclérose en plaques provoque des vertiges, symptôme constant, qui réapparaît à chaque poussée évolutive ; il s'agit d'un vertige bref, à l'occasion d'un mouvement de la tête, qui s'accompagne très souvent d'un nystagmus spontané horizontal ou horizontal-rotatoire, très rarement vertical.

En règle générale, il n'existe pas de troubles de l'audition. L'examen met en évidence : un signe de Romberg et, soit une hyperexcitabilité, soit, plus rarement, une hypo-excitabilité vestibulaire.

La syringomyélie provoque parfois, au cours de son évolution, des vertiges d'intensité faible, accompagnant un nystagmus horizontal-rotatoire et une surdité variable. Les épreuves vestibulaires donnent des résultats très variables.

La sclérose latérale amyotrophique donne exceptionnellement des vertiges avec troubles vestibulaires.

Le tabes est parfois à l'origine de vertiges vrais avec hypo ou inexcitabilité vestibulaire, hypoacousie, bourdonnements, dans sa forme labyrinthique ; mais, le plus souvent, on a affaire à un pseudo-vertige psychique.

L'encéphalite épidémique peut aussi provoquer des vertiges avec troubles vestibulaires dans sa forme labyrinthique.

Il existe enfin un ensemble de troubles, qui constituent le *syndrome de Bonnier*, correspondant à un ramollissement du bulbe, caractérisé en particulier, par : des vertiges d'intensité et de caractères variables, avec nausées, vomissements, des bourdonnements avec surdité, des troubles oculo-moteurs.

A ces maladies du système nerveuxc entral, nous rattacherons le *zona otitique total de Sicard*, où une névrite du nerf auditif totale, ou partielle, se surajoute à la névrite du facial ; la symptomatologie classique du zona auriculaire (otalgie, éruption, paralysie faciale) est complétée par des vertiges, d'intensité très variable, pouvant réaliser la crise de Ménière, qui s'accompagnent de surdité et de bourdonnements. Les épreuves vestibulaires montrent une hypo-excitabilité, qui a le plus souvent tendance à régresser.

Il existe une forme dissociée de zona auriculaire, où seuls les faisceaux vestibulaires de l'auditif sont atteints, et où les vertiges seuls se surajoutent aux symptômes zostériens.

2) Chez les traumatisés du crâne

Les fractures du rocher intéressant le vestibule ou les canaux semi-circulaires, les coups de feu de l'oreille, atteignant le labyrinthe, peuvent provoquer des vertiges.

Immédiatement après l'accident, en dehors des symptômes classiques, on constate l'existence de vertiges intenses avec surdité complète, bourdonnements, et d'un nystagmus spontané battant du côté opposé à l'oreille blessée.

Peu à peu les vertiges vont s'atténuer, ne plus apparaître qu'à l'occasion de mouvements brusques de la tête, puis disparaitront, la surdité seule persistant. Le nystagmus a de même tendance à disparaître. Il peut cependant exister à distance un syndrome labyrinthique tardif, les vertiges réapparaissent par crises à l'occasion d'événements fortuits ; les examens vestibulaires révèlent alors, à l'épreuve calorique l'abolition de l'excitabilité des canaux verticaux des deux côtés à l'épreuve rotatoire, l'hypo-excitabilité des canaux horizontaux.

Certains traumatismes indirects, comme une déflagration, peuvent provoquer des vertiges avec surdité totale par hémorragie labyrinthique.

3) Maladies et troubles d'ordre général

Bien que nous ayons vu qu'il s'agit le plus souvent dans ces cas de pseudo-vertiges, d'éblouissements, de syncopes, il est cependant certain que des intoxications, des troubles circulatoires ou sympathiques agissent plus ou moins directement sur l'appareil vestibulaire et son nerf provoquant des vertiges.

Les infections, au cours desquelles on peut rencontrer des vertiges, sont nombreuses : toutes les maladies infectieuses aiguës, en particulier la fièvre typhoïde et la scarlatine ; le paludisme aussi peut présenter des vertiges au cours de son évolution.

Les intoxications provoquent fréquemment

des vertiges, qu'elles soient aiguës ou chroniques ; c'est ainsi que certains gaz, chloroforme, oxyde de carbone, etc. ; certains produits d'usage plus ou moins courant, chanvre indien, belladone, salicylate, quinine, ergotine, camphre, digitale, pelletiérine, alcool, nicotine, sont à retenir. De même certains champignons vénéneux.

Nombre de maladies endotoxiques, le diabète (coma vertigineux), l'urémie, l'insuffisance hépatique, la goutte sont aussi la cause de vertiges.

Les TROUBLES CIRCULATOIRES sont très fréquemment à l'origine de vertiges vrais, et c'est un réflexe, en présence d'un sujet vertigineux, de prendre sa tension artérielle.

C'est ainsi que toutes les variations de « quantité » ou de « qualité » sanguine provoquent des troubles au niveau du labyrinthe ; c'est le cas de l'hémorragie labyrinthique et de l'hyperhémie simple, par à-coup hypertensif, de la stase sanguine, de l'asystolique par hyperhémie passive de l'anémie provoquée par les hémorragies graves, les leucémies, la chlorose, les aortites.

Ce sont ces phénomènes pathologiques, qui sont à l'origine des troubles angio-neurotiques étudiés plus haut.

LES TROUBLES DU LABYRINTHE D'ORIGINE SYMPATHIQUE sont souvent causes de vertiges ; irrité à distance, le sympathique réagit par des troubles vaso-moteurs au niveau d'un labyrinthe « prédisposé » par hyperhémie ou anémie.

CERTAINES AFFECTIONS nasales, sinusiennes, dentaires, rénales, utérines, digestives (vertige stomacal de Trousseau), endocriniennes, cardiaques et même laryngées (ictus laryngé essentiel) peuvent ainsi être l'origine insoupçonnée de vertiges parfois pénibles.

Traitement des vertiges

Le rôle du médecin est ici, comme dans toute la pathologie, avant tout d'appliquer un traitement étiologique ; cependant, soit qu'il s'agisse de calmer une crise aiguë, soit qu'il s'agisse de rendre la vie possible à des malades pour lesquels le traitement étiologique est long et inopérant, une thérapeutique symptomatique est indispensable et parfois même seule efficace.

Traitement symptomatique

1° Au cours des crises aiguës. Il faut avant tout prescrire le repos absolu, couché, dans l'obscurité et le silence, donner contre les vomissements de l'eau chloroformée ou la potion de Rivière. Contre l'état nerveux et anxieux : du gardénal, du chloral ou du bromure.

S'il s'agit d'un malade présentant un état congestif du labyrinthe, on prescrira des sinapismes sur la poitrine et sur les cuisses, un purgatif drastique, une saignée chez l'hypertendu.

On pourra faire de la pilocarpine, 1/2 à 1 cgr. par jour en injection sous-cutanée.

2° En dehors des crises, chez les vertigineux chroniques, il faut calmer l'hyperexcitabilité vestibulaire en prescrivant du bromure 2 à 3 grammes par jour ou des valérianates, sous forme de pilules de Mèglin, ou associés au chanvre indien (de Parrel).

Chez l'hypotendu, on prescrira de l'adrénaline au 1/1.000, 30 gouttes par jour. Comme sédatif, l'acide bromhydrique au 1/10, 20 gouttes par jour. Le sulfate de quinine (Charcot) 0,50 à 1 gramme par fraction de 0,10 à doses progressives et dégressives alternativement.

Enfin, en cas de vertiges rebelles, on pourra être amené à pratiquer des ponctions lombaires, préconisées par Babinski.

Traitement étiologique

Les labyrinthites d'origine otitique ont un pronostic toujours assez grave, assombri qu'il est par la menace d'une méningite toujours possible ; aucun symptôme caractéristique ne permet de prévoir, en effet, si on a affaire à une labyrinthite mortelle ou pas.

Lorsqu'il s'agit d'une labyrinthite avec ou sans signe de la fistule, il faut : s'il s'agit d'une otite chronique, faire un évidement pétro-mastoïdien ; s'il s'agit d'une otite aiguë, faire une mastoïdectomie. Lorsqu'on a affaire à une labyrinthite précoce consécutive à une otite aiguë, il faut faire une mastoïdectomie.

Lorsqu'on a affaire à une labyrinthite tardive, consécutive à une otite aiguë, il faut faire une mastoïdectomie et surveiller de près le malade ; si la température s'élève, si les signes de labyrinthite persistent, s'il apparaît des symptômes faisant redouter une complication méningée, il faut faire un évidement pétro-mastoïdien puis trépaner le labyrinthe. Si, de plus, la ponction lombaire ramène un liquide septique, il faut immédiatement instituer un traitement anti-infectieux bactériologique (sérum de Vincent, antistrepto etc.), et chimique (uroformine, urotropine, 1162 F). On pourra même être amené à pratiquer une intervention pour drainer les espaces sous-arachnoïdiens.

L'abcès du cervelet doit être traité chirurgicalement. La technique varie suivant les conceptions neurologiques ou otologiques. Pour les neurologues, il faut opérer à distance en tissu sain, l'abcès étant enlevé comme une tumeur lorsqu'une coque périphérique s'est constituée. Pour les otologistes, on draine l'abcès *in situ* ; on ponctionne d'abord le cervelet, afin de localiser l'abcès ; puis on le draine par le procédé de l'exclusion des méninges, mis au point par le Professeur Lemaître.

Dans l'otite moyenne sèche diathésique, il faut proscrire tout traitement local, calmer les ver-

tiges par le traitement symptomatique et traiter la diathèse en cause (arthritisme, goutte, etc.).

Dans l'otite cicatricielle, on doit calmer les vertiges par le traitement symptomatique, faire un traitement local pour faire disparaître la rétraction du tympan (insufflation tubaire), l'ankylose des osselets (insufflation tubaire et, si le labyrinthe est sain, faire une paracentèse, une section des adhérences unissant le tympan aux parois de la caisse, ou une ablation des osselets, etc.).

L'otospongiose est des otopathies la plus décevante à traiter. Tout traitement local doit être proscrit ; les vertiges seront calmés par le traitement symptomatique, et on entreprendra le traitement habituel de l'otospongiose pour essayer d'empêcher les foyers otospongieux de l'oreille interne d'évoluer.

A l'hémorragie labyrinthique, aux troubles angio-neurotiques du labyrinthe doivent être opposés le traitement symptomatique au cours des crises aiguës et un traitement étiologique :

S'il s'agit d'une hémorragie ou d'une simple congestion du labyrinthe, il faut abaisser la tension artérielle par le régime et le traitement habituel de l'hypertension.

S'il s'agit d'une anémie du labyrinthe, il faut traiter la maladie cause de cette anémie, instituer un régime susceptible d'augmenter la qualité et la quantité de la masse sanguine.

Dans l'artério-sclérose, tout traitement local doit être proscrit, il faut traiter l'artério-sclérose (iodure).

En cas de *névrite du nerf auditif*, on traitera l'infection ou l'intoxication en cause, on appliquera le traitement symptomatique. Parfois section du nerf, partielle ou totale.

Le traitement des vertiges de la *syphilis de l'oreille interne*, qu'elle soit acquise ou héréditaire, est le même que celui de la syphilis en général.

Lorsque les vertiges relèvent *de tumeur du système nerveux central*, c'est à la chirurgie que l'on doit recourir.

Quant aux vertiges relevant soit *de maladies du système nerveux central*, soit de *maladies* ou de *troubles d'ordre général*, seul le traitement de chaque maladie, de chaque trouble peut amener leur disparition.

Chez *les traumatisés du crâne* enfin, les vertiges, qui surviennent à plus ou moins longue distance de l'accident, doivent être traités soit par ponctions lombaires répétées, soit par trépanation décompressive, soit par extraction chirurgicale de séquestres, d'esquilles ou de projectiles.

UN TEST DE LA RÉFLECTIVITÉ VASO-MOTRICE

Il est de notion banale que le froid détermine une vaso-constriction dans la région où il est appliqué. Par voie de conséquence il retentit sur la tension sanguine. Donc en observant les variations de tension déterminées par une quantité standard de froid on pourra mesurer dans un organisme donné la valeur réactionnelle des vaso-moteurs.

C'est à quoi se sont attachés depuis sept ou huit ans Hines et Brown ; ils ont publié leurs recherches dans divers journaux américains, et il semble intéressant d'exposer maintenant leurs résultats.

La technique de leur test est extrêmement simple et à la portée de tout praticien.

Pendant 20 à 60 minutes (20 suffisent lorsque la tension est normale) le sujet est préalablement mis au repos ; il reste couché sur le dos dans une pièce silencieuse. Au cours de ce temps préliminaire plusieurs mesures de la tension sont prises pour établir une valeur de base.

Le sujet restant couché et le brassard appliqué à un bras la main opposée est immergée dans une eau glacée (4° C) jusqu'au dessus du poignet.

Prises de tension à la 30e et à la 60e secondes. La plus élevée des deux lectures est seule retenue.

Aussitôt après la main est retirée de l'eau et de nouvelles lectures sont faites toutes les deux minutes jusqu'au retour à la valeur de base.

Les médicaments vaso-dilatateurs et sédatifs pouvant amoindrir le réflexe vaso-moteur il est bon de s'assurer que le sujet n'a absorbé aucun de ces médicaments depuis vingt-quatre heures. Et, même, pour les bromures, il vaut mieux exiger plus de vingt-quatre heures d'abstention.

Le réflexe maximum intervient souvent dans les trente secondes. Chez les sujets normaux le retour à la valeur de base se fait en deux minutes après que la main a été retirée de l'eau froide. L'hypertension allonge souvent est intervalle.

C'est surtout l'élévation de la tension diastolique que décèle la vaso-constriction mais mieux vaut considérer aussi la systolique.

Une tension systolique élevée de plus de 2 cm. de mercure et une diastolique de plus de 15 mm. au-dessus de la valeur de base indiquant une hyperréaction vaso-motrice.

G. L.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

❖ ❖ ❖

Quelle conduite tenir en présence d'une tumeur du cerveau ?

D'après le Docteur Mahoudeau (*)

Les éléments d'un diagnostic

Des troubles mentaux, une hémiplégie survenus dans des conditions insolites ou sans étiologie précise ; une crise d'épilepsie bravais-jacksonienne ; une acromégalie ; certains troubles visuels doivent systématiquement faire envisager la possibilité d'une tumeur cérébrale.

Dès qu'un examen neurologique minutieux aura confirmé cette idée, le réflexe habituel est d'envisager la nécessité d'une *ponction lombaire*. Or, il faut savoir qu'une telle manœuvre *n'est pas sans danger*, et doit être proscrite, s'il y a probabilité de tumeur cérébrale. Elle risque, en effet, de provoquer la mort subite, dès l'issue des premières gouttes de liquide. D'ailleurs, en pareil cas, l'examen du liquide céphalo-rachidien n'a pas toujours la valeur qu'on pourrait croire. La rachicentèse ne donne souvent que des renseignements trompeurs : liquide hypotendu dans la cavité rachidienne, malgré l'hypertension intracrânienne, en raison d'un blocage du trou occipital par la tumeur ou un cône de pression cérébrale ; réaction cellulaire, faisant croire à une méningite, alors qu'il s'agit seulement d'une éphémère réaction méningée puriforme aseptique ; réaction de Bordet-Wassermann positive en l'absence de toute spécificité ; dissociation albumino-cytologique, etc.

En pareille circonstance, il faut *avant tout demander l'examen de l'ophtalmologiste*. La constatation d'une *stase papillaire* est le signe majeur de l'hypertension crânienne, c'est-à-dire le plus souvent d'une tumeur cérébrale et toujours d'une affection neuro-chirurgicale. Cet examen est aussi indispensable que l'emploi du sphygmomanomètre pour les cardiologues.

Si l'ophtalmologiste signale l'existence de stase papillaire, aucune hésitation n'est permise : le malade doit être adressé sans tarder dans un centre neuro-chirurgical pour y être surveillé, et au besoin traité après supplément d'enquête. Inversement, s'il ne constate pas de stase, on ne doit pas se hâter de conclure rapidement à l'absence de tumeur ; son apparition peut, en effet, être retardée dans certaines variétés de tumeur : régions frontale et rolandique ; d'autre part, les tumeurs de la région hypophysaire ne provoquent même jamais la moindre stase papillaire jusqu'à la fin de leur évolution. Si le doute persiste, l'examen sera renouvelé régulièrement. Enfin, on n'oubliera pas qu'un « œdème léger de la papille », un aspect flou des bords de la papille », une simple « dilatation veineuse » sont souvent un aspect de la stase papillaire au début.

L'ophtalmologiste s'enquerra en outre de l'état de l'acuité visuelle, qui peut résulter d'une atrophie primitive du nerf optique par compression ou par inflammation. A ce moment la vue baisse, et parfois avec une grande rapidité ; si une trépanation n'est pas pratiquée dans les jours qui suivent, la cécité complète ne tarde pas ; dès lors, aucun traitement n'est plus capable de sauver la vue. Enfin la forme du champ visuel sera étudiée, et mettra parfois en évidence une hémianopsie.

La ponction lombaire ne sera autorisée que si on ne découvre aucune stase papillaire, et si le diagnostic de tumeur cérébrale reste cliniquement douteux.

Dans certains cas, on prendra l'avis d'un oto-rhino-laryngologiste ; une réponse négative, en ce qui concerne l'examen des oreilles et du labyrinthe, permettrait seule d'écarter le diagnostic d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux ou de la fosse postérieure, qui provoque toujours des troubles dans les réactions labyrinthiques.

Enfin, les radiographies du crâne sont susceptibles d'apporter très souvent d'importants renseignements. Mais, en pratique, on ne peut guère obtenir, en dehors des centres spécialisés, des radiographies crâniennes d'interprétation facile ; aussi est-il inutile, couramment, de réclamer ces radiographies. Il y a cependant une importante exception : c'est lorsqu'on soupçonne une tumeur de la région hypophysaire. En ce cas, une bonne radiographie de profil de la selle turcique donne presque toujours une image, très facile à interpréter. Il peut s'agir : soit d'une augmentation, parfois considérable, du volume de la selle avec contour flou, érodé et même disparition des apophyses clinoïdes et de la lame quadrilatère ; — soit de calcification, supra- et juxta-sellaires, attestant presque à coup sûr

(*) *La Science Médicale pratique*, mai 1939.

la présence d'une tumeur de la poche de Rathke.

Si cependant, malgré la persistance de résultats négatifs de ces examens, et même l'absence de stase papillaire, l'évolution se prolonge (céphalée, signes de localisation plus précis), il arrive que le praticien, bien qu'hésitant, ne puisse éliminer l'hypothèse d'une tumeur. On doit alors, sans plus attendre, recourir au procédé radio-chirurgical, dont le verdict est à peu près sans appel : la *ventriculographie*. Après anesthésie locale, on pratique deux trous de trépan dans la région occipitale ; par ces orifices, il est très facile, et sans aucun danger, de ponctionner les ventricules latéraux et d'y injecter de l'air. Des radiographies de face et de profil précisent la position, la forme et le volume des ventricules, qui présentent des anomalies aisément visibles dans 99 % des tumeurs du cerveau. Autant en pareil cas, la ponction lombaire est imprudente, autant la ventriculographie est exempte de danger et constitue une méthode de toute sécurité. Chez des sujets ne présentant pas de tumeur cérébrale, des milliers de ventriculographies n'ont jamais causé aucun accident. Chez les sujets porteurs d'une tumeur, elles n'ont occasionné d'accident que dans des cas absolument exceptionnels.

A la ventriculographie, il faut se garder de substituer l'injection d'air par voie lombaire (encéphalographie), même dangereuse au même titre que la ponction lombaire.

***

Les méthodes de traitement

Un traitement chirurgical s'impose dans la grande majorité des cas ; pourtant il est rare qu'on soit rapidement en mesure d'affirmer le diagnostic : lenteur des examens spéciaux ; peu de signes d'hypertension crânienne ; pas de stase papillaire.

Cependant, les signes s'aggravent avant qu'on ait la réponse du spécialiste, et certains accidents peuvent survenir. Il faut savoir y parer et connaître ce qui constitue le *traitement d'attente*.

Des crises convulsives de plus en plus rapprochées, des accès jacksoniens bénéficieront des médications chloralées et bromurées ou des barbituriques. Si les crises sont très fortes, on substituera, ou on associera avantageusement aux médicaments par voie buccale des injections sous-cutanées de gardénal sodique, à la dose de 5, 10 ou 15 centigrammes.

La complication la plus redoutable est l'œdème cérébral, amplifiant la symptomatologie, ou créant un accès brutal et intense ; le cerveau, devenu plus diffluent et plus volumineux peut faire hernie à travers les orifices du crâne, d'où compression possible du bulbe (troubles respiratoires, cardiaques), des pédoncules cérébraux (crises de Jackson). Pour diminuer l'œdème, et décomprimer le cerveau : décubitus dorsal, tête basse, avec surélévation des pieds du lit à 50 centimètres du sol (on évite ainsi l'engagement dans les trous de la base du crâne) ; administration d'une substance hypertonique, goutte à goutte rectal de 30 grammes de sulfate de magnésie dans 200 à 250 centimètres cubes — ou injections intraveineuses ; soit de sulfate de magnésie, de chlorure de sodium, soit mieux de sérum glucosé hypertonique (10 à 20 c. c. d'une solution de glucose à 30, 40 et même 50 % — injecter très lentement, 10 c. c. en cinq minutes). Cette action est presque immédiate, mais seulement temporaire ; il ne faut pas en abuser (deux ou trois fois dans la même journée), car l'œdème semble récidiver d'autant plus vite que sa rétrocession est plus fréquemment sollicitée.

Dans les cas d'extrême urgence : ponction ventriculaire décompressive, dont la technique opératoire est analogue à celle de la ventriculographie. La ponction lombaire doit être proscrite ; elle peut causer la mort subite en provoquant un engagement du cône de pression cérébral dans les trous craniens.

Mais l'*intervention chirurgicale* reste la seule chance de salut, et la radiothérapie n'est vraiment indiquée que dans les adénomes hypophysaires peu évolutifs, ne comprimant pas sérieusement le chiasma optique.

L'abstention opératoire, en effet, voue le malade à une mort certaine, précédée d'une période plus ou moins longue de cécité, de troubles mentaux, de céphalée extrêmement pénible. Les neuro-chirurgiens ne se reconnaissent donc pas le droit de refuser une intervention, si minimes que soient les chances de réussite. Les résultats opératoires dépendent de trois facteurs : la nature histologique de la tumeur (imprévisible), le siège de la tumeur, la précocité du diagnostic et du traitement. C'est sur ce dernier facteur, que doivent porter tous les efforts, si l'on veut améliorer encore le pourcentage des résultats favorables.

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Les indications opératoires dans les mastoïdites aiguës

En conclusion de son travail le Docteur HENRI-FISCHER peut formuler la règle suivante :

Au cours d'une otite bien drainée, bien traitée, soit par la sérothérapie, soit par la vaccinothérapie sans oublier la chimiothérapie, s'il persiste de la température ou de la douleur spontanée ou provoquée (bien éliminer la part nerveuse du sujet malade), on doit opérer et ne pas attendre les complications ou les phénomènes généraux, toujours graves, pour intervenir.

A cette règle, ajoutons les deux corollaires suivants :

1° Dans toute intervention précoce il convient d'avoir sans cesse présent à l'esprit le danger qui peut exister par suite de l'état d'inflammation aiguë des tissus malades, et de l'insuffisance du système de défense encore non mobilisé ;

2° Dans toute intervention, retardée prudemment bien entendu, les tissus sont alors armés pour la défense par suite de la formation de barrières naturelles par réactions des tissus, par l'apparition des anticorps, qui favorisent les chances d'une guérison spontanée. D'autre part l'action vaccinale (auto-vaccin), sérothérapique, chimiothérapique ou encore l'anatoxine staphylococcique a le temps d'agir. (*Gaz. Hebd. des Sc. Médicales de Bordeaux* 14 mai 1939.)

La cirrhose ictéro-pigmentaire xanthomateuse

Le Professeur N. FIESSINGER et F.-P. MERKLEN pensent que, dans le cadre des cirrhoses hypertrophiques avec ictère, mérite sans doute de prendre place un syndrome complexe groupant : une mélanodermie, vraisemblablement pour une part d'origine surrénalienne ; une hypercholestérolémie, qu'explique sans doute la cirrhose et qui se constitue malgré l'insuffisance surrénale associée ; et surtout des placards et dépôts xanthomateux cutanés multiples et particulièrement importants. C'est à ce syndrome spécial qu'ils proposent d'attribuer le nom de cirrhose ictéro-pigmentaire xanthomateuse. (*Paris Médical*, 20 mai 1939.)

Les limites du tabès

Le médecin non spécialisé voit fréquemment des tabès frustes, camouflés sous l'apparence d'une maladie générale mal définie, d'un trouble digestif, circulatoire ou urinaire. Souvent même il les découvre, inapparents, et sommeillants pendant qu'évolue au premier plan une affection viscérale qui lui est étrangère. Le Professeur RIMBAUD rapporte quelques intéressantes observations de ce genre, et, à cette occasion, il se demande comment il est possible d'affirmer que ces malades sont réellement des tabétiques. Il passe en revue les principaux symptômes du tabès, et, pour chacun d'eux, il établit quelles sont les autres maladies capables de les provoquer également. Les réactions humorales sont également étudiées sur le mode critique.

Finalement, il ressort de la discussion que c'est à l'analyse clinique que revient le dernier mot dans le diagnostic du tabès. Elle doit considérer d'abord la valeur intrinsèque de chacun des symptômes : abolition des réflexes tendineux, hypotonie musculaire, troubles pupillaires, réactions humorales ; douleurs fulgurantes ; troubles de la sensibilité profonde ; crises viscérales (surtout gastriques), troubles des sphincters, troubles génitaux. Il convient ensuite de faire un choix parmi ces symptômes et d'apprécier leur groupement, car il n'y a pas de tabès monosymptomatique. Deux ou trois symptômes majeurs (les quatre premiers énoncés plus haut) imposent le diagnostic ; on exigera un nombre plus grand des autres symptômes, et surtout on cherchera à en fixer rigoureusement les caractères.

Il faut donc interroger, explorer, fouiller son malade pour dépister des signes délicats qui feront le diagnostic. Il faut connaître son passé. S'il n'y a pas syphilis, il n'y a pas tabès. Les réactions humorales sont là, pour affirmer qu'il y eut infection. Mais, si elles étaient en défaut, n'a-t-on pas le droit de faire état des affirmations d'un sujet sincère, qui vous apporte des précisions sur la contamination ou les caractères de l'accident primitif et des accidents secondaires. Ainsi on ne doit pas tenter de fixer au tabès de limites indiscutables et définitives. Que le clinicien se demande seulement si « raisonnablement » le malade, qu'il analyse, peut être considéré ou non comme un tabétique. Mais il ne faut pas espérer obtenir de cette investigation clinique des éléments de certitude : elle ne peut prétendre à dicter, dans la question de la délimitation du tabès, des règles invariables : la physiopathologie générale peut avoir ses lois ; la pathogénie individuelle n'en a pas. (*Archives de Neurologie*, n° 1, 1939.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La question du pain

(M. P. LASSABLIÈRE ; 20-6-1939)

Depuis la guerre la consommation du pain, en France, a diminué d'environ 25 pour 100. Cette désaffection des Français pour un aliment considéré dans notre pays comme « national » tient à plusieurs causes : usage plus grand des viandes, des fruits, des produits coloniaux, et aussi qualité diminuée du pain. Aliment devenu moins bon, celui-ci a perdu une partie de sa faveur.

Entre 1918 et 1922, la récolte du blé en France était nettement insuffisante et il a fallu incorporer à la farine de blé des mélanges de succédanés. Par la suite, on eut recours à des cultures à plus grand rendement mais par cela même de qualité inférieure. On introduisit, d'autre part, dans les farines des « améliorants » chimiques, dont l'emploi fut d'ailleurs interdit, mais qui n'en jetèrent pas moins un certain discrédit sur le pain. D'autres causes sont venues encore troubler le problème de la bonne panification : emploi des pétrins mécaniques, substitution des levures à l'ancien levain, due à la nécessité d'une fabrication plus rapide, nécessité augmentée en raison des loi sociales actuelles.

L'importation de blé étranger, plus dur, plus riche en gluten, plus panifiable ne put résoudre le problème, vu l'utilité de protéger le cultivateur français et les paiements en devises étrangères rendus de ce fait nécessaires. Ainsi prit naissance l'organisation actuelle du marché du blé.

Jusqu'en 1936, le marché était régi en France par la Bourse du Commerce. A cette époque, l'Office national du blé a été créé. Tous les blés sont contrôlés et achetés par cet Office, qui les paie 200 francs le quintal aux cultivateurs. La récolte dépassant notablement la consommation, il fallut exporter du blé, à perte (le prix mondial étant inférieur au prix payé par l'Office). De là, quelques majorations et taxes instituées à son profit par l'Office lui-même : majoration de 19 francs pour la meunerie, taxe « de résorption des excédents » payée par l'agriculteur. Ces taxes donnèrent 1 milliard 300.000.000, en 1938, chiffre très insuffisant.

L'Etat dut apporter son appui sous forme d'« avance » à l'Office, de 2 milliards 300.000.000 de francs.

Il convient d'ajouter qu'une mise au point des levures et le perfectionnement des pétrins mécaniques ont déjà annulé les inconvénients signalés à leur sujet au début de leur emploi. M. Lassablière estime qu'actuellement le remède à la qualité défectueuse du pain réside : dans la mise en culture de blés indigènes contenant une quantité importante de bon gluten, permettant une panification relativement rapide ; dans le contrôle scientifique des blés avec les farinographe, fermentographe, amylographe, extensographe, comme on contrôle le lait, les œufs, la viande, etc.

Le travail de M. Lassablière est renvoyé à la Commission du pain.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Infarctus utéro-ovarien et nécrose d'un fibrome par injection intra-utérine de permanganate de potasse

(MM. G. CABANIÉ, G. DECROP et Mlle LAFFORET. — Rapport de M. MOULONGUET ; 29-3-1939)

Les infarctus consécutifs à des injections intra-utérines d'eau savonneuse, faites dans le but de provoquer l'avortement, sont bien connus. L'observation d'infarctus utérin rapportée par M. Cabanié et ses collaborateurs présente deux particularités : le liquide injecté était non de l'eau savonneuse, mais du permanganate de potasse (solution à 1/450), et il ne s'agissait pas d'un utérus gravide, mais d'un utérus porteur de fibrome.

Les accidents qui succédèrent à l'injection intra-utérine en question ont été presque immédiats. Déjà, à la 12e heure, la température était à 39°5, le ventre contracturé et le Douglas douloureux. L'opération, faite à la 22e heure, permit de constater un infarctus utéro-ovarien, une gangrène fétide dans la corne droite et un noyau fibromateux en voie de nécrobiose.

Les recherches de Gross sur la « nécrose alcaline » de l'utérus après injection de savon n'ont pas montré une action spécifique de celui-ci, mais plutôt le déclenchement (inconstant du reste) d'un réflexe vasculaire. On comprend que d'autres agents chimiques puissent provoquer ce même réflexe et tel a été le cas ici du permanganate de potasse.

Gross signalait d'autre part, qu'à sa connaissance, il n'existait pas d'observation d'infarctus véritable déterminé par injection caustique, en dehors de la grossesse. Il est vrai que sur l'utérus fibromateux enlevé par les auteurs, les lésions de nécrose étaient presque limitées aux noyaux myomateux et respectaient le muscle utérin lui-même.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

◆ ◆ ◆

LES ŒUVRES MÉDICALES

La plupart de nos œuvres médicales n'ont pour vivre et pour durer que les dons et les héritages que veulent bien faire ceux qui s'intéressent à elles. C'est dire que nous nous trouvons souvent associés à des événements heureux, à la naissance d'enfants ou de petits-enfants, à des promotions honorifiques. Bien souvent à la fin de réunions confraternelles ou gastronomiques, un don est fait à l'une de nos œuvres. J'ai toujours plaisir, en le recevant pour la Maison du médecin, à voir que nous ne sommes pas oubliés et que tant des nôtres pensent à leurs confrères moins heureux. Les héritages, s'ils sont plus rares, ont cependant permis à plusieurs de nos œuvres de constituer un capital suffisant pour assurer leur avenir. Il est certain qu'ils devraient être encore plus nombreux, quand on pense à tous nos confrères, qui meurent sans héritiers directs et voient leur fortune revenir en grande partie à l'Etat, car les impôts versés par les parents éloignés sont si lourds que le capital s'évapore.

A l'heure actuelle de bien des côtés nous recevons des offres généreuses de propriétés représentant une valeur et qui nous sont léguées sous la condition formelle de devenir des maisons de retraite pour vieux médecins. Cette généreuse proposition, que nous voudrions accepter, nous met dans un bien cruel embarras. Nous n'avons pas actuellement la possibilité d'ouvrir partout des maisons de retraite, de les équiper, de les surveiller, de les faire vivre, et si nous avons pu mener à bien l'organisation de celle de Valenton et de celle d'Antibes, si nous en projetons une dans le Sud-Ouest, nos donateurs doivent comprendre qu'une propriété sans des revenus pour l'entretenir n'est actuellement pour nous qu'une charge. Je voudrais que ces donateurs comprennent que leur don nous serait bien plus utile, s'ils nous laissaient la possibilité d'en disposer et s'ils voulaient nous laisser libres de gérer au mieux des intérêts du Corps médical l'héritage qu'ils nous laissent. De toutes façons, que leur domaine soit conservé ou non, leur souvenir sera également vivant parmi ceux qu'ils auront aidé à secourir.

Désirant leur témoigner notre gratitude, nous étudions pour perpétuer le souvenir de ceux qui nous ont aidés, l'édition d'une plaquette où on retrouvera une biographie, des souvenirs, des photographies de ceux qui ont participé à l'édification des œuvres médicales. C'est un hommage, qui est bien dû à leur mémoire, et nous voudrions que leur exemple soit plus souvent imité.

Les dons qui nous viennent d'un peu partout soulèvent parfois de petits conflits entre confrères, et dernièrement il m'a été donné d'en observer un que je voudrais rapporter.

A la suite d'une chronique parue ici-même sur la manière entre médecins, de reconnaître un service rendu, soit pour une opération faite, pour un traitement coûteux appliqué, nous avions suggéré l'idée de faire verser, à une œuvre médicale, une somme d'argent représentant la reconnaissance du service rendu.

Cette idée nous a valu quelques générosités, plusieurs confrères ont adopté cette façon d'honorer un confrère et chaque fois qu'on leur demande ce qui leur est dû, en refusant d'être honorés ils suggèrent de faire un don à une œuvre médicale. Cependant le don n'arrive pas toujours, il reste à l'état d'intention et les jours passant, l'intention elle-même s'envole avec la reconnaissance.

A plusieurs reprises, il m'a été demandé si j'avais bien reçu des Docteurs X. ou Y des sommes pour la Maison du médecin ; ne retrouvant rien dans notre comptabilité, j'ai pensé que peut-être les dons ont été anonymes, et pour avoir une possibilité de recoupement, je dirai à mes correspondants, de me préciser l'époque, où les versements ont été faits, et leur montant Il me sera permis de voir si la générosité a bien été faite. Je pense d'ailleurs que le mieux est de demander un chèque au nom de la maison du médecin et de nous l'adresser directement.

Ces petits incidents, j'ai cru utile de les signa-

ler pour que ceux, qui se sont engagés à verser et qui ne l'ont point fait, sachent qu'une vérification est toujours possible près de nous, et pour que ceux qui pensent continuellement à nous aider sachent que tout est soigneusement consigne pour permettre un contrôle.

Que deviendront les œuvres médicales si la retraite du médecin réussit à voir le jour ? Je pense qu'elles se révéleront encore plus utiles ; qu'avec de petites modifications de leurs règlements intérieurs, elles s'adapteront aux situations nouvelles, qu'elles apporteront même une aide plus large car leur trésorerie ne sera pas obligée de supporter *entièrement*, comme c'est le cas aujourd'hui, les frais d'entretien des médecins complètement dénués de ressources.

A tous ceux, et ils sont nombreux qui nous aident, qui nous offrent meubles, immeubles, valeurs, je tiens à dire que c'est toujours l'amélioration du sort de nos confrères qui nous guide, que les confrères et les maîtres qui, pour les administrer, consentent à distraire de leurs occupations, le temps nécessaire à une bonne gestion n'ont d'autres directives, et que la plus grande équité préside à toutes les décisions prises. Les protections, les recommandations, les passe-droits n'ont point chez nous leur place et c'est avec peine que nous voyons de temps à autre un confrère essayer de forcer la porte avec des certificats arrachés à la complaisance d'autres confrères. Presque toujours la ruse est éventée à temps, mais nous voudrions que tous comprennent la part qu'ils ont à la bonne marche des œuvres, que nées du Corps médical, développées par le Corps médical, elles constituent sa propriété, et que nul ne saurait les ignorer, ou s'en désintéresser.

En créant un centre de liaison de toutes les œuvres, nous avons voulu les faire mieux connaître, et ne plus avoir la tristesse de constater tant d'ignorance, comme celle de ce jeune confrère, dont parlait notre directeur le Docteur Noir, qui ignorait l'Association générale des médecins de France. Tous ceux qui pensent à notre profession trouveront à notre centre de liaison, 60, boulevard de La Tour-Maubourg, une petite brochure où toutes les Œuvres médicales sont réunies, où un court historique sur chacune d'elles permet de fixer les idées et ainsi, instruits des efforts faits par leurs aînés nous ne doutons pas du concours que nous apporteront des plus jeunes, assurant ainsi à tout ce qui a été fait, la pérennité qui leur est nécessaire.

Dr Raphaël MASSART.

SIMPLE QUESTION A MESSIEURS LES PSYCHIATRES

Comment faire transporter à l'Asile (pardon ! à l'hôpital psychiatrique) un aliéné, dont la famille demande à juste titre l'internement, mais qui s'y refuse lui de toute son énergie ?

Le cas suivant s'est présenté à moi ces jours-ci et, jusqu'à présent, demeure pendant.

Un incorrigible pochard en est, depuis déjà plusieurs mois, arrivé aux accidents nerveux. L'an dernier, à la suite d'une crise de delirium fort impressionnante, je l'ai expédié à Sainte-Anne où il est resté quatre mois et demi.

Au bout de ce temps, comme il adjurait sa femme de le faire sortir et qu'il faisait les plus émouvantes promesses de sobriété, la malheureuse le reprit. Quelques mois passèrent dans le calme. Et puis le vin reprit le dessus.

Ces jours-ci, crises épileptiformes. Depuis la veille au soir c'était la sixième. Gardénal : les crises cessent. Mais les hallucinations apparaissent et un début de délire de persécution.

Hier la femme me contait qu'elle avait passé une nuit atroce, se demandant à tout moment s'il fallait appeler au secours, fuir dans la rue ou essayer de calmer l'énergumène. Elle a atteint le petit jour sans anicroche, mais appréhende la nuit suivante. Elle avait déjà timidement, et par euphémisme, parlé de « l'hôpital ». J'en parlai à mon tour. Nous nous heurtons à un refus buté. Bien entendu il est inutile de lui représenter que sa femme, que sa fille, des travailleuses, ont besoin de repos, ni ce que ces crises délirantes ont de dégradant aux yeux d'une jeune fille.

Alors, que faire ? Demander l'intervention de la police ? Inutile, la police n'intervient qu'à propos d'un crime, d'un délit, d'un scandale sur la voie publique. Ficeler le sujet comme il le mérite et le jeter dans une voiture ? Il faudrait du renfort ; et puis que dirait le voisinage ? L'assommer de morphine ? c'est ce que j'ai conseillé de faire. Encore acceptera-t-il les piqûres ? Il prétend que sa femme et moi voulons l'empoisonner.

A ce propos j'ai relu la controverse qui s'est récemment dans ce journal sur l'Instruction ministérielle du 8 décembre dernier. Il paraît, à en croire le Docteur R. Benon, que grâce à cette Instruction « l'aliéné désormais entrera à l'Asile avec la même facilité à peu près qu'un malade ordinaire entre à l'hôpital ».

Allons, tant mieux. Dès demain j'irai lire à mon homme le texte intégral de M. Marc Rucart et j'ai bon espoir que, bercé par cette prose officielle, il aura un sourire béat et se laissera emmener « avec facilité ».

G. LAVALÉE.

UN PHARMACIEN A-T-IL LE DROIT DE REFUSER D'EXÉCUTER UNE ORDONNANCE MÉDICALE ?

Un avocat nous adresse la lettre suivante :

Je me permets de vous écrire au sujet d'une affaire intéressant un de mes clients, qui exerce la profession médicale dans la région.

Voici de quoi il s'agit : ce médecin demeure dans un village où il y a un pharmacien, ainsi qu'un autre médecin. Il y a quelques jours mon client prescrivit une ordonnance concernant un malade qui s'était brisé la clavicule ; c'était le soir. L'ordonnance fut portée à la pharmacie. La servante déclara qu'elle allait donner le document au pharmacien ; elle revint au bout de quelques instants, déclarant que son maître n'était pas là, mais que si l'ordonnance avait été prescrite par l'autre médecin, il n'en aurait peut-être pas été de même. Ces déclarations ont été faites en présence de quatre témoins.

La question qui se pose est de savoir si un pharmacien peut refuser son ministère de cette façon, et profiter de ses fonctions qui sont un monopole dans le pays, pour pratiquer contre un des médecins au profit de l'autre une obstruction systématique.

Ce sont là des questions un peu spéciales, touchant les rapports professionnels des membres du Corps médical, et j'ai pensé que vous ne refuseriez pas de m'aider de vos lumières en la circonstance.

Jean R..., avocat

Réponse

On doit tout d'abord se demander si, ayant le monopole exclusif de la délivrance et du débit des médicaments, les pharmaciens ne sont pas, de la sorte, investis d'un service public? Partant, ils ne sauraient se refuser à la délivrance d'un médicament.

Disons de suite que nous éliminons le cas où le client se présente à la pharmacie porteur d'une ordonnance médicale irrégulière, ou n'ayant aucune ordonnance. En effet, l'article 32 de la loi du 21 germinal an XI oblige le pharmacien à se refuser à tout débit de médicament, lorsque le client n'est pas porteur d'une prescription émanant d'un docteur en médecine.

Certes, dans la pratique courante, cette injonction légale est maintes fois violée, car tous les pharmaciens de France débitent chaque jour des quantités de médicaments, alors que l'acheteur n'est porteur d'aucune ordonnance magistrale émanant d'un médecin.

Une seule exception doit être faite, en ce qui concerne les produits pharmaceutiques, qui renferment des toxiques surtout ceux du tableau B. Dans ce dernier cas, le pharmacien est tenu de conserver l'ordonnance médicale et d'en délivrer copie au malade.

J'élimine encore les cas où, par contrat, le pharmacien s'est obligé à débiter des médicaments à certains clients : par exemple, le pharmacien, qui adhère au règlement départemental de l'Assistance médicale, celui qui a une convention avec une Société de secours mutuels, avec un hôpital, etc... Lié par son contrat, le pharmacien renonce à son droit de refuser des médicaments à ceux des malades qui sont bénéficiaires de ce contrat.

Au contraire, lorsque le libre choix du pharmacien est absolu, comme en matière d'accident du travail, le pharmacien se trouve en droit de refuser de débiter aux conditions prescrites par les lois ou règlements, en vigueur pour l'application de ces législations.

Notons qu'en matière de soins aux pensionnés de guerre, la question qui nous occupe a été formellement résolue par un décret-loi du 25 juillet 1935 donnant aux préfets le droit de réquisition des médicaments nécessaires aux pensionnés, en cas de refus de délivrance par les pharmaciens.

Nous restons ainsi en présence du seul cas suivant : lorsqu'un malade de droit commun se présente dans une officine porteur d'une ordonnance médicale régulière, le pharmacien est-il en droit de refuser l'exécution de la prescription ? Tous les auteurs, notamment Perreau, Législation et Jurisprudence pharmaceutique page 272 et suiv, Renard, le Droit de la profession pharmaceutique, page 166 et suivantes, la Cour d'Aix, 17 octobre 1910, décident que le pharmacien reste toujours libre de refuser le débit d'un médicament.

On pourrait, *a priori*, soutenir qu'en contrepartie du monopole de vente des médicaments, accordé aux pharmaciens par la Déclaration royale du 25 avril 1777 et par la loi du 21 germinal an XI, le pharmacien ne saurait se soustraire à la demande formulée régulièrement pour le débit d'un médicament. On pourrait citer, en ce sens, les analogies tirées des arrêts de Dijon,

17 mars 1913 (*Gaz. Trib.*, 3 juin 1913) et Toulouse 11 décembre 1913 (*La Loi*, 4 mai 1914) en matière de concession d'exploitation de distribution électrique.

Mais, on peut faire remarquer que, lorsque existent plusieurs pharmaciens dans la même localité, ou lorsqu'il est possible de s'approvisionner dans une officine assez rapprochée, il n'y a pas monopole au sens précis du mot. La question pourrait être discutable, dans le seul cas où il n'existe qu'une seule pharmacie dans la localité, alors qu'il est difficile de recourir à un autre pharmacien. Bien entendu, nous éliminons les cas d'urgence, dans lesquels les devoirs d'humanité obligent tout citoyen à porter secours à une personne malade.

Mais, si comme tout autre commerçant, le pharmacien demeure en droit de refuser une vente, encore faut-il que ce refus ne constitue pas un abus de droit, ni un acte désobligeant au regard du médecin prescripteur. Il faut que le motif du refus soit sérieux, grave, presque indiscutable, comme contre-partie du monopole institué par la loi de Germinal. Tel est le sens d'un avis du Conseil d'Etat du 20 juin 1900 (Sirey, Lois annotées, 1902, p. 452).

Tout comme les médecins, les pharmaciens abusent de leur droit, lorsque, sans motif valables, il se refusent à porter secours à un malade, lorsque ledit malade ne peut pas recourir aux bons offices d'un autre praticien. La jurisprudence est assez abondante en ce qui concerne les abandons de malades par les médecins.

Aussi, le client peut-il invoquer cet abus de droit pour formuler une action basée sur l'article 1382, Code civ. (Trib. civ. Saint-Girons, 19 juin 1911; *Annales de jurisprudence pharmaceutiques*, 1913-60).

Serait aussi répréhensible le pharmacien qui accompagnerait son refus de critiques à l'égard du médecin (Cour d'Alger précité).

Nous devons conclure que tout en restant théoriquement libre de vendre à qui bon lui semble, comme tout commençant en a le droit, le pharmacien voit ce droit limité par le monopole de débit des médicaments, qu'il tient de la législation sur la pharmacie. Son droit ne doit pas dégénérer en abus, car avant tout, il ne faut porter aucun préjudice à l'individu malade. Les devoirs d'humanité s'imposent aux pharmaciens, comme aux médecins, pour les contraindre à porter secours à autrui, lorsque aucun motif grave ne dicte leur refus, ou lorsqu'il est impossible de recourir à un autre praticien.

De plus, ce refus ne doit pas reposer sur une animosité qui peut exister entre médecin et pharmacien, car, non seulement c'est le malade, qui fait les frais de cette discorde, mais encore le médecin est-il en droit de demander réparation du préjudice, qui lui est occasionné, par des propos malveillants, accompagnant le refus de médicaments.

Que le malade, si ses intérêts sont lésés, porte le litige devant les Tribunaux de droit commun : c'est son affaire. Mais si le médecin a à se plaindre des propos malveillants du pharmacien, je conseille instamment de soumettre le litige interconfraternel au Conseil de famille, qui pourra réunir des membres des Syndicats de médecins et de pharmaciens. Souvent, une bonne explication permettra de faire comprendre aux deux adversaires qu'ils sont les victimes de racontars : à la suite d'une complète discussion, la bonne harmonie peut régner entre les adversaires d'hier.

Conclusion

Dans le cas qui vient de m'être soumis, je dois proclamer le droit absolu du pharmacien pour refuser d'exécuter une ordonnance, que lui présente un malade de droit commun, lorsqu'il n'y a pas urgence. Mais ce refus ne doit pas être accompagné de propos désobligeants à l'encontre du médecin signataire de l'ordonnance.

Dans l'espèce que me signale l'avocat, il est difficile, pour le malade, de se plaindre devant les Tribunaux, pour demander réparation d'un dommage qui lui a été causé. Le pharmacien a fait répondre qu'il n'était pas chez lui : c'est une raison péremptoire, qui doit être tenue pour vraie, jusqu'à preuve du contraire.

Quant au médecin, il ne peut appuyer sa plainte que sur les propos qu'a tenus la domestique du pharmacien, lesquels propos seront certainement démentis, ou seront considérés comme ayant été mal interprétés.

C'est pourquoi je conseille vivement de porter le litige non pas devant le Juge de paix, mais devant le Conseil de famille. Le médecin s'adressera à son Syndicat, lequel alertera le Syndicat des pharmaciens, aux fins de constituer un Conseil de famille, un arbitrage interconfraternel, composé de membres des deux Syndicats. Nous avons le devoir absolu de sauvegarder le prestige de nos deux professions au regard de l'opinion publique, qui a trop tendance à nous suspecter les uns et les autres.

Dr Paul Boudin.

L'ASSURANCE SUR LA VIE ET LE FISC

Nous recevons depuis quelque temps des lettres de médecins nous demandant si le capital versé par les Compagnies au bénéficiaire d'une assurance sur la vie est grevé d'impôts importants.

Beaucoup craignent que les lourds sacrifices qu'ils s'imposent pour assurer un capital à leur femme ou à leurs enfants, dans le cas où ils viendraient à disparaître, ne soient rendus inutiles par suite des exigences fiscales.

Ils nous prient d'indiquer dans le *Concours Médical* les droits que les bénéficiaires d'assurances sur la vie ont à acquitter à la mort de l'assuré.

Nous allons donc nous efforcer de donner des précisions sur cette question controversée.

L'Administration de l'Enregistrement ne pouvant admettre que celui qui recevait gratuitement d'une Compagnie d'Assurances une somme importante, à la mort de l'assuré, ne payât aucun impôt alors que les héritiers dudit assuré acquittaient les droits de succession, fit voter par les Chambres la loi du 21 juin 1875 dont l'article 6 est ainsi conçu :

« Sont considérés, pour la perception du droit « de mutation par décès comme faisant partie « de la succession d'un assuré, sous la réserve des « droits de communauté, s'il en existe une, les « sommes, rentes ou émoluments quelconques « dus par l'assureur à raison du décès de l'as- « suré. Les bénéficiaires à titre gratuit de ces « sommes rentes ou émoluments sont soumis aux « droits de mutation suivant la nature de leurs « titres et leurs relations avec le défunt confor- « mément au droit commun. Cette disposition « n'est pas applicable lorsque l'Assurance a été « contractée à l'étranger, et que l'assuré n'avait « en France, à l'époque de son décès, ni domi- « cile de fait ni domicile de droit. »

Sous l'empire de ce texte le droit de mutation par décès était dû par le bénéficiaire de l'Assurance à la mort de l'assuré. Si ce bénéficiaire était autre que la femme de l'assuré le droit de mutation par décès était calculé sur la somme totale touchée suivant un taux déterminé par la parenté existant entre l'assuré et le bénéficiaire de l'assurance.

Si c'était la femme de l'assuré qui touchait le capital, et que les époux fussent mariés sous un régime comportant la communauté le capital entrait dans l'actif commun et la femme ne payait les droits de succession que sur la différence entre la somme totale touchée et ce qui lui revenait comme commune en biens.

Ces principes furent appliqués sans contestation jusqu'à la promulgation de la loi du 13 juillet 1930 dont l'article 67 dit :

« Les sommes stipulées payables lors du décès « de l'assuré à un bénéficiaire déterminé ou à « ses héritiers ne font pas partie de la succession « de l'assuré. Le bénéficiaire quelles que soient « la forme et la date de sa désignation est réputé « avoir eu seul droit à partir du jour du contrat, « même si son acceptation est postérieure à la « mort de l'assuré. »

L'article 86 de cette dernière loi abrogeant toutes les dispositions antérieures contraires à celles qu'elle contient, il nous avait paru possible de soutenir dans un article « Les assurances sur la vie et l'Enregistrement » paru dans le *Concours Médical* du n° 43 du 22 octobre 1933 que les droits de mutation par décès n'étaient pas dus sur le capital assuré.

L'Administration de l'Enregistrement a toujours prétendu que la loi de 1930 n'avait qu'un effet civil et ne pouvait abroger celle de 1875 qui était purement fiscale.

Nous n'avions pas eu l'occasion de porter le différend devant les Tribunaux car les Compagnies d'assurances ne paraissaient pas désireuses de faire trancher définitivement la question.

Néanmoins le 10 janvier 1938 le Tribunal civil de Dreux eut à s'occuper d'une affaire dans laquelle la veuve commune en biens d'acquêts avait renoncé à la communauté.

Les héritiers avaient accepté la succession sous bénéfice d'inventaire.

La déclaration de succession comprenait une somme de 100.000 francs dont la veuve était bénéficiaire en vertu d'une police souscrite par le mari, moyennant une prime annuelle de 1.972 fr. 25. Les droits simples exigés sur ce capital s'élevèrent à 4.060 francs.

La veuve assigna l'Administration de l'Enregistrement en remboursement des droits perçus sur le capital assuré.

Le Tribunal de Dreux donna gain de cause à la veuve par son jugement du 10 janvier 1938 ainsi motivé :

« Attendu qu'aux termes de l'article 6 de la « loi du 21 juin 1875 sont considérées pour la per- « ception du droit de mutation par décès comme « faisant partie de la succession d'un assuré sous « la réserve des droits de communauté, s'il en « existe une, les sommes, rentes ou émoluments « quelconques dus par l'assureur à raison du « décès de l'assuré ».

« Attendu que les bénéficiaires à titre gratuit « de ces sommes, rentes ou émoluments quel- « conques étaient soumis aux droits de muta-

« tion, mais attendu que d'après l'article 71 de « la loi du 13 juillet 1930 « le bénéfice de l'assu- « rance contractée par un époux commun en « biens en faveur de son conjoint constitue un « propre pour celui-ci et qu'aucune récompense « n'est due à la communauté en raison des pri- « mes payées par elle à moins qu'elles n'aient été « exagérées eu égard à ses facultés.

« Attendu que cette disposition est d'une « clarté parfaite et ne donne lieu à aucune ambi- « guïté et a pour effet d'abroger les dispositions « de la loi du 21 juin 1875,

« Attendu enfin que l'assurance contractée par « A... ayant été en cas de précédés stipulée « payable à sa veuve le capital assuré consti- « tue un propre pour cette dernière,

« Attendu que, dans ces conditions, la demande « en restitution de la dame Vve A... est bien « fondée,

« Par ces motifs..... »

L'Administration de l'Enregistrement n'a pas accepté cette décision et l'affaire viendra prochainement devant la Cour de cassation.

Nous publierons et commenterons l'arrêt qui sera rendu et qui fera jurisprudence en la matière.

Mais déjà les intéressés devront prévoir qu'à une époque où l'Etat a de si grands besoins il est peu probable que l'on admette l'encaissement sans bourse délier par le bénéficiaire de l'assurance d'un capital important.

Un argument pourtant justifie cette gratuité lorsque le bénéficiaire est la femme ou l'enfant de l'assuré : le capital remplace la retraite pour les professions libérales. Or, les femmes de fonctionnaires ne paient pas de droits de succession pour la part leur revenant dans la retraite de leur mari.

D'autre part, prétendre qu'une loi qui décide que le montant d'une assurance-vie ne fait pas partie du patrimoine de l'assuré, n'a aucun effet fiscal, paraît difficile à soutenir.

En effet la thèse de l'Enregistrement a dans certains cas les conséquences les plus inadmissibles ainsi que le démontre le cas suivant : dans une succession la veuve commune en biens touchait de la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse une pension de 22.000 francs à la mort de son mari. Cette retraite a été évaluée en capital à 244.023 fr. 80 qui ont été compris dans l'actif de communauté ; de sorte que l'héritier nu-propriétaire a payé le droit de mutation par décès sur la moitié de l'actif de communauté comprenant la moitié de cette capitalisation soit sur 122.010 francs qui ne représente pour lui aucun actif puisque la retraite disparaît au décès de la veuve bénéficiaire.

Dans l'impossibilité de justifier l'application d'une thèse ayant des conséquences aussi inadmissibles, l'Administration a soutenu que si on n'imposait pas le capital il fallait exiger de la part de l'époux bénéficiaire une récompense à la communauté égale au montant des primes versées.

Un jugement du Tribunal de Beauvais du 18 mars 1937 a décidé qu'il appartenait aux contestants de rapporter la preuve que les primes payées étaient supérieures aux facultés de la communauté, qu'ils n'ont pas rapporté cette preuve : par conséquent la récompense a été refusée (*Gaz. Pal.*, juillet 1937, page 179).

Il semble résulter des décisions des Tribunaux rapportées ci-dessus que l'on peut contester l'exigilité du droit de mutation par décès. La Cour de cassation fixera la jurisprudence puisqu'elle est saisie.

A. et S. MARTINOT.
Conseillers Fiscaux

Bibliographie

René DEBRESSE, éditeur,
33, rue de l'Université, Paris

Robert BIENSEUL. — **Au seuil du Temple**. Préface de François Bovesse.

C'est un recueil de poèmes où en vers harmonieux l'auteur dans *Splendeurs* chante les beautés de la nature. Dans *Puissances*, il décrit les forces invincibles de l'orgueil, de l'or, de l'amour, de la pensée et termine par les *Spectres noirs* :

O ces essaims grouillants qui flétrissent et qui rongent
Et qui harcèlent avec acharnement,
Désirs maudits, douleurs infâmes, espoirs déments,
Assauts désordonnés des passions qui grondent.

Ce sont les douleurs, les maladies, les jalousies, les rivalités, les trahisons et les haines. Et le poète finit par aborder tranquillement *au Port*, réalisant la prédiction de Rosemonde Gérard qu'il cite en épigraphe :

Quand le rêve se fait pilote
Le navire arrive toujours !

J. N.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Médaille d'honneur des épidémies

La médaille d'honneur des épidémies est décernée aux médecins dont les noms suivent :

Médaille d'or. — Mlle le Docteur Herr (Annette), collaboratrice du Professeur Brumpt à l'Institut de parasitologie de la Faculté de médecine de Paris.

Médaille de vermeil. — Mlle Condat (Marthe), professeur de clinique médicale infantile à l'Hôtel-Dieu de Toulouse (Haute-Garonne) ; M. Gendron (Maximilien), interne à l'hôpital Sadiki, à Tunis.

Médaille d'argent. — M. le Professeur Damade (René), médecin chef du service des contagieux à l'hôpital Pellegrin à Bordeaux (Gironde) ; le Docteur Roy (Fernand), médecin chef de la pouponnière de l'Hôtel-Dieu de Blois (Loir-et-Cher) ; M. Gourion (Henri), externe à l'hospice de Bicêtre (Seine) ; M. le Docteur Giraud (Pierre), médecin à Paris (Seine) ; Mlle Marcland (Josette), étudiante en médecine à Limoges (Haute-Vienne) ; M. le Docteur Nicod (Robert), médecin chef du service de l'hygiène scolaire à Casablanca (Maroc) ; M. le Docteur Dauvergne (Marcel), médecin chef de l'infirmerie indigène de Martimprey (Maroc) ; M. le Docteur Chatel (Roger), médecin chef de l'infirmerie indigène des Foum-Zguid (Maroc) ; M. le Docteur Le Meur (Raymond), médecin chef de l'infirmerie indigène de Foum-el-Hassan (Maroc) ; M. Slim Mahmond, docteur en médecine, interne à l'hôpital Ernest-Conseil, à Tunis (Tunisie).

Médaille de bronze. — Mlle le Docteur Schneider (Hélène), médecin à Saint-Ambroix (Gord) ; M. le Docteur Lasserre (Jean), médecin phtisiologue adjoint des hôpitaux de Toulouse (Haute-Garonne) ; M. le Docteur Lafage (Gustave), médecin chef de l'hôpital psychiatrique de Toulouse (Haute-Garonne) M. Seigle (Lucien), interne provisoire des hôpitaux civils de la Tronche (Isère) ; M. le Docteur Mallet (Marius), médecin inspecteur des écoles de la ville de Saint-Nazaire (Loire-Inférieure) ; M. Bens (Albert), interne titulaire à l'hôpital Saint-Jean à Perpignan (Pyrénées-Orientales) ; M. le Docteur Belloir (Fernand), médecin à Haute-Rivoire (Rhône) ; M. Darricau (Jean-Marie), externe à l'hôpital Laënnec (Seine) ; M. Denis (Jean), externe à l'hôpital Claude-Bernard (Seine) ; M. Guéraud (Louis), externe à l'hôpital Claude-Bernard (Seine) ; M. Trotot (Raymond), interne à l'hôpital Claude-Bernard (Seine) ; Mlle Gravejal (Emilienne), médecin de l'hôpital psychiatrique de Perray-Vaucluse (Seine-et-Oise) ; M. Meyer (Charles), interne titulaire à l'hôpital mixte de Melun (Seine-et-Marne) ; M. le Docteur Minot (Maurice), médecin à Amiens (Somme) ; M. le Docteur Carton (Jean), interne à l'Hôtel-Dieu d'Amiens (Somme).

(*J. O.*, 8 août 1939.)

SERVICE DE SANTÉ

PROMOTIONS

I. ARMÉE MÉTROPOLITAINE

Sont promus:

Au grade de médecin colonel

Les méd. lieut.-col. ci-après désignés : Vuillemot, 19e C. A. ; Caujole, rég. de Paris ; Lecomte, 3e ; Verdeau, 13e.

Au grade de médecin lieutenant-colonel

Les méd. command. ci-après désignés : Pouchet, 5e ; Jeannin, 9e ; Rabaloye, 15e ; Barbier, 6e ; Mairesse, 20e ; Bonjean, Maroc ; Btotte, rég. de Paris ; Roux, dit Roux-Berger, rég. de Paris ; Longuet, 7e ; Tisserand, 7e ; Berger, rég. de Paris ; Beutter, 13e ; Rudier, 8e ; Ferras, 17e.

Au grade de médecin commandant

Les méd. capit. ci-après désignés : Michel, 18e ; Mazingarbe, 5e ; Richard, 18e ; Doumeng, 18e ; Deladrière, 1re ; Couzefeyte, 18e ; Boisseuil, 9e ; Estève, 16e ; Sauvaget, Maroc ; Lefebvre, 1re ; Chambelland, 7e ; Martz, 18e ; Gérard, Tunisie ; Husson, 7e ; Maury, 19e C. A. ; Nové-Josserand, 14e ; Ponsan, 17e ; Rochette, 15e ; Vassel, 13e ; Melin, 18e ; Desvignes, 9e ; de Lombardon Cachet de Montezan, 15e ; Agard, 9e ; Mesplède, 18e ; Jamme, 5e ; Cabantous, rég. de Paris ; Boisseau, 9e ; Cartier, 5e ; Pizard, 15e ; Lavielle, 18e ; Plaziat, 18e ; Zwirn, 15e ; Perruchot, 9e ; Dupytout, 9e ; Chaton, 7e.

Au grade de médecin capitaine

Les méd. lieut. ci-après désignés : Rouzaut, 18e ; Dherissart, 2e ; Bonnaud, 17e ; Boussaguet, 16e ; Fourrière, rég. de Paris ; Molbert, 19e C. A. ; André, 15e ; Bongard de Vaudeleau, 16e ; Gislard, 16e ; Alibert, 15e ; Jullian, 17e ; Pellet, 15e ; Dupuy, 16e ; Merlet, 18e ; Folacci, 15e ; Gautier, 18e ; Fafet, 2e ; Monod, 18e ; Guiollot, 5e ; Saintorens, 18e ; Chaussegros, 15e ; Breysse, 15e ; Pinalie, rég. de Paris ; Ribot, 16e ; Montoux, 18e ; Lempérière, 3e ; Solanat, 16e ; Périot, 15e ; Saintin, 6e ; Colan, rég. de Paris ; Potel, 9e ; Renan, 11e ; Gobert, 2e ; Soubiran, 18e ; Mounot, 19e C. A. ; Lebègue, rég. de Paris.

Bergeret, 14e ; Bellecave, 18e ; Barinque, rég. de Paris ; Capoulade, 16e ; Caron, 1er ; Faure, 9e ; Gazaniol, 16e ; Fourcade, 18e ; Bousson, 13e ; Milhaud, 14e ; Leroy, 18e ; Boé, 18e ; Charbonnier, rég. de Paris ; Jacquemet, 18e ; Serrand, rég. de Paris ; Massoutier, 19e C. A. ; Guyard, 5e ; Guyonnet, 18e ; David, rég. de Paris ; Parodi 15e ; Rivoire, 14e ; Cornier, 16e ; Soubiran, 17e ; Canoz, rég. de Paris ; Beauchard, 5e ; Breitman, 5e ; Petit, rég. de Paris ; Delom-Sorbé, 18e ; Tachot, 18e ; Dollet, 5e ; Arnaud, 16e ; Blancard (A.), 4e ; Blancard (R.), 4e ; Bich, rég. de Paris.

Bonnafy-Deroys, 16e ; Alamartine, 19e C. A. ; Paignon, rég de Paris ; Ducassy, 16e ; Deschamps, rég. de Paris ; Woblhuter, 20e ; Péterschmitt, 20e ; Guy, 7e ; Schmitten, 7e ; Bricka, 20e ; Galland, 9e ; Breton, rég. de Paris ; Viguié, 4e ; Robert de Beauchamp, 18e ; Bert, 16e ; Gendraud, 9e ; Valégeas, 9e ; Deschiens, rég. de Paris ; Villegier, 9e ; Frémont, 18e ; Debenais, 9e ; Vadon, 15e ; Litaud, 13e ; Peiffert, 6e ; Baledent, 2e ; Riehl 7e ; Mareschal, 2e ; Freidel, 14e ; Wolff, 6e.

Imbert, rég. de Paris ; Thomas, 20e ; Valence, 19e C. A. ; Lagrot, 19e C. A. ; Flandre, 13e ; Bert, 15e ; Léger, 20e ; Hoéchstetter, rég. de Paris ; Renaux, rég. de Paris ;

Chévereau, 8e ; Alazard, 17e ; Krivine, rég. de Paris ; Cochet-Balmey, 13e ; Dupont, 20e ; Hypert, 2e ; Thorin, rég. de Paris ; Ben Ichou, 19e C. A. ; Lagarde, rég. de Paris ; Collin, rég. de Paris ; Bascourret, rég. de Paris.

Lapeyrie, 16e ; Rieusset, 16e ; Delafontaine, rég. de Paris ; Merlen, 1re ; Emerit, rég. de Paris ; Calmus, rég. de Paris ; Coquelin, rég. de Paris ; Langenieux, 14e ; Vacheron, 17e ; Jamet, 5e ; Baude, 1re ; Vonderweidt, 20e ; Schrameck, rég. de Paris ; Barral, 14e ; Brulon, 9e ; Verdier, 9e ; Layral, 13e ; Trainar, 19e C. A. ; Hadida, 19e C. A. ; Pelcé, rég. de Paris ; Castanier, 16e ; Manière, 9e ; Breton, 9e rég.

Rivière, 19e C. A. ; Mirante, 19e C. A. ; Girardeau, 11e ; Bertin, 1re ; Paillet, 16e ; Gautier, 7e ; Faraut, rég. de Paris ; Touraine-Desvaux, 3e ; Noyer, 3e ; Barreau, 17e ; Rolland, 14e ; Durin, 17e ; Chaix, 14e ; Lamblin ; 1re ; Auriol, 17e ; Vittot, 7e ; Verne, 13e ; Filliol, 3e ; Deloose, 1re ; Ducaud, 9e ; Picot, 1re ; Thiodet, 19e C. A., Cornu, 20e ; Christelle, 2e rég. ; Brunier, 13e ; Razimbaud, 16e ; Turquand, 1re ; Lotte, rég. de Paris ; Leclercq, 4e rég. ; Mestrallet, 14e ; Navarre, rég. de Paris ; Grognard, 9e ; Raspilier, 20e ; Cros, 14e ; Tancelin, rég. de Paris ; Diéterich, 7e ; Pouzet, 14e ; Ibos, 2e ; Reinheld, rég. de Paris ; Maurette, 17e ; Luscan, 16e ; Néau, 9e ; Lescale, 17e ; Béraud, 18e.

Hautechaud, 3e ; Berjonneau, 11e ; Cézilly, 15e ; Pinatel, 18e ; Deguillaume, 13e ; Soulié, 13e ; Mermillod, 14e ; Paupert, 14e ; Guy, 14e ; Couritas, Rousselin, 8e.

II. ARMÉE COLONIALE

Sont promus :

Au grade de médecin colonel

Laquièze, méd. lieut.-col., 17e.

Au grade de médecin lieutenant-colonel

Collin, méd. command., 15e ; Rivière, méd. command., 4e.

Au grade de médecin commandant

Fabry, méd. capit., à la disp. du gén. command. sup. des tr. du gr. de l'Indochine ; Giraud, méd. capit., rég. de Paris.

Au grade de médecin capitaine

Jochum, méd. lieut., à la disp. du gén. commandant sup. des tr. du gr. de l'A. Or. F. ; Muffat, méd. lieut., 18e.

Les médecins dans les Assemblées parlementaires

« Comme ministre des finances, au cours de la préparation et de la discussion de trois budgets, je n'ai jamais éprouvé de sérieuses difficultés dans la défense des intérêts généraux du pays lorsque mon interpellateur ou mon contradicteur avait été formé par les disciplines médicales. Quand on est sur le plan du réel, on doit toujours arriver à s'entendre entre hommes de bonne foi. Avec les utopistes, c'est plus difficile. Or, l'utopie n'est pas la nourriture de l'esprit du médecin. » Telle est la déclaration qu'à faite à la revue *Pallas* (1), M. Germain Martin, ancien ministre. Dans le même numéro de

(1) Directeur Dr J. CRINON, 111, boulevard de Magenta, Paris (Xe).

cette revue (15 juillet), nous lisons le compte rendu d'un voyage effectué en Extrême-Orient par M. le Professeur Lemierre, membre de l'Académie de médecine, où il est montré, avec de nombreux documents photographiques à l'appui, quelle est, en Indochine, la force de pénétration de la science médicale française. Savait-on que nous possédions dans notre corporation médicale un véritable Vaucanson ? C'est ce que vous révèle ce même numéro de *Pallas* où M. le radiographe Herdner, de Bourges, nous conte dans le détail la construction de ses nombreux automates dont plusieurs ont connu, à la devanture des grands magasins parisiens, un succès de curiosité et de rire à la période des étrennes. Beaucoup de femmes de médecins rivalisent avec leur mari dans le choix d'un passe-temps qui révèle leur personnalité. C'est le cas de Mme Louise Pascalis dont vous trouverez encore, dans ce même numéro de *Pallas*, une interview ainsi que la reproduction de ses œuvres artistiques. Vient ensuite, à l'occasion du cent cinquantenaire de la Révolution, une curieuse monographie sur Mme Angot par M. Edmond Pilon, le romancier du *Mercure de France*. Et enfin, une étude sur la décadence de la table française par J. Crinon et des commentaires pleins de saveur sur les coiffures, d'un polymorphisme étonnant, dont se parent les femmes d'aujourd'hui. Un grand nombre de photographies d'art font de ce numéro un magnifique magazine digne de l'élite médicale à laquelle il est réservé.

Confédération des Syndicats médicaux français

Nous avons reçu avec prière d'insérer la communication suivante de la Confédération :

Ordre des Médecins

Paris, le 7 août 1939

A Messieurs les Présidents et Secrétaires des Syndicats médicaux et Fédérations départementales,

A Messieurs les membres du Conseil d'administration.

Mon cher confrère,

Une fois de plus, ceux qui ont pour principe de détruire l'auront emporté. Vous connaissez l'échec, provisoire, il faut l'espérer, de l'Ordre des médecins, et vous en connaissez maintenant les raisons par la circulaire du Syndicat des médecins de la Seine que vous avez reçue.

Il est de mon devoir de faire observer — laissant à l'Assemblée générale de décembre le soin de juger — qu'un acte d'indiscipline grave a été commis, par le fait que l'ordre du jour du Conseil du Syndicat médical de la Seine est « parvenu » à la Présidence du Conseil et a déterminé l'échec que vous savez.

Or, sur 41 réponses reçues des membres du Conseil de la Confédération, 34 sont favorables. Il faudra donc rechercher de quel droit, et en raison de quelle discipline, l'opinion d'une faible minorité a fait l'objet

d'une contre-attaque qui a réussi, car démolir est infiniment plus facile que construire (1).

Il vous appartient de répondre à la circulaire du Syndicat médical de la Seine ou de n'y pas répondre, en tout cas d'apprécier son contenu intégral.

Mon devoir est de vous signaler que le projet du Syndicat médical de la Seine équivaut à l'ajournement de l'Ordre, laissant au Parlement le soin de revenir — comment ? — sur un projet que l'Assemblée générale de la Confédération du 13 décembre 1935, avait accepté dans les conditions rappelées par ma lettre aux membres du Conseil.

Pourquoi nous faut-il un Ordre ?

1º Pour faire cesser immédiatement et radicalement, les faits graves de charlatanisme médical, lequel jette sur notre profession tout entière un large discrédit.

2º Pour donner au président de l'Ordre le droit d'avertissement et d'admonestation, qui sera mesure suffisante dans 90 % des cas, à tous les médecins, syndiqués ou non, dont les pratiques sont contraires à la déontologie essentielle.

L'Ordre est pour cela le *seul* remède efficace, vous le savez.

Mais, en dehors de quelques modifications de détail, dont certaines déjà demandées par nous, comme la possibilité du *sursis*, les deux propositions majeures du Conseil du Syndicat des Médecins de la Seine portent sur deux points :

1º Un tribunal d'appel constitué par *un* magistrat et *huit* médecins (art. 46, modifié par le Sénat dans le sens de : trois magistrats, trois médecins).

2º Sur la suppression du droit de vote par correspondance pour l'élection des membres du Conseil de l'Ordre.

Or :

A) Est-il préférable de laisser en pratique à des médecins seuls le droit de briser dans certains cas, — rares il faut le souhaiter — la vie professionnelle d'un médecin ? Il faut ici réfléchir sérieusement, bien que l'idée soit pour beaucoup séduisante, et se rappeler qu'il est de notre devoir d'assurer de très sérieuses garanties d'impartialité, aux médecins traduits devant le Conseil de l'Ordre — et au public lui-même.

Il faut aussi savoir qu'un décret-loi pris en une matière longuement délibérée par la Haute assemblée, ne peut aller ouvertement contre l'avis exprimé par elle.

B) Le fait d'obliger de voter en Assemblée serait pour beaucoup l'impossibilité de prendre part au vote — pour ceux qui sont éloignés, ou malades, ou absents, ou retenus par un devoir professionnel. Le choix des élus, y compris le quatrième médecin professeur d'école ou de Faculté prévu dans le projet de décret-loi (ce quatrième médecin élu comme les autres et par le même collège) ne doit être déterminé que par la réflexion de chacun et non soumis à des fluctuations d'Assemblée qui prendraient quelquefois allures de meetings, dans lesquels la dignité du Corps médical a tout à perdre et rien à gagner.

Pour votre documentation, je joins à cette lettre la circulaire adressée dès que j'ai eu connaissance du projet gouvernemental (24 *juillet* 1939) *aux membres* TITULAIRES *du Conseil d'administration.*

Je dois ajouter enfin que la circulaire du Syndicat des médecins de la Seine néglige d'indiquer que la nomination du cinquième médecin par le Ministre de la Santé publique est entourée de certaines précautions.

(1) Se sont déclarés contre : MM. les Docteurs Boelle (Seine), Deguy (Seine), Sénéchal (Seine), Fanton d'Andon (Seine), Humbel (Seine-et-Oise), Fougerat (Propharmaciens), Clavelier (?) (Haute-Garonne).

C'est en tout cas à vous qu'il appartient de juger et d'agir.

Veuillez agréer, mon cher Confrère, l'assurance de mes dévoués sentiments.

Le Secrétaire général :
Dr P. CIBRIE.

Paris, le 24 juillet 1939

Communication à Messieurs les membres du Conseil d'administration

Mon cher Collègue,

J'ai eu ce matin une longue audience du Ministre de la Santé publique au sujet de laquelle je crois devoir immédiatement vous adresser les renseignements suivants.

Le Ministre ayant, au cours de son déplacement en Belgique, étudié le fonctionnement de l'Ordre des médecins, a décidé de reprendre, sous forme de décret-loi, et sous réserve de l'approbation du Président du Conseil et du Conseil des Ministres, le projet d'Ordre des médecins.

La première solution pouvant être seule envisagée, suivant les usages en matière de décrets-loi, consistait à reprendre purement et simplement le texte voté par le Sénat (14 février 1935) (1).

Le Ministre ne pouvant aller contre la volonté si manifestement exprimée par la Haute assemblée, désirait cependant introduire dans la juridiction d'appel un médecin, de préférence fonctionnaire ou ancien fonctionnaire, désigné par lui et qui, pense le Ministère, n'étant pas directement intéressé par les questions d'amitié ou d'inimitié locales, donnerait une garantie supplémentaire aux médecins traduits devant le Conseil d'appel de l'Ordre.

J'ai fait observer que ce médecin, n'étant pas lui-même soumis à la juridiction de l'Ordre, il paraîtrait choquant d'en faire un juge d'appel.

A cela, le Ministre répond qu'en matière d'Ordre des avocats, pas un seul avocat n'est présent à la juridiction d'appel.

Après une longue conversation, au cours de laquelle j'avais proposé que le Ministre, choisit simplement sur la liste des médecins éligibles (c'est-à-dire ayant fait partie déjà d'un Conseil de première instance), — le Ministre, pour ne pas aller contre le vote sénatorial, s'est arrêté à la disposition suivante :

(1) Je vous rappelle que le Conseil d'administration de la Confédération, dans sa séance du 23 juin 1935, a déclaré que si le texte voté par le Sénat passait sans discussion à la Chambre, les médecins en feraient l'expérience loyale, bien que ce texte ne donne pas entière satisfaction au Corps médical.

Il avait également décidé que, s'il y avait discussion sur le texte du Sénat, la Confédération des Syndicats médicaux soutiendrait un amendement Péchin, rétablissant le texte de la Chambre, lequel prévoyait dans la juridiction d'appel deux magistrats et cinq médecins.

Le vote émis sur cette proposition s'est établi comme suit :

Sur 40 votants : 36 voix pour, 1 voix contre, 4 abstentions.

Cette même proposition mise aux voix au cours de l'Assemblée générale des Syndicats médicaux qui s'est tenue le 13 décembre 1935, fut adoptée dans les conditions suivantes :

Vote par délégation : se prononcèrent pour l'acceptation 16.084 voix, le rejet 1.813 voix.

A cette Assemblée, 234 syndicats étaient représentés (237 délégués présents totalisant 17.897 voix).

L'article 46 serait rédigé à peu près dans les termes que voici (je dis à peu près car ne pouvant prendre des notes je n'ai pas le texte exact).

« *Art* 46. — Le médecin a toujours le droit de former un appel dont l'effet est suspensif. Le même droit appartient au doyen de la Faculté de médecine ou au Directeur de l'Ecole de plein exercice du ressort de la Cour d'appel, ainsi qu'au Procureur général.

« Cet appel est porté devant un Conseil régional composé de :

« 1° Trois conseillers à la Cour d'appel en exercice ou honoraires désignés par le premier président, l'un d'eux faisant fonction de président et ayant voix prépondérante en cas de partage des voix.

« 2° Trois médecins élus pour six ans au scrutin majoritaire par tous les médecins électeurs du ressort de la Cour. Sont éligibles les médecins ayant fait partie d'un Conseil départemental de l'Ordre pendant trois ans au moins.

« 3° *Un médecin professeur de la Faculté ou d'Ecole élu par le même collège électoral.*

« 4° *Un médecin désigné par le Ministre de la Santé publique ayant au moins 50 ans d'âge et pouvant être pris parmi les fonctionnaires ou anciens fonctionnaires de l'Etat ou des départements* (1).

« Durant les trois premières années de l'application... »

La proposition première du Ministre tendait simplement à l'introduction dans le Conseil régional d'appel d'un médecin inspecteur d'hygiène choisi par lui (un par ressort de Cour d'appel).

Pour ces nominations, bien que le texte de Loi n'en puisse évidemment faire mention, il est à présumer que des observations pourront être présentées, à la demande des Syndicats départementaux, par la Confédération, ou par les Conseils de première instance dont l'opinion pourrait être transmise aux Syndicats ou à la Confédération.

(1) Les textes soulignés indiquent les propositions nouvelles.

***

Je sais bien que, si théoriquement le médecin fonctionnaire ainsi désigné votait systématiquement avec les magistrats, l'équilibre précédemment prévu par le Sénat, ne serait pas troublé. Il faut cependant supposer, il me semble, qu'un médecin — fût-il fonctionnaire — doit avoir en matière de fautes professionnelles une mentalité différente de celle du magistrat de carrière.

Je vous répète, et vous le savez d'ailleurs, que bien des fois, depuis le capotage du projet d'Ordre des médecins, des Syndicats et en dernier lieu celui de la Gironde — et de nombreux médecins, — à l'occasion des faits de charlatanisme médical, ont amèrement regretté que nous ne soyons pas munis d'une juridiction professionnelle ayant surtout pour effet admonestation, avertissement, et dans les cas graves droit de répression.

L'occasion qui se présente, en évitant les débats à la Chambre où vous savez que le projet sénatorial serait péjorativement amendé sans nul doute, paraît permettre d'espérer une solution donnant la satisfaction moyenne envisagée par l'Assemblée générale de la Confédération lors de son dernier vote.

En matière de décrets-loi les choses se passent avec une grande rapidité. Je vous serais obligé, mon cher Collègue, de me donner sur ce point *votre avis* par *retour du courrier.*

Croyez, je vous prie, mon cher Collègue, à mes sentiments dévoués.

Le Secrétaire général :
Dr P. Cibrie.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 1er août 1939, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

MM. les Docteurs :

13.868 Barnay (Jean), 22, rue de la République, Béziers (Hérault). Syndicat méd. de Béziers.
13.869 Caderas de Kerleau (Jean), rue Ecole-de-Médecine, Montpellier. Parrains : Prof. P. Delmas et Docteur Noir.
13.870 Duvelleroy (Albert), 164, av. Wilson, Plaine-St-Denis. Syndicat des médecinsde la Seine.
13.871 Gauvenet (Henri), 28, rue Grosse-Horloge. Saint-Jean-d'Angely. Syndicat médical de la Charente-Maritime.
13.872 Grange (Jean-Louis), 17, rue Mirabeau, Paris (XVIe). Association des externes des hôpitaux de Paris.
13.873 Jacquemin (François), 71, rue Gambetta, Mohon (Ardennes). Parrains : Docteurs Jeanvoine et Tassigny.
13.874 Marechallat (Pierre), Mouthe (Doubs). Syndicat médical du Doubs.
13.875 Meyer (Jean-Jacques), 232, boulevard Raspail, Paris (XIVe). Parrains : Docteurs Meyer et Valot.
13.876 Rattier (Gaston), rue Jonchère, Valence (Drôme). Syndicat de la Drôme.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours suivant la présente publication (art. 5 des Statuts).

CORRESPONDANCE

FISCALITÉ

5.600. — Imposition à la patente en cas de changement de domicile

Abonné fidèle du *Concours* et membre du Sou, je vous serais reconnaissant de m'adresser le plus tôt possible le renseignement suivant :

Cessant d'exercer à A... depuis le début d'avril, je compte ouvrir un nouveau cabinet à D... vers le milieu de septembre. Mon loyer à D... est inférieur à celui d'A.... En avertissant le Contrôleur des Contributions directes d'A... que je cesse l'exercice de ma profession dans cette ville, et en prévenant le Contrôleur de D..., pourrai-je reporter sur D... la patente que je vais incessamment payer à A... (je viens de recevoir ma feuille d'impôts) pour toute l'année 1939, et d'éviter ainsi de payer trois mois de patentes pour mon nouveau cabinet.

Réponse

La Contribution des patentes est due pour l'année entière en raison des faits existant au 1er janvier de l'année de l'imposition. Au 1er jan-

vier 1939 vous exercíez à A... : c'est à cet endroit en effet que vous serez imposé à cet impôt.

Pour les patentables qui changent de locaux en cours d'année, il n'est dû un supplément de droit proportionnel que si la valeur locative de leurs nouveaux locaux est supérieure à celle de leurs anciens. Ce n'est pas votre cas.

Il est dû aussi un supplément de droit fixe si la commune où ils transfèrent leur établissement est d'une plus forte population que celle où ils étaient précédemment.

Ces suppléments sont calculés à partir du 1er du mois dans lequel le changement a été opéré.

Si vous recevez un avertissement vous imposant supplémentairement à D... adressez le nous avec celui d'A... et nous vous rédigerons une demande en dégrèvement avec les renseignements suivants :

1° Montant de votre nouveau loyer,

2° Surface de votre maison (locaux d'habitation et professionnels) ;
rez-de-chaussée :
premier :
deuxième :

3° Plan succinct de votre maison avec destination des pièces et surfaces.

Avertissez le Contrôleur d'A... par lettre recommandée et indiquez-lui votre nouvelle adresse.

Inutile de prévenir celui de D...

A. et S. MARTINOT.
Conseillers Fiscaux

5.480. — Contribution nationale de 2 %

Je vous serais obligé de bien vouloir soumettre à votre conseiller fiscal la question suivante :

La Contribution nationale de 2% établie par les décrets du 12 novembre 1938 et 11 janvier 1939 est-elle applicable aux revenus perçus au titre de l'année 1938 ?

Le décret-loi prévoit une taxe sur les revenus professionnels « pour l'année 1939 ». C'est peu explicite.

En revanche, la notice à l'usage des employeurs publiée par le ministère des Finances, stipule (paragraphe 6) que « la retenue porte sur les sommes impo- « sables payées au titre de la période d'application « de la contribution nationale, c'est-à-dire au titre « de l'année 1939 ». Ce texte paraît clair.

Je m'étonne donc de voir la feuille d'impôts sur les revenus que je viens de recevoir, faire état pour les sommes déclarées au titre de l'année 1938 de cette contribution exceptionnelle.

Quid de la majoration du tiers de l'impôt général sur les revenus ?

Réponse

La contribution nationale de 2 % frappant les revenus professionnels est appliquée par voie de retenue sur les traitements et salaires, indemnités, etc., et par voie de rôle pour les autres revenus cédulaires.

Pour ces derniers, ne pouvant appliquer la taxe sur des revenus ignorés, ce sont les revenus de 1938 imposables en 1939 qui doivent servir de base.

De même pour le prélèvement (1/3) sur l'impôt général sur le revenu.

A. et S. M.

ACCIDENTS

5.496. — La loi sur les accidents du travail n'est pas applicable aux accidents survenus au cours du trajet du domicile au lieu de travail.

J'ai deux blessés travaillant à l'usine X... Ces deux ouvriers ont été blessés en se rendant en bicyclette à l'usine, sur le parcours de leur domicile à l'usine et cinq minutes avant l'heure de rentrée.

Tout d'abord le directeur de l'usine a admis l'accident au bénéfice de l'accident du travail, mais ensuite l'Assurance aurait déclaré ne couvrir les ouvriers que dans l'intérieur des locaux de l'usine...

Il me semblait que la loi était formelle et que tout ce qui arrivait du fait du travail était couvert.

Je serais très heureux d'avoir votre avis autorisé.

Dr S.

Réponse

Suivant la jurisprudence, le patron ne peut être rendu responsable des accidents, dont les ouvriers sont victimes que lorsque ceux-ci accomplissent les obligations qui leurs incombent en vertu du contrat de travail et se trouve placés sous sa surveillance, son autorité et sa direction.

Or, le contrat de travail ne commence à être exécuté et les ouvriers ne sont placés sous la direction et la surveillance du patron, qu'à partir du moment où ils ont pris possession de leur service.

Il en résulte que pour les accidents survenus au cours du trajet effectué par les ouvriers pour se rendre de leur domicile au lieu du travail et inversement, la responsabilité du patron n'est pas en cause.

Il n'en est autrement que dans des cas tout à fait particuliers notamment lorsque le transport des ouvriers est effectué par les soins de l'entreprise elle-même.

Tel n'est pas le cas en l'espèce et par conséquent l'Assurance a raison, il ne s'agit pas d'un accident du travail.





QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

5.219. — Durée de l'engagement pour la période des hostilités

Déchargé de toute obligation militaire, j'ai accepté sur la demande de mon Syndicat d'être médecin de la Défense passive en cas de conflit. Ma réponse a été transmise au Maire qui, après m'avoir fait signer il y a un ou deux mois une acceptation officielle, me demande aujourd'hui de signer l'acte d'engagement dont je vous envoie une copie.

Membre du « Sou Médical » et abonné au *Concours Médical* je vous serais très obligé de me faire connaître :

1° Si je suis tenu de signer cet engagement à la fois pour une durée de trois années et pour la durée des hostilités et s'il ne me serait pas possible de m'engager seulement pour la durée des hostilités.

2° Si l'engagement signé tel qu'il m'est présenté je conserverais la liberté de m'absenter d'O..., pour un séjour en France de deux mois par exemple.

3° S'il me serait permis en cas de conflit de continuer, en principe, mon activité professionnelle.

4° Si les fonctions prévues par cet engagement comportent un traitement.

Dr B.

Réponse

Vous n'êtes pas obligé de signer pour une durée de trois années ou pour la durée des hostilités. C'est ce qui résulte de l'article 11 du décret du 30 janvier 1939 pour l'application de l'article 11 de la loi du 11 juillet 1938 (Organisation de la défense passive sur le territoire national). Veuillez lire en effet les deux premiers alinéas de cet article en notant les parties soulignées :

« L'engagement ne peut être souscrit pour une période inférieure à un an ; il prend effet à dater du jour de sa souscription. En temps de paix, il est résiliable à toute époque par l'intéressé, après préavis de trois mois et par l'Administration sans préavis. »

« A dater du décret de mobilisation, le droit de résiliation n'appartient plus qu'au Préfet et peut, notamment, être exercé pour l'une des causes suivantes : perte des qualités physiques ou professionnelles exigées pour la fonction occupée, inconduite habituelle ou indiscipline, ou tout autre motif grave invoqué par l'intéressé. »

Vous pourrez certainement vous absenter pour deux mois, à la condition d'en prévenir la Préfecture ; vous ferez bien toutefois de vous en assurer avant de signer votre engagement. Aucun empêchement à ce que vous continuiez à soigner votre clientèle, puisque l'utilisation du personnel de défense passive est essentiellement intermittente.

En fait de traitement, voici le texte du deuxième alinéa de l'article 18 du décret mentionné plus haut :

« La rémunération sera proportionnelle au temps pendant lequel ils auront été distraits de leur travail ou de leur occupation habituelle et calculée sur la base de vacations horaires, dont le montant sera fixé, pour chaque fonction occupée, par un arrêté signé du ministre de la Défense nationale et de la Guerre et du ministre des Finances. »

4.505. — Libération des obligations militaires des pères de six enfants

Un médecin lieutenant de réserve, père de sept enfants, est-il dispensé de toute obligation militaire ? Cette mesure est-elle valable aussi bien pour un officier (médecin) que pour des hommes de troupes ?

Dr P.

Réponse

Dès la naissance de son sixième enfant, tout militaire des réserves est immédiatement libéré de ses obligations militaires (art. 58 de la loi du 31 mars 1928). Ces prescriptions s'appliquent donc à tous les officiers (médecins compris) comme à tous les hommes de troupe.

4.928. — Maintien dans les cadres

Je reçois du Directeur du Service de santé une note me demandant si je veux rester dans les cadres ou si je préfère ma radiation.

Je suis né en avril 1891, parti avec ma classe et nommé médecin lieutenant après la guerre. Je viens vous demander ce que je dois faire, en vous priant de m'indiquer quels avantages et quels inconvénients peuvent résulter du choix qui m'est proposé.

Dr B.

Réponse

Médecin lieutenant vous serez maintenu en service jusqu'à l'âge de 57 ans, si vous demandez à être maintenu dans les cadres, avec possibilité de faire des périodes de réserve. Durant cette période de maintien, vous ne pourrez démissionner ; seul un motif de santé, dûment constaté par un Commission de réforme, et vous mettant dans l'impossibilité d'assurer votr service pendans plus de six mois, pourrait justifier une libération anticipée.

Maintenu dans les cadres, vous continuerez à concourir pour l'avancement dans une proportion un peu restreinte, et pour la Légion d'honneur (dans des proportions normales) avec vos camarades des réserves.

Soixante et unième année N° 36 3 Septembre 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Propos du Jour

Partie Scientifique

Travaux Originaux

L'Actualité Scientifique

Partie Professionnelle

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg .	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro..........	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Annecy. Lortet, Pierron.
Chamonix. de Chabanolle (*enf. cure hélio-alpine*)
Jougne. (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louvesc (Ardèche). J. Goubert.
Langogne (Lozère). Adrien Forestier.
Malche (Doubs). J. Chatelain.
Mégève. Marcel Grenet, Jacqueline Grenet-Gazamian (*enf.*)
Mouthe (Doubs). R. Paindestre.
Osséjà (Pyr.-Or.) J. Avérous.
Pau (Basses-Pyr.). Cornet. Lorber.
Plateau d'Assy. E. Sivrière.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Villard-de-Lans. Bassaget (*mal. enf.*), Suau (*mal. enf.*)

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires et climatiques

MM. les docteurs :

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.), Lévy.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Berck-Plage. Bouquier, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Biarritz. Clavel, M. Claverie, Lacour, Pitchalsky (*chir. répar. Stom.*)
Cannes. Bourgeois-Gavardin, P.-E. Bousquet, P. Houssiaux, Joublot, Makereël, Gérard Monod, Roques, L. Zimmer.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Croix-de-Vie. Cristau.
Deauville. Molina.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Grau du Roi (Gard). Ramain.
Hendaye. Th. Casenave.
Le Boulou. M. Basman, J. Noguès
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, M. Lelongt, Nicolas, Trutié de Vaucresson (*chir.*)
Ouistreham-Riva-Bella. Ch. Poullain.
Paramé. Bazin.
Pau. Cornet. Lorber.
Roscoff. Bagot père, Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer. (Calvados), Em. Quiquemelle.
St-Georges-de-Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul.
St-Jean-des-Monts. Riou.
Ste-Maxime-s/Mer. E. Bausset, Jean Verdier.
St-Quay-Portrieux. Bertran
Saint-Raphaël. Boulle, Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Roux de Laroque (*Gyn. enf.*), Pierre Tridon.
Saint-Servan. Huet.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Trébeurden. Royer.
Villard-de-Lans. Bassaget, Héraud.

Renseignements

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Vous avez l'air triste, c'est votre estomac qui fonctionne mal et qui vous fait souffrir. Il vous donne des idées noires, et la vie vous paraît un fardeau. Revenez vite et sûrement à la joie en suçant 4 à 6 TABLETTES DE MANGAÏNE par jour.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

Rhumatismes. L'« UROPHENYL » en est la thérapeutique moderne et efficace. 2 à 6 cachets par jour. — Laboratoire CROUY, à Vernon (Eure).

Hôtel du Parc. Saujon (Charente-Marit.). Charmante organisation de repos et station de cure, pour le traitement des affections nerveuses et neuro-digestives. Dr DUBOIS.

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 2 fr. pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 *fr.* 50 *la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* Concours Médical, *Paris* 167-95.

N° 277. — Jne méd. libre à part. 1er sept. cherche remplacem. de méd. Permis cond. Ecr. ou téléph. Dr Katz 28, r. de Marly, Rueil-Malmaison (S.-et-O.) tél. 216.

N° 278. — On dem. enfants 5 à 12 ans, non atteints maladie contagieuse, tte l'année à Cayeux-sur-Mer. Soins dévoués, éducat. instruct. assurées. Renseig. et rendez-vous : Morvand, 3, av. Solon, Stains (Seine).

N° 279. — Gironde. Cause repos, cherche chirurg. associé, cathol, franç., pour cession part. ou tot. clinique orthop. et chirurg. Aff. sérieuse.

N° 280. — Charente. Bon poste rural près gr. ville, à céder raisons famille. Chasse, pêche. Maison confort.

N° 281. — Jeune fille, 19 ans, bacc. 1re part., dipl. comptable et sténo-dactylc, demande poste secrét. dans laborat. ou chez méd. à Paris.

N° 282. — Doct. franç actif demande rep. labor. région Bordeaux, Sud-Ouest, début octob.

Pour toute demande de renseignements il est indispensable de joindre un timbre.

Cabinet Breitel et Goret

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Homéopathie. Province. A céder belle client. avec Assistance préalable.

Sud-Ouest. Import. propharmacien, maison conf. Prix à déb.

Normandie. Vallée de l'Eure. Propharm., prox. centre. Prix 50.000, 30.000 cpt.

Région Nantaise. Anc. client. seul méd., fixes, maison tout conf. Prix 55.000.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Ecole française de stomatologie.** — MM. les élèves dont les noms suivent, ont subi avec succès les épreuves de l'examen pour l'obtention du diplôme :

MM. Paoli et Gay (avec mention bien et félicitations du jury) ; MM. Trinh, Faucon ; Mlle Kouindjy ; MM. Kantardjieff, Nadryczny, Guézennec ; Mme Gatovsky, MM. Kamrat, Chaudouet, Chen ; Mme Grenier ; M. Erlich.

— **Lille.** — Un concours pour une place de stomatologiste des hôpitaux aura lieu le lundi 20 novembre 1939. Pour les détails et les inscriptions s'adresser au siège administratif des hospices civils, 3, quai des Célestins, Lyon. Le registre des inscriptions sera clos le 4 novembre 1939 à 11 heures.

— **Bordeaux.** *Faculté de médecine.* — Le Conseil de la Faculté de médecine et de pharmacie a proposé en première ligne M. le Professeur R. Sigalas pour succéder à M. le Professeur Mandoul, dans la chaire de zoologie et parasitologie.

Au cours de la même séance le Conseil a proposé M. le Professeur Mandoul pour l'honorariat.

— *Hôpitaux.* — Après un brillant concours MM. P. Verger et F.-J. Traissac ont été proposés comme médecins adjoints des hôpitaux de Bordeaux.

— *Concours d'électro-radiologiste.* — Un concours pour une place d'électro-radiologiste adjoint des hôpitaux et hospices de Bordeaux commencera le 7 novembre 1939, à 8 heures.

Les concurrents déposeront au secrétariat des hospices, cours d'Albret, 91, à Bordeaux, avant le 24 octobre 1939 :

1° Les pièces prouvant qu'ils ont au moins 25 ans accomplis et qu'ils sont Français ou naturalisés Français et un certificat de bonnes vies et mœurs — 2° Leur diplôme constatant qu'ils sont depuis au moins, deux ans docteurs en médecine de l'une des Facultés françaises et une note de leurs titres et travaux scientifiques. La Commission peut, néanmoins, par délibération spéciale, admettre à concourir les anciens internes des hôpitaux et hospices de Bordeaux qui compteraient au moins une année de doctorat. — 3° L'engagement écrit de se conformer au règlement du Service de santé des hôpitaux et hospices de Bordeaux et aux décisions de la Commission administrative.

Tous renseignements complémentaires devront être demandés au secrétariat des hospices civils à Bordeaux, 91, cours d'Albret.

— **Académie de Bordeaux.** — M. Sabrazès, professeur honoraire de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux, vient d'être élu à l'Académie des Sciences, Belles-Lettres et Arts de Bordeaux en remplacement de M. Joseph Maxwell.

MM. les Professeurs Deniges et C. Sigalas étaient ses parrains.

— **Faculté de médecine de Lille.** — Par décret en date du 2 août 1939, rendu sur le rapport du ministre de l'Education nationale le titre de professeur honoraire de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est conféré à M. Vanverts, professeur de clinique chirurgicale infantile à cette Faculté, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— **Mortalité par cancer du poumon en Angleterre.** — D'après une communication du Docteur M.-T. Morgan au Comité permanent de l'Office international d'hygiène publique, il existe en Angleterre et en Pays de Galles un accroissement notable des cancers du poumon.

La mortalité par cancer du poumon, qui était pour 1.000.000 d'habitants en 1926, de 23,3 pour le sexe masculin et de 9,2 pour le sexe féminin, était, en 1935, de 82,2 pour le sexe masculin et de 22,3 pour le sexe féminin. On a tendance à attribuer cette augmentation inquiétante du cancer des poumons au rôle cancérigène des goudrons de routes et des vapeurs d'échappement de moteurs Diesel.

— **Organisation de la transfusion du sang en Angleterre dans le cas d'un conflit armé.** — Comme les journaux l'ont annoncé, les autorités sanitaires et militaires responsables de Grande-Bretagne ont mené dernièrement une campagne active afin de réunir le plus grand nombre possible de donneurs de sang en cas de guerre : un appel a été lancé.

Pendant les trois premiers jours de cet appel, le nombre de volontaires qui se sont inscrits a atteint 5.000.

Cela a été considéré, à juste titre comme un succès ; depuis le nombre moyen des adhésions, quoique moins grand reste satisfaisant ; on peut dire, d'ores et déjà, que si la guerre éclatait, l'Angleterre pourrait compter dans la seule ville de Londres sur 100.000 donneurs.

Dans certains grands centres les adhésions journalières pourraient facilement atteindre un nombre imposant tel que 30.000 lorsque la nécessité s'en ferait sentir.

Il ne faut pas croire d'ailleurs que ces nombres puissent être trop grands, car on doit tenir compte du fait que certains groupes sont peu représentés.

Les médecins sont invités à faire une propagande active auprès de leurs malades en faveur des exigences de la transfusion.

Certains sujets hésitent à donner leur sang, craignant des complications possibles pour leur santé future ; à ceux-là, les autorités sanitaires démontrent à l'aide d'exemples que des transfusions ne mettent

pas en danger la vie des donneurs, surtout lorsqu'il s'agit de transfusions rares.

D'autres s'inquiètent des dangers du test qu'il faut subir ; à ceux-là encore, les autorités sanitaires expliquent la simplicité de ce test.

Comme on le voit d'après ces faits, la plus active propagande est menée en Grande-Bretagne en faveur de la transfusion ; les services d'inscriptions et d'examens, qui fonctionnent sont ouverts de 10 à 12 heures chaque jour le matin et de 5 à 8 heures l'après-midi.

A Londres, actuellement, il fonctionne 51 de ces centres ; à Liverpool, on en compte 41 ; en Ecosse, il y en a 12 ; dans le Pays de Galles, il en existe. (*Siècle Médical*, 15 août 1939.)

— **Journée médicale et pharmaceutique de Besançon pour la famille et la natalité.** — A l'occasion du Congrès de la Natalité, se tiendra à Besançon, le dimanche 1er octobre 1939, la deuxième journée médicale et pharmaceutique pour la famille et la natalité. Elle est organisée par Médecine et Famille, l'Association des médecins amis de la famille et des amilles nombreuses médicales et par l'Association des pharmaciens pères de familles nombreuses. L'Académie de médecine lui a accordé son patronage et sera représentée à Besançon. La plupart des Facultés et Écoles de médecine enverront des délégués.

A l'ordre du jour figurent notamment : le nouveau régime des allocations familiales dans le Corps médical et pharmaceutique ; les premiers résultats de la répression de l'avortement ; l'organisation des études démographiques notamment pour les étudiants en médecine et en pharmacie ; la lutte antialcoolique et la dénatalité ; l'exode rural. Cette dernière question sera étudiée en liaison avec les Assises régionales de la médecine française et en présence du Docteur Godlewski.

Les séances de travail auront lieu le dimanche matin et l'après-midi. Un déjeuner est organisé auquel les femmes des confrères et leurs grands enfants sont cordialement invités.

S'inscrire dès aujourd'hui et adresser toutes communications et demandes de renseignements au secrétariat de Médecine et Famille, 84, rue de Lille, Paris (VIIe) ou au Docteur Ledoux, directeur de l'Ecole de médecine de Besançon, 74, Grande-Rue à Besançon.

— **Hôpitaux de Rouen.** *Internat.* — Un concours pour quatre places d'internes titulaires et deux places d'internes provisoires s'ouvrira le 16 novembre 1939, à l'hospice général.

Inscriptions jusqu'au 31 octobre au secrétariat des hospices civils, 1, rue de Germont, à Rouen.

— **Etats-Unis.** *Les aspects psychologiques de la sénescence.* — W. R. Miles, professeur à la *Yale University*, a publié, sous le titre : « Psychological aspects of ageing », le résultat de ses recherches

concernant les processus de sénescence (données biologiques générales, morphologiques, physiologiques, sensorielles, sexuelles, nerveuses et psychiques)

Miles envisage les modifications au cours de la vie (ascension et déclin) dans l'activité (adresse, vitesse de réaction), dans les capacités perceptives, dans l'acquisition des souvenirs, dans l'intelligence, les intérêts, les tendances, les traits de personnalités, les appréciations du temps. Les modifications psychologiques caractérisant la sénescence paraissent essentiellement refléter les altérations physiologiques (diminution de la force, de la tendance sexuelle, de la sensibilité à la douleur) ; en revanche, l'accroissement des connaissances et l'expérience entraînent jusque très tard des supériorités croissantes, avec maintien des hiérarchies sensorimotrices et intellectuelles, et développement de certaines qualités d'objectivité. Une compensation psychologique des infériorités physiques reconnues peut, selon Miles, permettre aux vieillards une adaptation sociale très satisfaisante, en coordination avec l'activité des jeunes, qui représentent un facteur essentiel de progrès.

Miles n'insiste pas beaucoup sur une des caractéristiques de la sénescence, qu'il a pourtant étudiée et mise en évidence, à savoir le déclin de la vitesse qui, dans certaines épreuves d'intelligence est la cause d'une diminution apparente de capacité.

Un autre auteur américain, Brown, vient de faire à cet égard des recherches concluantes. Il a établi un test non verbal d'analogies, comprenant 31 épreuves graduées et effectuées sans limite de temps, pour établir la valeur « en puissance », et un test semblable comprenant quinze épreuves d'égale difficulté, répétées deux fois, pour la mesure de vitesse.

Sur 130 sujets d'âges divers, on trouve les valeurs suivantes pour le test de puissance et pour le test de vitesse, comme moyenne, par groupes, du plus jeune au plus vieux :

	Puissance	*Vitesse*
Moins de 30 ans	12,84	9,89
De 30 à 35 ans	12	8,96
Plus de 50 ans	11,93	7,80

Le déclin est nettement plus accentué pour la vitesse que pour la puissance.

Ces faits sont de nature à montrer l'importance de dissocier dans les diagnostics individuels d'intelligence le rôle propre de la vitesse dans la résolution des problèmes posés.

— **Pologne** *Prophylaxie du goitre endémique* — Depuis 1934, dans le département de Cracovie, où sévit tout particulièrement le goitre endémique, on pratique la prophylaxie par l'emploi du sel iodé dans l'alimentation. On le prépare de telle façon qu'il contienne de 3 à 7 mg. de KI par kilogramme.

Les résultats de cette mesure sont très encourageants. Le pourcentage des goitres chez les recrues de ce département est passé de 17 pour 100 pour la

période 1930-1934 à 2,9 pour 100 en 1937. La diminution porte surtout sur les formes graves.

(*Comité permanent de l'Office international d'hygiène publique*)

— **Naissance.** — Le Docteur P. Defoug, président du Syndicat médical de l'Aisne, et Madame ont la joie de faire part de la naissance de leur fille Denise ; nous leur adressons nos meilleures félicitations.

Laon, 13 août 1939.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Bouchet, de Maussane (Bouches-du-Rhône) ; du Docteur Chevalier, de Fontenay-le-Comte (Vendée) ; du Docteur Alfred Clément, d'Annecy ; du Docteur Yves Delagenière, du Mans ; du Docteur François Dugnac, de Castillon (Gironde) ; du Docteur Charles Gardère, médecin des hôpitaux de Lyon ; du Docteur Toulane, de Luc-en-Provence (Var) ; du Docteur Jacques, de Rochefort ; du Docteur Laforgue, de Montauban ; du Docteur Hatton, de Ville-sur-Tourbe (Marne) ; du Docteur Mosnier d'Oudjda (Maroc) ; du Docteur Levet, de Châlon-sur-Saône ; du Docteur Cailleault, du Mans ; du Docteur Soulé, de Bordeaux ; du Docteur Roussel, de Coussy (Vosges) ; du Docteur Goidin, de Paris.

Le Docteur Charles Ferry annonce le décès de son père le Docteur Jules Ferry, décédé le 11 août 1939 à Château-Chinon, dans sa 89e année ; nos bien sincères condoléances.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Enseignement de la médecine

La chaire de pathologie externe (dernier titulaire M. Swynghedauw) de la Faculté de Lille est transformée, à compter du 1er octobre 1939, en chaire de bactériologie médicale et pharmaceutique.

M. Gernez, agrégé, est nommé, à compter du 1er octobre 1939, professeur de bactériologie médicale et pharmaceutique à la Faculté de Lille.

M. Dambrin, professeur de clinique chirurgical à la Faculté de Toulouse, est transféré, à compter du 1er octobre 1939, dans la chaire de clinique chirurgicale et gynécologique de cette Faculté (dernier titulaire : M. Desforges-Mériel).

La chaire de clinique chirurgicale de la Faculté de Toulouse est transformée, à compter du 1er octobre 1939, en chaire de pathologie chirurgicale.

M. Caubet, professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédie de la Faculté de Toulouse, est transféré, à compter du 1er octobre 1939, dans la chaire de pathologie chirurgicale de cette Faculté.

La chaire d'anatomie pathologique de la Faculté de Toulouse (dernier titulaire : M. Tapié) est transformée, à compter du 1er octobre 1939, en chaire d'anatomie pathologique et pathologie générale.

M. Sandrail, agrégé pérennisé, est nommé, à compter du 1er octobre 1939, professeur d'anatomie pathologique et pathologie générale à la Faculté de Toulouse.

La chaire d'anatomie pathologique de la Faculté de Montpellier (dernier titulaire : M. Grynfeltt) est transformée, à compter du 1er octobre 1939, en chaire d'anatomie pathologique et médecine expérimentale.

M. Baumel, agrégé, est nommé, à compter du 1er octobre 1939, professeur d'anatomie pathologique et médecine expérimentale à la Faculté de Montpellier.

Par arrêté du ministre de l'Education nationale en date du 16 août 1939, la chaire de clinique chirurgicale infantile et orthopédie (dernier titulaire : M. Gaubet) de la Faculté de Toulouse, est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

(*J. O.*, 17 août 1939.)

M. Bénard, agrégé, est nommé à compter du 1er octobre 1939, professeur de pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de Paris (dernier titulaire : M. Fiessinger).

M. Aubertin, agrégé, est nommé à compter du 1er octobre 1939, professeur de thérapeutique à la Faculté de Paris (dernier titulaire : H. Harvier).

M. Vallery-Radot, agrégé, est nommé à compter du 1er octobre 1939, professeur de pathologie médicale à la Faculté de Paris (dernier titulaire : M. Abrami).

Par décret en date du 10 août 1939, rendu sur le rapport du ministre de l'Education nationale, le titre de professeur honoraire de la Faculté de médecine de l'Université de Nancy est conféré à M. Jeandelize, professeur d'ophtalmologie à cette Faculté, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

(*J. O.*, 19 août 1939.)

Hôpitaux psychiatriques

Un poste de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique départemental de la Seine-Inférieure est actuellement vacant par suite du départ de M. le Docteur Usse, nommé médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Braqueville.

(*J. O.*, 18 août 1939.)

Légion d'honneur et ordres divers

Est promu officier de la Légion d'honneur, au titre du ministère des Anciens combattants et pensionnés : M. le docteur Rœderer, surexpert au Centre d'appareillage de Paris.

Par décret du 29 juillet 1939, sont nommés au grade de chevalier dans l'Ordre national de la LÉGION D'HONNEUR au titre de la loi du 3 août 1936, avec traitement, les médecins des réserves dont les noms suivent :

MM. Serbource, médec. capit., 8e rég. ; Jego, médec. command., 4e rég.

ORDRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Commandeurs : Prof. Léon Bérard (Lyon) ; MM. Georges Brouardel (Paris), Castaigne (Clermont-Ferrand), Candiotti (Paris) ; Gay-Bonnet (Paris), A. Savornin (Paris), Techoueyres (Reims), Vaillant (Paris).

Officiers : MM. Gaston Beauchef (Laigle, Orne), Jean Benech (Nancy), Louis Bouillette (Conflans-Sainte-Honorine), Georges Boulangier (Metz), Louis Brot (Ancy-le-Franc, Yonne), Brunel (Paris), André Caillet (Paris), Henri Chauchard (Paris), Joseph Chevron (Châlons-sur-Marne), Raymond Corbin (Amiens), Pierre Crozes (Toulouse), Louis Fauvel (Châlons-sur-Marne), Albert Ferry (Romorantin), Pierre Fulcrand (Paris), Maurice Gallouen (Rouen), Genaud (Paris), Goett (Paris), Alfred Hagen (Plombières-les-Bains), Gaston Hutinet (Paris), Georges Huyghe (Dunkerque), Georges Ill (Paris), Georges Johanin (Mortagne-au-Perche, Orne), Joseph Lapin (Rabat), Prof. Lévy-Valensi (Paris), Jean Livon (Marseille), Victor Manesse (Antony), Louis Matinier (Paris), Mercier (Paris), Paul Muller (Belfort), Louis Née (Rouen), Armand Pasturel (Dun-sur-Auron, Cher), Perdrizet (Versailles), Emile Pernot (Paris), Perrin (Paris), François Renard (Bourg), Prof. Louis Rocher (Bordeaux), Maurice Vernet (Paris), Prof. Maurice Villaret (Paris), Prof. Henri Violle (Marseille).

Chevaliers : MM. Maurice Adrian (Rouen), Jean d'Ailhaud-Castelet (Périgueux), Louis Artaud (Cormeilles-en-Parisis), Jehan Barlet (Londres), Marcel Barrère (Vicdessos, Ariège), Albert Battier (Boulou-les-Roses, Corrèze), Jean Bentkowski (Saint-Hippolyte-du-Fort, Gard), Armand Béraud (La Rochelle), Guy Brindejonc de Berminghan (Paris), Paul Bernard (Paris), Albert Blaise (Le Thillot, Vosges), Edgar Blum (Paris), Georges Bocquillon (Templeuve, Nord), Stéphane Bonnet dit Bonnet-Roy (Paris), Boudet (Montpellier), Emile Boyer (Paris), Raymond Brahy (Mirecourt), Pierre Breton (Paris), Maurice Brissot (Epinay-sur-Orge), André Brochier (Lyon), Léon Brodier (Valenciennes), Fernand Brunerye (Paris), André Cachera (Paris), Joseph Caillot (Lyon), Antoine Canouet (Boscamnant, Carente-Inférieure), Paul Caraguel (Fez), Charles Championnet (Vesoul), Paul Cheronnet (le Mans), Albert Cœuilliez (Mayenne), Robert Coliez (Paris), Aimé Collet (Isle, Haute-Vienne), Henri Cornu (Neufchateau), René Cullerre (La Roche-sur-Yon), François Cuttoli (Ajaccio), Raoul Daux (Terrasson, Dordogne), Marcel Debehaigne (Rouen), Pierre Debenais (La Roche-Chalais, Dordogne), Léon Delage (Levallois-Perret), Georges Delmas (Sarlat), Louis Deloulay (Châteauroux), Albert Demay (Valence), Daniel Douady (Saint-Hilaire-du-Touvet, Isère), Paul Duchein (Sedan), Léon Fauverghe (Roubaix), Jules Feillard (Brest), Mlle Madeleine Forgeot (Saint-Dizier), André Frinault (Laigle, Orne), Paul Garnier (Angers), Henri Gérard (Saint-Dié), Georges Gelly (Paris), René Goulley (Paris), Adolphe Gourcon (Cognac), Georges Hagenmuller (Mulhouse), René Henry (Mortagne), Paul Hombourger (Paris), Victor Herviault (Paimpol), Victor Jallot (Rénazé, Mayenne), Jean Jomain (Paris), Jouet (Paris), Mlle Denise Kapp (Paris), Marcel Lacroix (Strasbourg), Jean Lamare (Saint-Germain-en-Laye), Marcel Lanselle (Paris), Larget (Saint-Germain-en-Laye), Yvon Latour (Paris), Julien Le Maux (Clermont), Francisque Le Moine (Brive), L. Lepinay (Paris), Maurice Limouzi (Orléans), Jules Lonjon-Raynaud (Paris), Louis Lorcin (Chavanne, Loire), Georges Mangin-Boc-

quet (Paris), Marc Massip (Paris), André Maurellet (Bry-sur-Marne), Pierre Menet (Paris), André Merey (Paris), Paul Michel (Crépieux-le-Pape, Ain), Raymond Midon (Nancy), Paul Morin (Paris), Muranet (Sétif), Albert Nast (Chelles), Raymond Paris (Paris), Jean Passot (Lyon), Roger Pavillard (Palikao, Oran), Paul Peyre (Paris), Maurice Pignède (Clermont), Albert Pillouard (Mainneville, Eure), Pinart (Saint-Brieuc), Henri Poirier (Couture-sur-Loir, Loir-et-Cher), Jean Poujol (Nice), Raymond Poussard (Rueil-Malmaison), Henri Redon (Paris), Paul Renault (Paris), André Robin (Paris), Antoine Rœderer (Sanit-Mandé), Rossi (Paris), Armand Rouanet (Moissac), Henri Rouèche (Paris), Jean Roy (Tours), Léon Rozoy (Charleville), François Rubin (Saint-Jeoire-en-Faucigny, Haute-Savoie), Jean Sabourin (Paris), Norbert Saint-Paul (Niort, Deux-Sèvres), Paul Sauzay (Bône), Marcel Schwob (Mulhouse), Edgar Souffrain (Troyes), Pierre Teyssandier (Lugon), Léon Tissot (Annecy), Raoul Vaurs (Clermont-Ferrand), Henri Vigneron (Blois), Paul Villatte (Salignac, Dordogne), Robert Waitz (Strasbourg),

(*J. O.*, 13 août 1939.)

Décret du 26 juillet 1939 portant réglementation du port de diverses décorations

Article unique. — La croix de l'Ordre de la santé publique est portée après la croix de l'Ordre du mérite maritime et avant la croix de l'Ordre du mérité commercial.

La croix de l'Ordre du mérite commercial est portée après la croix de l'Ordre de la santé publique et avant les décorations universitaires.

La croix du mérite social est portée après la décoration du mérite agricole et avant les médailles d'honneur. (*J. O.*, 11 août 1939.)

Pharmacie

Décret du 11 août 1939 portant création d'un diplôme d'Etat de docteur en pharmacie

(*J. O.*, 19 août 1939.)

Service de santé militaire

Réintégrations

Par décret du 4 août 1939 les officiers de réserve du Service de santé, rayés des cadres ci-après désignés, sont réintégrés dans les cadres et, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

A la région de Paris, avec le grade de méd. lieut. : Beau ; à la 7e région, avec le grade de méd. capit. : Perret ; à la 9e région, avec le grade de méd. capit. : d'Ailhaud-Castelet, Basset ; à la 11e région, avec le grade de méd. sous-lieut. : Delord ; à la 14e région, avec le grade de méd. lieut. : Bernard.

Promotions

Par décret du 28 juillet 1939, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les médec. auxil. : (rang 5 avril 1939) Patron, rég. Paris ; (rang 15 juin 1939) Di Chiara, rég. Paris ; (rang 21 juin 1939) Le Lay, rég. Paris ; (rang 27 juin 1939) Hache, 1re rég.

Par décret du 5 août 1939 sont promus dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé, les officiers de réserve ci-après désignés qui, par décision de même date, sont maintenus dans leur affectation actuelle.

Au grade de médecin lieutenant.

Les méd. sous-lieut. de rés. ci-après désignés :

(Rang du 24 juin 1937) Labrit. 18e rég. ; (rang du 24 nov. 1937) Laurent, rég. de Paris ; (rang du 12 nov. 1938) Determe, rég. de Paris ; (rang du 19 mars 1939) Casanova, 15e rég. ; (rang du 20 avril 1939) Loubet, 15e rég. ; (rang du 4 mai 1939), Trolle, 3e rég. ; (rang du 6 mai 1939) Soleil, 3e rég.

(Rang du 17 mai 1939) Duchêne, 3e rég. ; (rang du 27 mai 1939) Bigonnet, 15e rég. ; Devèze, 15e rég. ; Fiastre, 15e rég. ; Mariani, 15e rég. ; Mathieu, 15e rég. ; (rang du 10 juin 1939) Veau, 5e rég. ; (rang du 11 juin 1939) Puig, rég. de Paris ; (rang du 15 juin 1939) Cousin, 1re rég. ; Dufresne, 1re rég. ; Retailleau, 1re rég. ; (rang du 16 juin 1939) Fabiato, rég. de Paris ; (rang du 17 juin 1939) Pruvost, 1re rég. ; (rang du 19 juin 1939) Dassonville, rég. de Paris ; (rang du 20 juin 1939) Gerber, 7e rég.

(Rang du 21 juin 1939) Bernard, rég. de Paris ; Calbet, rég. de Paris ; Dacheux, rég. de Paris ; Mourret, rég. Paris ; Jouffray, rég. Paris ; Lamaze, rég. Paris ; Pignot rég. Paris ; Simkoff dit Simkine, rég. Paris ; Simon, rég. Paris ; Bigotte, 1re rég. ; de Champs, 1re rég. ; Delepoulle 1re rég. ; Dessaint, 1re rég. ; Douvrain, 1re rég. ; Durieux, 1re rég. ; Fauquet, 1re rég. ; Flon, 1re rég. ; Grodée, 1re rég. ; Guerillon, 1re rég. ; Havet, 1re rég. ; Leclercq, 1re rég. ; Leghie, 1re rég. ; Legrand, 1re rég. ; Meurisse, 1re rég. Platel, 1re rég. Rivière, 1re rég. Schultz, 1re rég. ; de Tayrac, 1re rég. ; Vallet, 1re rég. ; Vancostenoble, 1re rég. ; Vankemmel, 1re rég. ; Ahr, 7e rég. ; Francillon 7e rég.

(Rang du 22 juin 1939) Aditeboul, rég. de Paris ; Advenier, rég. Paris ; Altman, rég. de Paris ; Amado, rég. Paris ; Arnoux, rég. Paris ; Atlan, rég. Paris ; Avenier, rég. Paris ; Bailly, rég. de Paris ; Barrois, rég. de Paris ; Batiot, rég. Paris ; Beauvais, rég. Paris ; Bibas, rég. Paris ; Bigey, rég. Paris ; Blanc, rég. Paris ; Blicher, rég. Paris ; Blumen, rég. Paris ; Bonnardel, rég. Paris ; Bouniol, rég. Paris ; Bouvier, rég. Paris.

Bretton, rég. Paris ; Bruce, rég. de Paris ; Calmanas, rég. Paris ; Chevalier, rég. Paris ; Clénet, 4e rég. ; Clercy, rég. Paris ; de Coccola, rég. de Paris ; Collart, rég. de Paris ; Cormelie, rég. Paris ; Corny, rég. Paris ; Courtin, rég. Paris ; Deloche, rég. Paris ; Depierre, rég. Paris ; Deshaies, rég. Paris ; Desgrez, rég. Paris ; Desprès, rég. Paris ; Dugay, rég. Paris ; Dulac, rég. Paris ; Duponchel, rég. Paris ; Ebstein, rég. Paris ; Epelbaum, rég. Paris ; Franck, rég. Paris ; Gaignerot, rég. Paris ; Gamelon, rég. Paris ; Gautrelet, rég. Paris ; Georget, rég. Paris.

Girard, rég. Paris ; Gluckberg, rég. Paris ; Godard, rég. Paris ; Gogue, rég. Paris ; Goudot (Jean), rég. Paris ; Goudot (André), rég. Paris ; Guittard, rég. Paris ; Henry, rég. Paris ; Israël, rég. Paris ; Jamain, rég. Paris ; Kron, rég. Paris ; Mariotti, rég. Paris ; Phelut, rég. Paris ; Roch, rég. Paris ; Torre, rég. Paris ; Verne, rég. Paris ; Vitenson, rég. Paris ; Wolfromm, rég. Paris ; Chartier, rég. Paris ; Bussel, 6e rég. ; Cros, 13e rég. ; Baltazard, tr. Maroc.

(Rang du 23 juin 1939) Lejeune, 1re rég. ; (rang du 24 juin 1939) Bargain, rég. Paris ; (rang du 25 juin 1939) Franchi, 15e rég. ; Ayrignac, 16e rég. ; Bonnafous (André), 16e rég. ; Bonnafous (Jean), 16e rég. ; Bouisset, 16e rég. ; Carles, 16e rég. ; Catalan, 16e rég. ; Cauvy, 16e rég. ; Combacal, 16e rég. ; Couderc, 16e rég. ; Cutzach, 16e rég. ; Demarque, 16e rég. ; Demontès, 16e rég. ; Desnoyes, 16e rég. ; Deumier, 16e rég. ; Estève, 16e rég. ; Ferré, 16e rég. ; Hugonnet, 16e rég. ; Lacube, 16e rég. ;

Libes, 16e rég. ; Mazet, 16e rég. ; Nichet, 16e rég. ; Saunal, 16e rég. ; Sucret, 16e rég. ; Sudries, 16e rég. ; Vidal, 16e rég. ; Vignes, 16e rég.

(Rang du 26 juin 1939) Duc, 1re rég. ; Leclercq, 1re rég. ; Mondain, 1re rég. ; Taleu, 1re rég. ; (rang du 28 juin 1939) Rallu, rég. Paris ; (rang du 29 juin 1939) Bouvier, 3e rég. ; Champion, 3e rég. ; Couedic, 3e rég. ; Duquesne, 3e rég. ; François, 3e rég. ; Garnier, 3e rég. ; Jeanne, 3e rég. ; Moles, 3e rég. ; Silvestre, 3e rég. ; Veyres, 3e rég. ; (rang du 27 juill. 1939) Tetreau, rég. Paris.

(Rang du 17 août 1939) Bigeard, rég. Paris ; Bosvieux, rég. Paris ; Caille, rég. Paris ; Guyot, rég. Paris ; Leboff, rég. Paris ; Weiss, rég. Paris ; Chandellier, 14e rég. ; Dor, 15e rég. ; Mathieu, 16e rég. ; Teyssier, 16e rég. ; Escal, 20e rég. ; Flesch, 20e rég.

Honorariat

Par décision du 26 juillet 1939 et par application de l'article 23 de la loi du 8 janvier 1925, sont placés dans la position d'officier honoraire à compter du jour de leur radiation des cadres :

Avec le grade de médecin colonel : Lemierre, Argaud, Perrin.

Avec le grade de médecin lieut.-col. : Pottier, Schmitt, Blondeau, Lavenant, Suttel, Vorbe, Lande.

Avec le grade de médecin commandant : Descoust, Ebstein, Oppert, Pfulb, Rœderer, Schaefer, Trèves, Sourdeau, Sabazanas, Poissonnier, Meynier, Combes, Igonet, Lagache, Poucel, Crebassol, Bouveret.

Avec le grade de médecin capitaine : Desmarquest, Gosselin, Ducatillon, Faidherbe, Poirel, Bardoz, Cagninacci, Jobard, Couturier, Jossu, Delolm de Labaubie, Réau, Poisson, Salinier, Guichou, Mistral, Cazaillet, Laurent, Soulier, Dreyfuss, Meyer, Chirpas-Cerbat, Villechaise, Kayser.

Avec le grade de médecin lieutenant : Willerval, Gatineau, Fournier, Fillion-Roux, Nebout, Dodinet, de Grenier, de Rudelle, Perié, Castex, Guitton, Oustric.

Ecoles de perfectionnement

Décret du 1er mai 1939 relatif au relèvement du taux des indemnités de déplacement accordées aux militaires de réserve assistant aux séances ou exercices des écoles de perfectionnement

Article premier. — Le texte de l'article 1er du décret du 16 juillet 1934 est remplacé par le suivant :

« Les officiers, sous-officiers, caporaux-chefs et brigadiers-chefs de réserve assistant aux séances ou exercices des écoles de perfectionnement, hors de leur résidence, peuvent recevoir des indemnités de déplacement dont les taux sont les suivants :

« *a*) 14 francs (officiers) ou 13 fr. 50 (autres militaires) si l'absence obligatoire hors de la résidene est d'une durée comprise entre sept et douze heures ;

« *b*) 28 francs (officiers) ou 27 francs (autres militaires) si cette durée est comprise entre douze et dix-huit heures ;

« *c*) 51 francs (officiers) ou 37 fr. 50 (autres militaires) si cette durée est comprise entre dix-huit et trente et une heures. »

Article 2. — Le Président du Conseil ministre de la Défense nationale et de la Guerre, et le ministre des Finances, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera inséré au *Journal Officiel* de la République française.

Voir la Correspondance page XXXIII-2235

PROPOS DU JOUR

L'IMPORTANCE DU MARCHÉ DES SOINS QU'EXIGE LA MALADIE

Lorsque Lafontaine, il y a environ 25 ans, parlait de production de soins et de consommation de soins, un grand nombre de nos confrères, surtout les anciens, étaient scandalisés, tout comme lorsque le *Concours Médical* lança l'idée de la création du syndicalisme médical et s'acharna à la réaliser. Cependant, qu'on le veuille ou non, les soins médicaux doivent être incorporés dans l'économie générale dont ils sont un facteur important avec les frais qu'ils déterminent. Dans un rapport général de la section du *Coût de la maladie*, présenté aux dernières Journées internationales de médecine sociale de Liége, le Docteur R. Sand relevait qu'en 1929 aux Etats-Unis les soins donnés aux malades avaient coûté 4 % du revenu national, estimé 91 milliards de dollars. Que sur ces 4 % la charge des familles comptait pour 79 %, celle de l'Etat 14 %, celle des œuvres privées 5 % et que l'industrie couvrait 2 % de ces frais. Sur ce total, les médecins recevaient 27 %, les hôpitaux 23 % et les pharmaciens et opticiens 19 %.

« Ainsi, écrit M. le Docteur R.-H. Hazemann dans une communication aux mêmes Journées, intitulée *Quelques aspects paradoxaux du marché de soins*, quoique le médecin ne soit pas « payé » mais « honoré », quoique le Corps médical s'enorgueillisse toujours et à juste titre, d'appartenir à une profession libérale, il n'en existe pas moins un véritable marché de soins délivrés par les médecins, les pharmaciens, les auxiliaires médicaux ou encore dispensés dans les institutions hospitalières. On ne saurait mettre en doute que ces soins ou services fassent l'objet d'une demande et d'une offre, au surplus loin d'être ajustées l'une à l'autre. »

M. R. Sand que cite toujours M. Hazemann, estime qu'aux Etats-Unis la perte causée par la maladie atteint 15 % du total du revenu national dont un tiers serait évitable.

De documents provenant d'enquêtes faites à la Société des Nations, non seulement la population pauvre, chargée d'enfants, manquerait de soins suffisants, mais la population plus aisée ne pourrait pas bénéficier des progrès de la science et de la technique médicales.

Il y a, selon la démonstration des économistes, des articles de consommation dont la demande est élastique ou non élastique. C'est à dire que la diminution ou l'augmentation du prix de vente amène automatiquement la diminution ou l'augmentation de la consommation de ces articles. Les articles de première nécessité sont les moins élastiques ; les articles de luxe le sont davantage. Or l'accroissement du revenu réel ou des salaires ne modifie guère la consommation des articles non élastiques de première nécessité, influant surtout sur la consommation des articles à demande élastique, c'est-à-dire des articles de luxe. Il en est probablement de même dans le domaine médical. Le Docteur Hazemann à l'appui de cette hypothèse fait remarquer dans les quartiers populeux l'accroissement du nombre des cabinets dentaires qui exposent de beaux dentiers et des dents en or, la clientèle de plus en plus modeste qui fréquente les stations hydrominérales, les succès de la vente des produits de beauté et de la chirurgie esthétique dans des milieux peu fortunés. Le standard de la vie augmentant dans le monde ouvrier, la consommation des articles médicaux élastiques augmente. On a recours au médecin pour des états pathologiques bénins qu'on aurait en un autre temps négligés. On ne saurait s'en plaindre, car cela permet de parer souvent à des affections qui s'aggravent.

Mais le développement de la technique médicale a eu dans le domaine médical des conséquences diamétralement opposées à l'influence du machinisme dans l'économie générale.

Les progrès et le développement du machinisme amènent un abaissement de prix des produits manufacturés et agricoles, au contraire le

développement de l'appareillage médical augmente considérablement les frais médicaux. C'est qu'ils ne se substituent pas à l'acte du praticien, mais, complétant les sens du médecin, ils se surajoutent au prix de l'examen. De même la division du travail qui amène par une production plus intense et moins coûteuse un abaissement des prix des produits manufacturés et agricoles, quand elle se produit dans le domaine médical sous la forme de la spécialisation du médecin, augmente fatalement les frais médicaux.

L'exode médical qui, dans les campagnes, est parallèle à l'exode rural, complique encore la situation.

M. Hazemann, se basant sur les études faites aux Etats-Unis, remarque qu'au point de vue économique le médecin est défavorisé. La plupart des produits essentiels sont de consommation régulière, il n'en est pas de même dans l'exercice de la médecine.

En outre ce sont les familles les moins fortunées et les plus nombreuses qui sont les plus souvent malades.

Alors se pose la question très délicate : comment répondre aux besoins qu'exige pareille situation ?

Les pouvoirs publics ont organisé pour cela l'assistance médicale gratuite pour la population indigente ; mais pour l'indigence relative, causée par la maladie, l'indigence « médicale », ils ont réalisé l'Assistance médicale gratuite partielle avec l'aide aux « économiquement faibles ».

Comme le « risque maladie » a une inégale répartition dans le temps et les diverses couches de la population, les pouvoirs publics ont favorisé la Mutualité et ont mis sur pied les Assurances sociales.

En outre la collectivité ne se contente pas d'assurer une aide financière, elle édifie des hôpitaux, des policliniques, organise des consultations, des dispensaires, des centres de santé. Le décalage existant entre le coût des soins médicaux et le prix des autres produits nécessaires à la vie, les progrès techniques, tout cela détermine la tendance à la « socialisation de la médecine » qu'il ne faut pas confondre avec l' « étatisation ».

Avec le développement de la médecine sociale, les budgets sont de plus en plus grevés, parce que des besoins dont la demande était jadis considérée comme élastique, ne sont plus regardés comme entrant dans la catégorie du luxe.

En outre le salaire ordinaire, répondant à la formule « à chacun selon son travail », se trouve doublé d'un salaire social répondant à la formule « à chacun selon ses besoins ». Ce salaire social se divise en deux parties : une partie comprend les caisses de compensation pour faire face aux charges de famille, et les prestations versées en vertu des lois de réparation (accidents du travail, maladies professionnelles) ; l'autre partie consiste dans les prestations en nature (habitations à bon marché, cantines scolaires, gouttes de lait, etc., soins médicaux). L'emploi de ce salaire social exige un contrôle.

C'est par ce salaire social qu'on permet à toute une partie de la population de bénéficier des progrès de l'hygiène et de la technique médicale, car le médecin ne doit pas songer seulement à faire progresser la science mais à mettre la population en mesure de bénéficier de ses progrès.

Tout cela amène une perturbation dans l'exercice de la médecine qui aggrave temporairement la crise médicale. Il importe pour sortir de cette crise que les médecins, les économistes, les administrateurs, les sociologues collaborent dans l'étude du coût des soins médicaux.

M. le Docteur Hazemann affirme que le marché des soins médicaux est loin d'être saturé, que « la médecine préventive judicieusement mise en œuvre doit contribuer à relever le niveau de vie général et en particulier celui des médecins ». Il convie à aborder courageusement l'étude du coût de la médecine et de la politique du salaire social. Sans doute la prévention ne diminuera pas le volume mais modifiera la nature des soins médicaux. Un nouvel état de choses ne s'établira pas sans ajustements douloureux et il est bon de les prévoir dans la mesure du possible.

Et M. le Docteur Hazemann termine par cette phrase qui laisse quelque espérance pour l'avenir de la profession médicale :

« Toutes ces recherches ne sauraient en rien retirer à l'acte médical ce qu'il a d'humain et de personnel ; elles doivent au contraire permettre à l'homme d'intervenir dans une médecine moins désarmée devant la maladie, moins impuissante devant les facteurs économiques. »

Ainsi soit-il !

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LES TERREURS NOCTURNES DANS LA PRATIQUE MÉDICALE INFANTILE (1)

Par M. le Docteur R. LIÉGE

Ancien chef de Clinique médicale infantile à la Faculté

Il est assez fréquent dans la pratique de la médecine des enfants que des parents viennent consulter parce que leur enfant présente des troubles nerveux nocturnes, qu'ils craignent être de l'épilepsie ou avoir quelque rapport avec elle.

Les terreurs nocturnes des enfants posent donc pour le praticien un problème clinique et étiologique, réclament un pronostic et nécessitent un traitement.

L'observation suivante se prête à ces quelques considérations d'ordre pratique.

G... Michel nous est adressé à l'hôpital des Enfants-Malades le 4 janvier 1939 avec le diagnostic d'épilepsie.

Son histoire est la suivante :

Il est âgé de 9 ans 1/2. Il n'y a rien de particulier à noter dans sa petite enfance. Ses parents sont bien portants. On ne relève dans les antécédents héréditaires aucune crise comitiale ; le père est un nerveux qui jeune présentait des phénomènes de somnambulisme.

Les crises qui motivent la consultation ont débuté en 1937. Elles présentent toutes des caractères identiques, savoir :

1° Elles surviennent toujours la nuit, jamais pendant le jour.

2° Elles apparaissent le plus souvent lorsque dans le jour l'enfant s'est fatigué, par le travail, par le jeu, ou lorsqu'il a lu beaucoup. Il est d'ailleurs à noter que ce jeune garçon est un bon élève de sa classe, donnant toute satisfaction à ceux qui sont chargés de l'instruire. L'influence déclenchante des émotions est également notée par la mère : « c'est ainsi, nous dit-elle, qu'une crise est survenue à la suite de la mort du Pape, qui avait beaucoup impressionné l'enfant ».

3° La crise elle-même se passe de la façon suivante : l'enfant se réveille brusquement au cours d'un rêve, tantôt il est attaqué par des bandits, par des bêtes, ou poursuivi par des personnages de son imagination. Il prononce des paroles plus ou moins incohérentes, ou pousse des cris, s'agite, se débat. Sa mère le trouve plus ou moins obnubilé, le calme, et l'enfant se rendort.

Jamais au cours de ces crises, il n'y a eu perte involontaire des urines, ni morsure de la langue, et l'enfant garde le souvenir de ses terreurs nocturnes. Toutefois la première crise survenue en 1937 à la suite d'une forte émotion s'est renouvelée dans la nuit, et se serait, nous dit-on, accompagnée de phénomènes parétiques des membres du côté droit qui auraient motivé une ponction lombaire. Celle-ci aurait révélé un liquide céphalo-rachidien normal.

La fréquence de ces crises est variable ; elles surviennent environ une fois par mois, quelquefois deux nuits de suite.

A l'examen, ce jeune garçon qui pèse 51 kilos et mesure 1 m. 35 a donc un poids et une taille supérieurs aux moyennes de son âge ; la force musculaire des membres et les réflexes tendineux sont normaux, il n'existe pas de signe de Babinsky, ni de signe de Chvosteck.

La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang est négative. L'examen des selles ne révèle pas d'œufs de parasites. Le taux du calcium sanguin est de 80 milligrammes par litre, donc un peu inférieur à la normale.

Nous avons prescrit, outre la réglementation hygiénique de la vie, du travail et des jeux, la suppression des lectures des romans d'aventure, des injections intramusculaires bi-hebdomadaires de bromogalactogluconate de calcium (une série de douze piqûres de 5 c. c.) et l'administration *per os* de comprimés contenant chacun 0,50 de tartrate borico-potassique et 1 centigramme de gardénal.

Ce traitement a considérablement amélioré l'enfant et au mois de mars 1939 il n'avait présenté qu'une seule crise, encore fut-elle moins forte que les précédentes.

Les terreurs nocturnes « Pavor Nocturnus » sont connues depuis longtemps des médecins d'enfants. Elles ont été l'objet de nombreuses descriptions, que l'on trouve dans des livres de médecine déjà anciens (Omniboni, Hesse, etc.).

Parmi les plus intéressantes, voici celle que l'on trouve dans le livre de West (1).

« Il arrive souvent qu'un enfant qui s'est mis au lit en apparence très bien portant et qui a profondément dormi quelque temps, s'éveille soudainement, dans une grande terreur, en poussant un cri perçant et retentissant. On trouve l'enfant assis dans son lit, s'écriant comme en proie à une terreur violente : Oh ! ! Oh ! Otez-le papa ! maman ! ». La frayeur est peinte sur ses traits, il ne reconnaît pas ses parents qui, alar-

(1) Conférence faite à l'hôpital des Enfants-Malades, le 30 mai 1939.

(1) Ch. WEST. Leçons sur les maladies des enfants, traduites d'après la sixième édition anglaise et annotées par le Professeur Archambault, Masson et Cie, éditeurs, MDCCCLXXX.

més par ses cris sont accourus dans la chambre, mais semble complètement absorbé par l'impression terrifiante qui l'a tiré de son sommeil. La connaissance revient par degrés, l'enfant s'attache alors à sa mère ou à sa bonne, demande souvent à ce qu'on le lève et le promène dans sa chambre, et peu à peu, quelquefois en dix minutes, d'autres fois en une demi-heure, se calme et se rendort.

Quand la frayeur disparaît l'enfant devient quelquefois calme tout aussitôt, mais fréquemment, il commence à fondre en larmes et sanglote pour reposer dans les bras de sa mère. Dans quelques cas il y a émission en quantité notable d'urine limpide, quand l'attaque disparaît, mais ceci n'est en aucune façon un fait constant. Habituellement le reste de la nuit se passe au milieu d'un sommeil assez calme, et la nuit suivante peut se passer sans être nullement troublée ; ou bien au contraire les terreurs peuvent se reproduire et avec les mêmes symptômes exactement. L'attaque survient d'habitude après un sommeil qui a duré d'une demi-heure à un couple d'heures, et généralement il ne se produit pas deux attaques dans la même nuit. Ces attaques sont toujours liées plus ou moins distinctement à l'impression produite par quelque chose qui peut provoquer la peur, — comme un chat, un chien, que l'enfant s'imagine voir sur son lit ; et cette illusion continue même après que l'enfant a reconnu ceux qui l'entourent.

Ce n'est pas un état de délire, car l'enfant n'a pas d'autres hallucinations, mais les nuits peuvent succéder aux nuits et l'attaque se reproduire exactement avec les mêmes caractères. Le sommeil qui la précède paraît bon, bien que souvent un peu agité ; pourtant d'habitude l'enfant ne parle pas pendant sa durée, et lorsque après l'attaque il s'est calmé, il dort généralement d'un sommeil profond, quelquefois jusqu'au matin ou jusqu'à ce qu'il survienne une attaque ordinairement plus légère ; mais ceci n'arrive presque jamais avant que le sommeil n'ait duré une heure ou plus...

L'âge de l'enfant, auprès duquel on est appelé pour une crise de terreur nocturne, est très variaple. Le plus souvent il s'agit d'un enfant déjà grand (8 ou 12 ans), quelquefois d'un enfant plus jeune, voire même d'un nourrisson.

Il est fréquent que lorsque l'on arrive l'émoi des parents soit calmé, et l'enfant rendormi ; de toutes façons il est habituellement assez facile de reconnaître la crise de terreur norturne à la description qu'en donnent les parents et, si l'examen ne peut être pratiqué sur le moment même, de le remettre au lendemain. Le problème qui va alors se poser est celui du diagnostic étiologique.

Pour être valablement résolu ce problème comportera comme données essentielles l'examen clinique complet de l'enfant :

recherche de la fièvre ;

étude des réflexes ;

étude du développement psychique ;

étude des antécédents héréditaires et familiaux ;

étude du milieu familial lui-même et si nécessaire : examen de la vue, du fond d'œil et du liquide céphalo-rachidien.

Comme l'écrit P. Boncour « si tous les cas de terreur nocturne étaient sérieusement analysés, on trouverait plus fréquemment des symptômes non douteux de lésions des centres nerveux. Il existe plus souvent qu'on ne pense des réactions méningées qui passent inaperçues et se terminent sans incident ; une ponction lombaire donne souvent des surprises ».

Muni de ces données indispensables on pourra en pratique classer les accès de terreur nocturne observés dans l'une des catégories suivantes :

Terreurs nocturnes symptomatiques,

Terreurs nocturnes névropathiques.

Terreurs nocturnes symptomatiques

Ce sont celles qui sont dues à un état infectieux ou toxique.

On les observe au début ou à la fin de certaines maladies (rougeole, pneumonie, typhoïde, etc.).

Elles sont le plus souvent faciles à rapporter à leur cause. L'enfant a de la fièvre ; il s'est plaint dans la journée, auparavant ses nuits étaient normales, son sommeil calme.

Parmi les terreurs nocturnes symptomatiques se rangent encore celles qui sont imputables à une affection de l'encéphale.

Une tumeur cérébrale, une encéphalite, peuvent être la cause de terreurs nocturnes.

Dans la pratique il est bon de penser à ces deux étiologies ne serait-ce que pour les éliminer.

Dans les cas de sclérose cérébrale infantile, l'état du cerveau à l'état de veille explique rapidement la raison des troubles du sommeil.

Terreurs nocturnes névropathiques

Lorsque les accès de terreurs nocturnes ne paraissent pas en rapport avec un état infectieux ou toxique, ou avec un état organique de l'encéphale on sera en droit de parler de terreurs nocturnes névropathiques que l'on pourrait encore appeler essentielles.

Toutefois, ici encore il faut s'attacher avant de porter cette conclusion à la recherche d'une cause possible. Dans ce but il sera de bonne pratique d'étudier le fonctionnement gastro-intestinal de l'enfant et de faire faire une recherche d'œufs de parasites dans les selles.

Nombre d'auteurs reconnaissent une importance à ces deux facteurs étiologiques, en particulier :

West écrit :

« Dans le plus grand nombre des cas de terreur nocturnes c'est la constipation et non la diarrhée qui est l'état habituel de l'intestin. »

Dans les cas où l'examen coprologique révèle la présence d'œufs de parasites, l'administration d'un vermifuge entraînant l'expulsion des parasites peut faire disparaître les terreurs nocturnes, donnant en même temps la signature de leur origine.

Des troubles hépatiques, des indigestions, des entérocolites peuvent également être la cause à déceler de terreurs nocturnes.

Il arrive quelquefois que de grosses amygdales et la présence de végétations importantes soient l'épine irritative qui déclenche les terreurs nocturnes. On les enlève.

En l'absence de cause digestive il conviendra de pousser plus avant l'étude du système nerveux. Cette dernière aura ici pour but non pas tant la recherche et l'étude des réflexes et la mise en évidence de l'hyperexcitabilité neuromusculaire, que celle du tempérament de l'enfant, de l'état de développement de ses facultés psychiques, de sa sensibilité, de son émotivité, de son impressionnabilité. L'étude des conditions de travail, des jeux, des distractions, apporte souvent des renseignements intéressants. On ne négligera pas non plus l'étude de l'entourage de l'enfant. L'état de santé des grands-parents, leurs infirmités possibles, l'état nerveux des parents eux-mêmes, leur genre de vie, quelquefois leurs querelles sont des facteurs qui joints à l'étude de l'hérédité, des tares nerveuses, à la recherche de l'alcoolisme familial jettent souvent un jour non négligeable sur le mécanisme des terreurs nocturnes d'un enfant.

L'étude des conditions mêmes du sommeil de l'enfant (cohabitation avec les parents, partage du lit des parents, etc.) peut mettre en évidence un facteur étiologique de prime abord insoupçonné.

Ce n'est que lorsqu'on aura mené à fond cette enquête que l'on sera en mesure de porter un pronostic et d'établir un traitement.

Le pronostic des terreurs nocturnes dépend de la variété à laquelle on a affaire. S'il s'agit de terreurs nocturnes symptomatiques, en rapport avec une maladie infectieuse générale ou avec une affection du névraxe, elles n'ont que la valeur d'un symptôme, dont la bénignité ou la gravité est essentiellement liée à l'affection, qui les cause et par conséquent des plus variables.

S'il s'agit de terreurs névropathiques dans l'ensemble, le pronostic est bon, les terreurs nocturnes finissant par disparaître lorsque l'enfant est convenablement traité. Toutefois il est bon de faire remarquer aux parents qu'il est rare qu'un enfant présente un accès unique de terreur nocturne, que le plus souvent ces accès se répètent à intervalles plus ou moins éloignés, et que la guérison pour être obtenue demande un certain temps.

Mais il conviendra de se rappeler que si les accès disparaissent en général plus ou moins rapidement, bien qu'exceptionnellement, ils peuvent persister toute la vie, coïncider ou alterner avec des accès de terreur diurne, du somnambulisme, de l'énurésie, raisons qui font que dans la pratique ces enfants doivent être suivis de près d'autant plus que certains auteurs ont une tendance à rapprocher les terreurs nocturnes d'un équivalent épileptique ou d'un état épileptique larvé, pouvant un jour ou l'autre se manifester.

Traitement. — Pour les terreurs nocturnes symptomatiques, il dépend de l'affection causale.

Pour les terreurs nocturnes névropathiques, plus ou moins essentielles, celles dont la cause se trouve quelquefois, mais à vrai dire échappe souvent, on indiquera tout d'abord aux parents ce qu'ils doivent faire si un nouvel accès de terreur nocturne survenait :

On leur conseillera ;

D'éviter les interventions brutales, les reproches, les exhortations, qui ne peuvent qu'aggraver la situation.

De recourir aux encouragements doux, et, l'enfant calmé de le laisser rapidement s'endormir seul, au besoin en lui évitant par une veilleuse la trop grande obscurité.

Dans la vie quotidienne on évitera à l'enfant les émotions vives, on réglera le travail, le repos physique, les jeux, on surveillera les lectures ;

Parmi les calmants du système nerveux on utilisera la passiflore, le bromure de calcium, le gardénal, le tartrate borico-potassique. Pendant les vacances on évitera les climats marins.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

■ ■ ■

Quand un syndrome abdominal aigu masque une affection thoracique

D'après les Docteurs R. Couvelaire et Y. Adle (*)

Le « coup nul », et surtout dangereux, d'une intervention d'urgence

Quelques observations

I. *Réaction du type péritonéal.*

Pleurésie purulente de la grande cavité, ventre de bois. Laparotomie blanche. Mort.

Le 28 juillet 1937, un homme âgé de 78 ans, est hospitalisé d'urgence pour douleurs violentes de l'hypocondre gauche et vomissements. Etat général précaire, température 38°8, pouls 100. Contracture franche de l'hypocondre gauche. Il n'y a ni disparition de la matité préhépatique, ni douleur du Douglas, ni modification des réflexes. Le diagnostic est hésitant. Cependant la rigidité de la paroi abdominale incite à vérifier par une courte incision sus-ombilicale l'état de la cavité péritonéale. Il n'existait aucune lésion viscérale ou péritonéale. Décès quarante-huit heures plus tard. A l'autopsie : pleurésie purulente de la grande cavité, du côté gauche.

Cet exemple illustre bien une réaction abdominale vive par rapport au foyer thoracique. A noter que si le point de côté iliaque droit est une expression très connue de la pneumonie de *l'enfant, l'adulte* non plus n'est pas à l'abri de ces syndromes trompeurs. Aussi la notion d'âge n'est-elle pas un argument suffisant pour éliminer l'affection thoracique, et omettre les investigations essentielles, qui sont susceptibles de permettre sa découverte.

II. *Syndrome lombaire* simulant un phlegmon péri-néphrétique.

A. *Pleurésie purulente* de la grande cavité.

Femme, 38 ans, hospitalisée le 21 avril 1933 pour des *douleurs lombaires*. Deux mois auparavant, elle a subi une appendicectomie pratiquée d'urgence (appendice rétro-cæcal en état inflammatoire aigu) et a pu reprendre son travail au bout de vingt-cinq jours. Très rapidement, elle est obligée de cesser toute occupation, se plaignant de fatigue et de douleurs lombaires. Température entre 38° et 39° : amaigrissement important et rapide. A l'examen, la fosse lombaire est comblée et douloureuse ; à ce niveau, contracture manifeste des muscles postérieurs. L'œdème remonte jusqu'aux derniers espaces intercostaux. Examen thoracique négatif : ni matité, ni signes stéthoscopiques. Une ponction pleurale est négative. Un examen radioscopique décèle une immobilité de la coupole diaphragmatique droite. En présence de ces signes, le diagnostic de phlegmon péri-néphrétique secondaire à l'infection appendiculaire est posé, l'intervention chirurgicale décidée. Incision de la fosse lombaire : œdème important de la loge rénale sans collection purulente. Rein normal. Fermeture de la plaie sans drainage. Une nouvelle ponction pleurale, au petit trocart, ramène du pus épais. Pleurotomie valvulaire ; guérison en un mois.

B. *Péricardite suppurée.*

Homme, 42 ans, hospitalisé le 7 novembre 1937 pour arthralgies, asthénie et fièvre persistante. Le début remonte au 18 octobre 1937, avec angine et adénopathie cervicale, albuminurie, 40°. Le 20 octobre, hématurie microscopiquement vérifiée. Atténuation des symptômes jusqu'au 2 novembre. A cette date, reprise de l'hyperthermie, de la courbature, des arthralgies. Au moment de l'hospitalisation, pâleur marquée, légère anhélation, râles sous-crépitants aux deux bases. Les bruits du cœur sont assourdis, bruit de galop ; tension artérielle : 9,7. L'hypocondre droit est le siège de phénomènes douloureux au moment de l'exploration du bord inférieur du foie. La *région lombaire* droite est douloureuse. Il existe à son niveau une contracture musculaire très frappante.

Le 17 novembre 1937 : hémoculture et séro-diagnostics négatifs, leucocytose élevée avec polynucléose. Ponction pleurale droite : mince lame de liquide séro-fibrineux. Par contre, les signes lombaires se sont précisés. La *contracture* est manifeste, la douleur vive dans l'angle costo-musculaire ; léger œdème lombaire. Diagnostic : phlegmon péri-néphrétique. On décide une intervention immédiate ; incision lombaire droite : atmosphère péri-rénale et rein normaux ; fermeture de la paroi.

Persistance de la fièvre, sans qu'il soit possible par un examen quotidien de rapporter à leur juste cause les signes constatés. Décès le 29 novembre.

(*) La cause de laparotomies et de lombotomies urgentes et blanches réside souvent dans le thorax. (*La Science Médicale pratique*, mai 1939.)

Autopsie : péricardite suppurée ; une lame purulente discrète entoure le cœur ; aucune autre lésion viscérale.

***

Réflexions

Evidemment en pareils cas, l'opération est blanche, le « coup » chirurgical est nul ; mais il peut être dangereux. Si la technique des laparotomies est aujourd'hui familière à tout chirurgien, si la sécurité que procure une asepsie rigoureuse est complète, — on ne doit cependant pas, considérer l' « exploratrice », surtout d'*urgence*, comme un chapitre du diagnostic. En effet, une laparotomie pratiquée d'urgence implique des facteurs de gravité, qui sont trop souvent perdus de vue. L'absence d'examens biologiques préalables, de préparation pré-opératoire, l'affection méconnue du cœur ou des poumons sont loin de conférer à cette opération de contrôle un caractère d'innocuité assurée. Les travaux récents sur la maladie post-opératoire en instruisent, et les désastres inopinés en témoignent.

Toutefois, il ne faut pas perdre de vue qu'il est des cas, où la crainte de laisser évoluer une grave lésion, chirurgicalement curable, commande une laparotomie de contrôle. Qu'alors elle ne soit pas faite après un examen hâtif, strictement abdominal ou abdomino-lombaire. Que l'on ne néglige pas la pratique des touchers pour atteindre le point déclive du sac péritonéal.

***

POUR ÉVITER UNE ERREUR DE DIAGNOSTIC

Penser à une exploration thoracique suffit souvent à orienter le diagnostic dans la bonne voie, quand *quelques éléments du syndrome abdominal* observé éveillent *quelque doute sur leurs caractères spécifiques.*

Ainsi la douleur vive au niveau de l'abdomen peut exister sans une réaction associée de la paroi. Cette discordance entre l'intensité des douleurs spontanées et la discrétion des signes pariétaux mérite d'être soulignée ; elle doit inciter à rechercher ailleurs une explication, qui n'existe pas en regard du foyer douloureux.

Mais, bien souvent, le syndrome abdominal est rendu plus simulateur encore par la présence d'une contracture réelle de la paroi, ou encore par la présence d'un météorisme accentué.

On se rappellera aussi que toute la paroi abdominale, depuis le rachis jusqu'à la ligne médiane antérieure est sujette à des réactions provoquées par des lésions encloses dans la paroi thoracique. Dans ces conditions, la paroi abdominale postérieure ou paroi lombaire peut, elle aussi, réagir isolément et sa contracture évoquer à tort l'idée d'une affection sous-diaphragmatique, et en particulier de la loge rénale. Bref, il existe, parallèlement au syndrome abdominal aigu, un *syndrome lombaire simulateur.* (Nous y reviendrons à propos des indications pratiques à retenir.) Trois éléments le composent : la douleur provoquée dans l'angle costo-musculaire, la contracture pariétale et parfois l'œdème régional. Ces signes sont assez francs pour ne tenir l'attention fixée que sur la fosse lombaire. Tout est réuni pour créer la conviction erronée d'une atteinte de l'atmosphère péri-rénale ou du rein lui-même.

Des lésions pulmonaires, pleurales, péricardiques, cardiaques peuvent être les causes endo-thoraciques du syndrome abdominal et syndrome lombaire.

La *pneumonie* débutant par un point de côté abdominal existe chez l'adulte, et pas seulement chez l'enfant. Cette notion étiologique n'est pas assez répandue. La réaction est habituellement iliaque droite, plus rarement épigastrique. Aussi bien le diagnostic d'appendicite aiguë est-il plus souvent discuté que celui d'ulcère perforé. L'embolie pulmonaire prend parfois le masque d'un iléus paralytique. La gangrène pulmonaire et les abcès du poumon peuvent avoir des signes prémonitoires abdominaux.

Les épanchements liquidiens de la *plèvre* sont susceptibles de provoquer un syndrome abdominal à type péritonéal et aussi un syndrome lombaire. Parmi les pleurésies enkystées, la pleurésie diaphragmatique, qui déclenche des réactions phréniques vives, ne manque pas d'avoir son expression trompeuse au niveau de la région thoraco-abdominale. Mais son explication est plus facile à fournir que la lésion à découvrir. Quant au pneumothorax spontané, alors même que ses signes sont mis en évidence, il convient encore d'éliminer formellement l'hypothèse d'une hernie diaphragmatique, qui est cliniquement et radiologiquement capable de le simuler.

Les manifestations abdominales aiguës de l'infarctus du *myocarde* et des coronarites sont connues. La fissuration d'anévrysme de l'aorte thoracique n'est pas toujours sans prendre le masque d'une perforation gastrique.

Enfin les *péricardites* avec épanchement ont parfois une symptomatologie initiale trom-

peuse : syndrome occlusif plus souvent que syndrome lombaire.

***

Quelle ligne de conduite faut-il adopter en pratique ?

Les indications sont variables, suivant qu'il s'agit d'un syndrome lombaire ou d'un syndrome abdominal.

En matière de *contracture lombaire, l'urgence n'a pas un caractère aussi absolu* qu'en matière de contracture abdominale ; par suite, le problème diagnostique est déjà simplifié, puisqu'il peut bénéficier d'examens complémentaires et de notions évolutives. Le fait de savoir que cette contracture est en relation possible avec une lésion pleurale ou péricardique, incitera à quelque prudence d'interprétation. L'exploration radiologique, qui permet d'apprécier la mobilité du diaphragme et qui est si précieuse, lorsqu'on soupçonne l'atteinte de l'atmosphère péri-rénale, présentera l'avantage accru d'un examen des culs-de-sac pleuraux et d'un examen de l'ombre cardiaque. S'il est vrai qu'il existe des épanchements pleuraux « invisibles », quelle que soit l'incidence, beaucoup sont ainsi découverts.

Quant au *syndrome abdominal aigu, le problème diagnostique est pressant.* Il faut le résoudre sans tarder ; il se présente sous trois formes : Ulcère perforé ? Occlusion intestinale ? Appendicite aiguë ?

Ne pas se hâter d'affirmer l'*ulcère perforé,* en face d'une contracture épigastrique, lorsqu'il existe une dyspnée accentuée, une fièvre initialement élevée, une indolence absolue du Douglas, une absence clinique et radiologique de pneumo-péritoine.

De même, l'*occlusion intestinale* ne peut être affirmée en face d'un météorisme accentué, lorsqu'il n'existe pas de coliques intermittentes, de péristaltisme, de signes radiologiques de stase ou d'obstacle, et quand la fièvre est élevée, alors même qu'on est en mesure d'éliminer l'hypothèse d'une appendicite ou d'une diverticulite, qui sont à l'origine de nombreux syndromes occlusifs et fébriles.

Si l'on note une dyspnée franche, de l'herpès, un état vultueux du visage, une diarrhée profuse, on ne peut aussitôt penser à une *appendicite* aiguë, en face d'une contracture iliaque droite.

Enfin, bien des moyens existent pour prouver la réalité d'une affection thoracique.

L'*examen clinique* ne perd jamais ses droits ; peu d'affections pleuro-pulmonaires restent indécelables cliniquement. Fréquemment chez l'adulte les signes en sont très nets. Dans ses temps successifs et classiques, l'exploration antérieure, axillaire et postérieure des champs pleuro-pulmonaires ne doit jamais être négligée.

L'*exploration radiologique* d'urgence, l'*exploration à l'aiguille* ont parfois de légitimes indications ; il ne faut pas hésiter à y recourir ; grâce à ces procédés de nombreux cas de lésion thoracique ont pu être découverts.

***

On voit ainsi quelles raisons de simuler une urgence abdominale recèle la cavité thoracique. Par déduction logique, *l'examen du thorax* doit trouver une place de choix au cours de la recherche étiologique d'un *syndrome abdominal aigu, dont l'origine n'est pas pertinente.*

G. FISCHER.

AVORTEMENT HABITUEL ; TRAITEMENT PAR LA PROGESTINE

L'hormone du corps jaune, la progestine, a pour fonction comme son nom l'indique, de favoriser la nidation et le développement de l'ovule fécondé, dans l'utérus. Son insuffisance, toute étiologie mise à part, joue un rôle dans nombre d'arrêts de gestation, d'avortements habituels. Sans préjudice du traitement étiologique (médication anti-syphilitique en particulier), l'administration de la progestine paraît donc indiquée en pareille circonstance.

A la Société française de gynécologie, Madame Stuhl vient de rapporter l'observation d'une femme ayant présenté successivement trois fausses-couches spontanées et deux accouchements prématurés, malgré le repos absolu au lit pendant les grossesses et l'institution d'un traitement spécifique (réaction biologique de la syphilis d'ailleurs négative).

Une sixième grossesse se termina près du terme, par l'accouchement d'un enfant vivant, après traitement par le corps jaune synthétique, thérapeutique instituée dès le début de la grossesse et poursuivie jusqu'au huitième mois, sans intervention du traitement spécifique.

P. LACROIX.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Le séro-diagnostic de la tuberculose par l'agglutination pendant la période anté-allergique

Cette méthode consiste dans l'agglutination des cultures homogènes du bacille de Koch. Dès le début, elle s'est montrée applicable et très féconde pour le diagnostic de la tuberculose et notamment des tuberculoses infantiles. Le Professeur COURMONT montre aujourd'hui qu'on néglige beaucoup trop, en pareils cas, le symptôme sérologique.

Or, on a recours le plus souvent aux réactions cutanées et celles-ci offrent, en pratique, deux inconvénients notables. Elles obligent à l'observation du sujet au moins pendant 48 heures après l'application de tuberculine ; dans les dispensaires, il faut faire revenir les enfants ou déplacer pour chacun d'eux une visiteuse d'hygiène ou, encore, se fier au témoignage des parents, ce qui est la source de fréquentes erreurs. D'autre part, le résultat de la réaction est théoriquement lisible pour tout le monde : les parents ne se font pas faute de constater et d'interpréter à leur façon les conséquences d'une pareille réaction qui, pour eux, est souvent le témoignage d'une maladie confirmée. De là, interprétations erronées et toutes leurs conséquences : refus de parents de laisser faire la réaction si les enfants ne paraissent pas malades, etc...

Une séro-réaction pratiquée au laboratoire, loin du malade, offre précisément les avantages inverses : 1° de ne nécessiter qu'une prise de sang chez le sujet. Si une ponction veineuse n'est pas possible, une incision au doigt ou au gros orteil du pied donne la quantité de sang nécessaire. La séro-agglutination est, en effet, de toutes les réactions sérologiques, celle qui demande le moins de sang, quatre à dix gouttes de sérum permettant la réaction et sa mesure. 2° Le résultat de la réaction n'est donné qu'au médecin, dont c'est le rôle de prévenir la famille de l'enfant et d'interpréter ce résultat. En somme, la séro-agglutination offre au point de vue technique des avantages qui compensent largement le petit inconvénient d'une prise de sang.

L'auteur démontre d'ailleurs qu'il est des cas assez nombreux où les réactions cutanées à la tuberculine sont défaillantes alors que la séro-agglutination est positive. En tout cas, pendant la période anté-allergique, qu'elle soit courte ou prolongée, les réactions cutanées sont absentes et l'on est obligé de répéter les applications de tuberculine jusqu'au moment, attendu souvent avec anxiété, du virage de la cuti-réaction, qui peut se faire attendre des semaines et des mois.

La séro-agglutination est positive chez l'adulte tuberculeux dans environ 90 % des cas. Elle peut manquer sans causes apparentes, mais surtout dans les formes graves et aux périodes terminales de la tuberculose cachectique, comme d'ailleurs toutes les réactions cutanées ; mais, étant donné le très grand nombre de tuberculoses latentes de l'adulte, la séro-agglutination est fréquente chez celui-ci en dehors des cas de tuberculose confirmée. Elle révèle alors parfois une simple imprégnation tuberculeuse, due à de minimes infections antérieures, mais qui peut coïncider pendant longtemps avec un état de santé satisfaisant. Aussi a-t-elle chez l'adulte, de même que la cuti-réaction, une simple valeur d'indication pour le clinicien. C'est plutôt lorsqu'elle est négative de façon constante qu'elle permet (en dehors des cas de tuberculose grave ou terminale) d'éliminer l'infection tuberculeuse. Au contraire, chez l'enfant, une séro-agglutination tuberculeuse positive a exactement la même valeur qu'une cuti-réaction positive : elles indiquent toutes deux une infection tuberculeuse de l'enfant, qui est forcément de date récente, étant donné l'âge du sujet.

C'est surtout pendant la période anté-allergique et dans les cas d'allergie cutanée retardée pendant longtemps, parfois pendant tout le cours de la maladie, que la séro-agglutination prend une valeur encore plus grande puisqu'elle permet, en l'absence des réactions cutanées, d'affirmer le diagnostic bien avant celles-ci. La recherche de la séro-agglutination devait être employée systématiquement dans le diagnostic de tuberculose de l'enfant ou de l'adolescent et surtout pendant la période anté-allergique. (*La Médecine*, mai 1939.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'auto-analgésie au protoxyde d'azote en urologie

(M. Maurice CHEVASSU ; 27-6-1939)

Les différents modes d'exploration des voies urinaires sont assez pénibles et généralement assez redoutés des malades. L'anesthésie locale est, en pareil cas, imparfaite ; l'anesthésie générale et l'anesthésie épidurale ont l'inconvénient de faire courir au patient quelques risques.

M. Maurice Chevassu appelle l'attention sur un procédé nouveau d'analgésie, utilisable en urologie, connu sous le nom d'auto-analgésie au protoxyde d'azote. Ce procédé a été imaginé en 1936 et employé d'abord par un dentiste américain, le Docteur Heidbrink, de Mineapolis. Il consiste en insufflations faites par le malade lui-même, dans ses narines, d'un mélange de protoxyde d'azote et d'air. C'est le malade qui règle son analgésie. On place dans sa main droite une poire en caoutchouc et on lui demande d'appuyer sur cette poire chaque fois qu'il fait une inspiration. La motricité n'étant pas abolie, il pourra continuer à manœuvrer la poire pendant que l'urologiste exécute ses explorations. Il peut arrêter et reprendre l'analgésie quand il le désire.

Que se passe-t-il au moment où le patient fait pression sur la poire qu'il tient dans sa main ? Cette poire communique par un long tuyau de caoutchouc avec une soupape, qui s'ouvre sous la pression pour laisser passer un courant de protoxyde d'azote, venu d'une des bouteilles dans lesquelles ce gaz est livré. Le protoxyde d'azote ainsi libéré arrive dans un deuxième tuyau de caoutchouc, dont l'extrémité, dédoublée en Y, s'enfonce dans les narines du sujet. Le tuyau est percé un peu avant l'arrivée aux narines d'un orifice latéral où pénètre à volonté l'air atmosphérique. Le malade inspire cet air quand il n'appuie pas sur la poire. Quand il presse sur celle-ci, il inspire l'air mélangé de protoxyde d'azote. Un sac de caoutchouc branché sur le deuxième tuyau permet la respiration en circuit demi-fermé.

Au bout de huit à dix inspirations en général, l'insensibilité est devenue suffisante pour que des manœuvres normalement très pénibles soient réalisées sans douleur. L'exploration terminée, quelques inspirations d'oxygène accèlèrent le retour du sujet à son état normal.

L'auto-analgésie est appliquée couramment aujourd'hui par un grand nombre de dentistes américains et par un certain nombre de dentistes parisiens Elle a été utilisée par le Docteur Young, de Baltimore, pour les explorations urologiques, et M. Chevassu y a eu recours de son côté avec toute satisfaction chez différentes malades. Elle ne paraît avoir aucun effet désavantageux ni sur le rein, ni sur la pression artérielle, ni sur la production de spasmes.

Une maladie africaine simulant la variole : l'abou-moukmouk

(MM. BOULNOIS, MALBRANT et DOLIER. Présentation par M. MARCHOUX ; 20-6-1939)

On observe en Afrique centrale une maladie éruptive épidémique qui simule comme aspect la variole, la varioloïde et la varicelle, l'*abou-moukmouk*, qui paraît être l'alastrim. Cette entité nosologique est nettement différenciée des trois fièvres éruptives qu'elle simule.

Aspect biologique de l'immigration

(M. René MARTIAL ; 20-6-1939)

A propos de la campagne actuelle menée contre la dépopulation, M. René Martial rappelle ses nombreuses études, déjà anciennes pour les premières, sur ce sujet. Il revient, en particulier, sur les règles qui devraient présider à l'immigration, qui est un des remèdes à la dépopulation.

Il faut d'abord sélectionner les immigrés. Les plus désirables sont les Scandinaves, les Canadiens, les Hollandais, Wallons, Luxembourgeois, Italiens du Nord, Berbères, dont les groupes sanguins se rapprochent de notre formule. Dans le règne végétal, il existe des sèves qui s'attirent et des sèves qui se repoussent. On ne peut greffer un châtaignier sur un marronnier mais on peut le greffer sur un chêne. Pour l'homme, la greffe est aussi plus ou moins heureuse suivant le choix des races.

Parallèlement à la sélection du greffon, il faut aussi préparer le greffé, chose quelquefois délicate dans les milieux agricoles. Il importe que le paysan français comprenne, par exemple, que s'il accepte parfois pour lui-même une habitation inconfortable, il ne saurait imposer les mêmes conditions de vie à un étranger qui quitte son pays pour améliorer son mode d'existence.

M. René Martial envisage d'autre part certains points concernant la natalité, les questions morales par exemple et la remise en honneur de la maternité.

P. L.

THÉRAPEUTIQUE

● ● ●

TRAVAIL DE LA CONSULTATION DE NEURO-ENDOCRINOLOGIE INFANTILE DU COMITÉ MARSEILLAIS DE L'ENFANCE DÉFICIENTE

A propos d'une synergie entre la glande thyroïde et la vitamine B_1

Application à la thérapeutique de la maladie de Basedow, par le Docteur Maurice Wahl

Etudier le problème d'une régulation endocrinienne est difficile du fait qu'il y a suivant le cas, comme l'a montré M. Sainton, tantôt synergie, tantôt antagonisme entre les facteurs de cette sécrétion. On ne saurait la plupart du temps parler de synergie ou d'antagonisme vrai : on doit seulement s'attacher à définir la nature et les conditions d'actions biochimiques complémentaires. L'augmentation d'un des éléments suscitant ces réactions suffit à modifier l'une d'elles, dès que les autres et même l'une des autres viennent à manquer : ainsi l'activité biologique de la glande peut se régler d'elle-même ou, au contraire, s'orienter vers un équilibre pathologique comme cela se passe dans le Basedow.

Nombreuses et complexes sont ces intrications : on risquerait de s'égarer en partant de l'observation clinique seule ; pour étudier les rapports de la vitamine B_1 avec la glande thyroïde, il faut élucider dans une mesure suffisante leur rôle respectif dans le domaine, qui leur est commun : le métabolisme du glucose.

C'est un fait connu qu'au cours de la maladie de Basedow, en même temps qu'augmente le métabolisme de base, la consommation du glucose s'accroît ; c'en est un autre et aussi bien établi, que les produits thyroïdiens administrés au thyréoprive diminuent la glycolyse tissulaire.

L'augmentation de la consommation glucosée par le basedowien provient surtout de ce que le muscle du malade consomme du glucose au repos « comme s'il était en plein travail » ; cette dégradation ne se fait pas suivant le mode normal : il y a accumulation d'acide lactique dans le muscle, comme cela se produit après la fatigue physiologique.

Il est intéressant au plus haut point de comparer les modifications de la fonction glucosée et de définir les troubles observés dans les états *d'insuffisance thyroïdienne*, dans la *carence en vitamine* B_1 et dans le *Basedow*.

Voyons d'abord ce qui se passe dans les états d'insuffisance thyroïdienne : le métabolisme basal est diminué chez le myxœdémateux, ces malades absorbent moins de glucose que les normaux et perdent la faculté de mettre ce glucose en réserve : le glycogène du foie, puis celui du muscle sont très diminués ; Mme Parhon dans des expériences déjà anciennes a remarqué que le glycogène du foie peut disparaître complètement par suite de l'ablation expérimentale de la thyroïde ; puis l'animal maigrit : cet amaigrissement ne provient pas parce qu'il absorbe moins d'aliments ; pour l'Ecole américaine, il devrait être attribué à des lésions nerveuses qu'on observe avec constance chez les thyréoprives sacrifiés ; nous croyons personnellement que l'augmentation de la glycolyse tissulaire (Lucien et Parisot) y entre pour une forte part.

Il faut relever que chez cet animal inerte et lent à répondre aux excitations motrices transmises par voie nerveuse, on constate cependant que les tissus consomment relativement beaucoup de glucose, en raison de la diminution du métabolisme de base et de la prostration motrice des sujets en expérience.

Pour éviter les causes d'erreur, on a étudié la consommation en glucose du muscle carencé et du muscle normal isolés par la méthode de Carrel sur des milieux thyroïdés ou non thyroïdés. Certaines des expériences sembleraient démonstratives.

Il convient probablement d'attribuer tout à la fois au trouble de la fonction glucosique la perte de l'appétit de l'animal, la diminution du glycogène hépatique et la lyse excessive de celui-ci au repos, et avec des échanges respiratoires réduits.

On a cherché à interpréter ces faits d'une façon plus précise. Zondek croit l'activité thyroïdienne inhibitrice de la fonction insulinique ; d'autres physiologistes opposent « un métabolisme aérobie » du glucose à un « cycle anaérobie ». Nous entrons ici dans le domaine des hypothèses.

En marge des troubles glycotrophiques et neuro-trophiques qu'entraîne la thyroïdectomie, il faut signaler l'hypertrophie des glandes surrénales (Lucien et Parisot). Cette hypertrophie

porte surtout sur le cortex surrénal ; on connaît le rôle essentiel de l'hormone corticale dans l'utilisation par le muscle du glucose en vue de sa contraction.

Quand on administre à un animal thyroïdectomisé de la glande thyroïde fraîche, des extraits actifs ou de la thyroxine, on assiste à la réapparition des réserves de glycogène normales (Labbé, Nepveux, Gringoire) en même temps que le muscle redevient susceptible de se contracter normalement. Les muscles lisses redeviennent également sensibles aux régulations nerveuses.

Si on administre maintenant les mêmes produits thyroïdiens à un sujet normal, on parvient à augmenter le métabolisme basal après avoir franchi un seuil, qui est variable suivant les individus. A dose plus forte, la glycémie croîtrait. Le glycogène hépatique devient plus facilement libérable sous l'influence sympathico-adrénalinique, le triangle d'hyperglycémie provoquée s'étend et on peut voir réapparaître la glycosurie adrénalinique (1). L'élévation du métabolisme de base sous l'influence de l'extrait de corps thyroïde a été très discutée autrefois ; elle est peu considérable chez le normal, mais elle présente des variations individuelles des plus grandes. Labbé et Stévenin, Plummer ont beaucoup insisté sur la possibilité d'obtenir cette élévation proportionnellement aux doses de produits thyroïdiens employés. Plummer a essayé de traduire ces données en chiffres, ce qui nous paraît hasardeux.

En augmentant encore les doses des produits thyroïdiens, Sainton observe sur l'animal des troubles de la pigmentation des phanères analogues à ceux qu'il décrit dans l'hypothyroïdie. Sainton et Mougeot ont défini les troubles de la conductibilité du muscle cardiaque réalisable par la thyroxine ; ils peuvent aller jusqu'à la tachyarythmie et l'extrasystolie.

Finalement les réserves de glycogène disparaissent comme dans l'hypothyroïdie et l'animal se cachectise.

Comparons ces troubles expérimentaux avec ceux qu'engendre la privation de vitamine B_1 ou le béri-béri. La vitamine B_1 est une thiamine, qui peut combattre les accidents nerveux confirmés de l'avitaminose, et dont on rencontre d'assez grandes quantités dans le cortex surrénal, et accessoirement dans diverses glandes, la thyroïde incluse (2). Chez l'animal privé de vitamines B_1 et A, le corps thyroïde s'atrophie et dégénère. L'absence de vitamine B_1 seule détermine une hypothyroïdie, qui est constante. Lorsque apparaissent les premiers spasmes du béri-béri, Abderhalden administrant de très petites doses de produits thyroïdiens parvient à faire disparaître ces spasmes. Inversement, à la suite de Verzar, on a vérifié que des doses importantes ou normales de corps thyroïde déclencheraient les spasmes du béri-béri révélant même l'état latent (1). La variation d'abord notée est donc toute partielle. L'animal parvenu au stade béribérique présente, outre les accidents nerveux bien connus, une infiltration du tissu musculaire par l'eau et l'acide lactique ainsi que par un grand nombre de déchets du métabolisme musculaire du glucose. On ne retrouve plus de glycogène sauf peut-être au niveau du cœur qui est énorme et infiltré. La glande corticosurrénale s'hypertrophie parallèlement, de telle sorte que le phénomène évoque là encore l'idée d'une action de suppléance. Les muscles striés et lisses sont atones, l'intestin parésié ; on constate une achylie gastrique plus ou moins intense. L'injection endoveineuse de vitamine B_1 est des plus remarquables, l'action en est particulièrement frappante sur le myocarde (2).

Le rapide résumé que nous venons de tenter des recherches expérimentales des interactions des glandes thyroïdes, cortico-surrénales et de la vitamine B_1 par rapport au métabolisme le plus habituel du glucose fait apparaître une synergie étroite entre ces différents systèmes organiques.

Pour schématiser ces interactions, nous adopterions volontiers l'opinion de Mme Randoin sur la vitamine B_1 : celle-ci neutraliserait des produits de combustion incomplète du glucose. L'activité cortico-surrénale dans la même fonction glucosée ne saurait mieux se définir que d'après les travaux de Barreschen et Lehmann pour qui la cortine porterait son action surtout sur les dernières étapes de l'utilisation des glucides. Quant au rôle de la thyroxine dans ce métabolisme, il semble dans bien des cas assez analogue à celui de l'adrénaline (3) ou de la substance isolée par Santenoise, nous voulons dire qu'il paraît s'agir d'un intermédiaire chimique favorisant certaines synergies neuromusculaires.

(A suivre.)

(1) Maranon a noté la difficulté d'obtenir la glycémie et surtout la glycosurie adrénaliniques dans la carence thyroïdienne.

(2) Le Professeur Loeper a insisté sur l'importance des corps amino-soufrés dans le mécanisme des oxydations tissulaires.

(1) Le phénomène n'est pas tout à fait spécial à la vitamine B_1. Mouriquand et Sanyas l'ont observé aussi pour l'avitaminose C latente.

(2) Cité par Toullec et Riou. Congrès de Médecine, Marseille, 1938.

(3) Tel qu'il a été défini il y a quelques années par Loevy.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

LES MAINS SALES

Notre éminent confrère le Docteur A. Loir vient de publier dans les *Archives médico-chirurgicales de Normandie* d'intéressants articles sur l'hygiène de la main et après avoir parlé de la poignée de mains et des risques qu'elle peut faire courir, il aborde *le problème des mains sales.*

C'est un fait curieux à constater, qu'à une époque d'hygiène comme la nôtre, tant de gens aussi bien enfants qu'adultes, ont les mains sales, les conservent sales, mangent sans les avoir lavées, et contribuent ainsi à véhiculer inconsciemment maladies et microbes.

Pour que les mains soient propres, il suffit de les laver, d'avoir la possibilité de les laver et je crois que cette difficulté première n'a jamais été envisagée avec simplicité, que c'est devant l'impossibilité où souvent l'on se trouve, de réunir à la fois du savon, de l'eau et une serviette, qu'on préfère garder des mains maculées. Si la croisade dont vient de prendre l'initiative la Société de pathologie comparée veut aboutir à quelque chose, c'est le premier problème qu'elle doit solutionner.

Entre tous les faits curieux qu'il est possible d'observer tous les jours, un de ceux qui m'ont le plus frappé, c'est la manière dont se fait une consultation externe dans un grand hôpital où défilent parfois dans la même matinée une centaine de malades. Le chef de la consultation ganté ou non néglige presque toujours de se nettoyer les mains entre chaque malade. J'en ai connu qui ne se lavaient les mains que la consultation finie et qui ne rompaient cette habitude qu'après un toucher rectal. Une surveillante apportait alors en grande pompe, et comme un matériel précieux, une cuvette, un pot à eau, un savon, une serviette et le lavage des mains s'opérait. Pour avoir des mains propres, et c'est bien, il me semble, au médecin à donner l'exemple ; *il faut que les mains soient lavées entre chaque malade.* La difficulté pratique n'est point résolue par le lavabo, c'est un problème qui s'est posé depuis longtemps pour moi et je crois l'avoir résolu d'une façon simple. Je renonce au savonnage, trop compliqué, trop long, et souvent inutile et *j'utilise uniquement l'alcool.* J'ai à ma portée sur un plateau une bouteille verseuse contenant de l'alcool, à côté de petites compresses analogues à celles qu'utilisent les chirurgiens pour faire l'hémostase, et après chaque malade examiné et tandis que j'interroge le suivant, je nettoie et je purifie mes mains avec ces compresses imbibées d'alcool que je jette ensuite. Ainsi pas de temps perdu, pas de matériel compliqué, et une propreté parfaite. Ce qu'il y a de répugnant à aller d'un malade à l'autre, sans se laver les mains, échappe souvent au médecin mais jamais au malade un peu raffiné, et il est curieux de penser que des chirurgiens pour lesquels l'asepsie n'a point de secrets, peuvent négliger cette propreté élémentaire qui oblige à avoir des mains nettes avant de toucher à un malade. Je suis persuadé qu'il y a un effort à faire de ce côté et qu'avant d'exiger du public, des mains propres, il faut que le médecin fasse un effort pour payer d'exemple. Si l'asepsie est tombée dans le domaine public, c'est que jamais le Corps médical n'a transigé avec ses principes.

Les révélations que nous fait le Docteur Loir sur les décorations exécutées à la main dans les cabinets d'aisance d'un établissement scolaire, les photographies qui viennent à l'appui de ces révélations nous en disent long sur la propreté et sur l'hygiène scolaires. Quand on pense que l'enfant qui a exécuté à main nue ces fresques avec le colorant que lui fournissait son intestin, est rentré en classe sans se laver les mains, qu'il a joué avec ses camarades, qu'il leur a donné la main, qu'il s'est mis à table et a continué sa vie normale, je me demande si la médecine scolaire ne fait pas fausse route en se compliquant à l'excès pour éviter la propagation des épidémies et s'il ne serait point préférable à toutes les vaccinations, de surveiller la propreté des écoliers. A l'école, c'est la complication du lavabo, du savon, de la serviette qui rend le lavage impossible. La serviette est inutilisable, le savon a disparu, le lavabo est bouché ou coule mal et finalement les mains restent sales.

C'est dès les premières années qu'il faut habi-

tuer l'enfant à avoir les mains propres, il faut que la saleté soit pour lui gênante et ainsi, ayant acquis le besoin d'être propre, il le conservera dans ses habitudes d'homme.

Ces préoccupations de propreté ne sont point nouvelles, puisque le Docteur Loir nous dit que le 29 mai 1878, une Commission fut nommée pour s'occuper de l'hygiène des latrines dans les écoles, le mémoire lu à la Société de médecine publique, il y a 64 ans, a toujours la même actualité et je ne saurais mieux faire que de le reproduire.

....

« Pourquoi donc est-il difficile d'introduire dans l'école primaire communale en France des habitudes de propreté.

« Est-ce ignorance, incurie, indifférence de la part de l'Administration. Ce n'est pas admissible, quand on voit de belles écoles — visant peut-être même un peu trop au palais — qui s'élèvent maintenant partout : quand on voit avec quel soin, quelle minutie même, on s'occupe de tous les détails de l'aménagement et du mobilier scolaire.

« Mais voici peut être une des causes de l'infériorité où restent les établissements primaires en France.

« Construire des cabinets d'aisances conformément aux vœux de l'hygiène c'est facile.

« Mais ce qui est moins aisé, c'est d'entretenir ces locaux dans un état de propreté et *de bon fonctionnement* convenables.

« Cela paraît simple, à ne regarder qu'une école.

....

« Qui est responsable de cette propreté, de ces soins ? L'instituteur.

« Mais il est bien évident que c'est là une responsabilité purement morale. Il surveille, il doit surveiller. Mais qui doit exécuter, qui doit laver, nettoyer les cabinets ?

« Ce sont les concierges (Circulaire de M. le Directeur de l'Enseignement primaire, 20 octobre 1876).

« Malheureusement le mari de la concierge des écoles est un homme qui à un état en dehors de l'école ; il est menuisier, il est peintre etc., il ne rentre chez lui que pour manger et dormir ; c'est la femme qui est concierge et fait le balayage de l'école, la cuisine de la cantine scolaire (il en est toujours ainsi en 1939).

« Or voilà *le seul agent* sur lequel on compte pour la propreté de l'école et spécialement pour la propreté des cabinets ! ».

....

Je dirai que cette surveillance des latrines si elle incombe à l'instituteur ne doit point laisser le médecin d'école indifférent, qu'à la faveur des nombreux examens d'enfants, qu'il fait sans doute sans se laver les mains entre chaque, il doit noter ceux dont la saleté est grande, et voir si d'une visite à l'autre il y a eu amélioration de l'état des mains.

Nous devons croire que l'homme, surtout l'enfant, est naturellement sale, que la propreté s'acquiert par l'éducation, aussi importe-t-il avant de donner à l'enfant des notions de sciences qui lui seront inutiles, de lui inculquer cette notion indispensable pour vivre en société : la propreté.

Dr Raphaël MASSART.

A LA MANIÈRE DE......

Concours pour la nomination au grade de directeur de l'Institut sérothérapique de Milan.

Pièces à produire :

a) Certificat de naissance ;

b) Certificat de citoyenneté italienne ;

c) Déclaration qu'on appartient à la race aryenne ;

d) Situation de famille ;

e) Certificat d'inscription au Parti national fascite délivré par une Fédération provinciale compétente ;

g) Certificat de bonne conduite morale et politique, etc., etc.

Concours ouvert parmi les médecins italiens pour la rédaction d'une monographie sur le sujet : « L'autarcie en matière de médicaments ».

« Tout en laissant pleine liberté pour traiter le sujet, il convient de préciser aux concurrents les directives suivantes :

« 1° La monographie devra développer des propositions pratiques et constructives en vue de réaliser l'autarcie ;

« 2° Elle devra en particulier développer les méthodes les plus efficaces pour lutter contre l'état d'esprit favorable aux médicaments étrangers et montrer comme un fait prouvé et démontrable que les produits italiens valent, par la composition et l'efficacité, les produits étrangers.

« Le concours est réservé aux médecins de citoyenneté italienne, régulièrement inscrits au Syndicat des médecins » (1).

Nul n'aura de l'esprit hors nous et nos amis.

G. L.

(1) Extrait de « Minerva médica ».

QUALIFICATION ET PROTECTION DES SPÉCIALISATIONS MÉDICALES
LES MÉDECINS PHTISIOLOGUES ASSERMENTÉS

(2e ARTICLE) (1)

Un de nos confrères nous écrit (lettre 5.220).

M. P..., âgé de 18 ans, étant candidat à une Ecole vétérinaire, doit joindre à son dossier un certificat de non tuberculose émanant d'un phtisiologue assermenté ; le Commissaire de Police l'adresse au médecin de la Préfecture d'un quartier qui, n'étant pas phtisiologue, lui conseille d'aller au dispensaire de Paris.

P..., d'une famille aisée, va donc à cet établissement le 27 juin, est immédiatement inscrit sous le no 331-39, pesé, toisé, ausculté et renvoyé au samedi, 1er juillet pour un cliché. Ce délai étant trop long P..., s'adresse à moi le 28 juin pour obtenir le cliché en temps voulu, le certificat devant être établi le 29 par le médecin du dispensaire.

Je vous expose ces faits, car je trouve :

1o Que le dispensaire outrepasse ses fonctions, qui sont de mettre les subventions versées par les contribuables au service des indigents. Or, il ne semble pas que cette condition expresse soit observée dans le cas présent, puisqu'il n'y a eu rigoureusement aucune enquête.

2o Que, si les candidats aux concours doivent être examinés médicalement, il n'y a aucune raison pour que cela soit gratuit, alors que les droits d'inscription ne le sont pas, et que les libraires, les transports, les tailleurs, les épiciers, etc., ne font pas de prix spéciaux.

Je crois que ce document ne sera pas déplacé dans votre dossier relatif aux dispensaires.

Réponse

Voilà une preuve de la spécialisation, de la protection de la fonction et de la qualification, en matière de pratique médicale. D'aucuns se refusent encore à vouloir faire régler cette question par nos Syndicats, alors que progressivement les Pouvoirs publics et les Administrations privées ne veulent considérer comme valables que les examens et certificats pratiqués par des spécialistes reconnus et nommés par elles.

En cette matière de diagnostic et de dépistage de la tuberculose, il en est de même que pour les soins uniquement donnés sur les navires de la Marine marchande par les seuls médecins diplômés sanitaires maritimes, etc., etc.

Pour ce qui concerne les médecins phtisiologues, nous devons nous reporter à la loi du 30 mars 1929, au décret du 10 décembre 1929, à l'arrêté du 25 février 1930, au décret du 29 juin 1931 et enfin à la Circulaire du ministre du Budget du 28 juillet 1931.

De l'ensemble de ces textes, nous voyons que seuls les praticiens, qui ont reçu l'agrément de l'Administration, sont qualifiés pour examiner les fonctionnaires postulant des congés de longue durée, ou les candidats aux fonctions et emplois divers des Administrations publiques. Tous autres docteurs en médecine ne sont pas « idoines », quelle que puisse être leur compétence, ou leur réputation scientifique.

Les frais d'examens des candidats, avant leur entrée dans les cadres d'une Administration (article 18 du décret du 10 décembre 1929) restent à la charge de l'Administration. Mais le candidat peut se faire examiner à ses frais, par un praticien non assermenté : il pourra donc opposer ces opinions médicales à celles du praticien assermenté. En cas d'opposition entre les deux praticiens, une contre-visite sera ordonnée aux frais de l'Administration.

Ces prémisses étant posées, je comprends fort bien la protestation de notre confrère, qui se plaint de voir certains examens être ainsi détournés du cabinet du médecin traitant, ou d'un spécialiste, pour être drainés vers des dispensaires, au profit des dits dispensaires et des médecins phtisiologues assermentés.

Certes, l'Admnistration a le droit de se défendre contre des candidats qui, au bout de quelques mois, ou années de travail, demanderaient des congés de longue durée, ou leur mise à la réforme, ou, suivant les cas, leur retraite anticipée, sous prétexte qu'ils ont contracté la terrible maladie au service de l'Administration. Mais il convient cependant de faire une discrimination parmi ces dispensaires d'ordre divers, qui, par tous les moyens cherchent à attirer une clientèle payante dans leurs locaux.

Je souhaite des contrats collectifs de travail entre la Confédération des Syndicats médicaux et ces diverses Administrations publiques, pour que les certificats et examens pratiques par les médecins traitants, honorés par les malades qui ne sont pas privés de ressources, puissent servir de base à un dossier, quitte à faire opérer tous les contrôles nécessaires et utiles.

Dr Paul BOUDIN.

(1) Voir le *Concours Médical* du 13 août 1939, p. 2146.

S. O. S.

Dans son numéro du 3 juin dernier le *Journal de médecine de Bordeaux* relate que le doyen P. Mauriac a reçu dernièrement du Professeur Rossier, de Zurich, une proposition d'échange de maîtres et d'étudiants entre les deux Facultés.

Ces interéchanges existent déjà, dit le Professeur Rossier, avec les Facultés allemandes de Munich, Berlin, Wurtzbourg, Fribourg, Heidelberg. Des pourparlers sont engagés avec diverses universités anglaises. Bref la Suisse dans un sentiment conforme à ses traditions de libéralisme intellectuel, regimbe contre l'isolement où se confinent la plupart des pays et propose de donner de l'air à la jeunesse studieuse, dont la foi ne se soutient que si elle aperçoit sans cesse des horizons nouveaux.

A ce propos le Professeur Cruchet se livre à de salutaires réflexions, qui portent la marque de l'époque où nous vivons.

Les Suisses, dit-il, sont inquiets et vraisemblablement souhaitent de contre-balancer dans leurs Universités l'influence germanique. C'est que des Allemands, même universitaires, s'ils sont délégués à l'étranger, sont d'abord soigneusement sélectionnés et s'engagent en outre à remplir certaines missions. Ils doivent : 1° se mettre en bons termes de préférence avec les ennemis intérieurs du régime au pouvoir ; 2° pénétrer par tous les moyens de courtoisie, de flatterie, de cordialité dans tous les milieux français ; 3° noter soigneusement les critiques que font les Français sur eux-mêmes ; 4° fixer dans quelles conditions une occupation allemande pourrait utiliser au mieux les capacités de la ville et de la région où ils sont reçus en amis.

« Si je cite ces faits lamentables, ajoute le Professeur Cruchet, c'est que je suis certain de leur réalité ; j'ajoute que trois de ces intéressants Germaniques, qui avaient été reçus l'an passé à notre Cité universitaire, ont été priés de vider les lieux à la suite d'une enquête de police, et ramenés à la frontière. »

Et voici lancé un premier S. O. S. dont il est urgent de faire notre profit. Les consignes de la guerre reparaissent « Taisons-nous, méfions-nous, les mouchards nous guettent ».

Pour être de nature moins répugnante, l'autre n'est pas moins grave. Les faits qu'il révèle incitent à une prompt retour sur nous-mêmes.

Sans aller jusqu'aux extrêmes et croire que tout est perdu, il faut cependant admettre que nous ne maintenons pas le prestige de la France au sommet où l'avait porté la guerre.

Un ancien élève de Bordeaux, médecin en second de la « Jeanne d'Arc », rend compte des réceptions offertes à nos marins par l'Amérique du Sud. Tout le monde, dit-il, a les yeux fixés sur la France, mais en même temps, l'on dit : En France, on nous ignore et, ici, les Français ne font rien pour occuper la première place qu'ils devraient avoir.

Ce serait une faute, remarque le Professeur Cruchet, de reprendre à notre compte la propagande éhontée des Allemands. Celle d'avant 1914 ne leur a pas si bien réussi ; celle d'aujourd'hui aura le même sort.

Mais c'en serait une autre de nous laisser aimer, sans nous mettre en peine d'être aimables, ni en frais pour aimer à notre tour.

Et le Professeur Cruchet, professant que pour atteindre un but, le mieux est de compter d'abord sur soi-même, demande à l'Université, aux commerçants, viticulteurs et industriels de Bordeaux de prendre en charge les échanges universitaires.

Souhaitons-lui de réussir dans son projet, mais souhaitons surtout aux autres Universités de prendre modèle sur cette initiative.

La lettre du professeur de Zurich est à méditer, car le péril qu'elle dénonce est aussi grand pour nous que pour les Suisses.

Il est démontré maintenant que l'autarcie, faite de hargne et de sournois desseins, mène les peuples qui la pratiquent à la ruine, les autres à la méfiance, et tout le monde à la guerre.

Mais, en matière de recherches scientifiques, l'autarcie est plus exécrable encore. Elle institue la confusion de la tour de Babel dans un domaine où seule la coopération loyale est efficace.

Songeons que le monde ne se termine pas à nos frontières et que, malgré nos travers, il nous reste encore quelque chose de notre glorieux héritage.

Aujourd'hui comme dans les siècles passés la France a des hommes et des idées à exporter. L'étranger le sait peut-être mieux que nous puisque c'est lui qui vient nous les demander.

G. LAVALÉE.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE), — IMPRIMERIE THIRON ET CIE
Maison spéciale pour périodiques médicaux

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Accidents du Travail

5.952. — Appareil plâtré sans réduction de fracture

Je viens de faire un plâtre à un blessé qui présente une fracture, sans déplacement, de l'extrémité inférieure du radius. Je n'ai donc eu qu'à appliquer l'appareil plâtré sans réduire la fracture puis qu'il n'y avait pas de déplacement à la radiographie. Que dois-je compter (car il s'agit d'un accident du travail) ? Le tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail m'indique :

1° Réduction et contention de fracture par appareil plâtré, extrémité inférieure du radius, 110 francs.

Cependant, comme il n'y avait pas besoin de réduire la fracture puisque sans déplacement, ne faut-il pas appliquer : réfection de plâtre ordinaire, 100 francs, ce qui correspondrait plutôt ?

Dr M.

Réponse

S'il n'y avait pas de déplacement, vous n'aviez pas de réduction à opérer, c'est évident, néanmoins un plâtre s'imposait par crainte d'un déplacement ultérieur possible. Dans ce cas, d'après le nouveau tarif (ayant à compter comme pour une réfection de plâtre, ordinaire) vous devez demander « moitié du prix indiqué pour le plâtre primitif avec maximum de 100 francs », donc, en l'espèce, moitié des 110 francs indiqués pour réduction et contention de fracture de l'extrémité inférieure du radius, soit 55 francs.

Dr F. Decourt.

5.654. — Radiographie des doigts

Vous avez fait paraître à plusieurs reprises des notes concernant la tarification accident du travail du doigt face et profil. Cette question a-t-elle reçu une solution définitive ?

Le tarif de mars 1938 dit seulement : « Doigt (un ou plusieurs), face ou profil, 50 francs.

Aucune tarification spéciale n'étant faite pour « face et profil », les deux clichés devraient donc être comptés 100 francs.

La Compagnie me fait savoir que la radiographie de « un ou plusieurs doigts » est tarifée 50 francs (article 27 de l'arrêté du 5 mai 1939), la Compagnie ne parle pas de « face et profil ».

Je vous serai obligé de me faire connaître si vous avez connaissance de cet arrêté qui intéresse tous les radiologistes.

Dr P.

Réponse

La question a bien reçu une solution définitive, les radiographes s'étant mis d'accord sur le fait qu'une radio de doigt se fait toujours face et profil et qu'il y avait eu, dans le précédent tarif une erreur matérielle dans l'expression face ou profil ; erreur réparée dans le tarif de 1939, où on ne lit plus que : « Art. 27. Radiologie : doigt (un ou plusieurs) face et profil : 50 francs ».

Dr F. DECOURT.

5.601. — Pose d'une broche dans une réduction de fracture

Vous seriez bien aimable de me dire comment je dois établir ma note d'honoraires accidents du travail pour un blessé atteint de fracture ouverte de jambe avec gros délabrement.

Le 10 février 1930 jour de l'accident ; art. 20, débridement-plâtre, 620 francs .

Art. 18, le 19 février, réfection de plâtre, 100 francs.

Le 8 mars, pose d'une broche de Kirschner, car il persiste un déplacement dans le plâtre : faut-il compter 415 francs, bien qu'il n'y ait pas eu de nouveau débridement et esquillectomie, ou une somme moindre ? ou bien 320 francs comme pour une fracture fermée ?

Dr D.

Réponse

Vous pourrez lire à l'art. 18 concernant les fractures, une note en bas de page où il est dit : « En cas d'extension par broche, majoration de 100 francs ». Il s'ensuit que cette majoration est à compter 100 francs qu'elle ait été faite le jour même de la réduction de fracture ou ultérieurement comme dans votre cas.

Dr F. DECOURT.

5.599. — Sutures sur des membres différents

Voudriez-vous m'écrire comment je dois tarifer la note suivante d'accident du travail, homme piétiné et mordu par un cheval : deux points de sutures au menton, six à l'avant-bras. Gros état de shock ayant nécessité une heure de surveillance (homme de 75 ans).

Dr J.

Réponse

Vous avez à compter : Suture simple au menton, 27 francs + deux à l'avant-bras, 27 francs + une demi-heure de surveillance prolongée, 17 francs.

Dr F. DECOURT.

5.621. — Soins à l'hôpital ou en clinique privée

Voudriez-vous m'indiquer la façon dont peut être rédigée, à l'heure actuelle une note d'honoraires, concernant un accidenté du travail que j'ai opéré de hernie et qui a séjourné dix jours, à la clinique, clinique privée bien entendu.

Y a-t-il un prix de journée qui a été adopté, ou bien doit-on appliquer le prix de journée de l'hôpital le plus rapproché, en l'espèce l'hôpital de R...

Que faut-il compter pour les pansements faits à l'opéré à la clinique durant son séjour.

Qu'a-t-on adopté comme tarif de salle d'opération ?

Autant de questions que j'ai vainement cherchées dans les articles qui ont paru sur la question et que je n'ai pu trouver. Peut-être d'ailleurs, que ces questions n'ont encore pu être résolues.

J. Marquis nous avait recommandé, à partir du 1er janvier 1939, de surseoir à l'envoi de notes de ce genre.

Je vous serais très obligé de bien vouloir me donner quelques conseils à ce sujet.

Dr I.

Réponse

Voir le Titre V du nouveau tarif : « soins aux hospitalisés ». Vous y verrez : 1° que « les honoraires de l'acte opératoire ou de l'intervention sont les mêmes que ceux prévus au présent arrêté pour les soins à domicile ou au cabinet suivant les réserves suivantes, etc. ». Ces réserves sont que : 1° ne sont pas comptées toutes interventions d'un prix inférieur à 40 francs ; 2° les pansements consécutifs donnent lieu à un honoraire forfaitaire journalier de 6 francs par jour, etc. Tous les autres frais sont compris, par suite, dans le prix de journée à l'hôpital ou à la clinique.

Dr F. DECOURT.

5.615. — Ablation d'ongle

Très souvent il arrive, en matière d'accidents de travail, qu'on soit amené à pratiquer, sous anesthésie locale, l'ablation d'un ongle (corps étrangers encastrés dans le lit de l'ongle, hématome sous-unguéal, panaris péri-unguéal).

Cette intervention n'est pas tarifée ; et les Compagnies d'assurances, si on leur réclame un supplément d'honoraires, se basent sur le fait qu'elle ne figure point dans la nomenclature, et proposent tout bonnement le prix d'une consultation.

N'y a-t-il pas quelque part, dans la loi de 1898, un article prévoyant la conduite à tenir dans ces cas un peu spéciaux .

Dr B.

Réponse

Il nous a été refusé il y a plus de dix ans déjà, à la Commission, de tarifer à part l'ablation d'un ongle en matière d'accident du travail parce que « dans ce cas, il ne peut s'agir que d'un ongle déjà semi-détaché ». Cette intervention est donc « comprise » dans le prix de la consultation. La question fut reprise et résolue de même dans des séances ultérieures.

Dr F. DECOURT.

5.614. — Soins à l'hôpital. Interventions d'un prix inférieur à 40 francs

Le titre V du tarif des accidents du travail dit article 30 : « ... *a*) les pansements qui figurent au paragraphe 1er de l'article 18... et au titre IV avec un prix inférieur à 40 francs ne donnent pas lieu à un honoraire au profit du médecin de la clinique, etc. ».

Le Médecin de France, 49e année, no 15, écrit page 736 : « ... *b*) les soins consécutifs à l'intervention, les soins sans interventions et les petits actes médicaux d'un honoraire inférieur ou égal à 40 francs sont couverts par un honoraire forfaitaire journalier de 6 francs ».

Or, une Compagnie d'assurances m'a autorisé à pratiquer quinze à vingt séances de diathermie « qu'elle réglera, m'écrit-elle, aux conditions légales » sur un malade hospitalisé à ma clinique et déjà opéré.

J'ai toujours pensé que je pourrais réclamer 40 francs par séance de diathermie, me référant à l'article de la loi publié par le *Concours Médical* no 18.

Or, le *Médecin de France*, déclare qu'un honoraire égal à 40 francs ne doit pas être réglé mais couvert par un honoraire forfaitaire de 6 francs.

Qui a raison ?

Je vous serais reconnaissant de me donner votre avis.

Dr P.

Réponse

L'art. 30 alinéa *a*) porte : « Les pansements qui figurent dans les actes inscrits aux paragraphes du titre II au titre IV avec un prix inférieur à 10 francs ne donnent pas lieu à un honoraire, etc. ». Il s'ensuit que le prix de la diathermie étant de 40 francs donne lieu à un honoraire, etc., puisqu'il n'est pas « inférieur à 40 francs. »

Dr F. DECOURT.

5.872. — Intervention de « spécialiste »

1o Un confrère nouvellement installé m'appelle pour aller à 30 kilomètres de chez moi, inciser un

panaris grave (température 39, état général atteint, lymphangite, adénite axillaire).

C'était effectivement un panaris gangréneux sur lequel j'ai fait sous anesthésie générale une intervention méticuleuse : résection des tissus nécrosés, deux incisions latérales avec drainage.

Jamais je n'accepte de faire de pareilles interventions, que je considère comme sérieuses, à domicile ; mais je le répète il s'agissait d'un confrère nouvellement installé qui s'était engagé vis-à-vis de son client, c'est pourquoi j'ai cru devoir répondre à son appel.

Evolution favorable, guérison sans séquelles en un mois.

Règlement : la Compagnie m'envoie 50 francs en refusant de payer le déplacement parce qu'il y a trois autres confrères dans la localité et que le déplacement d'un spécialiste n'est pas prévu par le tarif.

En réalité, je vois mal à quoi correspondent les 50 francs ; le panaris quoique grave n'était que sous-cutané et ne correspondrait au tarif qu'à 25 francs. Par contre, la simple consultation avec confrère sans aucun acte opératoire est égale à 51 francs, donc supérieure aux 50 francs qui me sont offerts. J'ajoute que l'intervention fut importante, que j'ai emmené une infirmière, pour m'aider et que j'ai à mon compte les frais de stérilisation, anesthésique, champs, compresses, gants, antiseptiques et mon essence.

Sortez-moi de cet improglio : combien dois-je demander, car pour le principe je suis décidé à ne pas me contenter des 50 francs ? Dr J.

Réponse

Une incision de panaris sous-cutané n'est pas une question concernant les médecins spécialisés délimités à l'art. 1er du tarif. Reste la consultation entre confrères, soit $17 \times 3 = 51$ francs. Mais, je ne vois pas compter des frais de déplacement alors qu'il y a trois médecins « plus rapprochés » que vous puisqu'ils sont dans la localité même. D'autant plus que, pour un panaris, le malade pouvait se transporter chez vous « sans inconvénient pour sa santé ». (Art. 2). Donc, au point de vue tarif accident du travail, il y a eu « aiguillage » mauvais de la part du médecin traitant en vous faisant venir pour si peu, en somme, et résultat désastreux pécuniairement en ce qui vous concerne. (A signaler que la Compagnie se trompe en disant qu'il n'est pas prévu dans le tarif de déplacement d'un spécialiste, ce qui est indiqué au dernier alinéa de l'article 2.)

Dr F. DECOURT.

5.815. — Contrôle par radioscopie

J'ai beau compulser le nouveau tarif des accidents du travail, je n'arrive pas à trouver quels honoraires je dois marquer pour l'examen radioscopique de la réduction sous écran. Est-ce toujours 200 francs, quoique ce ne soit plus spécifié dans le tarif ?

Je vous serais obligé de me fixer, car j'ai un bon nombre de notes en souffrance.

D'autre part, je me permets de vous signaler qu'il y a une excellente raison à la différence de prix entre une radiographie d'une région, et le supplément d'honoraires correspondant à une réduction sous écran : c'est le risque de radiodermite.

Le radiographe ne risque rien, tandis que le médecin qui après sous écran, quelle que soit l'intervention, réduction de fracture, ablation de corps étranger, est pratiquement dans l'impossibilité de se protéger. Aussi bien du rayonnement direct (les gants sont beaucoup trop encombrants) que du rayonnement secondaire.

Dr C.

Réponse

Cela vient d'être supprimé, en effet, dans le nouveau tarif, à cause des abus commis à ce sujet. Je trouve néanmoins qu'il y aurait lieu à spécifier des honoraires et en attendant cette modification, j'ai déjà proposé de l'assimiler au « coup d'écran » effectué par un phtisiologue et ai proposé 60 francs, à ce sujet, mais cela personnellement et sous toutes réserves. Je parle ainsi pour les petites interventions et examens en vue de se rendre compte si telle fracture ou telle luxation fut bien réduite. Il n'en serait pas de même, à mon avis, s'il s'agissait d'une intervention importante et longue qui devrait être constamment effectuée sous écran. Il y aurait donc lieu, je le répète, de reprendre toute la question à la Commission du tarif.

Dr F. Decourt.

5.823. — « Accord » ou « avis préalable » en cas de traitement par électricité

Pouvez-vous me fixer sur le point suivant :

Au paragraphe « Observations » qui termine l'article 27, électrologie et électro-radiologie, le troisième énumère les traitements pour lesquels l'accord doit être préalable avec le médecin du chef d'entreprise.

Je constate que le traitement galvanique ou faradique n'est pas cité.

Dois-je en conclure que ce traitement simple peut être appliqué sans autres formalités contrairement à la radio-électro-diagnostic, rayons ultra-violets et infra-rouges ?

Dr J.

Réponse

Le traitement galvanique ou faradique fait partie de l'électrothérapie, au même titre que les rayons ultra-violets et la diathermie (art. 27, M.) On ne pourrait tout citer dans la partie « observat. 3e » du même article 27 (la darsonvalisation non plus n'est pas spécifiée). Aussi, je crois que le traitement électrique en série doit nécessiter

un « accord » préalable avec le médecin patronal, tout comme le reste et qu'il y aurait à envisager, si on ne faisait pas à l'avance cet accord, des ennuis ultérieurs, au moment du paiement. D'ailleurs même si on ne cherchait pas « l'accord », il y aurait toujours lieu, puisque traitement en série, de suivre les prescriptions de l'art. 7 et d'en donner un « avis préalable » par lettre recommandée.

Dr F. DECOURT.

5.573. — Auto-hémothérapie

Je soigne un ouvrier cimentier atteint d'eczéma professionnel. Au titre de maladie professionnelle et au tarif accidents du travail.

Je fais en série des piqûres intra-veineuses, avec auto-hémothérapie.

A votre avis est-ce que je dois compter seulement pour chaque séance : une injection intra-veineuse, 25 francs, ou bien dois-je ajouter une prise de sang par ponction intra-veineuse, 22 francs ?

Dr S.

Réponse

Un traitement par « auto-hémothérapie » comporte deux temps : 1° une « prise de sang » tarifée 22 francs (art. 16) ; 2° une « injection intra-musculaire » dans la fesse, ce qui n'est pas l'objet d'une tarification particulière. Aussi je ne comprends pas votre proposition de compter : 1° une injection intra-veineuse : 25 francs ; 2° une prise de sang de 22 francs. A quel stade de votre intervention « injectez-vous » donc quelque chose « dans une veine » ? Toutefois comme il est dit à l'art. 16 « prise de sang pour analyse » (ce que je ne comprends guère, au fond puisque, soit pour une prise de sang, soit pour une injection intra-veineuse, l'acte technique est toujours le même au fond), je compterais simplement, pour chaque acte d'auto-hémothérapie, comme pour une injection intra-veineuse, soit 25 francs.

Dr F. DECOURT.

5.719. — Intervention de nuit

Seriez-vous assez aimable de me faire connaître ce que je dois faire dans le cas suivant : un boucher arrive chez moi la nuit à 3 h. 30 avec une plaie de la face dorsale du pouce gauche, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne (accident du travail), suture simple de la peau, 5 agrafes. Dois-je compter : consultation (triple) et suture simple de la peau (art. 17), 27 francs, en un mot ce que je dois compter : comme c'est la première fois que je vois ce cas, je suis embarrassé.

Dr H.

Réponse

Vous avez à choisir entre « consultation de nuit : 51 francs (art. 4) et « intervention de nuit : suture de la peau : 27 francs (art. 17), plus majoration de nuit de 25 % (art. 8, alinéa 2) soit 27 + 6,75 = 33 fr. 75. Le choix est bien simple n'est-ce pas ?

Dr F. DECOURT.

5.792. — Injections anesthésiques

Je voudrais avoir l'avis du Docteur Decourt sur le point suivant dans le tarif accidents du travail.

Après accord avec la Compagnie d'assurances, j'ai été autorisé par celle-ci à pratiquer pendant un mois des infiltrations novococaïniques des ganglions lombaires prévertébraux. Ce traitement a donné un bon résultat (traitement par la méthode du Professeur Leriche).

Quel prix dois-je demander pour chacune de ces injections.

Dr M.

Réponse

Le traitement par la méthode de Leriche en cas d'infiltrations anesthésiques périganglionnaires est tarifé 120 francs. Ce prix comporte le traitement en entier. Cela fut bien convenu à la Commission du tarif, étant entendu que s'il y avait plusieurs séances, les suivantes seraient tarifées comme visite ou consultation simple, le supplément ayant été donné en une seule fois, que le traitement en entier ait nécessité une ou plusieurs interventions techniques.

Dr F. DECOURT.

---

b) Assurances sociales

Note du Docteur Fernand Decourt, concernant le traitement radiothérapique d'adénopathies multiples

Dans une réponse antérieure du *Concours*, j'avais demandé l'avis des « compétences » à ce sujet. Or, je reçois de deux confrères radiologues les réponses suivantes :

1° *Du Dr P. G.* : La nomenclature des Assurances sociales mentionne au chapitre du « trai-« tement radiothérapique des tumeurs » : « Adéno-« pathie bénigne K 40 ». C'est au singulier et non « au pluriel.

« D'autre part, le confrère qui a posé la ques-« tion a bien déclaré qu'il s'agissait de deux « localisations distinctes et traitées séparément, « ce qui a doublé le traitement. Supposons qu'au « lieu de deux localisations il y en ait cinq. On « ne pourrait admettre que le K40 couvre cinq « localisations au lieu d'une. Il deviendrait

« impossible de traiter un Hodgkin qui la « plupart du temps présente :

« Des adénopathies cervicales bilatérales, axil- « laires bilatérales, médiastinales, inguinales « bilatérales, mésentérique, splénique. Ces trai- « tements nous obligent à des doses de rayons « multipliées par le nombre de localisations et « ce n'est que toute justice que chaque localisa- « tion soit marquée séparément. En chirurgie, « la nomenclature a donné K60 pour une her- « nie bilatérale, alors que la hernie unilatérale « est chiffrée K40. Au lieu d'appliquer le dou- « ble coefficient, on a appliqué un coefficient de « 1,50, mais il faut tenir compte qu'il n'y a « qu'une seule installation sur la table, qu'une « anesthésie générale, qu'une seule préparation, « qu'une seule suite opératoire.

« Tandis que dans les cas cités plus haut, tous « les gestes sont doublés ou multipliés exacte- « ment par le nombre de localisations.

« Du reste à la page précédente de la nomen- « clature, la radiothérapie est envisagée à la « dose en R. Cette dose serait doublée, si on cal- « culait ainsi il y aurait bien aussi double nota- « tion. »

2° *Du Dr E. A.* : Je ne suis pas de votre avis.

« J'ai toujours considéré que le chiffre global « pour une adénopathie correspondait au trai- « tement au moyen d'un seul champ (20 × 20 cm. « au maximum).

« Qu'il y ait une ou plusieurs glandes pouvant « être traitées ensemble, d'accord, car cela ne « nous entraîne à aucun frais supplémentaire. « Mais, quand il y a deux adénopathies éloignées, « obligeant à doubler le nombre des séances, « j'estime que le tarif doit être doublé, donc « K 40 × 2.

« Poussant les choses à l'absurde, je me de- « mande comment s'en tirerait le radiologiste qui « pour K40, aurait à soigner des adénopathies « bénignes multiples cervicales bilatérales, sous- « maxillaires, inguinales, etc. que dans ce cas, « on ne multiplie pas K 40, par le nombre exact « de localisations et que l'on s'entende à l'avance « avec le médecin-contrôleur pour un chiffre « déterminé, d'accord ! mais pas pour deux loca- « lisations.

« Pour ma part, j'ai actuellement en traite- « ment une dame présentant exactement les « mêmes symptômes ; je l'ai fait contre-visiter « par le médecin contrôleur, en lui demandant « son accord pour K 40 × 2, ce qui a été fait.

« Le plus simple du reste est, pour tous les cas « pouvant être l'objet d'un litige, de prévenir « le médecin-contrôleur à l'avance et de s'en- « tendre avec lui. Depuis que les Assurances « sociales existent, j'agis ainsi, et m'en trouve « bien. »

Comme on le voit les deux confrères sont d'ac- cord pour marquer K40 pour chacune des adé-

nopathies traitées. Soit, Je ne demande pas mieux, mais sous toutes réserves cependant car je désirerais pour fixer la « jurisprudence » sur ce point avoir légalement l'avis conforme d'un médecin-conseil de Caisse-maladie. En tout cas, la suggestion du Dr E. A. est fort juste : «le plus simple est de s'entendre à l'avance avec le médecin de la Caisse». On évitera ainsi tout ennui ultérieur.

5.649. — Soins médicaux en cas de maladie durant une grossesse

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me fixer sur le point suivant :

Fréquemment des assurées sociales viennent vous consulter et l'on s'aperçoit que les troubles, qu'elles accusent viennent d'une grossesse connue ou ignorée d'elles. Peut-on marquer sur la feuille-maladie la consultation dont on s'est fait honorer, et le cas échéant l'ordonnance que l'on a prescrit. Dans le cas contraire, à partir de quelle époque de la grossesse les soins médicaux sont-ils compris dans le forfait maternité ?

Dr P.

Réponse

Il s'agit dans ce cas d'une consultation ou visite ordinaire et honorable comme telle. D'autant plus que vous avez à lui faire une ordonnance le plus souvent comportant tels ou tels médicaments pour remédier aux troubles de santé qu'elle ressent. De façon générale, les « soins médicaux » proprement dits ne peuvent être compris dans le forfait maternité. Si une femme enceinte de six mois fait par exemple une pneumonie, les visites médicales n'ont aucun rapport avec ledit forfait maternité, lequel comprend des *examens médicaux* (ainsi qu'il est dit dans le tarif de réassurance des Caisses) mais non pas les *soins médicaux* nécessaires en cas d'une maladie intercurrente.

Dr F. DECOURT.

5.901. — Radioscopie et radiographie

Je viens vous demander une nouvelle consultation qui intéresse tous mes confrères et me vaut le conseil de discipline ! !

Je vois, en mai dernier, un enfant atteint de fracture du radius. Je le fais venir chez moi et 1° fais une radioscopie, soit le K10 du tarif des Assurances sociales, page 21 du *Concours Médical* : « Examen radioscopique au domicile du radiologiste pour intervention, réduction, etc. : K10 ; 2° je fais ensuite « réduction et contention d'une fracture simple par appareil plâtré avant-bras : K20 », page 14.

Je compte donc K10 + K20. La Caisse me poursuit sous le prétexte que je ne dois pas compter K10

pour une radioscopie, alors qu'une radiographie sous deux incidences, de l'avant-bras est cataloguée K6 (page 21). Ceci est exact, mais il n'en est pas moins vrai que la radioscopie pour réduction est comptée elle aussi K10, c'est exagéré par rapport à la radiographie mais c'est ainsi.

Suis-je justiciable des foudres du Conseil de discipline et comment me défendre ?

Dr T.

Réponse

Il est certain que, de façon générale, une radioscopie ne peut être comme en l'espèce, d'un prix double de celui d'une radiographie de la même région ; ce serait une anomalie incompréhensible. Par contre, il est non moins certain qu'en K10 est marquée « Radioscopie pour intervention, réduction, extraction... ». Il y a donc lieu à discussion à ce sujet et personnellement j'estime que jamais une « scopie » ne devrait être d'un prix supérieur à la « graphie » de la même région, c'est entendu. Mais de là à passer devant un Conseil de famille pour en avoir jugé autrement, il y a tout un monde... Il y aurait simplement lieu, à mon avis à un échange de vues amiable entre le médecin traitant et le médecin-conseil de la Caisse.

Dr F. Decourt.

5.920. — Remboursement inexplicable à 6 francs par visite

Je vous serais très obligé de vouloir bien me faire savoir si le remboursement suivant par une Caisse départementale d'Assurances sociales est correct :

Une gérante d'épicerie voit sa petite fille âgée de 5 ans tomber malade et m'appelle. Je constate une broncho-pneumonie grave qui a mis une quinzaine de jours à guérir. Entre autres moyens thérapeutiques, je mis en œuvre un abcès de fixation que j'ai naturellement ouvert par la suite.

Quelques jours après le début de la maladie de l'enfant, la mère à son tour tombe malade d'une congestion pulmonaire des deux bases.

Je suis venu voir ces malades pendant une huitaine de jours deux fois par jour et aux deux fois je voyais, visitais et examinais les deux malades, donc quatre visites par jour (pas de frais de déplacement la malade habitant la localité).

Les feuilles d'Assurances sociales que ma cliente a envoyées portaient en tout 57 visites et CP2. Le remboursement fait a été le suivant :

Seize visite à 6 francs	96
Vingt-deux visites à 12	264
Un PC2	19,20
	379,20

Au lieu de 57 × 12 = 684

PC²	19,20
	703,20

A quoi répondent ces 16 visites à 6 francs. Je n'ai vu ce chiffre sur aucun tarif.

En outre, tombée malade le 8 mai, j'ai signé la reprise du travail pour le 12 juin, et on ne lui compte que jusqu'au 10 juin. Que doit faire ma cliente ?

Dr J.

Réponse

Je ne connais évidemment pas le tarif de responsabilité de la Caisse intéressée, mais je n'ai jamais vu un remboursement de 6 francs par visite. Il appartient donc à l'assurée de porter l'affaire devant la Commission d'arrondissement (en se basant sur l'art. 36 du décret-loi du 28 octobre 1935) mais elle doit le faire « dans les trois mois de la notification de la décision », je crois qu'elle peut le faire encore actuellement si on lui fait le remboursement sans lui avoir « notifié » la décision. Elle écrirait une lettre recommandée au Président du Tribunal civil de l'arrondissement.

Dr F. Decourt.

5.708. — Accouchement à domicile d'une femme d'assuré

J'ai recours à vous pour me donner un Conseil dans le cas suivant.

Appelé auprès d'une parturiente primipare de 36 ans par la sage-femme qui craignait une dystonie, je suis resté près d'elle et ai fait l'accouchement qui a été normal malgré une inertie utérine. Pas de forceps. Délivrance retardée mais normale.

La jeune femme est bénéficiaire des Assurances sociales par son mari qui est assuré.

J'ai signé la feuille d'assurances sociales comme ayant fait l'accouchement. Je suis reparti après la délivrance faite.

Or que dois-je faire au point de vue honoraires ? Que demander à la cliente ?

Que doit faire également la sage-femme à ce point de vue et que doit-elle marquer, comme moi, sur les feuilles de maternité d'Assurances sociales ?

C'est d'ailleurs elle qui va se charger des suites de couches comme il se doit, sauf si des complications surgissaient.

Dr T.

Réponse

En vertu de « l'entente directe » vous pouvez ainsi que la sage-femme demander à l'assuré social ce que vous demandez dans la clientèle ordinaire. Ce que touchera l'assuré de sa Caisse, cela dépend du tarif de responsabilité de celle-ci, donc question locale sur laquelle je ne puis vous répondre. Toutefois, d'après le tarif de réassurance des Caisses (plafond que toute Caisse ne saurait dépasser sans perdre ses droits à la réassurance) je puis vous préciser ce qui

suit. Pour les accouchements à domicile, dans une localité de moins de 200.000 habitants, l'intéressée touche une somme forfaitaire de 325 francs représentant l'ensemble des frais médicaux et pharmaceutiques relatifs à l'accouchement. Je rappelle, en outre, qu'elle touche une prestation de 75 francs pour les consultations prénatales (si la dépense fut réellement engagée) et une majoration variable en cas d'accouchement dystocique, ce qui n'est pas votre cas.

Dr F. Decourt.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

5.102. — Caractère obligatoire des Ecoles de perfectionnement

Je reçois une lettre de l'autorité militaire me disant qu'en application de l'article 49 *bis* de la loi du 31 mars 1928, je suis appelé à participer à douze séances d'instruction d'une demi-journée chacune à l'Ecole de perfectionnement la plus proche de ma résidence ; en conséquence je suis prié de me faire inscrire le plus tôt possible à une Ecole de perfectionnement ; et avisé que le défaut de fréquentation d'une Ecole au cours d'une année scolaire entraînera *ipso facto* un convocation à une période de douze jours.

Je suis médecin lieutenant de réserve, et ai déjà fait deux périodes dans ce grade. Pourriez-vous me faire savoir : si cette inscription à une Ecole de perfectionnement est bien obligatoire, ou facultative ; si les douze séances doivent se répéter chaque année ; si la fréquentation de cette Ecole dispense de toute période ultérieure.

Dr B.

Réponse

L'obligation de s'inscrire à une Ecole de perfectionnement est imposée aux officiers de réserve, qui appartiennent à la disponibilité et à la première réserve. Elle prendra effet à partir du 1er octobre 1939. Les douze séances en question sont à suivre dans l'année.

La période d'instruction de douze jours, prévue en remplacement, ne rentre pas dans les périodes réglementaires, déjà obligatoires.

5.072. — Classement dans la 2e réserve après la naissance du quatrième enfant

Faisant partie de la classe 1927, médecin sous-lieutenant de réserve, j'espère avoir quatre enfants en janvier 1940.

Après la naissance de mon quatrième enfant, pourrais-je compter appartenir à la deuxième réserve et recevoir une affectation dans une formation de l'Intérieur ? En dehors de la déclaration à l'autorité militaire de la naissance de mon quatrième enfant, me faudra-t-il accomplir d'autres formalités ?

Dr B.

Réponse

Depuis la naissance de votre troisième enfant, vous devez être classé dans la plus jeune classe de la deuxième réserve (art. 58 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée). Comme tel, vous avez droit à une affectation à l'Intérieur. Faites-en donc aussitôt la demande à votre Directeur en joignant un bulletin de naissance de vos trois enfants et en invoquant le bénéfice de cet article de loi.

4.846. — Situation des médecins de réserve hors cadres

Le 26 janvier dernier j'ai reçu de la Direction du Service de santé la note suivante :

« Par décision ministérielle du 24 janvier 1939 sont placés dans la position hors cadres, affectation spéciale » (art 18 de la loi du 8 janvier 1925) au titre des régions et des tableaux ci-après les officiers de réserve du Service de santé (dossiers détenus par les Directeurs du Service de santé) à la *n*e région.

M..., méd. cap. de réserve, tableau 2, trente jours.

Que veut dire cet ordre ? Dois-je comprendre que je dois rester sur place trente jours pendant lesquels je suis placé hors cadres pour assurer le service de la population civile ? Recevrai-je une nouvelle affectation au bout de trente jours ? La gendarmerie à laquelle je me suis adressé n'a pas pu me renseigner.

Dr M.

Réponse

Les officiers de réserve mis hors cadres au titre du tableau n° 2 (décret du 15 mai 1939) sont placés dans cette situation pour une durée de un à trois mois ; la prolongation de ce délai ne peut être accordée qu'en cas de besoin justifié. En cas de mobilisation, ces officiers sont considérés comme faisant partie de l'armée ; ils reçoivent comme salaire de base les allocations et prestations correspondant à leur grade militaire. Le tableau 2 ne comporte de médecins qu'au titre du ministère de la Santé publique ; à part les médecins directeurs et médecins-chefs des hôpitaux psychiatriques ou des sanatoria publics, il n'est d'emploi prévu que pour la populations civile non hospitalisée. Il est bien certain qu'une fois le délai de trente jours passé, vous recevrez une nouvelle affectation militaire, qui sera probablement celle de votre ancien fascicule de mobilisation.

Soixante et unième année — N° 37 — 10 Septembre 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg .	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro..........	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

AVIS IMPORTANT

Les petites annonces sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux ne permettant leur insertion que quarante-huit heures après leur réception. Lesdites petites annonces ne devront comporter aucun nom de ville, ni aucune abréviation. Le Journal se réserve, par ailleurs, le droit de supprimer toutes les annonces qui lui paraîtraient douteuses.

N° 283. — Médecin de l'Ouest, mobilisé, désire louer appartement meublé, de préférence tout confort, cabinet médical installé, à médecin non mobilisable et ce, durant toute la période des hostilités.

N° 284. — Confrère mobilisé offre son poste, pour la durée de la mobilisation, à confrère français d'origine ; deux pièces disponibles, tout confort. Condition essentielle : nourriture pour femme et père restant à la maison.

N° 285. — Gironde. Cause repos, cherche chirurgien associé, catholique français, pour cession partie ou totalité clinique, orthopédie et chirurgie. Affaire sérieuse.

Renseignements

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 2 fr. pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

A NOS LECTEURS

Ce numéro est le premier numéro de notre Journal en période de guerre.

Le « Concours Médical » *ne cessera pas sa publication pendant les hostilités. Orientant sa rédaction vers les questions scientifiques et professionnelles de la médecine et de la chirurgie aux armées et à l'intérieur, il paraîtra sous une forme et périodicité plus réduites. Comme pendant la guerre de* 1914-1918, *il s'efforcera d'être utile, sous toutes les formes possibles, aux médecins mobilisés, aux médecins requis et à nos confrères non mobilisés qui assureront les soins à la population civile.*

Nos abonnés sont priés de vouloir bien nous faire connaître la nouvelle adresse, s'il y a lieu, à laquelle le Journal doit leur être envoyé.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Ecole du Service de santé militaire.** — En raison des circonstances actuelles les épreuves orales du concours d'admission à l'Ecole du Service de santé militaire sont ajournées.

— **Documentation sur les gaz de combat.** — Le numéro de juillet du *Bulletin de l'Union fédérative nationale des Médecins de réserve*, 7 *bis*, villa Eugène-Manuel, Paris (XVI[e]), a été entièrement consacré aux *gaz de combat*.

Ce *Bulletin* a été tiré en quantité suffisante pour que tous les médecins de réserve qui ne sont pas encore membres de l'U. F. N. M. R. puissent le recevoir en adhérant. Cotisation : 30 francs par an. Chèque-postaux : Paris, 254-45.

— **Hospices civils de Chambéry.** *Ajournement du concours pour un emploi de sage-femme adjointe à la Maternité.* — L'Administration des Hospices civils de Chambéry, informe les intéressées que le concours sur épreuve fixé au 14 septembre 1939 pour un emploi de sage-femme adjointe à la Maternité, est reporté à une date ultérieure. Toutefois, les postulantes peuvent faire acte de candidature par l'envoi de leur dossier dont il leur sera accusé réception.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Hygiène mentale

Avis de vacance d'un poste de médecin-chef de service au centre d'hygiène mentale de Marseille (Bouches-du-Rhône)

Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant au centre d'hygiène mentale de Marseille (poste créé).

(*J. O.*, 22 août 1939.)

Inspection départementale d'hygiène

Par arrêté en date du 21 août 1939, ont été maintenus en fonctions et admis au bénéfice des dispositions du titre III du décret du 15 avril 1937 :

I. — *Inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène*

M. le Docteur Bouchet, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de l'Hérault.

M. le Docteur Fournier, inspecteur adjoint départemental d'hygiène du Calvados.

Mme le Docteur Moles, inspectrice adjointe départementale d'hygiène du Calvados.

II. — *Directeurs de bureaux d'hygiène*

(Villes de plus de 50.000 habitants)

M. le Docteur Broquin-Lacombe, directeur du bureau d'hygiène de Troyes.

Par arrêté en date du 21 août 1939, ont été maintenus en fonctions et admis au bénéfice des dispositions du titre III du décret du 15 avril 1937 dans les conditions prévues au premier paragraphe de l'article 17 dudit décret :

Directeurs de bureaux d'hygiène

(Villes de moins de 50.000 habitants)

Mme le Docteur Cadot (Robert), directeur du bureau d'hygiène de Drancy (Seine).

(*J. O.*, 25 août 1939.)

Légion d'honneur

Est nommé chevalier de la Légion d'honneur, au titre du ministère de la Santé publique, M. le Docteur Bouvet, de Versailles.

(*J. O.*, 27 août 1939.)

Service de santé militaire

Par décret du 24 juillet 1939 sont nommés à compter du 1er juillet 1939 dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé, et, par décision de même date, sont, sauf indications contraires, maintenus dans leur région d'origine les candidats ci-après désignés inscrits sur la liste d'aptitude.

Au grade de médecin sous-lieutenant

(Rang du 1er juillet 1932) les méd. auxil. : Bompard, rég. de Paris ; Paul, 5e rég., aff. rég. de Paris.

(Rang du 1er juillet 1933) les méd. auxil. : Liège, rég. de Paris ; Fauvet, 9e rég., aff. rég. de Paris ; Berthon, 3e rég. ; Lauret, 3e rég. ; de Langre, 4e rég. ; Pinsan, 16e rég.

(Rang du 1er juill. 1934) les méd. auxil. : Azoulay, rég. de Paris ; Issac-Georges, rég. de Paris ; Gournay, 1re rég., aff. rég. de Paris ; Hudelo, 15e rég., aff. rég. de Paris ; Genevrier, 20e rég., aff. rég. de Paris ; Di Mattéo, 20e rég., aff. rég. de Paris ; Fiat, 15e rég. ; Lecoulant, 10e rég.

(Rang du 1er juillet 1935) les méd. auxil. : Aharfi, rég. de Paris ; Champeau, 6e rég., aff. rég. de Paris ; Elbaz, 19e C. A., aff. rég. de Paris ; Thiers, 14e rég. ; Rousseau, 18e rég.

(Rang du 1er juillet 1936) les méd. auxil. : Archimbault, rég. de Paris ; Aymard, rég. de Paris ; Béra, rég. de Paris ; Bertho, rég. de Paris ; Bineau, rég. de Paris ; Blanguernon, rég. de Paris ; Bourgin, rég. de Paris ; Brasseur, rég. de Paris ; Campana, rég. de Paris ; Cherchewsky dit Cherchève, rég. de Paris ; Chiche, rég. de Paris.

Corbet, rég. de Paris ; Coudert, rég. de Paris ; Defrance, rég. de Paris ; Destouches, rég. de Paris ; Dugoin, rég. de Paris ; Durand, rég. de Paris ; Ewseroff, rég. de Paris ; Faliu, rég. de Paris ; Garnier, rég. de Paris ; Gère, rég. de Paris ; Ghozland, rég. de Paris ; Gross, rég. de Paris ; Gruner, rég. de Paris ; Haméa, rég. de Paris ; Hugues, rég. de Paris ; Isidor, rég. de Paris ; Jean, rég. de Paris ; Journiac, rég. de Paris.

Krivine, rég. de Paris ; Lasterade de Chavigny, rég. de Paris ; Lavedan, rég. de Paris ; Lebourg, rég. de Paris ; Lièvre, rég. de Paris ; Maurice, rég. de Paris ; Migault, rég. de Paris ; Moreau, rég. de Paris ; Nicolas, rég. de Paris ; Olivier, rég. de Paris ; Penin, rég. de

Paris ; Pichon, rég. de Paris ; Pompon, rég. de Paris ; Prunel, rég. de Paris ; Rolland, rég. de Paris ; Schlesinger, rég. de Paris ; Squillante, rég. de Paris ; Sutter, rég. de Paris ; Thiéblot, rég. de Paris ; Veisleib, rég. de Paris ; Vieuchange, rég. de Paris ; Vignal, rég. de Paris ; Vigneron, rég. de Paris ; Boutroy, 1re rég., aff. rég. de Paris ; Debuirre, 1re rég., aff. rég. de Paris.

Godefroy, 1re rég., aff. rég. de Paris ; Wambergue, 1re rég., aff. rég. de Paris ; Bion, 4e rég., aff. rég. Paris ; Cornichet, 4e rég., aff. rég. Paris ; Debedde, 5e rég., aff. rég. de Paris ; Nicolas, 5e rég., aff. rég. de Paris ; Banse, 6e rég., aff. rég. de Paris ; Boursaus, 6e rég., aff. rég. de Paris ; Brasseur, 6e rég., aff. rég. de Paris ; Lades, 6e rég., aff. rég. de Paris ; Louis, 6e rég., aff. rég. de Paris ; Rozée-Belle-Isle, 6e rég., aff. rég. de Paris ; Auger, 7e rég., aff. rég. de Paris ; May, 7e rég., aff. rég. de Paris ; Proux, 9e rég., aff. rég. de Paris ; Tortat, 9e rég., aff. rég. de Paris ; Lépine, 14e rég., aff. rég. de Paris ; Parant, 14e rég., aff. rég. de Paris.

Arnaud, 15e rég., aff. rég. de Paris ; Gay, 16e rég., aff. rég. de Paris ; Mercadier, 17e rég., aff. rég. de Paris ; Marc, 18e rég., aff. rég. de Paris ; Nahon, 19e C. A., aff. rég. de Paris ; Austerweil, 20e rég., aff. rég. de Paris ; Bauer, 20e rég., aff. rég. de Paris ; Blanquier, 20e rég., aff. rég. de Paris ; Dommartin, 20e rég., aff. rég. de Paris ; Estève, 20e rég., aff. rég. de Paris ; Froissant, 20e rég., aff. rég. de Paris ; Galup, 20e rég., aff. rég. de Paris ; Gouffier, 20e rég., aff. rég. de Paris ; Guéron, 20e rég., aff. rég. de Paris ; Lagailardel, 20e rég., aff. rég. de Paris ; Lapipe, 20e rég., aff. rég. de Paris ; Lazerovici, 20e rég., aff. rég. de Paris ; Nonique, 20e rég., aff. rég. de Paris ; Rabant, 20e rég., aff. rég. de Paris.

Vandenplas, 20e rég., aff. rég. de Paris ; Zentz, 20e rég., aff. rég. de Paris ; Arnold, tr. de Tunisie, aff. rég. de Paris ; Zerbib, tr. de Tunisie, aff. rég. de Paris ; Bargeton, 1re rég. ; Bayart, 1re rég. ; Bernet, 1re rég. ; Brichant, 1re rég. ; Bulte, 1re rég. ; Catteau, 1re rég. ; Delerue, 1re rég. ; Derosne, 1re rég. ; Desfontaines, 1re rég. ; Driessens, 1re rég. ; Dubois, 1re rég. ; Feutrie, 1re rég. ; Godard, 1re rég. ; Israel, 1re rég. ; Montaigne, 1re rég., Neron, 1re rég. ; Saudremont, 1re rég. ; Waterlot, 1re rég. ; Jacquemaire, 6e rég., aff. 1re rég.

Peudecœur, 6e rég., aff. 1re rég. ; Noclercq, 15e rég., aff. 1re rég. ; Auge, 17e rég., aff. 1re rég. ; Vaincourt, 20e rég., aff. 1re rég. ; Alexandre, 2e rég. ; Chevalier, 2e rég. ; Colleau, 2e rég. ; Colletas, 2e rég. ; Courmontagne, 2e rég. ; Davesne, 2e rég. ; Delloup, 2e rég. ; Duchatel, 2e rég. ; François, 2e rég. ; Lachelin, 2e rég. ; Fefèvre, 2e rég. ; Lejosne, 2e rég. ; Peze, 2e rég. ; Tremble, 2e rég. ; Waelens, 2e rég. ; Dramez, 1re rég., aff. 2e rég. ; Loze, 1re rég., aff. 2e rég. ; Colpin, 6e rég., aff. 2e rég. ; Gaignaire, 7e rég., aff. 2e rég. ; Charbonnier, rég. de Paris, aff. 2e rég. ; Tanazacq, 20e rég., aff. 2e rég.

Belletoille, 3e rég. ; Dimier, 3e rég. ; Le Bouc, 3e rég. ; Martin, 3e rég. ; Rialland, 3e rég. ; Schmitt, 3e rég. ; Villers, 3e rég. ; Daverne, 2e rég., aff. 3e rég. ; Le Breton, 2e rég., aff. 3e rég. ; Bouan du Chef du Bos, 4e rég., aff. 3e rég. ; Nicol, 4e rég., aff. 3e rég. ; Boulet, rég. de Paris, aff. 3e rég. ; Briant, rég. de Paris, aff, 3e rég. ; Decamps, rég. de Paris, aff. 3e rég. ; Boucheron, 4e rég. ; Dayot, 4e rég. ; Goumont, 4e rég. ; Guérin, 4e rég. ; Hamoniaux, 4e rég. ; Hansen, 4e rég. ; Léger, 4e rég. ; Lelièvre, 4e rég. ; Le Potier, 4e rég. ; Menguy, 4e rég. ; Richard, 4e rég. ; Destais, 2e rég., aff. 4e rég.

Nicolle, 3e rég., aff. 4e rég. ; Fauquet, 6e rég., aff. 4e rég. ; Gromez, 6e rég., aff. 4e rég. ; Gacon, 7e rég., aff. 4e rég. ; Le Toux, 11e rég., aff. 4e rég. ; Revel, 11e rég., aff. 4e rég. ; Denis, rég. de Paris, aff. 4e rég. ; Janeau, rég. de Paris, aff. 4e rég. ; Repoux, rég. de Paris, aff. 4e rég. ; Monimart, rég. de Paris, aff. 4e rég. ; Queraux, rég. de Paris, aff. 4e rég. ; Ronzeaud, rég. de Paris, aff. 4e rég. ; Alcalay, 5e rég. ; Boiseau, 5e rég. ; Cadillac, 5e rég. ; Devoucoux, 5e rég. ; Kalchtein, 5e rég. ; May, 8e rég., aff. 5e rég. ; Montagne, 8e rég., aff.

5e rég. ; Buisson, 9 rég., aff. 5e rég. ; Chansel, 15e rég., aff. 5e rég. ; Charpentier, rég. de Paris, aff. 5e rég. ; Dumont, rég. de Paris, aff. 5e rég. ; Malachier, rég. de Paris, aff. 5e rég. ; Moutarde, rég. de Paris, aff. 5e rég.

Courtot, 6e rég. ; Lombard, 6e rég. ; Maire, 6e rég. ; Massot, 6e rég. ; Steinberg, rég. de Paris, aff. 6e rég. ; Bourel, rég. de Paris, aff. 6e rég. ; Gagnepain, 7e rég. ; Gross, 7e rég. ; Lambert, 7e rég. ; Lefebvre, 7e rég. ; Manan, 7e rég. ; Mermet, 7e rég. ; Prost, 7e rég. ; Salagnac, 7e rég. ; Bas, rég. de Paris, aff. 7e rég. ; Bertin, rég. de Paris, aff. 7e rég. ; Frene, rég. de Paris, aff. 7e rég. ; Batier, 20e rég., aff. 7e rég. ; Braun, 20e rég., aff. 7e rég. ; Franck, 20e rég., aff. 7e rég. ; Moulliet, 20e rég., aff. 7e rég. ; Berthiot, 8e rég. ; Chauvenet, 8e rég. ; Converset, 8e rég. ; Herluison, 8e rég.

Laverdet, 8e rég. ; Loquin, 8e rég. ; Panne, 8e rég. ; Ragot, 8e rég. ; Richard, 8e rég. ; Husset, 6e rég., aff. 8e rég. ; Maurage, 7e rég., aff. 8e rég. ; Vercier, 7e rég., aff. 8e rég. ; Chalmeau, rég. de Paris, aff. 8e rég. ; Ardoin, 9e rég. ; Aujay, 9e rég. ; Aumond, 9e rég. ; Avrilleaud, 9e rég. ; Barre, 9e rég. ; Brouillaud, 9e rég. ; Cacault, 9e rég. ; Chassagnac, 9e rég. ; Chefdeville, 9e reg. ; Cheminée, 9e rég. ; Doladille, 9e rég. ; Ducellier, 9e rég. ; Gervais de Lafond, 9e rég. ; Gouttenègre, 9e rég. ; Guérin, 9e rég. ; Jabot, 9e rég.

Mattraits, 9e rég. ; Olive, 9e rég. ; Reye, 9e rég. ; Nedelec, 2e rég., aff. 9e rég. ; Merlin, 5e rég., aff. 9e rég. ; Jouanet, 13e rég., aff. 9e rég. ; Bavoux, 16e rég., aff. 9e rég. ; Coustou, 18e rég., aff. 9e rég. ; Dupont, rég. de Paris, aff. 9e rég. ; Sztjen, rég. de Paris, aff. 9e rég. ; Bossis, 11e rég. ; Delaporte, 11e rég. ; Delaunay, 11e rég. ; Duret, 11e rég. ; Gaston, 11e rég. ; Gouriou, 11e rég. ; Guérin, 11e rég. ; Guillon, 11e rég. ; Herrou, 11e rég. ; Jacquin, 11e rég. ; Labour, 11e rég. ; Le Bigot, 11e rég. ; Lefeuvre, 11e rég. ; Moisnard, 11e rég. ; Ollieric, 11e rég. ; Potier, 11e rég.

Rabier, 11e rég. ; Rialland, 11e rég. ; Riou, 11e rég. ; Romieux, 11e rég. ; Rouzaut, 11e rég. ; Santucci, 11e rég. ; Thomas, 11e rég. ; Baret, 2e rég., aff. 11e rég. ; Mathey, 2e rég., aff. 11e rég. ; Daniel, 4e rég., aff. 11e rég. ; Le Coq, 4e rég., aff. 11e rég. ; Moyon, 15e rég., aff. 11e rég. ; Garnire, rég. de Paris, aff. 11e rég. ; Mabin, rég. de Paris, aff. 11e rég. ; Cussac, 13e rég. ; Delmas, 13e rég. ; Ducros, 13e rég. ; Fournier, 13e rég. ; François, 13e rég. ; Gibert, 13e rég. ; Godenèche, 13e rég. ; Lambert, 13e rég. ; Levadoux, 13e rég. ; Massardier, 13e rég. ; Miolane, 13e rég. ; Pauty, 13e rég.

Pérol, 13e rég. ; Piante, 13e rég. ; Seignobos, 13e rég. ; Vigier, 13e rég. ; Cutzack, 5e rég., aff. 13e rég. ; Bondier, 5e rég., aff. 13e rég. ; Desgeorges, 7e rég., aff. 13e rég. ; Baillargeat, 9e rég., aff. 13e rég. ; Barrau, 15e rég., aff. 13e rég. ; Ribollet, 15e rég., aff. 13e rég. ; Viers, rég. de Paris, aff. 13e rég. ; Bornet, 20e rég., aff. 13e rég. ; Bernard, 14e rég. ; Bernigaud, 14e rég. ; Berrier, 14e rég. ; Berthet, 14e rég. ; Chappuis, 14e rég. ; Gadot, 14e rég. ; Gibert, 14e rég. ; Marsan, 14e rég. ; Perrin, 14e rég. ; Piquet, 14e rég. ; Prost, 14e rég. ; Rochefort, 14e rég. ; Rode, 14e rég. ; Rossand, 14e rég.

Rousson, 14e rég. ; Sentis, 14e rég. ; Pellet, 9e rég., affecté 14e rég. ; Guericolas, 20e rég., aff. 14e rég.

Le pharm. auxil. titul. du diplôme de doct. en méd. (rang du 1er juill. 1935) : Rozier, 14e rég. ; les méd. auxil. : de Alberti, 15e rég. ; Angelini, 15e rég. ; Artaud, 15e rég. ; Asso, 15e rég. ; Bachellerie, 15e rég. ; Barracan, 15e rég. ; Bonnaud, 15e rég. ; Botreau-Roussel, 15e rég. ; Cais, 15e rég. ; Colonna, 15e rég. ; Durandy, 15e rég. ; Lamouroux, 15e rég. ; Lemaître, 15e rég. ; Lorenzi, 15e rég. ; Ferracci, 15e rég. ; Fructus, 15e rég.

Granier, 15e rég. ; Grégoire, 15e rég. ; Gues, 15e rég. ; Le Goarant de Tromelin, 15e rég. ; Maurin, 15e rég. ; Pischedda, 15e rég. ; Provence, 15e rég. ; Puech, 15e rég. ; Quereilhac, 15e rég. ; Boubaud, 15e rég. ; Salvi, 15e rég. ; Soumeire, 15e rég. ; Stagnaro, 15e rég. ; Faidherbe, 1re rég., aff. 15e rég. ; Dagnan, 9e rég., aff. 15e

rég. ; Dulcy, 14e rég., aff. 15e rég. ; Léothaud, 14e rég., aff. 15e rég. ; Zicavo, 14e rég., aff. 15e rég. ; Goulesque, 16e rég., aff. 15e rég. ; Randon, 16e rég., aff. 15e rég. ; Vic, 16e rég., aff. 15e rég.

Le pharm. auxil. titul. du diplôme de docteur en médecine (rang du 1er juill. 1936) Capsec, 18e rég., aff. 15e rég. ; les méd. auxil. Amigues, 16e rég. ; de Barthes de Marmorières, 16e rég. ; Bédard, 16e rég. ; Benet, 16e rég. ; Bories, 16e rég. ; Caussat, 16e rég. ; Cayla, 16e rég. ; Dary, 16e rég. ; Dumas, 16e rég. ; Flavier, 16e rég. ; Guerre, 16e rég. ; Oriol, 16e rég. ; Pitié, 16e rég.; Simorre, 16e rég. ; Sire, 16e rég. ; Sole, 16e rég. ; Tuffou, 16e rég. ; Bouissière, 15e rég., aff. 16e rég. ; Lubac, 15e rég., aff. 16e rég. ; Mercadier, 15e rég., aff. 16e rég. ; Rousse, 15e rég., aff. 16e rég. ; Soulet, 15e rég., aff. 16e rég. ; Valette, 15e rég., aff. 16e rég. ; Verdier, 15e rég., aff. 16e rég. ; Arnault, 17e rég., aff. 16e rég. ; Cabibel, 17e rég., aff. 16e rég. ; Kapler, 20e rég., aff. 16e rég.

Bègue, 17e rég. ; Crozat, 17e rég. ; Daries, 17e rég. ; David, 17e rég. ; Fournier, 17e rég. ; Laurentie, 17e rég. ; Laval, 17e rég. ; Merlin, 17e rég. ; Wierchowski, 17e rég. ; Bachmann, 6e rég., aff. 17e rég. ; Bories, 16e rég., aff. 7e rég. ; Izard, 16e rég., aff. 17e rég. ; Soula, 16e rég., aff. 17e rég. ; Bosredon, 18e rég. ; Cabarrouy, 18e rég. ; Clemenceau, 18e rég. ; Cormier-Lasausay, 18e rég. ; Dumon, 18e rég. ; Fayette, 18e rég. ; Ferron, 18e rég. ; Géraud, 18e rég. ; Grand, 18e rég. ; Lafourcade, 18e rég. ; Mano, 18e rég. ; Petges, 18e rég. ; Sourgen, 18e rég. ; Vaille, 18e rég.

Vérité, 9e rég., aff. 18e rég. ; Courdes, 17e rég., aff. 18e rég. ; Houradou, 17e rég., aff. 18e rég. ; Amiech, 19e C. A. ; Dupoux, 19e C. A. ; Grangaud, 19e C. A. ; Naman, 19e C. A. ; Négri, 19e C. A. ; Sebahoum, 19e C. A. ; Vincent, 19e C. A. ; Bastos, 19e C. A. ; Ben Ychou, 19e C. A. ; Gaghre, 19e C. A. ; Gérard, 19e C. A. ; Jannic, 19e C. A. ; Martinez, 19e C. A. ; Servières, 19e C. A. ; Aouizerate, 19e C. A. ; Epifanie, 19e C. A. ; Garuier, 19e C. A. ; Gette, 19e C. A. ; Guedj, 19e C. A. ; Piétri, 19e C. A. ; Quisefit, 19e C. A. ; Stora, 19e C. A.

Tordjmann, 19e C. A. ; Carlotti, 15e rég., aff. 19e C. A. ; Deloupy, 20e rég., aff. 19e C. A. ; Bensimon, 20e rég. ; Benveniste, 20e rég. ; Billet, 20e rég. ; Blavin, 20e rég. ; Boulange, 20e rég. ; Brudi, 20e rég. ; Georgel, 20e rég. ; Goepfert, 20e rég. ; Hild, 20e rég. ; Jacson, 20e rég. ; Jannin, 20e rég. ; Jenny, 20e rég. ; Martin, 20e rég. ; Martz, 20e rég. ; Palis, 20e rég. ; Pinon, 20e rég. ; Rudnansky, 20e rég. ; Schneider, 20e rég. ; Schuster, 20e rég. ; Steinberg, 20e rég. ; Thévenin, 20e rég. ; Volff, 20e rég. ; Froment, 7e rég., aff. 20e rég.

Moussier, 13e rég., aff. 20e rég. ; Biège, tr. de Tunisie ; Coupin, tr. de Tunisie ; Dubos, tr. de Tunisie ; Fleury, tr. de Tunisie ; Beyrand, tr. du Maroc ; Delrieu, tr. du Maroc ; Escaille, tr. du Maroc ; Eymeri, tr. du Maroc ; Giraud, tr. du Maroc ; Harisque, tr. du Maroc ; Le Disez, tr. du Maroc ; Rémy, tr. du Maroc ; Sultan, tr. du Maroc ; Giraud, tr. du Levant.

(Rang du 1er juill. 1937) les méd. auxil. : Béréni, rég. de Paris ; Hauduroy, rég. de Paris ; Hellmann, rég. de Paris ; Mercier, rég. de Paris ; Rouyer-Meillassoux, rég. de Paris ; Valat, rég. de Paris ; Sailly, 1re rég., aff. rég. de Paris.

Brunel, 2e rég., aff. rég. de Paris ; Maillard, 4e rég., aff. rég. de Paris ; Fontaine, 5e rég., aff. rég. de Paris ; Mazarakis, 5e rég., aff. rég. de Paris ; Thuvien, 5e rég., aff. rég. de Paris ; Pequignot, 6e rég., aff. rég. de Paris ; Berthy, 11e rég., aff. rég. de Paris ; Larroque, 17e rég., aff. rég. de Paris ; Copperie, 18e rég., aff. rég. de Paris ; Bataille, 1re rég. ; Delannoy, 1re rég. ; Derache, 1re rég. ; Ducoulombier, 1re rég. ; Forest, 1re rég. ; Lavrand, 1re rég. ; Ryckewaert, 1re rég. ; Vautrin, 1re rég. ; Darene, 2e rég. ; Paderno, 2e rég. ; Allayes, 3e rég. ; Estival, 3e rég. ; Guérin, 3e rég. ; Martin, 5e rég. ; Parer, 5e rég. ; Rignault, 5e rég. ; Petiteau, 7e rég.

Schneider, 7e rég. ; *Wachowski*, 7e rég. ; Bertho, 9e

rég. ; Richard, 9e rég. ; Donias, 11e rég. ; Herve, 11e rég. ; Pacreau, 11e rég. ; Souben, 11e rég. ; layeux, 13e rég. ; Fabre, 13e rég. ; Fournot, 13e rég. ; Goigoux, 13e rég. ; Chopin, 14e rég. ; Durand, 14e rég. ; Guillet, 14e rég. ; Lapaine, 14e rég. ; Pellotier, 14e rég. ; iney, 14e rég. ; Blanc, 15e rég. ; Napoléoni, 15e rég. ; Azalbert, 16e rég., aff. 15e rég. ; Coste, 16e rég. ; Massina, 16e rég. ; Roman, 16e rég. ; Canteloup, 17e rég. ; Denjean, 17e rég. Baratgin, 18e rég. ; Broquereau, 18e rég. ; Cabantous, 18e rég. ; Ducasse, 18e rég. ; Fauret, 18e rég. ; Jaureguy, 18e rég. ; Kloz, 18e rég. ; Lancon, 18e rég. ; Pointis, 18e rég. ; Poudenx, 18e rég. ; Soubirou, 18e rég. ; Soule-Ruth, 18e rég. ; Tord, 18e rég. ; Vidouze, 18e rég. ; Vielle, 18e rég. ; Fleck, 20e rég. ; Fritsch, 20e rég. ; Lautier, 20e rég. ; Levy, 20e rég.

b) Les médecins sous-aides majors, : Lumière, rég. de Paris ; Perlis, rég. de Paris ; Bonnafous, 5e rég., aff, rég. de Paris ; Rio, 9e rég., a . rég. de Paris ; Duboscq, 1re rég. ; Dussart, 1re rég. ; Georges, 1re rég. ; Guiselain, 1re rég. Delusier, 5e rég. ; Deligne, 11e rég. ; Lambert, 13e rég.. ; Gardil, 14e rég. ; Berge, 16e rég. ; Rouzet, 16e rég. ; Bernadet, 17e rég. ; Goize, 17e rég. ; Rieu, 18e rég. ; Rudeau, 18e rég.

Par décret du 17 août 1939, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les médec. auxil. : (rang 1er juil. 1934) Scemama, rég. Paris ; (rang 9 juin 1939) Cariage, 20e rég. ; (rang 13 juin 1939) Geffriaud, 11e rég. ; (rang 22 juin 1939), Berliawski, 2e rég. ; (rang 30 juin 1939) Lévêque, 6e rég.; (rang 11 juil. 1939) Vieu, rég. Paris.

Par le même décret, le médec. sous(lieut. de rés. Scemama est promu au grade de médec. lieut. de rés. pour prend. rang du 1er juil. 1938.

AFFECTATION SPÉCIALE

RÉSERVE

Par décision du 25 août 1939, les officiers de réserve du Service de santé dont les noms suivent sont placés dans la position « hors cadres, affectation spéciale » (art. 18 de la loi du 8 janvier 1925), au titre des régions et des tableaux ci-après désignés (dossiers détenus par les directeurs du service de santé) :

A la rég. de Paris : Aublant, médec. command., rég. Paris, tabl. 2 (3 mois) ; Pacaut, médec. command., rég. Paris, tabl. 2 (30 jours) ; Raymondaud, médec. command., rég. Paris, tabl. 2 (3 mois) ; Breton, médec. capit., rég. de Paris, tabl. 3 (30 jours) ; Leconte, médec. capit., rég. Paris, tabl. 2 (30 jours) ; Marion, médec. capit., rég. Paris, tabl. 2 (30 jours) ; Bidermann, médec. lieut., rég. Paris, tabl. 2 (30 jours) ; Sannié, médec. lieut., rég. Paris, tabl. 2 (3 mois) ; Delaunay, médec. sous-lieut., 11e rég., tabl. 3 (3 mois) .

A la 1re rég. : Vielledent, médec. capit., 1re rég., tabl. 2 (3 mois) ; Vullien, médec. capit., 1re rég., tabl. 2 (3 mois,

A la 2e rég. : La Tour de Brie, médec. capit., 2e rég. tabl. 2 (2 mois) ; Verlac, médec. capit., 2e rég., tabl. 2 (2 mois) ; de Saint-Fuscien, méd. lieut., 2e rég., tabl. 2 (30 jours) .

A la 3e rég. : Lesbroussart, médec. command., 3e rég., tabl. 2 (3 mois) ; Salauze, médec. lieut., 3e rég. tabl. 2 (3 mois) .

A la 4e rég. : Morice, médec. capit., 4e rég., tabl. 2 (30 jours).

A la 5e rég. : Vigneron, médec. capit., 5e rég., tabl. 2 (30 jours).

A la 6e rég. : Sekolnik, médec. capit., 6e rég., tabl. 2 (60 jours).

A la 8e rég. : Goupil, médec. command., 8e rég., tabl. 2 (2 mois) ; Barrelle, médec. capit., 8e rég., tabl. 2

(3 mois) ; Designolle, médec. capit., 8e rég., tabl. 2 (60 jours) ; Escande, méd. capit., 8e rég., tabl. 2 (3 mois) ; Félix, médec. capit., 8e rég., table 2 (60 jours) ; Guérin, méd. capit., 8e rég., tabl. 2 (2 mois) ; Hugot, capit., 8e rég., tabl. 2 (60 jours) ; Sarrazin, médec. capit., 8e rég., tabl. 2 (60 jours) ; Seguin, méd. capit., 8e rég., tabl. 2 (60 jours) ; Courone, médec. lieut., 8e rég., tabl. 2 (60 jours).

A la 9e rég. : Chalut, médec. capit., 9e rég., tabl. 2 (3 mois) ; Magimel-Pelonnier, médec. capit., 9e rég. tabl. 2 (3 mois) ; Merles, méd. capit., 9e rég., tabl. 2 (3 mois) ; Renaux, méd. capit., 9e rég., tabl. 2 (3 mois).

A la 13e rég. : Moreau, médec. command., 13e rég., tabl. 2 (3 mois) ; Gonthier, médec. capit., 13e rég., tabl. 2 (3 mois) ; Gras, médec. capit., 13e rég., tabl. 2 (2 mois) ; Martin, médec. capit., 13e rég., tabl. 2 (3 mois) ; Penel, médec. capit., 13e rég., tabl. 2 (2 mois) ; Poulain, méd. capit., 13e rég., tabl. 2 (3 mois) ; Virmond, 13e rég., tabl. 2 (60 jours).

A la 14e rég. : Poncet, médec. capit., 14e rég., tabl. 2 (3 mois) ; Robin, médec. capit., 14e rég., tabl. 2 (3 mois) ; Sedallian, médec. capit., 14e rég., tabl. 2 (2 mois) ; Vidy, médec. capit., 14e rég., tabl. 2 (3 mois) ; Adam, médec. lieut., 14e rég., tabl. 2 (3 mois) ; Bilia, médec. lieut., 14e rég., tabl. 2 (2 mois) ; Olieu, médec. lieut., 14e rég., tabl. 2 (3 mois) ;

A la 15e rég. : Alcay, médec. capit., 15e rég., tabl. 2 (3 mois) ; Boiteux, médec. lieut., 15e rég., tabl. 5 (3 mois) ; Duthu, médec. lieut., 15e rég., tabl. 5 (3 mois) ; Grimard, médec. lieut., 15e rég., tabl. 5 (3 mois) ; Joseph, médec. lieut., à 15e rég., tabl. 5 (3 mois) ; Jourdan, médec. lieut., 15e rég., tabl. 3 (30 jours) ; Montus, médec. lieut., 15e rég., tabl. 2 (3 mois) ; Taupin, médec. lieut., 15e rég., tabl. 5 (3 mois).

A la 16e rég. : Daude, médec. capit., 16e rég., tabl. 2 (3 mois) ; Sevene, médec. capit., 16e rég., tabl. 2 (2 mois) ; Michel-Marguerit, médec.-lieut., 16e rég., ta,l. 2 (3 mois) ; Viguier, médec. lieut., 16e rég., tabl. 2 (30 jours).

A la 17e rég. : Lascoux, médec. capit., 17e rég., tabl. 2 (30 jours).

Au 19e C. A. : Medan, médec. command., 19e C. A., tabl. 2 (2 mois) ; Ceccaldi, médec. capit., 19e C. A., tabl. 2 (2 mois) ; Mounot, médec. capit., 19e C. A., tabl. 2 (2 mois) ; Pons-Leychard, médec. capit., 19e C. A., tabl. 3 (3 mois) ; Roumaingas, médec. capit., 19e C. A., tabl. 2 (2 mois) ; Sabadini, médec. capit., 19e C. A., tabl. 2 (2 mois) ; Alberti, médec. lieut., 19e C.A., tabl. 2 (2 mois) ; Delmas, médec. lieut., 19e C. A., tabl. 2 (2 mois) ; de Mouzon, médec. lieut., 19e C. A., tabl. 2 (2 mois) ; Laurens, médec. lieut, 19e C. A., tabl. 2 (2 mois).

A la 20e rég. : Hamel, ménec. command., 20e rég., tabl. 2 (3 mois) ; Schmutz, médec. command., 20e rég., tabl. 2 (3 mois) ; Eissen, méd. capit., 20e rég., tabl. 2 (3 mois) ; Paysant, méd. capit., 20e rég., tabl. 2 (30 ours) ; Duchêne, médec. lieut., 5e rég., tabl. 2 (3 mois).

***

Par décision du même jour, l'officier de réserve ci-après désigné classé dans la position « hors cadres, affectation spéciale », est réintégré dans les cadres et affectés à la rég. de Paris : Renard, médec. capit., rég. Paris.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 22 août 1939, le Conseil a prononcé les admissions suivantes de MM. les Docteurs :

13.877 ABRIAL, Vallon (Ardèche). Syndicat Médical de l'Ardèche.
13.878 CHARBONNIER, Bresles (Oise). Syndicat des Médecins de l'Oise.
13.879 GUERET (Creuse). Syndicat des Médecins oculistes et du Syndicat des Médecins de la Creuse.
13.880 COUTIN, Sègre (Maine-et-Loire). Parrains : Docteurs M. et H. Mignon.
13.881 DAUBY, Trosly-Loire (Aisne). Parrains : Docteurs Defoug et Macon.
13.882 DIMIER, Epieds-en-Beauce (Loiret). Parrains : Docteurs Hugues et Koenig.
13.883 FERRASSON, Saint-Pierre-des-Nids (Mayenne). ssociation des anciens externes des Hôpitaux de Paris.
13.884 FOURNIER, Toulouse (Haute-Garonne). Parrains : Docteurs Jeanne Nigoul et Pierre Bezy.
13.885 BABER, Fréjus (Var). Parrains : Docteurs Turcan et Chabal.
13.886 HUREZ, 6, rue Joseph Bara à Paris (VIe). Parrains : Docteurs Paul et Georges BOUDIN.
13.887 PIÉTU, Nantes (Loire-Inférieure). Syndicat des médecins Nantes et Bauliens.
13.888 ROMAGNE, Marçon (Sarthe). Parrains : Docteurs Chaigneau et Goude.
13.889 RUIN, Amiens (Somme). Parrains : Docteurs René Ruin et R. Jauneau.
13.890 SOLOMON, Lussac (Gironde). Parrains : Docteurs René Villar et Courriades.
13.891 WOLINETZ, Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord). Syndicat des Côtes-du-Nord).

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours qui suivront la présente publication (art. 5 des Statuts).

La Ligue médicale de Défense professionnelle « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 150.000 francs. Et cette garantie est portée à 1.000.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical*.

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien pécuniaire dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

Voir la suite page XXXV-2277

PROPOS DU JOUR

ÉCHOS DE NOTRE CORRESPONDANCE

I. Prévention et répression des avortements. — II. Au sujet de la dépopulation. — III. Encore la retraite du médecin. — IV. La crise de la profession pharmaceutique. — V. L'accès de l'agrégation aux médecins étrangers

Bien que parmi les nombreux et récents décrets-lois, il en est qui donnent partiellement satisfaction à nos correspondants, nous croyons intéressant de publier un court compte rendu de leurs communications qui datent cependant de plusieurs semaines :

I. *La prévention et la répression des avortements* préoccupent actuellement tous ceux qui ont le souci de l'avenir de notre pays. Un de nos correspondants nous communique les vœux émis par la *Société de sexologie* qui, après avoir entendu les rapports de professeurs et d'accoucheurs éminents, demandent une plus grande sévérité dans la répression, réclamant l'interdiction définitive de l'exercice de leur profession aux médecins et sage-femmes coupables, la réglementation du diagnostic biologique de la grossesse dans les laboratoires, la propagande dans le public exposant les dangers de l'avortement pour celles qui le subissent.

Notre correspondant trouve que certains vœux dépassent la mesure. C'est celui qui soumettrait les cliniques chirurgicales au contrôle permanent des inspecteurs départementaux d'hygiène et le suivant que nous citerons *in extenso* :

« Il paraît nécessaire d'imposer à ces maisons (cliniques d'accouchement, cliniques chirurgicales) la tenue d'un carnet d'opérations avec numéros d'ordre sans indication du nom de la cliente avec émargement du médecin qui a pris la responsabilité de l'intervention. Ce carnet, coté et paraphé par l'autorité administrative, devrait être communiqué au médecin inspecteur d'hygiène lors de ses visites. »

Nous doutons que cette mesure qui dépasse et de beaucoup le cadre de l'obstétrique et même de la gynécologie, reçoive l'approbation unanime des chirurgiens et des médecins qui auront pris la responsabilité d'une intervention chirurgicale qui le plus souvent n'aura aucun rapport avec une manœuvre abortive.

***

II. *A propos de la dépopulation* le Docteur Louis Cros, de Six-Fours (Var), nous donne les suggestions suivantes :

Exiger de tout candidat à une fonction dans une administration publique la production d'un extrait de son acte de mariage ou s'il est trop jeune, l'engagement à présenter avant l'âge de 25 ans cette pièce ; si cette formalité n'était pas remplie, le licenciement du fonctionnaire serait automatique.

En second lieu, tout fonctionnaire recevrait une somme mensuelle de 100 francs par enfant ayant moins de 18 ans. Cette somme serait prélevée sur une caisse alimentée par les fonctionnaires n'ayant pas d'enfants.

Notre correspondant demande en outre de faire dresser et afficher dans chaque commune la liste des ménages qui ont des enfants, des ménages sans enfants et des célibataires.

Les personnes, portées sur les deux dernières listes, paieraient un impôt supplémentaire pour donner une allocation mensuelle de 100 francs par enfant jusqu'à 18 ans, aux chefs de famille de la première liste.

Le Docteur L. Cros propose un certain nombre de mesures pour réprimer les avortements, mesures déjà exposées et que nous ne saurions qu'approuver.

***

III. *Encore la retraite du médecin.* Nous avons reçu un certain nombre de lettres sur ce sujet.

D'abord celle d'un médecin de 68 ans, qui ne peut plus faire d'accouchements et a perdu à peu près toute sa clientèle. Ce brave homme qui n'a cotisé à aucune de nos œuvres de prévoyance, est sans ressources, ayant placé toutes ses économies dans des entreprises d'amis qui ont toutes périclité. Il nous demande quelles formalités il doit remplir pour bénéficier de la retraite Pomaret.

Nous avons dû, la mort dans l'âme, enlever à ce pauvre confrère l'illusion du bénéfice immédiat de la retraite Pomaret qui est, hélas ! encore à l'état d'avant-projet. Cette lettre, très triste dans sa naïveté, nous démontre la nécessité de

la retraite avec versement obligatoire, puisque les faits nous démontrent qu'en grande majorité les médecins ne veulent pas être prévoyants. Personnellement nous aurions préféré les voir adhérer volontairement à notre *Mutualité familiale du Corps médical français* ou à la Caisse des retraites de l'*Association générale*, mais à peine le sixième ou le septième de la totalité du nombre des praticiens en fait partie.

On ne saurait donc discuter le principe de la retraite obligatoire. Quant aux modes de réalisation sur lesquels on discute avec passion et souvent sans la compétence nécessaire, il faut laisser aux techniciens le soin d'en exposer plusieurs types que l'on pourra discuter avec fruit quand ces techniciens nous en auront exposé les avantages et les inconvénients.

Nous tenons à dissiper une autre illusion, c'est celle des places laissées aux jeunes par l'obligation de cesser d'exercer aux médecins de plus de 65 ans. A la campagne les praticiens de plus de 65 ans qui exercent encore, sont presque inexistants et il serait superflu d'en donner les raisons. Dans les grandes villes, ils sont plus nombreux, environ 10 pour 100. Mais quelle clientèle s'adresse à eux ! A partir de 60 ans la clientèle la plus nombreuse et la plus fidèle (et nous en parlons savamment par expérience personnelle) s'amenuise progressivement. Seuls les très vieux clients, ceux qui ne sont pas morts ou qui n'ont pas changé de domicile conservent leur vieux médecin. Il arrive un moment où on ne va le consulter que pour avoir son avis dans une circonstance grave et jamais dans ces cas, le malade ne s'adressera à un jeune médecin.

***

IV. *La crise de la profession pharmaceutique.* Un dernier correspondant, anonyme celui-là, et sans doute propharmacien, nous adresse une coupure du journal professionnel : *Le Pharmacien de France* du 13 juillet 1939.

Sous la rubrique *Tribune libre* ce journal publie la lettre sans signature d'un pharmacien à un fabricant.

Cette lettre humoristique est une suite de plaintes contre l'abus des spécialités qui oblige le pharmacien détaillant à faire faire de nouveaux placards pour les loger dans son officine. Les pharmaciens ne touchent que 30 % sur la vente des produits spécialisés quand le commerçant d'à côté prélève 50 % et plus.

Il propose de réformer le stage des élèves en pharmacie, de leur faire passer trois ans dans un grand magasin d'épicerie et de leur faire faire six mois de stage au téléphone.

Ces plaintes nous paraissent assez légitimes mais, si la pharmacie de détail subit une crise qui menace de la conduire au tombeau à qui la faute ?

Nous citerons à ce sujet une petite anecdote personnelle :

Exerçant dans le voisinage de la Halle aux vins, nous avions pour client un important négociant en vins. Après une assez longue maladie d'un de ses enfants, nous crûmes devoir prescrire au petit malade un vin tonique et, comme dans notre quartier exerçaient et exercent encore quelques pharmaciens en qui nous pouvions avoir confiance nous formulâmes un vin à base de Malaga où la kola, la coca, le quinquina, etc., ajoutaient au vin leurs propriétés stimulantes

Le père de l'enfant lut ma formule. « Da Malaga ! s'écria-t-il, du Malaga ! jamais de la vie je ne ferais boire à mon enfant du Malaug sortant d'une pharmacie. Je sais bien ce que vaut ce Malaga puisque je le fournis. Chaque fois que j'ai un Malaga altéré et de goût douteux, je le vends au rabais aux pharmaciens. »

Nous ne pûmes rien objecter à cet argument-massue du père de famille et nous changeâmes la prescription.

Le pharmacien détaillant se plaint des spécialistes ; où se recrutent ces derniers sinon dans leurs rangs ? Eblouis par ceux qui ont réussi et fait de grosses fortunes, tous les petits pharmaciens ont voulu avoir leur spécialité ; l'on envie ceux qui ont réussi et l'on ne compte pas ceux qui ont misérablement échoué. Qu'ils relisent les vers du fabuliste :

Le monde est plein de gens qui ne sont pas plus sages,
Tout bourgeois veut bâtir comme de grands seigneurs,
Tout petit prince a ses ambassadeurs,
Tout marquis veut avoir des pages.

V. *L'accès de l'Agrégation aux médecins étrangers.* Un de nos lecteurs nous fait remarquer que dans un communiqué, manifestement officieux, émanant vraisemblablement du ministère de l'Education nationale, était invoqué en faveur de l'accès des étrangers à l'agrégation en médecine « le paragraphe 2 du nouvel article 6 de l'arrêté du 31 juillet 1934 ».

Or cet arrêté a paru dans le *Journal officiel* du 25 août 1934, page 8875, il est ainsi conçu :

Art. 6. — Nul n'est admis à s'inscrire aux épreuves de l'agrégation, s'il n'est Français ou naturalisé français, s'il ne jouit de ses droits civiques et s'il ne justifie du grade de docteur en médecine.

Cet article va nettement à l'encontre de l'accès des étrangers à l'agrégation en médecine et on pourrait croire qu'en le citant, on ait cherché à abuser le public.

Nous avons fait des recherches pour nous assurer s'il n'y avait pas un *nouvel* article 6 postérieur à l'arrêté du 31 juillet 1934. Elles sont restées infructueuses.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE CHIRURGICALE

Le cancer de la vulve

M. J.-P. Tourneux

Chirurgien chef des Hôpitaux de Toulouse

Il y a quelques jours, vous avez vu se présenter à notre consultation une femme âgée de 48 ans, accusant la présence d'une grosseur au niveau de la grande lèvre gauche, et en l'examinant vous avez pu vous rendre compte que cette dernière était occupée en totalité par une grosse tumeur, faisant une forte saillie, de consistance dure, irrégulièrement mamelonnée, peu douloureuse au toucher et encore mobile sur le plan profond. Toute sa surface interne, exulcérée, était le siège d'un écoulement séro-sanguinolent d'odeur nauséabonde : les deux régions inguinales étaient le siège d'adénopathie assez développée, mais un peu plus marquée à gauche qu'à droite.

Devant un pareil tableau clinique le diagnostic ne pouvait guère faire de doutes : il s'agissait d'une tumeur maligne, d'un cancer, dont la malade avait complètement négligé l'évolution, puisqu'il y avait plus de quatre mois qu'elle s'était rendu compte de son apparition sous la forme d'une petite nodosité. Il y a une vingtaine d'années encore, nous n'aurions pas hésité à intervenir par une large exérèse complétée d'un double évidement ganglionnaire, mais les résultats opératoires, bien que immédiatement très satisfaisants, sont si régulièrement suivis à brève échéance de récidives, que tout espoir de guérison chirurgicale doit être complètement abandonné. Aussi, plutôt que de nous lancer dans une intervention qui ne pouvait nous mener à rien d'utile, avons-nous conseillé à la malade de se rendre au Centre anticancéreux afin d'y subir un traitement par le radium. Je ne crois pas d'ailleurs que cette thérapeutique elle-même puisse donner de résultats bien favorables, car par suite de l'extension du néoplasme, qui occupe toute la grande lèvre et a commencé à empiéter sur le sillon labial, il s'agit évidemment d'un très mauvais cas, qui me semble voué d'emblée à un échec.

***

Le cancer de la vulve, dont je viens de vous rapporter un fort bel exemple, constitue une affection plutôt rare, dans sa forme primitive, la seule qui puisse nous intéresser, comme dans sa forme secondaire, qui traduit la propagation d'un néoplasme vaginal, anal, urétral ou de la glande de Bartholin. D'après les différentes statistiques publiées, sa fréquence atteindrait à peine un pour cent des cancers génitaux : seul Ducuing, pour des raisons particulières qui tiennent à la situation du Centre anticancéreux de Toulouse, trouve un pourcentage sensiblement plus élevé puisqu'il atteint 4,8 p. 100.

Comme tous les cancers, celui de la vulve peut s'observer à tout âge, mais il se voit surtout entre quarante et soixante ans. Sa cause première, déterminante, nous échappe entièrement : comme causes secondaires, favorisant la prolifération épithéliale, on peut accuser toutes les causes d'irritation chronique de la région. C'est ainsi que la leucorrhée et le prurit vaginal ont été incriminés ; il semble cependant que ce soient la leucoplasie et le kraurosis qui aient l'influence étiologique la plus importante, car ces altérations de la muqueuse se retrouveraient, isolées ou associées, dans 30 à 40 p. 100 des cas. Quant à la syphilis, qui d'après les anciens auteurs aurait joué un rôle des plus importants, il semble bien qu'elle n'ait d'action favorisante que par l'intermédiaire de la leucoplasie.

***

Le point de départ de ce cancer peut s'effectuer en différents points de la vulve : au niveau de la région vestibulaire, au voisinage immédiat du méat urinaire ou du clitoris, au niveau de la petite lèvre, au niveau de la grande lèvre, comme

dans notre cas, ou dans le sillon labial sur une plaque eucoplasique, plus rarement il apparaît au niveau de la fourchette.

Au point de vue macroscopique on peut lui distinguer trois formes, cancer ulcéré, cancer infiltré et cancer nodulaire.

La forme ulcérée est de beaucoup la plus fréquente : il existe alors en un point de la vulve une ulcération irrégulière, à fond sanieux, à bords saillants exhubérants, reposant sur une base indurée. Cette ulcération, qui saigne au moindre contact, ne tarde pas à s'étendre en largeur comme en profondeur : à un moment donné elle envahit progressivement toute la vulve, région vestibulaire, grandes et petites lèvres sont alors complètement détruites et remplacées par un vaste cratère à parois indurées, recouvert de produits nécrosés et putrides. A la période ultime, le périnée et le vagin sont également envahis, ce qui aboutit finalement à la formation d'un cloaque.

Dans la forme infiltrée, que l'on rencontre surtout au niveau des lèvres, petites ou grandes, et qui me paraît répondre au cas qu'il nous a été donné d'observer, on se trouve en présence d'une plaque, d'abord assez limitée comme étendue, irrégulièrement mamelonnée, de consistance dure, parfois ligneuse ; puis cette plaque gagne de proche en proche et finit par infiltrer toute la région où elle a commencé à se développer, donnant ainsi naissance à une véritable tumeur qui peut comme chez notre malade arriver à prendre un développement considérable. Sa face externe ne présente pas d'autre altération que l'existence de nombreuses petites végétations sessiles, très fermes au toucher, mais sa face interne, qui s'oppose au reste de la vulve, en contact permanent avec les sécrétions vaginales, ne tarde pas à offrir des signes d'inflammation : sa surface devient rougeâtre, suintante et saignant au moindre effleurement.

Quant au cancer nodulaire, qui affecte la forme d'une petite masse saillante de limites imprécises, de surface irrégulière et dure au toucher, il constitue presque toujours une forme de début évoluant plus ou moins rapidement soit vers la forme ulcérée soit vers la forme infiltrée.

Le retentissement ganglionnaire, que l'on peut observer même avec des lésions locales très peu avancées, est précoce surtout en cas d'ulcération. Mais dans ce cas l'engorgement inguinal est plutôt inflammatoire que néoplasique. Lorsque le cancer siège au niveau d'une lèvre, l'adénopathie est d'abord unilatérale, du même côté que la lésion, et le côté opposé ne se prend que lorsque le néoplasme a pris un certain développement ; au contraire, dans le cas de début clitoridien ou vestibulaire, l'adénopathie, qui peut parfois atteindre un volume important, est bilatérale d'emblée. Il est rare que les ganglions arrivent à se fistuliser à et s'ulcérer.

Pour ce qui est de la généralisation, bien que sa possibilité soit admise par tous les auteurs, elle doit être plus qu'exceptionnelle, car elle n'a jamais été encore signalée.

Au point de vue microscopique, le cancer de la vulve est un épithélioma pavimenteux, appartenant presque toujours à la variété spino-cellulaire, les autres formes baso-cellulaire, mixte ou cylindrique sont très rares.

***

Le début du cancer de la vulve est en général lent et insidieux : il peut être marqué par du prurit vulvaire, devenant assez intense pour importuner les sujets, quelquefois par de petites hémorragies survenant au moindre traumatisme et retenant par leur répétition l'attention de la malade, parfois enfin par la constatation fortuite d'une ulcération ou d'une petite tumeur. Seul, le cancer à point de départ péri-urétral se traduit par quelques symptômes particuliers, douleurs ou gêne au moment de la miction, petites hématuries initiales.

Puis la néoplasie évolue suivant les diverses formes que je vous ai signalées : le cancer vestibulaire, qui semble le plus fréquent, se présente sous l'aspect d'une ulcération de plus en plus destructive, le cancer du clitoris affecte l'allure d'une verrue mamelonnée, de coloration rougeâtre, de consistance friable, saignant facilement, le cancer péri-urétral se traduit par une masse dure, irrégulière, infiltrée autour de l'urètre, enfin le cancer des lèvres, qui a très souvent son point de départ au niveau d'une plaque leucoplasique, pourra se montrer soit sous la forme d'ulcération, ce qui est peu fréquent, so it sous la forme de tumeur indurée.

Pendant ce temps, le retentissement ganglionnaire d'abord assez discret, ne tarde pas à se prononcer : l'adénopathie inguinale, finalement bilatérale devient volumineuse, les ganglions, très durs et primitivement mobiles, se fixent sur les plans profonds et finissent par fusionner en une masse néoplasique, qui arrive à s'extérioriser à la peau.

En ce qui concerne les signes fonctionnels, ils sont représentés, par un prurit de plus en plus intense, par de petites hémorragies fréquentes et répétées plus rarement par une hémorragie abondante, par des pertes fétides et purulentes, s'accompagnant de l'expulsion de débris sphacélés, dans quelques cas spéciaux par des mictions pénibles et s'accompagnant de brûlures. Très souvent, on pourrait presque dire toujours, à ces différents signes viennent s'ajouter des symptômes d'infection, pouvant donner lieu à des accidents phlébitiques.

Les autres complications qui peuvent survenir sont exclusivement liées à l'extension locale et se manifestent sous la forme d'infection urinaire, de fistules urinaires, de fistules ano-vulvaires, d'érythèmes des cuisses, d'ulcérations des régions inguinales.

La mort survient par cachexie due à l'extension du processus cancéreux, à l'infection et à l'hémorragie, elle peut être hâtée par une maladie intercurrente favorisée par la déchéance de l'organisme. L'évolution de la maladie est cependant assez lente et la durée moyenne, lorsqu'on n'intervient pas, est d'environ trois à quatre ans. Le pronostic est très sombre, car les différentes thérapeutiques entreprises ne lui ont apporté jusqu'ici que très peu d'amélioration.

Certains auteurs ont cru pouvoir, d'après leur siège, individualiser plusieurs formes de cancer vulvaire ; c'est ainsi qu'ils ont décrit une forme vestibulaire envahissant précocement l'urètre et s'accompagnant rapidement de troubles de la miction, d'une forme basse, siégeant sur la fourchette et se propageant très vite à la région anale, et une forme labiale, à adénopathie unilatérale au début.

***

Le diagnostic positif, qui ne présente de difficultés qu'au début, est basé sur les différents signes que je vous ai énumérés. Pour le diagnostic différentiel, il convient d'éliminer toutes les lésions ulcératives vulvaires, en se souvenant toutefois que le cancer se présente dans un certain nombre de cas non sous la forme ulcéreuse, mais sous la forme tumorale.

Inutile d'insister sur les tumeurs papillaires (crêtes de coq) qui par leur multiplicité, leur manque d'induration et d'ulcération seront facilement éliminées : un peu plus délicate sera dans certains cas la différenciation avec les diverses variétés de chancre, les ulcérations tuberculeuses et l'esthiomène vulvaire.

Le chancre mou, qui est d'observation presque courante pourrait-on dire, peut parfois être unique, ne donner qu'une douleur insignifiante et présenter une auréole périphérique congestive : mais comme il affecte une configuration ronde, avec des bords en talus élevés et non décollés, une base souple, et qu'il est le siège d'une suppuration abondante, vous trouverez ainsi des éléments d'appréciation bien suffisants pour votre diagnostic et je ne pense pas que vous aurez besoin pour trancher la question de recourir à l'examen bactériologique et à l'inoculation.

La syphilis vulvaire peut prêter à des causes d'erreur à toutes ses périodes. Vous distinguerez le chancre par l'induration marquée de sa base, par son caractère papuleux et par l'adénite inguinale très précoce et très développée qu'il entraîne. Dans le cas où il vous subsisterait un doute, la recherche du tréponème dans un frottis et la réaction de Bordet-Wassermann vous éviteront de vous tromper.

La plaque muqueuse, lorsqu'elle est ulcérée, ce qui est chose courante au niveau vulvaire, peut rappeler l'ulcération cancéreuse ; mais si sa base présente bien un certain degré d'infiltration, elle est avant tout constituée par un placard légèrement saillant, devenant suivant les cas simplement érosif ou exulcéré, ses bords sont nets, elle reste toujours superficielle et la muqueuse qui l'environne n'offre aucune trace d'inflammation. Enfin la plaque muqueuse, qui dans certains cas peut devenir fissuraire, anfractueuse et douloureuse, ne reste jamais isolée et présente toujours une évolution très rapide.

La ressemblance entre le cancer et la gomme ulcérée peut être très accusée, toutefois la marche de cette dernière lésion est autrement rapide. Son orifice circulaire, à bords nettement taillés et non décollés, s'ouvre sur une perte de substance profonde à fond jaunâtre, bourbillonneux : elle est indolore, souvent multiple et ne s'accompagne jamais de retentissement ganglionnaire.

Une erreur que vous pourrez commettre, c'est de prendre le cancer ulcéré pour une ulcération tuberculeuse. Assurément, bien des éléments peuvent faciliter cette méprise : c'est d'abord le caractère bourgeonnant des deux lésions, c'est ensuite l'induration ou l'infiltration de la base et des bords, c'est enfin l'adénopathie concomitante. Il vous sera donc nécessaire en pareil cas de pratiquer un examen approfondi des lésions qui vous permettra de trouver dans les caractères physiques des différences assez notables pour vous permettre un diagnostic. Les saillies mamelonnées du cancer sont plus accusées, leur grattage les fait facilement saigner et occasionne de vives douleurs, la base infiltrée donne à la pression une sensation de résistance qu'on ne trouve pas dans la tuberculose, l'infiltration ligneuse des bords ne se note dans l'ulcération tuberculeuse qu'à titre d'exception et enfin l'adénopathie est toujours plus constante. Pourtant, bien qu'il faille tenir grand compte de la rareté de la tuberculose vulvaire, il pourra vous arriver, malgré le soin avec lequel vous chercherez à mettre en évidence ces divers éléments de diagnostic, d'hésiter et de n'oser conclure : ne manquez jamais dans ces cas de recourir à une biopsie qui lèvera tous vos doutes en vous permettant de trancher le différend.

L'éléphantiasis de la vulve est extrêmement rare dans nos pays : dû non à l'oblitération des lymphatiques par des embryons de filaire, mais à une lymphangite chronique d'ordre irritatif, il se traduit par l'hypertrophie des grandes lèvres sous forme de masses volumineuses, recouvertes

◆◆◆

par une peau tantôt lisse et glabre, tantôt verruqueuse et même papillomateuse, recouverte de gerçures, d'ulcérations et de lésions eczématisantes. Par son début de lymphangite aiguë fébrile et par sa bilatéralité constante vous arriverez aisément à éviter une erreur d'interprétation.

L'esthiomène, décrit par Huguier en 1848, et qui n'est qu'une forme de lupus, est lui aussi extrêmement rare : il se manifeste sous deux aspects ulcéreux et hypertrophique. L'ulcération, qui peut être superficielle, profonde ou même perforante, a des bords taillés en biseau, à coloration violacée, à fond atone. La lenteur d'évolution ulcéreuse, sa facilité de cicatrisation, l'hypertrophie des tissus sous-jacents et l'absence d'engorgement ganglionnaire vous permettront de le différentier du cancer. Dans la forme hypertrophique, les lésions ne sont jamais localisées en un seul point vulvaire : simultanément ou successivement, grandes et petites lèvres, capuchon clitoridien doublent ou même triplent de volume par une infiltration œdémateuse d'aspect éléphantiasique, et ce seul caractère vous fera reconnaître la nature de la lésion.

Le cancer de la glande de Bartholin se distinguera par son siège au niveau de la partie inférieure de la petite lèvre et par sa tendance à rester quelque temps localisé : lorsqu'il se propagera à la vulve, il deviendra impossible de le distinguer des cancers primitifs de cette région. Il en sera de même du cancer uréthral développé dans le voisinage du méat : s'il n'est pas vu tout à fait au début de son évolution, il sera impossible de le différencier du cancer vulvaire périurétral.

Enfin n'oubliez pas que dans tous les cas, il sera nécessaire de pratiquer une biopsie, qui permettra de fixer le diagnostic positif, le diagnostic différentiel ainsi que l'origine du cancer dans certains cas douteux.

***

Le cancer de la vulve peut être traité par des moyens chirurgicaux, des moyens physiques ou par l'association radio-chirurgicale.

Le traitement chirurgical consiste en une vulvectomie partielle ou totale, ou même en une vulvo-vaginectomie précédée d'un anus artificiel si l'on est obligé de réséquer la cloison recto-vaginal : il convient d'associer à ces exérèses l'extirpation ganglionnaire uni ou bilatérale. Ce traitement est toujours insuffisant si le néoplasme n'est pas très localisé : les exérèses limitées sont régulièrement suivies de récidives et les exérèses larges, avec ou sans résection du vagin, constituent un acte opératoire grave grevé d'une mortalité immédiate assez élevée, et laissant en outre de grosses tares fonctionnelles.

Le traitement physique consiste à traiter le foyer cancéreux par des applications de radium en surface ou en puncture et les adénopathies par un collier radio-actif. Mais si le radium peut, même dans des cas très avancés, donner de bons résultats locaux, par contre pour le traitement de l'adénopathie la curiethérapie est très inférieure au traitement chirurgical. Il faut savoir en outre comme le précise bien Ducuing, que dans les cas de cancer développé sur kraurosis, le radium est à peu près sans action curative et donne presque toujours des radiodermites excessivement douloureuses.

En ce qui concerne le traitement par association radio-chirurgicale, le foyer cancéreux est traité par le radium et les adénopathies par l'exérèse instrumentale : c'est pour tous les auteurs la méthode de choix.

Dans le cas d'épithélioma localisé, vous aurez donc le choix entre le traitement chirurgical et le radium : vous préférerez l'irradiation surtout s'il s'agit d'une lésion vestibulaire dont l'exérèse entraînerait de graves désordres fonctionnels. S'il existe du kraurosis, vous ferez une vulvectomie de propreté, puisque le radium est à rejeter. Je n'insiste pas sur le traitement de l'adénopathie qui ne peut être que chirurgical.

Si l'épithélioma est plus avancé, avec adénopathie adhérente ou fistulisée, vous devrez vous borner à une irradiation qui calmera un peu les douleurs et surtout donnera de l'espoir à la malade.

Quant aux résultats, bien que l'on ait signalé quelques bons résultats obtenus dans des cas de lésion très limitée et dépourvue d'adénopathie, ils sont en général franchement mauvais, la mort survenant ordinairement dans l'année qui a suivi le traitement.

LA CLINIQUE CARDIOLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

❖ ❖ ❖

Comment traiter l'œdème aigu du poumon

D'après le Docteur J. Lenègre (*)

Professeur agrégé à la Faculté de Paris

Rappel clinique

« Traduction clinique souvent dramatique d'un trouble vaso-moteur brusque de la circulation pulmonaire, l'œdème aigu du poumon représente une modalité particulière, purement séreuse, d'un processus exsudatif aigu, l'apoplexie. Tous les intermédiaires s'observent entre l'apoplexie hémorragique systématisée (infarctus) ou diffuse et l'apoplexie séreuse du poumon (œdème aigu). »

L'œdème aigu du poumon relève de circonstances étiologiques diverses, de mécanismes complexes, qui même s'associent parfois chez un malade, dans des proportions variées, pour aboutir à cette hémorragie élective si particulière.

Citons à cet égard le rôle de l'insuffisance ventriculaire gauche, celui des perturbations survenues dans la circulation de retour, ainsi des facteurs nerveux ou humoraux. Enfin une place importante doit être réservée à l'artérite pulmonaire chronique (endartérite simple ou thrombose de l'artère pulmonaire).

Cependant, l'artérite pulmonaire, ne suffit pas, en général, pour réaliser à elle seule un œdème pulmonaire aigu ou subaigu ; lle n'est très souvent qu'un facteur prédisposant, une « épine irritative » qui localise sur la circulation pulmonaire le trouble vaso-moteur. Comme pour les autres artérites viscérales (cœur, cerveau, par exemple), les lésions artérielles peuvent entraîner des phénomènes parenchymateux, soit d'infarctus, soit d'apoplexie hémorragique ou œdémateuse. Il n'existe d'ailleurs aucun parallélisme absolu entre l'importance de l'artérite et la gravité des troubles circulatoires consécutifs.

Les éléments du traitement rationnel

Le traitement sera d'autant plus efficace qu'il aura été mis en œuvre plus tôt.

Il comporte une saignée copieuse, une injection de morphine, une injection intra-veineuse d'ouabaïne. « Cette triple intervention, *si elle est réalisée à temps*, compte à son actif d'innombrables triomphes, et peut entraîner de véritables résurrections. »

La **saignée** est faite dans les conditions habituelles, au niveau de l'une des veines du pli du coude. Mais, si un collapsus veineux rend cette méthode inopérante, on devrait sans hésiter ponctionner à l'aiguille l'artère fémorale au triangle de Scarpa.

Cependant, certaines circonstances font déconseiller la saignée :

Ce sont d'abord certaines *formes bronchoplégiques* de l'œdème pulmonaire, parce que la tension artérielle est déjà complètement effondrée, et parce qu'il n'est pas utile, en pareil cas, d'aggraver par une spoliation sanguine massive un collapsus vasculaire déjà redoutable en lui-même. De tels états sont d'ailleurs fréquemment la traduction d'un infarctus myocardique, auquel il faut toujours songer, surtout lorsqu'à la grande crise dyspnéique s'ajoute une note angineuse.

La saignée est encore contre indiquée chez les *anémiques*, en particulier chez certains *brightiques*, qui sont, non seulement des insuffisants cardiaques, mais aussi des *urémiques*. Il en est de même, en présence de crises œdémateuses à répétition : dans de telles conditions, la saignée entraînerait rapidement une anémie sérieuse, et aggraverait ainsi les conditions déjà précaires du travail du cœur.

La **morphine** reste donc l'*arme de choix* dans le traitement de la grande crise d'œdème pulmonaire. Il faut l'administrer très rapidement et sans parcimonie, associée à du camphre ou à de la caféine.

Aussi bien qu'une abondante saignée, elle suffit ainsi toujours, à elle seule, à juguler la

---

(1) Considérations pathologiques et thérapeutiques sur l'œdème aigu du poumon. (*Journ. de méd. et de chir. pratique*, 10 juin 1939.)

crise d'œdème aigu. L'oppression du malade disparaît, pour faire place à une sensation de détente, de bien-être, finalement au sommeil. La morphine réussit grâce à son action sur les phénomènes vaso-moteurs, qui sont à l'origine de l'œdème aigu. Elle n'offre pas d'inconvénients sérieux ; la diurèse n'est pas modifiée d'une manière sensible ou durable. Quelques troubles digestifs anodins : anorexie, nausées ou vomissements qui disparaissent le lendemain. Seule une insuffisance rénale ou un notable degré d'insuffisance hépatique, avec gros foie de stase sanguine, pourrait provoquer des vomissements incoercibles durant douze ou vingt-quatre heures.

Certains succédanés (extraits d'opium associés à l'atropine ou à la papavérine) augmentent de beaucoup la tolérance des malades. Cependant, certains sujets ne supportent aucun produit à base de morphine, d'où une augmentation des difficultés de la thérapeutique.

L'**injection intraveineuse d'ouabaïne** est indiquée tout particulièrement, quand l'œdème résulte d une insuffisance ventriculaire gauche progressive. Mieux vaut s en abstenir en présence d'un infarctus myocardique.

La crise jugulée, il faut essayer d'en *prévenir le retour*. Certains patients font des crises renouvelées, dont la désespérante répétition, outre qu'elle menace leur existence, aggrave considérablement leur état physique et moral.

Pour atteindre ce but, on se rappellera le mécanisme complexe de l'œdème pulmonaire, et on essayera de le démêler par un examen minutieux, afin de pouvoir porter remède à chacun des facteurs en cause.

« Contre l'insuffisance ventriculaire gauche, qui reste une cause habituelle, le repos prolongé au lit, le régime fructo-végétarien hypochloruré, le traitement dit tonicardiaque sont de rigueur : cures d'ouabaïne intra-veineuse soit prolongées, soit alternées avec le strophantus *per os*, et surtout avec la théobromine. Par son action diurétique, vaso-dilatatrice des coronaires et tonicardiaque indirecte, la théobromine représente un traitement de fond particulièrement précieux chez les artériels (aortiques, artério-scléreux hypertendus).

« Vis-à-vis de l'élément vaso-moteur qui joue un si grand rôle surtout dans les cas où existe une artérite pulmonaire, nous disposons d'une gamme parfois précieuse de sédatifs nerveux : le gardénal et la papavérine (sous forme de chlorhydrate) que l'on peut aisément incorporer dans les cachets de théobromine, donnent souvent de bons résultats.

La dionine, la codéine ont également d'heureux effets ; il faut les prescrire à doses réfractées en forçant légèrement la posologie du soir. S'il le faut, pratiquer systématiquement chaque soir, vers 20 heures, une injection sous-cutanée d'une morphine à absorption lente ou d'atropine-papavérine-morphine associée à du camphre. On a ainsi l'avantage d'éviter presque à coup sûr l'éclosion d'une grande crise et de procurer au malade le précieux bénéfice d'un sommeil réparateur.

« Il existe enfin de petits moyens qui permettent de faire avorter en quelque sorte la crise d'œdème pulmonaire, à condition de les mettre en œuvre dès l'apparition des premiers prodromes qui annoncent si souvent le drame : l'iodure double de caféine et de théobromine, la potion de Vaquez à base de trinitrine, d'héroïne et de caféine doivent toujours être au chevet du lit, et il en sera donné à la moindre alerte.

« On peut également avoir recours à des préparations anti-asthmatiques (à l'exclusion de celles qui contiennent de l'adrénaline et de l'éphédrine, dont les avantages ne compensent pas les risques). Certaines d'entre elles, à base de valériane, de théobromine, de caféine, et d'aspirine, donnent souvent à peu de frais d'excellents résultats ».

G. FISCHER.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

L'anatoxine tétanique et la prophylaxie du tétanos chez l'homme et chez les animaux domestiques

La vaccination au moyen de l'anatoxine tétanique, écrit G. RAMON, trouve son application chez les individus et dans les collectivités particulièrement exposés à l'infection tétanique. L'immunité active engendrée par l'anatoxine tétanique est, en effet, capable d'assurer une protection permanente contre les risques plus ou moins lointains de tétanos, risques pouvant résulter soit de blessures apparentes, soit de plaies insignifiantes dont la bénignité ne réclame pas d'injection de sérum antitétanique, soit enfin de la constitution d'un foyer tétanigène qu'aucun indice ne laisse soupçonner. Sa valeur est affirmée par les nombreuses constatations faites à l'étranger comme en France.

La technique, aujourd'hui classique, de la vaccination antitétanique, comporte trois injections sous-cutanées d'anatoxine tétanique (1, 2 et 2 c. c.) effectuées à quinze jours d'intervalle, cette vaccination étant avantageusement complétée par une injection de rappel (2 c. c.) un an après.

Lorsqu'un sujet sûrement et correctement vacciné devient porteur d'une blessure pouvant être tétanigène, il lui sera fait une injection de rappel d'anatoxine tétanique qui provoque une augmentation considérable du taux de l'immunité, sans faire courir le risque d'accidents sériques. Si un doute subsiste quant à la réalité de la vaccination antitétanique antérieure ou si les blessures sont multiples et ont entraîné une forte hémorragie, il sera plus prudent de joindre à l'injection d'anatoxine la « séro-prévention », de préférence au moyen de la « solution d'antitoxine tétanique ».

La vaccination antitétanique peut être grandement facilitée dans sa diffusion par l'emploi du procédé des vaccinations associées, grâce auquel on peut unir l'anatoxine tétanique à un ou plusieurs vaccins déjà couramment utilisés, par exemple l'anatoxine diphtérique et le vaccin antityphoïdique. La vaccination par l'anatoxine tétanique selon la formule des vaccinations associées permet de réaliser dans les meilleures conditions la prophylaxie systématique, individuelle et collective du tétanos. Cette formule est appliquée dans l'armée française depuis plusieurs années, elle vient d'être adoptée par certaines armées étrangères.

Ainsi, la vaccination par l'anatoxine tétanique apparaît comme la méthode de choix pour la prophylaxie du tétanos chez l'homme et chez les animaux domestiques sensibles à cette toxi-infection. (*La Presse Médicale*, 3 juin 1939.)

Rôle du bacille tuberculeux de type bovin dans l'infection tuberculeuse de l'homme

G. GERNEZ établit que la tuberculose pulmonaire due au bacille bovin est, chez nous, exceptionnelle. Puis, il se demande si l'infection par le bacille bovin revêt des caractères particuliers. En réalité, dit-il, il est impossible de la distinguer cliniquement de la tuberculose par le bacille humain : mêmes signes, même évolution, mêmes lésions.

Mais, plus que par sa symptomatologie, la tuberculose humaine d'origine bovine se caractérise avant tout par les conditions étiologiques très particulières, dans lesquelles on l'observe.

Fréquence dans la première enfance, surtout à la campagne ; apparition insolite dans des milieux jusqu'alors indemnes de tuberculose ; rareté de la contagion interhumaine ; fréquence de l'alimentation au lait de vache cru dans les antécédents des malades.

Ces données étiologiques permettent de penser que, dans la très grande majorité des cas, l'infection par le bacille bovin est provoquée par l'ingestion habituelle de lait cru ou mal pasteurisé, provenant de vaches tuberculeuses. (*La Médecine*, mai 1939.)

Le dépistage des dystocies-limites et le choix de la conduite à tenir dans ces cas

Le Docteur J. COURTOIS démontre qu'il importe de dépister les dystocies limites, car, s'il convient de leur faire subir l'épreuve du travail, il importe de ne pas laisser prolonger cette dernière anormalement, ce qui mettrait en danger la vie de la mère et du fœtus. Arrêter à temps une épreuve du travail qui n'évolue pas vers l'accouchement spontané normal et prendre alors la décision de choix qui ménage au mieux les intérêts de la mère et de l'enfant, tel est l'idéal de l'accoucheur. Au contraire, dans les cas négligés, l'obstétricien est acculé à des solutions de nécessité, souvent brutales, toujours tardives, qui ne correspondent que rarement aux procédés de choix et dans lesquelles la vie de la mère et de l'enfant courent les plus grands risques, cependant moindres que dans l'abstention et l'expectative excessives et d'ailleurs, sans espoir. (*Journal des praticiens*, 20 mai 1939.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Etude expérimentale de la vaccination au B. C. G. par piqûres cutanées ou scarifications de la peau

(MM. NÈGRE et J. BRETEY ; 27-6-1939)

S.-R. Rosenthal a publié au début de l'année 1939 dans l'*American review of tuberculosis* une étude sur la vaccination antituberculeuse au moyen du B. C. G. introduit dans l'organisme par piqûres cutanées multiples.

Chez le cobaye, cet auteur dépose en deux endroits sur la peau rasée une goutte de la suspension de B. C. G. qui sert à la vaccination des nouveau-nés par voie buccale. Il introduit la pointe d'une aiguille dans la goutte de vaccin et, en appuyant modérément, fait dans chaque goutte trente piqûres superficielles. Six à quinze jours après on sent à la surface de la peau de fins nodules qui disparaissent en deux semaines sans cicatrice. Le processus vaccinal est ici différent de celui observé à la suite de l'injection intra-dermique d'une dose importante de B. C. G., celle-ci déterminant des petits abcès et des engorgements lymphatiques. Les cobayes ainsi vaccinés réagissent à la tuberculine positivement (58 % dès le huitième jour ; 87 % après quatre semaines, 100 % au bout de neuf mois).

MM. Nègre et Bretey ont repris les expériences de Rosenthal chez le cobaye mais ils les ont complétées par l'emploi du B. C. G. en scarifications de la peau, à raison de cinq à six scarifications de 1 centimètre de longueur chacune. La méthode des scarifications, après étude comparative des réactions allergiques positives est apparue aussi efficace que celle des piqûres et aussi efficace également que les procédés de vaccination par voie sous-cutanée ou intra-dermique.

Piqûres et scarifications ont l'avantage de ne pas déterminer les petites complications locales observables après les injections sous-cutanées ou intra-dermiques de B. C. G.

La vaccination au B. C. G. par scarification chez l'enfant

(M. B. WEILL-HALLÉ ; 27-6-1939)

Au cours de ces dix-huit dernières années, M. Weill-Hallé a utilisé le B. C. G. par diverses méthodes, ingestion buccale, inoculations sous-cutanée, intra-musculaire et intra-dermique. Par injection sous-cutanée, il a vacciné sans le moindre incident, du huitième au dixième jour, des centaines de nouveau-nés.

Le procédé de Rosenthal de vaccination au B. C. G. par piqûre, étant une simplification, devait attirer son attention. A la méthode du tatouage proposée par cet auteur, il a préféré toutefois celle des scarifications. Depuis février 1939, il a ainsi pratiqué 26 primo-vaccinations et 30 revaccinations.

La technique de M. Weill-Hallé est la suivante : on dépose sur la peau du bras trois gouttes à 2 ou 3 centimètres l'une de l'autre de la solution à 0 cgr. 5 par centimètre cube et l'on effectue à travers ces gouttes une scarification en croix dont les traits ont environ 1 centimètre. Après une ou deux minutes, on applique une petite compresse de gaze recouverte de taffetas gommé, ce qui permet une sorte de macération vaccinale transitoire.

Les suites de la vaccination ainsi pratiquée sont des plus simples. La petite plaie se cicatrise en deux ou trois jours ; puis du quinzième au vingt-cinquième jour, les traces de scarification reparaissent et la peau s'infiltrant constitue comme une minime cicatrice chéloïdienne. Cet aspect disparaît d'ailleurs en deux à quatre mois, sans réaction ganglionnaire.

La méthode des scarifications à certes, au regard de l'injection sous-cutanée, l'inconvénient d'une imprécision quantitative. On ignore, comme dans les vaccinations jenneriennes, la dose de virus absorbée. Elle a pour elle sa bénignité qui en permet la répétition lorsque celle-ci apparaît éventuellement commandée par la disparition d'un état allergique.

Sur la composition chimique des fruits de néflier

(MM. SARTORY, WEIL et AZIZ ; 27-6-1939)

Dans la médecine ancienne, les nèfles étaient employées comme astringent et antidiarrhéique. Etudiant la composition chimique des fruits de néflier, MM. Sartory, Weil et Aziz notent d'une part la richesse en tanin de ce fruit et d'autre part la présence d'acides organiques (citrique, malique, tartrique) qui lui donnent sa saveur fraîche et stimulante, excitent les sécrétions des glandes salivaires et stomacales, activant ainsi le fonctionnement de l'estomac et du foie.

Sa teneur en tanin fait rechercher la nèfle dans la thérapeutique des dysenteries muco-membraneuses et si l'on considère que Mercier, dans ses travaux récents, fait absorber à ses malades 250 grammes de fruit blet, on voit que les dits malades ingèrent environ 6 grammes de tanin. Il n'est pas étonnant que cette cure soit active.

P. L.

THÉRAPEUTIQUE

• • •

TRAVAIL DE LA CONSULTATION DE NEURO-ENDOCRINOLOGIE INFANTILE
DU COMITÉ MARSEILLAIS DE L'ENFANCE DÉFICIENTE

A propos d'une synergie entre la glande thyroïde et la vitamine B_1

Application à la thérapeutique de la maladie de Basedow par le Docteur Maurice Wahl

(*Suite*)

Rappelons que le métabolisme des hydrates de carbone est profondément troublé dans la maladie de Basedow. Outre l'augmentation du métabolisme de base, on constate surtout la diminution des réserves de glycogène (foie et muscles), l'accumulation de l'acide lactique dans le muscle. Le cœur basedowien présente des troubles de la conductibilité ; étudié à l'électrocardiographie, on constate que l'onde auriculaire P et les élévations secondaires de T sont très hautes, tandis que l'onde R est relativement basse.

Le basedowien devient excessivement sensible à de très petites augmentations de la sécrétion thyroïdienne ; l'Ecole américaine part même de cette constatation pour supposer que l'organisme a été « sensibilisé » dans cette maladie à la sécrétion thyroïdienne. En tout cas le système nerveux végétatif de ces malades devient hypersensible aux excitations spécifiques ; ils sont, comme on l'a démontré, non seulement des sympathico-toniques, mais des amphotoniques avec instabilité du cœur.

Ce sont aussi des *hyperesthésiques*, sans qu'il y ait aucune part d'auto-suggession dans cet état.

Les basedowiens — nous y insistons — sont des hyperréflectifs ; leurs réflexes tendineux sont vifs, amples, quelquefois polycinétiques ; cette augmentation des réflexes tendineux est constante et se rencontre aussi bien dans les formes récentes que dans les formes invétérées ou graves.

Des recherches récentes, comme celles de l'Ecole de Laubry, de Carrière, tendent à rapprocher la tachycardie des basedowiens des troubles du métabolisme du glucose, ce qui expliquerait que l'administration de doses importantes de vitamine B_1 ait permis à ces auteurs de diminuer l'excitabilité cardiaque de ces malades.

Nous avons constaté à notre tour chez des malades basedowiens adultes que l'administration de vitamine B_1 paraissait diminuer fortement l'hyperexcitabilité neuro-végétative.

Ces résultats de la thérapeutique ne sont-ils pas parfaitement logiques d'ailleurs ?

Ne permettent-ils pas de mieux concevoir cette contradiction apparente entre l'action des produits thyroïdiens qui, chez le lapin thyroïdectomisé, ralentissent le cœur (Parisot et Lucien) et le fait que l'administration de doses mêmes légères de ces produits au basedowien provoquent les réactions d'intolérance qui sont connues de tous les cliniciens : tachycardie, hypersudation, asthénie. N'est-il pas vraisemblable qu'il faille chercher l'explication de ces deux actions opposées dans les causes secondaires qui rendent compte de l'action normale ?

La vitamine B_1 préside à la dégradation du

glycogène et à sa fixation régulière. Quand elle manque elle provoque précisément une hypersensibilité de l'organisme à l'hormone thyroïdienne ; sa présence est nécessaire dans la glande elle-même : quoi de surprenant que l'administration des doses supplémentaires de cette vitamine B_1 ait une action favorable chaque fois que la sécrétion d'hormone est elle-même augmentée (1) ?

En tout cas soulignons les heureux résultats obtenus dans le Basedow par l'emploi de la vitamine B_1.

Cette thérapeutique est efficace :

1° Chaque fois qu'un basedowien présente de l'amaigrissement.

2° Lorsque la tachycardie ou l'instabilité cardiaque est très marquée (goitre basedowifié ou Basedow).

3° Lorsque les poussées diarrhéiques sont très fréquentes.

Suivant les cas d'espèces, nous avons associé cette thérapeutique à l'iode ou à la diiodotyrosine, à l'extrait cortico-surrénal injectable.

Les effets heureux que nous avions obtenus dans les Basedow francs de l'adulte nous ont amené à généraliser pareil traitement dans les états dits d'intoxication thyroïdienne, de dysthyroïdie ou d'instabilité thyroïdienne de l'enfance.

C'est une classe nombreuse de petits malades (2) puisque nous en avons traité environ cinquante et nous considérons que la vitamine B_1 est efficace pour lutter contre l'asthénie neuro-musculaire lorsqu'elle est associée aux signes d'intoxication thyroïdienne.

Des résultats obtenus, les uns sont la règle, d'autres paraissent au contraire irréguliers et rares : parmi les améliorations rares et inconstantes, signalons deux cas d'énurésie nocturne jusque-là résistants qui ont cédé à l'administration *per os* de vitamine B_1 et de diiodotyrosine au bout d'une huitaine de jours de traitement ; il en a été de même parfois de certains troubles digestifs.

Au contraire les états d'amaigrissement, *d'asthénie, d'anxiété* et de *petite instabilité* qui sont liés à des stigmates thyroïdiens nets sont ceux qui sont les plus sensibles à la vitamine B_1 et qui guérissent ou s'améliorent très nettement par cette thérapeutique isolée ou associée à la diiodotyrosine.

Ces états nous paraissent commander d'une façon formelle l'emploi de la vitamine B_1.

Même dans les états d'insuffisance thyroïdienne caractérisés, l'adjonction de vitamine B_1 au traitement spécifique permet une surveillance beaucoup moins stricte de celui-ci.

Certains auteurs ont insisté récemment sur l'inactivité de la vitamine B_1 en présence d'excès d'acide lactique (1). Nous croyons que dans les cas où l'on constate un échec de la thérapeutique par la vitamine seule, le meilleur moyen d'y remédier consiste à ajouter à la solution injectable de vitamine B_1 une certaine quantité d'extrait cortico-surrénal ; nous ne saurions dire si cet heureux résultat est dû à la transformation de l'acide lactique d'origine musculaire, mais le fait nous a paru suffisamment fréquent pour mériter d'être signalé.

Giedosz (2) a donné une étude histologique très complète de la question montrant la multiplicité des actions de la vitamine sur la glande et sur ses produits de sécrétion.

Les Docteurs Carrière, Morel et Gineste (3) sont arrivés récemment à des applications thérapeutiques voisines de celles que nous formulons. Pour récentes que soient les recherches entreprises à ce sujet, on voit que bien des auteurs avaient déjà été frappés par les faits que nous soulignons et tendent à des conclusions voisines des nôtres.

(1) Quelles que soient les idées que l'on adopte pour rendre compte dans le détail des modifications basedowiennes, il est hors de doute que la sécrétion thyroïdienne (normale ou pathologique) est augmentée dans le Basedow.

(2) Nous remercions la Maison Hoffmann-La Roche et Cie qui a bien voulu mettre à notre disposition les quantités très importantes de Bénerva « Roche » nécessaires pour cette expérimentation.

(1) Lecoq. Production de polynévrite aviaire au moyen de régimes riches en glucose, en protides ou lipides comportant de fortes doses de vitamine B_1 par simple addition d'acide lactique.

(2) Institut de Pathologie générale et expérimentale Institut Jean Casimir à Lwow sur « L'influence de la vitamine B1 sur la glande thyroïde ». Soc. de Biol. de Lwow, 19 mars 1938, *C. R. des sé.*, T. CXXIX, p. 333-335.

(3) Hormones et vitamines dans le traitement des états thyroïdiens. *Echo Méd. du Nord,* troisième série 1938, 31 juillet, p. 381, n° 14.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

◆ ◆ ◆

UNE VOIX DANS LE TUMULTE

La dernière leçon n'avait donc pas été encore assez cruelle, puisque nous voici de nouveau en guerre.

Si menaçants qu'étaient les auspices et si fatale la pente qui nous y menait, personne n'est-ce pas, ne voulait y croire : tout en nous préparant, nous comptions encore sur un ultime sursaut de celui qui en est responsable au moment de déclancher la catastrophe. Il n'a pas tremblé et peu d'hommes, je veux le croire, eussent été capables de ce genre de fermeté qui le met en marge des êtres pensants.

Mais la lutte est ouverte et la méditation remise à plus tard. Pour l'instant, il ne nous reste qu'à serrer les dents et accomplir la tâche urgente.

Certes, c'est avant tout à ceux qui sont là-haut qu'elle incombe ; ils sont en train de refaire ce que nous faisions il y a vingt-cinq ans, ce que nous avons probablement mal fait puisque tout est à reprendre.

Pour nous, notre devoir est autre : ne pas laisser nos jeunes confrères dans cette espèce d'esseulement que nous avons trop connu et qui est un maléfique stupéfiant. Nous ne voulons pas qu'ils sortent de la guerre comme d'une narcose pleine de cauchemars.

Dès 1915, le « Concours » *avait reparu mensuellement ; à partir de 1917, la périodicité fut bimensuelle.*

Nous voulons « tenir » cette fois-ci comme l'autre. Le contingentement du papier, la diminution de la main-d'œuvre à l'impression, toutes sortes de difficultés matérielles nous obligeront à nous réduire et à vivre au ralenti. Mais même au ralenti, nous voulons vivre.

Chaque numéro de ce temps de guerre vous apportera, amis, le cordial salut du « Concours ». *Vous y trouverez en outre l'essentiel de ce qui se sera fait ou publié en médecine. Et, bien entendu, si vous nous faites l'amitié de nous écrire, de nous demander un renseignement, nous ferons de notre mieux pour vous satisfaire. Bref, ce sera ici un centre de diffusion, de liaison et, nous l'espérons, un poste de secours pour le moral. C'est ainsi que nous concevons le rôle d'un journal comme celui-ci dans une période comme celle-ci.*

Comptez sur nous : le « Concours » *en a vu d'autres, La France aussi, du reste.*

Et ce n'est pas encore cette fois-ci qu'on leur fermera la bouche, à l'un ni à l'autre.

Bonne chance à tous ! G. Lavalée.

D'UNE GUERRE A L'AUTRE

Les hommes dans la force de l'âge se trouvent aujourd'hui, par le jeu des événements, éloignés de leurs foyers par la Mobilisation Générale, pour la deuxième fois et à la veille d'entreprendre une nouvelle guerre dont la violence et la brutalité surpasseront de beaucoup celle qu'ils ont déjà faite. Cependant, on retrouve chez tous ces hommes qui ont déjà combattu, il y a vingt ans, un calme qui surprend, une volonté froide et réfléchie et on sent qu'il est possible de compter encore sur eux, malgré les années.

L'expérience qu'ils ont acquise pendant les tristes jours de 1914 doit permettre d'éviter bien des erreurs, de freiner les enthousiasmes irréfléchis et souvent inutiles, elle doit permettre dès le premier jour de donner à notre armée cette classe que tous lui reconnaissaient et qui était le fruit de quatre années de durs combats.

L'expérience de la guerre a longtemps rendu invincibles les armées des grands conquérants, qui trouvaient en face d'elles ou des hordes armées, ou des combattants pleins d'ardeur, mais par trop inexpérimentés, dont le nombre même ne suffisait point à forcer la victoire.

Le fait pour nos armées d'avoir encore dans leurs rangs nombre de ces briscards constitue une

force qu'on ne saurait négliger et puisqu'ici même c'est surtout l'organisation du service de santé qui nous préoccupe, il est permis de croire qu'il sera un des premiers à en bénéficier puisque toutes les formations auront à leur tête un chef au moins qui aura déjà fait campagne.

Ce fait est d'autant plus important qu'il permettra d'éviter les improvisations que nous avons connues et déplorées aux sombres jours d'août et de septembre 1914, et qu'au lieu d'aller vers l'inconnu, il sera possible de faire appel à ses souvenirs, de retrouver des solutions qui avaient alors paru satisfaisantes. Pour beaucoup de médecins mobilisés à l'expérience acquise viendront se joindre les enseignements des cours de perfectionnement, où il est très regrettable que tous les officiers de réserve n'aient pu être obligatoirement conviés, et où plus d'un visage de la guerre nouvelle a été étudié dans ses moindres détails.

C'est précisément cette différence entre la guerre d'hier et celle de demain qui risque de surprendre le médecin qui a déjà fait la guerre ; elle va obliger le service de santé qui, pour ses évacuations, a besoin de routes, de voies ferrées, d'automobiles et d'avions, à compter avec la motorisation de l'armée moderne dont le développement va s'étendre sur des kilomètres ; elle lui disputera les routes et les chemins de communication. Ce problème nouveau va obliger le médecin pour ses évacuations à se plier encore plus qu'hier aux nécessités du combat et il est permis de croire que bien des difficultés naîtront de ce fait au moins jusqu'à un certain échelon où le blessé à peu près à l'abri trouvera les soins nécessaires à son état. Dans les régions où les routes sont nombreuses, où les chemins vicinaux sont bien entretenus, la connaissance exacte de leurs possibilités sera indispensable et le fait d'avoir avec soi *une bonne carte* pourra souvent permettes de se tirer de situations embarrassantes.

La guerre des gaz doit, elle aussi, modifier beaucoup l'aspect des formations sanitaires, si, comme on l'a laissé entendre, elle dépasse en intensité celle que nous avons connue; ce sont surtout *des soins médicaux* qui seront les soins de première urgence, et s'il y a moins d'évacués par hémorragies ou plaies profondes, il y en aura un plus grand nombre qui, sans lésions graves, seront des moribonds que seul un traitement efficace et rapide permettra de rappeler à la vie. Ce tableau de la guerre de demain que maintes fois des conférenciers ont évoqué devant nous peut devenir l'angoisse du présent ; aucun médecin ne doit ignorer la part importante qu'il peut prendre à cette lutte contre la mort.

La gravité des lésions causées par les gaz rendra souvent difficiles les évacuations. Jadis les blessés légers, les blessés des membres supérieurs pouvaient marcher, se traîner, chercher du secours. Sitôt pansés, ils pouvaient regagner, soutenus par un camarade, le centre d'évacuation qui leur était indiqué. Avec les gazés, le problème se posera tout autre et il est à craindre que les formations sanitaires ne se trouvent vite débordées lorsqu'il faudra assurer ces soins minutieux et longs.

Le blessé gazé restera toujours un malade et la chirurgie des gazés doit savoir qu'elle ne pourra pas sans danger utiliser tous les modes d'anesthésie. La narcose par chloroforme ou par éther, si répandue dans nos formations sanitaires de 1914, sera souvent contrindiquée, seule l'anesthésie locale, ou l'anesthésie intraveineuse, ou l'anesthésie rectale seront possibles. Pour combien de médecins ce sera là une innovation. Cependant dès maintenant chacun de nous doit se familiariser avec ces problèmes, avec les doses utiles, avec les doses dangereuses, et il est possible que, dans quelques centres, on organise l'instruction de véritables anesthésistes qui rendront de signalés services.

Sans doute pourrait-on envisager encore sous bien d'autres aspects, ce que sera la médecine aux armées demain, examiner tout ce qui la différenciera de celle d'hier ; ce qu'il faut avant tout, c'est que chacun ait confiance dans le chef sous lequel il sert et qu'une cordialité existe comme elle existait en 1914 entre tous les membres de ce Corps de Santé dont le dévouement au combattant blessé a toujours été admiré.

Le *Concours Médical* dont bien des collaborateurs ont revêtu l'uniforme et font leur devoir, va pendant les tristes jours que nous allons vivre, continuer à suivre comme pendant la dernière guerre, le programme que depuis bientôt soixante ans son fondateur lui avait tracé : venir en aide par tous les moyens au médecin praticien français, même lorsqu'il a revêtu l'uniforme.

Raphaël MASSART.

LES DESCENTES EN PARACHUTE ET LEURS DANGERS

Les aviateurs utilisent le parachute soit comme moyen de sauvetage personnel, soit, pour des fins militaires, comme moyen de descente chez l'ennemi.

Les dangers, résultant de ces descentes sont évidemment plus grands, quand le parachute est utilisé comme moyen de sauvetage, c'est-à-dire dans des circonstances inattendues de l'aviateur. Plus rarement blessés, sont, au contraire, les militaires « parachutistes », qui font de cet appareil un emploi normal, entraînés qu'ils sont et habitués à sauter dans l'espace, d'altitudes variées, pour des fins déterminées.

Tout d'abord, de quoi se compose un parachute ? Il comprend trois éléments principaux : une voilure contenue dans un sac en toile, qui peut s'ouvrir automatiquement, alors que l'aviateur vient de sauter de son avion, ou qui ne s'ouvre qu'au gré de l'utilisateur, au moment choisi par lui dans l'espace où il s'est jeté, par un déclenchement à main ; des suspentes ou cordes qui relient cette voilure au parachutiste par le troisième élément, le harnachement. Ce dernier, des plus importants, revêt des formes variables.

Tantôt il comporte une simple ceinture d'attache abdomino-thoracique de vingt centimètres de large environ avec bretelles, le tout réglable sur le sujet. Dans ce cas, les suspentes réunies à leur partie inférieure sont fixées ou bien à la région latérale gauche de la ceinture, ou bien à la région dorsale : soit à la partie médiane de cette dernière, soit à la fois à sa droite et à sa gauche. Cette ceinture est, sur certains parachutes, munie de cuissards. Tantôt c'est un véritable harnais réglable, s'adaptant parfaitement à l'utilisateur, particulièrement à certains éléments anatomiques appelés à supporter le maximum d'effort dans une descente en parachute, c'est-à-dire aux cuisses, aux aisselles et au tronc. Ce harnais, tout comme la ceinture, est muni d'un système de débouclage, qui permet à l'intéressé de se libérer presque instantanément.

Quand un aviateur saute de son avion dans l'espace, d'une altitude plus ou moins élevée, avec le sac qui contient le parachute, que ce sac soit porté dans le dos, ou sur le siège, ce dernier s'ouvre presque aussitôt avec *l'ouverture automatique*, plus tardivement et à volonté, après un parcours plus ou moins long dans l'espace, avec *l'ouverture retardée.*

Le parachute, dégagé, se déploie alors et provoque, au moment de son ouverture un choc, ressenti par l'utilisateur au niveau de son harnais choc d'autant plus brutal et violent que l'aviateur subit à ce moment là un brusque et considérable changement de vitesse. Ainsi développé, le parachute descend à une vitesse de 4 m. 50 à 7 mètres à la seconde, suivant le modèle, vitesse susceptible de variation avec le poids de l'utilisateur, l'altitude et l'état du temps (1).

Quand l'atmosphère est calme, cette descente s'effectue généralement sans danger. Il n'en est pas de même par la pluie et le grand vent, que le parachute soit animé ou non de mouvements pendulaires ou giratoires. Après un temps variable, qui est fonction de ces facteurs, l'aviateur prend contact avec le sol, et déboucle immédiatement sa ceinture ou son harnais, pour se libérer de son parachute et éviter d'être traîné sur le sol, en cas de grand vent.

Les lésions imputables aux descentes en parachute sont divisées, ainsi que l'indique R. de Gaulejac (2), en quatre catégories : 1° des lésions très graves, à sièges multiples, s'accompagnant généralement de mort ; 2° des lésions abdomino-thoraciques, avec ou sans troubles nerveux ou congestifs ; 3° des lésions organiques variées, et des blessures plus ou moins compliquées des membres inférieurs.

Chacune de ces catégories paraît plus particulièrement se rattacher à l'une des phases, que comporte une descente en parachute. Les lésions presque toujours mortelles correspondent au saut dans l'espace ou l'accompagnent : ce sont soit des fractures crâniennes, soit des fractures multiples, soit un véritable écrasement de l'aviateur. Les lésions thoraco-abdominales sont presque toujours concomitantes avec la prise de contact avec le câble de suspension, c'est-à-dire avec le choc d'ouverture du parachute, enfin les lésions variées, notamment celles des membres inférieurs, sont la conséquence de la prise de contact avec le sol. Cette dernière phase est également susceptible de s'accompagner de mort.

Pour parer, autant que possible, à ces dangers, il faut connaître leur mécanisme de production aux différentes phases de la descente,

La mort, provoquée par le *saut dans l'espace.* résulte soit du fait que le parachutiste a vu son appareil happé par l'avion, qui l'a entraîné à une vitesse plus ou moins grande au sol où il s'est

(1) FLAMME. — Considérations médicales sur le parachutisme, (*Revue du Service de santé militaire* 1937).

(2) *Le Bulletin Médical,* 8 avril 1939.

écrasé, soit du fait qu'il a été précipité au sol à une vitesse accélérée. Pour qu'il en soit ainsi, il a fallu : ou que le sac du parachute s'ouvre intempestivement à l'insu de l'aviateur — ou que ce dernier fasse fonctionner trop vite le déclenchement à main (et dans ces deux cas l'accrochage de l'appareil à l'avion a été facilité) — ou que la voilure, pour des raisons multiples, ne s'ouvre pas ou mal, provoquant ainsi une descente à terre à une vitesse telle que la mort, par écrasement au sol, a suivi.

Quant aux blessures thoraco-abdominales par *contact avec le câble de suspension*, elles sont *exceptionnelles*, avec les harnachements prenant des points d'appui sur les cuisses, les aisselles et le tronc, *rares* au contraire quand la ceinture est munie de cuissards, relativement *fréquentes* quand l'appareil se borne à une ceinture thoraco-abdominale avec ou sans bretelles ; les lésions dépendent alors du mode de fixation du parachute à cette ceinture : généralement plus rares avec la suspension latérale gauche, qu'avec la suspension médio-dorsale, plus graves encore si la ceinture était mal ajustée.

Restent les lésions, mortelles parfois, au moment de l'atterrissage. Pour qu'une *prise de contact avec le sol* se fasse normalement, il faut qu'elle ait lieu sur un terrain meuble, non mouvementé, le plus possible dépourvu de pierres volumineuses, et que les aviateurs remplissent les prescriptions prévues à ce sujet.

S'il est souvent difficile, pour ne pas dire impossible, à l'aviateur de choisir son point d'atterrissage, il n'en est pas de même des conditions dans lesquelles il doit prendre contact avec le sol. La position la meilleure paraît bien être la position verticale, les membres inférieurs en extension prêts à fléchir, afin de se recevoir avec beaucoup de souplesse, de répartir sur une plus longue durée la forte impulsion des pieds sur le sol et, par suite, d'amortir le choc au maximum.

Mais dès que la vitesse de descente croît, que cette progression soit due au modèle de parachute utilisé, qu'elle relève du poids de l'aviateur ou qu'elle soit imputable aux conditions atmosphériques, à la pluie et particulièrement au grand vent, les conditions changent.

L'arrivée au sol par grand vent peut atteindre des vitesses de 8-10 mètres seconde et plus. Elle devient d'autant plus dangereuse que le sujet, dans de telles circonstances, se présente au sol dans les plus mauvaises conditions pour s'y recevoir et ne peut choisir son point d'atterrissage.

Le procédé « de nager dans l'air » par le jeu normal des bras et des jambes, ne permet guère d'éviter certains obstacles, câble de haute tension, arbres élevés, fleuve, etc., surtout par mauvais temps. On use de tractions sur les suspentes pour l'obtention du même résultat. Pour glisser à droite, on tire sur les groupes de suspentes de droite et inversement pour se diriger sur la gauche. De cette façon on peut gouverner le parachute dans toutes les directions désirées et éviter les obstacles qui peuvent se rencontrer lors d'un atterrissage. Ce dernier procédé est encore utilisé pour arrêter les mouvements pendulaires ou giratoires que le parachute peut présenter à la descente. Quoique supérieur à la nage dans l'air, il ne permet pas d'éviter, dans certains cas, une descente sur l'eau. La possibilité de descendre au-dessus d'un étang, d'un fleuve, ou de la mer implique pour l'aviateur la nécessité de savoir nager et paraît devoir susciter l'étude d'un appareil lui facilitant la nage durant un laps de temps suffisant pour se sauver lui-même ou pour attendre l'arrivée de secours.

D'une manière générale, la connaissance des dangers de la descente en parachute, et celle du mécanisme de leur production, a permis aux techniciens certaines améliorations tant dans la constitution du parachute que dans son emploi.

Le perfectionnement du sac et du pliage de la voilure à son intérieur, celui du déclenchement à main, l'instruction poussée des aviateurs dans la connaissance, l'emploi et l'évolution de cet appareil de secours, le choix des parachutistes permettent d'éviter certains accidents mortels.

Les modifications apportées à la constitution même de la voilure, à son tissu, à l'extrémité supérieure de son dôme, diminuent la force du choc d'ouverture ; la mise d'un amortisseur au niveau du câble de suspension de certains parachutes permet un résultat similaire ; enfin les perfectionnements apportés au harnais, afin de mieux répartir ce choc sur certains éléments de l'organisme humain, mieux faits pour « encaisser et amortir », diminuent considérablement la production des lésions thoraco-abdominales et des troubles nerveux ou congestifs que provoque le choc d'ouverture.

Malgré le caractère décevant de quelques-unes d'entre elles, ces améliorations font du parachute un appareil de sécurité de plus en plus justement prisé des aviateurs.

G. Fischer.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Délégation de solde des militaires de carrière ou de réserve mobilisés

Conformément à l'article 18 du décret portant règlement sur la solde et les revues du 10 janvier 1912, volume 88, arrêté au 10 décembre 1936 : « Les officiers et assimilés et les militaires non officiers à solde mensuelle mobilisés ou faisant partie d'un corps expéditionnaire ont la faculté de déléguer en faveur de leur femme, de leurs ascendants et de leurs descendants, jusqu'à concurrence de la moitié de leurs allocations de solde (solde nette et indemnité pour charges militaires) et de la totalité de l'indemnité pour charges de famille. » Au surplus, tous renseignements utiles sont donnés aux intéressés à l'arrivée au corps, notamment pour les cas spéciaux : délégation au profit d'un tiers ou d'un autre membre de sa famille, instructions particulières qui ne manquent pas d'être appliquées au début de la mobilisation à ce sujet, etc. N'insistons pas sur ces détails, ce qui intéresse nos lecteurs, c'est la forme à suivre.

On peut souscrire la délégation dès le temps de paix, si on le désire. Les militaires des corps de troupe adressent leur déclaration au chef de corps auquel ils appartiennent et les militaires sans troupe à l'intendant de la région ou à son suppléant légal.

Dans cette déclaration, il faut donner ses nom, prénoms, grade ou emplois ; le montant de sa solde, haute paye, indemnité pour charges de famille, indemnité de logement ; portion déléguée, date à partir de laquelle elle doit être payée, nom, prénoms, demeures et degré de parenté, s'il y a lieu, des personnes autorisées à la toucher et de celles qui doivent leur être substituées en cas de mort ou de refus.

A la mobilisation, ces déclarations sont adressées au général commandant la région où les délégataires doivent être payés. Cet officier général donne aux fonctionnaires de l'intendance les ordres nécessaires pour les payements, lesquels doivent être effectués par mois et à terme échu.

Si les délégants sont des militaires sans troupe ou si les délégataires ne résident pas dans la garnison du dépôt du corps du délégant, les intéressées reçoivent des mandats individuels. Dans le cas contraire, les sommes sont payées par les soins du dépôt du corps. Notons que lorsqu'une personne au profit de laquelle une délégation a été souscrite, ou qui a été autorisée à recevoir des avances sur la solde d'un militaire, fixe sa résidence dans une localité relevant d'un autre ordonnateur et désire recevoir, dans sa nouvelle résidence, les sommes qui lui sont dues, elle doit

adresser une demande au commandant de la région qui donne, s'il y a lieu, les ordres nécessaires. Un certificat de cessation de payement lui est délivré soit par l'ordonnateur dont elle relevait, soit par le commandant du dépôt du corps qui la payait.

Les délégations cessent dans la limite d'un mois après la cessation de l'état de guerre ou à partir du jour où l'intendant est avisé du décès, si elles sont faites en faveur des femmes, des ascendants et des descendants et du jour du décès pour les autres délégataires. Mais les veuves et orphelins du délégant peuvent obtenir, sur demande adressée à l'intendant, des avances mensuelles remboursables égales aux quatre cinquièmes de la pension ou du secours annuel auquel les intéressés pourraient avoir droit. Cela, en attendant le titre de pension ou de secours.

Les familles des militaires à solde mensuelle, prisonniers de guerre, peuvent, en cas de nécessité absolue, recevoir la moitié de la solde et l'indemnité pour charges de famille, et cela pour une année, sauf renouvellement. Ce sont là des avances qui seront retenues sur la solde lors du retour en France du militaire. En cas de décès des prisonniers de guerre, les payements effectués en trop à titre d'avances sont considérés comme définitifs.

(*La France militaire*, 5 sept. 1939.)

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Accidents du travail

5.688. — Soins dans un établissement privé

Une femme qui a subi une césarienne a présenté une phlébite de la jambe droite quinze jours après l'opération. Un mois après, phlébite de la jambe gauche. Elle est hospitalisée dans ma clinique depuis cinq semaines. Je la vois deux fois par jour.

Ai-je le droit, à partir du 21e jour, de signer une consultation tous les jours : il s'agit d'une assurée sociale ?

Dr L.

Réponse

Le remboursement de la Caisse à l'assurée hospitalisée (en ce qui concerne « les frais d'hospitalisation » et les honoraires médicaux afférents) est effectué « dans les limites du tarif de responsabilité » de cette Caisse applicables suivant les cas : .... 3° Dans les établissements privés ayant passé convention avec la Caisse ou ayant adhéré aux clauses des dites conventions... (Eventuellement dans les établissements pri-

vés n'ayant pas passé convention mais se soumettant au contrôle, etc... Il n'est dû aucun remboursement en dehors des cas précédents). Dans quelle catégorie se trouve votre clinique, premier point à connaître et deuxième point quel est le tarif de remboursement de la Caisse intéressée ? Vous pouvez toujours signer ce que vous voudrez mais ce qui vous intéresse, me semble-t-il, c'est ce dont la malade sera remboursée. C'est donc sur les deux points ci-dessus rappelés (catégorie de la clinique et taux de responsabilité de la Caisse) que peut être basée la réponse que vous demandez. Ce sont donc là des questions particulières et locales sur lesquelles je ne puis évidemment vous donner une réponse d'ordre général. Toutefois, de façon générale, je puis vous dire que le tarif de réassurance des Caisses porte, par journée d'hospitalisation, en ce qui concerne les honoraires médicaux 4 francs par jour en chirurgie ou K = 3,50 pour les interventions au-dessous de K24 et 7 francs pour celles au-dessous, et en médecine 4 francs par jour. Or, n'oubliez pas que les Caisses ne peuvent dépasser ces chiffres sans perdre leurs droits à la réassurance. Voici donc une base d'ordre général que je puis vous donner pour vous fixer les idées.

Dr F. DECOURT.

6.009. — L'accord préalable en cas de radiographie

J'ai recours à votre compétence si bienveillante pour vous demander le renseignement suivant, au sujet des accidents du travail :

La Compagnie refuse de payer une radiographie, disant qu'elle n'a pas été avisée de cette intervention comme le prévoit l'article 7. Or, sur la carte recommandée que j'avais adressée à l'employeur, en temps voulu, j'avais mentionné : « Nécessité de pratiquer une radiographie de la cheville face et profil ».

Dois-je renoncer à employer la carte-lettre réglementaire pour aviser le patron de la nécessité d'une radiographie ? Ce serait pourtant très commode et cela diminuerait les formalités. Dans le cas présent la Compagnie me paraît se montrer bien pointilleuse « le règlement parle d'une lettre et c'est une carte recommandée » que le patron a reçue...

Si la carte recommandée doit survivre, ne pourrait-on obtenir des Compagnies, que le cas échéant, elle pût servir à « l'avis préalable » de l'art. 7 ?

Dr C.

Réponse

Une radiographie doit être prescrite par le médecin traitant d'accord avec le médecin de l'employeur ou de son assureur substitué (art. 27, Observ. 3°). Ne connaissant naturellement pas le médecin de l'employeur vous avez annoncé à

l'employeur, dans « votre lettre recommandée » prescrite par la nouvelle loi « la nécessité de pratiquer une radiographie de la cheville face et profil ». Il appartenait à l'employeur d'en prévenir sur le champ son médecin (ou celui de l'assureur substitué) en vue de « l'accord » susdit. Ce médecin devait « en cas de refus » donner un avis technique motivé, dans les huit jours (*Ibidem*). N'ayant pas reçu d'avis de refus, vous étiez en droit de considérer l'accord comme acquis. La Compagnie est donc mal fondée, en l'espèce, de refuser le paiement de la radiographie effectuée. Cela m'apparaît évident d'après les textes mêmes rappelés ci-dessus.

Dr F. DECOURT.

6.054. — Explications techniques utiles à fournir en cas d'accident du travail en cas de visites multipliées

J'ai vu un blessé dans un hôtel, à S... qui avait sur la face antérieure de la cuisse une blessure assez large puisque j'ai fait trois points de suture et posé deux agrafes le 1er août. J'ai été appelé la nuit à 10 h. 30 du soir le samedi 5. J'ai vu ce blessé deux fois dans la même journée le 4 et le 5. Dois-je compter une visite de jour et une visite de nuit de même que le 4, dois-je compter deux visites de jour ? Je suis allé le voir dimanche matin à midi et l'ai trouvé pas mal du tout. Pas de température. Bon état général. Dois-je compter visite du dimanche. A 5 heures du soir on est venu me chercher. J'étais absent et ne suis rentré que vers 9 heures du soir. J'ai été voir mon blessé. La gérante de l'hôtel m'a appris qu'on l'avait envoyé à la clinique à D... J'ignore si un confrère est venu des environs pour cette formalité. Dois-je envoyer ma note de suite à la Compagnie d'assurances et comment la libeller ? Dois-je prévenir la Compagnie que le blessé n'est plus soigné par moi et que je ne puis fournir de certificat de guérison. Dois-je l'avertir que je décline toute responsabilité sur les suites ultérieures de l'accident. Je prévois des difficultés dans le règlement des honoraires par suite des visites trop fréquentes et qui à mon avis étaient parfaitement inutiles. Mais on me demandait...

Dr M.

Réponse

Vous avez à compter : le 1er août : « Suture simple de la peau : 27 francs (art. 17), les 4 et 5 août deux visites chaque fois dans la même journée (avec explications techniques sur la nécessité de ces visites aussi multipliées). Pour la visite de nuit du 5, elle est à compter triple s'il s'agissait d'un « cas grave et pressant » (art. 4). Pour la visite dominicale du 5, à compter avec majoration de 50 %, si elle fut « nécessitée par un cas urgent » (art. 3 *b*) ce qui ne m'apparaît pas d'après votre lettre. Le mieux serait d'envoyer

votre note à la Compagnie au plus tôt s'il s'agit bien d'un accident du travail (auquel cas avez-vous envoyé aussitôt la carte-lettre ?), en prévenant cette Compagnie que le blessé n'a plus continué à s'adresserà vous pour les soins consécutifs. S'il ne s'agit pas d'un accident du travail, c'est une affaire de droit commun et vous n'avez plus aucun lien de droit avec le patron ou son assureur substitué. C'est directement au blessé lui-même que vous avez affaire, en comptant votre note comme dans votre clientèle courante, sans tenir compte forcément de toutes les précisions fournies ci-dessus par moi, celles-ci n'ayant trait qu'à un accident du travail, évidemment.

Dr F. DECOURT.

6.000. — Immobilisation par « tarlatane apprêtée »

Combien compter en accident du travail, l'immobilisation, au moyen d'un appareil en tarlatane apprêtée et conservé une quinzaine, d'une fracture incomplète de la région diaépiphysaire supérieure de l'humérus ?

Par analogie avec « appareillage provisoire... » il me semble qu'on puisse compter 100 francs.

Dr P.

Réponse

S'il n'y eut pas fracture à réduire, je ne vois pas comment vous pourriez compter une « réduction et contention de fracture ». Pour la même raison, je ne vois pas que vous puissiez compter un « appareillage provisoire de fracture, en vue d'une réduction ultérieure ». Je ne vois d'analogie à invoquer qu'avec « pansements rares d'ulcères variqueux à la colle de Unna ou appareillage silicaté : 30 francs (art. 16). »

Dr F. DECOURT.

6.005. — Plaie de doigt avec suture de tendon

Je viens de voir un accidenté du travail (assurance-loi de 1898) qui présente une plaie par coupure du pouce avec section du tendon extenseur de ce doigt. J'ai fait un sérum antitétanique purifié, en deux fois, suturé au catgut le tendon et la peau aux crins (cinq points) et régularisé lapeau. Que dois-je demander d'après le tarif accidents du travail ?

L'article 17 m'indique :

1° Suture simple de la peau 27 francs (non, car, en outre il y a eu suture du tendon).

2° Régularisation, épluchage et suture d'une plaie contuse superficielle ou d'une petite plaie de la main

ou du pied, 40 francs (non, car il y a eu suture tendineuse).

3° Régularisation, épluchage et suture d'une plaie contuse étendue et profonde n'intéressant ni les tendons ni les troncs nerveux, 100 francs (non, ne correspond pas).

4° Régularisation, épluchage et suture d'une plaie des doigts ou orteils avec sutures des tendons extenseurs ou lésions ostéo-articulaires 110 francs (il semble bien s'agir de mon cas mais l'intervention que j'ai faite semble plus simple, a été exécutée sans anesthésie ni locale ni générale et sur un seul tendon). Puis-je cependant compter pour cela 110 francs. Dois-je aussi compter en plus, suture de la peau 27 francs + 28 francs pour l'injection de sérum en deux fois ? Voudriez-vous me renseigner à ce sujet et m'établir la façon dont je dois rédiger la note d'honoraires pour cette consultation ?

Dr M.

Réponse

Vous avez à compter : 1° Régularisation, épluchage et suture d'une plaie des doigts avec suture des tendons : 110 francs (art. 17), mais non, en plus, la suture de la peau qui est partie terminale de l'intervention ci-dessus ; 2° Injection de sérum antitétanique (Besredka) : 27 francs.

Dr F. Decourt.

6.007. — Fracture ayant nécessité deux plâtres successifs

Appelé à donner mes soins, l'an dernier, à un accidenté du travail, pour « hémarthrose du genou, avec fracture du condyle interne du fémur, constaté radiographiquement », j'ai cru indispensable, après ponction de l'articulation, de faire un appareil plâtré.

Quinze jours après le genou ayant repris son galbe à peu près normal, le plâtre ayant pris du jeu, j'ai pensé qu'il était nécessaire de refaire mon plâtre.

Dans ma note à la Compagnie d'assurances, je portais donc : 1° contention d'une fracture de l'extrémité d'une cuisse (art. 18, §B), 275 francs.

2° Réfection plâtre ordinaire, 100 francs. La note s'élève à un total de 695 francs.

Or, la Compagnie d'assurances me réduit ma note d'honoraires à 420 francs. Elle porte comme raison que, « dans cette affaire, il ne s'agit pas de réduction et contention par appareil plâtré d'une fracture de cuisse, mais simplement d'un plâtre ordinaire tarifé 100 francs. D'autre part, elle ne comprend pas du tout l'utilité d'une réfection d'un plâtre quinze jours après. Et elle estime que la somme de 420 francs est parfaitement équitable et conforme au tarif ».

Or, la somme de 420 francs correspond à la différence des 275 francs que j'avais portés pour le premier appareillage.

D'autre part, il n'est pas spécifié, dans le tarif des accidents du travail, le cas d'un plâtre ordinaire

sauf le cas d'appareillage provisoire. Mais, alors dans ce dernier cas, l'appareillage définitif s'imposait.

Dois-je, en définitive, maintenir mes exigences ou bien accepter tout simplement le règlement proposé par la Compagnie ?

Dr S.

Réponse

S'il y eut « fracture du fémur » à un endroit quelconque et que vous ayez mis un plâtre, vous avez à compter « réduction et contention de fracture du fémur : 275 francs (art. 18) ». Si, quinze jours plus tard, vous avez dû retirer le premier plâtre et en refaire un deuxième, vous avez à compter, en l'espèce. «Réfection de plâtre ordinaire : 100 francs». Je ne comprends donc pas la réduction de votre note effectuée par la Compagnie et estime que vous n'avez pas à l'accepter.

Dr F. DECOURT.

---

b) Assurances sociales

6.056. — Déplacement unique compté plusieurs fois

Je vous serais reconnaissant de m'indiquer si je peux sans risque d'ennui de la part des Assurances sociales, marquer à chaque malade vu dans une même localité, en un matin, des kilomètres; étant donné que je me fais payer en conséquence. Autrement dit chaque fois que je vais à un certain village je groupe plusieurs visites ensemble, et chaque fois je marque sur la feuille de chaque assuré la distance kilométrique, étant donné que je la fais payer à chacun de mes clients. Les Caisses peuvent-elles parler d'abus ?

Dr L.

Réponse

Je ne comprends pas que vous fassiez payer à chaque client vu, dans la même matinée, le déplacement kilométrique total (soit 3, 4, 5 déplacements en tout, alors qu'en réalité vous n'en avez effectué qu'un seul). Mais ceci est une affaire personnelle dans laquelle je n'ai pas à m'immiscer. En tout cas, il m'apparaît certain qu'en matière d'assurances sociales, si une Caisse voit que vous comptez x déplacements complets pour x malades vus en même temps, alors que vous n'en avez fait qu'un seul, non seulement elle jugera qu'il y a eu « abus » mais vous risquez une plainte de sa part et de passer devant le Conseil de famille.

Dr F. DECOURT

5.816. — Adénopathie avec double localisation

Suite à ma précédente lettre au sujet du prix global en radiothérapie pour « adénopathie bénigne » avec deux localisations.

Le médecin-conseil de la Caisse, au cours d'un entretien verbal, paraît disposé à accepter K40 + K40. Mais comme le traitement n'est pas terminé, la solution définitive est en suspens.

D'autre part au cours d'une période militaire, j'ai rencontré le Docteur Bernier, de la Caisse interdépartementale et lui ai posé la question. Sa réponse est « $K40 \times K\frac{40}{2}$ », ce qui n'est pas K20 et fait, bénéficier le malade du coefficient K15. En ce qui me concerne, je trouve cette solution acceptable.

Dr N.

Réponse

En cas d'adénopathie bénigne avec double localisation, je n'avais pas été d'avis *a priori* de compter K40 + K40, mais j'avais ajouté que je faisais « publier ma réponse dans le *Concours* en sollicitant l'avis des confrères radiographes à ce sujet, car je suis loin de penser l'avoir résolu équitablement avec certitude ». Or, à défaut d'avis de radiographes, vous m'écrivez à nouveau pour me signaler que le Docteur Bernier, médecin-conseil de la Caisse interdépartementale est d'avis de compter, dans ce cas K40 + K20. Ayant la plus grande confiance dans les avis du Docteur Bernier que j'ai souvent l'occasion de rencontrer (fût-ce des deux côtés de la barricade), je ne saurais me montrer « plus royaliste que le roi » et j'accepte donc volontiers sa solution que je suivrai dorénavant en des cas semblables.

Dr F. Decourt.

6.059. — La tarification en K au sujet d'interventions multiples concomitantes

Je vous adresse ci-joint un dossier pour une affaire d'assurances sociales où la Caisse estime que la totalisation des K n'est pas conforme à la nomenclature.

Vous voudrez bien le soumettre au Docteur Decourt. Puisse cette affaire aider à éclaircir et surtout à solutionner cette question d'ordre général.

Il n'y a pas que les K qui appartiennent à une spécialité qui peuvent s'additionner, il y a aussi ceux de spécialités différentes.

Exemple : un urologiste met des sondes urétérales et pousse une injection opaque pour que le radiologiste prenne son cliché. Cela se traduit :

Injection pour pyélographie	URO	K16 Urologie
Système urinaire en un seul cliché	ER	K12 Radiographie
Total		K28

Si le malade est hospitalisé, ce K28 peut être remboursé à K 9,6 sinon il le sera à 6,4.

Si on prend les composants, il sera de toutes façons remboursé à 6,4. D'où la nécessité d'arriver à ce qu'il n'y ait qu'une seule valeur de K, qu'il y ait hospitalisation ou pas, qu'il s'agisse d'un acte au-dessus de K23 ou K39.

Dr G.

Réponse

Je ne puis vous répondre autre chose que ce que je disais à vous-même le 18 janvier dernier, à savoir :

1o Que la totalisation des K pour interventions pratiquées dans une même séance me paraît logique et équitable. Les deux modalités de remboursement suivant les interventions notées au-dessous de K40 et à partir de ce taux sont basées sur le fait que les Caisses doivent apporter à l'assuré un secours d'autant plus élevé que celui-ci se trouve en face d'un paiement de frais de traitement plus difficile à effectuer pour un malade de condition modeste.

2o Que ce qu'il a eu à payer soit pour une intervention simple supérieure à K40 ou pour une intervention complexe dons la totalité des K arrive à un chiffre supérieur à K40, c'est toujours une somme supérieure au taux de K40 qu'il a dû payer et dont le remboursement partiel effectué par la Caisse doit tenir compte.

3o Quant à compter les K à tarif plein, pour l'un et à demi-tarif pour les autres en cas d'interventions concomitantes, je ne puis que vous répéter que c'est ce qui se passe en matière d'accident du travail, et même en matière de tarif établi par les groupements médicaux eux-mêmes, en clientèle privée (Ex. : tarif des chirurgiens de la région parisienne). Mais que, néanmoins, en matière d'Assurances sociales, il n'y a aucun texte officiel le prescrivant.

Et je conclurai en disant qu'il y aurait lieu, pour l'intéressé, de se pourvoir au contentieux (en se basant sur l'art. 38 du décret-loi du 28 octobre 1935) devant la Commission d'arrondissement, dans un délai qui, d'après ce décret-loi n'était que, de dix jours, mais fut porté à trois mois d'après le décret-loi du 14 juin 1938.

Dr F. DECOURT.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

5.713. — Avantages des médecins de réserve instructeurs pour la préparation militaire

Comme abonné au *Concours Médical* je serais heureux de connaître les avantages que peuvent entraîner pour un officier des réserve les fonctions d'instructeur dans une société agréée pour la préparation militaire.

Y a-t-il un nombre de séances minimum par année ?

Comment se comptent les points et comment se transforment-ils éventuellement en annuités ?

Dr G.

Réponse

Les officiers de réserve prenant une part effective, en qualité d'instructeur pour la préparation militaire dans les société agréées sont notés de 10 à 20 par les Directeurs régionaux de la préparation militaire, d'après l'importance de leur service et la qualité des résultats obtenus et sous réserve d'avoir dirigé au moins vingt séances dans l'année. Ces notes numériques se transforment en annuités ou demi-annuités pour la Légion d'honneur, mais jusqu'à concurrence d'un maximum fixé chaque année par le ministre.

A noter que si cet avantage est réel, il ne peut jamais accroître d'une façon notable les annuités dans leur nombre.

6.010. — Pas de limite d'âge pour la réquisition des médecins civils

1° Le décret-loi qui régit l'organisation de la Nation en temps de guerre prévoit-il une limite d'âge pour la mobilisation des médecins civils (défense passive) alors que ces médecins sont rayés des cadres et dégagés de ce fait de toute obligation militaire.

2° Si une limite d'âge n'est pas prévue, sera-t-il tenu compte des aptitudes physiques de l'intéressé ; et, par exemple, un médecin âgé de 55 ans et qui, depuis trois ans, a dû, pour raisons de santé, cesser toute clientèle et prendre sa retraite sera-t-il quand même repris pour la défense passive ?

Dr B.

Réponse

Aucune limite d'âge n'est prévue pour la réquisition des médecins civils ; seule une incapacité physique absolue peut les en dispenser.

Pareille réquisition ne dépend pas de l'autorité militaire ; elle est exercée par le Préfet.

FISCALITÉ

5.931. — Date d'application de la contribution nationale de 2 pour 100

Je vous serais très obligé de bien vouloir me faire savoir si la taxe de 2 % dite « Contribution nationale extraordinaire » et instituée par décret, en novembre dernier, est applicable aux recettes de l'année entière.

Je viens de recevoir ma feuille d'imposition, et la taxe de 2 % est appliquée au total de la déclaration que j'ai établie en février dernier pour toute l'année 1938.

D^r^ A.

Réponse

La contribution nationale de 2 % a été instituée par le décret-loi du 12 novembre 1938 modifié par la loi du 31 décembre 1938 et décret du 11 janvier 1939.

Cette taxe est applicable aux salaires touchés à compter du 23 janvier 1939.

Mais, pour toutes les autres cédules dont on ne connaît les résultats qu'en fin d'année la taxe est applicable aux bénéfices de l'année précédente, c'est-à-dire ceux de 1938.

A. et S. MARTINOT
Conseillers fiscaux

5.885. — Calcul de la contribution nationale de 2 pour 100

J'ai reçu du Contrôleur une note me demandant d'effectuer le versement que j'ai dû faire sur les gages de ma domestique femme pour la contribution nationale extraordinaire.

Est-ce régulier ? et de combien est cette retenue si je suis obligé de la faire ?

Dr G.

Réponse

La retenue de la contribution nationale extraordinaire de 2 % doit être faite sur le montant net des salaires après déduction de la cotisation ouvrière aux Assurances sociales. De ce chiffre on déduit ensuite le 10 % pour frais professionnels et c'est le chiffre ainsi obtenu qui est soumis au 2 %. Mais, il n'y a a pas lieu d'appliquer la retenue aux salaires dont le montant net ramené à l'année n'excède pas 6.000 francs et 7.000 francs si l'intéressé est un assuré social.

En admettant que vous donniez 400 francs de gages mensuels à votre domestique moins la cotisation ouvrière aux Assurances sociales, cela fait :

400 moins 4 % égal	384 fr.
moins 10 % frais professionnels	38 fr.
Salaire net mensuel	346 fr.

Salaire net annuel 346 × 12 = 4.152 francs.

Ce chiffre est nettement inférieur au minimum imposable puisque les avantages en nature (logement, chauffage, éclairage, nourriture, etc.) sont exonérés de ladite contribution.

Répondez donc dans ce sens au Contrôleur et s'il n'accepte pas donnez-nous son adresse et le montant des salaires versés à votre domestique, et de la cotisation aux Assurances sociales. Nous nous mettrons en rapport avec ce fonctionnaire.

A. et S. M.

6.063. — Base de la patente

En qualité de membre du Sou Médical, j'ai recours à votre obligeance pour vous demander quelques éclaircissements sur mes feuilles d'impôt.

Le loyer de ma maison est de 4.000 plus les impôts (bail enregistré). Celui de mon garage est de 720 (convention verbale).

Pourquoi la valeur locative de ma maison est-elle de 1.500 et celle de mon garage est-elle 720, prix exact du loyer ? Qu'est-ce que la valeur locative ?

N'y a-t-il pas une erreur, car il me semble tout de même extraordinaire de payer 461 francs d'impôt à titre de patente pour un garage que je loue 720 francs ?

Voulez-vous avoir la bonté d'éclairer l'intelligence d'un jeune contribuable, encore peu familiarisé avec ces chinoiseries fort coûteuses ?

Dr W.

Réponse

La patente ne frappe que la valeur locative des locaux professionnels. Ces derniers ont été évalués à la somme de 1.500 francs tandis que vos locaux personnels sont estimés à 2.500 francs puisque la valeur locative totale de votre maison s'élève à 4.000 francs. Votre garage doit être soumis à la patente sur sa valeur locative totale ; dans le cas de garage privé, il n'existe pas de pièce mixte pour cet impôt, si bien que si votre voiture sert également à votre usage personnel, la patente doit porter sur le loyer total. Dans le cas de garage public la base de la patente est évaluée à 60 % du loyer annuel demandé par le garagiste. Les 40 % autres représentant en principe le remboursement de services tels que : l'eau l'électricité et la garde, redevances ne devant pas être soumises à la patente.

Dans ce dernier cas la patente devrait être établie ainsi : 720 × 60 = 432 francs. Nous sommes à votre disposition pour vous rédiger une demande en réduction.

A. et S. M.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg .	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro..........	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

AVIS IMPORTANT

Les petites annonces sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux ne permettant leur insertion que quarante-huit heures après leur réception. Lesdites petites annonces ne devront comporter aucun nom de ville, ni aucune abréviation. Le Journal se réserve, par ailleurs, le droit de supprimer toutes les annonces qui lui paraîtraient douteuses.

N° 286. — Gironde. Cause repos cherche chirurgien associé catholique français pour cession partielle ou totale. Clinique orthopédique et chirurgie. Affaire sérieuse.

N° 287. — On demande médecin non mobilisable. médecine générale et accouchement, pour remplacer confrère de l'Allier pendant les hostilités. Conditions à débattre.

N° 288. — Médecin lyonnais non mobilisable, meilleures références et expérience professionnelle, remplacerait confrère mobilisé durant les hostilités, rendrait clientèle après. Seules conditions : logement 3 personnes, rétribution honoraires encaissés, dépenses courantes au remplaçant.

N° 289. — Dame secrétaire dactylo recherche occupation dans laboratoire ou similaire.

N° 290. — Docteur mobilisé demande pour la durée de la guerre confrère non mobilisable et marié possédant auto. Laisserait belle maison située en dehors du village. Pyrénées-Orientales, avec jardin d'agrément et potager. Petit rayon.

N° 291. — Médecin mobilisé cherche confrère pouvant assurer remplacement. Petite ville du centre, de préférence auto personnelle. Bonne pratique accouchements et petite chirurgie. Bonne santé et activité indispensable.

N° 292. — Seine-Inférieure. Docteur mobilisé, louerait sa maison à docteur âgé, voulant exercer à la campagne, poste de demi-repos, logement très agréable, tout confort.

N° 293. — Docteur non mobilisable remplissant conditions nécessaires, permis de conduire. Urgence.

N° 294. — On demande un spécialiste, yeux, nez gorge, dans l'Ouest pour la durée de la guerre.

N° 295. — Médecin français 60 ans, non mobilisable, demande pour la durée de la guerre, gérance cabinet de consultations, médecine générale, ou voies respiratoires, ou appareil digestif. Ville sud-ouest ou Midi.

N° 296. — Docteur français, 30 ans, ancien interne hôpital province, non mobilisable, obligé de quitter son poste médical situé à proximité de la frontière, remplacerait confrère dans grande ville, région indifférente. Très au courant médecine générale.

Renseignements

Exercice de la médecine en temps de guerre

Décret du 11 septembre 1939 relatif à l'exercice de la profession médicale en temps de guerre

RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 11 septembre 1939,

Monsieur le Président,

L'autorité sanitaire civile a à assurer, en temps de guerre, une tâche particulièrement lourde. Afin de maintenir le bon état physique et moral des populations, si important tant en lui-même, que par les répercussions heureuses qu'il exerce sur les armées, elle doit assurer, dans des conditions difficiles, le fonctionnement des services d'hygiène et d'assistance. Il lui appartient, en outre, de veiller à ce que les réfugiés et les victimes des bombardements aériens reçoivent tous les soins nécessaires.

Sans doute, l'aide très précieuse du service de santé militaire lui est-elle acquise, mais elle n'a, en propre, à sa disposition que le personnel médical laissé libre par la mobilisation de l'armée et de la marine, se trouvant privée par là même du concours de nombreux médecins comptant parmi les plus jeunes et les plus valides.

Au moins convient-il, dans ces conditions, qu'elle ait complètement en mains ce personnel réduit et qu'elle puisse l'employer au mieux des besoins et des circonstances. Une réquisition collective de tous les médecins disponibles, conformément au principe posé par les articles 14 à 19 de la loi du 11 juillet 1938, a seule paru la solution la meilleure pour obtenir ce résultat.

Afin d'augmenter encore le nombre des médecins utilisables, il a semblé possible d'appliquer les mêmes dispositions aux femmes médecins.

En outre, des mesures spéciales ont été prévues pour les praticiens étrangers, ressortissant de pays alliés ou neutres, en vue de sauvegarder les intérêts de leurs collègues français.

Enfin, le projet de décret qui vous est soumis a pour dernier objet de régler la situation des médecins en temps de guerre, notamment au point de vue de leur rémunération.

Si vous en approuvez la teneur, nous vous serions très obligés de bien vouloir la revêtir de votre signature.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'hommage de notre respectueux dévouement.

Le président du Conseil, ministre de la Défense nationale et de la Guerre,
Edouard DALADIER.

Le ministre de la Santé publique,
Marc RUCART.

Le ministre des Finances,
Paul REYNAUD.

Le ministre des Affaires étrangères,
Georges BONNET.

Le ministre de l'Intérieur,
Albert SARRAUT.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du Président du Conseil, ministre de la Défense nationale et de la Guerre, du ministre de la Santé publique, du ministre des Finances, du ministre des Affaires étrangères et du ministre de l'Intérieur,

Vu la loi du 11 juillet 1938 sur l'organisation de la nation en temps de guerre et le décret du 18 novembre 1938 sur l'exécution du droit de réquisition,

Vu la loi du 19 mars 1939, tendant à accorder au Gouvernement des pouvoirs spéciaux ;

Le Conseil des ministres entendu,

Décrète :

ART. 1er. — A la mobilisation ou dans les cas prévus à l'article 1er de la loi du 11 juillet 1938, les médecins non mobilisables et les femmes médecins, de nationalité française, ou ressortissants français, sont à la disposition du ministre de la Santé publique pour les besoins de la population civile et tenus sans ordre spécial, de continuer sur place l'exercice de leur profession, ou de rejoindre tout autre poste qui pourrait leur être assigné.

Art. 2. — Les médecins chargés des soins à la population civile hospitalisée ou non sont rémunérés dans les mêmes conditions qu'en temps de paix ; ils continuent, notamment, à recevoir les honoraires de la clientèle, ainsi que des collectivités publiques pour le traitement des malades à la charge de ces collectivités.

S'ils sont appelés à exercer hors de leur domicile ils ont droit au logement.

Art. 3. — Les médecins chargés de façon intermittente d'un service public, reçoivent une rémunération calculée sur la base de vacations, dont le montant est fixé par arrêté du ministre de la Santé publique et du ministre des Finances.

Exceptionnellement, les médecins chargés d'un service public permanent, à l'exclusion de tout exercice de la clientèle, ont droit à un traitement égal au traitement de début des médecins de sanatoriums publics. S'ils remplacent un médecin fonctionnaire, ils bénéficient du traitement de début et, éventuellement, des indemnités attachées à la fonction.

Art. 4. — Dans les cas prévus à l'article 1er, les médecins ressortissants de pays alliés ou neutres régulièrement autorisés à exercer leur profession en France, en application de la loi du 26 juillet 1935, qui n'auraient pas souscrit l'engagement prévu à l'article 19 de la loi du 11 juillet 1938, devront, pour continuer l'exercice de leur art, obtenir l'autorisation du préfet du département de leur résidence.

Art. 5. — Les médecins visés à l'article 1er ci-dessus doivent, en temps de paix, notifier immédiatement tout changement de domicile à la préfecture de leur ancienne résidence.

Art. 6. — Pour toutes les questions qui n'ont pas été réglées par les dispositions qui précèdent, est applicable le décret du 28 novembre 1938 sur les réquisitions.

Art. 7. — Les médecins déplacés par ordre, dans les conditions de l'article 1er, *in fine*, ne pourront, pendant un délai de cinq ans à compter de la date de cessation des hostilités, exercer leur art dans la localité où ils ont été envoyés et dans un rayon de 20 kilomètres autour de cette localité.

Art. 8. — Les infractions aux dispositions du présent décret sont passibles des sanctions portées à l'article 31 de la loi du 11 juillet 1938.

Art. 9. — Un décret fixera, s'il y a lieu, les conditions d'application du présent décret, qui sera soumis à la ratification des Chambres, conformément aux dispositions de la loi du 19 mars 1939.

Art. 10. — Le président du Conseil, ministre de la Défense nationale et de la Guerre, le ministre de la Santé publique, le ministre des Finances, le ministre des Affaires étrangères et le ministre de l'Intérieur sont chargés de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Journal Officiel*.

(*J. O.*, 12 septembre 1939.)

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de chirurgie.**— L'Académie de chirurgie reprend ses séances à son siège habituel, 12, rue de Seine, le mercredi 20 septembre à 15 h. 30. Son bureau provisoire est constitué de la manière suivante : président, Hartmann ; secrétaire général, Mondor ; secrétaire des séances, Houdard. Elle siégera au début tous les quinze jours.

— **Hôpitaux de Paris.** — Les services de chirurgie sont ou vont être supprimés dans les hôpitaux suivants : Pitié, Cochin, Necker (adultes), Lariboisière, Maison Dubois, Broca, Ambroise-Paré, Petits-Ménages, Trousseau, Ivry et Saint-Louis (enfants).

— **L'Association française des femmes médecins** communique :

Les femmes médecins sont instamment priées d'adresser d'urgence à la vice-présidente de l'Association, Docteur Dreyfus-Sée, 12, avenue Pierre-Ier de-Serbie, une note indiquant :

1° Leur spécialisation ; 2° leur affectation principale si elles en ont une ; 3° le temps libre dont elles disposent ; 4° la région où elles préfèreraient être utilisées.

— **Un appel de l'Alliance nationale en faveur des familles nombreuses.** — Les familles nombreuses évacuées et celles dont le chef est mobilisé sont bien souvent dans une situation difficile, car, en raison du peu d'élasticité de leur budget, la plupart d'entre elles ne possèdent ni économies, ni réserves de vivres ou de vêtements.

L'Alliance nationale contre la dépopulation demande à tous les Français de seconder personnellement les pouvoirs publics pour que les mères de famille nombreuse disposent de tout le nécessaire pour subvenir aux besoins de leurs enfants. Elle reçoit elle-même avec reconnaissance tous les dons qui lui sont adressés, pour soulager des familles nécessiteuses, après enquêtes méthodiques sur leur compte, comme elle l'a fait de 1914 à 1918. Envoyer les dons, 217, faubourg Saint-Honoré, Paris (VIIIe), chèques postaux : Paris, 152-17.

— **Le Centenaire de Clemenceau.** — Un Comité s'est constitué à Paris en vue de la célébration du centenaire de notre grand confrère, le Docteur Georges Clemenceau.

— **Naissances.** — Le Docteur et Madame François Caby nous font part de la naissance de leur fils *Jean.*

Paris, 21, boulevard Saint-Germain, 12 août 1939.

— Le Docteur et Madame Moskovtchenko, nous annoncent la naissance de leur cinquième fils *Nicolas-Alexandre.*

Tarare, le 30 juillet 1939 et Violay (Loire).

— Le Docteur et Madame André Hau font part de la naissance de leur fils *Jean.*

Méru (Oise), le 7 août 1939.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Hôpitaux psychiatriques

M. le Docteur Leconte, reçu au concours des hôpitaux psychiatriques en 1938, a été nommé médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Maréville (Meurthe-et-Moselle), en remplacement de M. le Docteur Aubry, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Mme le Docteur Leconte, reçue au concours des hôpitaux psychiatriques en 1938, a été nommée médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Lorquin (Moselle), en remplacement de M. le Docteur Hedouin, affecté à l'hôpital psychiatrique du Mans.

M. le Docteur Mathon, reçu au concours des hôpitaux psychiatriques en 1939, est nommé médecin chef de service à l'asile privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique public de Saint-Jean-de-Dieu, à Lyon, en remplacement de M. le docteur Devay, atteint par la limite d'âge.

(*J. O.*, 7 septembre 1939.)

Inspection médicale d'hygiène

Par arrêté du ministre de la Santé publique en date du 21 août 1939, M. le Docteur Berger, directeur du bureau municipal d'hygiène du Mans, a été nommé inspecteur départemental d'hygiène du Doubs. (*J. O.*, 9 septembre 1939.)

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

Paiement par la Caisse d'Assurances sociale de sa participation dans les frais d'hospitalisation.

10.033. — M. Le Poullen demande à M. le ministre du Travail : 1º dans le cas où un établissement hospitalier n'a pas de convention avec une Caisse d'assurances sociales, par quelles voies cet établissement peut-il récupérer, sur la Caisse, la part des frais d'hospitalisation qui incombent à celle-ci pour les assurés sociaux notoirement indigents ; 2º si la collectivité départementale ou communale, qui a la charge de faire hospitaliser ses assurés sociaux indigents, est en droit d'exercer un recours contre la Caisse primaire à laquelle est affilié le malade hospitalisé. (*Question du* 30 *juin* 1939.)

Réponse. — L'absence de convention entre un établissement qui traite un assuré social indigent et la Caisse à laquelle il est affilié ne saurait mettre obstacle au payement direct par la Caisse à cet établissement, de la participation dont elle est débitrice, pour les frais afférents à l'hospitalisation. L'obligation de ce payement direct est inscrite, en effet, expressément et sans réserve, dans l'article 19, paragraphe 3, du décret-loi du 28 octobre 1935 modifié par le décret-loi du 14 juin 1938. Il résulte de ce qui précède qu'en cas de non payement par la Caisse, l'établissement hospitalier n'est pas fondé à se retourner contre la

collectivité d'assistance. C'est à lui-même qu'incombe le soin de poursuivre la Caisse débitrice devant la Commission d'arrondissement instituée par l'article 36 du décret-loi précité. Toutefois, il ne peut en être ainsi que s'il s'agit d'un établissement légalement tenu de recevoir des malades indigents. Au contraire, dans les cas où il s'agit d'un établissement privé qui a reçu un malade indigent — et dans l'hypothèse où son admission a été ordonnée ou ratifiée par le service d'assistance — il semble que ce service soit tenu de garantir à cet établissement le payement des frais engagés et de se substituer à lui ultérieurement, s'il y a lieu, dans le recours qu'il serait dans la nécessité d'intenter contre la Caisse défaillante.

(*J. O.*, 5 septembre 1939.)

Le prix d'une ceinture de grossesse est remboursé dans les conditions de l'assurance-maladie.

10.112. — M. Joseph BASTIDE demande à M. le ministre du Travail si une ceinture de grossesse (appareil orthopédique) est comprise dans l'indemnité donnée pour l'accouchement ou si elle doit faire l'objet d'une indemnité particulière ; en un mot, si l'indemnité d'accouchement est forfaitaire et dans quelle limite. (*Question du 20 juillet* 1939.)

Réponse. — Le tarif des prestations en nature de l'assurance maternité comprend : 1° les prestations prénatales destinées à couvrir le prix des consultations obstétricales durant la grossesse ; 2° une prestation destinée à couvrir les frais de l'accouchement proprement dit ; 3° les prestations post-natales destinées à couvrir le prix des consultations maternelles et de nourrissons. Si l'état d'une assurée sociale, ou femme d'assuré, nécessite le port d'une ceinture de grossesse, le prix de cet appareil ne pourra être remboursé que dans les conditions de l'assurance-maladie. En aucun cas, son prix ne se trouve compris dans l'une des trois prestations de l'assurance maternité susvisées.

(*J. O.*, 5 septembre 1939.)

Communication de renseignements administratifs à un Président de Syndicat. Attributions de la Commission départementale de contrôle de l'Assistance médicale gratuite

5.489. — M. Emile VINCENT, sénateur, demande à M. le ministre de la Santé publique : 1° si un président de syndicat de pharmaciens a le droit de demander au Préfet le relevé des dépenses annuelles médicales et pharmaceutiques, de 1930 à 1938, pour les fournitures de médicaments et de soins aux bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite, dans le but de soumettre aux membres de son syndicat la progression des dépenses et des abus, de leur signaler tout ce qui ne correspond pas aux conditions d'un exercice loyal et honnête de la profession et d'étudier les moyens à mettre en œuvre pour mettre fin aux abus et coordonner les divers contrôles ; 2° si le Préfet est fondé à

refuser cette communication en invoquant que les attributions de la Commission départementale de contrôle de l'A. M. G. dont le président fait partie, ont été parfaitement délimitées, et en opposant que le contrôle indispensable ressortit uniquement aux attributions de la Commission départementale et du Conseil général. (*Question du* 20 *juin* 1939.)

Réponse. — La qualité de président du Syndicat de pharmaciens ne donne aucun autre droit que celui que tout citoyen tient de sa qualité de contribuable.

A ce dernier titre, il peut obtenir communication des renseignements qui figurent au compte administratif du département au sujet des dépenses d'assistance.

Conformément aux prescriptions du règlement-modèle de l'assistance médicale gratuite, la Commission départementale de contrôle de l'assistance médicale gratuite a pour seule attribution la vérification de mémoires produits par les médecins et pharmaciens, et le contrôle médical technique de l'application de la loi du 15 juillet 1893, à l'exclusion de toute attribution comptable ou financière.

(*J. O.*, 3 septembre 1939.)

SERVICE DE SANTÉ

Réserve

Par décision du 30 août 1939, les élèves officiers de réserve (médecins) ci-après désignés, sont nommés au grade d'aspirant de réserve, à compter du 5 septembre 1939, et sont maintenus dans leur affectation actuelle :

Au grade de médecin aspirant

Calais, 1re sect., inf. milit. ; Debusschère, 2e sect. inf. milit. ; Guy, 4e sect. inf. milit. ; Tostivint, 6e sect. inf. milit. ; Tricot, 7e sect., inf. milit. ; Grioli, 15e sect. inf. milit. ; Gayral, 33e sect., inf. milit.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 5 septembre 1939, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

MM. les Docteurs :

13.892 Dutour, à Montignac (Charente). Parrains Docteurs Charrier et Barret.

13.893 Chastigneux, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). Syndicat médical de Seine-et-Oise).

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours suivant la présente publication. (Art. 5 des Statuts).

Voir la suite page XXXIII-2319

PROPOS DU JOUR

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR L'IMMIGRATION AVEUGLE EN FRANCE ET SES DANGERS

Une centaine de peuples de races différentes font depuis l'origine contribué peu ou prou à ormerla nation française. La fusion de ces éléments, grâce à un solide fond celtoligure qui n'a cessé de prédominer, joint à la culture gréco-latine, a fait de ce mélange un tout harmonieux. A l'heure actuelle, comme à l'époque du Haut Moyen-Age, mais d'une façon différente, la France devient un pays d'immigration. Si tous les éléments de cette immigration étaient sains et assimilables, nous ne pourrions qu'applaudir à leur arrivée, car ils combleraient les vides que la dénatalité menace de créer dans notre pays. Mais parmi les trois ou quatre millions d'étrangers qui sont réfugiés en France, il y a une forte proportion d'indésirables, d'inassimilables et il serait sage de suivre les conseils que René MARTIAL a développés dans son excellent livre: *La Race française* et d'adopter une politique de l'immigration.

La profession médicale qui exige, à la fois, un niveau intellectuel et un niveau moral assez élevé, est un exemple typique des défauts de ce laisser-aller adopté jusqu'ici par les Pouvoirs publics dans l'accueil de ces immigrants.

Avant la guerre, nous nous plaignions déjà de la faveur dont jouissaient quelques médecins étrangers, venus pour s'installer en France. Autorisés à exercer avec des diplômes qui étaient assimilés au diplôme français de docteur en médecine, n'étant pas soumis aux obligations militaires, ils étaient nettement favorisés et ce libéralisme excessif de notre pays, incitait nombre de médecins étrangers dont le pays d'origine était pauvre, de venir s'asseoir au foyer si hospitalier de notre douce France.

Après la guerre ce fut bien autre chose, nous vîmes déferler sur notre pays, une vague de réfugiés que les événements politiques et les troubles sociaux chassaient de leurs pays d'origine. Les intellectuels, et surtout les médecins, formaient parmi eux un important contingent. Russes blancs, Arméniens, Israélites de l'Orient de l'Europe, Allemands, Italiens, Espagnols, etc., envahirent en foule nos Universités et se fixèrent dans nos villes et même dans nos campagnes. Les pays sous mandat français, nos protectorats, nos colonies augmentèrent sensiblement ce contingent : les Syriens, les Tunisiens, même les Indochinois et les Malgaches vinrent compléter leurs études en France et, trouvant la vie plus agréable et plus facile que dans leur pays natal, plusieurs n'hésitèrent pas à s'installer chez nous où les médecins sont en surnombre, tandis que chez eux ils ne suffisent pas à répondre aux besoins des populations. Cette situation avait fini par devenir dangereuse et, à la requête de nos Syndicats, les Pouvoirs publics cherchèrent par des lois et des règlements à y mettre un terme.

Il est intéressant de remonter dans l'histoire et de rechercher si, dans les siècles passés, l'immigration ne présenta pas un caractère analogue. A l'époque de Catherine de Médicis et surtout de Marie de Médicis, il y eut à la Cour un afflux de florentins qui ne furent pas tous désirables et mirent, comme Concini, le trésor en coupe réglée. mais cette immigration ne dépassa guère les limites de la Cour.

Les autres immigrations, telle que celle de Néerlandais, appelés par Henri IV, pour dessécher les marais de la Charente, n'eurent pas une grande importance et donnèrent de bons résultats.

Au Ve siècle et pendant les siècles suivants, l'envahissement des barbares modifia certes la population de la Gaule. Mais à part les Francs et les Normands, ils ne laissèrent pas de traces durables. D'ailleurs ils étaient beaucoup moins nom-

breux que nous ne nous le figurons. Leur conversion au christianisme contribua à leur assimilation assez rapide. A ce moment-là l'Empire romain en pleine déliquescence, n'avait de romain que le nom et depuis longtemps c'étaient des étrangers qui maintenaient le prestige de Rome et formaient la totalité des légions de ses armées.

C'est à l'époque de l'apogée de l'Empire, au IIe siècle de notre ère que nous assistons à une immigration assez analogue à celle que nous constatons en France aujourd'hui, bien que beaucoup plus accentuée. Nous en trouvons l'exposé dans le très intéressant ouvrage de M. Jérôme Carcopino, de l'Institut : *La vie quotidienne à Rome à l'apogée de l'Empire.*

La dénatalité et la dépopulation sévissaient à Rome depuis l'époque d'Auguste. Cet empereur avait tâché d'y remédier par des lois mais elles se montrèrent inefficaces. On para à ce danger en affranchissant des esclaves, prisonniers de guerre qui provenaient d'un peu tous les pays, surtout d'Orient. On procéda aussi à des naturalisations massives, tantôt attribuées à toute une classe d'auxiliaires démobilisés, comme nous le faisons actuellement pour les indigènes de nos colonies qui ont servi la France, tantôt en donnant la citoyenneté romaine à toute une collectivité municipale qui était convertie en colonie honoraire.

Ces nouveaux citoyens ne provenaient pas seulement d'Italie mais des quatre coins de l'Univers. Beaucoup étaient des Syriens et Juvénal parlait de la boue torrentielle de l'Oronte qui se déversait dans le Tibre. D'ailleurs ces immigrés, citoyens de fraîche date, devenaient tout aussitôt xénophobes par crainte d'un nouvel afflux de leurs compatriotes, dangereux concurrents.

Ceux qui critiquaient l'immigration n'étaient pas Romains. Si Juvénal était Campanien, Martial était Aragonais et Pline le Jeune venait de la Gaule cisalpine, des bords du lac de Côme. La grande majorité des sénateurs était de provenance gauloise, espagnole, africaine ou asiatique. Les empereurs eux-mêmes et les plus célèbres étaient étrangers ; Trajan et Hadrien venaient de Bétique (Espagne) ; Antonin le Pieux était originaire de Nîmes ; le César Claudius Albinus de Sousse en Afrique ; Septime Sévère de Leptis Magna en Tripolitaine. 80 pour 100 des habitants de Rome provenaient d'un affranchissement plus ou moins ancien. Il ne restait qu'une seule famille patricienne des 45 familles aristocratiques restaurées par Jules César.

Le cabinet de l'Empereur à qui incombait l'Administration centrale de l'Empire, était constitué sous Claude par des esclaves et sous Trajan par des affranchis.

Telle était la situation de Rome au IIe siècle, alors que l'Empire était à son apogée, et tous ces immigrés depuis l'Empereur jusqu'au dernier affranchi servaient non seulement avec loyauté mais avec fierté cette Rome glorieuse où ils ne se sentaient nullement étrangers.

Les médecins étaient tous des Grecs, esclaves ou affranchis. Nous avons reproduit, il y a quelques années, une inscription lapidaire sur une colonne élevée en l'honneur d'une cohorte de vigiles, soldats qui assuraient à Rome le service des pompiers. La liste des centurions, gravée sur la colonne, était suivie de quatre noms de médecins, attachés à la cohorte. Ces quatre noms étaient grecs. A cette époque les médecins militaires d'une cohorte de vigiles, étaient grecs et avaient rang d'officiers, étant assimilés aux centurions dont le grade correspondait à peu près à celui de capitaine dans notre armée.

Malgré cette invasion d'immigrés qui avait commencé bien avant le IIe siècle et qui ne fit que s'accroître à la suite, Rome et son Empire subsista trois siècles et eut des périodes encore prospères. Néanmoins ce fut un prélude de la décadence.

Nous n'en sommes pas encore réduits là, mais il appartient aux Pouvoirs publics d'y veiller.

L'immigration surveillée et bien dirigée peut contribuer à notre salut ; laissée au hasard ou favorisée par un libéralisme aveugle, elle nous entraînera inéluctablement à la décadence Nous sommes bien certains que pas un médecin français ne nous contredira.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

DEUX TUMEURS DU SEIN CONSÉCUTIVES A UN TRAUMATISME UNIQUE

Par M. le Docteur Hardouin

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Rennes

Les relations existant entre les traumatismes et le développement consécutif de tumeurs ont été de tout temps admises par le public, et beaucoup de nos malades, en particulier pour le cancer du sein font état de quelque violence antérieure dont nous n'avons dans l'immense majorité des cas à tenir aucun compte. On sait trop la fréquence des traumatismes variés invoqués dans la genèse des maladies les plus diverses : tuberculose, ostéomyélite, etc... Presque toujours il nous est facile d'affirmer qu'il n'existe aucun rapport de cause à effet entre la violence, souvent mal établie, subie par le malade et l'apparition de la tumeur soumise à notre examen.

En ce qui me concerne, bien rares sont les cas où le doute pouvait être permis ; les conditions requises, nécessaires pour entraîner la conviction faisant presque toujours défaut.

Cependant dans la question encore si mystérieuse de la pathogénie des tumeurs, je crois qu'il serait imprudent de repousser d'emblée le rôle déterminant du traumatisme dans l'éclosion de certaines néoplasies, si exceptionnel qu'il puisse paraître.

Des faits bien observés valent mieux que des théories. C'est ce qui m'a engagé à rapporter les deux observations suivantes :

Obs. I. — Mlle V..., âgée de 43 ans, couturière, entre le 8 novembre 1937 dans mon service de l'Hôtel-Dieu de Rennes, salle Notre-Dame, lit numéro 7.

Elle m'est envoyée par son médecin traitant pour une petite tumeur du sein gauche.

La malade me raconte l'histoire suivante :

Il y a trois mois elle était occupée à casser du bois avec une hachette, quand à la suite d'un faux mouvement, un volumineux éclat, de la longueur du bras et de la grosseur du poignet vint la frapper avec violence par son extrémité au niveau du sein gauche, à la partie basse du cadran inféro-externe. La malade ressentit une violente douleur, eut la sensation de perdre connaissance, et fut obligée d'abandonner son travail.

Les jours suivants elle constatait au point lésé une ecchymose de 5 à 6 cm. de diamètre, douloureuse au toucher. Tout paraît peu à peu rentrer dans l'ordre, mais un mois ou six semaines plus tard elle s'aperçut qu'il existait exactement au point contus une petite tumeur dure, des dimensions du bout du doigt et un peu sensible à la pression.

Elle consulta un premier médecin qui lui conseilla d'attendre, mais ayant constaté au bout de quelques semaines une certaine augmentation de la grosseur, elle alla voir un autre médecin qui l'engagea à entrer à l'hôpital.

Actuellement, 8 novembre 1937, trois mois après l'accident, je constate :

Le sein gauche à première vue apparaît normal. Il estl un peu volumineux et ne se différencie en rien du sein droit.

Mais la palpation me permet de reconnaître la présence d'une petite tumeur dure, des dimensions d'un haricot siégeant dans le quart inféro-externe de la mamelle au ras du pli sous mammaire et aux limites mêmes de la glande.

C'est exactement en ce point me dit la malade qu'elle a été frappée.

La tumeur est de consistance très ferme de forme ovalaire, à surface régulière. Elle est mobile sous la peau. Tout d'abord elle donne l'impression d'un adénome. Cependant par un examen plus attentif je constate qu'elle n'est pas absolument indépendante de la glande malgré sa mobilité relative.

Pas de trouble du côté du mamelon.

La pression serait un peu douloureuse aux dires de la malade. La palpation de l'aisselle ne permet pas d'y percevoir de ganglions.

J'hésite un peu dans le diagnostic. La malade affirme qu'auparavant elle ne portait aucune tumeur à cette place. L'aspect clinique rappelle bien celui d'un adénome mais cette affection apparaît rarement à 43 ans et la non-indépendance absolue de la lésion avec la glande me fait pencher plutôt pour une tumeur maligne au début.

Par ailleurs l'état de santé de cette femme a toujours été excellent. Sa mère est morte à 57 ans d'une maladie de cœur, et son père à 72 ans d'une maladie de foie sur laquelle elle ne peut nous donner aucun détail.

Je me décide donc à intervenir mais je crois cependant prudent de pratiquer d'abord l'exérèse seule de la tumeur aux fins d'examen histologique.

Le 12 novembre ablation au bistouri électrique. La section de la tumeur faite après l'opération pour prélè-

vement d'un fragment pour le laboratoire me donne tout à fait l'impression qu'il s'agit d'un cancer.

Voici la réponse de l'examen histologique (Prof. Chevrel) « La tumeur est constituée par l'existence de nombreuses travées épithéliales néoplasiques tapissant des cavités irrégulières creusées dans le tissu conjonctif. Ces travées sont formées d'une ou plusieurs couches de tissu cylindrique, extrêmement atypiques et au niveau desquelles on observe de nombreuses mitoses. La trame est constituée par du tissu conjonctif formant entre les travées néoplasiques des septa extrêmement minces et richement vascularisés.

Le diagnostic histologique est celui d'épithélioma mammaire atypique. »

Quelques jours plus tard, ablation totale du sein, et curage de l'aisselle.

Guérison rapide sans complications.

Obs. II. — Mlle G..., âgée de 41 ans, jouit d'une très bonne santé habituelle. En glissant sur le parquet de sa chambre elle tombe brutalement sur l'angle aigu d'une table qui l'atteint au niveau du sein gauche un peu au-dessus et en dehors de l'aréole. La douleur est violente, presque syncopale, et la malade est obligée de cesser son travail.

Je la vois le lendemain. Elle présente au niveau du point contus une ecchymose noirâtre qui s'étale sur une partie du sein et qui mesure environ cinq à six centimètres de diamètre. La palpation est un peu douloureuse et il existe au centre de la région ecchymotique un léger empâtement dû à l'infiltration diffuse des tissus.

La malade est très effrayée par la crainte de voir à l'occasion de cet accident se développer un cancer. Je la rassure de mon mieux en lui affirmant que jamais jusqu'à ce jour, je n'avais vu de tumeur se développer dans le sein à la suite d'un traumatisme.

Quelques jours plus tard il persistait encore des ecchymoses diffuses, verdâtres, en voi[illegible] d'atténuation rapide et le palper attentif du sein ne rév[illegible] it chez cette femme aucune espèce de tumeur.

Mlle G... s'absente peu après de Rennes, et elle revient me trouver au bout de trois mois et demi environ. Depuis quelques semaines elle s'est aperçue de l'apparition dans le sein droit, au niveau du point précédemment contusionné, d'une tumeur qui me dit-elle, va en augmentant progressivement.

Cette tumeur est indolore et la malade l'a remarquée parce que depuis son accident elle examinait fréquemment la région traumatisée.

A l'examen, je constate exactement à la place où avait été porté le choc, une tumeur dure irrégulière, des dimensions du bout du doigt, peu sensible à la pression, et faisant corps avec la glande. La peau est encore mobile au-dessus de la lésion, cependant il semble qu'il existe quelques adhérences profondes avec les téguments.

Dans l'aisselle quelques petits ganglions sans caractères spécifiques.

La malade craint vivement d'avoir un cancer. C'est bien en effet mon diagnostic. Je propose une intervention qui est immédiatement acceptée.

Opération. — Sous anesthésie générale ablation large du sein et évidement de l'aisselle.

Suites normales et guérison rapide.

La tumeur est du volume d'une noisette faisant corps avec la glande et sans limites précises. A la coupe elle est ferme, lardacée et donne l'aspect classique d'une tumeur épithéliale.

A la suite d'une erreur regrettable, aucun examen histologique n'a été pratiqué. Cette lacune nous empêche d'affirmer avec certitude qu'il s'agissait dans ce cas d'une tumeur maligne, mais il n'en reste pas moins vrai que chez notre malade, il s'est développé dans le sein quelques semaines après un traumatisme unique et exactement au point lésé une tumeur à évolution rapide présentant au point de vue clinique tous les caractères du cancer. J'ajoute enfin, comme renseignement intéressant, que la mère de mon opérée, âgée actuellement de 82 ans, a vu se développer depuis dix-huit mois dans le sein droit, une tumeur maligne épithéliale qui progresse entement mais sans arrêt, et menace actuellement de perforer la peau. La prédisposition cancéreuse familiale apparaît ici non douteuse.

L'action du traumatisme sur le développement des tumeurs malignes, est un problème qui a toujours intéressé les chirurgiens tant au point de vue pathogénique qu'au point de vue social, tout particulièrement au regard de la loi sur les accidents du travail.

Nous laissons intentionnellement de côté aujourd'hui l'évolution relativement fréquente de tumeurs malignes sur des plaies longuement suppurées, sur des inflammations chroniques et au niveau de cicatrices surtout cutanées dont l'étiologie par irritation a pu être admise comme cause déterminante dans un certain nombre de cas.

Je n'envisage ici que l'étude du développement d'un néoplasme malin sous l'influence d'un traumatisme contondant unique et sans plaie.

Le premier travail important paru en langue française sur cette question est le rapport de Segond (1) au Congrès français de chirurgie en 1907. Il concluait : « Il faut en premier lieu reconnaître que jusqu'ici l'observation probante le fait impeccable démontrant sans discussion possible qu'un traumatisme peut être la cause déterminante, avérée, d'un cancer n'existe pas. Et cependant il est non moins certain que nombre de faits sérieusement observés donnent si nettement la preuve tout au moins chronologique qu'une violence extérieure et soudaine peut servir de prétexte à l'éclosion d'une tumeur maligne, qu'on est en quelque sorte contraint de concéder au traumatisme la valeur d'une cause, non pas déterminante mais certainement occasionnelle ».

Au cours de ce même Congrès, Thiem, de Cottbus, concluait d'une façon analogue et admettait la possibilité d'une localisation d'un cancer épithélial par traumatisme dans 2 % des cas environ.

Après lui, Tedenat, Malherbe, Lapeyre, pensent aussi à la probabilité d'une relation de cause à effet entre un choc plus ou moins violent et le développement d'une tumeur maligne, mais l'estimaient exceptionnelle.

Thierry croit à une simple coïncidence.

Cette manière de voir à cette époque, 1907,

(1) Segond. Le cancer et les accidents de travail. XX[e] Congrès de chirurgie, Paris, 1907.

montrait une vive réaction contre les hypothèses émises précédemment à l'étranger et spécialement en Allemagne, où de nombreux chirurgiens admettaient une fréquence beaucoup plus grande de cancers post-traumatiques pouvant aller pour certains comme Rapok à 17,6 % des cas.

Depuis lors la question a été exposée à différentes reprises par nombre d'auteurs et mise à l'étude dans quelques Congrès.

A la Deuxième conférence internationale pour l'étude du cancer (1) les positions des rapporteurs restent les mêmes. Bernard admet que le traumatisme unique chez des sujets prédisposés notamment par l'hérédité, et dans des conditions qui échappent à nos moyens d'analyse, peut déterminer l'apparition ou favoriser le développement des tumeurs.

Il en est de même pour Courtois-Suffit (2) : « En réalité en serrant de près les faits publiés on n'en peut retenir un seul qui soit scientifiquement, c'est-à-dire rigoureusement démonstratif du rôle du traumatisme dans l'étiologie du cancer. Cependant l'accidenté était sain en apparence quand il fut atteint par un traumatisme exactement dans la région où plus tard apparaît la tumeur. « Evidemment il est impossible d'affirmer qu'avant l'accident, la région blessée était absolument saine mais il est impossible également d'affirmer le contraire et le blessé doit bénéficier du doute surtout si le temps écoulé entre la date du traumatisme et l'apparition de la tumeur est relativement court et si pendant ce temps il y a eu continuité des manifestations pathologiques ».

Bobbio (3), dans un très intéressant mémoire, expose les résultats d'une étude faite par lui sur 762 cas de tumeurs malignes au point de vue qui nous occupe.

Ses 762 observations concernent 127 sarcomes et 635 carcinomes.

Sur 127 sarcomes, 45 au dépens des os, trois étaient indiscutablement traumatiques et deux douteux.

Trente sarcomes conjonctifs : deux traumatiques.

Trois viscéraux : un traumatique (testicule).

Les 635 carcinomes étaient divisés en :

Quarante superficiels : trois traumatiques.

Cent quarante-cinq cancers du sein : huit traumatiques.

Roffo (4), admet lui aussi qu'un traumatisme quelconque est capable de provoquer l'apparition d'un processus néoplasique malin. Il faut pour l'affirmer que plusieurs conditions déjà spécifiées par Thiem soient réalisées :

1° La région traumatisée doit être indemne avant l'accident.

2° L'authenticité du traumatisme et son importance réelle doivent être bien établies.

3° Il est nécessaire que la tumeur se forme au point traumatisé.

4° La symptomatologie doit être continue.

5° Les premiers symptômes de la tumeur doivent apparaître dans un laps de temps de quatre à six semaines après le traumatisme.

6° Le diagnostic de tumeur maligne doit avoir été confirmé histologiquement.

Les observations personnelles de l'auteur sont au nombre de 7.112 et dans 305 cas les malades incriminaient un traumatisme comme point de départ causal ; soit environ 4,7 %. Pour certaines localisations comme la mamelle, le pourcentage serait de 12 % sur 826 observations.

H. Iselin (1) discute la valeur du traumatisme dans l'apparition de certains sarcomes, mais il note qu'il n'existe pas de cancer d'organe profond pouvant relever de cette origine.

Par contre Coley et Higinbotham (2) croient qu'un traumatisme isolé peut être un facteur important et probablement déterminant de la production de tumeurs de toutes sortes et ils mentionnent que dans une série de 64 cas personnels de sarcome du testicule, ils auraient constaté une histoire nette de traumatisme dans 33 % des observations.

De Fourmestraux, de Laet et Foulon (3) ne nient pas que le traumatisme puisse exceptionnellement jouer un rôle étiologique dans l'apparition d'une tumeur maligne, mais pour ces auteurs il s'agit toujours de malades prédisposés. Le traumatisme serait le plus souvent localisateur d'un cancer en puissance, ou bien modificateur de l'état humoral dans un sens favorable à l'éclosion d'un cancer.

Je crois inutile de poursuivre plus longtemps ces citations. En somme à côté des auteurs, actuellement peu nombreux qui ne veulent admettre dans aucun cas la possibilité de voir un

(1) Paris, octobre 1910.

(2) Courtois-Suffit. *Gazette des hôpitaux*, t. XCIII, n° 53, 1920.

(3) Bobbio. Sur la valeur oncogénétique du traumatisme : *Giornale della réale Académica di Médicina di Torino.*, Ann. 88, janvier-mars 1925.

(4) A.-H. Roffo. *Bol. del Institutio de Med. Exp, para el Estudio y tratomiento del cancer*, Buenos-Aires. An. VII, mars 1930.

(1) H. Iselin (Bâle). Des relations entre le traumatisme et la formation des tumeurs. *Schw. Medisch. Wochensch.*, 15 et 29 février 1930.

(2) Colley et Higinbotham (N.-Y.) Traumatisme comme facteur causal dans le développement des tumeurs malinges, *Annals of Surg.*, décembre 1933.

(3) De Fourmestraux, de Laet et Foulon Traumatismes et tumeurs malignes. *Revue de pathologie et de physiologie du travail*, mai 1933.

néoplasme survenir secondairement à un traumatisme, il existe une grande majorité de chirurgiens qui croient à une relation non douteuse quoique rare, entre une violence localisée et l'apparition d'un cancer en ce point.

Cependant la plupart ne voulant pas prendre la responsabilité d'affirmer que le traumatisme a déterminé la formation du cancer, se contentent de reprendre la formule de Segond : « Une violence extérieure et soudaine peut servir de prétexte à l'éclosion d'une tumeur maligne... on est en quelque sorte contraint de concéder au traumatisme la valeur d'une cause, non pas déterminante mais certainement occasionnelle ».

Une pareille distinction me paraît un peu arbitraire. Pour ces auteurs la contusion, dans les conditions précises ci-dessus exposées, permet l'apparition d'un cancer au niveau du point lésé, mais ne détermine l'éclosion du mal que chez les individus prédisposés, chez des cancéreux en puissance pour reprendre l'expression de certains.

Mais en admettant la valeur de cette prédisposition dont nous ignorons tout, il n'en reste pas moins vrai que notre malade n'aurait pas vu se développer chez lui une néoplasie sans traumatisme préalable.

Et alors il est certain que dans ces cas le traumatisme est responsable de l'apparition de la tumeur. Qu'il soit une cause déterminante ou seulement occasionnelle nous n'en savons rien, et cela me paraît assez peu importer, la responsabilité de la violence étant nettement établie.

Ce sont là des notions encore mal assises, et si la lecture de certaines observations ne paraît laisser aucun doute sur l'origine traumatique des tumeurs consécutives, l'écart considérable dans l'appréciation du pourcentage des faits observés montre qu'un sérieux contrôle doit être établi avant d'admettre sans réserves la valeur de certaines statistiques.

Il serait, je crois, intéressant de publier les observations que possèdent probablement beaucoup d'entre nous, pour essayer si possible de préciser les relations étiologiques du traumatisme et du cancer, et de déterminer les signes auxquels on reconnaît la prédisposition d'un blessé à voir se développer chez lui une tumeur maligne.

DERMITES CAUSÉES PAR LE " CUIR " DU CASQUE

MM. de Bernard, A. Morel et Ch. Grupper ont rapporté à la *Société de médecine militaire française* (séance du 8 juin 1939) deux observations de dermites artificielles à type érythémato-vésiculeux, accompagnées de prurit et d'infiltration œdémateuse.

L'apparition de ces dermites le lendemain du port du casque ainsi que la topographie « en couronne » et en « jugulaire » occupant strictement les zones de contact entre la peau et le cuir du casque, ont permis de reconnaître le rôle provocateur joué par ce cuir.

Sans négliger le rôle favorisant de la sueur, les auteurs incriminent une sensibilisation au colorant, en raison du caractère franchement positif des tests cutanés. Dans les deux cas, il s'agissait d'un cuir jaune-clair, dont le colorant, soluble dans l'alcool à 90°, contenait un ocre de fer.

P. L.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

■ ■ ■

Nouveaux essais de traitement de l'hypertension artérielle

D'après le Professeur agrégé MOUQUIN (*)

REMARQUES PRÉLIMINAIRES

Un certain nombre d'hypertensions ne doivent pas être traitées. C'est ainsi qu'on respectera l'hypertension modérée et bien équilibrée des vieillards (20-10, par exemple). Il en sera de même de l'hypertension maxima des insuffisants aortiques et de l'hypertension des artérioscléreux avancés. Parfois les essais intempestifs pour faire tomber la tension artérielle de ces malades n'aboutissent qu'à exténuer le sujet, ou, bien plus, qu'à entraîner des thromboses vasculaires, coronariennes ou cérébrales.

D'autre part, on ne perdra pas de vue que l'hypertension *ne constitue pas une maladie autonome*. Elle n'est qu'*un symptôme* au même titre que la fièvre, la glycosurie, un symptôme *commun* à de nombreuses affections. Or, ce symptôme représente souvent un *processus de réaction*, de défense pour favoriser l'irrigation de tous les organes : aussi l'abaissement artériel de la tension, serait-il nuisible.

« Il y a donc quelque illusion et quelque erreur à vouloir soigner le symptôme hypertension dans toutes les circonstances. » Un véritable traitement digne de ce nom, devrait s'adresser à la maladie, dont l'hypertension est le signe, ou contre laquelle elle constitue une réaction. En un mot, le traitement devrait être pathogénique.

« C'est dire quelle est la voie, dans laquelle il faudrait s'engager, mais dire aussi l'impossibilité d'y progresser, puisque la pathogénie de l'hypertension est presque toujours, sinon tout à fait, au moins en grande partie, entourée de mystère. »

En effet, il y a des hypertensions artérielles, qui résultent d'une altération humorale par troubles endocriniens : thyroïde, ovaire (ménopause), pancréas, surrénales, hypophyse. On note également l'influence hypertensive des troubles d'excrétion (rein), de certaines modifications encore mal connues du sang.

Il existe aussi des hypertensions artérielles, qui résultent de troubles nerveux, par le système régulateur du cœur et des vaisseaux (cortex, centres thalamiques ou hypothalamiques, centres bulbaires, etc...) Or ces différentes influences s'associent plus ou moins.

Enfin, dans la plupart des cas, l'hypertension artérielle ne paraît relever, au moins cliniquement, d'aucun de ces éléments pathogéniques, et se présente comme absolument *primitive*.

***

LES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

Parmi les vaso-dilatateurs, l'acétylcholine s'est fait une place de choix. C'est un vaso-dilatateur énergique, comme le montre bien l'examen de l'artère rétinienne.

Elle est inefficace par la voie digestive, aussi doit-on l'utiliser par la voie intra-musculaire, à la dose de 0 gr. 20 au moins par jour, par série de 8 à 12 injections. Elle n'abaisse évidemment pas de façon très sensible les chiffres de la pression artérielle, mais elle exerce incontestablement une heureuse influence sur les troubles fonctionnels, et elle empêche l'apparition des crises hypertensives et vaso-constrictives.

A ce dernier point de vue, son association avec la *papavérine* est fort heureuse ; à la dose de 0,05 à 0,30, elle exerce une action antispasmodique des plus énergiques sur les artères.

L'acétylméthylcholine est un médicament d'usage plus récent. C'est un hypotenseur beaucoup plus énergique que l'acétylcholine, et elle agit dans une certaine mesure par la voie digestive. L'injection sous-cutanée de deux centigrammes d'une solution fraîchement préparée abaisse la maxima de 2 à 3 centimètres de mercure, et la minima de 1 à 2 centimètres. L'effet est produit en 10 à 15 minutes et dure environ deux heures. Elle est précieuse pour lutter contre les poussées d'hypertension paroxystiques ou les spasmes. En revanche, la brusquerie et la brève durée de son action limitent singulièrement son intérêt dans le traitement de l'hypertension permanente. Il faut ajouter que ce produit donne parfois des troubles désagréables, rougeur de la face, sudation, salivation, et sensation générale de malaise.

Le *venin de cobra* est vaso-dilatateur effectif ; mais ses indications sont singulièrement réduites

(1) *Le Progrès Médical*, 24 juin 1939.

par le fait qu'il est dangereux pour le rein ; il est donc à proscrire, dans tous les cas, où le rein est déficient.

La pression superficielle du sang étant supérieure à la normale chez un grand nombre d'hypertendus, on s'est demandé, si, en agissant sur celle-ci, on n'abaisserait pas aussi la tension artérielle.

Dans cet ordre d'idées, on a choisi l'*alcool octilique primaire* pour sa faible toxicité. Il ne doit être utilisé que s'il est très purifié et en solution redistillée. La chute de la tension artérielle, qu'il entraîne, n'est pas immédiate ; elle survient seulement au bout de quelques jours, et porte plus sur les chiffres de la maxima que sur ceux de la minima. Cette chute de la pression artérielle ne s'accompagne pas de diminution de l'indice oscillométrique, ni d'effets dépressifs sur le cœur. Mais elle entraîne une diurèse très marquée, surtout aqueuse et chlorurée ; le taux des urines peut être doublé.

Dans la pratique, on conseille des séries de 10 à 15 injections intraveineuses, à 10, 15 ou 20 centimètres cubes par injection, renouvelées tous les deux jours ou même tous les jours. Les séries sont, en principe, séparées par quelques semaines d'intervalle. Les effets du traitement ne commencent généralement à se faire sentir que vers la huitième ou dixième injection. Ils consistent surtout en diminution des troubles fonctionnels et amélioration de l'état général ; mais ces effets sont inconstants (50 % des cas), et une baisse nette n'est parfois obtenue qu'au prix de troubles subjectifs fort désagréables.

Les *médications endocriniennes* semblent d'efficatité médiocre : injections de folliculine ou d'extraits ovariens totaux à la ménopause ; médication thyroïdienne, et, plus récemment l'hormone parathyroïdienne, les extraits pancréatiques. Enfin, la vagotonine, normalement sécrétée par le pancréas et différente de l'insuline, devrait pouvoir parer à un déficit de cette hormone dans l'organisme ; elle agirait surtout chez les grands hypersympathicotoniques.

Quant à l'*oléate de soude*, en injection à 2 p. 100, à la dose de 2 à 3 centimètres cubes, son pouvoir hypotenseur ne serait pas absolument constant.

« Après avoir retenu de ces différents médicaments proposés, les indications particulières de l'acétylcholine de l'acétyl méthylcholine. et de l'alcool octylique, reconnaissons que le traitement de l'hypertension artérielle reste aujourd'hui ce qu'il était autrefois, singulièrement pauvre, nos meilleures armes étant encore le *régime*, le *repos*, les *petites émissions sanguines* ou *les petits purgatifs*, les *nitrites* et les *iodures*, avec, au deuxième plan, et dans un certain brouillard, l'ail, le gui, le benzoate, les silicates et les rhodonates.

***

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

Devant l'échec des thérapeutiques médicales, les chirurgiens ont multiplié leurs efforts pour apporter au traitement de certains cas d'hypertension artérielle une contribution de plus en plus importante.

Quelques indications.

Une indication formelle est le surrénalome hypertensif, qui occasionne des crises d'hypertension paroxystique, absolument caractéristiques, alors que le sujet est très bien portant en temps ordinaire et qu'il possède une tension normale. Moins nette est celle de l'hypertension maligne des sujets jeunes (20 à 35 ans) ; de teint pâle, ceux-ci présentent une ascension régulièrement progressive de la tension, quelque traitement médical que l'on mette en œuvre ; on découvre des signes cardiaques et rénaux à progression rapide, avec exsudats, œdèmes et hémorragies du fond de l'œil. Nous ne citerons que pour mémoire les hypertensions, dues incontestablement aux néphrites et aux néphropathies.

Le chirurgien peut agir par trois moyens : *a*) augmenter la circulation rénale en intervenant sur le rein (décapsulation, énervation, néphrotomie) ; *b*) supprimer ou diminuer la sécrétion surrénalienne hypertensive (surrénalectomie) ; *c*) constituer dans la partie sous-diaphragmatique du corps des réservoirs vasculaires chargés d'absorber la masse sanguine, lors des coups de bélier vaso-constricteurs (opérations sur le splanchnique pour réduire la sécrétion d'adrénaline, créer une vaso-dialatation abdominale, et empêcher les réflexes hypertenseurs d'origine abdominale).

Crile vient de préconiser la gangliectomie cœliaque bilatérale avec énervation des surrénales. Cette opération, pratiquée par un chirurgien habile, ne donnerait que 7,8 % de mortalité opératoire ; elle pourrait donner une amélioration considérable des troubles subjectifs, qui persisterait encore au bout d'un an, dans 87 % des cas. La guérison complète et durable s'observerait dans 17 % des cas.

Mis à part cette dernière intervention, les résultats de la chirurgie sont toujours des plus transitoires ; en quelques mois, la tension artérielle est remontée, si bien que, dans ces conditions, on a toujours quelque scrupule à recommander au malade une opération sérieuse pour un résultat final problématique. G. FISCHER.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Sur le degré de l'immunité conférée par les différents vaccins antityphoparatyphoïdiques, et sur la typhoïde des vaccinés

Récemment, MM. J. CHEVALIER et J. LEDRU ont rappelé qu'aucun critère biologique de l'immunité post-vaccinale ne méritait d'être retenu, et que pour juger de la durée de protection obtenue, il fallait s'adresser avant tout aux données épidémiologiques. On ne peut nier qu'il existe une typhoïde des vaccinés ; celle-ci ne diffère en rien, du point de vue évolutif, de celle des non-vaccinés ; le diagnostic ne présente aucune difficulté particulière, et ce serait une erreur que d'éliminer la typhoïde, en face d'une pyrexie encore mal déterminée, sur la foi d'une vaccination antérieure même récente.

Quant à l'influence de tel ou tel procédé de vaccination, A. RAVINA fait remarquer que celle-ci est nulle sur la forme clinique observée. D'autre part, si la typhoïde des vaccinés est peu fréquente, elle n'est pas extrêmement rare lorsqu'on n'a pas eu recours au vaccin à l'éther, ni pratiqué plus de deux injections, et c'est une erreur d'admettre, comme on le fait si souvent, la persistance presque indéfinie d'une agglutination à un taux élevé chez un ancien vacciné. D'autre part, la sécurité la plus grande et la plus durable est celle qui est assurée par le vaccin à l'éther de Vincent, tel qu'il était pratiqué pendant la guerre de 1914 ; les fortes réactions provoquées souvent par celui-ci sont peut-être nécessaires à l'établissement d'une immunité solide. La question peut donc se poser de savoir s'il ne convient pas de revenir à ce mode de vaccination avec la multiplicité des piqûres qu'il entraînait. (*La Presse Médicale*, 31 mai 1939.)

Les indications opératoires dans les « temporalités »

Sous le nom de temporalités, le Docteur M. BERGER étudie les mastoïdites et paramastoïdites ; puis il décrit le syndrome mastoïdo-temporal, lequel est constitué par un tableau clinique où sont réunis tous les éléments symptomatiques, auriculaires, mastoïdiens, para-mastoïdiens, péri et extra-temporaux, tant subjectifs et fonctionnels qu'objectifs, radiologiques et généraux. Le syndrome temporal se justifie par l'anatomie, par la pathogénie, par l'anatomie pathologique, par la clinique et par les constatations opératoires.

Les éléments de ce syndrome, associés très différemment selon les cas, existant en totalité, en partie ou individuellement, à condition qu'ils possèdent les qualités diagnostiques nécessaires, donnent à coup sûr — sauf rarissime exception — les indications de l'intervention à tous les âges. Ce n'est pas toujours tellement la quantité des signes qui importe, c'est bien souvent la présence d'un seul qui est capitale. Autrement dit, l'indication opératoire dépend autant de la netteté ou de la qualité d'un seul signe que de la richesse de la symptomatologie.

La symptomatologie locale du syndrome mastoïdo-temporal consiste notamment en signes subjectifs, dont la douleur occupe le premier rang avant la sensation de battements et les bourdonnements. Celle-ci peut à elle seule constituer toute la symptomatologie, mais il faut alors, grâce à ses caractères spéciaux, énumérés par l'auteur, la différencier des « algies mastoïdiennes ». Elle peut néanmoins être absente ; mais, lorsqu'elle existe, elle fournit les meilleures indications opératoires dans les cas suivant : quand elle est de longue durée, même légère, seule ou associée à un écoulement ; quand très violente elle persiste malgré la paracentèse ou l'écoulement, etc... De même les battements constituent une indication opératoire formelle, lorsqu'ils persistent plus de quinze jours après la paracentèse du tympan ou sa perforation spontanée.

Parmi les signes fonctionnels, le vertige l'emporte sur la surdité, et, s'il persiste ou s'accompagne d'autres signes d'une atteinte vestibulaire (nystagmus, vomissements), il peut fournir des indications opératoires.

Au nombre des signes objectifs, l'écoulement fournit également des indications capitales (persistance, abondance, tarissement brusque, etc.). Il ne faut pas négliger non plus la présence d'un soulèvement ou d'une tuméfaction soit rétro-auriculaire antérieure (déjetant plus ou moins le pavillon en dehors) ou apexienne, soit postéro-supérieure ou inférieure, soit intéressant toute la face externe mastoïdienne, soit sus-auriculaire, et propagée plus ou moins en différents sens.

Dès que l'indication se précise, il faut opérer. La sule intervention logique donnant la meilleure garantie de succès est la mastoïdectomie, qui sera fréquemment élargie à la demande des lésions. La trépanation mastoïdo-paramastoïdienne doit être, autant qu'il se peut, une opération prophylactique, destinée à éviter des complications. Elle doit se faire au bon moment, jamais trop tard, même s'il y a doute. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 3 juin 1939.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

Introduction de médicaments par voie aérienne

(M. Trillat ; 27-6-1939)

MM. Biancani et Delaville ont présenté dernièrement une note intitulée : « Essais de thérapeutique transpulmonaire » dans laquelle ils ont annoncé que de nombreuses substances médicamenteuses en solutions aqueuses ou huileuses, mises en suspension sous forme de micro-brouillards, pouvaient en cet état passer par inhalation, par la voie pulmonaire, dans la circulation sanguine. Pour certains agents thérapeutiques, ont-ils dit, la voie pulmonaire est comparable à la voie sous-cutanée. Ainsi l'insuline, inhalée ou injectée, amène une baisse du même ordre du taux de la glycémie. Ils proposent d'appliquer à l'homme cette nouvelle méthode d'introduction des médicaments dans l'organisme.

M. Trillat rappelle, sur cette question, ses travaux personnels qui montrent, chez les animaux, avec quelle facilité des particules microbiennes en suspension dans l'air sont susceptibles de pénétrer dans l'organisme par simple inhalation, déterminant l'infection ou l'immunisation selon qu'ils'agit de germes virulents ou atténués. Des médicaments peuvent être administrés également sous forme de micro-brouillards inhalés. M. Trillat, par exemple, a appliqué avec succès au traitement de la trypanosomiase de la souris (maladie connue sous le nom de Nagana) une nébulisation médicamenteuse de Moranyl mêlée à l'air respiré par l'animal.

Académie de chirurgie

Un facteur étiologique des grossesses tubaires

(M. Antonio-Dias. — Rapport de M. Okinczyc ; 19-4-1939)

M. Dias, chirurgien dans l'Inde portugaise, est intervenu pour grossesse tubaire chez une femme antérieurement opérée de kyste de l'ovaire du même côté. Il considère que la première opération a pu constituer un facteur étiologique de la gestation ectopique.

Les statistiques modernes notent (Litzenberg) que 10 pour 100 de femmes atteintes de grossesse extra-utérine avaient été soumise antérieurement à des opérations gynécologiques abdominales. La statistique de Shumann présente un pourcentage plus grand encore, supérieur à 15 p. 100.

Sur l'examen du fond de l'œil dans les traumatismes cérébraux récents

(M. Daniel Ferey, de Saint-Malo ; 19-4-1939)

M. Daniel Ferey appelle l'attention sur l'importance de l'examen du fond de l'œil dans les traumatismes cérébraux récents. Cet examen peut donner des indications intéressantes quant à l'utilité de l'intervention et au côté sur lequel elle doit porter.

Dans les accidents de ce genre, les signes de souffrance de l'œil (stase papillaire) se montrent tôt ; d'autre part, assez souvent, surtout dans les premiers moments, un des côtés semble seul touché. L'examen ophtalmoscopique, en posant l'indication d'opérer, aurait le double avantage d'éviter l'aggravation probable de l'état du malade et d'empêcher la perte de la vision de l'œil atteint.

— M. Petit-Dutaillis considère que la stase papillaire, signe assez fréquent chez les blessés du crâne, ne commande pas d'office l'opération, la stase disparaissant bien des fois par simple ponction lombaire. De plus, la dite stase papillaire siège souvent du côté opposé à la compression.

— M. Ferey répond que, dans les cas aigus, où l'œdème s'établit rapidement, ce symptôme conserve sans doute, en général, sa valeur localisatrice.

— M. Rouhier estime — les signes de localisation chez les fracturés du crâne n'étant pas abondants — qu'il faut faire bon accueil aux symptômes nouveaux et chercher à en fixer la valeur. Cela dit, il ajoute qu'on ne doit opérer que très peu de fractures de la base du crâne. A la plupart de ces blessés, on ne touchera pas, sauf en des cas rares où on a réellement la main forcée. Il faut les garder longtemps en observation, au repos et au lit, avec un casque de glace sur la tête, ne pas les bouger, ne pas les laisser rentrer prématurément chez eux.

Plaie pénétrante de l'abdomen par empalement

(MM. Swynghedauw et Macquet. — Rapport de M. Menegaux ; 26-4-1939)

Un enfant de treize ans se blesse accidentellement avec une règle en bois. Celle-ci pénètre par l'orifice anal et s'engage dans le rectum de 20 cm. environ. Le petit malade est pâle et agité. Il émet un peu d'urine sanglante. Légère défense de la partie basse de l'abdomen.

Une laparotomie sous-ombilicale est immédiatement pratiquée. On découvre une plaie du dôme vésical qui est suturée et l'on fait une cystostomie de dérivation. Guérison.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

A PROPOS D'UN VŒU

C'est un vœu qui fut proposé le 10 mars dernier à la Société de médecine de la Vienne par le Docteur Ferru pour être adressé à l'Académie de médecine. L'auteur demanda qu'une commission en fût saisie et discutât l'opportunité de l'envoi. J'ignore ce que ladite commission a décidé mais il vaudrait la peine qu'elle eût adopté et acheminé ce vœu vers sa destination. Peut-être marque-t-il mieux que de longues dissertations l'un des aspects du trouble où nous vivons actuellement ; certainement en tout cas il manifeste le droit de regard que se sont depuis quelques années (et à bon droit) arrogé les praticiens sur la doctrine médicale. Le temps n'est plus de l' « αυτος εφη » des scolastiques : ce qu'avait dit Aristote n'était pas matière à discussion. Il n'y a plus, aujourd'hui, d'Aristote et tout doit être discuté. Je reprendrais volontiers, mais en la réduisant strictement au domaine intellectuel, la formule des anarchistes : ni dieux, ni maîtres. Nos maîtres et, parmi eux, ceux même dont nous faisons des dieux sont, tout comme nous, des ignorants devant les mystères qui nous environnent : aucun d'eux n'a reçu en partage la Vérité révélée. Leurs découvertes n'en sont du reste que plus méritoires ; mais si on reconnaît à celles-ci un mérite humain il faut bien admettre aussi qu'elles aient la fragilité des choses humaines, et qu'un autre homme ait par conséquent le droit de dire « Ceci ne me satisfait pas ».

Nous payons assez cher la défense de nos libertés et notre répugnance à l'endroit des tyrannies pour ne pas admettre la plus fugitive mainmise sur notre libre-arbitre. Car si nous n'avons plus cette liberté là, de quoi, en vérité, nous serviront les autres ?

***

C'est la question, indécise et angoissante, du B. C. G. qui a poussé le Docteur Ferru à formuler son vœu.

Il rappelle dans quelles conditions la discussion s'engagea à l'Académie de médecine entre Calmette et Lignières, les objections soulevées par celui-ci, les affirmations rétorquées par celui-là et le ton violent qui fut bientôt atteint.

La joute prit des allures si contraires à la sérénité qui convient aux controverses scientifiques que le Docteur Guéniot, le vénéré doyen d'âge, crut devoir rappeler quelques vérités immanentes et, le 16 octobre 1928, il disait « La critique appliquée aux grandes découvertes et nouveautés médicales est le plus souvent utile et même, en maintes conjonctures, nécessaire : soit pour ruiner les systèmes issus de conceptions erronées ; soit pour dénoncer la caducité de certaines méthodes et provoquer leur remplacement par d'autres mieux appropriées ; soit, enfin, pour donner plus de correction et d'éclat aux vraies découvertes qui marquent une avance dans la voie du progrès ».

La leçon était topique et méritait d'être entendue.

Or, huit jours après, comme Lignières lui opposait l'observation d'une enfant, Denise D..., vaccinée et morte de tuberculose, Calmette répliquait :

« J'affirme que toute cette campagne organisée par M. Lignières contre le B. C. G. ne poursuit nullement la recherche de la vérité scientifique mais qu'elle vise un tout autre but.

« Dans ces conditions, l'Académie comprendra que je ne réponde plus à M. Lignières ».

Sur quoi Léon Bernard se leva pour dire : « M. Lignières est sans doute le seul ici à s'étonner de l'attitude du silence qui est opposée aux considérations par lesquelles il entend justifier la campagne qu'il mène contre le B. C. G. ».

Heureusement pour l'Académie il se trouva tout de même un autre protestataire contre cette « attitude de silence ». Ce fut Vaquez qui, n'ayant pas assisté à la séance de proscription, déclarait quelques semaines après : « J'en ai été surpris également. Les questions de personnes, s'il y en a, n'ont rien à faire avec le souci de la vérité. Une seule m'angoisse, qui est primordiale ; elle mériterait encore une réponse ; c'est celle-ci : existe-t-il des circonstances expérimentales ou

humaines où le B. C. G. peut reprendre sa virulence ? Tout est là et le reste est littérature ».

Par ailleurs les deux adversaires s'étaient mutuellement jeté à la figure le reproche d'avoir répandu leurs idées dans la presse et fait sortir le débat de l'atmosphère strictement scientifique où il devait se confiner.

Ils sont morts tous deux : paix à leurs cendres. Mais leur mort a laissé la question pendante et elle n'a pas, jusqu'à ce jour, été décidément résolue. Sans doute on n'a plus entendu parler de catastrophes comparables à celle de Lubeck. Sans doute les essais se sont poursuivis, timidement en France, plus larges à l'étranger et j'ai personnellement rapporté ici les statistiques, portant sur des centaines de milliers de cas, en provenance du Canada et des Etats-Unis.

Malgré tout le malaise n'est pas dissipé : les médecins français ne savent que penser et beaucoup s'abstiennent de prescrire le B. C. G. parce que la discussion à l'Académie, arrêtée par le fait du prince, leur a laissé la déplaisante impression d'une esbrouffe. Ils veulent bien se laisser convaincre par une argumentation probante ; ils n'admettent pas qu'on leur impose de *croire*. C'est odieusement travestir la science que l'affubler des oripeaux d'une dictature. A quoi bon, du reste, puisque pour se hausser à la valeur scientifique une vérité doit être évidente, c'est-à-dire démontrable et qu'alors l'opposition tombe d'elle-même, tôt ou tard ?

***

Il est une considération qui confère au doute concernant le B. C. G. un pathétique particulier : c'est que, sur la foi des affirmations élevées du haut de la tribune académique, un certain nombre de parents ont fait absorber à leurs nouveau-nés des cultures de ce bacille garanti inoffensif. Or aujourd'hui, après plus de dix ans, ils ne savènt toujours pas ni s'il est véritablement inoffensif, ni s'il est efficace.

Le Docteur Ferru est de ces parents là et il indique très justement que tous ceux qui, à son exemple, firent confiance à l'Académie ont actuellement des comptes à lui demander. Que doivent-ils espérer ? Que peuvent-ils craindre ? Il ne s'agit pas d'exiger de l'Académie ou de l'Institut Pasteur des garanties sur facture : la recherche scientifique n'est pas un commerce et chacun admet qu'un produit thérapeutique ne soit pas infaillible. Mais le seul soupçon qu'il puisse être nocif est insupportable à des parents qui se demandent avec angoisse s'ils n'ont pas été dupés par de faux prestiges.

Il n'y a pas que les médecins pères de famille pour être bourrelés par cette incertitude, les débats de 1934 à la Société de pédiatrie et les réponses à une enquête ouverte par la *Vie Médicale* sur ce sujet ont été largement reproduits dans la presse quotidienne, en particulier l'*Œuvre*, l'*Action Française*, la *Croix*. Les profanes ont donc possédé les mêmes éléments d'information que les médecins et il leur est loisible de s'étonner qu'un point d'interrogation de cette importance n'ait pas encore été solennellement rayé. Dites oui, ou dites non, Messieurs, mais dites quelque chose. Tout vaut mieux que ce silence oppressant. « Des faits nouveaux bien observés et longtemps observés ? » En dix ans il s'est certainement produit des faits nouveaux, et les premiers vaccinés touchent maintenant à la puberté : il devient possible d'émettre quelques conclusions précises. Si c'est oui, tant mieux ! Gloire à Calmette et à Guérin, et que leur bacille atténué devienne l'agent par excellence de la prémunition contre une maladie sociale qui coûte chaque année des milliardsen argent et des millions en vies humaines. Si c'est non (et même si c'est : peut-être) il serait loyal d'en faire l'aveu et que toutes les familles intéressées comme tous les médecins fussent avertis d'être sur leurs gardes. Un danger dénoncé est à beaucoup près moins redoutable.

***

On représente souvent les Académies comme de vieilles dames éminemment distinguées et qui ont horreur du franc-parler.

Au Palais-Mazarin les rosseries rituelles adressées au récipiendaire sont traitées par la méthode d'Ombrédanne ; elles s'enrobent de queues d'asperges et les pointes glissent sans dommage dans un feutrage de *courtois salamalus*. Mais il ne s'agit que de faire preuve d'esprit et d'amuser l'assistance.

Il s'agit rarement de l'amuser rue Bonaparte et, dans le cas actuel, moins que jamais. La question a un intérêt primordial ; « l'attitude du silence » est peut-être d'une suprême distinction mais elle manque de « cran ». Ce qui est acceptable d'une douairière ne l'est plus d'une assemblée créée pour conseiller l'Etat, c'est-à-dire la collectivité.

Aussi le vœu proposé par le Docteur Ferru me paraît-il, sans discussion, mériter la publicité que lui donnera ce journal.

G. LAVALÉE.

UN MÉDECIN ÉTRANGER PEUT-IL EXERCER SOUS LE COUVERT D'UN MÉDECIN FRANÇAIS ?

Il nous est demandé s'il n'est pas possible de mettre un terme aux habitudes prises par un confrère, résidant dans une grande ville. Pour des raisons et motifs que j'ignore, ce praticien trie dans sa clientèle, un certain nombre de malades ; puis lorsque le nombre de ces derniers est suffisant, il fait venir un médecin habitant un pays étranger. Celui-ci est donc assuré d'avoir, toutes les trois semaines environ, un petit noyau de clients, qu'il examine, opère et met en traitement avec l'assistance du médecin français.

Inutile de dire que ces agissements peu déontologiques occasionnent un tort moral considérable aux praticiens de la grande ville, où se passent ces faits, sans compter la perte de clientèle pour les médecins français, au profit d'un étranger.

Il m'est donc demandé si de pareils procédés sont licites, si nos lois françaises peuvent permettre qu'un docteur en médecine français puisse faire travailler un praticien étranger, en le couvrant de son diplôme.

Oui, la pratique, qui m'est signalée, est parfaitement illégale. Un médecin étranger n'a pas le droit d'exercer la médecine en France, même sous le couvert du diplôme d'un Français.

Une seule exception a été faite pour les médecins frontaliers, c'est-à-dire exerçant dans les communes limitrophes de certaines frontières françaises. Je cite le Traité du 30 septembre 1879, conclu entre la France et le Grand-Duché du Luxembourg, le Traité du 29 mai 1886, signé entre la France et la Suisse, la Convention du 2 octobre 1910, intervenue entre la France et la Belgique.

Aux termes de ces traités et conventions, les médecins exerçant de chaque côté de la frontière, dans les communes limitrophes, ont la possibilité de soigner des malades dans les communes limitrophes. Cette dérogation à la loi générale sur l'exercice de la médecine en France est de droit étroit ; elle ne saurait être étendue à d'autres pays frontières que ceux désignés nominativement par les traités et conventions ci-dessus.

Dans ces conditions, exerce illégalement la médecine en France le diplômé étranger qui, quels que soient ses titres et sa compétence, vient en France examiner, puis opérer des malades. N'est pas valable l'excuse qui consiste à déclarer que c'est sur l'appel du diplômé français que l'étranger se rend dans notre pays et qu'il n'opère qu'en la présence de notre concitoyen.

D'ailleurs, le 4e paragraphe de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 interdit aux diplômés français de prêter leur concours aux illégaux de la médecine. Ceux-ci seraient poursuivis comme ayant commis le délit ; le diplômé français serait inculpé comme complice et passible des mêmes pénalités (celles prévues à l'article 18 de la loi de 1892).

Dans ces conditions, je crois que mon correspondant ferait bien de saisir son Syndicat de cette situation anormale, afin que ce groupe professionnel puisse faire de justes remontrances au confrère en cause. Ce ne serait que dans le cas où ce dernier se refuserait à cesser ses pratiques illégales que le Syndicat, avec s'il y a lieu l'aide du Sou Médical, pourrait porter plainte auprès du Procureur.

Dans le même ordre d'idées, il m'est demandé si un médecin frontalier français pourrait, pendant une absence, vacances ou autres, se faire remplacer par un praticien également frontalier, mais résidant au-delà de la frontière.

Je réponds que le praticien français, qui croirait ainsi devoir faire appel à la collaboration d'un étranger, agirait d'abord en mauvais français, car il y a assez chez nous de docteurs en médecine ou d'étudiants désireux de gagner quelqu'argent en faisant des remplacements ; mais également la chose serait interdite, si l'on se reporte aux termes des conventions précitées, réglementant l'exercice de la médecine des frontières. Les étrangers autorisés à exercer dans les communes limitrophes de l'autre pays, n'ont cependant pas le droit de s'y établir en permanence, ni d'y élire domicile. Remplacer un médecin, c'est un établissement momentané, ce n'est pas un domicile ; mais c'est cependant une résidence qui exige un séjour effectif de quelques jours, voire même de quelques semaines.

Médecin étranger frontalier et médecin français risqueraient donc d'être poursuivis pour exercice illégal de la médecine et complicité. Restons donc entre Français, nous sommes déjà bien assez nombreux dans notre pays, sans faire appel à des praticiens résidant de l'autre côté d'une frontière.

Dr Paul BOUDIN.

ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA SANTÉ PUBLIQUE

(Paris, 28 juin 1939)

L'aménagement des campagnes. Organisation d'un service de santé civil. Les services médicaux aux colonies

Les Etats généraux de la Santé publique qui sont organisés chaque année par le Parti social de la Santé publique ont tenu leurs assises le 28 juin 1939 à l'Agence économique de l'Indochine, 20, rue de la Boëtie. Ils étaient présidés par M. le Sénateur Paul Jourdain, ancien ministre du Travail et de la Prévoyance sociale, président du Parti.

Au programme étaient inscrites trois questions assez importantes : l'aménagement des campagnes, le Service de santé civil, les Services médicaux aux colonies.

Avant de donner la parole aux rapporteurs, M. Jourdain prononça une allocution au cours de laquelle il démontra l'importance de la santé pour notre pays et exposa les efforts faits par le Parti social de la Santé publique pour la protéger.

« Pour nous qui, depuis dix ans, proclamons que la santé de la nation est la condition et de son indépendance et de sa prospérité, quelle récompense de constater que nous ne faisons plus figure de raisonneurs ennuyeux et démodés, mais de précurseurs. Nos exhortations demeuraient naguère sans écho. On nous écoutait par politesse. On ne nous croyait pas. Aujourd'hui, non seulement on nous approuve, mais on nous adopte. Nos avertissements sont devenus des mots d'ordre.

« Avant tout, nous devons enrayer l'excédent des décès sur les naissances... par le développement de la primauté du facteur moral... par l'octroi d'avantages substantiels aux pères de famille.

« Lutte contre la mortalité infantile... l'alcoolisme... les taudis... les fléaux sociaux.

« La santé par l'hygiène et la médecine préventive que réclame depuis sa fondation le Parti social de la Santé publique est le couronnement nécessaire du développement indispensable de notre population.

« Il n'y aura pas de redressement national sans redressement sanitaire et démographique. »

* * *

Traitant de l'aménagement des campagnes, André MENABREA s'étonne d'abord qu'un pareil sujet soit encore à l'étude. Au cours des soixante dernières années, le nombre des familles rurales a diminué d'un million sept cent mille ; leur population totale de sept millions. Les conséquences économiques de ce dépeuplement sont que beaucoup de maisons sont abandonnées, tombées en ruines, que des vlilages peuplés autrefois sont déserts aujourd'hui, que la France est tributaire de l'étranger pour 12 à 15 milliards de produits agricoles, forestiers ou d'élevage, que notre sol pourrait cependant aisément fournir.

Or, dans le même temps, la population urbaine est passée de 11 à 22 millions.

Le machinisme agricole a ôté le travail à 7 millions de garçons et de filles en âge de se marier. Les faucheuses, râtisseuses, semoirs, moissonneuses-lieuses, ont remplacé la faucille et la faux et aussi tous les travailleurs qui les maniaient.

L'aménagement des champs se présente actuellement comme une organisation de travail à reconstituer, une harmonie nouvelle à créer, des métiers à retrouver, une société à reformer.

La distribution de l'eau revêt à ce point de vue une importance primordiale. Elle commande la distribution de la population. Or, sauf dans les villes, nous avons abandonné ce soin à la nature et nous nous sommes docilement placés aux points qu'elle nous désignait et qui ne sont pas toujours les plus propices à l'habitation.

On n'apprécie réellement la valeur de l'eau qu'au pays de la soif. Partout ailleurs, on la gaspille, on en mésuse : 28.000 communes n'ont pas d'adduction d'eau potable. Elles sont ainsi privées de tous les biens qu'un emploi plus judicieux de ce liquide pourrait leur procurer.

La vie rurale a besoin aujourd'hui d'un esprit nouveau. Elle ne peut se passer d'une expérience ni d'une raison qui la gouvernent. Trois catégories d'hommes sont susceptibles de jouer un rôle important dans cette direction : le médecin, protecteur de la vie humaine ; l'agronome ; l'architecte.

Mais les meilleures lois du monde pour améliorer le sort des travailleurs restent absolument vaines quand on ne prend pas la précaution préalable de veiller à ce que la quantité de travail à accomplir excède toujours d'un peu le nombre des travailleurs. Et c'est le rôle de l'État d'assurer cet équilibre. On ne peut rien hors de son autorité et de sa protection

Des villes rurales doivent être aménagées qui ne feront que reprendre avec des moyens accrus l'effort éducateur, organisateur, des abbayes, centres civilisateurs, véritables écoles et laboratoires d'agriculture du Moyen-Age qui traçaient des routes à travers les forêts et les massifs incultes, qui changeaient en prairies les marais, plantaient la vigne sur les coteaux pierreux, et qui ont doté la France de cette variété de fruits et d'animaux qui associe à son nom une idée d'abondance et de prospérité. Ces villes rurales ne seront ni égales ni semblables : quelques-unes n'auront qu'à régler une vie commerciale, industrielle, élémentaire, d'autres seront les villes

du blé (Arras, Meaux, Chartres, Melun, Corbeil, Neufchâteau), ou les villes de la vigne (Reims, Epernay, Beaune, Macon, Saumur, Saint-Emilion, Bordeaux, Narbonne), ou les villes du chêne et du sapin (Clamecy, Saint-Amand, Bordeaux, Narbonne) ou les villes des bœufs, des moutons, des chevaux, (Nevers, Autun, Charolles, Moulins, Salers, Mazamet, Alençon, Saint-Lô, Tarbes). Chacune de ces villes, maîtresse de ses propres affaires appellera, retiendra sur son domaine les industries tirées de ses produits : la farine, la laine, la viande, le vin, le lait, les peaux, la corne, le bois, etc.

Depuis de longues années, les économistes ont émis le vœu que l'on organisât le retour à la terre. Mais ils le recherchaient dans un impossible retour au passé, opposant aux vices imaginaires des villes, d'imaginaires vertus champêtres.

Des réalisations nouvelles s'imposent à un état de choses nouveau. Pour réparer nos maux, améliorer notre sort, les exemples ne nous manquent pas. Il est seulement nécessaire de le vouloir avec courage, méthode, persévérance et un sincère amour du bien public.

***

C'est à Mlle Suzanne Destern qu'avait incombé la tâche d'étudier l'organisation d'un service de santé civil. Elle s'en acquitta avec une grande précision et un véritable talent. Deux dangers menacent la France, l'un extérieur, c'est la guerre. Il a provoqué le redressement que l'on sait, qui a remis notre pays à sa véritable place ; l'autre intérieur ; c'est la mortalité anormalement importante, la dénatalité, dues aux causes que l'on connaît et qui semblent à peine émouvoir les Pouvoirs publics. L'alcoolisme, en particulier, fait de notre race celle qui est, en Europe, la plus intoxiquée. Il existait avant 1933 un cabaret pour 84 habitants. A cette date, on délivra 2.000 licences nouvelles. En 1937, la loi de 40 heures accroît la clientèle de ces cabarets. La fermeture hebdomadaire s'applique à tous les commerçants, sauf à ceux qui débitent de l'alcool. Ces choses signalées souvent, méritent d'être répétées. Car il n'existe pas chez nous de politique de la santé. C'est pourquoi notre taux de mortalité n'a baissé que de 18 ‰ alors qu'il a diminué en Suisse de 41 ‰, en Allemagne de 45 ‰, en Espagne de 35 ‰ et en Angleterre de 26 ‰.

« Nous sommes encore en 1939, en ce qui concerne la protection de la santé publique, sous le régime de la loi du 15 février 1902, notoirement insuffisante, manquant de clarté et de précision, pleine de graves erreurs, conçue et votée à une époque où la technique de l'hygiène était à peine ébauchée. Or, depuis la fin de la guerre, quatre projets de loi relatifs à la santé nationale ont été présentés. Aucun n'a abouti. Le dernier en date a été arrêté au Sénat en 1934.

« La politique de la santé ne doit pas consister à guérir les maladies, mais à les préserver. On n'atteindra ce but qu'en développant l'hygiène. En 1938, un crédit de 1.400 millions a été accordé aux Services de l'Assistance et 80 millions seulement à ceux de l'hygiène. Suivant la parole du Professeur Léon Bernard : « l'hygiène n'est pas une source spéculative et une besogne de paperasseries, mais une discipline propagée à travers les masses, grâce à l'activité pratique des personnalités qualifiées. »

Une transformation complète du ministère de la Santé publique, rouage purement administratif et politique, s'impose. Il convient d'abord de centraliser entre ses mains tous les services actuellement éparpillés parmi les divers ministères et qui, à un titre quelconque, sont chargés d'une partie de la protection de la santé publique. Il doit comprendre, quoi qu'en pensent les bureaux, beaucoup plus de techniciens que d'administratifs, suivant la formule de Léon Bernard.

A sa tête doit être placée une haute personnalité médicale, énergique, à laquelle seront donnés les moyens de réaliser un programme sur lequel tout le monde est d'accord ; ses collaborateurs répartis dans toute la France, divisée en régions sanitaires, recevront de lui directement ses instructions. A côté de ces inspecteurs régionaux, se tiendront toute la corporation des sanitaires, toutes les œuvres, départementales, municipales, publiques ou privées, qui seront coordonnées et qui, à l'exemple de ce qui a été réalisé en Lorraine par le Professeur Parisot, collaboreront dans un même but.

Dans cette organisation, les jeunes françaises auront un rôle important à remplir. Si l'on songe que 90 % de jeunes filles ignorent totalement les notions les plus élémentaires de l'art d'élever les enfants, on reconnaîtra que l'éducation de l'élément féminin pour les choses de l'hygiène et de la santé devient capitale.

En temps de guerre, où il faut redoubler les précautions d'hygiène, veiller avec une attention accrue à l'observation des mesures sanitaires, l'autorité donnée aux inspecteurs régionaux et départementaux leur permettra d'agir avec autant de rapidité que d'énergie.

Pour conclure, il convient, à côté des Services de santé militaires qui obtiennent tant dans la métropole qu'aux colonies des résultats appréciés de tous, d'organiser pour la population civile de la France et les alertes auxquelles elle peut avoir à faire face, un Service de santé civil doté des moyens en hommes et en matériel qui lui seront nécessaires.

Mlle Suzanne Destern a terminé son rapport en rappelant ces paroles de Lacordaire : « Quand les corps diminuent, les caractères tombent. Le peuple perd sa force physique et morale ; il vieillit. Alors, on entend le pas du barbare qui s'approche et qui regarde si l'heure est venue d'enlever du monde ce vieillard de peuple ». A nous de savoir si nous consentirons à devenir un « vieillard de peuple ».

***

La grande variété des médecin chargés aux colonies d'assurer les différents services sanitaires a été souvent l'objet de critiques justifiées. Lors du voyage que j'ai effectué récemment en Indochine, j'ai pu constater les inconvénients résultant de cet état de choses. Le Corps médical de notre grande colonie du Pacifique se compose, en effet, de médecins militaires hors cadres et dans les cadres, de médecins civils de l'Assistance médicale indigène, de médecins civils contractuels, de médecins civils chargés de services spéciaux pour lesquels des indemnités leur sont allouées, de docteurs en médecine indochinois, de médecins indochinois, ceux-ci se distinguant des précédents par le fait qu'ils n'ont fait que des études élémentaires les qualifiant seulement pour un rôle d'auxiliaires. Autant de catégories, autant de statuts ou de règlements. Cette diversité prête peu à une coordination des efforts, à une collaboration étroite. Si, d'autre part, les médecins militaires hors cadres reçoivent leurs instructions des éléments civils de l'Administration, les médecins civils de l'Assistance ne dépendent en rien de l'Inspection générale du Service de santé, seule responsable cependant vis-à-vis du ministre de l'état sanitaire de nos colonies.

Les Etats généraux de la Santé publique ont été pour moi l'occasion d'exposer les propositions de confrères qui avaient bien voulu m'adresser leurs rapports. Le médecin-commandant de Marqueissac, des troupes coloniales, en retraite, et le Docteur Bourgin, adjoint au Directeur local de la Santé de Cochinchine, sont arrivés à peu de choses près aux mêmes conclusons : qu'il conviendrait de simplifier dans une grande mesure la formation des médecins militaires qui, pour aboutir au même diplôme, doivent passer par des écoles différentes suivant qu'ils veulent servir dans les troupes coloniales, dans la marine ou dans les troupes de la métropole. Le Docteur de Marqueissac estime qu'une seule école serait suffisante au lieu des sept existant actuellement. Le stage d'application des médecins coloniaux s'effectuerait près des écoles de médecine d'Hanoï, de Dakar ou de Tananarive, suivant le groupe de colonies qu'ils auraient choisi.

D'autre part, certains avantages devraient être accordés à ces médecins dont les séjours aux colonies sont plus nombreux que ceux effectués par les autres officiers, et aussi en raison de la longueur des études qu'ils doivent faire avant d'entrer en fonctions.

En ce qui concerne les cadres de l'Assistance, il est indéniable qu'ils ne rencontrent pas auprès des jeunes médecins une grande faveur. Il est regrettable qu'un grand nombre des médecins civils qui désirent partir actuellement aux colonies sont plutôt des médecins que leur situation dans la métropole n'a pas satisfaits ou qui, âgés, s'imaginent que les fonctions médicales outre-mer constituent une bonne sinécure devant leur permettre de vivre assez agréablement sans grands efforts.

Si l'on désire combattre cet état de choses, il y aurait lieu de créer une école de médecine coloniale, comparable en quelque sorte à l'école de la France d'outre-mer. Cette école fournirait des médecins qu'un seul statut régirait, au même titre que certains autres fonctionnaires (météorologistes, vétérinaires, services civils, etc.). Il est probable que cette organisation serait susceptible de provoquer mieux que dans les conditions actuelles, la vocation coloniale des jeunes étudiants.

Dr L. Sasportas.

Bibliographie

Raymond Genty. — **La route lumineuse.** Bois gravés de Lucy Humbert.

Encore un volume de vers.

Sous le titre de *Gris et Bleus*, le poète nous conduit tour à tour au jardin du Luxembourg, dans la pittoresque rue du Jardinet. En vrai parisien, il chante les charmes de Paris l'été. De légères et agréables fantaisies font suite : A l'Ecole de l'amour, l'Eternel rendez-vous, le Vin tendre, Songe d'une nuit d'hiver, etc..., Dans les *Frissons de la Forêt* M. R. Genty célèbre les charmes de la nature ; il débute par Ballade du Renouveau et termine par : Sur trois taches de marbre rose, dont les vers ailés inspirés manifestement par la poésie célèbre de Musset évoquent les beautés du Parc de Versailles.

Le livre se termine par *Théâtre.* Qu'on se rassure M. Genty n'aborde pas le théâtre, il se contente de rimer de petits poëmes dont certains furent lus sur la scène de l'Odéon, où il fait l'éloge du théâtre et des artistes. Une de ses pièces : Côte d'Azur rapide, est un dialogue entre le poëte et sa muse, devenue très moderne, amusante parodie des *Nuits* de Musset.

J. N.

DOCUMENTATION DU TEMPS DE GUERRE

La situation des réformés des classes mobilisables

Les réformés définitifs sont dégagés de toute obligation militaire, et, par suite, ils n'ont pas à se préoccuper de démarches, ni de déclaration de résidence. Toutefois, cette disposition *ne s'applique qu'à ceux dont la classe de mobilisation est dégagée d'obligations militaires.*

Très différente est la situation de ceux qui appartiennent au service auxiliaire ou sont réformés à titre définitif, même s'ils sont pensionnés à titre permanent, *quand leur classe est encore soumise aux obligations militaires.*

Même si le réformé définitif est titulaire d'une pension, il peut donc être appelé à passer une visite médicale en vue de statuer sur son aptitude physique *actuelle*, s'il appartient à une classe de recrutement astreignant encore à des obligations militaires.

Cette question est réglée par une modification que la loi du 26 juin 1933 apporta à la loi de recrutement du 31 mars 1928 qui nous régit actuellement.

L'article 20 de la loi de recrutement du 31 mars 1928 dispose qu'au point de vue des aptitudes physiques à servir, les appelés devant un conseil de révision sont classés en quatre catégories, savoir :

1º Ceux qui sont reconnus bons pour le service armé ;

2º Ceux qui, étant atteints d'une infirmité relative sans être faibles de constitution, sont reconnus bons pour le service auxiliaire ;

3º Ceux qui, étant d'une constitution physique trop faible, sont ajournés à un nouvel examen ;

4º Ceux chez qui une constitution générale mauvaise ou certaines infirmités déterminent une impotence fonctionnelle partielle ou totale et qui sont exemptés de tout service militaire, soit armé, soit auxiliaire.

Cet article 20 de la loi de recrutement a été complété par une loi du 28 juin 1933, qui prévoit la présentation devant une Commission de réforme des auxiliaires et exemptés (hommes des 2e et 4e catégories) et des réformés.

Voici le texte de la loi du 28 juin 1933 :

ARTICLE UNIQUE. — *Le troisième paragraphe de l'article* 20 *de la loi du* 31 *mars* 1928 *sur le recrutement de l'armée est abrogé et remplacé par le suivant :*

« *En cas d'hostilités, aux époques fixées par le ministre de la Guerre, les hommes des deuxième et quatrième catégories et les hommes réformés sont astreints à se présenter devant une commission de réforme pour y subir un examen. Les hommes de la deuxième catégorie reconnus aptes au service armé sont immédiatement classés dans la première catégorie.* »

La loi du 28 juin 1933 ne prévoit aucune exception et, par suite, les hommes qui appartiennent au service auxiliaire ou qui sont placés dans la position de réforme, même s'ils sont pensionnés, seront susceptibles d'être appelés devant une commission médicale en vue de statuer à nouveau sur leur aptitude à servir, s'ils appartiennent à une classe encore soumise aux obligations militaires.

Comment savoir si une classe est encore mobilisable.

La loi de recrutement actuellement en vigueur (31 mars 1928) prévoit que le service militaire est dû dans les conditions suivantes :

Deux ans de service actif ;
Deux ans en disponibilité ;
Seize ans dans la première réserve ;
Huit ans dans la deuxième réserve .

La durée totale du service est donc de vingt-huit ans.

Une autre question se pose. C'est celle de savoir si les enfants font bénéficier de classes. L'article 58 de la loi de recrutement accorde cet avantage. C'est ainsi que tout homme de la réserve, père de deux enfants vivants est classé, dès la naissance du deuxième, dans la classe de mobilisation plus âgée de quatre ans que sa classe d'incorporation ; les pères de trois enfants dans la plus jeune classe de la deuxième réserve, etc...

Mais ces bonifications de classes n'ont d'influence qu'en temps de paix pour l'exécution des périodes. Elles ne modifient en rien la durée du service et n'avancent pas la date à laquelle on est dégagé d'obligations militaires.

***

Comme conclusion à cette documentation, il ressort :

Que tout homme réformé définitivement et, à plus forte raison, s'il appartient au service auxiliaire, d'une classe mobilisable, est susceptible, à une date qui sera fixée ultérieurement par le ministre de la Guerre, d'être appelé à comparaître devant une commission médicale. Celle-ci se prononcera sur son inaptitude ou son aptitude physique à servir, compte tenu de son état de santé et de sa validité actuels.

Dans ces conditions, *ceux d'entre eux que les circonstances appelleraient à quitter leur domicile habituel devront le signaler à la gendarmerie* dont relève la localité où ils transporteraient leur résidence.

G. Laûx.

La révision des pensions est suspendue

Par suite des plans de mobilisation qui ont prévu la dispersion et l'éloignement des services publics, la réunion des comités administratifs de révision et de la Commission supérieure de révision des pensions est rendue pratiquement impossible.

En effet, les fonctionnaires qui en font partie ont, pour la plupart, quitté Paris pour des destinations très différentes ; quant aux médecins rapporteurs, aux contre-rapporteurs et aux représentants des associations qui participaient aux travaux de révision, il est évident qu'on ne peut songer à les rassembler hors de la région parisienne.

C'est pour cette raison que les séances des comités réviseurs et de la Commission supérieure sont suspendues par un décret du 1er septembre 1939 publié au *Journal Officiel* du 5 du même mois. Elles ne pourront eprendre que lorsque les circonstances le permettront, à moins qu'une organisation nouvelle ait puê tre mise sur pied.

Toutefois, des décisions ont déjà été prises par les comités administratifs et la Commission supérieure. Les services du ministère des Pensions transportés en province continueront à assurer l'accomplissement des diverses formalités administratives.

Mais l'article 2 du décret du 25 août 1937 a fixé pour la révision un délai de trois ans qui devait se terminer le 25 août 1940. Le décret qui vient d'être rendu sur la proposition du président du Conseil, du ministre des Finances et de celui des Pensions, prévoit une prorogation de ce délai pour une durée égale à la suspension des opérations de révision.

C'est un autre décret qui fixera la date de reprise des travaux.

Les renseignements aux familles

Le *Journal Officiel* du 4 septembre 1939 publie une instruction relative aux renseignements à donner aux familles des militaires mis hors de combat, et à la notification des décès et des disparitions en temps de guerre et dont voici le texte :

Paris, le 2 septembre 1939,

L'état civil aux armées est régi par les instructions du 23 juillet 1894, des 2 juin 1916 et 1er mai 1918, mises à jour le 1er janvier 1939 (*B. O.*, c. m. vol. 28, conditions civile et politique des militaires).

Ce service est confié au ministère des Anciens Combattants et Pensionnés (service central de l'état civil, successions et sépultures militaires).

FONCTIONNEMENT DU SERVICE

1° *A l'Administration centrale du ministère des Anciens Combattants et Pensionnés*

Le service central de l'état civil, des successions et sépultures militaires :

a) Etablit les avis de décès, de disparition, d'inhumation sur le vu des documents et renseignements parvenant :

1° Des corps de troupes, services, formations militaires, hôpitaux aux armées ;

2° Des dépôts de corps de troupes, services, formations sanitaires, hôpitaux de l'intérieur ;

b) Liquide les successions militaires ;

c) Tient le contrôle des lieux d'inhumation.

« Jusqu'à nouvelles instructions, les envois destinés au service central de l'état civil, successions et sépultures militaires seront effectués comme suit :

« A. — Les états, plis, pièces diverses concernant les décédés, les disparus, les blessés, les prisonniers, au :

Ministère des Anciens Combattants et Pensionnés

« Service central de l'état civil, successions et sépultures militaires », 37, rue de Bellechasse, Paris (7e).

« B. — Les états, plis, paquets, objets de toute nature, monnaies concernant les successions et les sépultures militaires, au :

Ministère des Anciens Combattants et Pensionnés

« Service central de l'état civil, successions et sépultures militaires ». Domaine de la Haute-Barde, par Beaumont-la-Ronce (Indre-et-Loire).

2° *Aux armées*

La constatation des décès et celle des mutations des militaires mis hors de combat donnent lieu à la tenue ou à l'établissement des documents ci-après :

a) Etats des pertes (tués, blessés, disparus) ;
b) Carnets de passage ;
c) Carnets de champs de bataille ;
d) Actes de décès ;
e) Procès-verbaux de déclaration de décès ;
f) Procès-verbaux de constatation de décès ;
g) Actes de disparition ;
h) Situations administratives.

3° *A l'intérieur*

Les décès des militaires qui se produisent dans la zone de l'intérieur sont constatés par un acte dressé par le maire. Les formations sanitaires et hôpitaux tiennent un registre de décès. Le service central de l'état civil, successions et sépultures militaires *exerce seulement le contrôle des décès.*

L'exemption de réquisition des autos est accordée à tous les grands invalides de guerre

Dès le mois de juillet 1936, la Fédération Nationale des plus Grands Invalides de Guerre obtint cette exemption pour les bénéficiaires de la loi du 22 mars 1935. Elle n'intéressait pas les ressortissants, invalides militaires du temps de paix et non bénéficiaires de la loi du 22 mars 1935.

La Fédération des Mutilés d'après guerre a demandé donc au président du Conseil, ministre de la Défense Nationale et de la Guerre, d'étendre cette mesure bienveillante à tous les pensionnés de la loi du 31 mars 1919.

Voici en quels termes fut accueillie partiellement la demande des mutilés d'après guerre :

Ministère
de la Défense nationale
et de la Guerre

—

Cabinet du Ministre

—

N° 33.294 V Paris, le 27 avril 1939,

Monsieur le Président de la Fédération Nationale des Mutilés et Réformés d'après gurre, 5, rue d'Arras, Paris (5e),

Monsieur le Président,

Par lettre B. A. du 13 mars 1939, vous m'avez demandé de donner des instructions en vue d'exempter de réquisition les voitures de tourisme appartenant aux mutilés bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que des instructions ont déjà été données en vue d'accorder des exemptions aux grands mutilés bénéficiaires des dispositions de la loi du 22 mars 1935.

Il n'est pas possible, en raison du très grand nombre de bénéficiaires éventuels, d'étendre cette disposition à tous les mutilés justiciables de la loi du 31 mars 1939, quel que soit leur taux d'invalidité.

Mais, pour répondre au désir que vous avez bien voulu m'exprimer, j'ai fait donner toutes instructions nécessaires pour que l'exemption de réquisition en cause soit étendue aux grands mutilés militaires d'après guerre jouissant d'une pension d'invalidité de 85 % au moins.

Il appartiendra aux intéressés d'adresser eux-mêmes au général commandant l'artillerie de la région les demandes d'exemption de réquisition pour leur voiture de tourisme « personnelle » en y joignant toutes pièces justificatives nécessaires.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de ma considération distinguée.

Pour le Président du Conseil,

Ministre de la Guerre et par son ordre,

Le Chef du Cabinet civil,

ILLISIBLE.

En conclusion, tous les pensionnés de la loi du 31 mars 1919 à au moins 85 % ont droit à l'exemption de réquisition de leur voiture personnelle.

(Extraits du *Journal des Mutilés et Combattants,* 10 sept. 1939.)

Le recrutement des infirmières

Le ministère de la Santé publique communique :

Il est pris bonne note des offres de service qui sont parvenues au service central des infirmières. Une fiche est établie pour chaque candidate. Les diplômées d'Etat auront un droit de priorité pour les postes offerts. Ceux-ci pourront ensuite être attribués, le cas échéant, aux infirmières non diplômées, justifiant d'états de service. Il est recommandé aux personnes ne remplissant pas l'une ou l'autre de ces conditions et qui désireraient néanmoins offrir leurs services dans les circonstances actuelles de s'adresser :

1° Diplômées des sociétés de Croix-Rouge : Société de secours aux blessés militaires, 21, rue François-Ier ; Association des Dames françaises, 16, boulevard Raspail ; Union des Femmes de France, 102, boulevard Malesherbes.

2° Défense passive : Préfecture de police, 6 *ter*, rue du Cloître-Notre-Dame.

3° Emplois divers : Centre de propagande pour la grandeur du pays, 102, rue de l'Université.

Les cours d'auxiliaires sanitaires et d'auxiliaires sociales

Des instructions viennent d'être données aux écoles agréées pour la préparation aux diplômes d'Etat d'infirmière et d'assistante sociale, pour les inviter à organiser des cours d'auxiliaires sanitaires et d'auxiliaires sociales en vue de fournir aux organismes d'hygiène et de service social chargés de veiller à la santé et à la sécurité des populations civiles les aides dont ils peuvent avoir un besoin urgent.

Ces cours porteront sur une durée de quatre mois. Aucune condition d'âge ne sera exigée. Les candidates devront témoigner d'une culture générale suffisante et d'une bonne santé. Celles qui désireraient préparer le certificat d'auxiliaire sociale devront en outre être titulaires d'un diplôme simple de Croix-Rouge ou avoir suivi pendant au moins trois mois les cours d'une école d'infirmières agréées.

Tous renseignements complémentaires seront donnés par la direction des écoles. Pour Paris et la banlieue consulter la liste des écoles affichée au ministère de la Santé publique, 18, rue de Tilsitt. Pour les départements, s'adresser à la préfecture.

(Communiqué du ministère de la Santé publique).

La neutralisation des délais

Si les circonstances présentes préoccupent tous les citoyens français, elles préoccupent spécialement les dirigeants des Associations des mutilés, qui ont des contacts permanents entre les invalides d'une part et les administrations publiques d'autre part.

En temps normal, il est fréquent que des invalides échappent à la forclusion d'extrême justesse.

Il est certain qu'en période troublée comme celle que nous vivons, les invalides vont perdre encore plus de temps pour obtenir des renseignements et des conseils de leurs organisations respectives et ils auront plus de chances de se trouver frappés par la forclusion.

Il convient donc de prendre au plus tôt une mesure légale à l'égard des invalides, afin que leurs droits ne soient pas prescrits en raison de circonstances dont ils ne sont pas responsables.

Une « neutralisation » des délais pendant la période d'effervescence nous semble souhaitable ; en raison des hostilités, les administrations publiques sont évacuées en province ; ceci ne peut manquer de provoquer une période de flottement dans l'application des mesures prévues pour les circonstances paisibles.

La neutralisation des délais a l'avantage de suspendre l'écoulement du délai pendant la période correspondant au dérangement provoqué dans les services publics : les délais devant recommencer à courir lorsque le ministre des Anciens Combattants et Pensionnés estimera que les administrations publiques, et surtout le service postal, auront repris leur cours normal.

Vouloir gagner la guerre des nerfs, c'est donner de l'assurance à tous en prenant des mesures qui préservent l'avenir et délivrent du souci les invalides du service militaire.

La neutralisation des délais est une mesure à prendre contre la guerre des nerfs, mesure qui prouvera que le gouvernement a le souci de simplifier le fonctionnement des services publics lorsque le pays est en danger et surtout de faciliter la reprise normale, lorsque le danger sera passé.

Jean BAZIN,
Président de la Fédération des Mutilés et réformés d'après guerre.

(*Journal des Mutilés et Combattants*, 10 sept. 1939)

Le Gérant : R. THIRON.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie
Maison spéciale pour périodiques médicaux

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Accidents du Travail

5.717. — Radiographies de l'estomac ou du tube digestif, simples ou en série

Quelle nomenclature doit-on inscrire sur une feuille d'assurances sociales à la suite d'une radiographie d'estomac et de quatre radiographies en série du duodénum ?

Dr M.

Réponse

Je vois en K16 : « Radiographies en série du tube digestif (indépendantes de l'examen) ». Par contre je vois en K7 : Radio-diagnostic, estomac, duodénum avec calque. Il s'agit évidemment là d'une radioscopie et non d'une radiographie. Aussi, pour radiographie de l'estomac, comme du tube digestif, il me semble que le K10 est indiqué lorsqu'il n'est pas « en série », puisqu'il est dit en K10 : Radioscopie œsophage, estomac, intestin, duodénum « avec un cliché ». S'il y a « un cliché » c'est une radiographie, ce me semble, autrement ce serait simplement « un calque ». Tout cela gagnerait à être précisé par un spécialiste radiographe qualifié, comme le secrétaire général du Syndicat des électro-radiologistes le Docteur Aimé, 107, boulevard Raspail, Paris (VIe). Là encore, comme pour la réponse demandée en matière d'accident du travail, il serait bon de me communiquer l'avis du Docteur Aimé que je publierais dans le *Concours*. Dr F. Decourt.

b) Pensionnés de guerre

5.693. — C'est au médecin de décider si tel médicament relève, ou non, de l'affection causale de la pension

Je reçois du Service des soins gratuits la lettre ci-jointe.

Mon ordonnance comportait une ou deux formules imputables au motif de pension et en plus une formule non imputable cause du litige.

A la fin de mon ordonnance et en caractères d'affiche la mention « A délivrer sous réserve des droits » était ajoutée.

Il me semble avoir trouvé de nombreuses fois cette question traitée dans le *Concours* : le pharmacien doit prévenir le médecin, ne doit pas délivrer gratuitement, en cas contraire, il reste responsable.

La Préfecture n'accepte pas cette version et retranche toujours du mémoire médical. Pour une spécialité elle veut bien le cas échéant la retenir au pharmacien, mais pour une formule, le méde-

cin doit rester responsable.

Ne croyez-vous pas que la mention ajoutée me dégage complètement ? Dr P.

Lettre du Préfet

J'ai l'honneur de vous faire connaître que le Service de contrôle des soins gratuits aux pensionnés de guerre a cru devoir apporter à votre mémoire du premier trimestre 1939 les réductions suivantes, s'élevant à un montant total de 19 fr. 35 pour : Pensionné T..., 20 % pour « attitude vicieuse permanente du tronc en demi-flexion sur le bassin, algie permanente mais augmentée par la pression et le redressement du tronc. La flexion est légèrement pénible. Etat général médiocre.

Sur ordonnance du 13 février 1939 : Benzoate de soude, eau de laurier-cerise, sirop de codéine, sirop de capillaire, 19 fr. 35 ; prescription non imputable au motif de pension.

Conformément aux nouvelles dispositions du décret du 22 décembre 1935 modifiant le titre II du décret du 25 octobre 1922, le mandatement de votre mémoire ne peut être effectué qu'après réception de votre accord sur les dites réductions.

En conséquence, si vous avez des réclamations à présenter ou des explications à fournir, vous êtes invité à le faire par écrit dans le plus bref délai.

Le Préfet.

Réponse

Il est évident que vous avez eu tort de mettre sur la feuille d'ordonnance des soins à un pensionné de guerre, une potion destinée à une affection qui ne dépendait pas de l'affection causale de la pension. Vous avez mis « A délivrer sous réserve de droits », c'est entendu. Mais comment le pharmacien pouvait-il juger si ce médicament était destiné à combattre une affection causale ou non de la pension ? C'était à vous, et à vous seul de le décider. Combien il était plus simple d'inscrire ce médicament sur un autre feuille d'ordonnance que celle de pensionné de guerre.

Dr F. DECOURT.

5.831. — Les frais de déplacement ont pour base le domicile du médecin et l'endroit où furent donnés les soins

Un mutilé de guerre titulaire d'un carnet médical habitant habituellement une localité pourvue d'un médecin a-t-il droit aux indemnités kilométriques médicales gratuites lorsque pour une raison quelconque il réside passagèrement dans une localité non pourvue de médecin ?

Voici le fait :

J'ai été appelé dernièrement à donner mes soins à un tuberculeux pulmonaire à 8 kilomètres de V..., Ce malade habite habituellement I... et était allé passer quelques semaines chez son beau-frère dans un petit pays de 150 habitants. Il fait là une hémop-

tysie qui nécessite plusieurs visites. J'utilise, bien entendu, le carnet médical et compte les indemnités kilométriques.

Or, je viens de recevoir de la Préfecture la note suivante :

« Pour M. N. Emile, domicilié à I..., il a été compté 72 kilomètres pour 89 fr. 28. Des docteurs en médecine étant domiciliés à I..., l'indemnité de déplacement ne peut être prise en charge par l'Etat A déduire. »

Peut-être s'agit-il d'un malentendu que je ne m'explique pas, les bons portant bien mention du lieu où ont été donnés les soins médicaux.

Un mutilé me paraît parfaitement en droit de quitter son domicile habituel pour un lieu dépourvu de médecin tout en conservant la gratuité des soins.

Avant de répondre à la Préfecture, je préfère être en possession de votre réponse.

Si comme je le pense il ne s'agit que d'un malentendu, une explication suffira à la dissiper. Dans le cas contraire, je réclamerai directement au malade le montant des déplacements.

Dr C.

Réponse

Ce n'est pas le mutilé qui a droit à une indemnité kilométrique, mais le médecin traitant, à condition que dans l'endroit où s'est soigné le blessé de guerre, il n'y ait pas de médecin, l'indemnité étant basée sur la distance du « médecin le plus rapproché » du lieu des soins. C'est précisément ce qu'il faut expliquer à la Préfecture en spécifiant l'endroit même où vous avez été appelé, et cela d'urgence puisqu'il s'agissait d'une hémoptysie. Le fait qu'il habite ordinairement I... où plusieurs médecins exercent, ne peut donc, en l'espèce, entrer en ligne de compte, en ce qui vous concerne personnellement, alors que ce n'est pas à I... que vous avez été appelé pour donner vos soins.

Dr F. Decourt.

FISCALITÉ

5.954. — Déduction des frais de dernière maladie

Au point de vue fiscal en matière de succession, qu'entend-on par dernière maladie ? Y a-t-il une durée maxima pour cette dernière ? Le privilège des créances médicales est-il limité par cette durée ? Est-il vrai, que le fisc ne tient compte que des honoraires non réglés et ne permet pas aux héritiers d'imputer à la succession les honoraires réglés comptant ? Un de mes clients, de situation moyenne, vient de dépenser 30.000 francs à Paris pour faire opérer son père qui est décédé ici un mois après son retour. Est-ce que l'Enregistrement ne considérera pas ces dépenses comme somptuaires ?

Dr D.

Réponse

Les frais de dernière maladie sont régis par l'article 57 du Code général de l'Enregistrement ainsi conçu :

« Sur justifications fournies par les héritiers, les frais de « dernière maladie du *de cujus* seront déduits de l'actif de la « succession dans la limite d'un maximum de 2.000 francs. »

Ils comprennent les honoraires du médecin relatifs à la maladie dont est mort le *de cujus*, les prix des médicaments, et en général tous les frais causés par cette maladie et non payés par le défunt.

Les frais funéraires ne sont pas déductibles.

En général la déduction de 2.000 est admise car il est difficile de fournir des justifications.

A. et S. M.

ACCIDENTS

5.561. — Accidents agricoles Soins à l'hôpital ou en clinique privée

Le dernier tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail ne semble faire aucune différence entre salariés des professions agricoles et salariés des professions non-agricoles ; est-ce que pour les accidents des professions agricoles s'ajoutent en cas d'hospitalisation en clinique, ou à l'hôpital, le tarif à l'acte et le prix de journée d'hospitalisation augmenté de six francs comme forfait des soins, ou bien le régime de 1938 continue-t-il avec application du « tout compris » de l'hôpital public le plus proche ?

Dr S.

Réponse

L'art. 29 de la loi du 1er juillet 1938 qui a modifié la législation sur les accidents du travail, a spécifié que les dispositions de cette loi ne seront applicables à l'agriculture qu'après que des modifications concordantes auront été apportées aux lois du 15 décembre 1922 et du 30 avril 1926.

Or, jusqu'ici aucune modification n'a été apportée à ces lois.

Il en résulte que les nouvelles dispositions de la loi sur les accidents du travail concernant le paiement des honoraires pour les soins donnés à l'hôpital et en clinique privée ne sont pas encore applicables à l'agriculture.

Il s'ensuit que pour les accidents dont sont victimes les ouvriers agricoles, les Compagnies d'assurances sont encore en droit d'invoquer le « tout compris », en cas d'hospitalisation à l'hôpital public ou en clinique.

5.608. Accidents agricoles Honoraires du médecin traitant

J'ai soigné il y a quelque temps pour un panaris une femme exploitant une petite ferme, elle est assurée pour les accidents qui peuvent lui survenir ainsi que ses enfants et un ou deux ouvriers qu'elle emploie : suis-je obligé d'établir ma note suivant le tarif accidents du travail ou puis-je demander le tarif syndical ? il n'y aurait d'ailleurs pas grand différence et dans des cas habituels je suis toujours payé par l'Assurance au tarif des accidents du travail; l'agent d'assurance obligeamment m'a répondu que je devais étabir une note suivant ce tarif, est-ce exact ? Je croyais que ce tarif n'était obligatoire qu'en ce qui concerne les ouvriers.

Dr N.

Réponse

La loi nouvelle sur les accidents du travail a supprimé pour le médecin traitant la faculté qui lui était réservée par la loi du 9 avril 1898, de faire payer la totalité de ses honoraires ou la partie de ses honoraires excédant le tarif par le blessé lui-même. Désormais le médecin traitant n'a plus de recours que contre le chef d'entreprise responsable, et dans les limites du tarif.

Mais, la loi nouvelle n'est pas encore applicable à l'agriculture, celle-ci étant régie au moins provisoirement, par les dispositions de la loi du 9 avril 1898. Il en résulte que lorsque vous avez à soigner un ouvrier agricole victime d'un accident du travail, il vous est possible en principe, d'exiger de votre client lui-même la différence entre le tarif des accidents du travail et le tarif de droit commun.

Mais, lorsque vous soignez des patrons agriculteurs qui se sont assujettis pour eux-mêmes à la législation sur les accidents du travail, vous êtes en droit de vous faire payer par eux directement, suivant votre tarif de droit commun, sauf à leur remettre ensuite une note acquittée pour leur permettre de faire valoir leurs droits au remboursement partiel auprès de leur Assurance.

Bien entendu si, au lieu de vous faire payer par votre débiteur, vous acceptez d'être réglé par l'Assurance, vous ne pouvez exiger de celle-ci plus que ce à quoi elle est tenue, en vertu de son contrat, c'est-à-dire plus que le tarif des accidents du travail. Mais, à la condition de faire des réserves formelles dans la quittance donnée à l'Assurance, vous conservez alors le droit de réclamer au blessé lui-même le complément de vos honoraires.

4.699. — Cumul de rente accidents et de pension d'invalidité des Assurances sociales.

Un de mes malades est réformé de guerre à 60 % pour traumatisme important du pied.

Il fait l'été dernier un ulcus de l'estomac à marche aiguë avec perforation. Intervention. Menace péritonéale. On le sauve à grand'peine. Il garde des douleurs abdominales. Il est considéré comme ayant une incapacité supérieure à 60 % (assuré social). Le dossier est constitué. La pension est acquise, quand tout à coup on l'informe que le montant de sa pension militaire étant supérieur à sa pension d'invalidité il ne peut prétendre au payement des arrérages de cette dernière.

Est-ce normal ? Ces deux pensions s'excluent-elles légalement ?

Dr L.

Réponse

L'article 18, parag. 3 et 4 du décret du 28 octobre 1935, prévoit que si le degré total d'invalidité (au titre Assurances sociales) atteint au moins 66 % et si la pension militaire d'invalidité est inférieure à la pension à laquelle l'assuré aurait droit en vertu du décret-loi, la pension d'assurance est allouée pour un montant égal à la différence entre la pension calculée au titre Assurances sociales et la pension militaire.

La conclusion en est que si la pension militaire est égale ou supérieure à la pension d'invalidité Assurances sociales l'assuré n'a droit à aucune pension d'invalidité spéciale.

Dans le cas que vous nous soumettez, votre client étant réformé de guerre à 60 % et étant atteint par ailleurs d'une incapacité supérieure à 66 % au titre Assurances sociales, la question est de savoir quel est le taux exact de la pension invalidité Assurances sociales. Est-elle supérieure à 66 % ? Si oui, votre client touchera la différence Si elle est égale à 60 % votre client ne peut toucher rien autre que sa pension militaire.

6.176. — L'état antérieur dans les accidents du travail

J'ai soigné du 22 avril 1938 au 27 mai 1938 un docker : contusion thoracique (fracture de côte), plaie de la jambe droite.

Le 27 mai 1938 je signai la reprise du travail, spécifiant que ce blessé était incomplètement guéri.

Le 1er juillet 1938 (soit un mois après environ) ce blessé revenait avec des plaies et une très forte poussée de lymphangite au niveau des cicatrices de la jambe.

La Compagnie fit examiner ce blessé à de nombreuses reprises (par son médecin, par son chirurgien, par un dermatologue). Mes confrères étaient embarrassés.

D'accord avec eux, j'essayai de nombreux traitements, je les aidai en faisant des prélèvements et même j'ai donné une anesthésie par une biopsie.

Le 5 décembre 1938, avec le médecin dermatologue de la Compagnie d'assurances nous avions porté le diagnostic d'affection à pyocyanique ayant pour porte d'entrée la plaie de la jambe.

Le dermatologue me demanda de le faire hospitaliser, ce cas l'intéressant personnellement scientifiquement.

Le blessé décéda le 5 janvier 1939, la plaie de la jambe n'étant pas guérie.

A l'autopsie on porta le diagnostic d'actynomycose.

Les médecins de la Compagnie n'ont jamais rejeté l'accident. Ils m'ont demandé de les aider dans leurs recherches.

La Compagnie est-elle fondée à me refuser de me payer mes honoraires ?

J'ajouterai :

1° Que le blessé a touché son demi-salaire jusqu'au jour du décès.

2° L'hospitalisation a été faite au compte de la Compagnie d'assurances.

3° Le blessé était assuré social, mais la Compagnie n'ayant pas rejeté ce sinistre, les Assurances sociales n'ont pas été prévenues du vivant du blessé.

G. Dr

Réponse

D'après la jurisprudence, il ne doit pas être tenu compte de l'état antérieur des victimes d'accidents du travail pour l'allocation des indemnités légales. Dès lors qu'il existe une relation directe de cause à effet entre le traumatisme et les lésions ou les aggravations qui peuvent se produire, toutes ces lésions ou ces aggravations sont considérées comme une conséquence de l'accident, quand bien même elles n'auraient été rendues possibles que par les prédispositions de la victime.

En l'espèce, la Compagnie d'assurances ne paraît avoir jamais douté que les complications qui se sont produites relevaient bien de l'accident du travail initial puisqu'elle a payé le demi-salaire jusqu'au jour du décès ainsi que les frais d'hospitalisation.

Il est probable qu'elle ne fera aucune difficulté pour le règlement de votre note d'honoraires. En tout cas il convient que vous la lui adressiez sans délai.

Au cas où pour une raison quelconque, le paiement vous serait refusé, il y aurait lieu d'exercer une action en paiement contre le chef d'entreprise responsable devant le Juge de paix du canton sur le territoire duquel l'accident s'est produit, seul compétent.

Cette action devrait être introduite dans le

délai d'un an à compter du jour où a cessé d'être payée l'indemnité temporaire à la victime.

6.076. — 1° Action du médecin traitant contre le blessé ; 2° Suppression du « tout compris »

J'ai donné mes soins, comme chirurgien « libre » à un blessé « libre » atteint de fracture des deux os de l'avant-bras.

Pour radioscopie, avant et après, réduction et pose d'un plâtre, la note de mes honoraires était de 900 francs.

Quelques jours après, par suite d'une entente entre ce blessé, son employeur et l'assureur de ce dernier, l'accident était devenu un accident du travail. Au lieu d'honoraires, il me fut indiqué l'adresse d'une Compagnie d'assurances qui, si elle ne m'objecte pas l'absence de carte recommandée, m'offrira 165 francs.

Si vraiment le patron est « seul » responsable et que le tarif soit « limitatif », que dois-je faire ?

2° Un accident entraîne chez un travailleur la nécessité d'une intervention chirurgicale (intervention sur pseudarthrose). Ce blessé désire être hospitalisé dans ma clinique privée et être opéré par moi-même.

La journée d'hospitalisation chez moi, est beaucoup plus élevée qu'à l'hôpital et le chiffre de mes honoraires n'a aucun rapport avec celui fixé au tarif des accidents du travail.

Une solution est-elle compatible avec le patron « seul responsable, au tarif limitatif » ? Bien entendu j'ai éliminé, d'office, le procédé tortueux du règlement de la « main à la main », il n'est pas de ma dignité, ni de celle d'aucun chirurgien, de vouloir cacher le montant des honoraires, ceci d'une part, et d'autre part, je ne veux pas risquer, une fois le malade guéri, de le voir refuser de m'honorer, ni même, une fois payé, d'être poursuivi en répétition de l'indu.

D[r] G.

Réponse

1° Suivant la nouvelle rédaction de l'art. 4 de la loi sur les accidents du travail, le chef d'entreprise est seul tenu des frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques. Par conséquent le médecin qui soigne un blessé du travail est privé désormais de tout recours possible contre le blessé lui-même, mais nous estimons que cette règle ne peut jouer qu'autant que le blessé a été accrédité auprès du médecin, dès le début du traitement comme victime d'un accident du travail.

Si, au contraire aucun bulletin de visite n'a été délivré par le patron et remis au médecin traitant et si le blessé s'est gardé, au moment où il a contracté avec le médecin, de lui faire con-

naître sa qualité de victime d'accident du travail, il est possible de soutenir, selon nous, qu'il existe entre le blessé et le médecin des rapports contractuels de droit commun, en vertu desquels le blessé est tenu de payer l'intégralité de la note d'honoraires, même si elle excède le tarif des accidents du travail.

Il serait intéressant de faire juger cette question et nous pensons que notre Conseil d'administration accorderait volontiers l'appui de la Ligue à un adhérent qui désirerait agir en paiement d'honoraires contre la victime d'un accident du travail qui n'aurait pas révélé cette qualité au début du traitement.

2o La loi nouvelle sur les accidents du travail a supprimé le « tout compris » et a accordé aux victimes d'accidents la faculté de se faire soigner dans les hôpitaux ou les cliniques privées avec obligation pour le patron responsable de payer en sus du prix de journée les frais médicaux et pharmaceutiques. Mais en cas d'hospitalisation du blessé dans une clinique privée, les obligations du patron se trouvent limitées au prix de journée de l'hôpital le plus voisin pour les malades payants dans les salles communes et aux honoraires médicaux et chirurgicaux, tels qu'ils sont fixés par le tarif.

Il est donc impossible à un médecin lorsqu'il hospitalise dans sa clinique un blessé du travail, admis en cette qualité, de demander au patron responsable ou à l'Assurance un prix de journée plus élevé ou des honoraires excédant le tarif.

Il est impossible également dans ce cas au médecin de réclamer un complément quelconque au blessé lui-même. A lui donc d'apprécier s'il accepte ou non de recevoir et de traiter dans sa clinique des victimes d'accidents du travail. S'il accepte il doit obligatoirement se contenter de la taxation légale.

QUESTIONS DIVERSES

5.922. — Contre-visite d'un accidenté de droit commun

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me fixer sur le point suivant. Un cycliste non assuré renverse un piéton. Ce dernier fait à la suite de cet accident un ensemble de troubles pour lesquels il demande des dommages. L'auteur de l'accident me demande de visiter le blessé et de lui remettre (à l'auteur de l'accident) un certificat ou plus exactement un rapport sur l'état de ce blessé et son taux d'invalidité.

Dois-je et puis-je délivrer ce certificat et quelles précautions dois-je prendre ? Dr P.

Réponse

Rien ne vous empêche d'accepter la mission de contrôle que vous demande d'assumer l'au-

teur responsable de l'accident, à la condition toutefois que vous ne soyez pas le médecin traitant de la victime. Mais, lorsque vous procéderez à l'examen de celle-ci vous devrez lui faire connaître nettement en quelle qualité vous agissez et que, n'étant pas lié à son égard par le secret professionnel, vous serez obligé de référer à votre mandant tout ce que vous aurez pu voir, apprendre ou constater au cours de votre examen.

Si, cependant, la victime se laisse examiner, vous devrez ensuite rédiger un certificat sur papier timbré dans lequel après avoir rappelé les conditions de votre intervention, vous consignerez le résultat de vos observations.

Ce certificat devra être remis entre les mains de l'auteur de l'accident, contre paiement de vos honoraires.

6.277. — Exercice de la médecine par les médecins étrangers

Un médecin qui a une très nombreuse clientèle, voulant se soulager peut-il prendre comme collaborateur, un médecin étranger diplômé d'Etat français, mais non naturalisé ? Bien entendu le médecin qui prendrait ce collaborateur signerait toutes les pièces officielles, certificats, feuilles d'assurances sociales, etc.

Dr B.

Réponse

Aux termes de la loi du 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine, ne peuvent exercer en France que les médecins diplômés d'Etat français qui sont en outre citoyens ou sujets français.

La seule exception prévue par la loi est celle concernant les médecins étrangers autorisés à exercer leur profession en France avant la promulgation des nouvelles dispositions, c'est-à-dire avant le 26 juillet 1935, médecins qui continuent à jouir de cette autorisation.

Si le collaborateur envisagé en l'espèce exerçait effectivement et régulièrement en France avant le 26 juillet 1935, il peut assister sans inconvénient un médecin français.

Dans le cas contraire, celui qui aurait recours à son assistance devrait se montrer extrêmement prudent et le considérer comme un simple infirmier, par conséquent n'ayant pas droit de participer dans le diagnostic et le traitement des maladies, en dehors de la surveillance et du contrôle effectif et constant du médecin diplômé.

Au cas où il serait établi que ce collaborateur étranger dépasse la mission d'auxiliaire pure et simple, il pourrait être poursuivi pour exercice illégal de la médecine et le médecin français qui le couvrirait de son diplôme serait également passible de la même peine.

Soixante et unième année — N° 39 — 24 Septembre 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie Scientifique

Travaux Originaux

L'Actualité Scientifique

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

Propos du Jour

Changements d'Adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le *Concours Médical* leur parvienne régulièrement à l'avenir. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile.

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg .	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro..........	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.

PROPOS DU JOUR

A CEUX DE 1914

Vous êtes-vous avisés, mes bons amis, que d'un seul coup, en quelques jours, nous venons de vieillir de l'espace d'une génération ?

Oh bien sûr ! il y a belle lurette que nous étions devenus des quadragénaires, ou même des quinquagénaires. Et lorsqu'un monsieur est quelque chose en « génaire » c'est qu'il a perdu sans espoir sa première fraîcheur. Bien sûr depuis des années déjà nous nous sentions quelque peu bousculés dans les reins par de turbulents jouvenceaux ; et la crise économique, avec son impitoyable sélection naturelle, nous avait avertis elle-même que l'âge nous grignotait et nous reléguait peu à peu dans les arrière-plans.

Mais c'étaient là de petites rancœurs inéluctables auxquelles mieux vaut se résigner en souriant. N'empêche que l'époque où nous vivions n'était pas un temps de paix banal : elle s'appelait l'après-guerre. Il y avait eu l'avant-guerre et, de 1914 à 1918, une espèce de plateau de partage des temps sillonné d'éclairs comme un Sinaï. De ce plateau fabuleux nous étions toujours les occupants. Il suffisait de se retourner pour apercevoir, là-haut, notre jeunesse casquée, vêtue de bleu horizon, insoucieuse comme toutes les jeunesses mais grave parce qu'investie d'un grand devoir. Elle avait un visage qu'on n'avait plus vu depuis lors.

Les livres, les films avaient préservé son charme un peu douloureux et en nous souriant à nous-même nous avions l'impression d'avoir l'accord unanime des autres. Tout barbons que nous commencions d'être nous savions être marqués dans notre chair par la grande aventure de notre jeunesse et qu'elle avait repétri en nous d'autres hommes.

Personne depuis nous n'était plus monté aux frontières et nos pas demeuraient marqués de Calais à Belfort dans la terre natale. Personne n'avait plus connu les nuits rouges ni les forêts saccagées ni les convois le long des routes ni ces longs trains haletants qui ignorent où ils vont. Parmi la rude figuration des guerres qui, depuis l'origine des temps, ont ensanglanté le monde nous restions les benjamins. A chaque bruit d'armes ébranlant l'Europe nous étions les premiers à tendre l'oreille, et nous savions mieux aimer la paix que les autres parce qu'elle était pour nous une maîtresse reconquise après un long abandon.

Et tout cela est maintenant périmé !

Depuis le 1er septembre les trains montent vers le Nord et nous les regardons passer, les camions grondent et s'éloignent, un front se constitue là-bas, très loin de nous. Nous attendons des lettres qui n'arrivent pas. Nous connaissons maintenant l'envers du décor, l'angoisse stérile de cet « arrière » qui si longtemps nous fit sourire. Voici de nouveau les communiqués sibyllins et les gloses de ceux qui lisent entre les lignes ; et voici, hélas, ressuscité on ne sait d'où, le style puéril et grotesque des quotidiens préposés à maintenir le moral du peuple.

« Rien n'a changé que nous », rejetés hors de la scène et devenus spectateurs. « Notre » guerre est décidément bien finie. La page est tournée, et le chapitre suivant s'écrit déjà.

Maintenant sachons nous taire lorsque d'autres prennent la parole. Vous vous souvenez des anciens de 1870, si nous leur fermions rudement le bec et leur faisions honte de leur petite bagarre de Bapaume ou de Champigny, en évoquant Bouchavesne ou la cote 304.

Epargnons-nous cette suprême disgrâce. Plus un mot si vous m'en croyez, de notre guerre, de l'avant-dernière. C'est l'actuelle seule qui compte.

Nous venons, vous disais-je , de vieillir bien brusquement ! Et nous continuons à être des malchanceux. Car il y a une indéniable douceur à vieillir lorsqu'on voit autour de soi s'échafauder un monde plus jeune et la poussée des sèves perpétuer la race. A nous, cela aussi aura été refusé.

Cette guerre nous apporte la plus cruelle déconvenue, car nous espérions l'avoir rendue impossible. Et de son ombre sinistre de rapace elle oppresse ce qu'il nous reste à vivre. De cette ombre, dès maintenant, nous savons avec certitude que nous ne sortirons plus et que même la fin des hostilités n'enraye pas le déroulement fatal des conséquences.

A Dieu va ! Déjà nous ne doutions pas qu'il nous fallût travailler jusqu'au dernier jour et, malgré de beaux projets, la retraite était fort improbable.

Dans un pays saigné de nouveau il n'en sera plus du tout question et, si nous voulons survivre, toute énergie devra s'employer. Au reste cela nous convient assez : la France n'est pas un pays où l'on rechigne devant les urgences.

Les gens de chez nous ont, dans ces cas-là, un geste de décision et d'entrain. Face à l'ouvrage ils « tombent » la veste et retroussent leurs manches.

Mes bons amis, retroussons les nôtres.

G. Lavalée.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

AVIS IMPORTANT

Les petites annonces sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux ne permettant leur insertion que quarante-huit heures après leur réception. Lesdites petites annonces ne devront comporter aucun nom de ville, ni aucune abréviation. Le Journal se réserve, par ailleurs, le droit de supprimer toutes les annonces qui lui paraîtraient douteuses.

N° 297. — Gironde. Cause repos cherche chirurgien associé, catholique, français, pour cession partielle ou totale clinique orthopédique et chirurgicale. Affaire sérieuse.

N° 298. — Médecin mobilisé du Nord, demande confrère non mobilisable pour remplacement pendant les hostilités. Arrangement amiable.

N° 299. — La Maison de Santé « Les Bleuets » (chirurgie) fonctionne normalement. Elle est ouverte à tous les chirurgiens.

N° 300. — Médecin dégagé obligation militaire, remplacerait volontiers un poste demi-repos, région tranquille, confrère mobilisé. Indiquer conditions.

N° 301. — Chirurgien dégagé de toutes obligations militaires est demandé pour clinique moderne de la Nièvre. Conditions très intéressantes.

N° 302. — Sud. Deux-Sèvres. Très bon poste pour temps des hostilités. Médecine générale, complète installation.

N° 303. — Docteur Médecine Générale réquisitionné libre demi-journée s'occupera cabinet ou clinique très sérieuse. Excellentes références.

N° 304. — Dans campagne absolument tranquille, très bon poste de propharmacien, clientèle et locaux meublés, à louer par paiements mensuels. Stock médicaments à céder avec facilité de paiement.

N° 305. — Région de l'Ouest. Docteur mobilisé cherche confrère dégagé de toutes obligations militaires pour maintenir poste pendant la durée des hostilités.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **L'Académie de médecine** a repris ses séances mardi dernier.

— **Centre de transfusion sanguine de Paris.** — Le ministre de la Santé publique fait appel aux personnes susceptibles d'être utilisées comme donneurs de sang.

S'adresser au Centre national de transfusion sanguine installé à l'hôpital Saint-Antoine (rue du faubourg Saint-Antoine, Paris) où tous renseignements seront fournis.

— **L'hôpital américain de Neuilly** a mis à la disposition du Service de santé militaire les 500 lits de ses services. L'annexe d'Etretat pourra recevoir, d'autre part, 1.500 blessés.

— **Umfia et Cité universitaire.** — Une chambre fondée à la Cité universitaire de Paris par l'Umfia est offerte par cette association à un étudiant. Le prix du loyer et les conditions seront envoyés sur demande à l'Union médicale latine, 39, rue d'Amsterdam, Paris.

— **L'Umfia** adresse à ses membres des Républiques Sud-américaines et à ses membres des autres pays un appel pour venir en aide, pendant la guerre, aux hôpitaux auxiliaires de la Croix-Rouge installés à Paris.

Les dons sont reçus au siège social, 39, rue d'Amsterdam, Paris. Les noms des donateurs seront publiés.

— **Faculté de médecine de Nancy.** — Sont nommés agrégés pour une période de neuf ans à compter du 1er novembre 1939 et attachés à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy : Anatomie et organogenèse : M. Beau. — Physiologie : M. Grandpierre — Médecine générale, option médecine générale, MM. Michon et Neimann. — Chirurgie générale option chirurgie générale : M. Rousseau. — Ophtalmologie : M. Thomas. — Obstétrique : M. Hartmann.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Henri BENAERTS, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'hôpital de Montfermeil ; du Docteur PITOUS, de Castelnau-d'Auzan (Gers) ; du Docteur MARÇON, de Bandol (Var) ; du Docteur Albert BRAULT, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire des hôpitaux de Paris.

Voir la suite page XXV-2349

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

A PROPOS DES COMPLICATIONS ANO-RECTALES DE LA CURIETHÉRAPIE ET DE LA RADIOTHÉRAPIE UTÉRINES

Par le Docteur Ch. GUILBERT

Chef du service radiologique (Hôpital Lariboisière)

Il y a dans le travail de MM. Oury et Peraly (1) deux parties tout à fait distinctes : les névralgies ano-rectales et les ulcérations et rectites.

Nous respecterons cette distinction puisque aussi bien dans la pensée même des auteurs les premières sont des névralgies sans lésion, tandis que ce qui caractérise les secondes c'est précisément la lésion.

Or, si nous reprenons cette division au point de vue causal, la névralgie sans lésion serait attribuée à la radiothérapie, les lésions du rectum au radium, sauf une observation qui en est décrite, une lésion non douloureuse située beaucoup plus haut que la région douloureuse.

Or nous pouvons dire que nous, qui avons vu dans nos services des centaines de fibromes depuis le début de notre carrière, nous n'avons jamais constaté de névralgie post-radiothérapique. Nous n'avons du reste jamais constaté de lésion après les rayons X et la raison en est simple : la paroi rectale reçoit 35 à 40 % de la dose incidente qui n'a pas lésé la peau.

Pour ce qui regarde les lésions consécutives aux applications de radium, elles sont si connues et si fréquentes que tous les détails de technique consistent à les éviter.

On voit de suite le regret de ne pas trouver ici les détails techniques qui permettraient de tirer de ce travail un profit direct immédiat. Certes, ceci peut paraître d'un hermétisme fastidieux mais indispensable quand on parle de rayons X ou de radium. L'indication du voltage, de la répétition des séances, du filtrage, de la quantité de radium, de la durée de l'application, ont autant d'importance et beaucoup plus même que le procédé opératoire dans les statistiques chirurgicales. A défaut, il n'y a qu'une conclusion à tirer de cet intéressant travail, c'est qu'il faut proscrire de la thérapeutique rayons X et radium, ce qui dépasserait, j'en suis certain, la pensée des auteurs.

Dans la première partie « les névralgies rectales », il n'est question que de rayons X. Dans toutes ces observations nous n'avons que des renseignements uniquement subjectifs, car dans les cas cités comme dans ceux observés par un des auteurs « il n'existe aucune lésion endoscopique visible »... « Il est donc impossible de rapporter la névralgie de la curiethérapie ou de la radiothérapie à un substratum anatomique. »

Bien plus, le moment où ce symptôme se manifeste est, pour ce premier lot d'observations, sans relation avec le moment de l'application. Et pour expliquer cette contradiction apparente, on les assimile aux névralgies secondaires tardives à une affection génitale. *Post hoc ergo propter hoc.*

Depuis le début de ma carrière de radiologiste, j'ai traité, ainsi que je le disais plus haut, des centaines de fibromes et je les ai presque tous suivis, beaucoup pendant des années. Or je n'ai jamais rencontré, et aucun confrère à ma connaissance n'a rencontré ce symptôme névralgie, même dans les cas très rares où le traitement a dû être recommencé.

Pour appuyer l'hypothèse de cette complication post-radiothérapique du fibrome utérin, les deux auteurs la rapprochent de la rectite et des ulcérations rectales consécutives aux applications de radium. Ce symptôme, tous ceux qui ont fait du radium pour quelque cause que ce soit et surtout dans le cas de néoplasme utérin, le

(1) *Concours médical*, 25 juin 1939.

redoutent, et tout le dosage, la technique consistent à s'efforcer de l'éviter. Mais il faut dire que le radium suppose une dose de rayonnement intravaginale beaucoup plus élevée que celle que reçoit la muqueuse rectale par le traitem nt Röntgen. Ici tout concourt à donner au traitement sa valeur causale, le symptôme douloureux presque immédiatement consécutif au traitement, la lésion anatomique très accentuée et facilement décelable, l'expérience des spécialistes avertis, les efforts d'une technique étudiée pour l'éviter. La faute de technique à incriminer est soit un surdosage, une filtration insuffisante, soit un contact direct avec la paroi sans filtrage secondaire, etc., et les observations seraient fort instructives si elles permettaient de classer les erreurs que l'on pourrait ainsi éviter dans l'avenir.

La première des observations des rectites (névralgie avec lésion) est attribuée aux rayons X. Le mot radionécrose est même prononcé. Nous ne pouvons discuter, cependant il est probable, pour une lésion aussi tardive, qu'il y a eu une grosse faute d'application, qui ne saurait être qu'une répétition exagérée des séances, car dans une technique correcte la dose reçue par la peau est de beaucoup plus élevée que la dose reçue sur le rectum et la sensibilité de la peau est égale à celle des muqueuses. Donc pour avoir une radionécrose par rayons X sur ce plan, il faut admettre un nombre de séances anormal et un entrecroisement des champs sur un point, deuxième faute de technique.

La deuxième observation est celle d'un fibrome traité par le radium. Ici la faute de l'opérateur est manifeste. Le dose pour un fibrome utérin est environ de 3.000 à 3.600 milligrammes heure, c'est-à-dire une dose moitié moindre que la dose cancer. Il est probable dans ce cas qu'il n'y a pas eu de surdosage, il n'y a pas eu de filtrage du rayonnement secondaire et par suite pas d'éloignement de la muqueuse.

Dans les dernières observations il y a presque certainement eu surdosage. Il s'agit de néoplasme où l'on a voulu frapper fort.

En résumé, ce qu'il importerait de mettre en évidence ce sont les fautes à éviter, et elles sont si multiples que l'on est jamais sûr d'avoir parfaitement opéré.

Il faudrait que ces traitements physiques restent dans le domaine strict de la spécialité, car s'ils sont devenus de thérapeutique courante, s'ils sont inoffensifs en apparence, parce que non douloureux, ils peuvent être — comme l'ont noté les auteurs du travail que nous relevons — la cause de troubles tardifs.

INSUFFISANCE CARDIAQUE AIGUË SUCCÉDANT A LA LEVÉE D'UN GARROT OU D'UN APPAREIL PLATRÉ COMPRESSEUR

M. Vidal (de Montpellier) a observé un malade atteint de fracture malléolaire péronière avec œdème considérable. Un appareil plâtré fut appliqué, qui comprimait le membre au niveau du collier supérieur. Aussitôt après qu'une échancrure fut pratiquée pour atténuer la compression, le malade éprouva une tendance à la syncope avec douleur précordiale, dyspnée, accélération et intermittences du pouls, bruit de galop et hypotension artérielle. Ces symptômes persistèrent quarante-huit heures. L'auteur attribue cette insuffisance cardiaque aiguë au choc engendré par les produits de désintégration libérés et répandus brusquement dans la circulation au moment du dégagement du collier plâtré.

A la *Société de médecine légale* où ce cas a été relaté (juin 1939), M. le Professeur Mauclaire a signalé que pendant la guerre 1914-1918 il a observé des faits semblables après ablation d'un garrot mis à la racine d'un membre et laissé quelque temps. Il a vu des cas légers de choc, des cas moyens et même un cas mortel. L'hypothèse d'irruption brusque de produits d'autolyse est logique et les chirurgiens ont admis cette explication pour les chocs traumatiques avec gros délabrements (Quénu).

P. L.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Le traitement de la démence précoce par l'insuline à hautes doses

Les psychiatres utilisent actuellement l'insuline dans le traitement de divers genres de psychoses. Dans les cas d'anorexie mentale, ils la préconisent pour accélérer la reprise du poids et le relèvement de l'état général. Dans les états aigus de delirium tremens, ils l'emploient pour calmer l'aigtation. Chez les morphinomanes, héroïnomanes, les douleurs provoquées par un sevrage même lentement progressif, sont fortement diminuées si l'on soumet le toxicomane à l'action de l'insuline, à tel point que le patient peut alors supporter sans incident la suppression brusque du toxique, auquel son organisme s'était accoutumé. L'insuline est encore employée pour lutter contre l'anxiété des mélancoliques et l'agitation des maniaques. Toutefois, quelle que soit l'incontestable valeur des résultats thérapeutiques obtenus par l'emploi de cette hormone dans les syndromes psychiques très divers, c'est surtout dans le traitement de la démence précoce que l'insuline s'est montrée d'une incomparable efficacité.

Le Docteur J. Titeca a traité 54 déments précoces par l'insulinothérapie au Centre neuro-psychiatrique. Ce traitement peut comporter des incidents ; mais, sous surveillance médicale constante, il est exempt de dangers réels (près de 5.000 comas ont été provoqués sans un seul accident mortel). La statistique ne porte que sur des sujets qui présentaient nettement les signes psychiques de la schisophrénie ou démence précoce.

Les résultats thérapeutiques sont en rapport avec la précocité du traitement. Lorsque la psychose évolue depuis moins de six mois, on note 80 % de succès (guérisons cliniques et sociales) contre 20 % d'échecs (améliorations nulles ou insuffisantes pour permettre le retour à la vie familiale). La proportion des succès tombe à 71 %, quand l'affection évolue depuis six mois à un an, et à 40 % quand celle-ci dure depuis un à deux ans. Chez les déments précoces, dont l'affection évolue depuis plus de deux ans, on n'enregistre de succès thérapeutiques que dans 12 % des cas (alors que les rémissions spontanées, déjà exceptionnelles à cette période de la maladie, ne dépassent pas dans l'ensemble des cas 5 %). Les guérisons obtenues dans cette catégorie constituent les exemples les plus convaincants de l'efficacité du traitement insulinique, car elles concernent des sujets chez lesquels le diagnostic de la démence précoce avait été établi sans contestation possible.

Malgré le caractère encore relativement récent de la méthode et, quelle que soit d'ailleurs l'évolution des cas considérés actuellement comme « guéris », on est en droit de dire que le traitement de la démence précoce par les chocs hypoglycémiques répétés constitue en psychiatrie un progrès au moins aussi important que celui qui fut réalisé, voici vingt ans déjà, par la malariathérapie de la paralysie générale. (*Le Scalpel*, 10 juin 1939.)

L'idée listérienne en l'an 1939

Le Professeur R. Leriche décrit les lois de la stérilisation des plaies.

La première des conditions est une certaine architecture de la plaie. Ne se désinfectent spontanément ou avec l'aide des antiseptiques que les plaies exposées à l'air dans toutes leurs parties. On ne désinfecte pas une plaie profonde avec un drain et une substance chimique. Ni l'un ni l'autre ne rendent les humbles services d'un large coup de ciseaux. Le premier des agents antiseptiques est le bistouri qui fait l'étalement en surface de toute la partie traumatisée. Et la méthode de Carrel n'a connu ses triomphes qu'au jour où l'acte chirurgical complet en est devenu le premier temps. Beaucoup de chirurgiens méconnaissent encore le sens pratique du principe de la mise à plat. Et dans la paix comme dans la guerre, la plupart des insuccès que l'on compte dans le traitement des plaies infectées tiennent à une dérobade du chirurgien devant l'impératif catégorique de cette loi.

La seconde condition de la désinfection est l'immobilisation rigoureuse et prolongée. Pour en apprécier la valeur, il faut préciser ce qui se passe au niveau d'une plaie indûment mobilisée. Chacun sait qu'un pansement pour plaie infectée est habituellement suivi d'une brusque poussée de température, si la plaie siège au niveau d'un os ou d'une articulation. On sait moins qu'avant le pansement, l'hémoculture est stérile et que deux heures après, elle est positive. La mobilisation de certaines plaies infectées provoque donc une septicémie passagère. Le fait a une rigueur expérimentale, et il explique bien le déséquilibre organique qui suit certains pansements. (*Gazette des Hôpitaux*, 8 avril 1939.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le poumon isolé

(MM. Léon BINET et Daniel BARGETON ; 4-7-1939)

MM. Léon Binet et Daniel Bargeton présentent une étude physiologique sur le poumon isolé. Prélevé en bloc avec les bronches et la trachée sur un chien chloralosé et tué par saignée, le « poumon isolé » est soumis à un double courant aérien et sanguin. On peut ainsi faire une étude des échanges respiratoires, des fonctions internes du poumon, des réactions broncho-motrices et vaso-motrices, etc...

— M. Emile SERGENT montre l'intérêt du poumon isolé pour contrôler l'exactitude de certaines données établies par la clinique et dans le domaine thérapeutique.

Vaccination antivariolique au moyen de culture « in vitro » de virus vaccinal, appliquée par scarification

(M. Harry PLOTZ ; 4-7-1939.)

Les méthodes actuelles de culture des virus ont amené à préparer des vaccins antivarioliques de culture. Ces vaccins offrent un caractère particulier de pureté bactériologique, leur activité immunisante et leur conservation restant à l'étude.

M. Harry Plotz a expérimenté un virus vaccinal préparé par culture « *in vitro* » et dont il a obtenu des résultats qu'il expose dans sa communication. Des expériences sur le lapin, le singe et la génisse lui ont montré que ledit vaccin de culture se comportait comme le vaccin de génisse au point de vue immunologique. Il a éprouvé, d'autre part, par le vaccin de génisse, l'état d'immunisation d'enfants vaccinés deux ans auparavant avec ce vaccin de culture et il a constaté une immunité solide. En France, à l'étranger, et aux colonies surtout, 50.000 vaccinations environ ont été pratiquées avec le vaccin, dont 13.000 ont été contrôlées. L'auteur conclut que son vaccin répond aux désiderata de la vaccination antivariolique, en particulier pour l'usage colonial.

— La communication de M. Plotz a provoqué une réplique du Docteur BLANCHARD, au nom de l'Inspection générale du Service de santé des colonies.

M. Blanchard conteste l'affirmation que des microbes souvent pathogènes soient contenus dans le vaccin sec utilisé aux colonies. Au surplus, d'après la documentation que possède l'Inspection générale du Service de santé des colonies, le vaccin Plotz n'a pas paru doué d'une conservation, à température ambiante, égale à celle du vaccin sec de génisse et une longue période d'essais sera nécessaire avant que la question ne se pose d'envisager la substitution d'un vaccin nouveau à celui qui a depuis si longtemps fait ses preuves, à savoir le vaccin sec de génisse dont la mise au point fut obtenue dès 1917 par Lucien Camus et André Fasquelle.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Les ecchymoses dans les fractures de l'apophyse styloïde temporale

(M. Sylvain BLONDIN. — Rapport de M. Louis BAZY ; 26-4-1939)

M. Blondin adresse une observation de fracture de l'apophyse styloïde de l'os temporal, intéressante par un signe clinique qu'elle met en lumière : les ecchymoses à distance de cette fracture. Le malade avait reçu, dans un accident d'automobile, un choc à la région rétro-maxillaire gauche où le compteur du taxi en cause était venu frapper. Rentré chez lui, il avait accusé des troubles dysphagiques et une sensation pénible dans l'abaissement forcé de la mâchoire inférieure.

Rien à l'articulation temporo-maxillaire, ni à la mâchoire inférieure, ni au facial. On constatait, par contre, des ecchymoses en deux endroits : à la région sus-hyoïdienne latérale, de l'angle de la mâchoire à la ligne médiane, où se trouvaient quatre raies ecchymotiques ; sur la moitié gauche du palais mou, où l'on voyait une tache ecchymotique, rouge violacé, des dimensions d'une pièce de 2 francs. En outre, en arrière de la branche montante du maxillaire, douleur assez vive que l'on retrouvait par le toucher pharyngien. La radiographie (de profil principalement) établit la réalité de la fracture de l'apophyse styloïde. Suites favorables, les troubles ayant disparu complètement en six semaines.

La fracture de l'apophyse styloïde est assurément une lésion très rare. Le tableau clinique est formé de la réunion des éléments suivants : traumatisme localisé à la zone d'accès de la styloïde ; dysphagie et signes de pseudo-angine ; parfois une paralysie faciale (Brunati) ; signes radiologiques ; ecchymoses enfin.

Les ecchymoses à distance, à localisations sus-indiquées, permettront de penser à une fracture de l'apophyse styloïde que l'examen radiologique viendra confirmer.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Document de l'Actualité

◆ ◆ ◆

ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU SERVICE DE SANTÉ AUX ARMÉES

Le programme d'hier, d'aujourd'hui et de demain (1)

Le Service de Santé aux Armées en campagne peut être défini : l'ensemble des actes médico-chirurgicaux organisés au profit d'une collectivité très spéciale : la nation mobilisée.

Son *but* reste immuable : c'est la conservation des effectifs.

Les *moyens* dont il dispose sont, au contraire, variables et sont subordonnés à la fois aux servitudes inéluctables de la guerre et aux progrès de la science médico-chirurgicale. De l'adaptation de ces deux données discordantes doit résulter l'organisation raisonnée du service.

Nous envisageons donc successivement :

1° Les servitudes communes du Service de Santé dans la guerre en général et celles qu'une guerre future pourrait nous réserver ;

2° L'évolution actuelle du problème technique médico-chirurgical ;

3° L'organisation, qui en est le corollaire.

I. — Les servitudes

Les servitudes qui grèvent le Service de Santé sont nombreuses. La principale provient de l'échelle des pertes, variable selon les effectifs, mais généralement élevée, et qui pose des problèmes difficiles, parfois pratiquement insolubles.

Au cours des guerres du passé, les pertes dues à la maladie étaient beaucoup plus importantes que celles qui étaient dues au feu, c'est-à-dire à l'action des projectiles.

C'est ainsi que les statistiques de la guerre de Crimée (1854-1856) montrent que l'Armée française a subi, entre 13 et 15 % de pertes par le feu, et entre 45 et 57 % de pertes par la maladie.

Pendant la guerre franco-allemande (1870-1871), l'armée française a enregistré 3 à 5 % de tués, contre 14 à 18 % de morts de maladie (la plupart victimes de la variole). L'armée allemande, au contraire, n'a eu à déplorer contre 1,8 % de tués, que 0,1 à 0,8 % de morts par maladie, la vaccination jennérienne bien faite ayant mis l'armée allemande à l'abri de la variole.

Au cours de la guerre mondiale (1914-1918), l'armée française subit 13,5 % de pertes par feu pour 2 % de pertes par maladie ; l'armée belge en compta 8,5 % par le feu et 3 % par maladie ; l'armée anglaise 12 % par le feu et 1 % par maladie, l'armée américaine 4,5 % par le feu et 1,7 % par maladie. L'armée allemande 13,7 % par le feu, et 1,3 % par maladie, chiffres tout à fait comparables à ceux de l'armée française.

En somme, depuis un quart de siècle, les guerres modernes sont caractérisées par la grande prédominance des pertes par le feu sur les pertes par maladie. Ce résultat, disons-le immédiatement, est dû au progrès de l'hygiène en général et à la prophylaxie des maladies évitables par les vaccinations de tous ordres.

Ce sont donc les pertes par le feu qui doivent tout d'abord retenir notre attention, au cours d'un conflit éventuel. La guerre, a dit Pirogoff, est une épidémie de traumatismes. Cette épidémie est telle que nous sommes incapables d'en prévoir, comme les épidémiologistes et suivant leur expression, les bouffées extensives, car, si nous pouvons espérer connaître les intentions de notre commandement, nous ignorons le plus souvent celles de l'ennemi. Nous en sommes réduits à faire nôtre cette maxime de J.-J. Rousseau : « C'est une prévoyance très nécessaire de sentir qu'on ne peut tout prévoir », et nous ne sommes pas sûrs, en prévoyant trop, de prévoir encore assez. Or, au nombre illimité des blessés à assister, s'opposent le nombre limité des moyens d'assistance et les exigences horaires du traitement des blessures.

(1) Nous reproduisons, en raison de son actualité, cet article paru dans *L'Orientation médicale*, n° de Mars 1937.

A cet imprévu redoutable, à cette discordance entre les besoins et les moyens, s'ajoutent encore l'instabilité et l'insécurité des formations sanitaires, qui proviennent des oscillations du front et des destructions de tous ordres. Dans ces conditions, nous ne pouvons pas être toujours sûrs de parer aux conséquences imprévisibles d'un combat fortuit, dont l'initiative nous échappe.

La nature des blessures et leur multiplicité chez le même individu compliquent encore le calcul des probabilités, concernant le rendement opératoire et les prévisions en équipes chirurgicales. Elles vont même jusqu'à troubler nos conceptions humaines d'assistance aux blessés, puisqu'il s'agit de sauver, dans le minimum de temps, le maximum d'existences, et de faire, avant tout, œuvre collective. Bien souvent, le chirurgien sera dans l'obligation de limiter son action à des gestes utiles et sans grandeur, au détriment des tentatives héroïques longues et incertaines, qui sont la récompense de son effort et l'orgueil de sa profession.

Aux énormes difficultés provenant du nombre très élevé des blessés, de leur gravité, de l'insécurité des formations sanitaires, viennent s'ajouter encore les difficultés imprévues qui proviendront des nouvelles modalités de la guerre de demain.

Pouvons-nous prévoir ce que serait cette guerre ? Il est difficile de le préciser ; il est peut-être plus facile d'imaginer ce qu'elle ne serait pas. Il semble qu'elle ne revêtirait pas la forme de cette lente hémorragie qui, durant plus de quatre années, a saigné les armées et les nations. La preuve est faite, par le désarroi des organisations de paix, qu'une guerre de position et d'usure ne peut aboutir à une solution des problèmes qui l'ont provoquée. Par ailleurs, les directives, les exercices tactiques, l'effort industriel des pays en alerte, semblent bien indiquer une orientation vers la guerre de mouvement, vers la manœuvre stratégique.

Il y a lieu de prévoir qu'elle commencerait, sans doute, par une attaque brusquée à l'aide d'avions puissants et de formations motorisées, agissant audacieusement en des raids à grandes distances. Derrière ces premiers éléments, d'importantes unités rapidement mises sur pied seraient prêtes à exploiter les premiers effets de surprise pour détruire les centres vitaux du pays attaqué, semer le désordre et la panique, et frapper le moral des populations. Et c'est, dans le fracas des moteurs et des bombes que devrait se faire la mobilisation.

Ce programme implique la vitesse et la mobilité, donc la motorisation ou la mécanisation des unités combattantes ; il commande l'exploitation intensive de la puissance du feu par les armes automatiques ; il suppose encore l'emploi d'engins nouveaux préparés en secret pour éviter leur neutralisation par des engins contraires. Il fait craindre, enfin, l'exploitation, pour des buts meurtriers, des découvertes scientifiques les plus récentes dans le domaine chimique, voire même dans le domaine bactériologique.

Mouvement, surprise ? C'est, pour l'armée attaquée, le drame d'une concentration difficile, l'interruption des liaisons indispensables, la rupture possible des communications.

Manœuvre ? C'est, pour les deux partis qui s'affrontent, l'oscillation des fronts, les alternatives d'avances et de reculs, l'hésitation dans le déploiement des services et leur installation hâtive et précaire, sans qu'on puisse toujours compter, pour y pallier, sur les ressources d'une zone arrière paralysée par les attaques aériennes en profondeur.

Affrontement des puissances économiques, destructions industrielles ? C'est la guerre généralisée étendue aux non-combattants, c'est la guerre totale, à laquelle il n'est d'autre remède que la création de « villes sanitaires » strictement neutralisées, qui, au milieu de la tourmente constitueraient le dernier refuge des lois de l'humanité.

Dans toutes les hypothèses, ce sont des servitudes accrues pour le Service de Santé, des nouveaux besoins à satisfaire, de nouvelles difficultés à vaincre.

Ce changement probable de physionomie de la guerre peut-il influer sur la proportion, le nombre et la gravité des blessures ?

Les grands raids, au début des hostilités, diminueront peut-être, pour les unités en ligne, la proportion des blessures par éclats d'obus, de grenades et crapouillots et relèveront celles des blessures par balles : c'est le propre de la guerre de mouvement, et les statistiques de juin à novembre 1918 le prouvent. Ce que nous gagnerons, à cette période, à l'avant, nous le reperdrons à l'arrière, et nous pouvons craindre l'encombrement des hôpitaux de couverture par des blessés multiples, gazés et brûlés ; en somme, une répartition différente des blessés dans le temps et dans l'espace.

La plus grande puissance des armes à feu, en augmentant l'étendue des lésions destructives et par conséquent les risques d'infection, multipliera encore la gravité des blessures, tandis que l'emploi probable des tirs panachés et des obus toxiques à forte charge explosive en multipliera la variété. De graves problèmes de triage, d'anesthésie et d'indications opératoires se poseront alors pour de nouvelles catégories de blessés et notamment pour les blessés gazés. A la période d'état de guerre, quand il s'agira de forcer une position de résistance organisée, nous pourrions revivre les jours de Verdun, de la Somme et de l'Aisne et le pourcentage de nature et de siège des blessures serait vraisemblable-

ment comparable à celui qu'il fut pendant ces dures périodes.

Telle est l'atmosphère dans laquelle le Service de Santé pourra être appelé à fonctionner. De quels moyens techniques dispose-t-il ? Comment peut-il, dans la pratique, les mettre en œuvre ?

La réponse à ces deux questions nous amène à exposer succinctement :

1° Le problème médico-chirurgical.

2° Le problème de l'organisation.

II. — Le problème médico-chirurgical

La science moderne, depuis Pasteur, a nettement orienté la médecine et la chirurgie vers la prophylaxie.

Dans le domaine médical, c'est la prophylaxie qui a permis de réduire à des proportions infimes, le pourcentage des pertes par maladies au cours des guerres les plus récentes. Sans entrer dans le détail, disons tout d'abord que les mesures d'hygiène générale appliquées rationnellement aux armées en campagne ont permis d'obtenir les plus heureux effets. Dans cet ordre d'idées, nous rappellerons la surveillance toute particulière de l'alimentation et de l'hygiène corporelle ; les moyens mis en œuvre pour prévenir les accidents dus à la chaleur ou au froid ; la prophylaxie des maladies contagieuses par le dépistage précoce, et, par toutes les mesures aujourd'hui classiques, appliquées dans la mesure où les circonstances le permettent.

A ces mesures, il convient d'ajouter les vaccinations de tous ordres : vaccination anti-variolique, antitypho-paratyphoïdique et antidiphtérique et tout récemment la vaccination antitétanique, sur laquelle nous allons revenir à propos de la prophylaxie de l'infection des plaies.

Dans le domaine chirurgical, nous nous devions également d'entrer résolument dans cette voie, en mettant en œuvre tous les moyens destinés à protéger les blessures contre la plus redoutable de leurs complications : l'infection.

Cette prophylaxie, en chirurgie de guerre, repose sur une notion d'ordre biologique, qui est à la base de la technique chirurgicale et de l'organisation sanitaire : cette notion résulte de l'étude de la plaie de guerre.

Toute plaie de guerre est le siège d'une véritable bataille engagée, par offensive brutale, entre l'agent vulnérant et les tissus du corps humain. En pénétrant dans l'organisme, le projectile et les corps étrangers qu'il entraîne généralement avec lui, bouleversent le terrain de la lutte, en détruisant les tissus, et apportent avec eux le redoutable contingent des forces ennemies, qui ne sont autres que les microbes. Ceux-ci attaquent avec des forces sans cesse croissantes, peu élevées jusqu'à la quatrième heure qui suit la blessure, mais presque innombrables dès la douzième heure. La résistance des tissus sains s'organise aux confins de la zone envahie ; la durée de cette résistance varie entre un minimum de quelques heures et un maximum de soixante-douze heures, selon les tissus ou les organes envisagés. Passé ce délai, c'est l'infection presque fatale, avec toutes ses conséquences.

De toute évidence, le chirurgien avec son bistouri, le médecin avec ses sérums préventifs, ne peuvent agir utilement que s'ils interviennent avant que la résistance soit vaincue : c'est donc une lutte de vitesse. Il convient d'agir sans délai, pour éviter la résorption des tissus morts et des poisons microbiens, génératrice de shock et d'infection. Cette notion de temps est fondamentale : en fixant les délais optima de la relève, du transport, et de l'évacuation des blessés, elle est à la base du problème de l'organisation.

En conséquence, l'exérèse primitive de la plaie que notre commun ancêtre, Ambroise Paré, avait déjà préconisée au nom de l'expérience, l'épluchage, pour employer le terme consacré aujourd'hui par l'usage, reste la loi dominante du traitement des plaies de guerre.

Mais, complété ou non par la suture immédiate, retardée ou secondaire, l'épluchage de la plaie ne saurait être considéré comme une panacée infaillible contre l'infection, et, notamment, contre les deux graves complications qui menacent précocement la vie du blessé : le tétanos et la gangrène gazeuse.

Contre ces deux fléaux, l'excision chirurgicale n'est pas toujours un acte préventif suffisant et, là encore, le laboratoire vient au secours du chirurgien ; après lui avoir défini les limites de son action chirurgicale dans l'exérèse primitive de la plaie, il lui apporte ici le concours des vaccins et des sérums.

Depuis la fin de la guerre, la prophylaxie du tétanos a fait un grand pas. En effet, la découverte de l'anatoxine tétanique a transformé radicalement l'immunisation active contre cette grave complication en offrant à la chirurgie de guerre des moyens nouveaux du plus grand intérêt. Alors que le sérum ne confère qu'une immunité passive de courte durée et oblige à des injections itératives qui ne sont pas sans inconvénients, l'anatoxine assure une protection durable que l'on peut aisément entretenir et renforcer par des injections de rappel. Nos laboratoires de recherches étudient, en ce moment, la question de savoir dans quelle mesure le « bond antitoxique » résultant de ces injections de rappel suffit à remplacer celui qu'on est obligé de demander au sérum dans le cas où une inoculation tétanique nouvelle nécessite un renforcement immédiat de l'immunité.

Faut-il ajouter que la pratique des vaccinations associées, en permettant l'immunisation simultanée contre le tétanos, la diphtérie et les infections typho-paratyphoïdiques, a rendu la prophylaxie de ces maladies à la fois plus simple et plus active ?

Il est donc particulièrement heureux que, sur la proposition du Service de Santé, le Ministre de la Guerre ait fait voter par le Parlement, la loi rendant obligatoire dans l'Armée, la triple vaccination anti-typhoparatyphoïdique, antidiphtérique et anti-tétanique. Il s'agit là d'une mesure dont la portée est considérable, et, une fois de plus, le Service de Santé de l'Armée se trouve à l'avant-garde du progrès dans le domaine de la prophylaxie.

En matière de gangrène gazeuse, nous en sommes restés, faute de mieux, à la sérothérapie qui a fait ses preuves, non seulement pendant la grande guerre, mais encore pendant celle du Riff, et dans certaines circonstances du temps de paix. L'immunisation passive est conférée, soit par le sérum polyvalent, soit par l'association des sérums antitoxiques monovalents correspondant aux différents germes en cause dans les processus gangréneux. L'importance des approvisionnements que nécessite la sérothérapie anti-gangréneuse fait souhaiter, pour un avenir prochain, la mise au point de la vaccination.

Nous ne pouvons que formuler le même vœu en ce qui concerne la vaccination contre les infections par les germes pyogènes de la suppuration banale, qui, lorsqu'elles n'entraînent pas la mort, laissent à leur suite des suppurations interminables, et ne permettent d'entrevoir que des guérisons précaires.

La prophylaxie de l'infection s'impose surtout pour la catégorie des blessés spécifiquement de guerre, atteints de blessures multiples, le plus souvent des hémorragiques et des shockés et dont il y a lieu de prévoir que beaucoup pourraient être à la fois blessés et gazés.

Aux hémorragiques, il convient d'appliquer, outre les méthodes habituelles par le réchauffement et les toni-cardiaques, les sérums artificiels les plus variés et notamment le sérum polycitraté qui a été étudié dans ces dernières années, mais surtout, la transfusion sanguine qui, depuis la guerre, a donné lieu à des perfectionnements successifs.

Aux blessés shockés, sont applicables, dans une certaine mesure et selon des modalités variables, des moyens analogues auxquels il convient surtout d'ajouter l'emploi des sérums hypertoniques dont l'usage tend à se répandre de plus en plus.

Mais en présence des blessés à la fois shockés et gazés quelle sera la conduite à tenir ?

C'est là un problème nouveau pour la solution duquel nous manquons d'expérience, car le blessé gazé fut une exception pendant la grande guerre, en raison du mode d'émission des gaz et de la composition des obus toxiques employés ; or, dans la guerre de mouvement que nous pouvons prévoir, il est douteux que l'ennemi puisse utiliser des générateurs de nappes gazeuses ; il est probable qu'il procédera par tirs panachés et qu'il utilisera des obus toxiques à forte charge explosive. Pour secourir ces blessés, bien des questions se posent : organisation de formations sanitaires mixtes, collaboration médico-chirurgicale étroite, indications opératoires, méthodes d'anesthésie et de traitement qui renferment encore beaucoup d'inconnues et de difficultés à vaincre. Puissions-nous ne jamais avoir à en faire la cruelle expérience !

III. — Le problème de l'organisation

Le problème de l'organisation qui consiste à affronter et à coordonner les nécessités médico-chirurgicales aux nécessités militaires, toutes deux très différentes et même opposées, est délicat à résoudre.

Pour en bien comprendre le mécanisme et la portée, nous l'étudierons au triple point de vue suivant :

1° Son évolution dans le passé récent de la guerre mondiale (1914-1918).

2° Son état actuel, compte tenu des enseignements de la guerre.

3° Le programme de demain, dans l'éventualité d'un nouveau conflit.

1° L'évolution du Service de santé dans le passé

Il était universellement admis, avant la guerre que les blessures par projectiles de petit calibre, qui semblaient devoir être les plus nombreuses, avaient une évolution pratiquement aseptique. Dans ces conditions, il était, semble-t-il, inutile de traiter ces blessures sur le champ de bataille, et le Service de santé avait pour rôle principal d'évacuer au plus vite tous les blessés, après avoir assuré leur premier pansement et leur immobilisation en cas de fracture.

Seuls, les blessés que leurs lésions rendaient inévacuables étaient traités à l'avant dans les ambulances immobilisées (règlement de 1910) ou dans les hôpitaux de campagne (réglement de 1912).

L'évacuation des autres catégories exigeait des délais atteignant souvent plusieurs jours.

Les formations sanitaires de l'extrême avant, non spécialisées, étaient interchangeables, et devaient être remplacées par des formations identiques venues des réserves lorsqu'elles étaient immobilisées au moment de la reprise

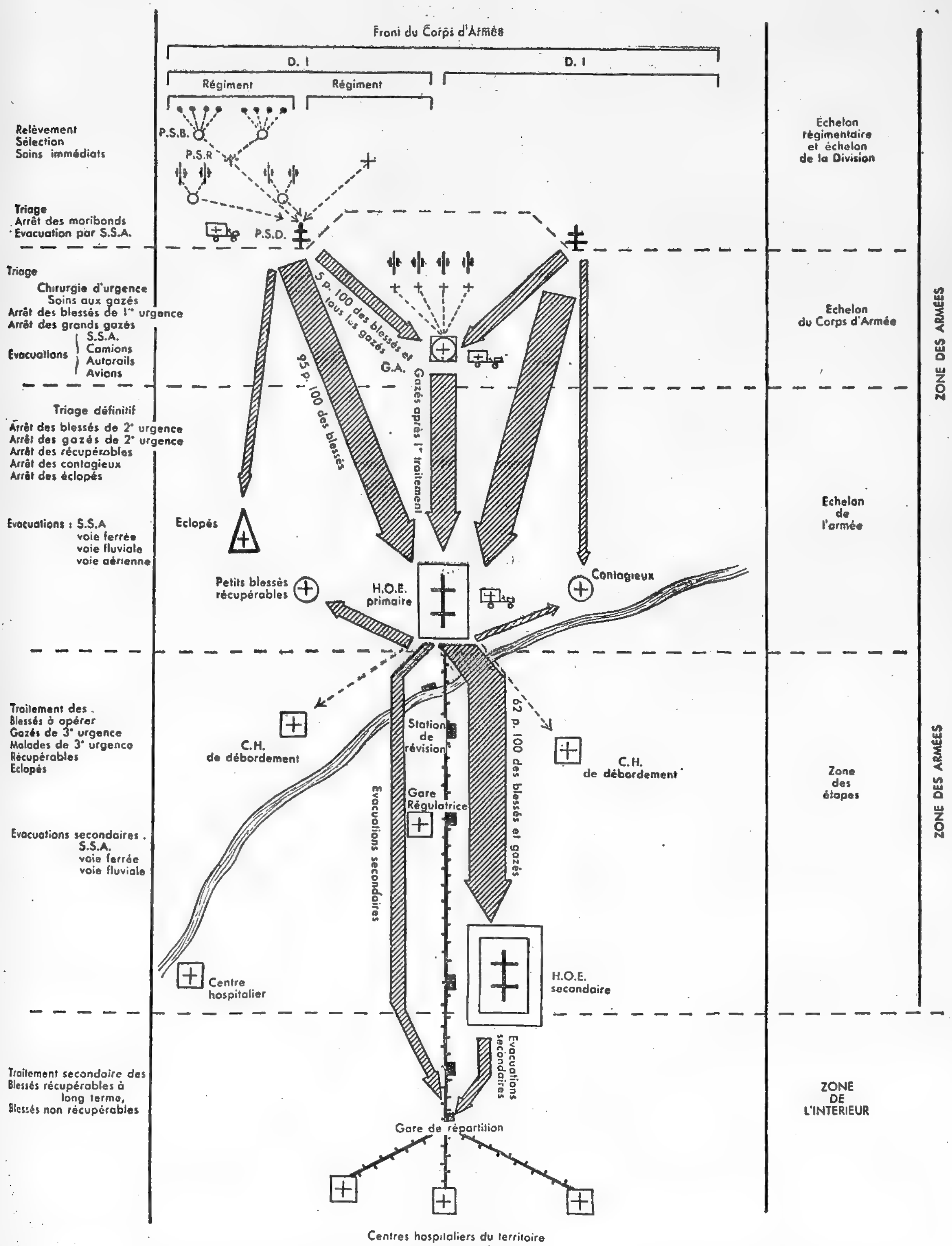


SCHÉMA DU FONCTIONNEMENT THÉORIQUE DU SERVICE DE SANTÉ EN CAMPAGNE

du mouvement de leur grande unité. Elles étaient chargées, en plus du traitement des inévacuables, de la mise en état d'évacuation des autres catégories.

Les hôpitaux d'évacuation, divisibles en deux sections semblables, étaient exclusivement destinés à assurer cette évacuation, soit par voie ferrée, soit par route, soit par eau. Les transports jusqu'aux H. O. E. étaient exécutés par les groupes de brancardiers de division et de Corps d'armée. En dehors des ambulances immobilisées, les seuls organes de traitement de la zone des armées étaient les dépôts de convalescents et d'éclopés, et les formations sanitaires territoriales fonctionnant dans la zone des étapes.

Les premières semaines de la guerre condamnèrent cette organisation. Les blessures par éclats d'obus furent les plus fréquentes et n'eurent pas, comme les plaies par balles une évolution généralement aseptique. Le nombre de blessés dépassa les prévisions et les possibilités d'évacuation. La mortalité par complications septiques des plaies fut très élevée dans les hôpitaux de l'intérieur, lesquels étaient trop éloignés et desservis par des moyens de transports insuffisants.

A la notion de l'évacuabilité se substitua alors impérieusement celle du traitement sur place, près des lignes : la stabilisation des fronts permit de réaliser rapidement cette transformation.

A l'extrême avant, le traitement des cas de première urgence fut assuré dans des ambulances non plus interchangeables, mais spécialisées pour la chirurgie, et même dans quelques postes chirurgicaux avancés au contact des lignes. Les autres catégories de blessés furent traitées à l'avant dans de gigantesques H. O. E. détournés de leur destination première et devenant de véritables « cités hospitalières » de plusieurs milliers de lits. Ces H. O. E. n'évacuaient qu'après traitement ou lorsque les nécessités militaires l'imposaient, après triage méthodique et minutieux, mise en état d'évacuation, et surveillance médicale en cours de route, dans des trains sanitaires bien aménagés et à destination plus rapprochée.

C'est de cette période que datent les équipes chirurgicales, les auto-chirs, les chirurgiens consultants d'Armée et de Corps d'Armée.

La technique chirurgicale des plaies de guerre, la suture primitive immédiate, ou retardée ou secondaire, la sérothérapie antitétanique et antigangréneuse furent mises au point. Les résultats favorables ne se firent pas attendre et se manifestèrent par des guérisons nombreuses et des récupérations massives des effectifs.

L'offensive allemande du printemps 1918 vint montrer brutalement, par la prise ou la destruction de plusieurs grands H. O. E., que le Service de Santé n'était plus adapté à la guerre de mouvement. On en revint alors à évacuer, comme en 1914, des blessés non opérés, mais après triage technique et mise en état d'évacuation à l'aide de transports ferroviaires rapides, confortables et surveillés. La notion de l'urgence opératoire restait intacte, mais dans l'appréciation de cette urgence, le facteur temps se substituait au facteur distance.

On vit alors, à l'extrême avant, des ambulances chirurgicales et médicales accolées, chargées du traitement de première urgence des blessés et des gazés (Groupement d'ambulances de C. A.)

Les H. O. E. de la zone de l'avant, furent alors plus réduits ; ils devinrent les H. O. E. primaires (H. O. E. [1]) ; ils ne conservèrent plus que les cas de deuxième urgence et évacuèrent tous les autres sur des ambulances voisines spécialisés (contagieux et récupérables) ; quant aux blessés de troisième urgence, ils furent évacués sur l'arrière par trains sanitaires, après triage technique et mise en état d'évacuation.

A l'arrière, la « cité hospitalière » de 1915 recula de plus de 100 kilomètres pour devenir l'H. O. E. secondaire (H. O. E.[2]), base sanitaire et barrage thérapeutique des Armées.

Les évacuations par voie ferrée devinrent alors plus rapides, non seulement depuis la ligne des H. O. E. [1], mais encore chaque fois que ce fut possible, depuis les « points d'embarquement » organisés à la hauteur de la ligne des C. A.

Telle est, dans ses grandes lignes, l'organisation qui existait à la fin de la guerre, et qui, avec quelques modifications de détail, est restée en vigueur jusqu'à ce jour.

2° *Etat actuel de l'organisation du Service de Santé*

L'organisation du Service de Santé aux Armées est dominée par la notion primordiale de l'urgence thérapeutique, médicale et chirurgicale, qui conditionne la mise en œuvre méthodique et raisonnée des trois actes primordiaux qui en sont la conséquence.

A. — Le *triage* technique, par échelons successifs.

B. — L'*évacuation* rapide et intensive, compte tenu de l'urgence thérapeutique.

C. — L'*hospitalisation* et le *traitement* par échelons adaptés aux diverses catégories.

A) Triage. — L'objet du triage est de déterminer, pour chaque évacué, blessé, gazé ou malade, la thérapeutique qui lui convient, et surtout le délai dans lequel elle doit être appliquée.

Pour des raisons multiples, ce triage ne peut être effectué d'emblée. Il est évident, en effet, que les blessés, gazés et malades, doivent être éloi-

gnés au plus vite de la zone dangereuse où ils se trouvent. Ils sont, d'autre part, en nombre tel que le personnel médical du champ de bataille ne pourrait suffire à cette tâche. Les nécessités militaires enfin exigent que le terrain soit rapidement débarrassé des hommes qui ne peuvent plus utilement se battre. L'échelonnement du triage est donc une nécessité ; il est prévu aux échelons suivants :

— Au *Corps de troupe* (P.S. R.), qui a pour rôle de diriger sur le Poste de secours divisionnaire, les malades, blessés ou gazés, en fixant le mode de transport qui convient à chacun d'eux : à pied (évacués pouvant marcher) ; en voiture (assis ou couchés).

— A la *Division* (P. S. D.), auquel incombe le rôle de déterminer les cas qu'il y a lieu de séparer du courant général et notamment :

a) les cas de première urgence, tributaires des formations les plus proches ;

b) les contagieux à diriger sur les formations spécialisées ;

c) les éclopés à envoyer sur des centres spéciaux et peu éloignés (dépôts d'éclopés).

Toutes les autres catégories sont à diriger sur l'H. O. E[1].

— A l'*Armée* (H. O. E. [1]) qui a pour rôle d'assurer le triage définitif en fixant la destination précise où chaque évacué doit trouver, en temps voulu, les soins nécessaires.

A cet échelon, il appartient donc de recevoir ou d'aiguiller :

a) les cas de deuxième urgence qui doivent être traités à l'H. O. E[1] lui-même, ou dans des formations sanitaires satellites ;

b) les récupérables à court terme, traités dans des formations équipées en conséquence, et fonctionnant au voisinage de l'H. O. E.[1] ;

c) les cas de troisième urgence, dont le traitement incombe aux formations sanitaires dépendant du G. Q. G. (H. O. E.[2] et zone d'hospitalisation adjacente).

L'échelon du Corps d'Armée ne doit, en principe, participer au triage que d'une façon restreinte et dans les cas suivants :

a) pour l'ensemble des gazés, après le traitement d'urgence (tout gazé est initialement un cas de première urgence) : il détermine leur seconde destination ;

b) pour les autres catégories, en cas de déficience de l'échelon divisionnaire ; il se substitue alors à lui, complètement ou partiellement ;

c) il redresse, s'il y a lieu, les erreurs d'aiguillage pour les blessés de première urgence qu'il reçoit du P. S. D.

B) Evacuation. — L'objet de l'évacuation est d'éloigner les malades, blessés et gazés de la zone de combat et de leur faire atteindre, dans le moindre délai, la formation qui doit les traiter. Aux différents échelons, les modalités de transport sont les suivantes :

a) *A l'échelon des corps de troupe*, le transport primaire est assuré, sous la direction des médecins, par les brancardiers de bataillon depuis le lieu du combat jusqu'aux P. S. B. ; par les brancardiers régimentaires des P. S. B. ou P. S. R. Les moyens employés diffèrent selon le terrain et les conditions du combat ; transport à bras ; brancard porté à deux ou à quatre ; brouette porte-brancard tirée à deux. Un renfort est souvent nécessaire, au moyen des brancardiers du G. S. D., car il ne faut pas oublier qu'une équipe de brancardiers ne peut transporter, en moyenne que 12 à 15 blessés par jour sur une distance de 1 kilomètre et que 30 % des blessés sont à transporter en brancard.

b) *A l'échelon divisionnaire*, les transports commencent aux P. S. R. et finissent aux P. S. D. Ils sont exécutés dès que possible en voitures sanitaires auto, soit dès le P. S. R., soit à partir d'un poste de relai organisé au plus près.

Ces transports incombent aux brancardiers du G. S. D. qui utilisent les voitures de la S. S. A. divisionnaire. Quant aux blessés pouvant marcher, ils sont rassemblés puis encadrés et se rendent au P. S. D., soit à pied, soit en camions fournis par le Commandement.

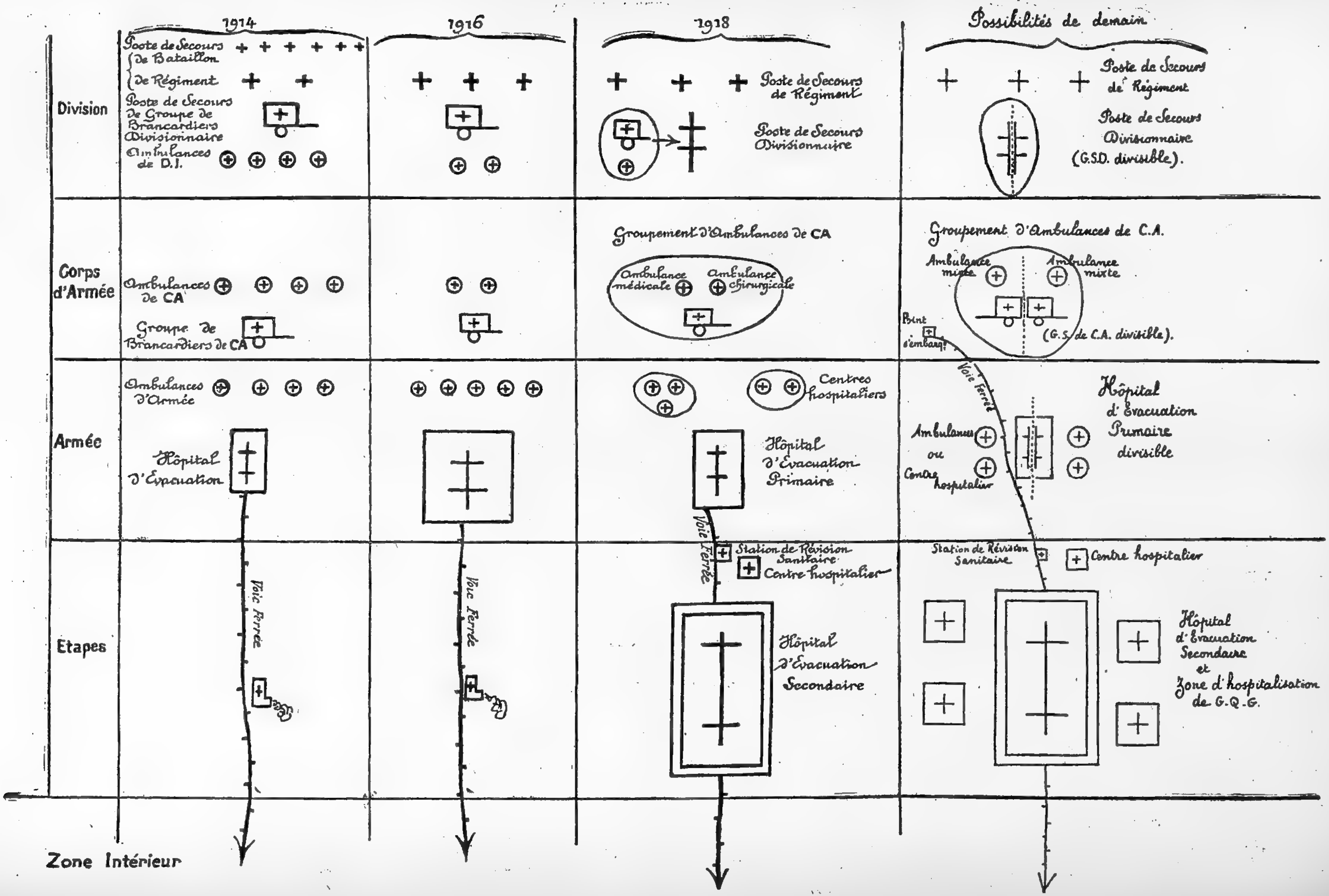
c) *A l'échelon du Corps d'armée*, les transports partent du P. S. D. pour aller jusqu'à la voie ferrée, c'est-à-dire au maximum jusqu'à l'H. O. E. primaire qui, en principe, est toujours près du rail, et, au minimum, jusqu'au point d'embarquement en chemin de fer, quand il en a été organisé. Les moyens de transport à cet échelon sont constitués par la S. S. A. lourde du C. A. renforcée suivant les besoins, par les S. S. A. de l'Armée et par des camions prêtés par le Commandement.

d) *Aux échelons supérieurs*, les moyens de transport sont les suivants :

a) *Transports ferroviaires.* — Ils sont assurés par la gare régulatrice de communications, en liaison avec le 4e bureau de l'Armée. En principe, ces transports partent des H. O. E[1] : ce sont les trains sanitaires qui assurent les évacuations soit sur l'H. O. E.[2], soit sur les centres hospitaliers de l'intérieur.

Quand les H. O. E. [1] sont trop éloignés du front, il est constitué en avant d'eux des « Points d'embarquements » qui sont alors desservis, soit par des automotrices, soit par des trains sanitaires et qui se rendent jusqu'à l'H. O. E.[1].

b) *Transports aériens* (*Aviation sanitaire*). —



Modifications de l'organisation du Service de Santé de 1914 à 1939

Ces transports sont assurés par le G. Q. G. (Santé), au moyen de gros, moyens et petits porteurs mis à la disposition du Directeur du Service de Santé du G. Q. G.

c) *Transports fluviaux.* — Ils sont organisés éventuellement par les Commissions de navigation en liaison avec le 4e Bureau de l'Armée. Ils sont pratiquement réservés aux gazés ayant reçu les soins nécessaires.

d) *Transports routiers.* — Il s'agit de compagnies sanitaires automobiles de Réserve Générale, destinées à renforcer les échelons inférieurs, et, accessoirement, à assurer des transports à petites distances entre les formations sanitaires, ou même à l'intérieur de celles-ci (H. O. E.[2] par exemple).

C) Hospitalisation et traitement. — L'hospitalisation et le traitement ont pour objet d'assurer à tout évacué les soins qui lui sont nécessaires, compte tenu de l'urgence thérapeutique. Ils peuvent commencer, au plus tôt, à l'échelon du C. A., le premier qui puisse avoir une certaine stabilité, d'ailleurs précaire.

a) *Traitement à l'échelon du C. A.* — Ce traitement est réservé aux blessés de première urgence et à la totalité des gazés. Les uns et les autres doivent pouvoir être traités 6 à 8 heures après la blessure, ou l'atteinte par gaz. Le Groupement d'Ambulance (G. A. C. A.) qui doit assurer ce traitement est constitué au combat par la réunion de l'Ambulance médicale du C. A., l'Ambulance chirurgicale légère du C. A. et le Groupe de ravitaillement du C. A., sous la direction d'un seul chef, généralement le médecin chef du G. S. de ravitaillement.

En principe, le Groupement d'ambulances s'installe à une distance des lignes permettant d'y accéder dans les délais indiqués ci-dessus, en utilisant des locaux faciles à aménager rapidement (châteaux, casernes, locaux industriels, etc.). Le délai d'installation, suivant les ressources rencontrées, varie de 24 heures à 4 jours.

b) *Traitement à l'échelon Armée.* — Cet échelon doit assurer le traitement des cas de deuxième urgence et celui des récupérables à court terme.

A cet échelon, le traitement doit pouvoir être appliqué dans les 12 à 15 heures après la blessure.

Il est assuré par les H. O. E.[1] déployés en nombre suffisant, et renforcés au besoin par du personnel (équipes chirurgicales notamment) ou par des formations sanitaires complètes (ambulances d'Armée).

D'autres ambulances fonctionnent à son voisinage au profit de diverses catégories : contagieux, récupérables, et, éventuellement, gazés. Enfin des dépôts d'éclopés sont organisés par le commandement pour recevoir directement les évacués de cette catégorie.

L'installation de ces formations est prévue à une distance permettant aux évacués d'y arriver dans les délais indiqués ci-dessus. Leurs locaux doivent être vastes et se prêter à l'aménagement hospitalier (casernes, établissements scolaires, religieux ou industriels) desservis par la voie ferrée.

Leur durée d'installation est, suivant les ressources, de 4 jours au minimum et de 15 au maximum.

Dans la zone des étapes, il est prévu des formations sanitaires du type ambulance (médicale ou chirurgicale) ou du type hôpital complémentaire, qui sont chargées :

du traitement des troupes stationnées dans cette zone ;

du débordement éventuel des formations sanitaires d'armée.

c) *Echelon du G. Q. G.* — C'est le dernier barrage thérapeutique que nul évacué ne doit franchir qu'après avoir été dûment traité. Sa capacité et son rendement doivent lui permettre d'absorber tout ce qui n'a pas été retenu à l'avant. C'est la base sanitaire, puissante et stable, indispensable à l'arrière des Grandes Unités, et indépendantes de celles-ci et de leurs mouvements. Le traitement y est assuré par les H. O. E. [2] et par les formations sanitaires territoriales de la zone d'hospitalisation du G. Q. G. qui est adjacente à chacun d'eux.

Elles s'installent dans la zone des étapes ou dans celle de l'intérieur, à une distance accessible par voie ferrée, depuis les H. O. E.[1], en 12 heures environ, dans des localités riches en ressources (bâtiments, moyens techniques, matériel d'exploitation) et bien orientées pour desservir le front correspondant. Leur installation, prévue dès le temps de paix, demande un délai de plusieurs semaines.

3° Le programme de demain.

Ce programme ne peut être établi qu'en fonction des modalités nouvelles que revêtirait la guerre dans l'avenir. En face de cette inconnue, nous en sommes réduits aux hypothèses que nous avons exposées plus haut et qui fixent nos directives.

Attaque brusquée, avons-nous dit : c'est la nécessité, pour éviter la surprise, de faire des prévisions tendant à un emploi souple et logique des ressources préexistantes ou immédiatement disponibles en moyens hospitaliers et en moyens de transports de tous genres.

Alternatives d'avance et de recul : cela implique le principe de l'interchangeabilité et la constitution d'importantes réserves.

Offensive contre les arrières : c'est la nécessité, à partir de l'échelon Armée, de disséminer

les formations sanitaires, de fuir les « points sensibles », et, si les conventions internationales le permettent, de neutraliser des localités sanitaires.

Guerre de mouvement : c'est la nécessité de la mobilité et de l'allègement des formations.

Guerre aéro-chimique : c'est l'obligation de prévoir, pour les blessés gazés, un type de formation mixte, médico-chirurgicale.

Augmentation du nombre et de la portée des armes à feu et, par conséquent, du nombre et de la gravité des blessures ; cela oblige à un échelonnement en profondeur et au recul des formations, et fait prévoir l'importance du triage et des évacuations.

Ce programme implique aux différents échelons une série de modifications, qu'il importe de réaliser.

Il ne semble pas qu'il y ait lieu de modifier profondément le Service de Santé à *l'échelon des Corps de troupe*, sinon pour étoffer le plus possible en personnel et en moyens de transport les unités de découverte et de sûreté qui progressent rapidement.

A *l'échelon divisionnaire*, il importe surtout d'assouplir le G. S. D. en le rendant immédiatement divisible en deux fractions soit pour la progression ou le repli en deux échelons, soit pour le fonctionnement simultané derrière un front large ou compartimenté.

A *l'échelon du C. A.*, il est de toute nécessité de réduire les délais d'installation et de repliement des formations sanitaires, afin de leur permettre de suivre, en toutes circonstances, les Grandes Unités auxquelles elles appartiennent. L'augmentation des distances oblige à les relier à l'avant par des moyens d'évacuation puissants et rapides. Elles doivent surtout, enfin, être aptes à reprendre le mouvement malgré la servitude des blessés encore inévacuables.

Dans ce but, le G. A. C. A. doit être prochainement remplacé par un jeu de deux ambulances mixtes interchangeables, entièrement motorisées, de conception et de formation nouvelles. Chacune d'elles comprend une section chirurgicale avec une cellule opératoire, une remorque de stérilisation, un poste radiologique léger, et une section médicale avec le matériel anti-gaz. Cette nouvelle ambulance, très mobile, pourra être déployée en six heures, et repliée en trois heures.

A *l'échelon de l'Armée*, l'H. O. E. doit retrouver la mobilité que lui avait fait perdre la guerre de stabilisation. Dans ce but, il est nécessaire de dissocier la fonction d'hospitalisation et de traitement de la fonction du triage et de l'évacuation ; cette dernière doit rester seule dévolue à l'H. O. E.[1], la première devant être assurée, au moment du besoin, par des formations hospitalières essaimées autour de lui.

Il importe enfin d'améliorer le régime des évacuations, d'en intensifier le rythme en exploitant au maximum le progrès de la motorisation (terrestre et aérienne) qui, de plus en plus, doit rester au premier plan de nos préoccupations et de nos efforts.

Le service de santé en Campagne est donc une création continue dont la difficulté essentielle consiste à concilier des nécessités techniques et militaires, souvent contradictoires, et toujours en constante évolution.

Les règles de son fonctionnement doivent toujours être assez souples pour pouvoir s'adapter aux circonstances. Ceux à qui incombe la lourde tâche de l'assurer doivent posséder au plus haut degré cette faculté d'adaptation, et savoir prendre, au moment du besoin, les décisions imposées par les dures réalités de la guerre.

Médecin *** ROUVILLOIS.

DOCUMENTATION DU TEMPS DE GUERRE

La protection sanitaire des réfugiés et évacués

Le ministre de la Santé publique communique :

Les femmes médecins et les médecins libérés de toute obligation militaire qui accepteraient d'apporter leur collaboration aux services de protection sanitaire des populations réfugiées dans les départements d'accueil, sont priés d'adresser au ministère de la Santé publique (service de la Défense nationale), 7, rue de Tilsitt, à Paris, leurs noms et adresses, ainsi que l'indication de leurs principaux titres.

Cet appel s'adresse plus particulièrement :

1° Aux médecins hygiénistes diplômés d'hygiène, etc., susceptibles d'exercer des fonctions d'inspecteur départemental d'hygiène ou de directeur de bureau d'hygiène ;

2° Aux médecins qualifiés en phtisiologie ou en syphiligraphie, susceptibles d'exercer des fonctions de médecins de dispensaires antituberculeux ou antivénériens ;

Aux médecins qualifiés en obstétrique ou pédiatrie, etc., ayant assuré un service dans un organisme de protection maternelle et infantile ;

4° Enfin, aux médecins ayant passé le concours de médecin des asiles publics d'aliénés.

Le Gérant : R. THIRON   CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Croix-Rouge

M. le Docteur LECLAINCHE est nommé membre, du Conseil national de la Croix-Rouge Française en remplacement de M. Pierre RANDON, appelé à la direction des hôpitaux de Reims.

(*J. O.*, 14 septembre 1939.)

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Conditions du renouvellement des appareils orthopédiques et de la lunetterie pour les assurés sociaux

10.167. — M. Paul SAINT-MARTIN expose à M. le ministre du Travail que, dans le cas de renouvellement d'appareils orthopédiques ou de lunetterie, il n'est pas possible d'appliquer les dispositions de l'article 6 (§ 12), du décret-loi du 28 octobre 1935 sur le délai des six mois, car il semble qu'il faut faire abstraction, pour la détermination de cette période, des intervalles pendant lesquels aucune prestation n'est attribuée pour les soins concernant l'affection en cause, et demande s'il n'y aurait pas lieu d'appliquer à ces divers cas les prescriptions de l'article 6 §16), dudit décret-loi, et de se conformer, par analogie, à la règle prescrite par la circulaire n° 37 du 30 avril 1937 sur les cures thermales, c'est-à-dire n'accepter les demandes d'appareils d'orthopédie et de lunetterie que pendant une période s'échelonnant sur deux années et enfin, si, dans le cas où ces dispositions ne pourraient être appliquées, les Caisses peuvent continuer d'accepter, pour une même maladie, les renouvellements d'appareils. (*Question du 4 août* 1939.)

Réponse. — Il convient de distinguer suivant que le renouvellement de l'appareil est demandé pendant ou après le délai de six mois visé à l'article 6 (§12), du décret-loi du 28 octobre 1935 modifié : 1° si le renouvellement est demandé par l'assuré au cours du délai de six mois susvisé, la Caisse ne saurait se refuser à y participer dans les mêmes conditions que pour l'appareil initial. L'assuré doit en conséquence se soumettre au contrôle préalable, qui décèlera notamment si la nécessité du renouvellement provient d'une usure normale. Si l'usure ou les détériorations constatées sont insolites, le contrôle déterminera : *a*) si l'assuré est responsable, ce qui entraînerait le rejet de sa demande : *b*) si la responsabilité incombe au fournisseur, ce qui motiverait l'intervention du contrôle technique et, le cas échéant, le remplacement gratuit de l'appareil aux frais du fournisseur, lorsque les contrats intervenus prévoient cette possibilité ; 2° Lorsque le renouvellement de l'appareil est sollicité après l'expiration du délai de six mois susvisé, l'assuré n'a droit, en prin-

cipe, à aucune prestation, à moins qu'il ne soit en mesure de prétendre au bénéfice de l'assurance-invalidité. Toutefois, si l'infirmité ou l'affection qui nécessite l'arrêt du travail n'est pas consolidée, et si l'appareil considéré est susceptible de prévenir l'aggravation du mal, l'assuré peut solliciter le bénéfice de l'article 6 (§16), du décret-loi précité. Il en est de même lorsque l'infirmité ou l'affection considérée, qu'elle soit ou non consolidée, ne comporte pas d'arrêt de travail. Les renouvellements sont alors autorisés, dans chacun de ces deux cas, pendant une période maxima de deux ans, à la condition que l'assuré remplisse les conditions auxquelles la Caisse peut subordonner, dans son règlement intérieur, le bénéfice de l'article 6 (§16) susvisé.

(*J. O.*, 5 septembre 1939.)

SERVICE DE SANTÉ

Réserve

Par décret du 4 septembre 1939, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du service de santé et, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les médec. auxil. : (rang 28 juin 1939) Patel, 4e région; (rang 5 juil. 1939) Barbery, 7e région ; (rang 5 sept. 1939) Bannel, 18e région.

Les élèves offic. de rés. (médecins) : Lemoine, région Paris ; Mebs, région Paris ; Bastin, 14e région ; Gilmiche, 20e région ; Mothon, 20e région ; Caufment, 20e région ; Delouche, 19e C. A. ; Naboudet, 19e C. A.; Paley, tr. du Levant.

CORRESPONDANCE

QUESTIONS DIVERSES

5.027. — Précautions à prendre pour la fabrication de comprimés au bleu de méthylène

La réponse que nous avons faite à la question posée et qui a été publiée dans le *Concours Médical*, nº 33, p. 2118, a fait l'objet de la part d'un de nos lecteurs des observations que nous croyons devoir publier :

« Au sujet de la question 5.027, je crois devoir « vous signaler que le mélange de perchlorate avec « une matière organique constitue un mélange « explosif dangereux.

« De graves accidents se sont produits dans des « pharmacies par simple trituration dans un mortier « de chlorate de potasse avec du sucre par exemple.

« Une compression trop énergique peut provo- « quer cette explosion à moins que les produits ne « soient humides et encore, car la compression amène « une élévation de température ».

5.909. — Extension des allocations familiales

J'ai recours encore à votre obligeance pour me renseigner sur le sort d'une famille nombreuse.

COQUELUCHE

TRAITEMENT par la

Absence de Saveur — **SODERSEÏNE** — Innocuité absolue

Bi colloïdal électrolytique

Pharmacie DEPRUNEAUX, 18, rue de Beaune, Paris (7e) — Dépôt : Pharmacie VICARIO, 17 Boulevard Haussmann, Paris (9e)

---

18 Rue de Beaune — PARIS 7e

BRONCHITES EMPHYSÉMATEUSES
ASTHME-RHUME des FOINS

HYPOPHÉDRINE

ne provoquant ni tachycardie ni rétention d'urine

HYPOPHYSE - LOBÉLIE
EPHÉDRINE

DIGESTIONS INCOMPLÈTES
DOULEURS POST-PRANDIALES

DRAGÉES ELKIN

sans aucun drastique

BILE - SOUFRE
PANCRÉATINE

CONGESTIONS PROSTATIQUES
CONGESTIONS VEINEUSES

CYPROVEÏNOL

sans Hamamélis ni Marron d'Inde

MILLEFEUILLE-FICAIRE
CUPRESSUS

LABORATOIRE DEPRUNEAUX

VICHY-ETAT

Sources chaudes. **Eaux Médicinales :**

VICHY-GRANDE-GRILLE • VICHY-HOPITAL

Source froide. **Eau de régime par excellence :**

VICHY-CÉLESTINS

Toutes les eaux de VICHY-ÉTAT **sont indiquées dans les maladies de l'APPAREIL DIGESTIF : Estomac, Foie, Voies biliaires et de la NUTRITION : Arthritisme, Diabète, Obésité**

Avec les eaux de **VICHY-ETAT :**

SEL VICHY ETAT pour faire soi-même une eau alcaline

PASTILLES et SURPASTILLES VICHY-ETAT pour faciliter la digestion

COMPRIMÉS VICHY-ETAT pour le voyage

Jardinier à la campagne, 600 francs de traitement, pour trois enfants l'allocation familiale mensuelle est de 103 francs. Ces gens ne peuvent littéralement plus vivre, nourrir cinq personnes avec 603 francs par mois, car ils ont à acheter 200 francs de pain, 190 francs environ d'épicerie, 200 francs environ pour l'habillement.

Or à la ville voisine, pour trois enfants l'allocation familiale est de 270 francs.

Dans la même commune à la campagne, le cantonnier communal touche 250 francs pour trois enfants, pourquoi une telle différence pour ce dernier qui travaille plutôt moins ?

I. Quel est le taux de l'allocation familiale à la campagne pour trois enfants ?

II. Il existe en ville une allocation pour la mère au foyer. Ces gens peuvent-ils prétendre à cette allocation ?

III. Ces gens étant en ville l'an dernier ont reçu un encouragement national aux familles nombreuses de 15 francs par mois. Cet encouragement leur est refusé par le percepteur qui leur a déclaré qu'il n'était versé qu'au delà du sixième enfant.

Dr D

Réponse

Le régime des allocations familiales vient d'être complètement modifié par le décret-loi relatif à la famille et à la natalité françaises paru dans le *Journal Officiel* du 30 juillet 1939.

Voici la réponse, en tenant compte de la législation actuelle, aux trois questions posées par votre lettre.

1° A l'avenir le taux de l'allocation familiale pour trois enfants ne pourra être inférieur à 30 % du salaire moyen mensuel dans le département d'un salarié adulte. Le taux du salaire moyen mensuel est fixé dans chaque département pour la population résidant dans les localités ne comptant pas plus de 2.000 habitants (ce qui paraît être le cas pour la famille que vous nous signalez) après avis du Comité départemental des allocations familiales et agricoles, en tenant compte des salaires effectivement payés dans l'agriculture, le commerce rural et l'artisanat rural.

2° L'allocation pour la mère au foyer est réservée aux familles salariées habitant dans les localités de plus de 2.000 habitants agglomérés.

3° Les allocations établies par le décret-loi du 18 avril 1939 relatif à l'encouragement national aux familles nombreuses ne peuvent se cumuler avec les allocations familiales accordées aux salariés en vertu des dispositions de la loidu 11 mars 1932 (ce qui est le cas que vous nous signalez) sauf dans le cas d'une famille de six enfants, le père pouvant alors continuer à tou-

cher l'allocation de l'encouragement national pour chacun des enfants à partir du sixième.

6.473. — Les mobilisés jouissent d'un moratoire pour le paiement de leur loyer

Mon mari étant mobilisé depuis mardi dernier comme médecin-lieutenant, dois-je payer mon loyer ? le terme échu devrait être versé le 1er octobre. Dois-je en payer une partie ou la totalité cette fois ? Dites-moi aussi ce que je dois faire après. Je compte demeurer dans la maison.

Mme L.

Réponse

En réponse à votre lettre du 10 septembre, nous avons l'honneur de vous informer qu'un décret-loi du 1er juillet 1939, publié au *Journal Officiel* du 13 juillet, a accordé aux mobilisés un moratoire pour le payement du prix de leur loyer.

Les effets de ce moratoire se termineront pour les loyers échus et non encore acquittés et pour les loyers venant à échéance avant la libération, à l'expiration d'un délai de six mois qui partira de la date de libération du mobilisé.

Ces dispositions ne sont pas applicables aux locataires mobilisés dont les ressources ne sont pas diminuées du fait de leur appel sous les drapeaux.

Par suite, à moins que (ce qui est improbable) cette dernière disposition puisse être appliquée, vous pouvez ne pas payer votre loyer.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

6.129 — Engagement pour la durée de la guerre. Récupération de l'ancien grade

Dégagé de toute obligation militaire en raison de mon âge, 52 ans, je vous serais très obligé de me faire savoir, si en contractant un engagement pour la durée de la guerre :

1° je reprends mon grade de médecin-lieutenant ;

2° si je suis versé dans une unité combattante ou bien dans une formation près de la frontière (dernièrement, la gendarmerie était en quête de médecins volontaires et dégagés de toute obligation militaire pour un hôpital des environs de X.) ou bien si je peux choisir une région comme médecin mobilisé ? ce qui me paraît bien prétentieux et fort improbable ? ?

Dr P.

Réponse

Si vous contractez, dans les conditions militaires où vous vous trouvez actuellement (c'est-à-dire entièrement dégagé) un engagement militaire pour la durée de la guerre, vous récupérez

votre ancien grande. En principe, vous devez pouvoir choisir votre affectation, et c'est obligatoirement une affectation à l'Intérieur. Une fois votre engagement signé, vous continuerez à concourir pour la Légion d'Honneur avec vos camarades des réserves.

6.427. — Rémunération des médecins réquisitionnés

Je viens d'être réquisitionné par la commune pour donner mes soins à des réfugiés. J'ai été chargé de créer une petite infirmerie. Je trouve tout naturel que, médecin âgé de 67 ans, on me mette à contribution dans la mesure de mes forces. Ayant exercé douze ans la médecine générale avant de me spécialiser dans la stomatologie, je peux évidemment rendre quelques services, mais il me semble que j'ai droit à une certaine rémunération pour mes soins et visites.

Vous seriez bien aimable de me renseigner sur ce point. Dr C.

Réponse

Un décret du 11 septembre 1939, publié au *Journal Officiel* du 12 et relatif à l'exercice de la médecine en temps de guerre, dispose que les médecins chargés d'un service public, ne s'opposant pas à tout exercice de la clientèle, reçoivent une rémunération calculée sur la base de vacations, dont le montant est fixé par arrêté du Ministre de la Santé publique et du ministre des Finances.

Il y a donc lieu d'attendre que le montant de ces vacations ait été fixé par les Ministres compétents.

6.217. — Paiement des opérations effectuées pour le service de santé

Comme je vous l'ai déjà demandé dernièrement je vous serais très obligé de me faire envoyer le tarif des opérations chirurgicales pour le Service de santé militaire.

Dr M.

Réponse

Il n'existe pas de tarif des opérations chirurgicales pour le Service de santé militaire. Si vous avez été amené à pratiquer pour le compte de celui-ci, une opération, appliquez le tarif syndical minimum et envoyez pour ordonnancement votre relevé d'honoraires au Directeur du Service de santé, pour le compte duquel vous avez opéré.

6.285. — Réquisition de l'automobile du médecin

Est-il exact qu'un médecin de réserve a le droit, en cas de mobilisation, de partir avec sa voiture en la faisant réquisitionner à son service ? Dans

l'affirmative, quelles sont les démarches à faire et à quel moment les faire ?

Dr D.

Réponse

Il n'existe, à notre connaissance, aucune disposition légale, qui permette à un médecin de réserve de partir avec sa voiture en cas de mobilisation.

Seuls les médecins, continuant à exercer leur profession, ne voient pas réquisitionner leur automobile.

ACCIDENTS

5.953. — Revision d'un accident du travail. Examen du blessé par le médecin de l'Assurance

Un de mes clients, accidenté du travail en 1935, a vu sa situation réglée en 1936 par l'attribution d'une rente évaluée à 35 pour cent.

L'Assurance le prévient par lettre reçue le 31 juillet qu'un médecin viendra le visiter le 31 juillet (même jour). Mon client s'oppose à cette visite, demandant à ce que j'assiste à cet examen. Le confrère-médecin de l'Assurance lui répond : « Je vais vous faire convoquer chez moi par le Tribunal et vous n'y gagnerez pas ». Mon client était-il dans son droit ? Le médecin de l'Assurance peut-il être commis par le Tribunal pour la revision de cette pension ?

Je serais heureux d'être renseigné car je ne sais si je devais être prévenu de cette visite et si mon malade pouvait exiger ou demander ma présence.

Dr C.

Réponse

Suivant l'article 19 de la loi du 9 avril 1898 qui fixe la procédure et le délai de l'action de révision au cours des trois années pendant lesquelles peut s'exercer cette action, le chef d'entreprise peut désigner au Président du Tribunal un médecin chargé de le renseigner sur l'état de la victime.

Cette désignation dûment visée par le Président donne au dit médecin accès trimestriel auprès de la victime.

Faute par la victime de se prêter à cette visite tout paiement d'arrérages peut être suspendu par décision du Président qui convoque la victime par simple lettre recommandée.

Votre client a donc eu tort de refuser de se prêter à l'examen du médecin contre-visiteur, si celui-ci était porteur de cette désignation visée par le président.

En effet, au cours du délai de l'action en révision, le médecin traitant n'a pas à être convoqué pour assister à la contre-visite.

Il n'y a d'ailleurs plus à ce moment de médecin traitant, puisque par définition l'état de la victime est consolidé et qu'une rente lui est attribuée.

Soixante et unième année No 40 1er Octobre 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie Scientifique

Partie Professionnelle

Renseignements

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg .	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro..........	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.

PROPOS DU JOUR

LA PSYCHOLOGIE DU CHEF MILITAIRE

Il s'agit là d'une question un peu spéciale, en ce qu'elle diffère des conditions qui sont de mise au cours de la vie habituelle. Dans l'Armée, en effet, et plus particulièrement durant les hostilités, celui qui détient, fût-ce une parcelle d'autorité, commande à des hommes, qui appartiennent à toutes les classes de la société et qui sont réunis dans le but suprême de sauver la Nation.

Ce sont là deux éléments, qu'un chef militaire a l'obligation de ne jamais perdre de vue.

Aussi doit-il, dès les premiers jours, s'efforcer de mettre ses subordonnés en confiance mutuelle. Il doit, par des conversations particulières, se renseigner sur leurs aptitudes, sur leur caractère, afin de mieux se faire comprendre d'eux et de leur assigner des emplois, qui soient, dans la mesure du possible, en concordance avec leurs capacités et leurs goûts personnels. Ceux-ci accompliront ainsi leur tâche avec entrain et pour le meilleur rendement du Service.

Que le Chef prêche aussi d'exemple, et il conquerra aisément l'estime de ses subordonnés. Que le Chef se respecte lui-même, s'il veut à son tour être respecté. Qu'il ne fasse rien qui ne soit contraire à ce qu'il exige de son personnel. Ce n'est pas là chose toujours facile ; souvent on serait enclin à se permettre à soi-même ce que l'on peut être tenté de défendre à autrui. Le Chef doit travailler à s'éduquer lui-même, en même temps qu'il éduque les autres. Enfin, qu'il ne néglige pas, grâce à une intervention personnelle, de procurer à ses subordonnés tout le bien-être possible. Pas de fatigues, pas d'exigences, pas de privations, qui ne soient reconnues indispensables.

Dans ces conditions, le mot « discipline militaire » perdra tout ce qu'il peut avoir de dur dans son expression première. Cette discipline sera vite librement consentie ; elle sera même consentie de bon cœur. De sanctions, il n'en sera question que d'une manière tout à fait exceptionnelle, pour ainsi dire jamais.

Les hommes n'ignorent pas quelles raisons suprêmes d'intérêt vital les ont réunis ; ils seront d'autant plus heureux de coopérer à la défense

de la Patrie, qu'ils se sauront compris et appréciés de leur Chef, et qu'eux mêmes seront avec lui en toute sympathie.

Ne jamais manquer de leur expliquer, le cas échéant, les raisons d'un ordre à exécuter, la meilleure manière adoptée pour son exécution avec le minimum de fatigues, de risques, avec le maximum de rendement.

Quand surviendra l'heure du danger, que le Chef paie lui aussi de sa personne ; qu'il donne l'exemple du courage et du sang-froid, qu'il s'efforce en même temps de rassurer et d'entraîner ses hommes. Il verra alors combien ceux-ci joindront avec entrain leurs efforts aux siens dans le but suprême ; parfois même sera-t-il obligé de calmer des élans intempestifs, ou inutilement dangereux.

L'élément de commandement deviendra ainsi une véritable famille, où tous n'auront qu'un désir : celui de s'entr'aider dans la plus grande sympathie.

Qu'on ne croie pas, en lisant ces quelques lignes, à un exposé de quelques vues de l'esprit. Elles sont, au contraire, d'une histoire vécue durant la dernière guerre, et passée pendant plus de vingt-quatre mois au milieu des « troupes d'assaut ».

**

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Nous recevons du secrétariat de l'Académie de chirurgie la communication suivante :

L'Académie de chirurgie tient beaucoup à rester en liaison avec tous ses membres titulaires, associés ou correspondants, ainsi qu'avec la jeune génération chirurgicale des chirurgiens des hôpitaux, des prosecteurs et des aides d'anatomie.

Cette liaison n'aura pas seulement pour but de faciliter une correspondance technique entre les chirurgiens ; elle pourra fournir aux chirurgiens mobilisés les renseignements de tous ordres dont ils sentiraient le besoin.

L'Académie de chirurgie désire être en quelque sorte la « Marraine » des chirurgiens mobilisés.

Elle leur demande donc à tous de se mettre dès maintenant en rapport avec elle en lui indiquant leur adresse et leurs fonctions militaires et en la tenant par la suite au courant de leurs modifications.

Certaine que les cadets seront dignes des aînés, elle leur adresse son fraternel salut et ses vœux les plus chaleureux.

Adresser toute correspondance : soit à l'Académie de chirurgie, 12, rue de Seine, Paris (VIe) ; soit au Professeur Chevassu, 1, avenue de Tourville, Paris (VIIe).

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à **2** *fr.* **50** *la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* Concours Médical, *Paris* **167-95.**

AVIS IMPORTANT

Les petites annonces sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux ne permettant leur insertion que quarante-huit heures après leur réception. Lesdites petites annonces ne devront comporter aucun nom de ville, ni aucune abréviation. Le Journal se réserve, par ailleurs, le droit de supprimer toutes les annonces qui lui paraîtraient douteuses.

Nº 306. — Médecin mobilisé cherche confrère pouvant assurer remplacement. Ville de Normandie. Bonne santé. Activité indispensable.

Nº 307. — Ille-et-Vilaine, chef-lieu de canton, proximité grande ville, Docteur mobilisé demande pour remplaçant, confrère dégagé obligation militaire. Pas d'accouchements. Aurait chauffeur à sa disposition.

Nº 308. — Vendée. Médecin mobilisé louerait sa maison meublée à famille honorable, ou à confrère qui ferait clientèle s'il lui plaisait.

Nº 309. — Normandie. Médecin mobilisé offre son poste pour la durée de la mobilisation, maison tout confort. Conditions à débattre.

Nº 310. — Médecin mobilisé demande remplaçant français pour clientèle banlieue. Maison confortable.

Nº 311. — On demande pour le Loiret. Médecin non mobilisable. Conditions à débattre.

Nº 312. — Dans Sous-Préfecture. Clientèle à reprendre par suite mobilisation. Médecine générale et accouchements.

Nº 313. — Urgent. A céder cause mobilisation prochaine, poste médical de campagne, non fatiguant (seul médecin). Médecin chemins de fer. Faible indemnité.

Nº 314. — Creuse, région agricole. Médecin mobilisé cherche remplaçant pour son poste. Médecine générale et accouchements. Maison confortable et moderne.

Nº 315. — Femme de médecin demande remplaçant actif non mobilisé pour assurer clientèle dans l'Ouest.

Nº 316. — On demande médecin non mobilisable. Médecine générale et accouchements, pour remplacer confrère de Bretagne pendant les hostilités. Conditions à débattre.

Nº 317. — Pédiatre français, grande pratique, non mobilisable, marié, tiendrait cabinet de spécialiste des enfants pour la durée des hostilités. Faire offres détaillées.

Nº 318. — La Maison de Santé « Les Bleuets » fonctionne normalement, elle reste ouverte à tous les chirurgiens ou spécialistes.

Nº 319. — Dans grande ville, médecin mobilisé céderait clientèle pour la durée des hostilités. Installation complète, avec domestique et voiture au besoin.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** *Enseignement. Inscriptions.* — Les cours commenceront le lundi 6 novembre 1939.

Les inscriptions et immatriculations peuvent être prises soit directement, soit par correspondance. Le registre sera ouvert du 2 au 31 octobre.

En raison des conditions particulières à l'agglomération parisienne, ne seront admis à s'inscrire que les étudiants français dont la famille est domiciliée dans les départements de Seine, Seine-et-Oise ou Seine-et-Marne.

D'autre part, les étudiants mineurs seront tenus de présenter, en sus du consentement réglementaire du père ou du tuteur, une lettre signée de ces derniers (avec signature légalisée) demandant expressément que l'étudiant puisse suivre les cours et exercices de la Faculté de médecine de Paris. Cette demande pourra être insérée dans le consentement réglementaire établi sur papier timbré.

Tout étudiant peut, sur simple demande adressée au Doyen, faire transférer son dossier scolaire dans une Faculté ou Ecole d'une autre Université.

— **Faculté de médecine de Paris.** *Session d'examens d'octobre* 1939. — Cette session s'ouvrira le 2 octobre.

Les étudiants de la classe 1939 pourront, sur leur demande, être mis en série dès le début de la session.

Pour les étudiants non mobilisables en 1939, les mises en série seront faites à partir du 16 octobre. Les consignations auront lieu, soit directement, soit par tierce personne, soit par correspondance.

Les étudiants mobilisables en 1939 sont priés d'en informer le secrétariat de la Faculté au moment de leur consignation.

— **Institut de médecine coloniale de la Faculté de médecine de Paris.** — La session de 1939 commencera le 2 octobre et sera terminée le 20 décembre.

— **L'Entr'aide médicale.** — Le Docteur O'Followell nous demande de prendre l'initiative de la création d'un *Comité d'entr'aide pour venir au secours des familles des médecins mobilisés dans le besoin.* Retenu auprès de deux de nos très proches parents atteints de graves maladies, nous n'avons pu, actuellement rejoindre Paris. Aussi, tout en assurant le Docteur O'Followell de notre collaboration dès qu'il nous sera possible de la lui donner, nous regrettons de ne pouvoir aujourd'hui prendre personnellement l'initiative de l'œuvre très généreuse qui lui tient au cœur et dont nous souhaitons, cela va sans dire, l'organisation la plus rapide possible et le succès.

J. NOIR.

— **Londres.** — On a inauguré récemment à Londres le nouvel hôpital remplaçant l'ancien Westminster hospital. Les architectes qui l'ont construit ont prévu l'éventualité d'un bombardement. En cas

d'alerte aérienne, par exemple, des fermetures pneumatiques hermétiques viendront clore certains passages plus particulièrement exposés. L'hôpital comporte neuf étages et peut recevoir 400 malades.

— **A la mémoire du Docteur Mathysen, inventeur du bandage plâtré.** — Une statue va être érigée en Hollande à la mémoire du Docteur Antonius Mathysen, inventeur des appareils plâtrés pour fractures. C'est à l'Académie de médecine de Paris, en 1855, que le Docteur Mathysen, simple praticien, présenta son premier mémoire sur ce traitement si largement utilisé depuis.

— **Buenos-Ayres.** — Un crédit de 17 millions de pesos vient d'être voté en République Argentine pour la construction d'une nouvelle Faculté de médecine, à Buenos-Ayres.

— **Naissances.** — Nous apprenons la naissance de *Anne-Marie* et *Françoise* Damey, filles (jumelles) de Madame et de M. Jacques Damey, lieutenant de réserve du génie, actuellement aux armées.

M. Jacques Damey est le fils aîné de notre excellent confrère et ami, le Docteur E. Damey, de Douarnenez, et le frère du Docteur Damey, également mobilisé.

— Le Docteur François Le Sourd, directeur de la *Gazette des Hôpitaux*, est heureux de faire part de la naissance de son petit-fils *Alain* Gros, fils de M. Michel Gros (aux Armées) et de Madame Michel Gros, née France Le Sourd.

— Le Docteur et Madame Pierre Massonnet sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Michel*.

Champagne-Mouton (Charente), 11 septembre 1939.

— **Nécrologie.** — Nous apprenons la mort du docteur H. Binget, ancien chef de clinique à la Faculté de Lyon ; du Docteur Guinard, médecin chef du sanatorium de Bligny.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Henri Monier, ancien externe des hôpitaux de Paris, diplômé et lauréat de radiologie, décédé chez ses parents le 18 septembre 1939, dans sa 30e année. Ses obsèques ont eu lieu le 21 septembre 1939 en l'église Saint-Jacques d'Illiers (Eure-et-Loir).

Nous adressons à Madame Henri Monier, sa veuve, à ses parents, le Docteur et Madame Adrien Monier, et à sa famille nos sincères condoléances.

L'Académie de Chirurgie a repris ses séances

Sous la présidence du Professeur Hartmann, l'Académie de chirurgie a repris le 20 septembre ses séances. Elles auront lieu tous les quinze jours.

On connaît le rôle particulièrement important joué pendant la guerre 1914-1918 par la Société nationale de chirurgie, devenue depuis Académie de chirurgie. Ce rôle, elle le continuera pendant la guerre actuelle, centralisant les observations et les données de l'expérience des chirurgiens aux armées, pour le plus grand bien des blessés.

En ouvrant la séance, M. Hartmann donne lecture d'un télégramme qu'il a reçu au début de septembre du Professeur Novaro, doyen de la Faculté de médecine de Montevidéo, télégramme ainsi conçu :

« A vous et aux amis de l'Académie, fidèles amitiés ».

***

L'ordre du jour scientifique comportait un rapport de M. Mocquot sur le tétanos d'origine utérine, une double étude de M. Clovis Vincent et de M. Thierry de Martel sur la neuro-chirurgie de guerre, et une communication de M. Chevassu sur l'analgésie au mélange protoxyde d'azote et air.

Dans une mise au point très instructive, MM. Clovis Vincent et de Martel exposent les principes généraux, l'organisation et la technique de la chirurgie des blessures cranio-cérébrales.

M. Chevassu montre que l'analgésie au mélange protoxyde d'azote et air, méthode à laquelle il a déjà consacré un mémoire il y a quelque temps — il la recommandait alors pour les petites interventions de chirurgie urologique, souvent très redoutées des malades — pourra rendre de grands services en chirurgie de guerre lorsqu'on devra renouveler les pansements particulièrement douloureux. Dans les formations chirurgicales, on aura l'occasion, dit-il, de se servir abondamment de cette méthode.

Nous reviendrons plus longuement sur les communications de M. Mocquot, de M. Chevassu, et sur la double étude de M. Clovis Vincent et de M. de Martel. D'ailleurs, l'Académie de chirurgie a désigné déjà plusieurs rapporteurs qui seront chargés d'exposer successivement, à chaque réunion, une question spéciale de chirurgie de guerre.

P. Lacroix.

O O O

Voir la suite page XXVII-2375

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LE TRIAGE DES GAZÉS AU POSTE DE SECOURS

Après une attaque par les gaz, le triage des malades s'appuie sur la constatation des lésions et sur le « diagnostic » du toxique en cause. Au cas d'attaques aériennes dans les grandes villes, à Paris par exemple, le médecin Z. du poste de secours est déjà tenu au courant des gaz décelés aux points de chute par le service spécial de détection chimique. L'examen clinique vient confirmer ce renseignement.

En fait, se basant sur les symptômes observés et sur le moment d'apparition de ces symptômes, il est assez généralement possible d'établir un diagnostic du gaz toxique qui a atteint le malade.

Cliniquement, l'attention est attirée soit par des troubles locaux (oculaires, cutanés, respiratoires), soit par des troubles généraux, soit par une association des uns et des autres.

Les *irrités* arrivent au poste de secours avec les yeux rougis, les paupières tuméfiées, des signes d'enchifrènement, un peu de toux. Leur état général est bon.

Les *suffoqués* ont éprouvé, dès la première inhalation du gaz toxique, une irritation des voies aériennes perçue profondément, dans le thorax, avec toux intense. A cette première phase a succédé une seconde période, de rémission ; puis, une troisième période, d'étouffement avec cyanose.

Les *vésiqués* n'ont pas présenté de phénomènes immédiats d'irritation au moment de l'agression du gaz, les altérations cutanées et autres (érythèmes, phlyctènes, conjonctivites, etc.) n'apparaissant alors qu'après une *période de latence*. Leurs vêtements peuvent dégager une odeur révélatrice.

Les *intoxiqués par toxiques généraux* offrent un aspect clinique rappelant l'ébriété (oxyde de carbone) ; d'autres sont dans le coma (CO, acide cyanhydrique). Dans l'intoxication cyanhydrique, les vêtements peuvent avoir une odeur d'amandes amères.

***

Dans une conférence mise à jour en juin 1939, conférence publiée par l'Union fédérative des médecins de réserve (1), M. le médecin commandant Moynier met en relief, sous forme d'un tableau schématique que nous reproduisons ci-après, les caractéristiques principales, les éléments essentiels de ce triage.

Tableau de M. le médecin commandant Moynier pour le diagnostic du toxique à l'origine du « gazage »

1° SIGNES D'IRRITATION OCULAIRE

1° *Immédiats*

Signes	Toxique
a) Larmoiement, douleur augmentée par les larmes	Bromure de benzyle.
b) Larmoiement avec nausées et signes pulmonaires. Douleur calmée par les larmes	Chloropicrine.
c) Aucune action des larmes sur la douleur. Signes pulmonaires plus accentués.....................................	Palites.
d) Larmoiement avec coryza aigu, toux, suffocation.	Cétones bromées.

2° *Après une période de latence.*

Signes	Toxique
Œdème des paupières, photophobie, laryngite, érythème et phlyctènes cutanées claires..	Ypérite.

(1) *Bulletin Mensuel* de l'Union fédérative nationale des médecins de réserve, n° 7, juillet 1939.

2° IRRITATION NASALE, LARYNGÉE, TRACHÉALE

a) Eternuements immédiats et coryza aigu, éventuellement avec laryngite, vomissements, conjonctivite, érythèmes et phlyctènes cutanées troubles	Arsines chlorées et bromées.
b) Après une période de latence, laryngite, conjonctivite, érythème et phlyctènes claires	Ypérite.

2° LÉSIONS CUTANÉES

a) Erythèmes après une période de latence, phlyctènes claires, conjonctivite et laryngite	Ypérite.
b) Après période latente, érythèmes et phlyctènes troubles, vomissements et irritation nasale	Arsines.

4° SUFFOCATION

a) Sans atteinte cutanée ni oculaire	Type Cl ou phosgène.
b) Sans atteinte cutanée, mais avec irritation oculaire	Cétones bromées, palites.
c) Avec conjonctivite, érythème et phlyctènes, irritation nasale	Arsines à fortes concentrations.

***

Ce tableau constitue un guide simple et précis pour le clinicien.

P. LACROIX.

ÉTUDE AUDIOMÉTRIQUE DE LA CONDUCTION OSSEUSE DANS L'EXAMEN DE L'AUDITION

Docteur J.-Ch. GIRAUD

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

La conduction osseuse tient une place primordiale dans l'étude de l'audition, plus importante que celle de la conduction aérienne.

L'instrument de choix pour la mesure de la conduction osseuse est l'audiomètre, qui en permet — à condition qu'il soit étalonné — l'étude complète et quantitative, sous forme de courbes, les audiogrammes .

Cette mesure — pour être correcte — nécessite l'assourdissement de l'oreille non examinée. L'assourdisseur, par projection d'un jet de gaz comprimé sur le tympan réalise un excellent assourdissement ; il permet la mesure de la conduction osseuse *séparément*, pour chaque oreille.

Il existe deux courbes de la conduction osseuse : celle de la conduction osseuse absolue et celle de la conduction osseuse relative. Toutes les deux doivent être systématiquement relevées dans l'étude de l'audition.

La conduction osseuse absolue est la plus importante des deux ; aussi la courbe de la conduction osseuse absolue normale doit-elle figurer sur toute fiche audiométrique, au même titre que la courbe de la conduction aérienne.

La comparaison de la conduction osseuse absolue du sujet examiné et de la conduction osseuse absolue normale permet d'apprécier la valeur de la cochlée.

La comparaison de la conduction osseuse absolue et de la conduction osseuse relative du même sujet donne la valeur de l'oreille moyenne.

L'étude de la conduction osseuse permet ainsi une analyse détaillée, précise et quantitative, d'une surdité ; la classification des surdités devient dès lors très facile.

Cette étude permet, en outre, de porter un pronostic de la surdité ; d'en suivre aisément l'évolution, d'en orienter le diagnostic étiologique ;

Elle donne, enfin, de précieuses indications en ce qui concerne la prothèse.

LA CUTI-RÉACTION TUBERCULINIQUE CONSERVE TOUTE SA VALEUR

Réponse à l'article du Docteur D. Hervouet

Dans le *Concours Médical* du 16 juillet 1939, M. D. Hervouet consacre un article à la cuti-réaction tuberculinique. Il prononce contre elle un réquisitoire en s'appuyant sur des arguments qu'il a développés partiellement à la *Société Médicale des Praticiens.* J'ai jugé nécessaire de réfuter cette première communication; je crois non moins indispensable de montrer à nos lecteurs que les critiques formulées par notre confrère ne sont aucunement fondées.

M. D. Hervouet prétend en somme que la cuti-réaction tuberculinique n'est *ni spécifique, ni constante, ni certainement inoffensive.* Il ajoute que son emploi est *sans utilité réelle* et qu'en conséquence elle ne saurait être rendue obligatoire.

Pour prononcer une condamnation aussi sévère et aussi ... inattendue, M. D. Hervouet s'appuie en réalité sur des faits fort discutables ou bien peu consistants. Il met en doute la valeur de la *spécificité* de la cuti-réaction tuberculinique, en se reportant *par analogie* à une communication du Professeur Sergent, qui a trait à une intradermo-réaction de Casoni, pratiquée non pas avec de la tuberculine, mais avec... *du liquide de kyste hydatique* phéniqué d'origine ovine.

M. D. Hervouet déclare encore que la cuti-réaction tuberculinique « présente une fêlure appréciable, depuis que le Professeur Bordet a constaté qu'un organisme tuberculeux réagit indifféremment et de même façon à la tuberculine et aux extraits colibacillaires ». Or une telle constatation ne détruit nullement la spécificité *pratique* de la cutiréaction tuberculinique.

Reportons-nous, en effet, à la réaction de Bordet-Wassermann. En 1906 Wassermann applique la méthode de fixation du complément de Bordet-Gengou au sérum sanguin des syphilitiques et démontre, en se servant comme antigène d'un extrait de foie de fœtus hérédo-syphilitique, qu'il présente une séro-réaction positive. Plus tard on reconnaît qu'on peut se servir comme antigène d'un extrait de foie normal ou de cœur de cobaye ou même de substances chimiques comme la lécithine, le taurocholate ou le glycocholate de soude, etc... La modification humorale, qui est à la base de la séro-réaction de Bordet-Wassermann, n'est donc pas strictement spécifique. D'autre part, on sait que le pian et les trypanosomiases donnent une réaction positive et que les ulcérations dues à des associations fuso-spirillaires peuvent également engendrer une réaction très passagèrement positive.

Ces faits bien connus pourraient inciter M. D. Hervouet à proclamer la faillite de la réaction de Bordet-Wassermann. Or, Darier qui ne manque pas de les mentionner déclare « que d'une façon générale dans nos pays, dans les conditions ordinaires et si l'opérateur mérite confiance, on peut attribuer aux réactions de Bordet-Wassermann positives une valeur absolue et aux résultats négatifs *en série* une valeur de haute probabilité.

« *Par analogie* », en nous basant sur les faits anatomo-cliniques innombrables observés depuis la découverte de la cuti-réaction tuberculinique par von Pirquet, nous pouvons attribuer aux cuti-réactions positives une valeur absolue : elles permettent d'affirmer que le sujet est porteur de lésions tuberculeuses, sans qu'on puisse d'ailleurs préciser si elles sont en activité. Inversement, les cuti-réactions négatives en série, permettent d'admettre l'absence de tuberculose. Ici également il faut dire « *en série* », car la cuti-réaction à la tuberculine peut être négative chez des sujets tuberculeux, soit à la période d'invasion d'une première infection (*période antéallergique*), soit au cours de *maladies anergisantes* (rougeole, coqueluche, pneumonie, fièvre typhoïde). Nous savons même que dans un pourcentage de cas, d'ailleurs très faible, la cuti-réaction à la tuberculine peut rester négative alors qu'une intradermo-réaction révèle l'imprégnation bacillaire ; mais ces cas sont peu nombreux et en tout cas insuffisants pour nous autoriser à modifier les notions solidement établies qui permettent d'affirmer au point de vue de la pratique journalière, la *spécificité* et la *constance* de la cuti-réaction à la tuberculine.

L'*innocuité* de la cuti-réaction est reconnue par tous les pédiâtres, par tous les phtisiologues, par tous les praticiens, par tous ceux qui l'utilisent couramment depuis de nombreuses années. M. D. Hervouet reconnaît d'ailleurs qu'il y a *unanimité* pour constater que la cuti-réaction tuberculinique ne donne jamais d'accidents et qu'elles constitue une petite opération insignifiante, mais il prétend qu'elle est susceptible de réactiver, dans les mois qui suivent, des tuberculoses éteintes et de sensibiliser au bacille de Koch des organismes vierges. A l'appui de cette affirmation, il cite plusieurs statistiques, qui concernent des sujets reconnus sains lors d'un premier examen, mais reconnus atteints d'une tuberculose en évolution lors d'un second examen pratiqué 4 à 12 mois plus tard.

◆◆

Pour M. Hervouet la cause de cette contamination ne saurait faire de doute : elle est attribuable tout simplement à la cuti-réaction pratiquée lors du premier examen.

Une telle supposition est purement gratuite. Il me paraît très difficile d'imaginer comment l'inoculation de tuberculine à un organisme « vierge » pourrait le sensibiliser au bacille de Koch et provoquer chez lui l'apparition ou le pullulement de bacilles de Koch. Il convient d'ailleurs de noter que la plupart des sujets auxquels M. D. Hervouet fait allusion sont des étudiants ou infirmières ayant ou pouvant avoir de par leur état, des contacts fréquents avec des tuberculeux.

M. D. Hervouet se base sur l'apparition chez ces sujets de lésions tuberculeuses en évolution confirmées par le virage de la cuti-réaction, qui de négative devient chez eux positive, et quelques lignes plus loin il n'en déclare pas moins que *la cuti-réaction n'est d'aucune utilité.*

Tel n'est pas l'avis des pédiâtres, de tous les pédiâtres ou de l'immense majorité d'entre eux qui utilisent journellement la cuti-réaction parce qu'elle rend d'inestimables services. Une cuti-réaction tuberculinique pratiquée pour la première fois et reconnue positive n'est souvent que le reflet d'une imprégnation tuberculeuse datant de plusieurs années et pratiquement éteinte ; mais, lorsqu'elle apparaît chez un enfant ayant maigri ou présentant un état fébrile ou subfébrile elle impose toujours un examen clinique et radiologique approfondi.

Ce qui est surtout important, c'est de savoir à quel moment se produit *le virage* de la cuti-réaction, pour être en état de dépister d'une façon précoce une lésion débutante passée inaperçue et pour enrayer à temps une atteinte, qui méconnue, pourrait évoluer d'une façon extrêmement redoutable.

La cuti-réaction tuberculinique, pour ces raisons, est d'autant plus utile qu'elle est pratiquée sur une plus vaste échelle. C'est pourquoi il convient de la généraliser et de l'utiliser périodiquement, tous les ans, par exemple, dans tous les milieux appropriés, notamment dans les écoles.

On procède vis-à-vis de la cutiréaction tuberculinique comme on a fait vis-à-vis de la vaccination antivariolique. On a mené campagne contre celle-ci, en l'accusant d'abord d'être inefficace, puis d'être nocive et responsable d'une série de maux, et l'on aboutissait à cette conclusion qu'il était criminel de la rendre obligatoire.

La vaccination antivariolique ne confère pas dans tous les cas une immunité absolue, ni indéfinie ; elle n'est exempte ni d'incidents, ni de complications (encéphalite vaccinale) ; ce qui n'empêche que dans tous les pays où elle a été rendue obligatoire, la variole a pratiquement disparu.

« Par analogie » nous dirons qu'on peut citer des cas où la cuti-réaction est en défaut, mais ces cas sont très rares. En réalité la cuti-réaction tuberculinique est une merveilleuse découverte, qui a fait sa preuve depuis de nombreuses années, et qui n'est justiciable d'aucune attaque sérieuse, étayée sur des faits *précis.* La cuti-réaction tuberculinique, doit, jusqu'à preuve du contraire, être considérée pratiquement, comme une réaction *spécifique, inoffensive et d'une utilité extrême.* C'est pourquoi pour ma part, je souhaite ardemment que tout soit mis en œuvre pour faciliter sa généralisation.

Dr Georges SCHREIBER.

NÉVRITE OPTIQUE RÉTRO-BULBAIRE POST-TRAUMATIQUE

MM. Ch. DEJEAN et FERRIÉ ont présenté à la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen l'observation suivante :

Un jeune soldat reçoit un coup de pied sur la région fronto-orbito-nasale droite. Il en résulte une fracture des os propres du nez avec enfoncement , une fissure de l'arcade sourcilière et une contusion oculaire. L'acuité de l'œil droit baisse (V. O. D. = 0,1), mais il n'y a au fond d'œil aucun signe objectif. Pourtant, il existe un scotome central absolu pour les couleurs. Le diagnostic de névrite optique rétro-bulbaire est porté. La radio du trou optique ne décèle pas de fracture du canal optique et c'est cependant une fracture indirecte de celui-ci qu'il convient d'invoquer. Le traumatisme a eu lieu voici trois mois et l'acuité n'a pas changé. Il ne faut donc pas espérer d'amélioration, mais au contraire l'installation d'une atrophie optique qui se fera lentement, puisque rétrograde.

P. L.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Etude radiologique de l'asthme infantile

Pour MM. R. Debré, M. Lamy, M. Mignon et J. Nick, le polymorphisme de l'asthme infantile rend son diagnostic difficile. Même aidé par la recherche de l'éosinophilie sanguine (moins régulièrement positive que celle de l'éosinophilie médullaire), le clinicien peut hésiter, rejeter, ou omettre à tort le diagnostic d'un mal spécialement fréquent chez l'enfant. Les modifications de l'image radiologique du thorax sont alors d'un très puissant secours.

Les anomalies observées portent sur la forme et les dimensions de la cage thoracique, sur la situation et l'aspect du diaphragme, sur les hiles pulmonaires, enfin sur la transparence du parenchyme. La cage thoracique est, en général, dilatée au moment de l'accès. Les côtes deviennent horizontales, les espaces intercostaux s'élargissent, le thorax prend ainsi un aspect globuleux, assez caractéristique. La diminution d'amplitude des mouvements du diaphragme est souvent des plus nettes. Les coupoles sont abaissées, aplaties, descendant « en tente », en « auvent », vers les sinus. La coupole gauche dégage largement la pointe du cœur. L'ombre hilaire est anormalement étendue, en particulier dans le sens vertical. Elle peut descendre jusqu'au diaphragme et quelquefois aussi remonter jusqu'au sommet. Plus rarement, l'ombre s'étend aussi dans le sens transversal, dessinant une image « en aile de papillon ».

L'aspect du parenchyme pulmonaire peut, lui aussi, être modifié ; tantôt la transparence pulmonaire est exagérée au moment de la crise, traduisant une sorte d'emphysème aigu ; tantôt, il existe une diminution globale de la transparence, qui donne aux champs pulmonaires un aspect de grisaille très particulier, lequel paraît lié à la présence d'un exsudat broncho-alvéolaire.

La plupart des modifications radiologiques constatées au moment des crises disparaissent dans leur intervalle. Il arrive toutefois qu'elles subsistent, témoignant ainsi de la persistance d'un véritable état de mal asthmatique. En outre, au fur et à mesure que l'asthme vieillit, les déformations thoraciques et phréniques tendent à devenir permanentes.

L'exploration radiologique du thorax fournit, dans un grand nombre de cas, une aide efficace pour la solution des difficiles problèmes de diagnostic que les manifestations de l'asthme infantile posent souvent au médecin. (*La Presse Médicale*, 17 juin 1939.)

Les maladies infectieuses, en général, et la scarlatine en particulier, dans leurs rapports avec la grossesse

H. Fulconis étudie tout d'abord l'action de la grossesse sur les maladies infectieuses ; il déclare qu'aucune immunité particulière ne favorise la femme enceinte au cours des maladies infectieuses. Bien au contraire, la gestation constitue, dans de nombreux cas, un facteur aggravant de ces affections. On sait d'ailleurs que le foie, le rein et même le cœur gravidiques sont fréquemment déficients. Cette légère insuffisance n'est qu'une des manifestations des modifications qu'éprouve la gestante dans sa nutrition et ses échanges.

Toutes les maladies infectieuses ne sont pas généralement aggravées par la grossesse, telle la fièvre typhoïde. Celles qui sont le plus influencées par la coexistence de la gravidité sont celles qui retentissent le plus sur les poumons et le myocarde. La grippe en particulier revêt un caractère d'exceptionnelle gravité, en raison de ses complications, non seulement pulmonaires et cardiaques, mais encore gastro-intestinales et nerveuses. Vis-à-vis de l'infection tuberculeuse, la femme gravide est également en état d'anergie ; cette dernière est particulièrement marquée à la fin de la grossesse et au cours du travail. On conçoit qu'une maladie infectieuse éclatant au voisinage du terme, soit susceptible d'évoluer à grand fracas.

Quant à l'action des maladies infectieuses sur la grossesse, l'accouchement prématuré et l'avortement sont fréquents ; on l'a noté au cours des épidémies de grippe ; la fièvre typhoïde seule ne semble pas grever lourdement le pronostic obstétrical.

Quant aux suites de couches, les germes de certaines maladies infectieuses peuvent déterminer des atteintes puerpérales. Il en est d'autres comme la scarlatine qui, après avoir évolué à bas bruit avant l'accouchement, revêtent dès la délivrance, une symptomatologie grave aboutissant fréquemment à la mort. La femme semble, en effet, sensibilisée à l'égard de la scarlatine dans les suites de couches, alors que pendant la gestation, elle paraissait être immunisée. (*L'Algérie Médicale*, avril 1939.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sur l'existence de corps spécifiques dans certaines eaux minérales.

(MM. LOEPER, R. FABRE et Mlle H. RÉGNIER ; 11-7-1939)

D'après les recherches personnelles des auteurs, certaines eaux contiendraient, à côté de leurs substances minérales, des substances actives, encore mal définies, organiques certainement, vraisemblablement aminées et sans doute assez voisines des phénylamines du groupe de la tyramine. L'activité de ces substances est due à leur nature, difficile à préciser, à leur formule impossible à fixer actuellement et à d'autres éléments encore. Il est probable qu'elles ne sont pas les mêmes pour chaque eau dont elles expliquent l'action élective.

La vaccination contre le typhus exanthématique. Nouvelle technique de préparation de vaccin.

(MM. J. LAIGRET et R. DURAND. — Présentation par M. PASTEUR VALLERY-RADOT ; 11-7-1939)

Le vaccin utilisé depuis près de quatre ans pour la vaccination contre le typhus est un vaccin desséché et enrobé qui contient, vivant, le virus d'un typhus bénin pour l'homme : le typhus murin. Jusqu'à présent, pour fabriquer ce vaccin, M. Laigret utilisait comme matériel virulent les cerveaux de cobayes ou de rats infestés de typhus murin. Une modification à la méthode a été apportée par l'emploi des cerveaux de souris. Le nouveau procédé a fait ses preuves sur plusieurs milliers de personnes.

Le goudronnage des routes provoque-t-il le cancer ?

(M. GUGLIELMINETTI ; 11-7-1939)

M. Guglielminetti, qui est le promoteur du goudronnage des routes, répond aux critiques adressées par M. Kling et ses collaborateurs à ce goudronnage, accusé de provoquer, dans une certaine mesure, la fréquence actuelle des cancers primitifs broncho-pulmonaires.

En 1914, dit-il, les Japonais ont déjà attiré l'attention sur les dangers possibles que pouvait présenter le goudronnage des routes par rapport à la santé publique. Ayant badigeonné, deux fois par semaine pendant des mois, le dos épilé de 200 lapins avec du goudron, ils avaient vu se produire des ulcérations cutanées dont une douzaine étaient devenues cancéreuses. Appliqué de cette façon, le goudron est assurément un irritant, susceptible comme d'autres irritants prolongés, d'entraîner une altération néoplasique.

Mais les données fournies par les statistiques de différents hôpitaux (Dr Huguenin, à l'Institut du cancer de Paris, par exemple) ne montrent pas une fréquence plus grande du cancer du poumon chez les ouvriers du goudron. De même, chez les concasseurs du brai de goudron, en Wesphalie, les ouvriers des usines de goudron, aux Etats-Unis et en Suisse, les ouvriers qui goudronnent les routes, etc... A la Société du gaz de Paris, sur 13.000 employés on a constaté, en douze années, 4 cas de cancer chez ceux qui manipulent le goudron et 8 cas chez les employés de bureau.

Le problème reste donc à l'étude.

Le port du masque et la correction des amétropies.

(MM. COT, MOYNIER, GENAUD et ROBERT ; 11-7-1939)

Un des impedimenta du masque à gaz est son adaptation au port des verres correcteurs des amétropies, en particulier des lunettes actuelles, assez volumineuses.

On a proposé pour remédier à cet inconvénient divers dispositifs : lunettes à branches spécialement aménagées, remplacement des viseurs du masque par des verres correcteurs, fixation des verres correcteurs à l'intérieur du masque (modèle Manganaro, modèle Daguet, etc.) ; M. Cot signale un nouveau dispositif de verres correcteurs enchâssés dans des anneaux métalliques, pouvant se fixer sur les masques actuellement distribués à la population civile.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Troubles physiopathiques d'origine traumatique. Guérison par l'acétylcholine

(MM. CURTILLET et SALASC, d'Alger. — Rapport de M. MENEGAUX ; 26-4-1939)

Un pêcheur est piqué au doigt en démaillant un poisson vulgairement appelé « cochon de mer ». Il s'en suit un hématome sous-unguéal, des douleurs et « une sensation de mort ». On constate une insensibilité du doigt avec altération trophique des téguments et vaso-constriction au niveau de la radiale.

Ayant éliminé la possibilité d'une action venimeuse les auteurs font le diagnostic de trouble physiopathique et décident de traiter le malade par l'acécholine. Guérison dès la troisième injection.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

SUR L'ADAPTATION DU SERVICE DE SANTÉ DE L'AVANT AUX CONDITIONS DU COMBAT MODERNE

D'après le Dr Rouch, Médecin lieutenant-colonel de réserve

Que l'extrême intensification de la densité et de la puissance du feu et que l'apparition des nouveaux engins de combat doivent entraîner un remaniement du dispositif sanitaire de l'avant, cela ne saurait être contesté.

Peut-être n'est-il pas inutile de résumer ici, avec, en regard, leurs conséquences au point de vue sanitaire, les éléments nouveaux qui ont modifié la physionomie du combat. On pourra en déduire une adaptation provisoire en attendant une nouvelle réglementation.

I. — Le nombre des armes automatiques a considérablement développé le débit du feu, mais leur portée utile n'a pas sensiblement changé. Le noyautage du combat par groupe autour de ces armes automatiques n'a pas plus que la considération précédente de répercussion importante sur la relève des blessés.

II. La petite artillerie d'accompagnement semble disparaître ; mais, par contre, les engins régimentaires à tir courbe avec explosifs puissants figurent en grand nombre. Voilà qui atteint directement le Service de santé de première ligne, lequel se nichait dans les angles morts, désormais fouillés spécialement par les mortiers d'infanterie. Et ces mortiers portent justement aux distances, où se dissimulaient les postes de secours de bataillon et de régiment. Si l'on ajoute que l'artillerie de campagne du principal adversaire éventuel a éliminé sa pièce traditionnelle à tir tendu de 77 mm. pour une dotation de base de pièces de 105 mm. adaptées au tir courbe, on voit que pour ces raisons essentielles il faudra prévoir un recul accentué des postes de secours précités.

III. Tout est orienté maintenant, dans les divers dispositifs tactiques, pour la résistance contre une irruption de chars de combat blindés. Et cette orientation implique un réseau continu *en profondeur* d'une ligne de résistance à une ligne d'arrêt.

C'est ainsi qu'un bataillon s'installera en moyenne sur un front de 1.000 à 1.200 mètres, mais sur une profondeur de 1.500. Si, naguère, son poste de secours était à quelques 800 mètres de la ligne de feu, il lui faudra reporter ce P. S. à ces 1.500 mètres, au delà de la portée des mortiers adverses.

Quant à la division, elle occupera un front de 6 à 8 kilomètres sur une profondeur de 3 à 4. C'est donc en arrière de la ligne d'arrêt, et légèrement au delà de l'artillerie organique, que se reculeront vraisemblablement les postes de secours régimentaires.

Par ailleurs, l'apparition des armes antichars n'aura pas par elle-même de répercussion sur le comportement du Service de santé avancé, puisqu'elles ne mettent en jeu qu'un tir tendu et direct.

IV. — Il faut compter maintenant beaucoup avec l'aviation ennemie, ses bombardements et ses rafales de mitraillades à l'avant. La question se pose de savoir si les postes de secours d'extrême-avant devront, eux aussi, à l'avenir, être signalés par des insignes de Genève visibles à plat, ou si, le point de vue militaire dominant, ils devront être camouflés pour interdire à l'ennemi de jalonner le dispositif qui lui est opposé par la photographie de ses arrières sanitaires.

V. — La portée des artilleries de corps et divisionnaires a augmenté. Les postes de secours divisionnaires paraissent de ce fait devoir être reportés à 12 ou 15 kilomètres environ.

On aboutit donc logiquement à une extension, qui *double* à peu près les distances des premiers relais d'évacuation, avec cette grave conséquence que la relève des blessés sera plus lente, justement où l'on manque le plus de moyens. Le brancardage de bataillon, de la ligne de résistance au premier poste de secours, brancardage qui ne peut se faire qu'à pied, sera de débit particulièrement faible. Sans doute faudra-t-il augmenter le nombre des brancardiers de compagnie. De même, du poste de secours de bataillon à celui de régiment, où les musiciens ne suffiront plus à ce rôle. Par contre, il semble que, là souvent, des side-cars équipés pour le transport d'un blessé couché pourraient, sur les petits chemins, prolonger les pointes avancées des voitures de la section sanitaire automobile divisionnaire.

De toute façon, au point de vue technique, il faut prévoir un retard d'évacuation qui peut

atteindre trois ou quatre heures, ce qui est d'une importance toute particulière pour les blessés de première urgence. Pour pouvoir opérer ceux-ci au plus tard aux environs de la dixième heure après la blessure, avant la pullulation microbienne banale, il faudra donc rapprocher au maximum du poste de secours divisionnaire, simple lieu de réconfort et de catégorisation, l'échelon sanitaire de corps d'armée, premier lieu de traitement.

Enfin, sans parler de la délicate mise au point du Service de santé au combat dans les nouvelles unités de cavalerie motorisées, en particulier dans les divisions légères mécaniques et les groupes de reconnaissance de division et de corps d'armée engagés fort au loin et sur des secteurs étendus, la faculté générale de plus grande mobilité recherchée pour les troupes trace une voie nouvelle pour le Service de santé. Cette voie est déjà fort judicieusement étudiée par les chefs du Service de santé de l'Armée active. Ce n'est d'ailleurs, en partie, qu'un retour au passé. Il s'agit de la subdivision en deux échelons, pouvant fonctionner séparément, de chaque formation sanitaire ; chaque échelon comporterait l'ensemble des moyens nécessaires pour remplir toute sa mission au lieu d'adjonctions éventuelles de groupements divers. Ainsi, ces formations nouvelles pourront-elles plus facilement « coller » en quelque sorte aux fluctuations de la lutte.

C'est également cette considération de la plus grande mobilité générale, avec des convois motorisés de plus en plus importants sur les arrières, qui paraît devoir faire préciser l'instruction des officiers de réserve du Service de santé appelés à conduire du jour au lendemain d'importantes colonnes sur route (1).

LE PERSONNEL MÉDICAL HOSPITALIER EST-IL GARANTI CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ?

Un de nos confrères, président de la Commission administrative de l'hôpital, nous demande par lettre n° 2.771 si son Administration doit renouveler son assurance au sujet des accidents du travail, qui peuvent survenir aux médecins, pharmaciens, sages-femmes, internes, infirmiers, employés dans l'établissement.

Je réponds à mon confrère, en lui indiquant que la loi du premier juillet 1938 a considérablement étendu les limites de l'application de la législation des accidents du travail. Désormais, sont protégées toutes les personnes exécutant un contrat de travail. Il en résulte qu'en ce qui concerne les hôpitaux publics, il convient de considérer la situation des personnes employées.

Les infirmiers ont un véritable contrat de travail : ils sont donc protégés. En ce qui concerne les infirmiers des hôpitaux, la question est tranchée : par deux arrêts (Chambre des Requêtes, 27 avril 1931 et Chambre civile, 1er mars 1939) la Cour de cassation a décidé que la loi du 2 août 1923, partant celle du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, était applicable aux infirmiers.

Il importe de faire une restriction, en ce qui concerne la main-d'œuvre congréganiste. Une réponse ministérielle parue au *Journal Officiel* du 3 juillet 1929 déclare que lorsqu'un contrat est intervenu entre une congrégation religieuse et un hôpital, ou maison de santé privée, le contrat de travail intervient, non pas individuellement au regard de chaque religieuse infirmière, mais collectivement avec la communauté contractante.

Néanmoins, étant donnés les termes généraux de la loi du 1er juillet 1938, on peut admettre que les Tribunaux rendraient cependant responsable un hôpital, pour la réparation d'un accident du travail survenu à une religieuse, alors même que cette infirmière n'aurait pas personnellement loué ses services à l'Administration.

En ce qui concerne le personnel médical, on peut soutenir que les externes et surtout les internes ont en quelque sorte un contrat de travail avec l'hôpital et que, par conséquent, la législation des accidents du travail leur est applicable. Mais en ce qui concerne les médecins, pharmaciens, sages-femmes ou stomatologistes des hôpitaux, nous devons dire qu'ils sont considérés par le Conseil d'Etat, comme étant des fonctionnaires d'un établissement public. Dans ces conditions leur statut est déterminé par le règlement intérieur et de santé de l'établissement. En ce sens, Cour de cassation, Chambre civile, 17 mars 1937.

Pour que la loi sur les accidents du travail soit applicable, il faudrait que certains praticiens soient liés à l'hôpital par un véritable contrat de louage de services, avec interdiction de faire de la clientèle au dehors.

Cependant, l'hôpital agira sagement et prudemment en contractant une assurance pour tout son personnel, afin de garantir celui-ci contre les résultats dommageables d'un accident du travail, survenu au cours de l'accomplissement des fonctions.

Dr Paul BOUDIN.

(1) *La France Militaire*, 1 et 2 mai 1939.

VARIÉTÉS

● ● ●

La Cécité de Monseigneur de Ségur

Par le Docteur Etienne GINESTOUS
Lauréat de l'Institut
Ancien interne des Hôpitaux de Bordeaux

Monseigneur de Ségur — en 1854 — à l'âge de 34 ans devint complètement aveugle. Il est mort le 9 juin 1881 ; il vécut ainsi dans la cécité totale pendant 27 ans.

La perte de la vue eût été pour tout autre une cruelle épreuve. Pour Monseigneur de Ségur, elle fut un stimulant à l'activité de sa vie ; par ses travaux, par ses œuvres dont l'impressionnante relation est conservée dans les « Souvenirs » (1) publiés par son frère, Mgr de Ségur aveugle a illustré le sacerdoce français.

QUELLE FUT LA CAUSE DE SA CÉCITÉ ? Sur ce sujet les documents qui nous restent permettent d'établir avec assez d'exactitude un diagnostic rétrospectif.

Si nous nous en rapportions aux dates successives qui marquèrent d'abord la perte de la vision de l'œil gauche, ensuite celle de l'œil droit de Mgr de Ségur, nous pourrions penser que sa cécité apparut assez brusquement. En réalité, il n'en fut pas ainsi. Le mal qui rendit aveugle Mgr de Ségur eut une évolution lente, même très lente. Lorsque le 1er mai 1853, dans des conditions que nous exposerons plus loin, toute vision disparut de l'œil gauche, lorsque dix-huit mois plus tard il en fut de même de l'œil droit, en réalité ce ne fut que la phase ultime d'une affection dont le début était ancien. En effet, durant l'hiver de 1838-39 le jeune Gaston de Ségur qui avait un goût marqué pour le dessin et la peinture — il aurait pu être un grand artiste — conçut la pensée de reproduire la vie tout entière de Notre Seigneur Jésus-Christ. « Il n'en acheva qu'une douzaine de dessins d'une grâce, d'une finesse et d'un sentiment religieux exquis, dit le Marquis de Ségur, à qui nous empruntons cette relation.

« *La fatigue de la vue,* résultat d'un travail si continu et si délicat, l'obligea de le suspendre et il ne le reprit jamais. *Cette première atteinte du côté de ses yeux* fut de courte durée et céda devant quelques soins et quelques semaines de repos. Mais ce fut comme un avertissement de la Providence, et le premier signe précurseur de l'infirmité qui devait crucifier et sanctifier sa vie... Cela se passait avant l'entrée de Gaston de Ségur au séminaire d'Issy où il fut admis au mois d'octobre 1843. Il obtint le sous-Diaconat le 19 décembre 1846 et à cette date solennelle il ressentit une nouvelle atteinte du mal d'yeux, qui, une première fois déjà, l'avait obligé à quelque repos et à quelques soins. Les fatigues de la vie du séminaire, de ces trois années d'études assidues auxquelles il se livrait avec une ardeur excessive, étaient au-dessus de ses forces. Il dut interrompre ses travaux avant les vacances de 1846 (1)... »

Si nous en jugeons par le règlement de vie que s'imposa dès sa sortie du séminaire l'abbé de Ségur, il apparaît qu'il ne correspondait guère à ce qu'il appelait « le soin raisonnable de sa santé ».

Il s'était donné avec une telle prodigalité à ses œuvres et à l'exercice du sacerdoce que sa santé se trouva gravement atteinte dès l'hiver de 1849. Sa voix s'altéra et il cracha le sang et — de gré ou de force — il fut obligé de renoncer à tout ministère actif, même à dire la messe. Il dut séjourner pendant six semaines dans les Pyrénées, aux Eaux-Bonnes et il revint à Paris dans son petit appartement de la rue Cassette.

Ces manifestations laryngées et pulmonaires ne réveillèrent pas, du moins il n'en est pas fait mention, les troubles visuels qui par deux fois avaient été assez sérieux pour imposer le repos ; elles n'en témoignent pas moins d'un état général de nature à favoriser l'évolution de lésions oculaires endormies.

Mgr de Ségur avait donc un passé pathologique, nous pouvons même dire un passé pathologique chargé, lorsque se produisirent les accidents graves qui en 1853 et en 1854 entraînèrent avec une soudaineté plus apparente que réelle la cécité de Mgr de Ségur.

Sur ces accidents, nous trouvons dans un récit de Mgr de Conny — ami de Mgr de Ségur — qui en fut le témoin oculaire, une description qui par ses précisions présente la valeur d'une observation clinique.

En avril 1852, Mgr de Ségur était à Rome où il avait été appelé sur la proposition du ministre des Affaires étrangères, M. Turgot, par décret

(1) Marquis de Ségur, — Monseigneur de Ségur. Souvenirs et récits d'un frère, Paris, Brap et Retaux, 1882.

(1) Marquis de Ségur. *Loc. cit.*, p. 62.

du 2 mars 1852 comme représentant de la France au Tribunal de la Rote.

Ces hautes fonctions que Mgr de Ségur avait longtemps hésité à accepter entraînèrent un surcroît d'occupations et de fatigues... Le 25 avril 1853 Mgr de Ségur raconte à Mgr de Conny arrivé le même jour à Rome, qu'il éprouvait à l'angle extérieur de l'un de ses yeux l'impression d'une tache rouge. Cette sensation persista et les jours suivants il s'en plaignait encore. Le 1er mai il avait assisté à une séance de la Rote ; il en était revenu avec la tête un peu fatiguée et selon son habitude, il s'était mis à peindre comme à une occupation de délassement.... Tout d'un coup la tache rouge qu'il avait cru voir jusque-là au coin de son œil gauche s'étendit comme un rideau en fermant pour cet œil tout le champ de vision, et ne laissa plus apercevoir de clarté que par en haut. L'œil gauche était ainsi perdu et l'œil droit ne devait dès ce moment être guère indemne ; car dans une lettre du 25 mai 1853 à son ami Mgr de Conny, il écrivait : « J'ai un œil quasi perdu et celui qui me reste est un si pauvre sire qu'il ne vaut pas la peine qu'on en parle. Mgr de Ségur ne se faisait d'ailleurs guère d'illusion sur le sort qui l'attendait ajoutant avec résignation « au fond cela m'est parfaitement égal ». « Dans cette situation de « presque aveugle » en terme canonique cœcutiens, en juillet 1854 lorsque arrivèrent les vacances de la Rote, Mgr de Ségur retourna à Paris où il se rendit près de sa mère au Château des Nonettes. C'est là dans cet entourage d'affection familiale que se produisit le dernier épisode du drame qui devait pour toujours le plonger dans la cécité. Le 25 septembre 1854 au matin, c'était un samedi, un médecin du voisinage qui était venu la veille examiner les yeux du prélat, arriva au château apportant un œil de bœuf qu'il avait promis de disséquer devant lui, pour lui en faire admirer la structure. Mgr de Ségur suivit avec un grand intérêt les détails de l'opération ; et après le déjeuner, toute la famille sortit pour faire une promenade dans le parc. Il marchait en avant assez loin de sa mère qui s'entretenait avec le médecin. Tout à coup, il s'arrêta, et dit à un de ses frères qui lui donnait le bras : « Je suis aveugle ».

Mgr de Ségur ne se faisait aucune illusion sur la gravité et le définitif de son état.

Dans une lettre du 25 mai 1853 qu'il écrivait de Rome à l'un de ses frères, il disait : « Cela veut dire seulement que le nerf optique tombe en paralysie ou partielle ou totale ». A vrai dire, cela pouvait être l'explication facile qu'un patient, aussi résigné qu'il fût, qui ne pouvant plus se servir d'un organe en déclarait la paralysie.

Pour les médecins de l'époque qui — nous le dirons plus loin — furent appelés à examiner et à soigner Mgr de Ségur, la cause était tout autre... Il s'agissait d'un décollement double de la rétine.

A n'en pas douter, Mgr. de Ségur n'avait jamais eu bonne vision ; nous savons que dès son jeune âge — en 1838, il avait 18 ans — il accusa des troubles visuels, que ceux-ci se reproduisirent en 1846 dès les premières années de vie de séminaire — et que chaque fois ils l'obligèrent à interrompre ses travaux et ses études.

Mgr de Ségur était-il myope ? C'est possible, même probable, mais en vérité nous ne savons.

On s'inquiétait peu à cette époque de la correction des vices de réfraction. Il est certain qu'il ne portait pas de lunettes et il n'observait guère, peut-être parce qu'elles étaient ignorées, les règles d'hygiène oculaire que nous recommandons aujourd'hui. Gaston de Ségur était particulièrement doué pour le dessin et la peinture. Il s'adonnait passionnément à son art dans lequel il excellait (1).

C'est d'après des travaux de ce genre — nous pourrions dire les excès visuels qu'ils comportèrent — qu'apparurent en 1838 les premières manifestations de l'affection qui, seize ans plus tard, devaient se terminer par le décollement rétinien et la cécité. Ajoutons à ce surmenage visuel les fatigues physiques et morales qu'entraînaient l'organisation et le fonctionnement de ses œuvres, l'exercice de son sacerdoce, et sa santé générale précaire et nous réunissons les conditions les plus favorables au développement des lésions de désorganisation rétinienne.

Dès les premières manifestations de cette si grave affection oculaire, malgré les espérances de sa mère, de ses proches et de ses amis parmi lesquels les plus illustres étaient à Rome le Pape Pie IX et à Paris l'empereur Napoléon III qui ne voulaient croire et ne pouvaient se résoudre à un si cruel malheur, Mgr de Ségur comprit qu'il était destiné à devenir aveugle. Pareille épreuve ne rencontra chez lui que soumission résignée aux volontés divines dont il avait implo- à une heure solennelle pour lui-même comme grâce spéciale l'infirmité qui le crucifierait le plus. Il était exaucé.

(1) Le goût du dessin était pour Mgr. de Ségur une véritable passion. Elle eut été sa vocation, si une vocation plus haute n'eut pris possession de sa vie. Dès l'âge de 8 ans, on remarquait dans des essais au crayon ou à la plume des signes d'un talent extraordinaire. De 12 à 17 ans, il remplit une douzaine d'albums dont les essais sont tout à fait remarquables. Il y consacrait tous ses moments libres, une partie même de ses heures d'études... Pendant son séjour à Rome tout en fréquentant les musées où il admirait les toiles immortelles, il ne négligea ni ses pinceaux ni ses crayons et il produisit un certain nombre d'œuvres. L'une d'elles, le premier tableau qu'il exposa en 1841, le portrait de son père, obtint la médaille d'or. Il avait un talent spécial pour la caricature. D'un coup d'œil il saisissait les ridicules d'un visage...

Il ne faudrait pas croire cependant que Mgr de Ségur se soit refusé à tenter tout ce qui était humainement possible pour recouvrer la vue. Aux premiers symptômes du mal, bien avant qu'apparut la cécité, lors de l'ophtalmie passagère dont il fut atteint en 1839 à l'âge de 19 ans — antérieurement par conséquent à son entrée au séminaire — le jeune Gaston de Ségur consulta des médecins qui lui conseillèrent le repos et l'air des montagnes. Plus tard, à l'occasion des atteintes successives qui marquèrent l'évolution de sa maladie des yeux, il en consulta encore, parmi lesquels le Docteur Mayer qu'il retrouva plus tard à Rome en 1853 où il était médecin de l'armée française d'occupation. Quel traitement lui fut-il prescrit ? Dans une lettre datée de Rome 6 juin 1854 — qu'il écrivait à son frère — à peine trois mois avant que le mal ait accompli sur l'œil gauche — le seul qui ait conservé une faible perception lumineuse — son œuvre définitive de cécité, Mgr de Ségur donne à ce sujet quelques détails : « Je ne fais pas de remède si ce n'est un peu de fer et un peu de quinquina que je prends chaque jour pour tonifier le système nerveux. Je ne travaille pas du tout ». La thérapeutique chirurgicale moderne du décollement de la rétine tend de nos jours — si du moins elle y réussit — à être plus curative ; mais en vérité nous n'avons pas abandonné — ne serait-ce qu'à titre d'adjuvant le traitement tonique recommandé par les médecins de Mgr de Ségur. Malheureusement, malgré tout ce qui put être fait pour arrêter l'évolution du mal, l'affection eut la terminaison qui même de nos jours, en dépit des progrès chirurgicaux, n'est que trop fréquente. Le cristallin troublé dans sa nutrition s'opacifia. En avant du décollement se développa une cataracte. Mgr de Ségur était en cet état lorsque le 29 janvier 1856, ayant démissionné de la Rote, il arriva à Paris où il s'installa rue du Bac, n° 39.

Il avait la conviction profonde qu'aucune récupération de la vision n'était possible. Ses parents les plus proches ne voulaient, sans avoir tout tenté, consentir à ce définitif désespoir.

Sichel et Desmarres, les plus illustres de l'ophtalmologie française en cette fin du XIXe siècle, avaient été consultés. Leur diagnostic et leur pronostic avaient été les mêmes : décollement de la rétine, cécité incurable. Le père et la mère de Mgr de Ségur ne s'inclinèrent pas devant ces décisions autorisées. A force d'instances, ils obtinrent de lui qu'il irait en dernier ressort consulter le Docteur Nelaton. C'était au printemps de 1857.

« *Les souvenirs* » en ont conservé le récit. « Grandes furent la surprise et la joie de M. et de Mme de Ségur, quand ils entendirent le célèbre chirurgien déclarer que le cas était des plus simples, une cataracte rien de plus, et qu'il se faisait fort de rendre au prélat aveugle l'usage complet de sa vue. Pie IX en fut informé. Par une lettre du 2 octobre 1854, il envoyait du Vatican à Mgr de Ségur le vœu pontifical : « spero de la operazione della cataratte da exerguisi nel tratte successivo potra obtinere il suo pieno effecto ». (J'espère que l'opération de la cataracte à accomplir en temps opportun pourra produire son plein effet.)

L'opération eut lieu. Un témoin oculaire, l'Abbé Louis, secrétaire de Mgr de Ségur l'a racontée.

« Le docteur fit une incision semi-circulaire autour du globe de l'œil, il pressa un peu au-dessous, et le cristallin tout gris et opaque vint tomber dans un verre que je tenais pour le recevoir. Le docteur exigea que le bon Monseigneur se mit au lit. On lui posa sur la figure un masque de toile et on imbiba incessamment l'œil d'eau glacée... Après les cinq ou six premiers jours, je remarquai que M. Nelaton perdait un peu de son assurance. Pendant les pansements de chaque matin, il demandait : « Avez-vous, à travers le linge une perception de la lumière plus grande qu'avant ». Et Monseigneur répondait en riant : « Il me semble que s'il y a un changement c'est en pire ». Enfin un matin, le docteur fit ouvrir tout grand les rideaux de la fenêtre. Il plaça son chapeau sur l'œil opéré, fit ôter en-dessous le bandeau, puis leva le chapeau : « Que voyez-vous ? » — « Rien, docteur, absolument rien ».

M. Nelaton partit et ne reparut plus. Le recul du temps autorise certaine critique. Elle ne peut pas porter atteinte à la grande gloire du chirurgien Nelaton.

Dans le cas de Mgr de Ségur il eut tort de méconnaître une contre-indication opératoire importante qui cependant n'était pas ignorée des ophtalmologistes ses contemporains, le défaut de perception lumineuse et d'avoir pratiqué l'extraction d'un cristallin cataracté cachant une rétine décollée.

Dans son traité des maladies des yeux, Desmarres (1) cite cet échec de Nelaton comme exemple aux chirurgiens tentés de pratiquer l'opération de la cataracte dans de pareilles conditions. Il leur dit : « L'erreur assurément est facile et je l'ai faite autrefois ; je viens d'apprendre qu'un des chirurgiens les plus renommés de Paris vient de la commettre en opérant Mgr de S..., jeune évêque que j'avais jugé incurable (1856) ».

Les plus obstinés dans leurs illusions avaient perdu tout espoir de guérison. Celle-ci dépassait les possibilités humaines.

(*A suivre.*)

(1) Desmarres. Traité théorique et pratique des maladies des yeux. t, III p. 482.

DOCUMENTATION DU TEMPS DE GUERRE

Un impôt supplémentaire sur les salaires des hommes de 18 à 49 ans non mobilisés

Les invalides de guerre en seront exonérés

Un décret publié au *Journal Officiel* du 6 septembre et fixant le régime du travail prévoit, en son article 10, un impôt supplémentaire sur les salaires des hommes de 18 à 49 ans non mobilisés.

En voici le texte :

ART. 10. — *Le salaire des hommes âgés de dix-huit à quarante-neuf ans, n'appartenant pas à une formation militaire, supportera, à compter du 1er octobre 1939, la contribution nationale sur les revenus professionnels au taux de 15 %. Le montant de ce prélèvement sera versé au Trésor public en vue de la couverture des dépenses du fonds de solidarité nationale mentionné à l'article 9.*

Le présent article n'est pas applicable aux personnes réformées titulaires d'une pension relevant de la législation des pensions militaires d'invalidité ou des pensions des victimes civiles de la guerre.

Un décret contresigné par le ministre des Finances fixera les conditions d'application des prélèvements prévus aux articles 9 et 10 du présent décret.

(*Journal des Mutilés et Combattants*, 10 septembre 1939.)

La défense de la population civile contre la tuberculose

Le ministre de la Santé publique communique :

Le ministre de la Santé publique tient à faire connaître que le Comité national de défense contre la tuberculose collabore de la façon la plus active avec ses services, pour l'organisation de la lutte contre la tuberculose dans la population civile.

Le public trouvera au siège du Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe), tél. Danton 69-04, tous les renseignements concernant les précautions à prendre, l'évacuation des tuberculeux, les établissements spécialisés, les médecins phtisiologues, etc.

L'école d'infirmières-visiteuses et d'assistantes sociales du Comité national de défense contre la tuberculose, 250, boulevard Raspail, Paris (XIVe), tél. Danton 49-01, est habilitée pour former des infirmières temporaires (enseignement spécial de quatre mois).

Comité consultatif sanitaire de défense passive

Un décret daté du 11 septembre 1939 (*Journal officiel* du 14 septembre) porte création de ce Comité. En voici le texte :

Art. 1er. — Un Comité consultatif sanitaire de défense passive est créé auprès de la direction de la défense passive.

Art. 2. — Ce Comité est consulté sur les questions importantes en matière d'organisation sanitaire de défense passive du territoire.

Art. 3. — Il est également habilité à donner son avis sur les réalisations nouvelles dans le domaine sanitaire (soins proprement dits, détection, désinfection) et un ou plusieurs de ses membres peuvent être désignés comme rapporteurs pour expérimenter et examiner les réalisations nouvelles qui sont retenues par le Comité. Les prototypes sont signalés ensuite à la direction des fabrications d'armement aux fins d'homologation, de licence et de contrôle en cours de fabrication, suivant les lois et textes réglementaires en vigueur.

Art. 4. — Le Comité consultatif sanitaire de défense passive comprend :

Le général directeur de la défense passive, président.

Le médecin général chef de la section sanitaire de la direction passive, vice-président.

Un représentant de la direction du Service de santé.

Un représentant de la direction des poudres.

Un représentant du ministre de la Santé publique.

Un représentant de la Confédération des Syndicats médicaux.

Un représentant des Sociétés de secours.

Des personnalités scientifiques, publiques ou privées, particulièrement qualifiées dans les questions d'organisation et de fonctionnement des services sanitaires de défense passive.

Art. 5. — Les membres de la Commission autres que le général directeur de la défense passive, et le médecin général chef de la section sanitaire de cette direction, sont nommés par arrêté du ministre de la Défense nationale pour une durée de deux ans. Leurs fonctions sont renouvelables.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Circulaires sur la coordination d'action dans le cadre départemental, complétant la coordination d'information existant actuellement

Paris, le 31 août 1939.

Le ministre de la santé publique et le ministre de l'intérieur à Messieurs les préfets.

La gravité des circonstances actuelles nous oblige à accélérer l'organisation de la coordination d'action actuellement étudiée par la commission de coordination des œuvres sociales siégeant au ministère de la santé publique. Cette coordination pourrait être envisagée sur les bases suivantes :

Création dans chaque chef-lieu de département d'un « Comité départemental de service social » composé, en nombre restreint (dix à quinze membres en moyenne), de représentants de tous les services publics et institutions privées, exerçant leur activité soit dans le domaine de l'assistance, soit dans le domaine sanitaire et social.

En feront obligatoirement partie les représentants des organismes suivants au nombre d'un délégué par catégorie :

a) Conseil départemental d'hygiène publique, créé par la loi du 15 février 1902 ;

b) Conseil départemental d'assistance publique et privée créé par la loi du 14 janvier 1933,

c) Comité de coordination sanitaire et sociale ;

d) Union départementale des institutions privées ;

e) Bureaux de bienfaisance ;

f) Croix-Rouges ;

g) Caisses départementales d'assurances sociales ;

h) Caisses de compensation ;

i) Office départemental d'hygiène sociale.

Ce comité serait présidé par le préfet, assisté de l'inspecteur départemental d'hygiène et de l'inspecteur départemental de l'assistance publique ;

Lui seraient rattachés des comités semblablement composés, si possible dans chaque arrondissement ou ville importante, et présidé par le sous-préfet ou le maire.

Son objet principal serait de coordonner les efforts de protection, d'aide et de service social particulièrement urgents dans les circonstances actuelles, et notamment :

1° Mesures de protection et de surveillance sanitaire des enfants et adultes hébergés ou transitant dans le département ;

2° Organisation ou amélioration des services d'accueil des gares ;

3° Organisation ou intensification des mesures de prophylaxie contre les fléaux sociaux et les maladies transmissibles à caractère épidémique ;

4° Extension à toute la population à secourir, et notamment aux familles des mobilisés, des services

sociaux individuels et familiaux, semblables à ceux qui sont actuellement assurés par les caisses de compensation et les caisses d'assurances sociales ;

5° Distribution des secours de toutes sortes, en nature et en argent ;

6° Contrôle de l'alimentation en eau et surveillance toute particulière des eaux potables.

Pour l'application de ces mesures, on devra recourir le plus largement possible à l'office départemental d'hygiène sociale publique ou privée. Dans le cas exceptionnel où cet organisme ne serait pas encore créé, il devra être immédiatement organisé.

Cet office ne devra plus se cantonner, comme il est fréquent actuellement, dans une spécialité, par exemple la lutte antituberculeuse ou antivénérienne, mais étendra son activité à toutes les branches d'hygiène sociale (lutte contre les maladies transmissibles, protection maternelle et infantile, etc.).

Ainsi que l'expérience l'a montré, cette coordination d'action ne paraît possible que si l'on divise le département en secteurs ou sous-secteurs (1), urbains ou ruraux selon le cas, chacun d'eux étant confié à une assistante sociale polyvalente aidée par les collaboratrices nécessaires ; l'assistante de secteur sera en relation directe avec le comité local.

La question de l'assistante rurale devra être étudiée de toute urgence par le comité départemental de service social.

(1) Cette division devra s'inspirer de la division en circonscriptions sanitaires actuellement en cours.

J'appelle votre attention sur la nécessité d'appliquer immédiatement les prescriptions de cette circulaire : vous voudrez bien me rendre compte des dispositions prises dans le délai le plus court possible, sous le timbre « ministre de la santé publique (cabinet) ».

Le ministre de la santé publique,
Marc RUCART.

Le ministre de l'intérieur,
Albert SARRAUT.

Paris, le 2 septembre 1939.

Le ministre de la santé publique,
à Messieurs les préfets,

Comme suite à ma circulaire du 31 août dernier, concernant la coordination d'action du service social dans votre département, j'ai l'honneur de vous faire connaître qu'il y a lieu de prévoir en sus des neuf membres de droit prévus à cette circulaire, un dixième membre représentant de l'armée, au titre du service social, pour les familles des militaires.

En ce qui concerne le compte rendu prévu au dernier alinéa de cette circulaire, vous voudrez bien en envoyer une copie à M. le ministre de l'intérieur, à titre d'information.

Le ministre de la santé publique,
Marc RUCART.

(*J. O.* 15 septembre 1939).

SERVICE DE SANTÉ — RÉSERVE

PROMOTIONS — NOMINATIONS

(Rang du 1er septembre 1939.)

MÉDECINS

Au grade de médecin colonel

Les médec. lieut.-col. : Leriche, 20e ; Capette, rég. Paris ; Brechot, rég. Paris ; Cayrol, rég. Paris.

Au grade de médecin lieutenant-colonel

Les médec. command. : Sauve, rég. Paris ; Auge, 17e ; Creyx, 18e ; Chagnaud, 9e ; Régnier, 19e C. A. ; Paoli, rég. Paris ; Lombard, 17e C. A. ; Delon, 4e ; Arquembourg, 1re ; Desplas, rég. Paris ; Brocq, rég. Paris ; Rouhier, rég. Paris ; Leclercq rég. Paris.

Au grade de médecin commandant

Les médec. capit. : Marmier, 7e ; Le Pannetier de Roissay, 4e ; Dana, 19e C. A. ; Boutet, rég. Paris ; Chevalerias, rég. Paris ; Andrieu, rég. Paris ; Chassenay, rég. Paris ; Chenet, rég. Paris ; Andraud, 17e ; Jeanson, 6e ; Lecointre, 9e ; Zivre, 20e ; Lavoine, rég. Paris ; Thomassin, 20e ; Badolle, 14e ; Durand, 13e ; Lévy, rég. de Paris ; Blanches, 17e ; Bonnal, 15e ; Greze, rég. Paris ; Soulière, 6e ; Simon, rég. Paris ; Didier, rég. Paris ; Boulard, 18e ; Pouget, 9e ; Leclère, 9e ; Ferran, 15e ; Constantin, 15e ; Rougier, 17e ; Lelouch, 19e C. A. ; Chevalier, tr. du Levant ; Lebon, 19e C. A. ; Serane, 13e ; Weill, rég. Paris.

Au grade de médecin capitaine

Les médec. lieut. : Mele, 8e ; Cabanie, tr. du Maroc ; Mercier, 1re ; Beroud, 15e ; Degos, 18e ; Aris, 18e ; Pesme, 18e ; Maurel, 16e ; Clarac, 18e ; Dabadie, 18e ; Perboyre, 16e ; Petouraud, 14e ; Tramblin, 1re ; Martin, 16e ; Lemaître, 1re ; Lemoine, 2e ; Roucolle, 17e ; Derot, rég. Paris ; Lequint, 1re ; Lacroix, rég. Paris ; Peyre, 17e ; Wimmer, 20e ; Mortreux, 1re ; Izard, rég. Paris ; Gouteyron, 13e ; Cros, 16e ; Haas, 20e ; Fath, 7e ; Pinnelli, 19e C. A. ; Michon, 11e ; Adinat, 15e ; Peycher, 17e ; Gavaudan, 15e ; Ronchot, tr. Tunisie ; Griveaud, 13e ; Furge, 9e ; Doersch, 7e ; Busy, rég. Paris ; Monties, 17e ; Moulinier, 14e ; Chardonneau, 16e ; Rubenovitch, rég. Paris ; Truc, 16e ; Winckler, 20e ; Ranez, 1re ; Morizot, rég. Paris ; Louyot-Metzger, 20e ; Leclair, 1re ; Boudey, 17e ; Perrot, 13e ; Delarra, 1re ; Despas, 4e ; Blanc, 19e C. A. ; Scemla, tr. de Tunisie ; Jaureguiche, 17e ; Jacques, 6e ; Bizard, 1re ; Fabre, 17e ; Trotsky, rég. Paris ; Dupuy, 13e ; Gruber, 7e ; Delpistoya, 20e ; Doyon, 7e ; Verrière, 14e ; Planques, 17e ; Falaize, 5e ; Leproust, rég. Paris.

Duminil, 1re ; Gerson, rég. Paris ; Milot, 1re ; Delecourt, 1re ; Martinet, 13e ; Trautmann, 18e ; Luttringer, 7e ; Cayotte, 20e ; Clément, 9e ; Berry, 2e ; Woringer, 20e ; Puech, 15e ; Vial, 20e ; Chabannes, 14e ; Petit, 13e ; Estor, 16e ; Magnien, rég. Paris ; Pierron, 6e ; Jouane, 19e C. A. ; Cottet, 7e ; Foulon, 4e ; Quivy, rég. Paris ; Nessmann, 20e ; Baillis, 17e ; Olmer, 15e ; Kenzinger, 4e ; Wahl, rég. Paris ; Gentin, 6e ; Boucomont, 16e ; Thévenard, rég. Paris ; Vial, rég. Paris ; Albertin, 7e ; Costemend, 1re ; Rochas, 15e ; Crehange, 6e ; Minne, 1re ; Dubard, 8e ; Schumacher, 7e ; Metzger, 8e ; Delavaud, rég. Paris ; Séjournet, 5e ; de Mascarel de La Corbière, 9e ; Crehange, 20e ; Buzon, tr. du Maroc ; Grégoire, 20e ; Massot, 4e ; Brongniart, rég. Paris ; Roos, 20e ; Vidal, 16e ; Pecker, rég. Paris ; Lebreton, 4e ; Heuclin, 1re ; Spack, 20e ; Demasure, rég. Paris ;

Sicard, 17e ; Schneegans, 20e ; Ardouin, 3e ; Blanche, 6e ; Damond, rég. Paris ; Grenoilleau, 19e C. A. ; Doussain, 4e Megnin, 19e C. A.

Martiny, rég. Paris ; Elbaz, 19e C. A. ; Meyer, rég. Paris ; Martin, 7e ; Sarles, 15e ; Kaltenbach, 7e ; Montus, 15e ; Lereboullet, rég. Paris ; Studer, 7e ; Martin, 1re ; Dumas, 2e ; Le Droumaguet, 5e ; Bourgeois, rég. Paris ; Medioni, rég. Paris ; Mauric, rég. Paris ; Sicault, tr. Maroc ; Alain, 5e rég. Vonder Horst, rég. Paris ; Pannier, rég. Paris , Clouard, 11e ; Capitaine, rég. Paris ; Lyonnet, rég. Paris ; Chatagnon, rég. Paris ; Breuille, 3e ; Labaz, 19e C. A. ; Alayrangues, 9e ; Baudot, 17e ; Verne, 13e ; Pernet, 20e ; Polu, 20e ; Couallier, 11e ; Loheac, 11e ; Barthélémy, 20e ; Voillemin, 7e ; Veber, 6e ; Lassus, 14e ; Odinet, rég. Paris ; Giry, 6e ; Saalez, 1re ; Robert, rég. Paris , Perles, rég. Paris ; Morand, rég. Paris ; Mainguy, rég. Paris ; Gozlan, rég. Paris.

Panis, 16e ; Pougin, rég. Paris ; Ribardière, rég. Paris ; Schalck, rég. Paris ; Barsotti, tr. Tunisie ; Longnon, rég. Paris ; Couvreux, rég. Paris ; Hoffmann, rég. Paris ; Delthil, rég. de Paris ; Marty, rég. Paris; Delastre, tr. Tunisie ; Higue, tr. Maroc ; Willemin, 20e; Ponthus, 14e ; Muller, 20e ; Laignier, rég. Paris ; Roques, 19e C. A. ; Montant, rég. Paris ; Delalande, 5e ; Nyer, rég. Paris ; Faugère, 19e C. A. ; Becart, rég. Paris.

RÉINTÉGRATIONS

Par décret du 4 septembre 1939, les officiers de réserve du service de santé, rayés des cadres, ci-après désignés, sont réintégrés dans les cadres et, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Avec le grade de médecin commandant

A la rég. Paris : Quenu.

Avec le grade de médecin capitaine

A la 2e région : Duboille ; à la 5e région : Archambault ; à la 9e région : Périn ; à la 14e région : Penet ; à la 16e région : Féral ; à la 18e région : Albert ; au 19e C. A. : Masselot.

Avec le grade de médecin lieutenant

A la rég. Paris : Bertrand ; à la 5e région : Blanchon ; aux tr. de Tunisie : Sfez, Solal.

***

Par le même décret, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du service de santé à compter du jour de l'acceptation de la démission de leur grade, les officiers de réserve démissionnaires ci-après désignés qui, par décision de même date, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

(Rang 24 août 1936) Priolet ex-lieut. de rés. d'infant. aff. rég. Paris ; Gleises, ex-capit. de rés. d'infant. aff. 16e région.



La situation administrative des internes et externes des hôpitaux de Paris mobilisés reçus docteurs en médecine pendant la durée de la guerre

Le Directeur général de l'Administration de l'Assistance publique à Paris,

Vu la loi du 10 janvier 1849 et le règlement d'administration publique du 24 avril suivant ;

Attendu qu'aux termes de l'article 155 du règlement sur le Service de santé « les internes, externes en premier et externes des hôpitaux reçus docteurs en médecine sont tenus de quitter immédiatement le service » ;

Considérant que l'application de cette disposition aux externes en premier et aux externes des hôpitaux titulaires du diplôme de docteur en médecine et mobilisés pendant la durée de la guerre a pour conséquence de les priver ultérieurement du droit de prendre part en qualité d'externe aux concours d'internat en médecine à ouvrir à l'issue de la période des hostilités,

Considérant d'autre part que la renonciation de la part des internes, externes en premier et externes des hôpitaux à la faculté d'obtenir le diplôme de docteur en médecine afin d'être maintenus en conformité de l'article 155 susvisé dans les cadres des élèves des hôpitaux, a pour conséquence de les priver du droit éventuel à l'accession aux grades d'officier du corps de santé militaire,

Vu l'urgence, arrête :

Article 1er. — Les dispositions de l'article 55 du règlement sur le Service de santé ne sont pas opposables aux internes, externes en premier et aux externes des hôpitaux de Paris, de nationalité française, mobilisés pendant la durée de la guerre, par application de la loi sur le recrutement de l'armée.

Ils pourront, en conséquence, s'ils ont obtenu le diplôme de docteur en médecine (doctorat d'Etat) devant une Faculté française, être maintenus dans les cadres auxquels ils appartiennent jusqu'à l'expiration du temps d'exercice prévu par le règlement sur le Service de santé.

Article 2. — Le présent arrêté a effet du premier jour de la mobilisation générale (2 septembre 1939).

Fait à Paris, le 18 septembre 1939.

Signé : Serge Gas.

O O O

Pour la publication d'une liste des services d'hôpitaux qui fonctionnent actuellement à Paris

Nous recevons du Docteur Rochon-Duvigneaud la lettre suivante :

Mon cher Confrère,

Nous ne savons plus où envoyer nos malades d'hôpital. Il y aurait grand intérêt à publier la liste des services d'hôpitaux qui fonctionnent encore, totalement ou partiellement.

Pour la Fondation Rotschild, où j'ai un service, je puis vous dire que la Fondation est ouverte tous les matins (sauf le dimanche) aux consultations, de 8 h. 1/2 à 9 h. 1/2, mais qu'elle n'hospitalise pas — et que, par conséquent, nous ne pouvons faire d'opérations.

Que tous les médecins d'hôpitaux nous renseignent ainsi et nous pourrons avoir un document fort utile.

ROCHON-DUVIGNEAUD.

O O O

CORRESPONDANCE

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

6.474. — Situation d'un médecin réformé récupéré

Exempté du service militaire, au moment de l'appel de ma classe (j'appartiens à la classe 1921). Membre du « Sou Médical » et abonné au *Concours Médical*, je vous serais très obligé de me faire connaître ce que serait ma situation au cas où je serais reconnu bon à un nouveau Conseil de revision.

Le fait d'être depuis quinze ans docteur en médecine me permettrait-il d'être nommé d'emblée médecin auxiliaire ?

Dans la négative, suis-je au moins assuré d'être affecté au Service de santé et dans quelles conditions pourrais-je être médecin auxiliaire ? Comment s'effectuerait le passage du grade de médecin auxiliaire au grade de médecin sous-lieutenant ?

Dr B.

Réponse

Si vous êtes récupéré, vous serez forcément affecté au service de santé puisque vous êtes

docteur en médecine. Néanmoins pour être nommé médecin auxiliaire, il faudra que vous ayez acquis le certificat d'aptitude administrative qui est obligatoire pour ce grade, et que l'on obtient après avoir suivi quelques conférences. Quant à votre promotion au grade de médecin sous-lieutenant, impossible de vous fixer aucun délai ; celle-ci ne sera motivée que par les besoins du service.

Puisque, réformé, vous appartenez encore à une classe mobilisable, n'oubliez pas, le cas échéant, de signaler tout changement d'adresse à la gendarmerie.

6.491. — Promotion au 3e galon en temps de guerre

Je vous serais très obligé de vouloir bien me renseigner quant aux possibilités que j'ai d'obtenir mon troisième galon.

Voici ma situation militaire : exempté de la classe 1912, j'ai été récupéré en 1917 et incorporé en mai de cette année à une section d'infirmiers. Nommé médecin auxiliaire un mois plus tard, je fus promu aide-major de 2e classe (c'est-à-dire médecin sous-lieutenant), en 1918. J'ai eu deux galons à titre définitif en 1923 ; j'ai donc seize ans et demi de grade...

Je n'ai malheureusement fait depuis la dernière guerre qu'une seule période (période obligatoire) en août 1938 ; je n'ai pas fréquenté les Ecoles de perfectionnement.

Vous me rendriez donc grand service en me renseignant.

Dr X.

Réponse

Il est impossible de vous fixer une date précise pour votre promotion au 3e galon. En temps de guerre le tableau d'avancement pour 1939 ayant été épuisé, on emploiera pour les promotions la procédure réservée au temps de guerre. Périodiquement les chefs hiérarchiques feront des propositions pour l'avancement, qui seront sanctionnées par le G. Q. G. Les éléments d'appréciation auxquels il était fait appel en temps ordinaire (périodes d'instruction, écoles de perfectionnement) n'auront plus qu'un intérêt secondaire puisque vous aurez pu être jugé et apprécié directement par vos chefs. Nul doute que dès que les nécessités du service l'imposeront, votre nom ne soit retenu sur une liste de propositions pour l'avancement, étant donné votre ancienneté et vos états de service.

6.363. — Engagement des étrangers pour la durée de la guerre

Un ami, 34 ans, médecin étranger, exerçant en France depuis plusieurs années, marié à une Française, ayant deux enfants déclarés français, me demande comment il peut servir la France en cas de conflit. N'ayant pu obtenir autour de moi une réponse précise, je m'adresse à vous pour me donner tous les renseignements et me préciser si mon ami peut servir soit à titre civil soit à titre militaire.

Dr J. J.

Réponse

Aux termes des dispositions du décret du 27 mai 1939, publié au *Journal Officiel* du 9 juin 1939, les étrangers âgés de 18 à 40 ans, régulièrement autorisés à séjourner en France, peuvent être admis à contracter dès le temps de paix, un engagement pour la durée de la guerre, en vue de servir comme soldats dans les corps spéciaux de combattants étrangers faisant partie de l'armée française et constitués en temps de guerre.

L'attention des étrangers est attirée sur les indications ci-après :

a) Les engagements ainsi souscrits entraînent, pour les engagés, l'obligation d'accomplir un stage d'instruction militaire d'une durée de trois mois ;

b) Ces engagements ne pourront être souscrits que pour servir comme soldats de 2e classe et ne donnent droit à aucune prime.

Pour être admis à souscrire cet engagement, les étrangers doivent remplir les conditions suivantes :

— être aptes physiquement ;

— être porteurs, soit de la traduction en français de leur acte de naissance, certifié par un traducteur assermenté près du Tribunal civil, soit de la copie d'une pièce d'état-civil équivalente, certifiée conforme et accompagnée d'une traduction en Français (passeport, carte d'identité, livret de famille) ;

— fournir un certificat de bonne vie et mœurs délivré par le maire, le commissaire de police ou le consul ;

— pour les jeunes gens âgés de moins de 20 ans être porteurs du consentement de leur représentant légal ;

— présenter un titre témoignant qu'ils sont en règle avec les prescriptions concernant le séjour des étrangers en France.

Les étrangers désireux de s'engager peuvent se présenter, porteurs des pièces visées ci-dessus, au commandant du bureau de recrutement de leur résidence, à l'exclusion de tout autre organisme.

Soixante et unième année — No 41 — 8 Octobre 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie Scientifique

Travaux Originaux

L'Actualité Scientifique

Partie Professionnelle

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg .	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro..........	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.

PROPOS DU JOUR

LES ÉVACUATIONS MASSIVES DE LA POPULATION CIVILE

Aurait-on pu mieux faire ? Les self-rapatriés

Dès la mobilisation, il a fallu évacuer en masse les populations des zones frontalières, des zones présumées de combat, ainsi que de la zone, dite des armées. On en a fait de même pour les habitants de certaines grandes villes notamment. Des régions d'accueil avaient été désignées et réservées respectivement aux divers départements évacués. Ces évacuations massives devaient compléter les évacuations spontanées et individuelles ; elles étaient à la charge de l'Etat ; les transports étaient gratuits.

Il n'est pas difficile de se rendre compte à quel travail de Titan, à quel bouleversement a donné lieu pareille mesure. Au départ toutes les énergies, toutes les bonnes volontés se sont mises à l'unisson dans l'effort gigantesque. Plus de 140 trains de chemins de fer ont été lancés chaque nuit. A courte distance, c'étaient les moyens locaux. Toutes les œuvres de secours ont fait l'admiration de tous : infirmières titulaires, religieuses, infirmières bénévoles, scouts, etc. tous s'étaient mis généreusement à la tâche pour aider au transport, à l'embarquement, au réconfort matériel et moral des évacués. Au cours du voyage c'étaient encore des secours, des conseils pratiques qui étaient donnés par des personnes charitables à ces vieillards, à ces mères de famille emmenant avec elles souvent chacune plusieurs enfants ou bébés. Des infirmières, des postes de secours ou de réconfort étaient échelonnés sur tous les parcours.

Mêmes soins, même diligence à l'arrivée, quand la fatigue de trente-six ou quarante heures de parcours était venue aggraver les

difficultés de voyages en des wagons surpeuplés. La répartition et le logement de ces pauvres réfugiés avaient fait l'objet de toutes les préoccupations des autorités locales.

Aurait-on pu mieux faire ? Avant de se permettre quelque « critique aisée », n'oublions pas combien « l'art » était difficile, dans ces circonstances dramatiques, où chacun acceptait d'ailleurs le pire, dans l'intention de fuir au plus vite des régions, qui pouvaient être instantanément soumises à l'action du feu ennemi, lancé depuis les airs ? Ne vit-on pas des évacués s'entasser jusque sur des wagons-plateaux, malgré les risques du refroidissement nocturne ou de la pluie ? Dans la hâte de s'évader du danger, des femmes sur le point d'être mères ne risquaient-elles pas quand même le voyage ; on en cite qui, ayant accouché sur des charrettes ou dans les fossés de la route, payèrent de leur vie semblable témérité. Ceci pour des incidents prévisibles, sans compter les nombreuses maladies par refroidissement ou par accidents digestifs !

Que dire du logement réservé à l'arrivée ? La paille pour tout moyen de couchage, l'entassement dans des locaux communs, la promiscuité du surpeuplement, la nourriture parfois insuffisante ou rudimentaire des premiers moments, etc.

Alors s'est dessiné un mouvement, qui ressort bien de la faiblesse humaine. Nombre d'évacués, oublieux des dangers auxquels ils avaient pu échapper, auxquels la sollicitude des Pouvoirs publics avait voulu, envers et contre tout, les soustraire, — nombre d'évacués émirent la prétention de trouver incontinent le confort des demeures, dont ils avaient dû s'échapper ; ils ne voulurent pas faire confiance à leurs accueillants, leur accorder le répit nécessaire pour leur procurer un habitat acceptable en des circonstances de guerre, et un ravitaillement bientôt redevenu normal. Et... ils « s'évacuèrent » en retour vers leur ancien domicile : nous les dénommerons les self-rapatriés ! Cependant, savent-ils bien ce qu'ils vont risquer ? Une trompeuse période de quiétude aérienne ne les a-t-elle pas induits en erreur ? La vraie guerre à l'Occident n'est pas encore commencée...

A notre avis, il n'y a rien à dire pour les évacuations massives des régions frontalières, de celles de la zone de combat, car on présume des dangers que peuvent faire courir à leurs habitants les nouvelles méthodes de la guerre aérienne. La malheureuse tragédie, qui vient de se dérouler dans l'héroïque Pologne, nous en donne un avant goût. Mais, pour les grandes villes, à part les vieillards, les femmes et les enfants, les malades, n'aurait-il pas mieux valu limiter les évacuations, et adopter la méthode de dispersion nocturne ? La plupart des habitants, après avoir vaqué à leurs occupations de la journée dans les

grandes villes, devaient disposer des moyens de transport suffisants pour les disperser, la nuit venue, à 30, 40 ou 50 kilomètres ?

Pareille méthode eût diminué le nombre de ces exilés, de ces déracinés, ayant perdu leurs moyens habituels de gagner leur vie. Elle eut offert le grand avantage de pouvoir assurer aux autres évacués des moyens plus étendus de logement, d'installation, peut être même de confort. *Elle eut peut-être diminué* ce flot des self-rapatriés ?

En tous cas, que les autorités compétentes prennent d'urgence les mesures nécessaires pour améliorer le sort des évacués, pour supprimer les locaux surpeuplés, etc. A-t-on pensé, à l'approche de l'hiver, aux foyers de contagions épidémiques qui, sans cela, pourront se développer parmi ces évacués en masse, et plus particulièrement parmi la population infantile. Hygiène et prophylaxie deviennent ici de première nécessité !

**

Renseignements

AVIS IMPORTANT

Changements d'adresses

Nous prions nos abonnés mobilisés ou requis de vouloir bien nous adresser d'urgence s'il y a lieu leur nouvelle adresse afin que le *Concours Médical* leur parvienne régulièrement.

Ne pas omettre, détail important, l'adresse à laquelle l'abonnement leur était servi.

Sauf avis contraire de leur part, nous nous proposons de publier dans les numéros qui suivront et afin de les faire connaître à leurs confrères et amis, leur adresse du temps de guerre.

Si possible, joindre deux timbres pour le changement de bandes.

DEMANDES ET OFFRES

Les petites annonces sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux ne permettant leur insertion que quarante-huit heures après leur réception. Lesdites petites annonces ne devront comporter aucun nom de ville, ni aucune abréviation. Le Journal se réserve, par ailleurs, le droit de supprimer toutes les annonces qui lui paraîtraient douteuses.

N° 320. — Loire-Inférieure. — On demande médecins français, omni-praticiens, non mobilisables, pour remplacer confrères mobilisés, principalement à la campagne.

N° 321. — Médecin parisien français non mobilisable louerait pour la durée de la guerre à médecin mobilisé, sa maison où il exercerait. Grande banlieue, Oise, Eure, Eure-et-Loir, Seine-et-Oise. Toutes garanties.

N° 322. — Médecin oculiste non mobilisable demandé pour consultation ophtalmologie. Banlieue deux fois par semaine. Clientèle ancienne.

N° 323. — Médecin mobilisé cherche confrère pour assurer remplacement pendant durée hostilités dans bourg Charente-Inférieure. Médecine générale et accouchements. Conditions à débattre. Permis de conduire indispensable.

N° 324. — Deux-Sèvres. Médecin mobilisé demande pour le remplacer médecin valide non mobilisable. Indiquer conditions.

N° 325. — Chirurgien de carrière, libéré obligation militaire, cherche situation de chirurgien dans clinique chirurgicale pendant les hostilités.

N° 326. — Serais reconnaissant à confrère qui pourrait m'indiquer dans la grande banlieue Sud ou Ouest, maison meublée pour deux grandes personnes et deux enfants.

N° 327. — Médecin mobilisé, cherche confrère pouvant faire remplacement. Médecine générale et accouchements. Chef-lieu canton près de grande ville de l'Ouest. Urgent.

N° 328. — Tarn-et-Garonne. Par suite départ appartement meublé à louer.

N° 329. — Médecin mobilisé recherche remplaçant français, homme ou femme, sachant conduire auto. On fait la pharmacie.

N° 330. — Sarthe. Confrère mobilisé cherche remplaçant français.

N° 331. — Docteur français ophtalmologiste expérimenté remplacerait confrère en province.

N° 332. — Spécialiste O. R. L. Ville du Centre. Mobilisé cherche remplaçant pendant durée hostilités. Conditions à débattre.

N° 333. — Cantal. Docteur mobilisé demande confrère Médecine générale et accouchements. Laisserait belle maison, jardin, potager, garage. Conditions à débattre.

N° 334. — Gironde. Dans gros bourg, médecin mobilisé louerait période guerre cabinet consultations. Clientèle médicale, joli rapport. Automobile.

N° 335. — Docteur non mobilisable cherche à remplacer pendant les hostilités de préférence au Centre. Grande expérience en médecine générale et obstétrique.

N° 336. — Médecin mobilisé, cherche confrère, homme ou femme, pour remplacement pendant la durée des hostilités. Conditions à débattre.

N° 337. — Médecin oto-rhino-laryngologiste. Ancien assistant des hôpitaux, 58 ans, non mobilisé, remplacerait confrère dans sa spécialité de préférence dans le département de la Seine.

N° 338. — Côte d'Azur. — A louer villa de médecin mobilisé avec belle installation professionnelle, garage, tout confort, mobilier, de préférence à confrère désirant faire un peu d'uro-gynécologie.

N° 339. — Médecin mobilisé recherche confrère français dégagé de toute obligation militaire pour remplacement pendant la durée des hostilités. Arrangement amiable.

DERNIÈRES NOUVELLES

— La réquisition civile des médecins en Belgique. — Le Ministre de la Santé publique, en Belgique, a adressé aux Commissions Médicales Provinciales la circulaire suivante :

« J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien faire connaître à MM. les médecins et pharmaciens de votre ressort qu'en vertu de la loi du 5 mars 1935 ils peuvent faire l'objet d'un ordre de réquisition émanant de l'autorité civile afin d'assurer, dès le temps de mobilisation de l'armée, les soins à la population en état de détresse. Ils doivent, en conséquence, sauf rappel sous les armes, se tenir à la disposition de la dite autorité. Le Gouvernement comptant sur leur patriotisme, est certain qu'aucun médecin, aucun pharmacien, ne voudra, par un déplacement non justifié, se soustraire à ce devoir éventuel. » (*Bruxelles Médical*).

— Les Journées médicales de Bruxelles de 1940 sont annoncées pour juin 1940.

— Le IIe Salon de la France d'Outre-mer aura lieu. — Sous la présidence de M. Louis Rollin, ancien ministre, le Conseil de direction du Salon de la France d'Outre-mer s'est réuni.

Il a constaté, avec satisfaction, que le nombre des exposants et le chiffre des souscriptions à la date du premier août 1939 dépassait le chiffre réalisé le 1er novembre 1935 pour le premier Salon de la France d'Outre-mer, à la veille de son ouverture.

En plein accord avec M. Georges Mandel, ministre des colonies, le Conseil a décidé que le IIe Salon de la France d'Outre-mer qui affirmera, avec un éclat particulier, la puissance de notre Empire, aura lieu. Toutefois, en raison de la brièveté des journées d'hiver et de l'impossibilité d'user d'éclairage au Grand-Palais en temps de guerre, l'ouverture de la manifestation sera reportée à la période du 25 avril au 12 mai 1940.

— Hôpitaux de Paris. *Avis aux malades.* — L'Administration de l'Assistance publique à Paris a fait afficher dans les hôpitaux l'avis suivant :

« Les personnes en traitement dans les établissements hospitaliers sont invitées à se munir pendant leur séjour à l'hôpital des masques à gaz dont elles peuvent être pourvues.

Le Directeur de l'Assistance publique de Paris : Serge Gas ».

— Mariage. — Le Docteur Eugène Debu, ancien chirurgien en chef de l'hôpital civil de Cambrai et Madame, font part du mariage de leur fils le Docteur Jean Debu, avec Mademoiselle Suzy Hansen, de Tourcoing.

Cambrai, le 23 septembre 1939.

LE LIVRE D'OR

du Corps de Santé militaire français

Tout au début de cette guerre, nous avons à inscrire au Livre d'Or du Corps de santé militaire français le nom du médecin-lieutenant MATHIEU, mort au champ d'honneur.

Médecin de bataillon, appartenant aux cadres de l'armée active, le médecin-lieutenant Mathieu était sorti récemment quatrième du Val-de-Grâce.

Il se trouvait à son poste de secours, sur le front, lorsqu'un obus de 105 vint tomber sur sa voiture sanitaire. En chef soucieux d'abord de la vie de ses hommes, il leur commanda de se coucher à terre immédiatement, mais il n'eut pas le temps de le faire lui-même et un éclat d'obus pénétra dans sa poitrine, traversant le cœur.

Le médecin-lieutenant Mathieu est, au cours de la guerre qui commence, le premier médecin glorieusement tombé au champ d'honneur.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Assistance sociale

Décret du 20 septembre 1939 déférant à l'administration centrale du ministère de la Santé publique les attributions contentieuses de la Commission centrale d'assistance.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du président du Conseil, ministre de la Défense nationale et de la Guerre et des Affaires étrangères, du ministre de la Santé publique et du ministre des Finances ;

Vu la loi du 19 mars 1939 tendant à accorder au Gouvernement des pouvoirs spéciaux ;

Vu la loi du 15 juillet 1893, modifiée par les lois des 1er août 1919 et 7 février 1937, sur l'Assistance médicale gratuite ;

Vu la loi du 14 juillet 1905, modifiée par les articles 15 de la loi du 29 juin 1918, 124 de la loi du 30 décembre 1928, 171, 172 et 173 de la loi du 16 avril 1930, les décrets-lois des 30 octobre 1935 et 17 juin 1938, l'article 105 de la loi de finances du 31 décembre 1938, sur l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables ;

Vu la loi du 14 juillet 1913, modifiée par l'article

Voir la suite page XXVII-2403

PARTIE SCIENTIFIQUE

MOIGNONS UTILES ET MOIGNONS INUTILISABLES

D'après le Professeur R. Leriche (*)

Des résultats désastreux pour la prothèse par une application stricte des règles de médecine opératoire

Voyez plutôt :

Sur un total de 80.000 amputés par blessure au cours de la guerre 1914-1918, 16 p. 100 avaient dû, deux ans plus tard, être réamputés de deux à quatre fois. 31 pour 100 du total des moignons avaient dû être retouchés, et, pour le seul membre inférieur, 50 p. 100 des amputés avaient dû être réopérés *afin de pouvoir être appareillés.*

Mais, pour quelles raisons ?

Mises à part certaines retouches justifiées par de l'ostéite ou des cicatrices vicieuses, la plupart ont été faites pour adapter la longueur du moignon ou son type aux exigences de la prothèse, et, quand on examine cet énorme dossier des amputations qui se trouve au Ministère des Pensions, « c'est que, compte tenu de la complexité des cas, beaucoup d'amputations ont été mal faites. Certainement, il y a lieu de réviser *la doctrine autrefois régnante* sur la valeur des diverses amputations. En tout cas, il n'est plus possible de garder la souveraine impartialité des manuels de médecine opératoire, qui s'abstiennent de tout jugement sur le rendement prothétique des moignons du membre inférieur ».

Pour qu'un moignon soit utilisable, il faut évidemment qu'il ne soit pas douloureux, mais encore qu'il ait une longueur convenable pour l'appareillage. Tout moignon est un bras de levier. Sa puissance est fonction d'une certaine dimension. Pour chaque segment de membre, il y a une longueur optima correspondant, en général, à une section osseuse passant sur le tiers moyen de la diaphyse, de préférence entre le milieu et l'extrémité distale du tiers moyen.

« Les prothésistes connaissent bien les exigences de la mécanique. Les chirurgiens les ignorent souvent... Il est absolument nécessaire qu'on en finisse avec ce dualisme fâcheux, dont pâtissent les blessés... Ce sont les appareilleurs, qui ont raison.

***

Rien ne doit plus être improvisé. Ce qui doit être fait

Pour être complet, voici résumé le triple souci que doit avoir, et dans le moment même, le chirurgien qui ampute : un souci vital, un souci nerveux, un souci de prothèse utilitaire.

1° Pour sauver la vie, *faire perdre le minimum de sang,* parce que toute perte de sang est un des éléments essentiels de cette dépression vaso-motrice, appelée « choc ». Donc, hémostase préventive par garrot, et ligature minutieuse de tout ce qui saigne.

Eviter également, autant que faire se peut, *les traumatismes nerveux* qui, par excitation centripète, produisent si aisément la dépression vaso-motrice, la chute tensionnelle, surtout chez les anémiés : les gros nerfs des membres ne doivent être coupés qu'après blocage anesthésique. La technique doit s'adapter à cette nécessité. L'addition des excitations, même sous anesthésie générale, est un des grands facteurs de choc.

Ne pas courir le risque de favoriser une infection locale, qui pourra tuer secondairement. Pour cela, les plaies d'amputation doivent être laissées grand'ouvertes. La suture primitive n'a pas sa place ici. « Deux accrochages antéro-postérieurs des muscles pour matelasser l'os, sont, à vrai dire, tout ce que l'on peut être autorisé à faire en pareil cas.

2° Pour qu'il puisse servir à la marche, il faut :

a) *Que le moignon ne soit pas douloureux.* Evi-

(*) *Presse Médicale,* 13 et 20 Septembre 1939.

ter tout traumatisme nerveux : ni pincer les nerfs, ni tirer sur eux pour les recouvrir. Toute attrition latérale expose à la formation d'une cicatrice, qui pourra créer de la douleur.

« Il faudrait aussi savoir bloquer le potentiel de régénération neuro-gliomateuse, qui toujours organise cette cicatrice, que nous appelons le névrome d'amputation. Cette cicatrice est fatale. Mais il nous appartient de faire qu'elle soit le moins volumineuse possible et qu'elle ait le minimum de neurites. Nous sommes malheureusement mal armés pour cela, faute de recherches expérimentales. Depuis vingt ans, dit l'auteur, j'injecte 1 à 2 c. c. d'alcool absolu dans les nerfs avant de les couper, ou 1 c. c. d'acide phénique pur. On pourrait peut-être aussi utiliser l'acide arsénieux. Est-ce efficace ? C'est probable. Ce n'est pas encore certain.

«*b*) *Que le moignon soit appareillable*, c'est-à-dire d'une ongueur convenable.

Ici nous distinguerons les conditions requises pour le membre supérieur ou pour le membre inférieur.

A. Au membre inférieur

De par l'expérience des appareilleurs, il est cent fois prouvé que :

« 1° *La désarticulation de Chopart ne vaut rien dans* 95 *p.* 100 *des cas.* Il en est de même des amputations ostéoplastiques calcanéennes et de la sous-astragalienne. En règle, aucune ne vaut le Syme.

« 2° *L'amputation de jambe au lieu d'élection est une mauvaise amputation*, qui laisse un fléau trop long pour qu'on puisse marcher sur le genou, trop court pour l'appareillage avec appui tibial.

« 3° *La désarticulation du genou, avec ou sans conservation de la rotule, les amputations du type Gritti* sont difficilement appareillables et ne devraient plus être faites. Une amputation de cuisse, à la partie inférieure du tiers moyen, assure une meilleure fonction.

« Donc, plus de Chopart, plus de Pirogoff dans des sous-astragaliennes, plus de lieu d'élection, plus de désarticulation du genou, plus de Gritti ».

« Si le sacrifice du pied s'impose, au delà de l'interligne de Lisfranc, la meilleure des amputations est donc le Syme, avec section des malléoles ou un peu au dessus d'elles.

Le Lisfranc et les amputations transtarsiennes et avant l'interligne de Chopart donnent un merveilleux moignon. Malheureusement, il est rare que les dégâts le permettent.

« Quand il n'est plus possible de garder un lambeau talonnier, la meilleure des amputations est celle qui se fait à la partie inférieure du tiers moyen, avec section oblique de la crête tibiale et section plus haute du péroné.

« S'il n'est pas possible de couper à ce niveau optimum, il faut s'efforcer de ne pas remonter au dessus d'un point qui est à 8 cent. de la pointe de la rotule. C'est là la longueur minima, que doit avoir une amputation de jambe pour être utile.

« Les amputations plus hautes sont gênantes ; la marche en flexion sur le genou est possible avec un moignon très court, surtout s'il est ankylosé en flexion. Souvent l'amputation de cuisse à la partie inférieure du tiers moyen vaut mieux. Toutes les amputations dans l'épiphyse supérieure du tibia sont mauvaises.

« *Bref*, la liste des amputations et désarticulations recommandables *pour le pied et pour la jambe* se dresse ainsi : Lisfranc, Syme ; amputation de jambe au tiers moyen dans sa partie inférieure (opération de choix), et jusqu'à 8 c. c. de la pointe de la rotule (pis-aller) ».

Pour la cuisse, l'amputation « la meilleure est celle dont la section osseuse est placée au tiers moyen du fémur, ou plus exactement en dessous du milieu du tiers moyen. *La section, et c'est là un fait nouveau, ne doit pas atteindre le quart inférieur.* En haut, elle ne doit pas aller au dessus de 8 à 10 cent., comptés à partir du bord supérieur du grand trochanter. Evidemment, on peut être conduit à remonter plus haut, mais il faut savoir qu'alors l'amputé ne marchera plus avec son moignon, mais assis sur sa fesse. Plus on remonte haut, plus la mutilation est grave. La désarticulation ne doit être faite qu'en cas d'absolue nécessité. Mieux vaut scier l'épiphyse fémorale ; on aura ainsi une meilleure assise. Le meilleur procédé opératoire est, pour toutes les sections dans la diaphyse, le procédé à deux lambeaux inégaux, l'antérieur plus long que le postérieur ; et la ligne âpre doit être sectionné obliquement ».

B. Au membre supérieur

Un appareil n'est pas indispensable à tout amputé du membre supérieur ; cependant, on ne sait jamais à l'avance si le blessé que l'on ampute voudra porter un appareil ou non. D'autre part, tous les moignons ne sont pas aptes aux appareillages.

« En principe, il faut toujours s'efforcer d'amputer le plus loin possible de la racine du membre

et garder le bras du blessé le plus long qu'il se peut. S'il est sain, le moignon le plus long est toujours le plus utile, et son excès même de longueur peut réserver l'avenir ».

Toutefois, comme au membre inférieur, les désarticulations surtout sont condamnées par l'expérience, mises à part les désarticulations carpo-métacarpiennes qui sont toutes excellentes, surtout si l'on peut conserver les deux os du carpe.

Sans compter que l'exfoliation du cartilage allonge la période des pansements, les désarticulations rendent difficile tout appareillage éventuel. A la désarticulation du poignet, il faut préférer l'amputation de l'avant-bras à la longueur optima ; à celle du coude, l'amputation du bras à la partie moyenne, au-dessous du milieu du tiers moyen ; à celle de l'épaule, l'amputation dans l'épiphyse supérieure de l'humérus et non l'intradeltoïdienne.

Par contre, les amputations dans la continuité sont excellentes : cependant , pour les amputés qui ont besoin de porter un appareil pour exercer leur métier, les moignons les plus longs ne sont pas les meilleurs : il y a une longueur optima, et c'est là où il convient d'amputer quand on le peut.

La meilleure des sections osseuses est celle qui se situe entre les deux points extrêmes suivants : à *l'avant-bras* en bas, à 6 cm. de l'interligne du poignet, et, en haut, à 10 cm. de la pointe de l'olécrâne ; au *bras*, au-dessus de 5 cm. de l'interligne articulaire du coude, et en dessous de 15 cm. de l'acromion. Entre ces niveaux, toutes les amputations sont bonnes.

Mais, au membre supérieur, plus que partout ailleurs, le sort du moignon est commandé par le devenir des sections nerveuses. Plus que jamais, il ne faut pas faire de cicatrice nerveuse supplémentaire en pinçant les nerfs, en les dénudant trop, en tirant sur eux. Le brachial cutané interne, le médian et le cubital sontdes nerfs fragiles ; en plus du neurogliome terminal, il se fait parfois sur eux des névromes latéraux. Afin d'éviter les moignons douloureux, il est nécessaire, comme pour le sciatique, d'infiltrer un anesthésique, d'injecter de l'alcool absolu ou de l'acide phénique avant de couper. Il faut que la taille des parties molles sache s'arrêter sur le paquet vasculo-nerveux, qu'elle découvre les nerfs avant de les couper brutalement comme on le faisait autrefois.

« Techniquement, au bras et à l'avant-bras, les procédés circulaires sont hors de mise. Au bras, le tracé doit être avec obliquité antérieure et interne, l'incision descendant légèrement plus bas en avant et en dedans qu'en arrière et en dehors ». L'auteur y ajoute deux fentes latérales ; le pansement à plat en est facilité. Au reste, pour le membre supérieur, le procédé à deux lambeaux, l'antérieur plus long que le postérieur, est toujours le procédé de choix. La suture retardée doit être la règle avec tamponnement lâche à la gaze sur toute la surface. Le pansement à plat est une règle, sans exception, pour ceux qui doivent être évacués.

***

« Tels sont les enseignements donnés par l'étude des moignons âgés de plus de vingt ans. Chacun doit s'incliner devant l'expérience et choisir, en toutes circonstances, l'opération qui assure, régulièrement, le meilleur résultat, sans retenir certains procédés brillants réputés et dont le rendement fonctionnel est aléatoire et inconstant. »

G. Fischer.

INOCULATION CHARBONNEUSE PAR UN OBJET DE TOILETTE

M. Pierre Boudou, ancien professeur à l'Ecole de santé de la marine, a publié dans le *Journal de médecine de Bordeaux* un cas intéressant d'inoculation charbonneuse par un objet de toilette.

Il concerne une malade qui présentait à la partie interne de la région scapulaire droite, une petite escarre rouge brun, d'une surface égalant environ la moitié d'une pièce de 50 centimes, escarre entourée par une auréole circulaire de petites vésicules à contenu transparent. Autour de ces lésions, la peau était d'une coloration rose vif et le tout reposait sur un disque d'œdème à contours assez nets. Bien que le diagnostic de pustule maligne parut invraisemblable, la lésion siégeant à la région scapulaire, et la malade n'ayant aucun contact avec les sources habituelles d'inoculation charbonneuse, on fit des examens de la sérosité des pustules : ils révélèrent la présence de bactéries offrant les caractères de la bactéridie charbonneuse. Le Professeur Aubertin ayant confirmé le diagnostic conseilla 80 c. c. de sérum anticharbonneux par jour. Guérison en soixante heures.

Une enquête étiologique ne montra qu'une cause recevable de cette pustule maligne. La malade avait l'habitude, après ses exercices physiques quotidiens, de se frictionner la peau du dos avec une lanière de crin. Celle dont elle se servait était neuve et avait été achetée huit jours auparavant.

P. Lacroix.

CYLINDRURIE SANS ALBUMINURIE
ÉTUDE DU SÉDIMENT URINAIRE ORGANISÉ

Après une étude historique et l'exposé de quelques observations (l'une personnelle, plusieurs autres de Gaillard, Krauss, Otto Niedner, Cantenot, Pasteur Vallery-Radot, etc.) ,le Docteur JEAN GOUFFRANT développe la question du sédiment urinaire organisé, notamment la classification et la signification des cylindres.

Quant à leur origine, variable avec les auteurs, ce serait : 1° un agrégat de produits de désintégration cellulaire de l'épithélium des tubuli contorti du rein malade ; 2° une sécrétion pathologique des cellules des tubuli ; 3° de l'albumine du plasma sanguin, qui aurait transsudé à travers les parois altérées des glomérules.

L'origine de l'albumine est rénale ou sanguine. Il s'agit d'un état purement rénal, car les parois vasculaires sont intactes ; celui-ci se rencontrerait dans un début de néphrite ou au cours d'une réactivation d'une néphrite latente.

Passant à la technique de laboratoire, l'auteur résume les divers procédés de coloration proposées pour l'étude des cylindres, et certaines méthodes de recherche de l'albumine. Il apporte une méthode particulière, qui est appelée à rendre de grands services en matière de laboratoire, méthode de coloration et de conservation du sédiment urinaire organisé, imaginée par le professeur agrégé De Grailly.

Voici cette méthode : 1° fixation par le formol : on verse une goutte de formol par centimètre cube d'urine fraîche ; 2° puis on centrifuge l'urine dans des tubes revêtus intérieurement d'une mince couche de paraffine pour éviter le morcellement des cylindres : trois minutes suffisent. 3° On recueille le culot de centrifugation avec une pipette et on l'étale sur une lame, que l'on met à l'étuve pour faire sécher la préparation.

Ensuite, on passe à la coloration : 1° fixation par alcool, éther āā ; 2° lavage à l'eau ; 3° hématéine, 3 minutes ; 4° laver à l'eau pendant 5 à 10 minutes jusqu'à bleuissement ; 5° picro-ponceau, 30 secondes à une minute ; 3° laver rapidement à l'eau distillée ; 7° alcool absolu ; 8° xylol ; 9° baume du Canada ; 10° lamelle.

Pour la coloration à l'hématoxyline Weigert picro-ponceau, il faut remplacer le temps (3) par l'hématoxyline. Si la préparation est trop foncée, il faut la passer à la solution de perchlorure de fer.

Hématoxyline Weigert :

1° Hématoxyline alcoolique 1 % } āā	
2° Perchlorure de fer }	
CLH	1 goutte
Perchlorure de fer	4 gouttes
Eau distillée	25 gouttes

Cette méthode permet de suivre les étapes d'un processus néphrétique dans le temps réalisant des sortes de biopsies du rein, des instantanés rénaux comme Fiessinger a réalisé des instantanés hépatiques. Ainsi des comparaisons peuvent s'établir sur le plan anatomo-pathologique et fonctionnel, grâce à ces sortes de néphrogrammes. Cela a de l'importance au point de vue du diagnostic, du pronostic et même du point de vue médico-légal.

Pour cette technique, les cylindres les plus couramment trouvés, hyalins, sont rose pâle, les granuleux rouges, les granulations étant un peu brunes. L'acide osmique décèle les cylindres graisseux.

Il y aurait donc intérêt à multiplier les examens du sédiment urinaire, et à ne pas se contenter de le faire que lorsqu'on rencontre de l'albumine dans les urines. Il ne faut cependant pas exagérer, et dire comme autrefois pour l'albumine : albumine = néphrite, cylindres = néphrite ; mais dans certains cas en l'absence d'albumine, ajoutée aux signes cliniques et aux épreuves fonctionnelles, la constatation de cylindres dans les urines vient apporter la certitude qu'une néphrite est à l'origine des troubles indiqués. Le fait de trouver une cylindrurie sans albumine résulte de la désintégration des tubes contournés, c'est une lésion essentielle des tubes urinifères.

L'albumine, par contre, serait conditionnée : *a*) par des altérations circulatoires et pariétales insulaires ; *b*) par des altérations des tubes urinifères.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Sur les traitements de l'ectopie testiculaire de l'enfant. La valeur du traitement endocrinien

L'ectopie testiculaire est moins un arrêt de développement qu'un retard de migration de la glande génitale, absolument comparable à la hernie ombilicale de l'enfant qui n'est qu'un retard de développement de la paroi abdominale. Le traitement classique consiste dans l'intervention chirurgicale ; on est généralement d'accord pour ne pas intervenir avant l'âge de 6 ou 7 ans, de même qu'on n'opère pas la hernie ombilicale avant l'âge de 4 ou 5 ans. Le Docteur A. Buquet pense que cette limite peut même être reculée jusqu'à 8 ou 9 ans, quand le testicule est perceptible dans le canal. En principe, les résultats sont très satisfaisants du point de vue opératoire ; en pratique, très satisfaisants du point de vue physiologique. L'orchidopexie trans-scrotale d'Ombrédanne donne entre les mains des chirurgiens bien entraînés à cette technique, presque toujours des résultats opératoires parfaits. Les testicules correctement abaissés au-delà de la boutonnière pratiquée dans la cloison élastique des bourses restent en place. Et les glandes ainsi mobilisées et descendues augmentent progressivement de volume et de consistance au point d'atteindre une apparence normale quelques mois après l'opération, tandis que l'enfant se développe rapidement. Cependant, il n'en est pas toujours ainsi. Même abaissé dans de bonnes conditions, le testicule peut rester petit, mou, sans changement, et l'enfant ne paraît pas avoir retiré le moindre profit de l'opération.

L'ectopie testiculaire étant considérée à la fois comme une aplasie et un arrêt de développement, il était naturel d'en envisager un traitement opothérapique. Le Docteur Buquet expose les résultats qu'il a obtenus au cours de dix années ; après avoir éliminé peu à peu diverses hormones (thymus, etc.), il s'est arrêté à l'extrait total de testicule frais en solution dans du sérum de taureau ; celui-ci est administré par voie buccale quotidiennement, pendant dix à douze jours consécutifs, dans un peu d'eau sucrée, à la dose de 2 c. c. de cet extrait. L'auteur en a obtenu des résultats favorables, ainsi que le prouvent quelques observations rapportées.

Ce qui frappe surtout, c'est l'effet rapide du traitement. Quelques semaines, parfois moins de six semaines permettent de constater une modification très nette du côté testiculaire : migration, volume, consistance, qu'il n'est pas possible de rapporter à une évolution physiologique normale. Dans tous les cas traités à la suite d'orchidopexie sans résultat physiologique apparent, on a constaté une augmentation de volume du testicule abaissé et un raffermissement de la glande. Des testicules ectopiés, mais non encore descendus, ont vu leur migration se faire dans un délai assez court pour qu'il ne puisse être question de parler de coïncidence avec une descente physiologique normale. Dans les cas de testicules absolument fixés, il n'y a pas eu de résultat pour la migration ainsi qu'il fallait s'y attendre quand on sait à quelles difficultés opératoires on se heurte souvent pour libérer testicule et cordon : une sensibilité locale, une augmentation de volume perceptible ont seules témoigné de l'influence du traitement, et cela dès la première semaine, ce qui n'a que très peu retardé l'intervention, après laquelle dans plusieurs cas, on a continué le traitement par l'extrait total de glande fraîche. Aucun accident ; quelquefois, l'enfant accuse une sensation de chaleur locale, il a un sommeil agité. Dans ces cas seulement, on a espacé les séries de quelques jours de plus. (*Le Progrès Médical*, 10 juin 1939).

Valeur et intérêt des renseignements fournis par la sédimentation sanguine au cours de la scarlatine

MM. Chalier, Revol et Viallier démontrent que ce n'est pas dans la courbe de sédimentation qu'il semble falloir rechercher la clé du diagnostic entre une éruption sérique , à type scarlatin, au cours de la diphtérie, et une scarlatine compliquant une diphtérie. Si cette courbe n'a pas de valeur diagnostique, par contre sa valeur pronostique a été admise par la plupart des auteurs. Son allure et les accidents présentés, s'ils ne permettent pas de prévoir à l'avance les complications, donnent la possibilité d'en affirmer l'existence, même si, latentes, celles-ci avaient passé inaperçues. On en déduira également la gravité et l'intensité de la maladie.

D'autre part, la sédimentation, bien que n'ayant aucune spécificité, devient, en cas d'accélération importante, une preuve certaine d'une maladie organique. Cette réaction préjuge ainsi de l'organicité de certains troubles passagers, dont quelques-uns peuvent devenir alarmants, et ainsi établir leur pronostic. Le retour de la courbe à une valeur subnormale permet de juger de la guérison. (*Le Progrès Médical*, 17 juin 1939.)

Les Sociétés Savantes

Paris

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

L'emploi de l'hormone mâle (testostérone) chez les femmes tuberculeuses

(M. Pierre BOURGEOIS et Mme M. BOQUET-JESENSKY 31-3-1939)

Parmi les troubles de la menstruation, il y a lieu de distinguer : les dysménorrhées, les aménorrhées passives (dans lesquelles aucun phénomène anormal ne vient marquer la phase menstruelle), et les aménorrhées actives, dans lesquelles, au contraire, l'absence de menstruation est compensée par un ensemble de phénomènes morbides : poussées fébriles graves, congestions péri-focales, hémoptysies, ensemble du plus fâcheux pronostic.

L'aménorrhée passive est la condition la plus favorable à la guérison de la tuberculose pulmonaire. L'aménorrhée active est, à l'opposé, la condition la plus défavorable. Entre les deux extrêmes, se situent par ordre de gravité : les dysménorrhées et la menstruation normale.

La réalisation d'une aménorrhée passive était apparue jusqu'à maintenant comme impossible. Tous les essais qui ont été entrepris dans ce sens, castration chirurgicale ou radiothérapie ovarienne, n'ont réussi qu'à créer des aménorrhées actives et non des aménorrhées passives.

Restant sur le terrain strictement clinique, les auteurs étaient arrivés à conclure que, du moment que l'aménorrhée passive est irréalisable, ils devaient provoquer ou faciliter chez la femme tuberculeuse, l'état physiologique qui est, parmi tous les autres, le moins dangereux, c'est-à-dire la menstruation normale. C'est la raison pour laquelle ils ont traité les dysménorrhées des tuberculeuses par la folliculine. Dans les cas heureux, il a été possible de contrôler l'action favorable de cette hormone, non seulement sur le trouble de la menstruation, mais sur les autres éléments : fièvre menstruelle, manifestations vago-sympathiques, poussées congestives pulmonaires, dont l'ensemble constitue la poussée menstruelle.

Cependant, l'emploi de l'hormone mâle, utilisée sous forme d'injections répétées de 10 milligr. chacune d'acétate de testostérone a permis de mettre en évidence trois ordres de faits :

1° Dans un nombre très limité de cas, on a eu la chance de réaliser une véritable aménorrhée passive chez les femmes ainsi traitées. Ce résultat très favorable n'a été obtenu qu'à condition d'utiliser des doses relativement importantes de testostérone, au minimum 100 milligrammes, pendant chaque période inter-menstruelle. Pour être efficace, ce traitement doit se situer pendant la période qui précède immédiatement l'ovulation, c'est-à-dire dès le début de la phase inter-menstruelle ou même débuter au cours de la menstruation précédente. Au contraire, les injections faites pendant la période qui précède immédiatement les règles ne les modifient pas d'une façon notable.

2° Alors que l'action inhibitrice de la testostérone sur la menstruation est inconstante, infidèle, passagère, et obtenue seulement avec de fortes doses, l'action sur l'hyperthermie prémenstruelle ou menstruelle est plus fréquente et plus facile à obtenir.

3° La constatation la plus nette et la plus remarquable, faite au cours de ces essais de traitement, est l'amélioration de l'état général des malades, et plus spécialement le gain de poids rapide et important qu'elles ont présenté.

On peut ainsi conclure que la testostérone, indépendamment de son action strictement sexuelle, intervient sur le métabolisme général, détermine fréquemment un état d'euphorie avec reprise de l'appétit. Pareils faits permettent de rapprocher l'action de la testostérone de celle de certaines vitamines, et confirment l'existence d'une « action métabolique » de cette hormone.

Pancréatite aiguë hémorragique
Présence d'un corps étranger dans le canal de Wirsung

(MM. WARTER et J. ROUSSELOT ; 28-4-1939)

Les auteurs ont eu l'occasion d'observer dans le service du Professeur Pr. Merklen un cas de pancréatite aiguë qui paraît fournir un document intéressant à l'appui de l'origine wirsungienne de cette affection.

Chez un adulte pléthorique, se produit une affection douloureuse à début et à prédominance épigastrique. Elle évolue en deux épisodes : un premier épisode au mois de juin, ayant tourné court en trois jours ; un second, au mois d'août, ayant motivé l'hospitalisation et qui, en deux jours, aboutit à une symptomatologie abdominale dramatique. En même temps, douleur à l'angle costo-vertébral gauche, ascension de la glycémie et de l'urée, mouvement fébrile et collapsus circulatoire. Cet ensemble a permis de porter le diagnostic de pancréatite hémorragique ; le malade a été opéré ; il est décédé quelques heures après. A l'autopsie un grain d'avoine a été trouvé au centre du canal de Wirsung ; la gangue calcaire qui l'entourait permet d'affirmer qu'il y avait séjourné depuis un certain temps.

G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

RÉMUNÉRATION ET RÉQUISITION DES MÉDECINS CIVILS

La guerre d'aujourd'hui qui étend ses risques à toute la population civile, qui expose ceux de l'arrière, leurs femmes, leurs enfants, au danger quotidien des bombardements a obligé le gouvernement à faire participer tous les médecins aux soins des populations et on constate qu'actuellement tous les médecins français, qu'ils soient civils ou militaires, sont obligés d'obéir à un pouvoir supérieur. C'est dire que le *Concours Médical* qui a toujours eu pour but de défendre le praticien, se trouve du fait de la guerre même, obligé de s'intéresser à tous les cas que ce nouvel état de choses va créer, et cette obligation va le mettre dans la nécessité de suivre et d'étudier les transformations importantes qui vont, de ce fait, s'opérer dans l'exercice de la médecine.

Le médecin civil, du fait même de la réquisition, doit ses soins à la population civile et il peut en échange lui réclamer des honoraires. Que de conflits vont naître de ce fait ? Car tel qui jadis occupait une situation aisée ou même brillante se trouve réduit à la maigre solde du père sous-officier et dans l'impossibilité de faire face aux soins coûteux qu'entraîne la maladie d'une femme ou d'un enfant. Une discrimination sera nécessaire pour distinguer les mauvais payeurs de ceux qui ne peuvent plus verser d'honoraires et on peut se demander qui la fera, comment elle se fera ? Nous devrons protéger les malades et en même temps toute la profession contre les requins, les charlatans qui, dégagés de toutes obligations militaires, chercheront encore à vivre de la crédulité publique, et il est permis de se demander comment la police de la profession pourra s'exercer. Je sais bien qu'il suffit d'un décret-loi pour nous doter d'un ordre des médecins, mais il m'est permis de croire que, difficile à organiser déjà *quand tous les médecins sont civils,* cet ordre l'est plus encore lorsqu'une grande majorité parmi les médecins et les plus éminents servent aux armées.

Sans doute la juridiction pourrait-elle être mixte, comprendre un médecin de réserve mobilisé, mais là encore on tomberait comme dans tant de juridictions d'occasion, sur l'arbitraire. Voilà donc une question bien difficile à résoudre et déjà soulevée par la réquisition. Le déplacement des médecins inutiles dans les centres où il y a pléthore, vers des contrées où il n'y a plus de secours médical, où tous les médecins sont mobilisés, me paraît une mesure d'application mal commode bien que nécessaire pour empêcher les illégaux. Le médecin civil a une maison, une installation, un foyer, des enfants, il est impossible de le faire aller d'un endroit à un autre comme un médecin de réserve déjà arraché à sa maison et qui d'ailleurs touche une solde et des indemnités pour être à la disposition de l'autorité militaire. La solution d'une fonctionnarisation n'est pas à envisager, elle entraînerait des dépenses considérables, elle ne résoudrait d'ailleurs point le problème, car la médecine civile ne s'exerce pas dans une infirmerie, dans un hôpital, elle se fait surtout au lit du malade et oblige le médecin à se déplacer et à disposer de moyens de transports coûteux.

Toutes ces orientations nouvelles de l'exercice professionnel nées de la guerre, vont évidemment créer des flottements, faire des mécontents, et nous pensons que plus que jamais le *Concours Médical* doit apporter à chacun son appui, les conseils de ses filiales, en particulier du Sou médical où tous ces problèmes sont juridiquement étudiés. Dès maintenant nombreux sont les confrères inquiets qui nous demandent conseil et craignent de voir réduite à rien leur situation qui seule leur permet de faire vivre une famille.

A côté des questions d'ordre professionnel créées par les nécessités de la protection de la Santé publique, nous nous trouvons actuellement interrogés par des médecins propriétaires de

cliniques, de matériels importants et dont on vient réquisitionner les autoclaves, les appareils de radio, les mobiliers entiers. Ils ne savent que faire, quels prix fixer, la plupart de ces instruments professionnels ont vu leur valeur tripler ou quadrupler depuis dix ans, et ils se demandent comment ils pourront jamais reconstituer ces installations qui constituaient tout leur capital. Il semble que là encore une intervention de nos groupements serait utile, pour que les uns ne soient pas lésés alors que d'autres passent à côté de tous ces ennuis. Dans un conflit comme celui que nous vivons, toutes les charges doivent être également réparties si l'on veut éviter que demain, toutes ces erreurs créent des mécontents. Il conviendrait peut-être que là encore nos groupements professionnels, ou des représentants autorisés du Corps médical, aient voix consultative pour diriger les choix.

Toutes ces questions prises parmi tant d'autres intéressent le médecin qui n'est pas mobilisé, et qui en l'absence d'une autorité, ne sait à qui s'en prendre. Elles mettent en jeu d'ailleurs des intérêts assez importants pour mériter de retenir toute notre attention et de faire l'objet d'études particulières.

La guerre de 1939 nous montre déjà qu'elle est bien différente de toutes celles qui l'ont précédée et même de celle de 1914 où la sauvegarde de la santé des populations civiles ne se posait point avec la même acuité qu'aujourd'hui. Aussi, est-ce dès maintenant que nous devons réfléchir à toutes les inconnues qu'elle soulève, à toutes les questions qu'elle pose, à toutes les situations nouvelles qu'elle a déjà créées et qu'elle créera plus encore.

Nous sommes sûrs qu'en les étudiant ici-même au fur et à mesure qu'elles se présentent, nous apporterons au médecin français, en cette période si troublée, l'appui que notre journal lui a toujours largement donné.

Dr Rapho.

A PROPOS DE L'INTERNEMENT DES ALIÉNÉS

Ma question aux psychiatres m'a valu un abondant courrier. Je m'excuse de ne pouvoir répondre à ces aimables correspondants et les remercier de leur obligeance.

Il s'agissait, je le rappelle, de la conduite à tenir en face d'un aliéné (en l'espèce un alcoolique invétéré) agité, dangereux, mais qui fait sa crise chez lui et n'est menaçant que pour les siens.

Presque tous mes correspondants me rappellent purement et simplement les termes de la loi du 30 juin 1838 et conseillent de recourir à l'autorité du maire ou du commissaire de police.

A ceux-ci je puis affirmer que le commissaire de police m'a *toujours* refusé d'intervenir dès lors que l'ordre public n'était pas troublé. La question demeure donc entière.

Aussi suis-je très heureux de pouvoir porter à la connaissance de mes confrères la solution suivante. Elle émane du Professeur Claude et est par conséquent revêtue d'une incontestable autorité.

« Réponse à votre question.

Ces cas sont toujours délicats et je comprends votre embarras. La meilleure technique est la suivante :

Se mettre en rapport avec l'hôpital Henri-Rousselle, centre prophylactique, lequel désigne un médecin visiteur ; celui-ci, après consultation sur place, adresse un rapport au Commissaire de police, lequel fait le transfert du malade à l'asile ».

Je suis persuadé que les praticiens recevront avec reconnaissance cet avis du Professeur Claude qui peut leur permettre, le cas échéant, de se tirer d'un pas épineux.

G. Lavalée.

VARIÉTÉS

● ● ●

La cécité de Monseigneur de Ségur [1]

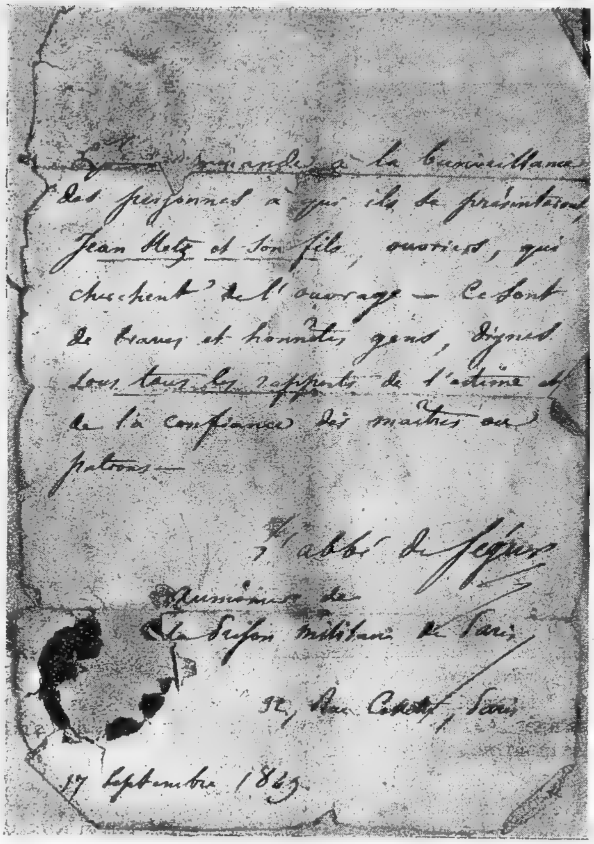
Par le Docteur Etienne GINESTOUS

Lauréat de l'Institut
Ancien interne des Hôpitaux de Bordeaux

Déjà, lors de la perte de son premier œil, beaucoup de personnes à Rome lui avaient conseillé d'en appeler de la sentence des hommes à la sentence de Dieu et d'implorer le miracle. M. de Ségur éprouvait à cela une grande répugnance, car il ne voyait pas pourquoi il désirerait sortir de la voie dans laquelle la Providence le faisait entrer.

Dans une lettre à son ami Mgr de Conny il écrivait : « C'est une grosse affaire et une grande responsabilité que d'être un miraculé, et je redouterais cette condition là ».

La cécité complète et définitive ne modifia pas la conviction intime de Mgr de Ségur. Mais de même qu'il avait accepté sans croire au succès l'intervention opératoire, de même il céda aux instances de ses parents et amis qui le suppliaient d'implorer la puissance miraculeuse divine.


Je recommande à la bienveillance
des personnes à qui ils se présenteront,
Jean Metz et son fils, ouvriers, qui
cherchent de l'ouvrage — Ce sont
de braves et honnêtes gens, dignes
sous tous les rapports de l'estime et
de la confiance des maîtres ou
patrons —

l'abbé de Ségur
Aumônier de
la Prison militaire de Paris

32, Rue Cassette, Paris

17 septembre 1853

FIG. 1. — Ecriture de Mgr de Ségur avant sa cécité.

Dans un petit appartement de Tours un saint laïque du nom de Dupont menait la vie d'un contemplatif.

Il possédait dans sa chambre une image de la Sainte Face devant laquelle une petite lampe brûlait jour et nuit.

Par les onctions faites avec l'huile de cette lampe, Dupont — le saint homme de Tours — avait la réputation qui s'étendait au loin, d'obtenir des guérisons subites et merveilleuses.

Mgr de Ségur lui fut conduit deux fois par son frère qui conte ces visites dans ses souvenirs : « Nous nous mîmes en prières ; puis M. Dupont oignit les yeux de Monseigneur avec l'huile de la lampe. Etait-ce une illusion ? Monseigneur crut avoir vu, comme dans un éclair, l'image de la Sainte Face... De là l'espérance qu'une nouvelle onction pourrait amener le miracle tant désiré. Elle fut faite. Mais Mgr de Ségur ne put se résigner à l'accompagner d'autre parole : « Fiat voluntas tuas ». Mgr de Ségur resta aveugle... et n'eut pas le privilège de l'apparition dont il avait bénéficié à sa première visite. En sortant de la chambre du saint homme de Tours, il le plaisanta sur l'insuccès de ses invocations.

En 1858, Mgr de Ségur avait accompagné à Lyon son secrétaire, l'Abbé Louis. Au retour, il fut conduit à Ars où la sainteté et les miracles du curé l'Abbé Vianney attiraient chaque jour une multitude de pèlerins. Mgr de Ségur tint la promesse qu'il avait faite à sa mère de demander aux prières du Saint-Curé d'Ars la guérison de sa cécité. Ses prières ne furent pas plus efficaces que celles de M. Dupont de Tours. Mgr de Ségur garda ce qu'il appelait sa chère infirmité, et au départ du prélat M. l'Abbé Vianney dit à ceux qui l'entouraient : « Voilà un aveugle qui voit plus clair que nous ».

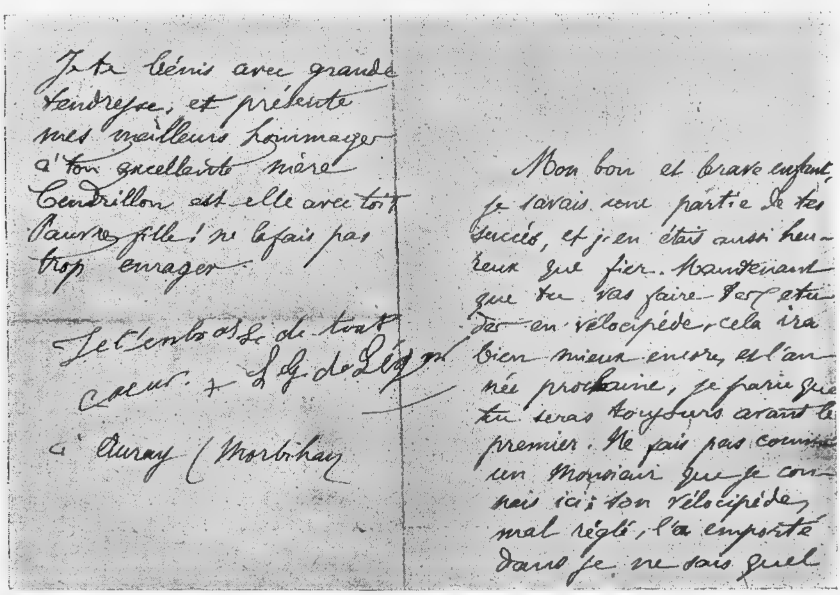
Les parents et les amis de Mgr de Ségur étaient dans la plus grande consternation. Ils accueillirent la nouvelle de sa cécité avec tendre

(1) Voir *Concours médical*, nº 40.

compassion et douleur. Son père lui écrivit : « ... Je ne peux pas m'imaginer que le Bon Dieu, qui voit le si bon usage que tu fais de tes yeux, puisse te réserver l'épreuve cruelle de les perdre tous les deux. Je ne puis t'exprimer la douleur que j'en ressens. Non, je veux le croire encore, Dieu ne voudra pas nous infliger à tous cette douleur cruelle... »

Louis Veuillot lui-même lui envoyait le 13 septembre ces lignes : « Monseigneur, quelle triste nouvelle vous me donnez. Je n'en suis pas consolé, même par la résignation si forte et si douce que Dieu vous envoie en même temps que cette affection terrible ».

Dans ce milieu de découragement et de tristesse, Mgr de Ségur conservait un calme et une sérénité de l'âme, une résignation qui fai-


Mon bon et brave enfant, je savais une partie de tes succès, et j'en étais aussi heureux que fier. Maintenant que tu vas faire tes études en vélocipède, cela ira bien mieux encore, et l'année prochaine, je parie que tu seras toujours avant le premier. Ne fais pas comme un monsieur que je connais ici ; son vélocipède mal réglé, l'a emporté dans je ne sais quel

Je te bénis avec grande tendresse, et présente mes meilleurs hommages à ton excellente mère. Cendrillon est-elle avec toi ? Pauvre fille ! ne la fais pas trop enrager.

Je t'embrasse de tout cœur. + L. G. de Ségur

à Auray (Morbihan)

FIG. 2. — Cette lettre a été écrite sous la dictée de Mgr de Ségur par son secrétaire, M. l'abbé Deninger. A la fin de la lettre, deux lignes sont de la main de Mgr de Ségur qui à ce moment était aveugle.

saient un frappant contraste. Alors que dans son entourage il n'y avait que pleurs et lamentations, lui ne prononçait la moindre parole de murmure. A la cruelle épreuve il répondait par un acte de soumission presqu'enjouée, dont nous trouvons la manifestation frappante dans une lettre du 6 septembre 1854 qu'il écrivait à Mgr Pie, évêque de Poitiers : « Je puis aujourd'hui commencer ma lettre par l'exorde du page de Malborough « A la nouvelle que j'apporte, vos yeux vont pleurer ». Je suis en effet occupé depuis cinq ou six jours à perdre complètement le peu de vue qui me restait et une cataracte déjà fort épaisse (erreur de diagnostic à laquelle croyait Mgr de Ségur) me permet à peine de distinguer en gros les objets qui m'entourent. Le chagrin de ma pauvre mère, de mes frères et de mes sœurs au milieu desquels je me trouve heureusement me fait plus de peine que mes misères personnelles ».

***

Dès les premières manifestations de la grave affection oculaire dont il était atteint Mgr de Ségur ne s'était jamais fait aucune illusion sur sa terminaison fatale. Il la considérait même comme le bienfait qu'il avait imploré de Dieu au moment de sa première messe. Aussi, était-il trop prévoyant pour n'avoir pas depuis longtemps préparé l'organisation de sa vie dans les ténèbres. Durant les quinze mois quiprécédèrent la perte totale de sa vue « il s'habitua peu à peu et à l'insu de tout le monde, à la condition d'aveugle, fermant souvent les yeux pour s'accoutumer à régler sa marche, ses mouvements, à se servir lui-même le plus possible sans y voir. Il prit insensiblement l'habitude de faire sa toilette, de se raser même les yeux fermés, à tel point qu'au jour de la cécité il n'eut qu'à continuer ce qu'il faisait auparavant, et que, pendant bien des années, il se fit lui-même la barbe sans jamais se blesser et avec la même perfection que s'il avait joui de la plénitude de sa vue (1) ». Au mois de décembre 1854, Mgr de Ségur, dont la cécité était devenue complète, était encore à Rome ; « il y reçut, dans son salon, à sa table, avec une aisance parfaite, et il avait conservé à un tel point l'attitude et les mouvements d'un

(1) Souvenirs et récits d'un frère, t. I, p. 264.

voyant qu'on se prenait à oublier son infirmité et qu'on avait peine à le croire privé de sa vue ».

Jusqu'à la dernière minute, il utilisa, nous pouvons dire, le peu de vision qui lui restait pour satisfaire à ses heures de délassement sa petite passion du dessin et de la peinture. Le jour même, le 1er mai 1853, où disparut la clarté de son œil gauche, il avait travaillé à une esquisse de Mgr Affre par qui il avait été ordonné prêtre. Ce fut le dernier acte d'une carrière d'artiste qui s'était annoncée particulièrement brillante et dont il dut faire le sacrifice.

Pour toujours il abandonna, crayon, pinceau et palette. Par contre, il eut la ferme volonté et il y réussit de continuer l'exercice de son sacerdoce et de faire prospérer les œuvres dont il avait été ou le fondateur ou l'animateur.

Un siècle auparavant Diderot avait écrit sa lettre célèbre aux aveugles. Valentin Haüy avait fait retentir sous les voûtes de l'église Saint-Eustache, les chœurs des malheureux privés de la vue qu'il avait groupés dans sa maison de la rue Notre-Dame-des-Victoires et à l'heure où Mgr de Ségur devenait aveugle la mémorable découverte de Braille avait transformé les conditions de vie de ceux qui pour toujours devaient renoncer à la joie de voir. Mgr de Ségur était trop au courant des événements du passé et aussi de ceux de son temps pour avoir ignoré la magnifique invention de la lecture-écriture en relief de Braille. Il faut dire qu'à cette époque le Braille était plus théorique que pratique, qu'il était encore très peu répandu et que n'avait pas été créée cette bibliothèque Braille qui de nos jours dans tous les domaines de la littérature et de la science permet à l'aveugle de connaître et d'approfondir la pensée des voyants. Certainement ce fut la raison pour laquelle Mgr de Ségur s'il la connut ne profita pas de la découverte de Braille. Cependant, Mgr de Ségur continua à lire ou du moins à faire lire, pour en écouter la lecture, les ouvrages dont la connaissance lui était nécessaire ; il continua aussi à écrire, plutôt à faire écrire sous la dictée, et même il écrivit beaucoup ; nous en avons pour preuve les innombrables et importantes publications telles, les *Causeries sur le protestantisme*, les *Instructions familières*, etc., etc. parues de 1859 à 1877 dont certaines dépassèrent ving-deux éditions.



FIG. 3. — Portrait publié dans *l'Illustration,* octobre 1881.

Les guide-mains dont l'usage de nos jours procure pour l'écriture une si grande facilité à ceux qui n'y voient pas n'étaient pas encore connus. Mgr. de Ségur, s'il en fut réduit après sa cécité à dicter ses travaux à ses secrétaires, d'abord l'Abbé Louis, de 1855 à 1859, ensuite l'Abbé Deninger à partir de 1859 qui les transcrivirent, avait cependant conservé lapossibilité, bien qu'aveugle, d'écrire de sa main quelques lignes.

Les autographes de Mgr de Ségur sont extrêmement rares.

Nous avons le précieux privilège (1) de pouvoir en reproduire deux ; l'un (cliché 1) a été écrit le 17 septembre 1849 à une époque où Mgr de Ségur avait déjà la vue fatiguée et était assez sérieusement malade mais où il n'était pas encore aveugle. L'autre (cliché 2) à la fin d'une lettre dictée vers 1859 à l'Abbé Deninger à l'adresse de Marcel Sembat alors élève à Stanislas, contient deux lignes finales écrites de la main de Mgr de Ségur déjà aveugle.

Au récit qui nous en reste on est véritablement étonné de l'esprit prévoyant qui guida Mgr de Ségur dans l'organisation de sa vie dans les ténèbres. Rien n'y fut laissé au hasard et on pourrait trouver un exemple de véritable adaptation aux nécessités qu'impose la cécité. Aussi bien doué qu'il soit, l'aveugle ne saurait se soustraire à la dépendance d'autrui. Le législateur moderne l'a tellement bien compris qu'il en a inscrit les modalités dans les lois d'assistance et de prévoyance sociales. Mgr de Ségur comme tout aveugle dut faire appel au concours des tiers. A personnalité si éminente il fallait des collaborateurs choisis en parfaite communion avec ses idées et ses sentiments, capables de comprendre et d'exécuter pour le plus grand bien de ses œuvres ses pensées les plus intimes.

(*A suivre.*)

(1) Nous devons à Mgr. Charles Gegout, prélat de la maison de sa Sainteté, président général de l'œuvre de Saint François de Sales, de pouvoir reproduire ces autographes extraits des archives de l'œuvre qu'il dirige et qu'il a bien voulu nous communiquer avec une extrême obligeance dont nous le remercions.

DOCUMENTATION DU TEMPS DE GUERRE

Décret du 26 septembre 1939 portant création d'une Croix de Guerre

Article unique. — Il est créé une croix dite Croix de guerre destinée à commémorer, durant les hostilités, les citations individuelles pour faits de guerre, à l'ordre des armées de terre, de mer et de l'air.

Jusqu'à la cessation desdites hostilités, cette croix sera attribuée dans les mêmes conditions que ci-dessus dans les corps participant à des actions de guerre en dehors du théâtre principal des opérations.

Un décret simple règlera l'application du présent décret, qui sera soumis à la ratification des chambres, conformément aux dispositions de la loi du 19 mars 1939.

(*J. O.*, 27 septembre 1939).

Les dispensaires antituberculeux et antivénériens fonctionnent normalement

Le ministre de la santé publique fait connaître que tous les services et institutions s'occupant de la protection de l'enfance, que tous les dispensaires antituberculeux et antivénériens, ainsi que les centres de lutte contre le cancer continuent à fonctionner.

Liste des services d'hôpitaux qui fonctionnent actuellement à Paris

En raison de l'évacuation d'une partie de la population parisienne et de la réduction du nombre des malades qui s'en est suivie, en raison aussi des vides causés par la mobilisation dans le personnel médical et chirurgical, un certain nombre de services hospitaliers, à Paris, ont été fermés par mesure de simplification.

Plusieurs de nos lecteurs, dont notre excellent confrère le Docteur Rochon-Duvigneaud, nous ayant demandé où ils peuvent adresser leurs malades, nous publions aujourd'hui une première liste des services d'hôpitaux actuellement ouverts et recevant des malades à Paris.

A) *Hôpitaux de l'Assistance publique de Paris.*

Hopital Bichat. — Tous les services fonctionnent et reçoivent des malades : en médecine, chirurgie, accouchements, radiologie.

Les trois services de chirurgie sont assurés par M. le professeur Hartmann, chirurgien honoraire des hôpitaux, et M. le professeur Mondor.

La Maternité, qui était fermée en septembre, vient d'être réouverte. Le service est assuré par M. Cathala, accoucheur honoraire des hôpitaux.

Hôpital Bretonneau. — Sont ouverts : les services de médecine, de Maternité, de contagieux, d'oto-rhino-laryngologie.

Le service de chirurgie infantile ne reçoit pas de malades (mobilisation du chef de service).

Hôpital Lariboisière. — L'hôpital Lariboisière est fermé aux hospitalisations nouvelles. Aucune admission n'a lieu, ni en médecine, ni en chirurgie, ni en urologie, ni en accouchements.

Fonctionnent normalement : les consultations externes de médecine, de chirurgie, d'ophtalmologie, d'oto-rhino-laryngologie, de stomatologie, de vénéréologie (consultation du soir).

Hôpital Cochin. — Les services de médecine et de tuberculeux sont ouverts. Les services de chirurgie et d'urologie sont fermés. Les consultations externes fonctionnent normalement.

Clinique d'accouchements Tarnier. — La Clinique Tarnier est fermée. L'avis suivant y est affiché : « Les femmes relevant d'un service de maternité doivent se rendre dans les établissements ci-après : Hôtel-Dieu, Pitié, Saint-Antoine, Beaujon, Boucicaut, Saint-Louis, *Baudelocque*, *Bretonneau*, à l'exclusion de tous autres ». (Les noms en italiques sont ceux dont nous avons pu personnellement nous assurer du fonctionnement. Y ajouter la Maternité de *Bichat*, qui vient de ré-ouvrir).

Maternité Baudelocque. — La Maternité Baudelocque fonctionne normalement et reçoit toutes femmes enceintes y venant accoucher (1).

B) *Etablissements indépendants de l'Assistance publique.*

Hôpital Notre-Dame de Bon-Secours (66, rue des Plantes, Paris XIV[e]). — Cet hôpital, desservi par les religieuses Augustines de l'Hôtel-Dieu, continue les consultations et hospitalisations de malades dans les conditions ordinaires.

(1) Nous remercions les Directeurs et Directrices d'hôpitaux, des renseignements qu'ils ont bien voulu nous donner, au cours des visites que nous avons faites et que nous poursuivons dans les différents établissements hospitaliers parisiens. P. L.

Le Gérant : R. THIRON CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

162 de la loi du 29 avril 1926, sur l'assistance aux familles nombreuses ;

Vu les lois des 17 juin et 30 juillet 1913, modifiées par la loi du 22 décembre 1917 et par l'article 169 de la loi du 16 avril 1930 sur l'assistance aux femmes en couches ;

Vu la loi du 24 octobre 1919, modifiée par la loi du 30 avril 1930 et par l'article 168 de la loi du 16 avril 1930 sur les primes d'allaitement ;

Vu la loi du 30 juin 1838, complétée par l'article 101 de la loi du 13 juillet 1911 et par les articles 68 et 69 de la loi du 30 mars 1931, sur les aliénés ;

Vu la loi du 7 septembre 1919 sur l'assistance aux tuberculeux ;

L'article 57 de la loi de finances du 28 février 1934 ;

L'article 7 du décret-loi du 30 octobre 1935, sur l'unification et la simplification des barèmes en vigueur pour l'application des lois d'assistance ;

Le Conseil des ministres entendu,

Décrète :

Art. 1er. — Le fonctionnement de la commission centrale d'assistance, instituée par l'article 17 de la loi du 14 juillet 1905 est suspendu, en raison des hostilités, jusqu'à décision ultérieure.

Art. 2. — L'administration centrale du ministère de la Santé publique est chargée, à titre exceptionnel, de statuer aux lieu et place de cet organisme, sur les pourvois formés contre les décisions des commissions départementales d'appel, relatives à l'ensemble des lois d'assistance ci-dessus énumérées.

(*J. O.*, 26 septembre 1939).

Légion d'honneur et médaille militaire

Décret du 5 septembre 1939, portant création d'un contingent spécial de décorations.

Art. 1er. — Pendant la durée de la guerre, un contingent illimité de décorations (Légion d'honneur et médaille militaire) est mis à la disposition des ministères de la Défense nationale et de la Guerre, de la Marine et de l'Air, en faveur des militaires des armées de terre, de mer et de l'air.

Art. 2. — Chaque fois qu'il sera nécessaire, il sera publié des tableaux de concours de la Légion d'honneur et de la médaille militaire, en faveur des militaires des armées de terre, de mer et de l'air qui auront mérité l'une de ces récompenses.

Art. 3. — Ces distinctions ne deviendront définitives qu'après avoir été ratifiées par une loi.

Les intéressés pourront porter leur décoration à partir du jour où elle leur aura été attribuée.

Art. 4. — Jusqu'au vote de cette loi de régularisation, les traitements afférents aux décorations attribuées à titre militaire seront imputés, suivant le cas, sur les fonds des budgets respectifs de la guerre, de la marine ou de l'air.

(*J. O.*, 23 septembre 1939).

Protection des enfants abandonnés

Décret du 9 septembre 1939 relatif à la protection des enfants abandonnés.

Art. 1er. — L'article 4 de la loi du 27 juin 1904 tel qu'il résulte du décret-loi du 30 octobre 1935 est abrogé et remplacé par le suivant :

« Est dit enfant en dépôt l'enfant qui, laissé sans protection ni moyen d'existence par suite du rappel sous les drapeaux pour une période indéterminée du père veuf ou divorcé, de l'hospitalisation, de la maladie grave ou du décès de ses père, mère ou ascendants, est recueilli temporairement dans les services des enfants assistés ».

Art. 2. — Le présent décret sera soumis à la ratification des Chambres conformément aux dispositions de la loi du 19 mars 1939.

Art. 3. — Le président du Conseil, ministre de la Défense nationale et de la Guerre, le ministre de la Santé publique et le ministre des Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal Officiel*.

(*J. O.*, 20 septembre 1939).

◆ ◆

SERVICE DE SANTÉ — RÉSERVE

Promotions

Par décret du 9 septembre 1939, sont nommés, à compter du 1er septembre 1939, dans le cadre des officiers de réserve du service de santé et, par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les médecins auxil. de rés. ci-après désignés (rang du 1er septembre 1936).

(Le numéro suivant le nom indique la région à laquelle appartient l'intéressé.)

Gibon, rég. de Paris ; Carrère, région de Paris ; Ulmann, rég. de Paris ; Lecler, région de Paris ; Turotte rég. de Paris ; Blanchard, rég. de Paris ; Boucheron, rég. de Paris ; Tabutiaux, rég. de Paris ; Delabroise, région de Paris ; Courtin, rég. de Paris ; Dorcy, région de Paris ; Inizan, rég. de Paris ; Laboure, rég. de Paris ; Ben Hamou, rég. de Paris ; Chantala, rég. de Paris.

Lebrun, rég. de Paris ; Mercie, rég. de Paris ; Meunier, rég. de Paris ; Mattei, rég. de Paris ; Legris, rég. de Paris ; Laredo, rég. de Paris ; Deffrennes, 1re rég. ; Cattez, 1re rég. ; Danset, 1re ; Delory, 1re ; Lacombe, 1re ; Leroy, 1re ; Lehembre, 1re ; Henriet, 2e ; James, 2e ; Beneult, 2e ; Geerlandt, 2e ; Lhomme, 2e ; Tessoulin, 2e ; Blin, 2e ; Dastugue, 2e ; Cocquerez, 2e ; Huignard, 2e, Codron (Maurice), 2e ; Codron (Pierre), 2e ; Jongeryck, 2e ; DRoussy, 2e ; Dijon, 3e ; Duboc, 3e ; Buisson, 3e ; Bréant, 3e ; Guilloux, 4e ; Minot, 4e ; Beasse, 4e ; Dupont 4e ; Duloup, 4e ; Gibert, 4e ; Motte, 5e ; Laveau, 5e ; Riant, 5e.

Bosq, 5e ; Lassave, 5e ; Daret, 5e ; Beaufils, 5e ; Four-

nier, 6e ; Coutou, 6e ; Adam, 6e ; Bordier, 6e ; Van Quaethem, 6e ; Baudon, 6e ; Bouchart, 6e ; Darde, 6e ; Goldman, 6e ; Parrot, 6e ; Petit, 6e ; Violette, 6e ; Stemper, 6e ; Bonnel, 6e ; Boullet, 6e ; Marchallat, 7e ; Philippe, 7e ; Poinas, 7e ; Nicolas, 7e ; Bardin, 7e ; Mignot, 7e ; Joseph, 7e ; Musy, 7e ; Picard, 7e ; Haas, 7e ; Mousset, 8e ; Rolland, 8e ; Dupuy, 9e ; L'Hoste, 9e ; Cady, 9 ; Caignon, 9e ; Tharaud, 9e ; Morand, 9e ; Lacourie, 9e ; Daubert, 11e ; Gueguen, 11e ; Jacobee, 11e.

Dezaunay, 11e ; Baty, 11e ; David, 11e ; Carric, 11e ; Oliviero, 11e ; Boyer, 13e ; Jorrand, 13e ; Suttel, 13e ; Renard, 13e ; Morel, 13e ; Mante, 13e ; Clavel, 13e ; Dutap, 13e ; Gras, 14e ; Berthod, 14e ; Marion, 14e ; Soubeyran, 14e ; Michel, 14e ; Duvernay, 14e ; Verrier, 14e ; Giraud, 14e ; Stavre, 14e ; Tarle, 14e ; Geay, 14e ; Tourrier, 14e ; Feraud, 14e ; Barthélemy, 14e ; Sarradon, 15e ; Preneron, 15e ; Carrega, 15e ; Colonna, 15e ; Maury, 15e ; Vailhe, 15e ; Basile, 15e ; Jourdan, 15e.

Arlaud, 15e ; Chiaverini, 15e ; Grill, 15e ; Jacquin, 15e ; Frechinos, 15e ; Clanet, 16e ; Cochy de Moncan, 16e ; Marle, 16e ; Valentin, 16e ; Vieules, 16e ; Gouzes, 16e ; Mondou, 16e ; Sabathier, 17e ; Raynaud, 17e ; Bernis-Bergeret, 18e ; Cateigt, 18e ; Chatonet, 18e ; Pouchard, 18e ; de Saint-Aubin, 18e ; Casty, 18e ; Lanusse, 18e ; Barucq, 18e ; Bristaut, 18e ; Guénard, 20e ; Rouveix, 20e.

Jacquemin, 20e ; Bonnet, 20e ; Kennel, 20e ; Geismar, 20e ; Bours, 20e ; du Fresnay, 20e ; Ungerer, 20e ; David, 20e ; Ritter, 20e ; Mathis, 20e ; Kriegel, 20e ; Maumus, 20e ; Colin, 20e ; Monpère, 19e C. A. ; Sofferand, 19e C. A. ; Le Cat, 19e C. A. ; Gerstle, 19e C. A. ; Battini, 19e C. A. ; Ben Saïd, 19e C. A. ; Le Bayou, 19e C. A. ; Estienne, tr. de Tunisie, Campagne, tr. du Maroc ; Baysse, tr. du Maroc.

(Rang du 1er sept. 1937) Briand, 8e ; Gallet, 13e.

◆ ◆ ◆

Ecole du service de santé militaire

Liste par ordre de mérite des candidats admis en 1939 à l'école du service de santé militaire, sous réserve de la production du certificat de scolarité prévu à l'article 16 (3e alinéa) de l'instruction du 12 janvier 1939 relative à l'admission à cette école.

SECTION DE MÉDECINE (TROUPES MÉTROPOLITAINES)

1° Candidats titul. de 12 inscript. : Demarty, Jeudy, Collignon, Moitel, Seigneuric, Tauzin, Lévy.

2° Candidats titul. de 8 inscript. : Guérard, Dulac. Rauzy, Bénazet, Lequere, Triniteschillemans, Sagot, Julia, Favreaux, Miffred, Eyrolle, Dumoulin, Cochin Renaudat, Eberie, Fosse, Langard, Martinsibille, Tauzin, Eyquem, Demesse, Charet, Faure, Leandri, Farsy, Chambelland, Collon, Debrisson de Laroche, Lautier, Berroche, Lehmann, Borromei, Bouchel, Guzy

3° Candidats titul. de 4 inscript. : Dutheil, Tournoux, Seranne, Poulizac, Caille, Nivière, Césard, Missenard, Rongier, Fourcade, Causse, Souweine, Tardos, Garrigou, Ponroy, Picamoles, Serre, Mauriange, Chevalier, Gandin, Avezou, Pierson, Comet, Balley, Farizon Velay, Morin, Cancelme, Pomier-Layrargues, Tréguier Constant, Crutchard, Galais, Bailly, Olsen, Vulliet' Clavel, Engles, Bergues, Bonfante, Cellier, Dumas' Foliguet, Pecastaing, Matheron, Curnier, Dorland' Anraedt, Rossel, Robagglia, Guillemeteau, Soubiron' de Saint-Pastou de Bonrepeau, Vauthixr, Lagarde, Labouban, Baron, Peschaud, Mace, Olivero, Coldefy, Man, Laporte, d'Haussy, Rojon, Chiez, Domens, Bergrac, Bouchit.

Rimemale, Jauneau, Auduge, Molinier, Agnez, Bourtaud, Bernard, Parenty, Franeou, Priolet, Phelippon, Prudhon, Delbose, Mathelieguiniet, Pousses, Demarchi, Gaubert, Paby, Torre, Mieral, Albertini, Navel, Robin, Moutet, Simond, Joany, Meynier, Auguin, Grenaut, Bucaille, Grès, Girard (J.-C.), Imbert, Viarnaud, Birard (V.-L.), Merlihot, Jouvet, Bonnicel, Castet Portal, Aigle, Malard, Varinot, Krizek, Marion, Mouroux, Helluy, Merzeau, Salinier, Loniewski, Ropert, Brunbuisson, Deroudilhe, Ferrat, Leclercq, Huart, Mathurin, Menantaud, Leclercq, Gra, Prudhomme, Cauret, du Sorfiers de La Tourrasse, Briskine, Laffitte, Barrière, Braggini, Brun, Lacroix, Lamou, Simonet.

Les candidats sursitaires appelés sous les drapeaux seront mis en route par leur chef de corps sur l'école du service de santé militaire pour le 10 octobre 1939.

La question des loyers telle qu'elle se présente le 1er octobre 1939

Le *Journal Officiel* du 29 septembre a publié un décret-loi, daté du 26 septembre, reportant au 1er avril 1940 l'expiration des prorogations de jouissance des locaux à usage d'habitation et professionnels, qui devaient normalement venir à échéance le 1er juillet 1939 et dont le précédent décret-loi du 1er juillet 1939 avait déjà reporté l'expiration au 1er octobre 1939.

Il s'agit là d'une mesure d'une portée restreinte et qui n'intéresse qu'un petit nombre de locataires. Elle ne concerne, en effet, que les locataires de locaux à usage d'habitation et professionnels, construits avant la précédente guerre, et situés soit : 1° à Paris, dans le département de la Seine et dans un rayon de 50 kilomètres de Paris ; 2° dans les villes de plus de 100.000 habitants et dans les communes limitrophes ; 3° dans les autres villes ou communes où l'application de la législation spéciale sur les loyers a été maintenue, et à la condition que la valeur locative des locaux, au 1er août 1914, ait été comprise, *pour les locaux d'habitation*, entre : 1.000 et 1.500 francs dans la première catégorie, 600 et 800 francs dans la seconde, 300 et 400 francs dans la troisième, et *pour les locaux professionnels*, entre 2.000 et 2.500 francs dans la première catégorie, 1.000 et 1.500 francs dans la seconde 600 et 1.000 francs dans la troisième.

Tous les locataires, indistinctement, qu'ils soient mobilisés ou non, et dont la location réunit les conditions que nous venons d'indiquer, bénéficient de plein droit de la prolongation de leur prorogation, sans avoir aucune demande à formuler ni aucune démarche à accomplir.

Il convient de remarquer que la majoration égale à 10 % du loyer ou de la valeur locative de 1914, qui devait être supportée par les locataires en prorogation à partir du 1er juillet 1939 et qui

avait été supprimée jusqu'au 1er octobre 1939, n'est pas supprimée à nouveau par le décret-loi du 26 septembre.

Elle s'appliquera donc, à partir du 1er octobre 1939, à tous les locataires qui, à l'heure actuelle, bénéficient encore d'une prorogation légale.

D'autre part, en principe, tous les locataires doivent continuer à payer régulièrement leur loyer.

Cependant, une exception est à faire pour les locataires mobilisés.

En effet, la situation de ceux-ci est actuellement régie, du point de vue des loyers, par un décret-loi du 1er juillet 1939, donc antérieur à la guerre.

Aux termes de ce décret-loi, et à moins que leurs ressources n'aient pas été diminuées du fait de leur rappel sous les drapeaux, tous les locataires de locaux à usage d'habitation, rappelés provisoirement sous les drapeaux pendant une durée minimum de quinze jours, bénéficient de plein droit, nonobstant toute convention contraire, d'un moratoire pour le paiement du prix du loyer. Les effets de ce moratoire se termineront pour les loyers échus et non encore acquittés et pour les loyers venant à échéance avant la libération, à l'expiration d'un délai de six mois qui partira de la date de libération du mobilisé.

Il s'ensuit que les locataires mobilisés, qu'ils soient ou non bénéficiaires d'une prorogation légale, sont provisoirement dispensés du paiement de leur loyer.

D'ailleurs, il est infiniment probable que la question d'ensemble des rapports entre bailleurs et locataires, en temps de guerre, fera l'objet d'ici peu d'un décret-loi. A l'heure actuelle, il est encore impossible d'en prévoir les dispositions. Sans doute le moratoire des loyers qui sera institué sera-t-il plus souple et moins général que celui de 1914, et tiendra-t-il un plus grand compte des situations particulières et des possibilités de chacun.

Aussitôt que ce décret-loi aura vu le jour, nous ne manquerons pas de le publier dans nos colonnes et de le commenter pour nos lecteurs. De plus, nous serons à la disposition de ceux qui voudront bien nous écrire ou venir nous consulter pour les renseigner sur son application à leur cas personnel.

CORRESPONDANCE

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

6.482. — Les affectations en temps de guerre dépendent des besoins du service.

Le *Concours Médical* a signalé maintes fois que les officiers de réserve pères de trois enfants avaient droit à une affectation à l'intérieur.

Cette disposition est-elle toujours valable ? Quelle serait la conduite à tenir si une affectation dans la zone des armées était imposée abusivement ?

Dr D.

Réponse

Il est exact qu'en temps normal les officiers pères de trois enfants aient droit à une affectation à l'intérieur. Mais en temps de guerre les besoins du service priment toute autre considération, sans qu'il soit par conséquent possible de vous donner une certitude à ce sujet.

6.397. — Situation d'un médecin dégagé d'obligations militaires

Je suis père de huit enfants. J'ai 40 ans. J'ai donné ma démission d'officier de réserve. Suis-je réquisitionnable pour la Défense passive ?

Dr L.

Réponse

Père de huit enfants et ayant donné votre démission d'officier de réserve, vous êtes dégagé de toutes obligations militaires. Mais vous pouvez être requis comme civil pour la défense passive, à moins que vous ne présentiez une inaptitude physique absolue (art. 2, loi du 31 mars 1928).

6.476. — Situation d'un médecin réformé qui désire contracter un engagement pour la durée de la guerre.

1° Un réformé définitif à l'incorporation, classe 1920, peut-il contracter un engagement pour la durée de la guerre ?

2° Etant chirurgien, ancien interne, chef declnique des hôpitaux de Paris, a-t-il droit (n'ayant jamais fait aucun service militaire)) a un grade ? lequel ? et combien de temps après l'arrivée au corps ?

Dr B.

Réponse

1° Ce réformé définitif peut soit contracter un engagement pour la durée de la guerre, soit demander au recrutement à passer devant une Commission de réforme pour aptitude physique. Le premier procédé paraît le meilleur.

2° N'ayant jamais fait de service militaire, ce confrère ne peut avoir droit d'emblée à un grade dans l'Armée. Cependant il peut être nommé asssez rapidement médecin auxiliaire, après avoir passé le certificat d'aptitude administrative, qui est exigé. Sa spécialisation sera pour lui un grand avantage ; il devra la signaler aussitôt son incorporation, et sera ainsi rapidement utilisé dans une équipe chirurgicale.

6.533. — Situation d'un docteur en médecine qui a fait la guerre de 1914 dans le rang

Pourriez-vous me dire quel sera mon sort le jour où je serai mobilisé ?

Voici ma situation : Classe 1917, engagé avec la classe 1916, classe de mobilisation : 1912 (deux enfants), caporal, sans affectation.

Ma classe n'ayant pas eu à faire de périodes de réserve, je n'ai pas demandé à être officierde réserve. Je ne pensais évidemment pas avoir à reprendre du service.

Le fait d'avoir fait cinquante mois de service lors de la dernière guerre interviendrait-il ?

Y aurait-il lieu de faire quelque chose dès maintenant ?

Dr B.

Réponse

En tout état de cause, vous feriez bien de rappeler au recrutement que vous êtes docteur en médecine afin que le cas échéant vous soyez rappelé dans le Service de santé. A ce moment, il vous faudrait évidemment suivre quelques conférences administratives, afin d'obtenir le certificat d'aptitude exigé pour être nommé médecin auxiliaire. Votre promotion au grade de médecin sous-lieutenant suivrait dans la mesure des nécessités et des besoins du service.

6.351. — Les libérations militaires seraient sans doute suspendues en cas de guerre

Je serais démobilisé en octobre si rien ne se passe.

Si la guerre éclate, puis-je demander à être renvoyé à l'époque prévue ou être affecté à la disposition de la population civile dans le village où je suis seul médecin ?

Dr B.

Réponse

En cas de guerre, le ministre de la Guerre peut supprimer toutes les libérations et il est fort probable qu'il ne manquerait pas d'user de cette faculté.

ACCIDENTS

6. 215. — Recouvrement d'honoraires accidents

Un ouvrier blessé vient me consulter comme accidenté du travail. Le lendemain, l'établissement employeur me notifie qu'il ne reconnait pas l'accident pour raisons « extra-médicales ». Je conseille à l'ouvrier de prendre une feuille d'Assurances sociales. Je porte les diverses indications sauf les acquits, mon client s'étant déclaré (ce qui était vrai) tout à fait impécunieux.

A sa guérison, mon client poursuivit son patron devant le Juge de paix, lequel lui donna raison.

Autrefois, j'aurais actionné l'ouvrier en paiement de mes honoraires, mais avec la nouvelle loi, qui dois-je poursuivre ?

Dr D.

Réponse

Il est certain que la réforme du régime des accidents du travail par la loi du 1er juillet 1938 complique quelque peu la solution du problème que vous nous soumettez.

La suppression de l'entente directe entre médecin et accidenté du travail interdit tout recours contre ce dernier, dès lors qu'il s'agit d'un accident du travail.

D'autre part, le patron n'est tenu de payer les honoraires du médecin que si les conditions d'applicabilité de la loi du 9 avril 1898 sont bien réunies. Le médecin ne peut donc savoir à quoi s'en tenir sur la personnalité de son débiteur en cas de contestation que lorsqu'une décision de justice est venue trancher de manière définitive la question de l'applicabilité ou de la non applicabilité de la loi de 1898.

Puisqu'en l'espèce, cette décision est intervenue sur l'initiative de l'ouvrier, vous êtes fondé à poursuivre le patron en paiement de vos honoraires en invoquant l'art. 4, § 8, de la nouvelle loi du 9 avril 1898.

Vous ne pourriez être déchu de vos droits à l'égard du patron qu'au cas où vous ne vous seriez pas conformé aux dispositions légales, c'est-à-dire n'auriez pas adressé dans les 48 heures la carte à recommander d'office, et dans les huit jours le certificat en double exemplaire prévu par l'art. 11.

Encore pourriez-vous soutenir, au cas où vous auriez omis ces envois, que les contestations soulevées par le patron vous avaient fait penser que ces formalités étaient à ce moment inutiles.

Au cas où vous rencontreriez des difficultés pour poursuivre ce recouvrement, nous pourrions demander à notre Conseil de vous faire bénéficier de l'appui moral et pécuniaire de notre Ligue.

Soixante et unième année N° 42 15 Octobre 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie Scientifique

Partie Professionnelle

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg .	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro..........	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.

PROPOS DU JOUR

LA DISLOCATION DE LA FAMILLE ET LA GUERRE

La dislocation de la famille existe en temps de paix, elle est le plus souvent due à la mésentente conjugale qui provient presque toujours du déséquilibre nerveux ou moral de l'un des conjoints. Le Docteur Edouard Larrivé, médecin en chef de la Maison de santé de Saint-Jean-de-Dieu à Lyon, en a publié une étude dans le volume : *Médecine et vie familiale,* publié cette année par le Groupe lyonnais d'études médicales philosophiques et biologiques.

La guerre évidemment augmente les causes de déséquilibre nerveux ; l'accroissement de la dislocation des familles en est la conséquence. L'anxiété des conjoints , causée par la séparation et le danger, la femme privée de son soutien, parfois sans travail, et laissée seule pour élever une famille plus ou moins nombreuse, le souci des enfants privés de l'autorité paternelle, parfois l'éloignement de ces enfants, placés chez des parents ou recueillis par des œuvres charitables qui tentent de les remplacer mais qui ne peuvent suppléer à la douceur du foyer familial, toutes ces causes et bien d'autres d'ordre sentimental concourent à provoquer le déséquilibre. Celui-ci, sous l'influence d'une longue absence du mari, habitudes contractées de part et d'autre durant cette absence, provoque la mésentente conjugale et partant la dislocation du foyer familial. Tous les époux ne peuvent suivre l'exemple d'Ulysse et de Pénélope.

Hâtons nous de dire que le plus souvent un des conjoints, sinon, les deux présentent un terrain préparé qui les prédisposent aux névropsychoses dont nous allons énumérer quelques -unes.

En premier lieu signalons le *déséquilibre constitutionnel.* Ce déséquilibre se manifeste par une sorte d'anarchie dans le domaine affectif qui provoque les réactions tantôt excessives, tantôt insuffisantes. Le déséquilibré se livre à des actes à prédominance passionnelle ou émotive. La jalousie, l'irrascibilité, un maintien hargneux et renfrogné dominent son caractère. Souvent en public, il est aimable, même brillant et conquiert l'affection et l'estime. Mais à son foyer apparaissent les défectuosités et les incapacités de son caractère, éclatent ses mauvais penchants.

C'est un débile du jugement qui voit faux et la vie familiale devient très pénible sinon impossible.

Le *paranoïaque* est encore pis que le déséquilibré. Orgueilleux, vaniteux, méfiant, mauvais coucheur, atteint d'une jalousie morbide et pourvu d'un jugement absolument faux, il suscite des querelles continuelles, se livre à des vexations qui amènent la dislocation de la famille.

Nous n'insisterons pas sur les *intoxications* : alcoolisme, morphinomanie, cocaïnomanie, etc. qui amènent la dislocation et souvent avec une issue tragique.

La *schizophrénie* tient ici une place importante. Elle consiste en troubles de l'affectivité. Celui ou celle qui en est atteint cesse d'aimer, abandonne ses amis, rompt à l'occasion des fiançailles sans motif ou demande le divorce. Sa famille lui devient antipathique ou indifférente. Souvent il a une répulsion invincible pour les siens. On note chez lui la disparition de l'instinct maternel ou paternel, la haine familiale dont il est impossible de déceler la cause. A ces psychoses joignons les groupes d'excités ou de déprimés, de cyclothymiques à caractères vagues et les indifférents, dépourvus constitutionnellement de sentiments altruistes.

Souvent la mésentente conjugale qui est le fait de l'un ou de l'autre conjoint, se manifeste à la phase initiale de la névropsychose et est un des premiers symptômes de cette dernière.

La guerre évidemment, par les troubles sociaux et émotifs, par les privations qu'elle cause, est un facteur important de dislocation de la famille. Répétons pourtant que toujours ou presque toujours elle ne joue que le rôle de cause seconde, que le terrain est préparé souvent héréditairement et qu'elle ne fait que déclancher la névropsychose qui peut se manifester avant ou après la mésentente conjugale.

Les conséquences déplorables de la dislocation de la famille pour les époux n'ont pas besoin d'être exposécs.

Pour les enfants la situation est encore plus pénible. Le triste exemple des scènes que la mésentente leur met sous leurs yeux, influe sur leur éducation. Si les époux sont intoxiqués, les enfants peuvent subir de mauvais traitements, vivent dans un état d'émotivité, d'anxiété continu. Tout ceci, joint à l'hérédité, fait que l'on observe que presque toujours les enfants délinquants, pervers, à réactions antisociales, sont issus de familles disloquées. Aussi la dislocation familiale n'est pas un des moindres maux qui sont la conséquence de la guerre.

J. Noir.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS IMPORTANT

Les petites annonces sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux ne permettant leur insertion que quatre jours après leur réception. Lesdites petites annonces ne devront comporter aucun nom de ville, ni aucune abréviation, mais devront contenir nom et adresse de l'annonceur. Le texte d'une annonce présentée au Journal doit être visé par le commissaire de police ou le maire de la ville. Le Journal se réserve, par ailleurs, le droit de supprimer toutes les annonces qui lui paraîtraient douteuses.

Nous avons le regret de ne pouvoir insérer aujourd'hui toutes les demandes des Petites Annonces, que nous avons reçues.

Par suite d'une nouvelle réglementation de la Censure, les libellés doivent être désormais visés par le Commissaire de Police, ou à défaut le Maire de leur localité.

Nº 340. — Morbihan. Famille honorable recommandée par médecin prendrait en pension enfants bien portants. Conditions modérées. S'adresser à M. et Mme Fouchet à Penhaf (Ile-aux-Moines).

Nº 341. — Chef-lieu de canton Orne. Médecin mobilisé demande remplaçant. Intégralité des recettes. Louerait maison meublée instruments et auto 202. Madame Couette, Pont-Ecrépin à Putanges, (Orne).

Changements d'adresses

Nous prions nos abonnés mobilisés ou requis de vouloir bien nous adresser d'urgence s'il y a lieu leur nouvelle adresse afin que le *Concours Médical* leur parvienne régulièrement.

Ne pas omettre, détail important, l'adresse à laquelle l'abonnement leur était servi.

Sauf avis contraire de leur part, nous nous proposons de publier dans les numéros qui suivront et afin de les faire connaître à leurs confrères et amis, leur adresse du temps de guerre.

Si possible, joindre deux timbres pour le changement de bandes.

Renseignements

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du Pyréthane, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

En temps de guerre l'Angoisse, l'Anxiété, l'Emotivité et l'insomnie sont à leur maximum.

L'*Aéine*, médicament type, est devenu indispensable. 4 à 8 comprimés par jour.

Echantillons gratuits, 6, place Clichy (Paris, IXe).

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

Silicyl réalise ou assure, seul, la médication siliceuse active dans toutes ses indications.

Action tissulaire antiathéromateuse. Diurétique. Déchlorurante. Abaisse T. Mxa et T. Mma. Consolidation accélérée des fractures (Sté Chirurgie, Paris 2/12/27).

***Ne pas confondre* Silicyl, gouttes, comprimés, ampoules 5 c. c. intrav., produit pur, actif, de formule biologique et sans adjuvant médicamenteux.**

Changements d'Adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le *Concours Médical* leur parvienne régulièrement à l'avenir. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile.

I. La situation des agrégés et médecins des hôpitaux en vue de leur nomination au grade de médecin commandant.

II. Nomination au grade supérieur des médecins auxiliaires ou sous-lieutenants.

Nous avons reçu de notre distingué confrère, le Docteur Camille Perfetti, ancien ministre, questeur de la Chambre, la lettre suivante et deux réponses à lui adressées par M. le Sous-Secrétaire d'Etat de la Défense nationale et de la Guerre. Nous le remercions vivement et nous nous empressons de publier ces deux importantes Circulaires.

A) Lettre de M. le Docteur Perfetti

Paris, le 6 octobre 1939.

Honoré et cher Confrère,

Je vous soumets deux Circulaires de M. le Sous-secrétaire d'Etat à la Défense nationale et à la Guerre qui établissent les droits d'avancement des médecins des hôpitaux et des professeurs agrégés de Faculté, et ceux des médecins auxiliaires cu sous-lieutenants.

Pensez-vous qu'il y aurait intérêt pour certains de nos confrères mobilisés d'en connaître les termes.

Le *Concours Médical* me semble tout qualifié pour les publier.

Dr Camille Perfetti
Député de la Haute-Marne
Ancien ministre,
Questeur de la Chambre.

B) Circulaire relative à la situation des agrégés et médecins des hôpitaux

Sous-secrétariat d'Etat de la Défense nationale et de la Guerre

Cabinet du Ministre

No 48

Paris, le 29 septembre 1939

Monsieur Perfetti, Député,
Questeur de la Chambre des Députés,
Ancien ministre.

Monsieur le Ministre et cher Collègue,

Vous avez bien voulu appeler mon attention sur la situation des professeurs agrégés de médecine en vue de leur nomination au grade de médecin commandant.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que depuis la guerre 1914-1918 le tableau d'avancement des Officiers de réserve du Service de santé a été établi en tenant compte, non seulement des titres de guerre, mais aussi des titres universitaires, de l'assiduité aux Ecoles de perfectionnement, des services rendus comme instructeurs dans ces écoles ou pour la préparation militaire, des affectations prévues en cas de mobilisation.

C'est ainsi que des médecins de réserve, possédant des titres particuliers (professeurs de Facultés ou d'Ecoles de médecine, médecins ou chirurgiens des hôpitaux) et affectés, en cas de mobilisation, à des chefferies de formation ou à des postes importants, ont été inscrits au tableau d'avancement avec un grand choix ; c'est-à-dire qu'ils ont été promus dès qu'ils ont réuni le *minimum d'ancienneté de grade* fixé par la loi du 8 janvier 1925 ou par les instructions en vigueur, même si leur assiduité aux Ecoles de perfectionnement était insuffisante. Ils ont été ainsi souvent inscrits au Tableau d'avancement avant d'autres officiers de réserve présentant des titres de guerre ou militaires supérieurs aux leurs, mais n'ayant pas leurs titres scientifiques.

Dans ces conditions, je considère qu'il est inopportun de faire une situation spéciale à des officiers de réserve qui se sont désintéressés volontairement de leur situation militaire pendant de nombreuses années, alors que leurs collègues ayant les mêmes titres scientifiques ou occupant les mêmes fonctions, accomplissaient des périodes d'instruction, faisaient preuve d'assiduité aux Ecoles de perfectionnement et collaboraient activement avec le service de Santé militaire.

Lors de la préparation des tableaux d'avancement il sera tenu le plus grand compte, comme par le passé, des titres universitaires des officiers de réserve du

Service de santé, mais les nominations de ces officiers au grade supérieur ne pourront être prononcées qu'autant que les intéressés réuniront les conditions minima d'ancienneté de grade prévues par les lois et règlements en vigueur.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre et cher Collègue, les assurances de ma haute considération.

Le Sous-Secrétaire d'Etat de la Défense nationale et de la Guerre.

C) Circulaire concernant la nomination au grade supérieur des médecins auxiliaires ou sous-lieutenants

SOUS-SECRÉTARIAT D'ETAT DE LA DÉFENSE NATIONALE ET DE LA GUERRE

Cabinet du Ministre

N° 51

Paris, le 29 septembre 1939.

Monsieur Perfetti, questeur de la Chambre des Députés, ancien Ministre.

Monsieur le Ministre et cher Collègue,

Vous avez bien voulu appeler mon attention sur la nomination, au grade supérieur, des médecins auxiliaires ou sous-lieutenants.

J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'aux termes des dispositions de la loi du 8 janvier 1925, les médecins sous-lieutenants de réserve sont promus au grade de médecin lieutenant lorsqu'ils réunissent quatre ans d'ancienneté de grade, étant entendu que les intéressés ont obtenu, lors de leur nomination, une majoration d'ancienneté dans le grade de sous-lieutenant, égale à la durée de leurs études médicales diminuée de 2 ans et que le temps passé en situation d'activité avec le grade de sous-lieutenant compte pour le double de sa valeur. Ce qui revient à dire que les médecins sous-lieutenants sont promus au grade supérieur après avoir servi, en moyenne, pendant six mois dans leur grade.

Dans ces conditions les médecins sous-lieutenants de réserve sont promus au grade supérieur dans un délai si bref que j'estime qu'il n'y a pas lieu d'envisager de mesure spéciale en leur faveur.

Par ailleurs, il n'est pas possible de nommer au grade de médecin sous-lieutenant de réserve tous les médecins auxiliaires de réserve qui ont soutenu leur thèse de doctorat en médecine ou qui, étant titulaires de seize inscriptions validées, ont été reçus, au concours, internes titulaires des hôpitaux d'une ville de Faculté. Les nominations ne peuvent avoir lieu que dans la limite des places vacantes dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé dont l'effectif total est fixé par les tableaux d'effectifs.

Pour le moment ce cadre est au complet et le nombre des officiers de réserve dont le Service de santé dispose est suffisant pour faire face aux exigences du Service.

Le Sous-Secrétaire d'Etat de la Défense nationale et de la Guerre

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de chirurgie.** — Sur la demande de plusieurs membres de l'Académie, mobilisés, l'heure des séances a été avancée. Les séances auront lieu à 14 h. 30, au lieu de 15 h. 30.

— **Société médicale des hôpitaux de Paris.** — La Société médicale des hôpitaux de Paris a repris ses réunions hebdomadaires le 6 octobre à 16 h. 30.

— **Doctorat en médecine.** — *Dispense de la soutenance publique.* — Les candidats aux doctorats (doctorat d'Etat ou d'université) dans toutes les Facultés, qui ont obtenu le permis d'imprimer leur thèse avant le 27 septembre 1939, pourront, sur leur demande, être dispensés de la soutenance publique. Ils seront reçus docteurs dans les trois mois qui suivront le dépôt à la Faculté du nombre réglementaire des exemplaires imprimés.

Ceux qui désireront obtenir une mention ou demander un emploi dans l'enseignement supérieur devront subir ultérieurement l'épreuve de la soutenance.

— **Cité universitaire de Paris.** — Le nombre des étudiants de province qui poursuivront leurs études dans les facultés de Paris pendant la durée des hostilités sera évidemment très limité : d'une part, beaucoup sont mobilisés ; d'autre part, les facultés de province absorberont tous les étudiants évacués de Paris.

Cependant, si les demandes sont suffisantes, la direction de la Cité universitaire maintiendra ouverte la Maison des Provinces de France, qui pourrait accueillir environ trois cents jeunes gens.

Les autres pavillons sont appelés à être réquisitionnés par le service de santé et pourront être transformés en hôpitaux de transition. L'œuvre, en somme, continuera de fonctionner au ralenti pendant la guerre et sera prête à rouvrir simultanément ses vingt-cinq maisons à la rentrée qui suivra la cessation des hostilités.

— **Dans les pharmacies.** — Il est recommandé d'éviter un usage non indispensable des produits suivants : éther, alcool, objets de pansements.

Le lait condensé, dont l'approvisionnement offre actuellement quelque difficulté, doit être réservé à l'alimentation des nourrissons.

— **Les médecins civils requis pour la défense passive.** — A la séance (séance officieuse) du 26 septembre 1939 de l'Académie de médecine, M. Tanon a exprimé le souhait qu'il soit institué une commission d'examen pour les médecins requis qui demandent à être relevés de leur service dans les postes de secours de la défense passive, pour raison de santé.

M. Tanon pense que les médecins qui assurent un service d'hôpital ou se consacrent à leur clientèle pendant le jour, doivent pouvoir, en principe du moins, donner éventuellement leurs soins à des gazés pendant la nuit, sauf cas particuliers.

— Hôpital Beaujon-Clichy. *Cours pratique d'anesthésie.* — M. E. Desmarest, avec le concours de M. G. Jacquot, fera à partir du 15 octobre 1939, à 9 h. 30, à l'hôpital Beaujon-Clichy, un cours pratique d'anesthésie.

Les élèves, dont le nombre est limité à dix, collaboreront aux anesthésies sous la surveillance des moniteurs.

La durée de cet enseignement entièrement gratuit, sera de deux mois.

Les inscriptions sont reçues le matin, à l'hôpital Beaujon-Clichy, dans le service de M. Desmarest.

— Ministère de la Santé publique. — Le docteur Alexis Carrel est nommé, par arrêté du 22 septembre 1939, chargé de mission au Ministère de la Santé publique.

— Les assistants étrangers dans les hôpitaux de Paris. — La question des assistants étrangers dans les hôpitaux de Paris a été soulevée récemment à une séance (officieuse) de l'Académie de médecine.

M. Sergent ayant demandé que, dans la réorganisation actuellement en cours des services des hôpitaux de l'Assistance publique de Paris, les assistants anglais et polonais ne soient pas considérés comme des étrangers, M. Gosset a fait observer que l'Assistance publique a un règlement auquel elle doit conformer ses nominations. Seul, le Ministère des Affaires étrangères peut décider différemment, les chefs de service n'ayant pas qualité de décision à ce point de vue.

— Naissances. — Le docteur et Madame Félix Piaget sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Elisabeth.*

Grenoble, 4, rue de la République.

— Le médecin commandant Le Moine, ancien interne des hôpitaux de Paris et Madame, le médecin capitaine Dillange, aux armées et Madame, font part de la naissance de leur petit-fils et fils *Francis.*

Brive, 16 septembre 1939.

— Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Henri Blanc, ancien président de la Société des chirurgiens de Paris ; du Docteur Lemeland, accoucheur des hôpitaux de Paris (hôpital Saint-Louis).

Voir la suite page XXXIII-2441

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS

LE NANISME CONGÉNITAL

Par le Professeur P. Lereboullet (*)

Dans une précédente leçon, publiée dans ce journal (1), j'ai étudié toute une série de nains, thyroïdiens, hypophysaires, hépatiques, rénaux, achondroplasiques. Or, si la dénomination de nain leur est couramment appliquée — et s'il faut, selon moi, la conserver — elle ne correspond pourtant pas à certaines définitions qu'on a données du nanisme. C'est ainsi que Ernest Martin, dans son « Histoire des monstres » dit que pour admettre qu'il s'agit bien d'un nain « il faut que le sujet présente dans toutes les parties de son corps de justes proportions, de telle sorte que, si le corps a été arrêté dans son développement par une cause qui échappe à la vue et dont un examen attentif est incapable de rendre compte, il n'ait aucune altération ni dans la vigueur, ni dans les facultés intellectuelles et morales, ni dans la santé, ni dans la durée de la vie, ni surtout dans l'aptitude génératrice ». Le nain type ainsi défini par Etienne Martin est certainement une très grande exception. Une autre définition a été donnée, il y a quelques années, par Ettore Levi (de Florence) qui peut être rapprochée de celle d'Ernest Martin. Il admet une catégorie de nains qu'il désigne sous les noms de nanosomes ou de microsomes, chez lesquels les difformités cliniques sont nulles et dont les caractéristiques somatiques et génitales en particulier correspondent à leur âge réel. « Ces individus de très petite taille, aux formes viriles ou féminines, sont des réductions à l'échelle de l'homme normal, des adultes vus par le gros bout de la lorgnette, des miniatures humaines ». L'une et l'autre définitions ne s'appliquent pas à la plupart des nains observés en clinique et notamment à ceux que j'ai décrits dans une précédente leçon. Elles correspondent mieux à un cas que j'ai suivi il y a quelques années avec mes élèves Odinet et Salleron et qui pouvait être considéré comme présentant un nanisme congénital. Nous avons pu, mon collaborateur Odinet et moi, le rapprocher de quelques autres faits analogues et je voudrais, à propos de ces cas, qui feront bientôt l'objet d'une étude détaillée, vous dire comment on peut, à l'heure actuelle, préciser les caractères du nanisme congénital ou du moins de certains cas justiciables de cette appellation.

Le fait dont je veux aujourd'hui vous parler a trait à un enfant venu à ma consultation de l'hospice des Enfants-Assistés le 9 octobre 1934 à l'âge de six ans et demi, adressé par mon élève et ami le Docteur Bouquier (de Berck).

Cet enfant est issu de parents normaux chez lesquels on ne trouve aucun passé pathologique. Le père est bien portant et prétend n'avoir jamais été malade. On ne décèle chez lui aucun stigmate de syphilis ; sa réaction de Wassermann est négative.

La mère jouit également d'une bonne santé ; elle n'a jamais eu de troubles génitaux, n'a subi aucun traitement de rayons X ou de radium sur l'appareil génital.

Les collatéraux semblent également être tous sains, à l'exception toutefois d'une cousine germaine de l'enfant qui serait atteinte d'arriération mentale.

Le nanisme de cet enfant était manifeste dès la naissance. Il est né à terme (la mère l'a maintes fois précisé). *Il mesurait à ce moment* 28 *cm. et pesait* 1.200 *grammes.* Mais un caractère très curieux était l'état de la fontanelle antérieure qui, au moment de la naissance était presque soudée : c'est à peine s'il existait un très faible intervalle entre les différents os qui la composent ; à l'âge de deux mois, elle aurait été complètement fermée.

L'enfant s'est développé ensuite de façon régulière et sans aucun à-coup, ainsi qu'en témoignent les courbes de poids et de taille qui donnent une idée très exacte du rythme de son développement.

Il a été nourri dès sa naissance au lait condensé,

(*) Leçon faite à la clinique Parrot (Hospice des Enfants-Assistés) et recueillie par Mlle Ducro.

(1) P. Lereboullet. Le nanisme et ses divers types étiologiques. *Concours médical*, 2 juillet 1939.

l'allaitement maternel s'étant révélé impossible. Dans le courant de la première année, cet enfant a présenté des troubles digestifs, consistant surtout en crises diarrhéiques de courte durée, qui entraînaient chaque fois une perte de poids de 100 à 200 grammes. Il existait en outre un certain degré d'anorexie. Ces troubles digestifs ne paraissent pas suffisants à expliquer le retard de croissance, puisque la petitesse de la taille, notée dès la naissance, était antérieure à ces manifestations.

Un fait particulier c'est que le simple séjour à la campagne, en été, sans aucune médication cherchant à faciliter sa croissance, permettait, chaque fois que ce séjour était réalisé, la reprise de quelques centimètres. Certaines substances opothérapiques paraissent même avoir eu une influence fâcheuse sur ses fonctions digestives et s'être indirectement opposées ainsi à la croissance. Néanmoins l'enfant, extrêmement résistant, a échappé à presque toutes les maladies infectieuses de l'enfance, peut-être d'ailleurs parce qu'il a été sevré de tout contact avec les autres enfants.

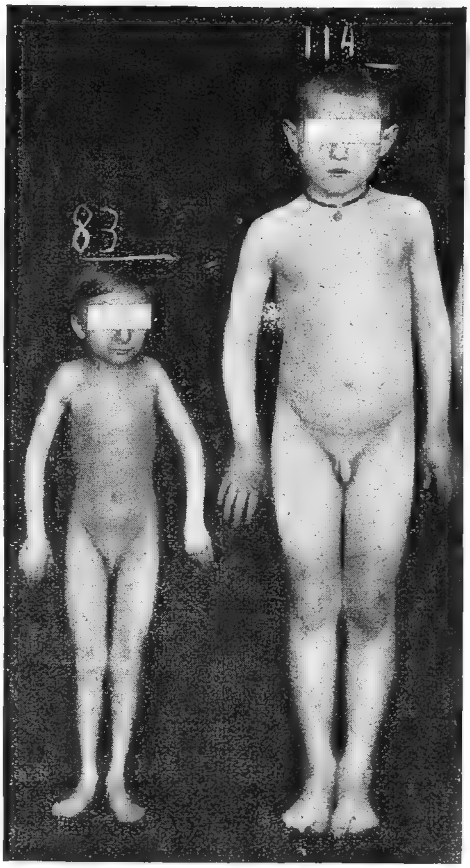
A 6 ans 9 mois, lors de mon premier examen, il mesurait 82 cm. et pesait 6 kgr. 500 ; il avait la taille d'un bébé de 2 ans et le poids d'un nourrisson de 6 mois.

Je l'ai suivi pendant environ 3 ans 1/2, jusqu'à l'âge de 10 ans. Il paraissait bien proportionné, n'était nullement achondroplasique ; sa maigreur l'emportait encore sur son nanisme, de sorte que dans l'ensemble il avait un aspect longiligne assez particulier. La mensuration des différents segments des membres ne laisse d'ailleurs aucun doute à ce sujet. Si on détaille avec plus de soin l'aspect des différentes parties du corps de l'enfant, on constate que le crâne est un peu étroit et allongé, le nez est assez fortement proéminent, le thorax est long et étroit, l'abdomen n'est pas distendu, les membres sont graciles et allongés.

On ne trouve aucun stigmate osseux de rachitisme, la fontanelle est fermée et il n'y a ni chapelet costal ni tuméfaction des épiphyses. L'examen radiologique n'a montré aucune altération de la substance osseuse : les cartilages de conjugaison sont bien marqués par des limites nettes. L'ossification semble correspondre à l'âge réel de l'enfant et on voit sur les clichés des points d'ossification secondaire qui correspondent à l'âge de 7 ans (âge où la radiographie fut faite).

Les téguments sont normaux d'aspect, sans trace d'infiltration myxœdémateuse.

Les cheveux sont abondants, longs et fins, les cils et les sourcils ne présentent aucun caractère particulier ; les ongles sont normaux.



A gauche l'enfant atteint de nanisme congénital ; à droite enfant normal de même âge (7 ans).

La palpation des régions ganglionnaires ne montre pas d'adénopathies périphériques.

Les dents sont assez vilaines et déjà en partie cariées ; il n'y a aucun retard d'évolution dentaire. Mais chose curieuse, quand nous l'avons revu récemment, il avait déjà perdu ses incisives inférieures et les incisives supérieures étaient en très mauvais état de telle sorte qu'il présentait un état dentaire impressionnant. A ce point de vue il s'apparente au nanisme à type sénile (1).

Cet enfant avait un testicule en ectopie lors de notre premier examen mais peu à peu il s'est à cet égard rapproché de la normale. On ne constate pas de manifestations neurologiques, tous les mouvements actifs s'exécutent normalement.

Il n'y a pas d'hypotonie musculaire. Les réflexes tendineux sont normaux. Le réflexe cutanéo-plantaire est en flexion des deux côtés ; il n'y a aucun signe de la série cérébelleuse.

L'appareil auditif est normal.

Les yeux, examinés par le Docteur Monthus, ont montré une « réaction pupillaire normale, les milieux sont transparents, le fond de l'œil est normal, la pupille est à bords nets, pas de lésion périphérique, hypermétropie de 2 1/2 à 3 diop-

(1) La preuve de cette évolution n'a pu être faite, l'enfant étant mort brusquement à la suite d'un coup de chaleur quelques semaines après ces constatations.

tries. Pas de troubles de la musculature. L'acuité visuelle et le champ visuel paraissent normaux ».

L'étude de l'intelligence a montré aux premiers examens que cet enfant avait un âge de 5 ans et 2 mois, pour un âge réel de 6 ans et 9 mois. Il ne s'agit d'ailleurs pas d'arriération mentale, mais d'un retard dû à une absence complète de fréquentation scolaire. J'ai vu cet enfant un an et demi plus tard ; son âge mental paraissait bien être celui de son âge et on ne pouvait parler chez lui d'une arriération ; à aucun degré il ne rappelait l'aspect d'un myxœdémateux ou d'un mongolien.

Le métabolisme basal a été fait à plusieurs reprises et a donné 48,4 au lieu de 43, chiffre moyen de l'âge de l'enfant à cette époque ce qui fait un écart de + 12 %. Ce chiffre serait en lui-même acceptable, mais si on compare ce métabolisme, non plus à celui des enfants du même âge, mais à celui des enfants de même poids ou de même taille, on trouve des résultats absolument invraisemblables, avec un pourcentage d'augmentation dépassant de beaucoup les limites physiologiques.

En discutant on arrive à cette conception que l'enfant a un métabolisme de son âge sans avoir le métabolisme de son poids ni de sa taille. Je n'insiste pas ici sur la discussion de ces chiffres qui ont été rapportés en détail dans la thèse de mon élève Salleron (1).

Les urines ne contenaient pas d'albumine ; la formule leucocytaire était normale.

Un point intéressant de son histoire c'est que, pendant le temps où j'ai dirigé son traitement, il a augmenté de taille : c'est ainsi qu'il est passé de 83 à 89 cm. Il est resté deux ans et demi sans venir nous voir, et lorsque le 26 janvier 1938 je l'ai vu pour la dernière fois il mesurait 91 cm. 5. Il avait donc continué de grandir. Il a augmenté par brusques poussées, l'été, à la campagne. Il pesait 8 kgr. 870 qui n'est pas même le poids d'un bébé à la fin de sa première année. On peut donc dire que cet enfant se serait développé autrement s'il n'avait pas commencé par avoir 28 cm. et 1.200 gr. à sa naissance.

Ce cas peut donc être qualifié de nanisme congénital puisque le retard de croissance, extrêmement marqué à la naissance (28 cm.) était certainement relativement moindre 10 ans plus tard, l'enfant ayant pris 63 cm. (2). Ici c'est avant tout le retard congénital qui caractérise le nanisme.

Les cas, superposables, ou simplement comparables à celui-ci, c'est-à-dire spécifiés par le retard marqué de la taille à la naissance sont relativement rares. Avec Odinet et Salleron, j'en ai rapporté un fait publié jadis par Magitot (1881) et concernant un garçon de 14 ans, né le 11 novembre 1867 aux environs d'Angoulème, troisième enfant de parents bien portants qui, au moment de sa naissance, *était d'un si petit volume qu'il put être enveloppé dans un mouchoir de poche*. Il ne fut toutefois ni mesuré, ni pesé, Examiné par Magitot, il était bien proportionné, toutefois la hauteur de la tête, comparée à la taille totale était excessive, 6 têtes à 6 têtes 1/2, alors que la proportion normale, pour un enfant bien conformé du même âge, serait de 5 têtes à 5 têtes 1/2. Une autre disproportion se remarque, c'est le volume extraordinaire du nez et la saillie du milieu de la face et de l'intermaxillaire, sans aucune trace de bec-de-lièvre. Cet aspect du nez est assez comparable à celui de notre nain. Les membres, les mains et les pieds sont de proportions assez régulières. Le poids est de 9 kilos, la taille de 93 cm. Les organes génitaux sont normaux et Magitot considère ce cas comme un fait de nanisme pur et simple sans macrocéphalie ni idiotie. Sans qu'il soit possible de se prononcer sur la signification de ce cas observé avant la découverte du myxœdème infantile et les recherches sur les arrêts de croissance d'origine endocrinienne, il se rapproche à nombre d'égards, de celui de notre malade

Un autre cas est dû à V. Debenedetti et a été publié en Italie en mai 1927. Il s'agit d'un enfant né à terme après une grossesse au cours de laquelle on relève seulement une grande frayeur de la mère au septième mois. Bien conformé à la naissance, il pesait moins d'un kilo, et *il eut pour berceau une boîte à chaussures*. Il eut ses premières dents à 6 mois. Il commença à marcher à 14 mois.

A 9 ans 5 mois, c'est un enfant vif, intelligent, de mémoire supérieure à la moyenne, il fréquente l'école primaire avec succès.

Sa peau est lisse, ses cheveux abondants et bruns, les sourcils clairsemés. Il a peu de graisse sous-cutanée.

Au point de vue morphologique, on note une dolichocéphalie, le nez en lorgnette avec ensellure, les lèvres minces, les doigts longs et maigres sans renflement terminal. Une luxation bilatérale de la hanche n'empêche pas l'enfant d'être très agile et de courir facilement.

Les dents sont au nombre de 22 dont 4 permanentes (2 molaires et 2 incisives inférieures).

---

(1) P. SALLERON. Contribution à l'étude du nanisme essentiel. (A propos d'un cas de nanisme congénital). Thèse de Paris, 1935.

(2) Il se serait vraisemblablement encore atténué si l'enfant n'avait pas brusquement succombé. A 10 ans, il avait pris depuis sa naissance 63 cm. alors qu'un garçon normal a pris 73 cm. L'écart de croissance reste donc modéré et c'est le retard congénital qui reste le facteur essentiel du nanisme.

A 10 ans et 2 mois, le poids a atteint 11 kgr. 150 et la taille 89 cm., il a deux nouvelles incisives.

Les testicules, petits, sont dans les canaux inguinaux.

L'examen de sang montre 5 % d'éosinophiles. Le Wassermann est négatif. L'examen des urines ne montre rien de particulier.

Il a au total une réduction staturale de 32 %.

Un nain surtout peut être rapproché de notre cas, c'est le célèbre nain Joseph Borulawski, dont parlent toutes les monographies consacrées à l'histoire des nains.

Ce nain sur lequel on a des renseignements assez complets, est né en 1739, en Pologne russe. Il aurait eu à sa naissance 8 pouces au plus (0 m. 221). Ses parents étaient de taille normale, avaient 6 enfants, cinq fils et une fille. Trois d'entre eux étaient de taille normale, mais les deux aînés, celui dont je vous parle et le second, et l'une des filles furent à peine de la taille d'un enfant de 4 ans.

Ce nain fut nourri au sein. On ne signale pas de maladie dans son jeune âge.

A un an, il avait 14 pouces (0 m. 389). A 6 ans, 16 pouces (0 m. 445). A 15 ans, 25 pouces (0 m. 721).

En 1760, le comte de Tressan envoie à l'Académie des Sciences un mémoire qui donne sur Borulawski des renseignements intéressants. Il l'avait rencontré à Lunéville, à la cour du Roi Stanislas : « M. Borulawski, gentilhomme polonais, dit-il, est arrivé à Lunéville, à la suite de Mme la comtesse Humiecska, parente de S. M. le roi de Pologne et Grand Porte-Glaive de la Couronne. Ce jeune gentilhomme peut être regardé comme l'être le plus singulier qui soit dans la nature et Bébé, Nain du Roi de Pologne, n'a plus rien qui doive surprendre.

« M. Borulawski a 22 ans. Sa hauteur est de 28 pouces (0 m. 775). Il est parfaitement bien formé et nulle partie monstrueuse ne le défigure. Sa tête est bien proportionnée. Ses yeux sont beaux et pleins de feu. Tous ses traits sont agréables. Sa physionomie est douce, spirituelle, et annonce la gaîté, la politesse et toute la finesse de son esprit.

« Sa taille est droite et bien formée, ses genoux, ses jambes et ses pieds sont dans les proportions exactes d'un homme bien fait et vigoureux. Il lève avec facilité d'une seule main des poids qui paraissent considérables pour sa stature... Il parle très sensément de tout ce qu'il a vu ; sa mémoire est très bonne, son jugement fort sain, son cœur est sensible et capable de reconnaissance et d'attachement. Il n'a jamais montré de colère ni de méchanceté. Il lit et écrit bien, etc... » La description qu'en donne de son côté Diderot est sensiblement superposable. En résumé, il semble que Borulawski ait été un nain harmonieux, sans retard intellectuel, sans retard psychique, tout au moins, d'après les descriptions qui en sont faites. Enfin, quant à ses fonctions génitales, sans avoir de renseignements indiscutables, elles devaient être normales et il semble bien que son fils était effectivement de lui. On ne peut le rapprocher ni des achondroplasiques, ni des dystrophiques en général ; sa longévité, même si elle a été exagérée, exclut l'hypothèse d'une progeria à l'inverse de ce qui peut être pour le non moins célèbre Bébé. Son développement psychique et son aspect général ne permettent pas de penser à une dysthyroïdie, non plus qu'à un infantilisme hypophysaire. Il ne se superpose pas davantage au nanisme rénal et aux autres cas de nanisme que j'ai étudié dans ma dernière leçon. Nain congénital il était, nain congénital il est resté toute sa vie avec les caractéristiques données par Ernest Martin aux véritables nains.

Un quatrième enfant étudié par Virchow en 1892 et revu en 1902 par von Hansemann présente à peu près les mêmes caractères. C'est le nain Dobos Janos qui, à 11 ans, mesurait 0 m. 926 et pesait 13 kgr. 200.

C'est toutefois un cas, assez analogue sans doute comme apparence, mais qui comporte de nombreuses lacunes et dans lequel existaient d'assez nombreuses tares pathologiques. Je ne fais donc que vous le signaler.

Voilà donc un certain nombre de cas où la petitesse de la taille remonte strictement à la naissance, où le développement ultérieur reste en diminution sur la normale mais ne fait qu'accentuer le retard à la naissance.

Ces nains sont différents de ceux publiés par Ettore Levi sous le nom de microsomie essentielle, il n'y a aucun doute à ce sujet et il suffit de regarder les photographies des cas de cet auteur pour voir les différences. Ils sont toutefois très proportionnés et si nous avons mis en relief dans deux d'entre eux, le volume exagéré du nez, on ne peut en tirer grande conséquence.

Sans doute le retard pondéral est souvent plus accusé chez ces nains que le retard statural ; mais cela tient à la difficulté de les nourrir et aux troubles digestifs qu'ils présentent. Leur maigreur explique leur aspect plutôt longiligne.

Au cours du développement, il n'y a aucun signe de lésions viscérales, nerveuses ou endocriniennes : ces nains rentrent donc bien dans la catégorie des nains essentiels. Leur développement intellectuel est en général tout à fait normal. Chez ces enfants il y a évidemment un point qui reste obscur, on n'arrive pas à trouver l'élément étiologique du nanisme.

Ils sont nains dès leur naissance et par conséquent dès leur vie intra-utérine.

Dans notre cas l'enfant mesurait 28 cm. ; un

autre mesurait 22 cm. et avait pour berceau une boîte à chaussures. Un autre avait été couché longtemps dans un sabot. Le malade de Magitot tenait dans un mouchoir de poche. Or cette petitesse n'est jamais rencontrée chez les sujets qui ont ultérieurement une taille normale, s'ils mesurent parfois 43 centimètres, il est tout à fait exceptionnel qu'ils aient au-dessous de 40 cm.

En recherchant dans les statistiques, notamment celle de Depaul sur la taille des prématurés, on ne trouve pas de chiffres se rapprochant des nôtres.

Cette petitesse de la taille à la naissance est un caractère des plus importants pour individualiser la forme du nanisme.

Ensuite la croissance staturale se fait, avec lenteur évidemment, mais avec une progression qui était très nette dans notre cas et, lorsqu'on serre un peu le problème, on voit que leurs points d'ossifications apparaissent à l'âge normal (du moins dans notre cas), que leur intelligence est sensiblement celle des enfants de leur âge (réserve faite du retard éducatif) que, à en juger par notre cas, leur métabolisme basal est celui d'un enfant de leur âge et non pas celui d'un sujet pesant leur poids et mesurant leur taille.

De ces constatations, nous sommes arrivés, mon collaborateur J. Odinet et moi, à cette conclusion : ce sont des enfants nains, avant même leur naissance et du fait d'une cause conceptionnelle ou voisine de la conception : ce sont des *nains congénitaux* à l'inverse des sujets atteints de nanisme rénal, dont le nanisme ne se précise que plusieurs années après la naissance. Je ne crois pas qu'il faille retenir à l'origine de tels faits un trouble survenu au cours même de la grossesse et, par exemple, l'influence d'une frayeur vive, néanmoins ces nains ne doivent pas être regardés, comme des sujets normaux, ce sont des *nains tératologiques.*

A cet égard on peut les rapprocher de certains nains qui semblent devoir leur nanisme à l'action des rayons X ; j'ai vu notamment une enfant de 3 ans et 1/2 qui mesurait 81 cm. lorsque je l'ai étudiée, par ailleurs intelligente et sans tares particulières, mais dont la mère avait eu douze séances de rayons X du fait d'une suspension des règles pendant deux mois qui avait fait croire à une possibilité de fibrome. Alors que dans d'autres cas, tels ceux publiés par M. Apert, l'action des rayons X amène une série d'accidents aboutissant à la production de malformations osseuses ou cérébrales (anencéphalie), ici c'est la petitesse de la taille seule qui a été notée, peut être parce que les séances de radiothérapie ont été très tôt interrompues et n'ont dès lors troublé que momentanément le développement de l'enfant.

Peut-être d'autres faits éclaireront-ils cette action possible des rayons X au début de la grossesse, mais c'est à la pathologie comparée et à l'expérimentation qu'il faudrait s'adresser pour vérifier cette influence possible de la radiothérapie utérine sur la croissance de l'enfant au cours de la gestation.

Tout ce que nous pouvons conclure de l'étude de notre cas et de ceux que j'en ai rapprochés c'est que le nanisme ici est une monstruosité au sens où l'entendait Ernest Martin et selon sa définition ; ce sont des enfants qui ont tous les caractères d'un sujet normal, sauf la réduction de la taille.

L'ignorance où nous sommes des causes vraies du nanisme, le fait qu'il est déjà constitué à la naissance nous empêchent de pouvoir agir efficacement par un traitement. Chez notre petit malade, nous avons dû nous borner à traiter les troubles digestifs ; encore les diverses préparations données dans ce but étaient-elles souvent mal tolérées ; l'opothérapie digestive a été elle-même le point de départ de troubles intestinaux. Une tentative de piqûres d'extrait hypophysaire, faite par un médecin, qui le suivit un moment, entraîna rapidement des accidents d'intolérance assez marqués, au cours desquels la croissance, loin d'augmenter, s'arrêta complètement. Peut-être les hormones somatotropes, actuellement bien préparées, pourraient-elles dans des cas semblables, donner quelque résultat. L'avenir le dira. Nous devons actuellement nous borner à des médications symptomatiques. En regard des faits de nanisme dont la cause endocrinienne justifie une thérapeutique énergique et souvent efficace, il faut placer ces faits de nanisme congénital, heureusement exceptionnels, dans lesquels, dès la naissance, le nanisme est constitué et définitif. Si rares qu'ils soient, ils méritent d'être mis en lumière.

ANGOR SYNCOPAL A RÉPÉTITION

Docteur S. HAZIN

L'angor syncopal à répétition est une forme redoutable, où la syncope apparaît comme un épiphénomène impressionnant, non fatal heureusement.

Ces crises angineuses syncopales n'apparaissent qu'à l'effort. Elles peuvent être d'intensité variable, depuis le simple éblouissement jusqu'à la syncope complète avec mouvements convulsifs.

Au point de vue séméiologique, on peut décrire deux variétés :

a) Syncopes brèves, se produisant généralement à l'acmé de la crise angineuse. Parfois transitoires, elles peuvent dans d'autres cas être mortelles ;

b) Syncopes prolongées pouvant se produire à n'importe quel moment de la crise, quelquefois même avant tout phénomène douloureux, en quelque sorte d'emblée.

L'angine syncopale est d'une durée variant de quelques minutes à une demi-heure (un cas de durée de quatre heures). C'est une forme en général transitoire. Dans les formes brèves comme dans les formes prolongées, le malade ne garde habituellement aucun souvenir de ses crises.

La cessation de l'effort, de la marche, arrête l'évolution des phénomènes.

Les crises surviennent presque journellement chez certains malades, chez d'autres rarement.

Quant à l'action de la trinitrine, elle paraît être toujours efficace dans les formes où la syncope n'apparaît pas d'emblée et au moins dans les petits malaises, où elle rétablit rapidement le calme et permet un effort prolongé.

La syncope apparaît chez certains malades par suite d'une prédisposition particulière, comme équivalent de la crise angineuse hyperalgique ou hyperanxieuse, comme il y a des équivalents non douloureux ou anxieux d'angine de poitrine.

Au point de vue étiologique, il semble naturel de penser que toutes les angines de poitrine, quelle que soit leur origine, pourraient s'accompagner de syncopes. Mais, parmi les quatorze observations que nous avons recueillies, nous comptons : huit aortites, dont deux aortites syphilitiques ; deux rétrécissements aortiques rhumatismaux et un non rhumatismal ; une aortite d'origine indéterminée ; un rétrécissement et une insuffisance aortique rhumatismale ; une insuffisance aortique rhumatismale ; quatre myocardites ; deux hypertendus.

Dans toutes ces observations, dont on a pu prendre l'électro-cardiogramme, il n'y a pas d'altération de l'onde T, pas plus que des complexes auriculo-ventriculaires sauf deux cas.

Dans toutes les formes syncopales d'angine de poitrine, il est intéressant d'étudier la prédisposition du malade à la syncope en recherchant des lésions cardiaques possibles, l'existence d'une insuffisance cardiaque (I. V. G. surtout), un état vago-sympathique particulier.

Le psychisme de ces malades est ébranlé ; vivant continuellement dans la crainte des accès, ils sont tristes, mélancoliques, préoccupés de leur état ; ce ne sont pas seulement des « boiteux » du cœur, mais des « invalides » du système psychique.

La pathogénie des formes syncopales d'angine de poitrine est multiple. Il peut s'agir soit d'une syncope réflexe, soit d'une faiblesse subite des contractions myocardiques due à une anémie myocardique extrême avec distension ventriculaire excessive (complexe cardiaque conservant son profil normal à l'électro) ; soit d'un blocage auriculo-ventriculaire paroxystique, les désordres ischémiques qui sont à la base du syndrome angineux (coronarien) s'étendant jusqu'à la région hisienne, et soit enfin d'une fibrillation ventriculaire qui, même transitoire, se montre d'une gravité exceptionnelle. (*Thèse de Paris*, 1939.)

NOTIONS ÉLÉMENTAIRES SUR L'ANESTHÉSIE EN CHIRURGIE DE GUERRE

Par J. de Fourmestraux

Médecin lieutenant-colonel

Il n'y a pas deux chirurgies, celle de la guerre et celle du temps de paix.

Les meilleurs chirurgiens de guerre, ont été ceux qui, en dehors des nécessités douloureuses de l'évacuation immédiate, ont appliqué les règles essentielles de leur pratique normale.

Il nous semble cependant d'une élémentaire logique de penser que dans le domaine de l'anesthésie, ces règles doivent être simplifiées, les pratiques quelque peu compliquées abandonnées, aux heures tourmentées où nous sommes, placés en face d'impérieux devoirs.

L'anesthésie par le protoxyde d'azote, l'éthylène, le cyclopropane en circuit ouvert ou fermé, l'évipan constitueront peut-être la vérité de demain. La complication de l'appareillage, le petit nombre des anesthésistes qualifiés, en limitent l'emploi.

I. — Anesthésie locale ou régionale

L'anesthésie de base, associée à l'anesthésie locale, a, dans ces dix dernières années, permis de réaliser des progrès très réels, dus à la fois à une meilleure technique, et à une qualité supérieure des produits injectés.

L'anesthésie régionale apparaît d'autre part comme riche en promesses fécondes.

Dans les formations de l'avant où la rapidité d'exécution joue un rôle de premier plan, l'anesthésie de base ne peut être envisagée de façon habituelle. Anesthésie uniquement locale ; indications restreintes. Elle doit demeurer le procédé de choix dans les traumatismes fermés, réduction des fractures, des luxations, traitement précoce des entorses sévères dont Leriche nous a appris à hâter la consolidation.

Solution à injecter : cocaïne ou de préférence novocaïne à 1 pour 200, succédanés, scurocaïne, syncaïne, etc.

Action imbibitrice locale nulle, endo-tissulaire, peu efficace dans la plaie contuse et plus ou moins largement ouverte qu'est la plaie de guerre. Quantité de liquide utilisé.

Dans la pratique civile, exérèse gastro-intestinale, anesthésie splanchnique, 200 cent. cubes et même 300 centimètres cubes ont pu être utilisés sans accidents sévères.

Dose qui paraît excessive chez un blessé toujours plus ou moins shoké. Soixante à quatre-vingt centimètres cubes au maximum.

Adjonction d'adrénaline. Il semble bien que l'hémostase temporaire soit ainsi plus facile à réaliser, sa résorption ralentie, sa toxicité diminuée. Ne pas oublier cependant que l'adrénaline peut être en solution étendue génératrice de sphacèle du tissu cellulaire. Ne jamais injecter de sérum adrénaliné, méthode qui paraît dans l'ensemble présenter plus d'inconvénients que d'avantages.

Voie veineuse, avec ou sans adrénaline, dangereuse, même avec stase (compression de la racine du membre).

Voie artérielle, à l'étude, ne saurait être employée que d'une façon exceptionnelle, procédé mineur (Goinard).

Anoci-anesthésie, suivant Crile, anesthésie locale précédant l'anesthésie générale, section physiologique de l'arc réflexe, nous a, dans la pratique normale, donné de très heureux résultats. Elle demeure avantageuse chez les shokés où la quantité de chloroforme ou d'éther nécessaire est moindre, compliqué et long en chirurgie d'armée.

L'anesthésie locale simple restera chez les blessés craniens une précieuse et admirable ressource où l'anesthésie générale est contre-indiquée. Sous le climat de la patience et de la douceur toute trépanation est possible avec l'emploi judicieux d'une solution de novocaïne à un pour deux cents. Vingt à quarante centimètres cubes sont, en général, suffisants.

Ne pas oublier que la seringue à caféine doit être préparée pour la moindre anesthésie locale. Même pour une intervention très simple, coucher le blessé qui ne devra pas marcher même après une intervention minime. Les accidents ou incidents peuvent être tardifs.

II. — Rachi-anesthésie

Ici le silence abdominal absolu, l'immobilité complète du membre opéré permettent au chirurgien d'assurer la partie mécanique de son labeur avec le maximum de facilité.

Ces avantages ne paraissent pas compensés par les dangers réels que présente une méthode qui nécessite à la fois, une préparation et une surveillance post-opératoire du malade dans une ambiance calme qui n'est pas celle de la chirurgie de guerre. Un des assistants de Sebrechts,

le chirurgien qui a sans doute pratiqué le plus de rachianesthésies ne nous disait-il pas, il y a quelques mois, dans ce vieil hôpital Saint-Jean-de Bruges, que dans ce service une bonne rachianesthésie ne pouvait être faite en moins de trente-cinq minutes. C'est beaucoup au moment où les heures sont brèves.

III. — Anesthésie par inhalation

Les anesthésiques associés. Ils ne m'ont jamais donné entière satisfaction dans la pratique normale, je ne pense pas qu'ils soient plus indiqués dans les traumatismes de guerre. Il est logique d'admettre que l'on donne d'abord presque exclusivement du chlorure d'éthyle, puis dans un deuxième temps du chloroforme, puis de l'éther.

Le chloroforme demeure, entre les mains d'un assistant qualifié, un anesthésique que les nécessités de l'heure feront utiliser malgré ses dangers certains.

Le vieil axiome de Sédillot : le chloroforme pur et bien donné ne tue jamais, n'est pas exact, mais utilisé à la compresse goutte à goutte par un aide qui ne pense qu'à sa tâche, il ne mérite pas sa fâcheuse réputation et l'abandon partiel qui en a été fait. Si son action dépressive sur les centres est plus considérable que celle de l'éther, s'il s'élimine moins vite et plus mal, il demeure un anesthésique puissant. Il ne faut pas oublier que l'éther certainement moins toxique peut cependant être la cause de troubles généraux, d'abord au niveau du système vaso-moteur périphérique et surtout au niveau des centres thermo-régulateurs. Celui-ci doit cependant semble-t-il demeurer le procédé de choix. Ne jamais utiliser alors la compresse ou ses succédanés, cornets recouverts d'un imperméable ouaté, etc. Le chirurgien et ses aides, au cours d'une séance un peu longue, inhalent autant de vapeurs toxiques que l'opéré, tandis que les dangers d'incendie demeurent réels.

Une seule technique, l'utilisation de l'appareil d'Ombrédanne, largement diffusé aujourd'hui, qui permet l'éducation beaucoup plus rapide d'un aide de fortune que le chloroforme,

Penser toutefois qu'aucun appareil ne permet de doser la quantité d'anesthésique absorbé. C'est sur l'aire de la surface pulmonaire toute entière, et non dans un carburateur plus ou moins compliqué que se fait le dosage réel. Graduations et chiffres sur le cadran d'un appareil ne donnent qu'une apparence de sécurité. Se souvenir qu'une anesthésie bien commencée avec de faibles doses, lentement, régulièrement augmentées, donne en général de bons résultats. Le chirurgien impatient est dangereux. C'est sur un malade complètement endormi que doit commencer l'intervention.

Nécessité absolue de contrôler en la maintenant la liberté des voies respiratoires. Utilité du tube de Mayo, sous condition que la grille n'en soit pas obturée par les sécrétions trachéo-bronchiques et bucco-pharyngées.

Quelque soit l'anesthésique volatil employé : préparation rapide de la bouche et des voies respiratoires hautes du malade. L'injection rhino-pharyngée est le premier stade de l'atteinte des voies respiratoires.

La nécessité de maintenir le malade à jeun avant l'intervention est fort discutable. Nous avons fait donner de l'éther pendant la dernière guerre à un nombre très élevé de blessés qui étaient loin d'être à jeun. Aucun inconvénient notable. Encore faut-il que l'aide préposé à l'anesthésie prenne le soin de relever l'angle du maxillaire, tourne la tête de l'opéré au moment du vomissement fâcheux et replace vite le masque après une toilette bucco-pharyngée rapide.

Intervention terminée, couvertures pendant le transport, face découverte mais bouche et nez recouverts d'une compresse imbibée d'alcool. Friction alcoolisée ou térébentinée légère sur le thorax et les membres, huile camphrée sous la peau, tête basse.

IV. — Anesthésie des gazés

Angoissante incertitude. Le blessé intoxiqué par les gaz de combat, en plus de sa lésion traumatique, présente des lésions des téguments et des muqueuses, surtout de la muqueuse respiratoire atteinte par des composés chimiques nocifs, qui ont déterminé des dégâts d'autant plus graves, que l'heure opératoire aura été différée.

Il semble que le phosgène volatil lèse spécialement les alvéoles pulmonaires, tandis que l'ypérite moins volatil désorganise surtout la trachée et les bronches. Les arsines agissent en général comme des irritants suffocants, au niveau de l'appareil respiratoire et comme vésicants pour les tissus de revêtement (Cordier).

Choix de l'anesthésique. La conférence chirurgicale interalliée avait, en 1918, adopté les conclusions suivantes :

« L'anesthésie par inhalation est dangereuse pour les ypérités, et les blessés soumis à l'action des gaz toxiques en général. Il semble bien que les inconvénients du kélène, du chloroforme, de l'éther soient égaux. La rachi-anesthésie et l'anesthésie locale constituent les procédés de choix ».

Peut-être la question n'est malheureusement pas encore au point, les anesthésiques liquides

pourraient-ils être employés avec avantage ? Les barbituriques par voie veineuse déterminent souvent des accidents hypotensifs et une agitation post-opératoire souvent violente. L'utilisation de l'évipan peut être envisagée ; là encore, pas de règle absolue malgré les travaux documentés de Kirschner, Pache, Rouvillois.

Il est certain que toutes les fois que l'on pourra l'employer, l'anesthésie locale ou régionale demeurera le procédé de choix, mais le Médecin général Rouvillois, en chirurgien qui a vécu la guerre, fait justement remarquer que son application sera souvent bien difficile chez les polyblessés en raison de la lenteur de sa technique et aussi de l'impossibilité de l'appliquer en tissu altéré par l'agent vésicant.

Le problème reste difficile. A la fin de 1918, nous avons reçu dans notre ambulance un certain nombre de blessés gazés, arrivés de six à dix heures après le traumatisme initial (ypérités). Il nous a semblé logique de ne pas employer d'anesthésique volatil et nous avons utilisé la locale ou la loco-régionale complétée dans plusieurs cas (amputations) par une bouffée rapide de kélène. Il nous est difficile en relevant les anciens cahiers d'observation, de conclure de façon précise. Résultats médiocres dans l'ensemble. Nous devons noter cependant deux grands blessés, résection de la hanche et amputation de cuisse, qui furent opérés sous rachi basse et guérirent sans incidents. Si les blessés gazés ne sont pas trop hypotendus, la rachianesthésie semble apparaître comme le procédé de choix, malgré ses inconvénients indéniables.

SUR LES ACCIDENTS DE L'AVIATION AUX HAUTES ALTITUDES

Pour des raisons diverses (accroissement de la vitesse des appareils, moindres perturbations atmosphériques rencontrées, etc.), on tend actuellement à faire naviguer les avions à des altitudes de plus en plus considérables, de l'ordre de 10.000 à 12.000 mètres. Ce fait pose le problème du séjour prolongé des équipages et des passagers à de telles altitudes dans des conditions de sécurité suffisantes. En pareil cas, la simple suroxygénation de l'atmosphère inhalée ne paraît pas devoir donner absolument le confort et la sécurité indispensables.

MM. Garsaux, Richou et Laurent ont étudié le problème au laboratoire du Bourget et ils ont exposé les résultats de leurs travaux, en juillet dernier, dans une communication faite à l'Académie de médecine.

Deux expériences faites sur l'homme leur ont montré qu'en atmosphère suroxygénée le « plafond » de confort et de sécurité se situe entre 8.000 et 10.000 mètres. Pour naviguer aux altitudes plus élevées, il faut alors soustraire les équipages au facteur dépression en les maintenant dans une carlingue à pression égale à celle du sol. Des carlingues de cette catégorie ont effectivement été construites.

Une question se pose, il est vrai. Quelle serait le sort des occupants si, à 10.000 ou 12.000 mètres, une fuite importante se produisait dans une telle carlingue, amenant en quelques centièmes de seconde une dépression de l'ordre de 60 à 62 centimètres de mercure.

M. Garsaux et ses collaborateurs ont fait pour éclairer le problème une série d'expériences sur des animaux divers (lapins, chiens, porcs, singes), et il leur est apparu que chez ces animaux le choc pneumatique dû à la rupture d'une carlingue à pression constante, correspondant à ce qui peut se produire aux hautes altitudes, ne se montrait pas à redouter autant qu'on l'a admis. La condition essentielle, cependant, est que la suroxygénation s'établisse immédiatement pendant que s'effectue la décompression brusque.

Ces expériences, toutefois, auraient besoin d'être confirmées chez l'homme pour rassurer pleinement les aviateurs.

P. Lacroix.

UNE TECHNIQUE DE PROTHÈSE POUR RÉPARER LES DÉFIGURATIONS

Par les gros délabrements de la face qu'elle multiplia, la précédente guerre donna à la chirurgie plastique un essor décisif. Des centres de restauration maxillo-faciale se créèrent un peu partout et des chirurgiens s'acharnèrent à créer des techniques pour cette chirurgie nouvelle. La chirurgie esthétique d'aujourd'hui leur doit beaucoup.

Mais malgré leurs efforts ils se trouvèrent parfois en face de dégâts tels que ni les greffes ni les transplantations osseuses ne pouvaient suffire et dès ce moment ils songèrent à des pièces de prothèse soit définitives soit temporaires. Mais le problème de la matière la plus convenable était délicat à résoudre.

Au cours de ces dernières années les Américains se sont attaqués à ce problème. Ils avaient en vue les lésions du temps de paix, cancroïdes, lupus, pour lesquelles mieux vaut ne pas recourir, dès l'exérèse, à la chirurgie plastique, afin de mieux dépister les récidives possibles. Et ils décrivent aujourd'hui une technique (1) qu'il semble intéressant de signaler aux chirurgiens mobilisés au seuil de ce conflit nouveau.

La matière de prothèse doit posséder les qualités suivantes : 1° être tolérée par les tissus ; 2° être légère ; 3° être translucide et pas trop lisse pour imiter la peau ; 4° être façonnable en toutes sortes de formes ; 5° résister à la chaleur, au froid, à l'humidité, à la lumière ; 6° être chimiquement stable et fournir une base ferme aux moyens de fixation ; 7° ne pas se contracter au moulage ; 8° être facile à reproduire d'après un moulage original ; 9° être bon marché.

Jusqu'à présent aucune matière ne possède *toutes* ces qualités. Force est de se rabattre sur celle qui en possède le plus.

Divers essais ont précédemment été faits, soit avec la vulcanite employée dans les appareils dentaires, soit avec une combinaison de gélatine et de glycérine, soit avec des lames métalliques obtenues par galvanoplastie, soit avec du celluloïde.

Les Américains ont utilisé le latex de l'arbre à caoutchouc à l'état « prévulcanisé » ; c'est-à-dire qu'ils incorporent à la gomme brute des produits vulcanisants mais que la complète vulcanisation n'est obtenue qu'après séchage à l'air (1).

(1) Staff meetings of the Mayo Clinic, July 12-1939.

Envisageons le problème d'un nez complet à refaire.

On commence par bourrer les fosses nasales de coton que l'on recouvre de vaseline et, avec du plâtre de Paris, on prend une empreinte débordant largement sur la face. Cette empreinte sert à en obtenir une seconde en matière dure que l'on sépare de la première en plongeant le tout dans l'eau bouillante. L'on aura ainsi la moitié inférieure d'un moulage en deux pièces dans lequel sera coulée la matière plastique.

Il s'agit ensuite de modeler un nez en cire dont la forme et les proportions conviennent au visage, et dont le rebord doit se fondre le mieux possible dans les régions sous-jacentes. Cette partie est alors fixée sur la première et sert d'empreinte pour obtenir la seconde partie du moule en matière dure.

Dans ce moule bien séché au four est coulée la gomme liquide. Formule : on part d'un produit appelé « Vultex » (2). A 200 c. c. de ce produit on incorpore 3 grammes d'oxyde de zinc pur préalablement malaxé avec 5 c. c. d'eau distillée (ne pas préparer trop longtemps d'avance). La teinte est donnée avec 7 à 8 gouttes d'une solution de 1 gramme de rouge Congo dans 120 c. c. d'eau distillée. Mettez ensuite le moule ainsi garni dans un four réglé à 70°. Après vingt-quatre ou quarante-huit heures, suivant l'épaisseur de l'objet moulé, la gomme aura une couleur et une translucidité comparables à celles de la peau.

Cette formule peut varier légèrement ; c'est affaire de tâtonnements. On fore les narines avec des ciseaux.

La pièce est maintenue en place : 1° par l'appui fourni par la peau ; 2° par une paire de lunettes ; 3° par un peu d'une solution collante telle que le masticol.

Les malades peuvent, le cas échéant, parfaire la coloration au moyen de fards.

G. LAVALÉE.

(1) Pour détails techniques, voir : Noble R. 3 : Latex in industry, in : The rubber age. New-York, 250, 57 th. st. 1936, 381 p. p.

(2) Vultex Company, Cambridge, Massachusets.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Le foyer septique biliaire dans la genèse des polyarthrites

Pour le Pofesseur Maranon, ce problème se présente actuellement de la façon suivante : le « rhumatisme focal » existe indiscutablement, mais sous une forme assez restreinte et il est bien entendu qu'on ne posera pas à la légère le diagnostic de l'origine focale devant tout cas de rhumatisme. Ce diagnostic, on le basera : 1° sur les caractères d'arthropathie infectieuse offerts par les lésions articulaires ; 2° sur l'absence d'une infection générale, avec, par contre, la mise en évidence d'un « foyer septique ».

Les lésions articulaires d'origine « focale » sont les mêmes que celles de tout rhumatisme infectieux. Bien distinctes des arthropathies métaboliques, telles que dans la goutte, ou des arthropathies dégénératives ou arthroses (telles que dans le rhumatisme déformant sénile), elles se caractérisent par leur localisation préférentielle, du moins pendant un long stade de la maladie, aux tissus mous périarticulaires (synovite, périsynovite). A leur niveau la peau est distendue et douloureuse. D'habitude, les douleurs augmentent la nuit, pendant le séjour au lit. La radiographie montre, au début, l'épaississement des tissus mous péri-articulaires, avec une légère hydarthrose, et, en général, une légère ostéoporose sous-articulaire, mais sans lésions du cartilage articulaire. Plus tard, apparaissent les lésions du cartilage, les ostéophytes compensateurs, et l'ankylose s'installe avec l'atrophie musculaire, enfin les déviations osseuses aboutissent à l'immobilisation en attitude vicieuse.

La recherche du foyer septique, une fois éliminée la question d'une infection générale comme la syphilis, la tuberculose ou la mélitococcie, suppose une étude minutieuse du malade, non seulement par l'examen clinique, mais par toutes les ressources du laboratoire, sans négliger une très attentive histoire des antécédents : toujours intéressants en clinique, ils acquièrent chez un rhumatisant une exceptionnelle importance. On examine donc systématiquement la bouche et la dentition en particulier (bien souvent, la radiographie est indispensable à l'étude des racines), le pharynx, les sinus cranio-faciaux, l'appareil respiratoire (bronchectasie, abcès pulmonaire, pleurésie), l'appareil digestif (cholécystites, périgastrite, typhlite et appendicite, colite), appareil génito-urinaire (prostate, annexites, pyélite), sans oublier les autres foyers plus rares. Dans la recherche et l'interprétation de ces foyers septiques, il y a lieu toujours de s'attacher aux deux principes suivants :

a) Chez un rhumatisant, on peut trouver un foyer septique, n'ayant aucune relation avec la pathogénie de l'arthropathie. D'ailleurs la suppression de ce foyer n'empêche nullement celle-ci de suivre son évolution progressive. En pratique, il faut cependant s'attaquer à ce foyer septique, qui représente toujours un danger surtout pour l'organisme du rhumatisant, même quand le rhumatisme n'est pas d'origine infectieuse, par exemple dans le rhumatisme goutteux.

b) Parfois, malgré une minutieuse recherche, on ne découvre aucun foyer septique. Dès lors, les examens devront se répéter pour surprendre les premières manifestations de l'infection focale. Celle-ci a le plus souvent son siège dans l'appareil digestif ou dans l'appareil génito-urinaire.

Les malades porteurs d'un « foyer septique » latent présentent presque toujours des troubles de l'état général, formant un ensemble caractéristique auquel on a donné le nom d' « intoxication focale » : périodes subfébriles, asthénie, inappétence, manque d'aptitude au travail, tendance à l'amaigrissement, augmentation de la vitesse de sédimentation, parfois légère leucocytose avec mononucléose ; parfois légère anémie. Exceptionnellement, on note des complications dans l'appareil circulatoire, cinquante-neuf fois sur cent il s'agit de malades de constitution asthénique. Ce tableau général, surtout avec des chiffres élevés de vitesse de sédimentation et les lésions caractéristiques de l'arthropathie infectieuse, fait présumer l'existence d'un foyer septique latent, même impossible à déceler cliniquement.

L'auteur développe ensuite la question du « foyer cholécystique », en rapportant quelques observations tout à fait convaincantes. Les résultats obtenus engagent à tenir compte de ce foyer vésiculaire, même dans les cas où il existe manifestement d'autres foyers, par exemple un foyer amygdalien ou dentaire, car ce foyer est fréquemment secondaire. Le diagnostic une fois posé, de certitude ou de probabilité, le foyer vésiculaire devra être attaqué avec énergie. (*Journal des Sciences Médicales de Lille*, 4 juin 1939.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose (Œuvre Grancher)

(M. A.-B. MARFAN ; 4-7-1939).

L'Œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose a été fondée en 1903 par M. et Mme Grancher.

Le Professeur Grancher, frappé de la fréquence de la tuberculose chez les enfants, avait entrepris une enquête pour en découvrir les causes. Cette enquête aboutit à montrer que le plus souvent l'enfant contracte la tuberculose dans le milieu familial, auprès d'un proche parent (père, mère, frère, sœur) atteint de tuberculose pulmonaire. D'où, un mode très simple de préservation : placer à la campagne, chez des paysans sains, l'enfant reconnu sain, mais né de parents tuberculeux. Tel est le programme de l'Œuvre qui, dans sa réalisation a rendu les plus grands services à la prophylaxie antituberculeuse infantile.

Les foyers de placement de l'Œuvre parisienne sont situés dans des départements voisins de la capitale : Loiret, Indre-et-Loire, Loir-et-Cher. L'enfant, après examen de son état de santé, est placé chez des paysans connus des médecins de la localité, médecins chargés d'ailleurs de la surveillance des pupilles.

Les résultats obtenus sont excellents. La mortalité par tuberculose des pupilles de l'Œuvre Grancher est extrêmement faible ; elle est à peine de 1 p. 1.000, alors que, dans le groupe des enfants qui restent en contact avec leurs parents tuberculeux, elle atteint souvent et dépasse parfois 100 p. 1.000.

Le risque tuberculeux chez les élèves des écoles d'infirmières et l'opportunité de leur vaccination au B. C. G.

(M. E. RIST ; 4-7-1939).

Parmi toutes les professions, il en est deux, celles de médecin et d'infirmière, pour lesquelles le risque de tuberculose contractée par contagion est — théoriquement du moins — au maximum. On devrait donc s'attendre à trouver dans les deux professions et principalement dans celle d'infirmière une morbidité et une mortalité tuberculeuses assez élevées. Or, il n'en est rien, ce qui tient sans doute à la protection allergique conférée par des primo-infections *bénignes*.

Cette notion, assez exacte pour l'ensemble, mérite d'être étudiée et considérée plus en détail. La recherche de la cuti-réaction de von Pirquet, devenue de plus en plus fréquente, dans les collectivités en particulier, a montré que nombre e jeunes gens, d'adolescents, contrairement à ce que l'on pensait (et qui avait dû être vrai jadis), avaient une cuti-négative. Ceci tient à l'action préventive anti-tuberculeuse entreprise depuis nombre d'années, à la séparation des jeunes sujets contaminables d'avec les contaminants.

Quoiqu'il en soit, pour établir le rôle contaminant d'une profession, une discrimi ation s'imposait, la division en deux groupes des sujets abordant cette profession : ceux à cuti-positive et ceux à cuti-négative. Un premier travail dans ce sens a été fait par Heimbeck à l'École d'infirmières d'Oslo. Cet auteur a trouvé, sur 457 élèves examinées de 1924 à 1927, 216 ayant à l'entrée une cuti-positive et 241 ayant une cuti-négative. Trois années plus tard, il avait observé deux cas seulement de tuberculose dans le premier groupe et 55 cas dans le second groupe.

M. Rist a fait une expérience analogue à l'École d'infirmières de l'Assistance publique de Paris, et il a noté, en proportion un peu moindre, des résultats du même ordre.

Les jeunes infirmières — et aussi les étudiants en médecine, d'ailleurs — à cuti-réaction négative courent donc un risque spécial de contracter la tuberculose et une tuberculose quelquefois sévère. Pour parer à ce risque, une mesure est à recommander : la vaccination au B. C. G., par voie sous-cutanée ou intra-dermique, la voie intestinale étant ici insuffisante. Sans la rendre obligatoire, il y a lieu de la recommander avec instance aux jeunes infirmières débutantes, dont la réaction de Pirquet est négative. M. Troisier, M. Weill-Hallé, qui ont une expérience déjà longue de ce mode de vaccination (par injection) n'ont jamais observé d'accident fâcheux. Il importe cependant que l'injection ne soit faite qu'à des personnes non allergiques. Non que les sujets allergiques puissent éprouver de l'application du B. C. G. un dommage réel, mais parce que les déductions statistiques se trouveraient faussées. On devra s'assurer également que le sujet n'est pas récemment primo-infecté et en instance de virage. On le maintiendra pour cela pendant un certain temps à l'abri de tout contact tuberculeux, avant de procéder à la vaccination.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

A CEUX DE 1939

C'est à vous, à vous surtout, jeunes médecins de l'avant, que je m'adresse.

Les autres aussi, ceux des hôpitaux d'évacuation, ceux des divers centres de la zone des armées, ceux de l'intérieur même, parce qu'ils sont mobilisés, ont droit, assurément, à une pensée affectueuse. Ils ont quitté maison, famille, clientèle et, sans vouloir en convenir, ils en ont lourd sur le cœur. La plupart, désœuvrés, attendent les premiers convois de blessés ; ils ont le loisir de penser et, lorsqu'on est en guerre, c'est un mauvais passe-temps que de penser. Mieux vaut encore jouer au bridge !

Mais vous, vous êtes dans l'action et vous menez une drôle de vie, pas vrai ? Plus d'un, j'en suis sûr, a éclaté de rire en se remémorant le jeune homme qu'il était il y a seulement un mois, en le comparant à celui qu'il est aujourd'hui.

Il y a un mois, toi, tu montais tout fringant dans ta voiture neuve et courais à tes premiers clients avec l'espoir au cœur d'un diagnostic sensationnel qui ferait retentir ton nom jusqu'aux étoiles. Il y a un mois, toi, tu polissais et repolissais ta question d'internat et, le front barré d'un pli soucieux, tu décrivais avec scrupule le ganglion sphéno-palatin. Et toi, le jeunet, il y a un mois, tu te prélassais au soleil en prenant grand soin de faire admirer aux filles ta nage impeccable.

Il y a un mois ! Comme c'est loin ! !

J'imagine votre vie actuelle et vous suis du regard, comme si j'étais à vos côtés : cela n'a pas dû tellement changer.

Votre barbe a poussé car, depuis le jour de l'embarquement, vous ignorez le confort d'un cabinet de toilette et c'est bien juste si vous avez pu de loin en loin vous tremper la tête dans un seau d'eau. Ne vous frappez pas pour si peu et attendez avec patience qu'il vous tombe dans les mains un bout de miroir : vous vous trouverez en face d'un type inconnu hirsute, et terrifiant, et il se peut qu'il ait tout de même l'air sympathique.

Votre bel uniforme de départ, flambant neuf, vos buffleteries impeccables, ont perdu leur allure de parade ; la pluie, et la boue les ont défraichis. Le képi à bande de velours qui vous coiffait si coquettement est relégué dans la cantine et vous arborez un casque terne et cabossé. Hélas ! si votre fiancée vous voyait ! elle serait consternée. C'est une chance qu'elle soit loin en somme : la tenue de guerre d'aujourd'hui est commode à porter, mais elle n'a pas le moindre sex-appeal.

Bien entendu vous avez goûté aux petits impromptus qui font le charme des armées en campagne : vous avez couché dans le foin des granges, déjeuné sur le bord de la route d'une boîte de singe et d'un quignon de pain, et dîné par cœur parce que l'ordre d'avancer est arrivé juste comme les cuistots allumaient leur feu. Et toute la nuit vous avez chevauché en queue de la colonne, grillant de temps à autre une cigarette pour vous réchauffer.

Vous n'aviez jamais monté un cheval, dites-vous ? Etes-vous bien sûrs ? En tout cas peu importe : cela s'apprend tout seul. Le plus difficile est de se mettre en selle. Après quoi laissez aller les choses. Et si le noble animal vous débarque d'une ruade dans le fossé, bénissez le ciel : de toute la série nécessaire à une éducation bien conduite, cela fait une chute de moins.

Mais tout cela ne constitue encore que les petits détails pittoresques du métier, les touches bigarrées de couleur locale ; il n'en manque pas !

Un matin votre unité a fait halte dans un pré et d'un même élan tous les éclopés ont convergé vers le fanion à croix rouge qui signale au loin la voiture médicale. Et vous avez goûté avec quelqu'étonnement à la pratique militaire en campagne.

Vous aviez déjà, au régiment, fait la visite du matin. Mais, avouez-le, comme elle est plus cordiale et plus simple ici. Un petit déballage de drogues et de pansements prend une aimable allure de pique-nique. Dans le plein hourvari d'un campement on ausculte avec componction, sachant bien que la prétention est vaine d'ouïr, en pareille ambiance, quelque bruit adventice ; mais il faut sacrifier aux rites et satisfaire son client. Vous tenez en plein vent boutique à l'enseigne d'Esculape et exercez une médecine qui se rapproche par moments de

l'art vétérinaire ; vous improvisez des thérapeutiques accommodées aux circonstances, vous « vous débrouillez », comme il est de tradition chez nous. Et parce que vous savez être le seul à pouvoir porter secours à vos frères d'armes, parce que vous savez qu'ils comptent sur vous en cas de « coup dur », vous sentez peser sur vos jeunes épaules une responsabilité qui n'a pas sa pareille en temps de paix. Courage ! vous devenez des hommes : jamais toge virile ne fut un si complet symbole que votre uniforme actuel.

Et bientôt sonnera l'heure de la grande épreuve. Un jour on vous dira que vous montez en lignes et pendant des kilomètres vous cheminerez dans le décor affreux des combats, parmi le tintamarre de l'artillerie déchaînée. Vous y êtes déjà, vous les médecins sous-lieutenants et lieutenants d'entre-Rhin-et-Moselle et j'imagine le poste de secours où vous habitez à cette heure-ci. Ce n'est peut-être qu'un trou boueux vaguement couvert d'une toile de tente ; en pataugeant vous allez d'un blessé à l'autre et souriez amèrement au souvenir des prescriptions impérieuses de l'asepsie. Vos mains sont sales et l'eau qu'on vous apporte à dos d'homme est trop rare pour la gâcher à des soins de toilette : il en faudra pour faire boire ceux qui auront soif. Vos paniers à pansements sont posés par terre, voisinant avec des bouts de capotes et des godillots, les laissés-pour-compte des blessés. Il vous faut tout organiser, tout ordonner et avoir le coup d'œil prompt, même si vous n'avez pas dormi depuis hier matin. Et lorsque, abruti de fatigue, vous vous serez allongé au revers d'un talus, un brancardier viendra vous tirer par la manche vous montrant, sur un brancard, un pauvre type dont la jambe est fracassée. Pendant des jours et des nuits défileront devant vos yeux tous les visages de la souffrance humaine. C'est vous, médecins de l'avant, et vous seuls, qui tenez les comptes des carnages ; c'est vous qui devriez écrire le réquisitoire final contre le grand responsable.

Votre tâche est lourde, et, à certaines heures, vous vous sentirez écrasés. Une vague de dégoût et d'horreur vous submergera. Ne vous le reprochez pas : d'autres, avant vous, ont connu ce lent supplice de donner à chaque blessé une parcelle de force et de retenir en échange un peu de l'effroi qui laboure les chairs meurtries. Et cela devient, à la longue, obsédant comme un cauchemar de fièvre. Mais attention ! Attention ! mes amis ; le « cafard » du médecin, parce qu'il est plus conscient, est aussi plus redoutable que les autres. Il a la vie dure, et l'on ne peut pourtant pas le tuer en s'étourdissant d'un demi-quart de « gniole ».

Cela passe ; la camaraderie du champ de bataille vous le verrez, est le meilleur réconfort. Et ce ne sera peut-être pas auprès de vos pareils, médecins ingénieurs, avocats, que vous le trouverez, ce réconfort. La bonhomie des simples est un baume que vous n'avez peut-être pas eu souvent l'occasion d'éprouver ; goûtez-y. Faites la causette avec vos infirmiers, votre ordonnance, les hommes de corvées qui passent. Ils ne vous feront peut-être pas la critique du dernier roman de Mauriac, mais vous percevrez, à travers leurs mots sans apprêt, que ce qu'ils ont de commun avec vous est, à l'heure présente, l'essentiel.

Et si, jetant un regard sur la plaine, vous apercevez, disséminés dans leurs trous, des dizaines et des centaines de braves gens comme ceux-là, tous tournés du même côté et occupés à la même tâche, vous réaliserez, mieux que par n'importe quelle dissertation philosophique, le sens grand et terrible de ce mot qu'il ne faut pas galvauder, même en temps de guerre : la Patrie.

C'est d'elle qu'il s'agit, tant que nous n'aurons pas franchi le cap ; c'est elle qui commande. Et à peine a-t-on, durant la mobilisation, entendu sa voix. Vous êtes partis sans pousser de cris guerriers, sans entonner de *Marseillaises*. Et c'était mieux ainsi : vous alliez froidement là où il fallait aller. Laissez aux fanfares municipales le soin d'appeler aux armes. Laissez aux discoureurs ordinaires le pathétique facile et combien vulgaire des mots sonores. Restez comme vous avez commencé d'être : de ceux qui accomplissent leur tâche avec d'autant plus de simplicité et de silence qu'elle est plus grande. Qu'on chante en peinturlurant un mur, soit ; mais lorsqu'on monte à la frontière, il est bon de réfléchir à ce qu'on fait. Et vous avez réfléchi puisque, vous taisant, vous y êtes allés.

Mais s'il vous arrivait un jour, mes jeunes amis, dans un excès de lassitude, de vous sentir prêts à la révolte et de vous écrier « Qu'est-ce que je fais ici ? », levez la tête, regardez autour de vous ; regardez les hommes, la terre, les arbres qui prennent, chacun à sa place, leur part du sacrifice. Regardez, vers l'arrière, la molle ondulation au delà de laquelle s'étendent les lieues de territoire, se dressent pour vous suivre des yeux les villes et les villages, les clochers et les toits de chaume. Imaginez la route qui vous mènerait à telle maison que vous connaissez ; évoquez la porte qui s'ouvre, les bras qui se tendent. Regardez bien !

Et vous comprendrez.

G. Lavalée.

L'ORGANISATION DU SERVICE DE SANTÉ DANS LES RÉGIONS FORTIFIÉES

Naguère, la fortification était dite fermée, et comprenait surtout des camps retranchés. Mais, en 1914, le développement des opérations ainsi que la transformation des engins d'artillerie ne furent pas favorables au maintien de ce système. Par contre, la fortification de campagne, creusée dans le sol, se montrait d'une résistance surprenante, parce que, au lieu d'être conglomérés, ses éléments étaient répartis sur une plus longue distance.

Aussi dût-on s'inspirer de cette expérience acquise, lorsqu'après la guerre de 1914-18, il fallut mettre nos frontières à l'abri d'un système défensif. On créa des régions fortifiées, et entre elles des éléments de fortifications temporaires, organes réduits de feu d'infanterie et d'artillerie, destinés à servir de pivot à des troupes chargées d'y tenir le terrain.

***

Dans ces intervalles entre les régions fortifiées proprement dites, on trouve d'ailleurs des obstacles naturels, tels que cours d'eau, reliefs de terrain accentués ainsi que des obstacles artificiels : fossés, fils de fer, champs de rails et de mines contre les chars. A noter que les organes de feu ne sont pas isolés dans l'espace, puisqu'ils sont en communication avec des puits, qui sont eux-mêmes reliés par des galeries souterraines, les réunissant aux blocs de combat des régions fortifiées voisines. Ce sont de petits ouvrages, des blockhaus, simples abris pour un fusil mitrailleur, une mitrailleuse, un canon de de 25 ou de 37.

Les intervalles sont occupés au début et provisoirement par des troupes de forteresse; celles-ci sont rapidement remplacées par des troupes de campagne avec leur organisation habituelle : lignes d'avant-postes, lignes de résistance, etc. Habituelle aussi y sera l'organisation du Service de santé : postes de secours de bataillon, de régiment, de division. Le corps d'armée occupant y fera fonctionner des groupes d'ambulances, avec ses moyens ordinaires d'évacuation.

Dès le temps de paix, le Service de santé aura reconnu l'emplacement des postes de secours dans les ouvrages ou les villages.

***

Quant aux blocs de combat, outre leurs organes de feu plus importants, ils comportent une caserne, des postes de commandement, des magasins à vivre et à munitions, une centrale électrique. Cette organisation mérite une étude spéciale, car elle oblige à vivre dans des souterrains, où l'hygiène a son mot à dire, et où il faut tenir compte de trois éléments : l'obscurité, le confinement et l'humidité.

L'obscurité est compensée par l'éclairage artificiel, qui ne présente aucun inconvénient.

Le confinement est d'un danger plus important, à cause des locaux forcément restreints, d'où résulte une diminution de la quantité d'oxygène et une accumulation d'acide carbonique. Le remède consiste dans la ventilation artificielle par pression dans les galeries, et par dépression dans les locaux habités, de façon à assurer le renouvellement de l'atmosphère (40 mq. par homme et par heure).

L'humidité, enfin, est due à l'infiltration et à la condensation. Pour remédier à l'infiltration, il faut assurer un excellent drainage, et contre la condensation, il n'y a qu'un seul remède : la ventilation.

Enfin, il serait désirable que la garnison, ou encore « l'équipage » d'une telle formation pût remonter « sur le pont » par roulement et aller se détendre à l'arrière.

Au point de vue du couchage, l'effectif est divisé en quatre groupes : un quart veille, un quart est en alerte, un quart en renfort, un quart au repos complet. Or, la caserne ne prévoit que le quart au repos. La literie, qui se compose de lits, de casemates à deux étages, sert donc successivement à trois ou quatre hommes différents. Pour éviter les inconvénients de ce mode de couchage, on tend à le remplacer par des hamacs comme dans la marine.

Les principaux locaux accessoires sont les lavabos et les lavoirs.

En ce qui concerne l'alimentation, elle sera assurée par des ravitaillements venant de l'arrière ; mais il est possible qu'on soit obligé de recourir à des vivres de réserve. Quant à l'eau, elle est amenée par des forages profonds.

C'est pour l'évacuation des matières usées : eaux résiduaires, immondices, que les plus grandes difficultés ont été rencontrées. Le système pratiqué consiste en latrines sodées, qui donnent satisfaction et en conduites d'égouts, qui correspondent avec l'extérieur.

Enfin, pour ce qui est des vêtements, les hommes portent en permanence le bérêt, des sous-vêtements de laine et la capote.

Il n'y a pas de pathologie spéciale aux ouvrages fortifiés, mais il faut exercer une active surveillance de l'infestation des ouvrages par les insectes, en pratiquant des échanges et des lessi-

vages fréquents et par les rongeurs, en évitant les reliefs et les débris alimentaires.

La tâche du médecin se révèlera particulièrement importante lors de l'apparition et de la dissémination des maladies contagieuses.

Les risques de combat ne sont pas considérables dans les blocs de combat, en raison de la couche de terre et de l'épaisseur de béton ou de métal ; mais lorsque la résistance aura été vaincue par les explosifs, les lésions seront tellement graves que le médecin sera inutile.

Les principaux risques à redouter seront les éboulements, l'électrocution et les gaz de combat.

Pour les combattre, chaque ouvrage est doté d'une infirmerie, avec deux éléments : l'un pour les blessés, avec salles d'attente de visite, de pansements et d'opérations : l'autre pour les gazés, avec installations de traitement des muqueuses, de lavage de la peau, de douches et de rhabillage.

Le personnel est différent suivant que l'effectif est supérieur ou inférieur à 400 hommes et se compose normalement, pour un ouvrage, d'un médecin à aptitudes chirurgicales, avec, au besoin, un médecin auxiliaire et un infirmier. Le matériel est le même que pour un bataillon d'infanterie et le poste de secours a la même mission qu'un poste de secours de bataillon.

D'une manière générale l'organisation du Service de santé dans les blocs de combat ne diffère pas sensiblement de celle qui était prévue, avant 1914, pour les ouvrages fortifiés ; elle reste celle d'une « infirmerie de fort », sans moyens propres d'évacuation.

Les seules innovations sont celles d'un médecin d'aptitudes chirurgicales, d'une salle d'opérations et d'une organisation spéciale pour le traitement des gazés.

Quant aux évacuations, les blocs de combat, assimilés à un organe de bataillon, vont devenir tributaires des organes de division et de corps d'armée, situés dans leurs intervalles. Ces évacuations seront cependant rendues plus faciles qu'elles ne l'étaient dans les forts et fortins de l'ancien système par rapport au « noyau central » de la Place forte.

Même depuis les ouvrages de feu, situés dans les intervalles, les blessés pourront à tout moment être amenés, au travers d'orifices étroits dans les puits de communication, pour y être descendus. Leur transport dans toutes les positions se fera au moyen du matériel spécial utilisé dans la marine. D'autres véhicules seront les brouettes porte-brancard et les wagonnets sur voie ferrée, tirés par des locomotrices électriques ou à air comprimé, de même qu'on utilisait jadis les wagons de la voie de 0,60 qui reliait les forts au noyau central d'une Place forte.

A leur sortie du groupe de combat, les blessés et malades retrouveront les groupes d'ambulances de corps d'armée en campagne, puis les H. O. E1 et enfin, les véritables « Villes sanitaires », que doivent constituer actuellement les H. O. E2.

**

Bibliographie

René DUBRESSE, éditeur
38, rue de l'Université, Paris, 1939

Michel POISSENOT. — TRAGÉDIES : I. **Le départ de l'Apôtre**, tragédie sociale. II. **La prière à la femme**, tragédie intime.

Les tragédies de M. Poissenot sont en prose et ne paraissent pas composées pour la scène. Ce sont des drames philosophiques qui rappellent ceux de Renan, le Prêtre de Nemis et l'Abbesse de Jonaru.

I. La première, *Le départ de l'Apôtre*, met en scène saint François d'Assise et nous fait assister à son évolution dans cette Italie tourmentée du XIII[e] siècle qui fait prévoir les troubles du XV[e] siècle, mais l'Assise du XIII[e] n'est pas la Florence du XV[e] et François, si charitable et si humain au milieu des passions populaires déchaînées, n'a rien de commun avec le terrible Savonarole, le farouche et tyrannique dominicain. Cette tragédie contient de belles pages, telles celles de la Prière de François où il expose son état d'âme.

II. Tout autre est la deuxième tragédie, *La Prière à la femme*, que l'auteur qualifie de tragédie intime. C'est un drame familial où les passions déchaînées, haine, amour, jalousie, délire des sens luttent avec violence. Tout cela se termine par un meurtre dans une étreinte furieuse provoquée à la fois par la haine et l'amour déçu. Les caractères des héros de cette tragédie nous paraissent relever plus du psychiatre que du psychologue.

J N.

VARIÉTES

● ● ●

La Cécité de Monseigneur de Ségur (*)

Par le Docteur Etienne GINESTOUS

Lauréat de l'Institut

Ancien interne des Hôpitaux de Bordeaux

(Fin)

L'Abbé Louis, de son nom Klingenkoffen, Alsacien et protestant qu'il avait connu à Rome sous-officier de chasseurs à pied, qu'il avait à l'aide de Mgr Bastide converti au catholicisme et conduit à la prêtrise, fut son premier secrétaire ; il fut le confident de ses premières années de cécité et assista à la tentative opératoire sans succès de Nelaton. Mais après quatre années de collaboration, l'Abbé Louis fut obligé de décliner ses fonctions auprès de Mgr de Ségur car il était appelé à Rome par la confiance de la famille Borghèse ; Mgr de Ségur fut ainsi dans la nécessité de trouver un autre auxiliaire. Son choix se porta sur l'Abbé Deninger, de même origine alsacienne que l'Abbé Klingenkoffen. Le 4 octobre 1860 commença entre Mgr de Ségur et l'Abbé Deninger une communauté de vue que la mort seule fit cesser. Ce fut lui qui dès ce moment lisait ce que les yeux de Mgr de Ségur ne pouvaient voir, écrivait ce que son cerveau pensait mais que ses mains ne pouvaient transcrire. Cette aide fut à Mgr de Ségur particulièrement précieuse. Grâce à elle d'après les sounenirs (1) de son frère « ce que Mgr. de Ségur avec ses yeux n'aurait jamais pu faire, il le put grâce à sa cécité. Pendant, en effet, qu'il se livrait à toutes les fatigues de son ministère sacerdotal, son secrétaire intime se livrait aux fatigues toutes différentes de l'étude, de recherches de jour et de nuit dans les écrits des Pères de l'Eglise. Il réunissait, classait par ordre de matière, tout ce qu'il trouvait de textes, sur le sujet que Mgr de Ségur lui avait demandé de préparer ; et quand au moment de la composition, le prélat et son fidèle secrétaire se trouvaient réunis, le premier n'avait qu'à demander au second les textes relatifs au sujet de l'ouvrage en cours d'exécution. Tout le travail préparatoire était fait ; l'écrivain n'avait plus qu'à mettre en œuvre ces trésors, en un mot à composer. C'est ainsi que grâce à la collaboration intelligente de son dévoué secrétaire Mgr de Ségur put composer tant d'ouvrages ».

A côté de cette collaboration intellectuelle, il fallut également à Mgr de Ségur un serviteur capable de l'aider dans les actes les plus courants de la vie matérielle. Ce serviteur fidèle qui le soigna avec un zèle et un attachement filiaux jusqu'au dernier jour fut Jean-Baptiste Methol, Basque de naissance qu'il avait connu à Rome où il était, comme le futur Abbé Louis Klingenkoffen sous-officier de chasseurs à pied. Un camarade militaire de Methol, Urruty, Basque comme lui, vint compléter la maison de Mgr de Ségur et resta également à son service jusqu'à la fin.

Tel était le personnel qui entoura de soins et de dévouement Mgr de Ségur au moment où le 29 janvier 1856 — aveugle — il s'installa à Paris dans un appartement au deuxième étage de la maison, rue du Bac, nº 39, qui avait été aménagé pour lui et où il passa les vingt-cinq dernières années de sa vie. Cette maison existait encore à la veille de la dernière guerre et l'appartement de Mgr de Ségur était conservé dans ses principales dispositions. L'immeuble fut démoli en prévision de la construction d'un grand magasin commercial qui ne reçut jamais sa destination. Sur son emplacement a été édifiée une dépendance du ministère des Finances. Nous connaissons, cependant, par le récit qui en reste dans «les souvenirs », la description de l'appartement de la rue du Bac. Il était simple, modeste, disposé à la fois pour les commodités d'un aveugle et pour la pratique religieuse du pieux prélat : c'est dans ce milieu et avec une si dévouée collaboration que Mgr de Ségur poursuivit sa vie dans les ténèbres. S'il n'eût pas été aveugle, Mgr de Ségur eût été appelé aux plus hautes dignités de l'Eglise. En 1854, Napoléon III voulait rétablir la grande aumonerie. C'eût été la situation la plus élevée du Clergé de France. Comme titulaire l'Empereur avait songé à Mgr de Ségur. Peut-être Napoléon n'aurait-il pas abandonné ce projet, si la cécité n'avait convaincu Mgr de Ségur qu'elle était un obstacle invincible à une si haute mission.

(*) V. *Concours Médical*, nos 40 et 41.

(1) Mgr de Ségur. Souvenirs et récits d'un frère, t. IC, p. 123.

Il démissionna de la Rote où il fut remplacé par l'Abbé de la Tour d'Auvergne et il se décida à se consacrer uniquement au sacerdoce et à ses œuvres.

Mais là encore il rencontra des difficultés et des obstacles. Le Gouvernement impérial et le Saint-Siège voulant reconnaître ses services dans les éminentes fonctions qu'il avait exercées, avaient décidé de le nommer Chanoine de premier ordre de l'Eglise de Saint-Denis. Mais, cette haute dignité exigeait la consécration épiscopale et les lois canoniques, si elles acceptaient qu'elle puisse être conférée à celui qui n'était pas entièrement aveugle, au « cœcutiens », s'opposaient à l'admission du tout à fait aveugle, du « cœcus ». Un bref du Souverain Pontife daté du 4 janvier 1856 conféra à Mgr de Ségur la dignité de pronotaire apostolique en ajoutant « les insignes et les privilèges d'honneur qui sont propres aux évêques ». C'est ainsi qu'il devint Monseigneur et que lui fut donnée dans le Chapitre de Saint-Denis la place de Chanoine de premier ordre.

De même la cécité pouvait constituer comme prêtre à Monseigneur de Ségur pour la célébration de la messe une irrégularité (1). Elle s'applique aussi bien au Cœcutiens qu'au Cœcus ; il suffit que la vision soit suffisamment basse pour empêcher la lecture. Mais le Saint-Siège dispense parfois de cette irrégularité. Pour l'obtenir, Mgr. de Ségur avait été tout aussi prévoyant que pour les actes les plus courants de la vie. Dès le moment où la cécité qui l'attendait ne faisait pour lui aucune illusion, il s'habitua à dire la messe en s'aidant de moins en moins de ses yeux ; il apprit par cœur la messe votive de la Sainte Vierge, les messes du Saint-Esprit, du Sacré-Cœur, celle des morts. Aussi quand fut consommé l'irréparable, qu'il fut totalement et définitivement aveugle, Mgr de Ségur se trouva-t-il dans les conditions exigées pour la dispense de l'irrégularité et il put continuer comme auparavant à célébrer la messe. Il put jusqu'à la fin de sa vie la célébrer et donner la communion sans que jamais se soit produit le moindre accident. Le prêtre qui l'assistait guidait simplement sa main.

Si Mgr de Ségur était aveugle, il n'était ni sourd, ni muet. Sourd, il avait redouté un moment de le devenir : c'était quelques semaines après la perte de son deuxième œil ; il sentait de jour en jour les sons arriver moins distinctement à ses oreilles, et cette pensée qu'il ne pourrait plus entendre était pour lui la plus cruelle des épreuves car elle l'obligerait à renoncer à la confession. Heureusement ses craintes ne se réalisèrent pas. Le médecin appelé constata que l'affaiblissement de l'ouïe venait d'un obstacle matériel — probablement un bouchon de cerumen — qu'il fit immédiatement disparaître. Mgr de Ségur était un confesseur d'autant plus recherché que le pénitent honteux était soustrait à son regard. « Venez à moi, disait-il, à ceux qui craignaient ; je ne vous verrai pas, ce sera bien commode ». Pour s'assurer une telle sécurité — fallût-il qu'il en eût sur la conscience ! un Américain certain jour traversa l'Atlantique.

Mgr de Ségur, écrivain, confesseur fut aussi un prédicateur persuasif, éloquent.

Il prêchait à Stanislas, il évangélisait dans les faubourgs de Paris. A voir sa figure, la vie semblait sortir de ses yeux éteints. Mgr Gegout a recueilli à ce sujet le témoignage d'un vieux prêtre mort l'an dernier qui étant élève au Petit Séminaire avait suivi une retraite prêchée par Mgr de Ségur : « Il avait, disait-il, lorsqu'il prêchait, les yeux très impressionnants. On savait bien qu'il était aveugle. Mais on aurait dit qu'il nous voyait ».

Ainsi vécut dans la cécité la plus complète durant vingt-sept années Mgr de Ségur, nous donnant un tel exemple d'adaptation dans la vie des ténèbres qu'encore de nos jours où la rééducation fait de si merveilleux prodiges, il mérite d'être cité.

Nous remercions très sincèrement pour l'aide si précieuse qu'ils nous ont si bienveillamment consentie dans la préparation de ce travail, pour les documents qu'ils nous ont communiqués :

Madame la Comtesse DE SÉGUR D'AGUESSEAU.
Madame la Marquise FRESNEAU DE MOUSSAC.
Monseigneur Charles GÉGOUT, prélat de la Maison de sa Sainteté, président général de l'Œuvre de Saint-François-de-Sales.
Monsieur le Chanoine TOUVET, secrétaire de l'Archevêché de Bordeaux.
Le Médecin général Henry COULLAUD.
M. MASSON, conservateur de la Bibliothèque municipale de la ville de Bordeaux.

(1) L'aveugle dans les religions. *Journal de médecine de Bordeaux*, 25 décembre 1937, 15, 22 janvier 1938.

DOCUMENTATION DU TEMPS DE GUERRE

Les indemnités dues aux médecins requis, en Belgique

Nous lisons dans le *Bruxelles Médical* (n° du 24 septembre 1939) :

Un arrêté royal règle l'exécution de la loi (belge) du 5 mars 1935 concernant les médecins appelés, par engagements volontaires ou par réquisition, à assurer le fonctionnement des services publics en temps de guerre.

ART. 8. — Les médecins requis d'exercer leur profession dans une autre commune ou de s'y établir à demeure, sont indemnisés comme suit :

1° Lorsque le médecin ne fait qu'étendre son rayon d'activité sans changer de résidence, il exerce sa profession sous le régime de la clientèle et n'a droit à d'autres indemnités ou frais de déplacement que ceux qui lui seraient dus en cas de réquisition ;

2° Lorsque les médecins sont tenus de s'établir à demeure dans une autre commune ou région que celle où ils exercent normalement leur profession, ils peuvent opter pour le régime de la clientèle ou celui du forfait.

S'ils adoptent le régime de la clientèle, ils n'ont droit à d'autres indemnités et frais de déplacement que ceux qui leur sont dus en cas de réquisition.

S'ils adoptent le régime du forfait, ils ont droit aux indemnités *journalières* ci-après :

1° Indemnité tenant lieu de traitement :

Diplômés depuis vingt ans au moins : 145 francs ;

Diplômés depuis plus de dix ans et moins de vingt ans : 108 francs ;

Diplômés depuis moins de dix ans : 87 francs.

2° Indemnités de déplacements.

Si l'accomplissement de leur mission au siège de la résidence où ils ont dû se fixer comporte des déplacements dépassant ceux imposés normalement dans les postes sédentaires, ils ont droit au remboursement de leurs frais à raison de 1 fr. 14 par kilomètre parcouru s'ils utilisent leur auto ; de 0 fr. 405 par kilomètre parcouru s'ils utilisent leur moto ; 0 fr. 255 par kilomètre parcouru s'ils utilisent leur vélo, tous frais et risques provoqués par le moyen de locomotion utilisé étant à leur charge ; ou de leurs frais de chemin de fer, tramways ou d'autobus, s'ils utilisent ces moyens de transport.

Aucune indemnité n'est allouée si les déplacements se font au moyen de véhicules appartenant à l'Etat ou réquisitionnés.

ART. 9. — Les médecins tenus de s'établir à demeure dans une autre commune que celle dans laquelle ils exercent normalement leurs fonctions, qu'ils optent pour le régime de la clientèle ou celui du forfait, ont droit, à leur choix, aux prestations gratuites de logement et de nourriture ou à une indemnité représentative de ces prestations.

Les prestations et indemnités sont fixées comme suit :

Les médecins ont droit aux prestations de logement et de nourriture prévues par l'arrêté sur la matière pour les fonctionnaires de la deuxième catégorie ou à une indemnité journalière de 40 francs, s'ils sont diplômés depuis vingt ans au moins, de 30 francs, dans le cas contraire.

Les intéressés ont droit au remboursement du coût du voyage en deuxième classe pour les médecins, qui leur est imposé pour prendre un nouveau poste et pour rentrer à leur ancienne résidence à la fin de leur mission.

ART. 10. — Les indemnités forfaitaires, prévues à l'article 8, 2e ,et à l'article 9 ci-avant, sont dues pour les dimanches et jours de repos intercalés dans la durée de la mission.

Elles sont à charge des communes intéressées et les quote-parts à payer par celles-ci sont déterminées, le cas échéant, par le gouverneur de la province.

Ces communes sont tenues, en outre, de mettre gratuitement à la disposition des médecins visés à l'article 8, 2°, les locaux spéciaux nécessaires à l'exercice de leur profession.

ART. 11. — En cas de contestation quant à l'application du barème annexé, la taxation sera fixée par la commission médicale provinciale.

Elèves en médecine remplissant à titre provisoire les fonctions d'interne ou d'externe des hôpitaux de Paris

Le Directeur général de l'administration de l'Assistance publique à Paris,

Vu les lois du 10 janvier 1849 et le règlement d'administration publique du 24 avril suivant ;

Vu le règlement général sur le Service de santé des hôpitaux et hospices civils de Paris ;

Considérant qu'il est nécessaire de garantir les internes, externes en premier et externes des hôpitaux mobilisés contre le préjudice moral résultant de l'usurpation éventuelle par leurs remplaçants du titre qu'ils ont obtenu au concours,

Vu l'urgence, le secrétaire général entendu,

ARRÊTE :

Les dénominations suivantes sont attribuées aux élèves en médecine et en pharmacie désignés pour remplir à titre provisoire pendant la durée

de la guerre les fonctions d'interne ou d'externe dans les hôpitaux.

I. Elèves en médecine

1° *Elèves en premier* : les externes ou anciens externes des hôpitaux (nommés au concours) désignés pour remplir les fonctions d'interne en médecine.

2° *Elèves adjoints en premier* : les élèves en médecine non externes désignés pour remplir les fonctions d'internes.

3° *Elèves adjoints en second* : les élèves en médecine désignés pour remplir les fonctions d'externes.

II. Elèves en pharmacie

Les élèves en pharmacie désignés pour remplir les fonctions d'interne seront dénommés *élèves-adjoints en pharmacie* des hôpitaux.

Fait à Paris, le 16 septembre 1939.

Signé : Serge Gas.

Listes des services d'hôpitaux qui fonctionnent actuellement à Paris

(2e *liste*) (1)

A) *Hôpitaux de l'Assistance publique de Paris.*

Les Directeurs des hôpitaux Necker, Enfants-Malades, la Pitié et la Salpêtrière ont bien voulu nous donner les renseignements suivants :

Hôpital Necker. — Les services de médecine, de M. Laederich, de M. Jacquelin et de M. le Professeur Binet sont fermés. Trois salles ont été aménagées pour, éventuellement, recevoir et traiter des gazés militaires. La salle Le Fort, du service de M. le Professeur Fiessinger, pourra, éventuellement, recevoir des gazés civils.

Le service de chirurgie générale est fermé. Fonctionne seulement un poste de secours chirurgicaux.

Les services de chirurgie urologique et d'ophtalmologie sont ouverts et peuvent hospitaliser des malades.

Hôpital des Enfants-Malades. — Tous les services de médecine infantile (sauf celui de M. Darré) reçoivent des malades. Toutefois, le pavillon de la diphtérie est fermé.

Les services de chirurgie infantile fonctionnent normalement. Nous avons d'ailleurs aperçu M. le Professeur Ombrédanne qui se rendait dans ses salles.

Hôpital de la Pitié. — Les services de médecine fonctionnent tous.

Par contre, les trois services de chirurgie et la Maternité de la Pitié sont fermés aux admissions nouvelles de malades.

Un poste de secours et des salles d'hospitalisation éventuelle de gazés civils (salle Z) ont été aménagés dans cet hôpital.

Hôpital de la Salpêtrière. — Le service de chirurgie du Professeur Gosset fonctionne et reçoit normalement des malades.

B) *Hôpitaux indépendants de l'Asssistance publique.*

Hôpital Saint-Joseph. — L'hôpital Saint-Joseph, 7, rue Pierre-Larousse, Paris XIVe hospitalise les malades dans les conditions ordinaires. Les consultations externes fonctionnent également sans changement.

Suspension pour la durée de la guerre, de l'application des dispositions de l'article 65 de la loi de finances du 22 avril 1905 (communication des dossiers).

RAPPORT

au Président de la République française

Paris, le 18 septembre 1939.

Monsieur le Président,

Le décret du 1er septembre 1939, fixant la situation des personnels des administrations de l'Etat en temps de guerre, prévoit en son article 15 que sont suspendues provisoirement les dispositions de l'article 65 de la loi du 22 avril 1905, relative à la communication de leur dossier aux fonctionnaires devant être l'objet d'une sanction disciplinaire, d'un déplacement d'office ou d'un retard dans l'avancement.

Une mesure analogue paraît s'imposer à l'égard des personnels militaires des armées de terre et de l'air.

En conséquence, nous avons l'honneur de soumettre à votre approbation le projet de décret ci-joint que nous vous prions de vouloir bien revêtir de votre signature, si vous en approuvez la teneur.

Décret

Art. 1er. — Sont suspendues pour les militaires de tous grades des armées de terre et de l'air les dispositions de l'article 65 de la loi du 22 avril 1905.

Art. 2. — La mesure prévue à l'article 1er ci-dessus cessera d'être applicable, soit à la date de cessation des hostilités, soit à la date fixée par un décret rendu en conseil des ministres.

Art. 3. — Le président du conseil, ministre de la défense nationale et de la guerre et des affaires étrangères, et le ministre de l'air sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

(1) Voir *Concours Médical*, n° 41.

Le Gérant : R. THIRON Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 4 octobre 1939

M. Hartmann annonce la mort du Professeur Legueu, survenue soudainement, à la suite d'une intoxication oxycarbonée accidentelle.

Ardent patriote, le Professeur Legueu s'était consacré depuis sa retraite à l'organisation de la Croix-Rouge française. Il avait repris récemment, en raison de la guerre, la direction d'un service chirurgical à l'hôpital Beaujon. Ses obsèques ont eu lieu à Poissy dans la plus stricte intimité, selon sa volonté.

***

L'Académie écoute une communication de M. Sorrel sur l'amputation du pied et une communication de M. Chevassu sur l'utilité de créer des ateliers de réparation des gants de caoutchouc à usage chirurgical. Pendant la guerre 1914-1918, il a été fait une grande consommation de gants de caoutchouc dans les formations chirurgicales. On pourrait réduire les dépenses ainsi causées en envoyant pour réparation, à des ateliers spéciaux, les gants déchirés au cours d'opérations par des instruments ou des esquilles osseuses. Un atelier de ce genre fut créé par M. Chevassu lors de la dernière guerre et rendit de grands services.

L'Académie commence ensuite la discussion des Rapports de MM. Clovis Vincent et de Martel sur la chirurgie des traumatismes cranio-cérébraux de guerre. Y prennent part MM. Pierre Duval, Maisonnet, Chevassu, Gosset et Louis Bazy.

Pour M. Pierre Duval, trois questions sont à considérer : *où*, *quand* et *comment* ; où l'on intervient (formations de l'avant, de l'arrière), combien de temps après la blessure et par quelle technique.

M. Chevassu envisage l'adaptation du traitement aux degrés de ces blessures : plaie cranienne simple, plaie du périoste, plaie extra-dure-mérienne, dure-mérienne, etc.

M. Gosset pense que dans la guerre actuelle les blessures cranio-cérébrales seront probablement moins nombreuses et aussi moins graves que dans la guerre 1914-1918, en raison du port du casque métallique qui s'est généralisé. La mortalité des traumatismes cranio-cérébraux a été considérable pendant la dernière guerre, mais nous pouvons espérer aujourd'hui une atténuation de ce pronostic. Les blessés cranio-cérébraux — contrairement aux abdominaux qui supportent mal les transports — peuvent souvent, après un premier pansement, être éloignés et dirigés rapidement sur des centres chirurgicaux spécialisés.

M. Louis Bazy a organisé en un endroit X., à 40

kilomètres du front, un Centre neuro-chirurgical prêt à fonctionner, qui comprend un chirurgien, un médecin des hôpitaux neurologiste, un radiologue et un bactériologiste. Les blessés, après un temps de simple nettoyage chirurgical à l'avant, seront transportés par auto-motrices ou par avions sanitaires.

***

Nous présenterons ultérieurement, dans un article plus complet, une étude d'ensemble des rapports de MM. Clovis Vincent et de Martel, et de la discussion à laquelle ils ont donné lieu.

P. Lacroix.

Patente des médecins mobilisés ou réquisitionnés

AVIS IMPORTANT

Les médecins mobilisés ou réquisitionnés ont intérêt à nous adresser leurs avertissements de patente avec les renseignements relatifs à leur situation actuelle pour que nous leur rédigions une demande en remise motivée s'il y a lieu après étude du dossier.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Croix-Rouge

Décret du 13 *août* 1939 *relatif au rôle et au fonctionnement général des Sociétés d'assistance aux blessés et malades de l'armée.*

(*J. O.*, 30 septembre 1939.)

Arrêté du 10 *septembre* 1939 *relatif à l'usage et au port des insignes de neutralité de la Convention de Genève en temps de guerre.*

(*J. O.*, 30 septembre 1939.)

Ces documents seront publiés ultérieurement dans le corps du journal.

Enseignement de la médecine

Sont nommés agrégés pour neuf ans, à compter du 1er novembre 1939 :

Faculté de Paris :

Chirurgie générale : 1° Option chirurgie générale : MM. Fèvre, Sicard, Patel ; 2° Option urologie : M. Couvelaire.

Obstétrique : MM. Sureau, Digonnet.

Physique médicale : M. Desgrez.

Anatomie et organogenèse : M. Cordier.

Chimie générale : M. Boulanger.

Médecine générale : 1° Option médecine générale : MM. Cachera, Lenègre, Soulié, Brouet, Garcin, Marchal, Delay ; 2° Option anatomie pathologique : M. Delarue, Mlle Gauthier-Villars ; 3° Option bactériologie : M. Bonnet ; 4° Option médecine légale : M. Desoille.

Faculté d'Alger :

Histologie et embryologie : M. Kehl.

Chimie médicale : M. Ettori.

Médecine générale : Option médecine générale : M. Thiodet .

Chirurgie générale : Option chirurgie générale : MM. Curtillet, Goinard, Sarrouy.

Obstétrique : M. Jahier.

Faculté d'Aix-Marseille

Médecine générale : 1° Option médecine générale : MM. Audier, Recordier ; 2° Option anatomie pathologique : M. Paillas.

Chirurgie générale : Option chirurgie générale : MM. Imbert, Dor.

Obstétrique : M. Chosson.

Anatomie et organogenèse : M. Salomon.

Faculté de Bordeaux :

Physiologie : M. Franck.

Physique médicale : M. Auriac.

Histoire naturelle médicale et parasitologie : M. Mandoul.

Médecine générale : Option médecine générale : MM. Sarric, Dubarry.

Chirurgie générale : Option chirurgie générale : M. Magendie. Pouyanne.

Obstétrique : M. Mahon.

Faculté de Lille :

Physiologie : M. Bizard.

Chimie médicale : M. Jayle.

Physique médicale : M. Swyngedauw.

Médecine générale : 1° Option médecine générale : MM. Warembourg, Verhaeghe ; 2° Option anatomie pathologique : M. Driessens.

Chirurgie générale : Option chirurgie générale : MM. Decoulx, Macquet.

Obstétrique : M. Bedrines.

Faculté de Lyon :

Histoire naturelle médicale et parasitologie : M. Roman.

Physique médicale : M. Piffault.

Médecine générale : Option médecine générale : MM. Froment, P.-E. Martin.

Chirurgie générale : Option chirurgie générale : MM. Mallet-Guy, Peycelon.

Oto-rhino-laryngologie : M. Mounier-Kuhn.

Obstétrique : M. Bancillon.

Histologie et embryologie : M. Broussy.

Physiologie : M. Jourdan.

Faculté de Montpellier :

Histoire nasurelle médicale et parasitologie : M. Harant.

Chimie médicale : M. Monnier.

Médecine générale : Option médecine générale : MM. Boucomont, Bert.

Chirurgie générale : Option urologie : M. Truc.

Obstétrique : M. Caderas de Kerlau.

Faculté de Nancy :

Anatomie et organogenèse : M. Beau.

Physiologie : M. Grandpierre.

Médecine générale : Option médecine générale : MM. Michon, Neimann.

Chirurgie générale : Option chirurgie générale : M. Rousseau.

Ophtalmologie : M. Thomas.

Obstétrique : M. Hartmann.

Faculté de Toulouse :

Physiologie : M. Baisset.

Chimie médicale : M. Vincent.

Physique médicale : M. Dubost.

Médecine générale : Option médecine générale : M. Planques.

Ophtalmologie : M. Calmettes.

Médecine générale : option médecine générale : M. Fabre ;

Chirurgie générale : Option chirurgie générale : M. Virenque.

Ecole supérieure de médecine et de pharmacie d'Hanoï :

Physiologie : M. Richard.

Médecine générale : Option anatomie pathologique : M. Joyeux.

(*J. O.*, 27 septembre 1939.)

Légion d'honneur

Est nommé chevalier de la Légion d'honneur, au titre du ministère de la Santé publique : M. le Docteur Vernier, de Versailles.

(*J. O.*, 27 septembre 1939.)

Service de santé militaire

Décret du 25 septembre 1939 portant organisation du Comité consultatif de santé en temps de guerre.

Art. 1er. — Un Comité consultatif de santé est institué en temps de guerre auprès du département de la Défense nationale et de la Guerre.

Art. 2. — Ce Comité est composé :

a) De membres titulaires, choisis parmi les officiers généraux du Corps de santé militaire et du Corps de santé de la marine et du Corps de santé des troupes coloniales et parmi les membres civils qualifiés par leurs titres éminents, leur passé et leur spécialisation ;

b) De membres consultants représentant les autres départements ministériels et les Services de santé aux armées alliées et éventuellement, sur convocation, les médecins et chirurgiens consultants aux armées.

Art. 3. — Les membres titulaires sont nommés par le ministre.

Art. 4. — La présidence est attribuée au médecin général inspecteur du cadre de réserve, désigné pour cet emploi dès le temps de paix.

Art. 5. — Le Comité se réunira sur l'ordre du ministre en temps et lieux nécessaires.

Art. 6. — Toutes dispositions antérieures sont abrogées.

(*J. O.*, 29 septembre 1939.)

Arrêtés du 26 *septembre* 1939 *fixant la composition*:

1° *du Comité consultatif de santé* ;
2° *de la Commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaire* ;
3° *de la Commission médicale des intoxications* ;
4° *de la Commission mixte de prophylaxie contre le péril vénérien dans l'Armée* ;
5° *du Conseil supérieur de surveillance des eaux.*

(*J. O.*, 29 septembre 1939.)

Réponse d'un ministre à la question d'un parlementaire

Exonération en faveur des professions libérales pour l'application de la contribution nationale extraordinaire.

9.522. — M. Boux de Casson demande à M. le ministre des Finances : 1° comment doit être interprété l'article 6 de la loi du 31 décembre 1938, relatif à l'exonération de 6.000 francs pour les revenus d'une profession libérale ; 2° si un revenu de 7.000 francs doit être imposé à 2 p. 100 sur 7.000 francs ou à 2 p. 100 sur 1.000 francs, les solutions données par les contrôleurs étant divergentes sur ce point. (*Question du* 1er *juin* 1939.)

Réponse. — 1° Bien que l'article 6 de la loi du 31 décembre 1938 ne les vise par expressément, il est admis que, pour l'application de la contribution nationale extraordinaire, l'exonération prévue à l'égard des revenus qui n'excèdent pas la somme de 6.000 francs, majorée, le cas échéant, à raison des charges de famille des redevables, s'étend aux bénéfices des professions non commerciales. Par suite, ces bénéfices ne sont pas soumis à la contribution nationale lorsque, totalisés, s'il y a lieu, avec les revenus tirés par le même contribuable de l'exercice de professions commerciales, industrielles ou artisanales ils n'ont pas atteint, au cours de l'année, la somme

susvisée ; 2° la somme de 6.000 francs dont il s'agit ne constitue pas un abattement à la base, mais une limite d'exonération. Dès lors, les revenus imposables dont le montant net annuel, comme dans l'exemple cité dans la question, est supérieur à ladite somme sont, en principe, taxés pour la totalité.

(*J. O.*, 26 septembre 1939.)

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 19 septembre 1939, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

13.894 M. le Dr HALLOT, père, Biarritz (Basses-Pyrénées). Syndicat de Biarritz-Bayonne.
13.895 M. le Dr MARRIQ, hôpital Drouet, Cholon (Cochinchine). Parrain : Docteur Grimaud, du Cambodge.

Ces admissions deviendront définitives si elles n'ont fait l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours qui suivront la présente publication (Art. 5 des Statuts).

O O O

CORRESPONDANCE

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

6.514. — Situation d'un étudiant de la classe 1940 titulaire du P. C. B.

Le fils d'un de mes amis vient de terminer son P. C. B. à la Faculté des Sciences. Il a été reçu en juillet et se dispose à prendre sa première inscription de médecine en novembre. Il est de la classe 1940 et va être envoyé devant le conseil de révision en octobre.

Quelle est exactement sa situation au point de vue militaire ? Est-il susceptible, à titre d'étudiant en médecine, d'être incorporé dans une section d'infirmiers ou dans un corps de troupe, comme infirmier, ou encore dans une formation sanitaire ? Ce jeune homme est atteint d'une myopie assez forte (— 4,50 d'un œil ; — 5,50 de l'autre).

Dr T.

Réponse

Ce jeune homme peut invoquer sa situation pour demander à être incorporé dans une section d'infirmiers militaires. Pour augmenter ses chances de réussite, il pourrait contracter un engagement quelque temps avant de passer normalement le Conseil de révision. Seule une myo-

pie supérieure à 10 dioptries, même pour un seul œil, entraîne la réforme définitive.

6.523. — Situation d'un médecin reconnu inapte

Classe de recrutement 1913, mon fascicule portant dernière classe de mobilisation, deuxième réserve (je suis en effet père de deux enfants).

Médecin auxiliaire, service auxiliaire, je me suis présenté à mon centre mobilisateur au jour fixé.

Après visite médicale, j'ai été reconnu inapte et renvoyé dans mes foyers.

Quelle est ma situation actuelle ? Serai-je rappelé, dans combien de temps ou non ?

D'après ma classe de mobilisation, à quelle date serai-je dégagé de toute obligation ?

Me trouvant actuellement dans ma résidence habituelle de vacances, loin de ma région, à la fois, professionnelle et militaire, puis-je y exercer ou y demander un engagement à titre civil ?

D[r] S

Réponse

Puisque vous avez été reconnu inapte après visite médicale, vous êtes dégagé d'obligations militaires. Cependant, votre classe 1913 ne doit être définitivement libérée qu'à partir de 1942 ; d'ici là vous êtes obligé de faire connaître à la gendarmerie tout changement d'adresse.

Vous avez probablement connaissance du récent décret en date du 11 septembre 1939 aux termes duquel les médecins non mobilisables sont tenus, sans ordre spécial, de continuer sur place l'exercice de leur profession ou de rejoindre tout autre poste qui pourrait leur être assigné (voir numéro du *Concours Médical* du 17 septembre 1939).

6.524. — Situation du médecin réformé, réquisitionné à titre civil et repris bon pour le service militaire

Ajourné en 1923, en 1924, exempté par la commission de réforme en 1928, je suis pour le moment dégagé de toute obligation militaire. Par la Préfecture je viens d'être réquisitionné pour un service de réfugiés dans ma commune.

Je serai vraisemblablement appelé à repasser un conseil de révision, et je serai sans nul doute pris bon pour le service.

Puis-je compter d'une façon ferme d'être pris dans le corps de santé... (en ligne ou en service hospitalier ?...) qu'ai-je ou qu'aurai-je à faire pour devenir médecin auxiliaire ?

Dois-je faire déjà des démarches ou m'engager (dans un service de défense passive par exemple) ou simplement attendre ?

Que me conseillez-vous ?

Je suis marié et ai un enfant. D[r] M.

Réponse

Si vous êtes pris bon par une prochaine commission de réforme, votre réquisition civile tombera d'autorité devant vos nouvelles obligations militaires. Etant docteur en médecine, vous serez certainement incorporé dans le Service de santé, et après quelques conférences administratives, vous passerez rapidement l'examen d'aptitude, qui vous permettra d'être nommé médecin auxiliaire. Si vous pensez être repris par le service militaire, votre intérêt serait de demander de vous-même le passage devant une Commission de réforme, afin de reprendre plus vite du service.

6.553. — Indemnité de logement d'un officier

N'est-il accordé aucune indemnité pour le logement d'un officier ?

Dans la petite commune où j'exerce sont arrivés le 15 courant, 300 hommes et chevaux.

La maire m'a envoyé un officier à loger. Je l'ai fait volontiers bien que petitement logé.

C'eût été pour quelques jours, je ne vous eus pas adressé cette lettre, mais renseignements pris, cet officier va rester au moins trois semaines et sera ensuite remplacé par un autre.

C'est en somme une chambre réquisitionnée et toute réquisition doit, ce me semble, être payée.

S'il en est ainsi, pourriez-vous me faire savoir quelle indemnité journalière est accordée et quelles démarches je dois faire pour l'obtenir.

Dr A.

Réponse

Le logement d'un officier sur réquisition, donne droit, aux termes de l'article 33 du décret 3 août 1877, modifié par le décret du 23 novembre 1886, et par le décret du 27 août 1931, à une indemnité de 3 francs par lit et par nuit.

La demande doit être adressée au Maire, qui la transmet à l'autorité militaire et le paiement est effectué par l'intendance.

A titre de renseignements, les indemnités de logement sont les suivantes :

60 centimes par lit de sous-officier ou soldat et par nuit ;

15 centimes par place de cheval ou de mulet et par nuit (plus le fumier).

Les indemnités de cantonnement sont :

Par homme et par nuit : 15 centimes.

Par cheval ou mulet, le fumier.

ACCIDENTS

6.500. — Refus de prise en charge d'accident du travail par l'assurance

J'ai donné des soins à un ouvrier (blessé au cours de son travail) du 3 au 22 avril 1939. Il y a eu le 13 avril consultation avec le médecin contrôleur.

Le 27 juin 1939 j'envoie ma facture se montant à 224 fr. 50.

Le 12 juillet, la Compagnie m'écrit qu'elle ne peut prendre ces frais à sa charge, « le service des sinistres ayant rejeté cette affaire. »

Voulez-vous me dire si cette façon de procéder est correcte et si je ne puis espérer toucher mes honoraires.

Dr R.

Réponse

La loi sur les accidents du travail n'a créé aucun lien direct entre le médecin traitant qui donne des soins à la victime et la Compagnie d'assurances qui couvre la responsabilité du patron.

Le refus par l'assurance de prendre en charge le sinistre ne saurait vous priver du droit de réclamer le paiement de vos honoraires au chef d'entreprise responsable et votre seul débiteur légal, si toutefois il s'agit bien d'un accident du travail et si vous avez rempli à l'égard de l'employeur les formalités imposées par la loi du 1er juillet 1938.

Envoyez donc maintenant votre note au patron et priez-le de vous régler sans tarder. Si l'accident du travail est certain et si le patron ne vous paye pas malgré cette mise en demeure, il ne vous restera plus qu'à le citer en paiement devant le Juge de paix du canton sur le territoire duquel l'accident s'est produit, seul compétent.

Au cas où le chef d'entreprise serait mobilisé, l'exercice de votre action serait suspendu jusqu'à sa démobilisation, conformément au décret du 1er septembre 1939.

ASSURANCES SOCIALES

5.482. — Conditions de remboursement des appareils de prothèse dentaire

Mlle L... à mon service depuis vingt ans, assurée sociale depuis 1930 a eu besoin de soins dentaires. D'après les règlements d'assurances sociales de 1936 les assurés sociaux ont droit à des prestations pour soins de la bouche et des dents donnés par dentistes ou stomatologistes.

En dehors des soins courants (je cite le Précis à l'usage des médecins) ils ont droit à des appareils de prothèse (couronnes, bridges, dentiers).

Les soins dentaires et la prothèse nécessaire ont été effectués par M. P. chirurgien-dentiste.

Je vous commnnique ci-contre le diagramme des travaux exécutés ! La note présentée par M. P. s'élevait environ à mille francs. De tout cela l'assurance a remboursé 91 francs + 16 francs pour la prothèse arguant par lettre jointe que je vous communique que les bridges ne sont pas remboursables.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me dire si cela est régulier et si le tarif de responsabilité ne joue pas dans le cas de bridge et s'il a joué suffisamment dans les soins antérieurs. Je vous remercie d'avance et serais très heureux si vous pouviez me faire m'y reconnaître dans cette forêt de Bondy sans gendarmes que sont les Assurances sociales de nos régions.

D[r] C.

Réponse

Après examen de la question, nous croyons hélas! qu'il n'y a rien à faire contre la décision de la Caisse départementale des Assurances sociales et que c'est le dentiste qui a eu tort de ne pas s'inquiéter des conditions de remboursement des appareils de prothèse dentaire, tel que prévu par le règlement intérieur de la Caisse.

Voici, en effet, les textes qui régissent la question :

1° Art. 6, § 10 du décret-loi du 28 octobre 1935 : les frais d'appareils sont remboursés dans les conditions et suivant un tarif fixé par le règlement intérieur de la Caisse, compte tenu d'une participation de l'assuré de 20 %. (Art. 30 du règlement intérieur type des Caisses d'Assurances Sociales approuvé par arrêt du 30 janvier 1937).

Le remboursement des appareils et accessoires (appareils de prothèse...) n'est fait que si la caisse a préalablement accepté de prendre en charge les frais de délivrance des appareils et accessoires. La délivrance de ces appareils et accessoires est effectuée par le fournisseur choisi par l'assuré sur la liste des fournisseurs agréés par la Caisse.

Il faudrait connaître le règlement intérieur de la Caisse départementale des Assurances sociales. Mais il est probable qu'il contient une disposition calquée sur celle que nous venons de vous rapporter.

Dans ces conditions, il aurait fallu que votre cliente, avant de se fournir du bridge litigieux, demande à la Caisse d'Assurances sociales une acceptation de prise en charge. Si cela n'a pas été fait, elle ne paraît pas pouvoir valablement réclamer.

Et ceci, d'autant plus que la Commission de prothèse dentaire a déjà décidé et que cette Commission prévue à l'art. 6, § 1[er] du décret-loi de 1935 est une sorte d'institution d'arbitrage obligatoire qui juge sans appel.

Soixante et unième année N° 43 22 Octobre 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie Scientifique

Travaux Originaux

L'Actualité Scientifique

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

Propos du Jour

Dernières Nouvelles

A Travers l'Officiel

Correspondance

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg .	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro...........	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.

PROPOS DU JOUR

L'HYGIÈNE MILITAIRE : UN PRÉCURSEUR

L'hygiène des troupes en campagne a fait de sérieux progrès et notre Corps de santé a bénéficié des enseignements de la dernière guerre. On évitera certainement aujourd'hui dans une large mesure les épidémies telle que la fièvre typhoïde qui fit en 1914 tant de ravages dans la région de Belfort. On ne manquera pas de sérum et l'on n'aura plus à déplorer de nombreuses victimes du tétanos, ni de la gangrène gazeuse. En prenant de minutieuses précautions on peut éviter les maladies dans les troupes en campagne et les Italiens nous en ont fourni la preuve dans l'expédition d'Ethiopie.

A ce propos il n'est pas sans intérêt de relever dans les *Mémoires du Prince de Ligne* ce que l'expérience et le bon sens avaient inspiré à ce général au jugement sûr qui aimait ses soldats et se préoccupait de leur santé et de leur bien-être. Dans le tome III de ses mémoires, dans un chapitre intitulé *De la Médecine*, le Prince de Ligne se défendant d'être médecin et d'avoir étudié l'art de guérir, expose simplement « ce que le service lui a appris ».

« Le pain mal cuit, la friponnerie d'un entrepreneur qui y met beaucoup d'eau pour avoir le poids ; le mauvais fruit ; l'eau bourbeuse, l'eau même la meilleure en marche pendant la chaleur ; le brandevin, les poëles trop échauffés dans les maisons de paysans, la vieille paille pourrie, l'ordure des cantonnements ; toutes les injures de l'air qu'on essuie sous ces malheureuses canonnières ; les ligaments trop serrés, les boutons aux guêtres, les habits trop étroits, la circulation arrêtée ; les cols, les jarretières (je ne veux ni des uns ni des autres) ; une position trop gênée et trop longue sous les armes, l'exercice pendant la canicule, les cuirs qui se croisent sur la poitrine ; le poids d'une gibecière raide et chargée de cuivre, qui écrase l'estomac :

Voilà, d'après le Prince de Ligne, « les causes des maladies des soldats ».

Il demande la régularité dans l'heure des marches et des repas, qu'on fasse en sorte de leur donner des bains. Il a une estime relative pour le corps de santé de son époque.

« Qu'on me permette de faire prendre le pre-

mier médecin à qui je verrai dans un hôpital faire saigner la droite et purger la gauche, le premier chirurgien qui fera des expériences sur ce pauvres malheureux et le premier entreprenur qui voudra gagner sur eux. »

Il recommande de donner du vin dans certaines circonstances, de distribuer du veau, du lait, du bouillon, du poulet aux malades convalescents. Il demande qu'on se préoccupe du logement et même des distractions. Il voudrait proscrire les sous-vêtements de laine qui imprégnés de sueur dégagent une odeur putride, conseille de ventiler les chambres, de s'occuper de l'évacuation de l'urine. Il réclame des casseroles en fer blanc durant la guerre et en terre dans les garnisons, mais proscrit les casseroles en cuivre étamé qu'il juge dangereuses. Il défend de se servir d'eau dormante qui contient mille petits animaux qui y déposent leurs œufs, préconise l'eau des fontaines et conseille de filtrer l'eau. On devrait à son avis rechercher pourquoi il y a tant d'épileptiques dans les troupes.

Si on l'écoutait pour le régime du corps et de l'esprit, pour le s logements, les vêtements, il serait possible, dit-il, d'éviter bien des maladies.

Il reconnait qu'on doit dans certains cas avoir recours à des praticiens qu'il ne voudrait pas qualifier du nom de médecin qui est toujours alarmant et qui chercheraient à prévenir les maladies plutôt qu'à les guérir.

Il entre dans les moindres détails : éviter les rangs serrés en marche, assainir le terrain humide où l'on est obligé de camper, faire griller le pain quand il est humide.

Il a horreur de la charpie et tout en rendant hommage aux dames qui en préparent avec « leurs belles petites mains », il accuse cet objet de pansement « au lieu de guérir d'introduire du poison dans la plaie » et d'empêcher la cicatrisation. Il recommande aux officiers de ne pas tourmenter les soldats : « De la gaité, dit-il, cela est bon dans tout, à tout. »

Il réclame dans le corps de santé d'une troupe, deux chirurgiens herborisateurs, deux autres employés à guérir, deux autres habiles dans les maladies des os ; deux anatomistes, deux excellents pour soigner les blessures, que les autres s'occupent de l'organisation des hôpitaux « qu'ils aient des connaissances et surtout de l'humanité ».

« Qu'un chirurgien-major soit assez savant pour savoir qu'il ne sait rien ; mais qu'il soit bien élevé, bien instruit, philosophe presque, fort expérimenté, encouragé par de bonnes récompenses pour sa vieillesse ; qu'il fasse de bons bandages pour les ruptures ; qu'il soit le confident et l'ami des soldats. »

Le Prince de Ligne n'aime pas les médicaments chimiques, il conseille surtout les simples, les bains et la tisane.

Il préconise de faire visiter les femmes pour éviter les maladies vénériennes. Il serait partisan d'une sorte d'examen prénuptial où le curé collaborerait avec le chirurgien.

Tout cela a été écrit, *il y a un siècle et demi* et il n'y a pas très longtemps qu'on a réalisé la plupart des recommandations du Prince de Ligne qui fut en hygiène militaire un véritable précurseur.

J. Noir.

ÉCHOS DE NOTRE CORRESPONDANCE

L'exercice de la médecine civile durant la guerre

Nous recevons une lettre d'un confrère mobilisé dans une ville de Bretagne qui compte plusieurs hôpitaux et est médecin en chef d'un de ces derniers.

Notre correspondant nous écrit que plusieurs médecins, mobilisés comme lui et dans les mêmes conditions, échangent à la table de leur commune popote des propos sur l'exercice actuel de la médecine civile, et prétendent qu'on aurait pu, sur ce point, tirer de meilleurs enseignements de la guerre de 1914-1918.

Ces confrères citèrent plusieurs cas où des médecins jugés inaptes à faire un service médical militaire quelconque, furent assez robustes pour satisfaire aux exigences d'immenses clientèles durant les hostilités, continuèrent pendant les vingt années qui suivirent et assurent encore pendant la guerre actuelle le même service.

Ces faits sont indéniables et quel médecin ne pourrait-il pas citer des faits semblables ?

Mais le moyen de remédier à d'aussi choquants abus ?

Notre confrère propose un moyen draconien : la fonctionnarisation de tous les médecins civils, l'attribution à chacun de la solde de médecin-capitaine avec mise gratuite à leur disposition

du téléphone et de moyens de transport ; la perception des honoraires par un représentant du fisc qui les verserait dans une Caisse gérée par le Syndicat des médecins du département. Ce dernier, après avoir payé les impôts et les frais, répartirait le restant entre tous les médecins mobilisés ou non mobilisés proportionnellement à leurs charges de famille.

Ce système paraît au premier abord séduisant, bien que la perception des honoraires par le fisc et leur répartition par le Syndicat ne nous paraissent pas très faciles à organiser. Mais nous lui ferons une objection d'ordre plus général. La guerre ne durera pas éternellement. Notre correspondant ne craint-il pas que, si l'exercice de la médecine civile était fonctionnarisé et que la réforme qu'il propose, parvenait à être réalisée avec succès, l'Etat ne trouverait pas avantageux de maintenir cette fonctionnarisation en temps de paix ? Pourquoi alors avoir protesté contre toutes les emprises de l'Etat, qui fonctionnarise progressivement l'exercice de la médecine en organisant la médecine sociale ?

Nous croyons qu'il suffirait pour remédier aux abus qu'on nous signale, d'obliger les médecins, jugés inaptes et qui exerceraient la médecine civile, à subir périodiquement de nouveaux examens médicaux qui permettraient au service de santé militaire de les récupérer.

J. Noir.

AVIS IMPORTANT

Changements d'adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le *Concours Médical* leur parvienne régulièrement à l'avenir. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS IMPORTANT

Les petites annonces sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux ne permettant leur insertion que quatre jours après leur réception. Lesdites petites annonces ne devront comporter aucun nom de ville, ni aucune abréviation, mais devront contenir nom et adresse de l'annonceur. Le texte d'une annonce présentée au Journal doit être visé par le commissaire de police ou le maire de la ville. Le Journal se réserve, par ailleurs, le droit de supprimer toutes les annonces qui lui paraîtraient douteuses.

Nº 342. — On accueillerait dans appartement meublé plain-pieds, dans localité à proximité grande ville, membres famille médicale obligés chercher refuge. Dr Zerlaut, à Foussay (Vendée).

Nº 343. — Interne français, ophtalmologiste de la Fondation ophtalmologique Ad. de Rothschild, remplacerait confrère Paris, banlieue ou province étant dégagé de toutes obligations militaires. Dr Hugues Renault, Fondation Rothschild, 29, rue Manin, Paris (XIXe).

Nº 344. — Médecin non mobilisable cherche remplacement dans banlieue ouest ou Capitale. Dr Savy, 9, rue Chartran, Neuilly-sur-Seine.

Nº 345. — Centre Ouest. Chef-lieu de canton. Médecin mobilisé demande confrère durée des hostilités. Médecine générale. Contrée riche. Installation moderne. Garage. Arrangement amiable. Dr Manière, à Ayen (Corrèze).

Nº 346. — Clinique ouverte à tous docteurs, médecine, chirurgie, obstétrique, radio, U. V., cure repos, régimes. Assurances sociales. Deux docteurs attachés établissement, 40, rue Barrage, Alfortville (Seine).

Nº 347. — Ille-et-Vilaine, proximité grande ville. Médecin mobilisé demande remplaçant non mobilisable. Médecine générale et accouchements. Dr A. Roussel, à Chateaugiron (Ille-et-Vilaine).

Nº 348. — Oise. On demande médecins français omnipraticiens non mobilisables pour assurer soins aux populations civiles dans certaines villes et cantons ruraux.

A titre provisoire, ces médecins pourront être chargés du fonctionnement des services de protection de la Santé publique (vaccinations, inspections des écoles) en remplacement de leurs confrères mobilisés.

Ils seront tenus aux obligations résultant de l'article 7 du décret du 11 septembre 1939 (interdiction pendant un délai de trois ans, à compter de la date de cessation des hostilités, d'exercer leur art dans la localité où ils seront envoyés et dans un rayon de vingt kilomètres autour de cette localité).

Pour tous renseignements, s'adresser à la Préfecture de l'Oise, Beauvais : Inspection Départementale d'hygiène.

Nº 349. — Docteur demande pour sa fille, situation ou représentation laboratoires Paris, province. Active, bonne présentation, culture physique, permis de conduire. Dr Camus, 4 rue République, Les Lilas (Seine).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** — Dans sa séance du 3 octobre 1939 et sur la proposition de M. Rist, l'Académie de médecine a adopté un vœu demandant que les Conseils de réforme soient assistés de consultants spécialistes en phtisiologie, neurologie, etc., dans le but d'éviter, par des décisions prises sur documentation plus complète, l'incorporation de sujets malades et les réformes abusives de sujets aptes au service militaire.

— **Académie des sciences.** — L'Académie des sciences, sur la proposition de M. Javillier, a voté la motion suivante à sa séance du 18 septembre 1939 : « L'Académie des Sciences de l'Institut de France adresse à la Nation polonaise qui oppose une héroïque résistance à l'invasion, et à son Gouvernement qui compte d'illustres savants, l'hommage de son admiration et l'expression de sa confiance en un avenir conforme à la Justice ».

— **Pour les étudiants appelés sous les drapeaux.** — Mesures dont les étudiants appelés sous les drapeaux avant le 20 octobre 1939 peuvent bénéficier :

a) Les étudiants qui, ayant une admissibilité antérieurement acquise, n'ont à subir à la session d'octobre-novembre que des épreuves orales, en sont dispensés et sont déclarés reçus ;

b) Pour les étudiants qui ont été éliminés à un examen où il n'y a pas d'admissibilité, le jury, sur leur demande, examinera de nouveau leurs notes et leur dossier scolaire ; il pourra les déclarer reçus sans leur faire subir de nouveau les épreuves ;

c) Pour les étudiants qui ont été refusés aux épreuves écrites en 1939, le jury pourra, sur leur demande, examiner de nouveau leurs compositions et leur dossier scolaire et les déclarer admissibles et reçus.

— **Sorbonne.** *Cours libre sur le service social et son adaptation aux périodes de guerre.* — M. le Docteur P. F. Armand-Delille a commencé le 10 octobre 1939, à 4 heures du soir, à la Sorbonne (amphithéâtre Michelet), et continuera les mardis et jeudis suivants, à la même heure, une série de conférences sur l'organisation du Service social et l'Assistance médico-sociale, spécialement adaptées aux services civils pendant la guerre.

Programme du cours. — L'assistance sociale. Son origine, son but. — Importance de l'organisation systématique du service social dans les collectivités contemporaines particulièrement en temps de guerre. Nécessité d'une préparation spécialisée pour ceux qui veulent s'y consacrer. — Importance des enquêtes. Leur technique. — Lutte contre les fléaux sociaux et prophylaxie sociale de la tuberculose, de la syphilis, de l'alcoolisme et du cancer. —

Assistance prénatale et protection de la première enfance. — Assistance médicale, économique, et morale à l'enfance et à l'adolescence. — Assistance aux familles nombreuses, aux familles des mobilisés et aux réfugiés. Collaboration avec les préfets, les maires, les médecins, le service de santé et l'autorité militaire, les médecins inspecteurs d'hygiène, les Bureaux d'hygiène, les inspecteurs des enfants assistés, les inspecteurs d'Académie et les instituteurs et institutrices, les Comités départementaux et les œuvres privées. — Assistance dans les milieux industriels, dans les grandes agglomérations urbaines et dans les communes rurales. — Rôle des différentes travailleuses sociales spécialement en temps de guerre. — Infirmières visiteuses pour la tuberculose, pour la lutte contre la syphilis, pour l'hygiène infantile ; Assistantes sociales des hôpitaux. Assistantes sociales auprès des Tribunaux d'enfants. — Surintendantes d'usines, visiteuses des assurances sociales et des Caisses de compensation, directrices de foyers sociaux et de foyers du soldat. — Rôle des ingénieurs sociaux. — Développement du Service social, son rôle dans la formation et l'éducation de la conscience collective. — Préparation au Service social, enseignement, aptitudes et qualités nécessaires aux travailleuses sociales. Préparation aux fonctions d'auxiliaire sociale. — Résultats obtenus par le Service social pendant la guerre de 1914-18 et résultats à obtenir pendant la guerre actuelle grâce au développement du Service social depuis vingt ans.

— **La chirurgie peut... adoucir les caractères !** — A une récente séance de l'Académie de chirurgie M. de Martel a fait connaître l'application de la lobectomie cérébrale à la cure des caractères difficiles. Il se proposait, si la guerre n'avait pas éclaté, de présenter trois jeunes sujets qui faisaient auparavant le désespoir de leur famille par leurs impulsions subites, d'une violence parfois dangereuse. Ils ont été rendus très doux et très appliqués à la suite de l'ablation complète du lobe frontal, opération qu'il ont facilement supportée.

— **Hôpital de Brest.** — Des internes en médecine, pourvus de douze inscriptions au moins, sont demandés à l'hôpital civil de Brest. Renseignements au secrétariat des hospices, 8 *bis*, rue Traverse, Brest.

— **Nécrologie.** — Le Docteur Pierre Molinéry, de Luchon, actuellement aux armées, fils de notre collaborateur et ami le Docteur Raymond Molinéry, a la douleur de faire part du décès de M. Léo Augère, son beau-père.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Deffarge, décédé accidentellement le 6 septembre à Bayonne, à l'âge de 44 ans.

Père de six enfants, il était directeur des Laboratoires Deffarge et docteur en pharmacie.

Nous adressons à Madame Deffarge et à sa famille l'expression de notre profonde sympathie.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Assurances sociales

Décret du 4 octobre 1939 portant création d'une Commission supérieure des Assurances sociales (*J. O.*, 7 octobre 1939).

Cette Commission qui comprendra notamment un représentant des groupements professionnels de médecins exercera, jusqu'à une date qui sera fixée par décret après la cessation des hostilités, les attributions et pouvoirs du Conseil supérieur des Assurances sociales, de sa section permanente et des sous-sections.

Baux et locations

Décret du 26 septembre 1939 réglant les rapports entre bailleurs et locataires en temps de guerre (*J. O.*, 5 octobre 1939).

Une analyse de cet important décret est publiée dans le corps du journal page 2475.

Questions militaires

Décret du 20 septembre 1939 relatif à la réintégration des officiers de l'armée active ou de la réserve démissionnaires ou rayés des cadres et à l'admission dans les cadres des réserves des officiers de l'armée active placés en situation de réforme par mesure disciplinaire (*J. O.*, 3 octobre 1939).

Décret du 4 octobre 1939 relatif aux nominations et aux promotions des officiers à titre définitif pendant la durée de la guerre (*J. O.*, 5 octobre 1939).

Décret du 4 octobre 1939 relatif aux nominations et aux promotions à titre temporaire pendant la durée de la guerre (*J. O.*, 5 octobre 1939).

Décret du 4 octobre 1939 relatif à l'application du décret du 26 septembre 1939 instituant une Croix de guerre (*J. O.*, 5 octobre 199).

Ces différents décrets seront publiés dans le corps du journal.

Victimes de la guerre actuelle

Décret du 9 septembre 1939 concernant les pensionnés, veuves, ascendants, orphelins de militaires morts pour la France et les victimes civiles de la guerre actuelle.

Art. 1er. — Le bénéfice de toutes les dispositions législatives et réglementaires régissant les victimes de la guerre de 1914-1918 et dont l'Office national des mutilés, combattants, victimes de la guerre et pupilles de la nation a été chargé d'assurer l'application, est étendu aux mêmes catégories de victimes de la guerre actuelle.

Voir la suite page XXXIII-2481

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

ATÉLECTASIE BRONCHIQUE D'ORIGINE NÉOPLASIQUE [1]

Par le Docteur Jacob

Médecin des hôpitaux de Paris

Les symptômes de l'atélectasie bronchique d'origine néoplasique ne sont pas absolument nouveaux. Dans la littérature de ces dix dernières années nous les voyons bien étudiés. Mais, comme l'expérience d'autrui n'a qu'une valeur relative pour chacun de nous, je vais vous faire part de ma propre expérience, durant ces trois dernières années. Rien n'est aussi instructif qu'une erreur tardivement redressée ; en vous faisant revivre les étapes par lesquelles je suis passé, avant de pouvoir reconnaître précocement les aspects assez déroutants qu'affectent les sténoses bronchiques, j'espère vous faire saisir l'intérêt de cette question.

Voici le cas du premier de mes malades, homme de 50 ans, que je vis en juillet 1935. Il avait rejeté un caillot, en toussant, la veille de son entrée à l'hôpital. Il ressentait, depuis quelques jours, une douleur continue vers l'omoplate gauche ; cette douleur s'accentuait quand il respirait profondément. Deux mois auparavant, au cours d'un état aigu, une ponction exploratrice avait permis de retirer quelques centimètres cubes d'un liquide citrin ; le malade avait repris normalement son travail trois semaines plus tard. Quand je le vis il n'avait aucune température, ne toussait pas, ne crachait pas. La percussion du poumon gauche révélait une matité complète ; les vibrations étaient abolies ; on percevait, au sommet, un souffle bronchique doux avec pectoriloquie aphone. La radiographie montrait une opacité diffuse de tout le champ pulmonaire gauche, l'hémi-diaphragme gauche était fortement surélevé ; la trachée, non déformée, était déviée vers la gauche, ainsi que le cœur, qui semblait attiré de ce côté. Pas trace d'épanchement pleural. De quoi s'agissait-il donc ?

Jusqu'en septembre, le malade mis en observation, se porte bien ; son poids augmente. Le 13 septembre 1935, il souffre de la gorge et expectore un crachat sanglant, deux jours de suite. Le 8 octobre, une ponction exploratrice ne montre pas de liquide, mais provoque une aspiration d'air à l'intérieur de la plèvre ; la pression pleurale est fortement négative, l'appareil de Küss marque —20. Ce pneumothorax est entretenu pendant huit mois. Le malade va bien. Mais, en juillet 1936, brusquement, il commence à accuser une dysphagie, qui s'aggravera progressivement ; un repas baryté montre un arrêt du repas opaque dans la région hilaire et une déformation de l'œsophage ; l'œsophagoscopie ne révèle aucune tumeur intrinsèque, et on conclut à une compression extérieure. Malgré une gastrostomie, le malade se cachectise rapidement et meurt.

Aujourd'hui, les faits nous apparaissent avec une aveuglante clarté : notre malade présentait un cancer bronchique sténosant, ayant déterminé une atélectasie totale; il s'accompagnait d'un petit épanchement pleural provoqué, non sans doute par envahissement néoplasique de la plèvre, mais par trouble de la circulation lymphatique ; la compression de l'œsophage relevait de l'envahissement ganglionnaire médiastinal par les cellules cancéreuses.

Vers le moment où se terminait l'évolution de ce premier cas, nous recevions dans le service un deuxième malade. Le 21 janvier 1936 M. Mop.., 56 ans, entrait à l'hôpital pour une dyspnée d'effort marquée, de l'asthénie et un amaigrissement notable ; il ne toussait pas, ne crachait pas et n'avait aucune élévation de température. Dans l'hémithorax gauche : matité complète, œgophonie, pectoriloquie aphone, vibrations diminuées, respiration abolie. Sur le cliché radiographique, le diaphragme est normal, mais le cœur et la trachée sont déviés à gauche. Nous pensons à un épanchement pleural en voie de résorption, et ce diagnostic n'était pas si faux puisqu'une ponction exploratrice nous permit de recueillir 300 c. c. de liquide ; nous constatons encore, avec surprise, que, dès la mise en place

(1) Leçon recueillie par le Docteur I. Langle.

du trocart, l'air pénètre en sifflant dans la cavité pleurale ; le manomètre de Küss mesure une pression de —14, qui remonte à —7 après remplacement du liquide par 600 c. c. de gaz. La radiographie prise après l'établissement du pneumothorax, montre une grosse masse sombre entre le poumon et le médiastin.

Ce diagnostic d'atélectasie par sténose bronchique néoplasique, que je porterais aujourd'hui rapidement, est resté bien hésitant, jusque sur la table d'autopsie ! Et pourtant, toute une série de métastases : pancréatique (avec ictère chronique), ganglionnaire, cutanée, encéphalique (avec syndrome démentiel simulant la paralysie générale) étaient venues successivement signer ce diagnostic de néoplasme bronchique. Ma tâche eut été simplifiée si j'avais connu le début de l'observation de ce malade. En effet, en février 1936, il avait eu un épisode fébrile accompagné de toux. En mai 1936, il avait été admis dans le service de M. M. P. Weil pour des crises de dyspnée paroxystiques asthmatiformes ; une ponction pleurale avait montré un liquide hématique, et, sur la radiographie, se dessinait dans la région hilaire une superbe image en pattes de crabe, de Jacquerod.

Le troisième cas, celui de M. D... est intéressant parce que l'atélectasie a commencé par être lobaire et que nous avons pû mettre en évidence l'oblitération, d'ailleurs transitoire de la bronche apicale. M. D. est un homme de 49 ans, entré dans mon service le 31 janvier 1938, pour douleurs thoraciques et amaigrissement. En 1918, il avait eu des hémoptysies et semble avoir été tuberculeux après la guerre. Jusqu'en novembre 1937, il se portait bien. Mais, à ce moment, il maigrit rapidement (9 kgr. en deux mois), il tousse, il crache. Son examen révèle une matité de tout l'hémithorax droit, l'abolition du murmure vésiculaire, un souffle tubaire ; aucun bruit adventice. La radiographie dévoile une condensation homogène du lobe supérieur droit et l'attraction de la trachée vers la droite. La bronchoscopie permet de voir une saillie à l'orifice de la bronche apicale, mais la biopsie n'a pu être pratiquée. Peu après, la bronche apicale redevient perméable : le bourgeon s'est-il nécrosé ? la bronche apicale était-elle simplement comprimée ou œdématiée ? Quoiqu'il en soit, le lobe supérieur droit s'aére à nouveau, et l'on aperçoit sur le cliché radiographique l'image en crabe de Jacquerod. Plus tard encore, on voit sur une nouvelle radiographie une atélectasie du lobe moyen. Peu après, le malade s'affaiblit rapidement, sa température devient oscillante et il meurt le 12 juin 1938.

Dans l'observation du quatrième malade, vous pourrez constater que le diagnostic a été posé précocement dès l'apparition d'un foyer d'ombre triangulaire entièrement limité, dû probablement à l'obstruction d'une bronche de deuxième ordre : M. L... va consulter M. le Professeur Loeper le 28 janvier 1938 pour anorexie, vomissements et amaigrissement (7kgr. en deux mois) ; une première radiographie montre la condensation de la base du lobe droit supérieur. Le 31 mars la condensation lobaire progresse et donne une atélectasie lobaire supérieure droite par obturation de la bronche apicale droite ; la trachée est attirée vers la droite ; l'ulcération de la tumeur sténosante aère, à nouveau, le lobe supérieur droit, mais commence alors l'atélectasie du lobe inférieur ; et bientôt tout le poumon est atélectasié (décembre 1938). Une injection de lipiodol montre l'obstruction complète de la bronche souche droite. Un peu de lipiodol, rejeté et dégluti, semble subir un temps d'arrêt dans l'œsophage comme si le néoplasme avait provoqué déjà un certain degré de sténose œsophagienne. Le bronchoscope vient buter sur un mur pâle, dur, qui bouche entièrement la lumière de la bronche souche droite. Une biopsie ne révèle qu'une muqueuse bronchique normale, ce que l'on voit à la bronchoscopie n'est donc pas la tumeur elle-même mais la paroi de la bronche refoulée par le néoplasme sous-jacent.

Notre diagnostic d'atélectasie bronchique, quoique posé précocement, n'a malheureusement pas pu nous aider à sauver notre malade ; notre répugnance à faire pratiquer chez lui la pneumectomie préconisée par les Anglais et les Américains, et, d'autre part, son état de cachexie ont commandé l'abstention devant cette grave opération.

Enfin, voici la plus curieuse peut-être de nos observations : en août 1938, m'est présenté, avec le diagnostic de tuberculose, une malade subfébrile ; l'examen de ses crachats avait, autrefois, toujours été négatif, mais, récemment, une homogénéisation avait révélé quelques bacilles de Koch ? Elle présentait sur toute la hauteur de l'hémithorax droit, de la matité, une abolition du murmure vésiculaire, un gros souffle bronchique au sommet, et, dans la région interscapulo-vertébrale, on n'entendait aucun bruit adventice ; à la radiographie, tout l'hémi-thorax droit se montrait opacifié. Malgré la présence des bacilles de Koch je pose le diagnostic, non de tuberculose, mais d'atélectasie massive par sténose bronchique, d'origine néoplasique probable, quelques semaines plus tard, nous avons noté un retour de la transparence du lobe supérieur par reperméabilisation de la bronche apicale, celle-ci ne devait, par conséquent pas être le point de départ néoplasique ; une injection de lipiodol nous permit de constater une image rappelant les images lacunaires des néoplasies gastriques ; l'arrêt du lipiodol semblait siéger au dessous de l'insertion de la bronche apicale ; on voyait le liquide opaque s'accumuler dans

la bronche souche comme dans une cuvette. Pour connaître la nature de cette oblitération nous avons eu recours à l'endoscopie : dans la bronche souche droite, saignait une tumeur bourgeonnante ; l'examen histologique en révéla plus tard la texture intime : travées et îlots de cellules cubiques égales, bien régulières, s'écartant par places pour former des sortes d'acini ; aucune monstruosité, aucune caryokinèse ; Delarue porta le diagnostic de tumeur cylindromateuse rappelant les tumeurs mixtes des glandes salivaires. Ces tumeurs bronchiques, souvent appelés à tort adénomes, représentent, d'après les Anglais, près de 6 % des tumeurs des bronches. Ce sont des tumeurs relativement bénignes qui peuvent durer des dizaines d'années et, de fait, nous avons pu avoir la preuve que deux ans auparavant, notre malade présentait déjà une sténose bronchique. Assez étudiées anatomiquement en Allemagne, mieux connues encore des pays de langue anglaise où grâce à la faveur dont jouit la bronchoscopie on a pu les reconnaître précocement et les traiter efficacement, ces tumeurs sont à peu près inconnues en France.

En présence de ce cas, que devions-nous faire ? Que devions-nous décider ? pneumectomie ? lobectomie ? ou bien mise en place d'une aiguille de radium, ainsi que le conseillait Delarue ? Nous avons demandé à Huet, de l'Institut du cancer, de poser une aiguille radifère, que la malade a gardée pendant dix jours.

Nous étions curieux de constater l'action du radium au bout de ce temps ; la radiographie ne montra pas une très grande différence, mais après l'injection de lipiodol, on a pu constater que la bronche souche inférieure se remplit à nouveau ; le cancer avait disparu, mais la bronche s'était dilatée, et présentait même un niveau liquide comme s'il s'était produit un abcès septique. Il est fréquent de voir que, dès la suppression de l'aération d'un lobe, apparaissent des infections bronchiques virulentes, des pneumonies chroniques, et, parfois même, de grandes cavités suppurantes (abcès bronchiectasiques).

Notre malade ne sera évidemment pas guérie par notre intervention, car nous l'avons vue deux ans trop tard ; elle est cependant fort améliorée : elle n'a plus de température, elle a récupéré un nombre respectable de kilos, elle se sent si bien qu'elle va se marier.

Telle est mon expérience personnelle sur l'atélectasie bronchique d'origine néoplasique.

En résumé, nous voyons que les signes cliniques de l'atélectasie bronchique d'origine néoplasique sont les suivants :

— état particulier du parenchyme pulmonaire, caractérisé par une opacité radiologique diffuse et homogène, pas très dense ;

— rupture d'équilibre entre les deux poumons : diminution de volume du poumon malade, augmentation de volume du poumon sain, d'où déplacement de la trachée en bloc, sans coudure ni déformation et du médiastin vers le côté malade et ascension unilatérale du diaphragme ;

— matité ;

— abolition du murmure vésiculaire ;

— souffle plus ou moins intense, sans bruits adventices.

La cause de cette symptomatologie est une tumeur bronchique, qui, sous des masques divers, peut être diagnostiquée à un stade précoce et qui sera peut être bientôt justiciable d'un traitement chirurgical.

Que devons-nous entendre sous le terme d'atélectasie pulmonaire ? Ce vocable, formé de deux mots grecs ατελης (incomplet) et εκτασις (expansion) signifie que le poumon n'a plus son degré de distension normale. Quand le fœtus est dans le sein de sa mère, son poumon est un organe plein, rigoureusement adapté à la cage thoracique, le vide pleural n'existe pas ; le poumon ressemble alors à une glande en grappe, creusée de cavités alvéolaires aplaties, tapissées par un épithélium élevé, à cellules cubiques. Telle est l'atélectasie pulmonaire qu'on pourrait appeler physiologique. Mais, lors des premières respirations le poumon se distend à l'inspiration, se vide entièrement à l'expiration, et l'épithélium alvéolaire perd son aspect glandulaire pour prendre l'aspect aplati de l'épithélium respiratoire adulte. Quand l'enfant grandit, il semble que le poumon s'accroisse plus lentement que le thorax, et, comme il est obligé de rester étroitement moulé sur celui-ci, il se distend d'une façon permanente, ce qui explique la présence de l'air résiduel, ainsi que la pression négative du vide pleural.

Cette distension identique dans les deux poumons, maintient le médiastin au milieu de la cage thoracique. Mais, si une bronche s'oblitère, le poumon vide progressivement ses gaz alvéolaires, par osmose, dans le plasma sanguin, puisque la somme des pressions partielles des gaz du sang est inférieure de 93 cm. d'eau à la pression atmosphérique ; l'oxygène, l'azote, le gaz carbonique, continuent donc à se fixer sur l'hémoglobine du sang ou sur les carbonates ; le déséquilibre s'accentue de plus en plus entre les deux poumons et le médiastin est attiré vers le côté atélectasié, ainsi que le diaphragme. Et l'on comprend ainsi qu'un petit bourgeon tumoral obturant une bronche d'assez gros calibre, puisse entraîner une opacité de tout un lobe ou du poumon tout entier. Cette atélectasie a été réalisée expérimentalement par le Professeur Binet : il établissait une circulation artificielle avec du sang défibriné à travers les poumons et le cœur éviscérés d'un animal et une respiration artificielle ; une pince, posée sur une

bronche, provoquait la diminution du volume du poumon correspondant, qui reprenait son volume normal dès l'enlèvement de la pince. Un autre mécanisme pourrait encore expliquer l'atélectasie pulmonaire par oblitération bronchique : un bourgeon tumoral peut, en effet, agir à la façon d'un clapet, selon le schéma du Professeur Chevallier-Jackson : quand le malade tousse, l'air peut s'échapper mais, lors de l'inspiration, la masse bloque la bronche ; le territoire sous-jacent à ce clapet se vide d'air ainsi très rapidement.

Bien entendu, les tumeurs bronchiques ne sont pas les seules causes de l'atélectasie pulmonaire. Les corps étrangers (sifflets, épis de blé) fréquemment inhalés par les enfants, les caillots hémoptoïques peuvent être entraînés dans une bronche de calibre inférieur au leur, et la boucher lors de l'inspiration ; Chevallier-Jackson a montré que, dans une atélectasie post-opératoire, le mucus bronchique si dense, si concret, pouvait fort bien boucher une bronche, puisque ce mucus mis dans un tube, ne coulait même pas le long de ce tube quand on le retournait. Les petits amas calcaires, provenant de l'ouverture d'un ganglion calcifié dans une bronche, peuvent s'y arrêter et l'obturer. Un moule bronchique rejeté lors d'une bronchite membraneuse, peut également jouer un rôle dans la formation de l'atélectasie. On a même invoqué des mécanismes purement physiologiques : excitation nerveuse des nerfs centripètes par une lésion parenchymateuse, déterminant une contraction périlésionnelle des muscles bronchiques et des fibres interalvéolaires. Cette hypothèse, un peu incertaine, manque en tous cas de preuves formelles.

Quelle que soit la cause de l'atélectasie, quelles erreurs de diagnostic faut-il éviter ?

En voyant l'opacité d'un hémithorax, sur un cliché radiographique, on pense de suite à une pleurésie ; mais alors on serait en présence d'une pleurésie à grand épanchement et l'opacité devrait être plus forte ; de plus, le cœur et le médiastin seraient déplacés vers le côté sain ; il est vrai que la coexistence d'un épanchement discret avec le cancer pulmonaire est fréquente. Il peut s'agir alors d'envahissement de la plèvre et le liquide peut contenir alors des cellules néoplasiques, mais il s'agit fréquemment d'un épanchement mécanique par compression ou envahissement des voies lymphatiques au hile sans caractères particuliers.

Plus difficile à établir, est le diagnostic différentiel entre le fibrothorax et l'atélectasie bronchique d'origine néoplasique. Ce fibrothorax, séquelles d'une tuberculose fibreuse, de dilatation bronchique, ou d'un vieux pneumothorax abandonné avec pachypleurite, donne à la radiographie une opacité moins homogène et plus forte que celle de l'atélectasie ; les côtes ne sont plus visibles dans le fibrothorax. Sergent insiste sur la déviation particulière de la trachée, qui est attirée en masse vers le côté atélectasié, alors qu'elle est déformée en coude dans le fibrothorax.

Devant une opacité pulmonaire partielle, on pense de suite à une pneumonie, à une lobite tuberculeuse, mais l'image est moins homogène et l'auscultation fait entendre alors des bruits adventices qui font défaut dans l'atélectasie.

La constatation d'une image d'atélectasie devra conduire à mettre en évidence l'interruption du transit aérien en un point des voies respiratoires, par l'injection d'un liquide opaque dans l'arbre bronchique. Cette recherche se fait avec facilité depuis que les médecins belges Hicguet et Hennebert nous ont enseigné la si facile méthode de l'injection para-nasale : malade assis, bouche ouverte, langue attirée fortement en dehors, injection de lipiodol, par une narine après une bonne anesthésie trachéale. Le lipiodol se répartit dans la partie de l'arbre respiratoire vers laquelle l'oriente la pesanteur, sauf en cas d'obstruction bronchique.

La localisation obtenue, une bronchoscopie s'impose, d'abord pour éliminer les autres cause d'atélectasie (corps étrangers, bronchite membraneuse) puis pour étudier le siège et la nature de la tumeur. Au cours de la bronchoscopie, une biopsie faite avec une pince coupante, permettra à l'histo-pathologiste d'affirmer le degré de malignité de ces néoplasmes ; selon Kromer et Som, 6 % des tumeurs bronchiques sont bénignes et guérissent quand elles sont traitées par exérèse bronchoscopique, par radium ou par diathermie ; si ces malades n'étaient pas traités, ils seraient emportés malgré la bénignité de cette néoformation, du fait d'une pneumonie chronique ou de suppurations bronchiques dans les territoires sous-jacents. En cas de cancers malins, on sait qu'on peut maintenant envisager des indications opératoires. Elles ont, malheureusement encore, un caractère de gravité qui fait hésiter. Les Anglais et les Américains pratiquent avec assurance des exérèses pulmonaires partielles ou totales. Roberts, Edwards, ont opéré un certain nombre de cancers bronchiques et ont obtenu, dans des cas assez nombreux, des résultats définitifs. En France, Rist a obtenu, chez une malade opérée par Robert Monod, une survie de plusieurs années. Peut-être arriverons-nous aussi, un jour, à avoir les mêmes statistiques que les Anglo-saxons. La condition absolue à l'acte opératoire est l'absence de liquide pleural (même s'il est dû à un simple trouble de la circulation lymphatique) et celle de métastases. Il faut, également, que la tumeur soit suffisamment loin de l'éperon trachéal pour que la suture bronchique puisse être faite en tissu sain. Ces deux conditions disent bien la nécessité d'un diagnostic précoce.

LA CHIRURGIE PENDANT LA GUERRE D'ESPAGNE

Le pansement rare avec application d'appareil plâtré

A la fin de la guerre d'Espagne, lors de la retraite précipitée de l'armée républicaine espagnole, les formations sanitaires françaises qui accueillirent les blessés de cette armée et les chirurgiens français appelés à les soigner eurent la surprise de constater l'emploi, par les médecins espagnols, d'une méthode particulière de traitement des plaies de guerre, méthode peu orthodoxe : le pansement unique (ou rarement renouvelé) avec application d'appareil plâtré. Nombre de blessés se présentaient ainsi avec des pansements contenus par des bandes plâtrées, pansements qui remontaient à une semaine, deux semaines, un mois et même plusieurs mois.

Rappelons-le : l'emploi de cette méthode avait été surtout le fait d'une nécessité, d'une certaine pénurie d'objets de pansement, et principalement d'une pénurie de chirurgiens.

Quels résultats a donnés la technique en question, du pansement unique ou rare des plaies de guerre, complété par l'application d'un plâtre immobilisateur du membre atteint ? Faut-il prendre cette technique en considération, ou la rejeter entièrement, ou l'accepter en partie ?

Différentes études ont été publiées sur cette chirurgie spéciale de la guerre d'Espagne : conférence du Professeur Lardennois, travaux de MM. Dieulafé et A. Baudet (de Toulouse) (1); de MM. Ricard, Francillon, Deplante, Mathavon, Peycelon, Creyssel et Texier (de Lyon).

Nous reviendrons aujourd'hui sur ce sujet à propos de la communication faite à l'Académie de chirurgie le 31 mai 1939 par MM. Marcel Arnaud, Jean Pervès, Albert Caire et François Morvan (de Marseille et Toulon), intitulée : Remarques sur le traitement des plaies des membres ; observations recueillies sur les blessés de la guerre d'Espagne.

***

La méthode consistant à faire un nettoyage chirurgical des plaies suivi d'un pansement unique ou rare enveloppé par de solides bandages occlusifs plâtrés n'est pas dans son principe nouvelle. Elle a été décrite déjà en 1872 par Ollier, de Lyon, dans un mémoire ayant pour titre : « De l'occlusion inamovible comme méthode générale de pansement des plaies et de son application à la chirurgie d'armée ».

(1) *Concours Médical*, n° 32 du 6 août 1939 : Les plâtres fermés dans les plaies de guerre (G. Fischer).

Elle a été adaptée, d'autre part, par Orr, à la cure de l'ostéomyélite chronique.

Quoi qu'il en soit, c'est au cours d'une mission sanitaire (février-mars 1939) que MM. Arnaud, Pervès et leurs collaborateurs ont été amenés à soigner en rade de Port-Vendres, sur les navires-hôpitaux *Maréchal-Lyautey* et *Asni*, plus de 2.000 miliciens blessés de la guerre d'Espagne. Sur ce nombre, plus de 600 étaient atteints de plaies des membres traitées sans exception par le procédé des pansements rares sous plâtres fermés circulaires. Ces blessés avaient traversé la frontière au prix de dures fatigues, par des chemins de montagne, marchant sur l'étrier fixé à l'appareil plâtré pour ceux atteints aux membres inférieurs. Les blessures et le premier traitement remontaient à un délai minimum de quinze jours et maximum de six mois. Des appareils souillés de sang et de sérosité se dégageait une odeur fétide avec, dans quelques cas, des écoulements purulents à l'extrémité du plâtre. Malgré cela, peu ou pas de douleurs, et généralement pas de fièvre.

De fait, l'ablation de tous ces plâtres ne donna dans l'ensemble que peu de surprises très désagréables. On dut cependant d'urgence faire quatre amputations de cuisse et on nota plusieurs fois d'impressionnants décollements suppurés et des arthrites purulentes. Ces suppurations ne s'accompagnaient d'ailleurs habituellement ni d'oscillations thermiques, ni d'accidents locaux notables, comme si l'infection s'était refroidie, détruite sur place.

Le comportement des lésions osseuses sous-jacentes à ces plaies était moins satisfaisant. Les blessés osseux qui avaient subi dès leur blessure une opération chirurgicale correcte (ablation des corps étrangers, parage des parties molles, bonne réduction, etc.) avaient consolidé dans les délais normaux. Chez les autres, les résultats étaient franchement médiocres (cals volumineux, séquestres en pleine suppuration). Les fractures du fémur et de l'humérus ont eu un comportement plus grave que celles de la jambe et de l'avant-bras. Les résultats les plus mauvais ont concerné les plaies articulaires.

Quant aux suites fonctionnelles observées sur l'ensemble des plaies des membres plâtrés, elles ont été très médiocres : ankyloses en position vicieuse, raideurs, troubles physiopathiques, etc. Une thérapeutique par les infiltrations du système sympathique a pu, il est vrai, améliorer grandement ces séquelles fonctionnelles.

Somme toute, disent MM. Arnaud, Pervès et leurs collaborateurs, « la méthode des pansements rares sous grands plâtres occlusifs ne nous a rien montré de si convaincant ni de si heureux qu'elle puisse être substituée, aussi délibérément que nos confrères espagnols ont estimé devoir le faire, aux procédés de fermeture primitive ou retardée enseignés depuis la guerre 1914-1918 ».

Cette méthode, cependant, ne mérite pas d'être entièrement rejetée et l'on pourrait dans certains cas, avec des amendements convenables, envisager son emploi, car elle a, à côté de ses inconvénients, des avantages. Dans des circonstances particulières, elle permet une grosse économie de temps, d'objets de pansement, de personnel sanitaire. Dans les transports éloignés des blessés, lorsque les nécessités militaires obligent à des évacuations rapides, l'immobilisation plâtrée rend ces transports beaucoup moins pénibles et calme les accidents évolutifs phlegmasiques. Il convient même de reconnaître les possibilités d'une application épisodique des appareils circulaires plâtrés lorsque la fermeture secondaire des plaies apparaît impossible ou imprudente. Des plaies infectées ont pu se refroidir sous de telles immobilisations au point que l'intervention en foyer suppuré n'a donné lieu alors à aucune explosion septique appréciable. Il importe aussi de remarquer que la multiplication non nécessaire des pansements n'est pas toujours un bienfait, l'excès, là comme ailleurs, pouvant devenir un défaut.

Toutefois, même dans les éventualités en question, il ne faudrait pas laisser supposer que le traitement doive se passer d'un acte chirurgical complet — aussi complet que possible, du moins — sur la plaie dès sa production. Egalement, pour les plaies pansées sous plâtre en vue de longues évacuations, le maintien des appareils plâtrés ne devrait pas excéder les délais d'évacuation.

En conclusion, on ne saurait donc conseiller l'extension systématique de cette méthode, d'autant que les résultats connus concernent non la totalité des blessés mais ceux seulement qui furent en état de suivre la retraite de l'armée. Il apparaît toutefois que cette méthode serait susceptible, dans des circonstances déterminées et avec des correctifs appropriés, de rendre quelquefois des services. Les plâtres circulaires inamovibles sont un moyen de faire les évacuations dans de bonnes conditions et sans gros risques, de même qu'ils favorisent les interventions retardées en atténuant les accidents initiaux.

Conclusion toute provisoire, d'ailleurs, que seule l'expérience des chirurgiens aux armées permettrait de préciser.

P. Lacroix.

TRAITEMENT DES RETARDS DE CONSOLIDATION DES FRACTURES PAR LA SYMPATHECTOMIE PÉRI-ARTÉRIELLE

Docteur A. Kuczynski

La sympathectomie *péri-artérielle* constitue le moyen le plus simple, le moins mutilant pour atteindre les appareils de vaso-motricité, et cela dans le but de modifier l'apport sanguin dans un segment de membre mal nourri.

Par les réactions physiologiques qui lui succèdent elle produit une augmentation du débit artériel et, de ce fait, peut avoir une influence favorable sur des troubles divers.

De nombreuses expériences ont prouvé que l'ossification est soumise aux actions vaso-motrices, et en ce sens on peut dire que le système végétatif est capable d'influencer la réparation osseuse.

Au point de vue clinique, nos observations (clinique du Professeur Leriche) prouvent l'efficacité de la sympathectomie chez l'homme. Elle est susceptible de déclencher le processus d'ostéogénèse dans des cas où les malades paraissent avoir perdu définitivement les capacités fonctionnelles de leur membre et d'amener une consolidation rapide.

Dans les pseudarthroses, l'opération n'est indiquée qu'en qualité d'intervention complémentaire, faisant suite à d'autres interventions s'adressant à la cause de la pseudarthrose.

La sympathectomie péri-artérielle est indiquée et doit être tentée dans le traitement des retards de consolidation où il n'existe ni troubles de la statique osseuse empêchant la coaptation, ni cause pathologique telle que la syphilis, ou autre maladie générale, quand les méthodes plus simples ont échoué.

Elle paraît avoir acquis une place définitive dans la thérapeutique chirurgicale de ces fractures. (*Thèse* de *Strasbourg*, 1939.)

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

La fonction de l'utérus a-t-elle de l'importance pour le maintien des fonctions hormonales de l'ovaire ?

Pour le gynécologiste, la question posée est la suivante : quand on enlève l'utérus, faut-il conserver les ovaires ? En pratique, elle se pose surtout dans le traitement chirurgical du fibrome. Nous connaissons depuis longtemps l'influence de l'ovaire sur l'utérus. Nous savons que la castration ovarienne aboutit à l'atrophie utérine. Mais le système est-il réversible et l'hystérectomie conduit-elle à l'atrophie des glandes sexuelles. Le Professeur Brouha ne le croit pas. Sa conviction est basée sur des faits cliniques démontrant, avec la rigueur de l'expérimentation physiologique, que la présence de l'utérus n'est pas indispensable au fonctionnement parfait de l'ovaire.

Pas plus que son absence congénitale, l'enlèvement de l'utérus ne frappe de déchéance les ovaires, et la conservation de ces derniers, aisée au point de vue technique, donne le moyen de prévenir les troubles de la castration totale. Sans doute, l'auteur a-t-il bénéficié d'une série particulièrement heureuse, car il n'a pas enregistré d'échec. Aucune de ses opérées n'a présenté le tableau même discret, de la carence ovarienne. L'une d'elles, qui avait dépassé 45 ans, a fait plusieurs années après l'intervention, un retour d'âge normal et présenté à ce moment les manifestations cliniques habituelles. Aucune n'a dû être réopérée. L'importance de la conservation ovarienne ne doit pas cependant pousser le gynecologiste à l'hystérectomie. Il est certain qu'il vaut mieux, quand c'est possible, garder en même temps suffisamment d'utérus pour maintenir l a menstruation. Une femme réglée est mieux une femme qu'une hystérectomisée ayant conservé ses ovaires. Il y a là surtout un phénomène psychique. Bref, l'une des préoccupations constantes du gynécologiste doit être de sauvegarder la fonction endocrine de l'ovaire. (*Liège Médical*, 11 juin 1939.)

Claudication intermittente et infarctus du myocarde

Le Docteur Ch. Aubertin a revu deux malades qui avaient il y a quelques mois été hospitalisés pour un infarctus du myocarde compliquant un état ancien de claudication intermittente. Tous deux avaient complètement guéri, sinon de leur artérite des membres inférieurs, du moins de leurs troubles cardiaques.

D'une manière générale, il s'agit en pareil cas de sujets de plus de 50 ans, polyartéritiques. Le rôle de la syphilis est important (50 % des cas). Une place doit être réservée à la thrombo-angéite oblitérante, au tabagisme et au diabète.

Au point de vue évolution, on peut distinguer trois phases :

Dans une première phase, souvent très longue, le malade ne présente qu'une claudication intermittente plus ou moins typique, plus ou moins grave, pouvant aboutir à la gangrène. Après quelques années, survient la deuxième phase, où s'ajoutent des crises d'angine d'effort, plus ou moins bien tolérées : l'examen du malade montre en général qu'il n'y a pas d'aortite. La troisième phase s'annonce par une grande crise d'angine de décubitus, avec ou sans dyspnée. C'est en règle une crise hyperdouloureuse, mais parfois la douleur manque, ou est de siège anormal : cervicale, ou abdominale ; et ce qui domine, c'est l'état de choc, de collapsus périphérique. En quelques heures, la tension artérielle s'effondre. Il y a souvent de la fièvre, des vomissements. En opposition avec ce tableau dramatique, l'examen physique est souvent décevant, le cœur est régulier, l'examen clinique ne donne pas de renseignements. Il faut penser à la possibilité d'un infarctus myocardique, et faire faire un électro-cardiogramme. Dans quelques observations, on a pu noter l'apparition ultérieure d'un frottement péricardique, d'un galop, d'une tachycardie ventriculaire, rarement d'un souffle cardiaque.

Sous l'influence du traitement, la crise se calme parfois. On peut alors procéder à l'examen complet du malade, mettre en évidence l'artérite des membres inférieurs, faire une enquête étiologique. Dans des cas heureux, un traitement étiologique actif peut être institué, retardant l'apparition de crises ultérieures, voire même améliorant la circulation des membres inférieurs. En l'absence de traitement, c'est l'infarctus myocardique qui domine le pronostic. Si les ruptures du cœur, presque d'emblée ou après formation d'anévrysme, sont assez rares, l'insuffisance cardiaque plus ou moins tardive emportera le malade, si une localisation fatale intestinale ou cérébrale par exemple de son artérite n'est pas survenue.

Le pronostic immédiat est évidemment celui de l'infarctus. Si le malade n'est pas emporté par sa crise, un long repos, un traitement étiologique (iode, arsenic et mercure) pourront permettre une certaine récupération fonctionnelle. (*Le Progrès Médical*, 10 juin 1939.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sur les projets de décret et d'arrêté concernant la vaccination anti-diphtérique

(M. J. RENAULT ; 18-7-1939)

La loi du 25 juin 1938 sur la vaccination anti-diphtérique obligatoire attend, pour être appliquée, le règlement d'administration publique qui sera pris après avis de l'Académie de médecine. Le ministre de la Santé publique a établi à ce sujet un projet de décret et un projet d'arrêté dont M. J. Renault fait l'exposé. Ces projets sont soumis à l'examen et à l'approbation de l'Académie.

Résultats d'une enquête relative à la vaccination anti-diphtérique

(M. LANOYE ; 18-7-1939)

L'enquête rapportée par M. Lanoye, chef de service au ministère de la Santé publique, a été instituée par les Préfets dans leurs départements à la suite d'une circulaire du 15 janvier 1939.

L'innocuité de l'anatoxine diphtérique constituait l'un des points essentiels sur lesquels portait l'enquête générale. Les incidents et accidents signalés à la suite de la vaccination ont été de divers ordres : des réactions générales ou locales bénignes et passagères ; des accidents sérieux ; des accidents mortels.

a) Réactions bénignes. Elles se manifestent par un accès fébrile, un érythème local, quelques vomissements ;

b) Accidents sérieux. Beaucoup plus exceptionnels — leur nombre n'atteint pas la centaine — et rattachés plus ou moins indûment à la vaccination ; ils ont consisté en abcès, eczémas, albuminurie, troubles nerveux, accidents paralytiques, phénomènes anaphylactiques ;

c) Accidents mortels. Il en a été relevé 17 cas dont 6 à éliminer d'emblée. Dans l'un de ces cas — qui fut un de ceux évoqués à la tribune de la Chambre par les détracteurs du vaccin — le malade avait été traité par le sérum et non le vaccin, les deux ayant été confondus par les critiques parlementaires. Les onze autres cas ou paraissent bien ne pas devoir être rattachés à la vaccination, ou laissent planer une incertitude sur le rôle de l'anatoxine dans la genèse des lésions mortelles. Il faut mettre, d'autre part, ce chiffre de onze en face des deux millions 400.000 enfants au moins vaccinés dans notre pays.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Prophylaxie du choc transfusionnel

(MM. G. JEANNENEY, de Bordeaux, et G. RINGENBACH ; 26-4-1939)

La transfusion sanguine est fréquemment suivie de réactions, légères souvent, mais intenses parfois, réactions s'observant surtout après les transfusions médicales (anémiques, cancéreux, etc.). Un seul moyen a permis à M. Jeanneney, sans insuccès jusqu'à ce jour, d'éviter ces chocs transfusionnels : c'est l'injection préalable de pantopon spartéiné, pratiquée une à trois heures avant la transfusion. L'auteur a recours à cette injection anti-choc chez les malades « susceptibles » seulement (anémiés, cachectiques) et non chez les septicémiques (un choc modéré a ici son utilité) ni chez les chirurgicaux, qui tolèrent bien les transfusions.

Embolies artérielles traitées par embolectomie et artériectomie

(M. J. HŒFFEL, de Remiremont ; M. P. MARIAU, de Nice. — Rapport de M. G. MENEGAUX ; 3-5-1939)

M. Menegaux présente un rapport sur deux observations, l'une de M. Hœffel, l'autre de M. Mariau, concernant des embolies de l'artère humérale traitées par embolectomie. La première malade guérit, la seconde succomba à des phénomènes septicémiques. Le rapporteur ajoute deux cas personnels d'embolies artérielles dans lesquels l'intervention exécutée fut l'artériectomie, la résection de 10 centimètres environ de l'artère (fémorale et humérale), avec une guérison et un décès par embolie cérébrale ultérieure.

La question reste donc à l'étude. Les deux observations terminées par la mort montrent une fois de plus que l'embolie artérielle n'est qu'une complication et que son pronostic vital est d'abord celui de la maladie causale.

— M. Louis BAZY soulève la question de l'état antérieur de l'artère embolisée. Dans le second cas de M. Menegaux, il ne semble pas que l'on se trouvât en présence d'un embolus s'arrêtant dans une artère certainement saine, mais bien de la terminaison d'une oblitération artérielle, ou tout au moins d'une artérite provoquant un épisode aigu douloureux, une sorte de crise d'*angor périphérique*. Le problème des embolies artérielles doit être revu à la lueur de la notion de l'état antérieur de l'artère. Dans bien des cas, les échecs opératoires s'expliquent parce qu'il ne s'agit pas d'une embolie brutale sur une artère saine, mais de la conclusion d'une artérite oblitérante qui finit par obstruer brusquement et complètement la lumière de l'artère.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Recherches sur la cinétique de l'hémolyse

(MM. M. VILLARET, H. BÉNARD, L. JUSTIN-BESANÇON ; 28-4-1939)

On sait les services rendus en clinique par l'étude de la résistance globulaire. Or, quand on explore la résistance des hématies, déplasmatisés ou non, en présence de solutions chlorurées de différentes concentrations ou de substances hémolytiques (hémolysines, digitonine, saponines), on mesure toujours les conditions d'un équilibre statique entre les globules rouges intacts et les globules rouges hémolysés. C'est d'ailleurs, ce qu'expriment les locutions cliniques courantes d'hémolyse «initiale», «partielle» ou «totale».

Toute différente est l'étude cinétique de l'hémolyse. Ici, ce qui compte, c'est le facteur temps. On se préoccupe de savoir en combien de temps les globules rouges sont détruits en présence d'eau distillée, d'une solution hypotonique ou de substances hémolytiques. C'est cette étude cinétique qu'ont poursuivie les auteurs depuis près de dix ans. Ils appellent «cinélyse» la vitesse d'hémolyse *in vitro*.

Celle-ci fournit des renseignements, qui sont totalement différents de ceux obtenus par la mesure de la résistance globulaire. On peut le démontrer : 1° par l'étude mathématique comparée des courbes de cinélyse et de résistance globulaire ; 2° par certaines expériences physiologiques, où l'on a fait varier la cinélyse sans changer la résistance globulaire ; 3° enfin, par l'étude clinique de la cinélyse, qui révèle qu'en pathologie les modifications de la cinélyse et celles de la résistance globulaire ne correspondent pas aux mêmes maladies. D'une manière générale, l'étude de la vitesse d'hémolyse *in vitro*, ou cinélyse met en évidence des modifications pathologiques des globules rouges qui ne sont pas explorables par d'autres méthodes.

A propos d'un nouveau sérum antitétanique utilisé pour la prévention du tétanos et de la rareté des accidents sériques observés après son emploi

(M. R. SOHIER ; 21-4-1939)

Il a paru intéressant d'étudier plus particulièrement la séro-prophylaxie du tétanos par les nouveaux sérums antitétaniques de M. Ramon. La prévention de la toxi-infection tétanique pose, en effet, des problèmes importants pour l'armée, surtout en période de guerre et il convient de connaître toute méthode capable d'assurer au mieux la prophylaxie de cette redoutable complication des plaies infectées.

Les sérums utilisés présentaient les caractères essentiels suivants : pour 10 c. c., leur teneur en antitoxine était de 3.500 unités, donc légèrement supérieure à celle du sérum antitétanique ordinairement employé jusqu'ici, mais surtout ils contenaient vingt fois moins de protéines que les 10 c. c. de sérum habituellement injectés pour la séroprophylaxie. Il s'agit pour M. Ramon d'une véritable « solution d'antitoxine ».

Il convenait d'apprécier d'une part leur pouvoir préventif, d'autre part l'influence que pouvaient avoir les modifications apportées à la préparation des sérums sur le développement des accidents sériques.

Deux observations paraissent plus particulièrement intéressantes. Celle d'un blessé de guerre M. W... qui avait reçu autrefois du sérum antitétanique et auquel on avait injecté en octobre 1938 du sérum antitétanique ordinaire, avant une intervention chirurgicale. Il avait alors présenté des accidents sériques assez intenses. Un mois après, devant opérer ce blessé une deuxième fois, on injecta le nouveau sérum antitétanique. Il ne présenta absolument aucun incident.

Un médecin, s'étant blessé récemment, dut recevoir du sérum antitétanique ; il redoutait du reste cette injection, car il avait présenté des incidents sériques sérieux, lors d'une injection, antérieure du sérum antitétanique ordinaire. Or, le nouveau sérum ne déclenchait aucun accident. Il y a lieu, en outre, de noter que, pendant les mois au cours desquels fut injecté le nouveau sérum, quatre blessés hospitalisés pendant la nuit reçurent du sérum ordinaire ; or, trois d'entre eux présentèrent des accidents sériques.

Ces faits paraissent intéressants, puisque l'emploi de ce nouveau sérum paraît supprimer presque complètement les accidents sériques.

Dans certaines conditions, chez les vaccinés et dans tous les cas chez les sujets n'ayant pas encore reçu d'injection d'anatoxine ou qui n'ont subi qu'une vaccination incomplète, on sera amené en temps de paix, mais surtout en cas de guerre, à réaliser la prophylaxie du tétanos par le sérum. Il sera des plus intéressants de pouvoir obtenir rapidement et en grande quantité, ce qui est désormais possible grâce aux perfectionnements apportés par M. Ramon, un sérum antitétanique capable d'assurer la prévention de la toxi-infection tétanique, tout en réduisant au minimum les accidents sériques, ce que semblent bien montrer les quelques cas rapportés, mais que devront confirmer de plus nombreuses observations.

G. F.

Les Thèses

N. — Dr J. Fabre. — **Contribution à l'étude du métabolisme de la vitamine chez le vieillard.** (Thèse 1939.)

Dans ce travail, fait sous l'inspiration de M. le Professeur Drouet, de Nancy, l'auteur conclut qu'il existe un état d'hypovitaminose chronique chez le vieillard.

C'est ce que l'examen des urines par une technique simple permet de mettre en évidence. Comme il ne s'agit pas apparemment d'une hypovitaminose liée à une carence alimentaire, la seule interprétation possible est l'existence d'une carence endogène liée à la sénilité. Mais si l'on cherche à approfondir le métabolisme de la vitamine C chez le vieillard, on s'aperçoit que cette notion d'hypovitaminose repose entièrement sur les modalités du rythme de l'excrétion urinaire.

Les données que l'on obtient ainsi chez les sujets âgés comportent un pourcentage si élevé d'hypovitaminose qu'il est nécessaire, si l'on veut dégager des notions certaines, que le problème soit repris à l'aide de dosages de vitamine C dans le sang. Toutes ces recherches ont été effectuées avec la laroscorbine et les dosages ont été faits avec le dichlorophénol-indophénol selon la technique de Tillmans modifiée par Demole.

P. — Dr E. Caillard. — **Contribution à l'étude radiologique de la valvule iléo-cæcale et de l'iléon terminal.** (Thèse 1939.)

Au point de vue radiologique, l'intestin grêle, malgré son importance, est le territoire du tube digestif le moins bien exploré.

Dans son travail inaugural, l'auteur schématise tout d'abord l'étude radiologique de l'iléon terminal et de la valvule iléo-cæcale d'après les classiques, par transit d'un repas baryté, et en résume les données. Il apporte ensuite un élément nouveau dans l'exploration de ce segment intestinal, basé sur les observations poursuivies par lui en collaboration avec le Docteur Le Cannet, dans le service du Professeur Chiray,

P. — Dr F. Rivière. — **Traitement de la douleur des états angineux par l'association histamine-histidine.** (Thèse 1939.)

Les injections intradermiques d'histamine et d'histidine, pratiquées dans la région précordiale et dans la zone de douleur irradiée à l'épaule et au bras, permettent d'obtenir l'atténuation et l'espacement des crises douloureuses de l'angine de poitrine, dans une notable proportion de cas.

Ces injections sont parfaitement inoffensives, à la condition d'éviter les fortes doses d'histamine, qui pourraient déterminer des perturbations tensionnelles et vaso-motrices dangereuses. La dose moyenne est de 1/8e de milligr. ; il est prudent de ne pas dépasser 1/4 de milligr. par séance.

En ce qui concerne l'histamine, il est permis de penser que l'analgésie cutanée, déterminée par les injections intradermiques d'histamine, s'étend en profondeur vers les viscères sous-jacents, en vertu d'une sorte de *réflexe analgésique cutanéo-viscéral*, inverse du réflexe douloureux viscéro-cutané de la crise angineuse. Quant à l'action algo-sédative de l'histidine, elle résulterait de propriétés anti-algiques très générales, qui s'exercent peut-être avec une certaine électivité sur les filets vago-sympathiques formant les plexus nerveux viscéraux.

De toute façon, le traitement anti-algique, par l'association aminée histamine-histidine, ne constitue qu'un traitement symptomatique de la douleur : il ne dispense en aucune façon d'appliquer, chaque fois qu'il est possible, le traitement étiologique approprié ; il ne met pas à l'abri des accidents graves qui pèsent sur l'avenir des malades atteints d'angor-pectoris.

P. — Dr Ad. Schmitt. — **Le contrôle médical des sportifs.**

Pour que le sport puisse rendre à la race tous les bienfaits dont il est capable et pour qu'il ne lui fasse tout le mal qu'il peut aussi lui faire, un contrôle médical est nécessaire.

Il comporte plusieurs échelons : 1° à l'école ; 2° à l'entrée au club ; 3° pendant toute la durée de la vie sportive.

Bi-annuel (au début et à la fin de chaque saison de sports), il consiste en mensurations et en quelques épreuves-tests.

S'il commence à être pratiqué à Paris, par contre en province presque tout reste à faire.

Il est à souhaiter que les Sociétés aient les moyens financiers de payer ces examens, c'est-à-dire d'exiger un travail honnête, qu'ils soient standardisés et enfin qu'ils soient rendus obligatoires.



CRINEX

EXTRAIT OVARIEN TOTAL STANDARDISÉ

stimule

OREX

EXTRAIT ORCHITIQUE TOTAL STANDARDISÉ

équilibre

FRÉNOVEX

EXTRAITS MAMMAIRE ET LUTÉINIQUE

freine

la fonction ovarienne

LABORATOIRES CRINEX-UVÉ

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TRAVAUX ORIGINAUX

Bulletin de l'Actualité

• • •

L'ORGANISATION DE LA SANTÉ PUBLIQUE EN TEMPS DE GUERRE

Cette question importante des enfants évacués, de leur protection sanitaire, des dispositions à prendre pour la mauvaise saison, va entraîner des mesures particulières qui feront l'objet d'instructions et de directives lorsque les médecins inspecteurs d'hygiène départementaux auront examiné la question et fait parvenir leurs rapports.

L'évacuation massive des enfants de moins de 7 ans, des femmes sur le point d'être mères, de celles qui avaient des enfants en bas âge, a soulevé maints problèmes.

Il a fallu organiser des centres d'accueil pour recevoir tous ces évacués; des propriétés privées, des hôtels fermés, des Auberges de la Jeunesse ont été affectés à ces « Centres d'accueil et d'hébergement ». Partout on a cherché à recréer pour l'enfant l'atmosphère de la famille.

Pour les femmes enceintes, il a fallu prévoir l'accouchement dans les maternités voisines. Pour ces dernières et pour celles qui accompagnaient des enfants en bas âge, le ministre de la Santé publique a dû, d'accord avec ses collègues du Travail et de la Justice, veiller à ce que dans les usines ou les bureaux où elles travaillent, elles ne soient point, du fait de leur évacuation, menacées de rupture de contrat.

***

Les risques de maladies épidémiques, du fait de cet exode massif, étaient considérables; aussi, dès le 4 septembre, un projet de décret a-t-il été examiné par le Conseil supérieur d'hygiène publique pour renforcer les moyens de défense locaux, pour unifier l'action des différents services d'hygiène et réaliser la désinfection, l'hospitalisation et les soins dans les meilleures conditions possibles.

Les multiples problèmes qui ont été posés depuis plusieurs semaines, par l'état de guerre, ont incité le ministre de la Santé publique, M. Marc Rucart, à prendre de nouvelles initiatives et à créer, parfois de toutes pièces, des organisations dont l'intérêt et l'importance méritent d'être connues de tout le Corps médical.

Pour beaucoup de médecins, et en temps de paix, le rôle du ministre de la Santé publique n'évoque rien de direct, mais du fait de la guerre et du bouleversement qu'elle entraîne dans l'exercice de la médecine en France, il devient nécessaire de songer aux populations qui risquent de n'être plus soignées, de penser aux médecins mobilisés qu'il faut défendre contre la disparition de leurs clientèles, et le ministère de la Santé publique apparaît comme l'organisme central d'où vont émaner les directives capables de coordonner les actions multiples et isolées de tous les médecins qui ne sont pas militarisés.

Ce rôle difficile, le ministre actuel, M. Marc Rucart, l'a compris et depuis plusieurs semaines, sans rien brusquer et avec un tact auquel nous nous plaisons à rendre hommage, il a réalisé une véritable mobilisation dans le domaine de la Santé publique.

Ce furent d'abord les enfants qui firent l'objet de son attention et dès le 25 août il notifiait

aux Préfets de garder dans les colonies de vacances, les enfants des grandes villes qui semblaient les plus menacées ; il fixait les prix de journées et obtenait du ministre des Finances, d'une part, des crédits, du ministre de la Guerre, d'autre part, l'assurance que les établissements abritant ces enfants ne seraient réquisitionnés que dans la plus stricte limite des nécessités.

La plus grosse difficulté dans la réalisation de ces mesures venait du fait que le 2 septembre un nombre très important de médecins civils étaient mobilisés, qu'ils quittaient leurs centres d'exercice et qu'ils laissaient des régions entières sans surveillance médicale.

Cette lacune risquait de rendre inopérantes toutes les mesures prises, et c'est pour parer à cette carence que le ministre signait, le 12 septembre, un décret relatif à l'exercice de la profession médicale en temps de guerre, décret permettant aux autorités sanitaires civiles de satisfaire, parallèlement au Service de santé, aux besoins essentiels.

Ainsi tous les médecins non mobilisables et quel que soit leur sexe, pourront être utiles et le Corps médical non mobilisé sera à la disposition du ministre qui étudie le moyen de laisser aux groupements professionnels la répression des fautes et des agissements délictueux.

***

Les mesures de prophylaxie qui fonctionnent normalement contre la tuberculose, contre la syphilis, contre le cancer ont été étendues et chacun de ces services a été placé sous la haute direction d'hommes compétents et avertis comme le Professeur Besançon, le Docteur Lévy-Bing, le Recteur Roussy, le Docteur Cavaillon, le Professeur Couvelaire, le Docteur Lesné, le Docteur Dujarric de la Rivière, le Docteur Carrel.

Se posaient en outre les questions qui chevauchaient sur les attributions de plusieurs départements ministériels. La plus importante était assurément celle des conditions sanitaires dans lesquelles allaient se trouver les réfugiés.

En accord avec les ministres de l'Intérieur et de l'Education nationale, M. Marc Rucart vient de donner aux Préfets des instructions très précises quant aux conditions d'hébergement, d'hygiène, de nourriture et d'habillement. D'importantes mesures seront prises comme la création de caravanes sanitaires qui circuleront de villages en villages avec personnel — docteurs, infirmiers, etc. — et matériel.

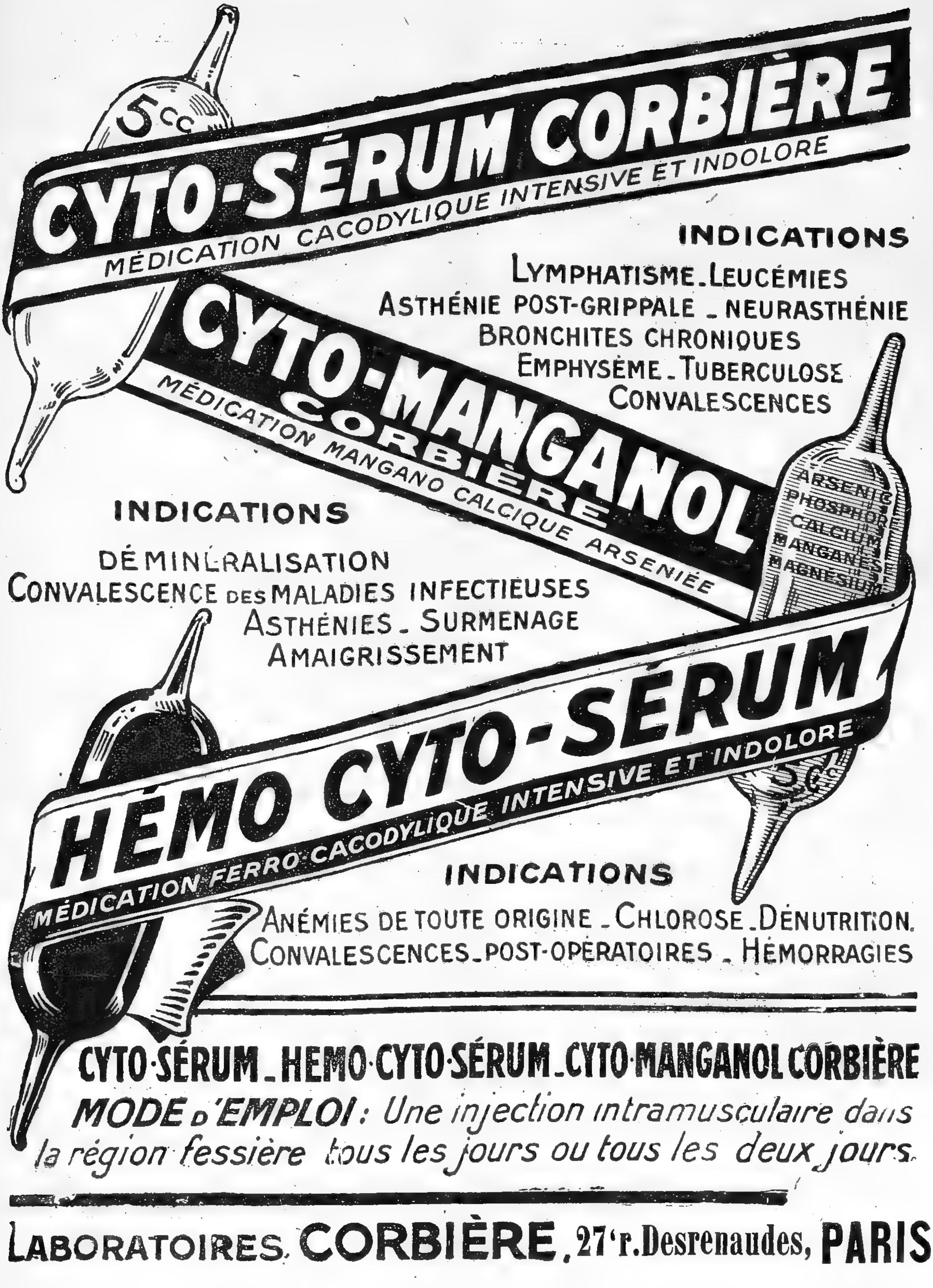
J'aurai à peu près fait un tour d'horizon complet sur ce qui a été fait par M. Marc Rucart, ministre de la Santé publique, si j'ajoute qu'il s'est préoccupé des évacuations des hôpitaux généraux qui doivent trouver dans des provinces moins exposées le moyen de traiter les malades. Il a fallu en particulier assurer le placement des malades provenant des hôpitaux psychiatriques comme ceux de Sarreguemines, de Lorquin, de Rouffach, situés trop près de l'ennemi.

La transfusion sanguine s'installe à Blois pour doubler l'hôpital Saint-Antoine et c'est à Blois aussi que le Docteur Le Mée a installé un centre d'oxygénothérapie.

Si l'on ajoute à cela l'instruction des infirmières, qu'elles soient destinées à soigner, ou à s'occuper d'œuvres sociales, la réorganisation des bureaux d'hygiène dont les médecins directeurs ont été mobilisés, on voit que la préoccupation de sauvegarder, en ces heures douloureuses, la santé du pays, a dominé tout ce qui a été fait au ministère de la Santé publique.

Il était important de l'écrire, car bien des nôtres, s'étonnant de voir échapper au ministère de la Santé publique, l'organisation du Service de santé militaire, comme l'avaient fait MM. Justin Godard et Mourier, en 1914-1918, se figurent que sa besogne était facile et que la réquisition des médecins non mobilisables n'avait point sa raison d'être. Elle a été en réalité nécessitée par un ensemble de circonstances dont j'ai voulu montrer l'interdépendance ; elle montre que, civil ou militaire, le médecin accomplit un devoir social, j'allais écrire un sacerdoce, et je suis persuadé que mieux éclairés par les faits, tous ceux d'entre nous qui avaient vu, avec humeur, sacrifier leur liberté, tiendront à participer dans la mesure où ils le peuvent à la lutte que tous, civils et militaires, nous livrons justement pour rester un peuple libre.

Dr Raphaël Massart.


5cc
CYTO-SÉRUM CORBIÈRE
MÉDICATION CACODYLIQUE INTENSIVE ET INDOLORE
INDICATIONS
LYMPHATISME-LEUCÉMIES
ASTHÉNIE POST-GRIPPALE - NEURASTHÉNIE
BRONCHITES CHRONIQUES
EMPHYSÈME - TUBERCULOSE
CONVALESCENCES
CYTO-MANGANOL
CORBIÈRE
MÉDICATION MANGANO CALCIQUE ARSENIÉE
ARSENIC
PHOSPHORE
CALCIUM
MANGANÈSE
MAGNÉSIUM
INDICATIONS
DÉMINÉRALISATION
CONVALESCENCE DES MALADIES INFECTIEUSES
ASTHÉNIES - SURMENAGE
AMAIGRISSEMENT
HÉMO CYTO-SÉRUM
MÉDICATION FERRO-CACODYLIQUE INTENSIVE ET INDOLORE
5cc
INDICATIONS
ANÉMIES DE TOUTE ORIGINE - CHLOROSE - DÉNUTRITION.
CONVALESCENCES - POST-OPÉRATOIRES - HÉMORRAGIES
CYTO·SÉRUM - HEMO·CYTO·SÉRUM - CYTO·MANGANOL CORBIÈRE
MODE D'EMPLOI : Une injection intramusculaire dans la région fessière tous les jours ou tous les deux jours.
LABORATOIRES CORBIÈRE, 27 r. Desrenaudes, PARIS

LE ROLE DU " SOU MÉDICAL " PENDANT LA GUERRE

Au jour de la mobilisation le « Sou Médical » comptait bien près de 9.000 membres.

Si, des 30.000 médecins français figurant sur les annuaires, on élimine les médecins fonctionnaires, ceux qui sont attachés à de grandes administrations telles que les Assurances sociales, les mines, les grosses usines, ceux qui n'exercent pas ou n'exercent plus, on peut compter qu'en France pratiquent réellement et font réellement de la clientèle, 25 à 26.000 médecins. On voit la place que tient le « Sou » parmi eux : il en groupe plus d'un tiers.

Sur ces 9.000 confrères un grand nombre sont actuellement mobilisés. Plus exactement ils sont *tous* au service de l'Etat puisque, on le sait, le décret-loi du 12 septembre dernier met à la disposition du ministère de la Santé publique les médecins dont n'a pas disposé le ministère de la Défense nationale. En conséquence ceux même qui continuent l'exercice de leur clientèle ne le font pas dans les conditions normales du temps de paix. A cette situtaion nouvelle doit s'adapter une activité nouvelle du « Sou ». Le Conseil d'administration en poursuit actuellement l'étude. Il a semblé nécessaire d'en exposer les principaux points à nos adhérents.

Bien entendu l'état de guerre n'ayant rien changé au fonctionnement des Assurances sociales, des accidents du travail, de l'A, M. G. et de la loi des pensions, toutes ces rubriques demeureront à l'ordre du jour des séances du « Sou » et nos adhérents continueront à y trouver l'appui, les Conseils et la défense qu'ils ont coutume d'y trouver.

Le décret-loi sur la mobilisation civile a surpris les médecins non mobilisables : bien peu avaient réfléchi au projet paru dans le *Médecin de France* en mai dernier et que le décret-loi reproduit presque mot pour mot. Or ils sont dès maintenant assujettis à cette loi d'exception qui ne va pas tarder à soulever de nombreuses difficultés et de plus nombreuses protestations. De celles ci nous avons déjà reçu plusieurs. Il s'agit surtout de médecins déplacés de leur résidence et envoyés plus ou moins loin pour soigner les populations civiles ou faire un service d'hôpital ou de dispensaire. Qui paiera le voyage ? Si le médecin soigne des civils venus de régions évacuées, ceux-ci seront-ils en mesure de le rémunérer ? S'ils ne le peuvent pas, par qui sera payé le médecin ? Et si ce médecin ne gagne pas pour les besoins de sa famille devra-t-il néanmoins rester à son poste ? Y paiera-t-il patente ? Devra-t-il payer le loyer de son ancienne résidence ou en sera-t-il exonéré comme les militaires ? Les cessions de clientèle et les remplacements sont-ils interdits pour toute la durée de la guerre ? Si oui une veuve de guerre n'aura-t-elle pas le droit d'essayer de tirer parti du cabinet de son mari ?

On voit la multitude de questions qui vont se poser. Un second décret-loi doit, paraît-il, être promulgué pour élucider le premier. De toutes façons les mobilisés civils auront à être défendus et ce sera la nouvelle tâche du « Sou ».

Quant aux mobilisés militaires ils sont, assurément, déchargés tant qu'ils sont sous l'uniforme, de la responsabilité professionnelle. Mais celle-ci peut être mise en cause s'ils sont amenés à soigner des civils ou pour un acte antérieur à la mobilisation. Retenus aux armées, ils seraient bien mal placés pour se défendre s'ils n'ont pas l'appui confraternel et puissant du « Sou ». En outre ne sont-ils pas toujours exposés à des tracasseries concernant leur loyer, leurs recouvrements ? Le fisc leur laissera-t-il la paix ? ce n'est pas certain. S'ils ont un remplaçant ils peuvent avoir à se plaindre de celui-ci et à se défendre contre des procédés malhonnêtes ; les femmes, restées seules à la maison, seraient bien désarmées. Enfin les étrangers, souvent peu scrupuleux et à l'affût de bonnes places à prendre peuvent leur jouer des tours. Le « Sou » a l'intention d'être particulièrement vigilant sur ce point et de ne pas laisser des profiteurs étrangers piller le bien des mobilisés.

En temps de paix les demandes de renseignements sur des questions d'ordre militaire constituent simplement une rubrique dans le Service de renseignements du *Concours*. Depuis la mobilisation ces demandes sont devenues tellement nombreuses qu'il a fallu songer à ouvrir un service spécial. Ce service, rattaché au « Sou », colligera les circulaires, décrets et réglements émanant des autorités civiles et militaires et mettre ces archives à la disposition des membres de la Ligue. Ils pourront y trouver toutes les précisions concernant les soldes, les prestations en nature, l'avancement, les affectations, etc.

Nous espérons qu'ainsi adapté au temps de guerre, le « Sou médical » continuera à être aussi indispensable à ses membres qu'il l'est en temps de paix.

Nous pouvons leur assurer que, de même que le *Concours* bat le rassemblement de ses lecteurs, le « Sou » tendra toutes ses forces pour maintenir la cohésion de cette Ligue de Défense qui impose partout le respect du Corps Médical Français.

LA " MUTUALITÉ FAMILIALE " PENDANT LA GUERRE

Au nombre des demandes de renseignements que nous recevons depuis l'ouverture des hostilités, nous avons jugé qu'il y avait lieu d'éclairer nos adhérents sur leur situation en temps de guerre.

Qu'ils veuillent donc bien trouver ici une réponse collective à leurs lettres et nous excuser si quelques-unes de celles-ci sont restées sans réponse. La désorganisation du secrétariat par suite de la mobilisation en est la cause . Nous faisons tous nos efforts pour reprendre aussi tôt que possible l'allure normale.

Tout d'abord rien n'est changé à la Mutualité Familiale concernant les médecins non mobilisables. Donc ceux-ci, à condition qu'ils aient payé leurs cotisations, continueront à percevoir, aux diverses combinaisons, les mêmes indemnités qu'en temps de paix.

En ce qui concerne les mobilisés, le paragraphe 3 de l'article 11 des statuts dispose que :

Est suspendu de tout droit à l'indemnité Maladie-accident :

1o.......................................

2o.......................................

3o *Le médecin appelé sous les drapeaux pour une période d'exercices ou pour une mobilisation générale ou partielle.*

Ce médecin, en effet, d'une part a cessé l'exercice de sa clientèle, et d'autre part, toute maladie ou tout accident lui survenant tombe à la charge de l'Armée.

En conséquence tous les adhérents actuellement mobilisés n'ont plus, dès maintenant, droit à aucune indemnité maladie-accident. Il va sans dire que, par réciprocité, ils n'ont plus à verser de cotisation *à cette combinaison.*

A la fin de la guerre, ils seront réintégrés dans les conditions prévues par le paragraphe 1er de l'article 22 des statuts.

..... *La réintégration des membres suspendus pour cause de mobilisation peut toujours avoir lieu à leur retour à la vie civile, quelle qu'ait été la durée de cette mobilisation* ».

Par contre les combinaisons « Retraites », constituant un capital, et la cotisation étant calculée suivant la retraite souscrite, ne peuvent admettre une interruption de versements. Il est de l'intérêt des adhérents de continuer, s'ils le peuvent, à payer leur cotisation.

En cas contraire, ou bien il leur sera servi une retraite proportionnelle, à condition qu'ils aient déjà versé au moins trois cotisations annuelles, ou bien ils pourront être autorisés à reprendre leurs versements soit sur la base de la cotisation ancienne, soit sur la base d'une cotisation nouvelle qu'ils auront à payer jusqu'à un âge déterminé pour récupérer la retraite totale.

Les mêmes règles sont applicables pour la combinaison « Pensions aux enfants ».

Enfin, en ce qui concerne les pensions aux veuves et orphelins, il faut rappeler d'abord que, aux termes de l'article 36 des statuts,

« *La pension n'est pas due si le décès de l'adhérent survient par suite d'un fait de guerre susceptible d'ouvrir droit à une rente au titre de la législation sur les pensions de guerre.* »

D'autre part (art. 47).

« *La cessation du payement de la cotisation pendant une année entraîne la radiation du sociétaire et la perte des droits conférés par la participation. L'adhérent pourra toutefois demander ultérieurement la remise en vigueur de son assurance dans les conditions fixées à l'art.* 22.

D'autre part si le sociétaire compte quinze années de participation avec paiement annuel régulier de la cotisation, une pension réduite sera adressée à la veuve.

Telles sont les diverses dispositions des statuts de la Mutualité familiale pour le temps de guerre.

Les principaux problèmes sont prévus et résolus. Si une situation personnelle en posait un nouveau, nous le ferions étudier par notre actuaire et le Conseil d'administration s'efforcerait d'y apporter la solution à la fois la plus équitable et la plus confraternelle.

G. Lavalée.

LES RAPPORTS ENTRE BAILLEURS ET LOCATAIRES EN TEMPS DE GUERRE

(Décret-loi du 26 septembre 1939. — *Journal Officiel*, 5 octobre 1939)

Dans notre numéro du 8 octobre, nous avons étudié la question des loyers, telle qu'elle se présentait le 1er octobre 1939, c'est-à-dire avant la parution du décret-loi qui devait régler d'une façon définitive les rapports entre bailleurs et locataires en temps de guerre. La gestation de cet acte législatif particulièrement important a été moins longue qu'il n'eut été permis de le supposer, puisque le décret, daté du 26 septembre 1939, a vu le jour dans le *Journal Officiel* du 5 octobre 1939.

Nous nous proposons, dans cette étude, d'analyser le décret, mais en nous bornant aux dispositions qui concernent les rapports entre bailleurs et locataires de locaux à usage d'habitation ou professionnel. Volontairement, nous négligerons donc tout ce qui a trait aux baux à ferme, aux baux commerciaux et industriels, et encore aux mesures compensatoires prévues en faveur des propriétaires qui supporteront la lourde charge de cette législation d'exception.

D'autre part, pour la commodité de nos lecteurs et afin qu'il leur soit plus facile de trouver les renseignements nécessaires à la solution de chacun de leurs cas particuliers, nous allons examiner successivement la situation faite par le décret-loi aux locataires mobilisés, celle des locataires non mobilisés, les dispositions diverses qui concernent tous les locataires indistinctement et, enfin, les règles de procédure et de compétence qui doivent présider à la solution des litiges entre bailleurs et locataires.

Disons tout de suite que le domaine d'application du décret-loi est limité, dans le temps, entre le 2 septembre 1939 et le décret qui fixera la cessation des hostilités. Dans l'espace, il embrasse toutes les locations d'immeubles, quelles qu'elles soient, et l'ensemble du territoire métropolitain, ainsi que l'Algérie.

Locataires mobilisés

Tout d'abord, que doit-on entendre par cette expression « mobilisés », que le texte du décret évite d'employer ? Suivant l'article 3, il s'agit de tout *militaire* appartenant aux formations de l'armée et du territoire ou de toute personne appartenant aux formations visées par l'article 11, alinéa 1er, § e de la loi du 11 juillet 1938 sur l'organisation générale de la nation en temps de guerre, c'est-à-dire aux formations composées d'hommes des deux dernières classes libérées d'obligations militaires, qui restent à la disposition du ministre de la Guerre pour la défense passive.

Ainsi donc, ne peuvent être considérés comme « mobilisés », pour l'application de la législation des loyers, les médecins requis par l'autorité civile, conformément au décret-loi du 11 septembre 1939.

Pour les locataires mobilisés de locaux à usage d'habitation ou professionnel, les mesures prévues consistent dans la résiliation anticipés des baux en cours ou dans une réduction du loyer.

A. — *Résiliation.* — Tout locataire mobilisé peut, s'il le désire, obtenir *de plein droit* la résiliation de son bail. Il doit, pour cela, adresser au bailleur sa demande, par lettre recommandée avec accusé de réception, et y joindre toutes pièces justificatives de sa situation militaire. Sauf, dans le cas où le délai de préavis d'usage est inférieur à un mois, la résiliation prend effet à l'expiration du délai d'un mois à dater du jour de réception de la lettre recommandée, à moins que le locataire n'ait, dans sa demande, fixé une date plus éloignée.

La résiliation peut donner lieu à indemnité, si le bailleur établit avoir, sur la demande du locataire, et pour les convenances personnelles de celui-ci, effectué dans les lieux loués, des travaux ou aménagements exceptionnels, qu'il devait amortir pendant la durée de la location. Cette indemnité est fixée en tenant compte de la plus value donnée par ces travaux à l'immeuble. Des délais peuvent être accordés pour le paiement.

En cas de résiliation, les sommes versées à titre de loyer d'avance ou de garantie de l'exécution du bail se compensent de plein droit, et à dûe concurrence, avec le montant des loyers dus et, ensuite, s'il y a lieu, avec le montant des réparations locatives.

Enfin, lorsque le locataire est décédé ou que son décès peut être présumé, la résiliation peut être *prononcée* (il ne s'agit donc plus d'une résiliation de plein droit) avec ou sans indemnité, à la demande de son conjoint des personnes vivant habituellement avec lui et qui sont membres de sa famille ou à sa charge, ou par tout ayant droit à sa succession. S'il y a désaccord entre eux, le juge apprécie.

B. — *Réduction du loyer.* — Le locataire mobilisé d'un local à usage d'habitation ou professionnel peut avoir intérêt à le conserver, mais ne plus pouvoir acquitter son loyer.

Le décret-loi lui accorde, *de plein droit*, pendant la durée de sa présence sous les drapeaux, une réduction égale aux trois quarts du montant du loyer. Cette règle ne souffre d'exceptions que dans deux cas : 1° si le locataire est en mesure d'acquitter la totalité de son loyer ou une fraction supérieure au quart (et c'est alors au bailleurs qu'incombe la charge de la preuve) ; 2° si la profession n'a pas cessé d'être exercée, malgré la mobilisation du locataire.

Ici, une observation importante s'impose : les médecins mobilisés, qui ont pu assurer leur remplacement, ne bénéficieront pas de plein droit de l'exonération des trois quarts du loyer. Ils pourront cependant, eux aussi, obtenir une réduction, mais dans les conditions que nous exposerons lors de l'examen de la situation des locataires non mobilisés.

Donc, à moins de cas exceptionnels, les locataires mobilisés seront exonérés des trois quarts du loyer, mais resteront débiteurs de l'autre quart. Quand et comment devront-ils s'acquitter ?

Il ne faut pas oublier que le décret du 1er septembre 1939 a suspendu l'exercice de toute action judiciaire contre les mobilisés ; il s'ensuit que les bailleurs ne pourront exiger d'eux le paiement de ce quart pendant toute la durée de la mobilisation.

Aussi le décret-loi prévoit-il que les locataires mobilisés pourront obtenir des réductions sur le montant des loyers restant dus et même l'exonération *totale*, s'ils justifient ne pas être en état de faire face au paiement des sommes dues.

Cette demande de réduction devra être faite dans un délai de six mois à dater du jour de la libération, ou du jour où le locataire aura repris, directement ou indirectement, l'exercice de sa profession.

Qu'un médecin mobilisé vienne, par la suite, à se faire remplacer, il sera, par conséquent, dans l'obligation d'introduire son action en remise partielle ou totale des loyers restant dus, dans les six mois qui auront commencé à courir du jour où son remplaçant se sera installé.

Enfin, les mêmes personnes qui auraient le droit de

demander la résiliation du bail, en cas de décès prouvé ou présumé du locataire, peuvent obtenir, elles aussi des réductions de loyer, mais non de plein droit. Les règles applicables dans cette circonstance sont celles qui concernent les locataires non mobilisés.

Locataires non mobilisés

Pour les locataires non mobilisés, le décret-loi comporte des mesures à peu près analogues à celles dont bénéficient les locataires mobilisés, mais, toutefois, avec des différences importantes, que nous allons maintenant exposer.

C'est ainsi que ces locataires peuvent également voir leurs baux résiliés par anticipation et leurs loyers réduits jusqu'au quart. Mais, *point essentiel*, pour eux ni la résiliation ni la réduction ne jouent de plein droit. Il faut qu'ils en fassent la demande au bailleur et qu'à défaut d'accord amiable, le juge tranche le différend.

Il faut encore qu'ils puissent justifier se trouver dans un des cas limitativement énumérés par le décret-loi et qui sont les suivants ; 1º avoir cessé de jouir de l'usage de tout ou partie des locaux, ou ne pouvoir entrer en jouissance par suite des circonstances résultant de l'état de guerre et survenues postérieurement au contrat ; 2º être privés d'une notable partie des ressources sur lesquelles, ils pouvaient compter pour faire face au paiement de leurs loyers ; 3º ne pouvoir continuer normalement l'exercice de la profession en vue de laquelle les lieux ont été loués.

Il est à prévoir que de nombreuses contestations seront soulevées pour fixer les limites de ces trois motifs de résiliation anticipée ou d'exonération partielle et que les prétoires en seront encombrés jusqu'à ce que la jurisprudence ait été définitivement fixée. Pour le moment, nous estimons plus sage et plus prudent de nous borner à reproduire le texte légal, sans nous hasarder dans un commentaire qui risquerait de ne pas concorder avec l'interprétation de la jurisprudence et d'induire nos lecteurs en erreur. Cependant, nous croyons que les médecins qui auront vu leur clientèle se rétrécir dans de fortes proportions par suite de la guerre pourront aisément obtenir la réduction de leur loyer, en invoquant les motifs 2 et 3.

Lorsqu'un locataire non mobilisé se trouve dans l'un des trois cas ci-dessus indiqués, il peut demander soit la résiliation du bail, soit la réduction de son loyer dans les conditions ci-après :

A. *Résiliation.* — Sa demande doit être présentée dans les mêmes formes que celles d'un locataire mobilisé. A défaut d'accord amiable avec le bailleur, le Tribunal compétent sera saisi à sa requête et prononcera. Si la résiliation est ordonnée, le juge appréciera s'il y a lieu, ou non, à l'indemnité pour travaux ou aménagements exceptionnels, ainsi qu'à toutes autres indemnités.

B. *Réduction du loyer.* — Le locataire non mobilisé qui voudra obtenir une réduction de son loyer devra, tout d'abord, s'efforcer d'aboutir à une entente amiable avec son bailleur. Sinon, il devra saisir le Tribunal compétent qui, compte tenu de sa situation, pourra lui accorder une réduction allant jusqu'aux trois quarts du montant du loyer, mais aussi inférieure à cette quotité.

Comme pour les mobilisés, en cas de décès prouvé ou présumé du locataire, les ayants droit que nous avons déjà énumérés pourront obtenir, soit la résiliation du bail soit la réduction du loyer.

Enfin, les locataires non mobilisés qui auront obtenu la réduction de leur loyer, pourront, en outre, obtenir pour se libérer, soit en totalité soit par fractions, des termes et délais qui pourront être renouvelés jusqu'à la fin de l'année qui suivra la date du décret fixant la cessation des hostilités.

Dispositions diverses

Le décret-loi contient plusieurs dispositions intéressant tous les locataires, mobilisés ou non. Nous allons passer en revue les principales.

1º Les réductions seront calculées sur la base du prix du loyer fixé au contrat ou, à défaut, de celui résultant de l'application des lois actuellement en vigueur (et notamment de la loi du 31 décembre 1937).

2º Tous les locataires bénéficiaires de la réduction à un titre quelconque seront maintenus de plein droit en possession des lieux loués jusqu'à la date du décret fixant la cessation des hostilités, à charge par eux de se conformer aux décisions de justice ou accords amiables intervenus ;

3º Le droit de gage du bailleur peut être limité à une partie du mobilier garnissant les lieux loués, pour les locataires bénéficiaires d'une réduction du prix du loyer ;

4º Les accords amiables ou décisions de justice accordant réduction ou délais de paiement pourront toujours être révisés à la requête de l'une ou l'autre des parties au cas où la situation du locataire viendrait à être modifiée ;

5º En principe, et sauf certaines exceptions, les étrangers sont exclus du bénéfice du décret.

6º *Point particulièrement important.* — Si le propriétaire ne fournit plus les prestations en nature prévues par le contrat de location, telles que le chauffage par exemple, le juge appréciera dans quelle mesure il pourra être dispensé de les fournir, totalement ou partiellement, par suite des circonstances résultant de l'état de guerre. En ce cas, il déterminera les exonérations correspondantes qui devront être accordées au locataire ;

7º Les dispositions du décret-loi sont déclarées d'ordre public, ce qui signifie qu'il ne peut y être dérogé par des conventions particulières ou que ces conventions, si elles existaient, seraient considérées comme nulles et non avenues.

Procédure et compétence

Le décret rappelle le décret du 1er septembre 1939, qui suspend toute action judiciaire contre les mobilisés, mais pour les locataires seulement. Qu'adviendra-t-il lorsque ce sera le propriétaire qui sera mobilisé ? Il y a là une difficulté que nous avons tenu à signaler et dont la solution sera certainement apportée par la jurisprudence.

Cette réserve faite, toutes les contestations nées de l'application du décret seront de la compétence du juge de la situation de l'immeuble : juge de paix si le loyer annuel est égal ou inférieur à 4.500 francs, président du Tribunal civil, statuant en référé, dans le cas contraire.

Les décisions rendues seront susceptibles d'appel, mais non d'opposition.

Les décisions rendues en dernier ressort pourront être déférées à la Cour de cassation et le pourvoi devra être formé dans les quinze jours de la notification de la décision. Il ne sera pas suspensif.

Tous les actes de procédure faits en applications du décret seront visés pour timbre et enregistrés gratis.

***

Cette législation d'exception, beaucoup plus souple et nuancée que le moratoire général qui avait été édicté au début de la guerre de 1914, semble, au premier abord, assez bien ordonnée et cohérente.

Elle n'évitera cependant pas les procès, surtout pour les locataires non mobilisés qui solliciteront la réduction de leur loyer.

Les abonnés de notre journal et les adhérents du « Sou Médical » qui seront embarrassés pour la mise au point de leurs rapports avec leurs propriétaires ne devront pas hésiter à nous soumettre leurs difficultés. Nous nous efforcerons de leur donner, en toute occasion, les avis et conseils dont ils pourront avoir besoin.

H. Meillet.

DOCUMENTATION DU TEMPS DE GUERRE

Décret du 20 septembre 1939 relatif à la réintégration des officiers de l'armée active ou de la réserve démissionnaires ou rayés des cadres et à l'admission dans les cadres des réserves des officiers de l'armée active placés en situation de réforme par mesure disciplinaire.

RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 20 septembre 1939.

Monsieur le Président,

Afin de ne point priver l'armée, dans les circonstances actuelles, d'un certain nombre d'officiers dont les services seraient d'une utilité incontestable, nous avons estimé qu'il serait nécessaire de prévoir, dès la mobilisation et jusqu'à la fin des hostilités, la possibilité de nommer ou de réintégrer dans les cadres de la réserve, les officiers appartenant à l'une des catégories ci-après :

a) Officiers de l'armée active ou de la réserve démissionnaires ou rayés des cadres, y compris les officiers de réserve rayés des cadres par application des dispositions de l'article 13 (premier alinéa) de la loi du 8 janvier 1925, ou des dispositions de l'article 28 (premier alinéa) de la loi du 1er août 1936 ;

b) Officiers de l'armée active mis en réforme par mesure de discipline.

Si vous approuvez cette manière de voir, nous avons l'honneur de vous prier de vouloir bien revêtir de votre signature le projet de décret ci-joint.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'hommage de notre respectueux dévouement.

Le président du Conseil, ministre de la Défense nationale et de la Guerre et des Affaires étrangères,

Edouard DALADIER.

Le ministre de l'Air,
Guy LA CHAMBRE.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du président du Conseil, ministre de la Défense nationale et de la Guerre et des Affaires étrangères, et du ministre de l'air,

Vu la loi du 19 mai 1834 sur l'état des officiers ;

Vu la loi du 8 janvier 1925 sur l'organisation des cadres des réserves de l'armée de terre ;

Vu la loi du 28 mars 1928, relative à la constitution des cadres et effectifs de l'armée ;

Vu la loi du 9 avril 1935 fixant le statut des cadres actifs de l'armée de l'air ;

Vu la loi du 1er août 1936 fixant le statut des cadres de réserve de l'armée de l'air ;

Vu la loi du 31 mars 1928, relative au recrutement de l'armée ;

Vu la loi du 19 mars 1939, accordant au Gouvernement des pouvoirs spéciaux ;

Le Conseil des ministres entendu,

Décrète :

Art. 1er. — A la mobilisation et pendant la durée de la guerre, tous les officiers démissionnaires ou rayés des cadres de l'armée active et de la réserve, pour une cause n'entraînant pas l'incapacité de servir, peuvent être remis, sur leur demande, en possession du dernier grade dont ils étaient investis dans l'armée, toutefois, ils ne peuvent être réadmis que dans le cadre des officiers de réserve.

Art. 2. — A la mobilisation et pendant la durée de la guerre, les officiers de l'armée active placés en situation de réforme par mesure disciplinaire, et soumis aux obligations définies par la loi de recrutement, pourront recevoir, dans les réserves, un grade équivalent à celui qu'ils détiennent dans l'armée active.

Ceux de ces officiers qui seraient dégagés de toutes obligations militaires pourront, sur leur demande, recevoir un grade dans les conditions définies à l'alinéa précédent.

Art. 3. — Pourront être réintégrés dans le grade qu'ils détenaient, les officiers de réserve rayés des cadres par application de l'article 13, premier alinéa, de la loi du 8 janvier 1925, ou de l'article 28, premier alinéa, de la loi du 1er août 1936, à la double condition :

1° Qu'ils soient en possession d'un grade de sous-officier dans la réserve ;

2° Qu'ils servent dans une formation des armées placées sous les ordres du général commandant en chef ou dans une formation aérienne placée sous les ordres du général commandant en chef les forces aériennes.

Art. 4. — Le présent décret sera soumis à la ratification des Chambres, dans les conditions prévues par la loi du 19 mars 1939.

(*J. O.*, 3 octobre 1939).

Liste des services d'hôpitaux qui fonctionnent actuellement à Paris (1)

— HÔTEL-DIEU. — Les admissions dans les services de médecine et de chirurgie et les consultations externes de l'Hôtel-Dieu fonctionnent normalement. Seule, la Maternité est fermée.

— HÔPITAL TENON. — Tous les services de médecine et de chirurgie de l'hôpital Tenon sont ouverts et fonctionnent régulièrement. Le nombre des malades hospitalisés y est même, malgré l'évacuation d'une partie de la population, assez élevé.

En médecine, M. Brulé et M. Marchal sont remplacés par M. Sainton ; M. Hagueneau et M. Carrié sont remplacés par M. P.-Emile Weill ; M. Guy Laroche et M. Lian sont remplacés par M. Milhit. M. May est remplacé par Mme Vogt-Popp.

En chirurgie, M. Houdard remplace M. Roux-Berger ; M. Deniker assure son service ; M. Girode, mobilisé, assure néanmoins actuellement son service.

La Maternité de cet hôpital est fermée.

Consultations externes. Stomatologie : Mme Papillon-Léage remplace M. Lacronique. Ophtalmologie : M. Dumont remplace M. Bollack. Oto-rhino-laryngologie : M. Girod remplace M. Hautant. Radiologie : M. Mallet remplace M. Lepennetier.

L'hôpital Tenon a aménagé un poste de secours et deux salles de soins éventuels (salles Z) pour gazés civils.

— CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DES QUINZE-VINGTS, 13, rue Moreau, Paris (XIIe). — Les consultations de la clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts ont lieu normalement ; mais, ne sont faites que les opérations urgentes. Une salle seule d'hospitalisation, avec un nombre restreint de lits, est actuellement ouverte.

(1) Voir *Concours Médical*, nos 41 et 42.

Décret du 4 octobre 1939 relatif aux nominations et aux promotions des officiers à titre définitif pendant la durée de la guerre

Les dispositions ci-après sont applicables à l'avancement à titre définitif en temps de guerre :

Art. 1er. — Le nombre des officiers à titre définitif de l'armée active ne dépassera pas dans chaque grade les effectifs légalement autorisés. Ces effectifs feront l'objet d'un décret ultérieur.

Art. 2. — Les officiers de l'armée active sont numériquement remplacés dans les cadres de l'active lorsqu'ils sont atteints par les limites d'âge légales.

Ils conservent toutefois leur emploi au titre des réserves, à moins d'une décision contraire du ministre ou du général commandant en chef.

Art. 3. — Les sous-lieutenants à titre définitif de l'armée active sont recrutés parmi :

Les élèves des écoles militaires assurant le recrutement des officiers de l'armée active ;

Les officiers à titre temporaire de l'armée active ayant six mois au moins d'ancienneté à titre temporaire et six mois de présence aux armées ;

Les officiers de réserve en stage ou en situation d'activité au moment de la mobilisation ;

Les sous-officiers de carrière ou servant par contrat au moment de la mobilisation, réunissant au minimum quatre ans de service actif, dont une année de grade d'adjudant-chef ou d'adjudant et six mois de présence aux armées ;

Les officiers de réserve à titre définitif réunissant au minimum un an d'ancienneté de grade et six mois de présence aux armées.

Les sous-lieutenants de réserve à titre définitif sont recrutés parmi :

Les officiers de réserve à titre temporaire réunissant six mois d'ancienneté de grade et six mois de présence aux armées ;

Les aspirants remplissant les conditions ci-dessus ;

Les aspirants provenant des centres d'instruction d'aspirants et ayant six mois d'ancienneté de grade ;

Les sous-officiers de réserve réunissant douze mois d'ancienneté de grade et six mois de présence aux armées.

A titre transitoire, les jeunes gens nés avant le 1er janvier 1915, admis dans les pelotons d'élèves officiers de réserve et d'officiers élèves de réserve ouverts le 22 septembre 1939, continueront à bénéficier des dispositions du décret du 29 mai 1936.

Art. 4. — Dans l'armée active :

Le tiers des vacances dans les grades de lieutenant et de capitaine est attribué à l'ancienneté ;

La totalité des vacances dans les grades de chef de bataillon (ou d'escadron) et au-dessus est attribuée au choix.

Dans les réserves, les promotions sont attribuées exclusivement au choix.

Art. 5. — Dans l'armée active :

Les lieutenants-colonels ne peuvent être promus colonels au delà de cinquante-sept ans ;

Les colonels ne peuvent être promus généraux de brigade au delà de cinquante-huit ans ;

Les généraux de division ne peuvent recevoir rang et prérogatives de commandant de corps d'armée au delà de soixante ans.

Toutefois, les officiers en cause, pourront recevoir de l'avancement au titre des réserves après leur radiation des contrôles des cadres actifs.

Art. 6. — Les nominations et promotions à titre définitif de l'active et de la réserve font l'objet d'un travail d'avancement trimestriel.

Les conditions minima d'ancienneté à exiger pratiquement pour les divers grades sont définies périodiquement par le ministre, sur propositions du général commandant en chef les forces terrestres.

Les promotions ont lieu le 25 du dernier mois de chaque trimestre.

Les décrets de promotions mentionneront les noms des officiers remplacés dans les cadres, mais les insertions au *Journal officiel* paraîtront sans mentionner ces noms.

Art. 7. — Les officiers ne peuvent être promus à titre définitif qu'après avoir accompli le temps minimum de service exigé en temps de paix pour passer d'un grade à un autre, diminué de moitié.

Il ne peut être dérogé à cette règle que pour fait de guerre caractérisé, sanctionné par une citation à l'ordre de l'armée qui sera publiée en même temps que la promotion.

Art. 8. — Pour pouvoir être promu au grade supérieur il est exigé, dans l'active et dans la réserve, des capitaines, chefs de bataillon (ou d'escadron), et colonels, un temps de commandement effectif d'une durée minimum de six mois.

Ce temps peut, d'ailleurs, être accompli dans le grade détenu à titre temporaire et dans le commandement de l'unité supérieure au grade détenu à titre définitif, ou à titre temporaire.

Art. 9. — A titre transitoire, les officiers qui avaient accompli à la mobilisation douze mois de commandement sont considérés comme ayant satisfait à leurs obligations.

Art. 10. — Le présent décret sera soumis à la ratification des Chambres, conformément aux dispositions de la loi du 19 mars 1939.

(*J. O.*, 5 octobre 1939).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Un neveu de Napoléon Ier : **Le Prince Napoléon (1822-1891)** (1)

Il est des hommes dont la popularité déclinante a laissé dans le souvenir des gens de notre âge une réputation imméritée de personnages falots. Tel le prince Jérôme Napoléon, plus connu à la fin du siècle dernier sous le surnom assez ridicule de Plonplon qui lui fut donné dans son enfance. Cependant le prince qui entretint des relations intimes avec Sainte-Beuve, Renan, George Sand, Flaubert, Emile de Girardin, Ingres et bien d'autres, qui, jusqu'à la fin échangea des correspondances avec Sainte-Beuve, George Sand et Renan, ne pouvait être banal. Nous devons à M. le Docteur Flammarion, l'avantage de nous le faire connaître tel qu'il fut. Son ouvrage, écrit avec moins de simplicité, pourrait être considéré comme une apologie, il n'est cependant que la simple énumération des événements de sa vie active et tourmentée.

***

Fils de Jérôme, roi de Westphalie, frère de Napoléon Ier, et de Catherine, princesse de Wurtemberg, Napoléon-Joseph-Charles-Paul, connu sous le nom de Prince Jérôme Napoléon, naquit à Trieste le 9 septembre 1822. Il était le frère d'une femme qui a laissé un nom dans l'histoire des lettres, des sciences et des arts du second Empire, la Princesse Mathilde.

Pendant son enfance, il subit le sort de la famille Bonaparte ; réfugié tour à tour à Trieste, à Rome, à Florence, recueilli après la mort de sa mère à Arenenberg chez son cousin, le Prince Louis-Napoléon, le futur Napoléon III, qui se chargea quelques temps de son éducation, il échoua en Wurtemberg où régnait son grand-père maternel, entra à l'Ecole militaire et fut durant quelques années officier dans l'armée wurtembergeoise. Il vint à Paris en 1847 à 25 ans. Ressemblant à Napoléon Ier, mais de plus haute taille, vigoureux, sportif, beau garçon, très intelligent, brillant causeur, logicien, assimilant vite, il avait toutes les qualités requises pour séduire. La Révolution de 1848 lui ouvrit la carrière politique, il fut élu député de la Corse à la Constituante, de la Sarthe à la Législative. Ses relations avec Pierre Leroux et Lamennais, les opinions avancées qu'il affichait, le firent désigner par les noms de Prince rouge, Prince de la montagne.

Il fut colonel d'une Légion de la Garde nationale. Son cousin devenu Prince-Président l'envoya à Madrid comme ambassadeur. Il n'approuva pas le Coup d'Etat de 1852, mais, de ce fait, devint héritier du trône impérial et le fut, jusqu'à la naissance du Prince impérial en 1856. Il fut installé au Palais Royal, fut nommé sénateur. Comme toute la famille Bonaparte, il désapprouva le mariage de Napoléon III avec Eugénie de Montijo. Il présida avec talent, la Commission qui organisa l'Exposition de 1855, prit part à la guerre de Crimée comme général à 33 ans et se distingua par sa bravoure et ses connaissances militaires, revint avant la fin de la campagne, atteint de dysenterie.

La naissance du Prince Impérial l'éloigna du trône, il fit alors un voyage d'études dans les régions polaires. A son retour fut envoyé à Berlin en mission et fut en rapport avec Bismarck, fut élu à l'Académie des Beaux-Arts en 1857. L'année suivante l'attentat d'Orsini resserra ses relations cordiales avec l'Empereur. Ministre de l'Algérie et des Colonies, il représenta Napoléon III à l'exposition de Limoges, assista à l'entrevue de Plombières où il fit la connaissance de Cavour, fut en mission à Varsovie, obtint la neutralité du tsar durant la guerre d'Italie. Envoyé à Turin, Victor-Emmanuel lui fit épouser en 1859 sa fille, Caroline. Il commanda le Ve Corps pendant la guerre d'Italie. Il prit part à la mission de Vérone où fut décidée la cession de la Lombardie par l'Autriche au Piémont.

En 1860, il fit construire avenue Montaigne, une Maison pompéienne qu'il habita.

Cette maison originale fut vendue en 1866, transformée en Musée en 1870 et démolie en 1891. Son père le Roi Jérôme mourut en juillet 1860 au Château de Villagenis, près de Longjumeau. Le Prince Jérôme Napoléon acheta alors sur la rive suisse du Léman, le château de Prangins. Il soutint sans succès les projets de son beau-père Victor-Emmanuel, pour régler la question romaine, faisant de Rome la capitale de l'Italie et laissant la Cité Vaticane au Pape.

Napoléon III, mécontent, envoya une brigade d'infanterie à Rome pour soutenir Pie IX intransigeant.

Le Prince s'éloigna de la Cour et fit un voyage aux Etats-Unis où sévissait la guerre de Sécession et fut l'hôte du Président Lincoln. Revenu à Paris, il noua des relations dans le monde des lettres, des arts et des sciences ; Sainte-Beuve, Renan le mirent en relations avec Berthelot. De mœurs légères, mais pas scandaleuses selon l'expression de Cavour, il eut de nombreuses liaisons avec les dames de l'Aristocratie et partagea leurs faveurs avec Mesdames Arnould-Plessis, Judith, Rachel, Anna Deslions, Cora Pearl, etc... Il fut représenter le Gouvernement à l'Exposition de Londres. A cette époque naquit son fils aîné, le Prince Victor.

Elu grand'Maître de la franc-maçonnerie contre le Prince Murat, il démissionna pour éviter un conflit familial, soutint au Sénat l'insurrection polonaise

(1) Par le Docteur Flammarion (Tallandier, édit. 71, rue Dareau, Paris, XIVe).

de 1863, ce qui déplut à l'Empereur et fit un voyage, en Orient. Il s'attira l'hostilité de l'Impératrice refusa à un dîner en son honneur de porter un toast, soutint contre elle la question romaine, blâma l'expédition du Mexique. Une cabale s'éleva contre lui, on le qualifia du titre Jérôme Egalité, on lui reprocha ses idées anticléricales qui ne furent jamais antireligieuses.

L'Empereur avec lequel il était en froid, ne pouvait se passer longtemps de lui. Il présida le banquet de la Compagnie de Suez, vanta l'exécution du canal, mais d'une probité incontestable, il refusa de spéculer sur le succès de cette entreprise. Napoléon III le chargea de diriger la publication de la correspondance de Napoléon Ier. En juillet 1864, naquit son second fils, le Prince Louis. Nommé vice-président du Conseil privé, il collabora avec Victor Duruy à l'organisation de l'Instruction populaire. Lors de l'inauguration de la statue de Napoléon Ier à Ajaccio, il prononça un discours où il exposa ses vues sur la question romaine et la Pologne. L'Empereur dont il contrariait ainsi la politique, le désavoua publiquement. Le Prince donna sa démission du Conseil privé et de la Commission d'organisation de l'Exposition de 1867 et se retira à Prangins.

Sur ces entrefaites, la Prusse battit en 1866, l'Autriche à Sadowa. Le Prince Jérôme fut traiter à Ferrare la cession de la Vénétie à l'Italie. Prévoyant le danger prochain, il fit un discours sur la réorganisation de l'armée et le service obligatoire. Ce discours fut mal accueilli. Le 26 décembre 1866 naquit sa fille, la Princesse Lœtitia.

L'Empire transforma sa politique : d'autoritaire, il devint libéral. Les affaires romaines reprirent avec Garibaldi, une nouvelle actualité, ce dernier fut battu à Mentana et Jérôme se retira de nouveau à Prangins. En 1868, eut lieu le dîner du Vendredi-Saint auquel il prit part et qui fit scandale.

En avril 1869, il prononça au Sénat, un discours sur la Constitution libérale. Survint la candidature d'un Hohenzollern au trône d'Espagne ; croyant l'affaire réglée, il partit en juillet 1870 pour une croisière dans les régions polaires. Apprenant en Norvège la déclaration de guerre, il se hâta de revenir, accompagna l'Empereur et le prince Impérial à Metz. Survint la débâcle, il fut envoyé en mission à Florence pour obtenir l'aide de l'Italie, là il apprit Sedan, la captivité de Napoléon III, la chute de l'Empire. Proscrit par le Gouvernement du 4 septembre, fidèle à son cousin dans le malheur, il gagna Bruxelles, puis Prangins, fut élu par deux fois conseiller général de Corse, revint à Paris après la chute de Thiers en 1873.

Il fut alors rayé des cadres de l'armée. La mort de Napoléon III après l'opération de la pierre, l'appela en Angleterre où il assista aux funérailles. La mésentente avec l'Impératrice conseillée par Rouher, scinda le parti bonapartiste en bonapartisme blanc clérical et bonapartisme rouge jéromiste.

Elu député en Corse en mai 1876, il fut un des 363 qui contre Mac-Mahon sauvèrent la République. Il fut battu par Haussmann, candidat de l'Impératrice Eugénie en octobre.

Il vécut à Paris, où ses fils faisaient leurs études au Lycée Charlemagne et tous les dimanches déjeunait chez la Princesse Mathilde.

Il se rendit aux obsèques de Georges Sand. Son beau père, Victor-Emmanuel, mourut en 1878. Il vécut désormais séparé à l'amiable avec la princesse Caroline qui se retira avec sa fille Lætitia à Moncalieri, près de Turin et lui laissa ses fils.

En 1879, le Prince Impérial fut tué dans le Zoulouland, Jérôme Napoléon devint le chef de la famille Bonaparte. Il publia en 1883, un manifeste qui causa son incarcération à la Conciergerie. Les bonapartistes de droite lui opposèrent son fils Victor. En 1886, fut votée la loi sur l'expulsion des Princes, il se retira à Prangins ; son fils Louis entra dans l'armée italienne à Vérone, puis s'engagea dans l'armée russe. Sa fille Lætitia épousa le duc d'Aoste. Le boulangisme sur lequel il avait fondé quelques espérances, le déçut. Victime d'un naufrage en quittant Anvers en 1889, il se sauva à la nage.

En 1890, à Rome, il fut atteint de pneumonie et mourut le 17 mars.

Le Gouvernement français refusa de le laisser inhumer aux îles Sanguinaires voisines de la Corse, selon le désir qu'il avait exprimé. Le Roi Humbert fit transporter sa dépouille à la chapelle de la Superga, près de Turin où reposent les membres de la famille royale de Savoie.

Sa femme, la princesse Clotilde mourut en 1911 à Moncalieri en odeur de Sainteté. Son procès de béatification fut ouvert à la Cité du Vatican le 7 avril 1936.

***

Telle fut la vie du Prince Jérôme-Napoléon qui, s'il avait été souvent écouté par son impérial cousin eût peut être épargné à la France et à sa famille bien des épreuves.

J. NOIR.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

Art. 2. — Le président du Conseil ministre de la Défense nationale et de la Guerre, le ministre des Anciens combattants et pensionnés, le Garde des Sceaux, ministre de la Justice et le ministre des Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal Officiel* de la République française et soumis à la ratification des Chambres, conformément aux dispositions de la loi du 19 mars 1939.

(*J. O.*, 3 octobre 1939).

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Au cours de sa Réunion du 3 octobre 1939, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

13.896 Mme le Dr Bernheim, Poitiers (Vienne). Parrains : Docteurs Seta, de Poitiers et Borel d'Angoulême.

13.897 Mme le Dr Mettas, Rauzan (Gironde). Parrains : Docteurs Molinié et Rechou, de Bordeaux.

13.898 M. le Dr Page, Saint-Malo (Ille-et-Vilaine), Syndicat de Saint-Malo.

Ces admissions deviendront définitives, si elles n'ont fait l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours qui suivront la présente publication (article 5 des Statuts).

CORRESPONDANCES DE GUERRE

En créant cette rubrique nous pensons à la promesse faite ici dès le début des hostilités, que le Concours Médical *serait un centre de liaison entre tous les médecins français, les mobilisés de l'avant, les mobilisés de l'arrière et les non-mobilisés.*

Nous accueillerons donc sous ce titre les suggestions des uns et des autres, les demandes de renseignements d'intérêt général, tout ce qui peut être un sujet de préoccupation pour aujourd'hui ou pour demain.

Bien entendu seront éliminées les critiques acerbes, les récriminations à propos d'une situation personnelle, comme aussi tout ce qui pourrait nous attirer les foudres de la censure.

La place étant plus que jamais mesurée, nous ne publierons que l'essentiel et prions nos correspondants de condenser leur style.

Par ailleurs, nous avons le projet de publier dans chaque numéro les adresses militaires de nos abonnés, afin qu'ils puissent se retrouver entre eux dans leurs diverses affectations. Les confrères qui désireraient que leur adresse ne soit pas donnée actuellement sont priés de nous en aviser.

Prière à ceux que ce projet intéresse de nous envoyer leur nouvelle adresse.

Mon cher Confrère,

Dans votre numéro du 10 septembre vous offrez obligeamment votre concours aux médecins mobilisés ; je le suis et me permets de vous soumettre une idée.

Dans les corps de troupe, nous sommes fort bien

approvisionnés en médicaments d'urgence ; cependant certains médicaments dont nous avons coutume de nous servir dans le « civil ! » seraient fort bien accueillis : sirops, huiles éphédrinées, laxatifs, produits chimiothérapiques. Pourquoi les médecins de l'arrière ne nous adresseraient-ils pas directement ou par votre intermédiaire les échantillons médicaux qu'ils n'utilisent pas.

Excusez-moi, je vous prie, de la liberté que je prends et veuillez agréer l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Dr R. G.

×

Mon cher Confrère,

Vieil abonné au *Concours* et membre du « Sou » je vous demande de me faire parvenir le journal à l'adresse ci-après... Il faudrait qu'il reste un lien entre ceux qui ont quitté, peut-être pour longtemps, leur famille et leur situation, et ceux qui poursuivent à l'intérieur leur activité parce qu'ils ne sont plus en âge d'être mobilisés. Il faut que le journal fasse l'impossible pour défendre les intérêts professionnels et moraux des mobilisés envers la foule des irréguliers, des métèques dont la guerre va sans doute provoquer une invasion au grand jour.

Dr M. G.

×

Monsieur et cher Confrère,

Nul doute que durant cette guerre votre estimable journal ne continue à rendre d'utiles services aux médecins, aux malades et aux blessés. Peut-être pourriez-vous consacrer quelques colonnes aux sujets suivants si vous les jugez d'intérêt général :

1° Hygiène : désinfection des locaux, linge, vêtements ; fosses septiques, tinettes et leurs différents modèles ; données générales sur l'installation des hôpitaux temporaires avec le cubage d'air par malade, etc.

2° Le Service de santé n'admet pas les spécialités dont quelques unes sont devenues indispensables : sulfamides, ouabaïne, camphre soluble, acécoline, etc.

Un article autorisé dans le *Concours* faciliterait l'introduction dans le codex militaire de ces médicaments utiles.

3° Il paraîtrait que quelques médecins mobilisés soigneraient les civils par suite de la pénurie des médecins restés sur place — très juste — mais empocheraient simplement les honoraires, ce qui me paraît un peu indélicat. Ne pourriez-vous pas suggérer par la voix du journal ou celle des Syndicats qu'une fois couverts de leurs frais ces confrères pourraient verser les honoraires ainsi perçus au président du Syndicat ou à une caisse quelconque pour le soulagement des infortunes médicales, probablement nombreuses ?

Dr S.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE

L'Association Générale des Médecins de France vient d'adreser aux bureaux de ses Sociétés départementales la lettre suivante relative à la création d'une *Caisse d'Assistance médicale de guerre* :

La plupart des nôtres sont aux armées !

La guerre cause des ruines pour tous, va frapper durement dans leurs intérêts les médecins mobilisés.

Combien d'entr'eux, à leurretour, auront été atteints dans leur clientèle ; quel sera le sort de ceux dont les économies auront été épuisées et qui ne trouveront point dans leur famille l'aide matérielle dont ils auront besoin ? Comment ne pas venir au secours de ces infortunes et comment ne pas tendre une main amie à nos confrères appauvris ?

Comme pour la guerre 1914-1918, c'est le geste qu'a voulu faire encore l'Association Générale, en créant à nouveau une Caisse d'Assistance médicale de guerre pour les médecins victimes de la guerre et pour leur famille ; c'est le geste auquel nous vous convions, heureux si nous pouvions unir, dans un même élan de confraternité cordiale, tous les membres, sans exception, de notre chère famille médicale.

Pour remplir utilement notre but, il nous faut des sommes importantes. Nous les attendons des souscriptions individuelles et des souscriptions collectives. *D'ores et déjà, l'Association Générale s'est inscrite pour une somme de* 20.000 *francs.*

Nous venons donc vous demander, Monsieur le Président, de bien vouloir user de votre haute influence auprès des membres de votre Société ou, s'ils ne peuvent se réunir, auprès de votre Bureau, pour nous accorder un concours moral qui ne peut manquer de nous être précieux et un concours financier aussi grand que possible.

Le secrétaire général, Dr Paul Lutaud.

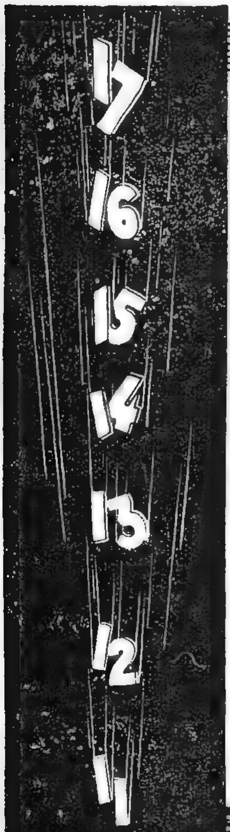
Prière d'adresser les souscriptions à l'Association Générale des médecins de France, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (VIIe). C. C. P. : Paris 186-07

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Pour les Médecins praticiens non mobilisés

Beaucoup de Parisiens, dont le médecin habituel est mobilisé, sans remplaçant, se trouvent embarrassés pour trouver un praticien en cas de maladie. Pour parer à cet inconvénient, la Société de Médecine de Paris a décidé d'établir une liste de tous les médecins demeurés dans la capitale, et, en conséquence, elle prie tous les confrères qui se trouvent dans ce cas de lui envoyer leur nom et leur adresse (carte de visite ou feuille d'ordonnance). La liste ainsi établie sera communiquée au Corps médical et au public.

Envoyer les réponses au Secrétariat général, 37 *bis*, boulevard Berthier, Paris.



Protection de la clientèle des médecins mobilisés

Nous recevons la lettre suivante, n° 6.823 :

Monsieur,

Serait-il possible au *Concours Médical* de me faire savoir ce que la Confédération compte faire pour sauvegarder les intérêts des médecins mobilisés, afin qu'ils aient des chances, après cette guerre qui leur aura déjà coûté cher, de retrouver leur situation à peu près intacte.

J'avais cru comprendre, en lisant dans vos colonnes, une note sur l'administration du Service de santé en temps de guerre, qu'aucun médecin, même dégagé d'obligations militaires, ne serait autorisé à exercer en dehors de son rayon habituel. Sans doute me suis-je trompé car, mobilisé depuis le 23 août, j'apprends que mon confrère local qui a réussi à se faire exempter pour raisons de santé, continue à exercer dans sa propre clientèle et dans la mienne, bien entendu ! Je ne suis certes pas le seul dans ce cas. Nous faudra-t-il donc, nous mobilisés à 70 francs par jour, nous battre à notre retour pour reprendre notre clientèle à des confrères qui se seront empli les poches pendant que nous servions le pays ? Ne serait-il pas logique au moins que les confrères qui auraient la chance de continuer à exercer versent une partie de leurs bénéfices en faveur des médecins mobilisés qu'ils frustrent doublement ?

Je ne crois pas qu'il faille songer à trouver des remplaçants, hommes ou femmes, qui pourraient sauvegarder la clientèle. Au cas où cela serait possible, veuillez me le faire savoir. Il y a là des questions d'importance vitale qui intéressent l'immense majorité des médecins de France et auxquelles, j'espère, la Confédération va s'attacher de toute urgence à apporter une solution équitable. S'il est impossible de compenser la perte matérielle subie du fait de la guerre, du moins qu'on nous donne la certitude, au retour, de retrouver intacte nos situations. Cela ne me paraît pas insoluble et je crois me faire le porte-parole de tous les confrères mobilisés qui m'exposent leurs doléances, en attirant votre attention sur leurs légitimes desiderata.

Dr C.

Réponse

Un médecin requis civil doit se conformer à certaines règles : il devra, en conséquence, quitter les lieux, lorsque sa réquisition n'aura plus d'objet, c'est-à-dire lorsque les praticiens mobilisés seront revenus des armées.

Mais il n'en est plus de même pour les confrères qui exercent selon le droit commun, c'est-à-dire n'ont pas été l'objet d'une réquisition. Ils tiennent de leur diplôme et du droit commun la possibilité d'exercer leur art, en France, comme

bon leur semble, sous leur simple responsabilité civile et déontologique. Un praticien qui voit sa clientèle s'étendre, parce qu'il demeure seul dans la localité, remplit certes son escarcelle ; mais également, il rend des services à la population civile, qui n'a plus qu'un seul praticien à sa disposition.

La guerre terminée, il sera de la plus élémentaire confraternité de voir ce praticien resté seul au pays, recommander aux clients de son confrère de revenir à ce dernier. Si des questions d'animosité locales empêchent ce sacrifice d'amour-propre, ou si l'appât du lucre, du gain, exagère le sentiment d'égoïsme, aveugle un profiteur de la guerre, croyez bien que le confrère revenu des armées bénéficiera à son tour du mécontentement que tout praticien sans exception crée autour de lui. Il n'y a guère que les louis d'or qui plaisent à tout le monde. Le démobilisé reverra dans son cabinet beaucoup de ses anciens clients et aussi beaucoup d'autres qui, non guéris par leur médecin traitant, espéreront dans la science du nouvel arrivé.

Enfin les Syndicats médicaux locaux pourront mettre bon ordre à cet état de choses ; les Conseils de famille sont faits moins pour juger et condamner que pour concilier, puis ramener la paix et la concorde professionnelle.

Au surplus, le Sou Médical qui continue à fonctionner, se mettra à la disposiion de ceux de ses adhérents, qui se trouveraient lésés par des pratiques anti-déontologiques. Notre contentieux du Sou étudiera chaque cas particulier et verra de quelle manière justice pourrait être rendue à celui qui a fait son devoir de soldat.

L'idée de constituer une caisse spéciale en faveur des médecins mobilisés ou de provoquer des versements aux Caisses d'entr'aide médicale déjà existantes, est bonne en soi et mériterait de retenir l'attention des altruistes de notre profession. Il convient cependant de ne pas trop se faire d'illusions, car les donateurs volontaires auront parfois à lutter contre le sentiment d'égoïsme personnel ; certains penseront peut-être plus à faire des bénéfices de guerre qu'à songer aux misères médicales, imméritées, provenant du fait des hostilités. Néanmoins, c'est une tentative à essayer.

Quoi qu'il en soit, sachez que le *Concours* et le Sou continuent leur œuvre de conseillers et de défenseurs du Corps médical. Ecrivez-nous vos suggestions, vos désillusions, vos craintes ; confiez-nous vos litiges et, comme du temps de paix, nos juristes sauront vous conseiller et vous défendre.

Dr Paul BOUDIN.

CORRESPONDANCE

DIVERS

6.557. — Délivrance de certificats aux mobilisés

J'ai été sollicité depuis le 2 septembre, jour de la mobilisation, par cinq personnes pour la délivrance de certificats dans le but, pour les demandeurs, d'aider à leur réforme.

Jusqu'ici je les ai refusés. Mais deux d'entre eux se sont fâchés avec moi. L'un d'eux avait été soigné pour rhumatismes il y a dix ans.

J'ai écrit au général commandant la région afin d'avoir du commandement une note nous facilitant notre tâche dans cette délivrance de certificats à tour de bras. Le général a gardé de Conrart le silence prudent.

Que dois-je faire ? Faut-il les délivrer pour ne pas devenir la bête noire du pays ? Ne risque-t-on pas des ennuis pour certificats de complaisance ?

Il paraîtrait que certains confrères les délivrent, mais je n'ai là qu'un bruit sans preuve.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me donner une règle de conduite.

Dr X.

Réponse

En réponse à votre lettre nous avons l'honneur de vous rappeler que, d'une manière générale, un médecin n'est jamais obligé de délivrer un certificat.

Vous pouvez donc, en droit, refuser les certifications qui vous sont demandées. Mais, si vous craignez de mécontenter vos clients, et décidez de leur donner satisfaction, nous vous conseillons la plus extrême prudence dans la rédaction de vos certificats.

Vous avez pu entendre à la T. S. F. et lire dans les journaux une communication de la « Confédération des Syndicats médicaux français » condamnant la délivrance de certificats de complaisance par des médecins. Nul doute que, dans les circonstances actuelles, des peines sévères seraient infligées aux auteurs de semblables certificats.

Nous ne sommes pas surpris que le général commandant la région ne vous ait pas répondu. Il n'aurait pu vous interdire de certifier des faits exacts. Il n'avait pas à vous en donner la permission et ne pouvait, sans avoir l'air de vous suspecter et de suspecter en même temps vos confrères, vous recommander de ne pas délivrer de certificats de complaisance.

6.256. — Bénéficiaires des allocations familiales

J'ai lu dans un journal régional un article sur le «Code de la famille » qui m'a surpris beaucoup.

L'auteur paraît prétendre que les allocations familiales ne seront accordées qu'aux « salariés ».

La chose est-elle exacte ?

Si oui, les médecins seront encore une fois les dindons de la farce, mais avec eux tous les membres des professions libérales qui n'ont pas encore fondé de caisses d'allocations familiales.

Si non, quelle sera à peu près le montant des allocations pour moi, qui ai onze enfants, dont neuf n'ont pas encore 17 ans.

Dr C.

Réponse

Les dispositions du Code de la famille édicté par un décret-loi du 29 juillet dernier ne sont nullement limitées aux salariés, c'est au contraire une des originalités de ces dispositions que l'extension des allocations familiales à tous « les professionnels », qu'il s'agisse de salariés, de patrons, de travailleurs indépendants, de professions industrielles, commerciales, libérales ou agricoles (art. 10 du décret).

Des précisions manquent encore sur les modalités d'application de cette extension et il appartiendra à des décrets ultérieurs de nous fixer à cet égard.

Mais il résulte d'ores et déjà de l'art. 34 du décret-loi que les travailleurs indépendants devront s'affilier aux organismes de compensation agréés par le ministre du Travail, constitués en vue de répartir les charges résultant des allocations familiales. Les organismes peuvent être soit des Caisses spéciales, soit des sections organisées au sein d'une Caisse de compensation ayant un fonctionnement financier et comptable distinct.

Quant aux taux des allocations familiales, le maximum en est fixé par l'art. 13 du décret :

« Ne pourra être inférieur à 10 % du salaire moyen mensuel dans le département considéré d'un salarié adulte pour le premier enfant à charge, à 20 % pour le 2e et chacun des suivants, le taux du salaire moyen mensuel étant fixé à un chiffre différent suivant qu'il s'agit d'une localité comptant plus ou moins de 2.000 habitants agglomérés ».

6.654. — La garantie du « Sou Médical » continue pour les adhérents qui paieront leurs cotisations.

Membre du Sou et abonné du *Concours*, je crois être couvert contre la responsabilité professionnelle pour la somme de 1.000.000 francs.

D'autre part, je suis couvert pour 100.000 francs de plus par la Compagnie d'assurances X., la garantie de tête étant donnée par le Sou.

Je suis mobilisé ici et puis faire encore un peu de clientèle civile. La Compagnie X. m'avise par lettre recommandée, qu'étant mobilisé, cotisation et garantie sont suspendues.

Je désirerais savoir : Si je puis me considérer comme garanti par le Sou pour la responsabilité concernant les quelques rares actes de clientèle civile qui me sont encore possibles ?

Dr B.

Réponse

En votre double qualité de membre de notre Ligue, et d'abonné au *Concours Médical*, vous êtes en effet couvert contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme totale de 1.000.000 de francs, dont 150.000 francs en premier rang par notre Ligue et 850.000 francs à titre complémentaire par le *Concours Médical.*

Cette garantie continuera à jouer à votre profit au cours de la guerre si vous continuez à payer régulièrement vos cotisations.

Le fait que la Compagnie X. ait suspendu sa garantie reste sans influence sur vos rapports avec notre Ligue, puisque notre garantie était garantie de tête.

ACCIDENTS

6.226. — Contestation de responsabilité d'accident du travail

Le 10 août, j'examine un malade qui a été pris subitement dans la matinée d'une rupture de varice interne à la face postérieure de la jambe au niveau du creux poplité.

Ce malade porteur de varices depuis longtemps, par ailleurs excellent ouvrier, était venu à l'usine le matin par ses propres moyens, avait continué à travailler après son coup de fouet, et avait dû être reconduit chez lui par la camionnette de l'usine quand il avait constaté qu'il ne pouvait plus marcher. Or je reçois ce matin de la Compagnie d'assurances la lettre suivante :

«Nous avons reçu le certificat que vous avez établi le 10 courant concernant l'ouvrier X de l'usine Y.

Les circonstances de ce soi-disant accident n'étant nullement établies, nous avons le regret de vous informer qu'il ne nous sera pas possible de le prendre en charge.

Vous voudrez donc bien réclamer directement vos honoraires auprès de l'intéressé ».

Or il me semble bien que cet ouvrier qui travaille au four dans une fabrique d'émaux soit la victime d'un accident du travail.

Que faut-il faire ? Dr T.

Réponse

Pour que votre client soit fondé à invoquer à l'égard de son chef d'entreprise les dispositions protectrices de la loi sur les accidents du travail, il est nécessaire qu'il puisse établir que l'accident (c'est-à-dire l'atteinte violente et soudaine d'une cause extérieure portant atteinte à son intégrité physique) est effectivement survenu au lieu et au temps du travail.

Or, il semble résulter des faits que vous nous exposez que la rupture de varice survenue lors d'un effort ne s'est produite qu'en dehors du lieu du travail ou tout au moins durant le trajet entre le domicile et l'exploitation.

S'il en est effectivement ainsi la Compagnie d'Assurances paraît légitimement fondée à refuser la prise en charge de cet accident. Vous ne pourriez donc, en cette hypothèse, considérer ce client que comme un malade de droit commun et s'il est en règle à l'égard des Assurances sociales le soigner à ce titre, et non au titre de la loi du 9 avril 1898.

6.279. — Honoraires pour soins donnés à l'hôpital aux accidentés du travail

Je viens vous demander d'avoir l'amabilité de bien vouloir me faire connaître si je puis demander des honoraires aux patrons des accidentés du travail ou à l'assurance, personne substituée, pour les blessés hospitalisés à l'hôpital auxiliaire de ma résidence et que je soigne au titre de médecin de l'hôpital auxiliaire pendant leur hospitalisation.

Comme cela peut avoir un intérêt, je vous indique le prix de journée : douze francs.

Question subsidiaire : l'infirmier de l'hôpital qu panse ces blessés et m'assiste dans les petites interventions pratiquées sur eux a-t-ille droit de recevoit des honoraires pour le travail qu'il exécute seul er pour le travail qu'il fait comme aide du médecin ? Si oui, peut-il réclamer directement ces honoraires ou dois-je les porter à part sur ma propre note ? A noter que cet infirmier qui porte le titre de : « Adjoint technique de la santé publique», a un emploi d'Etat qui équivaut à un diplôme officiel pour l'Algérie. Détail : cet infirmier peut être envoyé à la place du médecin pour vérifier la matérialité d'une épidémie, pour donner les soins aux élèves des écoles de trachomateux à l'école même, c'est-à-dire en dehors de l'hôpital auxiliaire.

Dr S.

Réponse

La loi du 1er juillet 1938, modifiant le régime des accidents du travail, a prévu expressément dans son article 4, paragraphe 9, qu'en cas d'hospitalisation de l'accidenté dans un établissement public, l'employeur est tenu au prix de

journée applicable aux malades payants dans les salles communes et des honoraires médicaux et chirurgicaux dûs au médecin et au chirurgien, conformément au tarif de responsabilité patronale établi par arrêté ministériel.

Il suit de là que vous avez incontestablement droit à des honoraires spéciaux en cas de soins à l'hôpital public à des victimes d'accients du travail. La seule question qui se pose et qui n'est point encore formellement résolue est de savoir s'il vous appartient de réclamer directement ces honoraires aux Compagnies d'assurance ou chefs d'entreprises responsables, ou si cette mission n'incombe pas plutôt à la Commission administrative de l'établissement, conformément à la jurisprudence du Conseil d'Etat (arrêt Dufour du 21 février 1936), aux termes de laquelle les médecins attachés aux établissements publics hospitaliers ne peuvent recevoir directement des honoraires des malades payants quel que soit le titre auquel ils sont admis.

Le plus simple pour éviter toute contestation serait sans doute que vous passiez par le canal de la Commission administrative.

Quant au montant de ces honoraires, il est fixé par le nouveau tarif des accidents du travail établi par l'arrêté ministériel du 5 mai 1939. Les honoraires de l'acte opératoire ou d'intervention sont les mêmes que ceux prévus pour les soins à domicile ou au cabinet, sous un certain nombre de réserves détaillées à l'article 30 de cet arrêté.

Toute journée d'hospitalisation donne lieu d'autre part à un honoraire forfaitaire journalier de 6 francs au profit du médecin de l'hôpital dans les services duquel se trouve le blessé. Toutefois, la journée d'hospitalisation qui donne lieu à un honoraire à l'acte médical ne comporte pas d'honoraires forfaitaires journaliers pour le même praticien.

Une des innovations de la loi du 1er juillet 1938 et de l'arrêté ministériel du 5 mai 1939 est d'avoir formellement prévu le versement d'honoraires aux auxiliaires médicaux, à condition que ces derniers soient diplomés d'Etat et que les soins donnés par eux l'aient été d'après les prescriptions du médecin et sous son contrôle. Le tarif de ces honoraires est prévu par l'article 32 de l'arrêté ministériel.

La question se pose de savoir si ces honoraires concernent uniquement les soins à domicile ou au cabinet du médecin ou si, au contraire, ils doivent être versés également en cas d'hospitalisation. La raison d'en douter est que l'article 4, § 9 n'a prévu expressément que les honoraires dûs au médecin et chirurgien. Il y a donc lieu de penser que les soins donnés par les infirmiers diplômés d'Etat dans les hôpitaux publics sont compris dans la journée forfaitaire d'hospitalisation à la charge du chef d'entreprise.

Soixante et unième année — N° 44 — 29 Octobre 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie Scientifique

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

Correspondances de guerre

Malgré l'intention que nous avions manifestée et qui avait rencontré de chaudes approbations, nous ne publierons pas les adresses militaires de nos abonnés : la Censure nous l'interdit formellement.

Le Ciel nous est témoin que, par ce répertoire d'actualité, nous n'avions pas pensé faire courir un risque à la Défense nationale, ni révéler des secrets stratégiques.

Nous nous excusons donc auprès de nos abonnés mobilisés ; le répertoire reste ouvert à tous les autres, sauf nouvel anathème de la Censure.

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg .	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro..........	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.

PROPOS DU JOUR

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LE RACISME ALLEMAND

La question du racisme allemand paraît périmée, elle a fait place à l'espace vital qui ne doit pas reposer sur des bases plus solides. Quant au racisme que la presse nazie a voulu établir sur le terrain scientifique, pour toute personne, tant soit peu instruite, les arguments invoqués ne supportent pas l'examen le plus superficiel.

La préhistoire nous apprend que primitivement l'Allemagne fut habitée par les hominiens de la race de Néanderthal, dont les restes furent découverts au voisinage de Dusseldorf. Dans le Wurtemberg, bien auparavant, dès 1700, on avait découvert des ossements analogues et parlé de la race de Cannstadt. On retrouverait actuellement en Allemagne quelques types qui conserveraient des caractères néanderthaliens. Les ethnologues font remarquer que l'Allemagne n'a pas de frontières naturelles à l'ouest et surtout à l'Est et que les migrations des peuplades nomai des pouvaient s'effectuer facilement. C'est ains que Virchow prétend que les populations germaniques anciennes ont été refoulées vers l'ouest et le sud par des peuplades slaves venant de l'est qui imprégnèrent sans doute fortement les autochtones.

Poussées vers l'ouest, vers 216 avant Jésus-Christ, les peuplades germaniques pénétrèrent en Gaule et Marius repoussa et détruisit dans la vallée du Rhône les hordes des Cimbres et des Teutons. Un siècle plus tard, César dut faire campagne contre les Germains et les refoula au-delà du Rhin en 58 avant J. C.

Pendant les premiers siècles de notre ère, l'histoire de l'Empire romain relate des campagnes continues pour s'opposer à l'invasion des Gaules par les Germains continuellement poussés par les barbares venus de l'Est.

A partir du IVe siècle, des vagues successives de peuplades de races diverses, venues d'Asie, de l'Oural, des bords de la mer Caspienne, de la Russie du nord, déferlèrent en Germanie. Ce furent les Goths, les Slaves, les Vandales, les Burgondes, les Avars, de races fines, les Gésipes, les Lombards. La plupart de ces tribus barbares fuyaient en Germanie devant l'invasion des Huns, encore plus sauvages, d'origine Mongole.

Ces envahisseurs ne traversèrent pas la Germanie sans laisser de traces. Au VIIe siècle les Slaves occupaient les contrées qui s'étendent de la Vistule à l'Oder. Si au VIIIe siècle les Saxons de race germanique peuplaient le pays entre l'Ems et l'Elbe, les Slaves étaient fixés à l'Est et les Avars au sud. Au siècle suivant les Wendes, les Sorabes, les Obodrites qui n'avaient rien de Germain, occupaient la région qui s'étend de l'Elbe à la Saale.

Du Xe au XIIIe siècle entre l'Elbe, l'Oder et le Niemen vivait un peuple slave, les Prussiens, fixé en Poméranie et en Prusse orientale à l'est de l'Elbe. Ces Slaves prussiens étaient payens. Or il s'était fondé en 1198 à Saint-Jean-d'Acre en Terre Sainte, l'Ordre des Chevaliers teutoniques, formé de croisés d'origine allemande. André, roi de Hongrie, les appela pour défendre ses Etats envahis par les Mongols Conmans. Les chevaliers teutoniques entreprirent d'asservir et de convertir les Prussiens ; il étendirent leur domination sur les rives de la Baltique, massacrèrent ceux qui leur résistèrent. Comme les Templiers, sous le couvert de la religion, ils exploitèrent commercialement et tyrannisèrent les populations, si bien que Jagellon grand-duc de Lithuanie, devenu roi de Pologne par son mariage avec Edwige, les attaqua et les défit complètement à la bataille de Tannenberg (15 juillet 1410). A dater de ce jour la Prusse orientale devint polonaise et la suzeraineté de la Pologne s'étendit à la plupart des pays et des villes dominés par les Teutoniques.

Ce rapide exposé montre que l'Allemagne est très éloignée d'être peuplée d'une race pure d'origine germanique, que sa population contient des éléments importants de Slaves et de finnois à l'est, de Gaulois à l'ouest, de Scandinaves au nord, etc., etc.

Les purs Aryens dont les nazistes font si grand cas, n'existent pas en Allemagne, pas plus qu'ailleurs. Ils sont définis des dolichocéphales blonds à peau blanche, aux yeux bleus. Or les Frisons qui, d'après Virchow, conserveraient le plus les caractères de la race germanique sont mésaticéphales et les Allemand du sud (Tyrol, Autriche, Bavière) sont surtout brachycéphales. D'après les statistiques, faites il y a 50 ans dans les écoles allemandes, il n'y aurait qu'un tiers des enfants ayant les yeux bleus et qui sont

blonds ; on ne compterait que 35 pour 100 d'enfants présentant le type allemand en Prusse et seulement 20 pour 100 en Bavière. Constatation curieuse, la moitié des Juifs allemands auraient la peau blanche et seraient blonds ou châtains.

En outre on constate que le long des grands fleuves dont les vallées servirent de routes aux migrations les populations ont la peau plus foncée.

L'existence des purs Aryens en Allemagne est donc une légende. Comme tous les peuplesd'Europe la nation allemande est formée d'un mélange très complexe de races d'origines très différentes et qui a subi une culture spéciale au cours des siècles. Cette culture en France, influencée par une civilisation très avancée, la civilisation gréco-latine, et par l'unité de l'Etat qui se manifesta de bonne heure, du reste comme en Angleterre, a fait perdre aux barbares leurs caractères distinctifs et a amené leur rapide assimilation. Ils ont de très bonne heure adopté la langue et les mœurs gallo-romaines. En Allemagne l'assimilation a été plus difficile, étant donné le flux et le reflux des apports slaves ou autres venant de l'est et la persistance de nombreux petits états dans le pays. Seuls ont persisté, entretenus par la caste des hobereaux, les appétits dont Tacite les dotait dans le discours qu'il fait prononcer par le général romain Cerialis aux Gaulois après avoir vaincu les Bataves :

« Les Germains ont toujours une même raison qui les pousse vers notre territoire : l'inquiétude, l'avidité, la passion du changement, passion naturelle quand au lieu de leurs marais et de leurs déserts, ils espèrent posséder un sol d'une fertilité extrême et devenir vos maîtres. » Et Cerialis conclut : « Supposez que les Romains soient chassés de leurs conquêtes : qu'en peut-il résulter sinon une mêlée générale de tous les peuples de la terre. »

Après bien des siècles ces paroles de Tacite sont exactes. Bien que brachycéphale brun, ce qui ne dénote pas un pur Aryen, Hitler est resté un Germain dont l'avidité, l'inquiétude, la passion du changement ont déclanché la mêlée générale des peuples à laquelle nous assistons aujourd'hui.

J. NOIR.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS IMPORTANT

Les petites annonces sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux ne permettant leur insertion que quatre jours après leur réception. Lesdites petites annonces ne devront comporter aucun nom de ville, ni aucune abréviation, mais devront contenir nom et adresse de l'annonceur. Le texte d'une annonce présentée au Journal doit être visé par le commissaire de police ou le maire de la ville. Le Journal se réserve, par ailleurs, le droit de supprimer toutes les annonces qui lui paraîtraient douteuses.

Nº 350. — Le Docteur Renard fait connaître que la maison de chirurgie, 24, avenue Junot, fonctionne normalement et est ouverte à tous les chirurgiens et spécialistes. (Tél. Mon. 51-02.)

Nº 351. — Médecin non mobilisable est demandé par Société industrielle région Est, en remplacement docteur aux armées. Logement confortable, fixe intéressant et clientèle. Répondre au maire de Moutiers (Meurthe-et-Moselle).

Nº 352. — Côte d'Azur . Plage réputée. Confrère mobilisé cherche remplaçant connaissant uro-gynéco-dermato. Villa tout confort avec garage et jardin. Belle installation professionnelle indépendante. Eventuellement louerait à non médecin. Médecin-capitaine Claudel, hôpital Montolivet, Marseille.

Nº 353. — Indre-et-Loire. Famille médecin prendrait pension fillette 10 à 14 ans, maison de campagne tout confort. Soins maternels. Docteur J. Cazaux, Savigné-sur-Lathan (Indre-et-Loire).

Nº 354. — Médecin mobilisé demande remplaçant durant hostilités. S'adresser Besseyrias, Chatel-Censoir (Yonne).

Nº 355. — Serais reconnaissant à confrère, indiquant urgence pour fillette 13 ans, école orientation professionnelle, avec internat religieux ou non. Docteur Roudeau, Annet-sur-Marne (Seine-et-Marne).

Nº 356. — Saône-et-Loire. Médecin mobilisé recherche confrère non mobilisable pour remplacement pendant les hostilités. M. Martin Piedbourg, Chambley, par Berchères-les-Pierres (Eure-et-Loire).

Nº 357. — Médecin non mobilisable recherche pendant les hostilités, de préférence région parisienne, occupation para-médicale ou service fixe auprès de collectivité, administration ou usine ; ou remplacement confrère mobilisé. Gardette, 29, rue de Sèvres, Paris.

Nº 358. — Morbihan. Médecin mobilisé louerait maison à confrère voulant exercer, pendant la durée des hostilités, médecine générale et accouchements. Docteur Etienne Delord, place du Marché, Baud (Morbihan).

Nº 359. — Région ouest. Médecin mobilisé demande confrère non mobilisable pour le remplacer pendant la durée des hostilités. Urgent. Docteur Besnard, Périers (Manche).

Nº 360. — Allier. Médecin mobilisé demande remplaçant. Intégralité des recettes. Fournirait chambre, locaux professionnels, garage, téléphone, service de la bonne et si nécessaire auto, contre indemnité mensuelle. Mme Roguet, à Treignat (Allier).

Nº 361. — Sud-Ouest. Pour la durée de la guerre céderais à confrère, réfugié de préférence, bel appartement meublé ou non et cabinet médical. Docteur G. Poey-Noguez, 9, rue de Révol, Oloron-Sainte-Marie (Basses-Pyrénées).

Renseignements

Changements d'Adresses

Nous prions nos abonnés mobilisés ou requis de vouloir bien nous adresser d'urgence s'il y a lieu leur nouvelle adresse afin que le *Concours Médical* leur parvienne régulièrement.

Ne pas omettre, détail important, l'adresse à laquelle l'abonnement leur était servi.

Si possible, joindre deux timbres pour le changement de bandes.

DERNIÈRES NOUVELLES

— Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine.— Le Professeur Maurice Loeper commencera son cours de clinique le jeudi 9 novembre 1939, à 11 heures, à l'amphithéâtre de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine (amphithéâtre Hayem), et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

— Ligue nationale française contre le péril vénérien. — *Cours de service social antivénérien* pour les infirmières et les assistantes sociales, 20e session. — Ce cours aura lieu du 13 au 18 novembre 1939, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe), et à la Clinique Baudelocque. Droit d'inscription : 10 francs.

Le nombre des admissions étant limité, prière de se faire inscrire avant le 1er novembre 1939.

— Ligue internationale contre le rhumatisme. — Le Bureau de cette Ligue (Keizersgracht, 489, Amsterdam) communique :

L'état de guerre empêche la Ligue internationale de poursuivre son travail. Le bureau sera fermé et, en même temps, seront relevés de leurs droits et devoirs les membres du Conseil de la Ligue internationale, délégués, délégués adjoints, auteurs et membres.

— **Société d'hématologie.** — La Société d'hématologie tiendra sa prochaine séance le lundi 6 novembre, à 9 h. 30, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Christophe.

Les membres présents à Paris sont priés de vouloir bien y assister.

En l'absence du secrétaire, le Docteur Paul Chevalier, envoyer toutes communications au Docteur P.-Emile Weil, 2 *bis*, avenue du Président-Wilson.

— **La Société de biologie** a repris ses séances le 21 octobre, à 17 heures.

— **Association amicale des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris.** — *L'Assemblée générale annuelle* de l'Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris se tiendra le samedi 4 novembre prochain, à l'amphithéâtre Trousseau, de l'Hôtel-Dieu, à 16 h. 30. Le banquet annuel de l'internat n'aura pas lieu en raison des circonstances.

— **Hôpital de Dieppe.** — Deux postes d'interne en médecine seront incessamment vacants à l'hôpital de Dieppe. Les candidatures d'étudiantes en médecine, de nationalité française, pourvues de 16 inscriptions au moins, sont acceptées.

— **Naissance.** — Le Docteur et Madame Joseph Caillault, de Vichy, ont le plaisir d'annoncer la naissance de leur fille *Annie*.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Paul Petit-Dutaillis, médecin principal honoraire de la Marine, officier de la Légion d'honneur, Croix de guerre, décédé à Saint-Germain-en-Laye, à l'âge de 82 ans ; du Docteur Auguste Pettit, de l'Institut Pasteur, connu pour ses travaux sur la spirochétose ictéro-hémorragique et par la découverte de son sérum anti-poliomyélitique ; du Docteur Harvey Cushing, le grand neurochirurgien américain, décédé à Newhaven (U. S. A.) à l'âge de 77 ans. Il était membre associé de l'Académie de médecine de Paris.

— Nous apprenons la mort de M. Jean Soalhat, tombé au champ d'honneur, à l'âge de 19 ans, le 9 septembre, alors qu'il patrouillait sous bois en territoire ennemi, atteint par l'explosion d'une mine allemande. Il était le fils du Docteur Soalhat, de Paris, médecin commandant, médecin-chef de l'hôpital complémentaire de Broons (Côtes-du-Nord) à qui nous exprimons notre vive et profonde sympathie.

Voir la suite page XXVII-2511

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

GARROTS ET CHOCS COLLOÏDAUX MORTELS

Par Auguste LUMIÈRE

Membre correspondant de l'Académie des Sciences et de l'Académie de Médecine

Nous recevons du savant éminent la lettre et l'article suivants et nous le remercions bien sincèrement d'avoir réservé ce dernier pour le Concours Médical.

J. N.

Mon cher Docteur,

Au moment où je venais d'écrire la note ci-incluse, je lis dans *Le Concours Médical* une information relative au même sujet ayant pour titre : Insuffisance cardiaque aiguë succédant à la levée d'un garrot ou d'un appareil plâtré (nº 2 du 24-9-1939, p. 2336).

Les phénomènes de choc colloïdal que l'on observe dans ces cas sont explicables facilement par ma théorie colloïdale qui fournit en même temps les moyens d'empêcher des troubles pouvant être suraigus et même occasionner la mort.

J'ose espérer que ma note pourra intéresser vos lecteurs étant donné que l'éventualité de la pose des garrots doit se présenter assez fréquemment au cours de la guerre.

Croyez bien, Mon cher Docteur, à mes sentiments les plus cordialement dévoués.

A. LUMIÈRE.

***

Dans les grands délabrements tissulaires consécutifs aux blessures de guerre, les écrasements de membres, ou les plaies comportant des lésions vasculaires et surtout artérielles de quelque importance, il est indispensable d'arrêter aussitôt les hémorragies causées par ces traumatismes, en attendant l'intervention chirurgicale au cours de laquelle la ligature des vaisseaux sera effectuée.

La compression locale est souvent impuissante à réaliser l'hémostase provisoire et l'application d'une bande d'Esmarch, ou d'un garrot, s'impose alors formellement.

Si le temps qui s'écoule entre la mise en place de ces dispositifs et l'opération qui devra être pratiquée à l'ambulance est de plusieurs heures, l'ablation de l'appareil compresseur peut entraîner un choc colloïdal plus ou moins violent et parfois mortel, comme en témoignent les observations suivantes :

1º Pendant la guerre de 1914-1918, un capitaine d'artillerie eut le membre inférieur droit écrasé par des rondins et des matériaux provenant de l'abri qu'il occupait et dont le toit venait de s'effondrer à la suite de la chute d'un obus de gros calibre. Pendant plusieurs heures et aussi longtemps que le membre se trouve comprimé par ces matériaux, cet officier souffre très peu, il conserve toute sa lucidité et donne des ordres pour sa libération ; il n'éprouve pendant tout ce temps aucun trouble circulatoire ou respiratoire, mais aussitôt que son dégagement est réalisé, les symptômes de choc aigu surviennent et le malheureux officier succombe en quelques minutes.

2º Courty et Pique, de Lille, ont cité le cas d'un cheminot dont la jambe avait été écrasée par un wagon et chez lequel un garrot peu serré avait été appliqué tout d'abord. Ce blessé ayant été dirigé sur l'hôpital dans un état assez grave qui contre-indique une intervention immédiate, l'interne de service se contente de resserrer le garrot et de chercher à remonter l'état général du blessé. Cet état s'améliore considérablement pendant la nuit si bien que le lendemain matin le chirurgien décide d'opérer l'accidenté. Dès que le garrot est enlevé, les symptômes de choc suraigu surgissent subitement et la mort arrive en un quart d'heure.

3º Mam... Jean, 48 ans, étant à la chasse en Sologne, dépose son fusil contre une haie, sans prendre la précaution de mettre l'arme au cran de sûreté. Une branche basse du buisson agissant sur la gachette fait partir le coup et l'imprudent chasseur reçoit la charge de plomb nº 5 presque à bout portant dans la région du coude gauche.

A son appel accourent ses compagnons de chasse, parmi lesquels se trouvait un beau-

frère de la victime, médecin, qui, devant la gravité du délabrement et l'hémorragie abondante se contente d'appliquer en hâte un garrot improvisé en utilisant la bretelle d'un fusil. Par suite des circonstances, l'accident étant survenu le dimanche, à la fin de l'après-midi, le blessé n'arriva que vers 21 heures à la clinique d'un chirurgien, ami de la victime, qui, absent et prévenu par téléphone, ne peut se disposer à intervenir qu'après minuit, huit heures après l'accident.

Le blessé, en excellent état général, souffre fort peu et n'éprouve aucun trouble jusqu'au moment où le garrot est desserré.

Presque au même instant, le blessé pâlit tout à coup, ses téguments se couvrent de sueur, son pouls n'est bientôt plus perceptible et deux minutes environ après le début des symptômes lipothymiques la mort survient, malgré tous les moyens employés par un chirurgien pour combattre le choc fatal.

***

La pathologie de ces chocs est fort simple si l'on veut s'en référer à l'explication que nous en avons donnée (1).

Quand on mélange par broyage, en présence de sérum physiologique, les différents éléments colloïdaux composant les tissus multiples d'une portion quelconque de l'organisme, et que l'on filtre rapidement le produit de cette opération, on obtient un filtrat, tout d'abord parfaitement limpide, mais qui ne tarde pas à se troubler, par l'interaction des colloïdes incompatibles du sang, des muscles et des différentes substances tissulaires humorales.

Si le filtrat est injecté dans la circulation d'un animal de même espèce, il se produit un choc analogue au choc anaphylactoïde, ayant les mêmes caractères que celui observé à la suite de l'ablation des garrots.

Ce sont donc les floculats, les particules insolubles formées par le mélange des colloïdes dans le broiement des tissus qui, pénétrant brusquement dans la circulation au moment où les appareils de compression sont enlevés, déclanchent les phénomènes pathologiques, au même titre que tout autre précipité inerte et avec les mêmes manifestations symptomatiques.

Grâce à la découverte de ce mécanisme commun des chocs, nous pourrons efficacement agir pour les empêcher de se produire.

Dans le cas des garrots, qui doit spécialement nous occuper, le moyen qui paraît le plus simple, pour éviter tout accident, consisterait à desserrer le lien avec de grandes précautions et une extrême lenteur.

En effet, pour qu'un précipité injecté dans les vaisseaux provoque un choc, il faut que son introduction dans le torrent circulatoire soit brusque et relativement massive.

La même suspension de particules insolubles, administrée à la même dose, par voie intraveineuse, en quelques secondes ou en un quart d'heure, pourra produire un choc mortel dans le premier cas, et être complètement inoffensive dans le second.

La conduite à tenir dans l'ablation des garrots découle de ces considérations : la striction ne devra être supprimée que très lentement ; en principe, il faudrait effectuer l'ablation du lien en un quart d'heure ou une demi-heure, mais dans cette manœuvre de desserrement progressif, on ne peut répondre qu'à un moment donné les voies de pénétration dans le sang des floculats, auparavant comprimées, ne soient pas susceptibles de s'ouvrir brusquement pour donner passage à une quantité de précipités importante et suffisante pour engendrer des accidents ; on peut se demander alors s'il ne serait pas préférable d'opérer par fractionnement de la quantité totale des flocules capables de pénétrer dans le sang, c'est-à-dire de relâcher complètement le garrot pendant une seconde, puis de le resserrer de nouveau pour recommencer ensuite la même manœuvre à quelques minutes d'intervalle et la répéter ensuite à plusieurs reprises.

Quelle que soit la technique à laquelle on aurait recours, la possibilité de la pénétration subite d'une quantité trop importante de précipités, par libération imprévisible des obstacles à l'écoulement, à un moment donné, laisse subsister des craintes quant à l'éventualité d'un choc, malgré les mesures que nous venons d'indiquer. Mais nous avons heureusement à notre disposition un autre moyen d'éviter les accidents ou d'en atténuer tout au moins les effets : c'est l'injection intraveineuse d'une solution d'hyposulfite de magnésium à 10 %.

A l'instant même où le garrot sera enlevé, il conviendra d'injecter cette solution dans une veine, à la dose de 10 ou 20 c. c. ; ce traitement préventif pourra être appliqué de nouveau dans le cas où des troubles atténués viendraient encore à survenir malgré une première injection.

Nous avons montré que l'hyposulfite de magnésium jouit de la triple propriété de dissoudre certains floculats protéiques, de changer leur forme en les rendant inoffensifs au moment de leur production, et d'atténuer la sensibilité des terminaisons nerveuses endo-vasculaires du sympathique, dont l'excitation est le point de départ du dérèglement de l'équilibre fonctionnel organique et des chocs.

(1) Auguste LUMIÈRE. Colloïdes et micelloïdes, p. 455. Maloine, éditeur, Paris, 1939.

LE TRAITEMENT DES PLAIES CRANIO-CÉRÉBRALES PAR PROJECTILES

Rapports de M. Clovis Vincent *et de* M. T. de Martel *à l'Académie de chirurgie* (20-10-1939)

Les affections que le neuro-chirurgien soigne en temps de paix sont, pour une grande partie, différentes de celles qu'il est appelé à soigner en temps de guerre. La neuro-chirurgie « civile », si l'on peut employer ce mot, s'adresse à des états pathologiques pour la plupart non traumatiques de l'encéphale, à des tumeurs du cerveau en particulier. Elle est très nettement spécialisée et comporte des techniques complexes que seuls des opérateurs exercés peuvent mettre en pratique. En chirurgie cranio-cérébrale de guerre, il n'en est pas tout à fait de même. Les lésions à traiter sont d'ordre traumatique, ce sont des plaies qui intéressent le crâne, les méninges, les sinus, le cerveau et rentrent mieux dans la pratique chirurgicale générale. Sans doute, les neuro-chirurgiens sont-ils plus que d'autres désignés pour cette chirurgie, mais, dit M. Clovis Vincent, « s'il est besoin d'un neuro-chirurgien pour trouver et opérer une tumeur du cerveau, pour couper des faisceaux difficiles à atteindre ; pour reconnaître une lésion cérébrale, un chirurgien attentif, qui veut bien suivre certaines règles, peut rendre autant de services qu'un neuro-chirurgien ».

A cet effet, il doit disposer d'abord d'un outillage adapté et aussi de médicaments appropriés. Comme outillage, il faut : un support de tête, un trépan (celui de de Martel, si l'on peut), des moyens d'hémostase (clips, appareil à électrocoagulation, cire pour obstruer les orifices osseux, écarteur éclairant, aspirateur), des écarteurs spéciaux, une soie imputrescible pour suturer les plans profonds de la peau (soie imprégnée de mixture ferrugineuse, connue sous le nom de soie noire).

Comme médicaments : pour l'anesthésie, de la novocaïne, de l'éther, de la scopolamine-morphine ; pour lutter contre l'état de shock, de la strychnine, des extraits surrénaux ; pour traiter l'œdème cérébral, du sulfate de magnésie à 15 p. 100 ; pour éviter les crises d'épilepsie, du gardénal injectable, du chloral, du bromure de sodium à 10 p. 100 dont il peut être injecté dans les veines 5 grammes par jour ; des agents chimiothérapiques, des sulfamides agissant sur le streptocoque, le staphylocoque, le pneumocoque.

Comment se comporter en présence d'un blessé atteint d'une plaie cranio-cérébrale par projectile ? M. Clovis Vincent envisage successivement : ce qu'il ne faut pas faire ; la conduite générale ; la technique opératoire au cas de plaie cutanée, osseuse, de la dure-mère, de plaie cérébrale, de plaie des sinus.

Ce qu'il ne faut pas faire. — Ne pas opérer trop tard. Quand il n'existe pas d'hémorragie abondante, on opère dans d'excellentes conditions pendant vingt-quatre heures, dans de bonnes conditions encore pendant quarante-huit heures, dans des conditions assez satisfaisantes pendant soixante-douze heures.

Ne pas faire d'incision cutanée cruciale, dont les coins reprennent mal et qui donne une suppuration assez longue.

Ne pas morceler l'os à la pince-gouge à partir de la blessure, ce qui crée une perte de substance non réparable.

Ne pas négliger de suspendre la dure-mère, ce qui évite le décollement de celle-ci par le sang épanché et empêche la compression cérébrale.

Ne pas faire une hémostase du cerveau imparfaite.

Ne pas tamponner le cerveau.

Ne pas négliger de suturer la galéa. La galéa est la membrane fibreuse indépendante du périoste qui double la peau du crâne ; c'est la seule partie inextensible de la peau.

Mieux vaut ne pas opérer un blessé cérébral immédiatement que de faire une intervention non convenable. Ce qui est manqué du premier coup est manqué pour toujours.

Conduite générale. — Le sujet atteint de blessure cranio-cérébrale doit être manié avec précaution. Le déshabiller, le nettoyer. S'il n'a que peu de temps à vivre (coma complet avec respiration très rapide, profonde, mousse aux lèvres) le laisser tranquille, à moins que la blessure paraisse simple et que l'on soupçonne un hématome.

Même dans le coma, si la respiration est normale, si la déglutition est possible, il faut le traiter. Explorer la plaie, faire des radiographies. Si la plaie n'est pas pénétrante, la nettoyer, la régulariser, suturer et mettre le blessé en observation. Si la plaie est pénétrante, opérer (en position couchée). Désinfection de la peau par lavage à l'éther et application pendant cinq minutes d'une compresse imbibée d'alcool légèrement iodé. Anesthésie générale (éther à faible dose après scopolamine-morphine) ou locale.

Technique opératoire. — Plaie cutanée : épluchage, régularisation, suture.

Plaie osseuse : tailler un volet, ablation des esquilles, etc.

Traiter la dure-mère : hémostase, suspension de la dure-mère, etc.

Traiter la plaie cérébrale : exérèse des parties

◆◆

contuses aux ciseaux, hémostase du cerveau aux clips, à l'électro-coagulation, à l'aspirateur.

Epluchage des parties profondes : ablation aux ciseaux, hémostase aux clips, à l'électro, à l'eau oxygénée à 1/3. Enlever le projectile par l'orifice d'entrée si possible ; sinon, tailler un autre volet.

Pour terminer, vérifier l'hémostase (dans ce but remplir la cavité de sérum chaud et illuminer cette masse de liquide avec l'écarteur éclairant : si l'hémostase était imparfaite, on verrait alors une traînée rouge dans le sérum clair) ; suturer la dure-mère, la galéa, la peau. Ne pas drainer ou drainer pendant vingt-quatre heures, point important si l'on veut avoir une réunion par première intention. Pansement ordinaire. Si le malade n'est pas agité, le laisser se mettre dans le lit comme il veut. S'il est agité, attacher la tête et les membres, donner du gardénal, de la scopolamine.

Enlever les fils superficiels au bout de quatre jours.

M. Clovis Vincent décrit enfin la technique de l'hémostase des sinus (sinus latéral, sinus caverneux, pressoir d'Hiérophile)

***

M. de Martel, dans son rapport, note d'abord certaines différences essentielles entre les traumatismes cranio-cérébraux ordinaires par accident, dont l'accident d'automobile est le type, et ceux par balle ou éclat d'obus, plus particuliers à la chirurgie de guerre. Dans le premier cas, c'est la tête qui frappe l'obstacle et dans le second c'est la balle qui frappe la tête. Dans l'accident d'automobile, le crâne projeté à une vitesse de 70 kilomètres à l'heure et plus, entre en contact par une large surface avec l'obstacle qu'il rencontre, un arbre par exemple. Si le crâne ne résiste pas, il en résulte une rupture osseuse, avec relativement peu de commotion, et des délabrements auxquels le chirurgien peut quelquefois porter remède. Si le crâne résiste, toute la force de projection s'épuise à l'intérieur de ce crâne, entraînant des foyers de contusion multiples, des micro-traumatismes innombrables, lésions qui échappent entièrement à la thérapeutique chirurgicale ou médicale. Le sujet est violemment commotionné, dans le coma assez généralement.

Lorsqu'il s'agit, au contraire, d'une balle qui frappe un crâne à une vitesse de 400 à 500 mètres à la seconde, la balle entre en contact avec l'os par une surface étroite qui cède facilement. Elle pénètre plus ou moins profondément en créant des lésions anatomiques justiciables de la chirurgie. Ces blessés par balle ou éclat d'obus peuvent certes présenter un certain degré de commotion cérébrale, mais celle-ci n'est pas dominante habituellement. Quand le projectile n'atteint pas un point essentiel de l'encéphale, le malade peut guérir.

Comme exemples de la modération des commotions cérébrales qui ordinairement suivent les blessures du crâne par balles, M. de Martel rappelle l'histoire de trois suicidés qu'il a eu l'occasion de traiter. Tous trois s'étaient tiré une balle de revolver dans la tête et malgré cela étaient restés debout, n'ayant pas perdu connaissance. Deux d'entre eux avaient si bien conservé leur connaissance qu'ils s'étaient achevés d'une deuxième balle, l'un dans la tête, l'autre au cœur. Le troisième avait tout simplement renoncé à poursuivre son suicide !

Donc, en général, les plaies cranio-cérébrales par armes à feu, par éclat d'obus, ne sont pas commotionnantes comme le sont les traumatismes cranio-cérébraux des accidents du temps de paix.

Ce qui fait la gravité des plaies du cerveau par armes à feu, c'est la fréquence de l'infection, qui apparaît plus ou moins tardivement sous forme d'encéphalite, d'abcès du cerveau, etc. C'est contre elle qu'il faut lutter. M. de Martel préconise le transport aussi rapide que possible de ces blessés dans les formations chirurgicales organisées pour la neuro-chirurgie et dirigées par des neuro-chirurgiens de carrière. Les acquisitions récentes de la neuro-chirurgie donnent ici, remarque-t-il, des avantages considérables, pour l'ablation des projectiles, pour le nettoyage des trajets cérébraux (par exérèse des tranches lésées du tissu cérébral au lieu du curetage d'autrefois) et pour l'hémostase. A l'heure actuelle, huit ou neuf neuro-chirurgiens de carrière peuvent déjà, aux armées, ou à l'intérieur, diriger des centres de neuro-chirurgie (1). Leur nombre augmentera facilement.

La conduite chirurgicale ainsi définie ne vaut, il est vrai, que pour une guerre de tranchées. Dans une guerre de mouvement, dans une bataille en rase campagne, le blessé du cerveau ne peut être opéré dans des conditions convenables que rarement. La gravité de ces blessures devient alors infiniment plus grande.

P. Lacroix.

(1) Ce sont MM. Clovis Vincent et de Martel ; Marcel Arnaud, de Marseille ; Wertheimer, de Lyon ; Jean Guillaume, Puech, David, Thurel, de Paris ; sans doute aussi Ferey, de Saint-Malo.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Deux cas de tumeurs angiomateuses insérées sur le bulbe, opérées et guéries

MM. M. David et H. Askenasy rappellent tout d'abord l'observation d'une malade de Clovis Vincent, qui présentait une histoire typique de tumeur de la ligne médiane (troubles de l'équilibre, vertiges, crises postérieures, décharges électriques dans les membres, hoquet). Il fut trouvé à l'intervention une tumeur sous-vermienne très vasculaire, adhérente à la moelle, au niveau du calamus, le long du corps restiforme. La tumeur fut enlevée en totalité, et l'opérée présenta après l'intervention une hémiparésie droite sans troubles sensitifs mais avec gros troubles vaso-moteurs : acrocyanose survenant par crises. L'hémiparésie régressa en quelques semaines ; la guérison fut totale au bout de deux mois. Elle persiste depuis près de six ans. Histologiquement, il s'agissait d'un hémangioblastome typique.

Puis vient l'histoire de leurs deux malades. Dans leur première observation, la tumeur adhérait à toute la surface du plancher du IVe ventricule. Malgré l'extrême voisinage des centres bulbaires, l'ablation ne fut suivie d'aucun trouble fonctionnel. Dans la deuxième, l'insertion siégeait au-dessous du bec du calamus. L'extirpation de la néoformation entraîna un syndrome ataxique par troubles de la sensibilité profonde, sans abolition des réflexes tendineux. Ce syndrome véritablement expérimental disparut en quelques mois.

Ainsi donc, l'insertion tumorale était différente à chacun des cas ; les trois opérés demeurent complètement guéris depuis plusieurs années.

De telles observations font apparaître les progrès de la technique neuro-chirurgicale. Elles montrent qu'il est désormais possible de s'attaquer avec succès à une région du névraxe, qui jusqu'alors paraissait inviolable. Elles prouvent également qu'on peut, à la faveur des lésions transitoires, consécutives à l'ablation de la tumeur, vérifier et étendre nos connaissances sur la physiopathologie du système nerveux. (*Le Bulletin Médical*, 17 juin 1939.)

Traitement des syndactylies par les greffes de peau totale libre

Tous les procédés employés jusqu'à ce jour dans le traitement des syndactylies sont relativement compliqués et présentent un grave écueil : la possibilité de sphacèle par manque d'ampleur des lambeaux. De ce fait, on est souvent obligé à des interventions itératives, l'aspect final est fréquemment inesthétique. Dans certains cas même le résultat fonctionnel est médiocre, par rétraction cicatricielle de la commissure. MM. Boppe et Faugeron ont pensé logique d'appliquer au traitement des syndactylies le procédé des greffes de peau totale libre. L'intervention est d'une grande simplicité, n'exigeant qu'un peu de patience de la part de l'opérateur. Les suites sont banales et le résultat final est pratiquement parfait en un temps très court.

Suit l'exposé de la technique. La séparation des deux doigts est réalisée par une incision franche de la palmure dépassant un peu, vers le métacarpe, le siège normal de la commissure. L'hémostase des deux tranches de section sera très soigneuse et très complète par des ligatures au catgut 000 et compression. Ceci fait, on découpe dans une feuille de cellophane stérile, le calque exact de la surface à greffer. Ce patron va permettre de prélever une greffe, dont les dimensions correspondront exactement à la surface cruentée à recouvrir. Ceci est capital car, si le greffon est trop grand, il se plissera et sa prise sera inégale ; s'il est trop petit, les sutures tireront, et une désunion sur les bords sera à craindre. Le lambeau de peau totale libre sera pris de préférence sur la paroi abdominale.

Par ce procédé, on n'a pas à craindre le manque d'étoffe, auquel il est souvent difficile de parer. Du point de vue pronostic les avantages sont énormes car, d'une part, l'ampleur suffisante de la greffe évite les désunions ainsi que le sphacèle secondaire et, d'autre part, le maintien en contact exact de la greffe sur son lit cruenté, par un moulage au stent, assure une prise rapide de la greffe et abrège ainsi considérablement les soins post-opératoires. (*Paris-Médical*, 17 juin 1939.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de chirurgie

Séance du 18 octobre 1939

La séance du 18 octobre de l'Académie de chirurgie, a eu une solennité toute particulière. Y assistaient, en effet, un groupe de chirurgiens belges éminents.

La présence, dans la salle des séances, des chirurgiens belges a soulevé, parmi les Académiciens, un vibrant enthousiasme. Elle rappelait la fraternelle collaboration de 1914-1918. Les chirurgiens belges se proposent d'ailleurs d'organiser et d'offrir à l'armée française une ambulance chirurgicale dont ils assureront eux-mêmes le fonctionnement. Au milieu d'une émotion intense, au nom des chirurgiens et des blessés français, le Président de l'Académie a remercié vivement nos amis belges de leur offre généreuse qui sera hautement appréciée dans notre pays, aux heures graves des temps présents.

***

La communication d'un médecin espagnol — dont nous regrettons de n'avoir pu entendre le nom — sur *la transfusion sanguine pendant la guerre d'Espagne,* a présenté un grand intérêt puisqu'elle donne d'utiles indications sur une thérapeutique de première importance en chirurgie de guerre. L'auteur passe successivement en revue les méthodes employées, la technique, l'organisation du service, dans les diverses armées espagnoles : transfusion directe de donneur à receveur, transfusion de sang citraté stocké (il n'a jamais été fait usage, pendant la guerre d'Espagne, de sang de cadavre), conservation de ce sang à la glacière électrique, transports rapides par petits camions-glacières, etc.

Notons qu'en Espagne, les femmes se sont montrées donneuses de sang enthousiastes et dévouées, en plus grand nombre même que les hommes. Pour la conservation à la glacière électrique, ne pas oublier que, en temps de guerre, dans les grandes villes, le courant électrique peut subir des variations et même des arrêts complets et que, de ce fait, le sang conservé en glacière électrique est susceptible d'offrir des différences dans la congélation, préjudiciables à sa bonne conservation.

On peut se demander quelles sont les catégories de blessés qui ont eu plus particulièrement besoin du secours de la transfusion. En Espagne, les blessures qui ont le plus souvent nécessité la transfusion ont été par ordre de décroissance : les blessures par bombardements aériens, celles par armes automatiques (mitrailleuses), celles par artillerie. Ainsi, à Barcelone, les 28 février, 1er et 2 mars, il y eut par bombardements aériens 800 morts et 2.500 blessés ; 10 pour 100 de ceux-ci furent transfusés, alors que chez les blessés par artillerie, on ne pratiqua que deux ou trois transfusions sur 100.

— M. Mocquot lit ensuite un travail sur *la désinfection chimique de certaines plaies.* Le Professeur Mocquot cite des observations où la désinfection chimique (pansement au permanganate de potasse) a donné de bons résultats dans des plaies fraîches, peu profondes, même irrégulières, lorsque l'application a été assez précoce.

M. de Fourmestraux, à cette désinfection chimique externe, exo-cellulaire, préfère une désinfection endo-cellulaire, par voie sanguine, par injection intra-artérielle de mercuro-chrome.

— M. de Martel signale *un procédé d'hémostase* qui lui est familier en chirurgie cranio-cérébrale : l'application sur la partie saignante, avec un appareil spécial, d'un courant gazeux de CO^2 qui, par son action et *sa pression,* forme une sorte de « compresse transparente » hémostatique.

— M. Mondor rapporte une observation de *bactériémie* post-abortum *à perfringens,* avec ictère hémolytique, guérie par curetage. Les plaies utérines post-abortum présentent, au point de vue des infections consécutives, de larges analogies avec les plaies de guerre et ce cas est ainsi instructif non seulement pour les gynécologues, mais aussi pour les chirurgiens aux armées.

P. Lacroix.

Académie de médecine

Quelques aspects de la circulation rétinienne

(M. P. Bailliart ; 25-7-1939)

L'ophtalmoscope a le privilège de pouvoir examiner deux circulations, l'une cutanée, conjonctivale, l'autre cérébrale, rétinienne. L'auteur montre l'intérêt de cet examen en clinique générale, la circulation dans le réseau rétinien fournissant d'intéressants renseignements sur l'état vasculaire cérébral.

— M. Laubry remarque que par l'examen de la circulation rétinienne on peut avoir sous les yeux l'image, pour ainsi dire, de l'artériosclérose cérébrale et des menaces qu'elle fait courir.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

LETTRE AU PREMIER BLESSÉ DE LA GUERRE

Donc, depuis le 3 septembre dernier, à 5 heures de relevée fort exactement, nous sommes autorisés en bonne et due forme à envoyer par dessus la frontière du Nord-Est toutes sortes d'engins meurtriers.

Nous n'y manquerons pas et, bien entendu, nous les ferons aussi meurtriers que possible, car nous sommes tous d'accord avec M. Chamberlain qu' « il faut en finir ».

Bien entendu aussi les Allemands nous rendront la pareille. Ils ont même déjà commencé et tu es là, toi, pour l'attester. Pour un temps indéterminé on va voir deux peuples et même trois se vouer mutuellement à l'extermination. Chacun d'eux ayant largement contribué au progrès scientifique aura à cœur de perfectionner ses méthodes guerrières et de prouver que la civilisation, réputée pour rendre l'homme meilleur et plus heureux, a de dangereux changements d'objectif. Le libre-échange des grands siècles, va tourner pour nous à l'échange libre et généreux de ferrailles très variées, d'explosifs très brisants, de gaz toxiques sans doute, peut-être d'autres manigances encore.

Te voici déjà payé, toi, pour savoir ce que savaient déjà tes anciens et qui semble hélas ! devoir rester éternellement vrai : lorsque des hommes s'assemblent par milliers et milliers de part et d'autre d'une ligne appelée frontière ce n'est pas pour en dénoncer l'artifice, mais pour faire valoir des griefs qui peuvent du reste n'avoir rien de commun avec cette frontière. Le même différend qui, entre voisins de palier, se bornerait à une dispute mène deux peuples tout droit à la guerre ; car la bonne foi et le bon droit peuvent encore élever le ton entre individus, mais entre peuples ce ne sont plus que futilités qui prêtent à rire. Il faut donc rire de la naïveté polonaise et, ayant ri, lui faire rendre justice. C'est bien pour cela, n'est-ce pas, que tu étais monté là-haut ?

Si je t'écris aujourd'hui, c'est que te voici, soldat, devenu manière de vedette. Mais oui ! Tu comprends bien que sitôt que la guerre bat son plein et fait rage, un blessé... c'est un blessé; il est noyé dans le nombre et perd toute individualité. La multiplicité des circonstances fait plus incertains encore, et plus banaux, les destins livrés au hasard des batailles ; un combattant peut tout aussi bien réchapper par mégarde que succomber par distraction. Impossible de distinguer parmi tous ces dés secoués dans le cornet stratégique. Chaque soir on fait le compte des effectifs et une soustraction ; le résultat donne ce qu'a coûté la journée.

Mais toi, tu as eu un destin choisi ! L'intérêt et l'attendrissement de tous ont convergé sur toi ; le premier ! de poste de secours en ambulance et d'ambulance en hôpital tu étais l'attendu ; tu as été accueili, choyé. Songe un peu : huit jours plus tard, c'était, pour toi comme pour tant d'autres, la cohue des brancardages, des évacuations vers l'arrière. Au lieu de cela, toi, tu as eu tout le Service de santé de l'armée française à ta disposition : l'espace d'un moment, tu as été son seul et unique client. T'es-tu, au moins, un peu gonflé d'importance ?

Mais je plaisante sans en avoir beaucoup le goût. Si je t'écris, bien plus que pour ce grand premier rôle que tu as joué à ton corps défendant, c'est parce que tu es un symbole, et qu'en m'adressant à toi, premier blessé de la guerre, deuxième *Inconnu,* c'est à tous ceux qui tombent, à tous ceux qui tomberont que je pense. La vanne est ouverte par où va couler beaucoup de sang, et du meilleur, de chez nous. Et s'il est interdit pour le moment de frémir parce qu'il nous faut être forts et résolus, du moins est-ce l'heure ou jamais de vous dire, à vous tous, qui payez en belle monnaie palpitante le salut du pays, de vous dire notre affection.

Te voilà donc étendu sur un lit d'hôpital. Est-ce grave ? tu n'en sais trop rien, peut-être. Aie confiance, petit : à ton âge on a la vie dure et on se tire de plus d'un mauvais pas. Et comment cela t'est-il arrivé ? Il y a gros à parier que tu serais bien curieux de l'apprendre ; que tu n'as rien vu, rien entendu, peut-être même, sur le moment rien senti. Ce qu'il y a de certain c'est que tu courais, l'instant d'avant, parmi tes camarades et que soudain tu t'es effondré comme si tu avais buté contre une grosse pierre. Et du sang coulait par un trou de ta capote. Voilà : c'est comme cela qu'elle opère la guerre moderne.

Au temps du corps à corps chacun des combattants affrontait un adversaire ; c'était entre eux deux question de force et il dépendait du vainqueur d'achever ou d'épargner le vaincu. Dans la rage factice qui anime les tueries l'homme gardait du moins un reste de libre arbitre qui dirigeait ses coups ; il frappait en connaissance de cause et pouvait encore se laisser toucher par la vaillance ou la jeunesse ou la faiblesse de son ennemi. Des traits chevaleresques émaillent les combats d'autrefois et les sauvent de sombrer

dans l'horreur sanguinaire de l'abattoir. Le bras homicide trouvait son excuse dans la poitrine offerte ; on jouait à se massacrer, mais on jouait franc jeu.

Les armes scientifiques ont mis bon ordre à cela : personne ne vise plus avec les mitrailleuses et les canons. Peu importe qui sera la victime : on distribue de la mort et de la douleur dans un rythme accéléré et à l'aveuglette. Les artilleurs ne voient souvent pas leurs coups tomber ; quant aux aviateurs bombardiers ils s'en prennent à un point marqué sur leurs cartes. Les uns et les autres ont inventé ce terme atroce : tir de destruction. Nous en sommes là : on détruit les hommes en bloc, comme une vermine.

Note que tous ces manieurs d'armes perfectionnées s'intitulent des techniciens et qu'ils le sont en effet. Regarde-les : leur seule pensée est de faire fonctionner correctement les mécaniques qu'ils ont en mains, et tu as peine à croire que ces êtres appliqués se consacrent à des besognes meurtrières. C'est pourtant l'un de ceux-là qui t'a atteint. Aujourd'hui on voit l'homme tuer son semblable avec méthode, sans haine personnelle, sans scrupule et sans joie, comme s'il fournissait une tâche quotidienne ; on voit les peuples s'égorger à un rythme d'usine. Cela revient peut-être au même qu'autrefois. Mais cependant, parmi les conquérants fameux, aucun n'avait parlé du « matériel humain ». C'est notre époque qui a inventé ce terme ; et il n'y a vraiment pas de quoi en être fiers !

Cette guerre a débuté du reste par un trait qui la peint à merveille : un des premiers tués, le premier même, m'a-t-on dit, était un médecin. Un obus de 105, parti très correctement des lignes allemandes (si nous tirons, il faut bien admettre qu'ils tirent aussi !) avait à coup sûr pour objectif ou quelque ligne d'infanterie ou quelque batterie. Mais sur dix kilomètres de trajectoire le hasard a le temps d'intervenir et de se jouer des calculs. Et l'obus, percutant sur la voiture sanitaire, a fauché d'un éclat en pleine poitrine le malheureux médecin. C'est cela la guerre, tu vois : inepte, dénuée de sens et de conscience, elle va, entre des centaines d'hommes pareillement exposés à ses coups, frapper celui qui ne voulait de mal à personne, qui s'avançait pour porter secours au premier blessé rencontré, fût-ce un prisonnier. L'artilleur allemand qui a commis cet exploit n'en a très probablement rien su ; il peut à bon droit en décliner la responsabilité. Ils seront des milliers comme cela, tant chez eux que chez nous, au cours de cette guerre, à être d'inconscients assassins. S'il y a une justice divine, à qui s'en prendra-t-elle pour tous ces forfaits ?

Ainsi chacun des individus qui participent à une guerre « scientifique » peut-être, au fond, un très brave homme et avoir la conscience pure. Il est courbé sous une fatalité qui dispose de son bras et décide pour lui. Tu n'as rien à reprocher à aucun soldat allemand en particulier et ta rancune, ne sachant où se prendre, fulmine sans doute contre l'Allemagne, contre Hitler. En 1914, tes pareils accusaient Guillaume II qui, vingt-cinq ans plus tard, coule des jours paisibles dans son château hollandais. Epargne-toi de telles imprécations : Hitler ne t'entend pas et, quoi qu'il arrive, sois certain qu'il se tirera de l'aventure comme ses devanciers. Ce sera bien beau si, vaincu, il n'y gagne pas une auréole de Titan foudroyé !

Soigne-toi donc, petit, sans remuer tant de choses en ton esprit ; ou plutôt laisse-toi soigner. Car si, sur le champ de bataille, tu es le jouet anonyme et sans défense du destin, ici, à l'hôpital où te voici parvenu, tu vas retrouver ton nom, ta valeur et ta dignité d'homme. Ici un blessé représente une vie prise en charge ; ici des techniciens, mais heureusement imbus d'autres techniques que ceux de là-bas, vont mettre leur cœur et leur conscience à refaire ce que les autres ont défait. Laisse les travailler et espère.

Tu es peut-être de ces joyeux lurons qui en temps de paix brocardaient volontiers la médecine et pointaient sans pitié ses échecs. Elle en connaît, je te l'accorde, et elle en connaîtra encore, car les forces naturelles ne se laissent pas aisément dominer. Mais en des temps comme celui-ci elle a droit, petit, à ton respect. Car tandis que toutes les sciences humaines concourent au massacre et se dégradent à l'envi en reniant leur rôle de messagères divines, la médecine seule se dresse de toute sa taille et proclame à la face des ilotes barbouillés de sang : « Battez-vous comme des brutes, soyez l'opprobre de votre race. J'attendrai que, ayant souffert, vous soyez redevenus des hommes ».

Souviens-t'en, mon petit, chaque fois que tu verras flotter le fanion à croix-rouge. C'est une protestation muette et un muet rappel à la conscience humaine en danger de sombrer.

G. LAVALÉE.

Erratum. — Nos lecteurs auront sans doute rétabli d'eux-mêmes l'erreur typographique qui s'est glissée dans l'article du Docteur R. Massart, « *L'organisation de la Santé publique en temps de guerre* ».

L'article doit commencer par :

Les multiples problèmes....., 2e *colonne*, 6e *ligne*, tout le début de l'article vient à la suite de

.....*la plus stricte limite des nécessités*, 3e *colonne*, 9e *ligne*.

Ainsi le sens de l'article qui pouvait paraître fort décousu sera rétabli.

DOCUMENTATION DU TEMPS DE GUERRE

Instruction pour l'application du décret du 22 septembre 1939 relatif aux engagements des français en temps de guerre dans les troupes métropolitaines de l'armée de terre

A la demande de nos lecteurs et en raison des nombreuses questions qui nous ont été posées sur ce sujet, nous publions ci-après l'Instruction concernant les conditions actuelles des engagements dans l'armée.

Article 1er. — Pendant la durée des hostilités, les engagements prévus par l'article 1er du décret du 22 septembre 1939 peuvent être souscrits par tout Français se trouvant dans l'une des situations suivantes :

a) Appartenant à une classe dégagée de toutes obligations militaires (1) ou à une classe non encore astreinte au service militaire et *non encore recensée* ;

b) Exempté ou réformé définitivement nº 1 ou nº 2 (2) ;

c) Dégagé d'obligations militaires par application de l'article 58 de la loi du 31 mars 1928, *et remplissant, en outre, les conditions suivantes* :

a) Agé de plus de dix-sept ans et de moins de cinquante-cinq ans, s'il n'est pas détenteur d'un grade d'officier ;

b) N'ayant pas dépassé de plus de cinq ans la limite d'âge de son grade dans les réserves telle qu'elle est définie par l'art. 12 de la loi du 8 janvier 1925, s'il est détenteur d'un grade d'officier (3) ;

c) Ne se trouvant pas dans un des cas d'exclusion de l'armée prévus par l'article 4 de la loi du 31 mars 1928 ;

d) Réunir les conditions d'aptitude physique prévues par l'Instruction du 7 décembre 1938, pour les jeunes gens appartenant à une classe non encore astreinte au service militaire ou celles de l'Instruction du 6 avril 1932 (*B. O.*, p. 936) pour les exemptés, réformés ou dégagés de toutes obligations militaires ;

e) Ne pas appartenir à l'une des deux dernières classes libérées d'obligations militaires (art. 11 de la loi du 11 juillet 1938) (4) ;

f) Ne pas appartenir, à un titre quelconque, aux Administrations de l'Etat, des départements et des communes ou aux services publics (concédés ou non) ;

g) Ne pas être soumis aux obligations résultant de l'article 14 de la loi du 11 juillet 1938 (titulaire d'une pension de retraite et ayant appartenu à un titre quelconque aux Administrations de l'Etat, des départements, des communes ou aux services publics concédés ou non, mis à la retraite depuis moins de cinq ans).

Article 2. — *a*) Les officiers de l'armée active retraités ou mis en réforme, les officiers honoraires, les sous-officiers de carrière retraités ou mis en réforme, ayant conservé en vertu de leur statut la propriété de leur grade, ne peuvent souscrire un engagement qu'avec ce grade ;

b) Les anciens militaires non visés au paragraphe *a*) ci-dessus dégagés d'obligations militaires, peuvent être pourvus, à l'occasion de leur engagement, du grade qu'ils détenaient dans l'armée active ou dans les réserves ou d'un grade inférieur, ou s'engager comme soldat.

L'engagement avec un grade dépend toujours dans les deux cas visés ci-dessus, des aptitudes physique, intellectuelle et technique des intéressés ainsi que de l'état d'encadrement de la formation où ils sont appelés à servir.

Article 3. — Les Français engagés en temps de guerre sont destinés à servir dans les formations prévues au tableau annexé à la présente instruction qui indique, en outre, le nombre d'engagés à recevoir par formations, la durée de l'engagement ainsi que les autorités habilitées pour prononcer les affectations.

Dans le but de renseigner les candidats à un emploi dans une formation du territoire, il est établi dans chaque région une liste d'ensemble indiquant, non pas le détail de ces formations, qui ne doit pas être publié, mais la *nature des emplois* qui peuvent être postulés avec, éventuellement, le nombre de places à pourvoir. Cette liste est adressée aux brigades de gendarmerie et bureaux de recrutement qui ont à répondre aux demandes des intéressés.

Article 4. — Les engagements pour la durée de la guerre seront reçus à partir du 25 septembre 1939 dans les conditions suivantes (1).

(1) Les officiers généraux du cadre de réserve ne sont pas dégagés d'obligations militaires.

(2) Les intéressés étant astreints, en vertu de l'article 20 de la loi du 31 mars 1928, à se présenter devant une Commission de réforme en cas d'hostilités, aux époques fixées par le ministre de la Guerre, ne peuvent être admis à contracter un engagement, en temps de guerre, qu'à partir du jour où la Commission de réforme visée ci-dessus aura constaté leur aptitude physique au service militaire.

(3) Par dérogation à cette règle, les officiers s'engageant dans le service des chemins de fer devront avoir moins de soixante-cinq ans quel que soit leur grade.

(4) Toutefois :

1º Les personnels des usines entrant temporairement dans la composition des unités spéciales prévues par la D. M. nº 3854 1/E. M. A. du 15 avril 1939, peuvent contracter un engagement d'un mois quelle que soit leur situation au regard de la loi du 11 juillet 1938 ;

2º Les officiers de réserve qui ont déclaré ne pas vouloir rester dans les cadres conformément aux dispositions de l'article 10 de la loi du 8 janvier 1925, peuvent contracter un engagement avec leur grade dans les formations de la défense passive dans la mesure des places disponibles.

(1) Les jeunes gens appartenant au contingent normalement incorporable en septembre-octobre 1939 ne seront pas admis à s'engager.

Durée. — La durée de l'engagement est indiquée dans le tableau ci-annexé. Les engagés pour une durée limitée peuvent être admis, si besoin est, et sous la responsabilité des autorités habilitées à statuer à ce point de vue, à souscrire un nouvel engagement à l'expiration de leur contrat.

Nombre d'engagés à recevoir par corps. — Les engagements sont reçus jusqu'à concurrence du pourcentage fixé au tableau annexe pour les jeunes gens de la première catégorie de ce tableau. Afin d'éviter tout dépassement d'effectif, dès que le nombre d'engagés auquel un dépôt a droit est atteint, le commandant du dépôt doit en rendre compte télégraphiquement au ministre (direction de l'infanterie, 2e bureau). La suspension des engagements dans le dépôt considéré est publiée au *Journal Officiel* du lendemain. A partir de cette publication aucun contrat ne doit être reçu au titre de ce dépôt, même si le dossier a été constitué antérieurement. La liste des corps dans lesquels les engagements sont suspendus, mise à jour au fur et à mesure des publications, doit être affichée dans les sous-intendances chargées de la réception des engagements.

En outre, cette liste sera reproduite au *Journal Officiel* le 1er de chaque mois.

Lorsque dans un corps figurant sur cette liste le nombre des engagés pour la durée de la guerre est devenu inférieur à l'effectif de ces engagés, calculé comme il est indiqué au tableau annexe, il appartient au commandant du dépôt d'en rendre compte dans les conditions visées ci-dessus. Le ministre décide ensuite, s'il y a lieu, de rouvrir les engagements dans le dépôt considéré

Pour le personnel compris dans la deuxième catégorie du tableau ci-annexé, les engagements sont reçus dans les limites prévues pour chaque formation de ce tableau.

Autorités chargées de constituer les dossiers. — Les dossiers d'engagements sont constitués, pour les personnes des deux catégories du tableau annexe, par les commandants des bureaux de recrutement.

Présentation des candidats, visite médicale. — Les candidats se présentent aux autorités visées ci-dessus porteurs de leur bulletin de naissance, s'ils sont âgés de moins de vingt ans du consentement de leur représentant légal, et de leur livret militaire s'ils appartiennent au personnel de la deuxième catégorie. Ils sont immédiatement soumis à la visite médicale.

Constitution et transmission des dossiers. — Dès qu'un candidat est reconnu apte à servir, son dossier comprenant les pièces ci-après est immédiatement constitué :

a) Candidats de la 1re catégorie

1° La demande du candidat, écrite de sa main. L'intéressé doit indiquer qu'il désire s'engager pour la durée de la guerre, le dépôt dans lequel il désire servir, qu'il est né le .... à .... de père et mère français ou étrangers, la profession qu'il exerce, la déclaration sur l'honneur qu'il n'est pas marié, qu'il n'est pas inscrit maritime, qu'il n'est pas exclu de l'armée, qu'il n'appartient pas à une classe recensée et qu'il n'a jamais été réformé ; 2° Le bulletin de naissance ; 3° Le consentement du représentant légal (s'il est âgé de moins de vingt ans) ; 4° Le certificat d'aptitude physique ; 5° L'extrait du casier judiciaire (bulletin n° 2); 6° Les copies certifiées des certificats professionnels, permis de conduire, diplômes, etc.,; 7° La déclaration d'intention pour les fils d'étrangers ; 8° Les renseignements recueillis sur le degré d'instruction, la profession et la moralité du candidat (renseignements recueillis par le chef de brigade de gendarmerie) ; 9° Le dossier médical ; 10° Un certificat du commandant du bureau de recrutement attestant que le candidat n'appartient pas à une classe recensée.

b) Candidats de la 2e catégorie.

1° La demande du candidat, écrite de sa main. Le candidat doit indiquer qu'il désire s'engager pour la durée de la guerre ou pour une durée déterminée, la formation dans laquelle il désire servir, l'emploi qu'il est susceptible de remplir, qu'il est né le .... à ...., la profession qu'il exerce, la déclaration sur l'honneur qu'il n'est pas exclu de l'armée, qu'il n'est pas fonctionnaire en activité ni fonctionnaire retraité depuis moins de cinq ans, qu'il appartient à la classe de .... n° mle .... du bureau de recrutement de .... et qu'il se trouve dans la situation suivante (exempté, réformé, dégagé d'obligations militaires, officier de réserve rayé des cadres, depuis le.... etc.) ; 2° Le bulletin de naissance ; 3° Le certificat d'aptitude physique ; 4° L'extrait du casier judiciaire (bulletin n° 2) ; 5° Les copies certifiées des certificats professionnels, permis de conduire, diplômes, etc., etc. (pour les hommes de troupe) ; 6° Les renseignements recueillis sur le degré d'instruction, la profession et la moralité du candidat (renseignements recueillis par le chef de brigade de gendarmerie) ; 7° Le dossier médical ; 8° Un certificat du commandant du bureau de recrutement attestant que le candidat réunit bien les conditions fixées à l'article 1er de la présente instruction ; 9° Le dossier du personnel pour les officiers rayés des cadres (ce dossier est à demander par le commandant du bureau de recrutement à l'Administration centrale, direction d'arme à laquelle l'intéressé appartenait) ; 10° Une notice de renseignements indiquant les nom et prénoms, date et lieu de naissance, la filiation, la profession et la résidence, ainsi que les renseignements susceptibles de permettre

d'apprécier l'aptitude technique à un emploi militaire.

Autorisation d'engagement. — Les jeunes gens de la première catégorie sont admis à s'engager sans autorisation du chef de corps.

Les dossiers d'engagement des candidats de la deuxième catégorie sont soumis à l'autorisation des autorités militaires prévues au tableau annexe.

Choix du corps. — Les jeunes gens de la première catégorie ne peuvent s'engager que pour les formations combattantes des armées dont le dépôt est stationné sur le territoire de leur résidence (métropole, Algérie, Tunisie, Maroc, Levant), et, en ce qui concerne la métropole, en dehors de la zone des armées et du département de la Seine.

Le personnel de la deuxième catégorie ne peut s'engager que pour les formations du territoire stationnées sur le territoire de leur résidence (1), à l'exception toutefois des parlementaires, qui sont soumis au régime particulier prévu par le décret du 1er septembre 1939.

Les engagés de la deuxième catégorie qui, après avoir servi pendant trois mois dans ces formations, seront reconnus aptes physiquement et professionnellement à servir dans une unité combattante, pourront, sur leur demande, être affectés par décision des généraux commandant les régions, à une formation combattante des armées. Le certificat d'aptitude physique sera joint à la demande des intéressés.

Le ministre de la guerre peut, dans l'intérêt du service, prononcer le changement de corps et d'arme des engagés.

Signature de l'engagement. — L'engagement est souscrit dans les conditions prévues par l'article 10 de l'Instruction du 20 juillet 1935 sur des imprimés du modèle n° 4 annexé au décret du 11 avril 1928. Ce modèle est rectifié ou complété, en ce qui concerne les engagés de la deuxième catégorie, par les indications relatives au grade, à l'aptitude physique, à la durée de l'engagement et au décret du 22 septembre 1939 dont il devra être donné lecture.

Mise en route des engagés. — Les engagés sont mis en route dans les conditions prévues par l'article 12 de l'Instruction du 20 juillet 1935, sur le dépôt du corps pour les engagés de la première catégorie, sur la formation du territoire pour les engagés de la deuxième catégorie.

Omis, ajournés. — Les omis et les ajournés ne sont pas admis à s'engager pour la durée de la guerre.

Article 5. — *Immatriculation, administration des engagés.* — Dans chaque bureau de recrutement, il est tenu un contrôle de ces engagés, qui sont administrés dans les conditions suivantes :

a) Jeunes gens dont la classe n'a pas été recensée

Les jeunes gens dont la classe n'a pas encore été recensée sont immatriculés dans les conditions de l'article 34 de l'Instruction du 20-7-1935.

b) Sous-officiers et hommes de troupe dégagés de toutes obligations militaires

Les sous-officiers et hommes de troupe dégagés de toutes obligations militaires sont inscrits sur la liste matricule de l'année en cours du bureau de recrutement de leur résidence, que ce bureau se confonde ou non avec le bureau de recrutement d'origine. Des nouvelles pièces matricules sont, le cas échéant, établies pour ces hommes par le bureau de recrutement de la résidence.

c) Officiers rayés des cadres.

Les dispositions visées ci-dessus concernant les sous-officiers et hommes de troupe dégagés d'obligations militaires doivent être étendues aux officiers rayés des cadres.

Article 6. — Les résiliations d'office prévues par l'article 3 du décret du 22 septembre 1939 (personnel dégagé d'obligations militaires) sont prononcées dans les conditions ci-après :

a) Résiliation d'office pour inaptitude physique. — Tout engagé devenu inapte à servir est présenté à la visite médicale du médecin chef de service du dépôt ou de la formation d'affectation (1).

S'il est reconnu inapte le médecin établit un certificat modèle 8 constatant cette inaptitude.

Une proposition de résiliation de contrat est ensuite transmise, avec le certificat médical, au général commandant la région qui statue ;

b) Résiliation d'office pour incapacité professionnelle. — La résiliation d'office des engagements pour la durée de la guerre, dont les titulaires deviendront inaptes au point de vue professionnel sera prononcée, sur proposition des généraux commandant les régions, par les soins du ministre de la guerre (direction d'arme).

Article 7. — *Exclus de l'armée.* — Les hommes exclus de l'armée pourront être autorisés à s'engager pour la durée de la guerre au titre des bataillons d'infanterie légère dans les conditions fixées par l'Instruction du 20 juin 1928 (*B. O.*, vol. 68-5).

Article 8. — Les dispositions de la présente Instruction sont applicables à l'Algérie, à la Tunisie, au Maroc et au Levant, sous les réserves suivantes :

1° Les généraux commandants supérieurs et,

(1) Métropole, Algérie, Tunisie, Levant, Maroc.

(1) Celui-ci pratique ses examens en se conformant aux dispositions de l'instruction du 6 avril 1932 et des instructions secrètes n° 5.387 CM/7 du 21 octobre 1935 et n° 1.189 CM/7 du 24 février 1938.

en Algérie, le général commandant la 19e région, exercent les fonctions dévolues aux généraux commandant les régions ;

2° L'adaptation de la présente réglementation à l'organisation locale sera réalisée par des Instructions établies par les généraux commandants supérieurs et par le général commandant la 19e région.

Tableau annexe à l'instruction du 23 septembre 1939 relative aux engagements pour la durée de la guerre

I. — Jeunes gens appartenant à des classes non encore recensées :

Formation au titre de laquelle l'engagement est souscrit : tous dépôts administrant des formations combattantes d'infanterie, de chars de combat, de cavalerie, d'artillerie, du génie, sous réserve que le dépôt choisi se trouve sur le territoire de résidence de l'intéressé (métropole, Algérie, Tunisie, Maroc, Levant), et, en ce qui concerne la métropole, en dehors de la zone des armées et du département de la Seine.

Nombre d'engagés à recevoir. Les engagements sont suspendus par le ministre de la guerre lorsque l'effectif des engagés présents au dépôt atteint, par rapport à l'effectif de guerre des formations administrées par ce dépôt : 10 p. 100 pour l'infanterie, les chars de combat, la cavalerie motorisée, l'artillerie divisionnaire ; 5 p. 100 pour l'artillerie légère de R. G., la cavalerie hippomobile, le génie (sapeurs-mineurs) ; 2 p. 100 pour les autres armes et subdivisions d'armes mentionnées à la colonne 2 et non visées ci-dessus.

Durée de l'engagement : durée totale de la guerre.

Observations : l'engagement est accepté sous la seule réserve que l'intéressé réunisse les conditions d'aptitude requises pour servir dans la formation choisie.

L'autorisation du chef de corps n'est pas exigée.

II. — Personnel dégagé de toutes obligations militaires ; officiers, sous-officiers et hommes de troupe :

Organes de commandement et états-majors du territoire ; établissements et formations des services du territoire : nombre d'engagés à recevoir, dans la limite des vacances à combler dans chaque grade ; durée de l'engagement : six mois minimum.

Formations du service militaire des chemins de fer : nombre d'engagés à recevoir, officiers seulement et dans la limite des vacances à combler dans chaque grade ; durée de l'engagement : durée totale de la guerre.

Cadre des dépôts, écoles, organes d'instruction du territoire : nombre d'engagés à recevoir dans la limite des vacances dans chaque grade ; durée de l'engagement : au minimum six mois.

Unités régionales ; D. A. T. : nombre d'engagés à recevoir, dans la limite des vacances pour les officiers et les sous-officiers ; pour les hommes de troupe, les engagements sont suspendus lorsque l'effectif des engagés en cause atteint 10 p. 100 de l'effectif de guerre de la formation ; durée de l'engagement : durée totale de la guerre.

Commissions de réquisition, Commissions de réquisitions et d'achat éventuellement mises sur pied : nombre d'engagés à recevoir, dans la limite des besoins ; durée de l'engagement ; durée de fonctionnement de la Commission et au minimum un mois.

Observations :

1° Autorité appelée à se prononcer :

Pour les officiers, sous-officiers et hommes de troupe, général commandant la région dont dépend la formation au titre de laquelle le candidat désire souscrire son engagement sauf dans les cas suivants où la décision est réservée au ministre : E.-M. A., section du personnel d'E. M., en ce qui concerne les officiers d'E.-M. et les interprètes ; E.-M. A., 4e bureau, en ce qui concerne le service militaire des chemins de fer.

2° Par vacances, il y a lieu d'entendre le nombre d'emplois fixés par les T. E. G. non pourvus de titulaires.

Pour les emplois à grade variable, s'en tenir aux proportions suivantes : Officiers : colonels et lieutenants-colonels, 5 p. 100 ; commandants, 10 p. 100 ; capitaines, 30 p. 100 ; lieutenants et sous-lieutenants, 40p. 100. Sous-officiers : adjudants-chefs, 10 p. 100 ; adjudants, 10 p. 100 ; sergents ou maréchaux des logis chefs, 30 p. 100 ; sergents ou maréchaux des logis, 50 p. 100.

3° Les candidats à l'engagement pour les unités régionales et pour les formations de D.A.T. doivent être l'objet d'une sélection particulièrement sévère au point de vue aptitude physique.

4° Le personnel destiné aux Commissions de réquisition et aux Commissions de réquisition et d'achat, est affecté à une des formations de la région chargée de mettre sur pied ladite Commission, par les soins du général commandant la région intéressée.

Le Gérant : **R. THIRON** CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Baux et locations

Décret-Loi du 13 *octobre* 1939 *reportant au* 1er *avril* 1940 *l'expiration des augmentations de loyer des locauxà usage d'habitation et professionnels.*

Art. 1er. — A titre exceptionnel et par dérogation aux dispositions de l'article 11, alinéa 1er, de la loi du 1er avril 1926, modifiée par les lois des 29 juin 1929 et 31 décembre 1937, la majoration de 10 p. 100, prévue à partir du 1er juillet 1939, et reportée au 1er octobre par le décret du 1er juillet 1939, est reportée au 1er avril 1940.

Art. 2. — Le présent décret est applicable aux départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle et à l'Algérie.

Art. 3. — Le présent décret sera soumis à la ratification des Chambres, conformément aux dispositons de la loi du 19 mars 1939.

(*J. O.*, 15 *octobre* 1939.)

Frais de justice criminelle

Décret du 14 *aout* 1939 *portant modification de l'article* 134 *du décret du* 5 *octobre* 1920 (*frais de justice criminelle*).

Art. 1er. — Le deuxième paragraphe de l'article 34 du décret du 5 octobre 1920, modifié par l'article 1er du décret du 4 septembre 1923, est modifié comme suit :

« Toutefois, en outre des cas où une disposition de loi spéciale accorde la dispense du timbre, ne sont pas sujets à cette formalité les états ou mémoires qui ne s'élèvent pas à plus de 100 francs » (1).

(*J. O.*, 15 octobre 1939.)

Hygiène

Décret du 4 *octobre* 1939 *déterminant les mesures exceptionnelles d'hygiène motivées par l'état de guerre.* (*J. O.*, 10 octobre 1939.)

Ce Décret sera publié dans le corps du journal.

Service de santé militaire

Réserve

Par décret du 29 septembre 1939, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du service de santé et, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les médec. aspir. : (rang 21 sept. 1939) Calas, Mantoux, Nègre, Sterboul, Lanfranchi, Sirot ; (rang 5 oct. 1939) Hulot, Holvec, Clert, Couray, Rumeau, Dechavanne, Watel, Bertaud, Moinecourt.

Les médec. auxil. titul. du B. P. M. S. : (rang 5 sept. 1939) Esparceil, Guth.

(1) Antérieurement, étaient dispensés de timbre les mémoires ne s'élevant pas à plus de 50 francs.

Les médec. auxil. non titul. du B. P. M. S. : (rang 5 oct. 1939) Blondeau, Dufour-Lamartinie, Duport, Duteil, Gasch, Gérard-Desprez, Gratier, Graveron, Haas, Jaupitre, Krick, Lechevallier, Maheo, Mongardien, Morel, Pérol, Robert, Witasse, Zadengart *dit* Seidengart, Bartier, Bavay, Cauvez, Declercq, Depret, Doremieux, Dumortier, Hens, Jacquemelle, Petyt, Sorrant, Vanmullen, Bailly, Cauet, Colsenet, Delon, Perdu, Picard, Pluchard, Ponthieu, Bernier, Monard, de Kermabon, Lefrère, Mignen, Oudot, Trémel, Barnier, Fouassin, Galle, Loiseau, Monteau.

Richou, Senmartin, Bettendorf, Bonnin, Caillard, Christophe, Cochart, Grès, Picoureix, Banc, de Chirac, Guillerey, Jacquel, Ledoux, Paris, Roilet, Sommer, Straub, Thirion, Vinour, Bourgougnon, Cavailles, Despois, Klein, Darmaillacq, Delort, Guille des Buttes, Jeanjean, Moure, Abgrall, Aleste, Colin, Daversin, Gouraud, Guiller, Hamon, Jouan, Accarias, Bentejac, Brocas, Chabard, Cornillon, Coupier, Daffas, Foucher, Gendre, Accassat, Bardy, Brest, Fontes, Huin, Jacob, Josseron, Lassave, Moncenix, Mousselon, Pellat, Proby, Reymond, Bonifaci, Brun, Buding, Fredenucci, Gavault, Jean, Lonjon, Sansot, Vallette, Azemar.

Lagarde, Mandoul, Reboul, Veyrat, Alie, Bazex, Cistac, Dubarry, Nougue, Pic, Tremoulet, Constantin, Kramata, Lamiraud, Puyou, Asch, Denis, Door, Dumont, Fritsch, Jacquet, Jullich, Kuhn, Larcelet, Mathieu, Meire, Morisot, Picard, Raabe, Stem, Vannier, Aquilina, Aranzana, Foissin, Lucchini, Quilicchini, Viallet, Buerle, Fillon, Krieg, Ledoux, Martinon, Pierron, Rico, Arena, Schemla, Bellancourt, Cottard, Fontan, Logeard, Pilla, Tabarly, Tixier, Abel, Baillet, Bouriez, Dargassies, Delavelle, Pillon, Roussel.

Par décision du 27 septembre 1939, les médecins, ainsi que l'élève officier de réserve (médecin) ci-après désignés, sont nommés dans la réserve et sont maintenus dans leur affectation actuelle :

Au grade de médecin aspirant

(Rang 5 sept. 1939) L'élève offic. de rés. (médec.) Prochiantz.

Les médec. auxil. : (rang 5 oct. 1939) de Joncker, Fournier, Hornstein, Mitrani, Stagnara, Bronchard, Bethoux, Gau, Brodeur, Lévy, Aron, Roche, Michaud.

Armée active

Par décret du 28 septembre 1939 et en application de l'article 4 (paragr. 2) de la loi du 4 janvier 1929, est admis dans le cadre actif du corps de santé militaire des troupes métropolitaines :

Avec le grade de médecin lieutenant

(1er oct. 1939). Le médec. lieut. de rés. des tr. col. Bourgarel.

Par décision du même jour, cet officier est maintenu dans son affectation actuelle.

Réserve.

Par décision du 4 octobre 1939, les officiers de réserve du service de santé ci-après désignés, placés dans la position « hors cadres », affectation spéciale, article 18 de la loi du 8 janvier 1925, sont réintégrés dans les cadres :

Abbas, médec. lieut., tabl. 6 ; Jourdan, médec. lieut., tabl. 3.

Par décret du 3 octobre 1939, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du service de santé, à compter du jour de la radiation des contrôles de l'armée active, l'officier démissionnaire ci-après désigné :

Avec le grade de médecin capitaine

Le méd. capit. démiss. Piétri.

Par décret de même date, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du service de santé les officiers de réserve titulaires du diplôme de docteur en médecine ci-après désignés et qui, sauf indication contraire, sont maintenus dans leur région d'affectation actuelle :

Au grade de médecin lieutenant

(Rang du 28 novembre 1930) le dentiste lieut. Gelly ; (rang du 9 oct. 1931) le pharm. lieut. Raine.

Réintégrations

Par décret du 6 octobre 1939, les officiers de réserve du service de santé rayés des cadres ci-après désignés sont réintégrés dans les cadres :

Avec le grade de méd. command. : Labrousse.
Avec le grade de méd. capit. : Truffert.
Avec le grade de pharm. capit. : Lesage.
Avec le grade de méd. capit. : Seigneur.
Avec le grade de méd. command. : Dupérier.

Par décret du 6 octobre 1939, a été nommé dans la réserve du service de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin sous-lieutenant

(15 sept. 1939) le méd. auxil. Lauriol.

Elèves du Service de santé de la Marine

Conformément aux dispositions de l'article 1er du décret-loi du 26 septembre 1939, les nominations d'élèves du service de santé de la marine ont été prononcées dans l'ordre du classement d'admissibilité. Le nombre de nominations correspond, dans chaque catégorie, aux besoins nouveaux de la marine et des troupes coloniales, besoins qui se répartissent comme suit :

Ligne médicale

Candidats à 4 inscriptions : 110 places, dont 60 pour les troupes coloniales et 50 pour la marine.
Candidats à 8 inscriptions : 7 places pour la marine.
Candidats à 12 inscriptions : 9 places pour la marine.
Candidats à 16 inscriptions : 3 places pour la marine.

1° Cand. titul. de 4 inscript. : Locci, Menach, d'Haussy, Vauthier, Nansot, Curnier, Lagarde, Caille Huart, Cancel, Francou, Moricheau-Beauchamp, Moutet, Briskine, Bourlaud, Crutchard, Moutel, Balley Brun-Buisson.

Grégoire, Penquer, Souweine, Lissitzsky, Devilla, Lacroix, Loniewski, Merzeau, Raoul, Helluy, Imbert, Bergues, Guillemeteau, Merlihot, Fillioux, Gandin, Cabarrou, Poulizac, Seranne, Torre, Libouban, Dalger, Bonfante, Fribaud, Marion, Mindren, Vincent, Cauret, Belotte, Brygoo, Guillerm, Mace, Girardet, Simond, Salinier, Berets, Bernachon, Sankale, Brun, Joany, Lamou, Bodet, Mayeux, Perthuisot, Ridet, Tanneau, Briel, David, Marmouget, Lalouel, Menantaud, Borel, de Morati-Gentille, Kerbastard, Litalien, Peyre, Fichez, Rivemale, de Jaureguiberry, Maubois, Perrouty, Phelippon, Maurice, Salles, Bertrac, Olsen, Bazin, Puech, Morin, Lestage, Castet, Fer, Lasternas, Grappin, Nouais, Bouchit, Lagarde, Le Quinio, Galais, Gaubert, de Saint-Pastou de Bonrepeaux, Ezanno, Labusquière, Luigi, Langlais, Montagne, Petit, Costantini, Laigret, Robin, Albertini.

2° Candid. titul. de 8 inscript. : Berroche, Eberlo, Dumoulin, Perdoux, Milin, Delpuech, Manquene.

3° Candid. titul. de 12 inscript. : Boisson, Tauzin, Guillaud, Weil, Lebec, Hombron, Rondet, Labbe, Arnaud.

4° Candid. titul. de 16 inscript. : Morgan, Poirier-Coutansais, *Chauvelon*.

Circulaire ministérielle sur l'attribution de l'indemnité d'entrée en campagne et des prestations d'alimentation aux personnels de la zone des armées

La question a été posée de savoir quels sont les droits des militaires actuellement mobilisés à l'indemnité d'entrée en campagne et aux prestations d'alimentation des troupes en opérations de guerre.

Par application des décrets du 18 avril 1937 (*Bulletin Officiel*, page 1320) et du 7 avril 1938 (*Bulletin Officiel*, page 1568) ont droit à l'indemnité d'entrée en campagne les militaires des catégories désignées ci-dessous qui reçoivent l'ordre de rejoindre une formation des armées, savoir :

— Officiers, adjudants-chefs, adjudants et sous-officiers s'habillant à leurs frais, français, étrangers et indigènes de l'armée active ;

— Officiers de réserve, aspirants de réserve, adjudants-chefs et adjudants de réserve reppelés à l'activité.

Aux termes du tableau nº 6 (prestations d'alimentation) annexé au règlement sur la solde, le ministre de la Guerre détermine les territoires, places et formations qui, au point de vue du droit aux prestations d'alimentation, doivent être considérés comme étant en opérations de guerre, ainsi que la période d'allocation.

Par application de cette disposition, le droit aux prestations d'alimentation des troupes en opérations de guerre est accordé dès leur arrivée dans la zone des armées et au plus tôt à compter du 2 septembre 1939, aux militaires de tous grades des formations des armées.

A ce sujet, il est précisé que par « formation des armées », on doit entendre pour le droit à indemnité d'entrée en campagne, comme pour le droit aux vivres de campagne, toutes formations qui sont stationnées dans la zone des armées, telle qu'elle est définie par l'article 1er de l'arrêté du 1er septembre 1939 et se trouvent placées sous les ordres du général commandant en chef, ou sont maintenues momentanément sous l'autorité du ministre.

Toutefois, en ce qui concerne les prestations d'alimentation, en vertu des dispositions réglementaires rappelées ci-dessus, le ministre détermine suivant les circonstances les formations ayant droit aux allocations, soit du tableau nº 1, soit du tableau nº 1 *bis* de l'annexe II de l'instruction sur l'organisation et le fonctionnement du service de l'intendance en campagne.

(*Circulaire* nº 075-4/5 du 28 septembre 1939.)

Les pieds « gelés » des tranchées

MESURES DE PRÉVENTION

Les troubles pathologiques, improprement appelés pieds « gelés », observés chez les soldats séjournant dans les tranchées, fréquemment envahies par l'eau de pluie ou d'infiltration, relèvent d'une étiologie assez précise (le stationnement, souvent les pieds dans l'eau, à basse température surtout) — mais d'une pathogénie moins bien caractérisée. Un état particulier des pieds, neuro-végétatif, de prédisposition, paraît jouer un rôle. En tout cas, c'est habituellement vers le troisième ou quatrième jour du séjour dans la tranchée que les accidents apparaissent.

Dans un rapport établi en 1917, concernant la prophylaxie de cette affection, le Professeur Langlois préconisait à titre préventif d'enduire les pieds avec de la graisse formolée à 1 p. 100 et l'usage de bottes imperméables de protection. Le premier moyen est d'emploi facile, des tubes individuels ou des bâtons de pommade formolée étant alors remis régulièrement à chaque soldat. Divers modèles de bottes imperméables de protection ont été utilisés. Conseiller aussi, de diminuer l'immobilité des pieds, dans la mesure possible, et l'enroulement rationnel, sans constriction anormale, des bandes molletières.

P. L.

CORRESPONDANCES DE GUERRE

Je désirerais vous demander s'il ne serait pas possible de nous traiter les évacuations : 1re urgence, 2e et 3e. Quelles sont les blessures que l'on qualifie telles et où on les soigne. On nous a traité ces sujets à l'Ecole de perfectionnement, mais je pense que beaucoup d'entre nous les ont oubliés. Dr I. K.

Les engagés pour la durée de la guerre pourront concourir pour l'avancement

DÉCRET DU 22 SEPTEMBRE 1939
sur les conditions dans lesquelles doivent être contractés les engagements pour la durée de la guerre

(EXTRAIT)

ART. 5. — Les militaires de tout grade ayant contracté un engagement conformément aux dispositions ci-dessus (c'est-à-dire pour la durée de la guerre), sont assimilés à des réservistes de leur grade, et peuvent recevoir de l'avancement dans les mêmes conditions que ceux-ci. Toutefois, les engagés volontaires appartenant à des classes n'ayant pas encore été appelées sous les drapeaux, sont considérés comme faisant partie de l'armée active.

ART. 6. — Le présent décret est applicable en Algérie, Tunisie, au Maroc et dans les Etats du Levant.

CORRESPONDANCE

DIVERS

6.789. — Assurances à conserver en temps de guerre

Mobilisé dès les premiers jours, je désirerais savoir si n'habitant plus mon appartement personnel et professionnel je dois ou j'ai intérêt à conserver et à payer mes assurances incendie, vol et ce que je dois faire pour une assurance accident du travail (personnel employé).

Pour incendie et vol les circonstances de guerre entrent-elles en jeu pour faire obstacle à la garantie ?

D^r D.

Réponse

Puisque le risque de responsabilité accidents du travail est provisoirement supprimé pour vous, du fait du licenciement du personnel domestique ou professionnel que vous employiez, il est inutile, en effet, que vous continuiez à verser des primes qui n'auraient pas de contre-partie. Demandez donc à la Compagnie, qui vous assure, la suspension provisoire de la police, jusqu'à votre libération. Il n'est pas douteux qu'elle vous l'accordera sans difficulté.

Il n'en va pas de même pour vos polices incendie et vol. Quand bien même ces polices ne couvriraient pas les risques provenant d'événements de guerre, il n'en reste pas moins que le feu peut prendre dans votre maison ou que vous pouvez être volé, sans que les circonstances exceptionnelles du temps présent y soient pour quelque chose. Vous avez donc tout intérêt, à notre avis, à conserver ces polices et à payer régulièrement les primes.

6.727. — A propos de la rémunération des médecins réquisitionnés.

Voyant dans vos demi-colonnes du *Concours* du 24 septembre 1939 une demande au sujet de la rémunération des médecins requis, je puis vous renseigner.

Je viens de recevoir du médecin inspecteur départemental d'hygiène une Circulaire me prévenant que j'ai droit à une rémunération horaire de 5 francs pour une ville de moins de 20.000 habitants ; de 6 francs, pour une ville de 20 à 100.000 habitants ; de 7 francs pour une ville de 100.000 et plus, et me prescrivant de remplir un mémoire en deux exemplaires indiquant le nombre d'heures jour par jour consacrées à la défense passive.

J'ai répondu que ce tarif me semblait indigne de notre profession et que je préférais ne rien demander, mon laveur de voiture exigeant plus que cela

D^r X.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Demi-Colonnes

Propos du Jour

A Travers l'Officiel

Correspondance

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.

PROPOS DU JOUR

LA GUERRE ET LA FAILLITE DE LA MORALE

Notre éminent confrère Georges DUHAMEL, à qui a été confiée la direction de la radiodiffusion française, a exposé récemment au micro tout le réconfort qu'il avait trouvé dans la lecture durant la dernière guerre. Il avait conservé, a-t-il dit, pendant toute la campagne, un exemplaire des *Pensées de Pascal* dans une poche à soufflet de sa vareuse. Mettant en pratique ses conseils, comme dérivatif aux tristesses de l'heure présente, nous avons un peu au hasard feuilleté un livre qui nous est tombé sous la main. Ce livre qui a été écrit aux heures sombres de 1916-1917 est intitulé « SAVOIR : *Considérations sur la méthode scientifique, la guerre et la morale* ». Il est l'œuvre du savant biologiste et philosophe Félix LE DANTEC, qui enseignait lors de sa mort à la Faculté des sciences de Paris. L'épigraphe de ce livre suffit à juger dans quel esprit Le Dantec l'a conçu :

« Il y a une Vérité, y écrit-il, que l'on trouve par la méthode scientifique : en dehors de cette Vérité, tout ce qu'on appelle ainsi n'est que verbiage ou convention. »

On ne peut pas faire plus clairement abstraction des forces spirituelles et morales. Pour Le Dantec toutes les lois morales sont pure hypocrisie. Cependant si, selon la maxime de La Rochefoucault, l'hypocrisie est un hommage que le Vice rend à la Vertu, nous devons admettre que la Vertu existe et que l'hypocrisie est une preuve qu'il est des forces morales qui se contrarient et que nous désignons par Vice et Vertu. Mais laissons Le Dantec à l'amertume de ses convictions à notre gré un peu trop scientistes et trop matérialistes. Nous trouvons dans son livre *Savoir* un chapitre où il exprime une vérité que la guerre présente rend encore plus vraie, c'est que la guerre provoque la faillite de la

morale : « M. Brunetière, écrit-il, a proclamé la banqueroute de la science ; la guerre actuelle vient de décréter la faillite de la morale ». La morale comprend l'ensemble des lois qui règlent les relations des hommes avec les autres hommes, lois qui sont de pures conventions « auxquelles nous pouvons nous conformer ou nous soustraire en nous servant de la liberté apparente que nous croyons absolue en chacun de nous. » (C'est Le Dantec qui parle.)

A ces lois morales hypocritement est donnée la qualité de vérité inéluctable et absolue des lois physiques. Les hommes se diviseraient, selon Le Dantec, en deux catégories : ceux qui par l'hérédité, par l'éducation, ne peuvent pas ne pas croire à l'existence supérieure des lois morales et se plient à leurs prescriptions, et ceux qui n'y croient pas mais veulent profiter de cette croyance et ont besoin qu'on y croie. Tous s'accordent donc, honnêtes gens et profiteurs, les uns par conviction, les autres par hypocrisie, à défendre la croyance des lois morales, à la pratique desquelles tous donnent de continuelles entorses. Le Dantec comme exemple signale les tartuffes qui jettent le masque quand ils se croient les plus forts. La violation de la neutralité belge que les Allemands cherchaient hypocritement à expliquer, fut considérée par eux comme cyniquement légitime quand ils se crurent les plus forts. Le droit est le droit du plus fort et le peuple qui se croit le plus fort, s'attribue une mission divine, il est le peuple élu de Dieu, composé de surhommes. Depuis vingt-cinq ans cet état d'esprit n'a pas changé, il a été exalté dans ces dernières années en Allemagne et s'est formidablement accru. Le Dantec a fait le procès des neutres durant la dernière guerre se demandant « anxieusement quel sera le vainqueur pour lui tresser des couronnes ». Ils ont profité de la guerre et ont agi logiquement, affirme-t-il, mais leur hypocrisie l'a dégoûté de l'espèce humaine.

La notion de droit qui implique la notion de devoir est naturelle parce que l'homme se croit libre et maître de ses destinées. Cependant cette notion résulte le plus souvent du phénomène biologique de l'habitude. Une prérogative conquise souvent par la force brutale, par rapt ou autre procédé illicite, devient un droit parce qu'on a pris l'habitude d'en jouir. Aussi ceux qui se croient les détenteurs des plus grandes puissances morales se réservent et attendent prudemment, avant de se prononcer. Ceux qui ont le bon droit pour eux, s'ils triomphent, ce n'est pas à cause de leur bon droit, c'est parce qu'ils ont pu s'armer davantage et sont devenus les plus forts. Quels arguments plus convaincants tirerait Le Dantec s'il eût pu assister à la guerre actuelle et être témoin de la conduite des Hitler et des Staline ! !

« Je me félicite, termine Le Dantec, d'avoir connu la vérité physique qui en m'apprenant l'origine historique de la morale et l'absurdité qui consiste à lui donner une valeur absolue, m'empêche de me montrer sévère à l'égard de mes semblables ; je suis peut-être, comme on dit vulgairement, *une andouille* (!) mais j'aime mieux être une andouille qu'un tigre. »

Nous ne partageons pas le pessimisme de Le Dantec. Nous sommes convaincus qu'à côté des lois physiques, il existe des lois morales tout aussi inéluctables et puissantes et qui finissent par triompher. L'universelle sympathie que les intellectuels du monde entier ont témoignée à la France dans la dernière guerre et lui témoignent encore aujourd'hui, est la preuve qu'il existe d'autres puissances que les lois physiques et que tôt ou tard ces puissances spirituelles et morales finissent par triompher.

J. Noir.

AVIS IMPORTANT

Changements d'adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le *Concours Médical* leur parvienne régulièrement à l'avenir. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile.

DEMANDES ET OFFRES

***AVIS.** — Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Les petites annonces sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux ne permettant leur insertion que quatre jours après leur réception. Lesdites petites annonces ne devront comporter aucun nom de ville, ni aucune abréviation, mais devront contenir nom et adresse de l'annonceur. Le texte d'une annonce présentée au Journal doit être légalisé par le commissaire de police ou le maire de la ville. Le Journal se réserve, par ailleurs, le droit de supprimer toutes les annonces qui lui paraîtraient douteuses.

N° 362. — *Censuré*

N° 363. — Electro-radiologiste, grande ville Nord, recherche pour tenir cabinet, doctoresse française, connaissant bien spécialité. Références. Institut Médical, 8, rue Nicolas-Leblanc, Lille.

N° 364. — Jeune fille, diplômée sage-femme, faculté Besançon, cherche situation, clinique ou assistante. S'adresser Guyotjeannin, à Mandeure (Doubs).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Des ambulances belges en France.** — L'Association de la *Presse Médicale Belge* nous informe que « des chirurgiens belges, désireux de témoigner leurs sentiments de gratitude et d'affection aux vaillants soldats français qui se battent pour la survivance de l'honneur et du droit des peuples, ont décidé d'apporter leur concours à la grande nation amie ».

Ils organisent en ce moment une ambulance chirurgicale de 100 à 150 lits, pourvue de l'appareillage le plus moderne et qui, en mémoire du grand chirurgien belge de l'autre guerre, s'appellera « Ambulance Antoine Depage ».

D'autre part, un groupe de personnalités de la ville de Liége a pris l'initiative de créer, sous le titre « L'ambulance française », une organisation de secours aux blessés français.

Après cela, que les diplomates nous parlent s'ils veulent, de la neutralité belge. Neutres ? peut-être, Comme en 1914 ! Mais amis aussi, et autant qu'en 1914.

Merci à nos amis belges !

— **Parti social de la Santé publique.** — Le Parti social de la Santé publique a tenu, au Cercle républicain du Commerce, de l'Industrie et de l'Agriculture, 3, place des Pyramides, Paris, sous la présidence de MM. Justin Godart, membre de l'Académie de médecine, et Paul Jourdain, sénateurs, anciens ministres de la Santé publique, sa première séance de guerre.

Elle a été consacrée à étudier les conséquences que la guerre pouvait entraîner sur la réduction de la natalité, l'augmentation de la mortalité française. Il a établi son programme d'action pour en limiter les effets.

Un Comité de permanence est institué qui se réunira le jeudi de chaque semaine.

Pour tous renseignements écrire (ne pas se déranger, ni téléphoner) au Parti social de la Santé publique, 8, rue de Richelieu, Paris (Ier).

— **Office français pour l'Enfance** (Section française de l'Office international pour l'Enfance, 2, square La Bruyère, Paris-IXe). — *Nous recevons le communiqué suivant :*

« L'Office français pour l'enfance a pris l'initiative de créer à Sées, dans le département de l'Orne, une maternité destinée aux femmes réfugiées dans ce département. Plus de 600 femmes enceintes ont été évacuées dans cette région ; à Sées même, 300 futures mamans ont été hébergées.

Une maison étant mise à sa disposition, l'Office français a pourvu à son installation ; 30 lits accompagnés de berceaux et une garderie de 10 lits pour les enfants au-dessous de 4 ans, attendent leurs occupants. La maternité est prête à fonctionner, mais

il faut pour cela des sommes importantes ; aussi, une carte de parrain a-t-elle été instituée comportant un timbre mensuel de 50 francs. S'adresser au Secrétariat de l'Office, 2, square La Bruyère.

— **Fédération nationale des médecins du Front.** *Cérémonie de la Flamme.* — Le Bureau de la Fédération des médecins du front rappelle aux membres des différentes Associations fédérées, que la Flamme sous l'Arc de Triomphe, sera ranimée par ses soins le mercredi 8 novembre 1939, à 17 h.

Le rendez-vous préalable aura lieu devant le 129 de l'avenue des Champs-Elysées (Hôtel Astoria).

— **Académie de médecine.** *Sur l'interdiction de l'absinthe et de ses succédanés.* — L'Académie de médecine a adopté, sur une intervention de M. H. Vincent, le vœu suivant :

L'Académie de médecine exprime le vœu que la vente et l'usage de l'absinthe ou de ses succédanés soient rigoureusement interdits dans la population civile et dans l'armée, en France et dans les colonies, ainsi que dans les pays de protectorat.

— **L'Académie de médecine** a voté un avis favorable à l'adoption des projets de décret et d'arrêté concernant la mise en application de la loi sur la vaccination anti-diphtérique obligatoire.

— **Dispense des examens de clinique pour les étudiants en médecine sous les drapeaux.** — Les étudiants en médecine qui, ayant régulièrement pris la 20e inscription, ont été appelés sous les drapeaux avant de subir les épreuves de clinique, adresseront au doyen de la Faculté où ils ont pris leur 20e inscription trimestrielle, une demande d'inscription aux examens de clinique et y joindront un certificat de leur chef de corps ou de service attestant qu'ils sont dans l'impossibilité matérielle de se présenter devant la Faculté. Le doyen soumettra aux jurys des examens de clinique le dossier de chaque candidat et les jurys décideront si le candidat peut ou non être dispensé de chacun des trois examens cliniques. Sur proposition du jury, le doyen déclarera les candidats reçus aux épreuves de clinique et les en informera (Décret du 15 septembre 1939, paru au *Journal Officiel* du 27 octobre 1939.)

Nous publierons le texte complet de ce décret dans un prochain numéro.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Médailles d'honneur des épidémies

Par décision du 17 octobre 1939 et en application du décret du 15 avril 1892, la médaille d'honneur des épidémies en vermeil est décernée, à titre posthume, au médecin sous-lieutenant de réserve Josseron (Paul), de la 14e région.

Service de Santé de la marine Militaire

Par décret en date du 11 octobre 1939, a été promu dans la réserve du corps de santé de la marine, pour compter du 30 juin 1939 :

Au grade de médecin de 3e classe de réserve : le méd. auxil. Longet.

Par décret du 28 septembre 1939, a été promu dans a réserve du corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de 3e classe

Le médec. auxil. Petit (rang 11 juil. 1939).

Par décision du 4 octobre 1939, ont été nommés, pour compter du 4 octobre 1939, les matelots infirmiers désignés ci-après (application des dispositions de l'article 64 de la loi du 13 décembre 1932) :

Au grade de médecin auxiliaire

Morseau, Coville. Le Brun, Metzger, Joussemet, Gérard, Cacamian, Auregan, Laclotte, Gautier, Michel, Habas, Filippi, Goasglas, Denvil, Blanchet.

Les Médecins étrangers à l'assaut des clientèles de nos confrères mobilisés

Un de nos correspondants nous adresse une coupure, prise dans un grand quotidien de Paris. Il s'agit d'une lettre d'un médecin mobilisé, dont nous croyons devoir reproduire ci-dessous quelques extraits :

« Ayant été en permission de trois jours dans ma commune, j'ai pu me rendre compte que les médecins restants étaient au nombre de cinq français, dont deux réformés et trois non-mobilisables, contre sept médecins étrangers non naturalisés.

« J'amorce une campagne pour que l'on oblige les médecins étrangers non naturalisés à s'engager dans la Légion étrangère ou qu'on leur retire le droit d'exercice de la médecine en France.

« Il est monstrueux de voir des médecins étrangers non naturalisés prendre la clientèle des médecins français mobilisés.

« A X..., il reste un médecin français non-mobilisable et cinq médecins étrangers non naturalisés.

« J'ai fait la guerre 1914-1918, et je refais celle-ci. Je ne puis concevoir que ma clientèle soit prise par les métèques de ma ville.

« La victoire obtenue, je compte mener une campagne acharnée contre les médecins étrangers non naturalisés qui n'auront pas servi le pays qui les fait vivre. Je demanderai purement et simplement l'interdiction du droit d'exercice de la médecine pour ces métèques profiteurs et lâches.

« Je suis sûr d'avoir derrière moi les médecins français mobilisés et même les autres. »

Pour prévenir les épidémies de diphtérie

Les évacuations de la population parisienne et de la population des régions frontières ont déterminé en divers points du territoire des agglomérations d'enfants favorables à l'éclosion d'épidémies de diphtérie. Les enfants de moins de cinq ans, chez qui l'angine diphtérique et le croup sont souvent graves et chez qui le dépistage du début de la maladie est plus difficile, sont plus particulièrement menacés.

Considérant les effets respectifs de l'injection préventive de sérum (qui immunise au bout de vingt-quatre heures, pour trois ou quatre semaines seulement) et du vaccin (qui ne commence à immuniser qu'après plusieurs jours et ne donne un résultat préventif complet qu'au bout de six à huit semaines), l'Académie de médecine, sur la proposition de M. Jules Renault, a émis le vœu que soit pris un décret-loi conçu dans les termes suivants :

« En cas d'épidémie ou de menace d'épidémie de diphtérie dans une commune, le Préfet prendra d'urgence un arrêté rendant la vaccination anti-diphtérique obligatoire pour tous les enfants d'un an à quatorze ans habitant ou séjournant dans la commune et, s'il le juge utile, pour tous les enfants de cet âge habitant ou séjournant dans les communes limitrophes.

« Pour les enfants dont la vaccination antérieure par l'anatoxine sera constatée par un certificat médical indiquant les dates des injections et les quantités d'anatoxine injectées, l'injection de rappel de l'anatoxine sera seule exigée.

«Pour les enfants non vaccinés, la vaccination par l'anatoxine sera pratiquée conformément aux règles habituelles : ceux qui sont âgés de moins de cinq ans recevront, en outre, immédiatement avant la première injection d'anatoxine, une injection préventive de 10 c. c. de sérum antidiphtérique. En cas d'épidémie grave, cette injection de sérum pourra être ordonnée pour les enfants plus âgés ».

P. L.

Voir la Correspondance page XXXIII-2547

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

EXCITATION MÉDICAMENTEUSE DE LA SYPHILIS

Par R. Barthélemy

Ancien Chef de Clinique à Saint-Louis

Ce qu'on appelle couramment l'activation ou la réactivation d'une infection (surtout chronique) sous une influence extérieure, traumatique, infectieuse, physique (coup de soleil, coup de chaleur, refroidissement, etc.) ; physicothérapeutique (radio ou radiumthérapie), émotive, etc., cette activation est fréquente dans la syphilis. Elle a une importance et une gravité spéciales : pour le malade lui-même, à qui elle peut causer des dégâts tégumentaires ou viscéraux essentiels ; pour la société, en raison de la fréquence et de l'intensité des manifestations *contagieuses* (chancres ulcéreux, géants, redux, plaques muqueuses profuses, hypertrophiques ou non) qui s'éveillent dans la syphilis activée.

Or il existe une façon presque certaine et quasi-expérimentale de provoquer l'excitation, l'exaltation de la syphilis, secondaire surtout. Elle *ressortit au médecin* qui ne règle pas son traitement initial avec une énergie suffisante en ce qui concerne la quantité de chaque dose, la fréquence de ces doses, la durée de chaque série de traitement, la quantité totale de médicament introduite *par rapport au poids* du malade dans l'organisme de celui-ci, enfin l'intervalle dit « repos » entre les séries de traitement.

Mais le médecin doit bien connaître aussi les caractères cliniques assez particuliers de la syphilis excitée, pour parer aux inconvénients déjà survenus du fait des antécédents, de la négligence du malade, de la mollesse d'un premier médecin, etc...

1º *Activation passagère.* Elle s'observe d'habitude dans la syphilis récente et au début d'un traitement, dès les premières injections. C'est la réaction d'Herxheimer, observée par cet auteur sur les téguments, mais capable de se produire sur n'importe quel organe ou appareil. Elle peut se traduire par une poussée fébrile, par une simple accentuation de la séro-positivité, mais presque toujours, ce sont avant tout les lésions cutanéo-muqueuses qui s'exaltent. Elles se congestionnent, rougissent, se tuméfient, s'érodent, s'ulcèrent, se multiplient. Une roséole à peine visible devient une éruption profuse et repoussante, un chancre minuscule s'élargit et se creuse, des ganglions discrets deviennent gonflés et douloureux, des plaques muqueuses isolées s'étalent, confluent, prolifèrent. Tout cela est fort impressionnant mais ne sera que fugace, si le traitement indispensable est prompt et vigoureux.

Plus inquiétants encore, mais cependant temporaires aussi, sont les accidents viscéraux et nerveux, ictère, paralysie oculo-motrice, phénomènes encéphalo-méningés, albuminuries, etc, qui frappent par leur brutalité mais ne durent, ainsi que l'a montré Milian, que par insuffisance thérapeutique.

Si la syphilis est ancienne ou latente, une excitation médicamenteuse intempestive et timide peut être cause d'accidents qui seront sans gravité à la peau, mais pourront, localisés dans un viscère noble ou un centre nerveux, entraîner de lourdes conséquences.

Aussi doit-on recommander aux malades indociles ou de passage de ne pas se traiter eux-mêmes par quelques doses faibles, éparses, à intervalles non réglés, et consistant en comprimés d'arsenic pentavalent, pilules mercurielles, suppositoires, gouttes, sirops ou élixirs de traitement dissimulé absorbés par quelques unités, cuillerées ou gouttes, en ordre dispersé. Mieux vaut presque l'absence de traitement que ces fantômes thérapeutiques. (Bien entendu, qu'on ne nous fasse pas dire que ces traitements, s'ils sont corrects, sont inefficaces et méprisables).

2º *Activation persistante.* Au lieu d'un état fluxionnaire passager, l'exaltation durable de lésions déjà existantes ou l'apparition prolon-

gée de nouvelles lésions s'observe, parfois malgré un traitement en apparence bien réglé, à toute période de la syphilis.

A la période primaire, on assiste à l'accroissement de dimensions, d'induration, d'ulcération du chancre. La réaction ganglionnaire s'accentue en nombre, en volume, en périadénite parfois douloureuse. Le tréponème s'incruste en quelque sorte, et peut être mis pendant longtemps en évidence dans les tissus atteints.

A la période secondaire, les lésions cutanéo-muqueuses, si elles n'augmentent pas toujours en nombre, en étendue, en gravité de forme ou d'autres caractères, offrent une recrudescence locale au moins passagère (qui peut se reproduire à chaque injection), une ténacité toute spéciale.

La plupart du temps d'ailleurs, on assiste à une ou plusieurs poussées éruptives d'éléments nouveaux, abondants et qui ont souvent quelques particularités cliniques, que les éléments anciens peuvent également acquérir. Sur les muqueuses et demi-muqueuses, les syphilides érosives croissent et se multiplient. Souvent elles sont doublées ou remplacées par des plaques hypertrophiques saillantes « en pastille », nombreuses, foisonnant de tréponèmes et horriblement contagieuses. Elles prolifèrent non seulement au pharynx, à la langue, mais aux commissures labiales, dans toute la zone génito-anale, parfois même au rebord des narines, au creux axillaire, à l'interstice des orteils, multipliant ainsi les occasions et chances de contagion, même extra-vénérienne et chez les innocents. On ne peut donc sous-estimer leur importance clinique et pratique. A la peau le siège et l'aspect ont aussi quelques particularités. Pour le siège, face et segment distal des membres constituent le point spécial. C'est aux jambes, aux avant-bras que la syphilis cutanéo-secondaire exaltée fleurit le plus volontiers, ainsi qu'au visage, où elle atteint de préférence la lisière du cuir chevelu, le front, les plis naso-géniens, le pourtour des narines et de la bouche.

Les types les plus fréquents sont psoriasiformes, lichénoïdes, ulcéro-croûteux. Les éléments psoriasiformes, indispensables à connaître vu leur fréquence, sont des syphilides papulo-squameuses particulièrement larges et pouvant atteindre et dépasser un centimètre de diamètre. Entourées d'un halo érythémateux, recouvertes d'une forte squame feuilletée et nacrée, elles contiennent du tréponème, mais peuvent en confluant et en prédominant aux sièges psoriasiques, coudes, paumes, etc., en imposer pour du psoriasis vrai.

Les syphilides lichénoïdes d'activation peuvent, par leur abondance, leur rougeur, leur léger prurit, leur siège aux mains, à la face antérieure des avant-bras et des poignets, simuler le véritable lichen plan. Mais malgré leur allure miroitante, elles n'ont pas la régularité de plateau, le contour polygonal, l'unité de type de la papule lichénienne authentique. Elles sont souvent plus dures, plus pointues, plus squameuses, avec une squamule couronnant en panache de fumée ces volcans en miniature.

D'autres syphilides d'activation simulent l'impetigo et l'ecthyma. Un rappel de leur description manquerait d'intérêt, mais il est utile de souligner l'aspect en coquilles d'huître des croûtes du type rupia. Comme il peut arriver que la séro-réaction soit négative, l'allure est celle d'une syphilis maligne précoce. Mention est à faire de la tertiarisation de la syphilis qui est alors activée dans le temps et fait notamment sous l'action de l'arsenic des accidents tertiaires infiltrés, cuivrés, gommeux *avant* la fin de la période secondaire.

Il faut insister enfin sur le réveil ou l'excitation du tréponème à l'emplacement du chancre, qui donnent lieu à ces accidents secondo-tertiaires dits chancres redux ou syphilides chancriformes, qu'on a souvent pris pour l'accident primitif d'une nouvelle syphilis.

Quant à l'excitation des tréponèmes viscéraux, elle entraîne surtout des syndromes hépatiques et nerveux d'une grande difficulté de diagnostic, spécialement avec les accidents véritablement toxi-médicamenteux, ce qui ne simplifie pas la tâche du praticien, alors que précisément il est nécessaire, non de cesser le traitement pour arrêter une intoxication, dans un ictère par exemple, mais de le renforcer pour lutter contre une infection surexcitée.

A la période tertiaire l'activation fait surgir ou se prononcer toutes les formes de syphilides, qui prennent volontiers une allure tubéreuse, ulcéreuse, et serpigineuse extensive.

Les gommes s'accroissent, se multiplient, se ramollissent et s'ouvrent, ce qui a souvent plus d'inconvénients que d'avantages, notamment pour la perforation en divers sièges dangereux.

Quant aux diverses altérations viscérales, on sait, mais il n'est pas inutile de redire que, sauf nécessité d'urgence, elles ne doivent pas être l'objet de « coups de fouet » thérapeutiques inconsidérés. Il est possible au médecin d'éviter, avec un peu de discernement, des malaises, des accidents, voire des désastres : crises gastriques ou poussées de douleurs fulgurantes chez les tabétiques, crises d'angine de poitrine, graves troubles neurologiques, etc... Pour ces derniers, méningite, hémiplégie, névrite optique ne sont pas des exceptions à l'occasion de la reprise trop brusque d'une thérapeutique trop « intensive » chez les vieux syphilitiques restés longtemps sans traitement.

En face de ces catastrophes, la réactivation sérologique pure, qui intéresse les spécialistes et

les pathogénistes, n'a qu'une importance relative bien qu'elle puisse être l'indice d'une atteinte viscérale, pour le praticien.

Mais celui-ci doit bien savoir dans quelles conditions courantes il a le plus de chances de provoquer, et surtout *d'éviter* ces excitations médicamenteuses de la syphilis à toute période. C'est, exceptionnellement, par un traitement normal ; c'est, bien plus souvent, par un traitement déficitaire, qu'on provoque l'exaltation de la syphilis.

Traitement déficitaire. Le déficit peut tenir : à des doses trop faibles, à des séries trop faibles elles-mêmes, trop espacées, trop rares, enfin à un médicament lui-même déficitaire.

Les doses faibles représentent un gros danger en syphiligraphie. Mieux vaut ne pas soigner que soigner « au compte-gouttes ». C'est d'ailleurs souvent la faute du malade si les doses ne peuvent être correctement fournies, spécialement pour les intraveineuses d'arsenicaux trivalents. La dose d'un centigramme et demi par kilogramme doit pouvoir être atteinte et conservée rapidement et longtemps. Mais si le malade n'est pas exempt de tares organiques, n'est pas à jeun, ne prend aucun repos, ne vient pas régulièrement, prétend qu'il tolère mal les doses fortes (parce qu'il les appréhende, sans avoir de troubles effectifs), le médecin est impuissant ou ne se risque pas à faire les doses indispensables, et l'activation se maintient et l'arséno-résistance peut en outre se constituer et l'aggraver. Pour les arsenicaux trivalents, les petites doses des débuts de série peuvent se faire tous les deux, ou trois jours, et au moins tous les cinq jours. Cet intervalle, sauf incidents, peut même être conservé jusqu'à 0,75, parfois 0,90. Enfin la masse totale d'une série doit, comme l'a depuis longtemps montré Hudelo, dépasser 6 grammes, et l'intervalle entre les premières séries ne doit pas excéder quinze-vingt jours. Milian ne laisse même pas d'intervalles, mais alterne les médicaments. D'autres auteurs combinent les médicaments dans une série mixte, arséno-bismuthique par exemple. L'intervalle ci-dessus peut alors être respecté.

Pour le bismuth oléo-soluble, les doses de huit centigrammes trois fois par semaine sont courantes et peuvent même représenter un minimum au début.

Pour les intraveineuses de cyanure, dose de 1 centigramme et demi ou même deux centigrammes, et cinq injections au moins par semaine pour un traitement d'attaque. Série de 25-30 injections. Intervalle entre séries très bref, une semaine à dix jours.

Ceux qui, comme mes contemporains et moi, furent internes à Saint-Louis avant-guerre se souviennent d'un service où le traitement, uniquement par 914, ne dépassait jamais 0,60 par dose ni 3 gr. 60 pour la masse totale de la série, celle-ci n'étant en outre reprise qu'au bout de 6 à 8 semaines. Et l'on voyait, avec une terrible fréquence, arriver dans les services voisins, dès le vingt-cinquième ou trentième jour, des malades ultra-contagieux, aux muqueuses constellées de syphilides érosives ou hypertrophiques qui fourmillaient de tréponèmes. Ces accidents cédaient encore assez bien à un traitement plus énergique, car les arséno-résistances étaient encore relativement rares, mais ils ne contribuaient pas peu à maintenir le taux des contaminations.

Certains médicaments sont déficitaires. C'est le cas du mercure sous les formes employées autrefois ; mais c'est aussi le cas des arsenicaux pentavalents, employés même à des doses correctes, chez d'assez nombreux sujets qu'on ne peut discriminer d'avance.

Traitement normal. Enfin même avec d'autres produits, surtout avec les arsenicaux trivalents cette fois: on peut avoir affaire à une activation par « médicamento-résistance ». Sans entrer dans les détails pathogéniques, rappelons avec le Professeur Gougerot et Paul Blum que l'arséno-résistance (de beaucoup la plus fréquente) peut être incomplète (demi-arséno-résistance), complète mais sans excitation de la syphilis, complète enfin avec exaltation de celle-ci dont les manifestations, loin de céder et de disparaître avec la vitesse et la facilité habituelles, s'accentuent et s'aggravent.

La conduite à tenir consiste alors à cesser entièrement l'usage du produit arsenical, et à s'adresser, s'il s'agit d'une syphilis récente, au seul bismuth, lipo-soluble de préférence, à doses et fréquences suffisantes ; ou s'il s'agit d'une syphilis ancienne, à des cures mixtes ou alternées bismutho-hydrargyriques, en ajoutant ou intercalant s'il y a lieu des médicaments adjuvants, l'or par exemple ou, s'il s'agit de lésions gommeuses, l'iodure de potassium aux doses classiques.

En résumé, l'exaltation médicamenteuse, qui peut prendre bien des aspects, doit toujours être présente à l'esprit du médecin. Celui-ci y pensera au cas de traitements insuffisants incombant d'ordinaire au malade, au cas d'accidents rebelles à une thérapeutique d'apparence convenable. Il y songera aussi pour éviter la néfaste brusquerie d'accidents réactionnels, la néfaste lenteur ou inefficacité de traitements devenus (ou d'emblée) impuissants.

NEUROLOGIE DE GUERRE

Par le Docteur Henri SCHAEFFER

Médecin de l'Hopital Saint-Joseph

Le système nerveux obéit à cette loi de pathologie générale qui veut que les syndromes cliniques lésionnels que l'on observe, dépendent beaucoup moins de la cause qui les a déterminés, que du siège de la lésion elle-même, et du stade évolutif auquel on l'observe.

Toutefois, les atteintes du système nerveux central ou périphérique relevant de la pathologie de guerre, se présentent dans des circonstances assez spéciales, pour offrir à l'examen clinique un cachet particulier ; et c'est l'angle sous lequel nous désirons les envisager.

Nous étudierons successivement les atteintes du système nerveux périphérique, et celles du système nerveux central.

Système nerveux périphérique

Les blessures des nerfs périphériques résument tout le chapitre. Il a pour objet d'étudier comment se présente l'atteinte lésionnelle d'un nerf périphérique quel qu'il soit, qu'il s'agisse d'une contusion, d'une section complète ou incomplète.

L'examen de la blessure et la date à laquelle elle remonte sont à préciser. Elles peuvent montrer directement, ce qui est rare, la lésion du nerf intéressé lui-même, l'existence d'une compression locale.

A la phase de début, les phénomènes d'inhibition traumatique sont comparables à ceux que détermine la destruction du nerf. Toutefois, la paralysie immédiate dans un territoire déterminé témoigne en général d'une section nerveuse, et la paralysie non immédiate d'un e compression par un cal osseux le plus souvent.

Les douleurs dans le territoire intéressé apparaissent en général huit à dix jours après la blessure.

Quatre à six semaines après peuvent apparaître des fourmillements qui témoignent d'un début de régénération nerveuse. L'apparition de l'amyotrophie et de la réaction de dégénérescence sont toujours tardifs, et le plus souvent contemporains, vers la troisième ou la quatrième semaine.

L'examen clinique aura pour objet de rechercher d'abord l'*état de la motilité volontaire*, et de voir dans quelle mesure celle-ci est abolie complètement ou incomplètement dans un territoire déterminé.

Les réflexes ostéo-tendineux sont le plus souvent abolis. Parfois, ils sont inversés, quand les muscles agonistes sont intéressés et les antagonistes intacts au contraire.

L'examen direct pourra montrer l'*existence d'amyotrophie*, plus ou moins marquée si la blessure est assez ancienne, et des modifications du *tonus musculaire*. Il y a le plus souvent hypotonie, mais parfois hypertonie dans les syndromes irritatifs.

La contractilité mécanique est toujours augmentée, et il y a ainsi discordance entre l'état des réflexes idio-musculaires, et celui des réflexes ostéo-tendineux.

L'état des téguments est particulier. La peau est sèche, écailleuse et desquame ; les poils sont cassants (glossy-skin des Anglo-saxons). Les réactions sudorales normales sont supprimées.

Les troubles vaso-moteurs sont habituels, qui se manifestent tantôt par de la pâleur, tantôt par de la cyanose périphérique. Le membre intéressé est, en général, plus froid. Le réflexe pilo-moteur d'origine centrale est aboli.

Tardivement, on peut observer des troubles trophiques sous forme d'hypertrichose, de rétractions aponévrotiques, d'empâtement des gaines synoviales, de décalcification osseuse d'arthrite sèche.

L'examen objectif des sensibilités superficielle et profonde est de la plus haute importance. Une anesthésie complète et durable est le témoin certain d'une section complète. La persistance d'un certain degré de sensibilité témoigne d'une section incomplète ou d'une compression.

L'examen objectif du tronc nerveux doit être fait avec le plus grand soin. L'indolence du tronc nerveux à la palpation se rencontre dans les sections complètes ou les compressions simples. L'existence d'une douleur sur le trajet nerveux est le signe d'une irritation périphérique. L'apparition de fourmillements dans le membre qui témoigne d'une régénération cylindraxile prouve qu'il y a eu section. La présence de névrômes de régénération se traduit par des douleurs lancinantes, ou des élancements.

L'examen électrique peut, suivant les cas, montrer l'existence d'une R. D. complète, d'une R. D. partielle, et même d'une inexcitabilité du

nerf et du muscle. Parfois, on peut observer dans les névrites légères une réaction myasthénique d'épuisement, ou encore une réaction myotonique.

Il convient maintenant de tâcher de grouper les divers éléments sémiologiques réunis en quelques grands syndromes cliniques.

Syndromes d'interruption nerveuse. — Il est constitué essentiellement par : la paralysie immédiate ; la disparition complète du tonus ; l'amyotrophie associée à la réaction de dégénérescence; l'anesthésie dans le territoire intéressé ; l'absence de douleurs spontanées et de fourmillements ; l'existence de troubles trophiques.

Syndrome de compression nerveuse. — Il se traduit par une paralysie plus ou moins complète ; une amyotrophie plus ou moins rapide ; une conservation partielle du tonus musculaire ; une R. D. partielle ; une anesthésie de limite et de degré variables ; l'absence de troubles trophiques.

Syndrome de régénération. — Il se manifeste par deux grands signes : 1° l'existence de fourmillements spontanés ou provoqués par la pression, ou la percussion du nerf intéressé ; 2° le retour de la conductibilité nerveuse qui se traduit par la réapparition du tonus musculaire, le rétrécissement progressif du champ anesthésique, l'atténuation progressive de l'amyotrophie.

Syndrome d'irritation. — Il se manifeste par des douleurs plus ou moins vives, spontanées et provoquées, sur le trajet du nerf intéressé, et dans tout le territoire qu'il innerve ; et par des troubles trophiques plus ou moins importants suivant les cas.

Causalgie. — Décrite pour la première fois depuis longtemps par Weir-Mitchell, la causalgie se présente à peu près exclusivement dans les blessures du médian, du cubital et du sciatique, c'est-à-dire des nerfs qui possèdent en plus grande quantité des fibres sympathiques.

Des sujets n'ayant eu le plus souvent qu'une blessure assez minime, ne présentant pas de déficit moteur important, ni de troubles appréciables de la sensibilité objective, dans la mesure où il est possible de les rechercher, accusent dans le membre intéressé des douleurs extrêmement vives et vraiment insupportables. Ces douleurs ne sont pas apparues d'emblée après la blessure, mais peu à peu, progressivement, au point de devenir intolérables. Elles sont continues, mais avec des renforcements paroxystiques. Ce sont des douleurs indéfinissables, le plus souvent, à type de brûlure, sans localisation bien précise. Les crises douloureuses sont provoquées par l'examen du malade, par toutes les irritations périphériques, et même par certains facteurs psychogènes.

Les malades pour se soulager prennent les attitudes les plus bizarres, passent leur temps à passer sur le membre douloureux, des compresses humides. L'existence de la causalgie détermine en plus chez ces malades un état d'hyperémotivité et d'anxiété évident.

L'examen du membre montre, outre les douleurs, l'existence de troubles vaso-moteurs, qui se manifestent au pouls et à l'indice oscillométrique au Pachon, par une augmentation ou une diminution de cet indice. Suivant qu'il y a vaso-dilatation ou vaso-constriction, le membre algique peut présenter lui-même une pâleur ou une rougeur anormale.

L'origine de la causalgie nous échappe jusqu'ici. Elle se développe chez des sujets qui ont certainement une hyperexcitabilité anormale de leur système sympathique. C'est une algie traumatique du sympathique qu'il convient d'opposer aux algies du système cérébro-spinal.

Diagnostic. — Le diagnostic des blessures des nerfs semble évident. Pourtant dans certaines paralysies segmentaires laissant penser à une section complète d'un nerf, le diagnostic peut se poser avec une paralysie pithiatique. Nous n'avons pas l'intention de rappeler ici tous les éléments permettant de faire un diagnostic en général assez aisé. Il convient surtout de mettre le malade en défaut, et de se rappeler que les accidents pithiatiques apparaissent par suggestion et disparaissent par persuasion.

A ce propos, nous voulons rappeler brièvement l'existence *des troubles physiopathiques* décrits par Babinski et Froment, qui, si l'on peut ainsi dire, tiennent le milieu entre les troubles fonctionnels, et les accidents lésionnels.

Un sujet qui a présenté une contusion ou une blessure discrète siégeant souvent aux extrémités semblait devoir guérir complètement. Cependant, il persiste quelques troubles moteurs limités, qui s'accompagnent souvent d'hypertonie, et avec le temps s'exagèrent. Une amyotrophie localisée apparaît souvent rapidement, accompagnée de troubles vaso-moteurs et thermiques souvent très accentués, avec parfois une hyperidrose accentuée, de la vivacité des réflexes tendineux, des modifications des réactions électriques, des troubles trophiques de la peau, des phanères et des os. Fait remarquable une bonne partie de ces troubles disparaît souvent par le réchauffement.

Traitement. — Le traitement des blessures des nerfs donne des résultats très variables suivant le moment auquel on les observe, précocement ou tardivement. En cas de section ner-

veuse, la suture précoce donne d'habitude d'excellents résultats. Il en est de même de la libération du nerf si celui-ci est comprimé.

A un stade plus avancé, quand il existe de l'amyotrophie marquée et d'autres troubles trophiques, les résultats sont moins satisfaisants, mais la suture s'impose toujours.

S'il y a perte de substance nerveuse, il y aura lieu de faire une greffe, autogreffe ou hétéro-greffe, en utilisant un lambeau de tissu conjonctif conservé et stérile. Il semble que la seconde technique soit la plus adoptée actuellement, car pratiquement la greffe ne sert que de vecteur aux cylindraxes du nerf qui se régénère.

En toutes circonstances, un traitement physiothérapique associé s'impose, surtout dans les interventions tardives, sous forme de diathermie, de courant continu avec ionisation.

LES PRÉTENDUS MÉFAITS DE L'EXTRACTION DENTAIRE EN PÉRIODE AIGUE

Docteur Fernand PELLIER

Sauf dans les lésions dentaires limitées, qui peuvent être drainées ou mises à plat par un traitement simple, il convient de pratiquer, dans tous les cas compliqués, l'extraction de la dent causale.

Cette extraction assure le drainage et évite la propagation locale ou générale de l'infection.

Elle doit être pratiquée immédiatement, dans la période dite « à chaud ».

Les statistiques et notre expérience démontrent le bien fondé de cette indication thérapeutique.

Mais cette extraction doit être pratiquée selon certaines règles :

a) Pas d'anesthésie locale ni loco-régionale. Les infiltrations de substances anesthésiques et vaso-constrictrices diffusent l'infection, amoindrissent et frappent de stupeur les éléments de résistance, retardent la cicatrisation.

b) L'anesthésie générale au chlorure d'éthyle, anesthésie lente, donnée à la compresse et surveillée par un anesthésiste compétent, est la méthode de choix.

L'évipan sodique et les substances anesthésiques de base sont à étudier.

Si l'anesthésie est contre-indiquée, utiliser le « sommeil crépusculaire » chez les sujets dont le cœur et les reins ne sont pas trop touchés.

c) L'extraction doit être limitée à la dent, sans manœuvres de force, en évitant les dégâts alvéolaires et le traumatisme muqueux trop étendu ; toute action doit s'effectuer au contact de la dent.

d) Cette extraction, dans les cas compliqués, et notamment dans les ostéo-phlegmons, doit être suivie par une exploration de l'alvéole pour assurer un meilleur drainage de la collection.

e) Toutes ces manœuvres devront être précédées et suivies par un traitement approprié contre l'infection et, tout en soulignant le rôle possible des sulfamides, nous pouvons conseiller l'emploi du propidon de Delbet.

Nous pouvons, en toute conscience, affirmer que ces procédés, appliqués dans plus de trente cas d'accidents d'origine dentaire, n'ont abouti qu'à des guérisons rapides. Nous n'avons pas eu de complications ultérieures graves à déplorer.

Les méfaits de l'extraction de la dent à chaud, à condition que cette extraction obéisse à des règles précises, ne sont, dans la grande majorité des cas, qu'une tradition orale qui ne correspond pas à la juste et honnête réalité des faits (1).

(1) Thèse de Montpellier, 1939.

AU CHEVET DES PATIENTS

I

Le traitement de l'énurésie infantile

Rappel clinique

L'énurésie, ou incontinence nocturne essentielle d'urine, est une maladie de l'enfance, caractérisée par des mictions involontaires, survenant la nuit, sans cause apparente à un âge où, d'habitude, l'enfant a acquis le contrôle de son sphincter vésical.

Cette affection, sans gravité réelle, constitue une infirmité pénible, qui peut se prolonger jusqu'à l'adolescence.

Avant toute tentative thérapeutique, le Docteur **Bauffle** (1) estime que l'on doit s'assurer que l'incontinence est bien essentielle et ne reconnaît pas une cause qu'il serait possible de traiter. L'incontinence peut être symptomatique de diverses affections ou lésions : tuberculose rénale, calcul vésical, qui ne sont pas exceptionnels dans l'enfance ; spina bifida ; malformation génitale telle que l'hypospadias, le phimosis ; origine réflexe dans le cas de parasitisme intestinal, de végétations adénoïdes ; épilepsie larvée dont l'incontinence serait un équivalent ; hérédo syphilis qui, pour beaucoup, serait un facteur étiologique très important. En dehors de ces faits, existent des cas d'incontinence essentielle dont la pathogénie échappe : on sait seulement qu'ils sont plus fréquents chez des descendants de névropathes, eux-mêmes névropathes.

Le traitement comporte des règles d'hygiène générale, des essais médicamenteux, des médications locales.

Les données d'un traitement rationnel

Hygiène générale. — Une vie calme, réglée, disciplinée est d'autant plus nécessaire qu'il s'agit de sujets nerveux.

L'hydrothérapie, pour cette même raison, est toujours indiquée, sous forme de bains chauds, de bains de siège, de douches lombaires.

Le régime alimentaire sera mixte ; un régime trop carné donne des urines hyperacides ; un régime végétarien exclusif donne des urines alcalines ; ces réactions de l'urine, quand elles sont excessives dans un sens ou dans l'autre, favorisent l'incontinence. Il est utile de réduire la quantité de boissons, ou mieux de liquides (potages, bouillon, soupes) au repas du soir.

On évitera les menaces, les punitions qui rendent l'enfant plus irritable ; sous leur influence, il rêve qu'il va uriner et urine au lit.

Par contre, il est toujours très utile de réveiller le jeune malade à heure fixe.

Traitement médicamenteux. — Il est très important de déterminer la réaction des urines (mesure du pH au moyen de papiers indicateurs) et de corriger : soit l'hyperacidité par l'administration de bicarbonate de soude, soit l'hyperalcalinité par l'acide phosphorique.

Parmi les médicaments les plus utilisés, la belladone est prescrite depuis longtemps dans l'énurésie ; elle aurait pour action de diminuer l'excitabilité du muscle vésical ou du centre lombaire de la miction. On peut prescrire : la teinture (III gouttes par année), le sirop (préparation très active, dont on donne 1 gramme par année) ; l'extrait. La teinture semble la préparation la plus maniable ; il est, en effet, nécessaire d'adopter des doses progressives jusqu'à la limite de tolérance indiquée par la dilatation pupillaire et la sécheresse de la gorge. On peut utiliser dans les mêmes conditions une solution de sulfate d'atropine à 1/1.000 en débutant à II gouttes par année.

Les résultats du traitement belladoné sont inconstants. En cas d'échec, il est logique d'essayer un médicament dont les effets sont tout à fait opposés ; la strychnine qui serait active dans le cas de faiblesse, de parésie du sphincter vésical. La dose initiale de 1 milligr. de sulfate de strychnine doit être augmentée progressivement.

Physiothérapie. — Diverses méthodes ont été proposées :

a) La faradisation du col au moyen d'une olive métallique est douloureuse ; la faradisation transcutanée (un pôle au pubis, un pôle au périnée) est logique, mais peu employée.

b) L'injection périnéale de sérum physiologique

(1) Eléments de thérapeutique médicale. (1 vol. chez Chicandre, éditeur, Besançon, 1939.)

se pratique à un centimètre au dehors du raphé médian, à égale distance de l'anus et des bourses ; il faut injecter brusquement 40 à 60 c. c.

c) L'injection épidurale de sérum physiologique à la dose de 5 à 10 c. c. est une des méthodes les plus employées. On peut aussi injecter très lentement 5 à 10 c. c. de lipiodol. Ce traitement doit être renouvelé deux ou trois fois à un mois d'intervalle.

Les résultats de ces divers traitements sont inconstants, mais la guérison survient toujours à peu près d'elle-même à un moment donné.

II

SUR LA RÉTRACTION ATROPHIQUE DE LA VULVE A LA MÉNOPAUSE

Le Docteur **Clément Simon** attire l'attention sur une rétraction de la vulve, qui suit quelquefois la ménopause physiologique, ou même, chez de jeunes femmes, la castration chirurgicale. Il s'agit d'une atrophie, ou mieux d'un « dessèchement » de la vulve, auquel on donne par étymologie le nom de « kraurosis vulvæ ».

Cette lésion, évoluant sans complications, revêt un aspect clinique caractéristique : disparition complète ou à peu près complète des petites lèvres ; amaigrissement considérable des grandes lèvres, qui deviennent molles et comme vides au toucher ; diminution considérable du volume du capuchon du clitoris ; rétraction du clitoris, du vestibule, de la fourchette ; rigidité toute spéciale de tous les tissus vulvaires, qui sont lisses, dépourvus de glandes et d'une coloration jaune un peu bistre ; déglabration importante des grandes lèvres et du pubis. Si le processus atrophique, d'ailleurs très lent, permet d'introduire un spéculum, on est frappé par la pâleur de la muqueuse vaginale, de la muqueuse du col utérin, et aussi par l'aspect lisse du vagin, dont les plis sont effacés.

Cette atrophie peut aussi s'accompagner d'un état analogue de la muqueuse du voile du palais et de la voûte palatine.

Le kraurosis s'accompagne parfois de leucoplasie (k. leucoplastique ou blanc), soit de taches rouges, qui ne sont pas dues à l'inflammation, mais simplement à un développement anormal des vaisseaux, devenus d'ailleurs plus visibles à travers une muqueuse amincie (k. rouge, ou encore appelé improprement : k. inflammatoire).

En fait de traitement, l'étiologie du kraurosis semble imposer un traitement opothérapique ; mais celui-ci ne donne aucun résultat. Les extraits ovariens, les hormones diverses restent sans action sur les tissus atrophiés et sclérosés.

Les dilatations ne servent de rien ; si les femmes continuent à avoir des rapports, la fourchette se déchire. Il s'y forme d'abord une érosion, qui guérit si les rapports sont supprimés, qui reparaît quand ils sont repris. Ainsi, l'érosion se transforme en ulcération, d'abord curable, puis définitive, d'où l'ulcère simple, chronique de la vulve (1).

G. FISCHER.

L'OXYGÉNOTHÉRAPIE EN MÉDECINE MILITAIRE

Conclusions des Rapports présentés au *Xe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires* (Washington, 7-15 mai 1939) (2)

L'oxygénothérapie trouve des indications diverses en médecine et chirurgie militaires et en médecine d'aviation.

En médecine militaire, elle peut être employée dans la pneumonie, la grippe, chez les gazés (suffocants) et dans d'autres affections des voies respiratoires.

En chirurgie de guerre, on l'a préconisée dans la thérapeutique du choc, les complications pulmonaires post-opératoires, l'infection par microbes anaérobies (administration sous-cutanée, alors).

En aviation, son usage le plus important est dans la prévention de l'anoxémie, pendant les vols en hauteur.

Le Boothby et les appareils analogues utilisés pour son administration permettent une économie de consommation de ce gaz, aussi bien à l'hôpital qu'en avion — économie intéressante en raison du poids et des embarras de transport des bonbonnes d'oxygène.

P. L.

(1) *Le Bulletin médical*, 24 juin 1939.

(2) Pays rapporteurs : Belgique et Etats-Unis d'Amérique.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

La péritonite primitive à streptocoque

La péritonite primitive à streptocoque appartient à la famille des péritonites primitives, qui doivent succéder à un état septicémique ou bactériémique, sans que l'on arrive à reconnaître la porte d'entrée dans l'organisme. Celles-ci touchent souvent d'emblée toute la séreuse, ce qui est un élément de gravité. Au titre des péritonites primitives, cette péritonite à streptocoque s'apparente donc un peu à la péritonite à pneumocoque, qui est d'ailleurs beaucoup plus fréquente, mais aussi beaucoup moins grave. Cependant, tandis que la première nécessite une intervention précoce, la seconde gagne beaucoup à être refroidie ; la première a peu de tendance à la localisation, la seconde se localise volontiers ; leur comportement est donc différent.

Le Professeur Courty fait une étude de cette intéressante question ; il rappelle que l'on distingue trois formes cliniques : une forme très grave, septicémique, qui serait la règle ; une forme aiguë et une forme subaiguë avec localisation.

Dans la forme grave septicémique, au moins une fois sur deux, on note des phénomènes prémonitoires d'angine ou de courbature fébrile, suivies, ce qui est remarquable, d'une rémission, d'un intervalle libre de deux à six jours, pendant lesquels il semble y avoir convalescence vraie. Puis éclate le syndrome abdominal, qui devient vite angoissant, caractérisé par une disproportion entre les signes généraux d'infection et la banalité des signes abdominaux. Le malade a ressenti une douleur abdominale diffuse, sans localisation bien précise. Cette douleur est intense, mais supportable ; ce n'est pas la douleur atroce et brutale de la perforation gastrique qui cloue le malade sur place ; elle est moins localisée que dans l'appendicite où le maximum est généralement à droite. Elle s'accompagne souvent de diarrhée, alors que la constipation est la règle au début des péritonites, et que l'arrêt des matières et des gaz fait partie du tableau habituel de la péritonite en évolution. Le malade se plaint de céphalée, signe exceptionnel dans les péritonites, il a des frissons. La température est d'emblée très élevée 39°-40°5, le pouls rapide, 110-120, la tendance au collapsus cardiaque, précoce. A la palpation, le ventre est douloureux, contracté en totalité, il n'y a pas de points douloureux électifs précis. Les vomissements sont fréquents et deviennent rapidement porracés.

Le facies est grippé et légèrement cyanosé, avec herpès ; la respiration courte et rapide. La cyanose gagne les extrémités, le pouls devient misérable, filiforme, incomptable, le ventre se ballonne, la diarrhée devient profuse, et le patient meurt en 4 ou 5 jours dans le collapsus cardiaque, l'hypothermie et le coma. Cette forme est celle qui a été le plus souvent observée.

La forme aiguë, moins fréquente, est également sévère, mais curable. Ici, les phénomènes généraux des toxi-infections existent encore, mais ils ne dominent pas d'aussi haut que dans la forme précédente les phénomènes abdominaux, qui sont vraiment au premier plan. Le tableau péritonéal est au complet. Douleur abdominale violente, contracture étendue de la paroi, vomissements, facies péritonéal. Mais la température est d'emblée très élevée, aux environs de 40°, le pouls est rapide, 110-120. Il y a de la céphalée, de la diarrhée, parfois de petits frissons. Autant de signes qui la différencient des péritonites de cause locale. Ici, on n'observe ni agitation, ni délire, ni dyspnée, ni cyanose.

Cette forme peut également se terminer par la mort, si l'on n'intervient pas à temps. Dans les cas favorables, après deux ou trois jours, on voit apparaître une légère amélioration de l'état général, les vomissements cessent, la diarrhée se ralentit, la température décrit des oscillations, on peut même observer des signes de localisations péritonéales.

La forme subaiguë est rarissime. L'infection péritonéale a d'emblée une tendance à la limitation ; et il en résulte en un point de l'abdomen une collection purulente.

Le diagnostic différentiel s'impose : 1° avec la péritonite à pneumocoque ; l'état général diffère d'emblée dans les deux cas ; 2° avec l'appendicite aiguë ou, même dans les formes très graves, le début reste franchement abdominal ; 3° avec les péritonites par perforation viscérale, qui débutent par un shock péritonéal, sans toxi-infection généralisée.

Le traitement de la péritonite à streptocoque est essentiellement chirurgical ; on devra, en outre, lutter contre les phénomènes généraux et contre la streptococcie (sérum de Vincent à haute dose, 50 à 100 c. c. par jour en injections intraveineuses) ; chimiothérapie. (*Jour. des Sc. médicales de Lille*, 7 mai 1939.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 25 octobre 1939

Séance consacrée à la lecture, par M. SORREL, de trois rapports, et à la fin de la discussion sur le *traitement des blessures cranio-cérébrales par projectiles.*

Amputation des membres à l'anesthésie locale

Le premier rapport de M. Sorrel concerne un travail de M. BRETON, de Pontoise, relatif à l'amputation des membres à l'anesthésie locale, méthode qui pourrait trouver des indications en chirurgie de guerre, chez les blessés gazés par exemple, l'anesthésie par inhalation offrant ici de graves inconvénients.

M. Breton a acquis une assez large expérience de cette question, ayant pratiqué à ce jour plus de cinquante amputations sous anesthésie locale. Il signale deux points de technique à considérer : d'abord, la quantité énorme de solution anesthésiante qu'il faut employer (plusieurs centaines de cent. cubes de solution de novocaïne-percaïne). Il n'a jamais observé d'accident toxique en prenant les précautions suivantes : éviter toute injection dans la lumière des vaisseaux, placer un garrot pour limiter la résorption, ne pas suturer le moignon (ce qui permet l'évacuation de l'excès de solution). Le deuxième point de technique est précisément cette absence de suture du moignon.

L'amputation des membres à l'anesthésie locale est, d'ailleurs, connue d'assez longue date. Elle ne s'est pas répandue plus largement par crainte d'une anesthésie insuffisante. M. Breton a toujours, dit-il, obtenu une indolence complète en injectant une quantité suffisante de solution anesthésiante, en faisant les injections plan par plan et en n'opérant qu'après un temps d'action de la novocaïne-percaïne.

M. Sorrel présente ensuite deux autres rapports : 1° sur un travail de M. ESTRADE, de Toulouse, intitulé : *Luxation en arrière des quatre derniers métacarpiens* ; 2° sur un travail de MM. CLIMESCO, SARBU et SAINT-ROMAN ayant pour titre : *Tumeurs osseuses à cellules géantes traitées par évidement et greffe osseuse totale.*

Traitement des blessures cranio-cérébrales

La discussion sur le traitement des blessures du crâne et du cerveau par projectiles s'est terminée par une intervention de MM. de Martel et Clovis Vincent, qui ont répondu aux observations faites à propos de leurs rapports.

On a objecté la difficulté en période active de guerre, lorsque les blessés sont nombreux et les évacuations difficiles, d'appliquer la conduite préconisée par les neuro-chirurgiens. M. de Martel répond qu'il n'a jamais songé à dire que la technique des neuro-chirurgiens pourra toujours être mise en œuvre. Ce que peuvent faire les chirurgiens de l'avant, dans les grandes offensives militaires, est fonction des circonstances, mais la méthode neuro-chirurgicale, lorsqu'elle sera applicable, permettra d'améliorer grandement le pronostic des blessures cranio-cérébrales par projectiles. L'expérience neuro-chirurgicale peut s'acquérir auprès des chirurgiens qui en possèdent bien la technique. A la liste des neuro-chirurgiens de carrière qu'il a donnée dans son rapport, M. de Martel ajoute les noms d'autres neuro-chirurgiens expérimentés : M. Massé, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, M. Delmas-Marsalet, également agrégé et médecin des hôpitaux de Bordeaux, M. Morin, de Metz.

Dans le but d'équiper de nouveaux centres de neuro-chirurgie, M. de Martel a alerté les fabricants d'instruments de chirurgie, et il a recueilli déjà les sommes suffisantes pour trois outillages complets. Cette instrumentation est d'un prix assez élevé.

M. Clovis VINCENT estime que grâce à la neuro-chirurgie actuelle, on doit faire mieux que ce qui a pu être fait durant la dernière guerre. L'objection que le temps manquera pour cette chirurgie spéciale ne saurait être retenue. On peut trouver le temps de traiter les plaies du cerveau, là où on le trouve pour traiter les plaies intestinales. Pour montrer le contraste entre les résultats des méthodes anciennes de traitement des plaies cranio-cérébrales et ceux des méthodes actuelles de neuro-chirurgie, M. Clovis Vincent présente trois malades : le premier (accident d'automobile), traité par les méthodes anciennes, reste porteur d'une grosse hernie cérébrale ; les deux autres (blessures par balles de revolver), traités par la technique neuro-chirurgicale, sont dans un état de guérison très nettement supérieur, sans bourgeon herniaire, n'ayant que de minimes cicatrices. La valeur sociale de ces malades, en particulier, est très différente. Le second des blessés par balle de revolver, rendu aveugle par ses blessures — il avait tenté de se suicider parce que ses affaires allaient mal — a pu malgré cela rétablir sa situation commerciale, par une meilleure appréciation des choses : double résultat, chirurgical et psychique !

P. LACROIX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Sulfamidothérapie dans les affections rhumatismales

(MM. F. COSTE, M. GAUCHER, M. MORIN et G. GUIOT ; 28-4-1939)

Les auteurs ont employé la sulfamidothérapie dans différents cas de rhumatisme. Son action a été démontrée efficace, grâce à des doses élevées d'ailleurs bien tolérées par les malades en question, dans le rhumatisme gonococcique subaigu ou chronique, alors que la grosse majorité des observations publiées jusqu'à ce jour concernaient des arthritesblennorragiques aiguës. Dans les spondyl-arthrites ankylosantes, gonococciques ou non, la sulfamidothérapie donne des perspectives très encourageantes ; elle est habituellement bien supportée. On note des résultats variables dans différentes autres affections rhumatismales.

Ce qu'il faut retenir cependant c'est l'utilité des injections locales de sulfamidés, portées directement *loco dolenti*, soit dans une jointure (arthrite isolée d'une cheville), soit sur le périoste ou dans les parties molles (talalgie, douleurs intercostales ou paravertébrales). Les succès ont été parfois brillants ; dans une arthrite isolée, il y a souvent avantage à y recourir d'emblée (injections intra-articulaires) ; dans les spondyloses, à encadrer le rachis et les sacro-iliaques par des dépôts sulfamidés ; dans les hydarthroses et polyhydarthroses, à traiter localement la jointure ; dans les algies de toutes sortes à injecter *loco dolenti* (à condition bien entendu qu'il ne s'agisse pas d'un tronc nerveux qu'irriteraient les solutions assez concentrées actuellement en usage).

Polyradiculo-névrite aiguë extensive avec dissociation albumino-cytologique apparue au décours d'une rougeole. Guérison rapide sans séquelles

(MM. LENÈGRE et G. DELAIR ; 28-4-1939)

Au cinquième jour d'une rougeole jusque-là normale, un jeune garçon de douze ans, indemne de tout passé pathologique notable, est atteint d'accidents nerveux, brusques et divers : indifférence et hébétude ; céphalée, photophobie et raideur légère de la nuque ; douleurs et contractures vertébrales intenses ; paralysies flasques généralisées avec aréflexie tendineuse et troubles sensitifs ; troubles bulbaires avec paralysie de la phonation, de la mastication, de la déglutition et de la respiration. Pendant une semaine, l'évolution, quoique totalement apyrétique, est dramatique, émaillée de phénomènes respiratoires inquiétants (asphyxie, encombrement trachéo-bronchique) et de manifestations cardio-vasculaires (tachycardie sinusale, poussée hypertensive prédominant sur la pression diastolique. La ponction lombaire, faite tardivement, montre une dissociation albumino-cytologique. La guérison est obtenue rapidement, sans séquelle notable, bien que la situation ait pu paraître à certains moments désespérée.

A titre indicatif, voici le traitement qui a été mis en œuvre : abcès de fixation, injections intraveineuses d'une solution iodée d'héxamétylène-tétramine ; injections intra-musculaires répétées d'analeptiques cardiaques, de caféine et de lobéline. Ce dernier médicament, administré à hautes doses (3 milligrammes toutes les deux heures pendant deux jours, puis 1 centigramme toutes les trois heures pendant quatre jours), semble avoir eu une influence heureuse sur les troubles respiratoires.

Cette observation montre que la polyradiculo-névrite est une complication nerveuse exceptionnelle de la rougeole ; la diffusion de la radiculo-névrite aux nerfs cranio-bulbaires est une éventualité moins rare. La généralisation des paralysies et la gravité apparente des troubles bulbaires contrastent avec la régression rapide des accidents : six semaines après le début neurologique, l'enfant put faire ses premiers pas, et, à la fin du deuxième mois, les réflexes tendineux avaient réapparu. Ces faits conduisent à penser que l'atteinte nerveuse, si elle avait été étendue, avait été légère.

La cinélyse dans les néphrites chroniques azotémiques

(MM. M. VILLARET, H. BÉNARD, L. JUSTIN-BESANÇON et Mlle A. ABADI ; 28-4-1939)

L'allongement de la cinélyse, dans les néphrites chroniques, présente un triple intérêt : 1° clinique : les modifications hématologiques sont l'apanage des néphrites chroniques azotémiques et ne s'observent pas au cours des néphrites aiguës ; 2° pronostic : les observations de cinélyse confirment la signification péjorative attribuée par Widal à l'anémie des azotémiques et ses rapports avec l'élévation du taux de l'urée dans le sang. « Pour peu qu'elle (l'anémie) se montre tant soit peu accentuée chez un sujet atteint de néphrite chronique, on peut affirmer à coup sûr, à l'avance, que l'examen du sang montrera une élévation du chiffre de l'urée plasmatique au-dessus de la normale ; 3° pathogénique : dans la néphrite chronique l'augmentation de la cinélyse est fondamentalement liée à une propriété du plasma retentissant secondairement sur le globule rouge. Cette notion concorde avec ce que nous savons de la formule sanguine normale et du fonctionnement de la moelle osseuse dans les néphrites chroniques.

Il faut cependant se garder de conclure par des aperçus théoriques sur l'augmentation de la cinélyse considérée comme un processus de défense contre l'hémolyse chez les azotémiques. On peut penser, en effet, que la mesure de la cinélyse, tout comme celle de la résistance globulaire, ne fournit qu'une image bien imparfaite de ce que peut être l'hémolyse *in vivo*.

G. F.

THÉRAPEUTIQUE

Quelques rappels utiles sur la médication bromurée

Par le Docteur FAGOT

S'il est une médication qui soit utile dans la période que nous vivons, c'est bien la médication calmante. Or, parmi les médicaments qui ont une action sédative, quel est celui qui peut se comparer aux bromures. Mais quel bromure allons-nous utiliser ? Le moins toxique et le plus maniable, puisque c'est le seul ion Br qui agit et que l'efficacité des bromures est de ce fait à peu près égale pour tous. Les bromures de Ca, de NH_4, etc., sont peu maniables et bien rarement utilisés. Le bromure de K que Charcot préconisait jadis à forte dose et selon une courbe sinusoïde contre l'épilepsie entraîne au maximum les accidents connus sous le nom de bromisme :

Intolérances gastriques avec gastralgie par action directe du bromure de K sur la muqueuse de l'estomac.

Dermatoses rebelles, érythème ou acné, cette dernière étant de beaucoup la plus ennuyeuse pour l'esthétique.

Dyspnée asthmatiforme.

Bradycardie avec hypotension. Ce dernier signe dû à l'action dépressive très nette du bromure de K (action due au K sur le cœur) en empêche l'emploi chez les vieillards, chez les hyposystoliques, chez les urémiques et également dans toutes les maladies infectieuses qui, comme on le sait, touchent souvent la fibre myocardique.

Le bromure de Na, au contraire, et c'est la raison qui doit toujours le faire préférer, ne présente aucun de ces inconvénients tout en ayant une efficacité aussi grande. Il n'irrite pas la muqueuse gastrique et surtout n'est pas un dépresseur cardiaque. D'autre part son action est plus lente, plus progressive et plus stable. Notons que sa déliquescence empêche de l'ordonner en cachets. Les indications en sont bien connues :

1° Dans l'épilepsie où des doses moyennes longtemps poursuivies éloignent, puis font cesser les crises. On sait qu'il ne faudra jamais les supprimer brusquement de crainte de déclencher alors des crises subintrantes réalisant l'état de mal.

2° Dans les convulsions infantiles, dans la chorée, les tics, l'énurésie, la coqueluche à la période des quintes.

3° Dans les dyspepsies nerveuses, dans la tachycardie d'origine nerveuse.

Quotidiennement d'ailleurs nous avons à le conseiller à toute une catégorie de malades, de plus en plus nombreux de nos jours ; les insomniques chroniques ou passagers souvent anxieux et irritables. Le bromure de Na amène chez eux un sommeil tranquille avec un réveil sans histoire et c'est là, pour le médecin comme pour le malade, un de ses plus beaux fleurons.

Nous l'utilisons toujours sous forme de Sédobrol Roche, médicament bien connu et fort pratique : ce sont des tablettes de bouillon végétal concentré, dosées à 1 gr. de bromure de sodium parfaitement pur et non salé. On fait dissoudre la tablette dans une tasse d'eau chaude et l'on obtient ainsi une boisson parfaitement agréable à prendre. Ses avantages sont les suivants : achloruré, mais de goût salé, son efficacité en est augmentée (les travaux de Huchard et Fiessinger sur le rôle du régime déchloruré dans l'efficacité d'une médication bromurée sont présents à toute mémoire). D'un goût agréable, il peut être facilement pris par des enfants délicats, enfin le bromure y est dissimulé et peut être ainsi donné même à l'insu du malade.

Les doses seront d'une tablette par jour chez les enfants, de 2 et même 3 tablettes chez l'adulte : ce que nous avons dit plus haut montre que ces doses peuvent être impunément renouvelées aussi souvent que le besoin s'en fera sentir.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TRAVAUX ORIGINAUX

Bulletin de l'Actualité

LA MOBILISATION DU CORPS MÉDICAL

Ils sont nombreux ceux d'entre nous qui, ayant déjà fait l'autre guerre, se retrouvent sous l'uniforme, pour la deuxième fois, après avoir abandonné foyer, situation, clientèle. Ils retrouvent aux armées des confrères plus jeunes encore, à leur première expérience, et tous soutenus par l'espoir d'une victoire totale, sont bien décidés à empêcher le pillage de leurs clientèles, et à faire valoir des droits que le sacrifice qu'ils font actuellement, leur donne. Aucun d'eux ne saurait permettre que la place qu'il a laissée vide soit aussitôt prise par un réformé ou un étranger, non soumis à des obligations militaires.

Cet état d'esprit qui est celui du médecin mobilisé, il semble qu'il ait été compris en haut lieu, et que ce soit précisément pour éviter de voir un pareil scandale, qu'on ait songé à faire la réquisition civile du Corps médical.

Il est bien évident qu'avec la guerre actuelle où tout un pays se dresse pour barrer la route à un envahisseur, et empêcher qu'une race exerce sur les autres son hégémonie, il est bien évident que chacun dans la mesure de ses moyens doit servir. Quiconque est valide doit mettre ses forces au service du pays, sans chercher à se soustraire à des obligations qui sont les mêmes pour tous. Le médecin qui ne peut être utilisé aux armées doit être utilisé à l'arrière, il a sa place marquée dans la défense passive ou auprès des populations qui manquent de soins médicaux. Il ne saurait s'agir ici de commodités ou de bon vouloir, les médecins aux armées, quels que soient leurs titres, leur âge, leur compétence, obéissent à une discipline établie en vue d'assurer les meilleurs soins aux blessés et aux malades de la guerre ; il faut que ceux qui ne sont pas sous l'uniforme, comprennent qu'ils ont des obligations analogues, vis-à-vis des populations civiles exposées aux bombardements, aux épidémies, aux maladies et aux risques occasionnés par la guerre.

Il ne saurait s'agir ici de fonctionnarisation. J'ai toujours, en temps de paix, assez combattu cette formule, pour n'être point suspect de la favoriser : il s'agit de servir au mieux les intérêts du pays, de mettre de côté ses commodités et ses aises et de réaliser un véritable service civil, sans tirer profit de l'absence du voisin.

Je me suis laissé dire que nous voyons réapparaître à 25 ans de distance les réformés et les étrangers de 1914, qu'ils espèrent retrouver les belles années, où sans concurrence ils pouvaient prospecter des clientèles importantes ; il faut dès les premières semaines d'un conflit qui menace de durer, leur montrer que la liberté ne leur en sera point laissée. En restreignant leur liberté d'exercice, ce sont les intérêts baucoup plus intéressants de ceux qui font tout leur devoir que l'on défend, et pour cela nous comptons sur ceux qui ont mission de défendre le vrai médecin de France pour le faire. Nous comptons que nos syndicats, nos groupements corporatifs ne se feront pas les défenseurs de ces confrères peu intéressants qui trouvent moyen d'exercer entre une naturalisation et une réforme ; une répartition judicieuse permettra de les mettre à la place qu'ils doivent occuper, pour être utiles au pays et le servir dans la mesure de leurs moyens.

La réquisition civile qui se fait chez nous pour la première fois, constitue une véritable révolution, dans nos habitudes médicales ; elle était nécessaire. Sans elle, nous allions voir les villes importantes, les gros centres industriels envahis de médecins venus de partout, alors que tant d'autres régions où se sont réfugiés des femmes et des enfants seraient privés des soins médicaux indispensables.

La réquisition civile doit être étudiée avec soin pour satisfaire aux besoins du territoire, et assurer à chacun des soins médicaux.

J'ignore si avec la guerre actuelle, la France se couvrira de formations sanitaires comme en 1914, si dans le plus petit pays il y aura un hôpital et des blessés. Je ne le crois pas. Je veux penser que la localisation des choses de la guerre à une partie du pays sera possible, et qu'une zone seu-

lement recevra les blessés des armées. La réalisation sera facile si nous évitons les batailles meurtrières comme le furent les batailles de la Marne et celles de Verdun, elle sera encore plus simple si nous portons tout l'effort militaire en pays ennemi.

On pourrait alors considérer dans le pays deux zones, l'une militaire où la majorité des médecins seraient militaires, où les confrères civils donnant des soins et restés chez eux seraient la minorité, l'autre civile où la majorité serait formée par les médecins non mobilisés et où les militaires seraient en petit nombre groupés dans quelques formations du territoire.

Chacune de ces zones, relevant au point de vue sanitaire d'une direction différente aurait cependant des obligations communes vis-à-vis des malades et des blessés.

La tragédie qui se joue dans le monde peut être considérée comme la fin d'une époque de vie facile dont le médecin a encore bénéficié jusqu'à ces dernières années. Sa situation de gardien de la santé publique en lui donnant des droits lui crée des obligations qui deviennent en temps de guerre un devoir social ; en établissant la réquisition civile du Corps médical, on a voulu précisément lui marquer la place importante qu'il occupe dans la défense de la vie de toute la nation ; nous nous honorerons en facilitant son établissement et en participant chacun à cette véritable mobilisation de tout le Corps médical.

Dr RAPHO.

LA GRANDE PITIÉ DES MÉDECINS AUXILIAIRES MOBILISÉS

I. Leur solde insuffisante

Un de nos jeunes confrères, mobilisé comme médecin auxiliaire, nous écrit que sa solde journalière est exactement de 3 fr. 80. Pour un célibataire cela représente le journal quotidien et quelques cigarettes. Pour un homme marié et père de famille, cela représente une impossibilité absolue de subvenir aux besoins des siens.

Il peut, c'est vrai, demander à la mairie de son domicile, l'allocation familiale. Ce n'est pas une démarche agréable à faire, et d'ailleurs la mairie l'accueillera-t-elle ?

Quels que soient les textes et les règlements (nous sommes en train de réunir un e documentation précise à ce sujet), l'autorité militaire ne pourrait-elle envisager de se montrer plus généreuse à l'égard de ceux que le Professeur Forgue appelle « l'échelon humble, mais essentiel de la chirurgie de guerre ».

II. Ceux qui, en raison de leur présence au front, ont laissé passer le délai des dispenses de la soutenance de thèse

Nous recevons la lettre suivante :

Un fidèle lecteur s'adresse à vous qui avez toujours défendu les intérêts du Corps médical.

Nous sommes plusieurs médecins auxiliaires, au front, dans les formations de l'avant, qui n'avons pu, par suite des circonstances, passer notre thèse. Etudiant en fin d'études, je comptais présenter la mienne à fin novembre. Or, un jour, un blessé me prête son journal, article rare à cette époque dans les lignes. Il y était publié un décret autorisant les étudiants mobilisés, ayant obtenu avant le 17 septembre l'imprimatur, à être sacrés docteurs en médecine au bout d'un certain temps. Tous les étudiants intéressés, qui se trouvaient dans les formations de l'arrière, ont pu profiter de ce décret dans les limites voulues.

Ils pourront ainsi être nommés sous-lieutenants. Mais — et je ne suis pas le seul dans ce cas — je n'ai pu avoir lecture de cette nouvelle que bien trop tard — le 29 ou le 30 septembre — les circonstances ne me permettant pas d'avoir tous les jours un journal.

Je n'ai pu donc bénéficier de la tolérance accordée.

Ne pourrait-on pas proroger ce décret en faveur des étudiants ayant appartenu à des formations de l'avant et dans des limites suffisantes pour qu'ils puissent tous en avoir connaissance ?

Autrement nous risquons de ne pouvoir être nommés officiers et nous nous trouverons de ce fait défavorisés vis-à-vis de ceux que le sort éloigna du danger.

Ne pourriez-vous pas intervenir en notre faveur, cher Journal ! Soyez assuré de notre reconnaissance envers vous.

N. D. L. R. — *La demande de notre jeune confrère est parfaitement justifiée, et le* Concours Médical *se propose d'intervenir prochainement à ce sujet auprès des Pouvoirs publics.*

LA DÉFENSE DES INTÉRÊTS DES MÉDECINS MOBILISÉS

Une heureuse initiative syndicale

Sous l'impulsion de son dévoué président le Docteur Cosse, de Tours, le Syndicat médical d'Indre-et-Loire a organisé, avec les services de la Préfecture, un service médical dans tout le département. Il a été tenu compte des besoins de la population, laquelle s'est trouvée accrue du fait des évacuations ; il a fallu également pourvoir au remplacement des médecins mobilisés, alors que certaines localités seraient désormais privées de tout secours médical. Il convenait enfin de sauvegarder les intérêts légitimes des mobilisés, pour qu'à leur retour des armées, ils ne trouvent pas la place prise par un non-mobilisé.

Certes, le décret-loi du 11 septembre 1939 donne au ministre de la Santé publique le droit de réquisitionner tout médecin qui n'a pas été mobilisé et de l'affecter au service médical d'une localité.

C'est pour éviter les arbitraires, les mauvaises répartitions, c'est pour concilier tous les intérêts en présence, sans oublier les desiderata du Corps médical que le Docteur Gosse et son Syndicat ont organisé, avec la Préfecture, un service médical civil, qui a été porté à la connaissance de tous les médecins du département par la circulaire suivante, dont nous donnons des extraits :

Après étude minutieuse des besoins de la population, le département a été divisé en secteurs médicaux qui ont été établis en tenant compte des habitudes locales, de la géographie de la région, du désir de laisser à la population civile des médecins connus d'elle et, je puis vous l'affirmer, de la volonté de sauvegarder, après la mobilisation, les intérêts des membres du Corps médical, mobilisés ou non mobilisés.

Il est possible que des observations puissent être faites sur la composition de ces secteurs, mais les contingences dont il a été nécessaire de tenir compte et qui peuvent vous échapper en sont la cause et je vous demande de ne pas vous y arrêter.

M. le Préfet, confiant dans le patriotique dévouement des médecins non mobilisés, espère que la constitution de ces secteurs sera acceptée par chacun de nous et j'insiste personnellement pour que vous répondiez à sa confiance en vous engageant spontanément à assurer, avec votre dévouement et votre conscience habituels, le service médical dans le secteur prévu, en ce qui vous concerne et qui comprend les communes suivantes : .....

Il est bien entendu que l'exercice de la médecine reste absolument libre et notamment que vous aurez le droit absolu de répondre à l'appel des clients que vous pouvez avoir en dehors des communes ci-dessus désignées.

Ce qui vous est demandé, c'est d'assurer, soit seul, soit en collaboration avec les confrères non mobilisés exerçant dans la même commune que vous, si toutefois il en existe, les besoins médicaux de la population de ce secteur.

M. le Préfet et moi-même, convaincus que dans la période anxieuse que nous traversons, vous tiendrez à « servir » le pays par tous les moyens en votre pouvoir, espérons que vous accepterez bénévolement la mission qui vous est offerte.

J'insiste pour que vous répondiez à cette confiance en écrivant au Préfet, dans le plus bref délai, pour l'informer de votre acceptation de soigner la population des communes ci-dessus indiquées et que je vous prie de rappeler nommément dans votre lettre.

Il est indispensable, en raison de l'urgence des décisions à prendre, que votre acceptation parvienne à la Préfecture dans la huitaine pe la réception de cette lettre.

Soyez assuré, mon cher confrère, de mes sentiments les meilleurs.

Le Président du Syndicat médical,

Dr Cosse.

Ainsi, le Docteur Cosse et son Syndicat sont parvenus à substituer à la réquisition brutale et impérative, dont le Préfet d'Indre-et-Loire avait le droit d'user, en vertu du décret-loi du 11 septembre 1939, un système plus souple, ayant comme base le libre consentement des médecins. Le Préfet a donc, de cette manière, la possibilité d'inscrire au regard du nom de chaque commune du département, le nom du ou des médecins qui se seront engagés à en assurer le service médical.

Bien entendu ces praticiens sont priés d'accepter les modifications qui pourraient survenir dans le plan actuel. Des démobilisations peuvent faire rentrer certains confrères dans leurs foyers, d'autres, âgés ou malades, se verront contraints à cesser l'exercice de la profession. Il faudra combler des vides, si ces derniers venaient à se produire dans les rangs des médecins civils.

D'autre part et dans le but de protéger le Corps médical du département, le Président du Syndicat a obtenu des services de la Préfecture que lorsqu'un praticien se présentera pour faire enregistrer son diplôme, aux fins d'exercer, sans être suspect d'exercice illégal, les bureaux de la Préfecture en informeront le Syndicat, pour avis. La condition impérative, pour que cet avis syndical soit favorable, c'est que ce nouveau médecin s'engage à s'entendre avec un médecin mobilisé, ou avec la famille de ce dernier, pour le remplacer dans son poste dans des conditions à débattre entre eux.

Ainsi nos confrères mobilisés d'Indre-et-Loire ne se voient pas privés brusquement de tout

bénéfice dans le produit d'une clientèle qu'ils avaient constituée après des années de labeur et de dévouement.

D'autre part, il est de toute justice que le nouveau venu , qui bénéficie ainsi d'une clientèle créée par le mobilisé, puisse indemniser celui-ci des avantages qu'il trouve dans une clientèle toute faite et souvent importante, dès le premier jour de son entrée en fonctions.

Les seules conditions que le Président du Syndicat d'Indre-et-Loire réclame, en dehors des conventions librement consenties et conclues entre le praticien mobilisé et son remplaçant, c'est que ce dernier soit de nationalité française, qu'il présente des garanties professionnelles suffisantes, qu'il s'engage à ne pas exercer la médecine après la cessation des hostilités, dans un rayon de 50 kilomètres et enfin qu'il prenne l'engagement d'honneur de ne faire connaître à qui que ce soit ce qu'il aura pu constater et connaître sur la nature et l'importance de la clientèle du médecin qu'il remplace.

Au cours d'une Assemblée générale que le Syndicat a tenue le 26 septembre 1939, le Président informa les confrères présents de toutes ces conditions et les pria instamment de faire savoir aux médecins mobilisés, dont ils peuvent avoir l'adresse, qu'il possède une liste de médecins disposés à faire des remplacements dans ces conditions. Il se tient prêt à mettre ces médecins en rapport soit avec les mobilisés, soit avec leur famille.

Il pria également les confrères mobilisés qui, avant leur départ, ont pris la précaution de se faire remplacer, de l'en avertir en lui indiquant le nom de leur remplaçant, afin que ce dernier puisse être avisé des communes qu'il devra desservir, conformément à l'engagement qu'il devra prendre vis-à-vis de la Préfecture.

Finalement l'ordre du jour suivant a été voté :

« Les médecins non-mobilisés du département d'Indre-et-Loire, réunis en Assemblée générale extraordinaire le 26 septembre 1939, décident, à l'unanimité, d'apporter le concours le plus étendu et le dévouement le plus entier à tous les besoins du service médical de la population civile de Tours et de toutes les communes du département, pendant la durée de la guerre.

« Ils tiennent à rassurer de la façon la plus complète ceux de leurs concitoyens qui pourraient craindre que le départ de nombreux médecins mobilisés les prive des soins médicaux dont ils pourraient avoir besoin.

« Ils font confiance à leur Président pour collaborer avec l'administration préfectorale à l'organisation du service médical de la population civile du département.

« Ils adressent l'expression de leurs reconnaissance et leurs remerciements à M. le Préfet d'Indre-et-Loire pour le bienveillant intérêt qu'il veut bien témoigner au corps médical de Touraine, en acceptant les suggestions de leur Président, suggestions uniquement inspirées par le souci d'assurer le meilleur service médical à la population civile du département et de sauvegarder de la façon la plus complète les intérêts présents et à venir des médecins mobilisés.

« Enfin ils adressent à leurs confrères mobilisés les meilleurs souhaits de retour dans leurs foyers et ils leur affirment que rien ne sera négligé pour qu'ils retrouvent à leur démobilisation la clientèle qu'ils ont créée après de nombreuses années de labeur et de dévouement ».

Disons, pour terminer que c'est le Syndicat qui se charge d'informer la population civile, par la voie de la presse, des modifications qui pourraient survenir par suite du départ aux armées de praticiens actuellement non encore mobilisés, ou de mobilisés qui seraient rendus à la vie civile, etc. Se chargeant ainsi des communications par la voie de la presse, le Syndicat évitera toute publicité personnelle, qui pourrait prendre l'allure de réclame.

Conclusions. Nous espérons que l'exemple du Docteur Cosse et du Syndicat d'Indre-et-Loire sera suivi par d'autres groupes médicaux corporatifs. C'est le véritable rôle du syndicalime que de collaborer à la chose publique avec les Administrations, cependant que sont sauvegardés les droits légitimes des médecins mobilisés. Ajoutons que le *Concours* et le *Sou médical* joindront leurs efforts à ceux de nos confrères, pour que soient défendus les justes intérêts de nos adhérents.

Dr Paul Boudin.

IVe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE SCOLAIRE DE LANGUE FRANÇAISE

(*Lille Roubaix, 1er, 2 et 3 juillet 1939*)

Les manifestations du IVe Congrès international d'hygiène scolaire, qui se sont déroulées à Lille et à Roubaix, les 1er, 2 et 3 juillet ont obtenu un important succès. Il est vrai que la séance inaugurale et le banquet d'ouverture ont été présidés par M. Marc Rucart, ministre de la Santé publique de France, et honorés par la présence de M. Marcel-Henri Jaspar, ministre belge de la Santé publique. La présence de ces hautes personnalités a donné à ce Congrès un vif éclat. Dans son discours d'ouverture prononcé dans la magnifique salle de radiodiffusion de l'Exposition du Progrès social de Lille, M. le ministre Rucart, après avoir salué son éminent collègue M. Jaspar et rendu hommage à la Belgique pour ses belles réalisations en matière d'hygiène scolaire, dit notamment ceci : « Cependant dans ce domaine, nous « devons revendiquer une indiscutable priorité, puis- « que, c'est en 1793 que Lakanal, dans son décret sur « l'Education nationale, prévoit l'exécution de l'ins- « pection médicale scolaire dans des conditions qui « encore aujourd'hui nous paraissent optima ; nous « devons reconnaître que ce programme n'est pas « encore réalisé ».

Les deux présidents du Congrès : le Docteur Dézarnaulds et le Docteur Dufestel, ont, après l'exposé du substantiel rapport sur la nécessité de l'Inspection médicale scolaire, déposé le vœu suivant voté à l'unanimité par près de 250 congressistes.

Les 1er, 2 et 3 juillet des rapports très intéressants ont été présentés et discutés sur la technique de l'inspection médicale scolaire, sur la scoliose à l'école, sur la biomorphologie et la pédagogie.

La question, toute d'actualité, du dépistage de la tuberculose à l'école fut largement développée et de nombreuses communications ont été faites ; il nous faut signaler celles concernant le surmenage scolaire, les modalités de la croissance dans la troisième et quatrième enfance ; l'hygiène dentaire de l'écolier ; le mobilier scolaire ; les retards scolaires ; la perversité de l'écolier : maladie contagieuse ; la natation scolaire obligatoire.

Plusieurs réceptions ont été réservées aux congressistes par le Préfet du Nord, le Comité de l'Exposition du Progrès social, les maires de Lille et de Roubaix.

La dernière journée fut consacrée à la visite d'une piscine, l'une des plus belles de France, située à Roubaix où la natation scolaire est devenue comme à Tourcoing réellement obligatoire ; à la visite de groupes scolaires modernes, d'écoles de plein air de Lille et de Roubaix et des stands de l'enseignement et de l'hygiène scolaire à l'Exposition.

En résumé, cette manifestation internationale a revêtu un réel intérêt scientifique et social et s'est poursuivie sous le signe de la plus grande amitié puisque tous ses membres qu'ils fussent belges, luxembourgeois, suisses ou français, parlaient la même langue et étaient imprégnés de la même culture.

***

Le Congrès après avoir entendu la lecture des rapports présentés concernant l'inspection médicale scolaire obligatoire et en avoir discuté, émet les vœux suivants :

I. — *Vœu présenté par les Docteurs Dézarnaulds et Dufestel*

Le Congrès, après avoir entendu la lecture des rapports présentés concernant l'inspection médicale scolaire obligatoire et en avoir discuté, émet le vœu :

1° que le plus rapidement possible, l'inspection médicale scolaire obligatoire devienne une réalité en France ;

2° que la proposition de loi déposée à la Chambre des députés par le Docteur Dézarnaulds, député du Loiret, serve de base au projet gouvernemental ;

3° qu'un décret-loi en ce sens soit pris dans le plus bref délai possible.

II. — *Vœu présenté par le Docteur Duvernoy*

Le Congrès émet un vœu demandant :

Que l'Inspection médicale des écoles soit organisée :

1° En liaison avec l'instituteur, les organisations sociales qui s'occupent de l'enfance, les instituts d'éducation physique, les assemblées électives, l'inspecteur d'Académie, l'inspecteur départemental d'hygiène et que ces organismes soient représentés dans des Comités départementaux d'hygiène scolaire sous la présidence du Préfet ;

2° Que l'inspection médicale des écoles soit faite d'après un plan général dans tout l'ensemble du territoire national ;

3° Que les fiches d'inspection scolaire soient d'un type qui permette de les inclure, entre les inspections dans le carnet de santé.

III. — *Vœu présenté par M. Albert Bührer, architecte agréé à Lille*

Considérant que ce serait contribuer, dans une très large mesure à la Défense nationale que d'installer les enfants fréquentant les écoles publiques dans des locaux sains, ensoleillés, parfaitement aérés et éclairés, en les mettant ainsi à l'abri des maladies et des contagions que peut engendrer l'état actuel de nombreux immeubles scolaires dont la vétusté est telle que certains menacent ruines, que d'autres ont un éclairage totalement insuffisant tant de jour que de nuit, ce qui occasionne des troubles oculaires, émet le vœu suivant :

Qu'à l'appui de la création de l'inspection médicale scolaire obligatoire, création qui risquerait de trouver son intérêt amoindri si l'on ne mettait pas à la disposition des inspecteurs médicaux scolaires, les moyens de réalisation pratiques de leurs suggestions :

1° Soient subventionnés plus largement l'aménagement, la transformation des locaux scolaires et la construction des écoles nouvelles ;

2° Que soient supprimés dans le plus bref délai les baraquements à usage scolaire existant encore dans les régions dévastées ;

3° Qu'aux organismes d'inspection scolaire soient adjoints des architectes qui auraient pour mission de donner leur avis sur les locaux existants et de proposer en accord avec l'inspection médicale, toutes modifications apportées aux dits locaux, à leur éclairage, à leur aération, à leur chauffage, en vue d'en faire des immeubles répondant aux questions d'hygiène moderne, ce pour le plus grand bien des écoliers, autrement dit de la jeunesse française.

CUIQUE SUUM

Analysant un travail anglo-saxon je rappelais récemment l'intérêt qu'il y a pour l'anesthésiste à parler à son malade en même temps qu'il administre les premières bouffées d'anesthésique. En effet, le psychisme détendu par le début de narcose (surtout si celle-ci est appuyée par une petite dose de scopolamine) est particulièrement sensible à la suggestion. Et l'on peut obtenir ainsi un sommeil et un réveil beaucoup plus calmes.

Sans revendiquer une priorité incontestable et avec une presque excessive discrétion, le Docteur Bérillon, président de la Société de psychothérapie de Paris, m'adresse un tirage à part d'une communication faite par lui au Congrès de neurologie de Bruxelles de 1905. Il y développe la même observation et montre comment la scopolamine, alors d'introduction récente dans la thérapeutique, peut être envisagée comme un « véritable médicament psychologique ».

Je m'excuse auprès de lui et ne résiste pas au plaisir de publier, en manière de repentance, quelques lignes où il caractérise avec acuité la psychologie de notre époque : dénoncer l'étiologie d'une maladie c'est ouvrir les voies à la thérapeutique. Souhaitons qu'ainsi éclairés nous nous guérissions du mal qui menace de stériliser ce siècle.

« Suivant l'opinion de Buffon, le *génie est une longue patience.*

« Or à l'inverse de la cité antique, où les conditions de la vie permettaient aux esprits d'élite de s'adonner à la satisfaction de leurs tendances spirituelles et de leurs goûts, la cité moderne ne comporte aucune facilité pour les enthousiastes de se livrer à la production d'œuvres dont la conception et la réalisation ne peuvent être que le résultat d'un long travail de gestation, d'une concentration profonde de la pensée et d'un sentiment absolu de désintéressement.

« L'admiration de la beauté pure a cédé le pas devant l'admiration des découvertes susceptibles d'une rapide application positive.

« La tendance à l'uniformité, à la standardisation, à l'assujettissement des esprits à une véritable domestication acceptée sans résistance, a abouti à la formation d'un type d'homme moyen.

« Ajoutons à cela que la sélection des élites par des concours de simple érudition a pour conséquence d'assurer la prééminence aux sujets dont la mémoire est cultivée aux dépens de l'intelligence.

« C'est ce qui explique que dans le domaine des arts, de la philosophie et de la littérature, sauf de rares exceptions, on en soit réduit aux productions innombrables du simple talent, et que nous assistions à la décadence rapide de l'inspiration sacrée et de l'*afflatus* ».

G. L.

DOCUMENTATION DU TEMPS DE GUERRE

■ ■ ■

Médecins, chirurgiens et spécialistes remplissant à titre provisoire des fonctions d'assistant ou de chef de laboratoire dans les hôpitaux de Paris

Le Directeur général de l'Administration de l'Assistance publique à Paris,

Vu la loi du 10 janvier 1849 et le règlement d'administration publique du 24 avril suivant ;

Vu le règlement sur le Service de santé des hôpitaux et hospices civils ;

Considérant que, pendant la période des hostilités, des médecins, chirurgiens et spécialistes ne remplissant pas les conditions réglementaires normales sont appelés néanmoins à occuper des emplois d'assistant ou de chef de laboratoire.

Attendu qu'il importe que les situations de fait ainsi établies ne puissent permettre des usurpations de titre au préjudice des assistants ou chefs de laboratoire mobilisés,

Vu l'urgence,

Le secrétaire général entendu,

ARRÊTE :

Article unique. — Pendant la période des hostilités les dénominations suivantes sont attribuées aux membres du personnel médical ou pharmaceutique des établissements hospitaliers de l'Administration.

Aides-médecins pendant la durée de la guerre, les médecins, non anciens internes des hôpitaux de Paris, désignés soit pour assurer la direction d'un service ou d'une consultation, soit pour occuper un poste d'assistant.

Aides-chirurgiens pendant la durée de la guerre, les docteurs en médecine, non anciens internes, désignés pour assurer la direction d'une consultation ou pour occuper un poste d'assistant.

Aides-accoucheurs pendant la durée de la guerre, les docteurs en médecine non candidats aux concours d'accoucheurs des hôpitaux désignés pour occuper un poste d'assistant.

Aides-spécialistes (*oto-rhino-laryngologiste, ophtalmologiste, stomatologiste pendant la durée de la guerre*) les docteurs en médecine ne remplissant pas les conditions réglementaires pour occuper le poste d'assistant dont ils seront pourvus.

Aides-radiographes pendant la durée de la guerre, tous les docteurs en médecine affectés à un poste d'assistant ou d'attaché d'électroradiologie et n'ayant pas été l'objet d'une nomination à l'un de ces titres.

Aides de laboratoire pendant la durée de la guerre, les docteurs en médecine affectés à un poste de chef ou de chef adjoint de laboratoire.

Aides-pharmaciens, les pharmaciens désignés pour assurer la direction d'une pharmacie hospitalière.

Fait à Paris, le 20 septembre 1939.

Signé : Serge GAS.

Ce que sont les affectations spéciales

En cas de mobilisation peuvent être affectés soit aux corps spéciaux composés de militaires des réserves, soit à leur emploi ou profession de temps de paix, soit à un emploi similaire, avec ou sans changement de résidence, les hommes du service auxiliaire, les hommes du service armé appartenant à la deuxième réserve, dont l'activité professionnelle est indispensable à la satisfaction des besoins de l'armée, au fonctionnement des administrations publiques ou au maintien de la vie économique. En cas de nécessité absolue les hommes du service armé appartenant à la première réserve peuvent aussi recevoir une affectation spéciale, mais uniquement pour la satisfaction des besoins de l'armée.

Les affectations spéciales ainsi prévues ne peuvent être prononcées qu'en faveur des hommes exerçant leur profession ou titulaires de leur emploi depuis deux ans au moins, à partir de leur passage dans la première réserve.

En cas de mobilisation les affectés spéciaux font partie de l'armée et sont justiciables des Tribunaux militaires. Ils reçoivent comme salaire de base les allocations et prestations correspondant à leur grade militaire. Ils peuvent être relevés de leur emploi et affectés à un corps de troupe. Hors le cas de mobilisation, lorsque les circonstances l'exigeront, les affectés spéciaux pourront être appelés sous les drapeaux par décret rendu en Conseil des ministres, quelle que soit la classe à laquelle ils appartiennent.

(*Journal des mutilés et combattants.*)

Sur le droit des militaires de publier des écrits

Feuille de renseignements relative à l'application du décret du 6 *juin* 1939 (Bulletin officiel, *partie permanente, page* 2996), *sur le droit des militaires de publier des écrits.*

Question posée. — Dans quelles conditions un officier peut-il faire publier dans la presse des écrits sur le conflit actuel, en faisant suivre de sa signature la mention de son grade et de sa situation militaire exacte ?

Réponse. — En temps de guerre, les dispositions du décret du 6 juin 1939 sont intégralement applicables.

Toutefois, pour tenir compte des exigences de l'information, les officiers de réserve ou honoraires, non mobilisés, désireux de collaborer quotidiennement ou périodiquement à un organe de presse, pourront faire publier directement leurs écrits sous réserve :

1° D'avoir obtenu, par l'intermédiaire du commissariat général à l'information, une autorisation permanente du ministère de la défense nationale et de la guerre ;

2° De se conformer à toutes les prescriptions du commissariat général à l'information, relatives au secret de la défense nationale.

(*F. de R. n°* 16063/*K. du* 5 *octobre* 1939.)

Arrêté du 22 septembre 1939, nommant les membres du Comité consultatif sanitaire de défense passive

Art. 1er. — Sont nommés membres du Comité consultatif sanitaire de défense passive :

1° M. le médecin général inspecteur Vincent, du cadre de réserve, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine ;

2° M. le médecin général inspecteur Sieur, du cadre de réserve, président de l'Académie de médecine ;

3° M. le médecin général inspecteur Rouvillois, du cadre de réserve, membre de l'Académie de médecine ;

4° M. le Professeur Lebeau, membre de l'Institut ;

5° M. le Professeur André Mayer, membre de l'Académie de médecine ;

6° M. le Professeur Tiffeneau, membre de l'Institut, doyen de la Faculté de médecine de Paris ;

7° M. le Professeur Damiens, doyen de la Faculté de pharmacie de Paris ;

8° M. le Professeur Tanon, membre de l'Académie de médecine ;

9° M. Louis Martin, directeur de l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de médecine ;

10° M. le médecin général inspecteur Sacquépée, du cadre de réserve, membre de l'Académie de médecine ;

11° M. le Docteur Flandin, médecin chef de l'hôpital Saint-Louis à Paris ;

12° M. de Lilliers, président de la Croix-Rouge française ;

13° M. le secrétaire général de la Confédération des Syndicats médicaux français ;

14° M. Pranard, directeur général honoraire au ministère de la Santé publique, représentant ce département ;

15° Le directeur du Service de santé militaire ou son représentant ;

16° Le directeur du Service des poudres ou son représentant.

Art. 2. — Lorsque le Comité aura à donner son avis sur les mesures d'organisation sanitaire spéciales à Paris et au département de la Seine, seront appelés à participer à ses réunions ;

1° Le secrétaire général de la défense passive de la Seine ;

2° Le directeur de l'Assistance publique de Paris ;

3° Le directeur général des travaux de la ville de Paris,

qui pourront se faire représenter ;

4° Le secrétaire général du Syndicat des médecins de la Seine.

Art. 3. — Le secrétariat du Comité est assuré par le médecin adjoint au médecin général, chef de la section sanitaire de la direction de la défense passive.

(*J. O.*, 24 septembre 1939.)

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

Correspondances de Guerre

Dans une lettre trop longue pour être publiée mais pleine d'intérêt le Docteur B... s'élève contre le décret-loi organisant l'exercice de la médecine en temps de guerre.

Il le déclare «injuste et incomplet ».

Injuste parce que, à s'en tenir à la lettre du décret, il sera interdit à un médecin non mobilisable fatigué d'aller se reposer.

Incomplet parce que sont fixés sur place des médecins jeunes, robustes, malgré une ancienne réforme, qui « font leur pelote et vivent en famille ».

D'autre part, les mesures prises contre les étrangers sont insuffisantes, et notre correspondant cite e cas de l'un d'eux, installé dans une localité que la mobilisation n'a pas trop dégarnie de médecins et allant planter sa tente dans une autre où sur cinq médecins, quatre sont partis.

Et il conclut en proposant que *tout médecin* âgé de moins de 50 ans et payant patente soit mobilisable. Car il y a (et c'est la vérité même) dans les hôpitaux de l'intérieur, des postes convenant aux santés les plus précaires.

×

Monsieur et cher confrère,

Je vous serais obligé de noter mon changement d'adresse et vous félicite de continuer à paraître. L'arrivée de votre journal est un plaisir lorsqu'on est isolé de tout.

Prof. J...

×

Censuré

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Assurances sociales

6.201. — Régularisation et épluchage d'une phalange + Radioscopie de vérification

Abonné au *Concours* et au Sou, je me permets de vous soumettre le cas épineux suivant :

Sur la personne d'une dame qui s'est écrasé la partie moyenne de l'index droit, d'avant en arrière avec plaies contuses en avant et en arrière, dilacération des gaines tendineuses, fracture de la phalangine, mais intégrité des tendons et des vaisseaux et nerfs collatéraux, j'ai effectué :

1° un épluchage soigneux des parties contuses ;

2° la réduction et l'immobilisation du doigt fracturé au moyen de deux petites attelles métalliques ;

3° la vérification radioscopique de la réduction.

Le tout bien entendu après anesthésie locale.

Or il s'agit d'une assurée sociale ; comment établir la notation ?

La nomenclature générale porte : fracture ouverte : CH1 K40, cela compte-t-il aussi bien pour une fracture ouverte de phalange que pour une « fracture ouverte des membres : débridement, réduction et appareil » ainsi que je vois écrit un peu plus bas.

Si non, que marquer ?

Dr B.

Réponse

Il est évident, *a priori*, que K.40 ne peut correspondre à une fracture ouverte d'une phalange. Par contre, voyez en K.10 : « Régularisation, épluchage et suture d'une plaie des doigts avec section des tendons extenseurs ou ouverture des articulations ». Il me semble que ceci se rapporterait beaucoup plus exactement à votre intervention, bien qu'il y ait eu fracture de la phalange mais aussi pas de lésion tendineuse.

Quant à la radioscopie du doigt je ne pense pas que vous puissiez compter plus que pour un radiographie de doigt sur une incidence, soit K2. Vous auriez donc à compter, à mon avis : « K10 + K2 » (et non pas K12 qui ne correspondrait plus à votre intervention).

Dr F. DECOURT.

6.177. — 1° " A. T. " ou " A. S. " ? 2° Pansement de brûlure en " A. S. "

Je soigne un grand brûlé présentant une brûlure étendue sur toute la surface des deux membres inférieurs et sur la région fessière. N'étant pas sûr



que l'assurance-accident puisse agir pour ce blessé, puis-je le traiter avec des feuilles d'assurances sociales et dans ce cas comment noter mes pansements ?

Sur le tarif accident du travail, je note :

Pansement d'une grande brûlure des deux membres : 75 francs. Or sur le tarif des Assurances sociales, je ne vois rien qui corresponde à ce tarif et je ne trouve aucun renseignement sur les tarifs des pansements de brûlure.

Dois-je marquer : P. C. n° 2 = grand pansement. ou P. C. n° 4 (très vaste pansement), ou existe-t-il un coefficient spécial pour les brûlures ?

Ensuite, la désignation P. C. n° 2 correspond-elle au tarif de trois consultations, ou seulement de deux, ce qui paraît bien peu pour un pansement important ?

Dr M.

Réponse

a) Il ne vous appartient pas de décider s'il y eu accident du travail ou non. Si le blessé vous a présenté une feuille d'Assurances sociales, soignez-le comme assuré social, mais sans oublier de mettre « en litige ?? » devant la notice où il est parlé d'accident du travail éventuel.

b) Vous avez à marquer vos interventions en P.C., donc d'après le tarif minimum syndical de votre région. Comme celui-ci varie suivant la région, je ne puis vous donner de précisions à ce sujet. A titre indicatif, je puis vous dire que, dans plusieurs tarifs d'Assurances sociales de la région parisienne (dont un que j'ai sous les yeux) vous pourriez compter, en effet, P.C.2, ou (P.C.3) comme « grand pansement » ou comme « vaste pansement », ce dernier me paraissant plutôt exagéré en l'espèce. Mais il faut voir d'abord votre tarif régional.

c) P.C.2 correspond au prix de deux consultations simples.

Dr F. Decourt.

b) *Accidents du Travail*

6.183. — Radio à domicile avec petit appareil portatif

Voudriez-vous m'indiquer comment, en application des tarifs en vigueur, je dois établir ma note pour l'acte de radiologie suivant : accident du travail. Radiographie du cou-de-pied face et profil, au domicile du blessé (appareil portatif Philip). Distance de mon domicile au domicile du blessé, 11 kilomètres.

Dr D.

Réponse

S'il s'agit d'un petit appareil portatif, je ne crois pas que vous puissiez compter des honoraires supplémentaires pour « le déplacement de votre appareil ». Je compterais donc : radiogra-

phie du cou de pied face et profil = 125 francs plus visite de spécialiste = 22 fr. 50, plus indemnité de déplacement = 22 kilomètres à 1 fr. 50 = 33 francs, soit au total, 125 + 22,50 + 33 = 180 fr. 50 (d'après les alinéas 1°, 2° et 4° de l'Art. 27, observ. 9°). Mais ce n'est que sous toute réserve que je vous donne mon avis. Vous pourriez demander celui du secrétaire général des électroradiologistes, le Docteur Aimé, 107, boulevard Raspail, Paris (VIe).

Dr F. DECOURT.

6.270. — Transport d'un blessé par le médecin

J'ai souvent l'occasion de transporter moi-même dans ma voiture un blessé accidenté du travail pour examiner à la radiographie d'un hôpital voisin, distant de 20 kilomètres de mon domicile.

Puis-je tarifer à la Compagnie d'Assurances du blessé le prix de mon déplacement à 1 fr. 50 le kilomètre parcouru ?

Mon déplacement est-il remboursable selon la loi des accidents du travail ?

Réponse

Les frais de déplacement indiqués dans le tarif ne concernent que le médecin et le déplacement de celui-ci de sa résidence au domicile du blessé. Le médecin qui « transporte » un blessé chez un radiographe ou à l'hôpital n'agit ici que comme loueur de voiture et ne peut être payé qu'à ce titre, s'il y a lieu, par le patron ou son assureur substitué. Et cela à l'amiable, en dehors de toute tarification médicale officielle. Je conseille d'ordinaire, dans ce cas, de prendre comme base, le tarif médical, mais « sans obligation » pour le patron ou assureur (c'est pourquoi je dis ci-dessus à l'amiable).

Dr. F. DECOURT.

DIVERS

6.843. — Réduction du loyer en faveur des mobilisés

Je suis mobilisé à X. J'ai rejoint le premier jour (2 septembre). Mon cabinet est fermé.

Ce décret-loi du 5 octobre dernier prévoit un abattement de mon loyer pouvant aller aux trois quarts.

J'estime avoir droit à cet abattement. Que dois-je faire ?

Dois-je attendre ? Dois-je écrire à mon propriétaire ? Et dans ce cas, que dois-je écrire exactement ?

Ce décret oblige le propriétaire à faire la preuve pour un mobilisé. Je pense donc n'avoir aucune autre précision à fournir.

Dr A.

Réponse

Le décret-loi du 26 septembre, publié au *Journal Officiel* du 5 octobre, vous accorde, en tant que mobilisé, une réduction de plein droit égale aux trois quarts de votre loyer. Pour pouvoir exiger de vous une quotité supérieure, votre propriétaire devrait apporter la preuve que, malgré votre mobilisation, vous disposez de ressources suffisantes, ce qui n'est certainement pas le cas.

Quant au quart restant dû, le paiement ne peut en être exigé tant que vous serez présent sous les drapeaux.

Dans les six mois de votre libération, vous devrez vous mettre d'accord avec votre propriétaire pour le paiement de l'arriéré dû. A défaut d'accord, le litige sera soumis à la juridiction compétente, qui, selon votre situation, pourra vous accorder, soit une réduction sur le montant de votre dette, soit même l'exonération totale.

Pour le moment, ne payez rien et bornez-vous à faire connaître à votre propriétaire, s'il l'ignore, que vous êtes mobilisé.

6.775. — Exercice de la propharmacie par un médecin requis

Désigné par le Service départemental d'hygiène je remplace dans un secteur médical du département un médecin mobilisé qui était également « propharmacien ». Un petit conflit vient d'éclater ; la Préfecture me couvre totalement et m'autorise à faire la propharmacie, tandis qu'un pharmacien, intéressé dans l'histoire, prétend le contraire. Je voudrais que vous me répondiez en conséquence aux questions suivantes :

1° Remplaçant un médecin propharmacien est-ce que j'hérite en même temps des charges et des prérogatives de ce dernier ? (dans son secteur bien entendu).

2° A combien de kilomètres doit être l'officine la plus proche pour pouvoir ou ne pas pouvoir exercer la propharmacie.

3° Un propharmacien peut-il livrer à sa clientèle tout ce qu'il prescrit ou y-a-t-il une limitation ?... (si possible dans la réponse de ce 3°, me citer l'article de loi).

Dr. M

Réponse

L'exercice de la propharmacie en temps de guerre n'a fait l'objet d'aucune disposition législative particulière et le décret-loi sur l'exercice de la médecine civile en temps de guerre est muet sur ce sujet.

Comme par le passé, la propharmacie reste donc régie par l'article 27 de la loi du 21 Germinal an XI, aux termes duquel les médecins établis dans les bourgs, communes ou villages où il

n'existe pas de pharmacien tenant officine ouverte, ont le droit de vendre des médicaments simples ou composés aux malades près desquels ils se trouvent appelés, mais sans pouvoir eux-mêmes tenir officine ouverte.

En l'espèce, vous avez été requis pour donner vos soins à la population civile dans un secteur, fixé par l'Administration, privé de médecin par suite de la guerre. Dans ces conditions, vous ne pouvez nullement être considéré comme le remplaçant de votre confrère mobilisé. Vos attributions ont été , en effet, fixées par l'Administration et non par des accords avec votre confrère. Au surplus, vous n'avez aucun compte à lui rendre de votre activité professionnelle et, de son côté, il n'a contracté aucune obligation envers vous, en ce qui concerne vos appointements ou vos honoraires.

Si, dans la commune où votre résidence a été fixée par l'autorité administrative, il n'existe aucun pharmacien tenant officine ouverte, vous avez incontestablement le droit de vendre des médicaments à vos clients, quand bien même un pharmacien serait installé sur le territoire d'une autre commune, à peu de distance de votre résidence. C'est une erreur assez répandue, mais une erreur tout de même, de croire qu'une distance minima est imposée entre le domicile du médecin propharmacien et la plus prochaine officine. En réalité, il faut et il suffit qu'ils soient séparés l'un de l'autre par les limites du territoire de deux communes.

En tant que propharmacien, vous ne pouvez vendre des médicaments qu'aux malades qui viennent vous consulter ou auprès desquels vous êtes appelé ; il vous est interdit d'en débiter à tout venant. Mais aucune limitation légale n'existe quant à la nature des médicaments fournis par un propharmacien ; tous les médicaments sans exception peuvent être fournis par lui.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

6.510. — Situation d'un docteur en médecine réformé qui veut s'engager.

J'ai besoin d'un renseignement d'ordre militaire que je ne peux obtenir de façon précise.

Réformé définitivement en mars 1939, après deux réformes temporaires, n'ayant pas fait de service militaire, j'ai l'intention de m'engager.

Que sera ma situation si je suis pris ?

Devrai-je faire une période d'instruction militaire, puis être nommé médecin auxiliaire, ou bien, ainsi qu'on me l'assure, serai-je réintégré dans le service de santé avec le grade de sous-lieutenant d'emblée ?

De plus, quelle différence y- -t-il entre le « service auxiliaire » et le « service actif » ?

Je suis marié, père de deux enfants vivants. Tiendra-t-on compte de ma spécialisation ?

Dr B.

Réponse

Si vous êtes pris bon par une nouvelle Commission de réforme, vous devrez subir une courte période d'instruction militaire avant d'être nommé médecin auxiliaire. Nul ne peut être nommé officier de réserve s'il n'accomplit un certain temps un service actif.

Au point de vue médical, aucune différence entre le service auxiliaire et le service actif, dès que l'aptitude physique permet de remplir ses fonctions médicales.

Une fois nommé médecin auxiliaire vous serez rapidement employé dans votre spécialisation, à condition d'en informer aussitôt le service de santé.

6.546. — Promotion au grade de médecin capitaine

Classe 1919, médecin-lieutenant depuis 1927 ; une période de vingt-cinq jours en 1933, une période de cinq jours en septembre dernier (1938). Je suis régulièrement depuis six ans, les cours de perfectionnement des officiers de réserve de service de santé.

Mobilisé actuellement depuis le 24 août.

Ai-je droit actuellement à mon troisième galon ? Sinon dans combien de temps ?

Dr D.

Réponse

L'avancement ne constitue pas un droit ; il résulte d'un classement établi, d'après tous les titres présentés, parmi les officiers de réserve qui réunissent les conditions requises pour être inscrits au tableau.

Votre ancienneté et vos titres paraissent largement suffisants et il est très vraisemblable que votre nom pourra être retenu lors des prochaines propositions. Il sera bon toutefois de signaler votre désir très légitime à l'attention du Service de santé, dès que la chose vous sera possible.

6.585. — Situation d'un médecin étranger en cas d'engagement dans l'armée.

Je suis de nationalité roumaine , âgé de 32 ans, diplômé d'Etat et j'exerce depuis cinq ans, j'ai souscrit une demande d'engagement dans l'armée française. Je voudrais savoir à quel titre je servirai dans l'armée (dans le service de santé et à quel titre) du fait que j'ai un diplôme d'Etat m'autorisant à exer-

cer en France et du fait que j'appartiens à un pays allié (la Roumanie).

Quelles sont les formalités à remplir pour obtenir une autorisation du Service de santé de l'armée ou du ministère de la Guerre ?

Mon engagement dans l'armée n'est pas encore signé. En outre j'ai fait une demande de naturalisation depuis deux ans.

Dr X.

Réponse

Ne peuvent être admis à s'engager pour 3, 4 et 5 ans dans un corps de leur choix dans l'armée française, que les étrangers naturalisés français (art. 61 de la loi de recrutement du 31 mars 1928). Tant qu'un étranger n'a pas acquis la nationalité française par la naturalisation, il ne peut être autorisé à servir dans l'armée française qu'en contractant un engagement de 5 ans, au titre de la Légion étrangère.

Etant donné que vous êtes docteur en médecine, vous signalerez votre situation en arrivant au corps, afin que vous soyez employé comme infirmier. Si les hostilités durent un certain temps, nul doute que vous ne puissiez être tout au moins nommé médecin auxiliaire.

A moins que la promotion au grade d'officier ne puisse être accordée qu'après une certaine durée de service en campagne que fixera le ministre et une année au moins après que la naturalisation a été acquise.

6.552. — Récupération des réformés.

Antérieurement médecin sous-lieutenant de réserve (de la classe 1913) je suis actuellement rayé des cadres depuis trois ans (pour pleuro-congestion droite et pleurésie gauche). Je suis titulaire d'une pension temporaire (25 %) pour dysenterie contractée aux armées (ainsi que le paludisme d'ailleurs, non retenu).

Vais-je être examiné par une Commission de réforme en vue de mon aptitude à l'armée ?

Dr X.

Réponse

Appartenant à la classe 1913, vous pouvez être soumis à une nouvelle visite médicale par la Commission de réforme, quand pareille mesure aura été prescrite par le Ministre. Dans ces conditions, vous devez faire connaître à la gendarmerie tout changement d'adresse. Ne perdez pas de vue le récent décret du 11 septembre 1939 qui prescrit aux médecins non mobilisables de continuer sur place (sans ordre spécial) l'exercice de leur profession ou de rejoindre tout autre poste qui pourrait leur être assigné.

6.578. — A propos des « services militaires volontaires »

J'ai vu annoncer dans le journal la parution dans le *Journal Officiel* d'un décret portant création d'une décoration pour les engagés volontaires. Or, il existerait déjà, je crois, une médaille des services militaires volontaires.

Engagé volontaire en 1914 comme aide-major, et en 1939 comme médecin capitaine pour la durée de la guerre, ai-je droit à cette ou à ces décorations ?

D[r] B.

Réponse

La médaille des « Services militaires volontaires » n'a aucun rapport avec les services de guerre, elle est attribuée aux officiers et sous-officiers de réserve qui font preuve d'assiduité aux Ecoles de perfectionnement.

Quant au titre de « combattant volontaire », il a été institué pour certaines catégories de combattants par la loi du 6 avril 1930. Les demandes et justifications de titres doivent être envoyées pour les officiers, qui sont dans votre cas, au ministère de la Guerre, Direction du Service de santé.

FISCALITÉ

6.275. — Base de la Contribution nationale

J'ai reçu mes feuilles de contributions. Sur ces feuilles figure la contribution nationale extraordinaire de 2 %.

Or je croyais que le décret qui l'a instituée portait point de départ du 23 janvier 1939 et qu'elle intéressait tous les paiements à partir de cette date.

Comme mes contributions ont rapport à l'exercice 1938, il me semblait que cette taxe ne pourrait être appliquée qu'à l'exercice 1939, et de ce fait figurer seulement au rôle de l'année prochaine.

D[r] P.

Réponse

Il est exact que la retenue de 2 % afférente à la Contribution nationale ne devait être effectuée qu'à partir du 23 janvier 1939. Mais cette disposition concerne la cédule des traitements et salaires. Pour les cédules dont on ne connaîtra le bénéfice imposable qu'à la fin de l'année, ce qui est le cas pour les professions non commerciales, c'est le bénéfice de 1938 qui sert de base à cet impôt.

A. et S. MARTINOT.
Conseillers fiscaux.

6.231. — Exonération de la taxe sur les appareils de T. S. F.

On me dit qu'un règlement, assez récent, dispense de la taxe de 50 francs pour appareil récepteur de T. S. F. les gens atteints de cécité ou d'infirmités de la vue détenteurs de la carte verte de circulation, c'est-à-dire ayant moins de 20 % de l'acuité visuelle normale.

Pourriez-vous, le cas échéant, me dire l'article de ce règlement ?

Dr G.

Réponse

Après renseignements pris au Ministère des P. T. T., service de la radio diffusion, il nous a été répondu que l'exonération de la taxe sur les appareils de T. S. F. s'appliquait seulement aux invalides de 100 % quelle que soit la nature de l'invalidité. (Loi du 31 août 1933).

A. et S. M.

6.216. — La taxe d'armement n'est pas applicable aux pro-pharmaciens

Il me semble que dans un des derniers numéros du *Concours* vous aviez indiqué dans la rubrique « Correspondance » que les propharmaciens ne devaient pas payer la taxe d'armement. Peut-être me suis-je trompé, car je viens de recevoir du Contrôleur de X. (mon canton), une fiche à remplir (déclaration d'existence) ainsi qu'une déclaration des recettes pharmaceutiques réalisées au cours des mois de mai, juin et juillet 1939 en vertu de l'art. 1er du décret du 21 avril 1939, afin qu'il m'indique le montant de la taxe due..

Dr R.

Réponse

Les pro-pharmaciens ne doivent pas la taxe d'armement si les ventes de pharmacie ont été effectuées exclusivement à des personnes auxquelles ils donnent leurs soins.

Il faut que ces ventes dépendent directement de l'exercice de votre profession.

Il ne peut en être de même si vous vendez des produits à n'importe quel acheteur. (Lettre du directeur général des Contributions directes en date du 3 juillet 1939.)

A. et S. M.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie Scientifique

Travaux Originaux

L'Actualité Scientifique

Partie Professionnelle

Travaux Originaux

Renseignements

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg .	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro..........	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.

AVIS IMPORTANT

Réduction du prix des Abonnements pendant les hostilités

Dans le but d'aider ses lecteurs, l'Administration du Journal a pris la décision de réduire, *pendant la durée des hostilités*, le prix de l'abonnement à **50 francs** par an (au lieu de 75).

Les abonnés dont l'abonnement est expiré depuis le 1er septembre dernier (la date figure sur chaque bande du journal) sont priés de nous en envoyer le montant de la façon qu'il leur plaira ou par versement au compte de Chèques postaux *Paris* 167.95, si cela leur est possible, *afin d'éviter les frais de recouvrement qui sont onéreux* (5 francs).

Toutefois, passé le 25 novembre, le recouvrement sera effectué. Nous prions donc nos abonnés de vouloir bien donner toutes instructions à leur domicile, le recouvrement ne pouvant être opéré aux armées.

L'Administration remercie les abonnés qui se sont déjà libérés à l'ancien tarif et, plus tard, il leur sera tenu compte de la différence.

Demandes et Offres

No 365. — Remplaçant pour clientèle mi-rurale mi-citadine demandé région Versailles. S'adresser Docteur Aumont, 52 *bis*, avenue de Saint-Cloud, Versailles.

No 366. — Docteur aux armées demande remplaçant non mobilisable pour la durée des hostilités. Mme Beltramelli, Pont-de-Veyle (Ain).

No 367. — Médecin mobilisé cherche remplaçant pour la durée des hostilités. Médecine générale, accouchements. Région riche à 80 km. de Paris. Docteur Michel May, Puiseaux (Loiret).

No 368. — La clinique médico-chirurgicale de Vaugirard, 8 *bis*, rue Léon-Delhomme (Vaug. 36-91) reste ouverte aux médecins et aux chirurgiens durant les hostilités. Un excellent accueil leur est réservé.

No 369. — 1 h. 1/2 Paris. Médecin mobilisé demande confrère non mobilisable pour remplacement guerre. Importante clientèle campagne, médecine générale, accouchements. Maison grande, confortable. Petite indemnité mensuelle. Docteur Brulin, à Maignelay (Oise).

No 370. — Commune importante. Près grande ville. Médecin mobilisé demande confrère remplaçant pour la durée de sa mobilisation. Médecine générale, clientèle ouvrière, sachant conduire de préférence. Docteur Perrodo, à Couëron (Loire-Inférieure).

No 371. — Cures hélio-marines. Santez-Anna (Carnac-Plage, Morbihan) reçoit toujours enfants et adultes.

No 372. — Docteur mobilisé demande remplaçant ou doctoresse durant les hostilités. Maison tout confort moderne. Docteur Graine, Cerisiers (Yonne).

No 373. — Médecin mobilisé demande confrère non mobilisable, durée des hostilités. Médecine générale Belle clientèle. Installation dans belle maison, grand parc. Pays agréable, proximité ville. Arrangement amiable. Docteur Marceau Dupuy, Puisseguin (Gironde).

No 374. — Médecin mobilisé cherche pour la durée des hostilités remplaçant médecin âgé, mais très actif. Médecine générale. Accouchements. Poste de campagne (Normandie). Conditions à débattre. Ecrire à Mme Lobjois, Gaillefontaine (Seine-Inférieure.)

PROPOS DU JOUR

APERÇU DE PSYCHIATRIE CONJUGALE

Ce n'est qu'au XVIIIe siècle qu'on commença à s'intéresser aux aliénés. Les philosophes avec Kant réagirent contre leur assimilation aux criminels. Puis vint une période scientifique où l'on subordonna les troubles mentaux à une lésion anatomique ou histologique du cerveau. Actuellement les psychoses sont considérées comme résultant de troubles biologiques, fonctionnels, liés à l'état social des malades et pour certains d'entre eux à la vie conjugale.

Le Docteur André Requet, médecin des asiles, a abordé, sous le titre de *Problèmes de Psychiatrie conjugale*, l'étude des troubles mentaux nés de l'existence à deux, troubles qui peuvent aller jusqu'à la folie, étude qui comprend un chapitre et non des moins intéressants, du dernier volume publié par le groupe lyonnais d'Etudes médicales, philosophiques et biologiques ; *Médecine et vie familiale* (1).

(1) Lib. Lavandier, 5, rue Victor-Hugo, Lyon.

Nous regrettons de ne pouvoir reproduire ici *in extenso* les cinq observations détaillées que donne comme exemples le Docteur A. Requet. Choisies avec soin, ce sont des cas types qui permettent de se rendre compte de l'origine et de l'évolution des troubles mentaux conjugaux.

Ici la vie sexuelle joue un grand rôle et la restriction dans l'acte sexuel compte parmi les facteurs biologiques dans ces troubles. Dans notre société actuelle, nous constatons ce paradoxe : d'une part on cherche à éviter la reproduction, de l'autre on s'acharne par une foule d'excitations à en revaloriser l'instinct, occupation vaine édulcorée de sentimentalité. Freud qui est un pessimiste excessif, prétend qu'on aboutit à l'affaiblissement de l'instinct de reproduction qui est en voie de disparaître avec l'espèce humaine.

De plus en plus on observe des couples légitimes ou illégitimes sans enfants qui tirent de la société le maximum de bien-être et de jouissance

et qui en retour ne lui donnent rien. Mais la conscience biologique se venge dans certains cas de ce que Monakow a appelé « la trahison des germes » en déterminant des troubles du caractère, de la conduite et même de l'esprit. Pour un des conjoints la vie à deux devient un échec inavoué et profond dont la blessure humiliante est telle qu'il en abdique sa personnalité normale.

***

Pour bien comprendre l'évolution des troubles psychiatriques conjugaux, il est nécessaire d'exposer sommairement les *mécanismes mentaux morbides* qui sont à l'œuvre chez le malade et qui ont un but de sauvegarde vitale et d'anticipation de l'avenir. Ils s'exercent par la désintégration et la compensation.

L'être humain subit en se développant une longue évolution. Ses tissus et certaines fonctions se forment depuis la vie embryonnaire et certaines fonctions disparaissent pour faire place à des acquisitions nouvelles.

Ces phénomènes constituent *l'intégration*. La *désintégration* est le phénomène inverse. Sous l'influence de la maladie les acquisitions récentes les plus éminentes et les plus nobles et partant les plus fragiles disparaissent et font place à des acquisitions anciennes qu'elles avaient recouvertes, inhibées au cours du développement. On dirait que la nature pour défendre son œuvre se replie sur des positions plus simples, plus résistantes et mieux organisées.

Dans la folie la désintégration s'opère par la disparition progressive de la faculté d'abstraire par des symboles, d'établir des rapports, d'objectiver. Comme chez le tout petit enfant le malade ne peut distinguer le moi et le non-moi. Le monde extérieur n'est pas juge dans sa valeur objective et désintéressée mais suivant un rapport subjectif immédiat. L'aliéné dépend directement de ce qui l'entoure et ne s'appartient plus. A ce niveau de désintégration, avec la perte de l'objectivité et de l'abstraction, on peut voir réapparaître les complexes primitifs de la génétique freudienne enfouis dans l'inconscient. On voit renaître et réapparaître au jour et sans entrave les souvenirs de cette mémoire ancestrale qui sont revenus par la maladie.

Cette désintégration provoque la *compensation* qui s'exerce grâce a la raison qui, même dans les cas graves, ne perd jamais absolument ses droits. Les délires, les hallucinations résul-

tent de cette compensation. Par leur intermédiaire le malade rejette sur autrui la responsabilité de son état, de sa propre souffrance. Il devient l'innocente victime de ses persécuteurs. Inconsciemment il se ment à lui-même. Cela le soulage et il en arrive à abdiquer sa personnalité normale et sociale.

***

Mais ces mécanismes morbides établis, revenons aux *troubles mentaux conjugaux*.

Généralement ils apparaissent assez longtemps après le mariage (dix à quinze ans après). Une longue expérience de la vie à deux a permis de s'accumuler les défaites intimes, le sentiment d'une infériorité, d'une insuffisance, et les essais avortés de réhabilitation à l'égard de soi-même ou de son conjoint. Tout cela est inavoué et refoulé.

Après une longue période de lutte, apparaissent les mécanismes de compensation ou d'évasion vers l'irresponsabilité et la libération. La vie à deux, la vie sexuelle ont une importance primordiale dans l'éclosion de ces troubles.

Ils se manifestent entre 30 et 40 ans, époque de la vie où apparaissent les responsabilités, la nécessité de remplir des devoirs sociaux, de se préoccuper de l'éducation des enfants. L'insouciance de la jeunesse a disparu.

Les troubles mentaux surviennent, souvent dûs à une insuffisance sexuelle de l'époux, d'où humiliation, jalousie. Il faut alors se résigner ou trouver dans la maladie une solution plus honorable pour soi. Généralement les couples chez lesquels éclatent ces troubles mentaux, sont convenables, propres et sympathiques. Ils ont une valeur morale, de la dignité et n'ont pas mené une vie dégradante. Il y a chez eux souvent une véritable affection mutuelle. Tout le drame est intime.

Souvent la femme est supérieure à son mari. Ce dernier en souffre, en est humilié ; il veut se soustraire à cette sorte de hiérarchie qu'il ne peut admettre et éprouve le besoin d'échapper à cette emprise vitale.

Les moyens d'évasion sont contrariés par la morale, l'affection, l'attachement, la dignité, les obligations matérielles de la vie courante. Il ne reste que deux solutions biologiques à ce dramatique problème : la maladie ou la mort.

J. Noir.

Voir la suite page XXXVII-2583

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

UNE ANOMALIE DU SOMMET PULMONAIRE DROIT : LA SCISSURE AZYGOS

Par le Professeur LAQUERRIÈRE

Leçon de radiologie clinique à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal

Voici cinq clichés de thorax, très différents les uns des autres, mais présentant un caractère commun : tous les cinq sont à leurs sommets traversés de haut en bas par une ligne ressemblant à une scissure.

Ces cinq clichés sont des exemples de scissure de la veine azygos. Nous verrons tout à l'heure les aspect radiologiques divers de cette anomalie, pour l'instant occupons-nous de la façon dont elle peut se former : chez le tout petit embryon le cœur est situé à la base de l'extrémité céphalique. Ultérieurement il descend dans le thorax, à ce moment, l'anastomose de la grande azygos avec la veine cave supérieure se trouve attirée vers le bas et, dans les cas normaux, l'azygos se recourbe formant un arc à concavité inférieure qui embrasse la bronche droite. Mais il peut arriver qu'au lieu de descendre directement en arrière du médiastin, elle s'incline sur le côté ; son arc vient alors enserrer le sommet du poumon pour s'enfoncer à travers le parenchyme pulmonaire en entraînant la plèvre pariétale et la plèvre viscérale.



FIG. 1. — Scissure azygos à point de départ au milieu du sommet chez un sujet ne présentant qu'une cacification du hile gauche.

Cette anomalie se traduit par une ligne souvent très fine, capillaire ou presque capillaire, se détachant de la paroi du dôme thoracique par un mince triangle aigu à pointe inférieure. Elle se termine en bas par un renflement plus opaque en forme de virgule renversée ou mieux de larme et quelquefois par une sorte de court tuyau.

Le triangle supérieur et la ligne sont dus à la projection des quatre feuillets de la plèvre formant un véritable méso et ayant une épaisseur plus grande et par conséquent une opacité plus grande que celle déterminée par les deux seuls feuillets viscéraux de la plèvre des scissures ordinaires. Je dois dire d'ailleurs qu'à mon avis une scissure normale peut parfois être visible, sous forme d'un très léger trait capillaire, sans que pour cela cette scissure soit malade ; mais la scissure azygos est beaucoup plus visible que cette image normale exceptionnelle d'une autre scissure.

La tache inférieure est formée, elle, par la veine qui dans la plupart des cas est vue en enfilade dans son trajet postéro-antérieur, elle donne alors l'image en larme. Quand elle prend l'aspect d'un court cylindre cela est dû à ce que l'azygos n'a plus un trajet tout à fait rectiligne mais forme une crosse, on voit alors les projections surajoutées de sa partie ascendante et de sa partie descendante (cliché V).

Cette scissure sépare une partie du lobe supérieur, mais ne forme pas à proprement parler un lobe ; un lobe est en effet constitué par une bronche propre et ses ramifications. Ici il n'y a pas de bronche propre et le faux lobe s'aère comme il

peut avec ce que la section lui a laissé de bronchioles. Le plus habituellement ce faux lobe, dit lobe accessoire de Wrisberg du nom du premier anatomiste qui l'a décrit, a une aération suffisante pour ne pas à l'état normal, avoir une transparence différente de celle du reste du poumon.

C'est un auteur français Jallet qui a le premier, je crois, étudié l'influence de cette anomalie sur l'aspect des lésions du sommet.

La scissure peut être complètement masquée par l'hépatisation du sommet du poumon, mais il arrive alors que le pneumothorax la fasse apparaître sous l'aspect d'une mince bride rattachée par un petit triangle au sommet de la cage thoracique et aboutissant au moignon pulmonaire, à travers lequel on peut la suivre plus ou moins distinctement jusqu'à la goutte terminale.

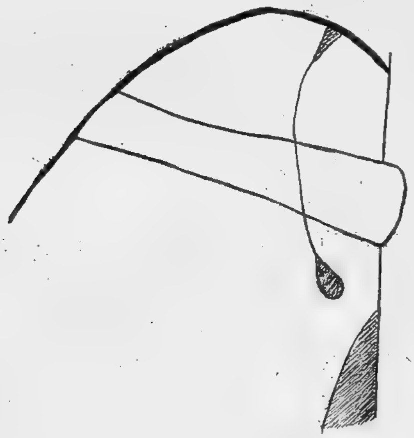


FIG. 2. — Scissure azygos à point de départ un peu interne chez un sujet tout à fait normal.



FIG. 3. — Scissure azygos tout à fait interne avec scissurite notable chez un sujet présentant une tuberculose avancée bilatérale.

Il peut arriver aussi que sur un cliché pris en inspiration il présente un voile minuscule. Dans certains cas même il offre sans aucune autre lésion, un degré appréciable d'atélectasie comme cela se présente sur le cliché n° V pour lequel nous avons eu la vérification nécroscopique.

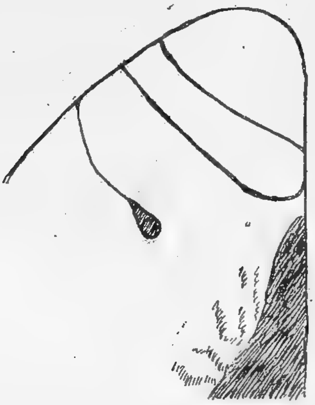


FIG. 4. — Scissure azygos tout à fait externe chez un pneumopathe chronique par dilatations bronchiques des deux bases.

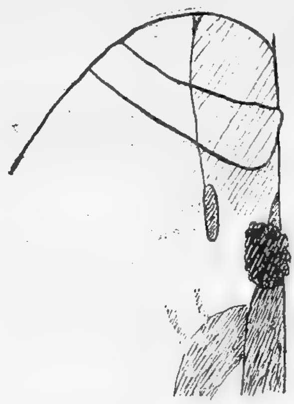


FIG. 5. — Scissure azygos partant du milieu du sommet avec tache inférieure en tuyau et légère atélectasie du lobe de Wrisberg sans autre lésion de ce lobe. Ganglion calcifié paratrachéal.

La scissure azygos peut siéger en des points très différents comme pous pourrez le constater sur ces clichés : tantôt elle est très près de l'ombre médiane (cliché III), tantôt elle part du milieu du sommet (cliché I), tantôt elle est très externe cliché IV).

Cette plèvre surnuméraire peut servir de barrière au processus infectieux de l'une ou l'autre de ses faces ; tantôt seul le lobe de Wrisberg est hépatisé, tantôt la lobite du lobe supérieur laisse à sa partie supéro-interne une zone transparente, c'est une « lobite décapitée ».

Le lobe accessoire présentant une transparence normale, mais encerclé par la courbe du triangle, de la scissure et de la goutte inférieure, donne en certains cas le faux aspect d'une caverne avec sa coque.

Enfin la scissure surnuméraire peut être malade et donner tous les aspects de la scissurite en une région où il n'existe pas de scissure normale.

A la lumière de ces renseignements étudions chacun de nos clichés.

Le n° I concerne un sujet présentant par ailleurs en tout et pour tout une légère calcification du hile gauche.

La scissure commence au milieu du sommet par un triangle très allongé, elle se termine par une larme assez grosse un peu au-dessous de la clavicule.

Le n° II a été pris chez un malade présentant pour tout le reste un aspect normal, la scissure est plus interne que chez le précédent mais offre à peu près les mêmes caractères.

Le n° III provient d'un tuberculeux bilatéral avancé. Ici la scissure est tout à fait interne et descend très bas ; elle présente de plus une largeur inaccoutumée qui indique une scissurite. (Le cœur est déplacé vers la droite par un pneumothorax de la base gauche).

Le n° IV concerne un pneumopathe chronique par dilatations bronchiques des deux bases. Chez lui, la scissure est extrêmement reportée à droite, son sommet est au-dessous de la clavicule.

Enfin le n° V appartient à une jeune femme morte de péritonite tuberculeuse et présentant un ganglion paratrachéal calcifié. Ici la scissure commence au milieu du sommet, descend verticalement, et se termine par un petit cylindre de plus d'un centimètre de longueur.

Le lobe de Wrisberg est très légèrement voilé, mais je ne m'étais pas cru en droit de conclure qu'il présentait des lésions. J'ai assisté à l'autopsie et voici, au sujet de la région qui nous intéresse, les constatations qu'a bien voulu me remettre le Professeur agrégé Simard, le distingué anatomo-pathologiste.

« Tuberculose calcifiée au-dessus du hile droit.

« Sur la face postérieure du lobe supérieur droit, le long du bord interne, petit lobe surnuméraire en forme de languette long de 6 centimètres, large de 2,5, épais de 1,5. Ce lobe s'insère près du hile et remonte jusqu'au sommet. A la coupe, il est légèrement congestionné, œdémateux, de coloration sombre et d'aspect atélectasique, mais sans autre lésion. »

J'avais donc eu raison de ne pas donner d'importance pathologique au manque de transparence.

J'en aurai fini quand je vous aurai dit que le lobe surnuméraire a été signalé à gauche sans que à ma connaissance on ait précisé s'il était dû à la petite azygos ou à un trajet tout à fait anormal de la grande azygos.

La conclusion de cette leçon est qu'il faut que vous pensiez à l'existence du lobe de Wrisberg. Il peut donner aux sommets du poumon des images inattendues qu'on ne doit pas prendre pour des aspects pathologiques et il peut aussi contribuer à donner une forme particulière aux images pathologiques.

TRAITEMENT D'URGENCE ET APPAREILLAGE PRIMAIRE DES FRACTURES DE GUERRE DES MAXILLAIRES

Conclusions des Rapports au X[e] *Congrès international de médecine et de pharmacie militaires* (Washington, 7-15 mai 1939) (1)

Il est important qu'il y ait une collaboration entière entre le chirurgien et le chirurgien-dentiste dans le traitement des plaies de guerre des maxillaires.

Le traitement des plaies de la face et de la mâchoire en temps de guerre doit, outre les principes chirurgicaux généraux, tenir compte du point de vue orthopédique, spécialement en ce qui concerne les lésions osseuses.

Les particularités à retenir en pareil cas sont les suivantes :

a) arrêt de l'hémorragie ;

b) fixation des fragments ;

c) rapprochement temporaire des tissus sous-jacents avec drainage ;

d) maintien de la liberté des voies respiratoires ;

e) médication du choc, de la douleur ; prévention du tétanos.

P. L.

(1) Pays rapporteurs : Grande-Bretagne et Etats-Unis d'Amérique.

UN NOUVEAU TYPE DE CÉPHALÉE

Au cours des dix-huit derniers mois, les auteurs de la communication, Horton, Mac Lean et Craig, tous trois attachés à la Clinique Mayo (1) ont observé, 84 cas de céphalée de ce genre. Il ne s'agit donc pas, à beaucoup près, d'un syndrome rarissime. Or, disent-ils, la littérature n'en possède pas de description adéquate. Les diagnostic de leurs patients parcouraient la gamme entière des maux de tête et envisageaient toutes sortes de causes, depuis la psychonévrose jusqu'à la lésion organique.

La douleur est si pénible que plusieurs de ces malheureux étaient tenus sous une surveillance constante, car ils avaient des idées de suicide. La plupart étaient prêts à n'importe quelle intervention pour obtenir un soulagement.

Comme les auteurs ont découvert un traitement simple et véritablement spécifique de cette maladie, il semble intéressant de soumettre à nos lecteurs et leur description et leurs conclusions.

La majorité des malades sont dans la 4e ou la 5e décade de leur vie. Ils n'attribuent à leur mal aucune cause définie. Quelques-uns accusent des attaques antérieures de migraine classique. A part cela : aucun antécédent particulier soit personnel, soit héréditaire.

La douleur est limitée à un côté de la tête ; elle est excruciante et englobe l'œil, la tempe, le cou et souvent la face. Elle n'a aucun des caractères de la névralgie du trijumeau. Souvent, on note une sensibilité douloureuse à la pression des branches de la carotide externe et de la carotide primitive.

Les accès surviennent et disparaissent très vite, souvent en quelques minutes, à heure fixe et de préférence la nuit.

Concomitamment et dans la même zone, les patients signalent des phénomènes vaso-moteurs (vaso-dilatation) : gonflement des artères temporales, injection de la conjonctive, obstruction nasale, larmoiement, rougeur de la face.

Les boissons alcooliques, la position couchée et en général, tout ce qui cause la turgescence des vaisseaux céphaliques amènent une recrudescence de la douleur. Le salicylate, la compression de l'œil, des vaisseaux temporaux ou de la carotide primitive la calment parfois.

En somme, c'est une douleur de congestion céphalique.

Dans 25 cas, les auteurs purent reproduire le syndrome en tous points (douleurs, vaso-dilatation de la face), élévation de la température locale en injectant sous la peau 3 à 5 dixièmes de milligramme d'histamine. Sur ces 25 cas de céphalée provoquée, 20 fois elle fut enrayée par l'injection intra-veineuse, d'adrénaline et autres vaso-constricteurs. Des accès spontanés furent calmés de la même façon et deux fois en faisant monter la tension sanguine par immersion d'une main dans l'eau froide. Pris dès le début, l'accès provoqué par l'histamine était radicalement stoppé par la compression de la carotide primitive.

C'est de ces diverses constatations que les auteurs ont deduit leur méthode thérapeutique.

Pendant deux jours consécutifs, ils injectent sous la peau 5 centièmes de milligramme d'histamine à deux reprises. Dès le troisième jour, la dose est élevée à 0 mgr. 066 (deux piqûres) ; au cinquième jour 0 mgr. 1 (deux piqûres). Les deux piqûres quotidiennes de 0 mgr. 1 sont constituées pendant deux à trois semaines.

Résultats : 65 malades ont obtenu une sédation complète pour des délais allant de deux semaines à dix-huit mois. Les récidives ont rapidement cédé à une autre série de piqûres.

Dix malades n'ont eu aucune amélioration.

Neuf ont été perdus de vue.

Ce syndrome, que les auteurs proposent de dénommer « érythromélalgie de la tête » est-il dû à une brutale mise en circulation d'histamine sécrétée dans l'organisme même ? Leur méthode est-elle une sorte d'immunisation préventive ?

Ce sont les questions qu'on se pose en prenant connaissance des travaux expérimentaux de Horton et Essex : deux fois par jour, ils ont injecté à des cobayes, pendant deux à trois semaines, d'assez fortes doses d'histamine. Ils ont constaté ensuite que 50 % de ces animaux résistaient à une dose intra-veineuse d'histamine capable de tuer 87 % des témoins non injectés préventivement. Un certain nombre des animaux injectés présentaient une hypertrophie des glandes surrénales.

La question demeure à l'étude.

G. Lavalée.

(1) *Proceedings*, April 26, 1939.

LA PETITE CHIRURGIE DE GUERRE AU GOUT DU JOUR

● ● ●

L'excision des plaies de guerre

D'après le Professeur agrégé G. Roux (1)

Son principe exige qu'elle soit pratiquée dans les douze premières heures

Base du traitement actuel des plaies de guerre, l'excision ou « épluchage », est à la fois indispensable et essentielle.

Indispensable, en raison du caractère éminemment septique des plaies par projectiles et de l'impuissance des seules méthodes antiseptiques sur ce foyer profond et clos.

Essentielle, car de son exécution dépend le succès des méthodes complémentaires adoptées : suture primitive ou retardée, traitement du foyer laissé à plat, traitement sous plâtre.

Cette excision doit être *totale*. Son principe est de soustraire par le bistouri et les ciseaux non seulement les corps étrangers projetés et entraînés, mais aussi tous les tissus souillés par le passage ou le contact permanent de ces corps étrangers, ainsi que les tissus déchirés ou directement contusionnés par le traumatisme, bref ceux qui, par infection, attrition ou ischémie, sont primitivement voués à la sclérose. Les tranches de section doivent passer en tissu sain, sans sacrifices inutiles, mais aussi sans parcimonie. La mesure se règle non sur l'étendue des lésions, mais sur le souci d'enlever en bloc, autant que possible, agents vulnérants comme parties souillées et contuses, de façon à obtenir une plaie à bords nets, à fond sain et bien découvert.

Cette méthode et les délais limites de son exécution sont réglés par l'évolution même des plaies de guerre.

Dans celles-ci existent d'emblée deux éléments pour favoriser l'éclosion d'une infection rapide et massive : d'une part, des germes très virulents (streptocoques et anaérobies) apportés par les projectiles et les débris vestimentaires ou la terre entraînés ; d'autre part, du sang épanché et des tissus dévitalisés par l'action directe de l'agent vulnérant ou par ischémie, qui, soumis à une protéolyse rapide par les ferments cellulaires, vont réaliser un milieu de culture parfait.

Ensuite, la blessure d'un organe important (tronc vasculaire ou nerveux, os, articulations), aggravera encore la situation par la perte d'une fonction essentielle de nutrition du membre ou par un désordre anatomique important.

Enfin, l'état de shock sera encore davantage ressenti par un organisme devenu moins résistant par le surmenage de rudes journées de combat.

Cependant, *la pullulation des germes* apportés par le traumatisme n'*est pas immédiate* ; elle est en relation avec leur virulence et leur abondance. Des délais semblables seront nécessaires pour que soient altérés les tissus sains, qui avoisinent les éléments dévitalisés. Bref, entre le moment de la blessure et le début de la pullulation des germes existe *un intervalle, où la plaie souillée n'est pas encore infectée*. C'est ce délai de dix à douze heures, qui s'impose au chirurgien, pour pratiquer l'excision des plaies de guerre.

C'est une opération de chirurgie aseptique, en plusieurs temps

Cette opération ne peut être exécutée qu'en un milieu convenablement organisé, d'où la nécessité d'une évacuation aussi rapide que possible des blessés. L'anesthésie générale est recommandée, sauf contrindications spéciales ; il faut prévoir deux jeux d'instruments et de gants, afin de pouvoir en changer après le temps d'excision cutanée et de découverte du foyer. L'hémostase doit être minutieusement assurée.

1er temps : *Désinfection mécanique des téguments*

Une couche de teinture d'iode, même abondante, n'est pas suffisante. Le champ opératoire cutané doit être minutieusement brossé avec du savon liquide, en respectant la plaie, mais en insistant sur les lèvres cutanées. Ce brossage doit s'étendre très loin, au besoin à tout le membre, s'il s'agit de plaies multiples. Lorsque les extrémités osseuses d'une fracture diaphysaire font saillie à travers l'orifice cutané, elles doivent faire l'objet d'un brossage minutieux, et n'être réintégrées qu'après cette désinfection préalable. Un badigeonnage à l'éther dégraissera les téguments et une couche de teinture d'iode contribuera à parfaire ce temps essentiel de désinfection tégumentaire.

---

(1) Petite chirurgie et technique médicale courante. (Masson, éditeur, Paris 1938).

2e TEMPS : *Excision cutanée et drainage des décollements sus-aponévrotiques*

Au bistouri, les lèvres de la plaie sont excisées à 1 /2 cent., ou même à un cent. de leur bord, à la condition d'enlever les lambeaux de peau meurtris, déchiquetés et dévitalisés. Tranche de section nette, sans dents de scie, rigoureusement perpendiculaire au plan cutané ; elle doit saigner franchement et, en profondeur, atteindre l'aponévrose. Ne laisser aucun espace décollé souscutané, qui doit toujours être découvert par une incision branchée ; si celui-ci était trop étendu, faire une contrincision au point déclive. C'est une opération à ciel ouvert, où les plaies doivent être largement exposées à la vue, et facilement accessibles aux instruments, surtout les plans profonds. Ne jamais plonger les doigts dans la plaie ; sinon, changer de gants, ainsi qu'il doit en être, pour le temps suivant, comme d'ailleurs pour les instruments.

3e TEMPS : *Excision aponévrotique*

La plaie aponévrotique provoquée par le passage du projectile est, en général, moins étendue que la plaie cutanée, car l'aponévrose d'enveloppe du membre est plus résistante que la peau. Les bords de cet orifice sont dilacérés, effilochés ; ils doivent être excisés aux ciseaux, d'une manière absolument nette, dans les mêmes conditions de rigoureuse technique que la peau. On pratique ensuite sur cette aponévrose, dans le sens des fibres aponévrotiques, une ou plusieurs incisions de débridement, de façon à ce que le foyer traumatique soit parfaitement exposé, ne gênant pas l'exploration profonde ou le drainage ultérieur des parties sous-jacentes.

4e TEMPS : *Excision du trajet musculaire et de la chambre d'attrition*

Ce temps important et difficile comporte la soustraction des corps étrangers, même épars dans différentes loges musculaires. Sur le muscle, facilement rompu, et de plus très sensible à l'ischémie, l'action d'écrasement ou de dilacération s'étend à distance. Ainsi un faisceau musculaire peut être exposé à la nécrose, bien qu'il n'ait pas été en contact avec l'agent contondant. Il faut enlever non seulement les parties souillées, rompues ou contusionnées, mais aussi celles qui, du fait de l'ischémie, sont exposées au sphacèle. Il y a là une discrimination difficile en raison de l'état de stupeur dans lequel se trouve le tissu musculaire dans les heures qui suivent une contusion importante.

Lemaitre a donné trois caractères objectifs du tissu musculaire sain :

a) La coloration normale du muscle, brillante et rouge clair, le tissu altéré ayant une teinte noirâtre et terne ;

b) Le suintement perlé sanguinolent de la tranche de section ; preuve d'une irrigation conservée ;

c) La secousse musculaire à la coupe, signe de l'intégrité nerveuse.

Dans les cas les plus simples, les corps étrangers, après un court trajet, sont rassemblés en un foyer bien limité, qu'il est possible d'enlever en bloc. Mais le plus souvent, le foyer est profond, compliqué de foyers secondaires, où sont logés des éclats. Le trajet est long et irrégulier. Il faut le mettre à découvert, et enlever les corps étrangers libres ; ne jamais employer pour cela la curette tranchante, dont l'action est traumatisante ; les particules étrangères seront d'ailleurs enlevées avec les tissus au cours de l'excision.

Si le traumatisme a intéressé la région des vaisseaux, ceux-ci doivent être, de toute nécessité, vérifiés. En présence d'une fracture esquilleuse, seules les esquilles libres ou projetées dans les muscles doivent être considérées comme corps étrangers, et enlevées.

Quand il s'agit d'un séton par balle, avec deux orifices d'entrée ponctiformes, le projectile n'étant pas inclus, on peut mettre le blessé en observation et n'intervenir qu'au cas de complications. Mais les sétons par éclat d'obus, projectiles irréguliers et souillés, doivent toujours faire l'objet d'une intervention. Si les deux orifices d'entrée et de sortie sont très éloignés, il est souvent impossible de débrider le trajet en entier ; on épluche alors les deux seuls orifices suivant la méthode complète indiquée, en s'abstenant de tout geste de ramonage aveugle du trajet, (mèche de gaze, lavage sous pression).

Enfin, lorsque le projectile est fixé après un long parcours profond ou superficiel, il doit être abordé par la voie la plus courte, sans tenir compte du trajet suivi, qu'il serait impossible d'exciser. L'accès par peau saine dispense évidemment de l'excision des plans superficiels, mais les règles de l'incision restent les mêmes aussitôt qu'on approche de la cavité logeant le projectile.

« Complète l'excision des plaies de guerre se suffit à elle-même, c'est-à-dire que l'adjonction d'antiseptiques n'est pas nécessaire. Quel que soit le mode de traitement de la plaie adopté ensuite, elle constitue la meilleure méthode de guérison, et, tout compte fait, de récupération rapide de nos soldats blessés ».

G. FISCHER.

ARTÉRITE OBLITÉRANTE DE LA JAMBE DROITE : MORT PAR INFARCTUS MÉSENTÉRIQUE

M. X... est un solide vieillard de 78 ans qui, après une vie active dans un commerce d'alimentation, mène une existence calme et régulière, partagée entre des occupations ménagères courantes et des parties de boule. Très alerte, il fait facilement 10 kilomètres dans une promenade. Malgré cela, des accès de vertiges l'ont amené à consulter au début de 1938 et, à l'examen, on constate une artério-sclérose généralisée, un souffle aortique et une tension artérielle élevée. Le pouls, dur et bien frappé, présente parfois des arythmies. Le gérontoxon est très marqué, mais le taux d'urée sanguine est normal. L'analyse d'urine ne montre rien de particulier. Toutefois, à l'interrogatoire, on apprend que le malade a eu « un peu de sucre » dans les années antérieures. Devant cette sclérose généralisée et assez bien équilibrée, on donne quelques hypotenseurs classiques à base d'extrait fluide de gui et une certaine quantité de citrate de soude. Le malade prend, par moments, des doses modérées de gardénal. Son alimentation est raisonnable On lui conseille de moins fumer, ce qui est assez difficile à obtenir.

Cet ensemble clinique, stationnaire depuis environ dix mois, semblait devoir se maintenir assez longtemps, lorsqu'au cours d'une consultation, le malade venu pour signaler la persistance de ses vertiges, accusa, sans y attacher trop d'importance, une douleur à la face antéro-externe de la jambe droite. Prise pour conséquence d'un traumatisme léger passé inaperçu ou pour une algie de nature difficile à préciser, il n'y fut pas attaché une plus grande importance. Quelques jours plus tard, le malade est pris brusquement d'une douleur très aiguë au niveau de cette même jambe droite, et très rapidement le pied devint froid et exsangue. Vue peu de temps après ce début brutal, la jambe a une couleur « touche de piano », la pédieuse est mal sentie et les oscillations sont très difficiles à percevoir avec l'oscillomètre de Pachon. Le diagnostic est évident : il s'agit d'une artérite oblitérante dont les conséquences paraissent devoir être rapidement désastreuses, en raison de l'arrêt presque total de la circulation. On fait immédiatement des injections quotidiennes de 0 gr. 20 d'acécoline et le pied est maintenu dans un pansement bien aseptique. Sous l'influence de l'acécoline, la circulation se rétablit d'une manière relativement satisfaisante et le danger immédiat de gangrène sèche totale paraît écarté. Cependant au bout de quelques jours, apparaissent de petites ulcérations très douloureuses qui ne s'améliorent guère sous l'influence d'une médication externe variée et classique. La tension maxima reste autour de 23. Au bout de six semaines l'état général s'altère en raison de l'insomnie causée par les douleurs. Il faut dire que l'entourage se montre réfractaire à l'emploi des opiacés. Du point de vue chimie biologique, la glycémie est maintenant de 1,40 ; la cholestérinémie de 1,48 et il y a, dans les urines, 5 grammes de sucre par vingt-quatre heures. A l'acécoline, on ajoute une médication antidiabétique, modérée et surveillée car on ne trouve pas de sucre à la recherche qualitative avec la liqueur de Fehling, faite matin et soir avant l'injection bi-quotidienne de 10 unités-cliniques d'une préparation d'insuline.

L'état local semblait s'améliorer et le sommeil plus facile, lorsque quelques jours plus tard, soit environ sept semaines après le début, le malade fut pris vers 21 heures, d'une douleur violente dans l'abdomen, douleur suraiguë accompagnée bientôt d'un vomissement, de quelques mictions et d'envies d'aller à la selle. Vu, une heure plus tard, le malade déclare souffrir atrocement de l'abdomen et, de fait, tout indique chez lui une souffrance insupportable. A l'examen, on trouve un abdomen souple sans aucune ébauche de contracture. Le siège de la douleur se fixe sur une ligne entre le pubis et l'ombilic. Le pouls est régulier, bien frappé.

Devant ce syndrome abdominal suraigu, tous les diagnostics classiques sont passés en revue. L'absence de contracture fait éliminer une perforation d'ulcus, une appendicite : d'ailleurs, il n'y a aucune douleur à la pression du creux épigastrique et de la fosse iliaque droite. Ce n'est pas davantage une hernie étranglée et aucune intoxication n'explique pareille douleur dans le cas présent. On pense un moment à une hypoglycémie possible en raison de la thérapeutique prescrite depuis une semaine, mais ce diagnostic ne saurait être retenu devant la très petite quantité d'insuline faite les trois jours précédents. Deux diagnostic restaient possibles : un début d'occlusion, un infarctus mésentérique. Ce fut le second qui parut le plus vrai-

♦♦♦

semblable. En effet, ce malade présentait déjà une artérite oblitérante et il était plus normal de penser qu'une thrombose mésentérique était la cause de l'accident abdominal aigu.

Quelle devait être la conduite à tenir ? Le malade avait près de 79 ans et un membre inférieur droit déjà en assez mauvais état. C'était un scléreux, présentant un souffle aortique. Fallait-il tenter une laparatomie exploratrice ? On ne l'a pas estimé nécessaire en pensant que la thrombose mésentérique, si elle était reconnue à l'intervention, nécessiterait un acte chirurgical particulièrement grave chez ce malade. Extérioriser une anse et sur quelle longueur ? La réséquer, faire ensuite une anastomose ou un anus artificiel et pour quel résultat final ? On a préféré considérer le malade comme perdu et des injections espacées de morphine atténuèrent les douleurs d'une fin qui survint moins de vingt-quatre heures plus tard dans un état de collapsus cardiaque avec une tension maxima tombée à 9 et, évidemment, un important météorisme abdominal. Cette observation est intéressante pour plusieurs raisons, dans ce qu'elle a pourtant de classique.

C'est tout d'abord la réunion chez un même sujet de toutes les conditions habituelles à la production d'une artérite oblitérante : l'artériosclérose généralisée, un léger état prédiabétique, un abus excessif du tabac qui est très spasmogène, un terrain légèrement névropathique. Aucune des causes habituelles ne semblait manquer.

Un autre fait intéressant est la facilité relative avec laquelle le diagnostic de thrombus mésentérique a été posé d'abord par le médecin traitant, ensuite par un consultant. Il est évident que, s'il n'y avait pas eu l'accident de la jambe pour lequel le malade était en traitement, la crise aiguë abdominale n'aurait pas fait penser aussi vite à un accident du même ordre. Mais, chez ce malade, cet antécédent récent forçait de lui-même l'attention et il est probable que, s'il avait été possible, l'examen nécropsique n'aurait eu que la valeur d'une confirmation anatomo-pathologique.

Dernier point : la conduite à tenir. Dans le cas présent, vu l'âge du malade, l'état du membre inférieur droit, l'ensemble clinique du sujet, l'abstention a été jugée la meilleure et plus sage manière de faire. En admettant qu'il eût pu supporter les conséquences d'une anesthésie, le shock opératoire et ses suites immédiates s'avéraient trop pleins de risques. Il nous a paru intéressant de rapporter cette observation en raison même de ce qu'elle a de classique et du délicat problème que pouvait présenter la conduite finale à tenir.

Pierre LABIGNETTE

Chef de laboratoire à l'Hôpital Boucicaut

ÉPINGLE DE SÛRETÉ DANS LE MÉDIASTIN

MM. Rebattu, M. Gignoux et Moindrot ont présenté à la Société d'oto-rhino-laryngologie de Lyon une intéressante observation de corps étranger médiastinal dont voici le résumé :

Mlle C..., 23 ans, a avalé à l'âge de 10 ans, soit treize ans auparavant, une épingle de sûreté qui ne l'avait pas gênée jusqu'à ces temps derniers, sa santé étant restée excellente. Depuis quelque temps, cependant, elle accuse des douleurs vagues à la déglutition et à l'inspiration profonde.

Une radiographie montre au niveau de la bronche droite, l'épingle verticalement dirigée : la tomographie la place à 8 centimètres du plan dorsal. Le lipiodol ne révèle aucune anomalie bronchique et, à la bronchoscopie, l'arbre trachéo-bronchique apparaît normal. Exploration œsophagienne également négative.

Or, en examinant l'épingle sur le cliché, on constate la diparition totale de la plus grande partie de la branche qui porte le fermoir et du fermoir lui-même. Qu'est devenue cette partie de l'épingle ? On ne peut faire que des suppositions (la malade dit en effet qu'il s'agissait d'une épingle complète).

Devant l'absence totale de signes alarmants chez cette malade et la quasi-impossibilité de toute intervention, les auteurs se sont abstenus de toute autre manœuvre.

P. L.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Plaies de guerre de la face

Le Docteur Ch. Ruppe démontre que le but thérapeutique à atteindre est de rétablir la forme ainsi que la fonction délicate et précise des organes de la face (mastication, déglutition, phonation). D'où la nécessité de respecter le jeu des orifices naturels et des tissus de recouvrement, ainsi que d'obtenir la consolidation des maxillaires fracturés avec un articulé dentaire normal. La chirurgie maxillo-faciale doit donc être intimement liée à la prothèse maxillo-faciale.

La physionomie particulière des plaies de la face tient à plusieurs facteurs : 1° il existe toujours une nuance d'hémorragie sérieuse, variable suivant les régions atteintes ; 2° on ne peut négliger les troubles de l'asphyxie et de la déglutition ; 3° le blessé maxillo-facial est exposé plus qu'aucun autre aux complications broncho-pulmonaires (20 % de bronchites simples, 5 % de broncho-pneumonies) ; il faut donc éviter autant que faire se peut l'anesthésie générale, qui favorise les accidents broncho-pulmonaires, utiliser le plus possible l'anesthésie locale ou loco-régionale, sinon anesthésie de base à l'évipan ; ne faire de trachéotomie qu'à bon escient ; 4° l'infection est de règle, mais légère et, remarque importante, la gangrène gazeuse n'est pas à redouter. Les plaies de la face donnent des cicatrices épaisses, particulièrement disgracieuses ; il y a donc nécessité absolue de guider immédiatement la cicatrisation par des moyens prothétiques appropriés. Rien ne doit être entrepris sur les plans superficiels sans que les plans osseux soient reconstitués par le prothésiste (réduction précise et contention des fractures, traitement des pertes de substance osseuse).

L'ère des complications immédiates franchie, vers le cinquième jour arrive l'heure des spécialistes, pour réparer les dégâts ostéo-cutanéo-muqueux ; le traitement envisagé varie suivant que l'on a affaire à une blessure de l'étage supérieur, moyen ou inférieur de la face.

En ce qui concerne l'orbite notamment, seules les blessures de la paroi externe n'ont pas de conséquences importantes ; celles de la paroi inférieure effondrent le plafond du sinus maxillaire, celles de la paroi interne menacent l'ethmoïde et la lame criblée ; enfin, à la paroi supérieure, il y a des menaces du côté de la cavité encéphalique et du sinus frontal. La conduite à tenir vis-à-vis de l'œil appelle une grande prudence.

Pour ce qui est des plaies du massif facial, elles relèvent beaucoup plus de la prothèse que de la chirurgie : prothèse operculaire, en cas de perte minime ; sinon, prothèse avec obturateur.

Les plaies du plancher de la bouche exposent parfois à des hémorragies de l'artère linguale, vers le huitième ou le quinzième jour, d'autant plus rebelles à maîtriser qu'elles sont plus tardives ; à redouter les infections du plancher de la bouche. Dès le début, les dégâts mandibulaires seront limités au maximum. Il faut conserver toutes les esquilles adhérentes, fixer les lambeaux du périoste, les extrémités exactes. L'immobilisation rapide des fragments évite tout décollement périostique nouveau, toute propagation d'infection dans les zones encore saines, toute libération secondaire d'esquilles adhérentes, tout traumatisme au niveau des extrémités osseuses. Il y a donc suppression de la nécrose osseuse secondaire, et le foyer de fracture est placé dans les meilleures conditions pour sa cicatrisation. (*La Presse Médicale*, 13 septembre 1939.)

Quelques considérations générales sur la Rœntgenthérapie chez les hypertendus

L. Delherm et H. Fischgold indiquent d'abord les points d'attaque susceptibles de réagir aux rayons X. Ceux-ci se trouvent au niveau de quelques-uns des multiples organes neuro-glandulaires, qui interviennent dans la régulation de la tension artérielle : surrénales, hypophyse, sinus carotidiens. Ces auteurs étudient ensuite l'action des rayons dans les différentes formes de l'hypertension artérielle, et ils arrivent aux conclusions suivantes :

a) Les rayons X peuvent intervenir dans le processus régulateur de la tension artérielle en modérant la sécrétion des glandes surrénales et hypophyse, ou en stimulant l'action dépressive du sinus carotidien ;

b) Pratiquée à titre fonctionnel dans les hypertensions solitaires, la rœntgenthérapie agit plutôt sur les signes objectifs que sur ceux manométriques : son efficacité n'est que transitoire, si elle existe, dans l'hypertension maligne des jeunes ;

c) De meilleurs résultats sont constatés dans l'adénome basophile et le surrénalome ; dans ces cas, l'hyperplasie endocrine est certaine et les rayons X agissent comme modificateurs de la lésion. (*Le Progrès Médical*, 24 juin 1939.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

La désinfection du champ opératoire par l'alcool

(M. J. Vanverts ; 18-7-1939)

M. Vanverts confirme l'opinion de M. Lecercle sur les avantages de la désinfection du champ opératoire par l'alcool. Dans sa pratique personnelle il fait, la veille de l'opération, raser et nettoyer la peau au savon ou à l'alcool et recouvrir d'un pansement antiseptique le futur champ opératoire. Immédiatement avant l'opération, la peau est nettoyée à nouveau par friction avec une compresse de gaze imbibée d'alcool à 90°. Dans les cas d'urgence, le nettoyage à l'alcool est effectué seul avant l'opération. Depuis quinze ans, où M. Vanverts a substitué cette pratique à l'emploi de la teinture d'iode, les résultats obtenus ont été très satisfaisants, tant en ce qui concerne l'absence d'infection que la perfection de la réunion des plaies.

L'auteur rappelle que si l'on utilise la teinture d'iode pour désinfecter la peau, il importe de remplir deux conditions : 1° la teinture d'iode doit être appliquée sur la peau nettoyée préalablement à l'alcool ou à l'éther, le savonnage empêchant la pénétration de l'alcool dans l'épiderme, comme l'ont montré les recherches de Walther et Touraine ; 2° la désinfection cutanée ne peut être considérée comme suffisante que si la durée de contact de la teinture d'iode avec la peau est au moins de six à sept minutes (Walther et Touraine).

Présence prolongée du virus poliomyélitique dans les matières fécales chez un porteur sain

(MM. Pierre Lépine, Sadallian et Mlle Sautter ; 18-7-1939)

Chez une fillette, dont le père avait succombé à une infection poliomyélitique, et qui avait eu elle-même une atteinte fruste de cette maladie, M. Pierre Lépine et ses collaborateurs ont pu mettre en évidence, dans les selles de l'enfant, le virus poliomyélitique, et cela quarante jours, soixante quatorze et cent vingt-trois jours après la manifestation fébrile éphémère notée chez la petite malade. Ils en déduisent la possibilité, pour un enfant en bonne santé, n'ayant présenté qu'une infection probable mais très fruste par le virus poliomyélitique, d'éliminer celui-ci par les matières fécales, pendant un laps de temps prolongé, se comportant ainsi en véritable porteur de germes.

Ces faits suggèrent deux remarques : 1° ils introduisent dans l'étude épidémiologique de la poliomyélite un élément dont on ne peut sous-estimer l'importance ; 2° ils posent la question de la source, dans l'organisme, du virus éliminé par les matières fécales, le contenu intestinal n'apparaissant pas comme un milieu de culture pour ce virus. Ce dernier se multiplie-t-il dans les voies biliaires, le système lymphatique... ? En tout cas, il faudrait renoncer à la conception de la paralysie infantile due à un virus strictement et uniquement neurotrope.

Académie de chirurgie

Tomographie de la colonne vertébrale

(MM. Sorrel, A. Delahaye et P. Thoyer-Roza ; 10-5-1939)

La tomographie, souvent pratiquée depuis quelques années pour le diagnostic des lésions pulmonaires, n'a été jusqu'ici que fort peu employée pour le squelette. En particulier, en a-t-il été ainsi pour la colonne vertébrale. Les appareils tomographiques actuels, établis pour les pneumographies, sont d'ailleurs verticaux, alors que les examens radiographiques de malades atteints de lésions rachidiennes se font d'habitude plutôt en position horizontale.

Il a semblé néanmoins à M. Sorrel et à ses collaborateurs que l'on pouvait tirer des renseignements utiles de tomographies vertébrales prises en position verticale. Ils en donnent trois exemples intéressants. Dans le premier, la tomographie a confirmé un diagnostic de mal de Pott, et aussi précisé les lésions. Dans le second, la question se posait d'attribuer ou non une cyphose à un traumatisme (tamponnement au cours du travail). Les radios, de face et de profil, étaient insuffisantes pour résoudre la difficulté. La tomographie leva tous les doutes en montrant qu'il s'agissait d'une épiphysite vertébrale ancienne.

Dans le troisième cas, le diagnostic de mal de Pott, chez une jeune femme de 30 ans, avait été fait après des radiographies, non démonstratives il est vrai. La tomographie établit qu'il y avait scoliose simple de l'adolescence, devenue douloureuse à l'âge adulte, comme il arrive quelquefois lorsque les articulations vertébrales, en porte à faux depuis le jeune âge, commencent à présenter des lésions d'arthrite sèche.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Endocardite récurrente au cours d'une chorée gravidique mortelle. Etude de la lacticémie

(MM. J. LEVY-VALENSI, L. JUSTIN-BESANÇON et Jean DELAY ; 5-5-1939)

L'intérêt de cette observation concerne surtout l'étude des lésions cardiaques. En effet, à l'ouverture du cœur, on a trouvé un orifice mitral à la fois insuffisant et rétréci, complètement sclérosé. Cette lésion mitrale représentait, à n'en pas douter, la cicatrice très ancienne d'une endocardite remontant à plusieurs années.

Les lésions mitrales paraissent anciennes, constituant une cardiopathie cicatricielle ; les lésions aortiques paraissent au contraire toutes récentes. Au total donc, l'examen anatomique a montré l'existence d'une véritable endocardite récurrente, suivant l'expression de Henoch.

Ainsi est-il évident que chez cette patiente, la grossesse avait véritablement réveillé l'activité du processus infectieux, non seulement dans les territoires nerveux, mais même au niveau du cœur.

L'évolution de cette chorée gravidique s'est faite en deux stades : pendant une huitaine de jours, tout s'est borné à l'existence de mouvements choréiques strictement localisés au côté droit, sans fièvre, sans retentissement sur l'état général. Puis brusquement la maladie a pris une allure maligne, entraînant la mort en trente-six heures. Cette malignité s'est annoncée par la généralisation des mouvements choréiques à tout le corps, par l'apparition de fièvre et d'un érythème scarlatiniforme.

Au point de vue biologique, il faut attirer l'attention sur l'élévation énorme du taux de l'acide lactique dans le sang de la malade, le jour de sa mort. La lacticémie atteignait 31 centigrammes alors que normalement elle n'est que de 14 centigrammes par litre. Cette chorée gravidique avait deux raisons d'élever sa lacticémie : d'une part, ses mouvements incessants ; d'autre part, sa cardiopathie car la lacticémie d'efforts est plus élevée chez les cardiaques.

Adéno-épithéliome du corps du pancréas. Exérèse chirurgicale. Guérison

(MM. Noël FIESSINGER, A. BERGERET et R. CATTAN ; 5-5-1939)

Une femme de 42 ans, atteinte de troubles légers de l'état général et présentant quelques symptômes digestifs de peu d'importance, est porteuse d'une masse épigastrique gauche. Au bout de huit mois, après des diagnostics et des traitements divers, on décide une intervention chirurgicale. On peut alors extirper une masse pancréatique bien limitée et d'apparence somme toute bénigne. L'examen histologique montre qu'il s'agit en realité d'un épithélioma lobulé cylindrocubique.

Cette forme de cancer pancréatique est certainement très peu fréquente. On ne trouve guère dans la littérature que cinq cas d'épithélioma acineux du corps, où l'exérèse chirurgicale a pu être tentée. C'est évidemment une statistique restreinte ; mais le pourcentage des guérisons est impressionnant : trois au moins de ces malades ont survécu deux ans à l'intervention. Il faut espérer que des techniques nouvelles d'exploration du pancréas permettront de faire plus aisément le diagnostic précoce de ces tumeurs qui, à l'époque où elles seraient opérables, échappent actuellement, dans la majorité des cas, à l'investigation clinique.

Transfusion du sang conservé. Organisation

(MM. A. TZANCK et R. ANDRÉ ; 12-5-1939)

Le service de la transfusion sanguine d'urgence a réalisé, pour le temps de paix, une organisation qui, depuis dix ans, a pu répondre à toutes les demandes formulées par les services des hôpitaux de Paris. Cependant, il ne semble pas qu'en temps de guerre, la méthode, qui consiste à utiliser le sang prélevé immédiatement à des donneurs, soit suffisante. Par contre, l'emploi du sang conservé pourrait alors rendre les plus grands services. Les auteurs, en se rapportant à leurs observations, qui actuellement dépassent 200, peuvent être fixés tant sur l'absence d'inconvénients que sur l'efficacité des injections de sang stabilisé.

Leur expérience parisienne est bien modeste d'ailleurs, si on la compare à celle de certains pays, et en particulier à celle qu'ont pu provoquer les conflits tout récents.

Les avantages que procure le sang stabilisé sont multiples :

1° Possibilité de constituer des stocks ; d'un jour à l'autre, la réserve sanguine peut être portée au chiffre voulu, quel qu'il soit ; 2° facilité de transport ; sous un faible volume, les quantités nécessaires peuvent être dirigées sur le lieu de leur utilisation éventuelle ; 3° technique extrêmement simplifiée, réduite à la simple injection intraveineuse d'un liquide stérile ; en effet, le sang est réparti en ampoules de 250 c. c. prêtes à être injectées, en goutte à goutte, à la façon du sérum physiologique.

Dans les services des hôpitaux de Paris, quelques centaines d'injections de sang conservé ont été pratiquées. Les résultats obtenus ont été très satisfaisants ; peut-être même est-il permis de penser qu'en certaines circonstances, le sang conservé dépasse l'action du sang frais. Si l'on avait cru tout d'abord devoir utiliser surtout le sang conservé pour les injections massives (1 litre et davantage), il apparaît que son emploi aux doses habituelles des transfusions n'offre pas moins d'intérêt, et, dans un très grand nombre de cas, le sang conservé peut remplacer, sinon supplanter, le sang frais.

G F.

Lille

Société médicale et anatomo-clinique

Intolérance cutanée à l'ail

M. Cordonnier. — Femme de 29 ans, présentant autour du poignet gauche une pigmentation curieuse à limites nettes et qui serait le résultat de l'application de gousses d'ail fraîches, pour combattre des douleurs rhumatismales. Celles-ci ont disparu, peut-être par libération d'histamine (?)

Des expériences de contrôle n'ont pu provoquer la même pigmentation chez divers sujets. Il s'agit vraisemblablement d'une intolérance cutanée à l'ail ; on doit noter que cette femme était syphilitique et qu'elle avait peut-être ainsi tendance à faire du pigment.

Toulouse

Société de médecine

Troubles digestifs et fractures du sternum

M. Timbal rapporte deux observations concernant des ouvriers qui, à la suite d'une fracture du sternum, ont vu se développer des troubles digestifs à type de gastrite hyperchlorhydrique. Ces troubles digestifs paraissent, *a priori*, indépendants de l'accident, mais les auteurs classiques les considèrent comme une conséquence même des lésions traumatiques du sternum.

Cette notion est importante au point de vue médico-légal, afin de ne pas léser les intérêts légitimes des accidentés du travail. Dans ses deux cas, l'auteur ayant établi dans son rapport la relation de cause à effet existant entre la lésion du sternum et les troubles digestifs, a pu obtenir pour ces blessés l'indemnité qui leur était due.

Les troubles dyspeptiques dans les fractures du sternum

M. J.-P. Tourneux a eu également l'occasion d'observer des troubles dyspeptiques dans trois cas de lésions du sternum qu'il lui a été donné de voir : dans un cas il s'agissait d'une fracture entre les première et deuxième pièces sternales avec chevauchement irréductible du fragment supérieur, et dans les deux autres de fractures sans déplacement. Les trois blessés, âgés de 52, 36 et 45 ans, qui ne présentaient pas de passé gastrique, ont accusé ultérieurement des troubles digestifs à type de gastrite hyperchlorhydrique.

La pathogénie de ces divers accidents paraît difficile à élucider : par suite du siège des lésions sternales, il est impossible d'invoquer une action directe sur l'estomac, il est probable qu'il doit s'agir de troubles réflexes d'origine sympathique.

Les Livres

Maloine, éditeur

27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe)

R. Degos, médecin des hôpitaux de Paris et E. Lortat-Jacob, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis.— **La Dermatologie**. Collection « Les Petits Précis », 1939, 2 volumes ; chaque volume : 18 francs.

Les deux « Petits Précis » « Dermatologie » ont été conçus dans un esprit pratique, répondant aux besoins aussi bien de l'étudiant que du médecin praticien.

Les auteurs ont décrit les dermatoses en partant toujours de la lésion élémentaire. « Tout diagnostic dermatologique doit s'appuyer sur la base sûre et inattaquable que constitue la détermination de la lésion élémentaire. Cette discipline dermatologique permettra, même à ceux qui n'auront pas eu l'occasion d'observer telle ou telle dermatose, d'arriver à la classer dans un groupe précis (papule, tubercule, bulle...), et, partant de là, d'en établir souvent le diagnostic ».

Les discussions pathogéniques, les descriptions histologiques, ont été bannies de ces ouvrages. Cependant, les auteurs n'ont jamais perdu de vue qu'une dermatose n'était souvent que l'expression cutanée d'une maladie générale, et ils ont insisté sur l'importance du facteur terrain.

Une très grande place est laissée au traitement. Les formules dermatologiques ont été rédigées, autant que possible, suivant les mêmes schémas, pour permettre au médecin de les retenir sans difficulté, et d'en constituer de semblables avec d'autres corps actifs.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

De très nombreuses lettres nous parviennent chaque jour de médecins mobilisés, qui expriment une même inquiétude : Que va-t-on faire des médecins étrangers établis sur notre sol ? Va-t-on les laisser mettre les clientèles en coupe réglée, comme l'autre fois ?

C'est de cette légitime inquiétude que j'ai pris texte pour l'article suivant :

AUX MÉDECINS ÉTRANGERS EXERÇANT EN FRANCE

Le moment semble venu de réviser courtoisement l'aspect de nos relations, de découvrir, s'il se peut, par où elles ont pu s'aigrir et comment, en conséquence, elles peuvent s'améliorer.

Entre vous et nous l'après-guerre a vu s'élever une méfiance et même, tranchons le mot, une hostilité qui atteignit son paroxysme dans les années dernières. La France hospitalière par tradition, vous le reconnaissez, était en passe de devenir xénophobe et dans cette zizanie les médecins français, reconnaissons-le aussi, n'étaient pas les derniers à dire leur mot. Ce mot, nous l'avons même dit assez haut et l'avons assez répété pour obtenir du Parlement le vote successif de la loi Armbruster et de la loi Nast.

Vous nous rendrez cette justice que jamais nous n'avons versé dans la mystique assez élémentaire de la race qui enflammait nos excellents voisins du Nord-Est, que jamais nous ne nous sommes crus d'une argile supérieure, que nous n'avons fait affront à quiconque ni de la couleur de sa peau ni même de son langage incertain, que nous n'avons expulsé personne et même que nos portes sont restées large ouvertes.

Ces lois, que nous avions déclaré nous donner satisfaction, qu'exigeaient-elles d'un médecin étranger pour qu'il pût exercer en France ? Qu'il se fît naturaliser, c'est-à-dire, en somme, qu'il devînt l'un des nôtres. Peut-on rêver accueil plus cordial que lorsqu'on vous dit « Entrez, vous serez de la famille » ?

La qualité de Français comporte des agréments que vous n'êtes pas sans avoir remarqués : notre pays, toute vanité mise à part, n'est pas un des plus laids du globe, ni l'un des moins riches. On y vit à l'aise, parmi des gens qui sont ce qu'ils sont mais qui n'ont pas la réputation d'être sournois, querelleurs, pingres ou gourmés. On y goûte une liberté de penser, de parler et d'écrire, qui nous semble si naturelle à l'homme que nous la déclarons indispensable, tout comme l'oxygène de l'air. Nous la voulons totale, cette liberté, et même soucieux d'en assurer la jouissance à nos commensaux autant qu'à nous-mêmes, nous tolérons qu'ils nous briment un peu, voire qu'ils nous attirent des histoires avec de sourcilleux voisins. Nous sommes aussi le pays de la fraternité, car nous avons eu la candeur de faire nôtre, au pied de la lettre, la devise républicaine. Par respect pour celle-ci et parce qu'un naïf ne saurait l'être à demi, nous avons accueilli des proscrits qui n'étaient pas tous recommandables et des fugitifs qui trouvaient opportun de mettre une frontière entre la justice et leurs peu reluisantes personnes. Voilà comment nous sommes : s'il y a au monde des « partageux », on peut inscrire les Français en tête. Et vous ne vous en plaindrez pas, j'imagine.

En regard de ces agréments la qualité de Français comporte aussi quelques charges. La fortune nous a voulu certes du bien en nous établissant dans cet aimable pays, mais elle nous a fait payer cher ce privilège, car elle nous a dotés des voisins les plus turbulents qui soient. Il ne se passe pas vingt ans sans qu'ils nous cherchent querelle. Aussi avons-nous pris l'habitude, tout en cultivant notre champ, d'avoir un solide gourdin à portée de la main. Les générations se succèdent dans le maniement de cet engin de sauvegarde. Et c'est pourquoi tous, tant que nous sommes, nous avons endossé l'uniforme pour un an, ou deux, ou trois : cela dépend de l'humeur des voisins. Ce service que nous nous imposons à nous-mêmes il eût été malséant de vous en dispenser : c'était faire de vous des Français de seconde zone. Les devoirs partagés unissent les hommes bien mieux que les droits. Tel est bien votre avis ? telle fut aussi notre pensée.

Donc les lois Armbruster et Nast votées tout semblait pour le mieux. Déjà les médecins français se réjouissaient de ne plus compter parmi eux de ces inquiétants hybrides qu'ils appelaient « confrères » par courtoisie professionnelle, mais avec le sentiment qu'un tel mot se démonétisait sur de telles gens. Mettez-vous à notre place : fraterniser implique tout de même autre

chose qu'exercer la même profession. Il faut un fond de confiance et d'estime réciproques. Comment avoir confiance et estime réelles lorsqn'on a le soupçon d'être exploités ?

Notre joie, malgré les deux lois successives, fut de courte durée. Bientôt même nous nous demandâmes si nous n'avions pas été bernés par leurs honorables promoteurs. C'est en effet un principe immuable en France, qu'il faut respecter les situations acquises. Il est éminemment discutable, mais nous nous l'appliquions à nous-mêmes : force était donc de vous l'apppliquer à vous aussi. D'où l'article 7 de la loi de 1935 : « Les médecins étrangers autorisés à exercer leur profession en France avant la promulgation de la présente loi continueront à jouir de cette autorisation ». Soit ! il nous faudrait donc continuer à coudoyer les hybrides et attendre d'en être libérés par voie d'extinction naturelle. Nous avalâmes notre salive et fîmes le calcul que d'ici vingt ou trente ans cela irait mieux en France. Mais une plus grave décont venue nous attendait : le principe sacré (le sacré principe ! !) des situations acquises s'appliquait aussi aux étudiants en cours d'études le jour de la promulgation de la loi.

Or, nous avions, dans les années précédant celle-ci, subi une véritable invasion d'étudiants étrangers qui, pour le plus grand nombre, résolurent de mettre à profit la licence à eux accordée. Si bien qu'une vague d'assaut d'une ampleur inconnue déferla et continue de déferler sur le Corps médical français. Nous étions noyés, roulés, presqu'expulsés de notre propre territoire. Un saint y aurait perdu patience : nous ne sommes pas des saints. Habitués que nous sommes, hélàs ! depuis des siècles, aux irruptions brusquées, le réflexe ancestral nous venait tout naturellement et déjà nous avions empoigné le gourdin de circonstance. Un peu plus, et peut-être allions-nous nous livrer à quelques moulinets de style.

La guerre est venue et ce sont maintenant les Allemands qui accaparent notre attention. Tant mieux pour vous ! Mais si nous profitions de cette pause forcée pour reprendre un peu nos esprits et nous expliquer à cœurs ouverts ? Nous vous reprochions d'être en surnombre et d'avoir fait de notre corps professionnel une cohue. La cohue s'est ordonnée d'elle-même puisque la moitié ou les deux tiers des médecins français sont actuellement hors de jeu pour cause de mobilisation et vous ont cédé la place. Nous vous reprochions d'avoir introduit chez nous un trop grand nombre de spécimens de valeur professionnelle douteuse et de valeur morale nulle : à cela, espérons-le, les tribunaux, trop longanimes en temps de paix, sauront mettre bon ordre. Nous ne sommes pas en état de siège, comme on dit, pour des prunes. Que vous reprochions-nous encore ? De ne pas être retournés dans vos pays respectifs afin d'y diffuser, comme c'était notre espoir, la science française. Cette guerre, pour peu qu'elle dure et qu'elle ressemble à la précédente, fournira certainement à nombre d'entre vous l'occasion d'y faire une rentrée martiale.

Tels sont à peu près nos griefs : tout cela, vous le voyez, peut s'arranger. Oublions donc nos bisbilles passées et serrons-nous les mains. Nous ne vous voulons désormais que du bien et ne doutons pas que vos sentiments ne répondent aux nôtres. La guerre vous offre du reste une excellente occasion de les affirmer.

Vous voici dans une situation instable, en suspens, anxieux de répondre d'un moment à l'autre chacun à l'appel de sa patrie. Il y a mieux à faire qu'à attendre et vous ronger d'impatience. Ce besoin de servir qui vous dévore, vous pourrez, vous devez le satisfaire. Et puisque vous nous avez fait l'honneur de distinguer entre tous notre pays pour en faire votre terre d'élection, exercez-vous dès maintenant à le défendre : vous défendrez mieux le vôtre, le moment venu. Engagez-vous dans les armées françaises, comblez les vides de l'avant plutôt que ceux de l'arrière, ayez à cœur de faire en tout et aussi bien ce que font les médecins français de votre âge. Il y aurait, n'en doutez pas, un moment de gêne à voir ceux-ci revenir et à n'avoir à mettre en parallèle avec leurs récits de guerre que de sournoises razzias dans les clientèles abandonnées. Vous êtes autre chose que des pillards, nous ne demandons qu'à le croire. Puisque nous répudions les mauvais souvenirs de naguère, de votre côté ayez le beau geste qui vous disculpe définitivement.

Un certain nombre d'entre vous ont, paraît-il vainement demandé leur naturalisation. Il n'est pas de meilleur titre à cette faveur que d'avoir servi comme engagé pendant les hostilités. Ceux-là reviendront Français 100 pour 100 et pas un de nous ne s'avisera de leur contester le titre acheté de cette façon. Dans tous les pays du monde, et le vôtre aussi par conséquent, lorsqu'on a bien festoyé dans une auberge, le moment vient de payer son écot. En France, nous appelons ce moment-là le quart d'heure de Rabelais. Souvenez-vous que Rabelais était médecin et que c'est donc un Conseil Confraternel, qu'il vous donne du fond des siècles. Payez, Messieurs !

Engagez-vous : il manquait une guerre pour apurer nos comptes. Profitez de l'occasion !

Car si vous la manquiez, jeune confrère étranger, si vous estimez que votre peau d'importé est plus à ménager que la peau indigène, je ne vois vraiment pas ce qui pourrait retenir le premier médecin français rentrant dans ses foyers de vous flanquer son pied au derrière.

G. Lavalée.

LES MÉDECINS MOBILISÉS PEUVENT-ILS FAIRE DE LA CLIENTÈLE CIVILE ?

Les secrétaires généraux de deux syndicats médicaux nous demandent (lettres nos 6.919 et 7.065), si un médecin, mobilisé sur place, peut se livrer à l'exercice de sa profession, continuer sa clientèle et se faire payer des honoraires en sus de la solde qu'il touche comme militaire. Si non, quels sont les textes qui interdiraient cet exercice ?

Disons de suite, dans notre réponse, que si les règlements militaires sont formels, pour interdire l'exercice de la médecine civile à un praticien militarisé, il faut cependant apporter une certaine tolérance et parfois ne pas se montrer trop rigoriste.

En ce qui concerne les médecins militaires de carrière, une Circulaire du 30 mars 1893 du général Loizillon, ministre de la Guerre (*Concours Médical*, 1893, 158) spécifie que le médecin militaire ne peut donner de soins à la clientèle civile qu'en cas d'urgence avérée, ou lorsqu'il n'y a pas de médecins civils dans la région. Dans ce dernier cas, l'autorisation doit être accordée par les chefs militaires.

Plus près de nous, une Circulaire ministérielle du 13 août 1931, a confirmé les directives précédentes. En voici le texte :

« Les prescriptions de la Circulaire relative à l'exercice de la clientèle civile par les médecins militaires, Circulaire inscrite au *Bulletin officiel*, volume 83, le 30 mars 1893, demeurent inchangées et gardent actuellement encore toute leur valeur.

« Il est interdit de la façon la plus formelle, aux médecins militaires, de se livrer sous une forme quelconque, à l'exercice de la clientèle, c'est-à-dire de donner habituellement leurs soins à des personnes étrangères à l'armée et non admises par les instructions en vigueur au bénéfice des soins de la part des médecins militaires.

« Sans qu'il soit possible d'envisager du point de vue déontologique tous les cas particuliers, on peut admettre toutefois, comme ne rentrant pas dans la pratique de la clientèle, les circonstances où le devoir d'humanité commande l'intervention (soins d'urgence, appel des populations isolées, dans l'impossibilité matérielle d'avoir recours à un médecin civil) et de façon générale, l'assistance confraternelle bénévole qui peut être apportée, sur sa demande, à un médecin civil, par un médecin militaire, non seulement lorsqu'elle n'est pas susceptible de heurter les intérêts matériels d'autres médecins et sous la réserve qu'elle ne constituera pas une gêne pour le service.

« De ce fait, le médecin militaire ne peut en aucun cas percevoir des honoraires, utiliser les appareils, le matériel, les objets de pansements et les médicaments appartenant à l'Etat.

« Toute infraction aux règles rappelées ci-dessus, dont il sera rendu compte, entraînera pour son auteur des sanctions sévères. »

Ajoutons qu'une Instruction du 18 septembre 1939 précise que, lorsque dans la zone des étapes, la population civile se trouve privée de soins, il appartient aux Directeurs de service de santé d'organiser une assistance médicale. En principe, celle-ci sera organisée sous la forme de consultations de dispensaire. Quant aux soins à domicile, ils pourront être donnés dans les cas urgents et sur demande des municipalités, qui devront assurer les moyens de transport.

Il est rappelé qu'en aucun cas, les soins donnés par un médecin militaire à un malade, ou blessé civil, ne peuvent donner lieu à rétribution.

Si l'on devait appliquer ces textes réglementaires dans toute leur rigueur, le médecin, actuellement sous les drapeaux, n'aurait pas le droit de soigner ses propres malades, lorsqu'il est mobilisé dans sa résidence ou à proximité de son domicile. A mon avis personnel, ce serait peut-être aller un peu loin, car si certains d'entre nous sont favorisés par le sort, justement parce qu'ils sont affectés dans une formation militaire proche de leur domicile, il ne faut pas oublier que tous les praticiens ont le plus grand intérêt à conserver leur clientèle, qui est leur gagne-pain en dehors du temps des hostilités.

Mais, pour éviter les jalousies confraternelles, les syndicats pourraient mettre bon ordre à cet état de choses. Tantôt, le syndicat pourra présider à un contrat de remplacement, intervenu entre le mobilisé et un confrère non mobilisé. Tantôt le praticien mobilisé sur place versera un tantième de ses honoraires dans la Caisse d'entr'aide aux médecins mobilisés et à leurs familles, organisée par l'Association générale des médecins de France.

Car, on peut admettre que le mobilisé ne soigne pas ses propres malades gratuitement, sous prétexte qu'il est militarisé ; ce serait créer un précédent, qui nous acheminerait peu à peu vers un service de santé civil plus ou moins fonctionnarisé. Sous l'égide du syndicat, le mobilisé qui continue sa clientèle, peut verser ses honoraires

(en tout ou partie), à une Caisse interconfraternelle, qui soulagera les misères médicales du fait de la guerre, vu le départ des praticiens, qui, moins chanceux, ont dû abandonner clients, domicile et famille.

Certains de nos correspondants, qui demandent au *Sou Médical* un avis juridique sur la question, nous disent qu'au besoin ils préféreraient soigner gratuitement leurs clients civils, pour pouvoir ainsi conserver leur noyau de clientèle, qu'ils espèrent pouvoir retrouver bientôt dans le cadre civil. C'est une conception ; mais, à les prendre à la lettre, les règlements militaires interdisent l'exercice de la médecine civile. Le fait de faire cette dernière gratuitement ne supprime pas l'infraction.

D'autre part, ne pas faire payer le client serait lui donner de mauvaises habitudes. Toute peine mérite salaire. De plus, la responsabilité civile du praticien existe toujours, bien qu'il soit sous les drapeaux. Le Sou Médical a déjà été saisi de demandes d'appui, car des malades civils soignés par des médecins militarisés, ont eu des accidents, pour lesquels ils demandent réparation et dommages-intérêts. Cette responsabilité se trouve donc en faveur du paiement d'honoraires.

D'autres confrères admettent que la Préfecture refuse de leur payer les soins donnés aux indigents, ou que les Commissions administratives d'hôpitaux ne leur versent pas les indemnités allouées en temps de paix. Ils se consolent en disant que c'est le bien des pauvres qui en bénéficie.

Mais ils se refusent à soigner gratuitement les assurés sociaux et les blessés du travail, sous prétexte qu'ils sont mobilisés. des Caisses privées ne doivent pas faire de bénéfices sur l'état de mobilisation de certains praticiens affectés sur place à une fonction militaire. Une Compagnie d'assurances contre les accidents du travail, une Caisse d'assurances sociales n'ont pas le droit de garder par devers elles les sommes qui reviennent aux médecins traitants, sous prétexte que ces derniers sont mobilisés. Je rappelle à ce sujet une réponse ministérielle, parue au *Journal Officiel* du 19 novembre 1932. A propos de soins donnés par un illégal de la médecine, le ministre du Travail fait observer qu'il n'appartient pas à une Caisse d'assurances sociales de déterminer si un praticien exerce légalement ou non la médecine. La prestation médicale a été effectuée ; elle a été payée par le client, assuré social ; celui-ci doit donc être remboursé par sa Caisse selon le tarif de cette dernière. Il appartient au département de la Justice de décider si oui ou non le praticien accusé d'exercice illégal doit être déféré aux Tribunaux compétents.

Donc, les Caisses d'assurances sociales n'ont pas le droit de refuser de rembourser leurs ressortissants, lorsque ces derniers ont reçu des soins d'un médecin mobilisé. Ce serait, en définitive, faire supporter au malade le poids de son traitement, alors que la Caisse aura fait un enrichissement sans cause.

Je conclus en disant que le texte des règlements s'applique surtout aux médecins militaires de carrière, qui, du temps de paix, essayeraient de concurrencer les médecins civils. L'esprit de ces mêmes textes doit être interprété d'une manière plus large : pendant la durée des hostilités, les syndicats médicaux veilleront à ce que des abus ne soient pas commis, par des praticiens qui ont la chance d'être mobilisés sur place. Que ces favorisés du sort pensent aux confrères qui ont dû tout abandonner, et que leur travail professionnel civil puisse servir à soulager des misères confraternelles et familiales.

D[r] Paul BOUDIN.

LA SITUATION ANORMALE DE CERTAINS DOCTEURS EN MÉDECINE, MOBILISÉS COMME SOLDATS DE 2[e] CLASSE

Par notre correspondance, comme par les visites qui nous sont faites, nous avons appris que des confrères, qui avaient terminé tout leur service actif, soit avant d'avoir commencé leurs études, soit avant d'avoir atteint la douzième inscription validée, et, depuis lors, reçus docteurs en médecine venaient d'être mobilisés comme soldats de 2[e] classe.

Or, ces confrères, contrairement aux docteurs et étudiants rappelés sous les drapeaux au moment de la mobilisation en qualité de sursitaires, *n'ont pas été admis* à suivre les conférences préparatoires à l'examen administratif d'aptitude au grade de médecin auxiliaire. Ils restent donc, jusqu'à nouvel ordre, et pour combien de temps, infirmiers ou brancardiers de 2[e] classe ou quelquefois même fantassins.

Et cependant, ils n'ont pas manqué d'adresser aussitôt les demandes nécessaires à l'autorité militaire ; ils ont déposé la copie de leur diplôme, etc. N'y a-t-il pas là *une anomalie à réparer d'urgence* ? C'est une simple mesure à prendre car pour eux aucune formalité n'est exigée ainsi qu'il en est pour la promotion au grade de sous-lieutenant : enquête d'honorabilité, etc.

G. F.

LA GRANDE PITIÉ DES MÉDECINS AUXILIAIRES MOBILISÉS

Leur solde insuffisante — Une solution

Dans le dernier numéro du *Concours Médical*, page 2.540, nous avons signalé la situation pécuniaire, tout à fait digne d'intérêt, qui était faite à ces malheureux confrères : 3 fr. 45 par jour, même lorsqu'ils ont des charges de famille.

On pourrait évidemment demander leur promotion rapide au grade de médecin sous-lieutenant, ce qui leur assurerait une situation meilleure. Malheureusement « les nominations ne peuvent avoir lieu que dans la limite des places vacantes, dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé, dont l'effectif total est fixé par les tableaux d'effectifs. Or, pour le moment, ce cadre est au complet, et le nombre des officiers de réserve, dont le Service de santé dispose, est suffisant pour faire face aux exigences du service » (lettre ministérielle adressée en date du 29 septembre 1939, au Docteur Perfetti, ancien ministre).

Plus facile serait leur nomination au grade d'aspirant de réserve, ce qui leur assurerait une solde mensuelle de 1.126 francs augmentée des charges militaires, auxquelles viennent s'ajouter naturellement les indemnités pour charges de famille, sans compter des allocations alimentaires majorées. Mais ici encore, on pourrait invoquer que le nombre des aspirants est limité par le tableau d'effectifs.

Mieux encore nous proposons — en attendant qu'il puisse être fait une plus juste mise au point de leur situation — que leur soit allouée, non pas une solde journalière, comme actuellement, mais *une solde mensuelle*. Celle-ci est réservée en principe, aux sous-officiers, dit de carrière. Mais, sans compter qu'elle est d'un taux plus élevé que la solde journalière, elle ouvre immédiatement droit à des avantages particuliers, notamment à la perception des indemnités, dites « charges militaires » et celles-ci sont plus élevées pour les chefs de famille que pour les célibataires. La solde mensuelle est prévue après un *minimum* de trois ans de service, minimum qui pourrait être réduit. Pour le décompte de ces trois ans, on ne doit faire état que du temps passé dans l'armée en activité ou en situation d'activité pour toute autre cause que l'accomplissement d'une période d'exercice ou d'un stage (voir le décret du 7 avril 1938 « mobilisation »).

Nos confrères pourraient donc avoir atteint facilement ces trois années, décompte fait du temps de leur service actif et du temps écoulé depuis leur rappel sous les drapeaux, pour certains depuis avril 1938.

Enfin, un précédent doit être invoqué : c'est celui de la dernière guerre, où la solde mensuelle a été accordée aux médecins auxiliaires, dès qu'ils avaient atteint (plus facilement d'ailleurs que maintenant, c'est-à-dire avec le service de trois ans) les trois ans de service nécessaires.

N. D. L. R. — *Cet article était déjà composé lorsqu'est paru le décret du 27 octobre 1939 qui est d'accord avec nous sur le principe de la solde mensuelle, solde mensuelle qu'il conviendrait d'accorder plus largement à nos confrères mobilisés comme médecins auxiliaires.*

EXEMPLES DE SOLDES MENSUELLES

(*Le taux 1 est, pour les charges militaires, le plus élevé, et le taux 3 bis le moins élevé.*)

Solde y compris indemnité spéciale temporaire		Charges militaires a) Ch. de fam. b) Célibat.	Totaux	Soit par jour	
	Adjudants après durée légale :				
1.002	Taux 1............	a) 387 + (1) 270	1.659	1.659 : 30 = 55.30	Maximum
1.002		b) 183 + 135	1.320	1.320 : 30 = 44 »	par jour.
1.002	Taux 3 *bis*..........	a) 168	1.170	1.170 : 30 = 39 »	Minimum
1.002		b) 60	1.062	1.062 : 30 = 35.40	par jour.
	Adjudants après 5 ans :				
1.173	Taux 1.............	a) 387 + 270	1.830	1.830 : 30 = 61 »	Maximum
1.173		b) 183 + 135	1.491	1.491 : 30 = 49.70	par jour.
1.173	Taux 3 *bis*..........	a) 168	1.341	1.341 : 30 = 44.70	Minimum
1.173		b) 60	1.233	1.233 : 30 = 41.10	par jour.
	Aspirants :				
1.126	Taux 1..............	a) 387 + 270	1.783	1.783 : 30 = 59.45	Maximum
1.126		b) 183 + 135	1.444	1.444 : 30 = 48.15	par jour.
1.126	Taux 3 *bis*..........	a) 168	1.294	1.294 : 30 = 43.15	Minimum
1.126		b) 60	1.186	1.186 : 30 = 39.55	par jour.

1) Majoration du taux n° 1 d'après le décret du 27 octobre 1939.

DOCUMENTATION DU TEMPS DE GUERRE

Solde des Officiers

ACTIVE ET RÉSERVE

Des dispositions récentes attribuent, pendant les hostilités, aux officiers de réserve mobilisés la solde nette (c'est-à-dire déduction faite de la retenue pour la retraite), et non, comme antérieurement, la solde budgétaire (sans retenue). Celle-ci n'est allouée qu'aux officiers retraités, rappelés à l'activité au moment de la mobilisation.

Solde mensuelle nette

Nbre jours	Colonel	Lt.-Col.	Chef de bataillon Avant 4 ans de grade	Capitaine Avant 4 ans de grade	Lieutenant Avant 4 ans de grade	S.-lieutenant Avant 6 ans de service	S.-Lt. de réserve durée légale
30	5.091	4.035	3.135	2.271	1.527	1.191	1.017
Ind. spéc. temporaire	354	297	250	228	159	284	
Totaux ..	5.445	4.332	3.385	2.499	1.686	1.475	

Solde des Sous-Officiers

A) *Solde mensuelle nette*

Les *aspirants de réserve* rappelés à l'activité en temps de guerre, reçoivent la solde nette prévue au tarif, qui leur est spéciale et en plus les accessoires attribués aux sous-officiers de carrière de l'armée active du grade d'adjudant-chef (*Décret du* 27 *octobre* 1939).

Le même décret admet en temps de guerre au bénéfice de la solde mensuelle nette et des accessoires (notamment des charges militaires attribuées aux militaires de l'armée active du même grade) les sous-officiers de la disponibilité et des réserves provenant exclusivement :

a) des militaires ayant servi antérieurement dans l'armée active au delà de la durée légale, en vertu d'un engagement, d'un rengagement, d'une Commission ou comme sous-officiers de la carrière ;

b) ou des militaires *ayant servi dans l'armée active sous l'empire des lois* antérieures *à la loi du recrutement du* 1er *avril* 1923.

Cette loi du 1er avril 1923 est celle qui a institué le service militaire de 18 mois ; ainsi donc, tous nos confrères, âgés de plus de 36 ans, qui ont fait soit la dernière guerre, soit un service militaire actif de deux ans au moins, s'ils *sont actuellement encore médecins auxiliaires,* vont percevoir une solde mensuelle et des charges militaires.

	Aspirants durée légale	Adjudants 3e après 8 ans	Adjudants 2e Après 5 ans	Adjudants 1re après durée légale
	840	912	873	702
Ind. spéc. temp.	286	300	300	300
Totaux	1.126	1.212	1.173	1.002

N. B. — Déduire des sommes totales la contribution nationale de 2 %.

B) *Solde journalière*

Un *décret du* 27 *octobre* 1939 vient d'augmenter la solde journalière pour les militaires *servant sous les ordres du général en chef.*

Les adjudants ou assimilés (*médecins, pharmaciens, dentistes auxiliaires*) servant pendant la durée réglementaire du service recevront une solde de présence fixée à 4 fr. 85, quand ils rempliront la condition ci-dessus.

Charges militaires

(Variable d'après les garnisons : le taux nº 1 étant dû pour les troupes placées sous les ordres du général commandant en chef et servant sur le théâtre d'opérations du Nord-Est ; le taux nº 2 pour celles du théâtre d'opérations du Sud-Est ; *de plus* une majoration pour chacun de ces taux vient d'être accordée *par le décret du* 27 *octobre* 1939.

DÉSIGNATION	Taux nº 1		Majoration pour le taux nº 1		Totaux pour le taux nº 1		Taux nº 2		Majoration pour le taux taux nº 2		Totaux pour le taux nº 2	
	C. fam.	Cél.	C. fam.	Cél.	C. fam.	Cél.	C. fam.	Cél.	C. fam.	Cél.	C. fam.	Cél.
Off. gén.	642	345	500	250	1.142	595	537	295	340	170	877	455
Ox. supérieur	573	297	500	250	1.073	547	459	228	340	170	799	398
Off. subalt.	501	228	400	200	901	428	387	162	270	135	657	297
S.-lieut. rés. durée légale	459	204	350	175	809	379	354	147	240	120	594	267
Aspt. adj. chef, adj.....	387	183	270	135	657	318	285	123	185	92.50	470	215.50

Charges de famille pour les enfants de moins de 16 ans ou âgés de 16 ans mais poursuivant leurs études

1er enfant	55.00	par mois
2e »	100.00	»
3e »	208.33	»
4e »	250.00	»
5e et au-dessus	250.00 (par enfant).	»

. . . .

Attribution d'indemnités de combat

Décret du 27 octobre 1939

Il est alloué une indemnité spéciale journalière, dite « indemnité de combat », dont le taux uniforme est de 10 francs, quel que soit le grade du bénéficiaire, aux officiers, sous-officiers, caporaux-chefs, caporaux et soldats engagés directement dans le combat (zones soumises au tir de l'artillerie ennemie, et désignées par le commandant en chef.

Modificatif n° 1 à l'annexe 2 à l'Instruction sur l'organisation et le fonctionnement de l'Intendance en campagne (Article 3 de l'annexe 2)

1° Remplacer le premier alinéa de l'article 3 par les deux suivants :

« La détermination des droits est fixée par le nombre de rations de vivres et de combustible attribué à chaque grade. Ce nombre est indiqué aux tableaux n° 1 et n° 1 *bis* faisant suite à la présente annexe.

« Conformément aux dispositions du règlement sur la solde, le ministre détermine les formations ayant droit aux allocations de vivres prévues par ces tableaux.

2° *a*) Remplacer le tableau I fixant le nombre de rations de vivres et de combustibles attribuées à chaque grade, par le suivant :

TABLEAU n° I

fixant le nombre de rations de vivres et de combustibles attribuées, dans chaque grade, à certaines formations

Désignations	Vivres	Combustibles	
		Cuisson des aliments	Chauffage d'hiver
Général commandant en chef	16	16	16
Général commandant au théâtre d'opérations	12	12	12
Général commandant un groupe d'armées	10	10	10
Général commandant d'armée	8	8	8
Général commandant de corps d'armée	7	7	7
Général de Division ou assimilé	6	6	6
Général de brigade ou assimilé	5	6	6
Officier supérieur ou assimilé	4	6	6
Officier subalterne ou assimilé	3	5	5
Aspirant de réserve, adjudant-chef, adjudant ou assimilé	2	4	4
Sous-officier non adjudant (corps et service)	1	2	2
Hommes de troupe	1	1	1

b) A la suite du tableau ci-dessus, inscrire le tableau n° 1 *bis* ci-après :

TABLEAU n° I *bis*

fixant le nombre de rations de vivres et de combustibles, attribuées dans chaque grade, à certaines formations

Désignations	Vivres	Combustibles	
		Cuisson des aliments	Chauffage d'hiver
Général commandant un théâtre d'opérations	10	10	10
Général commandant un groupe d'armée	8	8	8
Général commandant d'armée	6	6	6
Général commandant de corps d'armée	4	6	6
Général de division, de brigade et assimilé	3	6	6
Officier supérieur et assimilé	2 ½	5	5
Officier subalterne et assimilé	2	4	4
Sous-officier (corps et service)	1	2	2
Hommes de troupe	1	1	1

Le présent modificatif aura effet du 2 septembre 1939.

Mode de perception

Nous croyons intéressant de faire connaître qu'un texte est actuellement à l'étude en vue de préciser que :

1° La ration pour la cuisson des aliments serait perçue en deniers ;

2° La ration pour le chauffage serait perçue soit en nature, soit en deniers, d'après les conditions d'installation des bénéficiaires.

Contribution nationale 2 % B. C. P. P. 1939

Colonel	99.00
Lieutenant-colonel	79.00
Chef bataillon 2e échelon	70.00
» 1er échelon	62
Capitaine 4e échelon	60.00
» 3e échelon	55.00
» 2e échelon	50.00
» 1er échelon	45.00
Lieutenant 2e échelon	35.00
» 1er échelon	32.00
Lieutenant en activité, 1er échelon	34.00
Sous-lieutenant 2e échelon	29.00
» 1er échelon	27.00
Sous-lieutenant en activité, 1er échelon	28.00
Sous-lieutenant durée légale	24.00
Aspirant durée légale	21.00

***

Décret du 19 octobre 1939 relatif à l'admission et à l'avancement des militaires non officiers en temps de guerre

Le Président de la République française,

Sur le rapport du président du Conseil, ministre de la Défense nationale et de la guerre et des Affaires étrangères,

Vu la loi du 14 avril 1832, sur l'avancement dans l'armée ;

Vu l'ordonnance du 16 mars 1838 ;

Vu la loi du 30 mars 1928, sur le statut des sous-officiers de carrière ;

Vu le décret du 4 juin 1928, précisant les conditions d'application de l'article 17 de la loi du 30 mars 1928 ;

Vu le décret du 29 mai 1936, portant création d'un personnel spécialiste de cuisiniers militaires ;

Vu la loi du 19 juillet 1937, créant un cadre de spécialistes ;

Vu la loi du 19 mars 1939, tendant à accorder au Gouvernement des pouvoirs spéciaux ;

Le Conseil des ministres entendu.

Décrète :

Art. 1er. — En temps de guerre, l'admission des sous-officiers dans le corps des sous-officiers de carrière est suspendue, sauf pour les militaires de la gendarmerie.

Art. 2. — Dans les mêmes circonstances, l'avancement des sous-officiers est réglé par corps, ou par unité ou formation de service formant corps ; il a lieu exclusivement au choix pour tous les sous-officiers indistinctement.

L'obligation de posséder le brevet de chef de section (ou de peloton) pour être promu au grade d'adjudant est abrogée.

Art. 3. — En temps de guerre, le recrutement des spécialistes non officiers est suspendu. Les militaires de ce cadre conservent leurs droits acquis en tant que spécialistes, mais concourent pour l'avancement avec les militaires de même grade du corps où ils servent, dans les conditions fixées à l'article 2 du présent décret

Art. 4. — En temps de guerre, dans les corps et services en campagne, il n'est fixé aucune condition d'ancienneté de service ou de grade pour accéder aux divers grades de la hiérarchie militaire.

Art. 5. — Des dispositions transitoires, prises par instruction du ministre de la Défense nationale et de la Guerre fixeront les conditions dans lesquelles les militaires qui remplissaient, à la date du 1er septembre 1939, les conditions pour être admis dans le cadre des spécialistes, pourront être admis dans ce cadre après cette date, ainsi que les conditions dans lesquelles pourront être promus, dans l'avenir, les militaires qui étaient inscrits sur les tableaux d'avancement avant la mobilisation.

Art. 6. — Les dispositions du présent décret sont applicables à tous les militaires non officiers des corps et services, sauf à certaines catégories de militaires, fixées par le ministre de la Défense nationale et de la Guerre, pour lesquelles pourront être maintenues, en tout ou en partie, les règles d'avancement du temps de paix.

Art. 7. — Le présent décret sera soumis à la ratification des Chambres, conformément aux dispositions de la loi du 19 mars 1939.

Art. 8. — Le président du Conseil, ministre de la Défense nationale et de la Guerre et des Affaires étrangères, est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal Officiel* de la République française.

(*J. O.*, 23 octobre 1939.)

Le Gérant : R. THIRON. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

DERNIÈRES NOUVELLES

— **L'Académie de médecine** a émis le vœu que la population civile soit invitée à se faire vacciner contre la variole et les maladies typhoïdes.

— **Société médicale de Passy (Haute-Savoie).** — L'activité de la station sanatoriale de Passy se poursuivant normalement, la Société médicale de Passy continuera la publication de ses *Bulletins et Mémoires*, mais s'excuse, en raison des circonstances actuelles, du retard qui peut être apporté à son service.

— **Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.** — Le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE commencera son cours à l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (pavillon Benjamin Ball, hôpital psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis), le mercredi 15 novembre, à 10 heures, et le continuera tous les mercredis à la même heure.

Le mardi à 10 heures, consultation et policlinique.

— **Mariages.** — Le 9 octobre 1939, ont eu lieu le mariage de Mademoiselle France CHARPIN, fille du Docteur et de Madame E. Charpin, avec M. Georges BONNAUD, sous-lieutenant au 141e d'infanterie, et le mariage de Mademoiselle Marie CHARPIN, fille du Docteur E. Charpin, d'Aix-en-Provence, et de Madame, avec M. Pierre LATIL, médecin auxiliaire, aux armées.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée dans la plus stricte intimité en la cathédrale de Grasse.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Jean MALLET, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Laforge, près Souillac (Lot), dans sa 82e année.

Le Docteur Jean Mallet avait exercé pendant plus de quarante ans la médecine dans le XIIIe arrondissement de Paris. Il avait tour à tour rempli les fonctions de médecin de l'Assistance, d'inspecteur des Ecoles, de médecin de l'Etat-civil. S'intéressant tout particulièrement à l'enfance, il avait collaboré aux œuvres d'apprentissage et avait été élu vice-président du Comité national de l'Enfance.

Très aimé de ses confrères, il avait été président de la Société médicale des Bureaux de bienfaisance de Paris, membre du Conseil d'administration du S. M. S. et en dernier lieu président de la Société médicale du XIIIe arrondissement.

Le Docteur Jean Mallet était le beau-frère du Docteur J. Noir, notre Directeur.

Nous adressons à sa famille, l'expression de nos plus vives sympathies.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Victimes de la guerre

Décret du 19 octobre 1939, tendant à autoriser l'office national et les offices départementaux des mutilés combattants, victimes de la guerre et pupilles de la nation à accorder des secours aux veuves, orphelins et ascendants des militaires morts pour la France avant qu'il ait été statué sur leurs droits à pension.

Art. 1er. — Jusqu'à ce qu'il ait été statué sur leurs droits à pension, les veuves, les orphelins mineurs et les ascendants des militaires morts pour la France peuvent recevoir de l'Office national et des Offices départementaux des mutilés, combattants, victimes de la guerre et pupilles de la Nation des secours sur la simple production de l'avis officiel du décès.

Art. 2. — Le président du Conseil, ministre de la Défense nationale et de la Guerre et des Affaires étrangères, le ministre des Anciens combattants et pensionnés et le ministre des Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal Officiel* de la République française et soumis à la ratification des Chambres, conformément aux dispositions de la loi du 19 mars 1939.

(*J. O.*, 27 octobre 1939)

Service de santé militaire

RÉSERVE

Par décret du 18 octobre 1939, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

(Rang 5 septembre 1939) Le médec. auxil. titul. du brevet de P. M. S. Mattei.

Les médec. auxil. non titul. du B. P. M. S. (rang 5 oct. 1939) : Bayle, Détré.

Par décret du 27 octobre 1939, les sous-officiers de réserve dont les noms suivent sont nommés, pour prendre rang du 1er octobre 1939 :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les médec auxil. : Bondoux, de Grandidier, Chomé Cabanis.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 17 octobre 1939, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

13.899 Dr CHARPENTIER, 22, rue Pinel, Saint-Denis (Seine). Syndicat de Saint-Denis.

13.900 Dr GAILLARD, Gray (Haute-Saône). Syndicat de la Haute-Saône.

13.901 Dr GARRIGUES, Rodez (Aveyron). Syndicat de Rodez.

13.902 Dr MURJAS, Poncin (Ain). Association des médecins de l'Ain.

13.903 Dr POUCH, 12, faubourg du Moustier, Montauban (Tarn-et-Garonne). Syndicat de Tarn-et-Garonne.

13.904 Dr TOUCHARD, 2, Square de La Tour-Maubourg Paris. Association générale des médecins de France.

13.905 Dr VIVIEN, Verteuil (Charente). Association générale des médecins de France.

Ces admissions deviendront définitives, si elles n'ont fait l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours qui suivront la présente publication (art. 5 des Statuts).

La libération de la Classe 1910 et des pères de familles nombreuses

Après les hommes de la classe 1909, voici que sont libérés, à leur tour, les réservistes de la classe 1910, à l'*exception toutefois des officiers*, les réservistes pères de quatre et cinq enfants sans distinction de classe, les pères de trois enfants jusqu'à la classe 1914 incluse, les pères de deux enfants jusqu'à la classe 1916 incluse.

Précisons que l'ensemble de ces mesures vise tous les hommes présents sous les drapeaux, sauf les affectés spéciaux.

Les mesures ainsi ordonnées ne sauraient être considérées, par les bénéficiaires, comme portant libération définitive. Les hommes renvoyés dans leurs foyers ne sont pas dégagés de toutes obligations militaires. Ils peuvent, à tout moment, être rappelés sous les drapeaux si les nécessités de la défense nationale viennent à l'exiger.

En ce qui concerne les officiers de réserve, pères de famille nombreuse, des instructions ont été données pour qu'ils ne soient point affectés, chaque fois que cela sera possible, à des postes gravement exposés.

C'est donc une véritable politique familiale que le gouvernement applique dans le domaine militaire ; on ne saurait que l'en féliciter.

(*La France militaire*, 31 oct. 39.)

Correspondances de guerre

Prenant connaissance du *Concours Médical* avant de l'envoyer à mon mari, capitaine de réserve, médecin chef d'un R. A. L. D. et d'un groupe, 46 ans, ayant fait toute l'autre guerre au front, plus un an en Orient, je lis avec intérêt la Circulaire relative à l'avancement des médecins auxiliaires et sous-lieutenants.

J'approuve pleinement le passage où le sous-secrétaire d'Etat considère « inopportun de faire une situation spéciale à des officiers de réserve qui se sont désintéressés volontairement de leur situation militaire, n'ont pas suivi les cours de perfectionnement », n'ont pas fait de périodes, etc.

Mais je me permets de faire remarquer la situation en réalité « spéciale » et privilégiée de quelques-uns de ces médecins auxiliaires et sous-lieutenants, ou même simples infirmiers, qui du fait de leur ancienneté ou d'autres raisons, occupent à l'arrière des postes confortables, alors que des confrères beaucoup plus âgés, ayant déjà fait une guerre, ayant fait après guerre leur devoir militaire, parce qu'ils ont des galons presque neufs sur les manches, suivent dans la zone des armées le sort d'unités combattantes.

La situation militaire de trop nombreux membres du Corps médical comporte d'ailleurs, dans bien des villes de ma connaissance, des anomalies malgré tout choquantes : jeunes réformés capables cependant d'exercer en clientèle et d'assurer un lourd travail, surtout du fait du départ de leurs confrères, jeunes médecins non encore appelés ; je ne vous parle pas des médecins métèques.

Sans ignorer d'autre part le nombre des jeunes qui sont eux aussi au danger, je voudrais vous demander ce que vous pensez de la situation de ceux que l'on expose pour la seconde fois et pour la sixième année de leur vie à se faire casser la figure, et si ce sera toujours le tour des mêmes d'être à l'abri : trop jeunes en 1914, sans grade en 1939.

Persuadée que vous sentirez la nécessité de remédier à cette injustice dont souffrent d'assez nombreux confrères des classes 12, 13, 14 par exemple, je vous prie, cher Monsieur, de croire à mes sentiments très distingués. H. C.

×

J'ai lu avec intérêt dans votre numéro du 22 octobre, la rubrique que vous ouvrez sous le titre « Correspondance de guerre ».

Je vous donne ci-dessous deux indications :

1° Notre confrère, le Docteur R. G. réclame

des *médecins de l'arrière l'envoi* à ceux de l'avant des échantillons qu'ils reçoivent ; je me permets de lui recommander la méthode que j'ai employée dès mon arrivée, le 2 écoulé, à mon poste de mobilisation : j'ai, en raison de la difficulté des approvisionnements en médicaments, au début tout au moins, écrit directement aux laboratoires ; tous m'ont répondu et, par courrier, adressé d'assez importants colis qui nous ont été très utiles, à mes collaborateurs et à moi ;

2° Notre confrère, le Docteur S. fait erreur lorsqu'il écrit que « le Service de santé n'admet pas les spécialités » ; il en admet au contraire beaucoup : sulfamides, somnifène, camphre soluble, etc. Dr G. H.

×

J'ai bien reçu votre lettre du 18 octobre. Votre consultation juridique m'a été très précieuse par sa clarté et sa précision.

Je vous remercie donc bien vivement. Vous ne pouvez vous imaginer combien il est réconfortant de sentir qu'il existe un organisme qui comprenne nos soucis et s'ingénie à nous aider. L'impression d'isolement est bien atténuée grâce au « Sou Médical » pour ceux qui, ayant tout quitté si brusquement à la mobilisation, essaient de mettre de l'ordre dans leurs affaires et de limiter les dégâts... Dr S.

CORRESPONDANCE

QUESTIONS DIVERSES

6.880. — Que faire des honoraires qu'on peut donner à un mobilisé

Etant actuellement mobilisé dans une localité dont les médecins sont également sous les drapeaux, je suis amené, mes autres confrères actuellement ici et moi-même, à donner des soins à la population civile. Naturellement, nous ne nous faisons pas payer, mais en ce qui concerne le tiers-payant — les accidents du travail — ne paraît-il pas anormal que les Assurances fassent ainsi un bénéfice net sur notre dos ?

Ne serait-il pas possible que les honoraires qui ne nous sont pas versés le soient par exemple à des œuvres d'assistance qui ne manquent pas dans le milieu médical ?

C'est un e simple suggestion que je vous soumets, il me semble qu'à l'heure actuelle où les ressources de pareilles œuvres ne sont certainement pas en augmentation, cette idée pourrait être prise en considération.

Dr N.

Réponse

En principe, les médecins militaires ne doivent donner aucun soin à la population civile. Cependant, les municipalités peuvent demander à l'autorité militaire de pourvoir à l'absence de tout médecin civil, en faisant organiser des consultations gratuites, à l'instar des dispensaires.

Mais, pour les soins à domicile, ce ne serait que dans les cas de grande urgence et sur la demande des municipalités que l'autorité militaire enverrait un médecin mobilisé donner des soins au lit du malade. Bien entendu le transport serait effectué, soit par les soins de l'autorité militaire, soit par ceux des municipalités.

Or, bien souvent, les malades tiennent à se reconnaître envers le médecin et le forcent presque à accepter des honoraires. Il en est de même pour le paiement d'honoraires dûs par des collectivités publiques ou privées (assurances contre les accidents du travail, etc.).

Je suggère que ces sommes devraient être versées par les médecins militaires ou par les tiers à des Caisses d'entr'aide médicale.

C'est ainsi que l'Association générale des médecins de France, sur l'initiative du Docteur O'Followell, a créé une caisse pour venir en aide aux médecins mobilisés et à leurs familles. Pourquoi donc ne pas adresser ces sommes, ou les faire verser à l'Association générale, 60, boulevard de la Tour Maubourg, Paris ? On ferait de la sorte grand bien aux familles médicales éprouvées par la guerre.

Dr Paul BOUDIN.

FISCALITÉ

6.829. — Patente en cas de changement de résidence provisoisoire pendant la guerre

Ayant élu domicile, durant la guerre à R., je viens vous demander si je dois déclarer aux Contributions directes mon installation provisoire. Je garde mon logement à P.

Aurais-je deux patentes à payer ? J'ai fait une déclaration à la Préfecture, dès le début de septembre, moment où je suis venu ici.

Dr J.

Réponse

Vous n'aurez pas deux patentes à payer en raison de votre nouvelle installation, mais seulement un supplément de droit proportionnel à compter du premier du mois dans lequel le changement a eu lieu, si la valeur locative de vos nouveaux locaux professionnels est supérieure à celle de votre cabinet de P.

A. et S. M.

Soixante et unième année — N° 47 — 19 Novembre 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie Scientifique

Travaux Originaux

L'Actualité Scientifique

Partie Professionnelle

Travaux Originaux

AVIS IMPORTANT

Changements d'adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement à l'avenir. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter 2 francs en timbres.*

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg .	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro..........	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.

DEMANDES ET OFFRES

Les petites annonces sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux ne permettant leur insertion que quatre jours après leur réception. Lesdites petites annonces ne devront comporter aucun nom de ville, ni aucune abréviation, mais devront contenir nom et adresse de l'annonceur. Le texte d'une annonce présentée au Journal doit être légalisé par le commissaire de police ou le maire de la ville. Le Journal se réserve, par ailleurs, le droit de supprimer toutes les annonces qui lui paraîtraient douteuses.

Nº 375. —. — Docteur Mersey, Aix en Othe (Aube), télé. 24, cherche confrère pour le suppléer pendant une longue durée.

Nº 376. — Médecin mobilisé demande remplaçant pendant son absence. Clientèle offerte contre indemnité mensuelle. Conditions à débattre. Docteur Tissot, à Landivy (Mayenne).

Nº 377. — Docteur mobilisé cherche confrère français dégagé de toute obligation militaire pour remplacement pendant la durée des hostilités. Docteur A. Restoueix, Saint-Junien (Haute-Vienne).

Nº 378. — Médecin aux armées céderait son poste de campagne à confrère pendant la durée des hostilités. Docteur Jean Cellérier, à Pionsa t(Puy-de-Dôme).

Nº 379. — Région Vaucluse. Médecin mobilisé, trois enfants, demande confrère non mobilisable pour le remplacer durant la durée des hostilités. Intégralité des recettes contre location maison tout confort. Docteur Théophilidès, Saniam (Vaucluse).

Nº 380. — Secrétaire médicale diplômée cherche emploi toute la journée ou demi-journées pour tenir comptabilité. Forterre, 89 *bis*, Grande-rue, Enghien-les-Bains (Seine-et-Oise).

Nº 381. — Fils de médecin, visiteur médical depuis plusieurs années, non mobilisable, cherche représentation laboratoire, pour région ouest. Docteur Arin, Beaulieu (Maine-et-Loire).

Nº 382. — Médecin mobilisé demande remplaçant durée hostilités. Fournirait clientèle, installation et locaux professionnels et partie maison d'habitation contre indemnité raisonnable. Belle région sud-ouest. Docteur J. Gronich, à Tarnos (Landes).

Nº 383. — L'Œuvre des centres sociaux de rééducation Gérard de Parrel a pu ouvrir, dès le mois d'octobre son établissement principal du 13 rue de l'Ancienne Comédie, Paris (VIe), pour les enfants demeurés à Paris. Un internat familial a été créé à Yèvres-le-Chatel (Loiret), dans une zone de complète sécurité. Ainsi malgré la guerre, les déficients de toutes catégories : sensoriels, moteurs, intellectuels, psychiques, peuvent recevoir les soins de réadaptation dont ils sont justiciables. Pour tous renseignements s'adresser au siège social : 13, rue de l'Ancienne-Comédie, Paris (VIe). Téléphone : Odéon 39-96.

Nº 384. — Bretagne, canton 30 km. Saint-Brieuc. Médecin mobilisé confierait clientèle campagne durée hostilités ou mobilisation. Maison, jardin, tout confort à louer 8.000. Docteur Blécon, à Uzel (Côtes-du-Nord).

PROPOS DU JOUR

IL FAUT SONGER DÈS A PRÉSENT A SAUVEGARDER LES INTÉRÊTS DE NOS CONFRÈRES MOBILISÉS OU LÉSÉS PAR LA GUERRE ET DE LEURS FAMILLES

Nous avons reçu de notre ami le Docteur L. Robert, d'Issoudun, président du Syndicat des médecins de l'Indre, une lettre-circulaire à laquelle nous souscrivons de tout cœur et dont les indications mériteraient d'être connues et appliquées dans toute la France.

« Tout d'abord, écrit le Docteur Robert, que nos confrères mobilisés — vers qui vont toutes nos pensées confraternelles et sympathiquement amicales — sachent bien que nous défendrons énergiquement leurs intérêts.

« Notre devoir en leur absence, est non seulement de collaborer à tout ce qui concerne la santé publique et les services sociaux du temps de guerre, mais aussi et surtout de préserver leurs intérêts et leurs droits. Ceux qui sont partis ont non seulement tout abandonné, leur foyer et leur clientèle, mais ils consacrent journellement toute leur activité au salut commun, la plupart d'entre eux au sein des dangers que comporte la guerre. Il est juste qu'à leur retour ils puissent retrouver leurs clients et qu'ils ne soient pas handicapés par des profiteurs — étrangers ou français — qui seraient venus butiner momentanément sur leur clientèle.

« Nos confrères mobilisés peuvent donc compter sur notre vigilante activité corporative afin que leurs intérêts, tant matériels que moraux, soient sauvegardés. Qu'ils soient bien persuadés que c'est en songeant à eux que nous dirigeons nos efforts syndicaux. »

On ne saurait mieux dire et ces phrases sous


EUPHYTOSE
LE MÉDICAMENT DES
ANGOISSÉS DU CŒUR
TRAITEMENT
DES ÉTATS ANXIEUX
ET DES DYSTONIES DU SYMPATHIQUE
EUPHYTOSE
MÉDICATION PHYTOTHÉRAPIQUE
à base de Paullinia sorbilis Ballote et Crataegus
De une à trois cuillerees à café en 24 heures
LABORATOIRE MADYL
E. TENDRON Pharmacien de 1re Classe
14, Rue de Miromesnil _ PARIS
LABORATOIRE
MADYL
14, rue de Miromesnil
PARIS

la plume du Docteur Robert ne nous surprennent pas, car nous avons pu apprécier, en lisant son *Berry-Médical*, jusqu'où il pousse la confraternité et avec quelle énergie il se dévoue à la défense professionnelle.

Dès ce jour le Président du Syndicat des médecins de l'Indre a dû intervenir pour exiger qu'on n'autorise pas deux médecins étrangers, pourvus de diplômes étrangers, d'exercer la médecine civile dans le département comme ils le demandent. S'ils sont véritablement mûs par le noble désir de servir notre pays, ils peuvent contracter un engagement dans l'armée française.

Au nom du Syndicat il demande à ce que le Préfet, qui a le droit de réquisitionner les médecins non mobilisés, exige le déplacement des médecins étrangers et même des médecins français pour assurer des soins aux populations défavorisées, en tenant compte pour ces déplacements de l'âge et du nombre des enfants de ces médecins réquisitionnés.

M. le Docteur Robert a encore signalé et appuyé auprès du Président du Syndicat des pharmaciens une plainte du Syndicat des sages-femmes contre des pharmaciens ou des aides pharmaciens qui se substituent aux infirmières ou aux sages-femmes pour donner des soins qui sortent de leur profession et de leur compétence. Nous ne saurions qu'encourager le Docteur L. Robert à persévérer dans cette voie et, le connaissant, nous ne doutons pas de sa vigilance.

Mais il faut songer et espérer que la guerre ne sera pas éternelle et songer dès à présent à remédier à la situation désastreuse qui en résultera pour nombre de nos confrères et pour leurs familles.

Notre devoir est de secourir d'abord les familles qui seront privées de leurs chefs et se trouveront dans la détresse ; puis d'aider dans la mesure du possible les praticiens qui auront été trop éprouvés ; de veiller à ce que les postes et les fonctions rétribués vacants leur soient réservés, etc., etc.

Pour cela nous comptons sur l'entente étroite de toutes nos œuvres et de nos Syndicats, dont le groupement que nous avons fondé il y a quelques mois ne saurait être qu'une ébauche. L'heure de l'union sacrée a sonné, que chacun fasse abstraction de ses susceptibilités et de ses préoccupations égoïstes.

J. Noir.

DERNIÈRES NOUVELLES

— Chirurgie de guerre et photographie en relief. — A une des dernières séances de l'Académie de médecine, M. Lemaitre a signalé un nouveau procédé de photographie en relief (procédé Maurice Bonnet), appelé à rendre des services en chirurgie, en chirurgie des mutilations faciales par exemple. Le Prof. Lemaitre, qui a dirigé au cours de la guerre 1914-1918 un Centre de chirurgie maxillo-faciale, montre l'intérêt de ces photographies pour les opérations restauratrices de la face.

— Société de médecine de Paris. — A la dernière séancede la Société de médecine de Paris il a été décidé que, dorénavant, les réunions auront lieu une fois par mois, le quatrième samedi.

En conséquence, les prochaines séances auront lieu les samedi 25 novembre et 23 décembre, à 16 h. 30, 60, boulevard de la Tour-Maubourg (entrée 135, rue de Grenelle).

— Le Centre d'accueil de l'Umfia. — Le siège social de l'Umfia est ouvert comme Centre d'accueil. Tous les samedis, de 2 heures à 6 heures, un membre du Comité se trouvera en permanence, afin de donner tous renseignements confraternels aux médecins qui, venant d'Union médicale latine, les solliciteront.

— Faculté de médecine de Paris. *Cours libre d'anthropo-biologie des races.* — M. le Docteur René Martial, chargé de cours à l'Institut d'hygiène, a commencé ce cours le vendredi 17 novembre 1939, à 18 heures, salle de thèses n° 2 et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

Programme du cours. — Vie et constance des races. — Les primordiaux occidentaux et caucasiens. — Primordiaux et immigrants. — Formation de l'arbre français. Les greffes. — Arabes, Vikings. Les Balkans et la Grèce. — Les crânes et leurs lois. — Les groupes sanguins. Détermination. — Les groupes sanguins et l'hérédité. — Les formules sanguines de l'Europe et de l'Asie. Frontière des sangs ; les Mongols. — Le métissage et les formules sanguines. Dépistage et corrélation. — Généalogies privées et historiques saines. — Elevage. Le cheval de pur-sang, race-résultat. Lois des croisements. — Le métissage humain continental et exotique. — Le choc des hérédités. Groupes sanguins des humeurs et tissus. Généalogies malades. Expériences en cours. — Constance. Stabilité. Sélection. Dépopulation. — Criminologie. Pathologie. — Protection de la race. L'immigration et les U. S. A. — L'Immigration en France. Croisement de retrempe. Race-résultat.

Voir la suite page XXXV-2615

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'INTÉRÊT QUE PRÉSENTE LA TRANSFUSION DE SANG CONSERVÉ

D'après le Professeur G. JEANNENEY, de Bordeaux (*)

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES

Théoriquement, la transfusion peut être réalisée par deux méthodes : *a*) la transfusion de sang frais, soit pur, soit stabilisé (citrate de soude) ; *b*) la transfusion de sang conservé.

Pratiquement tous ceux qui ont étudié la question de la transfusion en temps de guerre conseillent l'emploi de sang conservé (Bergenstein, Couturat, Pilod, Maisonnet et Jeanneney, Rieu) ; et l'expérience de la guerre d'Espagne, — dans les deux camps — a démontré l'exactitude de ces prévisions.

Mais, ce genre de transfusion n'est-il pas sans dangers ? le sang peut-il être conservé vivant, avec toutes les propriétés du sang frais ? et pendant combien de jours ? En un mot, le médecin peut-il sans inconvénient et sans appréhension utiliser le sang conservé ?

Pendant les quinze ou vingt jours qui suivent sa récolte, le sang reste vivant au même titre que du sang fraîchement recueilli. Ses constantes physiques (densité, viscosité, charge électrique), chimiques (pH, protides, lipides, glucides), biologiques (capacité respiratoire, pouvoir bactéricide) sont pratiquement les mêmes que celles du sang frais. Mais, à partir du quinzième jour, quelques hématies arrivent au terme de leur vie normale, et une légère hémolyse s'amorce. A partir de cette époque, il est donc préférable de ne pas transfuser ce sang partiellement hémolysé, (bien que certains auteurs n'hésitent pas à l'employer jusqu'au trentième jour).

L'expérience clinique prouve que jusqu'au quinzième jour, au moins, *les résultats obtenus par la transfusion du sang conservé sont les mêmes que ceux obtenus avec du sang frais.*

Bien plus, la transfusion faite avec du sang conservé présente de réels avantages :

1° *Rapidité*, puisqu'il suffit de prendre une ampoule de sang dans sa réserve au lieu de courir après un donneur.

2° *Sécurité*, puisque le sang a pu être contrôlé avec minutie au point de vue sérologique (syphilis, paludisme), et que, prélevé à jeun, il ne véhicule aucun produit de digestion (lipides, polypeptides) susceptible de déclancher des chocs.

3° *Possibilité de faire des transfusions massives*, puisqu'on dispose de réserves toujours prêtes.

4° *Economie* enfin, puisque le sang peut provenir de donneurs volontaires, saignés à intervalles éloignés, et qui ne sont pas tenus d'être indemnisés comme les donneurs professionnels astreints à des saignées plus fréquentes.

PRATIQUE DE LA TRANSFUSION

I. Récolte. — Elle se fera, soit au territoire (dans un laboratoire de Centre régional), soit aux Armées (dans un HOE2, ou dans un laboratoire d'Armée, ou dans un HOE1, selon les circonstances). Il est établi qu'un même donneur peut sans aucun inconvénient être soumis à une prise de sang de 250 c. c. par mois.

A l'Armée, il y a intérêt à n'utiliser que les *donneurs universels* (groupe O. IV.) Ceux-ci seront groupés au moment même de la récolte. Ils se présenteront le matin, à jeun, et seuls seront inscrits sur le registre les donneurs universels. La date de la prise du sang sera notée sur le registre, ainsi qu'un numéro d'ordre correspondant au nom du donneur.

Préparation. Le donneur est étendu sur une table. L'opérateur choisit le pli du coude le plus convenable, pose le lien élastique « avant la saignée », et aseptise la région.

(*) Pratique de la transfusion de sang conservé aux armées. (Imp. *Gyss. Obernai*, 1939.)

L'opérateur prend, dans une boîte spéciale (*Nécessaire pour récolte*) le matériel stérilisé, soit :

Une ampoule de 250 c. c. munie : 1° à son extrémité coudée d'un tube de caoutchouc fort pour aspiration ; 2° à son extrémité rectiligne, d'un tube de caoutchouc fort pour prise de sang. Ce dernier est armé d'une forte aiguille à ponction veineuse (12/10 mm. de diamètre, biseau moyen, 30 mm. de long). Il est préférable de fixer directement l'aiguille sur le tube de caoutchouc, sans l'intermédiaire d'un embout qui expose toujours plus ou moins à des fuites d'air gênantes pour l'aspiration.

b) *Rinçage au citrate.* Plonger l'aiguille dans une solution de citrate de soude à 10 %. Aspirer, par le tube de succion, 20 c. c. de cette solution avec laquelle on rincera avec soin toute l'ampoule. Ceci fait, laisser s'écouler par l'aiguille le liquide de rinçage.

c) *Charge de l'ampoule au citrate.* Prélever de nouveau 20 c. c. d'une solution fraîche et stérilisée de citrate de soude à 10 % qu'on gardera au fond de l'ampoule, et qui servira à stabiliser le sang au fur et à mesure de sa venue dans l'appareil. L'opérateur aspire vigoureusement par le tube de succion. Il agite légèrement l'ampoule pour assurer le mélange sang + citrate de soude et s'assure, pendant toute l'opération, que l'aiguille ne bouge pas dans la veine du donneur.

c) *Prise de sang.* Avec cette même aiguille, ponctionner la veine du donneur et aspirer aussitôt vigoureusement par le tube de succion. Le sang arrive dans l'ampoule, que l'on agite doucement pour avoir un bon mélange sang citrate. Bien maintenir l'aiguille en place pendant cette opération.

d) *Fermeture de l'ampoule.* Lorsque l'ampoule est complètement remplie de sang, obturer le tube de succion en plaçant une pince de Kocher au ras du verre.

Enlever aussitôt le lien « avant la saignée ». Retirer l'aiguille de la veine. Renverser l'ampoule, l'extrémité de l'aiguille en haut, et débrancher son caoutchouc. Le sang contenu dans le tube de caoutchouc pourra être recueilli dans un tube à essai pour contrôle sérologique. Laisser un moment l'ampoule au repos, pour que l'extrémité (côté aiguille) se vide bien de sang ; puis sceller au bec Bunsen (flamme douce) cette extrémité en évitant de faire charbonner. Sceller ensuite l'extrémité opposée (succion).

L'ampoule scellée doit contenir tout au plus une bulle d'air.

Coller sur l'ampoule une *étiquette* portant les indications suivantes :

N° .... *Date* ....
Groupe ....
Sérologie (*Syphilis*) ....
(*Paludisme*) ....

L'ampoule est déposée dans la glacière une heure plus tard (pour éviter un trop brusque refroidissement du sang).

A défaut d'ampoule, la récolte pourra se faire très simplement dans un flacon de 250 gr. à large goulot. On versera dans le flacon stérilisé 10 gr. de solution de citrate de soude à 10 % — puis on ponctionnera la veine du donneur à l'aiguille de Bécart. Celle-ci conduira le sang dans le flacon. Au fur et à mesure de l'arrivée du sang, agiter doucement le flacon pour réaliser un mélange homogène sang-citrate. Lorsque le flacon sera à moitié plein, on ajoutera 10 c. c. de la solution de citrate de soude pour s'assurer d'un meilleur mélange citraté de la fin de la récolte.

Le flacon plein sera hermétiquement bouché et porté à la glacière.

II. Conservation du sang. — Le sang est stocké dans une glacière maintenue à une température d'anabiose : + 2 + 4°, grâce soit à une réserve de glace, soit à un système électrique ou autre à réglage automatique. Les meilleurs modèles semblent être ceux sans moteur ou à moteur ne vibrant pas. Eviter de descendre au-dessous de 0° pour ne pas abîmer le sang. Il sera bon, si la capacité de la glacière le permet, de conserver les ampoules soit dans leur boîte de transport, ouverte, soit dans de la ouate ou de la bourre qui sera utilisée au cours du transport.

III. Transport du sang. — L'expédition du sang vers l'Avant doit se faire en mallettes isothermes, susceptibles de maintenir le sang pendant 12 ou 24 heures à une températaure inférieure à +10°.

On fera construire des mallettes en bois épais (15 mm.) ou doublées de liège expansé pur. L'intérieur sera tapissé de tôle galvanisée de 2 mm. formant une cuve, pouvant contenir 10 ou 12 ampoules. Celles-ci seront déposées, enveloppées de leur coton ou de leur papier d'emballage, de manière à être bien calées dans la caisse. Si le transport ne doit pas excéder 10 heures en été, 24 heures en hiver, cet emballage suffira. S'il doit être plus long, on placera autour des ampoules un mélange saumure-sciure de bois réfrigéré à moins 1°. La caisse sera acheminée vers la formation qui en aura fait la demande par message téléphoné. (HOE1 ; GACA) ; exceptionnellement à des échelons plus avancés. Dans chaque mallette, on ne déposera, autant que possible, que des sangs récoltés le même jour. Le borde-

reau d'accompagnement indiquera que « le sang récolté le..... peut être utilisé jusqu'au..... » (15 jours).

IV. Transfusion. — En pratique de chirurgie de guerre, où il faut s'attacher surtout à des procédés simples, le mieux sera de considérer l'ampoule comme un banal donneur de sang et de procéder ainsi :

1) *Réchauffer l'ampoule à* 38°, au bain-marie. Il est recommandé de ne pas dépasser cette température : au-dessus de 40°, on produirait de l'hémolyse. Pendant ce temps, faire au receveur une injection de 2 centigrammes de pantopon ou de morphine — et de 1 milligramme de sulfate de spartéine. Cette précaution permet d'éviter les grands chocs transfusionnels, surtout si le calmant a pu être administré 2 heures avant la transfusion : le choc se réduit alors à un léger frissonnement ou à un simple clocher fébrile, le soir de la transfusion.

2) *Chercher une bonne veine* au pli du coude du receveur. La chose n'est pas toujours facile : le malade, qui a besoin d'une transfusion, a souvent des veines imperceptibles. On les mettra en évidence par divers artifices (massages, frictions, double lien, etc.). Si une veine convenable est introuvable à l'avant-bras ou à la jambe, tenter la transfusion dans la veine fémorale. L'opération est facile : on repère, sous le milieu de l'arcade crurale, l'artère qui bat : on pose sur elle la pulpe des doigts de la main gauche et, immédiatement en dedans d'eux, on enfonce doucement une aiguille perpendiculairement à la peau et un peu de bas en haut. Dès que le sang apparaît, on pénètre un peu plus dans la veine et on transfuse.

3) *Verser le sang de l'ampoule dans un récipient,* d'où il sera transfusé. Pour cela préparer, sur un entonnoir de verre aseptique, un filtre fait de compresses de gaze imbibées de citrate de soude à 10 %. Au-dessous de l'entonnoir, un récipient stérile recevra le sang. Sectionner après flambage les deux extrémités de l'ampoule et verser par l'extrémité inférieure, où est fixé le tube à aiguille, le sang sur le filtre de gaze. Le sang ainsi recueilli sera transfusé par n'importe quel procédé : avec l'appareil de Henry et Jouvelet, de Tzanck, à la seringue ou au bock à sérum.

Ces diverses opérations doivent être faites avec les plus grandes précautions d'asepsie.

La transfusion doit se faire très lentement (une heure pour 250 ou 500 grammes de sang). On sera donc amené à réchauffer le récipient au cours de l'opération.

Si l'on a besoin d'une *transfusion massive* (500 c. c. ou 1.000 c. c.), on utilisera successivement plusieurs ampoules de sang. Il n'y a aucun inconvénient à injecter des sangs provenant de donneurs universels différents. Certains auteurs, même, mélangent dans des bouteilles des sangs de provenances diverses. Il semble préférable de faire passer entre chaque ampoule de sang, le contenu d'une ampoule de 150 c. c. de sérum glucosé ou de sérum de Normet.

Indications de la transfusion

La transfusion ne sera faite que dans les cas, où elle est indiscutablement nécessaire. Sans doute, à son défaut, on pourra employer les injections intra-veineuses de sérum physiologique, ou mieux de sérum de Locke gommé ou de sérum polycitraté de Normet. Mais ces divers sérums dont l'utilité est indiscutable n'ont pas la valeur spécifique du sang. Ils pourront le remplacer dans les petites hémorragies, et ils seront toujours employés avec avantages comme compléments de la transfusion dans les grandes hémorragies : ils ajouteront alors leur masse, leur valeur quantitative, à l'apport qualitatif de la transfusion.

Toute hémorragie importante appelle une transfusion de remplacement et, contrairement à ce qu'on entend parfois soutenir, *la transfusion n'a pas une valeur hémostatique,* elle n'a pas le don d'aveugler le vaisseau qui saigne. Elle *doit être le complément de l'opération hémostatique.*

La transfusion de remplacement peut être, sans inconvénient, abondante. Contrairement à ce qu'on répète parfois sans contrôle, *il n'y a aucun danger pour la dynamique circulatoire à redonner à un sujet* 1.000 *c. c. de sang qu'il vient de perdre,* à condition de faire cette transfusion lentement, sans brutalité.

Dans les *infections,* la transfusion est souvent utile. Mais il faut la faire précocement en utilisant un donneur immunisé et ayant absorbé dans les douze heures qui précèdent, 2 grammes d'azoïques ou sulfamides.

Ce traitement sera bien entendu, le complément d'une action sur le foyer infectieux.

Enfin tout infecté, soumis à un traitement chimiothérapique intense, doit recevoir des transfusions pour deux raisons : 1) Le sang transfusé prévient les accidents d'agranulocytose signalés après absorption massive ou prolongée de sulfamides (Jeanneney) ; 2) Le sang du donneur bien portant apporte au receveur les substances haptèniques, qui lui manquent pour constituer ses anticorps (Jeanneney et Castanet).

Chez certains *gazés* (oxyde de carbone, acide cyanhydrique), pour lesquels une saignée s'impose, il y aurait intérêt à faire suivre celle-ci d'une transfusion à la fois de remplacement et de désintoxication.

G. Fischer.

COMMENT COMPLÉTER L'ACTION DE LA TRANSFUSION SANGUINE DANS LE TRAITEMENT DE L'ANÉMIE POST-HÉMORRAGIQUE

Par le Docteur André DREYFUS

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Chef de Laboratoire au Centre national de la transfusion sanguine.

Une hémorragie unique détermine deux effets immédiats :

1° Une perturbation de l'équilibre hydraulique circulatoire qui, dans les cas graves, suffit à amener un collapsus immédiat et même la mort.

2° Une diminution du taux des éléments sanguins, hématies, leucocytes, protéine, etc., dont l'ensemble constitue ce que l'on appelle l'anémie post-hémorragique.

On pare au premier de ces accidents à l'aide de procédés très divers mais qui consistent essentiellement en le remplacement de la masse liquide dont a été privé l'organisme. Deux procédés principaux permettent d'obtenir ce but : l'injection de solution saline isotonique, la transfusion de sang.

L'anémie post-hémorragique dans le cas envisagé se répare spontanément : en effet, les réserves martiales sont intactes de même que les réserves protidiques qui servent à la reconstruction du stroma globulaire. Toutefois, l'injection de sérum salé hâte cette reconstitution comme l'ont montré Fontes et Thivolle. De même, la transfusion sanguine provoque une hyperplasie médullaire ainsi que l'ont montré Tzanck et Dreyfus et l'administration de foie de veau hâte également cette reconstitution, ce qui est le point de départ de la méthode de Whipple dans le traitement de l'anémie pernicieuse.

Mais même si aucun de ces moyens n'est mis en œuvre, l'anémie post-hémorragique, qui succède à une première saignée, de quelque importance que ce soit, se répare spontanément et relativement vite par la seule mobilisation des réserves de l'organisme.

Il n'en va pas de même quand ces réserves sont épuisées du fait d'hémorragies multiples, même si l'abondance de chacune de ces hémorragies est minime. Gosset, Tzanck et Charrier ont montré expérimentalement que, dans ce cas, les injections de sérum étaient incapables de ramener à l'équilibre sanguin normal. En effet, elles diluent seulement les éléments hématiques restants mais l'organisme n'est plus capable de mobiliser des réserves de cellules déjà élaborées, puisqu'il n'en existe plus du fait des déperditions antérieures, il ne peut pas davantage fabriquer de nouveaux éléments car ses réserves minérales sont taries. Il faut donc, comme l'ont montré ces auteurs, recourir à la transfusion sanguine comme médicament d'urgence dans les cas d'hémorragies répétées mais ces prémices admises, il y a lieu de distinguer plusieurs éventualités :

1° Dans certains cas, il est de toute nécessité de reconstituer un équilibre hématique normal en quelques jours, voire en quelques heures. En pareil cas, on doit utiliser la méthode préconisée par Mariott et Kerwick que Tzanck et Dreyfus ont introduite en France sous le nom de perfusion sanguine. Cette méthode consiste en l'injection de doses massives de sang (plusieurs litres) jusqu'à ce que soit obtenu le retour à des taux normaux de globules rouges et d'hémoglobine. On utilise ce procédé héroïque quand il s'agit de préparer rapidement un malade à une intervention chirurgicale, à un accouchement, etc. C'est également ce qu'il y aura lieu de faire quand l'hémorragie aura été suivie d'une aplasie médullaire.

2° Mais le plus souvent, on dispose de quelques jours ou même de quelques semaines et il n'est pas nécessaire d'employer un procédé qui, pour efficace qu'il soit, ne laisse pas d'être un peu compliqué et surtout relativement onéreux. Il faut alors demander au malade lui-même de faire les frais de sa reconstitution globulaire mais il faut surtout lui en fournir les moyens.

Ces moyens consistent en la mise à sa disposition des éléments nécessaires à la fabrication des hématies, c'est-à-dire, d'une part, le fer et les métaux auxiliaires, d'autre part, les acides aminés, les protéines à structure pyrrhoïque et sans doute aussi « les ferments » dont la présence semble indispensable à l'activité de la moelle osseuse. Ces derniers éléments, acides aminés, protéine, ferments sont contenus dans le foie des animaux jeunes et c'est la base de la méthode de Whipple. Le fer, par contre, n'existe dans les extraits organiques qu'en quantité infinitésimale et ne suffit pas à la reconstitution hématique.

Par conséquent, il faut fournir au malade ou au blessé qui a souffert d'hémorragies multiples :

a) De quoi parer aux accidents immédiats de

collapsus et d'anorexie et ce sera le but de la transfusion sanguine.

b) Des éléments protéidiques pour la reconstitution du stroma des futurs globules et des ferments activant cette reconstitution, ce sera le rôle des extraits hépatiques.

c) Les minéraux nécessaires à la synthèse de l'hémoglobine, ce sera le résultat que se proposeront les préparations martiales ou plus précisément martio-cupriques.

Que l'on puisse obtenir des résultats en utilisant isolément un de ces trois procédés, ou à la rigueur deux de ces trois procédés, cela est certain et c'est ce qu'ont montré en particulier les travaux de Fontes et de ses collaborateurs. Mais il n'est pas moins vrai qu'à ne pas les associer, on risque de n'obtenir que des succès partiels, tardifs ou incomplets.

Si la transfusion est seule employée, l'anémie post-hémorragique ne sera vaincue que par l'emploi des doses massives que réclame la perfusion.

Si on ne recourt qu'à l'hépatothérapie, le succès est médiocre, un résultat satisfaisant n'est obtenu qu'au bout d'un très long temps.

Le traitement martial enfin, utilisé isolément, ne s'oppose pas aux effets immédiats de la déperdition sanguine et souvent même il reste sans effet parce que l'assimilation du fer nécessite un fonctionnement parfait du tractus digestif, fonctionnement que la méiopragie due à l'anémie compromet jusqu'à un certain point.

Sans nous étendre davantage sur cette vérité que confirme non seulement le simple bon sens mais encore les arguments expérimentaux et cliniques avancés par chacun des auteurs qui prônent un des trois procédés à l'exclusion des deux autres, voyons comment il est loisible de réaliser en pratique cette association thérapeutique:

1° On peut donner simultanément les trois médicaments en utilisant des portes d'entrée différentes, par exemple l'instillation intraveineuse de sang, l'injection sous-cutanée de préparations hépatiques, l'absorption orale de fer et de cuivre. Cette façon de faire, quoique logique en apparence, ne permet pas de tirer du traitement tout ce que l'on est en droit d'en attendre. En effet, si la transfusion agit immédiatement, l'extrait de foie ne joue qu'au bout de plusieurs jours et l'assimilation du fer par les voies digestives est encore plus tardive, parfois nulle et toujours fractionnée à l'extrême.

2° On conçoit donc l'intérêt qu'il y aurait à fournir au malade, en même temps que le sang nécessaire à parer aux accidents immédiats, la quantité de produits auxiliaires utiles à la cure de l'anémie post-hémorragique. Cela est-il possible ? Sans aucun doute et nous l'allons montrer pour chacun des deux éléments en cause.

a) Extraits hépatiques ;
b) Le fer et le cuivre.

a) On peut donner au malade, en une seule fois, des doses massives de préparation hépatique, à la condition d'utiliser la voie intra-veineuse et l'instillation lente. Nous avons de cette façon pu traiter une malade atteinte d'anémie de Biermer en lui injectant en une seule fois soixante centimètres cube de préparation hépatique (hépatrol injectable) fabriquée à partir de trente grammes de glande par centimètre cube, cette préparation étant diluée dans un litre de sérum physiologique et injectée en six heures dans les veines. La malade est sortie de la clinique le lendemain de l'intervention et sans autre traitement, elle est passée en trois semaines de 1.500.000 globules rouges par millimètre cube à 4.400.000.

Si l'injection est plus rapide, deux incidents peuvent se produire : on peut observer une vaso-dilatation superficielle généralisée, surtout évidente à la face, et qui dure environ 15 minutes, on peut redouter une sclérose des veines ayant servi à l'injection, ce qui peut être ennuyeux pour le traitement ultérieur. Nous l'avons cependant fait un certain nombre de fois en branchant la canalisation médiane de l'appareil de Tzanck sur un récipient contenant l'extrait hépatique nécessaire que nous prélevions centimètre cube par centimètre cube et que nous mêlions au sang qui venait du donneur. Il n'en est jamais résulté d'autres incidents que ceux que nous venons d'indiquer. Encore manquaient-ils bien souvent.

b) L'injection des préparations ferriques ne peut se faire que par voie intra-veineuse car ces préparations sont douloureuses et même escarrifiantes par tout autre moyen. On utilise jusqu'à présent la préparation de Gros qui contient un centigramme de cacodylate de fer, un milligramme de lactate de cuivre pour 5 c. c. Ces doses sont très faibles et tout à fait insuffisantes pour la reconstitution rapide de la réserve minérale. Nous expérimentons actuellement une nouvelle préparation ferrique, le citrate de fer ammoniacal que l'on peut injecter sans inconvénient à des doses de quatre ou cinq grammes par jour. Une telle dose même non répétée suffit en principe à la reconstitution totale de la réserve martiale. Nous procédons par conséquent de la façon suivante :

c) Dans une ampoule contenant 250 c. c. de sang citraté et conservé, nous introduisons, selon les nécessités, de 20 à 40 c. c. d'extrait hépatique (hépatrol injectable) à trente grammes par centimètre cube et du citrate de fer ammo-

niacal en solution à vingt pour cent à la dose de 10 à 20 c. c. Le citrate de fer est associé dans notre préparation au lactate de cuivre à la dose de 5 centigrammes. Nous mélangeons soigneusement les trois produits : sang, extrait organique, préparation métallique et nous l'injectons en goutte à goutte lent dans les veines de nos malades et de nos blessés. Il ne se produit le plus souvent aucune réaction immédiate mais, une fois sur trois environ, on observe une poussée fébrile tout à fait éphémère pouvant aller jusqu'à 39. Ce mélange constitue le traitement complet de l'hémorragie, tant de ses conséquences immédiates que de ses conséquences lointaines. Il permet la reconstitution rapide des éléments du sang et ce, avec le minimum d'ennuis pour le malade qui n'a à subir qu'une seule intervention.

Cette association permet évidemment de ne pas répéter les transfusions dans la majorité des cas. Bien entendu, s'il fallait reconstituer le stock hématique en vingt-quatre ou quarante-huit heures, la méthode ne s'appliquerait plus, il faudrait recourir à la perfusion.

REMARQUES SUR LE TRAITEMENT SÉROTHÉRAPIQUE DU TÉTANOS

Il y a vingt-cinq ans, le sérum antitétanique n'était utilisé qu'à doses faibles. Puis, pendant la guerre 1914-1918, on commença à faire usage de doses fortes dans la thérapeutique du tétanos, avec des résultats notablement plus satisfaisants. La question de la valeur curative du sérum est ici, cependant, loin d'être résolue et à ce titre la discussion qui s'est poursuivie il y a quelques mois à l'Académie de chirurgie, à propos d'un travail de M. Rouhier, offre un réel intérêt.

M. Rouhier signale tout d'abord dans quelles circonstances il a été amené, en 1917, à utiliser les fortes doses de sérum dans le traitement curatif du tétanos. Ayant à soigner un blessé du Chemin des Dames atteint de gangrène gazeuse et de tétanos, il avait prescrit (suivant la méthode de Baccelli), huit injections de 20 c. c. de solution phéniquée. L'infirmière, à la suite d'une confusion, pratiqua huit injections de 20 c. c. de sérum antitétanique, soit 160 c. c. (les doses étaient alors de 10 c. c. espacées). Or, le malade, loin d'avoir de gros accidents sériques, fut amélioré et guérit par la continuation des doses massives.

Ultérieurement, dans deux autres cas, l'auteur obtint également la guérison de malades atteints de tétanos avec de fortes doses de sérum (40 c. c. par jour ; 250 c. c. et 540 c. c. en quelques jours).

M. Rouhier ne revendique pas, d'ailleurs, la priorité du traitement du tétanos par les hautes doses de sérum. Pierre Teissier citait déjà, en 1914, dix-neuf observations de guérisons ainsi obtenues, qui contrastaient avec les insuccès du traitement utilisé pendant la période de retraite des troupes qui précéda la bataille de la Marne. Fréquent, était, à ce moment, le tétanos, quand on ramenait comme on pouvait des blessés sans pansement qui, pour échapper à tout prix aux Allemands, montaient avec leurs plaies à nu, et cela sans injection préventive de sérum, dans des wagons de remonte qui venaient de transporter des chevaux.

L'auteur avait donc acquis une grande confiance dans la valeur du traitement du tétanos par le sérum à fortes doses. Or, voilà que récemment, en quelques mois (novembre 1938, avril 1939), il a eu à soigner trois malades atteintes de tétanos (par piqûre au doigt, et post-abortum), trois jeunes femmes qui ont succombé malgré l'emploi de hautes doses du nouveau sérum antitétanique. Pourquoi ces insuccès ? Les foyers tétanigènes (le doigt, l'utérus) n'avaient pas été enlevés, il est vrai, chez ces malades, par une intervention radicale et ce point est à prendre en considération. Mais dans les cas antérieurs, guéris, il en avait été de même. Pour ces derniers, on avait injecté l'ancien sérum de l'Institut Pasteur et dans les cas actuels c'est le sérum nouveau qui fut employé.

De tels faits peuvent-ils atténuer la confiance dans le nouveau sérum anti-tétanique ? M. Louis Bazy, sans se prononcer sur la supériorité de ce nouveau sérum, en restant dans le seul domaine chirurgical, répond qu'en matière de tétanos plus peut-être qu'en d'autres circonstances, il existe non une maladie mais des malades. Les tétanos post-abortum sont généralement plus graves que d'autres, l'utérus étant propice à la pullulation des germes. D'autre part, il est des races de bacilles tétaniques qui sécrètent des toxines plus redoutables, plus difficiles à saturer que d'autres. Il ne faut donc pas conclure d'une expérience limitée. L'optimisme extrême n'est pas plus justifié que le pessimisme extrême.

M. Cadenat ajoute, pour rassurer plus pleinement M. Rouhier, qu'il a eu récemment dans son service un cas de tétanos qui a parfaitement guéri par le sérum antitétanique actuel.

P. Lacroix.

LES COMPLICATIONS OCULAIRES DE LA GRIPPE

Par le Docteur Edouard REGARD
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Nous savons tous que la grippe est une affection essentiellement polymorphe, capable de toucher tous les appareils. L'appareil visuel n'échappe pas à son atteinte et bien que rare, puisqu'elle représente seulement d'après le Professeur Terrien 1 % des complications de la grippe, elle ne mérite pas l'oubli dans lequel la tient la plupart des publications médicales, en dehors des ouvrages spéciaux d'ophtalmologie.

Les complications oculaires de la grippe méritent d'être mieux connues des praticiens souvent appelés les premiers à les voir, et leur collaboration avec l'ophtalmologiste sera toujours des plus profitables aux malades.

Nous avons eu la bonne fortune d'observer en clientèle, en l'espace d'une année, deux iritis et une kératite dont l'étiologie grippale était indiscutable, et c'est à leur sujet que nous avons repris l'étude de la question.

Les lésions de la conjonctive et de la cornée, représentent à elles seules 20 % des complications oculaires de la grippe, alors que les complications atteignant le tractus uvéal ne représentent que 8 % des cas.

Le nerf optique ne serait intéressé que dans 5 % seulement des cas.

La conjonctivite s'observe presque toujours à la période initiale de la grippe. Elle revêt habituellement l'aspect de la conjonctivite catarrhale On a pu isoler le bacille de Pfeiffer dans la sécrétion conjonctivale d'ailleurs très souvent associé à d'autres germes, bacille de Weeks entre autres.

La désinfection des culs-de-sac conjonctivaux à l'argyrol en solution à 5 ou 10 %, amène habituellement la guérison en une huitaine de jours. Dans les cas plus tenaces, le vieux sulfate de zinc demeure l'antiseptique de choix.

L'atteinte de la cornée peut revêtir plusieurs types. Le plus fréquent est l'herpès de la cornée, avec ses différents aspects ; érosion épithéliale, vésicules herpétiques, ulcère dendritique.

Dans toutes ces formes, la photophobie, le larmoiement sont particulièrement marqués. Il n'est pas rare d'observer au début de ces kératites un œdème plus ou moins important des paupières sur lesquelles on pourra parfois trouver une ou plusieurs vésicules d'herpès.

L'ulcère dans la majorité des cas est superficiel et l'on observe rarement l'ulcère serpigineux se compliquant d'hypopion.

L'atteinte du trijumeau qui est assez fréquente au cours de la grippe, peut se compliquer de kératite neuro-paralytique, complication heureusement très rare, et qui commande dans tous les cas et aussitôt que possible la tarsorraphie médiane qui sera maintenue tant que la cornée n'aura pas récupéré sa sensibilité normale.

Dans certains cas particulièrement tenaces, on pourra utilement recourir à la faradisation du trijumeau qui hâtera la guérison en ramenant la sensibilité cornéenne et en favorisant la cicatrisation de l'ulcère.

Les altérations du tractus uvéal revêtent, dans la majorité des cas, la forme d'iritis séreuse. L'atteinte du corps ciliaire et de la choroïde se rencontre plus rarement et est d'un pronostic beaucoup plus sévère, car elle survient presque toujours sur des yeux déjà touchés, aggravant souvent les lésions choroïdiennes déjà existantes.

Lorsque l'iritis survient sur un œil qui n'a jamais été lésé antérieurement, la guérison est obtenue habituellement au bout d'une à deux semaines avec *restitutio ad integrum* anatomique et fonctionnelle.

Il faut souligner à cet égard les heureux effets de la protéinothérapie et de la pyrétothérapie.

On est souvent frappé de l'amélioration constatée au lendemain d'une injection de lait ou d'une injection de 1 /2 c. c. de Dmelcos intraveineuse. Assez souvent une seule injection aura suffi à amener la sédation des phénomènes douloureux toujours si pénibles chez ces malades.

Les annexes de l'œil peuvent subir l'atteinte grippale et le processus infectieux peut léser soit, l'appareil sécréteur, soit l'appareil excréteur : canalicules, sac et canal lacrymal.

La dacryo-adénite, s'observe avec une plus grande fréquence chez les jeunes sujets et apparaît au début de la grippe, se traduisant par une tuméfaction diffuse de la partie externe de la paupière supérieure. La palpation réveille une douleur très vive. Des applications chaudes fréquemment répétées, amèneront la guérison par résorption en une quinzaine de jours. L'affection peut être bilatérale, mais on n'observe jamais la suppuration de la glande lacrymale.

Il existe une forme chronique, beaucoup plus rare, caractérisée par une tuméfaction de la glande lacrymale. Cette forme est souvent associée à une tuméfaction des glandes salivaires : parotides, sous-maxillaires et sublinguales.

La dacryo-cystite revêt les caractères habituels des suppurations du sac lacrymal. Les lavages antiseptiques du sac, ou les instillations de vaccin en amènent habituellement la guérison.

L'examen du pus montrera le plus souvent les pyogènes banaux isolés ou associés au bacille de Pfeiffer.

Enfin, parmi les affections orbitaires et péri-orbitaires, il convient de citer les sinusites aiguës ou chroniques, frontale ou maxillaire, apparaissant souvent à la période initiale de la grippe.

L'inflammation de la capsule de Tenon, ténonite, se traduit par un œdème souvent considérable des paupières avec propulsion du globe.

Les douleurs sont particulièrement vives et s'exagèrent au moindre mouvement de l'œil. Les troubles de la motilité oculaire sont souvent marqués, allant de la parésie à la paralysie d'un ou de plusieurs muscles. Le Professeur Terrien a rapporté un cas qui s'est terminé par la mort et où l'espace de Tenon était rempli de cordons fibrineux, avec de nombreux leucocytes, et en certains points, les muscles baignaient dans le pus.

Observation I. — M. H..., 38 ans. Le malade est vu trois semaines après le début des accidents, début marqué par une rougeur de l'œil gauche, que le malade mettant sur le compte d'une conjonctivite banale, a soignée à sa manière. Devant la persistance des troubles et la diminution de la vision de cet œil, il se décide à consulter.

L'œil est très rouge, la pupille est en myosis, l'injection périkératique est considérable. A l'éclairage oblique la cornée paraît légèrement trouble. La pression du globe est douloureuse, particulièrement au pôle supérieur du limbe cornéen, ce qui nous fait craindre une iridocyclite. Nous prescrivons une saignée temporale abondante, des instillations d'atropine répétées toutes les trois heures, et nous pratiquons le jour même une injection intraveineuse de 1/2 c. c. de Dmelcos, une seconde injection est faite deux jours après de 1 c. c. en raison de la réaction fébrile peu marquée qui s'est produite trois heures après la première injection, la température n'ayant atteint que 37°7.

Le surlendemain nous pratiquons une troisième injection de 1 c. c. 5 qui fera monter la température à 40°. Après cette troisième injection de Dmelcos, le malade ne souffre plus. La photophobie a presque entièrement disparu ainsi que l'injection périkératique. La dilatation pupillaire nous permet de faire un examen attentif du fond de l'œil qui ne nous montre aucune lésion.

Revu une semaine après, la vision est redevenue normale. L'œil n'est plus rouge ni douloureux. La cornée est absolument transparente, ce qui permet de conclure à la guérison.

Observation II. — M. G..., 44 ans, cinq jours après le début d'une grippe, fait une iritis de l'œil gauche. Grosse injection périkératique. Cornée trouble. Photophobie intense.

L'examen ophtalmoscopique difficile en raison de la photophobie et du trouble cornéen, ne montre aucune lésion du fond de l'œil.

On pratique immédiatement une injection de 4 c. c. de lait frais bouilli pendant 10 minutes, dans le flanc gauche et l'on prescrit une saignée temporale abondante et des instillations répétées toutes les trois heures d'un collyre à l'atropine à 0,5 %. Le malade est revu deux jours après. On note une amélioration considérable. La photophobie a presque complètement disparu ainsi que l'injection périkératique et la douleur à la pression du globe oculaire. La pupille dilatée au maximum est régulière.

L'œil droit qui présentait une irritation sympathique n'est plus douloureux. On supprime une instillation sur deux d'atropine.

A l'éclairage oblique, la cornée n'est presque plus trouble.

Revu deux jours plus tard, le malade ne présente plus de photophobie. La cornée s'est éclaircie, ce qui permet de faire un examen du fond de l'œil supporté sans fatigue par le malade. Cet examen montre un fond d'œil absolument normal.

Devant une amélioration aussi nette et qui semble devoir être durable, on ne fait plus faire que deux instillations d'atropine par jour.

Un nouvel examen pratiqué trois jours, après nous permettra de supprimer complètement les instillations d'atropine.

L'acuité visuelle a été trouvée normale pour les deux yeux.

Observation III. — Mme X..., 50 ans, nous est adressée par son médecin traitant, notre ami le Docteur Parent, de Deuil (Seine-et-Oise) parce qu'elle a été prise brusquement dans la nuit, au niveau de l'œil droit, d'une douleur très vive. A fait une grippe deux semaines auparavant. A l'examen l'œil est très rouge, les paupières sont œdématiées, la photophobie est intense. A l'éclairage oblique on note au niveau du limbe à V. H. une ulcération qui paraît superficielle, en coup d'ongle.

La pupille est régulière et réagit normalement à la lumière. L'injection périkératique est intense. En raison de l'absence d'antécédents oculaires chez cette malade, et de la grippe récente, nous portons le diagnostic de kératite marginale grippale et prescrivons des instillations d'atropine, des applications de compresses chaudes souvent répétées dans la journée et deux fois par jour introduction dans le cul-de-sac conjonctival inférieur de pommade iodoformée à 1 %.

La malade est revue huit jours après. Après une accalmie de quelques jours, les douleurs ont repris la veille, particulièrement vives au cours de la nuit.

A l'examen, léger œdème des paupières.

Le tonus oculaire est normal. La pupille est peu dilatée et régulière.

A l'éclairage oblique l'ulcération paraît avoir gagné en profondeur et en largeur, et l'épreuve de la fluorescéine est nettement positive.

En raison des signes douloureux et des progrès de l'ulcération, nous pratiquons séance tenante le chauffage de l'ulcère avec la pointe fine du galvanocautère placée à distance. L'atropine est continuée et la pommade iodoformée remplacée par une pommade polyvitaminée.

Revue une semaine après la malade ne souffre plus. L'examen à l'éclairage oblique ne montre plus aucun trouble de la cornée. L'épreuve de la fluorescéine est négative.

Nous profitons de la dilatation pupillaire existante pour faire un examen du fond de l'œil qui ne révèle aucune lésion.

Devant une amélioration aussi manifeste, nous faisons cesser l'atropine. La pommade vitaminée sera continuée pendant quelques jours.

Nous avons eu depuis des nouvelles de cette malade par son médecin traitant. Elle n'éprouve plus aucun trouble oculaire et sa vision est redevenue ce qu'elle était avant sa maladie.

Ces trois observations confirment ce que nous disions de l'évolution généralement bénigne des complications oculaires de la grippe lorsqu'elle sont primitives, c'est-à-dire lorsqu'elles ne touchent que des yeux antérieurement intacts. Elles montrent en outre qu'en dépit des signes fonctionnels et objectifs souvent intenses, on ne se hâtera pas de porter un pronostic trop sombre, en se souvenant que le facteur principal du pronostic sera déterminé avant tout par l'intégrité ou l'atteinte des membranes profondes de l'œil.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

La maladie de Parkinson traumatique

Après avoir relaté une observation personnelle, R. Crosnier fait une revue générale de cette question. Certains auteurs ont nié trop catégoriquement l'action autonome du traumatisme, d'autres se sont plu à ne lui accorder qu'un rôle favorisant ; enfin, les derniers paraissent bien avoir reconnu dorénavant l'existence de paralysies agitantes, dont le traumatisme demeure la vraie cause à invoquer, à l'exception de toute autre étiologie décelable.

Le traumatisme ne peut être invoqué en tant que facteur étiologique déterminant, lorsque le Parkinson se révèle déjà à l'état fruste et latent, pas plus que quand il s'agit d'un sujet syphilitique, artério-scléreux et ancien encéphalitique ; en pareil cas, il n'agit qu'à titre favorisant, infiniment plus toutefois que le choc émotif. Certes, il ne faut pas exagérer l'influence du traumatisme isolé, car, s'il en était ainsi, le nombre des parkinsoniens, trépanés, commotionnés ou contusionnés pendant la guerre, devrait être considérable. Il n'en est pas de même des traumatismes répétés.

Toutefois, il suffira d'un traumatisme violent ; si une certaine période de latence est nécessaire, celle-ci ne doit cependant pas être trop courte, au risque d'évoquer la possibilité de lésions préexistantes ; elle peut aller jusqu'à plusieurs mois.

Le plus fréquemment, il s'agit d'un traumatisme cranien ; plus rarement, c'est un traumatisme des membres, avec possibilité d'un hémiparkinson ; c'est même un traumatisme facial, ou bien un traumatisme mixte du crâne et des membres. (*Gazette des Hôpitaux*, 7 octobre 1939.)

Le paludisme à forme respiratoire

C'est là une entité clinique peu connue, que décrit le Docteur J. Fricker. Ici le paludisme, pouvant atteindre tout l'appareil respiratoire, se présente comme une affection primitive, et non comme une complication du paludisme. Signes physiques souvent très nets, symptômes fonctionnels consistant surtout en une toux sèche, parfois quinteuse, presque toujours sans expectoration. Température élevée, présence dans le sang d'hématozoaire du type præcox, action curative rapide du traitement spécifique.

Ces formes sont à certains moments assez fréquentes au Levant, on pourrait dire presque banales. On ne peut affirmer qu'elles soient aussi fréquentes ailleurs, car s'il existe des races de plasmodium falciparum, certaines sont peut-être plus aptes que d'autres à provoquer des complications pulmonaires, et il se peut que celles-ci n'aient pas partout la même répartition géographique, mais ceci est du domaine de l'hypothèse. Ce qu'il faut retenir, c'est que, pour les malades atteints de paludisme à forme respiratoire, il existe un traitement très simple qui peut également leur rendre la santé. (*La Presse Médicale*, 17 juin 1939.)

Des méningites séreuses et arachnoidites dans les traumatismes cranio-encéphaliques.

Les arachnoïdites et méningites séreuses encéphaliques traumatiques sont encore mal connues. Il a paru à P. Puec que cette complication des traumatismes craniens était plus fréquente qu'on ne le pensait jusqu'ici ; elle a de ce fait, un intérêt médico-légal indiscutable. D'autre part, les résultats de l'intervention chirurgicale ont montré que l'on pouvait obtenir, dans cet ordre de complications, des guérisons et des améliorations remarquables, et cela sans grand risque opératoire.

L'auteur distingue les méningites séreuses récentes, ainsi que les méningites séreuses et arachnoïdites tardives qui, elles-mêmes, se divisent en plusieurs chapitres. Chacune de ces variétés entraîne des indications thérapeutiques différentes, qui sont exposées en détail. Certaines de ces indications sont actuellement tout à fait précises ; d'autres, par contre, méritent encore d'être mises au point.

Quoiqu'il en soit, les résultats obtenus par l'auteur doivent dès maintenant retenir l'attention. Il a pu opérer 35 cas sans décès opératoire et avec des résultats excellents. Dix-sept sujets, dont quelques-uns ont été opérés en plein coma et pour lesquels la mort n'était qu'une question d'heures, sont redevenus des sujets normaux ou sensiblement normaux. Les autres ont été améliorés au prorata des lésions concomitantes, mais, dans tous les cas, au point de pouvoir reprendre leurs occupations, et guéris de leur méningite séreuse.

En résumé, le pronostic de la méningite séreuse traumatique est favorable, malgré le tableau clinique alarmant auquel elle donne naissance, lorsqu'elle est convenablement traitée. Le pronostic ultérieur dépend, dans une large mesure, des lésions associées. (*Le Bulletin Médical*, 17 juin 1939).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 8 novembre 1939

A propos du traitement des plaies cranio-cérébrales

M. ROUHIER revient sur les conclusions de MM. Clovis Vincent et de Martel relatives au traitement des plaies cranio-cérébrales. A son avis, la discussion ne doit pas être close par ces conclusions. La généralisation du grand volet cranien, préconisée par les neuro-chirurgiens, offrirait en effet de sérieux inconvénients. Parmi les blessés cranio-cérébraux non transportables immédiatement pour des raisons diverses au Centre de neuro-chirurgie, bien peu résisteraient à l'ouverture chirurgicale du crâne par grand volet osseux. Dans les accidents de la rue, le blessé est hospitalisé sans délai et traité aussitôt. Les blessés de guerre, au contraire, restent souvent longtemps sur le terrain, perdant du sang et se refroidissant. A l'anémie, à l'action du froid, s'ajoute le choc nerveux du combat. De tels blessés ne sauraient plus alors être soumis à une thérapeutique agressive comme l'est la craniotomie à grand volet. Pour M. Rouhier, si le traitement des plaies cranio-cérébrales préconisé par les neuro-chirurgiens peut rendre de grands services chez les blessés facilement et rapidement transportables, il n'en va plus de même dans le cas contraire. Sans atténuer la haute valeur des progrès réalisés par la neuro-chirurgie et en s'inspirant de ses techniques dans la mesure où elles sont applicables en chirurgie de guerre, pour celle-ci le traitement chirurgical ordinaire, plus simple, des plaies cranio-cérébrales, tel qu'il était mis en œuvre pendant la dernière guerre, conserve ses indications.

A la suite de cette intervention de M. Rouhier, des communications sont faites sur *le traitement des blessures maxillo-faciales* (M. Funck-Brentano, M. Dufourmentel) et sur *le traitement des plaies vasculaires* (M. Morel).

Les centres maxillo-faciaux en temps de guerre

M. LEMAITRE, sur une invitation de l'Académie de chirurgie, fait un exposé des principes généraux qui doivent présider à la création et à l'organisation de centres maxillo-faciaux en temps de guerre.

Ces centres ne répondent en réalité à rien de ce qui existe en temps de paix, du moins dans notre pays. Plusieurs ont fonctionné déjà pendant la dernière guerre, sous la direction de Morestin, de Sébileau et du Professeur Lemaître lui-même (centre de Vichy).

Trois points essentiels doivent être pris en considération pour organiser un centre de chirurgie restauratrice et de prothèse maxillo-faciales : 1° les blessés en question sont généralement des polyblessés, qui relèvent de plusieurs spécialités, stomatologie, rhinologie, ophtalmologie, prothèse, chirurgie cranienne, même ; 2° comme conséquence, il faut une collaboration complète et régulière entre le chirurgien et les divers spécialistes intéressés. Le chirurgien d'ailleurs doit être de préférence entraîné aux interventions, faites avec le miroir de Clar, de chirurgie buccale, nasale, orbitaire. La réparation plastique, en effet, ne doit pas être un simple cache-misère, masquant une lésion sous-jacente non guérie, une suppuration maxillaire, une fosse nasale obstruée, par exemple. Le collaborateur principal est le stomato-odontologiste, qui sera un excellent prothétiste maxillo-facial, les secours de la prothèse étant illimités ; 3° enfin, ces traitements ont habituellement une longue durée, deux et trois ans parfois, et comportent des interventions multiples, quelquefois 10, 15, 20 opérations.

Chaque centre maxillo-facial aura donc une équipe chirurgicale composée d'un chirurgien, de divers spécialistes, stomatologiste, rhinologiste, ophtalmologiste, radiologiste, prothésiste, parfois neuro-chirurgien, des services de greffes, d'autoplasties, un laboratoire. Il faut éviter la création de centres trop nombreux qui seraient pour cela même insuffisamment aménagés. En raison de la longue durée des traitements et du psychisme spécial des blessés de la face, ces centres seront installés dans des endroits tranquilles, isolés par des parcs d'où les sujets en traitement ne sortiront qu'exceptionnellement.

Sans pouvoir aborder la question complexe des techniques à employer, M. Lemaître signale toutefois ... ce qu'il ne faut pas faire ! Pour les blessures des maxillaires, la notion de l'articulé prime celle de l'anatomie. On ne fera pas dès lors de synthèse osseuse, s'en tenant à l'application de gouttières métalliques ou en caoutchouc. De même, pas de réunion prématurée des parties molles. S'il est vrai que les plaies de la face du temps de paix s'infectent peu, à l'habitude, il n'en est pas entièrement de même des grosses blessures de guerre. D'autre part, au cas de gêne respiratoire, de dyspnée résultant de la blessure maxillo-faciale, éviter de faire une trachéotomie, en raison des troubles pathologiques broncho-pulmonaires qui pourraient se produire à sa suite. On arrive généralement à dégager la respiration, en pareille éventualité, par de petites interventions locales et par des tractions sur la langue, maintenue à l'aide d'un fil, si nécessaire.

Les injections intra-artérielles dans le traitement des fractures ouvertes

(M. de Fourmestraux)

Nous donnerons ultérieurement une analyse du mémoire de M. de Fourmestraux.

Sur la cicatrisation des plaies

A propos de la communication de M. de Fourmestraux, M. Lambret présente quelques considérations générales sur la cicatrisation des plaies, les causes qui la retardent, l'emploi des antiseptiques, etc. L'auteur est peu partisan de l'emploi des antiseptiques d'une façon générale, des antiseptiques violents, tout au moins. On pourrait sans doute compter sur les doigts, dit-il, le nombre des antiseptiques qui tuent le microbe, sans tuer la cellule. D'autre part, les microbes qui ont été apportés du dehors sur les plaies mettent plusieurs heures avant d'acquérir de la virulence, contrairement aux microbes émanés de l'organisme humain , eux déjà virulents. On peut profiter de ce laps de temps de « culture » et de non virulence pour chasser ces microbes, simplement par des moyens mécaniques. Dans les postes de secours, aux armées, un siphon d'eau de Seltz rempli d'eau aseptique permettrait aisément ce nettoyage mécanique. Les agents bactériens ainsi éliminés, la plaie épluchée ou non, l'auteur recommande le pansement à la gaze imbibée d'huile de foie de morue (action des vitamines contenues dans cette substance) suivi d'enveloppement dans un plâtre immobilisant.

M. Lambret, sans rejeter l'épluchage, le considère comme devant être limité. Il est assez partisan du pansement rare sous plâtre immobilisateur (méthode dite espagnole, assez inexactement du reste). Le pus, remarque-t-il, est dans une certaine mesure un agent de cicatrisation, par ses leucocytes, les protéines (hormones des blessures, des Allemands). Son odeur est un inconvénient auquel il est facile de remédier.

— M. Chevassu, parlant de l'épluchage des plaies, répond à M. Lambret que, jusqu'à plus ample informé, il faut conserver, dans la règle, la pratique de l'épluchage telle qu'elle avait été établie au cours de la dernière guerre. Il a recours plutôt au pansement rare ou assez rare, mais il se demande si l'on serait suffisamment approvisionné d'huile de foie de morue pour pouvoir adopter le pansement habituel à cette substance. Pour ce qui le concerne, pendant la guerre 1914-1918, il a employé le pansement au sérum physiologique, au sérum salé, après avoir utilisé le chlorure de magnésium du Professeur Delbet. Il est d'accord en cela avec l'opinion des chirurgiens de la marine qui ont constaté l'évolution favorable des plaies restées en contact avec l'eau de mer. Excision, épluchage des plaies, eau salée physiologique, pansements rares, lui ont donné de très bons résultats.

Commotion et fractures du crâne

M. de Martel présente un malade atteint d'une grosse fracture de la voûte crânienne (quatre grands traits de fracture). Ce blessé a été très peu commotionné. Il a repris toute sa connaissance au bout de deux heures. Il dort bien et ne conserve guère qu'une petite difficulté à nommer les objets. Ce cas illustre la notion connue de la modération habituelle des phénomènes commotionnels dans les traumatismes cranio-cérébraux lorsque la voûte crânienne a cédé et est fracturée.

P. Lacroix.

Académie de médecine

Les injections d'atropine-adrénaline dans le traitement du collapsus circulatoire et de la syncope cardiaque.

(MM. Daniélopolu et Marcu, de Bucarest ; 27-7-1939)

L'injection intra-cardiaque d'adrénaline a donné dans certains cas de syncope cardiaque des résultats thérapeutiques très appréciés et quelquefois même de véritables résurrections. C'est surtout dans la syncope chloroformique primitive ou dans celle produite par d'autres anesthésies qu'elle a pu sauver les malades. A signaler qu'il en va tout différemment dans la syncope chloroformique secondaire : l'adrénaline, alors, au contraire, renforce et accentue le pouvoir toxique du chloroforme. Quoi qu'il en soit, dans une statistique de Lenormant, Petit-Dutaillis et leurs collaborateurs, on peut noter 17 survies définitives sur 31 cas où la méthode fut appliquée pour syncope cardiaque par anesthésie générale ou rachianesthésie.

MM. Daniélopolu et Marcu proposent une modification à ce traitement, par adjonction d'atropine. Ils estiment qu'une injection préalable d'atropine au malade a pour effet de rendre l'adrénaline (injectée ensuite) exclusivement sympathomimétique et non plus amphomimétique. Ils ont essayé expérimentalement avec avantage une technique consistant, dans le collapsus circulatoire aigu, à faire une injection intra-veineuse de 1/2 milligramme de sulfate d'atropine suivie de plusieurs injections intra-veineuses d'adrénaline à quelques minutes d'intervalle ; dans la syncope cardiaque, à faire une injection intra-cardiaque de 1/2 milligr. de sulfate d'atropine suivie (à travers la même aiguille) d'injection de 1 milligr. d'adrénaline. Partant de ces recherches et de ces conclusions théoriques, ils proposent l'essai de cette méthode.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Analyse des adénopathies hilaires et médiastinales par la tomographie. Les ganglions de la primo-infection tuberculeuse.

(MM. TROISIER et BARIÉTY ; 12-5-1939)

En France, ces auteurs ont contribué depuis 1931 à faire admettre, contrairement aux thèses en cours jusqu'alors, la réalité et la fréquence del'infection primaire chez l'adolescent ; ils ont écarté ainsi l'idée de l'origine toujours infantile de la tuberculose.

Par la projection d'une longue série de tomographies, ils montrent qu'il n'est nulle méthode radiologique plus élégante et plus précise que celle-ci pour affirmer à coup sûr l'existence d'adénopathies hilaires ou médiastinales. Il y a là un intérêt quasi systématique pour le diagnostic. Ainsi se trouve réduit le stock des infections tuberculeuses soi-disant inapparentesau moment du virage de la cuti-réaction, surtout lorsque le film standard se montre quasi normal ou difficile à interpréter. La lecture des films tomographiques passant par le plan hilaire frontal apparaît aujourd'hui comme la méthode la plus saisissante pour l'appréciation en clinique des images ganglionnaires.

La constatation simultanée, sur coupes stratigraphiques du thorax, d'ombres du type ganglionnaire dans des zones ganglionnaires et d'ombres parenchymateuses isolées, surtout au niveau des lobes inférieurs, vient ainsi singulièrement renforcer le diagnostic de complexe primaire, même chez de jeunes adultes. Cette double constatation soulignée par la tomographie, associée souvent au virage de la réaction tuberculinique, sans parler des signes classiques connus comme l'érythème noueux, est le témoignage presque formel d'une primo-infection tuberculeuse, qui se démasque dans la deuxième enfance comme dans l'adolescence.

Stéatorrhée syphilitique et tétanie

(MM. J. CAROLI, M. GIRARD et Mlle M. JOANISSIAN ; 12-5-1939)

L'observation rapportée concerne une manifestation relativement rare de syphilis viscérale. Il s'agit d un cas de stéatorrhée chronique, d'une abondance extraordinaire, et qui s'est compliqué, au cours de son évolution, de crises de tétanie particulièrement violentes et fréquentes. Le traitement syphilitique amena la guérison complète et rapide de ces troubles, qui duraient depuis plusieurs années ; il a semblé, d après les analyses coprologiques, que ces symptômes devraient être mis sur le compte d'une atteinte pancréatique ; le mérite de cette guérison par le traitement spécifique revient au malade, et non pas aux différents médecins qui l'ont soigné, tellement le tableau morbide évoquait peu l'idée d'une étiologie syphilitique, que le reste de l'examen clinique et les recherches humorales semblaient également écarter.

L'interprétation de cette observation ne paraît pas soulever de grandes difficultés. Les crises de tétanie chronique, si douloureuses et si violentes paraissent devoir être rattachées au déficit calcique, secondaire à la diarrhée volumineuse, qui durait déjà depuis deux ans, quand les crampes des extrémités se sont manifestées. Comme cette stéatorrhée, d'une intensité exceptionnelle, comportait les signes coprochimiques de l'insuffisance pancréatique, on peut penser qu'elle révélait une localisation sur le pancréas de l'infection syphilitique. Sauf erreur, les cas de ce genre, tout au moins ceux publiés dans la littérature française, sont d'une très grande rareté. Ce n'est pas que la pancréatite syphilitique n'ait été étudiée de longue date, tant dans ses manifestations anatomiques que cliniques, mais les formes qui ont surtout retenu l'attention des auteurs dans ces dernières années concernent plutôt les aspects chirurgicaux, et la symptomatologie ictérique de la maladie.

G. F.

Reims

SOCIÉTÉ MÉDICALE

Un cas de léontiasis ossea

MM. NICOLLE et HECQUET. — L'observation rapportée est celle d'un début de léontiasis ossea à localisation jusqu'alors purement faciale.

Il s'agit d'un homme de 31 ans, M. L..., venu consulter au moins d'août 1938 pour une tuméfaction occupant la fosse canine gauche. Cette « grosseur » serait apparue environ six mois plus tôt et depuis cette date aurait augmenté progressivement de dimensions sans jamais provoquer ni gêne, ni douleurs.

A l'examen on constate, en effet, une tuméfaction très dure, osseuse, comblant entièrement la fosse canine gauche, remontant jusqu'à l'orbite, sans atteinte de la voûte palatine. La palpation donne bien l'impression d'une hypertrophie osseuse, sans qu'il y ait à aucun endroit de crépitation, ni donc de ramollissement. A la rhinoscopie, on constate un refoulement vers la cloison de toute la paroi externe de la fosse nasale gauche — il n'y a pas la moindre trace de pus. Les dents enfin semblent saines.

Fait bizarre au premier abord, on retrouve du côté droit les mêmes symptômes cliniques entièrement superposables quoique un peu moins accentués.

L'examen radiographique met en évidence des signes tout à fait curieux : une opacité totale des deux sinus maxillaires et deux sinus frontaux. Cette constatation impose le diagnostic de léontiasis ossea, affection rare quoique non exceptionnelle et qui consiste en une ostéite hypertrophiante diffuse et bilatérale des os de la face et du crâne.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TRAVAUX ORIGINAUX

Bulletin de l'Actualité

■ ■ ■

MÉDECINE DE GUERRE

Les premiers mois de guerre que nous venons de vivre permettent déjà de voir toutes les différences qui existent entre la campagne de 1914 et celle de 1939. Du seul point de vue médical on peut noter que le Service de santé n'a pas eu à s'employer, en dépit de l'admirable organisation militaire qui avait su, dès le temps de paix tout prévoir et tout organiser pour que les blessés civils et militaires soient traités dans les meilleures conditions. On entend de divers côtés, faire le reproche qu'il y a trop de médecins aux armées, que la plupart sont inoccupés et qu'il n'y en a plus assez sur le territoire. Au lieu de critiquer le fait, il faut s'en réjouir, car si les médecins ont peu à faire, c'est que la guerre est jusqu'ici peu meurtrière et que les contingents sont peu atteints. C'est donc avec satisfaction qu'il faut constater notre inaction et ne point élever des critiques contre une organisation qui avait su envisager le pire.

On redoutait justement que la mobilisation et la concentration des troupes soient troublées par des raids d'avions ennemis, on craignait qu'avant même que tous les médecins aient rejoint leurs postes, qu'avant même que les hôpitaux prévus soient organisés et équipés, il y ait de nombreuses victimes civiles ou militaires. Pour parer à ce point faible de l'organisation des secours aux blessés, on avait eu soin de mobiliser sur place, en maints endroits, médecins et chirurgiens qui pouvaient ainsi utiliser dans un but militaire leurs cliniques et leurs organisations du temps de paix. J'ai entendu critiquer, par des esprits un peu trop égalitaires, cette mesure de prudence, il suffit de réfléchir un instant à ce qu'elle apportait de sécurité à tous, pour comprendre qu'il était nécessaire de recourir pendant toute la période que nous venons de vivre, aux hôpitaux, aux cliniques, aux maisons de santé qui existaient, qui fonctionnaient en temps de paix. Sans doute sera-t-il possible au fur et à mesure, de les englober dans les formations du temps de guerre et de diminuer le nombre des médecins mobilisés chez eux. La plupart d'entre eux désirent d'ailleurs suivre le sort de leurs camarades, d'autant qu'il leur est impossible de se faire honorer, puisqu'ils reçoivent une solde, et que leurs clientèles se sont éparpillées aux quatre coins du pays.

Le nombre des médecins mobilisés peut paraître excessif aux populations qui vivent dans la zone des armées. On entend dire tous les jours qu'il est malheureux de voir tant de médecins inoccupés quand des régions entières se plaignent d'en manquer. Là encore il faut reconnaître que la critique est mal fondée. Les médecins, s'ils ne font que peu de médecine et de chirurgie, président aux transformations qui doivent faire d'une caserne, d'une école, d'un hôtel, une formation sanitaire en état de fonctionner, pourvue de tout le matériel indispensable ; pendant toute cette période d'inaction apparente, ils doivent former les infirmiers, les infirmières susceptibles d'être appelés à soigner de nombreux malades , de nombreux blessés. Nous a-t-on assez reproché en 1914, de n'avoir pas tout prévu, de n'avoir point pensé qu'une bataille moderne pouvait en quelques jours remplir tous les hôpitaux de France, et c'est précisément parce qu'aujourd'hui, toutes les dispositions ont été prises pour éviter le retour de pareils faits qu'on formule les reproches inverses. Il est bien certain qu'aujourd'hui, la nécessité de rendre à la vie civile des officiers du Service de santé trop âgés, plus assez valides, hors d'état de supporter les fatigues d'une offensive meurtrière, va

se poser. Mais cette mesure doit se faire d'une façon réfléchie, et en aucun cas elle ne doit jeter la perturbation dans la mobilisation du Service de Santé telle qu'elle a été faite.

Un rajeunissement des cadres aura le double avantage de ne garder aux armées que des éléments jeunes, actifs, pleins d'allant, capables de supporter les fatigues d'une campagne qui peut du jour au lendemain devenir sévère et de rendre aux populations civiles les médecins qui lui manquent et dont l'hiver va lui faire plus encore sentir le besoin.

L'organisation de la médecine dans les territoires où tous les médecins mobilisés sont partis, où il n'y a plus pour les habitants cette sécurité que donne une présence médicale, doit faire l'objet d'études sérieuses ; il sera nécessaire que s'établisse une liaison entre les préfets, les directeurs du service de santé des Régions, les présidents des syndicats médicaux pour que l'exercice de la profession soit contrôlé, pour que des étrangers indésirables échappant aux obligations militaires ne viennent point s'emparer des places, et surtout pour que les droits de ceux qui servent aux armées loin de chez eux, soient respectés.

Craignons aussi que par suite du désordre créé dans l'organisation de la médecine, on ne voit apparaître comme en 1918, de faux docteurs, illégaux, sans diplômes, dont l'audace est servie par les évènements.

Il serait désirable plus que jamais de dresser pour chaque département la carte sanitaire indispensable, pour juger d'un coup d'œil de ses disponibilités, pour voir les endroits où les populations sont dépourvues de soins, pour juger de l'aide que peuvent apporter les médecins, chirurgiens ou spécialistes mobilisés, cantonnés dans ces régions. Il serait indispensable que des praticiens connaissant à fond les questions de clientèle viennent conseiller les préfets, pour éviter des erreurs comme celle qui consiste à forcer des médecins militaires à faire leur clientèle, lorsqu'ils sont mobilisés chez eux, à user leur voiture, leurs pneus, leur essence, à payer logement, assurances, patentes, à supporter de gros frais généraux et à leur interdire sous prétexte qu'ils ont une solde, de toucher des honoraires. Ces médecins mobilisés chez eux, et pour la plupart âgés, il importe de les rendre rapidement à la vie civile.

Il est certain que de telles mesures ne pouvaient être envisagées lorsque la guerre est venue nous surprendre, avec toutes ses inconnues, avec la perspective de ses destructions massives frappant à la fois et sans distinction les femmes, les enfants, les vieillards et les soldats. Actuellement une meilleure répartition des médecins, une adaptation plus judicieuse de chacun, vont permettre d'assurer à toutes nos populations les soins nécessaires.

Un bouleversement dans les habitudes comme celui que crée la mobilisation d'un pays entraîne forcément des inégalités, des injustices, ces inégalités, ces injustices soulèvent des récriminations ; comprenons que les mesures qui ont été prises tant par le Service de santé que par le ministère de la Santé publique veulent les faire disparaître et que ce n'est point en un mois que tout peut devenir parfait.

Nous trouvons déjà dans les lettres que nous recevons de nos confrères civils ou militaires l'exposé de situations imprévisibles ; il suffit souvent de les connaître pour s'employer à les modifier, à les améliorer et pour intervenir auprès de l'autorité compétente.

Actuellement, tous les médecins français savent que leur rôle est de servir, que le pays leur demande une collaboration constante pour préserver la santé publique et qu'il importe de faire passer au dernier plan les commodités personnelles et l'individualisme exagéré. Sans doute toutes les mesures qui ont été prévues ne sont pas au point, sans doute est-il exagéré de permettre au malade fortuné, de ne point honorer son médecin, alors qu'il paie son pharmacien qui, même mobilisé, garde son officine ouverte, mais peu à peu interviendront des règlements, des décrets, qui nous apporteront d'autant plus de satisfaction, que le corps médical aura su faire le sacrifice nécessaire lorsqu'on le lui a demandé.

Dr RAPHO.

LE LOGEMENT DES MÉDECINS CIVILS RÉQUISITIONNÉS

Par sa lettre nº 6.881, un de nos abonnés pose nettement la question du logement familial et professionnel d'un médecin, requis selon les termes du décret-loi du 11 septembre 1939. Chargé de famille, ce confrère a dû quitter une grande ville de l'Est, dans laquelle il exerçait. Il est venu se réfugier dans un chef-lieu d'un département de l'Ouest et, comme il a dépassé l'âge pour être appelé sous les drapeaux, il s'est mis à la disposition de la Préfecture de sa nouvelle résidence. Il a loué un appartement meublé, pour y loger toute sa famille ; mais, pratiquant une spécialité médicale, la radiologie, il voudrait savoir quels droits il peut avoir, provenant de l'application du décret sur la réquisition des médecins civils et, éventuellement, des facilités qu'il pourrait obtenir.

Dans ma réponse, j'insiste sur la nécessité d'une entente entre praticiens. En effet, l'article 2 dernier alinéa du décret-loi prévoit que ces derniers ont droit au logement, lorsqu'ils pratiquent loin de leur domicile habituel.

Or, que faut-il entendre par ce mot « logement » ? Si le médecin réquisitionné s'adresse au maire, aux fins de trouver un logement, ce magistrat peut arguer de la pénurie des locaux, surtout si de nombreux réfugiés ont été transportés dans la région. D'autre part, que faut-il entendre par logement ? Le maire peut aussi bien proposer un appartement garni qu'un logement vide de meubles. Enfin, l'exercice de la profession médicale variera selon les localités et surtout suivant la spécialisation du praticien. Dans de nombreuses petites localités, le médecin donne peu de consultations à son cabinet ; il se rend principalement à domicile. Aussi le maire peut-il proposer l'institution d'une consultation faite dans un local de la mairie, afin de pouvoir loger le médecin à l'hôtel, ou dans tout autre lieu, ne comportant pas de cabinet de consultations.

Mais s'il s'agit de l'exercice d'une spécialité, nécessitant une installation et une instrumentation *ad hoc*, le problème devient très difficile. Un radiologue, un stomatologiste, voire même un oto-rhino ou un ophtalmologiste ont besoin d'un local spécial. Or, il est bien probable que le médecin réquisitionné n'a pas emporté avec lui son installation professionnelle, qu'il a laissée dans son domicile habituel. Force lui sera donc de s'entendre avec le spécialiste du lieu, s'il est mobilisé, pour obtenir la jouissance des locaux et instruments professionnels.

Il s'agira, en l'espèce, d'un véritable contrat de location à bail ; le mobilisé louera, ou sous-louera la jouissance de telle et telle pièce, servant à l'exercice de la spécialité. Il peut également accorder la jouissance du logis familial. L'accord entre les deux confrères doit donc comporter un prix de sous-location, étant bien entendu que l'occupant gardera à sa charge les frais de chauffage, d'éclairage, ainsi que les dépenses inhérentes à l'exercice de la spécialité.

L'accord peut comporter soit un versement mensuel fixe, acquitté par le nouvel occupant, soit une somme fixe, plus un tantième sur les honoraires perçus, soit enfin partage des honoraires, avec partage plus ou moins inégal des frais

A la base de ces accords doit présider la meilleure confraternité. Aussi, comme souvent les questions d'argent sont assez délicates à débattre, les deux confrères peuvent demander l'arbitrage du président du syndicat médical, ou du président du syndicat des médecins spécialisés, ou enfin la décision d'un confrère choisi d'un commun accord.

Bien entendu le *Sou Médical* reste à la disposition de ses adhérents pour les guider et les conseiller, car certaines considérations, ou précautions d'ordre juridique doivent être envisagées à côté de la meilleure déontologie.

Reste maintenant la question du paiement du logement. Le décret-loi n'en fait aucune mention. Par ces termes « les médecins requis ont droit au logement », faut-il entendre que ledit logement sera fourni gratuitement par la mairie ? Faut-il au contraire ne mettre à la charge des municipalités que le soin de trouver un logis, dont le médecin devra payer le loyer ? Ce gros problème a été passé sous silence par l'administration centrale.

Ces ententes sont précaires, car nous devons faire remarquer que l'article 7 du décret-loi spécifie que les médecins ainsi implantés dans la clientèle des praticiens mobilisés ne pourront pas exercer la médecine pendant un délai de cinq années après la cessation des hostilités et dans un rayon de vingt kilomètres du lieu où ils ont été envoyés.

Si quelques rares confrères croyaient pouvoir contrevenir à ces dispositions, le *Sou Médical* n'hésiterait pas à prendre en mains la défense de ses adhérents ainsi privés de tout ou partie de leur clientèle, lors de leur retour des armées.

Dr Paul BOUDIN.

A PROPOS DE LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Nous recevons du Docteur SEBALD (*du Havre*) *la note suivante* :

Les patrons et assureurs ne semblent pas avoir suffisamment su se défendre. Le patron se dit « je suis assuré » et l'assureur « j'augmenterai mes primes ». Finalement, qui paye ? ?

Seule bénéficie des abus et des imperfections de la loi une petite minorité d'ouvriers de médecins et de pharmaciens en raison inverse de la qualité de leurs scrupules.

Par l'hygiène la médecine tient à honneur d'essayer de prévenir les maladies ; par ses organismes divers et en particulier sa presse le Corps médical tient à honneur de prevenir les abus qu'il constate dans les lois qui l'intéressent, abus qui risquent de l'éclabousser.

Anomalie criante, le blessé a un an pour déclarer sa blessure, le patron à deux jours.

La loi des accidents du travail prévoit le contrôle des soins, mais nulle part n'est explicitement prévu le contrôle de la réalité de l'accident.

Le patron ou l'assureur substitué devraient incontestablement avoir les moyens de provoquer ce contrôle *aussitôt qu'ils ont connaissance* de l'accident.

La contre-visite actuelle avec ses délais et formalités, avec les déclarations quelquefois volontairement fausses concernant l'identité du blessé, son adresse et le nom du médecin traitant, est souvent trop tardive pour être efficace.

L'expertise dans les cinq jours, seul moyen efficace et légal actuellement, devrait pouvoir être déclenchée par le patron ou l'assureur *aussitôt* qu'ils ont connaissance de l'accident, dans les cas suspects.

Actuellement, sans avoir aucune blessure, un ouvrier peut se déclarer blessé le jeudi et automatiquement, par le seul jeu des délais légaux ne reprendre son travail que le lundi de la deuxième semaine qui suit. Le médecin n'envoie la carte recommandée que le samedi soir, celle-ci arrive à l'assureur le lundi ou le mardi. La contre-visite ne peut avoir lieu avant le jeudi. Même si le blessé n'a rien, vu qu'il y a toujours des témoins, le médecin contre-visiteur pour éviter les frais d'expertise fera reprendre le lundi.

Naturellement si la contre-visite n'avait pas lieu, le blessé ne reprendrait qu'à son heure et le patron s'ôterait tout droit de contestation.

Le projet paru dans le *Médecin de France* du 15-6-1939, supprime bien la fameuse carte-lettre mais sans remédier aux abus qui la justifient. Il aggrave même la situation en donnant huit jours au médecin pour déclarer l'accident. Avec ce système les payeurs n'ont plus aucune chance de pouvoir se défendre contre les faux blessés.

Il suffirait, à mon avis de mettre « au plus tard dans les 48 heures » au lieu de « au plus tard dans les huit jours ».

RIEN ne justifie médicalement ce délai de huit jours que la plupart des médecins d'ailleurs n'utilisent pas et ne demandent pas ; la responsabilité du médecin traitant n'est nullement engagée dans l'évaluation qu'il donne de l'incapacité temporaire, ni même dans le diagnostic initial. Il ne peut certifier que ce qu'il voit.

Quant à la suppression enfin obtenue du « tout compris » le seul reproche qui peut lui être fait c'est d'avoir prévu le même honoraire à la clinique (où le praticien a tant de frais) qu'à l'hôpital où il n'en a aucun.

Il est évident qu'il faudra régler cette question dans le ou les ministères intéressés. sans la laisser à la bonne volonté variable des toutes puissantes Commissions administratives.

L'article 11 a très justement prévu comme « aide qualifié » ayant droit à des honoraires l'interne d'hôpital nommé au concours, l'article 12 a omis de dire si le même interne est qualifié comme anesthésiste.

Telles sont les remarques d'un praticien de province qui défend toujours les vrais médecins qui ont le respect de leur admirable profession.

Dr SEBALD

QUELQUES INDICATIONS PRATIQUES SUR LES SOLDES ET INDEMNITÉS MILITAIRES EN CAMPAGNE

Il nous a paru nécessaire de préciser clairement pour nos lecteurs, en nous référant à certains textes antérieurs, la valeur pratique des dispositions prises récemment par le Gouvernement (*Journal Officiel* des 4 et 5 novembre 1939), afin d'améliorer la situation matérielle des militaires mobilisés (officiers et non officiers). Nous les prions de se référer également aux différents tarifs que nous avons publiés dans le *Concours Médical* du 12 novembre 1939, pages 2180-2182.

Nous avons déjà dit que les officiers de réserve devaient percevoir durant les hostilités la solde *nette* de leur grade, et non plus la solde budgétaire (sans retenue pour la retraite). A cette solde est ajoutée une indemnité spéciale temporaire, qui correspond à l'augmentation du coût de la vie, survenue depuis la fixation antérieure des tarifs de solde.

Voici maintenant quelques indications sur ce qu'on appelle la *solde mensuelle*, par opposition à la solde journalière.

En temps de guerre, la solde mensuelle (solde nette), augmentée des accessoires attribués aux militaires de l'armée active de même grade, est acquise aux sous-officiers, caporaux-chefs ou brigadiers-chefs ayant satisfait aux obligations légales d'activité, et provenant, soit des militaires dont l'engagement ou le rengagement ou la commission étaient souscrits lors de l'ouverture des hostilités, soit des engagés pour la durée de la guerre, soit des militaires de la disponibilité et des réserves rappelés à la mobilisation et provenant des catégories ci-après :

a) Militaires ayant servi antérieurement dans l'armée active au-delà de la durée légale en vertu d'un engagement, d'un rengagement, d'une commission ou comme sous-officiers de carrière ; c'est-à-dire militaires ayant servi par suite d'un *contrat*.

b) Militaires ayant servi dans l'armée active sous l'empire des lois antérieures à la loi de recrutement du 1er avril 1923.

Toutefois, les militaires, qui perçoivent ainsi la solde nette, ne comptent pour l'accession aux différents échelons de solde que le temps passé dans l'armée active ou en situation d'activité pour toute autre cause que l'accomplissement d'une période d'exercice (1).

(1) Les dispositions ci-contre sont applicables aux sous-officiers et caporaux-chefs ou brigadiers-chefs provenant des engagés pour la durée de la guerre 1914-1918. Elles s'appliquent également aux sous-officiers et caporaux-chefs ou brigadiers-chefs engagés pour la durée de la guerre et aux sous-officiers et caporaux-chefs ou brigadiers-chefs dont l'engagement, le rengagement ou la commission était souscrit lors de l'ouverture des hostilités et est venu à expiration, lesquels reçoivent ou conservent la solde mensuelle et les accessoires attribués aux militaires de même grade, l'échelon de solde étant déterminé d'après le temps passé en activité ou en situation d'activité.

Les aspirants de réserve rappelés à l'activité en temps de guerre reçoivent la solde nette prévue au tarif qui leur est spécial et les accessoires attribués aux sous-officiers de carrière de l'armée active du grade d'adjudant-chef, les échelons de solde étant déterminées comme ci-dessus.

Les militaires de la disponibilité et des réserves autres que ceux visés ci-dessus reçoivent, en cas de rappel à l'activité en temps de guerre, la solde journalière des militaires de l'armée active de même grade (1).

Les officiers en retraite, rappelés à l'activité, perçoivent la solde budgétaire.

L'indemnité de logement n'est due ni aux militaires de la disponibilité et des réserves rappelés à l'activité en temps de guerre, ni aux engagés pour la durée de la guerre.

Quant aux lois de recrutement antérieures à la loi du 1er avril 1923, rappelons les lois de 1905 (service de deux ans), de 1913 (trois ans), de 1923 (dix-huit-mois), de 1928 (un an).

Relèvement des soldes journalières. — Le taux du relèvement inégal pour les militaires français et les militaires indigènes nord-africains et coloniaux s'explique ainsi :

Les militaires indigènes bénéficient d'un taux qui tient compte de leur dépaysement. Dans le même esprit, les militaires français bénéficient de dispositions analogues quand ils servent sur un théâtre d'opérations extérieur.

Charges de famille. — L'indemnité due n'est pas modifiée.

Rappelons son taux uniforme pour tous les grades. Par an :

660 francs pour 1 enfant ;
1.200 francs pour 2 enfants ;

(1) Cette disposition n'est pas applicable aux sous-officiers indigènes nord-africains, lesquels reçoivent, en cas de rappel, à l'activité en temps de guerre, une solde journalière spéciale fixée par le tarif.

2.500 francs pour 3 enfants ;

3.000 francs pour chaque enfant au-dessus du quatrième.

Elle est versée pour chaque enfant de 16 ans. Le versement peut être prolongé au-delà de cet âge dans certains cas particuliers (prolongation des études, etc.).

Enfin, l'*indemnité de combat* de 10 francs par jour est attribuée à tous les militaires des unités engagées directement dans le combat. Et il ajoute : zones soumises au tir de l'artillerie ennemie. Cette adjonction indique le souci de donner à l'expression « combat » une extension résultant des conditions actuelles de la bataille.

En tout état de cause, c'est le général en chef qui désignera chaque mois les unités ayant acquis des droits à l'indemnité.

L'art. 5 spécifie que la moitié des indemnités de combat est versée aux bénéficiaires en même temps que le prêt ou la solde. Le surplus est réservé pour la constitution du pécule.

En principe, le pécule sera payé à la libération ou démobilisation.

Il a été créé dernièrement une MAJORATION de l'*indemnité pour charges militaires.*

L'indemnité *normale* pour charges militaires est concédée aux officiers et aux sous-officiers à solde mensuelle. Celle-ci correspond, pour une part, à l'indemnité de résidence allouée aux fonctionnaires civils, et, pour une autre part, aux charges inhérentes à l'état militaire. Elle comprend une échelle de 6 degrés (selon les garnisons), et varie avec les grades comme avec la situation de chef de famille ou de célibataire.

La *majoration*, dont il vient d'être question, est destinée aux militaires servant sous les ordres *directs* du général en chef.

Deux majorations : l'une au taux antérieur n° 1 (théâtre d'opérations du N. E.), l'autre au taux n° 2 (théâtre d'opération du S. E., c'est-à-dire 14e et 15e région).

***

Nous donnons ci-dessous deux exemples concrets : le premier pour des médecins de la zone des armées ; le second pour des médecins de l'intérieur.

A. — SOLDES ET INDEMNITÉS. ZONE DES ARMÉES, SOUS LES ORDRES DIRECTS DU GÉNÉRAL COMMANDANT EN CHEF, situation qui accorde pour charges militaires, le taux n° 1, plus sa majoration dans la zone N. E.

	1° *D'un médecin capitaine de réserve*		2° *D'un médecin sous-lieutenant*	
Solde nette par mois	2.271	2.271	1.191	1.191
Plus indemnité spéciale temporaire	228	228	284	284
Plus charges militaires, au taux n° 1.	501 chef de	228 célibataire	459 chef de	350 célibataire
Plus majoration au taux n° 1, Nord-Est	400 famille	200	350 famille	175
Rations de vivres et de combustibles ; à percevoir en nature suivant barême publié dans le *Concours Médical* du 12 novembre 1939, page 2583.	.....	.....	.....	.....
Totaux	3.400	2.927	2.284	2.000
A déduire pour contribution nationale de 2 %	45	45	28	28
Soit	2.955	2.882	2.256	2.972

Ces totaux sont augmentés éventuellement de l'*indemnité de combat* de 10 francs par jour.

B. — SOLDES ET INDEMNITÉS. ZONE DE L'INTÉRIEUR.

	1 *D'un médecin capitaine de réserve*		2° *D'un médecin sous lieutenant de réserve*	
Solde nette par mois	2.271	2.273	1.191	1.191
Plus indemnité spéciale temporaire	228	228	284	284
Charges militaires de chef de famille au taux 3 *bis*, le moins élevé	249 chef de famille	273 célibataire	84 chef de famille	90 célibataire
Totaux	2.748	2.774	1.569	1.565
A déduire, retenue 2 % Contribution nationale	45	45	27	27
Soit	2.703	2.729	1.532	1.538

DOCUMENTATION DU TEMPS DE GUERRE

Mesures exceptionnelles en faveur des candidats au baccalauréat et des étudiants sous les drapeaux

Le ministre de l'Education nationale,

Vu le décret du 7 août 1927 portant organisation des examens du baccalauréat de l'enseignement secondaire, modifié par les décrets des 22 février, 10 juillet 1929, 21 août 1930, 2 octobre 1931, 25 août 1935, 13 août 1935 et 18 juillet 1938 ;

Vu le décret du 31 juillet 1920 relatif à la constitution des universités ;

Vu le décret du 1er septembre 1939 prescrivant la mobilisation générale des armées de terre, de mer et de l'air,

Arrête :

Art. 1er. — Par mesure exceptionnelle, les candidats au baccalauréat de l'enseignement secondaire (1re ou 2e partie) déclarés admissibles aux épreuves orales à la session de juin-juillet 1939, et qui seront sous les drapeaux avant le 20 octobre 1939, seront, sur leur demande déclarés reçus aux épreuves orales. Ils devront adresser à cet effet au doyen de la Faculté où ils se sont fait inscrire, un certificat de leur chef de corps ou de service attestant leur situation militaire.

Les candidats à la seconde partie, remplissant les mêmes conditions, seront déclarés reçus au baccalauréat et recevront le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire.

Art. 2. — Les étudiants régulièrement inscrits ou immatriculés dans une Faculté et appelés sous les drapeaux avant le 20 octobre 1939 qui, bénéficiant d'une admissibilité antérieurement acquise, n'ont à subir à la session d'octobre-novembre 1939, que des épreuves orales, en sont dispensés et sont déclarés reçus.

Pour les étudiants appelés sous les drapeaux qui ont été éliminés à un examen où il n'y a pas d'admissibilité, le jury, sur leur demande, examinera à nouveau leurs notes et leur dossier scolaire ; il pourra les déclarer reçus sans leur faire subir à nouveau les épreuves.

Pour les étudiants appelés sous les drapeaux qui ont été refusés aux épreuves écrites en 1939, le jury pourra sur leur demande, examiner à nouveau leurs compositions et leur dossier scolaire et les déclarer admissibles et reçus.

Les étudiants appelés sous les drapeaux, candidats aux doctorats dans toutes les Facultés (doctorat d'Etat ou d'Université) qui, remplissant les conditions réglementaires, ont obtenu, avant le 17 septembre 1939, le permis d'imprimer leur thèse, pourront, sur leur demande , être dispensés de la soutenance publique. Ils seront reçus docteurs dans les trois mois qui suivront le dépôt à la Faculté du nombre réglementaire des exemplaires imprimés. Ceux qui désireront obtenir une mention ou demander un emploi dans l'enseignement supérieur devront subir ultérieurement l'épreuve de la soutenance.

Les étudiants en médecine qui, ayant régulièrement pris la 20e inscription, ont été appelés sous les drapeaux avant de subir les épreuves de clinique, adresseront au doyen de la Faculté où ils ont pris leur 20e inscription trimestrielle, une demande d'inscription aux examens de clinique et y joindront un certificat de leur chef de corps ou de service attestant qu'ils sont dans l'impossibilité matérielle de se présenter devant la Faculté. Le doyen soumettra aux jurys des examens de clinique le dossier de chaque candidat et les jurys décideront si le candidat peut ou non être dispensé de chacun des trois examens cliniques. Sur proposition du jury, le doyen déclarera les candiadts reçus aux épreuves de clinique et les en informera.

Les étudiants en pharmacie qui, après la 12e inscription régulièrement prise en avril-mai 1939, ont subi avec succès en juin-juillet 1939, l'examen de fin de troisième année, sont autorisés à prendre la 13e inscription à dater du 1er septembre 1939, sous la réserve qu'ils n'étaient pas sous les drapeaux à cette date. Ils pourront, en conséquence, subir le premier et le second examens probatoires aux dates que les doyens et directeurs fixeront.

Les étudiants en pharmacie qui, ayant pris la 16e inscription aux dates réglementaires, ont subi avec succès le premier et le second examens probatoires avant le 1er septembre et qui sont actuellement sous les drapeaux, sont autorisés à subir le troisième examen probatoire (1re et 2e partie) sur présentation de leur dossier scolaire. Ils adresseront au doyen de la Faculté ou au directeur de l'école où ils ont pris leur 16e inscription trimestrielle, une demande d'inscription au troisième examen probatoire (1re et 2e partie) en y joignant un certificat de leur chef de corps ou de service attestant qu'ils sont dans l'impossibilité matérielle de se présenter devant la Faculté ou Ecole. Le doyen ou le directeur soumettra aux jurys du troisième examen probatoire (1re et 2e partie) le dossier scolaire de chaque candidat et les jurys décideront si ce candidat peut ou non être dispensé de chacune des deux parties. Sur proposition du jury, le doyen déclarera les candidats reçus aux épreuves du troisième examen définitif (1re et 2e partie) et les en informera.

Fait à Paris, le 15 septembre 1930.

(*J. O.*, 27 octobre 1939.)

Instruction pour l'application du décret du 19 octobre 1939 relatif à l'admission et à l'avancement des militaires non officiers en temps de guerre (1)

Paris, le 22 octobre 1939.

Les dispositions ci-dessous sont applicables en temps de guerre.

I. — L'admission dans le corps des sous-officiers de carrière est suspendue pour toutes les armes et services.

Les demandes des candidats qui n'ont pas été satisfaites le jour de la mobilisation sont annulées. Aucune nouvelle demande ne sera transmise.

Les sous-officiers du cadre permanent qui arriveront à l'expiration de leur contrat pendant la durée de la guerre, conserveront, conformément aux dispositions de l'article 76 de la loi de recrutement, le bénéfice de la solde mensuelle. Ils continueront à servir comme sous-officiers d'active. Leur admission dans les cadres de carrière pourra être examinée à la cessation des hostilités. Il en sera de même pour ceux dont la candidature aurait précédemment été ajournée, pour quelque motif que ce soit.

(1) Non applicable à la gendarmerie.

II. — L'avancement des sous-officiers est régi, sauf exceptions ci-dessous énumérées, par corps. Il a lieu *exclusivement au choix* pour tous les sous-officiers indistinctement : sous-officiers de carrière ou non, sous-officiers du cadre permanent spécialistes ou non ; *sous officiers de réserve.*

A. — *Aux armées,* les caporaux et caporaux-chefs (brigadiers et brigadiers-chefs) inscrits au tableau d'avancement et non promus à la date de la publication de la présente instruction, seront nommés par priorité, au fur et à mesure des vacances (à moins qu'ils n'aient démérité), par rang d'ancienneté de grade (1).

Il en sera de même des sous-officiers de carrière ou du cadre permanent déjà inscrits au tableau d'avancement et non promus.

Les nominations auront lieu, dans les limites fixées au paragraphe V de la présente instruction, à égalité d'ancienneté de grade, l'ancienneté des services déterminera l'ordre des promotions.

B. — *A l'intérieur,* dans toutes les formations du territoire, y compris les dépôts, il sera dressé un tableau d'avancement (2) dès la publication de la présente instruction par les chefs de corps ou de services. Les candidats inscrits aux tableaux du temps de paix et non encore nommés y figureront en tête, s'ils sont reconnus aptes.

Ils seront classés par rang d'ancienneté de grade. En cas d'interruption de service ou de rengagement avec un grade inférieur, la totalité des services accomplis dans le grade actuel entrera en ligne de compte pour la détermination de cette ancienneté.

A égalité d'ancienneté de grade, l'ancienneté des services fixera l'ordre des nominations.

Pour les dépôts, l'établissement des tableaux d'avancement ne concerne que le personnel du cadre de commandement et d'administration fixe. Pour le personnel versé à titre de renfort dans les unités de passage, il n'y a pas d'avancement à l'intérieur, sauf si ce personnel est admis à rentrer dans le cadre fixe.

Toutes les nominations prononcées à l'intérieur sont faites dans la limite des tableaux d'effectifs de guerre et dans les conditions d'ancienneté fixées au paragraphe V de la présente instruction (3).

Une instruction ultérieure réglera l'avancement des militaires incorporés au cours de la guerre dans les unités d'instruction ou centres d'organisation.

Les tableaux d'avancement établis à l'intérieur par les chefs de corps et de services seront arrêtés dans les deux mois suivant la publication de cette instruction et ensuite, semestriellement, le 1er avril et le 1er octobre.

L'obligation de posséder le brevet de chef de section, pour passer au grade d'adjudant, est abrogée aux armées.

III. — Pour le personnel des catégories ci-dessous, il est fait exception au principe de l'avancement par corps. Des instructions spéciales prises sous le timbre des directions intéressées, régleront l'avancement de ces personnels :

Maîtres ouvriers.
Sous-officiers secrétaires du service d'état-major.
Sous-officiers du recrutement.
Maréchaux ferrants.
Sous-officiers du corps de cavaliers de remonte.
Maîtres ouvriers d'état du service de l'artillerie.
Sous-officiers des formations d'ouvriers.
Armuriers brevetés.
Sous-officiers du service de l'artillerie.
Maîtres ouvriers d'état du service du génie.
Sous-officiers du service du génie.
Sous-officiers de C. O. A.
Sous-officiers des S. I. M.
Sous-officiers des troupes coloniales sur un territoire non en opérations.
Sous-officiers du cadre de la justice militaire.
Militaires de la gendarmerie.

IV. Le recrutement des spécialistes est suspendu.

Les militaires dont les cours de formation d'elèves spécialistes étaient terminés à la mobilisation, et qui, à la date du 1er septembre 1939 remplissaient les conditions pour être admis dans le cadre des spécialistes, pourront être nommés dans ce cadre à la date du 1er septembre.

Les spécialistes, inscrits au tableau d'avancement et non promus à ce jour, garderont le bénéfice de leur inscription. Il leur sera fait application des dispositions prévues au paragraphe II pour les caporaux et sous-officiers déjà inscrits au tableau et non encore promus.

Ceux qui seront nommés pourront prétendre aux primes qui leur seraient normalement acquises à leur nomination.

Les spécialistes concourent pour l'avancement avec tous les militaires de même grade de leur corps, dans les conditions fixées au paragraphe II.

Ils conservent les droits aux primes qu'ils avaient acquis. L'avancement dont ils seraient l'objet au cours des hostilités, ne peut leur conférer des droits supérieurs (1).

Les militaires spécialistes cuisiniers sont remis à la disposition du service général de leur corps.

V. — Il n'est fixé aucune condition d'ancienneté de service ou de grade pour accéder aux divers grades.

Aucune ancienneté de service n'est requise pour accéder aux grades de caporal ou brigadier, caporal-chef ou brigadier-chef.

Aucune ancienneté de grade n'est exigée des caporaux pour être promus sergents, ni pour bénéficier d'un avancement comme sous-officiers.

Les règles ci-dessus ne sont applicables qu'aux corps, et services *en campagne.*

Dans tous les autres cas il est fait application des dispositions de l'article 18 de la loi du 14 avril 1832 suivant lesquelles le temps de service exigé « pour passer d'un grade à un autre, peut être réduit de moitié à la guerre et dans les colonies ».

Dans les formations des armées, où l'avancement a lieu par corps, le chef de corps ou de service ne peut en principe combler par des nominations que la moitié des vacances.

Pour le président du Conseil, ministre de la Défense nationale et de la Guerre et des Affaires étrangères et par son ordre :

Le général, chef du cabinet,
DECAMP.

(*J. O.*, 23 octobre 1939.)

(1) Mêmes règles à l'égard des soldats à nommer caporaux (appelés et engagés en avril 1939, classés après avoir suivi un peloton d'instruction).

(2) Un pour les caporaux et caporaux-chefs à nommer sous-officiers, un pour les sous-officiers et, éventuellement, un troisième pour les soldats à nommer caporaux (engagés et appelés en avril 1939 ayant été classés en fin de peloton).

(3) Pour les dépôts, les directions d'armes intéressées fixeront le nombre des nominations à intervenir (D. M. 6992 1 /E. M. A. du 7 juin 1937).

(1) A l'exception de ceux inscrits au tableau d'avancement et promus en raison de cette inscription postérieurement à la mobilisation.

Le Gérant : R. THIRON CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

— **Bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris.** — La bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris est ouverte depuis le 3 novembre, de 13 h. 30 à 18 heures. Le service de lecture sera assuré, après la chute du jour, à la salle réservée, dans la limite des places disponibles (80).

— **Société d'ophtalmologie de Paris.** — La Société d'ophtalmologie de Paris tiendra ses séances le troisième samedi de chaque mois. Bureau pendant la durée des hostilités. Président, M. Rochon-Duvigneaud ; vice-président, M. Terrien ; secrétaire général, M. Magitot ; trésorier, M. Joseph.

— **Paris. Laboratoire départemental et Institut municipal de radiologie.** — On annonce la réouverture du laboratoire départemental de radiologie et d'électrothérapie, 88, rue de la Jonquière, et de l'Institut municipal d'électro-radiologie, 37, boulevard Saint-Marcel.

— **Hôpitaux de Londres.** — Sur les 97.000 lits que contiennent les hôpitaux groupés dans la région métropolitaine de Londres, 14.000 seulement ont été à ce jour supprimés.

— **La médecine civile pendant la guerre, en Allemagne.** — En Allemagne, les étudiants candidats en médecine qui font leur dernière année d'études pratiques ne sont pas actuellement tenus de terminer cette année d'études. Ils sont invités à introduire auprès des autorités une demande d'autorisation d'exercer la médecine (mesure nécessitée par le nombre insuffisant des médecins en Allemagne).

D'autre part, les médecins civils doivent soigner la clientèle (médecine de Caisses, médecine d'usines en particulier) de ceux qui sont aux armées, mais au bénéfice de ces derniers. Les revenus de tous les médecins seront répartis entre les médecins civils et les médecins mobilisés. Dans la répartition, on tiendra compte toutefois des frais d'entretien et allocations dont auront bénéficié les médecins de l'armée et qui viendront en déduction des sommes que la répartition aura à leur attribuer. (*Le Siècle Médical*).

— **Naissances.** — Nous sommes heureux d'annoncer la naissance de la petite Michèle, fille de Madame et du Lieutenant de vaisseau HARTING, et petite-fille de notre directeur adjoint et ami R. MASSART.

Nos cordiales félicitations au jeune couple et au grand-père.

— Le Docteur Pierre BAILLY et Madame sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Jean-François*.

Plessis-Robinson (Seine), 53, rue Colbert, 31 octobre 1939.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur RIEFFEL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien honoraire des hôpitaux ; du Docteur Alphonse DEBUCHY, de Tourcoing ; du Docteur F. BOYER, de Meximieux (Ain) ; du Docteur J. BERCHOUD, de Lyon.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Assistance sociale

Arrêté du 21 septembre 1939 portant création d'un Comité de service social dans le département de la Seine.

Art. 1er. — Il est institué dans le département de la Seine un Comité départemental de Service social dont l'objet, la composition, l'organisation et le fonctionnement sont définis dans les articles ci-après.

Objet

Art. 2. — Le Comité a pour objet de coordonner l'activité des services publics et des institutions ou œuvres privées d'hygiène et d'assistance.

Composition

Art. 3. — Placé sous la présidence du Préfet, le Comité comporte une section administrative et deux sections d'action, respectivement chargées de la ville de Paris et du département de la Seine, Paris excepté.

Organisation

Art. 4. — Le Comité établit une secrétaire (visiteuse ou assistante sociale) dans chaque mairie d'arrondissement pour Paris, de chef-lieu de canton pour la banlieue.

Chaque arrondissement de Paris ou chaque canton de banlieue est divisé en secteurs d'activité de Service social, confiés chacun à une assistante sociale polyvalente fournie par une des œuvres publiques ou privées adhérant à la présente organisation.

Fonctionnement

Art. 5. — Le Comité donne des directives générales pour la coordination d'action entre l'assistante de mairie et les assistantes de secteurs.

Il établit des réglements types pour le fonctionnement des services : il en surveille et contrôle l'exécution.

Il fixe les conditions dans lesquelles les œuvres publiques ou privées agréées par le Comité ou participant à la coordination d'action définie par le présent arrêté, mettent leurs assistantes ou leurs infirmières visiteuses à la disposition dudit Comité, tout en conservant leur droit de contrôle sur leurs employées, et leur responsabilité d'employeur, notamment en ce qui concerne la discipline, la rémunération, l'indemnisation en cas d'accident, l'avancement, etc.

Il est tenu compte, dans l'attribution à ces œuvres des subventions de fonctionnement, du nombre d'assistantes qu'elles auront mises à la disposition du Comité.

Art. 6. — Les attributions du Comité départemental de coordination sanitaire et sociale créé en exécution de la Circulaire du 26 août 1936 sont provisoirement transférées au Comité institué par le présent arrêté.

Jécol

L'auxiliaire physiologique du foie

COMBRETUM - BOLDO - EVONYMINE

1 ou 2 cachets fin des repas

LAB. JÉCOL, COURBEVOIE

VALS source LA **REINE** | **VALS** source LA **REINE**

KAVIASE

LE SYMPTÔME DOULEUR DANS LA SPHERE GENITO-URINAIRE

PILULES - SUPPOSITOIRES
OVULES - POMMADE

Cystite - Prostatite
Hémorroïdes
Collibacillose
Congestion pelvienne

DÉCONGESTIF
ANALGÉSIQUE PELVIEN ET ANO-RECTAL

Echantill. et Littératures
Laboratoire 22, R. Lalande Paris XIVe

VICHY-ETAT

Sources chaudes. Eaux Médicinales :

VICHY-GRANDE-GRILLE • VICHY-HOPITAL

Source froide. Eau de régime par excellence :

VICHY-CÉLESTINS

Toutes les eaux de VICHY-ÉTAT sont indiquées dans les maladies de l'**APPAREIL DIGESTIF** : Estomac, Foie, Voies billaires et de la **NUTRITION** : Arthritisme, Diabète, Obésité

Avec les eaux de **VICHY-ETAT** :

SEL VICHY ETAT pour faire soi-même une eau alcaline

PASTILLES et SURPASTILLES VICHY-ETAT pour faciliter la digestion

COMPRIMÉS VICHY-ETAT pour le voyage




COUPE

Art. 7. — Le Préfet de la Seine est chargé de l'exécution du présent arrêté.

(*J. O.*, 21 octobre 1939).

Tribunaux des Pensions militaires

Par modification à l'arrêté du 30 décembre 1938 sont nommés pour la fin de l'année 1939 :

Membre titulaire du tribunal départemental des pensions de Lyon

M. le Docteur Etienne Martin, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, en remplacement de M. le Docteur Mazel, empêché.

Membres suppléants dudit tribunal

MM. Gallois et Laroyenne, docteurs en médecine à Lyon, en remplacement de MM. les Docteurs Polosson et Rochaix, empêchés.

Membre titulaire du tribunal départemental des pensions de Gap

M. le docteur Louis Coronat, docteur en médecine à Gap, en remplacement de M. le Docteur Suard, empêché.

Membre suppléant dudit tribunal

M. Antonin Coronat, docteur en médecine à Gap, en remplacement de M. le Docteur Mayoly, empêché.

Honoraires obstétricaux aux Etats-Unis

Dans le numéro du 30 septembre 1939 du *Journal of the American medical Association*, R.-G. Leland établit ce que sont les honoraires pour actes obstétricaux, d'après les renseignements fournis par 559 Sociétés médicales de 46 des Etats. Un accouchement normal se paye au minimum de 10 à 75 dollars, avec une moyenne de 25 (soit 1.100 francs en prenant la cote du 31 octobre 1939, à 43,80 arrondi à 44 pour commodité du calcul) et au maximum de 15 à 100, avec une moyenne de 50 (2.200 francs). Accouchement gémellaire, minimum 45 et maximum 100 (1.980 et 4.400). Accouchement provoqué 50 et 500 (2.200 et 22.000). Présentation anormale : minimum 30 (1.320). Version minimum 50 et maximum 100 (2.200 et 4.400). Forceps 40 et 100 (1.760 et 4.400). Placenta prævia, éclampsie 50 et 125 (2.200 et 5.500). Assistance à un avortement 25 et 50 (1.100 et 2.200). Embryotomie 50 et 200 (2.200 et 8.800). Grossesse extra-utérine 150 et 1.000 (6.600 et 44.000). Délivrance seule 15 et 50 (660 et 2.200). Césarienne 150 et 500 (6.600 à 22.000). Hémorragie post-partum grave. 50 et 125 (2.200 et 5.500).

H. V.

Correspondances de Guerre

Le premier numéro du *Concours* que j'ai reçu ici a été une surprise et un plaisir. Depuis, le *Concours* m'arrive régulièrement, et les renseignements qu'il donne auront autant d'intérêt maintenant qu'en temps de paix.

Ne pensez-vous pas qu'une étude sur le rôle des médecins aux différents grades et aux différents échelons serait susceptible d'intéresser vos lecteurs ?

Les médecins n'aiment pas la paperasse, et cherchent à l'éviter ; maintenant, il n'est plus possible de s'en passer.

Dr J. P.

×

J'espère trouver des renseignements professionnels dans le *Concours* de guerre. Nous sommes un certain nombre de médecins titulaires de la carte du combattant 14-18 dans les formations de l'avant, tandis que de jeunes confrères sont maintenus à l'intérieur. C'est ainsi que ma clientèle est assurée par un médecin de 30 ans, mobilisé à X...

Dr L. F.

CORRESPONDANCE

QUESTIONS DIVERSES

7232. — Responsabilité civile d'un médecin mobilisé

Je viens demander l'appui moral et pécuniaire du Sou Médical pour me défendre contre une demande en dommages-intérêts qui est formulée contre moi. Mobilisé dans la zone des Etapes, j'ai été mis, par l'autorité militaire, à la disposition d'une municipalité, pour donner des soins gratuits à la population civile. On a établi une sorte de dispensaire à la mairie, où je donne des consultations.

Or, ayant eu à pratiquer des injections intraveineuses de cyanure à une femme, qui avait une lésion oculaire, j'ai eu le malheur d'injecter quelques gouttes de liquide hors la veine. Un abcès s'en est suivi, puis un sphacèle des parties molles.

Actuellement, plainte a été portée contre moi et on me fait réclamer des dommages-intérêts, pour incapacité de travail de la malade. Suis-je vraiment responsable ? N'est-ce pas l'autorité militaire qui doit payer à ma place ? Dois-je supporter personnellement les conséquences de cet accident ? Je demande donc au Sou, dont je fais partie et à qui j'adresse

ma cotisation de 1940, de bien vouloir venir à mon aide.

Dr C.

Réponse

Oui, le Sou Médical vous accorde son appui moral et pécuniaire, ne serait-ce que pour vous faire assister d'un avocat, si besoin en est. En effet, *a priori*, vous êtes en service commandé et en quelque sorte un fonctionnaire de l'Etat. Vous avez été mis à la disposition de l'autorité civile par l'autorité militaire et, en votre qualité de médecin militaire, vous donnez des soins gratuits à la population civile, conformément aux dispositions de l'Instruction du Service de santé du G. Q. G. du 18 septembre 1939.

Dans ces conditions, il appartient à l'Etat de substituer sa responsabilité pécuniaire à celle de ses subordonnés. Par conséquent, si votre adversaire vous poursuivait en votre seule qualité de docteur en médecine et non comme médecin militaire, l'avocat du Sou Médical opposerait l'incompétence des Tribunaux civils pour que le procès soit porté par nos adversaires devant les Tribunaux administratifs, le Conseil d'Etat en particulier.

N'ayez donc aucun ennui et conservez tout votre sang froid : le Sou médical est avec vous. Certes, il est bien regrettable que l'accident se soit produit ; mais n'est-ce pas la rançon du progrès ? Jadis, de mon jeune temps, on soignait par des pommades et des pilules, sans grand résultat, alors qu'aujourd'hui, par des intraveineuses on guérit, ou tout au moins on améliore et on soulage. On ne peut donc pas vous reprocher une faute d'impéritie, ou de maladresse notoire, car de pareils accidents se produisent fréquemment. Malheureusement le cyanure provoque des phénomènes inflammatoires, lorsque quelques gouttes pénètrent dans l'endo-veine et sa périphérie.

Conclusion : soyez tranquille et tenez-nous au courant.

Dr Paul Boudin.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

6.679. — Promotion au grade de médecin auxiliaire

Un règlement a-t-il paru fixant la situation des confrères qui sont dans mon cas ?

Réformé définitif no 2, j'ai sur ma demande passé devant la Comission de réforme le 1er juillet 1939, trop tard pour passer l'examen de médecin auxiliaire. J'ai donc été incorporé comme infirmier de la *n*e section et affecté à une ambulance.

Je suis docteur en médecine depuis 1933, classe 24, deux enfants.

Serai-je nommé médecin auxiliaire ? dois-je préparer un examen ? Personne n'a pu me renseigner ici.

Dr W.

Réponse

Vous serez nommé médecin auxiliaire assez rapidement, dès que vous aurez suivi les conférences nécessaires à l'obtention du certificat spécial d'aptitude administrative. Signalez votre cas au Directeur du Service de santé, afin que, docteur en médecine, vous puissiez ensuite être promu médecin sous-lieutenant.

6.690. — Un mobilisé service auxiliaire peut être nommé médecin auxiliaire puis promu médecin sous-lieutenant

Un médecin, mobilisé service auxiliaire, comme infirmier a-t-il droit à passer médecin auxiliaire ? classe 13, en début d'études, avait été mobilisé comme 2e classe en 1915-1918 ;

2° Ayant été nommé médecin auxiliaire peut-il passer médecin sous-lieutenant ? Au bout de combien de temps ?

Ou doit-il demander à passer service armé ?

Dr C.

Réponse

Le classement service auxiliaire n'empêche nullement la nomination au grade de médecin auxiliaire. Il suffit pour cela de passer un examen d'aptitude administrative. Quant à la promotion au grade de médecin sous-lieutenant, elle dépend des besoins et des nécessités du service.

6.701. — Port des rubans des médailles de la guerre de 1914-1918

Quelles sont les conditions nécessaires pour obtenir le port du ruban :

1° De la Médaille commémorative de la Grande guerre ; 2° de la Médaille interalliée ; 3° de la Médaille de l'Armée d'Orient pendant la guerre 1914-1919 ; 4° de la Médaille des prisonniers de guerre ; 5° de la Médaille des blessés ou malades du front.

Dr B.

Réponse

Les première et deuxième décorations peuvent se porter sans aucune demande spéciale ; il vous suffirait de pouvoir justifier, le cas échéant : *a*) que vous avez été mobilisé pendant la grande guerre ; *b*) que vous avez servi au front pendant les délais voulus.

Pour les troisième et quatrième médailles, adressez une demande avec pièces justificatives à votre chef de corps.

L'insigne des blessés et malades au front ne se délivre plus actuellement.

Soixante et unième année — N° 48 — 26 Novembre 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

AVIS IMPORTANT

Changements d'Adresses

Nous prions nos abonnés mobilisés ou requis de vouloir bien nous adresser d'urgence s'il y a lieu leur nouvelle adresse afin que le *Concours Médical* leur parvienne régulièrement.

Ne pas omettre, détail important, l'adresse à laquelle l'abonnement leur était servi.

Si possible, joindre deux timbres pour le changement de bandes.

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg .	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro..........	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.




SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

Demandes et Offres

AVIS

Les petites annonces son acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux ne permettant leur insertion que plusieurs jours après leur réception. Lesdites petites annonces ne devront comporter aucun nom de ville, ni aucune abréviation, mais devront contenir nom et adresse de l'annonceur. Le texte d'une annonce présentée au Journal doit être légalisé par le commissaire de police ou le maire de la ville.

II

A la suite de modifications apportées par la Censure, un délai plus long est désormais nécessaire pour soumettre nos épreuves au visa.

Nous nous excusons de ce nouveau contre temps absolument indépendant de notre volonté et nous informons nos lecteurs que les textes reçus après le jeudi ne pourront paraître que dix jours plus tard.

O O O

Renseignements

CANCER. — **L'action puissamment antinévralgique du Pyréthane, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.**
Lab. Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris.

En temps de guerre l'Angoisse, l'Anxiété, l'Emotivité et l'insomnie sont à leur maximum.
L'Aeïne, médicament type, est devenu indispensable.
4 à 8 comprimés par jour.
Echantillons gratuits, 6, place Clichy (Paris, IXe).

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

Bien manger, c'est bien ; n'en pas souffrir, c'est mieux. Ce résultat bienfaisant, vous l'obtiendrez sûrement en fortifiant votre estomac et en désinfectant votre tube digestif.
Sucez lentement 4 à 6 **TABLETTES DE MANGAÏNE par jour.**
71. rue Sainte-Anne, Paris.

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, **Paris, 167-95.**
Sou Médical, **Paris, 182-31.**
Mutualité Familiale, **Paris, 182-32.**

AVIS IMPORTANT

Réduction du prix des Abonnements pendant les hostilités

Dans le but d'aider ses lecteurs, l'Administration du Journal a pris la décision de réduire, *pendant la durée des hostilités,* le prix de l'abonnement à **50 francs** par an (au lieu de 75).

Les abonnés dont l'abonnement est expiré depuis le 1er septembre dernier (la date figure sur chaque bande du journal) sont priés de nous en envoyer le montant de la façon qu'il leur plaira ou par versement au compte de Chèques postaux *Paris* 167.95, si cela leur est possible, *afin d'éviter les frais de recouvrement qui sont onéreux* (5 francs).

Toutefois, passé le 1er décembre, le recouvrement sera effectué. Nous prions donc nos abonnés de vouloir bien donner toutes instructions à leur domicile, le recouvrement ne pouvant être opéré aux armées.

L'Administration remercie les abonnés qui se sont déjà libérés à l'ancien tarif et, plus tard, il leur sera tenu compte de la différence.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Année scolaire* 1939-1940. — Cours d'anatomie : M. le Professeur Rouvière fait son cours les lundis, mercredis, vendredis, à 16 heures au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique. M. le Professeur Olivier fait son cours, au même amphithéâtre, les lundis, jeudis, samedis, à 17 heures.

Cours d'anatomie pathologique : Professeur, M. Roger Leroux. Agrégée, Mlle Gauthier-Villars. Chef des travaux, M. Busser.

Cours de bactériologie : M. le Professeur Debré fait son cours au laboratoire de bactériologie, les lundis, mercredis, vendredis, à 17 heures.

Médecine légale : M. le Professeur Balthazard fait son cours au grand amphithéâtre les lundis, mercredis, vendredis, à 17 heures.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Chaire de thérapeutique.* — M. le Professeur Charles AUBERTIN a fait sa leçon inaugurale le lundi 20 novembre 1939, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté et continuera son cours les mercredis, vendredis et lundis suivants, à 18 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté.

Sujet du cours : Les médications (poumon, cœur,

vaisseaux, sang, tube digestif, foie, reins, système nerveux).

— Chaire de pathologie expérimentale et comparée. — M. le Professeur Henri Bénard fera sa leçon inaugurale le mardi 28 novembre 1939, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté.

— Prix Nobel de médecine, 1938. — Le prix Nobel de physiologie et de médecine, pour 1938, a été décerné au Professeur Corneille Heymans, de Gand.

— Société médico-chirurgicale de la XVe Région militaire — Une Société médico-chirurgicale de guerre vient d'être créée à Marseille, sous la présidence d'honneur de M. le médecin général Duguet, directeur du Service de santé de la XVe région. La première séance a eu lieu le samedi 4 novembre.

Le bureau est ainsi constitué : Président, M. le Professeur Léon Imbert ; vice-président, M. le médecin-colonel Dumoulin, médecin chef de l'hôpital militaire; secrétaire, M. le Docteur Aymes.

Rappelons que, pendant la guerre 1914-1918, des Sociétés médico-chirurgicales ont fonctionné dans différentes régions militaires, présidées également par les Directeurs du Service de santé de ces régions.

— Affectation des officiers du Service de santé. — Les mutations devront, à l'avenir, être prononcées d'après les principes suivants :

Les officiers du Service de santé qui ont exercé des fonctions électives ou auraient été mêlés à l'activité politique locale devront être affectés à une formation aussi éloignée que possible de leur résidence.

Les officiers du Service de santé ne doivent pas être affectés dans le département où en temps normal ils exercent leur profession.

Des dérogations pourront être faites en faveur des professeurs de Faculté ou d'Ecole chargés d'un enseignement et des spécialistes mobilisés sur place avec leurs appareils.

Des indications ultérieures détermineront les mesures à prendre pour les officiers affectés précédemment. (*Le Progrès Médical*, 11 novembre 1939.)

— Casablanca. Hôpital Jules Colombani. — *Internat.* — Deux places d'internes sont vacantes à l'hôpital Colombani, de Casablanca. Conditions : être français, dégagé de toutes obligations militaires, justifier de 16 inscriptions validées. S'adresser au Directeur de l'hôpital.

— Hôpital de Nevers. — L'hôpital général de Nevers recherche d'urgence un étudiant en médecine ayant au moins 18 inscriptions et des connaissances chirurgicales suffisantes pour être assistant de chirurgie pendant la durée des hostilités.

— Pour les étudiants mobilisés. — La question des inscriptions des étudiants mobilisés a fait l'objet de la lettre ministérielle suivante, datée du 28 octobre 1939 :

« Quelques doyens ont reçu, d'étudiants présents sous les drapeaux, des demandes d'inscriptions pour l'année scolaire 1939-1940 et m'ont posé la question de savoir s'ils pouvaient les autoriser.

« Je l'ai soumise pour avis aux doyens des Facultés de Paris, car elle est complexe et pose des problèmes différents suivant les enseignements. Il convient donc d'attendre les instructions que j'enverrai incessamment.

« Quelle que soit la solution adoptée, les étudiants mobilisés peuvent être assurés que leurs droits seront sauvegardés et que toutes mesures seront prises pour que, rendus à la vie civile, ils puissent prendre les inscriptions, poursuivre leurs études et passer les examens dans les conditions les plus favorables. »

— **Maisons de santé de la Région parisienne demeurées ouvertes.** — Le Syndicat des maisons de santé privées et des sanatoria de la région parisienne a pensé être utile aux malades et aux médecins de cette région en établissant une liste des établissements affiliés à ce syndicat qui sont actuellement demeurés ouverts.

Des exemplaires de cette liste seront déposés au siège des différents syndicats médicaux où l'on pourra se les procurer.

En outre, le secrétaire du Syndicat, Docteur Bussard, 8, avenue du 11-novembre, à Bellevue (Seine-et-Oise) enverra cette liste aux confrères qui lui en feront la demande.

— **Les Fiches de pratique médicale** (Fichier Desfour), 17, rue Ecole-de-Droit, Montpellier. — Les « Fiches de pratique médicale » préparent pour 1940 une « Collection de guerre », sous la haute autorité scientifique de M. le Général Worms, directeur du Val-de-Grâce.

Dans cette collection de fiches, paraîtront des questions pouvant intéresser les médecins mobilisés et les médecins non mobilisés. Abonnement 1940 : 75 francs. Chèques postaux Montpellier 245.76.

— **Naissance.** — Le Docteur René Bagot et Madame ont le plaisir de faire part de la naissance de leur fille *Elisabeth*.

Brest, 11 novembre 1939.

— **Nécrologie.** — Nous apprenons la mort de Madame René Ravaud, décédée à Paris, le 12 novembre 1939. Elle était la femme du Docteur René Ravaud de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, Croix de guerre, à qui nous adressons nos sincères condoléances.

— Le Docteur Julien Noir et sa famille adressent leurs plus sincères remerciements aux nombreux lecteurs du *Concours Médical* qui ont bien voulu leur témoigner leur sympathie au sujet de la mort récente du Docteur Jean Mallet.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Assistantes sociales

Décret du 3 novembre 1939 portant organisation d'un service d'assistantes sociales

Art. 1er. — Est autorisée, dans les établissements militaires relevant du ministère de l'Armement, l'organisation à titre précaire et révocable et pour une durée qui ne peut excéder de trois mois la date de cessation des hostilités, d'un service d'assistance sociale.

Art. 2. — Ce service est assuré par des assistantes adjointes, des assistantes, des surintendantes et des surintendantes régionales recrutées à titre temporaire et contractuel dans les limites et conditions fixées par un arrêté interministériel pris sous la signature du ministre des Finances et du ministre de l'Armement ; l'arrêté détermine également les conditions de rémunération des assistantes sociales.

(*J. O.*, 11 novembre 1939.)

Assurances sociales

Arrêté du 30 octobre 1939 nommant les membres de la Commission supérieure des Assurances sociales

Art. 1er. — M. Brin, président de Chambre à la Cour des comptes, est nommé vice-président de la Commission supérieure des Assurances sociales.

Art. 1. — Sont nommés membres de la Commission supérieure des Assurances sociales :

Au titre de représentants des Caisses primaires départementales, des Caisses primaires et des Unions régionales des Caisses primaires d'Assurances sociales : MM. Georges Buisson, Coquelle, Gareczynski, Heller, de Lagarde.

Au titre de représentants des organismes d'assurances sociales agricoles : MM. Marcel Legrand et Vimeux.

Au titre de représentant des groupements professionnels de médecins : M. le docteur Cibrie.

Au titre de représentant des groupements professionnels de pharmaciens : M. Georges Lépine.

Enseignement de la médecine

Arrêté du 9 novembre 1939 autorisant, sous certaines conditions, les étrangers à se présenter, en surnombre, au concours de l'agrégation des Facultés de médecine (*J. O.*, 10 novembre 1939).

RAPPORT.

Paris, le 9 novembre 1939.

Le présent arrêté ouvrant, dans certains cas limités et sous des conditions précises, le concours d'agrégation des Facultés de médecine à des candi-

dats étrangers, n'est inspiré en aucune manière par la considération d'intérêts particuliers, mais uniquement par le souci du prestige et l'influence de la science française dans le monde. Il a pour but de permettre à des médecins étrangers de haute culture qui sont venus chez nous accomplir leur scolarité ou, plus souvent, chercher, après leurs études, un complément et une consécration à leur formation scientifique et professionnelle, de se présenter dans leur pays à des fonctions universitaires avec des titres égaux à ceux de leurs concitoyens, qui sont allés ailleurs, notamment en Allemagne et en Italie, chercher un titre qui est le couronnement de leur instruction et l'attestation de leur valeur professionnelle.

Actuellement, en face des titres de professeurs délivrés par les Universités allemandes, les étrangers qui ont travaillé dans nos Facultés sous la direction de nos professeurs les plus réputés ne peuvent présenter que le titre d'assistants étrangers, qui ne correspond ni à leur valeur ni à leurs fonctions. Ils se trouvent par là gravement désavantagés en face de leurs compatriotes élèves d'Universités étrangères, et leurs échecs à des emplois de professeurs dans leur pays sont autant de défaites pour l'influence et pour la science française. C'est pourquoi ils ont demandé à plusieurs reprises à pouvoir obtenir le titre d'agrégé des Facultés de médecine françaises.

L'admission au concours d'agrégation de ces candidats étrangers impose certaines mesures indispensables à la sauvegarde des intérêts des médecins français. C'est pourquoi le projet d'arrêté précise expressément, d'une part, que les médecins étrangers ne seront admis à se présenter que sur l'avis d'une Commission spéciale et qu'ils devront prendre par écrit l'engagement de n'utiliser en aucun cas le titre d'agrégé pour obtenir ou exercer aucune profession lucrative en France, en Algérie et dans les colonies, sous peine de déchéance de leur titre.

D'autre part, dans le classement du concours, ils seront reçus, au titre étranger, en surnombre des places mises au concours et sous la réserve expresse qu'ils soient classés au moins *ex æquo* avec le dernier candidat français reçu. Enfin, au cas où un médecin agrégé au titre étranger obtiendrait ultérieurement la nationalité française, son titre d'agrégé ne lui donnerait en aucune façon accès aux fonctions d'enseignement.

Ainsi, les légitimes intérêts des médecins français paraissent entièrement garantis et la disposition du présent arrêté ne peut que servir l'influence française à l'étranger et la réputation prestigieuse de notre enseignement médical.

Ce projet d'arrêté a été soumis au Comité consultatif de médecine et de pharmacie et au Conseil supérieur de l'Instruction publique qui l'ont, l'un et l'autre, discuté et approuvé à l'unanimité.

Signé : Yvon Delbos.

Voir la suite page XXXV-2649

PROPOS DU JOUR

ECHOS DE NOTRE CORRESPONDANCE
L'EXERCICE DE LA MÉDECINE CIVILE DURANT LA GUERRE

La lettre du confrère mobilisé et affecté au service d'un hôpital complémentaire dans une ville de Bretagne, lettre dont nous avons donné la substance dans notre numéro du 22 octobre et où est abordée la question délicate de l'exercice de la médecine civile durant la guerre, nous a valu une abondante correspondance. Sur cette question les avis sont assez partagés. L'opinion générale des médecins mobilisés est qu'il faut que, les hostilités terminées, ils retrouvent leur situation intégrale. Le décret-loi du 11 septembre 1939 a donné au ministre de la Santé publique le droit de réquisitionner tout médecin qui n'a pas été mobilisé et de l'affecter au service médical d'une localité où sa présence serait jugée nécessaire par le Préfet. Les Syndicats médicaux aussitôt se sont préoccupés de cette réquisition. Le Docteur Cosse, président du Syndicat d'Indre-et-Loire, le Docteur L. Robert, président du Syndicat de l'Indre, se sont immédiatement mis en rapport avec leurs Préfets pour l'application du décret-loi, de manière à ce que la réquisition consentie par le Corps médical et organisée d'accord avec les Syndicats, soit effectuée d'une façon moins aveugle et plus souple. Cette mesure, si elle est équitablement appliquée et en dehors de toute ingérence politique ou autre, nous paraît celle qui peut répondre le mieux aux préoccupations très légitimes de nos confrères mobilisés. Elle nous paraît préférable à celle qui attribuerait à chaque médecin maintenu dans ses foyers la solde de médecin capitaine, laissant au fisc le souci de percevoir les honoraires qui seraient répartis entre tous les praticiens mobilisés ou non, système préconisé par notre correspondant du 22 octobre. Nous trouvions à ce système l'inconvénient d'organiser pour l'avenir la fonctionnarisation médicale. De jeunes médecins d'ailleurs ne seraient pas tous ennemis de cette dernière, témoin la lettre que nous écrit le Docteur X. de Paris, mobilisé comme médecin auxiliaire. Ce jeune confrère qui exerce depuis quelques années, commençait à se faire une situation suffisante dans un quartier aisé de la capitale, quand la guerre a été pour lui une catastrophe. Il admet la fonctionnarisation sans enthousiasme, mais par raison et il voudrait qu'on offrit à l'Etat la collaboration du Corps médical pour l'organiser, plutôt que se la laisser imposer, ce qu'il prévoit à plus ou moins longue échéance. Il serait partisan de la solde de médecin capitaine à tous les médecins de l'arrière avec versement des honoraires à une Caisse contrôlée par l'Etat et dont les excédents seraient répartis par les soins des Syndicats. En termes énergiques, il nous fait part du sentiment de ses camarades, bien décidés à ne pas tolérer que d'autres profitent de la situation à leurs dépens.

Le Docteur Y., de Normandie, bien que réformé et se disant « profiteur de la situation » est partisan de réformes sérieuses. A son avis, il ne devrait y avoir que fort peu de médecins non mobilisables. Comme il faisait remarquer à un médecin militaire pendant l'examen du Conseil de révision, qu'il pourrait être utile à l'armée bien qu'inapte au service militaire normal, ce dernier lui répondit que les médecins mobilisés devaient être interchangeables et pouvoir passer des hôpitaux dans un corps de troupes. Le Docteur Y. est persuadé que nous allons à la fonctionnarisation dont les partisans sont de plus en plus nombreux. Pendant ses études comme interne et externe il a fait de la médecine fonctionnarisée ; il la trouve plus intéressante que la médecine de clientèle. Si le médecin fonctionnaire était suffisamment payé, il trouverait à la fonctionnarisation de multiples avantages.

Le Docteur Z., mobilisé, est d'avis que « celui qui est capable de gagner sa vie dans le civil, est certainement capable de rendre des services dans le militaire ». Qu'on mobilise tous les praticiens de moins de quarante ans français et étrangers, et qu'on renvoie chez eux les médecins de plus de quarante ans. Les cadres ainsi seraient suffisamment pourvus. Ainsi après la guerre les mobilisés seraient débarrassés de la concurrence étrangère, et leur jeunesse relative leur permettrait de rétablir rapidement leur situation. Quarante ans est, à notre avis, un âge trop peu avancé pour être exonéré de tout service.

Le Docteur N., du Midi, fait remarquer que trois faits ont créé l'esprit défaitiste ou d'abandon au cours de la dernière guerre. Ce sont les nouveaux riches, les embusqués, et le badernisme. Les nouveaux riches ne seront pas nombreux cette fois ; les embusqués sont remplacés par les « Prévoyants de l'avenir » qui se sont assuré des affectations de tout repos. Reste le badernisme, la plaie dont nous souffrons. Pour diverses raisons, surtout à partir d'un certain grade, des médecins mobilisés, âgés, parfaitement inutilisables, fourmillent dans le corps de santé et devraient être renvoyés dans leurs foyers.

Nous avons gardé pour la fin deux lettres qui ne récolteront pas les suffrages de tous nos confrères.

C'est d'abord la lettre d'un Lorrain, exerçant dans la montagne. Vétéran de la guerre de 1914-1918, il fut médecin d'un bataillon de chasseurs pendant dix-huit mois et s'est vu attribuer la croix de guerre et la Légion d'honneur. Pour lui, les quatre années de guerre ont été, nous écrit-il, un repos et il s'épouvantait de reprendre le collier civil. Mais laissons-lui la parole :

« Je regarde la neige tomber : certaines routes sont impraticables aux autos : trouvera-t-on des hommes et des chevaux pour les déblayer ? Je viens de lire dans le *Concours Médical* du 22 octobre : « L'exercice de la médecine civile pendant la guerre». Je me représente le tableau : des médecins militaires échangent à la table abondante de leur popote (car les militarisés de l'arrière ne connaîtront jamais les restrictions), des propos.

Médecins mobilisés dans la dite ville importante de Bretagne, n'enviez pas vos confrères boîteux, infirmes ou malades dont l'armée n'a pas voulu, ni ceux de vos vieux confrères qui ont estimé plus honnête de rester à leur poste que d'augmenter la masse des médecins militaires médiocrement utilisés.

Les médecins civils ne seront pas les profiteurs de la guerre. Mon concurrent est parti. Il est vraisemblable que j'encaisserai pendant la guerre moins qu'auparavant avec une clientèle presque doublée, mais médiocrement capable de payer.

Enfin, le docteur C., du Midi, émet quelques réflexions qui ne seront pas toutes du goût de beaucoup de nos confrères :

Votre article sur l'exercice de la médecine civile en temps de guerre suggère quelques réflexions.

De quoi s'agit-il ?

Les médecins français sont, comme tous les citoyens français, soumis aux lois ; la loi militaire les considère comme soumis aux obligations militaires de 20 à 50 ans. A cet âge, comme pour leurs camarades officiers de réserve, la loi leur permet d'opter pour suivre le sort de leur classe, ou pour rester dans l'armée de réserve ; après réflexion, ils se décident. S'ils restent, ils sont dans l'obligation de faire des périodes de temps de paix, et ne peuvent plus se dégager par démission.

Parmi les médecins d'âge militaire, les uns sont aptes et les autres inaptes à ce service ; cette qualité leur est attribuée par un conseil de révision ou de réforme, où des médecins les examinent et décident. Parmi les réformés, ou les inaptes, il en est qui le sont nettement, et d'autres qui le sont plus ou moins. Le critère de l'exercice de la profession médicale n'est pas suffisant ; l'aptitude à servir est codifiée. Il en est de même dans les autres professions. En cas de guerre, des conseils de révision examinent ces exemptés, et les reclassent.

La loi civile dit qu'en temps de guerre, tous les Français sont, jusqu'à 60 ans et au-dessus, susceptibles d'être réquisitionnés par l'autorité civile ; dans l'emploi dont ils sont chargés ils doivent percevoir les rémunérations des salariés de leur catégorie. Pour les médecins, c'est la pratique au tarif habituel.

Les uns sont requis chez eux, d'autres ailleurs. Comme tout le monde... La justice absolue est impossible.

Tel habitant de l'Alsace est « replié » sur le Midi ; les autres Français qui restent chez eux, les uns risquent la bombe d'avion, d'autres ne risquent rien très vraisemblablement. Tel épicier, tel avocat, tel marchand des quatre saisons est mobilisé, son voisin ne l'est pas, et continue le métier, avec une clientèle accrue. Le fisc y veille, tranquillisez-vous.

Tel mobilisé est au poste d'écoute, tel autre est au dernier millimètre de la zone arrière ; tel de 40 ans est dans la tranchée, dont le voisin de 25 ans est au chef-lieu, du département dans un bureau militaire, où il est déclaré indispensable?...

Peut-on atténuer ces injustices ? Et sans faire de lois spéciales pour le corps médical ? Il me semble que oui.

Les anciens combattants ont créé des « Comités de vigilance » ; que nos Syndicats en créent. Ils surveilleront les agissements des suspects, ils les déféreront au Conseil de famille, et ils demanderont des sanctions, déplacement inclus.

Les médecins civils, qui restent à l'arrière, ne sont pas tous des bandits. Dans notre profession on généralise facilement.

Si les Syndicats le veulent, ils peuvent beaucoup pour atténuer les injustices, et même ils pourraient rendre des services dans ce sens aux militaires (mais comme ils sont civils, ça ne se fait pas...). En effet, tel est mobilisé dans son patelin qui touche une solde et « fait » sa clientèle comme il le faisait en temps de paix. Tel, qui est un excellent médecin praticien sera dans une formation où il ne rendra aucun service, alors qu'à l'hôpital voisin il serait beaucoup plus utile. Tel s'improvisera oculiste ou radiologue, de même qu'un autre qui sera imprimeur ou usinier, bien que docteur en médecine, ne pourra rendre aucun service médical. Tout cela est fatal ; on peut essayer de l'atténuer, il est pratiquement impossible de le supprimer.

Il y a des médecins valides à 70 ans, et de jugement impeccable, et des gâteux de 50 ans, peut-être même plus jeunes. Tout cela se tassera à l'usage.

Nous qui avons fait « la dernière », n'avons-nous pas dit, en parlant d'embusqués « quand nous reviendrons, si nous en revenons, on leur rivera leur clou » ?

Nous avons quitté nos bataillons à la Paix, nous y avions fait d'excellents amis, de charmants camarades, que nous retrouvions aux banquets de « Régiment ». Les autres, nous ne leur avons rien dit, et la plupart du temps ils ont eu beaucoup plus d'avantages que nous. Nous les revoyons, très à l'arrière, mais très galonnés, très décorés, qui nous regardent d'un petit air dédaigneux, nous civils... Ce sont les petites bassesses de la vie.

Au lieu de nous chamailler, que celui qui est resté chez lui, et qui a hérité officiellement du « rayon » de son voisin, tâche de le remplacer comme il l'aurait fait en temps de paix. Qu'il s'efforce de donner au malade l'impression qu'il n'est qu'un remplaçant provisoire ; qu'il s'abouche avec ce voisin, pour que celui-ci mobilisé, sache qu'en rentrant il retrouvera sa clientèle habituée encore à sonner chez lui.

Il serait bon que l'on autorisât les femmes de mobilisés pro-pharmaciens à conserver leur propharmacie, sous le contrôle et la direction du « requis » et à en prendre les bénéfices. L'égalité est impossible. Nous le savons. Rendons les choses plus faciles, ce sera déjà bien.

Nous ne saurions qu'approuver cette sereine philosophie, mais tous les médecins de l'arrière sont-ils honnêtes et consciencieux ? C'est contre les abus possibles, même probables, qu'il convient de se prémunir. Nous croyons que le moyen le plus sûr est l'application du décret-loi qui permet la réquisition des médecins civils et, pour la réaliser, la collaboration des Syndicats avec les Préfets paraît la solution préférable du délicat problème de l'organisation de la médecine civile durant la guerre.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LES BRULURES CUTANÉES ÉTENDUES. — ÉVOLUTION ET TRAITEMENT

Par J. de Fourmestraux

La notion qui domine l'évolution clinique des brûlures cutanées récentes est leur extrême gravité. Quand la moitié de la surface corporelle est atteinte, la mort est presque fatale ; alors que le quart ou le tiers des téguments est intéressé, le décès survient pendant les quarante-huit premières heures, dans quarante pour cent des cas environ.

Les brûlures abdominales ou dorsales semblent en général comporter un pronostic plus sombre que celles de la face ou des membres.

Les grands brûlés meurent de deux façons : *shock et intoxication dans les premières heures*, s'ils survivent quarante-huit heures, *la cause des accidents terminaux* sera due *à la fois aux séquelles de l'intoxication initiale et aux phénomènes infectieux secondaires.*

Conception logique sans doute, trop simpliste peut-être. Le revêtement cutané dans lequel nous vivons sans y porter plus d'attention, comme dans un vêtement commode et bien coupé à notre taille, ne serait-il pas chargé de fonctions que nous ne connaissons pas encore. On commence à entrevoir le rôle de la peau comme une véritable glande qui sécréterait, qui mettrait en liberté dans les humeurs les substances protectrices, ou indispensables au bon fonctionnement de l'organisme [Pautrier (1)].

Dans un travail, datant de deux ans, et dont beaucoup d'entre nous devraient méditer l'heureuse et substantielle brièveté (il ne comporte que trente-cinq pages), le Professeur Pierre Duval (2) s'est attaché à préciser la nature des troubles physio-pathologiques provoqués par le traumatisme brutal qui constitue la brûlure.

Shock traumatique qui présente dans son aspect et son évolution bien des caractères communs avec ce que nous avons appris à connaître dans les plaies de guerre, chez les mille blessés et que nous voyons dans les accidents de la route.

Phase initiale d'intoxication jusqu'à un certain point analogue dans ses symptômes et ses lésions à d'autres intoxications produites par des produits organiques étrangers (diphtérie, typhoïde) ou minéraux (bases pyridiques) ; mais le caractère essentiel de l'intoxication dans les brûlures est d'être provoquée par des substances nocives développées aux dépens mêmes des tissus de l'organisme brûlé.

L'intoxication survenant alors peut être mise en parallèle avec trois affections qui commencent à être connues : le shock traumatique des grandes destructions tissulaires ; la maladie post-opératoire ; l'intoxication provoquée par la rœntgenthérapie ou la curiethérapie dans leur destruction des tissus néoplasiques.

L'intoxication massive par destruction cellulaire rapide se traduit par des réactions biologiques diverses.

La concentration sanguine a été constatée depuis longtemps. La déperdition sérique interne s'accompagnant de l'augmentation du taux de l'hémoglobine qui monte en moyenne de vingt-cinq pour cent dans les six heures qui suivent la brûlure. Le nombre des globules rouges est augmenté. Hyperleucocytose considérable et immédiate qui, du reste, le plus souvent, n'est que transitoire et suit une courbe descendante le deuxième et le troisième jour.

L'hyperazotémie semble constante comme dans les grands traumatismes s'accompagnant de destruction tissulaire étendue.

Nous avons vu cette azotémie atteindre des

(1) Pautrier. Vers une dermatologie physiologique. *Bruxelles-Médical*, octobre 1932).

(2) Pierre Duval et Mourgue-Molines. Physiologie pathologique et traitement des brulûres cutanées étendues récentes. Rapport présenté au XLVI[e] Congrès français de chirurgie, octobre 1937.

chiffres élevés l'année dernière chez deux grands brûlés, accidents d'aviation ; chez l'un d'eux, où la mort survint le septième jour, l'urée sérique le lendemain de l'accident était à 1 gr. 10 pour rester constante pendant quatre jours et atteindre 1 gr. 25. Chez un deuxième brûlé d'allure très grave l'azotémie se traduisait par 0,95, le premier jour pour rester stationnaire jusqu'au cinquième jour, pour descendre lentement. Un examen fait au cours de la consolidation, trois semaines après le traumatisme initial, était encore à 0.60.

Il y a peut-être là un élément de pronostic dont on ne saurait négliger la valeur.

La glycémie est également intéressante à étudier ; l'hyperglycémie paraît constante chez les grands brûlés. P. Duval a relevé les chiffres de 2 gr. 60 et 3 gr. 60 dans les heures qui suivent immédiatement la brûlure. Dans ses observations personnelles Duval fait remarquer que cette hyperglycémie précoce ne s'accompagnait pas de glycosurie ; avec une glycémie à 3,60, la glycosurie était à 0.

Chez les deux grands brûlés où nous avons trouvé un taux d'urée élevé, il y avait également dans le cas qui fut suivi de mort, une glycémie élevée : 2,40 sans glycosurie ; et dans l'autre cas une glycémie dépassant 2 gr., mais avec une glycosurie légère, 6 grammes.

Il y a sans doute ici comme dans l'étude du métabolisme azoté, un élément pronostic à retenir. Ce sont là des faits qui seraient à reprendre et à préciser.

Nous avons une expérience insuffisante de l'étude de la polypeptidémie à laquelle s'est attaché P. Duval ; il résulte qu'en général le taux des polypeptides n'atteint le double de son chiffre normal, 0,50 à 0,60 par litre de sérum que vers la sixième heure, et est en général proportionnel à l'étendue des lésions.

L'hypochlorurémie est constante et apparaît de la douzième à la vingt-quatrième heure. La diminution du chlore sanguin ne s'accompagne pas d'une élimination rénale plus importante. Les chlorures se fixent sur les tissus brûlés, processus de défense de l'organisme. Cette chlorurémie présente un intérêt réel au point de vue thérapeutique.

Les troubles humoraux apparaissent suivant un horaire variable. La concentration sanguine est pour ainsi dire immédiate et atteint son maximum dans les vingt-quatre premières heures.

L'hyperleucocytose apparaît ainsi de façon rapide.

Les troubles du métabolisme azoté, ne sont réellement accusés que vingt-quatre à trente-six heures après le traumatisme initial.

Quand le blessé a résisté à la toxémie qui paraît bien être la résultante immédiate de l'intoxication générale due aux substances nocives produites au niveau des tissus frappés à mort et répandues dans l'organisme, il a franchi une étape sévère ; mais l'énorme plaie du segment cutané ne saurait demeurer strictement aseptique et un nouveau danger survient constitué par les accidents infectieux secondaires ; mort par septico-pyohémie contre laquelle la thérapeutique locale et générale est souvent impuissante.

C'est je crois dans le cadre des accidents septiques ou septico-pyohémiques qu'il faut ranger les lésions broncho-pulmonaires. Nous avons vu mourir ainsi des brûlés chez lesquels les lésions n'atteignaient guère que le quart du segment cutané.

Deux malades succombèrent de façon absolument identique ; accidents pulmonaires avec hépatisation des bases et expectoration rappelant l'aspect de la gangrène pulmonaire. Il s'agissait de brûlures survenues au cours d'accident d'aviation et il est logique de penser que l'inhalation de vapeur d'essence du type dit octane, contenant du tétraéthyle de plomb, carburant susceptible de donner du dégagement d'oxyde de carbone.

Deux autres brûlés moins atteints guérirent mais après des troubles broncho-pulmonaires sévères dont la consolidation fut lente.

Il est sans doute osé d'affirmer que le nombre des traitements proposés dans la thérapeutique des brûlures témoigne de leur efficacité.

Dans les premières heures la conduite à tenir chez ces grands shockés sera celle que nous observons dans les grands traumatismes.

Contre le collapsus immédiat s'accompagnant d'hypotension : soins cardiaques habituels, camphre, adrénaline, éphédrine. Contre la concentration sanguine et les altérations humorales : un médicament de base, le sérum artificiel en solution isotonique que l'on peut appliquer à dose élevée. Tommaseli, de Palerme, en aurait, dit Mourgue-Moline, le premier précisé les indications en 1897.

Les questions de période sont toujours difficiles à préciser, mais, je peux dire que vers cette même époque notre maître, P. Picqué, nous faisait utiliser le sérum à haute doses, dans son service de Bichat, en toute simplicité, sans penser aux mystères de la chloropénie.

L'utilisation du sérum hypertonique (10 pour cent) est logique, il est évident qu'il ne saurait ainsi être utilisé que par voie veineuse. Le goutte à goutte, ou le petit lavement à garder agissent seulement comme laxatif.

Nous avons employé à deux reprises le sérum de Ringer par voie veineuse sans que ce dernier, nous ait, semble-t-il, donné des résultats supérieurs au sérum artificiel.

La transfusion du sang est également logique

puisqu'elle introduit dans l'organisme, des globules neufs, et surtout, des éléments normaux, et en particulier du chlore globulaire et plasmatique.

La conception de Kotzaref, consiste à injecter chez le brûlé le sérum d'un blessé convalescent ou guéri de brûlures. La toxine provenant des tissus brûlés, se comporte comme un antigène contre lequel l'organisme réagit par des anticorps (antitoxines). Elle ne saurait être rejetée sans examen, mais il est certain, qu'en pratique, cette méthode se heurte à des difficultés de réalisation.

Peut-être verrons-nous apparaître le sérum antibrûlure ?

Le grand brûlé a été traité comme un shocké : sérum, soins cardiaques, mais il y a dans la thérapeutique du shock, un élément primordial sur lequel on ne saurait trop insister : c'est le traitement de la douleur.

Je pense que l'injection de morphine, rapide et suffisante, constitue un élément essentiel du traitement. Il est tout à fait inutile de faire souffrir un malade, et l'opium n'a jamais bloqué le rein : le rein du blessé souvent jeune et sans tare organique précise qu'est le grand brûlé.

Nous avons lutté, comme nous l'avons cru logique, contre les accidents toxiques immédiats ou rapides, nos efforts ne seront pas toujours heureux. Pouvons-nous mieux contre le second facteur redoutable : l'infection ? Il est logique de répondre par l'affirmative. Un traitement judicieux peut supprimer ou limiter les accidents infectieux. Traitement local : désinfection méthodique de la plaie dont Mme Nageotte-Wilbouchewitch a codifié les règles (1893).

Il y a quelques trente ans, il était classique pour l'interne de garde aux Enfants-Malades, de savonner de la tête aux pieds, le jeune brûlé extrait de la bassine d'eau bouillante du baquet de lessive familiale. Désinfection méticuleuse, suppression des phlyctènes qui a donné à beaucoup d'entre nous des succès inespérés. C'est là cependant un procédé long et assez compliqué. Est-il possible de faire mieux ?

En 1918, mon ambulance fut voisine d'un dépôt de munitions qui fit explosion. Cette proximité immédiate et fâcheuse fut qu'on me conduisit rapidement un nombre tel de brûlés qu'il ne pouvait être question de consacrer à chacun d'eux la demi heure nécessaire au savonnage et à l'ablation des phlyctènes. Plus simplement, après une piqûre de morphine et quelques gouttes de kélène, je fis badigeonner ces brûlés avec une solution d'alcool iodé à 1 % et recouvrir d'un pansement aseptique, tandis qu'affluaient les blessés de l'offensive proche. Je n'eus à déplorer que six décès dans les vingt-quatre heures chez ces brûlés où parfois plus de la moitié des segments étaient atteints. Depuis lors, d'une façon systématique, j'emploie l'alcool iodé dans le traitement des brûlures en maintenant le malade sous un pansement propre.

La teinture d'iode au vingtième n'est pas douloureuse, et elle peut, au surplus, être remplacée par une solution étendue de nitrate d'argent au centième ou de mercurochrome au vingtième. Mieux que le savonnage cette dessication des surfaces cutanées empêche ou ralentit la résorption des substances toxiques, semble-t-il.

C'est en partant du même principe que l'exposition de la brûlure à l'air sans pansement a été conseillée par Copeland en 1887, reprise par Rocher, puis par Patel.

Cette technique évite les douleurs pénibles du pansement, mais comme le fait observer Leriche, il est ainsi fort difficile d'éviter l'infection secondaire, et d'empêcher que le malade ne souille la plaie avec ses mains.

Nous avons, pour notre part, essayé de supprimer les pansements chez les brûlés et avons constaté les mêmes inconvénients que Leriche. Faut-il alors, bien au contraire, comme le conseillait autrefois Hebra, laisser séjourner le malade dans un bain continu, tandis que l'eau ramollit l'escharre et facilite la séparation des tissus nécrosés. Plus simplement, comme le veulent Quenu et Kuss, recouvrir la plaie de pansement humide au sérum hypertonique, ou au sulfate de magnésie à 25 % (Metzer).

Il est logique de penser que ce pansement humide amènera une exsudation de la plaie, véritable saignée veineuse, qui vient augmenter la concentration sanguine ?

Il est certain d'autre part, que le pansement humide diminue l'intensité des douleurs et que l'adjonction de bicarbonate de soude au pansement humide et stérile , peut rendre à ce point de vue, d'utiles services.

En 1924, C. Davidson, chirurgien des usines Ford, conseilla une technique en apparence nouvelle, elle consistait dans le tannage des téguments lésés.

Théoriquement, la méthode est séduisante.

La gravité des brûlures est due, tout le monde est d'accord à ce sujet, tout au moins dans les premières heures, à l'intoxication de l'organisme par les produits de désintégration protéique. Ne peut-on limiter la résorption de ces produits toxiques en provoquant la coagulatiou des albumines de la région brûlée.

Une solution aqueuse d'acide tannique à 2,5 pour 100, est appliquée largement en pansement humide, les tissus mortifiés par le tanin constituent en quelques jours un bloc desséché qui n'est plus perméable à la circulation. La croûte tannique constitue un revêtement imperméable qui empêche toute exsudation et empêche l'exsudation séreuse aggravant la concentration sanguine. Ce revêtement imperméable empêche

d'autre part les infections secondaires exogènes, très redoutables quand on n'applique pas de pansement.

Modifiant quelque peu cette technique Wels conseille l'emploi du bain à l'acide tannique où le blessé est laissé un temps relativement court puis séché à l'air chaud.

Glover a utilisé une gelée à l'acide tannique incorporée dans la gomme adragante.

Cartron mélange le tanin au glycérolé d'amidon.

Higenfeldt au liniment oléo-calcaire. Variantes de détails sans grand intérêt pratique.

Cette méthode est intéressante, nous n'avons pu l'utiliser, mais il est certain d'autre part, comme le fait très justement remarquer Mourgue Molines, que dans le tannage l'acte essentiel n'est pas l'acide tannique, mais le principe du traitement par coagulation.

On a employé tour à tour le perchlorure de fer en solution à 5 % (Coan) le violet de gentiane à 1 %. Le mercurochrome à 2 %. Le vert brillant, solution dans l'alcool à 1 %, le bleu de méthylène, etc.

Bethman (de Portland) conseillait (mai 1937) dans le *Journal of Medical Association* l'utilisation d'un mélange d'acide tannique 5 % et nitrate d'argent 10 % en attouchements successifs.

C'est pour ce dernier élément une technique qui ne nous paraît pas absolument nouvelle et nous l'avons vu appliqué et utilisé nous-même dans le service de notre maître Berger, à Necker en 1906.

A cette longue énumération du traitement des brûlures récentes il faut ajouter la radiothérapie, l'héliothérapie, les rayons ultra-violets. Traitements possibles sans doute mais dont les indications paraissent fort limitées et s'adressent plutôt à des lésions anciennes consolidant lentement.

La vitaminothérapie, de même, nous paraît également devoir être un traitement des accidents tardifs plutôt que des brûlures récentes, cependant à la suite de Lôhr, Chevalier, Carcassonne, Lusioni ont exposé, à la Société de chirurgie de Marseille, les avantages qu'ils en ont retiré. Piollet et Limousin préconisent aussi l'application locale d'un pansement à l'huile de foie de morue, auquel ils adjoignent, suivant la saison, une séance d'irradiation solaire ou de rayons ultra-violets.

Nous pensons que ce pansement odorant doit être d'une application fort désagréable et des inconvénients olfactifs sévères.

Il est difficile de préciser la qualité propre à chacune de ces nombreuses méthodes et nous pensons que lorsqu'un chirurgien est intéressé par une technique nouvelle, ou qu'il croit nouvelle, il s'applique à faire les pansements lui-même avec le plus grand soin sans chocs, sans heurts, sans transes inutiles. C'est déjà là chez le blessé singulièrement fragile qu'est le brûlé, un premier facteur de succès.

Nous croyons cependant, que l'on peut faire un choix judicieux dans cet arsenal thérapeutique et énoncer quelques idées essentielles dans le traitement des grands brûlés.

Ceux-ci meurent de shock et meurent d'infection.

I. Thérapeutique du shock. La même que celle des traumatismes graves s'accompagnant d'hypotension, et de toxémie rapide.

Chez les grands brûlés, un élément qui n'entre pas en ligne de compte chez les autres blessés shockés, la concentration sanguine dont on détermine l'état par le dosage du taux de l'hémoglobine.

Hydrater le malade, par la voie entérale si possible, mais surtout par les injections de sérum isotonique. Le dosage de la chlorurémie permet de préciser si l'emploi du sérum hypertonique est indiqué.

II. Les brûlés meurent d'infection, déterminant en dehors de l'atteinte du tégument cutané des lésions rénales et pulmonaires.

Quel est au milieu de ces traitements multiples l'indication à préciser ? Stérilisation relative des atteintes tégumentaires. Il semble bien que la désinfection par la teinture d'iode diluée, le nitrate d'argent, constitue un procédé rapide et satisfaisant de stérilisation locale. Les pansements humides au gras, donnent, s'ils sont en apparence moins douloureux, des mécomptes.

Le tannage nitrate d'argent, mercurochrome, acide tannique semble être le procédé de choix. Les chances de consolidation aseptique apparaissent d'autant plus grandes que l'application du tannage a été faite de façon précoce.

LE TRAITEMENT PHYSIOLOGIQUE DE LA TUBERCULOSE SELON LA MÉTHODE DE PAUL FERRIER — SES RÉSULTATS

Devant l'indifférence ou l'incrédulité de mes confrères relativement à la valeur du « traitement physiologique » de la tuberculose, je me suis résolu à demander des radiographies à mes malades.

En raison des frais que cela comporte, cette petite étude n'en contiendra que deux, destinées à montrer jusqu'à quel point on peut obtenir grâce à lui la guérison des organes envahis par la tuberculose.

Mais guérir, à ce point de gravité, n'est pas toujours assurer l'avenir du malade. Par deux observations que la mort a interrompues après guérison, je ferai voir que certains survivants sont éminemment fragiles et qu'une surveillance étroite doit leur être appliquée. En quoi les sujets morts ont-ils différé de la malade qui a fourni la première radiographie ci-jointe ? Aucune indication pour en juger et par conséquent pour établir dans chaque cas un pronostic. La vie continue, normale, dans ce cas, et c'est tout.

Nous voyons seulement que la marge de guérison est très grande, et nous ne savons pas d'avance si la survie sera pleine d'embûches plus ou moins graves, ou si elle sera véritablement utile, en permettant un développement normal de la personne dans une activité mentale et physique. Nous n'avons donc nullement le droit d'abandonner un malade sous le prétexte que son état est trop avancé.

Aussi, non content d'assurer mes confrères qu'ils ont, en main, dans ce traitement, un instrument aussi efficace qu'énergique je justifierai ces propos si pleins d'une assurance ferme et légitime par un bref exposé du traitement, de ses bases et de ses résultats. Il va sans dire que l'aperçu ainsi donné ne saurait dispenser d'étudier plus longuement les développements dans mon livre : « Guérison de la tuberculose basée sur l'étude de cas de guérison spontanée. »

Base du traitement

A. CHEZ TOUT TUBERCULEUX, AU MOMENT D'UN ACCÈS DE FIÈVRE, et quelle qu'en soit l'intensité, LA VESSIE REÇOIT UNE URINE CHARGÉE DE SELS CALCAIRES dissous, douée d'une densité plus ou moins fortement supérieure à la normale, et qui, reposée et refroidie pendant deux heures après la miction, montre tout *au fond de la bouteille de verre clair où elle aura été versée, un précipité pulvérulent, blanc-jaunâtre,* de hauteur variable : ostéorragie de P. Ferrier.

B) Accès évolutif et ostéorragie sont rigoureusement concomitants, en ce sens que les sels calcaires figurent uniquement dans l'urine SÉCRÉTÉE *au moment de l'accès.* Pour cette constatation, la vessie devra donc être vidée au début de l'accès et peu de temps après sa terminaison.

L'ostéorragie dénonce l'accès et celui-ci dénonce l'ostéorragie. Pas de syndrome évolutif (accès) sans ostéorragie, pas d'ostéorragie sans syndrome évolutif, de sorte que l'OSTÉORRAGIE, simple symptôme, EST LE « SIGNE MAJEUR DU SYNDROME ÉVOLUTIF » AUQUEL IL DOIT ÊTRE INCORPORÉ (P. Ferrier).

L'analyse clinique nous entraîne, du reste, plus loin. Elle oblige à reconnaître l'existence et les rapports des points suivants :

1° Introduction d'acides dans la circulation sanguine.

2° Leur neutralisation, non par la réserve alcaline, mais par la chaux du système osseux, à laquelle d'une part ils se combinent comme sels mono-calciques, que d'autre part ils libèrent sous la forme de phosphates dicalciques, solubles à la température et à la pression du sang et de l'urine vésicale, insolubles à la température et à la pression extérieures (Voir dans le livre la destinée des sels alcalins.)

3° L'ostéorragie, par la destruction osseuse qu'elle représente, témoigne du passage, dans le sang, d'*acides nécessaires à l'activité du bacille* (puisque cette activité ne se manifeste pas si l'on s'oppose à l'entrée des acides). Il est ainsi visible que, si le bacille de Koch est *acido-résistant,* il est, surtout, ACIDO-POSTULANT. Conclusion non *a priori,* mais *a posteriori,* et qu'on ne peut manquer de tirer.

C. L'observation sévère d'un RÉGIME SANS ACIDES et l'administration d'une POUDRE CALCAIRE INSOLUBLE font disparaître *ensemble* ostéorragie et syndrome évolutif avec autant de régularité qu'ils étaient apparus ensemble avant le traitement, et que s'il s'agissait d'une expérience de chimie.

D. La continuation rigoureuse de cette pratique réduit promptement au minimum, puis fait disparaître tous les signes de tuberculose à la palpation, à la percussion, à l'auscultation... et sur la platine du microscope.

Après cette disparition exiger un traitement confirmatif sévère de deux mois. La radiographie ne décèle *pas trace de chaux dans la cicatrice. Celle-ci est fibreuse* et *n'enmure pas de bacille,* supprimant ainsi le danger de récidive.

Cet aperçu ne saurait dispenser d'étudier un peu plus longuement le traitement dans mon livre « la guérison de la tuberculose basée sur l'étude de cas de guérison spontanée » (1).

Marge de guérison utile de la tuberculose pulmonaire

En disant que les viandes de toute sorte, sans graisse, les œufs, le poisson sont *seuls capables* DE NE PAS DONNER D'ACIDES ; que les légumes sont réduits à peu près au cinquième, en poids, des aliments albuminoïdes ; que *les fruits, sous toutes leurs formes, doivent être bannis*, j'aurai donné une idée du *régime*, qui *maintient ou ramène l'individu à son poids normal, d'entretien* à peu près invariable.

Un degré quelconque de suralimentation entrave la guérison en provoquant l'ostéorragie, prolonge insidieusement la maladie et ne saurait être admis.

Degré trop avancé de maladie

Les malades qui viennent demander le secours de ce traitement n'y arrivent qu'après avoir tenté tous les autres, et dans un délabrement pulmonaire peu rassurant. Les deux poumons pris, inégalement, dont le plus malade sera à peu près inutilisable pour l'hématose.

La guérison aboutira-t-elle à une simple survie ou sera-t-elle le point de départ d'une existence utile ? Dans tous ces cas, cependant, rien ne permet d'abandonner la lutte qu'on puisse vaincre ou non. Voici trois exemples :

1° Mme B..., 26 ans, mère d'un enfant. Poumon droit siège d'innombrables gros râles sous-crépitants, dans tout l'arbre respiratoire. Poumon gauche avec lésions périhilaires de même caractère. Petite caverne au sommet droit.

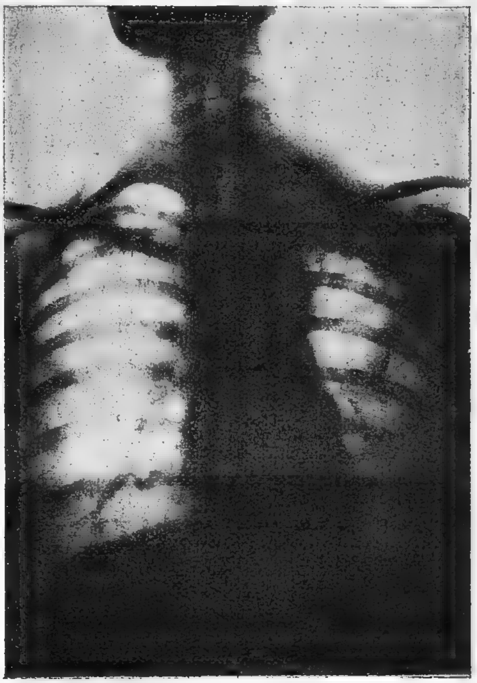
Côté gauche guéri en deux mois, côté droit en sept mois. Puis un an sans aucun symptôme.

Une nuit, Mme B... s'éveille en sursaut, prend le bras de son mari en disant : « je meurs » et meurt en effet

(1) V. p. 7, Thoreau, impr., La Charité-sur-Loire, (Nièvre).

2° Jeune fille de 27 ans. A épuisé toutes les ressources médico-chirurgicales actuelles. Il n'y a plus rien à faire pour elle. Engagée à suivre le traitement physiologique s'y met sans conviction ; puis, remarquant que sa docilité lui vaut chaque fois une amélioration, le suit courageusement, sans crainte de l'amaigrissement et se guérit en moins de cinq mois. Presque depuis le début, la dyspnée a disparu, les forces revenues, permettent de faire à pied 7 kilomètres par jour, de gravir une colline par des chemins assez ardus. Un mois après la guérison, bronchite double sans congestion, mais expectoration jaunâtre, épaisse. Le dixième jour, elle reçoit gaiement, assise dans son lit, la visite de son médecin. Deux heures plus tard, elle appelle, s'incline d'un côté et meurt. Avant la bronchite, sa tension Mx était de 11. Mais depuis ?

Y a-t-il eu syncope ? Cadet de Gassicourt a signalé un cas de syncope chez un enfant après pneumonie. S'asseyant sur son lit pour boire, l'enfant tombe, extrêmement pâle, et est considéré comme mort par ses parents, Cadet de Gassicourt intervient heureusement. Ces cas sont loin d'être rares. On doit « prévenir la famille et le malade du danger de la position assise.



Radio n° 1

La jeune fille, sujet de la première radio ci-contre, est malade depuis 1927 ; soignée à Paris, puis en sanatorium, se voit privée, en raison de lésions bilatérales des ressources chirurgicales pulmonaires (1929).

Séjour au sana de septembre 1929 à mai 1930. Rentre dans sa famille avec bacilloscopie positive.

Vient au Maroc et m'est adressée le 3 novembre 1930.

Se guérit en moins de six mois (novembre 1930 à mi-avril 1931. Bacilloscopie négative, depuis janvier 1931.

En février 1934, pneumonie du sommet gauche (ex-malade) classique, sauf hémoptysie très abondante, mais sans bacilles de Koch. Guérison en 9 jours.

Deux ans plus tard (1936), mariage, avec mon autorisation. Premier enfant (3 kgr.) septembre 1937 ; deuxième enfant octobre 1938 (3 kgr. 500). Allaités tous les deux, sans inconvénient pour la santé, sans retour offensif de la tuberculose.

(Trois autres malades sont mariées, mères d'enfants qu'elles ont allaités facilement).

La radiographie ne décèle pas trace de chaux dans la cicatrice. Celle-ci est uniquement fibreuse et n'enmure pas de bacilles. C'est une véritable apicolyse du sommet gauche. L'absence de chaux exclut la possibilité de la récidive par décalcification.

Deuxième radiographie. — M. H..., malade de 1932 à 1936. « Traitement physiologique en 1936. Nombreuses fautes alimentaires qui causent de l'ostéorragie et retardent la guérison. Enfin régime mieux suivi. Disparition de l'ostéorragie et guérison rapide.

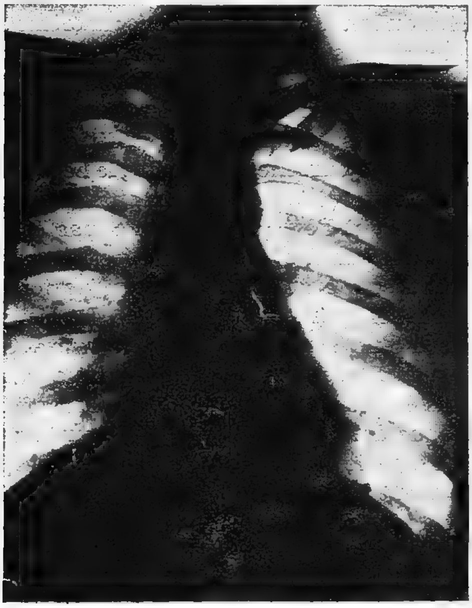
La plèvre paraît avoir seule pâti de l'infection. Bonne santé actuelle. Diminution de poids : 19 kgr.

Cette observation, comme la précédente, mériterait d'être relatée dans ses détails, pour l'intérêt dû, d'un côté aux épisodes favorables, de l'autre aux défavorables, et les enseignements qui se dégagent de leur comparaison. Le tout est conforme aux explications fournies dans mon petit livre (guérison de la tuberculose basée sur l'étude de cas de guérison spontanée).

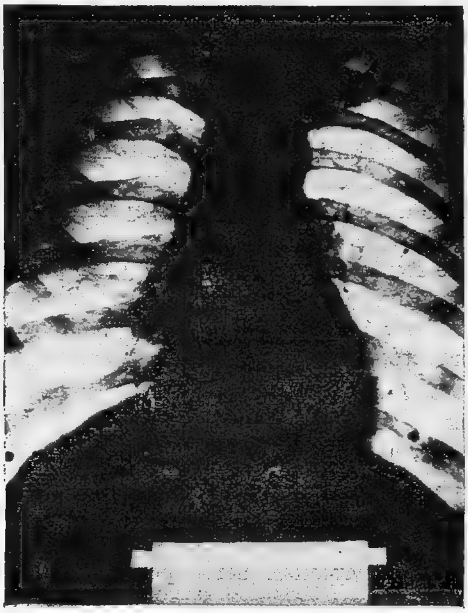
Pronostic

Comment, sur quelles données établir un pronostic, aussi bien pour les cas de mort que pour les vivants ? Surveiller ? Maintenir une tension suffisante ? Je n'ai jamais revu la malade de la première observation. Celle de la seconde avait une tension Mx de 11. On vit avec une tension de 11.

La conclusion à tirer de ces quelques exemples est : 1° que les malades se soumettent déjà trop tard à un traitement qui peut cependant les guérir à une période qu'on a le droit de qualifier d'extrême ; 2° que d'autres n'y ont même pas recours. Pourquoi ?



Radio n° 2



Radio n° 3

Le public médical, encore sceptique au sujet même de ce traitement, ne le conseille pas du tout ou pas avec l'énergie que mériterait la situation. Le public profane, lorsqu'il consent à s'y soumettre, en est détourné de divers côtés, et finit par se guérir dans des conditions qui n'assurent plus la sécurité ultérieure, alors qu'à une période moins avancée, le pronostic définitif serait beaucoup plus satisfaisant.

Ce public de gens persuadés de l'incurabilité de la tuberculose refuse un traitement quelconque avec ces paroles : « le médecin a dit que ce n'était pas grave. Donc ce n'est pas tuberculeux et ça s'en ira comme c'est venu », ou « c'est de la tuberculose, et le résultat sera le même, avec ou sans soins ».

Le public médical, dans la tuberculose, doit donc être convaincu. C'est à quoi je m'emploie suivant mes moyens et mes forces.

Selon la foi du public profane dans les textes officiels, une loi doit changer sa mentalité, et permettre au médecin d'agir librement sur tous les esprits de manière à décider sujets et responsables à recevoir des conseils qui doivent être fréquemment répétés pour être exécutés correctement.

Dr Paul FERRIER.

LA PETITE INSUFFISANCE HÉPATIQUE DANS LES LÉSIONS RESTREINTES ET LES TROUBLES PUREMENT FONCTIONNELS DU FOIE

POUR UN TRAITEMENT RATIONNEL, LE RÉGIME GARDE UN RÔLE CAPITAL.

Nous ne possédons, d'ailleurs, aucun excitant total de l'activité cellulaire, ce qui constituerait évidemment le médicament idéal.

Les médicaments, classiquement conseillés pour le traitement de l'insuffisance hépatique, se répartissent en :

1° *Cholérétiques*, qui agissent sur la fonction pigmentaire du foie et sur la sécrétion biliaire, dont il y a lieu de rapprocher les sucres, qui agissent sur la fonction glycogénique. On pourrait même se demander jusqu'à quel point, il y a intérêt à solliciter la fonction pigmentaire d'une cellule hépatique déjà insuffisante et si une telle pratique n'est pas dangereuse. Il n'y a donc lieu de n'employer que des drogues d'action légère, telles que le calomel ou les sels de soude, ces derniers jouissant par surcroît d'une propriété fluidifiante sur la bile. Le calomel se donne par période de cinq à dix jours, le matin à jeun à la dose de un à cinq centigrammes ; c'est, en même temps, un antiseptique intestinal. Les sels de soude, seuls ou associés (exemple : solution de Bourget) ont une action certaine, quand ils sont pris à jeun dans de l'eau chaude. Il faut encore citer les sels biliaires, les sucres ;

2° *Cholécystokinétiques*, agissant sur les voies biliaires extrahépatiques et sur l'excrétion biliaire ; ceux-ci (huile d'olives, sulfate de magnésie, etc.), ne sont pas particulièrement indiqués. Il en est de même des *antiseptiques* (sauf infections des voies biliaires) ;

3° *Opothérapiques.* Seule peut-être l'opothérapie hépatique pourrait être considérée comme susceptible d'agir sur l'ensemble des fonctions du foie. Les doses moyennes d'extrait hépatique paraissent indiquées dans toutes les formes d'insuffisance légère, secondaires aux infections et aux intoxications aiguës ou chroniques ; il en est de même pour les insuffisances hépatiques, qui accompagnent les affections parenchymateuses du foie, en particulier dans les cirrhoses. L'extrait de foie exerce un rôle heureux sur l'appétit, l'oligurie, sur l'asthénie physique et intellectuelle, sur la tendance aux hémorragies.

Dans ces conditions, c'est le *régime*, qui joue un rôle essentiel.

Mais, on ne peut imposer à un petit insuffisant hépatique les restrictions alimentaires, par exemple l'interdiction des aliments cholécystokinétiques, comme les œufs, et ceux qui sont riches en cholestérine, comme les abats.

La directive générale, en matière de diététique dans l'insuffisance hépatique, est d'éviter tout ce qui peut augmenter le travail de la cellule hépatique, et en particulier faire jouer ses fonctions antitoxiques ; on interdira donc les aliments fermentés, conservés, fumés (charcuterie, gibier avancé, fromages forts), les épices forts, les alcools et les vins forts. Il ne faut pas au petit bonheur interdire toutes les graisses, car celles-ci sont utiles du fait qu'elles apportent le carbone nécessaire à la restauration hépatique, qu'elles sont doucement cholagogues, et qu'elles protègent le malade contre l'amaigrissement. Parmi les graisses bien supportées se placent d'abord les graisses du lait. Sont aussi permis : la crème et ses succédanés, les fromages à la crème, ceux du type petit suisse ; on aura d'ailleurs toujours avantage à les faire additionner de sucre. Enfin, le beurre frais et sans aucune addition de margarine est toujours bien supporté ; le beurre blanc (beurre fondu versé sur les aliments au moment de s'en servir) l'est aussi, s'il n'a pas été surchauffé. Les huiles fraîches en petite quantité pourront être autorisées, quoique parfois déjà plus lourdes que le beurre. Enfin, les lécithines (jaune d'œuf) sont supportées en petites quantités, surtout si elles sont accompagnées de sucre.

Dans l'ensemble, le régime de l'insuffisance hépatique doit comporter au moins une fois par jour l'usage de la viande ou du poisson très frais, simplement préparé, quelques œufs très frais, tous les légumes préparés à l'anglaise, les fromages frais ou cuits, les fruits frais ou crus, le beurre frais, le miel. De temps à autre, petites cures de fait et de repos. Le lait a d'immenses avantages chez les hépatiques ; il est diurétique par ses chlorures et sa *lactose*, et, de plus, doucement cholagogue. Quand le malade le prend trop rapidement et en trop grande quantité à la fois, il peut être mal toléré ; le boire alors à la cuiller, et lui adjoindre un peu de pain grillé, qui fragmente le caillot dans l'estomac. Il est bon d'ajouter de la cellulose au régime sous forme de potages, de légumes verts ou de fruits.

Sont également recommandés les exercices physiques, l'hydrothérapie, les eaux minérales légèrement alcalines, telles que Vals-la-Reine, qui est plus sédative que Vichy, et très agréable à boire, en raison de son acide carbonique dissous ; cette eau de Vals-Reine se révèle aussi comme essentiellement diurétique, et permet ainsi une élimination parfaite des déchets, qui provient d'une insuffisance légère du foie.

Dr GEORGE.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Le syndrome subjectif des blessés du crâne

Il consiste essentiellement en céphalées et en éblouissements, accompagnés de quelques autres troubles accessoires. Ce syndrome s'observe dans toutes les blessures, aussi bien dans les blessures profondes qui intéressent les méninges, le cerveau, que dans les lésions superficielles qui n'intéressent que le cuir chevelu et la table externe. Il est trois fois plus fréquent chez les blessés n'ayant présenté qu'une blessure de la table externe que chez ceux qui ont eu une plaie cranio-cérébrale. On l'observerait dans une proportion, qui varie de 50 à 80 % environ, suivant les auteurs cités par le professeur agrégé Dereux.

La céphalée, de siège variable, est tantôt presque permanente, tantôt, et c'est le plus souvent, intermittente, apparaissant à certaines heures. L'acte de se baisser, l'effort, l'éternuement, la toux, la chaleur, le froid, la fatigue, les secousses, le bruit peuvent l'exaspérer ou l'occasionner.

L'éblouissement, dont se plaignent les blessés de la tête, est différent d'un vertige ; c'est une sensation de malaise subit, avec souvent comme un brouillard plus ou moins épais devant les yeux, ainsi que des lueurs, des étincelles, des mouches volantes. Il est de courte durée et le malade, qui craint de tomber, ne tombe en réalité jamais.

On note en même temps d'autres troubles : changements d'humeur, tristesse, dépression, irritabilité, colères fréquentes, état d'angoisse, émotivité extrême. On note encore des troubles du sommeil, de l'incapacité du travail, des troubles de la mémoire, des troubles vaso-moteurs (bouffées de chaleur, transpirations brusques, épistaxis).

Les signes ophtalmologiques subjectifs sont l'asthénie rétinienne (lecture pénible pendant quelques minutes, etc.), un rétrécissement du champ visuel, de l'amblyopie.

Quant au diagnostic, il faut tenir compte : de la simulation (très fréquente), de la sinistrose, du pithiatisme, des affections cérébro-méningées, des accidents comitiaux, des affections mentales.

C'est dans les appareils oculaire et auriculaire qu'on a recherché une série de signes objectifs, qui peuvent étayer le diagnostic positif du syndrome.

Parmi les symptômes tonoscopiques, on cite : l'instabilité de la tension de l'artère centrale de la rétine ; une élévation de tension de la veine centrale de la rétine, qui indique une élévation parallèle de la pression du liquide céphalo-rachidien ; des modifications pupillaires. Du côté de l'oreille, ce sont parfois une exsudation sanguine dans l'oreille moyenne, des troubles du réflexe cochléo-palpébral, des épreuves acoumétriques. Ces dernières épreuves pourront montrer une adultération de l'ouïe : hyperesthésie ou hypoesthésie auditive, fatigabilité psychique rapide. On examine enfin l'appareil vestibulaire.

Signalons la possibilité d'une tachycardie assez marquée, l'exagération des réflexes tendineux, une pression anormale du liquide céphalo-rachidien. (*Le Bulletin Médical*, 16 septembre 1939.)

La protamine-zinc insuline dans le traitement du diabète sucré

Il résulte d'une étude de MM. F. Rathery et P. Froment que la protamine-zinc-insuline représente une insuline souvent plus active que l'insuline ordinaire ou permettant, tout au moins, à l'organisme de rester d'une façon permanente sous l'influence de son action ; elle ne constitue pas une nouvelle hormone, un nouvel agent. Elle donne dans la cure du diabète consomptif des résultats souvent remarquables ; son emploi permet non seulement de réduire le nombre des injections, mais encore d'agir efficacement sur le diabète lui-même. Elle ne convient pas cependant à tous les diabétiques consomptifs, et on peut observer des échecs.

On ne prescrira, en effet pas ce composé, quand il faut agir rapidement et de façon massive, comme dans le coma diabétique. On ne le prescrira pas non plus, quand le sujet ne peut se soumettre à des règles diététiques précises, et être placé sous une direction médicale avertie. Cette insuline est beaucoup plus délicate à manier que l'insuline ordinaire, et l'on peut assister à des accidents parfois fort graves, si chaque sujet ne peut être surveillé attentivement et traité d'après les résultats des examens des urines et du sang ; il est impossible de fixer des règles définitives, car les variations individuelles du retard et de la durée d'action du médicament, ainsi que les anomalies de la courbe glycémique obligent à procéder par tâtonnements successifs. A noter enfin que la protamine-zinc-insuline est susceptible, comme l'insuline ordinaire, de donner des phénomènes d'hyperinsulinisme. (*Paris Médical*, 1er juillet 1939.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de chirurgie

Séance du 15 novembre 1939

M. Mocquot présente un rapport sur un travail de M. Wertheimer intitulé : *Les troubles vasculaires provoqués par les côtes cervicales.*

M. Moure fait une communication *sur les synovites tuberculeuses des doigts chez les bouchers.* Il s'agit de synovites à bacilles tuberculeux bovins et ces affections posent une question médico-légale intéressante : leur rattachement au groupe des accidents du travail.

Le traitement des plaies de poitrine

M. Ameline fait un rapport sur un travail de M. Desjacques (aux Armées) relatif au traitement des plaies de poitrine. Les observations de l'auteur concernent des cas de pratique civile. Les plaies de poitrine de la chirurgie civile sont un peu différentes, dans leur ensemble, des plaies de poitrine de la chirurgie de guerre. M. Ameline signale une statistique qu'il a pu établir pendant la guerre 1914-18. Dans les cas qu'il a réunis, la mortalité a été de 30 % au poste de secours, de 25 % à l'ambulance divisionnaire et de 18 % dans les hôpitaux de l'arrière, soit un total de 43 % de mortalité.

M. Desjacques a employé, chez neuf opérés de plaies de poitrine, 5 fois l'anesthésie locale et 2 fois l'anesthésie générale. Personnellement, M. Ameline a utilisé l'anesthésie générale et l'anesthésie locale.

L'ozonothérapie

M. Aubourg, invité par l'Académie, expose les résultats qu'il obtient depuis plusieurs années avec l'ozonothérapie dans le traitement de plaies de nature très diverse.

L'ozone, dit-il, est un désinfectant et un cicatrisant des tissus. Ce gaz, oxydant énergique, offre de grands avantages et n'a plus avec sa préparation actuelle d'inconvénient.

Nombre d'agents bactéricides ont été pratiquement abandonnés parce qu'ils sont plus ou moins corrosifs et bouleversent les moyens de défense du sang. Au contraire, l'ozone n'a aucune action corrosive ; elle apporte un élément bactéricide et anti-toxinique ; elle stimule les organes d'élimination, voies biliaires et reins.

M. Aubourg présente un nombre important d'observations de plaies et d'affections chirurgicales diverses qui ont été traitées dans son service de l'hôpital Beaujon, par l'ozone : brûlures, suppurations phlegmoneuses, plaies atones, escarres, ulcères variqueux, escarres de décubitus, fissures anales, fistules costales, fistules biliaires, etc. Quatre cas de brûlure ont guéri dans les délais habituels, mais avec une cicatrice parfaite, souple, mobile. Sept ulcères variqueux (sur 17) ont guéri en moins de deux mois. Des fissures anales sont devenues rapidement indolores et se sont cicatrisées en quatre mois . Des fistules osseuses se sont taries en 15 à 45 jours, etc. Dans l'ensemble, la statistique des cas ainsi traités comporte 80 % de cicatrisations, 10 % d'améliorations et 10 % seulement d'insuccès.

L'ozone médical est, en pratique, un mélange d'ozone et d'oxygène : 95 % d'oxygène et 5 % ou un peu moins d'ozone. Cette proportion s'appelle la concentration. Longtemps, l'ozone a été obtenu par le passage d'oxygène sur des effluves électriques. Or, l'oxygène courant contient toujours de l'azote et l'ozone ainsi préparé a, dans sa composition, des produits nitreux corrosifs. Aujourd'hui, avec les nouveaux procédés de préparation, l'ozone médical, dérivé d'un oxygène N, titre 99,8 % de pureté. Aucun des accidents nitreux n'est plus à redouter. On utilise l'ozone en applications de courant gazeux, injections locales, lavements d'ozone.

Tous les auteurs sont d'accord pour admettre qu'un contact de 6 à 20 minutes avec l'ozone détruit les microbes, aérobies ou anaérobies. L'ozonothérapie, d'autre part, rétablit l'équilibre acido-basique. S'appuyant sur 3 ans 1/2 de pratique de l'ozonothérapie à l'hôpital Beaujon, M. Aubourg pense que cette méthode de traitement pourrait être employée souvent en chirurgie d'armée.

— M. Chevrier s'explique difficilement comment l'ozone peut tuer les microbes *aérobies.* Le pyocyanique, par exemple, n'est pas détruit par l'oxygène alors que le simple acide borique (alcool boriqué) en débarrasse rapidement les plaies. D'autre part, a-t-on essayé l'ozone dans les cas médicaux. Son emploi pourrait-il être envisagé chez les gazés ?

— M. Aubourg a obtenu avec l'ozonothérapie de très bons résultats dans quelques cas d'intoxication (CO, gaz d'éclairage) et il estime que l'on pourrait utilement s'y adresser chez les gazés. L'action bactéricide de l'ozone sur les aérobies tient sans doute à ce que ce gaz modifie le pH des sécrétions, qu'il acidifie.

P. Lacroix

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

LA DÉFENSE CONTRE L'ENNUI AUX ARMÉES

L'ennui, ce n'est évidemment pas un de ces maux majeurs auxquels songe le mobilisé lorsqu'il quitte sa famille. Et même je gage que beaucoup de nos jeunes amis, ceux qui actuellement se démènent comme des forcenés dans leurs postes de secours, ne liront pas ce titre sans un mouvement d'indignation. Il est bien question d'ennui lorsqu'on ne trouve même pas deux heures de tranquillité pour dormir enfin une bonne fois !

D'accord ! mais on n'est pas perpétuellement au combat. Et même en ligne il y a des journées calmes où canon et mitrailleuses semblent, de part et d'autre, s'accorder une trêve. Lorsque les combattants se tiennent cois, le médecin ne sait littéralement pas quoi faire de ses dix doigts : si l'on ne démolit plus, le réparateur chôme.

Dans les ambulances, les hôpitaux, surtout ceux de l'arrière ou de l'intérieur il y a probablement de très nombreux confrères qui, depuis des semaines, attendent leurs premiers blessés. Que faire au long de ces journées d'autant plus interminables qu'ils n'ont pas encore perdu le rythme habituel de la vie du médecin ? Ils « se rongent » comme me l'écrivait ces jours-ci un ami ; et si c'est là un réflexe naturel il faut convenir pourtant que l'équilibre intérieur n'en est pas amélioré. Se résigner (de combien de résignation n'est pas faite la mentalité de guerre ?) et tirer le meilleur parti de la situation, voilà, semble-t-il, la sagesse. Sagesse difficile à acquérir au début ; plus tard vient l'accoutumance, car l'être humain s'adapte à bien des conditions qu'il jugeait insupportables. Mais, en attendant, il faut vivre ou du moins ne pas se laisser choir dans la consomption du désœuvrement.

Le premier mouvement c'est de chercher refuge auprès de ses semblables. Dans les formations sanitaires les semblables sont tout trouvés : le médecin citadin converse avec le rural, le spécialiste avec le praticien. Si différentes soient les personnalités une face commune les relie toutes qui fournit une ambiance favorable ; à chacun de détecter ensuite ses proches d'esprit et de cœur. Mais n'allez pas croire que les médecins de corps de troupe soient, de ce point de vue, plus mal lotis. Ils se sentiront isolés, soit, dans leur sphère médicale ; pour les indépendants cette situation ne manque pas de charme. Ils ont la responsabilité, mais aussi l'initiative ; ni l'une ni l'autre ne sont faites pour déplaire à un médecin ni pour le désorienter puisqu'elles constituent les deux piliers jumelés de son activité. Et d'autre part ils vivront dans l'intimité (une intimité comme il ne s'en voit pas en temps de paix) de gens d'une autre formation intellectuelle dont ils peuvent apprendre beaucoup. Mes meilleurs moments, pendant l'autre guerre, je les ai vécus parmi les artilleurs d'un groupe de 75. Les jeunes, encore échauffés par leurs concours de l'X, m'expliquaient la trigonométrie et, en revanche, m'interviewaient sur la médecine. Avec les ainés j'accédais aux idées générales qui, en temps de guerre, deviennent une forme de secours de première urgence. Car la permanente possibilité de mourir exige qu'on se hâte d'acquérir quelques précisions sur la vie.

Mais la compagnie la mieux composée ne fait pas que converser : tôt ou tard il se trouvera un quidam pour tirer un jeu de cartes de sa poche et proposer d'un ton jovial. « Si on faisait un bridge ? » Mai foi, c'est une façon comme une autre de tuer le temps ; et puisque le temps est de ces ennemis que l'on tue parfois, même en période de paix, que sera-ce aujourd'hui ? Faites donc un bridge, mes amis, si cela vous chante: toute arme est bonne contre l'ennui.

Pourtant il y a ceux qui ne savent pas le bridge, ceux aussi qui ne redoutent pas la solitude et même s'y complaisent à certains moments. Rêvasser, réfléchir, s'interroger et se déterminer à propos de tel ou tel problème général ou personnel, ce sont les heureux passe-temps du solitaire, et il ne manque certes pas de pâture aujourd'hui. Mais lorsqu'on est absorbé comme nous le sommes par une sollicitude qui domine toutes les autres, où l'esprit retourne sitôt en liberté et à propos de laquelle il s'énerve de son impuissance, il sied, je crois, de le tenir en laisse.

La laisse la plus subtile et la plus persuasive c'est le livre, et il n'y a guère, je suppose, de confrère mobilisé qui n'ait emporté dans sa cantine deux ou trois bouquins de choix. Des ouvrages médicaux ? peut-être : certains auront estimé que la guerre leur fournissait l'occasion rêvée, et depuis longtemps attendue, de « piocher » quelques questions nouvelles ou de reviser leurs connaissances. Souvent c'est la maladie qui apporte cette occasion-là ; à tout prendre la guerre est-elle autre chose ?

Cependant elle constitue un climat d'une nature tout à fait spéciale et dont il vaut la peine de profiter car aucun drame personnel ou familial ne le réalise. L'angoisse à propos d'un être cher isole l'individu des autres hommes et lui fait sentir la place dérisoire qu'il tient parmi eux. La tension douloureuse de tout un peuple exalte au contraire chacun de ses citoyens au dessus de lui-même : serré parmi les autres comme l'épi dans une gerbe il accède à la conscience nationale. Aujourd'hui tous, tant que nous sommes, nous nous sentons plus spécifiquement et, si l'on veut, plus fatalement Français qu'il y a quelques semaines. Nous pouvons nous dire l'un à l'autre, sans encourir le ridicule, l'exhortation que les Anglais adressent aux nouveaux mariés « Pour le meilleur et pour le pire ».

Aussi est-ce sans doute le moment de prospecter de nouveau notre héritage, je veux dire de relire les œuvres qui ont façonné notre langage : Montaigne, Ronsard et bien entendu, médecins que nous sommes, Rabelais. Je me souviens (encore des souvenirs de « l'autre », excusez-moi) d'avoir été éberlué par un lieutenant de mon groupe qui, sur la position de batterie et tout en commandant le tir, lisait les Oraisons Funèbres. J'avais cru , sur le moment, m'en tenant à la lettre, qu'il faisait réellement oraison et qu'il promenait en compagnie de Bossuet des méditations moroses. En réalité c'était un homme réfléchi mais non triste. Je crois maintenant que d'instinct et sans peut-être s'en être expliqué à lui-même il avait perçu le besoin de revoir quelques aspects primordiaux de notre domaine natal.

Ceci soit dit, du reste, sans exclure le moins du monde les modernes, les étrangers : une belle occasion aussi de renouer avec Shakespeare, Dante et même, ne soyons pas sectaires, Goethe. Les revues, les journaux, les illustrés grivois vont foisonner parmi vous : on est militaires, fichtre ! et les découpures galantes orneront vos murs. Passe pour ceux de l'arrière : cela fera salle de garde, et c'est une façon de se rajeunir à bon compte. A l'avant, où est la vraie jeunesse, la plus..... exigeante et la plus sevrée, ces dessins-là prennent un air de défi singulièrement irritant certains jours ; car enfin vous n'êtes pas tous, je m'imagine, de la même étoffe que Saint-Antoine.

Et si vos yeux clignent d'avoir lu trop longtemps, il vous reste encore plus d'un truc pour occuper les heures vides : examiner la flore de la région si le P. C. N. vous a laissé quelques notions de botanique, crayonner des croquis qui feront la joie et la fierté des vôtres, regarder l'automne roussir les feuillages et les brumes d'octobre s'égoutter sur les brins d'herbe, humer en fermant les yeux l'odeur âcre du bois qui s'allume, écouter dans la nuit le lointain coup de feu du veilleur qui se répercute de crête en crête, à faire croire qu'un braconnier rôde par là-bas. Apprenez, citadins, à connaître la campagne : jamais plus vous ne vivrez aussi proches d'elle que vous l'êtes en ce moment.

Avez-vous songé aussi aux travaux manuels ? On rencontre encore parfois, ornant une cheminée ou un buffet, de ces douilles d'obus que maints bricoleurs ciselèrent pendant leurs heures creuses de 1914 à 1918. Il y eut aussi les briquets, les encriers , les porte-plumes confectionnés avec des balles ou des fusées. Des mois durant l'artisanat français s'adonna au travail du cuivre et connut une efflorescence qu'il n'a peut-être plus retrouvée depuis. Qu'ils ne courent pas les rues les médecins aptes à graver sur métaux, je me l'imagine bien ; mais tel qui modèle la glaise pour le Salon annuel peut fort bien, de la pointe de son couteau, tailler une souche d'épine noire et s'enorgueillir d'un gourdin à la ressemblance de Hitler. On peut se contenter de plus modestes dessins : j'ai connu un commandant qui avait acquis une dextérité rare pour construire des pièges à rats. Grâce à lui notre demeure forestière fut radicalement purgée des rôdeurs nocturnes.

Tout ceci revient à dire , mes amis, que l'on se défend mieux, quoi qu'il en paraisse, de l'ennui que des gaz ; contre ceux-ci l'on a inventé la défense dite passive faite d'attente, de filtres... et d'espoir que cela tombera à côté. Contre l'ennui existe une défense agissante qui comporte des contre-attaques et des offensives. Cela va mieux aux guerriers que vous êtes devenus.

D'ici quelques mois (à Dieu plaise que vous ayez fini avant !) vous aurez du reste, de vous-mêmes, trouvé remède à toutes sortes de maux qui vous taquinent aujourd'hui. Vous commencerez à rassembler vos esprits et plus d'un, parmi vous, aura déjà pris des notes pour ajouter quelque chapitre inédit à la pathologie de guerre ou même, et je le souhaite, pour une nouvelle « Vie des martyrs ».

Et ceux-là n'auront vraiment plus besoin d'un formulaire contre l'ennui. Il nous aideront même à combattre le nôtre.

G. Lavalée.

LES MÉDECINS ÉTRANGERS EXERÇANT EN FRANCE

De très nombreuses lettres me sont parvenues à la suite de mon article du 12 novembre. Les approbations et les reproches et même les insultes y alternent. Une mise au point s'impose sur ce sujet. Elle paraîtra dans le prochain numéro.

G. L.

LE PORT RÉGULIER DES INSIGNES DE LA CROIX ROUGE

Nous avons reçu la lettre suivante (n° 7.396) :

Il a paru dans certains journaux une note suivant laquelle l'insigne de la Croix-Rouge de Genève serait pour ainsi dire monopolisé par l'armée. Pourtant le fait, pour des médecins civils requis pour donner leurs soins en cas d'accidents (fréquents aujourd'hui) ou de maladie dans la population civile, puis d'être encore les principaux agents de la défense passive, tout cela justifierait une marque extérieure de présence ou de passage... sur les voitures médicales civiles.

On a parlé de contravention possible. Mais contravention à quel arrêté ou à quel décret ?

Etre officiellement affecté à un service de santé publique ne constituerait donc pas un droit à utiliser le signe distinctif international de ce service ? Mais on pourrait abuser de la Croix de Genève à la devanture des pharmaciens, sur les paquets de pansement et les musiciens en rupture de trombone, les garçons de ferme promus infirmiers par la grâce de quelque fantaisie militaire exhiberaient leurs brassards.

Vous êtes trop complaisant et trop documenté pour ne pas fixer cet intéressant point de droit dont je me suis entretenu avec plusieurs confrères soucieux de respecter un règlement s'il existe, mais désireux aussi de se mettre très complètement, le plus complètement possible, à la disposition du public.

Dr B.

Réponse

L'utilisation de la croix rouge sur fond blanc a été réglementée par la Convention de Genève du 3 juillet 1906. Le port en est uniquement réservé au Service de santé militaire, à ses dépendances et aux sociétés dites de Croix-Rouge, régulièrement accréditées et reconnues.

Cependant, avant la guerre présente, des abus avaient été commis et réprimés. C'est ainsi qu'on avait contraint certains pharmaciens à n'utiliser, comme enseigne, qu'une croix verte ou une croix de Saint-André rouge. Néanmoins, beaucoup d'objets de pansements, paquets de coton ou autres, arborent des croix rouges sur fond blanc.

Si une certaine tolérance s'était cependant instituée, c'est que, du temps de paix, l'emblème de la Croix-Rouge semblait désigner tout ce qui était médical ou pharmaceutique, destiné à la vente.

Il n'en est plus de même, en temps de guerre, car l'insigne de Genève est un emblème international de neutralité. Il convient donc de faire respecter les règlements, qui découlent de conventions internationales.

Pour le port lui-même de l'insigne de Genève, seules les infirmières des sociétés de Croix-Rouge peuvent l'arborer, lorsqu'elles ont obtenu leur diplôme, après trois années d'études. Encore faut-il que l'écusson comporte l'indication des initiales : U. F. F., S. S. B. M. A. D. F.

Certaines sociétés médicales s'étaient créées, pour réunir les praticiens automobilistes. Un insigne, délivré par la Société et comportant une croix rouge avait été délivré aux adhérents, pour être fixé par une ventouse à la glace avant de l'auto. On espérait, de la sorte, obtenir une certaine bienveillance de la part des agents chargés de la police de la circulation, tant dans les villes que sur les routes. Certains pensaient également que la voiture du praticien serait signalée aux populations rurales, qui profiteraient du passage du médecin dans une petite localité, pour le faire appeler à domicile.

Des Instructions de police ont été données pour que ces insignes disparaissent des autos médicales. Nous n'avons pas pu nous procurer ces textes réglementaires. Disons d'ailleurs qu'à la vérité, beaucoup de confrères ont déclaré n'avoir retiré aucun bénéfice du port de l'insigne de la croix-rouge sur leurs véhicules.

Un décret du 13 août 1939, publié au *Journal Officiel* du 30 septembre 1939, est relatif au rôle et au fonctionnement général des sociétés d'assistance aux blessés et malades de l'armée. Un arrêté du 10 septembre 1939, également publié le 30 septembre au *Journal Officiel*, réglemente l'usage et le port des insignes de neutralité de la Convention de Genève en temps de guerre. En dehors du personnel du Service de santé des armées, le brassard est délivré aux ayants-droit (Croix-Rouge, personnel civil requis par l'autorité militaire, qui les timbre). Le porteur doit être muni d'une carte d'identité spéciale.

Quant au fanion de la Convention de Genève, il ne pourra être arboré sur un véhicule qu'en vertu d'une autorisation du Service de santé. Il sera toujours accompagné du fanion national.

Les infractions à ces règles sont punies par les peines prévues par la loi du 24 juillet 1913, modifiée par celle du 4 juillet 1939. Citons encore à ce sujet le décret du 29 octobre 1913.

Les pénalités prévues sont de 50 à 1.000 francs d'amende et un emprisonnement de 15 jours à six mois, ou l'une de ces deux peines seulement. L'article 463 du Code pénal est applicable ; autrement dit, le tribunal correctionnel peut admettre les circonstances atténuantes et réduire la peine.

Dr Paul BOUDIN.

LE SAUVETAGE DES AVIATEURS TOMBÉS EN MER

C'est là un problème, dont personne ne méconnaît l'intérêt. Il a été déjà résolu dans certaines de ses parties ; mais d'autres restent encore à l'étude, et font l'objet de recherches actives de la part des services compétents.

Toujours est-il que l'organisation de ce service de secours est fort complexe.

Deux cas peuvent, en effet, se produire : ou bien l'avion, encore monté par son équipage, tombe à la mer ; ou bien, par suite d'une cause soudaine, exigeant sous peine de danger de mort l'abandon immédiat de l'appareil, le personnel navigant se jette en parachute.

Il convient tout d'abord d'envisager certaines **mesures préventives.** Celles-ci auront notamment pour but de prévoir un équipement de vol permettant à un pilote, même blessé, de flotter à la surface en attendant l'arrivée des secours, et de déclencher un dispositif assurant le **repérage rapide et facile du sinistré** par un avion, qui, en décrivant des cercles au-dessus du point de chute, indiquera aux sauveteurs l'endroit exact où doit porter leur intervention. Il est également nécessaire au sinistré de pouvoir alerter les navires qui voguent dans les parages, afin qu'ils apportent leur secours avec un maximum de célérité.

MM. SILLEVAERTS et GOOR (1) ont exposé récemment l'état actuel de la question en ce qui concerne :

1° les combinaisons de vol insubmersibles ; 2° les produits colorants portés par le pilote et susceptibles de produire une tache de grande envergure, de couleur intense, tranchant violemment sur celle des flots et persistant même en cas de houle assez forte ; 3° l'emploi de vêtements ou de parties de vêtements teintés en blanc ou en jaune, et facilitant le repérage à courte distance ; 4° le moyen de secours le plus rapide, le plus sûr et le plus confortable : vedette ultra-rapide ou avion amphibie ; 5° les possibilités les meilleures de repêchage et de mise à bord des sinistrés.

***

LES COMBINAISONS INSUBMERSIBLES.

Etant donné les moyens de fixation du parachute, le dispositif de fixation du pilote sur son siège, l'encombrement habituel de l'habitacle et le peu d'espace disponible à bord, on ne peut songer à l'emploi de flotteurs et de ceintures de toute nature.

Il est, dès lors, absolument indispensable que ce soit la combinaison de vol que le pilote revêt par-dessus son uniforme, qui soit elle-même insubmersible. Certes l'emploi d'un vêtement de ce genre ne permet pas à l'aviateur de conserver la station droite, ainsi qu'il pourrait le faire, s'il était muni d'une ceinture de sauvetage ; le sinistré flotte en position horizontale à la surface de l'eau ; la tête émergeant quelque peu.

L'Aéronautique militaire belge vient d'adopter une solution de ce genre, par la confection d'un vêtement, qui permet à un homme, même accidenté et sous l'effet d'une syncope prolongée, d'être maintenu sur l'eau, la tête hors de l'eau pour éviter la noyade.

Il ne s'agit pas d'appareils pneumatiques encombrants ; pas d'appareils sustenteurs pouvant se déchirer, qui nécessitent la mise en jeu, bien souvent difficile au dernier moment, d'un tube à air comprimé. Pour la confection de ce vêtement, on emploie de préférence un produit léger, souple, très chaud, conservant quasi-indéfiniment, même mouillé, ses propriétés de flottaison. Ce produit se glisse entre le tissu extérieur de la combinaison et la doublure, à la façon d'une couche isolante. Il est constitué par du kapok de Java, à longues fibres, de la meilleure qualité. Ses fibres, de structure creuse, ménagent entre elles une quantité considérable de petites chambres à air, qui procurent une excellente flottabilité au vêtement ainsi doublé. Celui-ci assure de plus une excellente protection contre le froid, et il a permis d'effectuer des vols à 7 ou 8.000 mètres, sans aucune autre protection vestimentaire. Ce kapok est léger, inodore, imputrescible ; sa densité est six fois moindre que celle d'un bon liège moyen.

Le vêtement ainsi doublé prendra de préférence la forme d'une salopette de mécanicien, recouvrant tout le corps, du cou-de-pied au cou, faite

(1) Le sauvetage côtier des aviateurs tombés en mer (*Bruxelles Médical*, 1er octobre 1939).

de toile à trame très serrée et pourvue de nombreuses fermetures « éclairs » assurant une bonne fermeture, tout en permettant un habillage et un déshabillage facile et rapide. Comme il n'entre aucun tissu caoutchouté dans la confection de ce vêtement, celui-ci ne se détériore, ni sous l'influence de la chaleur, ni de la lumière ; il se conserve comme les vêtements ordinaires, sans aucune précaution particulière.

Tous les essais pratiqués avec ce vêtement ont nettement démontré que ceux qui en sont porteurs, même s'ils sont momentanément entraînés sous l'eau, reviennent très rapidement à la surface et flottent, sans qu'il leur soit nécessaire de faire d'autres mouvements que celui de se retourner s'ils ne se trouvent pas sur le dos. Inutile de savoir nager ; d'ailleurs les contusions ou les blessures, relativement fréquentes dans ce genre d'accidents, permettraient très rarement au sujet de le faire.

***

POUR FACILITER LE REPÉRAGE DU POINT DE CHUTE ET LE REPÊCHAGE DU SINISTRÉ.

Les produits colorants pour faciliter le repérage du point de chute devront être très solubles, ne pas réagir au contact de l'eau salée, en outre, ils seront d'une teinte colorante intense, d'un prix relativement modique, d'une teinte tranchant nettement avec celle des flots par temps sombre comme par ciel radieux. Ils se présenteront sous forme de poudre pour la facilité de leur transport, dans une poche ménagée dans la combinaison insubmersible. Il faut, en effet, que l'eau puisse arriver instantanément à leur contact, car le pilote peut être étourdi, en syncope ou blessé, et incapable d'utiliser ses membres pour libérer le produit de sa cachette.

La fluorescéine et le bleu de méthylène sont à expérimenter. Cependant le prix de revient de ces produits est assez élevé.

Notons toutefois que, ce procédé ne fera peut-être pas ses preuves, en raison des difficultés d'obtenir un colorant de teinte assez accentuée.

Il en sera de même en ce qui concerne l'emploi de vêtements, ou de parties de vêtements teintés, pour faciliter le repérage à courte distance. La majeure partie de la combinaison insubmersible ayant été recouverte par l'eau, il faudrait adapter sur la tête, maintenue hors de l'eau, une calotte en toile colorée fixée sur le casque.

Quant aux moyens de transport des secours et au repêchage, on peut envisager soit le canot de sauvetage d'un navire, qui devrait être muni d'un moteur afin d'être rapide — soit l'avion amphibie. Cependant pour celui-ci il faut tenir compte de la difficulté de mise à bord du sinistré ; d'autre part, sa dérive sous l'action du vent, une fois qu'il a amerri, est considérable par rapport à celle du sinistré à repêcher.

Pour effectuer ce repêchage, il deviendra inutile grâce aux combinaisons insubmersibles, de lancer à proximité du naufragé une planche, une bouée, auxquelles il puisse s'accrocher. Le canot de sauvetage s'en approchera le plus possible. Cependant on ne devra guère compter sur l'aide que le sujet peut prêter à son sauvetage ; il est possible, en effet, qu'il ait perdu connaissance ou qu'il ne soit pas à même de mouvoir ses membres supérieurs.

Un sauveteur, sachant bien nager, se jettera à la mer, et s'aidant d'un dispositif de flottaison, qui lui confèrera une très grande liberté de mouvements, il pourra amener le naufragé, flottant grâce à sa combinaison insubmersible, à proximité immédiate du canot ou de l'avion. Un filin, reliant le sauveteur au bord, serait d'une grande utilité, pour le haler à proximité du moyen de sauvetage. La mise à bord pourrait être très facilitée par l'emploi de sangles en toile forte, que l'on glisserait sous les aisselles et sous les cuisses.

Le sujet pouvant être blessé, il faut que toutes ces opérations s'effectuent avec un minimum de heurt, de secousses et d'à-coups. On ne pourra guère pratiquer, à bord, la respiration artificielle, si ce n'est par le procédé utilisant la traction de la langue ; pas de soins spéciaux, à part l'arrêt d'une hémorragie. Il faudra surtout empêcher le sujet de se refroidir, car, malgré sa combinaison, il sera ruisselant d'eau ; à cette fin, on l'enveloppera de nombreuses couvertures.

G. FISCHER.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

Soins à donner aux voitures immobilisées

Nous voici arrivés à la date où, en temps normal, après avoir visité le Salon de l'Automobile, il est possible de résumer les observations faites pendant cette manifestation capitale de l'activité française et étrangère dans le domaine de la fabrication des automobiles et de ses accessoires.

Cette année, hélas, si l'automobile mérite plus que jamais la reconnaissance du Pays, il serait contraire aux intérêts de la Défense nationale, de révéler les dernières créations de nos constructeurs.

Nous nous en voudrions, cependant, étant donné que l'âge nous dispense de « servir » en qualité de militaire, de ne pas essayer tout au moins de rendre service aux « civils », restés à l'arrière, dans la petite sphère réservée à cette Chronique, en continuant à donner à nos lecteurs quelques conseils appropriés aux circonstances.

Le plus urgent dans ce sens, est, semble-t-il, d'indiquer les soins à prendre pour la bonne conservation des voitures immobilisées.

Beaucoup de médecins, en effet, ont été appelés à rejoindre leur corps précipitamment, sans avoir le temps matériel de préparer leurs voitures à une immobilisation qui risque d'être longue. Et leurs femmes, si elles savent, nombreuses, conduire avec dextérité, ignorent sans doute, pour la plupart, ce qu'il y a lieu de faire afin qu'à chaque permission, jusqu'au retour définitif au foyer, les voitures soient prêtes à rouler.

Disons tout d'abord que la négligence en cette matière peut coûter très cher, car ni les pneumatiques, ni les batteries d'accumulateurs, ni les radiateurs, ni même la carrosserie ne s'accommoderaient d'un repos prolongé s'ils étaient purement et simplement abandonnés à leur nouveau sort.

Nous allons donc passer en revue ces diverses parties de la voiture en indiquant les soins à leur donner :

Pneumatiques. — La première précaution à prendre est de mettre la voiture sur cric, puis de disposer des cales solides (pièces de bois, briques, etc.), en évitant de les placer sous des parties faibles, tels que ressorts, amortisseurs, pare-chocs, etc., afin que les pneumatiques ne reposent plus sur le sol, évitant ainsi qu'ils supportent le poids de la voiture.

Si on prévoit une immobilisation de très longue durée, il sera même préférable de faire démonter les pneus, y compris celui de la roue de secours, et de les remiser dans une pièce ni trop chaude, ni trop froide, loin de tout radiateur ou poêle et d'une fenêtre, après les avoir talqués abondamment, ainsi que les chambres à air préalablement dégonflées et suspendues sur une large patère.

On évitera ainsi le fendillement de la gomme susceptible de rendre enveloppes et chambres absolument inutilisables.

Batteries d'accumulateurs. — Une batterie qui n'est soumise à aucun travail électrique se décharge cependant d'environ 1 % par jour ; en pratique, la décharge complète est obtenue en moins de trois mois.

D'autre part, une batterie qui n'est pas entretenue chargée se dégrade, les plaques se sulfatent et il peut devenir impossible de la régénérer par une charge normale.

Deux solutions sont à envisager pour remédier à ce grave danger.

La première consiste à mettre la batterie en charge, au minimum une fois par mois, au régime de 5 ampères environ.

La deuxième solution, plus catégorique, mène à décharger la batterie à fond, à petit régime, sur une résistance quelconque, par exemple sur le circuit d'éclairage de la voiture. Vider ensuite la batterie, puis remplir les éléments avec de l'eau, et après quelques heures d'attente, les vider de nouveau complètement.

Ces diverses opérations demandent l'intervention d'un mécanicien-électricien, car elles entraînent le démontage de la batterie, de même que la remise en service, mais il est évident que ce sont les seules qui donnent une sécurité absolue de bonne conservation.

Radiateur. — La vidange totale du radiateur est indispensable, dans le double but d'éviter la gelée pendant l'hiver et l'engorgement et la rouille des conduites par les dépôts calcaires et l'oxydation.

Carrosserie. — Laver la voiture, puis lustrer la carrosserie soigneusement avec un très bon produit désoxydant, car, comme l'explique la notice de l'un des plus connus et des meilleurs de ces produits, le Tumbler, l'émail des carrosseries s'oxyde comme un métal. Ne pas oublier de passer ensuite un peu de vaseline neutre sur les parties nickelées ou chromées.

— En prenant ces quelques précautions, on évitera des surprises très désagréables et des dépenses qui peuvent atteindre plusieurs milliers de francs.

Marcel Toussaint.

LA SUSPENSION DES POLICES D'ASSURANCE-ACCIDENTS POUR LES VOITURES IMMOBILISÉES

Les médecins dont la voiture est immobilisée du fait de la guerre peuvent demander à leur Compagnie d'assurances, lorsque la voiture doit rester *complètement inutilisée*, de suspendre l'effet de la police d'assurance-accidents. D'une manière générale, les Compagnies d'assurances accordent cette suspension, que l'assuré a la possibilité d'interrompre à toute date. Il y a là une économie simple à réaliser et qui peut être intéressante.

P. L.

DOCUMENTATION DU TEMPS DE GUERRE

Décret du 4 octobre 1939 déterminant les mesures exceptionnelles d'hygiène motivées par l'état de guerre

Nous recommandons à nos confrères non mobilisés la lecture attentive de ce document qui est susceptible de leur être utile. Il prévoit la nomination de « médecins assistants d'hygiène » que les Préfets peuvent éventuellement choisir parmi les médecins civils requis. Il décrit le rôle de ces assistants d'hygiène, fixe le taux de leur rétribution et certaines de leurs prérogatives.

Art. 1er. — Dans les départements qui n'ont pas encore organisé le service d'inspection et de contrôle de la santé publique prévu par la loi du 15 février 1902 et le décret-loi du 30 octobre 1935, il sera immédiatement pourvu à cette organisation par arrêté préfectoral.

La commission départementale a qualité pour voter les crédits nécessaires au fonctionnement de ce service, lesquels seront éventuellement inscrits d'office au budget départemental.

Ce service comporte obligatoirement un inspecteur départemental d'hygiène, chef du service et, selon les besoins, un ou plusieurs inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène.

Dans les départements où le poste d'inspecteur départemental d'hygiène est vacant, le ministre de la Santé publique, sur proposition du préfet, nomme, pour en remplir les fonctions à titre temporaire, soit un inspecteur adjoint départemental d'hygiène, soit un médecin qualifié, compte tenu des prescriptions des décrets du 1er septembre 1939 et du 11 septembre 1939.

Le ministre de la Santé publique peut, dans les mêmes conditions, pourvoir aux vacances d'inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène.

Art. 2. — Dans les départements de repliement, le préfet peut, pour assurer l'exécution des mesures sanitaires prévues par le présent décret, soit désigner des directeurs et des directeurs-adjoints de bureaux municipaux d'hygiène, soit recourir à des médecins militaires désignés par la Direction régionale du Service de santé militaire, ou exceptionnellement à des médecins requis conformément aux décrets du 1er septembre 1939 et 11 septembre 1939.

Parmi les médecins civils requis, placés sous l'autorité de l'inspecteur départemental d'hygiène et dénommés médecins assistants d'hygiène pour l'application du présent décret, un ou plusieurs suivant les nécessités du service, peuvent être chargés des fonctions d'inspecteur adjoint départemental d'hygiène.

Les préfets des départements de repliement peuvent également nommer, en vue de veiller à l'exécution des mesures sanitaires, des infirmières et assistantes d'hygiène sociale présentant les garanties minima professionnelles qui seront précisées par le ministre de la Santé publique.

Les nominations des médecins assistants d'hygiène et des infirmières ou assistantes d'hygiène sociale ne pourront intervenir que dans la limite des effectifs fixés par un décret contresigné par le ministre des Finances.

Art. 3. — Tout médecin ou tout chef de famille, tout chef d'établissement, tout logeur ayant eu connaissance d'un cas de l'une des maladies suivantes : fièvres typhoïde et paratyphoïdes, typhus exanthématique, variole, scarlatine, rougeole, diphtérie, suette miliaire, choléra, peste, fièvre jaune, dysenteries amibienne et bacillaire, infections puerpérales, méningite cérébro-spinale, poliomyélite antérieure aiguë, trachome, fièvres ondulantes, lèpre, spirochétose ictéro-hémorragique, est tenu d'en faire sans délai la déclaration à la fois à l'inspecteur départemental d'hygiène et au maire, lequel la communique d'urgence au médecin assistant d'hygiène désigné par le préfet.

Art. 4. — Lorsque le médecin assistant d'hygiène a connaissance qu'un cas d'une des maladies visées par l'article précédent n'a pas été déclaré ou n'est pas soigné par un médecin, il visite lui-même le malade.

Art. 5. — Lorsque la désinfection est prescrite par les règlements en vigueur, le médecin assistant d'hygiène la fait exécuter lui-même ou requiert le Service municipal ou départemental de désinfection.

Dans les cas où elle est facultative, il apprécie s'il y a lieu de l'ordonner.

Il peut également faire prescrire, à titre préventif, la désinfection des excreta.

Art. 6. — Le médecin assistant d'hygiène apprécie, en outre, si le malade doit être isolé.

Si l'isolement peut être assuré à domicile, il fixe les conditions et la durée de l'isolement.

Dans le cas contraire, il ordonne le transport du malade dasn un établissement hospitalier ; au besoin, le maire réquisitionne à cet effet les moyens de transport qui doivent être désinfectés après usage. A défaut d'établissement hospitalier disponible, le maire réquisitionne un local où l'isolement et les soins peuvent être assurés.

Le médecin assistant d'hygiène doit rendre compte immédiatement des mesures prises sur son initiative à l'inspecteur départemental d'hygiène qui apprécie s'il y a lieu de les maintenir.

Lorsqu'il s'agit de maladies (telles que la diphtérie, les fièvres typhoïde et paratyphoïdes, la dysenterie, la méningite cérébro-spinale, la poliomyélite), qui peuvent être transmises par des porteurs de germes, l'isolement peut être prescrit par l'inspecteur départemental d'hygiène qui consulte, le cas échéant, le directeur du Service de santé de la région militaire ou son représentant.

Art. 7. — Lorsqu'il a connaissance d'un cas de variole, le médecin assistant d'hygiène assure, s'il y a lieu, l'isolement des malades ou des suspects pendant la durée de la période contagieuse ; il procède ou fait procéder d'urgence à la revaccination antivariolique de la population de la région menacée, à l'exception toutefois des personnes attestant par un certificat médical qu'elles ont été revaccinées avec succès depuis moins de cinq ans.

A l'effet de prévenir les épidémies de diphtérie, il procède ou fait procéder à la vaccination antidiphtérique des enfants dont l'âge est compris entre douze mois et quatorze ans, à l'exception des sujets munis d'un certificat médical attestant la vaccination antérieure.

En cas d'apparition des fièvres typhoïde ou paratyphoïdes, il avise aux moyens d'empêcher la contamination des eaux, du lait et des autres aliments ; il fait prescrire d'urgence la fermeture des puits susceptibles d'être contaminés et, en général, toutes mesures utiles de surveillance et de purification des eaux d'alimentation et notamment des adductions d'eau ; si les circonstances l'exigent, le préfet peut, sur proposition de l'inspecteur départemental d'hygiène, rendre obligatoire la vaccination antityphoïdique dans tout ou partie du département.

Art. 8. — Les directeurs et directeurs adjoints des bureaux municipaux d'hygiène, les médecins militaires qui concourent à l'application du présent décret, exercent les attributions dévolues aux médecins assistants d'hygiène, par les articles 3 à 7.

Art. 9. — Dans les départements qui ne sont pas désignés comme départements de repliement, l'inspecteur départemental d'hygiène, les inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène, les directeurs et directeurs adjoints de bureaux municipaux d'hygiène peuvent être habilités, par arrêté préfectoral, à proposer ou prescrire les mesures exceptionnelles prévues par les articles 3 à 7 du présent décret.

Dans les mêmes départements, le préfet peut, si les circonstances le justifient, être autorisé par le ministre de la Santé publique à recruter des médecins assistants d'hygiène et des infirmières ou assistantes d'hygiène sociale.

Art. 10. — Dans les départements non encore dotés du règlement sanitaire départemental prévu par le décret-loi du 30 octobre 1935, le préfet prend sans délai un arrêté rendant applicable dans son département le règlement sanitaire départemental type établi à la date du 1er avril 1937.

Art. 11. — Les départements qui ne disposent pas de laboratoire départemental d'hygiène ou de bactériologie sont tenus de passer les conventions nécessaires avec un ou plusieurs laboratoires régionaux, départementaux ou municipaux d'hygiène, ou, à défaut, avec des laboratoires privés.

Art. 12. — En cas d'urgence ou lorsque les circonstances sanitaires l'exigent, l'inspecteur départemental d'hygiène correspond directement avec le ministre de la Santé publique et avec l'autorité militaire, sauf à rendre compte au préfet.

Art. 13. — Les inspecteurs départementaux d'hygiène, les inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène et les médecins assistants d'hygiène sont rémunérés dans les conditions fixées par les décrets du 1er septembre 1939 et du 11 septembre 1939.

Les infirmières ou assistantes d'hygiène sociale sont rétribuées d'après les tarifs minima applicables aux infirmières militaires.

Art. 14. — Les inspecteurs départementaux d'hygiène, les inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène et les médecins assistants d'hygiène bénéficient, en ce qui concerne le service postal, télégraphique et téléphonique, des facilités ci-après avec les services et autorités dont la liste sera arrêtée d'accord entre le président du Conseil, ministre de la Défense nationale et de la Guerre et des Affaires étrangères, les ministres de la Santé publique et des Postes, Télégraphes et Téléphones :

a) Service postal : franchise de port ;

b) Service télépgraphique : faculté d'échanger des télégrammes officiels ;

c) Services téléphoniques : imputation au compte du ministère de la Santé publique des communications téléphoniques.

Art. 15. — Un décret fixera, s'il y a lieu, les conditions d'application du présent décret à la ville de Paris et au département de la Seine.

Art. 16. — Les dépenses exceptionnelles et urgentes résultant des mesures prévues au présent décret et engagées en dehors du fonctionnement normal des services institués pour l'application de la loi du 15 février 1902 sont à la charge de l'Etat.

Sont considérées comme telles, dans les départements qui hébergent les populations évacuées, les dépenses en excédent du total des frais occasionnés, pendant l'exercice 1938, par l'application de la loi du 15 février 1902.

Toutefois, en raison de leur caractère de dépenses normales des Services d'hygiène, les dépenses de personnel résultant de l'application de l'article 1er du présent décret sont supportées par les collectivités publiques suivant les règles ordinaires de répartition prévues par la loi du 15 février 1902.

Art. 17. — Un crédit de 3 millions de francs est ouvert au chapitre 46 du budget du ministère de la Santé publique, pour l'exercice 1939, en vue de l'application des articles 2 à 16 du présent décret.

Art. 18. — Les dispositions du présent décret ne sont applicables que pendant la durée des hostilités.

Art. 19. — Les décrets du 14 août 1914 et du 6 novembre 1919 sont abrogés.

Art. 20. — Le présent décret sera soumis à la ratification des Chambres, conformément aux dispositions de la loi du 19 mars 1939.

Art. 21. — Le président du Conseil, ministre de la Défense nationale et de la Guerre et des Affaires étrangères, le ministre de la Santé publique, le vice-président du Conseil, chargé des Affaires d'Alsace et de Lorraine, le ministre de l'Intérieur, le ministre des Finances et le ministre des Postes, Télégraphes et Téléphones sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

(*J. O.*, 10 octobre 1939.)

Décret du 24 octobre 1939 relatif à la suspension de l'application des dispositions des articles 9, 10 et 11 de la loi du 8 janvier 1925 et au maintien au-delà de la limite d'âge de leur grade de certains officiers de réserve.

Art. 1er. — Est suspendue, pendant la durée de la guerre, l'application des dispositions de l'article 9 de la loi du 8 janvier 1925, permettant d'accepter les demandes de démissions présentées par les officiers du cadre des réserves.

Art. 2. — Pendant la durée des hostilités, les officiers de réserve n'ayant pas atteint la limite d'âge de leur grade ne sont pas admis à revendiquer le bénéfice des dispositions des art. 10 et 11 de la loi du 8 janvier 1925.

Art. 3. — A titre exceptionnel, pourront être maintenus au delà de la limite d'âge de leur grade des officiers de réserve déterminant certaines fonctions, techniques en particulier, à la condition :

Qu'ils en fassent la demande ;

Que ce maintien soit justifié par une compétence particulière des intéressés ;

Que les officiers en cause aient conservé l'aptitude physique requise pour l'exécution de leur mission.

Art. 4. — Le présent décret sera soumis à la ratification des Chambres, conformément aux dispositions de la loi du 19 mars 1939.

Art. 5. — Le Président du Conseil, ministre de la Défense nationale et de la Guerre et des Affaires étrangères est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal Officiel* de la République française.

Le Gérant : R. THIRON. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Le ministre de l'Education nationale,

Vu les arrêtés des 31 juillet 1934 et 14 août 1935, relatifs à l'agrégation des Facultés de médecine.

Le Conseil supérieur de l'Instruction publique entendu,

Arrête :

Art. 1er. — Les articles 6, 17 et 21 de l'arrêté du 31 juillet 1934 sont complétés comme suit :

Art. 6. — Toutefois, peuvent être admis à subir les épreuves du concours les candidats de nationalité étrangère dans les conditions suivantes :

1º Avoir fait pendant deux ans au moins dans une Faculté française un stage soit comme étudiant égulièrement inscrit, soit comme travailleur dans l'un laboratoire, soit comme attaché à titre permanent à au moins un service de clinique. Ce stage est constaté par une attestation du doyen de la Faculté ;

2º Prendre l'engagement, sous peine de déchéance du titre d'agrégé, de n'utiliser ce titre pour l'exercice d'aucune profession lucrative en France, en Algérie et dans les colonies ;

3º Etre proposé par le doyen de la Faculté (ou des Facultés) où le stage a été accompli et avoir obtenu l'avis favorable d'une Commission instituée par le ministre de l'Education nationale pour examinerles titres des candidats. Dans cette Commission le ministre des Affaires étrangères est représenté.

Art. 17. — Les candidats de nationalité étrangère sont admis en surnombre. Ils ne peuvent être proposés pour le titre d'agrégé que si, dans la liste dressée par ordre de mérite, ils sont classés au moins *ex æquo* avec le dernier candidat français admis.

Art. 21. — Les candidats de nationalité étrangère sont institués sans affectation à aucune Faculté ou Ecole en France, Algérie et colonies. Le titre d'agrégé obtenu en application des dispositions du présent arrêté ne donne en aucun cas le droit d'exercer les fonctions d'agrégés dans une Faculté ou Ecole de médecine en France, en Algérie et aux colonies.

Art. 2. — Le présent arrêté entrera en vigueur au concours d'agrégation de médecine de 1939.

Art. 3.— Le directeur de l'enseignement supérieur est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Yvon Delbos.

(*J. O.*, 10 novembre 1939.)

Lutte anticancéreuse

M. le Docteur Lamarque, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, a été nommé Directeur du Centre anticancéreux de cette ville.

(*J. O.*, 10 novembre 1939.)

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Au cours de sa Réunion du 31 octobre 1939, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

13.906 Dr **Dumas**, 82, cours de Verdun, Bordeaux. Parrains : Docteurs Mathey-Cornat et Dumas, d'Aumale.
13.907 Dr **George**, de Saint-Gaultier (Indre). Parrains : Docteurs Marcovici et Riollet.
13.908 Dr **Hourcade**, de Saint-Palais (Basses-Pyrénées). Syndicat médical du Pays Basque.
13.909. Dr **Lajotte**, d'Etampes (Seine-et-Oise). Ancien membre de la Ligue.
13.910 Mme le Dr **Maxudian**, de Saint-Jean-d'Angely (Charente-Inférieure). Ancien membre de la Ligue.
13.911 Dr **Nicolas**, de Menat (Puy-de-Dôme). Syndicat du Puy-de-Dôme.
13.912 Dr **Petit**, de Lucenay-les-Aix (Nièvre). Syndicat des médecins de la Nièvre.
13.913 Mme le Dr **Ronsin-Morel**, 15, rue du Sillon, Saint-Malo (Ille-et-Vilaine). Parrains : Docteurs Ronsin et Fras.
13.914 Mme le Dr **Truelle**, de Noailles (Oise). Parrains : Docteurs Roger et Emmanuel Truelle

Ces admissions deviendront définitives si elles n'ont fait l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours qui suivront la présente publication (Art. 5 des Statuts).

Correspondances de guerre

Je tiens à vous remercier de la rapidité avec laquelle vous m'avez envoyé les renseignements que je vous avais demandés au sujet de la nomination « possible » de mon fils médecin auxiliaire, au grade de médecin sous-lieutenant.

Au nom de plusieurs confrères, médecins auxiliaires comme mon fils, j'applaudis aux démarches que vous avez l'intention de faire en faveur de ces déshérités que sont un grand nombre de médecins, à qui des circonstances, souvent indépendantes de leur volonté, n'ont pas permis de devenir officiers.

Outre la solde dérisoire de ces médecins, souvent pères de plusieurs enfants, cet état de choses crée des situations pénibles et ridicules parfois : on peut voir en plusieurs endroits un étudiant à deux galons, ou ayant à peine sa thèse depuis peu de mois, donner des ordres à un médecin auxiliaire, bien plus âgé, bien plus expérimenté.

Cette campagne que vous amorcez, tous souhaitent la voir réussir et une fois de plus, vous aurez rendu à la cause des médecins un très important service.

Moi-même et bien d'autres vous adressons dès maintenant nos plus vifs remerciements.

Dr A. A.

×

Je lis dans le *Concours* n° 45, du dimanche 5 novembre, un article sur la grande pitié des médecins auxiliaires mobilisés. Ne pourriez-vous mettre l'influence de votre journal au service de ces médecins auxiliaires, ou du moins de quelques-uns qui sont dans un cas un peu spécial ?

Mon troisième fils, reçu interne provisoire n° 4 des hôpitaux de Paris (ou externe en premier) en mars dernier, a été incorporé en septembre dernier et se trouve maintenant élève médecin de réserve à Montpellier où on lui fait suivre des cours. Des examens qui sanctionnent ces cours, vont commencer dans quelques jours, le 14 novembre, je crois. Mais quel que soit le rang de mon fils, n'étant ni interne des hôpitaux d'une ville de Faculté, ni docteur, il ne pourra pas être nommé sous-lieutenant. Or il est certain que, comme en 1914, les provisoires parisiens seront titularisés, au plus tard en mars 1940. On le leur a promis, et une pétition faite par eux a été signée par presque tous les patrons. Pourquoi ne pas les titulariser dès maintenant *comme les provisoires lyonnais qui viennent de l'être* ? Ceux-ci prendraient les places de sous-lieutenant, *qui sont en nombre limité*, et les provisoires parisiens, qui seront peut-être classés avant eux aux examens qui vont avoir lieu, resteront médecins auxiliaires ! M. Serge Gas, directeur de l'Assistance publique, est au courant de cette affaire, mais ses bureaux ne se pressent pas de lui donner une solution, alors qu'elle serait urgente.

Dr B.

×

Contrairement à ce qu'on aurait pu croire, les docteurs en médecine engagés ou anciens réformés ayant repris du service sur leur demande n'ont pas été versés dans un peloton d'E. O. R. et n'ont suivi aucune des « conférences administratives ». Deux de mes collègues qui sont dans mon cas sont comme moi infirmiers et nous supposons que la nomination aura lieu par proposition du médecin-chef.

A la fin de l'année ?

Savez-vous quelque chose à ce sujet ?

CORRESPONDANCE

QUESTIONS DIVERSES

7323. — Honoraires dus à un médecin mobilisé pour soins donnés dans un hôpital civil

J'ai été mobilisé sur place et je continue à exercer comme avant guerre, en dehors de mes heures de service militaire. Je fais mon service à l'hôpital de la ville. Or, le maire, avec lequel je ne suis pas en bons termes, pour des motifs divers, émet la prétention de ne plus me faire payer mes appointements que je touchais à l'hôpital, sous prétexte qu'étant mobilisé, e dois me contenter de ma solde de médecin lieutenant. J'accepterais encore de ne pas toucher l'indemnité fixe que m'alloue l'hôpital pour les soins donnés aux indigents ; mais je pense avoir droit à des honoraires, pour traitement des assurés sociaux et des blessés du travail.

Le Sou médical dont je fais toujours partie, voudrait-il me faire donner un avis par ses juristes compétents ?

Dr M.

Réponse

En principe, le maire a raison, les différentes Circulaires militaires, émanant soit du ministère, soit du G. Q. G., ont toujours proclamé l'interdiction, pour un médecin militaire, de se faire honorer pour les soins qu'il peut donner exceptionnellement à la population civile.

Dans ces conditions, même dans l'hypothèse où vous continuez bénévolement votre service à l'hôpital, sans avoir été requis par l'autorité civile, ou commandé par l'autorité militaire, la Commission administrative de l'établissement est en droit de se refuser à vous verser vos appointements habituels, sous prétexte que vous touchez, comme mobilisé, un traitement de l'Etat.

Somme toute, ce sera le budget de l'hôpital qui sera bénéficiaire de cette gratuité de soins aux indigents : donc le bien des pauvres, qui n'aura pas à supporter la dépense de vos appointements.

Il en serait de même si vous donniez des soins à domicile à un ressortissant de l'Assistance médicale gratuite. Le Préfet aurait le droit de refuser l'ordonnancement de votre mémoire d'honoraires, sous le prétexte que vous touchez déjà un appointement de l'Etat, comme médecin militaire et que les règlements de l'armée vous interdisent de percevoir des honoraires pour soins donnés aux civils. Ici, le bénéficiaire de cette économie serait le budget départemental d'assistance médicale, donc encore le bien des pauvres.

Mais, il n'en est plus de même pour les soins

donnés à l'hôpital aux bénéficiaires des lois sur les Assurances sociales, ou sur les blessés du travail. Ne pas faire payer d'honoraires serait faire des cadeaux à des sociétés privées, c'est-à-dire aux Caisses d'assurances sociales, ou aux Compagnies contre les accidents du travail.

Nous estimons, en conséquence, que l'économat de l'hôpital a le devoir d'encaisser les sommes qui sont dues pour soins donnés à ces différents malades. Mais, si l'administration hospitalière croit ne pas avoir à honorer le médecin mobilisé, qui donne ses soins dans l'établissement, elle gardera pour elle ces sommes, qui entreront en recettes dans le budget de l'établissement de bienfaisance.

Disons que rarement, l'hôpital se refusera à payer à ses médecins mobilisés ou non, les sommes qui leur reviennent ; mais lorsque la discorde règne, il n'est pas de mauvais tour qu'on ne puisse se jouer, surtout lorsque les circonstances et les règlements le permettent.

Dr Paul BOUDIN.

7247. — Les soins à la population civile

La lecture de votre article sur la réquisition des médecins civils, dans le numéro du 8 octobre, m'incite à vous donner sur cette question quelques impressions qui ne sont pas toutes personnelles...

En admettant qu'on ait mobilisé 5 millions d'hommes sur 42 millions, cela représente, en chiffres ronds un huitième de militaires pour sept huitièmes de civils. D'autre part, tous les médecins ou étudiants en médecine sont mobilisés entre 20 et 58 ans.

Conclusion, un huitième de la population absorbe, en plus des médecins militaires de carrière, la presque totalité des médecins civils en pleine force et en pleine capacité intellectuelle et professionnelle.

Les sept huitièmes que représente la population civile n'ont pour eux que les médecins ayant dépassé 58 ans, et les jeunes médecins réformés. Les premiers comme les seconds, représentent, comme nombre, bien peu de choses et comme activité physique... et intellectuelle, encore moins ; on peut dire d'eux que ce sont des gens en âge de prendre leur retraite ou presque.

Le résultat est que des quantités de clientèles civiles sont sans médecins, et que, en revanche, un nombre imposant de médecins mobilisés n'ont absolument rien à faire. Il me semble que l'intérêt des populations civiles et des finances de l'Etat également devrait être un peu mieux compris, et que la limite d'âge des médecins pourrait bien être abaissée à 50 ans par exemple (j'en ai 46).

Dr P.

Réponse

Vous avez raison : beaucoup de localités sont dépourvues de médecins, alors qu'à l'armée,

bien des praticiens n'ont pas grand'chose à faire. Certes le ministère de la Santé publique, en accord avec le G. Q G., essaye de remédier à cet état de choses. Ici ce sont des médecins civils qui sont requis ; là, des militaires sont mis à la disposition des municipalités.

Ne conviendrait-il pas mieux de faire retourner beaucoup de médecins dans leurs foyers, avec défense absolue de changer de poste ? Ainsi ces praticiens pourraient être rappelés sous les drapeaux selon les besoins de l'autorité militaire.

Mais, tant qu'il n'y aurait pas beaucoup de blessés venant du front, ces praticiens, rendus à la vie civile, se trouveraient dans la situation des hommes de troupe à fascicule bleu.

Les Syndicats médicaux et leur Confédération pourraient apporter ces suggestions au ministère de la Santé publique.

Dr Paul Boudin.

7567. — Recouvrements contentieux contre les mobilisés

Je vous serais obligé de me donner quelques renseignements concernant le recouvrement de nos honoraires.

J'exerce à la campagne où la majorité de mes clients sont des cultivateurs.

Un certain nombre de ceux-ci sont mobilisés mais l'exploitation de la ferme continue avec la femme et des domestiques ou journaliers.

Existe-t-il un moratoire des paiements pour ces honoraires ? Si oui, quels moyens ai-je de sauvegarder le paiement de ceux-ci après la guerre ?

Dr M.

Réponse

Par application du décret du 1er septembre 1939, la levée de la suspension des délais, l'exercice des actions en justice et l'exécution des décisions judiciaires ne peuvent intervenir contre les mobilisés, que sur ordonnance en matière civile du Président du Tribunal civil, ou du Juge de paix pour les litiges de sa compétence.

La demande est introduite par simple requête. Le Président du Tribunal appréciera, après s'être entouré de tous renseignements, notamment, s'il y a lieu, auprès des parties ou de leurs représentants, si la personne se trouve en état de soutenir l'instance et de satisfaire à la poursuite.

Nous ajouterons qu'il est fort peu probable que, à moins de circonstances exceptionnelles, le Président du Tribunal civil ou le Juge de paix accordent l'autorisation de poursuivre judiciairement les mobilisés pour le paiement des honoraires médicaux.

La prescription étant suspendue, par suite des dispositions du décret précité, pendant la durée

des hostilités et jusqu'à une date qui sera fixée ultérieurement par décret, vous pourrez, après cette date, poursuivre judiciairement vos débiteurs, sans avoir à craindre que la prescription vous soit opposée.

6.997. — Réduction du loyer d'un médecin réquisitionné

Mon loyer finit le 1er novembre 1940. Un an à l'avance on doit prévenir propriétaire et locataire, si on veut continuer une prorogation.

Aujourd'hui, la propriétaire m'avise qu'elle veut me louer sa maison mais avec augmentation.

A-t-elle le droit de le faire ?

Le préfet m'a affecté chez moi ; la clientèle rend moins étant moins nombreuse, la nouvelle loi sur les loyers joue-t-elle en ma faveur ?

Je ne sais que faire et m'adresse à vous pour m'éclairer.

Dr C.

Réponse

Le récent décret-loi sur les loyers permet aux locataires qui, suivant ses dispositions, ont obtenu une réduction de leur loyer, de rester en possession des lieux loués jusqu'à la date du décret qui fixera la cessation des hostilités.

Mais il n'apporte aucune modification aux règles en vigueur pour la détermination du prix des loyers, sauf les réductions temporaires que certains locataires peuvent obtenir.

Comme vous n'êtes pas mobilisé (votre réquisition par le Préfet ne vous conférant pas cette qualité), si vous êtes en situation d'obtenir une réduction de loyer, c'est-à-dire si vous êtes privé d'une notable partie des ressources sur lesquelles vous pouviez compter pour faire face au paiement de votre loyer, ou bien encore si vous ne pouvez continuer normalement l'exercice de la profession en vue de laquelle les lieux ont été loués, il faut que vous commenciez par la demander amiablement à votre propriétaire. En cas de refus de sa part, le différend sera porté devant le juge de paix de la situation de l'immeuble, au cas où le loyer annuel ne dépasserait pas 4.500 francs, devant le Président du Tribunal civil dans le cas contraire. Si vous obtenez la réduction à l'amiable ou judiciairement, vous resterez en possession jusqu'à la fin des hostilités.

Mais si vous ne pouvez pas bénéficier d'une réduction, la question change d'aspect. En principe, votre propriétaire est libre de vous refuser un nouveau contrat de location ou de vous demander, pour cela, une augmentation de loyer. Pour qu'il en soit autrement, il faut alors que la maison ait été construite avant la guerre de 1914, qu'elle soit située dans une commune où la loi du 31 décembre 1937 reste en vigueur,

et que la valeur locative d'août 1914 n'ait pas dépassé un certain maximum.

Si cette dernière hypothèse vous est applicable, donnez-nous toutes les précisions de fait nécessaires pour que nous puissions apprécier votre situation et vous donner un avis.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) *Assurances sociales*

6.375. — Honoraires inférieurs au tarif de responsabilité de la Caisse

Pourriez-vous me dire s'il est vrai qu'il est interdit de faire payer aux assurés sociaux le tarif minima inscrit dans le barème ? Quelle majoration doit être faite en plus de la somme remboursée pour les visites, consultations et opération ? Celui qui applique ce tarif minimum est-il justiciable de poursuite ?

Dr P.

Réponse

Par application du principe de l'entente directe, le médecin d'un assuré social ou d'un bénéficiaire de l'assurance sociale est libre de fixer ses honoraires comme il l'entend.

Cependant, il ne doit pas permettre à l'assuré de réaliser un bénéfice, ou tout au moins d'échapper à l'application du ticket modérateur de 20 pour 100.

Par suite, s'il prend comme honoraires une somme inférieure au tarif de responsabilité de la Caisse, il doit indiquer sur la feuille de maladie, afin que la Caisse en ait connaissance, le chiffre exact des honoraires qu'il a perçus.

---

b) *Accidents du Travail*

6.235. — Injection intraorbitaire d'alcool

J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien me faire savoir directement ou par la voie du *Concours*, comment je dois assimiler et tarifer une injection intra-orbitaire d'alcool, pratiquée pour mettre fin aux douleurs violentes et tenaces provoquées par une irido-cyclite consécutive à une plaie infectée de la cornée.

Dr P.

Réponse

Il me semblerait équitable d'assimiler cette injection intraorbitaire d'alcool, à titre anesthésique, à « infiltrations anesthésiques péri-articulaires : 50 francs (méthode Leriche).

Evidemment, vous donneriez à l'assurance les explications techniques nécessaires à légitimer cette « analogie ».

Dr F. Decourt.

Soixante et unième année — No 49 — 3 Décembre 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Renseignements

Changements d'adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement à l'avenir. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter 2 francs en timbres.*

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg .	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro..........	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.

Demandes et Offres

Les petites annonces sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux ne permettant leur insertion que plusieurs jours après leur réception. Lesdites petites annonces ne devront comporter aucun nom de ville, ni aucune abréviation, mais devront contenir nom et adresse de l'annonceur. Le texte d'une annonce présentée au Journal doit être visé par le commissaire de police ou le maire de la ville. Le Journal se réserve, par ailleurs, le droit de supprimer toutes les annonces qui lui paraîtraient douteuses.

N° 385. — Médecin mobilisé demande remplaçant pendant son absence. S'adresser, Moutardc, Corbigny (Nièvre).

N° 386. — Clinique de la Jonchère, 348, avenue Paul-Doumer, à Rueil Malmaison, téléphone 228 à Rueil, reçoit tous les malades et convalescents. Prix modérés. Pour renseignements, écrire ou téléphoner à la directrice Mlle Chatal.

N° 387. — Docteur mobilisé demande remplaçant sachant conduire. Médecine générale ; accouchements. Conditions à débattre. Pays riche. Clientèle importante. Docteur Brée, Chateaurenault (Indre-et-Loire). Ecrire à Mme Brée, ou téléphoner 77 Chateaurenault.

N° 388. — Demande remplaçant Yeux-O-R-L. durant les hostilités. Ecrire Docteur Millet, la Baule, Loire-Inférieure,

AVIS IMPORTANT

Réduction du prix des Abonnements pendant les hostilités

Dans le but d'aider ses lecteurs, l'Administration du Journal a pris la décision de réduire *pendant la durée des hostilités*, le prix de l'abonnement à **50 francs** par an (au lieu de 75).

Les abonnés dont l'abonnement est expiré depuis le 1er septembre dernier (la date figure sur chaque bande du journal) sont priés de nous en envoyer le montant de la façon qu'il leur plaira ou par versement au compte de Chèques postaux *Paris* 167.95, si cela leur est possible, *afin d'éviter les frais de recouvrement qui sont onéreux* (5 francs).

Toutefois, passé le 1er décembre, le recouvrement sera effectué. Nous prions donc nos abonnés de vouloir bien donner toutes instructions à leur domicile, le recouvrement ne pouvant être opéré aux armées.

L'Administration remercie les abonnés qui se sont déjà libérés à l'ancien tarif et, plus tard, il leur sera tenu compte de la différence.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Cours d'histologie.* — M. le Professeur Champy fait son cours au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique le jeudi de 16 à 17 heures et le samedi de 15 h. 30 à 17 heures. M. le Docteur Giroud, agrégé, fait son cours au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, les lundis, mercredis, vendredis, à 17 heures.

Cours d'hygiène. — M. le Professeur Tanon fait son cours au grand amphithéâtre de la Faculté les mardis et jeudis, à 18 heures.

— **Ecole de sérologie de la Faculté de médecine de Paris.** — Le Conseil de Direction de l'Ecole invite les médecins et étudiants désireux de suivre les cours, à demander leur inscription dans le plus bref délai possible. La session commençant le 8 janvier ne pourra avoir lieu qu'au cas où le nombre des inscriptions serait suffisamment élevé.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Docteur Sicard de Plauzoles, directeur de l'Institut Alfred Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe).

— **Faculté de droit.** — *Psychiatrie médico-légale élémentaire.* — Le Professeur Laignel-Lavastine a commencé son cours de Psychiatrie médico-légale élémentaire à la Faculté de droit le jeudi 30 novembre 1939, à 11 heures, amphithéâtre n° 3, et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

PROGRAMME DU COURS. — Jeudi 7 décembre : Capacité pénale. — Jeudi 14 décembre : Réactions anti-sociales des alcooliques. — Jeudi 21 décembre : Réactions anti-sociales des toxicomanes. — Jeudi 4 janvier 1940 : Réactions anti-sociales des déments. — Jeudi 11 janvier : Réactions anti-sociales des délirants. — Jeudi 18 janvier : Réactions anti-sociales des périodiques épileptiques et des hystériques.— Jeudi 25 janvier : Réactions anti-sociales des paranoïaques. — Jeudi 1er février : Réactions anti-sociales des déséquilibrés, des pervers instinctifs et des obsédés. — Jeudi 8 février : L'homicide pathologique. — Jeudi 15 février : Limites du vol morbide. — Jeudi 22 février : Attentats aux mœurs. — Jeudi 29 février : Criminalité juvénile, militaire et coloniale.

— **Caisse d'assistance médicale de guerre.** — Dans sa dernière séance, le Conseil de l'Association générale des médecins de France a établi le règlement suivant de la Caisse d'assistance médicale de guerre :

L'Association générale des médecins de France crée, en dehors de ses statuts et de la loi du 1er avril 1898 sur les Sociétés de secours mutuels une Caisse d'assistance médicale de guerre.

Cette Caisse est destinée à venir en aide aux médecins ou aux familles des médecins directement victimes de la guerre (médecins mobilisés ou requis loin

MÉDICATION SULFUREUSE

par l'hydrogène sulfuré naissant
principe actif des eaux minérales sulfureuses

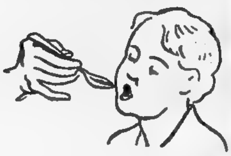
SULFURYL MONAL

5 Formes — 2 Usages

Croquer 2 à 6 pastilles par jour



ou 2 à 12 cuillerées à café de granulé suivant l'âge



Coqueluche

1

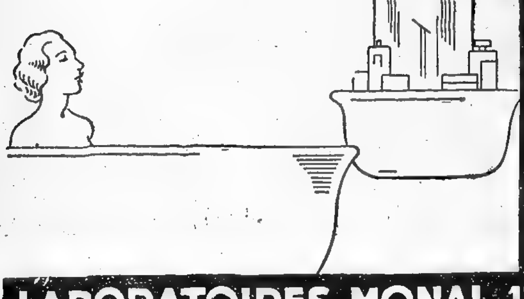
INTERNE

1 - PASTILLES

2 - GRANULÉ



1 comprimé inhalant dans un verre d'eau chaude



2

EXTERNE

3 - COMPRIMÉS INHALANTS

4 - BAIN INODORE

5 - SAVON

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE

LABORATOIRES MONAL. 13 Avenue de Ségur. PARIS (VIIe)

de leur domicile), qu'ils fassent partie ou non de l'Association générale.

Elle est administrée par le Conseil de l'Association générale auquel s'adjoindra un comité de contrôle et de répartition, composé du Bureau et de trois membres de l'Association.

Les confrères qui auront recours à cette Caisse devront adresser au président une demande, en précisant les dommages qu'ils ont subis.

Les sommes seront distribuées après enquête et proportionnées, dans la mesure des ressources de l'œuvre, au degré des infortunes qui lui seront signalées.

A la liquidation, le solde pouvant exister en caisse sera versé à la Caisse de secours immédiat de l'Association générale.

Liste des dons reçus à ce jour : Association générale des médecins de France : 20.000 francs ; Aisne (Saint-Quentin) (Société des médecins de l'arrondissement de —) : 1.000 francs ; Ardennes (Société des médecins des —) : 500 francs ; Association médicale mutuelle de Seine et Seine-et-Oise (Gallet-Lagoguey) : 500 francs ; Barbin (Dr), Orléans (Loiret) : 100 francs ; Bourbon (Dr), Paris (17e), 100 francs ; D... (Dr), bénéficiaire de la souscription de 1914-1918 : 300 francs ; Debat (Dr), Paris (8e) : 1.000 francs ; Dordogne (Société des médecins de la —) : 1.000 francs ; Fédération nationale des médecins du front : 500 francs ; Foveau de Courmelles (Dr), Paris (1er) : 500 francs ; Gossart (Dr), Ribécourt (Oise) : 100 francs ; Guichot (Dr), Vic-en-Bigorre (Hautes-Pyrénées) : 600 francs ; Le Lorier (Dr), Paris (8e) : 100 francs ; Loir-et-Cher (Société des médecins du —) : 1.000 francs ; Lot-et-Garonne (Société des médecins du —) : 500 francs ; Maniez fils (Dr), Beuvry (Pas-de-Calais) : 300 francs ; Menu (Dr), Laon (Aisne) : 100 francs ; Minkowski (Dr), Paris (14e) : 100 francs ; Noir (Dr), Paris (5e) : 100 francs ; O'Followell (Dr), Paris (1er) : 500 francs ; Oise (Société des médecins de l' —) : 1.000 francs ; Ollive (Pr), Nantes (Loire-Inf.) : 1.000 francs Piot (Dr), Paris (16e) : 100 francs ; Régis (Dr), Paris (9e) : 150 francs ; Mousseau (Dr), Pithiviers (Loiret) : 400 francs ; Saône-et-Loire (Société des médecins de —) : 500 francs ; Sebilleau (Pr), Nantes (Loire-Inf.) : 500 francs ; Seine-et-Oise (Société des médecins de —) : 1.000 francs ; Société centrale de l'Association générale des médecins de France : 1.000 francs ; Touillon (Dr), Bourg (Ain) : 100 francs ; Viannay (Dr) Saint-Etienne (Loire) : 100 francs ; Vimont (Dr), Paris (16e) : 100 francs.

Adresser les souscriptions à l'Association générale des médecins de France, 60, boul. de Latour-Maubourg, Paris (7e) : compte courant postal Paris 186-07.

— **Prix Nobel de médecine, 1939.** — Le prix Nobel de physiologie et de médecine, pour 1939, a été décerné au Docteur Gehrard Domagk, d'Elberfeld. Mais, on sait qu'une loi hitlérienne interdit aux Allemands de recevoir un prix Nobel.

— **La Maison de santé médico-chirurgicale**, 4, rue du Sergent-Hoff, Paris (XVIIe), téléph. Wagram 80-74 qui était fermée depuis la guerre informe le Corps médical qu'elle est à nouveau ouverte à tous les chirurgiens spécialistes et médecins et qu'elle se tient à leur entière disposition pour recevoir en permanence jour et nuit, leurs malades chirurgicaux et médicaux qui restent sous leur entière et absolue direction.

— **Le timbre postal « Pour sauver la race »**. — Le nouveau timbre postal avec surcharge : « Pour sauver la race » (teinte verte), est en vente dans les bureaux de poste.

On peut participer à la défense sanitaire du pays en affranchissant ses lettres au moyen du dit timbre.

— **Naissances**. — Le docteur Pierre DESVIGNES, de Paris, actuellement aux armées, et Madame Pierre Desvignes sont heureux d'annoncer la naissance de leur fils *Philippe*.

Egleny (Yonne).

— Le Docteur Jacques BRÉHANT, ancien chef de clinique à la Faculté de Paris, chirurgien de l'hôpital civil d'Oran, et Madame ont le plaisir de faire part de la naissance de leur fille *Nicole*.

Oran, 2, rue Lahitte.

— **Nécrologie**. — Mademoiselle CONDAT, professeur de clinique infantile à la Faculté de médecine de Toulouse. — Nous avons le regret d'annoncer la mort à l'âge de 53 ans de Mlle Condat, professeur de clinique infantile de la Faculté de Toulouse.

Mlle Condat fut la première française qui obtint au concours le titre d'agrégée, et qui fut ensuite nommée professeur à Toulouse.

Interne des hôpitaux de Paris en 1909 à 23 ans, elle avait fini son internat dans le service du Docteur Paul Comby à l'hôpital des Enfants-Malades quand éclata la guerre de 1914. Elle continua à assurer le service pendant toute la durée des hostilités et avec un dévouement admirable seconda le personnel médical de tout l'hôpital, personnel que la mobilisation avait désorganisé. Elle se surmena de ce fait au point de compromettre sa santé.

Sa conduite fut admirable, si bien qu'en 1919, à la fin de la guerre, à l'instigation de son maître, le Docteur Comby, de qui nous tenons ce renseignement, tout le personnel de l'hôpital, médecins et Administrateur signa à l'insu de l'intéressée, une demande pour faire accorder la Croix de la Légion d'honneur à Mlle Condat. Le résultat fut qu'une *médaille de bronze* lui fut octroyée.

Elle est morte professeur de clinique et après dix-sept ans d'enseignement sans être décorée.

Catholique sincère, elle pratiquait sa religion sans ostentation. La mort de Mlle Condat est une grande perte pour la Faculté de médecine de Toulouse.

J. N.

Voir la suite des demi-colonnes page XXXV-2683

PROPOS DU JOUR

LA DÉMOBILISATION ÉVENTUELLE DES MÉDECINS AGÉS MOBILISÉS

Un de nos lecteurs parisiens qui a fait la guerre de 1914-18, et qui a contracté, il y a deux ans, un engagement volontaire, et est, de ce fait mobilisé, bien qu'ayant atteint l'âge limite de 58 ans, envisage avec peine le projet de démobilisation progressive des médecins âgés.

Ayant suivi avec assiduité les cours de perfectionnement et obtenu la médaille des services militaires volontaires, il pense être capable de ce fait de rendre des services dans l'armée plus que tout autre. Il nous fait remarquer qu'il a abandonné volontairement sa clientèle et les sources de revenus professionnels qui l'aidaient à vivre et qu'il envisage avec crainte le retour à Paris dans son quartier en partie évacué à la recherche d'une clientèle vraisemblablement inexistante.

A son avis, il serait juste d'examiner chaque cas de médecin âgé avant de le renvoyer dans ses foyers. Les uns, ayant présumé trop de leurs forces, accepteraient la démobilisation sans regret ; les autres pourraient rendre plus de services dans les villes de l'Ouest et du Midi qui manquent de médecins et dont la population s'est accrue des réfugiés et des évacués ; d'autres encore spécialistes : accoucheurs, phtisiologues, psychiâtres, etc., etc., pourraient être réquisitionnés, étant capables d'assurer des services publics.

Nous comprenons bien les motifs de la plainte de notre confrère et nous ne savons si l'autorité militaire, au lieu de prendre une mesure d'ordre général, pourrait procéder par enquête et examiner chaque cas particulier. Il y a beaucoup trop de médecins mobilisés. Nous connaissons des villes où par centaines, ils attendent dans les cafés, les malades et les blessés jusqu'ici à peu près totalement inexistants. On nous objectera qu'il n'en sera pas toujours ainsi, que du jour au lendemain, les blessés peuvent affluer et qu'alors, tous ces médecins actuellement désœuvrés, peuvent se trouver dans l'obligation de déployer la plus grande activité.

Mais nous comprenons le souci de l'autorité militaire de ménager les deniers de l'Etat qui, plus que jamais, à besoin d'être économe, en renvoyant les médecins âgés qui ne pourraient rendre, malgré toute leur bonne volonté et leur dévouement, que de moindres services.

Nous rappellerons à ce sujet un fait que nous avons observé en 1914. Un de nos clients, colonel en retraite, atteint d'une affection cardiaque grave, avait repris un service au ministère de la Guerre lors de la mobilisation. Le pauvre homme étouffait et était à la dernière extrémité. Il se rendait néanmoins tous les jours en voiture à son bureau et en revenait après avoir fait acte de présence. Je crus devoir lui faire remarquer le danger que lui faisaient courir ces déplacements en plein hiver. « Voyez-vous, me confia-t-il, je suis l'ami intime du général X. Mon vieux, m'a-t-il dit, je vais te mettre à la tête d'un bureau où tu n'auras rien à faire, cela te permettra d'accroître ta pension. Seulement, il faut tous les jours y faire acte de présence, ne serait-ce qu'une petite demi-heure. »

L'expérience de 1914 doit nous éviter bien des abus de ce genre et le souci de l'intérêt de l'Etat nous semble actuellement devoir tout primer. Sans doute, dans la mesure du possible, on devrait chercher à concilier l'intérêt de la Nation avec les intérêts particuliers et nous serions heureux de voir, selon la demande de notre correspondant, examiner chaque cas particulier, à condition toutefois d'éliminer toute ingérence de la politique ou d'autre nature dans la décision qui serait prise.

J. Noir.

CERTAINE PUBLICITÉ MÉDICO-PHARMACEUTIQUE NE POURRAIT-ELLE PAS ÊTRE SOUMISE A LA CENSURE ?

Nous avions espéré que la publicité pseudo-pharmaceutique, s'adressant au grand public par l'intermédiaire de la grande presse, se serait atténuée, si elle n'avait pas totalement disparu, en raison des événements ; or, malgré sa sérieuse diminution dans la presse de Paris, cette publicité persiste dans la plupart des organes de province. C'est ainsi qu'ils continuent de bourrer le crâne des lecteurs avec la poudre qui guérit tous les maux d'estomac et qu'on peut y lire :

« Les gouttes X sont souveraines contre les ennuis du sang et comme beaucoup de femmes à l'heure actuelle désirent rester fraîches à 45 ans, l'inventeur de ces gouttes répond : Pourquoi pas ? Il suffit de peu de choses : garder un sang jeune qui circule régulièrement dans des vaisseaux souples et élastiques, et les gouttes X sont souveraines pour assurer tout cela. Avec elles, plus de vertiges, d'étouffements, de bouffées de chaleur au visage, d'hémorrhoïdes, ni d'hémorragies. Elles permettent aux femmes de traverser l'âge critique en restant jeunes, actives et surtout séduisantes. »

Mais tout cela ne dépasse guère la teneur des annonces, qui s'étalaient à la quatrième page des quotidiens il y a quelques mois.

La guerre est maintenant exploitée et Dieu sait comme.

Dans un journal provencial fort lu dans une région du Centre, après une petite annonce qui indique qu'il y a du fumier à vendre, nous lisons une réclame rédigée à peu près en ces termes :

Femmes remplaçant leurs maris ou leurs frères mobilisés qui, de ce fait, devez accomplir une besogne au-dessus de vos forces, il faut tenir.

Pour cela, prendre avant les repas un verre du délicieux vin fortifiant que vous préparerez en versant dans une bouteille de bon vin ordinaire un flacon du tonique Z. Ainsi l'appétit sera excité, le sang sera enrichi, les muscles nourris et les nerfs fortifiés.

De sorte qu'Hitler et les Allemands n'auront qu'à bien se tenir.

C'est déjà triste de profiter du fléau de la guerre pour exploiter ainsi la crédulité publique. Mais encore, ce n'est rien à côté de l'annonce que nous communique un de nos confrères de l'Est, mobilisé.

Nous reproduisons *in extenso*, la lettre qu'il nous écrit :

Une fois de plus je viens faire appel au *Concours* pour la défense des médecins et, en particulier, des médecins mobilisés.

Je lis dans un journal de Paris du 31-X-39, 3e page, 7e colonne, le texte publicitaire ci-joint.

REMPLACEZ VOTRE DOCTEUR MOBILISÉ

par l'Atomisation. Les formules atomisées à surpouvoir curatif offrent une garantie scientifique absolue. *Vous pouvez en toute sécurité vous soigner vous-même sans crainte de contre-indication ou d'insuccès. Des milliers d'attestations prouvent l'efficacité des* « H..... ». — *Toutes pharmacies. — Sur demande envoi gratuit du précieux guide « La santé par l'Atomisation ». Laboratoires* « Z..... » (*Section Z,* 2, *rue Y., Paris. Téléph.* .....)

Il me paraît inadmissible que le commerce profite de notre présence aux armées pour faire des bénéfices supplémentaires en se référant à notre mobilisation.

Bientôt nous lirons : « Remplacez votre docteur, mort au Champ d'honneur, par le guéritout X ».

Pourquoi donc pas, pendant qu'on y est, faire passer toute cette race périmée de médecins, de vie à trépas, pour le plus grand bénéfice du mercantilisme pharmaceutique.

Heureusement, le *Concours* veille, fidèle à son poste en temps de guerre comme en temps de paix.

Bien confraternellement votre

Dr X. (de la Moselle).

Les remarques de notre correspondant sont on ne peut plus légitimes. Il y a une censure qui s'exerce sur nos petites annonces pourtant bien anodines, comme nos lecteurs ont pu s'en apercevoir, cette censure a sans doute sa raison d'être et nous ne protestons pas. Mais ne pourrait-elle pas s'exercer encore plus utilement dans le domaine de la réclame à allure charlatanesque et ne devrait-on pas soumettre pareilles annonces au visa d'une Commission du ministère de la Santé publique ? Pour autoriser la publication de la demande d'un médecin mobilisé qui cherche un remplaçant, n'exige-t-on pas le visa du maire de sa commune ?

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les tumeurs du cordon spermatique

M. J.-P. TOURNEUX

Chirurgien chef des Hôpitaux de Toulouse.

Comme vous m'avez vu intervenir, il y a quelques jours, dans un cas de fibrome du cordon spermatique, je tiens à profiter de cette circonstance pour vous dire quelques mots des différentes tumeurs qui peuvent se développer aux dépens des éléments du cordon. Assurément, il s'agit là de formations qui ne sont pas excessivement communes : elles s'observent néanmoins de temps à autre, puisqu'elles ont suscité de très nombreux travaux et que personnellement, j'en ai déjà rencontré deux cas. Il convient, par suite, de les bien connaître afin de ne pas commettre une regrettable erreur de diagnostic, et c'est à leur étude que j'ai l'intention de consacrer cette leçon : mais voyons d'abord comment se présentent cliniquement ces tumeurs.

Il s'agit de ce cultivateur, âgé de 46 ans, sans antécédents dignes d'intérêt, qui s'était présenté à notre consultation vers la fin du mois de mai, et occupait encore récemment le n° 15 de notre salle Saint-Pierre. Il y avait environ six mois qu'après un traumatisme ayant porté sur les bourses à la suite d'une chute à califourchon sur un timon de charrette, il s'était aperçu de l'existence d'une petite tumeur, tout à fait indolente à ce moment, et qui depuis cette époque avait augmenté de volume d'une façon lente et progressive, en même temps qu'à la suite des fatigues de la journée, elle occasionnait une sensation de tiraillements douloureux.

Au moment où j'ai été appelé à examiner notre sujet, on constatait dans le scrotum droit, la présence d'une petite tumeur offrant les dimensions d'une grosse amande, de consistance ferme, plutôt dure, indolore à la pression, non lobulée, irréductible et non fluctuante. La percussion révélait de la matité et la recherche de la transparence était complètement négative. Cette tumeur n'offrait aucune espèce d'adhérences avec les plans superficiels qui glissaient sur elle; elle paraissait faire partie intégrante du cordon spermatique dans sa partie funiculaire, et se trouvait complètement indépendante du testicule que l'on sentait au-dessous d'elle. Il n'existait aucune trace d'adénopathie, et comme signes subjectifs, on ne relevait rien d'autre qu'un peu de gêne avec sensation de tiraillements. Il n'y avait rien de particulier à noter au sujet des autres appareils de l'économie dont le fonctionnement ne laissait rien à désirer.

Le diagnostic ne présentait pas, dans ce cas, de bien grandes difficultés. Il était d'abord assez facile d'éliminer les affections testiculaires et vaginales, étant donné que la tumeur était complètement séparée de la glande génitale ; il ne pouvait pas non plus s'agir ni de varicocèle, par suite de la disposition de la tumeur, ni d'épiplocèle, étant donné que l'on ne constatait rien d'anormal au niveau de l'orifice externe du canal inguinal. Manifestement, nous avions affaire à une lésion propre du cordon spermatique : après avoir écarté l'hypothèse d'une production tuberculeuse ou syphilitique dont nous ne trouvions aucun des symptômes, ainsi que l'idée d'une funiculite subaiguë post-traumatique, nous avons pensé qu'il devait s'agir là d'une tumeur du cordon, tumeur solide, car elle n'était pas transparente et, en outre, une ponction exploratrice ne nous avait donné aucun résultat. Quelle pouvait être la nature de cette tumeur : un lipome nous aurait offert une consistance beaucoup plus molle et une disposition plus diffuse et plus lobulée, il ne restait par conséquent à choisir qu'entre une tumeur maligne et une tumeur bénigne. Etant donné le peu d'extension du néo-

◆◆

plasme, nous avons pensé qu'il devait s'agir plutôt d'une tumeur bénigne, fibrome ou fibromyome.

L'intervention chirurgicale, seule conduite possible, eut lieu quelques jours plus tard, sous anesthésie générale à l'éther. Une large incision scrotale, intéressant les différents plans, nous permit d'arriver sur le cordon spermatique qui faisait en quelque sorte corps avec la tumeur dont le clivage fut rendu assez pénible, car elle adhérait intimement aux éléments du cordon. Au cours des manœuvres de décollement, il fut nécessaire de lier un certain nombre de vaisseaux qu'il avait fallu sectionner, car il avait été tout à fait impossible de les séparer de la tumeur : on parvint cependant à respecter le canal déférent ainsi que les artères et quelques veines.

Les suites opératoires ont été excellentes, la réunion s'est faite par première intention et quinze jours plus tard, notre opéré pouvait quitter le service. En ce qui concerne la tumeur qui pesait 50 grammes, son examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un fibrome pur.

Il n'en est pas toujours de même, comme j'ai pu le constater chez un de mes malades que je vous citais tout à l'heure ; chez lui, la tumeur évoluant depuis plus de trois ans s'étendait de la naissance du canal inguinal jusqu'au fond des bourses, englobant le cordon spermatique et se continuant par le testicule, dont aucune démarcation ne la séparait. Devant un pareil tableau clinique, on devait songer tout d'abord soit à une hématocèle ancienne, soit à une tumeur du testicule, et ce n'est qu'en me basant sur l'anamnèse et sur le développement particulier de la tumeur, primitivement indépendante de tout contact testiculaire, que je suis arrivé à penser à la possibilité d'une tumeur du cordon, hypothèse qui fut confirmée le jour de l'intervention. Bien entendu, il ne put être question d'intervention conservatrice par suite de l'impossibilité de tout clivage et il fallut se résoudre à une castration. Là aussi, il s'agissait de fibrome pur.

Voilà donc deux cas de tumeur fibreuse du cordon spermatique différant complètement l'un de l'autre, tant au point de vue clinique qu'au point de vue thérapeutique. Dans le premier, à début relativement récent, où le néoplasme bien limité s'était borné à dissocier les éléments du cordon sans contracter avec eux des adhérences par trop intimes, il m'a été possible de l'enlever en le clivant. Dans le deuxième, où il s'agissait d'une volumineuse tumeur remplissant tout le scrotum, j'ai dû pratiquer une castration,étant donné la fusion intime de la tumeur avec les éléments de la région.

Alors que les tumeurs liquides, les kystes du cordon spermatique sont d'observation presque journalière, les tumeurs solides au contraire sont beaucoup plus rares, et certaines d'entre elles, si l'on en croit le petit nombre de cas rapportés, ne se rencontreraient même que d'une manière presque exceptionnelle.

Que peut-on trouver en fait de néoplasmes du cordon ? Des lipomes, des fibromes, des myomes, des sarcomes et des tumeurs mixtes ; j'écarte de parti pris la question des épithéliomas encore très discutée et dont l'existence s'explique assez difficilement. Toutes ces tumeurs présentent de grandes variations de fréquence : d'après Patel et Chalier, qui leur ont consacré un important mémoire en 1909, on compterait 37 cas de lipomes, 13 cas de fibromes, 4 cas de myomes, 22 cas de sarcomes et 13 cas de tumeurs mixtes. Depuis cette époque, il a été, bien entendu, publié bien d'autres observations, mais la proportion est restée sensiblement la même.

Au point de vue de leur étiologie, les tumeurs du cordon spermatique ne présentent pas un très grand intérêt : ce sont des tumeurs assez rares que l'on observe généralement vers la partie moyenne de la vie, de 40 à 60 ans. Leur pathogénie est tout à fait incertaine, et la notion de traumatisme, qui a été signalé dans un certain nombre d'observations, ne paraît jouer qu'un rôle tout à fait accessoire et incertain.

Sauf en ce qui concerne les lipomes qui proviennent de la graisse parapéritonéale, paravaginale ou para-funiculaire, toutes ces tumeurs se développent aux dépens des éléments constitutifs de la gaine conjonctive du cordon, et l'étude des différentes observations rapportées a permis de voir qu'elles pouvaient prendre naissance en différents points, ce qui a porté les auteurs à les ranger dans trois groupes suivant leur lieu d'origine. C'est ainsi qu'il y aurait des tumeurs péri-épididymaires ou inférieures, des tumeurs inguinales ou supérieures et des tumeurs funiculaires ou moyennes. Il est assez difficile de se rendre un compte exact du degré de fréquence de ces localisations : il semble pourtant que le point de départ inférieur ou péri-épididymaire s'observerait le plus souvent, viendrait ensuite la localisation funiculaire ou moyenne, quant au point de départ inguinal ou supérieur, il ne se verrait que d'une manière presque exceptionnelle. Si vous voulez quelques chiffres, je vous dirai que sur les dix-huit observations de fibromes rapportées par Patel et Chalier, on doit compter deux fibromes supérieurs, sept moyens et neuf inférieurs.

La forme et le poids des tumeurs du cordon sont très variables et dépendent nécessairement de l'époque depuis laquelle elles se développent. Il y en a de la grosseur d'une noix, d'autres qui atteignent les dimensions d'une tête de fœtus : entre ces deux extrêmes, il y a bien entendu tous les intermédiaires possibles. Il en est de même

pour ce qui concerne le poids de ces tumeurs, il peut aller depuis 40 grammes jusqu'à 15 kilogrammes, cas maximum signalé dans l'observation de Villard et Rheuter.

Je ne crois pas devoir insister d'une façon particulière sur la symptomatologie de ces tumeurs que je vous ai largement exposée dans mes deux observations, et qui ne présente au reste rien de bien particulier. Tout ce que je me permettrai d'ajouter, c'est que l'on constate parfois que ces tumeurs, après une longue période où l'accroissement a été extrêmement lent, se mettent alors à évoluer avec une très grande rapidité, doublant ou triplant même de volume en quelques semaines. C'est là, un fait dont il faut tenir le plus grand compte et au point de vue du diagnostic et au point de vue du pronostic, car cette évolution en quelque sorte en deux temps indique toujours ou presque toujours la dégénérescence secondaire maligne d'une tumeur bénigne primitivement.

Quant au diagnostic, assez facile dans certains cas, comme dans ma première observation, il devient plus difficile dans d'autres cas, et peut même être rendu tout à fait impossible, soit par une disposition un peu spéciale de la tumeur comme dans les cas à point de départ inguinal, soit par l'absence de tout renseignement précis d'anamnèse, où en présence d'une énorme tumeur remplissant tout le scrotum et ayant complètement englobé la glande génitale, on est plutôt porté à penser à une hématocèle ou à un néoplasme du testicule qu'à une tumeur du cordon (lipome, fibrome ou sarcome), car ces trois variétés peuvent dans leur marche extensive en arriver à en imposer complètement pour une lésion vaginale ou testiculaire.

Au point de vue du traitement, l'ablation chirurgicale est la seule conduite possible à tenir dans les cas de tumeur du cordon spermatique, et doit consister dans l'énucléation. Mais, il faut bien savoir que, dans un certain nombre de cas, cette énucléation, qui constitue le procédé de choix, ne peut être réalisée, soit qu'il s'agisse d'une tumeur maligne où la prudence exige alors une très large exérèse, soit que par suite des adhérences intimes contractées par la tumeur avec les éléments du cordon et le testicule tout clivage ne soit devenu tout à fait impossible. La castration s'impose alors : il a fallu s'y résoudre dans plusieurs cas de lipome trop volumineux et diffus englobant les formations ambiantes, et on a dû également y procéder dans dix cas de fibromes sur dix-huit.

Le pronostic immédiat de ces interventions est des plus favorables, et l'on n'observe plus aujourd'hui les morts par gangrène ou par tétanos qui assombrissaient les anciennes statistiques. Quant au résultat définitif, vous comprenez aisément qu'il dépend de la nature de la tumeur. Les lipomes, fibromes et myomes, à condition bien entendu que l'exérèse ait été complète, guérissent définitivement ; pour les tumeurs malignes, elles ont malheureusemênt tendance à récidiver presque régulièrement, malgré les ablations larges et précoces avec évidement ganglionnaire.

TRAITEMENT DE L'ANGINE DE POITRINE PAR LES INJECTIONS DE PEPSINE

Docteur Guy Roujon

Nous avons expérimenté avec des résultats heureux un nouveau traitement de l'angine de poitrine : la pepsine, en injections intra-musculaires (1). Elle apporte au malade un apaisement presque constant. Elle espace les crises d'angor et les atténue.

Cette sédation, malheureusement, est passagère. Quelques semaines après la fin de chaque série d'injections, parfois plus tôt, rarement plus tard, il faut à nouveau traiter le malade. La douleur, cependant, est de plus en plus accessible à la pepsine, à mesure que l'on répète les séries d'injections.

L'action de la pepsine se manifeste, quelle que soit l'étiologie du syndrome.

Nous n'avons pas observé de contre-indication à un traitement, qui, presque toujours, est bien supporté.

Le mode d'action de la pepsine sur l'angor n'est pas élucidé. L'hypothèse d'une désintégration protéinique semble pouvoir être retenue.

(*Thèse de Paris*, 1939. Travail du service du Docteur Paul Halbron, à l'Hôtel-Dieu.)

(1) Pepsine neutralisée par le benzoate de soude, dosée à 0 gr. 10 pour 2 c. c., en injections de 1/4 à 2 c. c., par série de quinze injections. La tolérance est, le plus souvent, bonne. Parfois, cependant, on note une légère élévation thermique, un peu de rougeur au point d'injection, ou quelques troubles coliques.

SÉCRÉTIONS FÉMININES ET PROGRESSION DES SPERMATOZOÏDES DANS LES VOIES GÉNITALES

Par MM. A. Laffont et R. Bourgarel (1)

La comparaison des résultats de trente examens de couples *stériles* a permis de chercher à préciser le mécanisme de l'ascension des spermatozoïdes dans les voies génitales féminines, et surtout la nature des obstacles qui peuvent s'opposer à cette ascension, du fait des sécrétions féminines, en dehors de toutes les autres conditions anatomiques, physiologiques et pathologiques qui peuvent intervenir.

Ces examens ont tous été conduits suivant la même méthode ; tous les pH ont été pris par application directe, au niveau du col, et dans le vagin, des papiers réactifs de Wulff. D'autre part ils ont été pratiqués à la même date de la période intermenstruelle pour toutes les femmes examinées, au quatorzième jour avant la date présumée des prochaines règles ; cette date voisine de l'ovulation était particulièrement favorable à une fécondation, d'après les données classiques. Cela permit de ne pas tenir compte des variations périodiques des sécrétions féminines au cours de la période intermenstruelle.

On considère que l'ascension des spermatozoïdes dans les voies génitales féminines se fait suivant le schéma suivant : le sperme est rapidement homogénéisé sous l'influence de la température vaginale. Au contact des sécrétions *vaginales* normalement acides (pH : 4,5), l'activité des spermatozoïdes est très accrue. Leur vitalité est diminuée, mais ce fait est sans importance pour la progression, car les spermatozoïdes doivent parvenir au col en moins de deux heures. Au contact des sécrétions *cervicales* normalement alcalines (pH variant de 7,3 à 7,5), se manifeste une attraction rapide et active. Les spermatozoïdes s'orientent dans le sens des filaments de mucus et pénètrent rapidement dans le milieu cervical. Cette attraction appartient en propre aux sécrétions cervicales, car elle se produit par la simple mise en contact du sperme et de ces sécrétions sur une lame. Cette attraction est renforcée par la différence du pH vaginal et du pH cervical, différence qui est le principal moteur de l'ascension. Dans le milieu cervical normal, les spermatozoïdes montrent des mouvements caractéristiques. Cette activité particulière se maintient plusieurs heures (de 4 à 6), temps largement suffisant pour qu'ils puissent franchir le canal cervical.

L'examen de ces trente couples stériles a montré que 11 fois sur 30, donc dans plus de 1/3 des cas, les sécrétions féminines pouvaient assurer une progression normale des spermatozoïdes dans les voies génitales. La cause de la stérilité devait donc être recherchée ailleurs (déficience du sperme montrée par l'examen ou toute autre cause). Dans 10 cas sur 30, 1/3 des cas, les sécrétions cervicales et les sécrétions vaginales devaient être également incriminées. Enfin, pour le dernier tiers, 9 cas sur 30 (où soit l'une soit l'autre des sécrétions restait normale) les sécrétions vaginales ont pu être incriminées 2 fois, et 7 fois les cervicales.

Au point de vue du mécanisme de cette progression, les résultats observés apportent une preuve de l'importance du rôle des pH et en particulier de l'écart entre les pH des deux sécrétions. En effet, dans les 11 cas de progression normale le pH vaginal reste dans les limites normales (4,5 à 4,6), le pH cervical également (7,3 à 7,7). Dans 5 cas, où les sécrétions cervicales se montrent défavorables par manque d'attraction ou obstacle mécanique, le pH est normal ou plus souvent abaissé : ce qui entraîne la diminution de l'écart entre pH vaginal et pH cervical. Enfin dans tous les cas de sécrétions nocives, le pH vaginal est normal (4,5 à 5,6) le pH cervical élevé (8 à 8,3).

Du point de vue clinique, les pH les plus élevés correspondaient à une infection. Pour les sécrétions vaginales, les pH : 5,5 et 5,6, ont été rencontrés dans deux cas de vaginite à trichomonas. Pour les sécrétions cervicales, les pH anormalement élevés, supérieurs à huit correspondaient à un état métritique avec écoulement cervical muco-purulent et présence de germes pathogènes, diplocoques de Neisser dans trois cas et plus fréquemment colibacilles et enterocoques.

Au point de vue traitement pour établir la possibilité d'une progression normale des spermatozoïdes dans les voies génitales féminines, l'effort devra donc porter : 1° Sur la suppression de la cause essentielle, métrite ou vaginite ; 2° Sur la correction du pH ; par des injections de pH approprié ou tout autre moyen analogue, on devra essayer de rétablir les valeurs normales des deux pH, et surtout leur écart normal.

(1) *L'Algérie Médicale*, décembre 1938.

LA RÉDUCTION ET L'IMMOBILISATION DES FRACTURES EN TEMPS DE GUERRE

Par le Médecin Capitaine MASSART

Spécialiste principal

Parmi toutes les blessures qu'on a coutume de traiter en temps de guerre, celles qui se compliquent de fractures des membres sont parmi les plus fréquentes. Ce sont celles qui demandent dès le début, à être traitées avec soin, parce que leurs complications sont souvent telles qu'elles entraînent des infections osseuses d'une chronicité désespérante, des impotences fonctionnelles graves, des pseudarthroses importantes et que, dans certains cas, l'amputation du membre apparaît comme la seule solution capable de mettre un terme à des soins interminables, et de rendre le blessé à une vie active.

Il n'est pas inutile de rappeler aujourd'hui l'expérience de la guerre précédente et de fixer quelques-uns des points principaux de ces traitements.

La réduction

C'est un temps essentiel et particulièrement délicat du traitement, lorsque l'os a été entièrement brisé ou broyé, et qu'il existe une solution de continuité entraînant du fait des actions musculaires des déplacements des fragments.

Ces déplacements sont actuellement faciles à préciser, par l'examen radiologique qui fixe, au moyen de deux clichés, pris dans deux plans perpendiculaires, la position exacte prise par les fragments déplacés.

Les formations sanitaires même les plus avancées disposent aujourd'hui de postes radiologiques suffisants, pour apporter au chirurgien un enseignement précis. Cependant, si les déplacements en longueur, en épaisseur et dans le sens latéral se voient bien, *les déplacements par rotation de l'axe du membre ne se voient* pas à la radio, et on risque, en les négligeant, de donner à une main ou à un pied une orientation qui sera gênante lorsque la consolidation sera terminée.

C'est à ce décalage qu'il faudra porter attention lorsque le contrôle radiologique montrera qu'on a obtenu une réduction suffisante des fragments déplacés.

Comment doit se faire la réduction

L'expérience de la guerre précédente semble avoir établi qu'il faut renoncer à toutes les tentatives de réduction sanglante, dans ce milieu infecté que constitue la fracture de guerre.

Sans doute peut-il paraître simple quand on a nettoyé, et épluché une plaie, qu'on a sous les yeux les fragments déplacés, de les remettre en contact et de les fixer correctement réunis par un procédé quelconque d'ostéosynthèse. L'expérience a prouvé que cette manière de faire n'avait pas réalisé pratiquement un traitement idéal, et que loin de là, les fractures ainsi traitées se consolidaient mal, éliminaient souvent et fort rapidement leur matériel métallique et qu'on était obligé de reprendre des réductions qui ne tenaient pas. Bien plus, la vitalité de l'os s'en trouvait souvent compromise sur une assez grande hauteur et on voyait apparaître des infections osseuses, en des points où l'os était primitivement sain, mais où des vis avaient été mises, où des fils métalliques avaient été passés.

Nous croyons qu'actuellement *la réduction sanglante doit être rarement faite pour les fractures de guerre*, même si la plaie a été très minutieusement traitée, même si on est tenté de faire une suture primitive et nous pensons que tous se trouveront bien de suivre ce conseil dicté par l'expérience.

Dans les fractures où l'os a été peu traumatisé, peu broyé, en particulier pour des petits segments de membres, à l'avant-bras par exemple quelquefois à l'humérus, beaucoup plus rarement à la jambe, exceptionnellement à la cuisse, on pourra réussir par les seules tractions manuelles à obtenir une réduction convenable.

Le grand intérêt de cette réduction c'est de pouvoir immobiliser aussitôt dans un appareil le segment fracturé ; si la chose il y a vingt ans paraissait peu aisée lorsque l'on disposait du seul appareil plâtré, l'introduction dans la chirurgie des broches de Kirchner redonne à cette méthode une sécurité qu'elle n'avait pas eue jusqu'alors.

Les broches de Kirchner transfixant les os et dont les extrémités libres sont fixées et noyées dans un appareil plâtré léger, permettent de maintenir la réduction et d'offrir la possibilité de pansements aisés, jusqu'à ce que la fracture soit solide et la plaie fermée.

La possibilité de fixer les broches dans des appareils métalliques formant attelle et du type de Cuendet nous paraît réaliser un gros progrès. Cette manière de faire nous a donné dans la pratique civile des résultats si favorables, que

nous verrions volontiers adopter ce type d'immobilisation pour certaines fractures ouvertes de la jambe et de l'avant-bras.

***

Dans l'immense majorité des fractures de guerre, on n'obtiendra une bonne réduction qu'en réalisant la remise en place des fragments *par une extension continue.*

Les résultats donnés par l'extension continue pendant la dernière guerre, ceux que depuis vingt ans nous avons obtenus dans la pratique civile, ont permis de perfectionner et de simplifier la méthode, et on peut écrire qu'actuellement *c'est le traitement à conseiller dans la plupart des fractures de guerre.*

Le reproche qu'on pouvait lui adresser d'empêcher l'évacuation facile des fracturés n'est plus à considérer avec toutes les améliorations qui ont été apportées aux gouttières, aux attelles et aux systèmes à ressort destinés au cours des évacuations à maintenir l'extension continue.

La réalisation correcte d'une extension continue doit permettre de remettre les fragments déplacés dans la continuité normale, en exerçant dans l'axe du membre des tractions, soit en agissant sur les parties molles, soit en transfixant l'os lui-même, par des broches sur lesquelles l'extension agit directement.

L'extension continue appliquée sur les parties molles, dont Hennequin avait il y a longtemps montré toute l'efficacité, nous paraît la méthode à conseiller dans la majorité des cas. Elle demande du soin, une surveillance de tous les instants, mais elle supprime tout acte chirurgical sanglant, si léger soit-il.

Pour le membre inférieur en particulier, les cadres adaptés sur les lits qui actuellement réalisent l'extension continue et qui sont dérivés du cadre de Miss Gassett ont le gros avantage de permettre au blessé de se soulever dans son lit, de bouger, d'être pansé, d'être mis au propre, d'avoir le siège soigné, sans qu'il se produise de moindre mouvement dans son foyer de fracture, et ainsi une extension qui pouvait être pénible lorsqu'elle obligeait à une immobilité totale est admirablement supportée.

Il est des circonstances cependant, où la traction sur les parties molles est rendue difficile par le voisinage d'une grosse articulation, c'est le cas des fractures basses du fémur, des sus-condyliennes avec déplacement des fragments. On a intérêt à substituer à la traction sur les parties molles, une traction sur l'os, qui laisse l'articulation parfaitement libre, permet de la mobiliser, d'éviter les raideurs et les ankyloses qui compromettent la fonction du membre fracturé.

Si le mode de traction change, le principe de l'extension continue est conservé et la réduction s'opère aussi complètement.

Le problème de la réduction et de l'immobilisation par l'extension continue serait des plus simples si la chirurgie de guerre ne nous imposait pas à toute période du traitement *la nécessité d'évacuer les blessés fracturés.* Aucune formation, même les grands hôpitaux d'évacuation secondaire ne peut dire qu'elle ne sera pas dans la nécessité d'évacuer ses fracturés au cours de leur traitement et c'est alors que se pose le problème du maintien et de la contention des fractures réduites, avec la possibilité d'un transport.

Les moyens actuellement à notre disposition sont nombreux, et sans décrire encore les appareils de Pouliguin, les attelles de Thomas perfectionnées par Lardennois, nous pensons que l'appareil plâtré bien fait et mis en place sur un membre dont les plaies ont été soigneusement et minutieusement épluchées, dont tous les projectiles et débris vestimentaires ont été complètement enlevés, constitue un appareil excellent. L'immobilisation intégrale d'une fracture permet une réparation meilleure des tissus, et si parfois l'odeur d'un pansement nous choque, il faut savoir que sous une couche superficielle de tissus malodorants, il se fait un travail de réparation utile. La méthode de l'immobilisation rigoureuse plâtrée, et du pansement rare est efficace dans bien des fractures de jambe et c'est le moment de le signaler à l'attention de ceux qui l'ignorent ou l'ont oublié.

L'immobilisation des fractures doit se faire jusqu'à ce que l'os soit solide, c'est une erreur de faire lever trop tôt et sur un cal à peine solide un fracturé du membre inférieur, on doit s'en abstenir et éviter qu'au membre supérieur une ablation précoce d'appareil permette à des fragments en train de se coapter, de prendre une angulation anormale. Souvent d'ailleurs à cette période de la convalescence il est utile de mettre un petit appareil de soutien léger, les bandes de celluloïd dont nous disposions il y a quelques mois et qui venaient d'Amérique, permettaient la confection d'appareils parfaits et légers.

Le traitement des fracturés en temps de guerre demande avant tout du soin, de la minutie, on ne saurait se satisfaire d'à peu près et puisqu'aussi bien nous sommes nombreux sous l'uniforme nous pouvons espérer que les fracturés de la guerre seront mieux soignés que les fracturés de la paix, où trop souvent les principes que nous venons d'exposer sont méconnus, où trop souvent on se contente d'à peu près, de solutions improvisées, où l'on n'utilise pas suffisamment les contrôles radiologiques, ce qui explique les résultats défectueux et les séquelles que nous avons à déplorer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

L'anesthésie des blessés gazés

MM. R. Monod et P. Hamburger démontrent que, dans l'état actuel de la question, il est difficile de formuler, en cette matière, des règles définitives. Les données cliniques et expérimentales actuelles autorisent les conclusions pratiques suivantes :

Le choix de l'anesthésie tiendra compte : 1° en partie, de la nature du gaz absorbé (suffocants ou vésicants) ; 2° beaucoup de la phase de l'intoxication dans laquelle se trouve le blessé au moment où il doit être anesthésié ; 3° avant tout, de l'importance des réactions locales (respiratoires et circulatoires) et des réactions générales (choc, acidose) présentées par le blessé.

A la phase de début : on redoutera tout anesthésique provoquant de l'agitation, déterminant de l'irritation broncho-pulmonaire, de l'accélération de la respiration et de l'hypertension, de façon à réduire les risques du déclenchement d'une crise d'œdème aigu du poumon.

A la période d'état : on évitera les anesthésiques susceptibles d'aggraver les foyers pulmonaires (lésions congestives ou suppuratives), la fatigue du cœur et les lésions rénales.

Ces principes établis, on appliquera les règles suivantes :

1° La loco régionale est l'anesthésie de choix, celle que l'on utilisera toutes les fois où elle est praticable ;

2° L'emploi de pré-anesthésique est recommandable pour compléter l'action des anesthésiques locaux, mais sera utilisé avec prudence (méthode des doses faibles, fractionnées) ;

3° Si l'anesthésie locale n'est pas possible ou n'est pas suffisante, on utilisera l'anesthésie intra-veineuse à l'évipan, dont la technique simple se prête à toutes les exigences des formations de l'avant et permet toute la chirurgie. Plus à l'arrière, dans des centres bien équipés, stables, le lavement au rectanol, à doses faibles, trouvera des indications ;

4° Les anesthésiques volatils, type éther, chlorure d'éthyle, sont *contrindiqués* surtout au début, alors que persiste la menace d'œdème pulmonaire. A défaut d'anesthésiques liquides injectables (novocaïne, évipan), le *chloroforme*, seul de tous les anesthésiques volatils, pourra être utilisé, soit seul, soit à titre d'anesthésique complémentaire.

5° Les anesthésiques gazeux, protoxyde d'azote et cyclo-propane ne sont pas susceptibles d'être employés chez les blessés gazés, tout au moins au début. Plus tard, une fois franchie la phase d'irritation et d'hypersécrétion, ils seront indiqués chaque fois que l'état pulmonaire ou rénal contre indiquera l'emploi de l'éther. Les mélanges, type Schleich, pourront être également utilisés à cette phase.

6° Les associations anesthésiques, suivant le schéma : *a*) prénarcotique ; *b*) anesthésie loco-régionale ; *c*) évipan ou chloroforme complémentaire, semblent résumer le maximum d'avantages et se prêter à toutes les combinaisons. Elles représentent probablement la méthode de l'avenir.

7° Avant et pendant les anesthésies, on améliorera les anoxies par l'oxygénothérapie à haute dose, et certains opérés bénéficieront après l'anesthésie d'un séjour sous la tente à oxygène. (*La Presse Médicale*, 25 octobre 1939.)

L'ictère latent et la fonction biliaire chez les diabétiques

D'après MM. F. Rathery, J. Polyboridès et P.-M. de Traverse, la bilirubinémie des diabétiques présente, pendant l'évolution de leur affection, des oscillations dépendant du type de diabète, du taux de la glycémie, du traitement appliqué, et, dans quelques circonstances, du taux de la réserve alcaline et de l'azotémie. L'intervention des complications agit sensiblement sur le taux de la bilirubine. L'existence d'une hypertrophie du foie en dehors de toute maladie du foie proprement dite, l'âge du malade et l'ancienneté de la maladie peuvent avoir une action sur le taux de la bilirubinémie.

Tenant compte des facteurs physiologiques, du terrain sur lequel évolue le diabète et des facteurs extrahépatiques, qui tous peuvent influencer la bilirubinémie, on ne doit donner à une bilirubinémie perturbée une signification pathologique qu'après s'être assuré de la persistance des perturbations observées, et avoir éliminé les divers facteurs qui ont pu causer ces perturbations en dehors du syndrome diabétique. (*Paris Médical*, 1er juillet 1939.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'hyperpolypeptidémie en psychiatrie

(MM. LAIGNEL-LAVASTINE et DUGUET ; 3-10-1939)

M. Laignel-Lavastine rappelle tout d'abord les trois types d'hyperpolypeptidémie de Noël Fiessinger :

a) l'hyperpolypeptidémie de production (facteur tissulaire) ;

b) l'hyperpolypeptidémie de sortie (facteur rénal) ;

c) l'hyperpolypeptidémie d'épuration (facteur hépatique).

En chirurgie, M. Pierre Duval a trouvé des polypeptidémies élevées chez les grands brûlés et chez de nombreux cancéreux.

En médecine générale, M. Noël Fiessinger a signalé chez les insuffisants hépatiques sinon toujours de l'hyperpolypeptidémie, du moins à peu près constamment une élévation de l'indice de désamination.

Chez les rénaux, les auteurs s'accordent à reconnaître une grande valeur au taux de l'hyperpolypeptidémie.

En clinique neuro-psychiatrique, il semble que, chez les psychopathes, le taux des polypeptides sanguins soit plus élevé que chez d'autres malades, ceci toutes choses égales d'ailleurs. Il faut ici faire une part à l'insuffisance hépatique concomitante, cause elle-même d'hyperpolypeptidémie.

MM. Laignel-Lavastine et Duguet ont étudié la valeur comparée des variations de la polypeptidémie en fonction de l'urée sanguine, en médecine générale et en psychiatrie. Ils ont noté fréquemment, chez leurs malades neuro-psychiatriques, des taux élevés de polypeptidémie. Deux faits paraissent nets : chez les déments séniles, pas d'hyperpolypeptidémie alors que l'azotémie est en général élevée ; chez les confus, polypeptidémie élevée ; de même chez les alcooliques, en crise de delirium (l'insuffisance hépatique est d'ailleurs fréquente chez ces derniers malades).

La question des polypeptides, qui a été entre 1928 et 1934, l'objet d'un engouement extraordinaire, semble assez délaissée aujourd'hui. M. Laignel-Lavastine pense que cette étude pourra rendre des services en permettant peut-être une exploration plus précise des fonctions hépatiques, rénales et encéphaliques.

Action physiologique de la feuille d'olivier

(MM. A. DANIEL-BRUNET et OLIVIERO ; 25-7-1939)

D'un travail sur l'action physiologique des principes de la feuille d'olivier, les auteurs concluent : que l'extrait total d'olivier est sans toxicité ; qu'il est doué d'une forte action hypotensive ; que son pouvoir hypotenseur est dû à une vaso-dilatation périphérique et non à une dépression cardiaque.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 22 novembre 1939

M. FUNK-BRENTANO lit un rapport sur un travail de M. MEYEY-MAY intitulé : *Lobectomie gauche pour cancer du foie.*

M. Pierre DUVAL fait une communication sur *un cas de hernie diaphragmatique gauche opérée.*

M. BROCQ présente trois rapports : sur une *étude relative à la paralysie du sphincter d'Oddi* ; sur une observation de M. MEYEY-MAY, d'Hanoï, ayant pour titre : l'*apoplexie de la vésicule biliaire* ; sur un cas, enfin, de *macroglossie congénitale*. Il concerne un enfant qui, déjà à la naissance, avait une langue volumineuse. A six ans, il offrait un aspect hideux de la face, ne pouvait parler, s'alimentait très difficilement. Une résection de la partie hypertrophique de la langue fut faite par un chirurgien de Sofia. Guérison. L'examen histologique de la masse enlevée n'ayant pas été pratiqué, la nature de la macroglossie est restée ici indéterminée.

***

Hématémèses par splénopathies sans splénomégalie

(MM. Yves BOURDE et J. LAMY ; 3-5-1939)

Les gastrorrhagies, en particulier répétées, font penser en dehors de quelques autres causes bien connues, surtout à l'ulcus gastrique ou duodénal. A la vérité, l'ulcère n'est trouvé comme étiologie certaine d'hémorragie gastrique que dans 17,6 pour 100 des cas (Demole).

Les travaux de P.-E. Weill et Grégoire ont fait connaître les hématémèses au cours des splénomégalies. L'examen clinique, alors, en révélant l'augmentation du volume de la rate, permet de suspecter l'origine de la gastrorrhagie. MM. Yves Bourde et Lamy appellent aujourd'hui l'attention sur la possibilité d'hématémèses simulant l'ulcère gastrique et trouvant leur étiologie dans une affection splénique n'ayant pas encore provoqué de splénomégalie. Ils en rapportent deux exemples. En pareille circonstance, la radiographie ne montre rien de précis au niveau de l'estomac ou présente des images d'ulcus simplement douteuses, et, d'autre part, le palper de l'hypochondre gauche ne révèle pas d'hypertrophie de la rate. Les malades étant opérés pour exulceratio-simplex probable, on ne trouve pas de lésion à l'estomac. Si l'on poursuit les investigations du côté splénique, on constate des adhérences de périsplénite et des modifications appréciables au palper (induration, irrégularité), de la consistance de la rate. Celle-ci enlevée se révèle altérée, à l'examen histologique. Les hématémèses disparaissent après la splénectomie.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

La saignée à l'artère fémorale

(M. P. EMILE-WEIL ; 19-5-1939)

Cette méthode a l'avantage d'être facile, propre, (car on ne doit pas perdre une goutte de sang). aseptique et de ne pas nécessiter un pansement prolongé. Si, dans le cas de transfusion, on peut choisir des donneurs ayant des veines volumineuses et faciles, il n'en est plus de même pour les saignées nécessaires aux malades dans un but de déplétion sanguine.

Il est des malades, surtout des femmes, qui sont obèses, peu musclées, dont les veines sont peu visibles ou bien abîmées, sclérosées par des injections médicamenteuses antérieures. Chez de tels sujets, le médecin peut se trouver dans l'impossibilité de pratiquer une saignée, surtout lorsque ces malades sont en état d'insuffisance cardiaque, avec pouls misérable et chute importante de pression. En plus, dans certains cas, le sang de tels sujets présente une viscosité augmentée et, s'écoulant lentement, peut se coaguler dans le trocart avant que la prise de sang soit assez importante pour soulager le malade et son myocarde. De telles éventualités ne sont pas exceptionnelles.

Mais on peut toujours obtenir une grande saignée, quand elle s'impose, en opérant autrement. Il suffit de recueillir le sang au niveau d'une grosse artère. C'est ainsi que l'auteur a été amené à pratiquer plusieurs fois la saignée au niveau de l'artère fémorale. Celle-ci est toujours facilement décelée par ses battements, même quand le pouls est peu net à l'artère radiale. La fémorale est superficielle au niveau de l'arcade fémorale et repose sur un plan profond résistant.

Se servant du trocart habituel à prises de sang, on pratique la saignée en dirigeant la pointe en haut et en avant jusqu'à ce que jaillisse le sang dont le jet est rouge et discontinu. L'on obtient ainsi toute la quantité voulue sans qu'on soit arrêté par une coagulation prématurée. Une précaution indispensable, si l'on ne veut pas être gêné par la cuisse et si l'on ne veut pas tacher les draps, est de recueillir le sang dans un bassin plat, gradué si possible, comme ceux dont se servaient nos pères jadis pour leurs saignées. Quand on est arrivé au terme de l'opération, il suffit de retirer le trocart et de comprimer la petite plaie cutanée pendant une demi-minute sans apposer ensuite aucun pansement. L'artère élastique fait d'elle-même l'occlusion de la plaie artérielle et l'opération est alors terminée, donnant tous les bénéfices que la saignée veineuse pouvait procurer.

On peut trouver impressionnante l'idée de faire une saignée dans une grosse artère dont la section peut entraîner par hémorragie une mort rapide. Pratiquement, rien n'est plus simple et plus inoffensif : l'artère plus facile à trouver que les veines du coude n'est pas plus fragile qu'elles, et referme, grâce à son tissu élastique, la petite plaie du trocart avec la plus grande facilité. Pas d'insuccès prévisible entre des mains moyennement adroites.

G. F.

Les Livres

IMPRIMERIE CH. GYSS, Obernai (Bas-Rhin)

Raoul PALMER, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef des travaux de gynécologie à la Faculté de médecine. — **Memento de l'élève anesthésiste,** *à l'usage des infirmiers et infirmières militaires et civils.* Une broch. 42 pages. Prix : 8 francs.

La guerre nécessitera peut-être la formation d'un nombre important d'anesthésistes ou d'aides d'anesthésie. Pour faciliter cette formation, le Docteur Raoul Palmer a écrit une excellente petite brochure, d'un caractère rigoureusement pratique, où se trouve condensé tout ce que doit connaître l'aide d'anesthésie.

L'auteur s'est inspiré du précis d'anesthésie de Forgue, du Précis de petite chirurgie de Maisonnet, des conseils du médecin commandant Jeanneney et du médecin capitaine Bur. Il a publié son Memento le 10 septembre 1939, le destinant ainsi en premier lieu à la pratique de la chirurgie aux armées. Y sont étudiés successivement : les phases de la narcose, les précautions à prendre, la surveillance, les incidents et accidents, le matériel, la technique des anesthésies par inhalation (éther, chloroforme, mélanges), l'anesthésie de base, les narcoses par voie rectale, par voie veineuse, la rachi, l'anesthésie loco-régionale, etc. C'est, on le voit, sous une forme condensée, un memento très complet.

P. L.

LA MALADIE ULCÉREUSE GASTRO-DUODÉNALE ET SON TRAITEMENT

Par le Docteur J. FAGUET

On sait le succès qu'a eu aux Grandes Assises générales de Médecine Française la question posée sur le traitement de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale : la plupart des auteurs ont conclu que, parmi les thérapeutiques les plus employées, celle qui donnait les meilleurs résultats était certainement la laristinothérapie.

La laristine est une solution à 4 p. 100 de monochlorhydrate d'histidine chimiquement pure stérilisée et présentée en ampoules de 5 c. c. destinées à la voie intramusculaire. Le traitement consiste à faire au malade une injection intramusculaire ou sous-cutanée d'une ampoule de 5 c. c. pendant trois semaines. Ces injections sont rigoureusement indolores et n'exposent le malade à aucune réaction générale ou locale.

Dans les cas que nous avons traités, ulcères gastriques et duodénaux confirmés par les signes cliniques et le contrôle radiologique, nous avons été frappés par la disparition, dès la septième ou la huitième injection, des douleurs classiques de l'ulcère. Puis, vers le douzième jour, se manifeste une reprise nette de l'état général. Ce retour des forces coïncidant avec la possibilité de s'alimenter de nouveau normalement, procure au malade un état d'euphorie et de reprise de confiance qui se maintient par la suite après la cessation du traitement. Nous pensons du reste qu'il est utile de faire une nouvelle série de piqûres au bout de quatre à cinq mois et sans attendre une nouvelle crise ulcéreuse. La non-observation de ce conseil a été, chez un de nos malades, la cause d'un échec partiel et temporaire.

Il s'agissait d'un homme de 40 ans atteint d'ulcère de la petite courbure ayant donné lieu, depuis plusieurs années déjà, à des accidents caractérisés (crises douloureuses, hématémèses, melœna) le tout confirmé par plusieurs examens radiologiques et calmé, tant bien que mal, jusqu'au début de notre traitement, par des pansements bismuthés et des préparations belladonées. Nous lui fîmes une première série de piqûres quotidiennes pendant trois semaines. Dès la dixième piqûre, le malade était littéralement transformé : plus de douleurs, réveil de l'appétit et des forces. Il faut reconnaître qu'en présence de l'acuité des symptômes et en raison d'une hématémèse récente, nous avions fait maintenir les poudres bismuthées et le régime. A partir du dixième jour, nous conseillâmes délibérément au malade d'abandonner ces traitements accessoires, ce qu'il fit sans aucun inconvénient. Apparemment guéri, il termine les piqûres avec le conseil de les reprendre cinq mois plus tard. Il n'en fit rien et, après sept mois de parfaite santé, vit réapparaître les symptômes d'une nouvelle crise ulcéreuse avec une violente hématémèse. Une nouvelle série fut alors commencée qui réussit comme la première, mais plus tardivement, la sédation des douleurs n'étant intervenue que vers la seizième piqûre et l'état général n'ayant repris qu'assez difficilement. Il y a plus d'un an de cela et deux autres séries de laristine ont été faites à cinq mois d'intervalle. Le malade va fort bien actuellement, a repris 10 kg. et a abandonné tout régime. Un examen radiologique pratiqué ces semaines dernières n'a montré aucune image d'ulcus. Dans les autres cas, une dizaine environ, que nous avons suivis depuis dix-huit mois, les séries ont été faites au nombre de trois, à cinq mois d'intervalle. Aucune rechute n'a été observée et les guérisons paraissent solides, tant cliniquement que radiologiquement.

Il semblait jusqu'à maintenant que la maladie ulcéreuse gastro-duodénale était surtout conditionnée par les régimes peu stricts que suivaient les malades, mais il est infiniment probable que la maladie ulcéreuse gastro-duodénale a des causes plus profondes et que, par exemple, la fatigue, le surmenage et peut-être certaines conditions obligatoires de diététique sont à l'origine de la recrudescence que l'on constate, dans les circonstances actuelles, de cette affection.

Certes le climat est favorable à la fatigabilité extrême que crée la moindre résistance, d'où l'utilisation de plus en plus fréquente de la vitamine C sous forme de laroscorbine, médicament qui constitue un activateur certain de toutes les réactions cellulaires.

Quoiqu'il en soit, nous tenions à souligner l'intérêt qu'il y a à savoir bien manier la laristinothérapie car, on peut, grâce à ce traitement et sans lui adjoindre un régime alimentaire strict, obtenir des résultats excessivement intéressants et rapides sans avoir à mettre le malade au repos absolu : la laristinothérapie est certainement de l'avis de tous ceux qui l'ont utilisée le meilleur traitement médical que l'on puisse imposer à l'ulcère gastro-duodénal.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TRAVAUX ORIGINAUX

Bulletin de l'Actualité

• • •

L'ADAPTATION DE CORPS ET D'ESPRIT AU TEMPS DE GUERRE

La vie nouvelle que mènent tant aux armées qu'à l'intérieur, tous les médecins mobilisés ne va pas toujours sans que s'élèvent des récriminations, des plaintes, et c'est surtout chez les plus jeunes d'entre nous, chez ceux qui font la guerre pour la première fois, que l'adaptation paraît plus difficile, et ne va pas sans que nous en recevions déjà les échos.

Le médecin mobilisé qui a déjà fait l'autre guerre, s'est vite retrempé dans le milieu qui, de 1914 à 1918, l'avait fortement marqué. Pour beaucoup, l'entre-deux guerres qui s'est écoulé si vite est presque oublié et nous retrouvons nos habitudes, nos camaraderies, nos popotes, nos histoires, comme si tout cela datait d'hier. Il y a quelques jours traversant la campagne picarde, je retrouvais d'anciens cantonnements restés semblables à ce que je les avais trouvés lorsque je les découvrais pour la première fois ; c'étaient les mêmes routes, les mêmes convois, les mêmes silhouettes. En expliquant au jeune confrère qui m'accompagnait que, dans ce village, nous avions notre ambulance, que, dans cette gare se faisaient nos évacuations ; sans mesurer le temps écoulé et sans imaginer que mon interlocuteur était encore en enfance, à l'époque que j'évoquais, il me semblait me retrouver en 1914, alors que je mettais au courant du secteur un nouvel arrivant. L'empreinte profonde que nous a laissée la si longue guerre de 1914 est certainement indélébile et l'expérience des réservistes qui ont déjà fait la guerre, facilite chez les médecins l'organisation des diverses formations du Service de santé. Sans doute, l'avenir nous réserve des surprises, sans doute bien des changements dont nous n'avons point idée vont modifier nos manières de voir de 1918, mais actuellement, où c'est une guerre d'attente que nous faisons, où ce sont des organisations semblables à celles que nous avons édifiées, que nous mettons encore sur pied, nous revivons sous la pluie et dans la boue, les jours trop courts des automnes finissant de 1914, de 1915, de 1916. Notre adaptation de 1939 n'a demandé que quelques semaines pour se faire, nous savons que le métier que nous faisons n'a qu'une ressemblance lointaine avec notre profession civile, et nous comprenons que nous devons sacrifier nos individualités et nos idées personnelles, aux disciplines générales fixées pour donner aux blessés les meilleurs soins, dans les meilleures conditions.

Il serait bon, je crois, que nos camarades plus jeunes qui actuellement voient mal la nécessité de ces disciplines, qui ne se rendent qu'imparfaitement compte de ce qui leur sera demandé, qui n'ont pas pour se tremper, ces sanglantes batailles avec leurs énormes arrivages de blessés, de malades, de moribonds, réfléchissent au rôle qu'ils auront à jouer, il serait bon que de temps à autre les plus âgés leur racontent, au risque de paraître des radoteurs, ce qu'ils faisaient, comment ils soignaient. Il faudrait que des causeries empreintes de la plus grande cordialité soient organisées, analogues à celles que nous faisons entre nous dans le civil et qu'elles se fassent de façon fréquente. Ainsi bien des points de technique seraient précisés, bien des balbutiements seraient évités.

Il y a quelques jours, entre autre exemple, je contais à un de mes jeunes collègues, un esprit des plus distingués, tout ce que la chi-

rurgie articulaire, en particulier celle du genou, avait de spécial et tout ce que nous avions appris sur la manière de traiter les plaies articulaires au cours de la guerre. Je voyais son étonnement, à entendre développer des techniques qu'il ne me serait point venu à l'idée de lui exposer, les croyant archiconnues, et je comprenais combien nous devrions profiter de ces semaines où il y a peu de blessés, où nous disposons de temps, pour faire profiter les plus jeunes de l'expérience du passé.

La grande camaraderie qui existe entre nous tous, même entre des générations assez distantes, doit faciliter cet enseignement mutuel, et rendre plus aisée l'adaptation de chacun. Ce que je dis pour nos techniques se retrouve pour quantité de choses. Que de médecins ne savent pas s'équiper pour l'hiver, pour la pluie, pour le froid, ont des chaussures trop fines, des manteaux mal commodes, et là encore, c'est l'expérience des nuits d'hiver où il fallait se défendre contre toutes les intempéries qui nous fait souvenir des accoutrements un peu invraisemblables, mais pratiques, que nous avions imaginés.

Si pour le médecin mobilisé, ces adaptations sont faciles quand il s'agit de techniques ou de vêtements, il paraît plus difficile d'adapter les caractères. Pour les médecins, individualistes forcenés, il est pénible de s'adapter à la vie en commun, de sentir peser une discipline où la hiérarchie joue un rôle important, et pour celui qui n'a point déjà réfléchi à ce que serait sa vie en temps de guerre, cette nouveauté ne va pas toujours sans bien des déceptions.

Le médecin habitué à ne subir d'autre contrôle que celui de sa conscience, comprend mal que toute initiative personnelle lui soit refusée, qu'il doive rendre compte de la plupart de ses actes, et qu'il ne soit, en réalité, qu'un élément dans une organisation immense où l'individu arrive à disparaître.

Cependant, pour qui sait s'adapter, la vie en commun permet une camaraderie charmante, des rapports excellents que ne viennent point gâter les jalousies de clientèle, et combien d'entre nous ont précisément vu naître de cette vie en commun, après la guerre de 1914-18, des amitiés durables et solides, comparables à celles que l'on forge au cours des études.

La discipline et la hiérarchie sont nécessaires à la bonne marche des importantes formations sanitaires où tout dépend du travail du voisin, où chacun doit avoir un rôle bien déterminé, pour éviter le désordre générateur des erreurs, des oublis et des fautes. Sans doute n'est-il pas donné à tous de faire des chefs parfaits, de savoir allier la fermeté, la décision à la cordialité, de savoir commander en se faisant apprécier, mais là encore une adaptation est nécessaire.

On peut avoir d'excellents rapports d'un grade à l'autre sans tomber dans cette servilité que d'aucuns confondent avec l'obéissance et en marquant chacun de ses actes d'une note personnelle. Nulle part, plus que dans l'armée, et particulièrement en temps de guerre, il n'est aussi facile de rester soi-même en faisant exactement ce qui vous a été commandé. Dès qu'un ordre vous paraît contraire à l'intérêt que vous défendez et qui est celui du blessé, le règlement est là pour vous soutenir, et vous défendre.

La demande d'un ordre écrit au chef dont l'autorité vous paraît excessive suffit toujours, pour lui faire respectueusement remarquer son erreur, et peser sur la décision définitive.

C'est dans cet esprit plutôt qu'en cherchant des imperfections et en exprimant des critiques que le médecin mobilisé doit venir à cette vie, pour beaucoup, entièrement nouvelle. Faute de le faire, il se rendra malheureux, supportera mal les petits froissements d'amour-propre inévitables quand on n'est que le dernier rouage d'une immense machine. Qu'il adopte cette philosophie souriante dont ses aînés lui donnent l'exemple ; qu'il se dise qu'apprécié ou non, il doit toujours et en toutes circonstances montrer une humeur égale. Ainsi l'épreuve qui lui est imposée lui paraîtra moins longue, plus supportable, il verra aussi bien auprès de ses chefs qu'auprès de ses subordonnés sa situation se fortifier, sa personnalité se développer, son autorité s'accroître, ce qui lui permettra de faire agréablement son devoir, en gardant lorsque la paix sera venue, un souvenir excellent du temps qu'il aura passé à servir.

Dr RAPHO.

LA SITUATION JURIDIQUE DES MÉDECINS RÉQUISITIONNÉS ET DES NON-MOBILISÉS

Quels sont les médecins qui peuvent être réquisitionnés ?

Tous les médecins, qui, par leur âge, ou leur sexe, ne sont pas mobilisables, sont à la disposition du ministre de la Santé publique. Ils doivent rester à leur poste, ou gagner celui qui leur sera assigné.

Est-il possible de changer de poste ?

Depuis la parution du décret-loi, chaque praticien est contraint de rester à son poste : il ne lui est plus permis de se déplacer à sa guise, de changer de résidence sans en avoir obtenu l'autorisation du Préfet de son département, autorisation qui peut lui être refusée. Les besoins de la population civile doivent avoir le pas sur les convenances personnelles.

Dans certains départements, l'Indre-et-Loire, par exemple etc., les syndicats médicaux ont offert à la Préfecture, qui l'a acceptée, leur collaboration, pour la création de secteurs médicaux, comprenant les communes et les services publics, qui n'ont plus de médecins. Chaque praticien du département s'est vu attribuer un secteur et des fonctions dont il assume la charge. Chaque changement doit être signalé au président du syndicat, changement survenu, soit par le retour des armées d'un confrère démobilisé, soit par décès ou maladie d'un praticien.

Un de nos confrères, âgé et malade, qui exerce dans un pays de montagne, avait songé à s'établir dans une région moins rude pour lui. Le Préfet ne l'a pas autorisé à partir ; seul un examen médical dûment motivé pourrait permettre un déplacement. Encore notre confrère devrait-il bien se persuader que s'il songeait à se créer une nouvelle clientèle dans une autre localité, ce ne serait que pour la durée de la guerre ; rappelons qu'aux termes de l'article 7 du décret-loi, les médecins réquisitionnés se voient interdire l'exercice de la médecine dans la localité où ils ont été envoyés, pendant une durée de cinq années et dans un rayon de vingt kilomètres lors de la cessation des hostilités.

Quant aux praticiens non réquisitionnés, mais qui entendraient jouir d'une clientèle qu'ils ont acquise au détriment de leurs confrères sous les drapeaux, les syndicats médicaux mettraient bon ordre à cet état de choses et le Sou Médical accorderait son appui à ceux de ses adhérents, qui auraient été dépossédés de la sorte.

Le cas suivant nous a également été signalé : un praticien, exerçant dans une grande ville, susceptible d'être bombardée par avions, se trouvait en vacances, loin de son domicile au moment de la déclaration de guerre. Les confrères de sa villégiature ayant été mobilisés, il s'est mis à donner des soins à la population civile, avant la parution au *Journal Officiel* du décret-loi du 11 septembre 1939. Ce décret lui est-il applicable ? Nous devons répondre par l'affirmative, car exerçant son art en France du temps de paix, ce médecin ne doit pas abandonner son poste. Il doit donc regagner ce dernier, malgré ses convenances personnelles et familiales, ou avertir le préfet de son nouveau département, pour se mettre à la disposition de ce haut fonctionnaire.

A ce sujet, signalons que les termes du décret nous paraissent devoir s'opposer aux tractations de droit privé, qui pourraient intervenir entre un praticien, qui veut acquérir un nouveau poste et un confrère plus âgé, voulant se retirer, ou la famille d'un praticien décédé. L'administration préfectorale tient du décret le droit de désigner le nouveau titulaire du poste en question, devenu vacant ; ce ne serait qu'à la fin des hostilités que des tractations de droit privé pourraient être engagées, puis conclues.

Nouvel enregistrement du diplôme

Si nous considérons les termes de l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, le praticien n'est tenu de faire enregistrer à nouveau son diplôme que lorsqu'il change de domicile et non pas de résidence. On pourrait donc soutenir que celui qui a été réquisitionné pour exercer pendant la durée des hostilités dans un autre département que celui de son domicile, ainsi que le praticien qui s'est volontairement déplacé avant le 11 septembre 1939 et s'est momentanément fixé dans une résidence temporaire n'auraient pas besoin de faire à nouveau enregistrer leur diplôme à la Préfecture.

Cependant, cet enregistrement a pour but principal l'organisation des listes officielles des praticiens qui ont le droit légal d'exercer l'art de guérir dans chaque département. En temps de guerre, les préfets ont le plus grand besoin de connaître la population médicale de leur département et de déterminer ceux qui possèdent les diplômes requis par la loi de 1892, modifiée par celle du 26 juillet 1935.

Les syndicats médicaux ont également grand intérêt à poursuivre tous les illégaux, français comme étrangers, qui essayeraient de gagner leur existence au détriment de la santé publique.

Aussi recommandons-nous à nos confrères qui se trouvent momentanément loin de leur domicile légal et qui exercent en dehors de leur dépar-

tement habituel, de faire enregistrer leur diplôme à la Préfecture. Cela ne leur occasionnera qu'un léger déplacement ; mais, en cas de difficultés quelconques, ils pourraient ainsi prouver leur situation régulière de médecin exerçant.

Le logement des médecins réquisitionnés

L'article 2 du décret spécifie que lorsqu'un praticien a été réquisitionné et doit exercer hors de son domicile, il a droit au logement. Ces termes sont quelque peu vagues et ont donné lieu à quelques conflits. S'agit-il de logement familial, de logement professionnel, ou des deux ? Certes, le praticien réquisitionné occupera le poste qui lui a été désigné avec sa famille ; le logement familial s'impose donc. Mais *quid* pour le logis professionnel ? Il faut un cabinet de consultations, une instrumentation, surtout s'il s'agit d'un spécialiste qui, à l'instar des radiologues des stomatologistes, des oto-rhino ont besoin d'une installation spéciale.

La question n'a pas encore été réglementée et certains maires semblent se désintéresser du problème, alors que d'autres entendent ne pas faire supporter à la commune les frais de logement du praticien, qui a été envoyé par la Préfecture. Certains accordent le logement familial, comme on le ferait à des réfugiés, mais se refusent à se préoccuper de la question de l'exercice de la profession.

Nous conseillons à nos confrères que, lorsque la chose est possible, ils s'entendent avec un confrère mobilisé, ou avec la famille de celui-ci, pour louer à bail soit la maison complète, ou l'appartement soit simplement la jouissance du local professionnel et des instruments. Mais hâtons-nous de dire que pareils accords sont précaires, surtout si le préfet déplace le médecin réquisitionné pour l'envoyer ailleurs.

L'imposition de la patente

Cette question du logement nous conduit à en examiner une autre, qui nous a souvent été posée : un médecin réquisitionné doit-il payer patente ? Oui, s'il continue à pratiquer son art dans sa localité et dans son propre domicile.

Mais s'il a été requis pour exercer loin de son domicile, la question devient plus épineuse. L'impôt de la patente comprend non seulement un droit fixe, mais aussi un droit proportionnel, basé sur le loyer professionnel. Comment déterminer celui-ci, lorsque le réquisitionné exerce à l'hôtel ? Ne continuera-t-il pas à être imposé à la patente dans son domicile, momentanément abandonné ? Faut-il, au contraire admettre qne, pour 1940, le médecin réquisitionné peut être considéré comme occupant une fonction quasi-publique ? Cependant, le décret lui accorde le droit de réclamer des honoraires à la population civile et ce praticien n'est nullement rémunéré comme le sont les fonctionnaires ou les médecins militaires ou militarisés.

En attendant que le ministère de la Santé publique ait pu résoudre cette difficulté, de concert avec le ministère des Finances, nous devons dire à nos confrères que la patente n'est qu'un impôt qui frappe tous ceux qui exercent la médecine. Il appartient donc aux agents du fisc d'établir les feuilles d'impositions pour l'année 1940. Le Sou Médical se met d'ores et déjà à la disposition de ses adhérents pour étudier chaque cas particulier.

Quels honoraires percevoir ?

Le décret décide que les médecins réquisitionnés ne touchent pas un appointement fixe, mais doivent se faire honorer par la clientèle civile, suivant les habitudes locales. Ils perçoivent également les traitements divers, qui sont attachés à des fonctions publiques, ou privées. En particulier, le praticien qui traitera des malades à l'hôpital du lieu, touchera l'appointement fixe alloué par la Commission administrative, selon le règlement intérieur et de santé de l'établissement. De plus, en ce qui concerne les hospitalisés payants tels qu'accidentés du travail ou assurés sociaux, l'économat de l'hôpital percevra les honoraires médicaux, dus par les collectivités en cause, puis les remettra intégralement aux praticiens ayants droit.

Les sanctions

Que peut-on contre un praticien qui change de poste sans autorisation préfectorale, alors qu'il n'est pas officiellement réquisitionné, ou qui refuse d'obtempérer à une réquisition et ne veut pas quitter son domicile habituel ? L'article 8 du décret-loi rend applicable les sanctions pénales prévues à l'article 31 de la loi du 11 juillet 1938. Ces pénalités peuvent être de l'ordre de six jours à cinq ans de prison.

Bien entendu ces sanctions s'appliqueraient à un praticien qui, contrairement aux dispositions de l'article 7 du décret-loi, refuserait, à la fin de la guerre, de rendre le poste au confrère qui revient des armées, sans préjudice de dommages-intérêts qui pourraient être réclamés par le praticien démobilisé.

Conclusion

Ce décret-loi apporte une orientation nouvelle dans la pratique de la médecine. L'exercice de l'art de guérir est assimilé, du temps de guerre, à l'exercice d'une fonction publique. Faut-il y voir un acheminement vers un service de santé civil, qui fonctionnerait ensuite du temps de paix, avec une retraite obligatoire ? L'avenir nous le dira.

Dr Paul Boudin.

LES MÉDECINS ÉTRANGERS EXERÇANT EN FRANCE

Mon article du 12 novembre dernier m'a valu un volumineux courrier qui se divise en deux camps adverses : d'une part des approbations, des éloges, des remerciements (même de médecins étrangers) ; de l'autre, des reproches, des insultes, du mépris.

C'est donc de ce côté-ci qu'il faut me tourner pour approfondir la question.

Tout d'abord, s'il vous plaît, qu'on ne me fasse pas dire ce que je n'ai pas dit. Je me suis adressé aux médecins étrangers en bloc, et n'ai fait mention particulière, ni d'un pays, ni d'une race. J'ai même distinctement souligné que jamais en France nous n'avions versé dans la mystique raciale. Pourquoi, dès lors, me jeter dans les jambes, le reproche de haine et d'intolérance ?

Je n'ai pas dit non plus que les médecins étrangers fussent d'une valeur professionnelle douteuse et d'une valeur morale nulle, ce qui eût été grossier et injuste ; mais que, à la faveur de notre « laissez faire, laissez passer », il s'était glissé parmi eux trop d'individus douteux, comme, parmi les réfugiés politiques en provenance des pays voisins, trop de proscrits peu recommandables. Est-ce vrai ? Dans ces dernières années 9 sur 10 des procès pour avortements, compérage avec les illégaux, trafic de stupéfiants avaient-ils oui ou non comme inculpés des médecins étrangers. Nos bulletins syndicaux ont maintes fois souligné le fait. C'est même, avec la pléthore, un des gros arguments pour lesquels les syndicats, lorsqu'on les consultait, contingentaient étroitement les naturalisations. Que beaucoup de naturalisations soient restées en suspens du fait des Syndicats médicaux et que les bons, Docteur L., aient payé pour les mauvais, c'est bien possible. Mais les médecins français pressaient leurs dirigeants de les défendre.

Les défendre ? ricane le Docteur Z. « A qui voulez-vous faire croire que 30.000 médecins français puissent craindre la concurrence de quelques centaines de médecins étrangers ? » Ils la craignent cependant, et surtout en ce moment. Car d'abord, il n'y a pas 30.000 médecins français pratiquant la médecine, mais 25 ou 26.000 sur lesquels les trois quarts peut-être sont mobilisés. Le pourcentage des étrangers change de valeur, vous le voyez. Et puis, il subsiste les mauvais souvenirs de l'autre guerre, que vous n'avez certainement pas connue, puisque votre thèse date de 1925. Pendant quatre ans, les étrangers ont largement profité de l'absence des Français. Chat échaudé craint l'eau froide ; reportez-vous à notre « Correspondance de guerre ».

Mais les médecins étrangers d'aujourd'hui sont, me dit-on, d'une autre trempe et les « razzias » ne se reproduiront pas. Tant mieux ! nous en acceptons l'augure. Plusieurs de mes correspondants m'affirment que tous leurs compatriotes roumains ont signé un acte d'engagement : les uns sont déjà partis, les autres attendent l'ordre de départ. Ceux qui restent sont les refusés des Conseils de réforme. Dont acte. Le fait sera facile à vérifier et j'attends très prochainement des nouvelles d'un certain camp où ils sont rassemblés tous et d'où l'un d'eux doit m'envoyer la liste des présents. Je suis déjà en correspondance avec plusieurs qui s'y trouvent.

Reste maintenant à tirer au clair un fait qui m'est signalé par le Dr La... (merci pour sa lettre pleine de précisions). Ayant fait en août dernier, avec d'autres compatriotes, une demande au ministère de la Défense nationale pour souscrire un engagement dans le Service de santé, il a reçu, en date du 4 novembre, la réponse suivante du bureau de recrutement de Ch. : « Selon une circulaire du ministère de la Guerre, les engagements des étrangers (sauf des Polonais), sont suspendus. Votre demande est donc sans objet ».

Deux autres correspondants déjà mobilisés m'affirment que, d'après ce qu'on leur dit à leur régiment, ils n'ont aucune chance de devenir médecins auxiliaires et ils se plaignent que l'autorité militaire ne tienne pas les promesses faites au moment de leur engagement.

Voilà des faits surprenants ! Il serait par trop choquant que d'une part, on mobilisât les trois quarts des médecins français et, d'autre part, on refusât d'en faire relever quelques-uns par des médecins étrangers qui offrent leur bonne volonté. Nous nous efforcerons d'obtenir des précisions sur ces singularités.

Et maintenant concluons. Dois-je, comme m'y invitent certains, me repentir d'avoir écrit cet article ?

Tous ceux qui m'ont écrit ont souscrit une demande d'engagement. Ils ont par avance pris le parti que je préconisais. En quoi peuvent-ils donc se sentir outragés ou menacés ? Et puisqu'ils l'ont pris, c'est donc qu'ils pensent que ne pas le prendre serait une déloyauté. Ne sommes-nous pas d'accord ?

Loin de me repentir, je me réjouis donc d'avoir provoqué cette explication et d'avoir, selon mon

propos, « revisé courtoisement l'aspect de nos relations ».

J'espère que les médecins français apprendront avec joie et apprécieront à sa valeur l'engagement spontané de nombreux confrères étrangers (ils méritent, ceux-là, ce titre de confrères), et qu'un certain trouble dans l'atmosphère médicale française va se trouver dissipé.

G. LAVALÉE.

UN ENSEIGNEMENT DÉCOULANT DES VISITES D'APTITUDE PHYSIQUE DES VOLONTAIRES POUR LA DÉFENSE PASSIVE

L'occasion qui est donnée, par l'examen des volontaires pour la Défense passive, de voir une partie de la population, permet de constater qu'une assez forte proportion de sujets qui se croient pour la plupart en excellent état de santé présentent des tares, ou des signes prémonitoires de catastrophes pathologiques

La pratique de ces visites de contrôle d'aptitudes physiques donne une toute autre impression que la routine des consultations de cabinet, où on reçoit des gens se disant malades, ou l'étant depuis longtemps, et pour lesquels on n'est pas étonné de trouver des symptômes. Il s'agit là, au contraire, de gens se sentant bien,euphoriques pour la plupart, se glorifiant de n'être jamais malades, et de n'avoir jamais consulté. Dans beaucoup de cas, en effet, et très heureusement d'ailleurs, l'examen sommaire ne révèle rien.

Mais, dans un certain nombre de cas, l'examen rapide et presque superficiel, décèle ou de l'albumine, ou un souffle cardiaque, ou, ce qui m'a le plus frappé, des hypertensions avec maxima de 25 ou de 27 (au Vaquez-Laubry ou au Courcoux); des pressions efficaces de 2 ou 3 centimètres seulement (15 max., 13 min.), (20 max., 17 min) ; ou bien des tabes avérés (pupilles bloquées en myosis, absence de réflexes, signe de Romberg positif). Ce matin même, j'ai vu un jeune homme de 18 ans, qui disait ne rien avoir eu et très bien se porter, et qui avait une tension maxima de 20. L'interrogatoire l'a amené à se souvenir d'une scarlatine à l'âge de 11 ans, et à préciser qu'il avait par moment des maux de tête, des vertiges et des éblouissements en se penchant en avant.

L'intérêt du dépistage de tels troubles, du point de vue de la santé des individus, paraît grand. Ce qui amène à dire que ce dépistage devrait être systématique. L'occasion en est donnée pour ces examens de volontaires qui sont une minorité et qui ne sera fait qu'une fois. Si on applique à cette minorité les méthodes américaines de statistique de Fallup, on pressent quel intérêt la santé publique tirerait de tels examens obligatoires et périodiques de l'ensemble de la population.

Dès que les circonstances seraient devenues favorables à un tel souci de la santé publique, il semble qu'il ne serait pas impossible qu'une telle mesure soit étudiée. Elle pourrait être prise en charge par les Assurances sociales, par exemple, aidées par le groupe des Assurances-Vie (et cela répond à ce qu'on a déjà lu sur l'action du groupe des assurances-vie outre-Atlantique), avec la pleine collaboration du Corps médical. Le Corps médical y trouverait là une activité intéressante et propre à résoudre certains problèmes de pléthore qui se posaient.

Il serait logique d'envisager par sujet : un examen clinique sommaire par an : auscultation, tension, examen des urines ; et un examen plus complet tous les cinq ans, avec radiologie et sérologie, examens divers de laboratoire et de spécialité, qui pourraient être faits dans des centres d'examens ou de diagnostic tels que ceux que préconisait et définissait récemment M. Auguste Lumière.

Une étude plus approfondie est actuellement hors de propos, tant d'autres problèmes urgents se posent. Mais il n'est pas douteux qu'il y a là un point important de l'organisation médicale et sociale des temps futurs : l'étude systématique et obligatoire des sujets malades, cela va de soi, mais aussi des sujets bien portants ou se croyant tels.

Dr R. CHARPENTIER.

L'IMPORTANCE PROPHYLACTIQUE DE LA DÉSINSECTISATION DANS LES ARMÉES EN CAMPAGNE

Les groupes bains-douches-désinsectisation

On sait les épidémies meurtrières, qui ont décimé parfois, au cours des siècles derniers, les armées, surtout lorsqu'elles étaient immobilisées en quartiers d'hiver. Les études poursuivies depuis lors, sur le typhus exanthématique notamment, ont fait découvrir le rôle d'agent vecteur, que jouait le « pédiculus vestimenti » pour cette maladie, pour la fièvre récurrente, et qu'il pouvait jouer pour l'extension d'autres maladies épidémiques. Le détruire s'est révélé d'ailleurs comme un excellent moyen de prophylaxie, soit au cours de la guerre de 1914, dans le milieu militaire comme dans le milieu des populations civiles évacuées ou rapatriées, soit à l'occasion de certaines épidémies tunisiennes.

Depuis l'ouverture des présentes hostilités, la question de la désinsectisation revient à l'ordre du jour, surtout au moment où nos troupes sont massées en grand nombre dans des cantonnements fort serrés au front, et où, forcément, la pédiculose va se développer rapidement.

Pour lutter contre le pédiculus vestimenti, il faut en organiser une destruction systématique, sinon on risque d'anéantir les adultes seuls, sans tenir compte des lentes, qui amèneront bientôt une nouvelle pullulation de poux. On sait que depuis le moment de l'éclosion, il faut au pou, afin de devenir adulte et reproducteur, une moyenne de douze à quatorze jours de développement. Ce développement ne peut se faire qu'à une température constante, voisine de 37° — et, avec un certain degré d'humidité — conditions qui se trouvent réalisées d'une manière optima par les vêtements de laine, constamment portés sur le corps, et spécialement au bord des emmanchures (aisselles), à la couture du pantalon (région inguinale et interfessière) et ceinture du pantalon (à cause du contact immédiat et de la protection constituée par la vareuse).

Ainsi que le rappelle le Docteur P.-F. Armand-Delille (1), c'est parce que le soldat, qui couche au cantonnement, ne peut se déshabiller et dort dans ses vêtements, que le pou peut proliférer.

« Le paysan français n'a pas de poux des vêtements, bien qu'il n'ait pas encore pris l'habitude du bain, mais, en général, sauf dans certaines régions arriérées, il ôte ses vêtements de laine pour la nuit et, de plus, il change de linge tous les dimanches. On comprend que s'il contracte quelques poux, ceux-ci, refroidis la nuit, ne peuvent pas se développer, ne peuvent pas pondre dans les vêtements au niveau des plis de flexion et que, par conséquent, leur prolifération se trouve entravée.

« Les conditions inverses étant réalisés dans les cantonnements, où la cohabitation facilite la contamination parasitaire, on comprend le danger que peut faire courir la pédiculose. Parmi les recrues, il se trouve toujours quelques bergers, venant de nos régions montagneuses ou des landes du Morbihan, qui ont dormi des semaines dans leurs vêtements, arrivent porteurs de poux et les disséminent chez leurs voisins de couchage. D'autre part, il existe certainement quelques pouilleux parmi nos troupes des colonies.

En temps d'épidémie ensuite, le pou agent vecteur passe facilement d'un malade à un sujet sain ; et il suffit à un sujet propre d'être piqué par un seul pou contaminé afin de contracter la maladie. Pour éviter des désastres, comme pour éviter à nos soldats ces parasites à prolifération rapide qui viennent troubler leur sommeil, il est nécessaire, dès l'entrée en campagne, de pratiquer la désinsectisation à titre préventif, sans attendre qu'il soit nécessaire de l'instituer au moyen de l'épouillage en grand.

Tous les moyens de fortune, essayés notamment au cours de la dernière guerre, se sont montrés insuffisants : repassage des coutures des vêtements au fer chaud, traitement des vêtements de drap suspendus dans des tonneaux, où l'on faisait arriver de la vapeur, ou bien dans lesquels on produisait de l'anhydride sulfureux par la combustion de fleur de soufre sur des réchauds. Si on arrivait à faire périr ainsi une certaine proportion de poux, on ne tuait pas les lentes, de sorte que de nouvelles éclosions rendaient tout le travail inutile. Le port de sachets imprégnés de mixtures odorantes parasiticides s'est montré également insuffisant. Il est, d'autre part, impossible de faire désinfecter les vêtements de toile (chemises et caleçons, chaussettes) pendant que les hommes prennent une douche.

Dans ces conditions, il faut remettre en usage le système des bains-douches-désinsectisation, qui s'est révélé d'une efficacité parfaite au cours de la dernière campagne. A chaque groupe de cette organisation, doit être adjoint un groupe buanderie-séchoir. Ainsi le traitement comporte deux opérations simultanées.

Tandis que l'homme passe à la douche, et qu'il est en même temps savonné, passé au coiffeur avec rasage des poils des aisselles et du pubis, ses vêtements de laine sont étuvés et son linge de

(1) La prophylaxie du typhus exanthématique dans les armées en campagne. (*La Presse Médicale*, 4 octobre 1939).

corps échangé pour du linge propre, alors que le linge sale sera à son tour bouilli et envoyé à la lessive. Il retrouve ensuite, après un étuvage à la vapeur sous pression, qui dure au total quarante-cinq minutes, ses vêtements complètement stérilisés. M. Armand-Delille eut à sa disposition en 1918 un groupe de bains-douches, qui fonctionna avec le plus grand succès et la plus grande activité, puisqu'il réussit à doucher et à désinsectiser chaque jour 1.200 rapatriés, avec une équipe de 28 infirmiers seulement.

Nous-même pûmes obtenir des résultats appréciables en employant, avec des moyens de fortune, un système analogue à celui des bains-douches-désinsectisation. Ce fut d'abord, en 1915 et 1916 en qualité de médecin-chef d'un régiment d'infanterie, lorsque la troupe, descendant des lignes, pouvait disposer pour quelques jours d'un cantonnement de repos, réapprovisionné. Dans un local de déshabillage chauffé, les hommes abandonnaient linge et vêtements ; puis ils étaient livrés aux soins du coiffeur ; ils passaient ensuite dans un système un peu rudimentaire de douches, où ils étaient savonnés par des infirmiers ou brancardiers ; enfin, sortant par le côté opposé, ils recevaient des effets de drap, provenant de l'approvisionnement du régiment ou de la division et du linge entièrement propres.

Les compagnies se chargeaient de faire bouillir chemises, caleçons, etc., qui avaient été abandonnés. Quant aux vêtements, faute de disposer toujours d'une étuve à la vapeur prêtée par le G. B. D., les points délicats en étaient brossés à l'eau chaude savonneuse.

Par la suite nous pûmes réaliser, dans de meilleures conditions, une station d'épouillage dans un hôpital d'armée ; à moins de contrindications spéciales, que justifiaient bien entendu leur état, tous les hommes, avant de pénétrer dans les locaux de traitement étaient épouillés par bains-douches et savonnage, avec changement complet des vêtements et des sous-vêtements.

Nul doute que le Service de santé, mieux outillé, ne mette dès à présent à la disposition des corps de troupe, qui sont au repos, des groupes de bains-douches-désinsectisation, dont la nécessité n'est plus à démontrer tant pour la prophylaxie que pour le bien-être de nos soldats.

G. Fischer.

DOCUMENTATION DU TEMPS DE GUERRE

Arrêté du 10 septembre 1939 relatif à l'usage et port des insignes de neutralité de la convention de Genève en temps de guerre

Art. 1er. — En dehors du personnel appartenant organiquement aux services de santé militaires et du personnel militaire affecté en permanence ou temporairement à l'exécution de ces services, sont seuls autorisés à porter, fixé au bras gauche, le brassard international de neutralité (bande blanche ornée d'une croix rouge) :

1° Les ministres des différents cultes affectés aux services de santé militaires ;

2° Le personnel civil, militarisé ou requis, employé dans les formations et établissements sanitaires des armées de terre, de mer et de l'air ;

3° Le personnel des sociétés d'assistance formant la Croix-Rouge française (société de secours aux blessés militaires).

4° Le personnel des délégations des sociétés d'assistance des pays neutres, autorisées spécialement par le ministre de la Défense nationale et de la Guerre à apporter leur concours aux services de santé militaire ;

5° Le personnel des hôpitaux bénévoles, dont le ministre de la Défense nationale et de la Guerre a accepté les services pour les besoins de l'armée ;

6° Le personnel des organisations sanitaires, accréditées éventuellement auprès de l'autorité militaire.

Les brassards de neutralité sont timbrés par l'autorité militaire qui les délivre aux ayants-droit.

Leur porteur devra, en outre, être muni d'une pièce officielle attestant sa qualité de sanitaire. Cette pièce consistera :

a) Pour le personnel de la Croix-Rouge française, en une carte d'identité, avec photographie, d'un modèle officiel et unique, portant la signature du délégué régional de la société et celle du directeur régional du service de santé ;

b) Pour les autres personnels, en un mandat régulier consistant en un ordre émanant des représentants du commandement, des directeurs des services de santé militaires ou des médecins-chefs des formations sanitaires.

Art. 2. — Les drapeaux ou fanions de la convention de Genève (blancs à Croix-Rouge) — exception faite pour les moyens de transport des services de santé militaires — ne pourront être arborés sur un véhicule qu'en vertu d'une autorisation du ministre de la Défense nationale et de la Guerre (service de santé). Ils seront toujours accompagnés du fanion national.

Art. 3. — Il est interdit d'arborer des drapeaux ou fanions de la convention de Genève sur un immeuble quelconque, non rattaché aux services de santé militaires ou aux sociétés d'assistance agréées.

Art. 4. — Toutes les contraventions au présent arrêté seront poursuivies et punies conformément aux lois en vigueur.

Art. 5. — Le général commandant en chef, les gouverneurs militaires, les généraux commandant les régions, dans la métropole, le général commandant en chef, en Afrique du Nord, le général commandant supérieur des troupes du Levant, le directeur de la sûreté générale, le préfet de police, les préfets des départements, sont, chacun en ce qui le concerne, chargés de l'exécution du présent arrêté.

Art. 6. — L'arrêté du 21 août 1914 relatif au même objet, est abrogé.

(*J. O.*, 30 septembre 1939).

Le Gérant : R. Thiron Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Assurances sociales

Décret du 10 novembre 1939 fixant les modalités de fonctionnement de la Commission supérieure de contrôle des Assurances sociales.

Art. 1er. — A dater de la publication du présent décret et jusqu'à une date qui sera fixée par décret après la cessation des hostilités, la Commission supérieure de contrôle des Assurances sociales, instituée en exécution de l'article 8 (§5) du décret-loi du 28 octobre 1935 modifié, fonctionnera conformément aux dispositions du présent décret.

Art. 2. — La composition de la Commission supérieure de contrôle est fixée comme suit :

Le président de Chambre à la Cour des comptes, vice-président de la Commission supérieure des Assurances sociales, président ;

Un représentant des organismes d'assurances sociales et, suivant la nature de l'affaire, un représentant des groupements professionnels de médecins ou de pharmaciens, assesseurs.

Art. 3. — Toutefois, lorsque la Commission supérieure de contrôle exerce les attributions qui lui sont dévolues par l'article 4 (§ 2) de la loi du 9 avril 1898, modifiée par la loi du 1er juillet 1938, l'assesseur représentant des organismes d'assurances sociales est remplacé par un membre de la Commission permanente du Conseil supérieur des Assurances privées.

Art. 4. — Toutes les affaires dont l'examen ressortit à la Commission supérieure de contrôle des Assurances sociales sont, pendant la durée d'application du présent décret, instruites et rapportées directement par les soins des Services de l'administration centrale du ministère du Travail.

Art. 5 — Le présent décret sera soumis à la ratification des Chambres, conformément aux dispositions de la loi du 19 mars 1939.

Art. 6. — Le ministre du Travail est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal Officiel* de la République française.

(*J. O.*, 15 novembre 1939.)

SERVICE DE SANTÉ — RÉSERVE

Par décret du 10 novembre 1939 et par application de la loi du 15 mars 1927, le rang d'ancienneté des médecins sous-lieutenants de réserve ci-après désignés, est fixé ainsi qu'il suit et, par décision ministérielle du même jour, ces officiers sont maintenus dans leur affectation actuelle.

Les médceins sous-lieutenants promus au grade de lieutenant n'auront pas droit à la solde afférente à ce grade pour la période antérieure au 15 octobre 1939.

Les médec. sous-lieut. : (rang 5 oct. 1934) Sommer, Schemla ; (rang 21 mars 1935) Bergaud, Garmier,s Bussillet, Chavanne, Brincat, Germain, Kircher ; (rang 5 avril 1935) Gayet, Salembier, Frey ; (rang 21 sept. 1935) Leroy, Vandenabeele, Castel, Boye, Levrat, Dhers, Bernheim ; (rang 5 oct. 1935) Jacquel, Ledoux ;- (rang 21 mars 1936) Desrichard, Eon, Bernhardt, Blin, der, Cotillon, Barrie, Béraud, Galabru, Kohler, Pugeat Pancrazi, Callerot ; (rang 26 mars 1936) Moscovici ; (rang 5 avril 1936) Abeille, Cortial, Gaudron, Lemaire, Lenoir, Masson, Patron, Peretmère, Rancoule, Schermann, Têtu, Arsac, Lugez, Farge, Holleville, Plique, Huet, Menand, Papin, Dehoux, Clavert, Margot, Crapez, Fabre, Ozil, Roche, Roy, Berranger, Pouyanne, Baumeister, Herbeuval, Herr, Hild, Lecoanet, Piffert, Aragon, Raynaud, Trouiller.

(Rang 27 avril 1936) Beaugrand ; (rang 28 avril 1930) Voisin ; (rang 1er mai 1936) Grupper, Fraiberg ; (rang 5 mai 1936) Pouret ; (rang 13 mai 1936) Casanova ; (rang 14 mai 1936 Philippe ; (rang 26 mai 1936) Lapine ; (rang 29 mai 1936) Solomon ; (rang 9 juin 1936) Cariage (rang 13 juin 1936) Geffriaud ; (rang 15 juin 1936) Di Chiara ; (rang 21 juin 1936) Le Lay ; (rang 26 juin 1936) Albrecht ; (rang 30 juin 1936) Lévêque ; (rang 3 juill. 1936) Scheller ; (rang 11 juill. 1936) Vieu ; (rang 7 août 1936) Szylowicz ; (rang 14 août 1936) Rabitz ; (rang 5 sept. 1936) Hitzig ; (rang 18 sept. 1936) Berl ; (rang 21 sept. 1936) Gougerot, Bourlière ; Grenot, Bertoye, Perreau, Rebatel, Oraison, Porot ; (rang 25 sept. 1936) Meir ; (rang 5 oct. 1936) Bayle, Blondeau, Detre, Dufour-Lamartinie, Duport, Duteil, Gasch, Gratier, Graveron, Haas, Jaupitre, Krick, Lechevallier, Maheo, Mongardien, Morel, Perol, Robert, Witasse, Zadengart *dit* Seidengart, Bartier, Bavay, Declercq, Dumortier, Petyt, Sorrant, Vanmullen, Bailly, Colsenet, Delon, Perdu, Picard, Pluchard, Bernier, Monard. Lefrère, Oudot, Tremel, Barnier, Fouassin, Galle, Loiseau, Monteau, Richou, Bettendorf, Bonnin, Caillard, Christophe, Cochart, Gres, Picoureix, de Chirac.

Paris, Rollet, Straub, Vinour, Bourgougnon, Cavailles, Darmaillacq, Delort, Guille des Buttes, Jeanjean, Argrall, Aleste, Colin, Daversin, Gouraud, Guiller, Hamon, Jouan, Accarias, Chabard, Duffas, Foucher Gendre, Accassat, Brest, Hulin, Jacob, Josselon, Moncenix, Pellat, Proby, Reymond, Buding, Fredenucci, Lonjon, Vallette, Lagarde, Mandoul, Reboul, Alie Bazex, Pic, Tremoulet, Constantin, Kramata, Asch, Denis, Door, Dumont, Jullich, Kuhn, Larcelet, Meire, Morisot, Raabe, Stem, Vannier, Aquillina, Aranzana, Aréna, Buerle, Fillon, Foissin, Krieg, Lucchini, Martinon, Pierron, Rico, Bellancourt, Cottard, Fontan Logeard, Pilla, Tabarly, Tixier, Baillet, Delavelle, Pillon ; (rang 16 oct. 1936) Siraga ; (rang 5 nov. 1936), Corcos, Gottschaix ; (rang 15 nov. 1936) Jacob ; (rang 3 déc. 1936) Bercu, Oster, Tuchmann ; (rang 20 déc. 1936) Luteraan ; (rang 4 févr. 1937) Blanc ; (rang 25 févr. 1937) Heller ; (rang 11 mars 1937) Markovits, Neumann ; (rang 18 mars 1937) Grunwald, Fischer ; (rang 4 avril 1937) Denes.

Par le même décret, sont promus :

Au grade de médecin lieutenant

Les médec. sous-lieut. : (rang 21 sept. 1938) Bergaud, Garmier, Bussillet, Chavanne, Brincat. Germain, Kircher ; (rang 5 oct. 1938) Commer, Schemia ; (rang. 21 mars 1939) Leroy, Vandenabeele, Castel, Barrie, Béraud, Kohler, Pugeat, Boye, Levrat, Dhers, Bernheim ; rang 5 avril 1939) Gayet, Salembier, Frey ; rang, 21 sept. 1939) Gougerot, Desrichard, Eon, Qern-hardt, Qlinder, Qourlière, Cotillon, Grenot, Galabru, Qertoye Perreau, Rebatel, Oraison, Pancrazi, Porot, Callerot ; (rang 26 sept. 1939) Moscovici.

Correspondances de Guerre

La tribune libre que nous avons instituée sous ce titre nous vaut un courrier trop abondant pour pouvoir toujours être inséré textuellement. D'autre part, les suggestions et réclamations en provoquent souvent d'autres contradictoires.

Nous essayerons, de temps à autre, de nous mettre à jour par une analyse comparée, moyen d'être à la fois bref et impartial.

Un médecin mobilisé et qui, du fait de son âge, va être libéré, protestait l'autre jour que seuls devraient être démobilisés parmi les vieilles classes ceux qui le désirent.

A quoi un groupe de médecins auxiliaires riposte « Nous souhaitons, nous, de voir renvoyer dans leurs foyers ceux qui se plaignent justement d'avoir à faire deux guerres et dont la pléthore nous empêche d'accéder au grade auquel nous avons droit ».

Beaucoup de nos correspondants mobilisés se plaignent d'avoir, par leur départ, laissé le champ libre à leurs concurrents non mobilisés, et estiment en général injuste que des médecins civils continuent à exercer et toucher des honoraires.

Le Dr M..., des Vosges, leur démontre vertement que s'ils trouvent maigre une solde de 70 francs par jour, son propre fils, âgé de 34 ans, marié, simple soldat d'infanterie, combat pour 0 fr. 70.

Et le Dr M., de la Marne, renchérit en enfermant les protestataires dans ce dilemme « Ou bien vous êtes encore d'âge mobilisable, et, dans ce cas, réjouissez-vous donc d'être loin du front au lieu de vous remuer la bile. Ou bien, vous étiez dégagé de toute obligation militaire : pourquoi diable êtes-vous restés dans les cadres ?

Et il ajoute : Puisque le bistrot, l'épicier ou le cultivateur n'élèvent pas la voix pour protester contre leurs collègues demeurés en place, pourquoi les médecins formeraient-ils une caste à part ?

Enfin, au sujet de la grande querelle allumée à propos des soins aux civils donnés par des médecins mobilisés, le Docteur L. (Bretagne) signale que le fisc flaire déjà sa proie et qu'un Contrôleur, rencontré ces jours-ci, l'a averti que les médecins mobilisés qui continuent à soigner leur clientèle seront inscrits au rôle de la patente. « Le contrôle sera très simple : les feuilles de maladie des Assurances sociales nous renseigneront ».

Avis aux intéressés !

La solde budgétaire des officiers de réserve

Ainsi que nous l'avions annoncé dans le *Concours Médical*, les officiers de réserve devaient toucher la solde nette de leur grade, c'est-à-dire déduction faite d'une retenue pour la retraite. Ces dispositions résultaient du décret du 27 octobre 1939 et étaient contraires aux errements précédents.

Un rectificatif vient de paraître au *Journal Officiel* du 15 novembre 1939 qui revient sur ses dispositions antérieures : dorénavant les officiers des réserves et de la disponibilité, rappelés à l'activité en temps de guerre, recevront de nouveau la solde budgétaire (c'est-à-dire sans retenue pour la retraite) ainsi que les accessoires attribués aux militaires de l'armée active du même grade. Comme par le passé, ne compteront pour l'accession aux différents échelons de solde que le temps passé dans l'armée active ou en situation d'activité pour toutes autres causes que l'accomplissement d'une période d'exercice.

CORRESPONDANCE

ASSURANCES SOCIALES

7.089. — Droits de la veuve d'un assuré social victime d'un accident du travail aux prestations de l'assurance-maternité

J'ai accouché aujourd'hui de son troisième enfant, une femme qui a perdu son mari le 18 février 1939, d'un accident du travail.

Il était assuré social et faisait régulièrement ses versements.

Pouvait-elle en continuant de verser en avril et en juillet, prétendre aux prestations ?

Ne l'ayant pas fait en temps voulu, pourrait-elle encore maintenant verser l'arriéré et demander lesdites prestations ?

Au moment du décès de son mari, elle n'a rien touché de la Caisse, les frais funéraires ayant été au compte de la Compagnie d'assurances-accident.

Comme son mari était assuré social depuis plusieurs années, a-t-elle quelque chose à toucher, à titre invalidité ou à un titre quelconque ?

D[r] G.

Réponse

Aux termes de l'article 20 § 2 du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales, l'assuré victime d'un accident du travail, conserve, pour toute maladie qui n'est pas la conséquence de l'accident, ainsi qu'en cas de grossesse, ses droits aux prestations, pour lui, son conjoint et les enfants à sa charge, pourvu qu'il remplisse, lors de l'accident, les conditions fixées aux articles 7 et 9.

Il résulte de cette disposition que votre cliente a droit aux prestations de l'assurance-maternité si les conditions de l'article 9 sont remplies, c'est-à-dire si, au moment de son accident, son mari avait subi sur son salaire une retenue d'au moins 60 francs au cours des quatre trimestres civils précédents, dont 15 francs durant le premier de ces trimestres.

D'autre part, ne donnent pas lieu aux prestations en nature et en argent des assurances-maladie, invalidité et décès les maladies ou les blessures indemnisées ou susceptibles d'être indemnisées au titre de la loi sur les accidents du travail.

Par suite, votre cliente n'avait droit ni aux frais funéraires, ni à aucune autre prestation du chef de son mari.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

6.623. — Situation d'un étudiant en médecine mobilisé dont la scolarité est terminée

1° Mon fils mobilisé dans une section d'infirmiers était en sursis d'études et n'avait donc pas fait son service militaire. Il a 20 inscriptions de médecine, il est reçu à ses examens de 5e année. Peut-il espérer, dans ces conditions, devenir officier ou est-il voué à rester médecin auxiliaire pendant toutes les hostilités ?

2° S'il reste suffisamment de temps dans la zone de l'intérieur, lui permettra-t-on de passer ses cliniques et sa thèse qui n'est pas encore déposée à l'imprimerie, mais qui est en rédaction ?

3° Peut-il être dispensé d'un ou plusieurs de ces examens ?

Dr C.

Réponse

Que votre fils demande à la Faculté dont il dépend l'autorisation de passer ses cliniques et sa thèse ; la chose ne lui sera certainement pas refusée, étant donné les termes du décret que vous avez pu lire dans le *Concours Médical.*

Ainsi reçu docteur en médecine, rien n'empêchera sa promotion au grade de médecin sous-lieutenant dans le courant des hostilités.

Ne comptez pas qu'il existe des dispenses pour un ou plusieurs examens de doctorat.

7130. — Rôle de l'officier d'Administration du service de santé

Les premiers jours de guerre amènent des flottements et des incertitudes dans les fonctions où vos avis puisés certainement à des sources précises nous seraient infiniment précieux.

Voici ma question de ce jour :

1° Quelles sont dans une formation sanitaire les fonctions exactes de l'officier d'Administration gestionnaire : son champ et ses limites en regard de celles du médecin chef.

2° Un officier gestionnaire a-t-il qualité pour intervenir dans la police intérieure de l'hôpital ?

a) à l'égard de son détachement d'infirmiers, oui c'est évident.

b) mais à l'égard de la discipline des malades, quelle autorité a-t-il réglementairement ?

Dr P.

Réponse

L'officier d'administration est chargé de l' « administration » (comptabilité, alimentation, habillement, etc.) d'une formation sanitaire. Il commande le détachement d'infirmiers sous l'autorité supérieure du médecin chef.

Sous la même autorité, et dans l'intérêt général de la discipline de la formation, il peut également proposer au médecin chef des sanctions contre les malades. Il ne les punit pas directement, et il en est de même pour les infirmiers, à l'Intérieur des services de médecine, de chirurgie, etc., auxquels ils sont affectés.

6.170. — Avancement des engagés volontaires

Classe 1901. Engagé volontaire pour la durée de la guerre avec mon grade de médecin lieutenant, conserverai-je toujours ce grade ? ou suis-je susceptible d'obtenir mon troisième galon ?

J'étais rayé des cadres pour fin de mes obligations militaires.

Dr M.

Réponse

Des dispositions récentes permettent aux engagés volontaires pour la durée de la guerre de concourir pour l'avancement.

Des propositions d'avancement sont faites tous les trimestres. Les conditions minima d'ancienneté à exiger pratiquement pour les divers grades sont définies périodiquement par le ministre sur propositions du général commandant en chef.

Soixante et unième année — N° 50 — 10 Décembre 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie Professionnelle

Travaux Originaux

Demi-Colonnes

A Travers l'Officiel

Correspondance

Changements d'adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement à l'avenir. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter* 2 *francs en timbres.*

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg .	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro...........	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS.— *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèqu es postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

AVIS IMPORTANT

Les petites annonces sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux ne permettent leur insertion que plusieurs jours après leur réception. Lesdites petites annonces ne devront comporter aucun nom de ville, ni aucune abréviation, mais devront contenir nom et adresse de l'annonceur. Le texte d'une annonce présentée au Journal doit être légalisé par le commissaire de police ou le maire de la ville. Le Journal se réserve, par ailleurs, le droit de supprimer toutes les annonces qui lui paraîtraient douteuses.

N° 389. — Français, médecin, cherche emploi d'assistant ou de remplaçant dans domaine médical ou paramédical, à Paris. Ecrire Dr Georges Beaujour, au *Concours Médical*, 37, rue de Bellefond.

N° 390. — Médecin mobilisé cèderait à confrère français pendant durée hostilités, cabinet ville industrielle, région lyonnaise, sept médecins partis. Conditions à débattre, Dr Denard, villa Henriquet, Cognin (Savoie).

N° 391. — Manche. Médecin mobilisé demande remplaçant français pour grosse clientèle médecine générale, ville balnéaire importante. Laisserait au besoin bel appartement tout confort et voiture. Dr Denis, 6, rue Jules-Michelet, Granville (Manche).

N° 392. — Jeune fermier, diplômé d'école d'agriculture suisse, cherche place gérant ou chef de culture dans exploitation importante. Recommandé par son ancien propriétaire : Dr Hückel, à Héricourt (Haute-Saône).

N° 393. — Médecin mobilisé cherche confrère remplaçant pour la durée des hostilités ayant permis de conduire et si possible voiture. Importante et riche clientèle de campagne. Maison confortable à 80 kil. au sud de Paris. Dr M. May, à Puiseaux (Loiret).

N° 394. — On offre en Bretagne, plage Océan, petite location conviendrait à dame réfugiée. Madame Forgeot, « Rayon de Soleil », Saint-Brévin-les-Pins (Loire-Inférieure).

N° 395. — Pharmacien, 43 ans, actif, cherche région Oise ou limitrophe affaire à céder ou remplacement, ou collaboration, Dumont, Rue de la gare 5, Clermont (Oise), Téléph. 48.

Renseignements

CANCER. — **L'action puissamment antinévralgique du Pyréthane, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.**

Lab. Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris.

Manger vite, c'est manger sans saliver, et c'est aboutir fatalement à la dyspepsie. Sucez des TABLETTES DE MANGAÏNE, et vous provoquerez une salive abondante, chargée de principes médicamenteux puissants et aussi antiseptiques qu'agréables. L'effet est direct et rapide, 4 à 6 TABLETTES DE MANGAÏNE par jour.

71, rue Sainte-Anne, Paris.

Silicyl réalise ou assure, seul, la médication siliceuse active dans toutes ses indications.

Action tissulaire antiathéromateuse. Diurétique. Déchlorurante. Abaisse T. Mxa et T. Mma. Consolidation accélérée des fractures (Sté Chirurgie, Paris 2/12/27).

Ne pas confondre **Silicyl, gouttes, comprimés, ampoules 5 c. c. intrav., produit pur, actif, de formule biologique et sans adjuvant médicamenteux.**

Lab. Camuset, 18, rue Ernest-Koussel, Paris.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. D B ODY. Grasse.

En temps de guerre l'Angoisse, l'Anxiété, l'Emotivité et l'insomnie sont à leur maximum.

L'AÉINE, médicament type, est devenu indispensable. 4 à 8 comprimés par jour.

Echantillons gratuits, 6, place Clichy, Paris (IXe).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.** *Leçon inaugurale.* — M. le Professeur E. VELTER fera sa leçon inaugurale au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine le vendredi 22 décembre, à 18 heures.

Il continuera son enseignement à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, à partir du 12 janvier 1940, les vendredis à 10 heures.

— **Ligue française contre le cancer**. *Fondation Angel H. Roffo.* — Cette Fondation a pour but de favoriser, par la création de bourses de voyage, les relations scientifiques, concernant le cancer, entre la France et la République d'Argentine.

La Ligue française contre le cancer, chargée de l'attribution de ces bourses, mettra une somme de vingt-cinq mille francs à la disposition d'un Français désirant faire un stage à Buenos-Aires, à l'Institut de médecine expérimentale pour l'étude et le traitement du cancer, pendant l'année 1940.

Adresser les demandes au siège de la Ligue, 6, avenue Marceau, Paris (VIIIe) avant le 30 avril 1940.

— **Société française de cardiologie.** — La Société française de cardiologie se propose de tenir une



séance le 17 décembre, 12, rue de Seine, Paris. Secrétaire général : M. le Docteur Mouquin, 32, rue de Penthièvre, Paris (VIIIe).

— **Société française de dermatologie et de syphiligraphie.** — La Société se réunira le 14 décembre à l'hôpital Saint-Louis, salle des Conférences du Musée, à 9 h. 30.

Les séances auront lieu, en raison des circonstances, tous les deux mois seulement.

— **Société médicale du littoral méditerranéen.** — Le voyage d'études climatiques et médicales, qui avait été annoncé pour Noël 1939, n'aura pas lieu, mais le Bureau de la Société s'efforcera d'organiser un voyage de Pâques en 1940 si les événements le permettent. Ce voyage suivra le parcours habituel.

Les divers Congrès auxquels la collaboration de la Société médicale était assurée (notamment le IIIe Congrès de l'enfant à la mer et à la montagne, dans les stations thermales et climatiques des Alpes, et le IIe Congrès international de cosmobiologie, à Rome), sont ajournés. Leur préparation sera reprise dès que les événements le permettront.

— **Umfia.** — Le Conseil d'administration de l'Umfia tiendra sa séance statutaire le lundi 18 décembre, à 6 heures très précises du soir, dans les salons de lecture du *Monde Médical*, 42, rue du Docteur Blanche (XVIe).

— **Hôpital de Nevers.** — La date du concours pour la nomination d'un interne en chirurgie à l'hôpital général de Nevers est reportée au 23 décembre. Les dossiers complets devront être parvenus au Directeur le 22 décembre au plus tard.

— **Hôpital de Constantine.** — *Internat.* — Les étudiants en médecine dégagés d'obligations militaires, les étudiantes en médecine, de nationalité française, désireux d'occuper une place d'interne, peuvent s'adresser à la Direction de l'hôpital civil de Constantine. Plusieurs postes sont vacants. Conditions : 12 inscriptions au moins.

— **Prix Montyon des industries insalubres.** — Le Docteur Lucien Dautrebande, professeur à l'Université de Liége, membre de l'Académie royale de Belgique, vient de recevoir le prix Montyon des arts insalubres pour ses travaux de toxicologie des vapeurs de solvants utilisés dans l'industrie et pour ses travaux de toxicologie des gaz de combat.

— **Mariage.** — Nous apprenons le mariage, célébré à Paris le 9 novembre 1939 dans la plus stricte intimité, de M. Alexis Moyse avec Mademoiselle Hélène Mignon, fille de Madame et du Docteur Henri Mignon, ancien secrétaire général de la Mutualité familiale du Corps médical français.

Tous nos souhaits de bonheur aux nouveaux époux.

— **Naissances.** — Le Docteur et Madame Pierre Renaud sont heureux de vous annoncer que Pierre-Yvon et Jean-Joël ont la joie d'avoir un petit frère, *Michel*.

Saint-Malo, le 22 octobre 1939.

— Yves, Jean, Luc et Jacques Ménager ont la joie de faire part de la naissance de leur petite sœur *Marie-Claire*, chez leurs parents, le Docteur et Madame Charles Ménager.

Machecoul (Loire-Inférieure).

— Le médecin-lieutenant Gabriel Franck, aux armées et Madame ont le plaisir de faire part de la naissance de leur fils Gérard.

Nozay, 27 novembre 1939.

— Le Docteur Lucien Dermer, médecin lieutenant aux armées et Madame Lucien Dermer sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Anne-Marie*.

Beaugency, 22 novembre 1939.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 14 novembre 1939, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

13.915 M. le docteur Bitteau, Bords (Charente-Inférieure). Syndicat de la Charente-Inférieure.

13.916 Mlle le docteur Canals (Louise), Montpellier (Hérault). Parrains : Docteurs Desfours et Marthe Giraud.

13.917 M. le docteur Deniaud, 24, rue de Bondy, Paris (Xe). Parrains : Docteurs Barbier, de Claye-Souilly et Thomas, de Chelles.

13.919 M. le docteur Edert, Asile de Vauclaire, par Montpon-sur-l'Isle (Dordogne). Association amicale des médecins des Asiles publics d'aliénés.

13.919 M. le docteur Fromenteau, Le Parc-Saint-Maur (Seine). Syndicat de la banlieue Est et Sud de Paris.

13.920 M. le docteur Lemonnier, Maromme (Seine-Inférieure). Syndicat médical de Rouen.

13.921 Mlle Lindeux (Simone), interne des hôpitaux de Paris, Fontenay-sous-Bois (Seine). Parrains : Docteurs O'Followell et Georges Boudin.

13.922 Mme le docteur Medioni (Paule), 20, place Charles-Fillion, Paris (XVIIe). Parrains : Docteurs Pecker et Gozlan.

13.923 M. Netter (Robert), interne des hôpitaux de Paris, 32, rue de Lancry, Paris (Xe). Parrains : Docteurs Pascalis et Renard.

13.924 M. le docteur Vichard, Granges-sur-Vologne (Vosges). Syndicat des médecins des Vosges.

Ces admissions deviendront définitives si elles n'ont fait l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours qui suivront la présente publication (art. 5 des statuts).

Voir la suite page XXXVII-2715

PROPOS DU JOUR

NÉCESSITÉ DE REVISER LES BIOTYPOLOGIES ET LES CRITÉRIUMS DU RECRUTEMENT MILITAIRE

Herbert Spencer, le philosophe anglais qui imagina une théorie de l'évolution appliquée à la biologie et à la sociologie, conversait un jour avec Thomas Huxley, le savant naturaliste, adepte comme lui des théories transformistes de Darwin, mais en évitant leurs généralisations excessives. « Savez-vous, dit Spencer, que, dans ma jeunesse, j'ai écrit une tragédie. — Je le sais, répliqua Huxley. — Mais comment pouvez-vous le savoir, puisque je n'en ai parlé à personne ? objecta Spencer surpris. — Je connais votre tragédie, continua Huxley imperturbable, c'est celle d'une grande théorie, démolie par un petit fait. »

Cette anecdote que conta M. CORRADO GINI au début d'une conférence faite, il y a quelques mois à la Faculté de médecine de Bruxelles, prouve que si la statistique peut, comme on le dit, démontrer tout ce que l'on veut, elle peut aussi souvent démontrer ce que l'on ne veut pas et par son contrôle renverser les théories qu'on croyait les mieux établies.

M. C. Gini cite un autre exemple ; c'est celui de Cesare Lombroso, le célèbre criminaliste, qui, après avoir écrit un ouvrage important, pria M. Bodio, directeur de la statistique italienne, d'en réviser les chiffres sur les épreuves. Or, M. Bodio trouva que la plupart de ces chiffres étaient faux et dut les corriger. C. Lombroso ne tint pas compte des corrections et fit paraître l'ouvrage. Comme M. Bodio lui en demandait la raison, il répliqua que s'il avait corrigé ses chiffres, il eut dû abandonner ses théories. Est-ce à dire que les travaux de Lombroso, bien qu'en partie erronés, ont été absolument inutiles ? Non, mais cela démontre qu'il y a des principes qu'il convient de réviser et c'est ce que M. Corrado Gini a fait au cours de sa conférence sur *les bases de la biotypologie et les critériums du recrutement militaire* (1).

(1) Conférence publiée par *La Revue Anthropologique*, juillet-sept. 1939.

M. Gini prend d'abord comme exemple la conception de l'*homme moyen* d'Adolphe Quételet. Cette théorie a été vivement critiquée par des hommes de valeur, tels que Cournot, L.-A. Bertillon, Bertrand et Levasseur, qui ont démontré que si l'homme moyen existait dans toutes ses proportions, ce serait un être monstrueux. Or, cette théorie a son utilité et M. Gini, en inaugurant la chaire de statistique de l'Université de Padoue, rendant justice à Quetelet, a démontré que les rapports de la taille moyenne et du poids moyen, sont les caractères de l'homme normal et que leurs variations notables en plus ou en moins indiquent une malformation ou une prédisposition morbide.

Cela nous conduit à examiner la théorie des biotypes, secondaires ou équivalents au type moyen. En Italie, on admet deux biotypes principaux : le *bréviligne* et le *longiligne* ; certains biotypologistes ont créé des biotypes intermédiaires, *mésoligne* et *mixoligne*. En Allemagne, on admet trois biotypes : l'*asthénique*, le *picnique* et l'*athlétique*. En France, on divise les types en *respiratoire*, *digestif*, *musculaire* et *cérébral*. Ces types dépendraient du développement excessif de certains systèmes par rapport aux autres et on les établit par des indices constitutionnels, par exemple l'indice thoracique (rapport du périmètre thoracique et de la taille), l'indice pondéral (rapport du poids et de la taille), etc.

Avec l'aide de ces indices on a étudié ces biotypes au point de vue de la fécondité, de la mortalité, de la résistance aux maladies, du psychisme, du développement des facultés intellectuelles, au point de vue évolutif, etc... Or, on a oublié de chercher si ces biotypes existaient véritablement ou plutôt dans quel sens on pouvait en parler. M. Corrado Gini souligne les sens différents que l'on peut donner au mot type, à valeur typique. Pour les uns, cette valeur exprimera une valeur moyenne ; pour d'autres, elle représen-

tera la valeur dominante dont la fréquence est la plus grande. C'est cette dernière conception qui est généralement acceptée.

Si l'on veut utiliser les biotypes, il est nécessaire d'établir un critérium d'après lequel un individu peut être déclaré normal, bréviligne ou longiligne. Ce criterium est indispensable pour les recherches scientifiques. En pratique, il en est de même si l'on veut se servir des biotypes pour le recrutement militaire.

Il s'agit d'établir alors l'amplitude des déviations compatibles avec la constitution d'un individu apte au service militaire.

Or, M. C. Gini affirme que les deux critères des biotypologistes et des médecins militaires qui sont foncièrement différents, sont aussi l'un et l'autre foncièrement erronés.

Nous ne pouvons aborder ici la démonstration statistique de M. Gini basée sur l'étude des miliciens belges, des soldats italiens, des conscrits piémontais, d'étudiants de Harvard.

Le Docteur Ridolfo Livi, médecin de l'armée italienne, dans son ouvrage *Antropometria militare* qui fait autorité, démontre que, pour utiliser l'indice thoracique, il est nécessaire de se servir d'une échelle fixe donnant le périmètre normal de chaque taille, car, il va de soi, que si la taille augmente, l'indice thoracique décroît régulièrement.

Il y a des contradictions qui viennent que les uns prennent comme fonction la taille et comme variable le périmètre thoracique et que d'autres au contraire prennent le périmètre thoracique comme fonction et comme variable la taille.

On a observé que la mortalité et la morbidité étaient plus grandes chez les soldats dont la taille est la plus élevée.

Dans l'armée italienne, cette constatation a été faite sur les grenadiers, nom qu'on donne à une troupe d'élite, qui forme les deux premiers régiments de l'armée, et qui sont tous choisis parmi les hommes de taille élevée. Les soldats plus petits des autres régiments ont une résistance plus grande et une mortalité plus faible.

Il est donc nécessaire pour avoir un criterium certain dans le recrutement militaire d'utiliser des échelles fixes qui donnent le périmètre thoracique normal pour chaque taille.

Il en sera de même si l'on utilise l'indice pondéral.

Il est donc utile de réviser les principes que l'on croit les mieux établis, à la lumière de la statistique comme M. Corrado Gini, professeur à l'Ecole constitutionnaliste italienne de Padoue, l'a démontré.

J. NOIR.

UN PEU D'OPTIMISME : LE PARADIS DE LA VIE

Le Docteur E. Balmelle, de Fondettes (Indre-et-Loire) nous a adressé un très intéressant petit livre : *Le Paradis de la vie* qu'il a dédicacé : « Comme suite à votre article sur Le Dantec, en toute sympathie ».

Dans le *Concours Médical* du 5 novembre 1939 (page 2519), nous avions exposé sous le titre : « *La guerre et la faillite de la morale* », les idées de Le Dantec écrites en 1917 lors des jours les plus sombres de la dernière guerre, idées justes pour la plupart, mais exprimées avec un pessimisme assez déprimant et mettant en doute l'existence des lois morales.

La plaquette : *Le Paradis de la vie* est écrite dans un tout autre esprit.

Le Docteur Balmelle a chanté un véritable Hymne à la vie, la vie toute entière, vie physique et vie morale. Il désire que son œuvre « apporte à chacun un peu de joie et l'étoile d'une espérance au-dessus de la peine de tous les jours. »

Il est vrai que ces phrases d'un optimisme réconfortant ont été écrites sous le beau ciel de la Touraine, dont notre confrère nous fait au début un tableau poétique et charmant.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

NEUROLOGIE DE GUERRE

Par le Docteur Henri SCHAEFFER

Médecin de l'Hôpital Saint-Joseph.

Le système nerveux central

Le système nerveux central, le cerveau et la moelle, peuvent être l'objet d'agressions de divers ordres. Il convient de signaler d'abord les blessures ouvertes du cerveau et de la moelle par balle ou par éclat d'obus.

Il faut signaler ensuite, les contusions, les traumatismes cranio-cérébraux, sans blessure directe du tissu nerveux par un corps étranger.

Il faut signaler encore les accidents commotionnels cérébro-spinaux, sans contusion directe, liés à la déflagration d'obus, de mines, ou de bombes d'avion, et dont il est à craindre que le conflit actuel ne nous fournisse une douloureuse expérience.

Nous envisagerons successivement ces trois catégories d'accidents ; et, dans un dernier chapitre, nous aborderons rapidement les séquelles qu'ils peuvent laisser, et le traitement qu'il convient d'y apporter.

a) Blessures ouvertes du cerveau et de la moelle

Le tableau clinique des lésions du cerveau par pénétration d'un corps étranger est infiniment variable. Il dépend du point de pénétration du projectile, et de son siège en profondeur.

Si le projectile est superficiel et qu'il intéresse la zone motrice, on pourra observer une hémiplégie qui souvent reste partielle et dissociée. Dans certains cas, on se trouvera en présence d'une monoplégie simple, ou même d'une monoplégie incomplète, soit parce que la force segmentaire est partiellement conservée, soit parce que certains groupes fonctionnels sont électivement touchés.

L'importance de la paralysie dépend encore du siège de la lésion. Les lésions même superficielles de la région prérolandique déterminent souvent une hémiplégie complète, voire même parfois une triplégie intéressant le membre inférieur du côté opposé à l'hémiplégie, le projectile ayant pu toucher les deux lobules paracentraux.

Les blessures de la zone rétrorolandique déterminent beaucoup plus souvent des hémiplégies partielles et dissociées. Elles s'accompagnent en outre de troubles sensitifs.

Les blessures pénétrantes de la zone motrice réalisent le syndrome de l'hémiplégie capsulaire, c'est-à-dire celui d'une hémiplégie globale, sensitivo-motrice, passant rapidement à la phase de contracture.

Il est évident que, suivant le trajet du projectile, le tableau clinique pourra être tout différent, et que l'on pourra observer une hémianopsie latérale homonyme, un syndrome thalamique, ou un syndrome alterne, suivant que les voies optiques centrales, la couche optique, ou le tronc cérébral seront par exemple intéressés.

Un syndrome clinique un peu particulier lié à la pathologie de guerre est l'*existence de paraplégie d'origine cérébrale.* Dans la guerre des tranchées, une blessure par balle du vertex, lésant les deux lobules paracentraux, déterminera une paralysie des membres inférieurs d'abord flasque, puis spasmodique. Ces paraplégies s'accompagnent d'habitude d'incoordination liée à des troubles de la sensibilité profonde. Il est intéressant d'observer souvent aussi dans ces paraplégies une dissociation entre les mouvements volontaires qui sont perdus, et les mouvements automatiques qui sont conservés. La flexion dorsale du pied par exemple, abolie en tant que mouvement volontaire, s'exécute normalement au cours de la marche.

Les blessures de la moelle réalisent le tableau des sections complètes ou incomplètes de la moelle, particulièrement bien étudiées dans la dernière guerre, et que nous allons esquisser rapidement.

I. SECTION COMPLÈTE DE LA MOELLE. — Les sujets qui en sont atteints passent d'habitude par trois étapes :

1° *Une première de shock médullaire.* Le sujet s'effondre dès la blessure, présentant une abolition complète de la motilité et de la sensibilité, et sans aucune perception subjective au-dessous de la section. Deux à trois semaines après, appa-

raissent des douleurs en ceinture à la limite supérieure de l'anesthésie, et des sensations obscures de courbature, de fourmillement et de pression dans les parties paralysées. Les réflexes tendineux sont abolis. Le réflexe plantaire est en flexion d'abord et en extension ensuite. Il existe de la rétention des urines, un relâchement du sphincter anal. Les extrémités sont froides, la sécrétion sudorale abolie, et rapidement apparaissent des escarres.

2° *Dans une seconde phase d'automatisme, médullaire*, réapparaissent les réflexes tendineux et surtout les réflexes d'automatisme médullaire. Sous l'influence d'excitations variables, ou même spontanément, apparaissent des mouvements de triple retrait du membre inférieur pouvant simuler la motilité volontaire. Le tonus d'abord normal s'exagère et les membres peuvent se fixer en flexion. De plus, une miction consciente et automatique que le malade peut déclencher par des excitations périphériques s'établit, de même parfois que des érections spontanées ou provoquées. Apparaissent aussi des œdèmes permanents et importants d'origine vaso-motrice et infectieuse à la fois, ainsi que la fonction sudorale.

3° *Une dernière phase de cachexie terminale* sur laquelle nous n'insisterons pas. Certains malades peuvent survivre un an et dix-huit mois.

II. Section incomplète de la moelle. — Le syndrome clinique est variable suivant le trajet du projectile. Dans ces cas, on assiste à une première phase de shock médullaire comparable à celle précédemment décrite.

Puis, peu à peu les mouvements réapparaissent, et une paraplégie spasmodique s'installe.

On peut observer des hémisections de la moelle ou syndrome de Brown-Séquard constitué par : 1° Une hémiplégie avec troubles de la sensibilité profonde du côté blessé ; 2° une hémianesthésie thermique et douloureuse du côté opposé.

On peut observer aussi une section des cordons postérieurs qui se manifestera uniquement par des troubles de la sensibilité.

b) Contusions cérébro-médullaires

Le terme de contusion se comprend de lui-même. Il réunit tous les traumatismes directs du crâne ou du rachis, quelqu'en soit la cause, sans blessure ouverte. La discrimination entre la contusion et la commotion est néanmoins souvent difficile à établir en pathologie de guerre, car les deux facteurs se trouvent associés. Un sujet qui, du fait de la déflagration d'un obus ou d'une bombe, est projeté contre terre ou un obstacle quelconque, peut être à la fois un contusionné et un commotionné.

La contusion cérébrale se manifeste par deux ordres de symptômes : 1° *des symptômes d'excitation générale* ; 2° *des signes neurologiques localisés*. Le contusionné est, en général, un agité physiquement et mentalement. Il ne peut rester en place s'il n'a pas perdu connaissance. Sinon le corps est souvent raide, la tête en opistothonos, avec du trismus, et souvent du tremblement des membres ou des secousses convulsives. Parfois le contusionné présente un délire avec agitation plus ou moins violente, centré par des hallucinations auditives et visuelles qui ont trait aux faits récemment vécus par le malade. Et quand cette agitation cesse, le malade présente un état confusionnel avec désorientation, associé à une amnésie rétro-antérograde.

Les signes neurologiques de localisation peuvent apparaître d'emblée, ou au contraire après une phase intercalaire libre. Ils sont toujours constitués par des phénomènes de déficit ; hémiplégie totale ou incomplète, ou monoplégie ; ou des phénomènes d'excitation, crise d'épilepsie généralisée, ou crise jacksonienne.

Pour tâcher de soigner ces blessés, il faut tâcher de préciser la cause des accidents qu'ils présentent.

Les accidents neurologiques immédiats sont le plus souvent liés, soit à l'*existence d'hématomes extra-duraux, soit à la constitution d'une hémorragie cérébrale ou cérébro-méningée.* — Dans le premier cas, l'existence d'une fêlure de la voûte, ou d'une inégalité pupillaire pourra orienter l'observateur. Dans le second cas, la rachicentèse pourra montrer la présence de sang dans le liquide céphalo-rachidien.

Les accidents tardifs relèvent le plus souvent d'un hématome sous-dural. Et, dans ces cas, les résultats donnés par la ventriculographie et l'encéphalographie ont une importance primordiale. L'examen du fond d'œil pourra également montrer de l'œdème ou de la stase papillaire.

Le rôle de l'œdème cérébral ne doit pas être méconnu, isolé ou associé à *une méningite séreuse.* Il se manifeste en général par un état de stupeur ou de confusion, avec obnubilation ou agitation.

La contusion médullaire peut survenir à la suite d'un traumatisme du rachis. Le plus souvent, elle est observée à la suite d'une blessure par balle, siégeant le plus souvent dans la région cervicale, et n'intéressant pas directement la moelle ou les méninges. Elle se manifeste d'abord par une phase de coma médullaire avec paraplégie complète et aréflexie pouvant simuler dans une certaine mesure celle que l'on observe dans les sections médullaires. Mais peu à peu, les mouvements réapparaissent, ainsi que la sensibilité qui n'était pas totalement disparue, et peu à peu s'installe une paraplégie spasmodique typique.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES TRANSFUSIONS SANGUINES

LES INDICATIONS DES TRANSFUSIONS

Par E. Lemaire

Lauréat de l'Académie de médecine

Médecin-expert près les Tribunaux

Peu de sujets revêtent un caractère d'actualité plus pressante que la question des transfusions sanguines.

Une transfusion est une opération comportant ses incidents et ses risques : aussi importe-t-il d'en discuter les indications pour chaque cas. En effet, si c'est une erreur d'imposer à un individu les ennuis d'une transfusion dont il pouvait se passer et de gaspiller un médicament précieux, c'est une faute lourde de ne pas en faire bénéficier tel autre, lequel ne peut guérir qu'au prix de cette intervention.

Les indications de la transfusion sont multiples : malades et blessés peuvent en être justiciables.

Indications d'ordre médical

Elles sont tellement variées qu'il ne saurait être question de les énumérer. Certaines dyscrasies sanguines et les infections graves en sont les principales.

Dans la plupart des *anémies importantes et* dans les *affections à syndromes hémorragiques* (hémogénie grave, hémophilie), les transfusions constituent un des éléments les plus importants du traitement. On effectue alors de préférence des transfusions peu abondantes ne dépassant pas 100 c. c., mais répétées aussi souvent qu'il le faut. On utilise, en pareil cas, du sang du même groupe pour diminuer la fréquence et l'intensité des réactions chez ces malades affaiblis. Une bonne tactique consiste même à tâter la susceptibilité des receveurs en faisant tous les deux jours des injections intra-veineuses à doses progressivement croissantes, en partant de 5 c. c. de sang et en doublant la quantité chaque fois. Il en résulte des sollicitations successives des organes hématopoïétiques qui ont parfois le meilleur effet : injectés en une seule fois, 300 c. c. de sang paraissent n'avoir qu'une valeur de remplacement ; leur injection en six ou sept fois constitue en outre une tentative de traitement pathogénique.

(1) Conférence faite à l'Hôpital complémentaire d'armée, nº X.

Inutile de souligner l'importance du traitement de la cause toutes les fois qu'elle est décelable.

Toutes les anémies médicales ne sont pas justiciables des transfusions. Ce sont là des faits d'expérience :

a) Une anémie de Biermer, traitée *correctement* par la méthode de Whipple guérit aussi vite sans transfusion : dans certains cas bien observés, la transfusion paraît même avoir eu une action empêchante sur l'efficacité de l'hépatothérapie.

b) L'anémie de la tuberculose pulmonaire n'est nullement influencée par des transfusions quelles qu'en soient l'abondance et la répétition. Bien plus, ces malades font facilement des chocs colloïdoclasiques, de l'urticaire, une poussée évolutive. Aussi vaut-il mieux s'abstenir et en cas d'hémorragie préférer aux transfusions le traitement classique, auquel on ajoutera des injections intra-veineuses de 20 c. c. de rouge Congo à 1 % dont l'action hémostatique est remarquable, et l'innocuité absolue.

Les *infections graves*, médicales ou chirurgicales (depuis la typhoïde jusqu'à l'infection puerpérale) sont justiciables des transfusions : soit d'emblée quand la gravité de la situation le commande, soit secondairement quand les moyens habituels (des vaccins et sérums aux sulfamides en passant par le carbone, le mercure-chrome et l'alcool intraveineux) paraissent insuffisants.

Ici, on préfère l'immuno-transfusion. On utilise pour ce faire du sang d'un donneur universel que l'on a, pendant plusieurs mois, patiemment immunisé contre un microbe donné.

A défaut, on peut employer le procédé de Wright consistant à injecter au donneur, 6 ou 8 heures avant la transfusion, un centimètre cube de vaccin, spécifique ou polyvalent selon les cas. De cette façon, le receveur bénéficie de la poussée leucocytaire de la huitième heure. D'aucuns prétendent que les résultats d'une immuno-transfusion ne sont pas supérieurs à ceux d'une transfusion de sang non préparé : cela ne paraît pas répondre à la majorité des cas.

Indications d'ordre chirurgical

Tandis qu'en médecine la transfusion soulève de multiples problèmes de biologie, en chirurgie la question se présente à première vue sous un aspect particulièrement simple :

La transfusion a pour but de réparer une perte sanguine dont l'importance mettait en danger la vie du sujet. Ici, la dose massive est souvent indispensable et, vu l'urgence de la situation, on utilise un donneur universel, si l'on n'a pas le temps de pratiquer l'épreuve des groupes.

En chirurgie de temps de paix, les indications des transfusions ne sont pas très variées :

les *hémorragies externes* viennent en tête, et 80 % des transfusions sont nécessitées par les hémorragies de la délivrance ;

les *hémorragies internes* sont surtout le fait de la rupture de grossesses tubaires qui entrent pour 10 % dans le total des transfusions faites par un chirurgien dans sa pratique civile. Encore n'est-elle décidée que si la malade entre saignée à blanc et ne paraît pas en mesure de supporter l'intervention, ou si après l'opération l'état de la malade demeure inquiétant.

Les autres cas de transfusions chirurgicales du temps de paix sont nécessités par les hémorragies des ulcères gastro-duodénaux, par le besoin de remonter un malade fragile avant une opération importante, par le traitement d'un shock opératoire grave, etc.

Aux Armées, la transfusion trouve sa place, tout comme en pratique civile, dans le traitement du shock, lorsque le réchauffement, les tonicardiaques et les injections de sérum paraissent insuffisants. Mais ce sont les hémorragies qui dominent la question.

En chirurgie de guerre, les hémorragies abondantes *immédiates* sont hémostasiées à l'extrême avant. Si une transfusion est nécessaire, elle sera parfois possible au P. S. D., mais en tout cas toujours exécutée à l'arrivée au G. A. C. A.

Mais il ne faut pas sous-estimer le nombre des *hémorragies secondaires ou retardées* qui surviennent à la suite de la mobilisation d'un caillot, ou lorsqu'à l'hypotension du shock succède un rétablissement du tonus vasculaire. Certes un pansement qui saigne ne passe pas inaperçu d'un infirmier que l'on a mis sur ses gardes. Mais une hémorragie interne peut ne pas attirer d'emblée l'attention ; et c'est ici qu'il importe de faire l'éducation du personnel et de lui rappeler le tableau de l'hémorragie interne avec la soif vive signe capital, l'anxiété, la tendance à la syncope auxquelles s'ajoutent la pâleur avec décoloration des muqueuses, le pouls petit, misérable (mais pas toujours rapide contrairement à ce que l'on écrit souvent) la tension maxima à 7, la minima à 4.

***

Est-ce à dire que toute hémorragie abondante doive être traitée systématiquement par une transfusion ? Certainement pas. Pour poser une indication judicieusement, il faut le faire à la lumière de données physiologiques concernant la quantité d'hémoglobine, la masse sanguine et sa viscosité.

1° On sait que la suppression de 60 % de *l'hémoglobine* (correspondant chez l'homme à une saignée de 3 litres sur un total de 5) est encore compatible avec la survie. Ce fait est illustré par le coefficient de Balthazard dans l'intoxication oxycarbonée : la mort survient quand l'intoxication a bloqué 66 % de l'hémoglobine.

De même, en présence d'une anémie pernicieuse progressive, on remarque que la mort, si elle n'est pas le fait de complications intercurrentes, survient lorsque le taux de l'hémoglobine est environ de 33 %.

2° Mais, malgré une quantité encore suffisante d'hémoglobine, la survie n'est possible que si l'on reconstitue la *masse sanguine*, par des injections intra-veineuses de sérum isotonique salin ou glucosé ; en principe une ampoule de 500 c. c. : la circulation ne peut en effet se rétablir avec des vaisseaux aux deux tiers vides de sang.

3° La dernière condition est de rendre au liquide circulant la *viscosité* du sang, sinon la résistance au niveau des capillaires est insuffisante et l'équilibre circulatoire est impossible : la tension ne peut se relever. On rétablit artificiellement cette viscosité par l'injection intraveineuse d'une ampoule de 500 c. c. de sérum gommé de Bayliss à 60 pour mille, ou de sérum polycitraté de Normet.

Si malgré ces mesures préparatoires, l'état du blessé reste précaire, la transfusion ne sera pas différée ; mais grâce à ces précautions, 250 ou 300 c. c. de sang suffiront souvent (un sujet succombe parfois faute de quelques centimètres cubes de sang).

On voit donc qu'avant de décider une transfusion qui ne s'impose pas d'urgence, on devra, outre le réchauffement et le traitement du collapsus (camphre, adrénaline), injecter du sérum physiologique dans les veines et, si le pouls faiblit à nouveau, injecter du sérum hypervisqueux tiédi.

Si l'hémorragie n'a pas été trop abondante, ce traitement suffit souvent et permet de réserver pour les cas indispensables le sang que l'on ne doit pas gaspiller sans discernement, qu'il soit envoyé de l'intérieur, ou qu'on le prélève extemporanément sur le personnel infirmier.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

L'insuline a modifié l'évolution de la tuberculose chez les diabétiques

Par le Docteur M. RECORDIER (*)

AU DÉTRIMENT DU COMA, LA TUBERCULOSE EST DEVENUE LA PLUS GRANDE COMPLICATION DU DIABÈTE AVEC DÉNUTRITION

D'autre part, sous l'influence de l'insulinothérapie, la tuberculose pulmonaire des diabétiques ne paraît plus être exactement la même qu'autrefois : si elle est d'abord nettement plus *fréquente*, elle est aussi *assez différente* dans ses modalités séméiologiques et évolutives.

Tout d'abord les statistiques en établissent la fréquence accrue. Alors qu'en 1908, les décès des diabétiques par tuberculose se produisaient dans la proportion de 32 %, actuellement, c'est dans 62,5 % des cas que la mort est la conséquence de la bacillose pulmonaire (Labbé) ; dans une proportion de 20 % seulement, elle est le fait du coma. Le Professeur Rathery indique des chiffres comparables pour les diabétiques consomptifs : « sept fois sur dix un diabétique ne meurt plus de son diabète, mais de la tuberculose pulmonaire associée ».

Pourquoi cet accroissement de fréquence ? La réponse est assez paradoxale *a priori*, mais elle n'est pas douteuse ; c'est parce que le diabète est mieux soigné. Grâce à de meilleures notions diététiques, grâce surtout à l'insulinothérapie, un grand nombre de diabétiques, qui autrefois auraient évolué assez rapidement vers le coma, peuvent être maintenus en vie pendant de longues années. Par suite d'un manque d'aptitude de l'organisme diabétique à se défendre contre le bacille de Koch, ces « rescapés » deviennent autant de candidats supplémentaires à une éventuelle évolution bacillaire.

Pour des raisons du même ordre, la tuberculose, qui était autrefois une rareté avant vingt ans, s'observe aujourd'hui chez les enfants diabétiques. On sait, en effet, la gravité du diabète du jeune âge et la rapidité de son évolution spontanée. Mais actuellement, le traitement insulinique permet des survies suffisantes pour que la tuberculose ait le temps de s'installer.

D'autre part, les descriptions anciennes représentaient la tuberculose des diabétiques sous un type clinique spécial, exempt de toute manifestation bruyante ; elle était sèche, froide, sans réaction ; pas de toux fréquente ; une expectoration peu abondante, pauvre en bacilles de Koch ; rareté des hémoptysies ; pas de fièvre élevée, pas de sueurs profuses ; cependant un amaigrissement assez rapidement prononcé, et bien souvent de l'anorexie au lieu de l'habituelle polyphagie du diabétique. Bref une tuberculose torpide.

Aujourd'hui, si le début est ordinairement insidieux, dans nombre de cas il peut être brusque (du type pneumonie, congestion pulmonaire ou grippe) ou encore se faire par des hémoptysies plus ou moins abondantes, et cela plus souvent que chez les non-diabétiques. La toux apparaît assez fréquente (trois quarts des cas). Dans une proportion de 50 %, l'expectoration est forte presque toujours bacillifère. La fièvre (15 %) est bien plus fréquente que l'apyrexie.

L'amaigrissement, souvent considérable (40 %) est intéressant à considérer dans ses rapports avec l'acidose. La complication tuberculeuse étant susceptible de diminuer la tolérance hydrocarbonée et de déterminer une poussée d'acidose, cette dernière constatation doit éveiller l'attention et faire soupçonner la possiblité d'une évolution bacillaire, surtout lorsqu'il s'agit d'un diabétique jusque-là bien équilibré par le traitement, sans excès de régime.

A l'opposé, il semble intéressant que la constatation d'un amaigrissement parfois considérable, sans acétonurie, puisse contribuer à orienter vers le diagnostic de la complication pulmonaire.

Cette divergence d'allure, observée ces temps derniers, serait la conséquence des progrès de la thérapeutique antidiabétique. Le diabète serait par lui-même anergisant, et, du fait de cette anergie, la tuberculose pulmonaire évoluerait sans grande réaction, à l'état de latence ; au contraire, chez le diabétique corrigé par un régime hypo-glycémiant et surtout par l'insuline, cette anergie disparaîtrait ou au moins rétrocéderait, de sorte que chez lui la tuberculose ne serait pas silencieuse, mais active, bruyante, se rapprochant de celle d'un sujet normal. Cependant on doit à la vérité de reconnaître que cet argument n'a pas une valeur absolue, car il n'est pas rare de voir chez des diabétiques non traités un état fébrile, et des symptômes fonctionnels comme une expectoration abondante et bacillifère.

Quant aux modalités évolutives de la tuberculose pulmonaire chez les diabétiques, elles ont

(*) *In* « Actualités médico-chirurgicales ». 1 vol. Masson, éditeur, Paris 1939.

également varié. Des observations récentes, il résulte que le type ordinairement rencontré est représenté par la forme fibro-caséeuse, dont l'évolution pourrait s'étendre à un ou deux ans, plus exceptionnellement à quatre ans (Rathery).

Il faut ici encore attribuer ces faits à la thérapeutique, et essentiellement à l'insulinothérapie ; cela d'autant mieux que, quand le diabète n'est pas soigné (ou incorrectement), on peut encore voir évoluer la forme classique de la tuberculose, qui brûle les étapes. Or, grâce à l'insuline l'anergie habituelle du diabète est en partie corrigée ; l'hyperglycémie, si favorable au développement du bacille de Koch, est réduite ; mais surtout une lutte efficace est menée contre la dénutrition azotée. On sait, en effet, que dans tous les états où celle-ci existe (basedowiens, cachectiques) la tuberculose apparaît souvent, car la dénutrition azotée entraîne toujours une déficience de l'état général, et probablement un défaut de résistance des tissus à l'infection. Or, il apparaît qu'un traitement bien compris du diabète, soit capable d'aider l'organisme diabétique à se défendre contre la tuberculose.

Déductions pratiques

Tâcher de prévenir la tuberculose, et d'en arrêter ou au moins d'en freiner le développement, lorsqu'elle est apparue.

« Il est certain que le meilleur moyen de prévenir la bacillose pulmonaire chez un diabétique, c'est, en dehors des règles d'hygiène, de réduire son diabète ». Ce résultat sera obtenu par le régime, avec ou sans insuline selon la forme de la maladie.

« *Réduire* le diabète » confirme le fait que le traitement le mieux ordonnancé ne peut prétendre qu'à une *amélioration* de la maladie, car pratiquement on ne guérit pas le diabète. Même après avoir supprimé la glycosurie, après avoir réduit, ou hypothétiquement fait disparaître l'hyperglycémie, on ne sera pas assuré d'avoir vraiment corrigé les perturbations du diabète, car on ne peut savoir ce qui se passe dans les tissus : or, c'est l'hyperglycystie, beaucoup plus que l'hyperglycémie, qu'il faudrait corriger. On empêchera un grand nombre de malades de mourir dans le coma ; mais ils resteront des candidats à une possible bacillose ultérieure.

Aussi convient-il d'envisager spécialement la deuxième donnée du problème : arrêter ou freiner le développement de la tuberculose, lorsqu'elle est apparue.

Avant tout, le traitement dans ces conditions, devra s'inspirer de cette double considération que le malade est, en même temps qu'un tuberculeux, un diabétique. D'où une orientation particulière du traitement du diabète parallèlement à une thérapeutique spécialement dirigée contre les lésions pulmonaires.

L'adaptation du régime oblige à modifier quelque peu les données babituelles relatives à la diététique du diabète. Le malade étant diabétique, il y a certes intérêt à lui réduire les hydrates de carbone, mais le fait qu'il est aussi tuberculeux oblige à ne pas lui donner une alimentation trop restreinte. Comme le régime doit rester équilibré, cela amène souvent à donner une quantité assez abondante de glucides.

L'insuline est-elle toujours nécessaire chez les diabétiques tuberculeux ? « Si l'on veut seulement aboutir à l'aglycosurie, il est possible, en cas de diabète léger sans acidose, d'y arriver sans l'insuline, avec le seul régime. Mais ces cas sont assez rares, puisque le régime doit être plus large que chez un diabétique ordinaire. Et, d'autre part, il semble qu'il y ait intérêt à ne pas se contenter de supprimer la glycosurie, et à tâcher de faire sinon disparaître, du moins diminuer l'hyperglycémie. De sorte que, s'il est sans doute exagéré de dire qu'un diabétique tuberculeux doit toujours recevoir de l'insuline, en pratique on sera presque dans tous les cas amené à mettre en œuvre cette médication ».

Certains auteurs prétendent que l'insuline peut déterminer chez les tuberculeux des poussées évolutives et déclencher des hémoptysies. Si ces inconvénients sont possibles, même rares, ils ne doivent pas nous priver d'une thérapeutique utile ; tout au plus font-ils qu'une certaine prudence sera recommandée dans l'emploi de l'insuline, lorsque le diabétique est tuberculeux, surtout s'il est âgé. Sauf menace d'acidose grave, commencer par de petites doses, et, sous une surveillance attentive, les augmenter de façon progressive jusqu'à la dose optima pour chaque malade.

A condition d'agir ainsi assez tôt, on peut observer parfois des améliorations surprenantes — pour un temps tout au moins — car le plus souvent la continuation de l'évolution bacillaire est à craindre, si on n'associe pas au traitement du diabète celui des lésions tuberculeuses ; la collapsothérapie, lorsqu'elle peut être mise en œuvre, rend encore un peu moins sombre le pronostic.

Si les résultats sont bons au début, souvent il n'y a pas de guérison vraie, mais une survie plus ou moins longue ; ce qui est déjà appréciable quand on connaît la gravité de la tuberculose associée au diabète.

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Rôle du bacille bovin dans l'infection tuberculeuse de l'homme en France

A. SAENZ expose tout d'abord les progrès récents réalisés dans les méthodes de culture du bacille de Koch.

En ce qui concerne le rôle du bacille bovin en France, ses recherches ont montré que, sur 903 souches isolées de tuberculoses diverses, dont près de la moitié concernant des enfants, 22 seulement furent de type bovin, soit 2,43 %. En dehors de 7 cas de synovite observés chez des bouchers professionnellement exposés, ces cas ne concernaient guère que des enfants. Il faut souligner l'absence de toute contamination familiale, par contre la notion d'une ingestion prolongée de lait cru de vache. Toutes les localisations habituelles de la tuberculose furent rencontrées, la pulmonaire exceptée. L'aspect clinique, l'évolution et le pronostic furent sensiblement les mêmes que ceux des cas à bacille humain. La grande rareté de la tuberculose bovine en France est corroborée par les résultats des isolements de souches lupiques, dont 2 seulement sur 24, soit 8,3 %, furent de type bovin, alors que ce pourcentage, dans d'autres pays, atteint 50 % et même davantage. (*Paris Médical*, 24 juin 1939.)

Avantages, inconvénients et limites des greffes libres de peau totale

L. DUFOURMENTEL envisage tout d'abord les cas d'impossibilité de greffes libres. Il y a, dit-il, une condition primordiale à la réussite d'une greffe libre de peau totale : c'est le contact continu de la totalité de sa surface cruente avec la surface cruente à couvrir. Ce principe absolu élimine déjà toute possibilité de greffe volante. Autrement dit, on ne peut utiliser une greffe libre pour reconstituer un pont de peau tel que l'aile du nez ou pour fermer un orifice béant à travers la lèvre ou la joue. D'autre part, une greffe libre est vouée à l'échec, si elle ne peut être immobilisée sur la surface à greffer. Enfin, les greffes libres n'ont de chances sérieuses de vie que sur une surface saine et bien vascularisée.

Par contre, toute greffe libre, même parfaitement réussie, présente des défauts : elle est insensible ; elle diffère de la peau ambiante par sa couleur, son épaisseur, son grain.

L'auteur précise les conditions qui permettent d'obtenir le maximum de satisfaction, car beaucoup de chirurgiens considèrent encore l'emploi des greffes libres comme incertain et, en tous cas, moins satisfaisant que celui des greffes pédiculées. (*La Presse Médicale*, 13 septembre 1939.)

Le rôle du foie en neurologie. Les syndromes hépato-nerveux

A la lumière des faits cliniques, anatomiques, expérimentaux, exposés par L. CORNIL et J.-E. PAILLAS, il apparaît que l'intégrité du foie est nécessaire au bon fonctionnement du système nerveux. Les facteurs par l'intermédiaire desquels agit la glande hépatique restent encore à préciser.

S'agit-il d'une insuffisance de protection, le foie malade n'arrêtant plus les produits toxiques, d'origine digestive ? L'encéphalite expérimentale, après fistule d'Eck, semble plaider en ce sens, et l'on pourrait alors incriminer le passage dans le torrent circulatoire, de guanidine, de polypeptides, substances éminemment neurotoxiques. S'agit-il de la rétention de produits toxiques sécrétés par le foie ? Ce que l'on sait du pouvoir neurotrope de la bile s'inscrit en faveur de cette hypothèse. Ou bien encore faut-il envisager un troisième mode d'action du foie et supposer que la glande hépatique malade né sécrète plus les principes nécessaires à l'intégrite fonctionnelle et anatomique du système nerveux ?

C'est alors le lieu de souligner le rôle capital joué par le foie dans l'entretien de l'équilibre hématopoïétique. On sait aussi que cette glande est le réservoir naturel des vitamines neurotrophiques, facteur B et facteur A. Les recherches de A. Chevallier, en particulier, ont bien montré la double influence de la vitamine A, à la fois élaborée et mise en réserve par cette glande. Or la carence en vitamine A modifie les chronaxies de l'animal en expérience et lèse ses cordons médullaires. Et tout récemment la preuve thérapeutique de cette action neurotrophique du facteur A sur les éléments nerveux a été fournie par H. Roger et J.-E. Paillas qui ont entièrement guéri un syndrome neuro-anémique grave par l'administration parentérale de vitamine A. (*La Science Médicale pratique*, juin 1939.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 29 *novembre* 1939

Anesthésie loco-régionale des membres en chirurgie de guerre

M. SORREL présente un rapport sur un travail de MM. DUBARS et BOLOT intitulé : anesthésie loco-régionale des membres en chirurgie de guerre (amputations et résections en particulier).

On se rappelle que, sur cette même question, M. Sorrel avait récemment présenté une étude de M. Breton . La méthode employée par MM. Dubars et Bolot est différente de celle utilisée par M. Breton. Tout d'abord, ces auteurs font volontiers précéder les infiltrations anesthésiantes locales par une médication préparatoire sédative et par l'administration d'un anesthésique de base. Mais, ce qui caractérise leur technique, c'est l'association aux infiltrations locales (infiltrations en bague de la zone opératoire) d'injections tronculaires, sur les troncs nerveux desservant la région opérée. Le procédé est évidemment d'application plus complexe et plus difficile, mais les résultats sont meilleurs et la quantité de novocaïne-percaïne injectée notablement moins forte.

Un militaire peut-il, en temps de guerre, refuser une opération ?

(A propos des opérations curatives d'inaptitudes physiques)

M. CADENAT pose une importante question de droit médico-militaire du temps de guerre. Un malade, admis dans un hôpital militaire pour fistule ostéomyélitique entretenue par un petit séquestre, et qu'une opération très simple, à l'anesthésie locale, pourrait guérir et rendre entièrement apte au service, refuse cette opération. Dans la même salle, d'autres malades, dans des conditions analogues, par une sorte de contagion mentale, refusent également d'être opérés. Peu importe, d'ailleurs, les affections en cause : c'est le principe du refus qu'il faut envisager et dont il convient de discuter la valeur.

Deux points sont à considérer : ce qui concerne le malade et ce qui concerne la maladie. Le malade peut refuser l'intervention pour trois raisons : ou par pusillanimité, par crainte de l'opération, ou parce qu'il discute la nécessité de cette opération ; ou parce qu'il veut profiter de son affection pour éluder son devoir militaire . Les deux premiers cas peuvent être solutionnés par des moyens simples, action psychique, anesthésie pratiquée sans laisser au patient le temps d'une longue réflexion, consultation avec un autre chirurgien donnant au malade une garantie supplémentaire. Le troisième cas reste à résoudre.

Pour ce qui concerne la maladie, ou bien l'opération est urgente et l'acceptation du patient n'est pas demandée, l'urgence s'impose ; ou bien elle n'offre pas d'urgence. Si, alors, l'opération est légère, n'occassionne pas de risque et est appelée à donner un résultat certain, M. Cadenat estime que le refus du malade n'est pas acceptable. En période de guerre, l'individu disparaît devant la collectivité et doit s'incliner devant un devoir général. Pour les cas intermédiaires, le chirurgien reste seul qualifié pour décider de l'intervention.

Cete question de médecine légale militaire du temps de guerre, ainsi soulevée par la communication de M. Cadenat, a donné lieu à l'Académie de chirurgie à une discussion, non close encore, où des opinions divergentes ont été émises.

M. Pierre FREDET note que le cas de refus d'opération a déjà été étudié à la Société de médecine légale. La conclusion a été que la non-acceptation du malade restait péremptoire.

M. Pierre DUVAL et M. ROUHIER sont du même avis, ajoutant qu'une opération si bénigne soit-elle comporte néanmoins un risque, très exceptionnel sans doute alors, mais possible. Tout malade reste libre (en dehors des lois et règlements) de disposer de lui-même, à ses risques et périls, bien entendu. Mais M. Rouhier pense que si l'on ne peut pas obliger un malade, dans ces conditions, à se faire opérer, on peut probablement par divers moyens, l'empêcher de profiter de l'infirmité qu'il veut conserver, de tirer bénéfice de son refus.

M. SAUVÉ ajoute que c'est au commandement, avisé du refus opposé par le malade, qu'il appartiendra d'intervenir pour priver l'opposant des avantages de son opposition.

M. MAUCLAIRE dit qu'en temps de paix l'accidenté n'est pas obligé d'accepter une opération, mais nous sommes en temps de guerre...

M. MONDOR appuie l'opinion de M. Cadenat. Certaines notions admises en temps de paix ne sont plus maintenant valables.

Le refus d'accepter une opération bénigne pour conserver une inaptitude physique offre un caractère immoral et doit être l'objet de sanctions. Le service militaire aux armées est un devoir. A ceux qui ne veulent pas l'accepter comme tel, il est imposé. Une opération bénigne nécessaire est à envisager de la même façon.

Pour permettre un examen plus approfondi de cette question, l'Académie nomme une Commission composée de MM. Rouvillois, Pierre Duval, Sauvé, Mauclaire, Fredet et Cadenat.

Présentations d'appareils et de radiographies

M. Capette présente un *appareil permettant une réalisation facile d'un éclairage à effet asciatique.* Le grand avantage de cet appareil est son prix modeste : moins de 500 francs au lieu du prix de l'appareil ordinaire (6.000 francs).

M. de Fourmestraux montre des radiographies intéressantes d'*un cas de fracture des cunéiformes.*

P. Lacroix.

***

Un cas de septicémie à proteus chez un ancien blessé de guerre

(M. Georges Baudet ; 21-6-1939)

L'auteur rapporte une observation de septicémie à proteus survenue vingt-deux ans après une blessure de guerre et accompagnée de troubles locaux au niveau de cette blessure.

Le malade, âgé de 45 ans, avait été blessé en 1917 par éclats d'obus, avec fracture comminutive du tiers inférieur du fémur droit. Le foyer de fracture fut longtemps drainé et il y eut finalement consolidation par cal ostéitique. Depuis, un seul réveil infectieux se produisit, en 1923, qui nécessita l'ouverture d'un abcès.

Le 1er mai 1939, après une journée de travail pénible, le patient ressent de violentes douleurs à la région de l'ancienne blessure. Frisson et température à 39°2. Un débridement pratiqué au niveau de la fracture ne donne rien. L'hémoculture révèle d'abondantes colonies de proteus et quelques streptocoques. Mort au 18e jour de la septicémie. Le malade avait eu, d'autre part, un passé intestinal, entéritique, où peut-être l'infection avait trouvé son point de départ.

— M. Louis Bazy fait remarquer que, dans des cultures à plusieurs microbes, certains germes peuvent être envahissants sans constituer pour cela l'élément principal ou l'unique responsable des accidents septicémiques observés. Le coli-bacille, par exemple, est généralement si prolifique dans les cultures qu'il rend parfois impossible l'identification des germes associés.

Cancer du côlon droit perforé en péritoine libre. Colectomie d'urgence. Guérison

(MM. Guillermo et Dupuy. — Rapport de M. Menegaux ; 10-5-1939)

Il s'agit d'un homme de trente huit ans qui fit un syndrome abdominal aigu. On pratique, six heures après le début, sous anesthésie locale une laparotomie médiane. Celle-ci montre l'existence d'un cancer perforé au niveau de la partie droite du côlon transverse. Colectomie segmentaire, drainage, guérison. L'examen histologique de la pièce a confirmé la nature maligne de la tumeur (épithélioma cylindrique).

L'heureuse terminaison de cette observation montre, une fois de plus, que, lorsqu'elle est possible, l'exérèse immédiate d'un cancer digestif perforé est l'intervention idéale.

Académie de médecine

Sur la composition chimique du corme ou sorbe

(MM. Sartory, Weil et Ikladious ; 3-10-1939)

Les auteurs ont trouvé, à l'analyse chimique, dans le fruit de la corme (ou sorbe : *sorbus domestica*), du tannin, des matières pectiques, des gommes et des acides organiques, d'où l'action à la fois tonique et astringente de cette substance. Les pectines ont aussi une place dans la thérapeutique anti-hémorrhagique.

La gangrène gazeuse. Enseignements de la guerre 1914-1918

(M. Weinberg ; 17-10-1939)

La gangrène gazeuse est une infection causée tantôt par le B. *perfringens*, tantôt par le vibrion *septique* ou le B. *œdematiens*, microbes anaérobies qui agissent en association avec des agents protéolytiques, le B. *sporogenes*, le B. *fallax*, le B. *aerofœtidus*, etc...

La sérothérapie préventive ou curative de la gangrène gazeuse comportera l'injection des sérums : anti-perfringens, anti-vibrion septique et anti-œdématiens, anti-sporogenes, anti-fallax, etc. Sans attendre le résultat de l'examen bactériologique qui demande beaucoup de temps, on injectera un sérum polyvalent, que M. Weinberg prépare en mélangeant les sérums monovalents sus-énumérés. Dans les cas graves, il n'hésite pas à injecter, par voie veineuse, en goutte à goutte (afin d'éviter les accidents anaphylactiques) des doses massives de sérum quadri ou pentavalent, par exemple 200 c. c. dilué dans 800 c.c. d'eau physiologique. La sérothérapie antigangréneuse aurait, pendant la guerre d'Espagne, donné 75 pour 100 de guérisons.

L'examen bactériologique de la sérosité de la plaie permettra aussi de reconnaître la présence ou l'absence du streptocoque et indiquera ou non la thérapeutique anti-streptococcique.

— M. H. Vincent rappelle ses recherches sur la sérothérapie de la gangrène gazeuse, recherches antérieures à celles de M. Weinberg. Le sérum dont il se sert n'est pas un mélange de plusieurs sérums, mais un sérum d'emblée polyvalent, obtenu par injection au cheval des divers agents de la gangrène gazeuse.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Le pneumothorax précocement efficace. Documents statistiques, radio-cliniques et tomographiques

(Michel-Léon KINDBERG ; 19-V-1939)

Un point essentiel à souligner, c'est que la collapsothérapie, le pneumothorax artificiel s'il est réalisé précocement doit, dans les premiers mois, prouver son efficacité. C'est dans les premières semaines, pour l'immense majorité des malades, que la victoire se décide. S'il reste capital, pour éviter la redoutable invétération des lésions, le développement sournois des adhérences, la bilatéralisation précoce, de faire *de bonne heure* un diagnostic positif, il n'en reste pas moins vrai que, dans les conditions les plus favorables, nous continuerons à rencontrer dans la majorité des cas des infiltrats étendus, déjà ulcérés. En fait, ceux que nous soignons, les malades qui sont en vue dans cette note, ce sont des sujets porteurs de tuberculoses graves, plus ou moins apparentées à des lobites excavées, et souvent dépassant ce stade.

Dans ces conditions quelque rapidement qu'on les décide, on peut distinguer *grosso modo* trois catégories de pneumothorax artificiels. Dans un premier groupe, le collapsus complet, aisément obtenu, s'avère bientôt efficace : ce sont les cas d'emblée favorables. Il n'est plus que de les entretenir dans les meilleures conditions. A l'inverse, ce sont les pneumothorax franchement mauvais, « petits partiels » : ils se confondent avec les pneumothorax irréalisables ; il ne faut pas s'obstiner ; ce sont presque toujours, plus ou moins tôt, plus ou moins tard, des perspectives chirurgicales à envisager.

Mais le groupe le plus important est celui des pneumothorax « moyens », « grands partiels » : le collapsus est limité par des brides ; la rétractilité pulmonaire n'est pas ou n'est que médiocrement déclenchée. Il est dès lors difficile d'espérer cette amélioration précoce, qui est fondamentale ; il reste cependant d'un intérêt majeur de l'obtenir. Les deux obstacles auxquels on se heurte sont : 1° Les brides adhérentielles ; 2° L'irrétractilité du moignon pulmonaire. Nous ne sommes désarmés ni contre les unes, ni contre l'autre. Pour les premières, le nombre et la valeur des succès sont proportionnels à la précocité de l'intervention ; plus on tarde, plus on risque de voir le poumon demeurer rigide en dépit d'un succès opératoire immédiat. D'autre part, c'est presque toujours, 9 fois sur 10, dans ces cas de section tardive que l'on voit se produire une complication redoutable : la perforation pleuro-pulmonaire ; après les sections précoces, elle est pratiquement inconnue. Si l'on peut, il ne faut pas retarder l'intervention au-delà du deuxième ou du troisième mois. Enfin, c'est à la longue que l'irrétractilité s'organise ; quand, après un long temps de cure et d'insufflations, on se décide à une thoracocaustie intrapleurale finalement réalisable, il est trop tard ; le poumon reste inerte, les lésions sont fixées, les cavernes demeurent béantes. Une fois de plus, la précocité de l'attaque thérapeutique s'impose.

Il faut également noter les bienfaits de la chrysothérapie intrapleurale, que l'on décidera trois à quatre semaines après la réalisation du pneumothorax, si celui-ci apparaît médiocre. Les détails de cette pratique sont développés dans la communication de l'auteur. Celui-ci se résume, ainsi qu'il suit : « Le pneumothorax artificiel pour être efficace, doit être précocement efficace. En s'efforçant de le rendre tel par la chrysothérapie intrapleurale et la section des brides étant appliquée et combinée dès les deux premiers mois, j'ai pu obtenir un pourcentage, jusque-là inconnu, de 75 % de collapsus efficaces. Les chiffres des statistiques que j'ai apportés, l'observation clinique, l'examen des clichés et des tomogrammes permettent d'assurer la solidité de ces conclusions. Ces résultats concernent des malades graves, tels que nous les observons dans un centre de triage et une consultation hospitalière. Leur nombre déjà important pourrait sans doute être très sensiblement augmenté si une campagne de diagnostic précoce était rigoureusement entreprise. »

Tuberculose ulcéreuse de l'intestin à perforations multiples

(MM. AMEUILLE et H. CHEVALIER ; 26-5-1939)

La perforation de l'intestin au cours de la tuberculose ulcéreuse est assez fréquente : 2 % des tuberculeux pulmonaires succombent à cette complication d'une tuberculose intestinale surajoutée. Si la perforation échappe souvent à l'investigation clinique chez le tuberculeux pulmonaire avancé, c'est parce qu'elle a un caractère asthénique sans troubles fonctionnels, et qu'elle est le plus souvent découverte à l'autopsie.

On a signalé que les perforations dans la tuberculose intestinale peuvent être multiples, et parfois en nombre assez élevé. Dans le cas qu'ils présentent, les auteurs ont trouvé trente-neuf perforations, ce qui semble être un chiffre record. Ces perforations ont dû se produire simultanément ou si elles sont apparues les unes après les autres, leur succession a occupé un temps très court : deux ou trois jours au plus.

Maladie de Simmonds avec contrôle anatomique

(M. C. URECHIA et Mme Al. RETEZEANU ; 28-4-1939)

Le cas relaté montre la présence de lésions hypophysaires, où une intervention du tuber cinéreum ne serait pas exclue. Il s'agit d'une femme de 42 ans, dont l'examen anatomo-pathologique a montré un infarctus étendu du lobe antérieur de l'hypophyse ; ces lésions étaient nettes ; par contre, on n'a trouvé que des lésions peu étendues et modérées dans le noyau périventriculaire et le noyau propre du tuber.

G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

• • •

LE SECTARISME DE GUERRE

Il y a décidément un grand pas de fait dans nos façons de mener une guerre. Et, à mon avis du moins, un pas vers le mieux !

Je ne parle naturellement pas des méthodes militaires : si surprenantes et inattendues que nous semblent les actuelles, elles n'ont pas à être discutées ici surtout par un incompétent et tenu sévèrement en lisière par la Censure !

Mais les civils, si négligeables soient-ils par le temps qui court, ont pourtant, eux aussi, leur façon de mener la guerre, entendons-nous : de la subir ! C'est eux que je crois en progrès notable sur la dernière fois. On peut bien leur décerner ce modeste satisfecit à ces pauvres civils qu'aucun uniforme ne rehausse au-dessus d'eux-mêmes et qui constituent, dans le drame, le bon public toujours prêt à applaudir les acteurs.

En 1914, la mobilisation générale n'était pas encore proclamée que déjà, à Paris et dans certaines grandes villes de province, des devantures volaient en éclats et des passants étaient molestés. La raison ? C'est que les devantures ou les enseignes sus-jacentes arboraient des noms, c'est que les passants parlaient un langage qui avaient heurté la foule inepte. Comme si de porter un nom à consonnance germanique signifiait qu'on fût un traître ou un espion ; comme si la racaille qui perpétue ces attentats était capable de discerner les mots allemands des russes ou des anglais. Une véritable fièvre obsidionale régna pendant plusieurs jours dans le pays et donna à l'entrée en guerre une figure orgiaque et hideuse de pogrom.

Rien de tel cette fois-ci ; on n'a pas entendu citer un seul exemple de désordre xénophobe. La France, resserrée sur elle-même a pris son dispositif de guerre à la façon dont un chauffeur amorce un virage dangereux : tout l'être tendu vers la route. Les étrangers n'ont pu qu'admirer ; s'il en était d'hostiles les voici déjà obligés au respect. N'est-ce pas mieux ainsi, et n'avons-nous pas marqué un point ?

En 1914, sitôt qu'après le dramatique début des hostilités un peu de répit desserra les cœurs, on crut aider à la victoire en expurgeant le langage de toute empreinte teutonne. L'émulation nous rendait ingénieux. Ce fut le temps où l'eau de Cologne s'appela eau de Louvain, où le café viennois fut baptisé café liégeois, où la rue de Berlin et l'avenue d'Allemagne gagnèrent des plaques neuves. Ce fut aussi le temps où nous proscrivions la musique allemande des théâtres et des concerts. Dans l'*Echo de Paris*, ce pauvre Saint-Saëns, gagné par la frénésie générale, vilipendait Wagner et tentait de démontrer que l'anneau des Nibelungen était une insignifiante musiquette. Quant à Beethoven, comme il paraissait dur de l'expulser, nous tournions la difficulté par un stratagème. Son nom de van Beethoven lui servait de sauf-conduit : c'était, en réalité, un Hollandais, et nos oreilles pouvaient donc admettre encore les symphonies sans être mortellement blessées.

Enfantillages dont on n'a pas fini de rougir après vingt-cinq ans, et qui nous donnèrent un air égaré de bien mauvais aloi. Ils ne se sont pas, par bonheur, renouvelés cette fois et c'est pourquoi l'on peut dire que la mentalité de guerre s'est grandement améliorée en France.

Le trésor de l'humanité est au-delà des atteintes des passions partisanes. Les chefs-d'œuvre qu'il contient sont le fruit d'héritages et de collaborations pour lesquelles les poteaux-frontières ne comptent guère. Nous sommes redevables à tous les peuples d'un enrichissement et il ne dépend certes pas de quelques énervés de nous priver de telle ou telle part. Hitler lui-même, à chaque minute de sa vie, est par quelque point l'obligé d'un Anglais ou d'un Français, ou même d'un Juif. Qu'il n'en ait pas conscience, peu importe ! Qu'il tourne sa hargue contre ses bienfaiteurs, peu importe encore. L'essentiel c'est que, sur ce point du moins, il ne puisse rien pour entraver l'entente et la collaboration des hommes. On peut brouiller les cartes en politique ; on ne brouille jamais celles d'une discipline spirituelle.

Un discours de Duhamel me revient à la

mémoire ; il le prononçait, il y a un an ou deux, dans une assemblée de médecins où je me trouvais, et examinait précisément, sur le mode médical, l'intrication des découvertes qui ont amené la médecine au point où elle en est aujourd'hui. Tour de Babel si l'on prête attention aux races et aux langages qui s'y coudoient, la médecine constitue pourtant un édifice non disparate et qui continue à s'élever chaque jour . Preuve que l'œuvre domine les ouvriers et que ceux-ci se comprennent assez pour pouvoir se relayer à l'heure de la relève. La moindre table d'opération, expliquait Duhamel, est une espèce d'autel commun où tous les peuples apportent leur offrande : celui-ci apporte une pince, celui-ci un davier, cet autre une scie, cet autre une technique. Le corps humain lui-même n'est-il pas un domaine dénationalisé puisque telle crête appartient à l'Allemagne, tel aqueduc à la France, telle arcade à l'Italie ? et que l'étudiant qui décrit une région anatomique semble, par les noms qu'il cite, un introducteur attitré de la Société des Nations ?

En des heures de folie sanguinaire comme celles que nous vivons, ce nous est un légitime sujet de satisfaction et d'orgueil que notre profession fonde sa doctrine sur un socle élevé à frais communs par tous les peuples, et sa discipline sur l'amour et le respect de l'homme considéré dans sa seule dignité humaine. Grâce à cette vision large , elle échappe à ces mesquins sectarismes comme ceux que je rappelais tout à l'heure. Nous pouvons à bon droit sourire en entendant des exaltés qui préconisent d'étriper tous les Allemands et d'en faire de la chair à saucisses ; car, nous savons que même s'ils essayaient d'exécuter réellement ce dessein burlesque nous nous mettrions, nous, en travers, et qu'au moins les blessés et les malades, devenus nôtres et inviolables, échapperaient.

C'est toujours un spectacle émouvant qu'un homme portant secours à son ennemi abattu. Le jour où sa grandeur aurait cessé de nous toucher nous serions tombés très bas et bien près de rejoindre la brute primitive. La dernière guerre a abondé en traits de ce genre, et dans les deux camps. On a cité aussi, c'est vrai, des violations de la Croix de Genève, des bombardements d'hôpitaux, des massacres de blessés. Nul ne sait ce que nous réserve la campagne actuelle, ni si de telles forfaitures y seront encore commises. Sans doute, si l'Allemagne s'y laisse glisser, des représailles seront demandées par beaucoup. Ce sera justice, mais ce sera aussi grand dommage : car la guerre en deviendra plus répugnante encore, et il est dur de se sentir engagé à corps perdu dans une action d'où est bannie toute noblesse.

J'aime mieux, même sans croire tout à fait à ses possibilités, évoquer le souhait que formulait le Professeur Gosset en juin dernier, au cours des journées médicales de Bruxelles. Dans une atmosphère qui était dominée par l'imminence clairement perceptible de la guerre, il rappelait la façon dont s'était pratiquée la chirurgie aux armées de 1914 à 1918. Pendant de longs mois, les chirurgiens des divers pays alliés travaillèrent comme si les nationalités les séparaient en clans distincts. Ce fut, je crois un ministre anglais qui ayant visité des ambulances anglaises et arrivant ensuite sur le front français,fut surpris de trouver des façons de faire très différentes et proposa d'établir des relations régulières entre les deux services de santé. De cette initiative découlèrent les Réunions médico-chirurgicales interalliées qui rendirent de signalés services.

Et le Professeur Gosset proposait, si le conflit éclatait, d'instituer dès le début cette collaboration fructueuse *et d'y inviter même les chirurgiens ennemis*. Une telle parole, dans une salle où se coudoyaient tous les peuples menacés par la conflagration (et, en particulier, plusieurs dizaines d'Allemands sous la conduite du führer des médecins) prenait un accent solennel qui fut, je crois, ressenti par tous.

Il est vraisemblable que la généreuse proposition du Professeur Gosset n'a aucune chance de se réaliser et que nous ne verrons pas de sitôt publier des travaux où auraient collaboré des médecins de tous les pays belligérants. Mais que l'idée ait pu être émise n'est-ce pas déjà proclamer qu'il n'y a pas de nationalisme admissible en médecine ? et que si les frontières enferment jalousement les secrets meurtriers, elles ne doivent pas prévaloir contre les découvertes qui sauvegardent la vie ?

Que l'on discute tant qu'on voudra sur le point de savoir si la médecine est un art ou une science. En temps de guerre son orgueil c'est, pas plus que la science, de n'avoir pas de patrie, ou du moins de les fondre toutes dans une autre plus vaste et qui est la sienne propre : celle de la Pitié envers les hommes.

G. Lavalée.

RAPPORTS ENTRE PRATICIENS MOBILISÉS ET NON-MOBILISÉS

Un certain nombre de confrères ont écrit au *Concours* et au *Sou*, nous demandant des conseils pour avoir la certitude de retrouver leur clientèle, à leur retour dans leurs foyers. Peuvent-ils légalement contracter et sous quelle forme avec un praticien, qui occuperait leur poste pendant leur séjour aux armées ? Le *Sou Médical* prendrait-il leur défense au cas où ils auraient à lutter contre un non-mobilisé qui, la guerre terminée, entendrait conserver la clientèle qu'il se serait taillée au détriment du confrère mobilisé ?

Je vais donc grouper ces questions et quelque peu les schématiser.

1° MÉDECINS NON MOBILISABLES ET RÉQUISITIONNÉS HORS DE LEUR DOMICILE.

C'est le cas le plus fréquent. L'âge, le sexe, la nationalité étrangère, ou la naturalisation tardive rendent des docteurs en médecine libérés de toute obligation militaire. Par crainte des bombardements, ou tous autres motifs, ces praticiens se fixent dans une localité de province, actuellement dépourvue de médecins et y pratiquent l'art de guérir en toute indépendance.

Or, les confrères qui, appelés aux armées, ont dû quitter leur poste, seraient désireux non seulement de retrouver leur situation, lors de leur démobilisation, mais également de tirer un profit quelconque qui serait destiné à venir en aide à leur famille. La délégation de solde d'un médecin lieutenant, ou même capitaine ne suffit pas pour entretenir la femme et les enfants qui sont restés au foyer. Par contrat interconfraternel, celui qui, non mobilisable, gagne sa vie en exerçant aux lieu et place de celui qui a créé le poste, ne pourrait-il pas donner un tantième de son gain à la famille du mobilisé ?

Disons, tout d'abord, que ces confrères peuvent contracter suivant le droit commun et établir entre eux un accord de remplacement : le non-mobilisé se considère comme le remplaçant du confrère qui est aux armées ; il occupe son logis professionnel, parfois même le domicile familial, dont il paiera le loyer ; il convient de verser à son confrère, ou à la famille de celui-ci tant par journée (rémunération fixe) ou tant pour cent sur les honoraires touchés.

Le remplaçant s'engage qu'à la fin des hostilités, il n'exercera plus la médecine dans un rayon de 50 kilomètres et pendant une durée de dix années. Il s'engage également à ne favoriser, en aucune manière, l'installation d'un nouveau confrère, qui viendrait concurrencer le médecin mobilisé.

On peut encore concevoir un contrat de louage des lieux meublés : le mobilisé loue son appartement, sa maison, ou simplement ses locaux professionnels, moyennant un loyer qui, quelque peu majoré, englobera tacitement le bénéfice que le non mobilisé retirera de la jouissance du matériel, du pas de porte et de l'installation, qui appartient au mobilisé.

Je conseille aux confrères, qui se trouveraient embarrassés, de demander avis au *Sou Médical*, pour que nous puissions leur rédiger des modèles de pareils contrats. Il leur suffira de nous indiquer la commune intention des deux parties contractantes.

Il sera également prudent de remettre au président du syndicat médical local une copie du contrat interconfraternel, pour qu'au jour de la démobilisation, le non-mobilisé ne soit pas induit à vouloir conserver un poste qu'il ne détient qu'à titre précaire et momentané. Le conseil de famille pourra arbitrer ; si besoin était de recourir à justice, le *Sou Médical* prendrait en mains la cause de ses adhérents.

Quels tarifs doit appliquer le remplaçant ? Les siens propres, ou ceux du mobilisé ? A n'en pas douter, c'est le tarif local syndical qui doit être respecté ; il faut se conformer aux habitudes de celui qui est aux armées. Et même si ce dernier employait un tarif un peu bas, le remplaçant pourrait progressivement rehausser les prix, pour qu'à son retour, le mobilisé puisse bénéficier d'une situation nouvelle et plus rémunératrice. Mais tout doit s'effectuer sans brusquerie, sans à-coups.

De quelle instrumentation doit se servir le non-mobilisé ? Si la guerre l'a surpris pendant ses vacances, ou s'il a quitté son domicile sans emporter son instrumentation propre, il aura tout avantage à s'entendre avec le mobilisé, pour que celui-ci l'autorise à se servir de son instrumentation et même de jouir de son cabinet de consultations. Ce sera la base d'un contrat de location, ainsi que je l'indiquais plus haut.

Quant aux rapports déontologiques entre les deux confrères, ils doivent être aussi corrects que possible. C'est ainsi que le mobilisé peut être affecté à une formation assez rapprochée de son domicile ; il peut bénéficier d'une permission, ou même d'un congé de maladie. Le remplaçant doit céder la priorité à son confrère, dont il occupe momentanément le poste, si le mobilisé désire reprendre contact avec certains de ses clients. Le non-mobilisé doit s'estimer heureux de pouvoir gagner sa vie, alors que tous ceux qui

sont appelés sous les drapeaux lui permettent ainsi de vivre, loin de ses foyers certes, mais d'une vie moins pénible que celle vécue aux armées.

Mais, nous disent certains mobilisés, le confrère plus âgé, qui reste chez lui, va faire fortune et rafler toute la clientèle, puisqu'il demeure tout seul pour assurer le service médical de la localité. A son retour, le mobilisé ne risque-t-il pas d'avoir perdu sa clientèle au profit de celui qui est demeuré dans ses foyers ?

Rassurons nos confrères, en leur disant que c'est justement le rôle des conseils de famille syndicaux d'aplanir les difficultés interconfraternelles. D'autre part, s'il est consciencieux, le non-mobilisé saura dire à ses clients occasionnels, de reprendre le chemin du cabinet du praticien qui leur donnait des soins avant guerre. Enfin, bien des malades chroniques, ou non guéris reviendront chez le praticien, retour des armées, pour voir s'ils ne pourront pas, avec ses soins, bénéficier d'une amélioration, sinon d'une guérison.

Un dernier conseil pour terminer ; il serait prudent que, par l'intermédiaire du Syndicat, la Préfecture puisse être informée qu'à la suite d'une entente entre le Dr X. mobilisé et le Dr Y. non mobilisé, ce dernier assurera la pratique de la clientèle civile dans telles et telles localitées. En effet, le décret-loi du 11 septembre 1939 donne aux Préfets le droit de réquisition et surtout de faire changer de poste aux praticiens civils. Dûment averti du remplacement, conclu entre les deux confrères, le Préfet n'usera pas de son droit de réquisition et de mutation, pour laisser le non mobilisé assurer les soins à donner à la population civile de telle ou telle région.

En tout cas, si besoin en est, le *Sou Médical* saura venir en aide à ceux de ses adhérents, qui s'estimeraient lésés par une concurrence déloyale. Nous avons déjà rédigé des modèles de contrats, intervenus, entre praticiens aux armées et non-mobilisés, tant pour la conservation d'une clientèle que pour la marche d'une clinique chirurgicale, ou d'un cabinet de spécialité médicale.

Dr Paul BOUDIN.

UN MÉDECIN AUX ARMÉES DOIT-IL PAYER SES IMPÔTS ?

Au *Sou Médical* nous recevons actuellement de nombreuses lettres de nos adhérents, auxquels on a fait suivre, dans leur secteur postal respectif, les petits papiers du percepteur, leur enjoignant d'avoir à payer les impôts de 1939.

Nos confrères nous demandent s'ils doivent déférer à cette mise en demeure , ou si, étant mobilisés, ils peuvent échapper à leurs obligations fiscales.

Selon les dispositions du décret du 1er septembre 1939, les impôts continuent en principe d'être exigibles dans les mêmes condition qu'en temps de paix, mais le recouvrement en sera assuré à l'égard des personnes appelées aux armées avec tous les ménagements désirables. L'administration des Finances s'abstiendra, en règle générale, d'engager, ou de poursuivre des instances en justice, ou d'accomplir des actes d'exécution de jugements contre les redevables mobilisés. Il ne pourra être dérogé à cette règle qu'exceptionnellement.

C'est ainsi que le ministère des Finances a fait savoir que ces règles de modération perdent leur application dans le cas où le mobilisé conserve ses ressources du temps de paix, ou les a même vu s'accroître.

Si le percepteur croit devoir. ou pouvoir engager des poursuites contre un contribuable mobilisé, qu'il estime être en mesure de pouvoir payer ses contributions, il défère le cas à une Commission spéciale, fonctionnant dans chaque département et qui est appelée à délibérer chaque fois qu'il s'agira d'un contribuable mobilisé.

Ces règles ne sont pas applicables à un contribuable non mobilisé : le régime normal subsiste pour lui. Certes, les événements actuels font un devoir à chacun de nous de remplir ses charges fiscales : mais un praticien non-mobilisé peut faire valoir au percepteur soit une diminution de clientèle, soit surtout un déplacement lorsque le médecin a été contraint de quitter son domicile, pour exercer ailleurs, soit comme réquisitionné, soit comme réfugié.

D'où la conclusion, si un confrère mobilisé ne peut pas payer ses impôts, il le déclarera au percepteur, lorsqu'il recevra un avertissement d'avoir à régler ses contributions. Si le percepteur estime que la situation du mobilisé ne l'empêche pas de faire face à ses obligations fiscales, il soumettra le litige à la Commission spéciale départementale.

Quant aux médecins non-mobilisés, le droit commun leur est applicable.

Bien entendu, le Conseiller fiscal du Sou n'hésitera pas à donner son avis sur des cas particuliers, comme sur des réclamations en décharges à formuler.

Dr Paul BOUDIN.

LA GUERRE MICROBIENNE EST-ELLE POSSIBLE ?

Les révélations que fit en 1934, M. H. Wickham Steed, ancien rédacteur en chef du *Times*, relatives à des expériences d'ensemencement microbien, expériences tentées en France et en Angleterre par des agents allemands, eurent à l'époque un grand retentissement. Le médecin général Romieu, dans un article publié par la *Revue des Deux Mondes* (1), étudia longuement à cette occasion toutes les données du problème soulevé par ces révélations. Plus récemment, le médecin commandant Liégeois est revenu sur la question (2).

Rappelons d'abord ce que furent à Paris les expériences dénoncées par H. Wickham Steed ; les Allemands eurent l'idée d'utiliser pour l'ensemencement de microbes, les galeries du chemin de fer métropolitain : « L'opération, soigneusement préparée, eut lieu le 18 août 1933 à 14 heures ; 210 tubes de culture contenant chacun environ un milliard de micrococcus prodigiosus, microbe non pathogène, inoffensif par conséquent, furent répandus au ras du sol par un opérateur qui parcourut plusieurs fois en automobile la place de la Concorde. Six heures plus tard exactement, des opérateurs placés en différents endroits recueillaient, sur plaques préalablement placées à cet effet, en particulier sur milieux à la pomme de terre, les colonies de micrococcus. C'est ainsi qu'à la station Pasteur furent recueillies 95.778 colonies ; à la station Chambre des Députés, plus d'un million de colonies ; à la station Porte de Versailles, cependant très éloignée de la Concorde, 6.738 colonies. »

Au cours de la guerre 1914-18, il ne semble pas que l'ennemi ait fait grand usage de l'arme microbienne ; il s'est livré à quelques essais, mais les résultats n'ont sans doute pas répondu à son attente. Au reste, dans celles de ses tentatives qui nous sont connues, ce sont des épizooties qu'il s'est efforcé de provoquer :

Par note confidentielle n° 4.367 du 26 mars 1917, le G. Q. G. français avisait les autorités intéressées qu'un agent allemand arrêté dans la zone des armées et trouvé porteur d'un matériel suspect, venait d'avouer avoir été chargé de provoquer une épidémie de morve parmi les chevaux de la cavalerie française. « Ce matériel, disait la note, consiste en un tube métallique renfermant une bouteille en verre de forme allongée qui a été reconnue contenir un bouillon de culture de morve, et un pinceau fixé au bout d'un fil de fer enroulé deux fois à son extrémité pour l'emplacement des doigts. L'agent avait reçu les instructions suivantes : utiliser le bouillon de culture, soit en versant le liquide sur le fourrage destiné à l'alimentation immédiate des chevaux, soit au moyen d'un attouchement nasal à l'aide du pinceau imbibé de liquide ».

En juin 1917, le G. Q G. renouvela sa mise en garde en raison de nouvelles tentatives du même ordre, constatées sur divers points du territoire. D'autre part, au début des hostilités entre l'Allemagne et la Roumanie, le préfet de police de Bucarest découvrit à la légation d'Allemagne, une boîte contenant, bien emballées sous une couche d'ouate, des ampoules en verre remplies d'un liquide jaunâtre et accompagnées d'une note rédigée en allemand et dont voici la traduction : « Ci-joint une fiole pour les chevaux, quatre pour les bêtes à corne. Employer comme convenu. Chaque ampoule suffit pour cent pièces. Autant que possible inoculer directement dans la bouche, à défaut de quoi mêler à la nourriture. Prière de faire connaître par une note brève, les résultats ». L'examen des ampoules par un microbiologiste révéla qu'une partie contenait le bacille de la morve, l'autre celui du charbon.

On peut s'étonner que le traité de Versailles n'ait pas interdit l'arme microbienne comme l'a fait en 1924, la Société des Nations qui l'a mise au ban de l'humanité avec les armes chimiques et incendiaires. Toutefois, avec une Allemagne de mauvaise foi, une telle précaution n'eût servi de rien.

Quels sont les infiniment petits susceptibles d'être utilisés dans la guerre bactérienne ? Il faut d'abord éliminer en principe les maladies dont le microbe est inconnu ou qui ne peut être cultivé en laboratoire. Eliminer en principe, disons-nous, car la découverte par les savants ennemis du virus d'une part, et du vaccin d'autre part de ces maladies, laisserait l'adversaire désarmé contre elles pendant une période assez longue. Il y a lieu de classer dans cette première catégorie, avec la grippe « dont l'épidémie mondiale de 1918 a tué plus de gens que n'en a pu détruire la guerre », la rougeole, la scarlatine, les oreillons, etc.

Un second groupe de maladies épidémiques, celles à microbe connu, mais de faible rendement, semble peu à redouter. Par exemple, le transport du bacille de Löffler, germe de la diphtérie réclamant la voie aérienne, paraît difficilement réalisable. Le méningocoque, bacille de la méningite cérébro-spinale est trop fragile pour être uti-

(1) 1er septembre 1934.

(2) L'arme bactériologique en temps de guerre *Maroc Médical*, octobre 1938.

lisé dans le but envisagé ; du reste, quoique dite épidémique, la méningite cérébro-spinale ne provoque que des atteintes limitées et clairsemées.

Bien que parasitaires et non bactériennes, des affections telles que le paludisme et la fièvre jaune pourraient également figurer dans ce second groupe. Mais la fièvre jaune ne se diffuse pas en Europe ; de plus, en admettant qu'on disposât d'essaims d'anophèles et de stégomyas, comment les obliger à transporter paludisme et fièvre jaune du côté de l'ennemi et de ce côté seulement ?

Car, remarque le médecin général Romieu, c'est là d'une façon générale, le grand obstacle qui s'oppose à l'utilisation avec impunité de l'arme bactérienne : cette arme est à double tranchant.

Plus redoutable serait l'éclosion d'épidémies, qui longtemps ont fait ou font encore aujourd'hui la terreur de l'humanité. Elles peuvent former un troisième groupe. La peste d'abord — dont le microbe est cultivé facilement en laboratoire — avec ses deux formes bubonique et pneumonique, l'une et l'autre à mortalité extrêmement élevée. Y a-t-il réellement lieu de craindre dans l'armée une épidémie de cette maladie provoquée par l'adversaire ? Là encore le double tranchant de l'arme bactérienne jouerait son rôle modérateur :

« Si dans la zone des tranchées, on lançait vers l'ennemi un régiment de rats couverts de puces pesteuses, on risquerait de voir ces rats revenir vers les tranchées de départ et disséminer leurs puces un peu partout ; car les rats sont de grands voyageurs. Et puis, on s'interdirait une possibilité de progression victorieuse sur un terrain ainsi contaminé ; à moins que les troupes d'assaut n'aient été immunisées par l'excellent vaccin que l'on possède contre la peste. Mais on ne peut vacciner ainsi un contingent considérable sans attirer l'attention ; cette vaccination spéciale frapperait les esprits, susciterait des lettres, des indiscrétions ... »

L'hypothèse d'une épidémie provoquée de typhus, affection transmissible par le pou, ne serait à envisager que si on découvrait le vaccin de la maladie ; celle-ci a causé dans les rangs de l'armée serbe, au cours de la campagne 1914-18, des ravages terribles ; l'hygiène est heureusement plus développée dans nos troupes qu'elle ne l'était chez nos alliés. Restent, dans le troisième groupe, la dysenterie bacillaire, le choléra et les affections typhoïdes ; dans toutes ces maladies la contamination de l'eau a une importance capitale. Faut-il s'exagérer les risques de possibilité d'épidémie provoquée si on sait qu'en ce qui concerne le choléra, « les cultures du vibrion sont, en général, à peu près inoffensives pour l'homme qui les ingère ; que, pour la dysenterie bacillaire, l'eau paraît être un milieu peu actif de propagation » et qu'enfin pour les affections typhoïdes, à un danger beaucoup plus grand, s'oppose la garantie de la vaccination obligatoire de tous les mobilisés ?

Mais, d'une manière générale, étant données la moralité et la mentalité de nos adversaires, une prudence élémentaire veut que nous nous tenions constamment sur nos gardes ; si les Allemands ont recours à l'arme bactérienne — aucun sentiment d'humanité ne les retiendra s'ils croient pouvoir nous nuire ou nous démoraliser avec cette arme — nous ne saurions prévoir quels microbes ils utiliseront. Si c'était, dit le médecin commandant Liégeois, un bacille qui ait fait l'objet d'une mise au point permettant de l'employer comme arme de guerre et que ce bacille fût d'une virulence extrême comme le bacille de Whitmore, nous nous trouverions totalement désarmés devant ses atteintes . En tout état de cause, même « l'emploi par l'un des deux belligérants, contre l'autre, d'un virus connu de tous deux, serait susceptible sous certaines réserves techniques, d'avoir une action militaire efficace. L'assailli, en effet, ne sera pas prévenu de l'attaque microbienne, le secret étant une des conditions de son efficacité ; il mettra par conséquent un temps plus ou moins long à reconnaître l'attaque dont il est victime. Les premiers cas n'attireront pas son attention. On croira à quelques cas isolés apparus accidentellement, d'où un intervalle libre pendant lequel aucune mesure d'ensemble ne sera prise, la défense ne pouvant s'exercer que lorsque le danger est connu et précisé. Pendant ce temps, le fléau exercera ses ravages. »

L'ennemi pouvant exercer ses tentatives en dehors de la zone des armées, il importe que les services de police et de contre-espionnage soient aussi vigilants que le Service de santé : il est, en effet, préférable de prévenir une épidémie que d'avoir à s'en rendre maître. Si le vaccin constitue la défense médicale la plus efficace contre l'arme de guerre microbienne, les autres moyens de défense ne devront pas être négligés : isolement précoce des suspects, diagnostic microbiologique, dépistage des porteurs sains susceptibles, sans être atteints eux-mêmes, de transmettre l'affection contagieuse à leur entourage, désinfection (locaux, linge, literie, vêtements), destruction des animaux vecteurs, rats, poux, puces et, s'il y a lieu, chiens, chats, etc.

Michel RENAULT.

LA PART DE LA FRANCE DANS LES DÉBUTS DE L'IMPRIMERIE ET DE L'ÉDITION

Il est réconfortant, lorsque l'existence nationale est en jeu, de faire le compte de ce que le monde doit à notre pays, et d'entendre, comme dans le cas présent, des étrangers énumérer quelques-uns de ces titres de gloire. On conçoit mieux ensuite qu'il vaille la peine de se mettre en guerre pour sauvegarder le sol et la race.

On attribue communément l'invention de l'imprimerie à Gutenberg. Or, dit M. Keys (1), sans même aller rechercher la priorité de l'imprimerie chinoise qui florissait déjà au VIIe siècle de notre ère (et qui ne paraît pas avoir inspiré l'Europe) on ne sait toujours pas de façon certaine qui fut l'inventeur réel, ni le lieu de naissance de l'invention. La contestation se limite surtout entre Laurent Coster, de Harlem (Hollande), Procope Waldfoghel, d'Avignon (France) et Jean Gutenberg, de Mayence (Allemagne).

Il semble bien que Laurent Coster fut l'initiateur ; il confectionna des caractères en bois, puis en plomb, puis en bronze, avec lesquels il imprimait sur une seule face des feuilles de papier ou de parchemin. Il eut comme aide un certain Jean (soit Gutenberg, soit Füst) qui importa à Mayence, vers 1442, ces premiers essais d'impression.

C'est vers la même époque, entre 1444 et 1446, qu'à Avignon l'orfèvre Waldfoghel pratiquait ce qu'il appelait « une mécanique à écrire » et se servait de caractères en acier, en fer, en étain, en cuivre et en bronze. Des contrats de vente et des reçus exécutés par lui ont été retrouvés en 1890 dans les Archives notariales d'Avignon, par l'Abbé Requin.

Les historiens admettent donc que l'invention était, comme on dit, « dans l'air » et que le vrai titre de gloire de Gutenberg fut de la perfectiontionner en trouvant le principe de la forme et en améliorant la presse à bras. Ce qui, du reste, est hautement méritoire, puisque l'imprimeur devenait ainsi capable de tirer de nombreux exemplaires d'un texte composé et que là réside en définitive la grande révolution de l'imprimerie.

Si les premiers imprimeurs furent des techniciens et bornèrent leur tâche à mettre l'invention au point, leurs successeurs immédiats, les imprimeurs de la Renaissance, furent des artistes et eurent à cœur d'assurer la diffusion des œuvres magistrales. Autant et plus que des imprimeurs, c'étaient des éditeurs qui s'adjoignaient à titre de conseils les grands écrivains du siècle, c'est ainsi qu'Erasme fut tour à tour le conseiller littéraire d'Ale Manuce, de Venise et de Froben, de Bâle.

A côté de ces grands noms justement renommés, la France peut mettre en parallèle celui des Estienne. La dynastie fut fondée par Henri, qui était imprimeur de l'Université de Paris en 1496, et brillamment continuée par le fils, Robert Estienne et le petit-fils Henri le second. Dans leur zèle à restituer les auteurs de l'antiquité et à livrer à leurs contemporains la pensée latine et grecque, ils éditèrent, à côté des œuvres littéraires, des ouvrages médicaux tels que le texte latin de Dioscoride ; le « De usu partium » de Galien ; le « Dictionnaire de médecine », compendium magnifique et sans rival à cette époque de la nomenclature médicale, et enfin la grande encyclopédie « Medicæ artis principes », publiée en 1567, en deux tomes in-folio.

Une autre imprimerie illustre que peut aussi revendiquer la France c'est celle des Plantin. Le fondateur, Christophe Plantin, Tourangeau émigré à Anvers, fit ses premières impressions en 1555. Et jusqu'en 1867, la presse œuvra dans la même maison et sous la direction de la même famille. Trois siècles ! les Elzévir eux-mêmes n'en peuvent, et à beaucoup près, aligner autant. Outre sa fameuse bible en quatre langues, hébreu latin, grec et chaldéen, qui le mena presqu'à la ruine, Plantin édita aussi des ouvrages médicaux, en particulier une traduction en vers français des poèmes grecs de Nicandre, les « Thériaques » et les « Alexipharmaques ». En 1607, sa maison imprima aussi les « Aphorismes » d'Hippocrate.

Ainsi notre pays peut à bon droit revendiquer un rôle de premier plan dans ce mouvement de diffusion qui, à l'époque de la Renaissance, révéla à l'Europe les chefs-d'œuvre oubliés de l'antiquité. De Lyon avec Grieff, de Paris avec Estienne et d'Anvers avec Plantin partirent des publications qui, sur le moment, furent des ouvrages d'enseignement et qui, à l'heure actuelle par leur magnifique typographie, constituent des trésors inestimables de bibliophiles.

G. LAVALÉE.

(1) *Staff meetings of the Mayo Clinic.*, 13 sept. 1939

LA CRIMINALITÉ JUVENILE EN ALLEMAGNE

Embrigader la jeunesse, la faire marcher au pas, l'exercer au maniement des armes, exalter en elle un nationalisme offensif, ce n'est pas très difficile puisque toutes les dictatures y réussissent parfaitement. Ce qui l'est davantage, c'est d'endiguer les instincts primitifs ainsi réveillés et de former avec des jeunes gens dressés de la sorte autre chose qu'une vulgaire soldatesque.

Hitler, en tous cas, n'y a pas réussi, et il est piquant d'en saisir l'aveu implicite dans le *Statische Jahrbuch fur das Deutsche Reich*, publication annuelle de statistique (1). Ce vénérable organe a eu l'imprudence de livrer à la publicité des statistiques de criminalité juvénile et de comparer à ce point de vue l'année 1934, où la république de Weimar agonisait mais existait encore, et l'année 1938, où l'hitlérisme était en pleine efflorescence.

Le parallèle est édifiant et n'a besoin d'aucun commentaire.

En 1934, aucun meurtre n'est signalé qui ait été commis par des enfants entre 14 et 18 ans ; — pour 1937, il y en a 17.

Et voici l'effarant tableau comparatif d'après la statistique officielle allemande (par conséquent qui ne peut être accusée de partialité, du moins dans le sens de l'exagération) entre ces deux années et qui ne fait état que des cas soumis au Tribunal spécial pour enfants :

Les sentences rendues pour crimes ou délits commis par des sujets de moins de 18 ans en 1937 sont au nombre de 3.374 contre 1.058 en 1934 : augmentation de 125 %.

En voici le détail :

Viols, augmentation de 59 % ;

Inceste, 50 % ;

Détournement de mineures âgées de moins de 14 ans (de 589 à 1.065), soit 81 % ;

Inversion (de 257 à 973), soit 358 % ;

Avortement chez les jeunes filles au-dessous de 18 ans, 258 % ;

Vagabondage spécial, 150 % ;

Un joli tableau qu'on peut continuer en signalant :

Homicides, augmentation de 129 % ;

Coups et blessures ayant entraîné la mort, 66 % ;

Coups de couteau, 45 % ;

Incendie volontaire, 86 % ;

Incendie par imprudence, 117,6 % ;

Destruction d'objets, 43,5 % ;

Extorsion de fonds avec menace, 37 % ;

Vols simples, 22 %, etc., etc.

G. LAVALÉE.

(1) *Prophylaxie antivénérienne*, oct. 1939

DOCUMENTATION DU TEMPS DE GUERRE

Les publications scientifiques des médecins mobilisés

La direction du Service de santé rappelle qu'aucun officier ne peut publier un travail qu'après autorisation ministérielle.

En accord avec l'état-major de l'armée — 5e bureau — elle a décidé, en outre, que toute publication destinée à des revues médicales et en général à la presse, notamment les mémoires ou communications scientifiques aux Sociétés savantes sera soumise en temps de guerre, à une censure technique préalable exercée dans les conditions ci-après :

1° Pour les officiers du Service de santé aux armées, par l'inspection générale du Service de santé qui dispose du médecin et chirurgien consultants aux armées ;
2° pour les officiers du Service de santé du territoire, par la direction du Service de santé à l'administration centrale qui dispose du médecin et chirurgien consultants du territoire.

La mention de cette censure technique devra être portée sur tous les travaux scientifiques, destinés à la publication (y compris ceux devant figurer dans les comptes rendus ou bulletins des Sociétés qui restent, par ailleurs soumis, comme pour les écrits, aux règles générales de la censure en temps de guerre, c'est-à-dire qu'ils doivent être présentés avant publication, sous la responsabilité des éditeurs, au commissariat général de l'information (service de contrôle).

Le Gérant : R. THIRON. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

A TRAVERS L'OFFICIEL

Enseignement de la médecine

Par décret en date du 18 novembre 1939, rendu sur le rapport du ministre de l'Education nationale, le titre de professeur honoraire de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux est conféré à M. Mandoul, professeur de zoologie et parasitologie à cette Faculté, admis à faire valoir ses droits à la retraite

(*J. O.*, 25 novembre 1939).

Pensions militaires

Par modification à l'arrêté du 30 décembre 1938, sont nommés pour la fin de l'année 1939:

Membre titulaire du tribunal départemental des pensions de Perpignan, M. Gouzy, docteur en médecine à Perpignan, en remplacement de M. le Docteur Pons.

Membre suppléant dudit tribunal, M. Parahy docteur en médecine à Perpignan, en replacement, de M. le Docteur de Witter, empêché.

(*J. O.*, 21 novembre 1939).

Pour nos confrères, médecins auxiliaires

I. On doit les considérer comme des techniciens et leur accorder la solde mensuelle

La solde mensuelle offre l'avantage sur la solde journalière d'être notablement plus élevée, et surtout de donner droit aux indemnités de charges de famille, ainsi qu'au taux plus élevé (chef de famille) des charges militaires.

Le décret du 27 octobre 1939 a déjà accordé la solde mensuelle à ceux qui ont servi sous le régime des lois de recrutement antérieures à celle du 1er avril 1923 (18 mois), par conséquent à ceux qui ont fait deux et trois ans de service actif. Il faut qu'il en soit également ainsi pour tous les confrères, médecins auxiliaires, qui servent au delà de la durée légale.

Un précédent : celui de la guerre 1914-1918.

Un argument décisif : il ne faudra pas qu'on nous objecte que pareille mesure serait trop onéreuse parce qu'elle entraînerait son application à tous les adjudants. Non : les médecins auxiliaires doivent être considérés comme des *techniciens*, et rémunérés comme *tels*. N'avons-nous pas dans nos usines de guerre des techniciens, autrement bien rémunérés, et qui, de plus, servent à l'intérieur ?

Evidemment, une solution préférable serait la rapide promotion au grade de médecin sous-lieutenant, ou à la rigueur d'aspirant de réserve. Mais n'objectera-t-on le *numerus clausus* du tableau des effectifs des médecins de réserve ?

II. Le commandement lui-même reconnaît en eux de précieux auxiliaires

Voici à ce sujet quelques extraits suggestifs d'une lettre, que nous venons de recevoir. Ils confirment pleinement ce que nous savions déjà, et ce que nous avions vu durant la dernière guerre.

« Vous n'ignorez pas le rôle considérable, joué par le médecin de bataillon. Le commandement nous a toujours dit que notre rôle était le plus beau et le plus important du Service de santé. Et c'est vrai.

« Comment dans ces conditions, nous laisse-t-on, dans l'état de sous-officier ?

« Le grade correspond-t-il au prestige que l'on veut que nous ayons sur la troupe ?

« La question matérielle n'est pas moins lamentable. De tradition le toubib mange à la popote des officiers (du commandant au général), quel que soit son grade. Et c'est bien ainsi. Malheureusement, une popote d'officiers monte actuellement à un minimum de 25 francs par jour. Le pauvre médecin auxiliaire gagne 4 fr. 85. Il s'est équipé pour partir. Il commence à trouver que la guerre est une chose ruineuse (encore plus qu'il ne pouvait l'imaginer). S'il n'a pas de fortune personnelle, il devra bientôt manger à la roulante. Cela n'est peut-être pas non plus très compatible avec le rôle qu'on veut lui faire jouer au bataillon ».

Ch. E. B.

Tableau d'avancement au titre du 4e trimestre 1939

RÉSERVES

Pour répondre à de nombreuses demandes de renseignements sur l'avancement au cours du quatrième trimestre 1939, nous croyons devoir rappeler que, conformément aux dispositions de la circulaire no 522 /K du 10 novembre, certaines restrictions ont été apportées aux propositions d'avancement à établir pour ce trimestre. C'est ainsi qu'il n'y aura pas de travail d'avancement pour les réserves, une seule exception étant prévue pour les candidats au grade de lieutenant.

Par conséquent, les officiers dégagés de toutes obligations militaires, engagés pour la durée de la guerre, bien que pouvant, aux termes des textes en vigueur, être susceptibles d'avancement, ne feront pas l'objet de mémoires de proposition pour ce trimestre.

(*La France militaire*, 30 novembre 1939.)

Correspondances de Guerre

Comme nous l'avions prévu dès le jour de sa parution, le décret-loi du 11 septembre, simple ébauche de réglementation qui laisse en suspens toutes sortes de questions subsidiaires, entraîne les médecins, qu'ils soient ou non mobilisés, dans des situations inextricables contre lesquelles ils élèvent de vaines protestations.

×

« Mobilisé depuis le 2 septembre, j'ai cherché et trouvé un remplaçant, réformé, 58 ans, qui n'exerçait presque plus dans un département limitrophe. J'avais demandé à l'autorité préfectorale l'autorisation qui me fut accordée. Acte en bonne et due forme est passé pour la durée des hostilités devant le notaire. Quelques jours après, mon remplaçant présente son diplôme à enregistrer ; on refuse l'enregistrement sous prétexte qu'il faut l'autorisation du préfet du département d'origine. Celui-ci refuse cette autorisation, puis l'accorde ; en fin de compte, le Comité d'hygiène la refuse.

« C'est à n'y rien comprendre. Que faire ?

Dr E. (Centre). »

« Je suis père de sept enfants et ai 50 ans. J'habite un pays rempli de troupes et les majors font les visites ; de ce fait, je ne fais rien et ne puis subvenir aux besoins de ma famille. Je suis requis civil pour soigner les populations civiles sans distinction de lieu, la carte émanant du département de l'A. J'ai fait trois démarches écrites à la Préfecture. Cette dernière ne veut pas me laisser partir dans l'E. sous prétexte que je suis seul médecin du canton.

« Je vous demanderai de bien vouloir me dire si j'ai le droit de quitter mon département pour aller dans un autre. Si je n'ai pas le droit et que je le fasse cependant, puisque je ne gagne plus ma vie ici, quels ennuis pourraient m'advenir ? ».

Dr G. (zone des armées). »

« Non mobilisable, requis civil, ai-je le droit de vendre mon cabinet à un jeune médecin sortant de la Faculté et réformé ? Si la vente de la clientèle est impossible ai-je le droit de m'en aller en me faisant remplacer par lui avec promesse de vente ultérieure ? Est-ce qu'un jeune médecin réformé et désireux de s'installer peut être, le lendemain de son installation, envoyé à l'autre bout de la France avec interdiction, à la fin des hostilités, de rester dans cette nouvelle résidence ? ».

Dr L. (Centre). »

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Soins aux Pensionnés de guerre

6.089. — " Autorisation préalable " ou " avis à donner ".

Abonné au *Concours* je viens vous demander la marche à suivre pour obtenir satisfaction contre une décision prise par la Commission de contrôle de l'art. 64 à mon encontre.

Un de mes clients s'est vu refuser un traitement par les rayons infra-rouges par le secrétaire actuel de la Commission de contrôle ; antérieurement, à deux reprises différentes un traitement semblable avait été appliqué au même bénéficiaire de l'art. 64 sans que la moindre objection ait été soulevée par deux autres médecins secrétaires de la Commission.

Malgré l'avis du médecin secrétaire le traitement a été fait et porté sur mon mémoire d'honoraires.

Le mandat de paiement du trimestre où figuraient ces honoraires vient de me parvenir, mais diminué du montant des séances de rayons infra-rouges.

Le malade n'a pas été contrôlé, je n'ai été appelé à fournir aucune explication sur le traitement que je devais appliquer.

Je considère donc comme arbitraire la mesure prise à mon égard, et voudrais savoir la marche à suivre pour obtenir le paiement intégral de mes honoraires. Il s'agit d'une somme minime (120 francs) mais je désire protester, pour le principe.

Dr D.

Réponse

Votre cas est fort intéressant car il pose la question de « l'autorisation préalable » que demanderait un médecin pour des soins spéciaux à donner à un pensionné de guerre. Or, je ne vois nulle part que cette « autorisation » en dehors d'une hospitalisation éventuelle soit inscrite dans les décrets successifs régissant la matière — sauf en un seul cas de « radiologie à domicile » (Art. 80, 7°, du décret du 25 octobre 1922). A part cela, il n'est parlé que, dans certains cas, de « donner avis » dans les 24 heures à la Commission de contrôle (*Ibidem* Art. 18), ce qui est entièrement différent.

Quant au contrôle des notes d'honoraires, il est dit à l'art. 31 que la Commission tripartite peut y apporter tous les redressements nécessaires mais que cette Commission « statue en premier ressort, par décision motivée » (Art. 32) et que le « réclamant doit toujours être entendu et dûment appelé » (Art. 33).

Or, vous avez reçu paiement de votre trimestre d'honoraires diminué du montant des

honoraires des séances de rayons infra-rouges et cela sans décision motivée et sans avoir été appelé ou entendu. Dans ces conditions, vous pouvez faire appel ainsi qu'il est dit à l'art. 34, devant la Commission supérieure, en écrivant, avec dossier à l'appui, à M. le Président de la Commission supérieure, ministère des Pensions, 37, rue de Bellechasse, Paris (VIe).

Dr F. DECOURT.

---

b) *Accidents du Travail*

6.242. — Actes médicaux multiples

Je serais reconnaissant à M. le docteur Decourt de bien vouloir me renseigner au sujet du tarif à appliquer dans le cas suivant (accident du travail).

1° Pansement d'une plaie infectée de la jambe gauche ;

2° Pansement d'une plaie infectée du pied gauche ;

3° Injections de sérum antitétanique.

Chaque membre comprend trois segments dit le tarif (art. 16). Faut-il compter à part chaque pansement sur un segment différent, c'est-à-dire :

1° Pansement de la jambe et injections sérum anti-tétanique, 22 francs; 2° Pansement du pied, 17 francs,ou bien mes deux pansements se confondent-ils avec la seule injection de sérum, soit en tout 22 francs, ou bien s'agit-il dans ce cas de pansements multiples sur le même membre 22 francs plus injections de sérum antitétanique 22 francs.

Cela ne me paraît pas possible car il y aurait cumul interdit.

Dr G.

Réponse

Vous avez à compter uniquement 22 francs, comme s'il n'y avait qu'un pansement et qu'il vous fallut appliquer l'art. 13 relatif au cumul interdit pour une intervention (ici injection antitétanique) plus une visite ou consultation. Il y a l'art. 14 disant : « Dans le cas de blessure ou d'actes médicaux multiples... chaque acte est tarifé à part ». Oui, mais il y est dit « hors le cas de pansements sur un même membre », ce qui est précisément votre cas avec pansement de la jambe et pansement du pied droit.

Dr F. DECOURT.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

7.043. — Conditions de l'engagement pour la durée de la guerre

Je suis de la classe 1895. J'ai été mobilisé en août 1914 comme médecin sous-lieutenant, puis comme

médecin lieutenant, j'ai fait toute la guerre, et j'ai été nommé médecin capitaine en décembre 1918 pour être démobilisé en février 1919.

A la limite d'âge de mon grade, le Directeur du Service de santé m'a demandé si je voulais être rayé des cadres ou bien continuer à servir dans les réserves. J'ai accepté de continuer à servir dans les réserves et quelques années plus tard (en 1934 je crois) la Direction m'a informé que j'étais complètement rayé des cadres et nommé médecin capitaine honoraire. Actuellement j'ai 64 ans, je voudrais savoir :

1° Si je puis contracter, après avoir fourni bien entendu, un certificat d'aptitude physique, un engagement avec mon grade, pendant la durée de la guerre ?

2° Si, vu l'ancienneté de mon grade actuel (décembre 1918) et après engagement accepté je peux demander à être promu au quatrième galon et espérer l'être, je ne dis pas de suite, mais pendant la durée de mon engagement ?

Je dois dire que depuis 1919, date de ma démobilisation, je n'ai fait aucune période, ni suivi aucun cours de perfectionnement.

3° Si, engagé volontaire, étant mobilisé soit à l'intérieur, soit sur ma demande, dans la zone des armées, et atteint à ce moment d'une maladie ou affection quelconque imputable au service et laissant après elle une invalidité de x... je puis compter obtenir pendant ou à la fin des hostilités, comme les autres officiers, une pension proportionnée à la dite invalidité. En un mot, si, quoique engagé volontaire, j'aurais droit, le cas échéant, à une pension d'invalidité.

Dr R.

Réponse

Sous réserve d'une aptitude physique suffisante, vous êtes autorisé à contracter un engagement, avec votre grade pour la durée de la guerre.

Le décret du 22 septembre 1939 permet désormais aux engagés pour la durée de la guerre de concourir pour l'avancement en même temps que leurs camarades de réserve. Les propositions pour l'avancement doivent avoir lieu, en principe tous les trois mois, avec promotions le 25 du troisième mois de chaque trimestre.

Les engagés volontaires ont les mêmes droits que les autres militaires de l'active et de la réserve en ce qui concerne les pensions d'invalidité de guerre : blessures de guerre, maladies contractées en service, maladies imputables au service par présomption légale après une certaine durée de présence sous les drapeaux.

Soixante et unième année — N° 51 — 17 Décembre 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Demi-Colonnes

Renseignements

Changements d'Adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement à l'avenir. Avoir soin de joindre l'ancienne bande on nous indiquer l'ancien domicile et ajouter 2 francs en timbres.*

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg .	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro...........	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.

AVIS IMPORTANT

Réduction du prix des Abonnements pendant les hostilités

Dans le but d'aider ses lecteurs, l'Administration du Journal a pris la décision de réduire *pendant la durée des hostilités,* le prix de l'abonnement à **50 francs** par an (au lieu de 75).

Les abonnés dont l'abonnement est expiré depuis le 1er septembre dernier (la date figure sur chaque bande du journal) sont priés de nous en envoyer le montant de la façon qu'il leur plaira ou par versement au compte de Chèques postaux *Paris* 167.95, si cela leur est possible, *afin d'éviter les frais de recouvrement qui sont onéreux* (5 francs).

Toutefois, passé le 1er décembre, le recouvrement sera effectué. Nous prions donc nos abonnés de vouloir bien donner toutes instructions à leur domicile, le recouvrement ne pouvant être opéré aux armées.

L'Administration remercie les abonnés qui se sont déjà libérés à l'ancien tarif et, plus tard, il leur sera tenu compte de la différence.

Demandes et Offres

Les petites annonces sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux ne permettant leur insertion que plusieurs jours après leur réception. Lesdites petites annonces ne devront comporter aucun nom de ville, ni aucune abréviation, mais devront contenir nom et adresse de l'annonceur. Le texte d'une annonce présentée au Journal doit être visé par le commissaire de police ou le maire de la ville. Le Journal se réserve, par ailleurs, le droit de supprimer toutes les annonces qui lui paraîtraient douteuses.

No 396. — Pharmacien, 43 ans, actif, cherche région Oise ou limitrophe, affaire à céder ou remplacement ou collaboration. Dumont, rue de la gare, 5, Clermont (Oise). Téléphone 48.

No 397. — Région Ouest, près littoral Océan. Médecin mobilisé demande confrère français pour remplacement pendant son absence. Docteur Rouquette, La Tremblade (Charente-Inférieure).

No 398. — Képi, médecin-lieutenant, payé 115 francs, jamais porté. Tour de tête 56. A enlever pour 95 francs. port dû. Adresse : Docteur Bayard, 87, boulevard de Courcelles, Paris (VIIIe).

No 399. — Jeune femme sténotypiste française, anglaise, espagnole, secrétaire pendant dix ans d'un chirurgien connu, cherche situation. Mme Cabon, 19, rue Milton, Paris (IXe).

No 400. — Médecin est demandé pour remplacement de dix jours à Paris pendant les congés de Noël. Conditions habituelles. S'adresser à M. Morell, *Le Concours Médical*, 37, rue de Bellefond, Paris.

No 401. — Côte d'Azur. Bandol-sur-Mer (Var). La « Soleillette » (Docteurs Charmot et Rozet) assure dans le calme et la sécurité cures hélio-marines, convalescences, repos, régimes.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Clinique cardiologique de l'hôpital Broussais.** — M. le Professeur Charles LAUBRY fait ses leçons cliniques le jeudi de chaque semaine, à 10 heures du matin.

— **Clinique chirurgicale de la Salpêtrière.** — M. le Professeur A. GOSSET, assisté du Docteur P. FUNCK-BRENTANO, agrégé, fait ses leçons cliniques le jeudi à 11 h. 45. Opérations par le professeur : mercredi, à 10 heures.

— **Clinique des maladies des enfants de l'hôpital des Enfants-Malades** (Professeur P. NOBÉCOURT). — Jeudi, à 10 heures : policlinique. Samedi à 10 heures : leçon clinique.

— **Faculté de médecine de Paris.** *Cours de pathologie chirurgicale.* — M. le Professeur MONDOR commencera son cours le mardi 16 janvier 1940, à 17 heures au grand amphithéâtre de la Faculté.

M. le Docteur AMELINE, agrégé, fait son cours les lundis, mercredis et vendredis à 16 heures au petit amphithéâtre de la Faculté. Sujet du cours : Pathologie générale. Pathologie abdominale. Gynécologie.

— **Clinique de la tuberculose (Hôpital Laennec).** — M. le Professeur TROISIER fait son cours le mardi à 10 h. 30.

Pendant chacun des deux semestres, il est institué un enseignement pratique de la tuberculose auquel peuvent participer tous les étudiants et médecins qui se destinent à remplir les fonctions de médecin de dispensaire et de sanatorium ou qui désirent compléter leur instruction en phtisiologie. Un certificat de stage pourra leur être délivré.

— **Une belle élection académique.** Nous sommes heureux de féliciter le Docteur BABONNEIX de sa belle élection à l'Académie de médecine où il a obtenu 59 voix sur 63 votants, presque l'unanimité.

Médecin des hôpitaux depuis 1912, il dirige depuis plusieurs années le service des enfants de l'hôpital Saint-Louis et partage avec notre très sympathique confrère, le Docteur Le Sourd la direction de la *Gazette des Hôpitaux.*

Le Docteur Babonneix, qui s'est spécialisé dans l'étude de la neurologie et de la pédiatrie a été récemment promu officier de la Légion d'honneur.

Excellent confrère, tout dévoué aux œuvres de prévoyance et de bienfaisance médicales, le docteur Babonneix est membre du Conseil général de l'Association générale des médecins de France.

J. NOIR.

— **Académie des sciences.** — Nous sommes heureux d'annoncer que le *prix H. de Parville* a été attribué par l'Académie des Sciences à M. Léon BULTINGAIRE, bibliothécaire en chef honoraire du Muséum d'Histoire Naturelle, qui a été sous-biblio-

thécaire de la Faculté de médecine de Paris, pour ses nombreux travaux de bibliographie scientifique.

J. N.

— **VIIIe Congrès de l'association internationale de thalassothérapie.** — Le volume contenant les rapports et les communications a été envoyé à tous les adhérents. Ceux qui, en raison des circonstances, n'ont pas reçu ce volume sont priés d'adresser leur réclamation au Secrétariat du Congrès, 8, rue André Michel, Montpellier.

Le volume est en vente, au prix de 50 francs, à la librairie Dubois et Poulenc, Grand'Rue, Montpellier.

— **Société française de gynécologie** (1, rules-Lefèbre, Paris 1er). — La Société française de gynécologie se réunira le jeudi 4 janvier 1940, à 17 heures, à la Faculté de Médecine de Paris. Les gynécologues des nations alliées ou amies présents en France sont cordialement invités.

— **Distinction honorifique.** — Notre distinguée collaboratrice, Mme le Docteur TRIFONOFF-MATOUSSÉVITCH, actuellement médecin des Légations de France, de Yougoslavie, d'Italie et de Danemark à Téhéran, a reçu du Ministre de l'Education nationale les palmes académiques. Cette distinction honorifique lui a été remise par le général Weygand lui-même, lors de son séjour à Téhéran.

Nous sommes heureux d'adresser à Madame Matoussévitch nos plus sincères félicitations.

P. L.

— **Naissances.** — Marie-Noëlle, Pierre, Bernard, Jeanne et Jacques MARTY ont la joie de faire part de la naissance de leur petit frère *André*.

Le 1er décembre 1939.

Docteur F. Marty, Pont-du-Château (Puy-de-Dôme).

— Le Docteur Antoine VIGNER et Madame ont le plaisir de faire part de la naissance de leur fille *France*.

Quincy-sous-Sénart, le 4 décembre 1939.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Marc BRUNET, médecin de 2e classe de la Marine ; du Docteur PUPIER, ancien chirurgien adjoint à l'hôpital français du Caire ; du Docteur Emile LEFEBVRE, de Deville-les-Rouen (Seine-Inférieure) ; du radiologue Charles VAILLANT, grand officier de la Légion d'honneur, ancien directeur des Laboratoires de radiologie de la clinique Baudelocque et de l'hôpital Lariboisière, décédé à l'Hôtel-Dieu où il était entré pour soins. Charles Vaillant était un des pionniers de la radiologie médicale. Il en fut aussi une des premières victimes : il dut subir, pour des radio-lésions graves, trois amputations successives, en 1906, 1910 et 1920.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Enseignement de la médecine

Par arrêté du ministre de l'Education nationale en date du 27 novembre 1939, les concours pour les emplois de professeur suppléant de clinique chirurgicale et de chimie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, ouverts le lundi 11 décembre 1939 respectivement devant la Faculté de médecine et devant la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris par l'arrêté du 27 mai 1939, sont reportés à une date ultérieure.

(*J. O.*, 30 novembre 1919).

Assurances sociales

Décret du 2 décembre 1939 fixant la composition de la Commission supérieure de Contrôle des Assurances sociales.

Art. 1er. — La Commission supérieure prévue par l'article 2 du décret du 10 novembre 1939 est composée ainsi qu'il suit :

M. Georges Pichat, président honoraire du Conseil d'Etat, président.

M. Grunebaum-Ballin, président de section du Conseil d'Etat, président suppléant.

M. Brin, président de Chambre à la Cour des comptes.

Suppléant. — M. Georges Dayras, maître des requêtes au Conseil d'Etat.

M. Daudier, directeur général du Service d'exploitation industrielle des tabacs.

Suppléant. — M. Giraud, directeur général des travaux de la Ville de Paris.

M. Oualid, professeur à la Faculté de droit de Paris.

Suppléant. — M. Sauvy, chef du Service d'observations économiques au ministère de l'Economie nationale.

M. Chaillé, inspecteur général du travail.

Suppléant. — M. Pierre Pouillot, inspecteur général du travail.

Art. 2. — Des arrêtés ministériels détermineront l'organisation du secrétariat de la Commission. Des rapporteurs pourront être désignés dans les mêmes conditions.

(*J. O.*, 3 décembre 1939).

Hygiène publique

Décret du 23 novembre 1939 fixant les effectifs du personnel temporaire des services départementaux d'hygiène.

Art. 1er. — Les effectifs maxima des médecins assistants d'hygiène chargés des fonctions d'inspecteur adjoint départemental d'hygiène et des infirmières ou assistantes d'hygiène sociale qui peu-

Voir la suite page XXXV-2747

PROPOS DU JOUR

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LA PEUR

La peur est un sentiment d'inquiétude plus ou moins accentué qui se manifeste en présence d'un danger ou simplement à la pensée de l'éventualité de ce danger. Elle provoque des troubles sympathiques : tremblement, troubles sécrétoires tels que sueurs froides, diarrhée , troubles cardio-vasculaires (pâleur de la face, lipothymie, syncope).

Les Anciens avaient fait de la peur une divinité allégorique qui faisait partie du cortège du Dieu de la guerre (Arès chez les Grecs, Mars chez les Romains). Selon Hésiode la peur avait été engendrée par Arès et Aphrodite. Les Spartiates lui élevèrent des temples pour se préserver de ses effets. A Rome, Tullus Hostilius, au cours d'un combat contre les Albains, fit le vœu de lui consacrer un sanctuaire dont les prêtres portèrent le nom de *Pavorii.* Au Moyen-âge et sous l'ancien régime, la posssesion du diable, la croyance aux maléfices et aux sorciers, la crainte de la damnation entretinrent le peuple dans une atmosphère de terreur.

La peur peut être collective et soudaine parfois sans cause appréciable et sans raison valable ; on l'appelle alors panique ou terreur panique. La panique s'est manifestée souvent dans les armées en campagne. A la veille de la Révolution, durant l'été de 1789, du fait de la disette, par la crainte des innombrables mendiants et vagabonds qui, réduits au brigandage pour vivre, terrorisaient les campagnes, l'épouvante de la Grande Peur gagna la plupart des Provinces françaises.

La Fontaine dans la fable du *Lièvre et les grenouilles* fait une description exacte de la peur. Le lièvre, type de l'animal peureux, avoue quand seul dans son gîte il songe, qu'il est rongé par la crainte :

> Les gens d'un naturel peureux
> Sont, disait-il, bien malheureux !
> Ils ne sauraient manger morceau qui leur profite :
> Jamais un plaisir pur ; toujours assauts divers.
> Voilà comme je vis : cette crainte maudite
> M'empêche de dormir sinon les yeux ouverts.
> Corrigez-vous, dira quelque sage cervelle.
> Eh ; la peur se corrige-t-elle ?

Elle se corrige néanmoins et un effort de volonté peut ramener le sang-froid. Exemple : Henri IV qui avait la réputation d'un guerrier valeureux et qui avouait trembler de tous ses membres avant d'engager un combat.

Tout le monde connaît le mot qu'on prête au Béarnais, quand, au moment d'une charge, il disait s'adressant à son corps : « Tu trembles, guenille ; tu tremblerais bien davantage si tu savais où je vais te conduire ».

Le Prince de Ligne, ce général belge à l'esprit très français, bien qu'il servit l'Empereur d'Autriche, affirme dans un chapitre de ses *Mémoires* que « *de tous les animaux l'homme est le plus peureux* ». Cela tient, disait-il, à l'éducation. On met en garde les enfants dès le berceau contre tous les dangers et on les rend ainsi craintifs. On va jusqu'à leur donner la peur de l'obscurité, des fantômes, des loups garous et même de l'autre monde.

Il a observé la peur dans les armées qu'il commandait et il critiquait les chefs qui dans leurs ordres ne donnaient pas confiance à leurs soldats. Il citait l'ordre d'un général indiquant que « les chirurgiens se trouveront au centre ; les aumôniers seront à la gauche ; les chariots pour transporter les blessés seront à droite. » Comparez cet ordre démoralisant à celui que Napoléon dictait à son armée : « Demain on battra l'ennemi ; après demain on marchera sur Vienne. »

Le Prince de Ligne qui se connaissait en hommes, car il aimait ses soldats et s'occupait sérieusement de leur bien-être, les divisait en deux groupes au point de vue de la peur. D'abord il y avait ceux qui au moment de la bataille n'ont pas l'air bien assuré, et puis ceux qui offrent un meilleur visage. Il divise ce dernier groupe en trois fractions : en premier lieu, les braves par tempérament qui sont les moins nombreux mais les plus sûrs ; en second lieu, les braves par réflexion qui sont les plus méritants mais qui restent sujets à caution ; en troisième lieu, les braves par intérêt, soit ambitieux et désirant se distinguer, soit avides de pillages ; ce sont évidemment les moins intéressants. Nous ajouterons à ce groupe, les braves par inconscience du danger qu'ils courent, ou qui, par le fait d'une croyance, le plus souvent d'une superstition, se croient à l'abri du danger. Même à notre époque,

il est des gens qui ont confiance dans les talismans et l'audace des troupes noires de nos armées tient souvent à leur croyance dans la puissance de leurs grigris qui les mettent à l'abri du danger et supprime la peur.

Parfois, la délicatesse des sentiments est un effet de la peur. La pratique de la vertu dans notre milieu social repose souvent sur la crainte du châtiment. Tout fait peur dans le monde, selon le prince de Ligne : le roi, les lois, les maîtres, les maîtresses, les prêtres, le bourreau.

On s'accoutume à n'avoir pas peur. Il faut s'appliquer à braver les dangers et le Prince de Ligne conseille avant la lettre, la vie sportive. On dirait dans le style de notre jeunesse actuelle qu'il préconise de s'habituer à *vivre dangereusement.* Il signale l'influence de la musique contre la peur qu'on peut observer chez les chevaux.

Enfin, pratiquement il conclut : « Nous sommes des pantins, c'est aux législateurs de savoir nous remuer. Il faut d'autres cordes qu'autrefois. » Cette remarque est, à ce jour opportune. Pour maintenir le courage de nos soldats, pour lutter contre la peur, il faut actuellement d'autres moyens qu'autrefois, car les dangers, notamment dans la guerre, sont d'un ordre bien différent qu'autrefois.

Cependant les conseils du Prince sur la nécessité d'une éducation plus virile, évitant de cultiver chez les enfants la crainte des dangers et la peur de tout, sont à retenir. Un progrès d'ailleurs a été réalisé dans ce sens par le scoutisme et les sports.

J. NOIR.

LES PONTS, SYMBOLES DE LA PAIX, DE LA RAISON HUMAINE ET DE LA CIVILISATION

Hélas, pour plus ou moins longtemps les ponts sont coupés et comme le prévoit M. J. LEBÉHAL à la fin de son ouvrage, la lyre est brisée et le déséquilibre règne dans l'esprit humain.

M. Y. LEBÉHAL a naguère, sous le titre d'*Effort humain*, représenté l'œuvre continuelle des hommes qu'il a comparée à un fleuve qui s'alimente à sa source dans l'action spirituelle et matérielle de l'homme, sur la route du monde. Il vient de faire paraître une belle publication, merveilleusement illustrée « *Arches paisibles. Arcs de triomphe* ».

Les *Ponts* symbolisent les progrès de la raison humaine et de la civilisation. Sous l'emprise d'une mystique, l'auteur, en véritable poète inspiré, chante les vieux ponts qui permirent aux hommes de franchir les abîmes, et qui cédant aux vicissitudes de l'âge, ont fini par se lézarder et s'écrouler.

Arches de l'Esprit, les ponts ne se forment pas comme de simples traits d'union au hasard. Un des caractères des ponts est la continuité dans un système harmonieux dont l'ordonnance contraste parfois avec les formes abruptes. Un autre trait perceptible des ponts est la permanence à laquelle s'ajoute la sérénité. Le pont symbolise la synthèse de l'élan de la pensée et de la marche de la nature.

Après avoir chanté les ponts, Y. Lebéhal célèbre les *voûtes de l'histoire* : chants d'un peuple, langages humains, arts, humanisme, science, droit humain, monuments. Tout cela se manifeste par des *arches paisibles.* Mais la lyre se brise et l'édifice se renverse, le déséquilibre se produit dans l'esprit humain, c'est la disparition des ponts, le fracas des pierres qui croulent, l'appel inévitable à la reconstruction. Alors s'élèvent d'autres ponts, véritables arcs de triomphe.

« En revenant à l'arche vétuste, bâtie par de rudes hommes, tout près de la nature, l'on imagine au loin des ponts allongés, toujours plus hardis et mathématiques, produisant dans le ciel, aux yeux éblouis du profane, l'accord secret de l'énergie qui est aussi le ressort de la terre. »

J. Lebéhal a illustré son œuvre de la reproduction superbe de quelques-uns des plus beaux ponts du monde allant de l'harmonie des vieux ponts antiques aux hardiesses des merveilles de la plus audacieuse métallurgie (1).

J. N.

(1) Y. LEBÉHAL. — Arches paisibles. Arc de triomphe. Rivages des fleuves. Rives de l'histoire. Editions Denoël, 19, rue Amélie, Paris (VIIe).

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

UNE RESSOURCE THÉRAPEUTIQUE ÉVENTUELLE DANS LES TROUBLES UTÉRO-OVARIENS : LES SELS DE ZINC

Par Henri VIGNES

Professeur agrégé à la Faculté

Accoucheur des hôpitaux de Paris

L'organisme humain contient du zinc de façon constante et en quantité non négligeable, comparable, pour donner un exemple, à celle du fer dont on connaît l'importance physiologique (1). Le taux du zinc varie suivant les organes (2), suivant l'âge (3). Son importance physiologique semble considérable, ainsi que RAULIN l'avait signalé en 1870, ainsi que l'ont prouvé ultérieurement JAVILLIER et Gabriel BERTRAND. On sait les travaux que celui-ci et son école ont consacrés aux oligo-éléments et, en particulier, au zinc lui-même. Ce métal active la croissance, freine les actions métamorphogénétiques (4), et intervient, probablement, dans les phénomènes de la fécondation (5) ; il catalyse diverses vitamines et diverses hormones , et en particulier, les hormones génitales : folliculine *in vitro* (6), folliculine *in vivo* chez la rate castrée (7), testostérone et prolan (8).

Tenant compte de toutes ces données sur la biochimie du zinc et, plus spécialement, de son rôle synergique ou antagoniste vis-à-vis des hormones sexuelles, me fondant d'autre part sur l'hypothèse générale que les hormones ont besoin, pour exercer leur activité, de co-hormones métalliques ou métalloïdiques, j'ai voulu voir si les sels de zinc étaient capables d'influer sur divers troubles utéro-ovariens et s'ils pouvaient constituer un médicament pour certains de ces troubles.

***

Le zinc a été largement employé en thérapeutique, sous forme d'oxyde, d'acétate, de lactate.

1° HUFELAND, RADEMACHER, HERPIN, TROUSSEAU l'ont préconisé comme antispasmodique anti-épileptique. On sait, d'autre part, la vogue qu'ont eue les pilules de MÉGLIN. Le phosphure de zinc a été utilisé par GUÉNEAU DE MUSSY contre le tremblement mercuriel, par GÜBLER contre les paralysies diphtériques, par DUJARDIN-BEAUMETZ contre le tabès.

2° Par ailleurs, le zinc a été employé par GRECO contre la syphilis à la suite des travaux de LEVADITI. LENHOFF-WYLD, DALE, Marcel PINARD, R. BERNARD, l'ont utilisé pour renforcer l'action du sulfarsénol.

3° Enfin, on sait l'importance que certains auteurs attribuent à l'association du zinc à l'insuline dans le traitement du diabète.

***

Le phosphure de zinc a été employé contre les métrorragies et les aménorrhées par VIGIER, qui, le premier, avait mis sur pied, en 1861, un procédé de fabrication satisfaisant. Mais les résultats furent attribués au phosphore (9).

DUCOEURJOLI l'a employé, en dose quotidienne variant de huit à trente-deux milligrammes, contre l'aménorrhée, la dysménorrhée et les métrorragies (10). Il le considère comme un emménagogue, dans la mesure où il améliore l'état général. « Des résultats encourageants ont été obtenus, dit-il. Là où les règles étaient trop espacées, trop peu abondantes, précédées de douleurs le plus souvent violentes, le phosphure de zinc a exercé sans conteste une action dont l'efficacité et la rapidité n'ont pas manqué de nous surprendre ». Il attribue les résultats de

(1) Voir les notes à la fin de l'article.

ce traitement, pour une part, au phosphore, mais il émet l'hypothèse en rappelant les travaux de DELEZENNE, de JAVILLIER, de Gabriel BERTRAND, qu'il pourrait bien y avoir action du zinc. Ses observations sont au nombre de six : une aménorrhée chez une hyperthyroïdienne soulagée par l'hématoéthyroïdine et restant aménorrhéique, 1 succès (réapparition des règles) ; quatre cas de règles pauvres : 3 succès ; une ménorragie, 1 insuccès duquel il conclut à l'inefficacité du médicament pour cette indication ; de plus, trois de ces femmes étaient dysménorrhéiques : les 3 ont été remarquablement soulagées.

***

J'ai commencé mes premiers essais avec l'oxyde de zinc. J'ai essayé d'administrer ce corps à la dose de deux à six grammes, comme le faisait TROUSSEAU dans l'épilepsie. Tantôt il a été toléré et agissant ; tantôt l'acide chlorhydrique stomacal a dû le décomposer massivement, car il y a eu intolérance gastrique. J'ai alors utilisé le valérianate de zinc (sur le conseil de mon ami Ch. O. GUILLAUMIN) à la dose de dix centigrammes, et l'acétate de zinc. Ce sont les premiers résultats de cet emploi que j'ai soumis à l'*Académie de médecine*, en mars 1939. Je n'avais pas et je n'ai pas encore la prétention d'en apprécier la valeur thérapeutique, ce qui serait bien prématuré ; mais je me proposais de dégager l'effet exercé sur certains états physiopathologiques. Je voulais étudier uniquement l'influence du médicament sur certains symptômes ; nous sommes donc à l'extrême degré de l'empirisme et c'est exceptionnellement que j'ai formulé, dans cette communication, un diagnostic anatomo-clinique. C'est dire que je ne prétendais pas juger la valeur thérapeutique du zinc ni fixer ses indications, et si, dans la moitié des cas au moins, j'ai employé le mot succès, je restreignais son sens à l'appréciation de l'action exercée sur le symptôme envisagé et non pas sur l'évolution heureuse de la maladie.

Pour un grand nombre de mes observations, les résultats ont été obtenus non pas une fois, mais à plusieurs reprises, et, lorsque la médication était suspendue, l'amélioration cessait pour revenir avec la reprise du traitement. Dans un petit nombre de cas, l'amélioration a été définitive, comme par l'effet d'une rééducation du fonctionnement ovarien. Dans un petit nombre d'autres cas, le succès thérapeutique a été passager.

Le relevé que j'avais présenté à l'*Académie* correspondait à soixante-quinze cas et comprenait la totalité des femmes soignées dans ma clientèle depuis deux ans environ, à l'exclusion, naturellement, de toutes celles que je n'avais pas revues. Le tableau suivant résume les effets exercés sur l'écoulement menstruel et les métrorragies dans ces soixante-quinze cas et dans sept autres cas plus récents (ceux-ci ne correspondant pas à la totalité de mes prescriptions comme les précédents).

Périodicité	Succès	Succès relatifs	Insuccès	Effet inverse
Avances, 6 cas	6			
Retards, 4 cas	3		1	
Irrégularités, 8 cas	1		2	1
Aménorrhées, 7 cas	1		1	
Quantité :				
Règles pauvres, 4 cas	3		1	
Règles ménorragiques, 32 cas	20	4	5	3
M. de la ménop., 4 cas	4			
M. de la puber., 2 cas	2			
M. des fibromes, 2 cas	1	1		
Menace de fibrome, 3 cas	3			
M. diverses, 18 cas	8	3	4	3
R. normales				1
Écoulement extra-menstruel :				
Crise-inter-menstruelle : 7 cas	3	2	2	
Métrorragies, 4 cas	3		1	
Suintement sanguin, 6 cas	6	6		

A ces résultats concernant les anomalies de l'écoulement menstruel, j'ajouterai deux cas de dysménorrhée (un succès, un succès relatif) et deux cas de troubles généraux liés à la fonction utéro-ovarienne (deux succès : l'un consistait en malaises multiples de la phase lutéinique et l'autre était un état d'amaigrissement avec pertes blanches profuses).

Enfin, je dois signaler deux cas d'intolérance (dont un chez une asthmatique).

J'ai, également, employé l'acétate et le valé-

rianate de zinc en pratique obstétricale : prévention d'avortement (cinq cas, cinq succès, mais d'autres médicaments ont été employés conjointement) ; — prévention des effets d'une syphilis congénitale (chez une femme présentant des stigmates de syphilis congénitale et dont le troisième enfant et premier garçon avait succombé à un diabète infantile, l'administration de zinc à l'exclusion de tout autre médicament, a permis la naissance d'un enfant ; le placenta, examiné par OBERLING, ne présentait aucun signe de syphilis ; cet enfant, jusqu'ici s'est bien développé ; cette femme qui, à ses trois premières grossesses, avait été une nourrice médiocre, a pu nourrir complètement).

Enfin, j'ai utilisé le zinc dans vingt-quatre cas de stérilité. Je n'ignore pas que la stérilité n'est pas une maladie unique, mais qu'elle complique des états morbides très différents. L'intéressant est que j'ai obtenu neuf fécondations et que, dans cinq cas, il y avait eu emploi antérieur, par moi ou par d'autres, de médications très diverses n'ayant donné aucun résultat. Une de ces femmes avait un diabète léger. Plusieurs fois, la fécondation a été obtenue dès le premier mois du traitement.

Il convient de ne pas se leurrer sur l'efficacité du zinc dans les troubles des fonctions utéro-ovariennes, car, dans les cinquante-sept autres cas que j'avais traités et que je n'avais pas revus lors de ma communication à l'Académie, il en est sûrement qui n'ont tiré nul bénéfice de mon traitement.

***

Une notion semble se dégager de mes constatations, c'est qu'il ne faut invoquer ni un effet d'excitation, ni un effet d'inhibition, mais un effet de régulation du fonctionnement ovarien. Il est difficile, sur mes documents, d'en dire davantage ; car aménorrhée ne signifie pas plus insuffisance ovarienne que métrorragie ne signifie suractivité.

Il faut, par ailleurs, faire la part de la suggestion, la part de l'action exercée par le zinc sur le pancréas et sur les états diabétiques, la part de la syphilis (car LEVADITI et GRECO ont montré la valeur du zinc dans cette affection) et surtout, la part des autres médications employées dans nombre d'observations ; car je n'ai pas voulu priver mes clientes des ressources thérapeutiques que je devais leur offrir. Il faut, aussi, faire la part du « fortuit », car chaque cycle menstruel a son devenir et il convient, donc, de ne pas exagérer le rapport de causalité entre le médicament administré et l'effet observé. Pourtant, j'ai bien des raisons de croire à une action réelle quoique je me défende d'avoir trouvé la loi des actions exercées par le zinc et d'avoir fixé les indications qui en découlent.

A titre d'hypothèse, on peut parler d'une catalyse de la folliculine, ce qui est en rapport avec les travaux expérimentaux précités, on peut parler d'un rôle régulateur, on peut aller jusqu'à parler d'un rôle de *co-hormone*, risquer une comparaison entre zinc et ovaire d'une part, iode et thyroïde d'autre part : l'iode assagit certains hyperthyroïdismes et corrige certains hypothyroïdismes.

Il reste nécessaire de contrôler ces conclusions provisoires, par des dosages d'hormones, ou tous autres procédés cliniques ou biologiques, ce que mes moyens limités ne m'ont pas permis d'entreprendre.

---

1) Dans le corps d'un homme adulte, dit Gabriel BERTRAND, il y a environ 0,02 pour 1.000 de zinc, ce qui fait 1 gr. 40 pour un sujet de taille moyenne. Le fer y figure à un taux de 0,05, soit 3 gr. 50 en tout.

2) DELEZENNE a trouvé près de 0,10 pour mille dans les centres nerveux et dans le thymus ; le testicule (Gabriel BERTRAND et VLADESCO), le foie, en contiennent aussi de notables quantités ; le sang en contient 0,02 (principalement localisé dans les globules blancs), les organes les plus pauvres sont la rate et les muscles.

3) Pour Gabriel BERTRAND et R. VLADESCO (Sur la variation de la teneur en zinc de l'organisme du lapin durant la croissance. *C. R. de l'Acad. des Sciences*, 1921), la proportion de zinc contenue dans le corps entier du lapin présente un maximum au moment de la naissance. Elle diminue peu à peu pendant la période de lactation ; puis, à partir du sevrage, qui a lieu vers le vingt-cinquième jour, elle remonte rapidement. Il s'agit, là, d'un phénomène qui rappelle tout à fait celui qui a été découvert par BUNGE au sujet du fer.

4) Pour ROTH (Action du zinc dans la métamorphose expérimentale des têtards de Rana temporaria; *C. R. de la Soc. de Biol.*, p. 57, 1937), l'addition d'une faible dose d'un sel de zinc à un milieu non thyroxiné dans lequel vivent des têtards accélère la croissance de ceux-ci et cette addition de zinc à un milieu thyroxiné freine l'action métamorphogène de la thyroxine.

5) Gabriel BERTRAND et R. VLADESCO. *C. R. de l'Acad. des Scien.*, séance du 18 juillet 1921.

6) Gabriel BERTRAND et Anton Philip WEBER (Action conjuguée de la folliculine et de certains catalyseurs minéraux sur le développement d'une levure. *C. R. de l'Acad. des Scien.*, 1936, t. 202, p. 1629) ont vu que l'addition de folliculine seule à des cultures de levure augmente la récolte de 12 à 16 %, que l'addition du zinc seul l'augmente de 10 %, et que l'addition simultanée des deux corps porte le rendement de 100 à 179 dans la culture d'*Aspergillus niger* en 53 heures et à 250 en 67 heures.

7) Raymond CAHEN et Andrée TRONCHON (*C. R. de l'Acad. des Scien.*, 1938, t. 209, p. 1409) ont étudié l'action modificatrice du zinc vis-à-vis des effets de la folliculine chez la rate pubère ovariectomisée, d'une part en ce qui concerne l'intensité des effets œstrogènes, d'autre

part, pour ce qui est de leur durée : 1° le chlorure de zinc accroît l'intensité et prolonge la durée des effets œstrogènes, de la folliculine chez la rate ovariectomisée ; 2° pour réaliser ce renforcement des effets de la folliculine, il est nécessaire que le zinc soit associé à cette hormone dans certaines proportions, qui ne doivent pas être inférieures à 1 mill. 50 pour 2 γ 4 de folliculine et à 3 mill. de zinc pour 2 γ 7 de folliculine.

8) Ach. Urbain, R. Cahen, M.-A. Pasquier et J. Nouvel (*C. R. de l'Acad. des Scien.*, séance du 14 novembre 1938) ont constaté que le zinc renforce l'activité gonadotrope de la testostérone et du prolan chez le rat à condition d'être associé à ces produits dans une certaine proportion.

9) D'une façon très générale, dans les divers domaines de la pathologie, la médication par le phosphore en nature a soulevé des polémiques ardentes : elle a été prônée par les uns, considérée comme dangereuse ou comme inefficace par les autres. Il est probable que les raisons de ces divergences radicales tiennent d'une part à une méconnaissance de ses indications physio-pathologiques et cliniques et, d'autre part, à l'inégale valeur des produits employés. En effet, alors que beaucoup d'auteurs se louent de l'huile phosphorée, il semble que ce produit soit très rapidement altéré dans l'officine du pharmacien d'une part et que, d'autre part, son goût détestable en rende l'ingestion difficile. Aussi certains chimistes ont-ils cherché une forme active de la médication, une combinaison stable sans mauvais goût, permettant un dosage parfait et une administration facile, et ils ont estimé l'avoir trouvée dan le phosphure de zinc : on pourrait l'appeler, dit le Professeur Pouchet du phosphore maniable (*Précis de Pharmacologie*, 1907, p. 624). Pour Vigier et Curie, la décomposition du phosphure de zinc par l'acide chlorhydrique de l'estomac donne par moitié de l'hypophosphite de zinc, sel absolument inactif à cette dose, et de l'hydrogène phosphoré, avec élimination de chlorure de zinc. C'est cet hydrogène phosphoré seul qui serait actif, d'après ces auteurs.

Chez l'homme, le phosphure de zinc serait toxique à la dose de un gramme.

10) Eugène Ducœurjoli a également employé le phosphure de zinc comme aphrodisiaque chez l'homme et, pour combattre l'asthénie, chez des malades présentant de la lassitude générale et de la dépression psychique rebelles aux divers toniques, avec céphalées et troubles gastriques. Il a constaté, dès les premiers jours du traitement, une impression de bien-être général très nette, un accroissement du pouvoir musculaire et de l'activité mentale et un contentement tout particulier. (Contribution à l'étude du phosphure de zinc et de son emploi en thérapeutique. *Thèse de Paris*, 1929, Jouve et Cie, édit.).

CORPS ÉTRANGERS PIQUANTS DU TUBE DIGESTIF

Les corps étrangers en général, les corps étrangers piquants en particulier du tube digestif sont fréquents et les observations cliniques qui concernent leur évolution et leur traitement sont toujours intéressantes à rapporter.

MM. Georges Bachy (de Saint-Quentin), Choffat et Puche en ont présenté il y a quelques mois à l'Académie de chirurgie toute une série de cas. Ils concernaient des pointes métalliques, des punaises métalliques pour fixer les dessins, des barrettes, broches, épingles, etc. Une malade de M. Puche avait avalé, une à une, aussi facilement que des comprimés d'aspirine, avec une gorgée d'eau, 4 grandes aiguilles à repriser. Reconnues par la radio dans l'estomac, puis dans le grêle, elles furent évacuées du quatrième au septième jour avec l'emploi d'une bouillie composée de soupe de poireaux-pommes de terre épaissie de tapioca, additionnée d'agar-agar et d'un peu de gélobarine pour permettre la localisation radiographique. D'autres malades ont été traités avec le même résultat satisfaisant par la méthode bien connue aujourd'hui du Professeur Ombrédanne, l'ingestion de queues d'asperges qui viennent enrober le corps étranger et faciliter sa progression.

Une fois, cependant, M. Bachy a dû opérer un enfant qui avait avalé un clou de tapissier. Le cinquième jour, le clou était toujours dans le duodénum et le petit malade commençait à se plaindre, à avoir du hoquet. Il est des cas, en effet, où la nécessité de l'opération s'impose : lorsque le corps étranger reste fixé plusieurs jours, dans le duodénum principalement dans le côlon, le cæcum ; lorsqu'apparaissent des signes de réaction péritonéale, surtout du hoquet joint à un teint terreux plombé. L'opération n'est pa toujours aussi simple qu'elle le semble et n'est pas toujours bénigne : M. Victor Veau, en 1924, comptait 2 morts sur 6 gastrostomies. Il est donc des circonstances où il faut intervenir, mais elles deviendront bien plus rares si l'on peut faire absorber des queues d'asperges assez tôt, peu après l'ingestion du corps étranger, clou, barrette, épingle, etc. Il faut être reconnaissant à M. Ombrédanne d'avoir appuyé de sa grande autorité la notion que les corps étrangers pointus doivent passer en général spontanément dans tout le tube digestif quand on facilite leur expulsion à l'aide de mucilages ou de queues d'asperges.

M. Mauclaire a rappelé, à cette occasion, certains exemples curieux de corps étrangers du tube digestif observés par lui. Tel, ce malade entré à l'Hôtel-Dieu, qui avalait des fragments de verre devant les consommateurs à la terrasse des cafés. Dans les asiles, il a soigné une femme qui avait avalé ses lunettes et d'autres sujets qui, après des déglutitions successives d'objets divers, avaient ainsi dans l'estomac un véritable bazar de corps étrangers polymorphes.

P. Lacroix.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES TRANSFUSIONS SANGUINES (*)

Par E. LEMAIRE
Lauréat de l'Académie de médecine
Médecin-expert près les Tribunaux

II

CHOIX DES DONNEURS

Caractérisation des groupes sanguins

Le choix des donneurs présente une importance capitale. Outre la question des groupes auxquels ils appartiennent, ces sujets doivent remplir des conditions d'intégrité physique et posséder des qualités morales sur lesquelles il convient d'être intransigeant.

Il faut, de façon périodique, tous les trois mois par exemple, faire subir aux donneurs professionnels un examen complet clinique, radiologique et sérologique (y compris l'épreuve de sédimentation). Dans une formation militaire où le laboratoire n'est pas toujours parfaitement outillé, à défaut d'un examen sérologique complet, on pourra se contenter des réactions de floculation de Kahn et de Meinicke ; mais la réaction japonaise, séduisante par sa rapidité, ne saurait être recommandée, en raison des causes d'erreurs possibles. La présence d'une crise de paludisme dans l'anamnèse commande, bienentendu, d'éliminer un candidat donneur.

De plus, par un examen rapide, on s'assurera avant chaque transfusion que le donneur n'est pas porteur d'un coryza , d'une angine, d'une grippe.

Les quatre groupes sanguins

Mais toute la question des transfusions est dominée par la notion des groupes sanguins et des lois qui les régissent :

a) Si l'on mélange deux sangs du même groupe, ce mélange demeure parfaitement homogène.

b) Si l'on mélange deux sangs de groupes différents, il se produit une agglutination comme s'ils n'étaient pas miscibles.

On admet *schématiquement* qu'il existe quatre groupes sanguins (Moss, Jansky) et cette classification schématique est valable pour la recherche de la compatibilité sanguine en vue de la transfusion. Ces groupes ont reçu des appellations différentes selon les auteurs, et l'on retrouvera, dans le tableau ci-après, le pourcentage de chaque groupe en France et la correspondance des trois classifications courantes.

	FRÉQUENCE			
	45 %	40 %	10 %	5 %
Classification de Moss	IV	II	III	I
Classification de Jansky	I	II	III	IV
Classification de von Dungern et Hirszfeld adoptée par le C. H. S. D. N.	0 (αβ)	A (β)	B (α)	AB (o)

De ces classifications, seule la dernière (dite classification internationale) est à conserver, puisque seule elle rend compte des faits :

Les lettres *majuscules* caractérisent les agglutinogènes des *globules rouges*.

Les lettres *grecques* caractérisent les agglutinines du *sérum* : la lettre α veut dire sérum (ou plus exactement agglutinine du sérum) agglutinant les globules rouges A (ou plus exactement l'agglutinogène des globules rouges A). En d'autres termes, α signifie sérum anti-A ; la lettre β veut dire sérum anti-B ; la lettre *o* indique l'absence d'agglutinine : c'est un sérum qui n'agglutine aucune variété de globules.

O veut dire absence d'agglutinogène : il s'agit de globules qui ne sont agglutinés par aucun sérum.

L'épreuve de Jeanbrau

De toute évidence, il est donc préférable de faire une transfusion de « groupe à groupe ».

La recherche de l'identité de deux sangs peut s'effectuer simplement par l'épreuve des trois gouttes de Jeanbrau. Sur une lame, on mélange une petite goutte de citrate de soude à 5 %, une goutte du sang du receveur et une goutte de sang du donneur éventuel : si l'homogénéité est parfaite, les deux sangs sont du même groupe ; si au bout de quelques minutes une

(*) V. *Concours Médical*, nº 50.

agglutination, même légère, apparaît, il s'agit de sangs de groupes différents et il vaut mieux chercher un autre donneur si l'on n'est pas outillé pour pousser plus avant l'identification des sangs.

L'épreuve de Jeanbrau manque parfois de netteté, mais elle peut être tenue pour suffisante.

La question des donneurs universels

Si la transfusion de groupe à groupe est préférable, l'expérience a montré que *la transfusion est encore possible quand le sérum du receveur n'agglutine pas les globules du donneur.*

En pratique, on prélève quelques centimètres cubes de sang du receveur qu'on laisse coaguler pour recueillir du sérum, ou qu'on centrifuge avec du citrate de soude pour en isoler le plasma. Sur une lame, on ajoute, à une goutte du sérum ou du plasma du receveur, une goutte de sang (inutile de mettre des globules lavés) du candidat donneur : la transfusion est possible s'il n'y a pas d'agglutination, formellement interdite dans le cas contraire. L'agglutination est ici d'une visibilité parfaite, donnant l'aspect de grains de brique pilée dans un liquide clair.

Le sérum d'un donneur universel peut donc, sans épreuve préliminaire causant une perte de temps, être injecté sans risque à un blessé ischémié, et ce dès son arrivée : cela permet de ramener à la vie des moribonds. Aussi, aux Armés, plutôt que de faire des prélèvements immodérés au personnel infirmier déjà surmené, vaut-il mieux utiliser, toutes les fois qu'on peut s'en approvisionner, du sang conservé envoyé de l'intérieur. Une ampoule de 300 c. c. de sang s'injecte en goutte à goutte intraveineux sans plus d'aléas — du moins en principe — qu'une ampoule de sérum physiologique. Nous disons « en principe », et nous nous expliquerons ultérieurement à ce sujet.

Diagnostic du groupe sanguin d'un individu

En pratique courante, la méthode de Beth-Vincent sur lames est la plus expéditive. On peut aussi l'effectuer sur des fiches de cartoline que l'on classe si l'on désire s'y reporter ultérieurement.

Il suffit de disposer de sérums étalons anti-A et anti-B. Sur une lame, on dépose une goutte de sérum (α) c'est-à-dire agglutinant les globules A et une goutte du sérum (β) c'est-à-dire anti-B. A chacune de ces gouttes, on ajoute une *petite* goutte, en principe de globules, en fait de sang de l'individu à expertiser.

Les résultats des agglutinations se résument dans le tableau suivant :

Une goutte de sérum anti-A + une gouttelette du sang à identifier Agglutination	Une goutte de sérum anti-B + une gouttelette du sang à identifier Agglutination	Individu du groupe
—	—	O (donneur universel)
+	—	A
—	+	B
+	+	AB (receveur universel)

Bécart recommande avec raison l'épreuve complémentaire avec une goutte de sérum anti-AB.

Le groupe sanguin d'un individu est un caractère fixe qu'il conservera toute son existence. Il est constitué par des propriétés transmises par hérédité selon les lois mendéliennes :

1° Les propriétés A et B sont « dominantes » ; leur absence, O constitue un « caractère récessif » (loi de Dungern-Hirszfeld).

2° Un parent AB ne peut avoir d'enfant O quel que soit l'autre conjoint ; un parent O ne peut avoir d'enfant AB quel que soit l'autre conjoint (loi de Bernstein).

C'est précisément sur la recherche des groupes sanguins qu'est basée l'exclusion de paternité, de pratique courante dans quelques pays étrangers, mais considérée avec circonspection par les Tribunaux français.

Voici, emprunté à F. Morel, un tableau synthétisant de façon très claire les données qui précèdent :

Parents	Enfants possibles	Enfants impossibles
O × O	O	A, B, AB
A × O A × A	A, O	B, AB
B × O B × B	B, O	A, AB
A × B	Tous	Aucun
AB × A AB × B AB × AB	A, B, AB	O
AB × O	A, B	O, AB

***

La catégorisation entre quatre groupes sanguins fondamentaux suffit pour la pratique des transfusions, mais là ne s'arrête pas l'individualité du sang en biologie. Bien que cela s'écarte du sujet, il faut cependant en dire quelques mots.

La méthode de « l'adsorption » des agglutinines par des globules permet de différencier dans le groupe A deux sous-groupes A1 (fort) et A2 (faible) : il en résulte également des sous-groupes A1 B et A2B.

Bien plus, les méthodes sérologiques les plus délicates ont mis en évidence, à la suite d'adsorptions et de saturations, l'existence d'autres agglutinogènes dont les mieux établis sont les variétés M, N, et MN.

Si bien que les sangs des six groupes :

O A1 A2 B A1B A2B

peuvent être, chacun en ce qui le concerne, de la variété M, N, ou MN. Cela porte, en ne tenant compte que des caractères ci-dessus, à 18 le nombre des sous-variétés sanguines. Et il y en a bien d'autres : P. de Landsteiner, Q de Furuhata, G et H de Schiff : on arrive ainsi à 300 classes sérologiques héréditaires.

Ces notions projettent un peu de clarté dans ces questions passionnantes, à la limite de la biologie et de la métaphysique.

III

QUELQUES PROBLÈMES QUE POSE LE SANG CONSERVÉ

Les examens préliminaires du donneur dont on se propose de conserver le sang ne présentent aucun caractère particulier. Mais on éliminera les sujets dont la résistance globulaire est faible et ceux dont la sédimentation globulaire est rapide : le sang de ces donneurs provoque en effet des chocs transfusionnels plus nombreux. Le prélèvement sera effectué avec la plus parfaite asepsie.

Le sang citraté, conservé à la glacière à + 3°, garde pendant dix à quinze jours les propriétés biologiques du sang vivant : capacité respiratoire, agglutinines, pouvoir bactéricide. Les modifications cytologiques (déformation des hématies, leucolyse, diminution de la résistance globulaire), physiques (diminution de la vitesse de la sédimentation, de la charge électrique, de la tension superficielle), et chimiques (glycolyse, phosphorémie, uricémie, polypeptidémie, augmentation du potassium et diminution du sodium plasmatique) ne sont pas un obstacle à la transfusion.

Au bout de vingt jours, ce sang ne doit plus être employé (Jeanneney et ses collaborateurs).

C'est la qustion du froid, facteur de conservation, qui complique l'envoi du sang storké aux formations des armées : il faut une cuve de saumure et son transport est malaisé, malgré quelques réalisations judicieuses (équipement frigorifique Frigéco).

Aussi la conservation du sang par l'addition d'un antiseptique mérite-t-elle d'être reprise, d'autant que la récolte ne sera peut-être pas toujours faite dans des conditions de stérilité absolue. Malheureusement, à faible dose les antiseptiques n'entravent pas la multiplication des microbes, et à forte dose ils provoquent l'hémolyse.

Il faut donc un antiseptique doué d'un très grand nombre de qualités : à la dose où il exerce une action empêchante sur les microbes et sur les moisissures, il ne doit pas augmenter la coagulabilité du sang, ni hémolyser les hématies, ni faire perdre au plasma ses propriétés spécifiques (sensibilisatrices, agglutinines), ni être toxique pour le receveur.

Il semble que le produit qui se rapproche le plus de ces desiderata soit le sulfate neutre d'O-oxyquinoléine, ou Sunoxol.

Toxicité. — A la dose de un centigramme par kilo de poids, il est toujours parfaitement supporté : cela représente environ 0 gr. 65 pour un adulte, soit 650 c. c. de sang sunoxolé au millième (c'est-à-dire deux ou trois transfusions massives). Or il faut une dose cinq fois plus forte, soit cinq centigrammes par kilo de poids, pour déclancher des convulsions passagères (Chavatte).

Action sur les microbes. — A la concentration de 1 p. 1.000 le Sunoxol a une action empêchante sur les microbes et les moisissures (Ch. Nicolle).

Action sur le sang. — Mélangé au sang en l'absence d'anti-coagulant, il ne trouble pas le phénomène de la coagulation et, à cette concentration, le sérum exsudé conserve sa teinte normale (Boyer).

Le sérum hémolytique anti-mouton auquel on a ajouté 1 ou même 3 p. 1.000 de sulfate d'O-oxyquinoléine ne perd pas ses propriétés spécifiques (Oliviera et Perez).

Malheureusement le sunoxol présente des incompatibilités qui, de prime abord, paraissent rédhibitoires :

a) Les sels de métaux lourds : aussi ne faudra-t-il pas l'employer en même temps que le sérum polycitraté de Normet qui contient du citrate de fer.

b) Les sels alcalins constitués par un acide faible et une base forte : *in vitro*, le citrate de soude à 5 % donne en présence de sunoxol à 1 % un très épais précipité blanc. A la concentration à laquelle ces substances se trouvent dans le sang (citrate de soude à 0,5 % et sunoxol à 0,1 %) on n'observe qu'un léger louche ; mais cela a suffi à nous dissuader de pousser plus avant nos recherches dans ce sens.

Pour obvier à cet inconvénient, la question se pose de choisir un anti-coagulant ne présentant pas la moindre incompatibilité avec l'antiseptique utilisé : et c'est aussitôt l'héparine qui se

présente à l'esprit ; mais outre son prix élevé et sa provenance étrangère, l'héparine à la dose classique de 0 gr. 015 pour 100 c. c. de sang, se montre beaucoup moins bon anti-coagulant que le citrate. Irréprochable pour les transfusions extemporanées, l'héparine ne paraît guère très recommandable pour le stockage du sang.

Le sulfarsénol est par ailleurs inutilisable.

Restait une autre solution : rendre, dès qu'il est récolté, le sang incoagulable par agitation avec des perles de verre comme on le fait pour le sang de mouton destiné aux examens sérologiques. De cette façon, le caillot se fragmente au fur et à mesure de sa formation ; aussi faut-il avoir le soin de filtrer le sang sur de la soie de bluterie avant de l'injecter, et de l'injecter en perfusion lente pour pouvoir suspendre la transfusion à la moindre alerte. Il ne s'agit plus ici de sang total, mais de sang défibriné, ou si l'on préfère d'un mélange globules-sérum, au lieu de globules-plasma. L'idée n'est pas nouvelle, mais le sang défibriné, dispensant de l'emploi d'un anti-coagulant, laisse un champ plus vaste pour la recherche d'un antiseptique conservateur.

La concentration optima du sunoxol étant un pour mille, on ajoute, à 100 c. c. de sang défibriné, 10 c. c. de sunoxol au centième dans du sérum physiologique. Conservé à la température du laboratoire, ce sang sunoxolé ne présente, au bout de vingt jours, aucun signe macroscopique d'altération ; mais il est préférable de ne pas l'utiliser au delà du dixième ou à la rigueur du quinzième jour. A défaut d'un examen cytologique et d'un ensemencement, l'aspect du plasma et la couleur des globules décantés sont d'assez bons tests extemporanés d'intégrité. Rouge rubis, les globules ont conservé leur hémoglobine sous forme d'oxyhémoglobine. De couleur foncée, ils ont subi une réduction sous l'influence de souillures microbiennes, et le sang doit être rejeté.

***

Des remarques qui précèdent il y a lieu de retenir que l'importante question de la transfusion du sang conservé n'est pas encore entièrement au point pour sa réalisation pratique.

Elle soulève de nombreux problèmes parmi lesquels la conservation est un des plus délicats : nous pensons que certaines substances « empêchantes » sont capables dans certaines conditions de suppléer, pour le transport, l'armoire frigorifique.

La recherche et l'étude de telles substances est capable de conférer à cette médication héroïque une plus grande sécurité, d'en faciliter la mise en œuvre et d'en permettre un large emploi avec un minimum d'accidents.

Il ne faudrait pas, toutefois, conclure que le sang conservé est souhaitable quand on peut faire autrement : ce n'est qu'une solution adaptée à certaines exigences. Et il ne faut pas perdre de vue que les cas de mort — tout à fait exceptionnels, bien entendu — imputables à des transfusions de sang conservé ne sont pas une vue de l'esprit, encore qu'on ne les publie pas volontiers.

DIAGNOSTIC DU CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS PAR L'HYSTÉROGRAPHIE

Docteur G. Hazebrouck

Le cancer du corps utérin n'étant en cause que chez la moitié des femmes dont l'utérus saigne après la ménopause, et l'examen clinique ne permettant pas aisément de le diagnostiquer avec certitude, il y a lieu de préciser ce diagnostic par une exploration endo-utérine.

Il faut mettre au premier plan de cette exploration complémentaire l'hystérographie, moyen simple et pratiquement sans dangers.

Lorsqu'elle montre, en corrélation avec les signes cliniques, une image typique de néoplasme, elle pose l'indication opératoire.

Lorsque le diagnostic reste douteux, un curettage biopsique dirigé permettra souvent de le préciser.

L'hystérographie peut également fixer avec précision les limites du cancer, donnant ainsi la possibilité de choisir entre l'hystérectomie totale et l'hystérectomie subtotale, opération plus rapide et moins choquante (1).

(1) Thèse de Paris, 1939.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Brûlures, accidents généraux, traitement

Aux Etats-Unis, 6.000 morts par an sont causées, en moyenne, par les brûlures cutanées, dont un sixième par des accidents d'automobile.

Si, parmi les facteurs de gravité, expose le Docteur RUDLER, le type même de brûlure (flamme, vapeur ou liquide bouillant) ne semble pas jouer un rôle bien net, il n'en est pas de même de l'âge du sujet, de son état général, de ses tares antérieures.

Le siège de la brûlure est aussi à considérer : les brûlures de la face antérieure du thorax et de l'abdomen sont plus graves que celles de la face postérieure (soit par action directe de la chaleur sur les viscères, à travers la paroi, soit parce qu'une brûlure de la face antérieure du corps s'accompagne par inhalation de vapeur ou de flamme, de lésions du tractus respiratoire, génératrices de complications pulmonaires précoces et sévères) ; les brûlures voisines du périnée, de la vulve, de l'anus peuvent devenir le siège d'une infection secondaire très grave. L'horaire de la mise en œuvre du traitement importe également.

Mais il faut surtout tenir compte de l'étendue et de la profondeur de la lésion, qui font varier l'importance des accidents généraux. Cependant, paradoxalement, des brûlures peu étendues (main, pied) peuvent être mortelles.

Les grands brûlés sont menacés d'accidents généraux graves, principalement à trois périodes de l'évolution de leurs brûlures : immédiatement après l'accident (dans les premières heures), c'est le shock initial ; pendant les quatre ou cinq premiers jours, c'est la période de toxémie ; audelà du cinquième jour, et, en particulier chez les blessés traités, du neuvième au quinzième jour, c'est la période d'infection.

Les complications sont de deux ordres : 1° les lésions pulmonaires, bronchite, broncho-pneumonie, œdème aigu surtout, ce dernier ayant pu être favorisé par des injections intra-veineuses trop copieuses de sérum physiologique, glucosé, etc. ; 2° l'ictère. A longue échéance le cancer des cicatrices de brûlures n'est pas exceptionnel.

Le traitement général s'adressera : soit au shock initial, soit à la toxémie (hydratation de l'organisme, désintoxication, transfusion et perfusion sanguine) ; au stade de l'infection, ce seront les thérapeutiques habituelles de la septicémie.

Quant au traitement local, on admet actuellement qu'au stade précoce, il faut : 1° procéder le plus tôt possible à un nettoyage chirurgical ; 2° aussitôt après, mettre en œuvre un traitement coagulant, dont le type initial a été le tannage.

Des échecs à ce procédé ont été attribués à ce qu'il avait été employé dans des cas de brûlures trop profondes ; mieux vaut donc le réserver aux brûlures superficielles (2e degré). Il ne faut pas l'employer à la face, ni aux brûlures antérieurement traitées par des corps gras. Aux fesses, au périnée, aux organes génitaux, il convient d'accélérer le tannage par l'emploi de solutions très concentrées. Autrement, il suffit d'une solution à 5 p. 100, en pansements ou en pulvérisations.

Au 3e degré, le tannage ne ferait que retarder l'issue fatale, qui survient quasi-inévitablement au stade d'infection. Mieux vaut, lorsque l'étendue des lésions ne semble pas mettre la vie du malade en danger, hâter l'élimination des tissus mortifiés par des pansements au sérum salé hypertonique, alternés avec des pansements gras (huile de foie de morue, par exemple). (*La Presse Médicale*, 27 septembre 1939).

Conjonctivite gonococcique par voie endogène ou métastatique

Le Docteur A. CANTONNET a pu observer trois cas de conjonctivite gonococcique par voie sanguine. Contrairement à la voie exogène qui est la voie habituelle, dans ce mode d'infection endogène le gonocoque infecte le sang en septicémie atténuée et gagne la conjonctive, comme il gagne les articulations pour donner l'arthrite gonococcique. D'ailleurs, il peut y avoir coïncidence de l'arthrite et de la conjonctivite métastatiques.

Dans la conjonctivite par voie sanguine ou endogène, on observe une teinte rouge sombre des conjonctives avec très peu de sécrétion (à l'opposé de ce qui a lieu dans la conjonctivite par contage direct) et, fait très important, pas de microbes dans cette légère sécrétion, pas de gonocoques, qui sont retenus par le tissu conjonctival et ne le traversent pas. C'est là un tableau qui contraste avec celui de la conjonctivite par contage direct : ophtalmie purulente à grosses sécrétions et ulcérations graves de la cornée. Bien meilleur est le pronostic de la conjonctivite par voie endogène, qui ne donne jamais d'ulcérations cornéennes. (*Journal des Praticiens*, 24 juin 1939.)

THÉRAPEUTIQUE

Un traitement pratique et efficace de l'asthme à toutes périodes, du catarrhe chronique des bronches et le l'emphysème

Par le Docteur Hélouin

De tous les agents thérapeutiques préconisés contre l'asthme et les bouffées asthmatiformes du catarrhe chronique des bronches et de l'emphysème, il n'en est pas à ma connaissance de plus fidèle et de plus efficace que celui que constitue l'association des eupnéiques, des cardiotoniques et des sympathicomimétiques.

Encore faut-il que les proportions relatives de chacun d'eux soient telles que les effets des uns ne contrarient pas les effets des autres et qu'au contraire ils se complètent et se synergisent.

C'est une telle association qui se trouve réalisée dans l'éphéiodine Béral où l'action sympathicomimétique de l'éphédrine naturelle se trouve renforcée et corrigée par les actions eupnéiques de l'iode, de la caféine et de la lobélie.

De fait, les résultats obtenus par l'administration de l'éphéiodine à la dose d'une cuillerée à café le matin et avant les accès sont toujours d'une fidélité remarquable contre tous ces états bronchitiques où, sur un fond lésionnel plus ou moins ancien, viennent se greffer des troubles circulatoires périphériques et une hyperexcitabilité vagale qui ne tardent pas à devenir prépondérants et à s'extérioriser par des symptômes réactionnels dyspnéiques, avec accès de suffocation, hypersécrétion bronchique, râles sibilants et ronflants, matité des bases, diminution progressive de l'hématose aboutissant à la fatigue cardiaque, puis à la myocardite chronique.

Sous l'influence de cette médication, en effet, des malades qui paraissaient voués à une claustration presque complète, qui ne pouvaient monter ou simplement marcher sans s'essouffler, sans tousser, sans fatiguer incessamment leur cœur surmené, qui s'acheminaient lentement, mais inéluctablement vers l'insuffisance cardiaque et la myocardite chronique, et dont les nuits n'étaient souvent qu'une longue suite d'insomnies et de suffocations, retrouvent un calme respiratoire qui les étonne, savourent la sensation délicieuse d'un peu d'air frais dans leurs bronches enfin débloquées et retrouvent un sommeil dont ils avaient perdu jusqu'au souvenir.

C'est parfois une véritable résurrection, c'est souvent une transformation, c'est toujours un grand soulagement.

C'est ce que traduit un confrère, terminant son auto-observation en déclarant qu'après avoir épuisé la gamme des médicaments et être devenu l'esclave de l'adrénaline et de toutes sortes de fumées, il n'avait jamais été soulagé autant que par l'éphéiodine, au point que si l'action se continuait, cela lui paraîtrait tenir du merveilleux.

Il n'est donc pas trop osé de dire que l'éphéiodine représente le complexe éphédriné le mieux adapté au traitement de fond des cas d'asthmes les plus fréquents dans la pratique courante et celui qui a le plus de chances de prévenir et espacer les crises de l'asthme à toutes périodes, comme de soulager rapidement les bouffées asthmatiformes du catarrhe bronchique et de l'emphysème, à tel point qu'on ne peut pas dire qu'on a épuisé les ressources de la médication antiasthmatique tant qu'on n'a pas essayé l'éphéiodine.

* * *

Pour retirer de l'éphéiodine le maximum d'effet thérapeutique il convient d'observer la règle fondamentale en pharmacodynamie, de s'efforcer d'obtenir l'effet utile avec la dose la plus faible, soit, en la circonstance, une cuillerée à café le matin dans un peu d'eau ou de lait à titre prophylactique, une ou deux cuillerées à café dès les premiers symptômes avant-coureurs d'un accès, à titre curatif. Enfin pour conserver intégralement à l'éphéiodine son activité première, il est bon d'entrecouper son emploi de courtes périodes de repos, à la suite desquelles son activité semble se renforcer.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

LES ACCIDENTS DUS A L'OBSCURITÉ

Nous tous qui, partout et depuis de longue, années, avons été gâtés par la grande lumière, nous voici depuis quelques mois et l'hiver venu, obligés de vivre dans les ténèbres, d'y circuler, d'y adapter notre vie habituelle. Cette adaptation ne se fait pas sans dommages et de tous côtés, qu'il s'agisse de militaires ou de civils, nous apprenons qu'il y a, de ce fait, quantité d'accidents graves.

Je crois que rarement, on avait noté dans l'armée, un nombre aussi important de fractures et il y a là un danger qu'il importe de signaler, parce qu'il s'aggrave chaque jour et que nous arrivons à cette période de l'année où les jours sont courts et où les ténèbres commencent à seize heures pour ne se terminer qu'au matin.

J'ai eu la curiosité de rechercher sur tous les accidents dont j'ai eu à m'occuper quelle était leur cause première, et, dans la plupart des cas examinés, c'est l'obscurité qui doit en être rendue responsable.

Pour le piéton, c'est presque toujours la marche d'escalier, le rebord du trottoir, qui est la cause de sa chute ; les sujets jeunes souples, s'en tirent avec une entorse, une petite fracture du cou-de-pied, ceux qui sont moins agiles, ceux dont la chute est plus lourde se brisent les diaphyses de la jambe ou de la cuisse, la fracture du col restant comme toujours, l'apanage des plus âgés. Du fait de la guerre, les civils à la campagne, les militaires dans les cantonnements, ne voient pas les embûches que la nature leur tend : les trous, les ornières, les grosses pierres les troncs d'arbre et les conséquences de ces chutes nocturnes, souvent brutales, nous sommes appelés à les constater, et souvent à les appareiller.

Se mouvoir dans l'obscurité est un art où autrefois, l'homme de la campagne était passé maître ; il était habitué à circuler la nuit, sans y voir, à marcher en tâtant le terrain, à sentir, à deviner les obstacles ; le citadin, habitué à y voir clair, ignore la manière de marcher dans les ténèbres en sentant le sol et en ne posant son pied qu'à coup sûr.

Bien que, jusqu'ici, les alertes aient été peu nombreuses, l'état d'affolement, de précipitation vers les abris que les premières ont créé, a contribué à expliquer les chutes dans les caves, les chocs contre des voûtes basses, mal éclairées. Que serait-ce, si le danger était réel, et s'il fallait s'y soustraire rapidement et sans rien y voir ! Les fractures et les luxations. même les luxations relativement rares, comme celles de la hanche, s'observent actuellement elles sont le résultat des chutes faites dans la nuit et la pathologie de ces derniers mois de guerre est bien le fait de l'obscurité.

A côté du piéton dont la méfiance suffit souvent à le protéger, tous ceux qui utilisent les engins mécaniques, la bicyclette, la moto ou l'automobile, constituent des candidats aux accidents sérieux que nous avons à déplorer sur les routes où la circulation est importante : collisions, tamponnements, blessures. La plupart pourraient être évités en comprenant que l'obscurité oblige à des allures très ralenties et qu'il faut désormais conduire avec un peu plus de prudence.

A l'heure actuelle, quand la nuit est venue, *celui qui circule soit à bicyclette, soit en automobile risque sa vie.* La visibilité est à peu près nulle ; la pluie, le brouillard donnent aux choses de la route des aspects anormaux, faussent les distances et il suffit au plus prudent des conducteurs, de rencontrer un de ces rouleurs à tombeau ouvert que rien n'arrête, pour courir des risques importants.

Les dangers habituels de la route, les attelages non éclairés, les fardiers porteurs d'arbres volumineux circulent comme par le passé ; s'ils étaient redoutés quand nous disposions du puissant éclairage que donnent les phares d'une voiture moderne, ils sont plus que jamais redoutables, aujourd'hui que la lueur des lampes réglementaires permet à peine d'apercevoir ce qu'il y a à dix mètres devant soi.

Je serais curieux de connaître le chiffre des accidents survenus depuis le début de la guerre, au cours des mouvements de troupe qui ont obligé tant de camions à circuler la nuit, souvent avec des conducteurs d'occasion, ignorants des routes sur lesquelles ils roulaient. Au hasard de mes déplacements, et dans un périmètre assez limité, j'en ai moi-même rencontré qui avaient franchi le parapet d'une rivière, d'autres, qui,

tombés dans un fossé du bas-côté avaient versé et brûlé, je ne parle pas de ceux qui ne voyant pas le virage qu'ils prenaient et qui, suivant aveuglément le camion qui les précédait, ont terminé leur carrière contre un arbre.

Chaque fois de pareils accidents s'ils ne font pas de morts font des blessés civils ou militaires, qui sont, en réalité, la grande majorité de ceux qui remplissent les hôpitaux.

Parmi les accidents les plus curieux que j'ai observés, je rappellerai celui d'un motocycliste qui roulant la nuit sur une route droite qu'il connaissait bien, rentre à belle allure dans une vache qui traversait la route, celui d'un cavalier tenant le bas côté dont l'étrier fut accroché par un camion qui en doublait un autre et qui n'avait vu ni le cheval ni celui qui le montait.

Tous ces accidentés de l'obscurité, nul ne les voit, nul n'en parle, ce sont les médecins qui les traitent qui s'étonnent de leur grande fréquence, au point que la pathologie du soldat en ce début de guerre, c'est la pathologie des fractures.

Sans doute tous ces blessés trouvent dans nos formations les soins compétents qui leur permettent une bonne récupération fonctionnelle, mais quelques-uns resteront diminués, avec des séquelles difficiles à améliorer et il est permis de se demander s'il ne serait point possible d'éviter des accidents dont le nombre est excessif.

Pour le piéton, il faut l'inciter à encore plus de prudence, l'empêcher de se précipiter comme je l'ai vu faire aux abords des gares à Paris, au milieu de files de voitures en marche. Les passages cloutés, les batons blancs des agents ne servent à rien, la nuit, il suffirait sur le sol d'une raie lumineuse rouge, pour indiquer aux uns qu'ils doivent s'arrêter, aux autres qu'ils peuvent passer.

Pour la circulation routière, un plus large emploi de la peinture blanche, dans les virages, sur les obstacles, aux points dangereux, rendrait de grands services en signalant justement le danger.

Cependant, c'est la question de l'éclairage qui reste la préoccupation dominante, n'est-il point possible de trouver une lumière qui soit suffisante pour éclairer les routes, ne constitue pas pour les avions des repères commodes et soit compatible avec les exigences de la défense passive ? Déjà pour les trains, on a trouvé un éclairage orange qui combiné avec la couleur des vitres donne à celui qui est à l'extérieur, l'apparence de l'obscurité. N'est-il pas possible, en combinant et en croisant des faisceaux lumineux d'arriver à nous donner un éclairage utile et de faire de l'obscurité avec de la lumière. La question, du fait même du nombre important des accidents survenus mérite qu'on l'étudie. Nous ne manquons pas de chercheurs que ce problème peut intéresser, et c'est bien plus en attirant l'attention sur les méfaits des ténèbres qu'en feignant de les ignorer qu'on arrivera à résoudre le problème.

L'obscurité est actuellement une nécessité, c'est un moyen de protection générale du pays ; la solution ne saurait donc consister, comme certains le demandent, à rétablir la lumière ou à tolérer des infractions chaque jour plus nombreuses aux règlements qui ont été pris. Ce qu'il faut, c'est rendre l'obscurité moins dangereuse, et tout en faisant l'éducation de chacun à la vie dans le noir, réaliser un éclairage invisible des avions qui nous survolent et suffisant cependant, pour écarter les dangers de la circulation routière actuelle.

Dr Rapho.

AUX MÉDECINS ÉTRANGERS EXERÇANT EN FRANCE

Je vous ai dit récemment : « Puisque vous vivez en France et que vous savourez les agréments du pays, prenez-en aussi les charges : la France est en guerre, engagez-vous ! »

Or, plusieurs d'entre vous m'écrivent que précisément ils se sont engagés. Mariés à des Françaises, pères d'enfants français, installés depuis plusieurs années, ils ont fait leur, notre querelle, et ont été versés dans des régiments de marche. Ils y figurent actuellement en qualité de soldats de 2e classe et s'en étonnent.

Le fait n'est pas surprenant puisque des médecins français récupérés ou engagés sont dans les mêmes conditions pour la seule raison qu'ils n'ont pas fait de service actif.

Mais, on veut espérer qu'il s'agit là d'un état transitoire et que, les classes achevées, ces médecins français et étrangers seront versés dans le Service de santé et que la faculté leur sera donnée de passer le brevet d'aptitude au grade de médecin auxiliaire.

Il faut à l'armée des médecins jeunes, vigoureux, résistants. Si elle ne prend pas ceux qui s'offrent parce qu'elle manque de place dans les cadres, qu'elle rajeunisse les cadres, qu'elle renvoie les vieilles classes. Une armée sur le pied de guerre n'est pas, que l'on sach, une sénat !

G. L.

RESPONSABILITÉ CIVILE D'UN MÉDECIN AU SUJET DES ERREURS COMMISES PAR UNE INFIRMIÈRE DE CROIX-ROUGE

Un de nos confrères est chargé d'un dispensaire et d'un hôpital auxiliaire, organisés par une section de Croix-Rouge. Il demande au *Sou Médical* quelle pourrait être sa responsabilité personnelle, au cas où une infirmière viendrait à commettre une faute ? Brûlure par bouillotte, injection hypodermique ayant provoqué un abcès, etc. (lettre nº 7.342).

En ce qui concerne les poursuites en responsabilité introduites contre des médecins, à l'occasion de leurs infirmières, il faut dégager ce principe, c'est que si le médecin est personnellement mis en cause, le *Sou Médical* assure sa défense.

S'il y a condamnation à des dommages-intérêts, il faut déterminer qui est condamné. Si c'est le médecin personnellement, à cause d'une faute qui lui est imputable, le Sou paye lesdits dommages.

Mais si la faute est reprochable à l'infirmière et que cette dernière soit condamnée, alors que le médecin est simplement déclaré civilement responsable, le Sou ne peut garantir le paiement, étant donné que l'infirmière n'est pas membre du Sou.

Aussi, dans des procès de cette sorte, il faut faire préciser, devant les Tribunaux, si l'infirmière est ou non l'employée, la préposée du médecin. Lorsque ce dernier est propriétaire d'une clinique, ou maison de santé, et qu'en cette qualité, il engage, par contrat de travail, un personnel infirmier, il est responsable de ses employés, non comme médecin, mais comme employeur. Pour cela, le Sou sert d'intermédiaire avec une Compagnie d'assurances de premier ordre, qui couvre la responsabilité du médecin, à l'égard des fautes de ses préposés.

Si le médecin exerce dans un hôpital, une maison de santé, ou en ville, alors qu'il n'a pas engagé le personnel infirmier par un contrat de travail, le praticien ne peut être tenu pour responsable que des ordres qu'il a donnés. A l'employeur des infirmières d'être responsable des fautes diverses du personnel.

Or, dans les sociétés de Croix-Rouge, les infirmières sont diplômées après trois années d'études, organisées par les dites sociétés ; le dispensaire ou clinique est géré par la Croix-Rouge, qui engage son personnel et fixe le statut de ce dernier. Le médecin n'est donc pas responsable des fautes de service de ce personnel, qui doit être placé sous la surveillance des dirigeants de la Croix-Rouge. Le praticien ne serait civilement responsable que des erreurs qu'il commettrait personnellement dans les ordres qu'il donne au personnel.

Dans ces conditions, si une poursuite en responsabilité vous est intentée, le Sou honorera l'avocat qui défendra notre adhérent. Mais il conviendra de faire déterminer si la faute de l'infirmière est imputable au praticien ou si elle doit rester à la charge de l'établissement.

Prenons des exemples, pour mieux nous faire comprendre. Sera responsable le médecin, qui aura fait une erreur de posologie, en donnant des ordres oraux à une infirmière, ou qui aurait confié à cette dernière une besogne, qui est au-dessus de ses capacités professionnelles. Serait également responsable le praticien coupable de négligences et qui ne surveille pas le personnel placé sous ses ordres.

Au contraire, est civilement responsable l'employeur pour toutes les fautes d'ordre administratif, impéritie, négligences dans l'assiduité au service, absences, ou retards dommageables pour les malades.

De toutes façons, l'avocat du *Sou Médical* discutera la responsabilité de la faute reprochée au médecin et à l'infirmière, pour que le Tribunal soit obligé de dire qui doit être rendu civilement responsable, soit le médecin, chef de service, soit l'Administration de la Croix-Rouge.

Dr Paul BOUDIN.

Le **médecin auxiliaire** est l'échelon humble mais essentiel de la chirurgie de guerre (Professeur Forgue).

Humble il l'est par la solde. Mais puisqu'il est aussi « essentiel » **réhaussez la solde du médecin auxiliaire.**

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

La Presse et les Sociétés

Le diabète traumatique

Il ne faut pas croire que tous les traumatismes puissent produire, par eux-mêmes, le diabète traumatique essentiel primitif ; n'en sont responsables que ceux qui provoquent, par action mécanique, une altération directe des organes régulateurs de la fonction glycogénique.

F. PEDRAZZINI étudie trois catégories de chocs pouvant occasionner le diabète traumatique : 1° chocs épigastriques ou ombilicaux ; 2° chocs de la tête ; 3° chocs par éclat de gros projectiles à distance.

1° Plusieurs chocs portant sur les régions épigastrique et ombilicale (coups, heurts, chutes, coups de pied) ont causé des lésions isolées du pancréas, constatées par laparotomie, bien que les parois abdominales fussent saines.

Le pancréas, étant en rapport avec la surface résistante de la colonne vertébrale, et étant moins élastique que les organes qui se trouvent devant lui et le séparent de la paroi antérieure de l'abdomen, ressent l'énergie totale ou presque totale du choc, et celle-ci peut être ressentie par les ganglions semi-lunaires, centres nerveux de la vie végétative abdominale, situés également contre la colonne vertébrale, au devant des piliers du diaphragme, immédiatement au-dessous du bord supérieur du pancréas, et qui seront ainsi lésés.

2° Chocs de la tête. Claude Bernard, par la piqûre expérimentale du 4e ventricule, provoquait chez les chiens une glycosurie transitoire. La possibilité d'une glycosurie par lésion bulbaire était dès lors démontrée. Cependant, on doit admettre que la grande majorité des traumatismes crâniens ne provoque pas le diabète sauf, peut-être, une légère glycosurie transitoire. Il ne faut pas oublier, en effet, que l'axe nerveux possède un appareil protecteur contre les chocs ; qu'il est contenu dans une boîte et dans une tige élastique ; qu'il se trouve inclu dans le sac élastique de la dure mère et immergé dans le liquide céphalo-rachidien où les pressions, lorsqu'il y a un temps suffisant, se répartissent uniformément suivant le principe de Pascal. Or, si les moyens de compensation (expansibilité de la dure-mère épinière, pénétration du liquide dans les ventricules) s'accomplissent normalement, l'axe nerveux est suffisamment protégé, et ainsi l'on aura pas de diabète.

Cela dit, examinons les traumatismes instantanés, résultant de coups portés sur la tête avec une grande vitesse et une forte violence. Dans ces cas, le liquide sous-jacent n'a pas le temps de se mettre en mouvement, et il transmet par inertie, comme un corps solide, l'énergie du choc total, ou à peu près, directement à la masse nerveuse. L'isthme et le bulbe sont alors les sièges les plus fréquents de cette transmission dynamique du choc même et de la contusion. Les lésions produites dans ces régions sont généralement mortelles.

Si le sujet survit, après un traumatisme de ce genre, en raison du moindre degré d'énergie ressentie par le bulbe, les altérations produites pourront aboutir à de la glycosurie.

3° Chocs par éclat de gros projectiles à distance. Ici le sang veineux des cavités splanchniques est poussé dans le canal rachidien, ce qui détermine une augmentation du contenu périméningé, un violent coup de bélier et aussi une augmentation de la pression du liquide céphalo-rachidien. La compensation ne peut être établie que par la compressibilité de la masse nerveuse et par la pénétration du liquide dans les ventricules. Les actions spinales et les actions crâniennes s'additionnent les unes aux autres avec un signe positif. Néanmoins, la pression violente de l'air déplacé par l'éclat des projectiles ainsi que la phase successive de pression négative agissent directement sur les parties externes du corps, notamment sur les parois souples de l'abdomen, et elles sont indirectement ressenties par le sac élastique dural rachidien, à cause des déséquilibres circulatoir esdéterminés.

Le problème doit donc être divisé en deux parties, à savoir : 1° un traumatisme abdominal direct, apte à déterminer une altération du pancréas et du plexus solaire, et à produire le diabète ; 2° un traumatisme indirect commotionnel de l'axe nerveux, grave et compliqué au plus haut degré, mais d'ordre statique, avec intervention des compensations hydrauliques cérébro-spinales et répartition des pressions. Ce traumatisme indirect produit rarement une glycosurie bulbaire, de sorte que, pour un diagnostic différentiel, il faudra que la glycosurie soit accompagnée de symptômes concomitants, qui témoignent de son véritable siège d'origine. (*La Presse Médicale*, 10 mai 1939.)

L'HYGIÈNE NAVALE A BORD DES BATIMENTS DE COMBAT

Les conditions d'habitabilité, d'hygiène et aussi de soins médicaux et chirurgicaux à bord des bâtiments de guerre ont été exposées récemment par M. le Docteur R. Pirot, professeur agrégé de la marine, dans une communication faite par lui le 9 mai 1939 à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (1), communication qui présente aujourd'hui un intérêt particulier.

Les nouvelles unités de la flotte de guerre, construites dans ces vingt dernières années, ont comporté de grandes améliorations pour ce qui concerne l'hygiène. Les statistiques montrent d'ailleurs, sur ces bâtiments, une régression nette de la morbidité, à la fois dans la métropole et aux colonies.

L'hygiène navale pose d'abord un problème d'habitabilité. Nos bateaux sont des sortes de casernes d'acier où les hommes passent la majeure partie du temps en espace clos. Il faut y faire vivre une collectivité dense, resserrée à l'extrême, dans un espace divisé en tranches successives, séparées par des cloisons complètes. L'aération naturelle, assez restreinte, est à cet effet renforcée par une ventilation artificielle, développée à un point difficilement imaginable. On en arrive actuellement aux ventilateurs refoulant 8.000 à 12.000 mètres cubes par heure dans chaque tranche, amenant de l'air frais, chassant l'air vicié, agissant utilement en outre contre l'humidité, asséchant les chambres, les postes, les bureaux, etc.

Un autre facteur d'amélioration hygiénique de premier plan est la substitution, dans toute la marine moderne de combat, du mazout à la chauffe au charbon. Cette transformation a intéressé non seulement le personnel de la machine mais encore toutes les spécialités participant aux corvées d'embarquement de charbon (1.200 tonnes dans la journée).

Donc, de l'air frais pour chacun et suppression du charbon. A défaut de lumière naturelle, la lumière électrique partout.

Le bateau reste cependant une maison entourée de tôle échauffée à l'extérieur par le soleil, cuite en dedans par ses fours, ses machines, ses chaufferies. Contre l'échauffement de l'atmosphère viennent lutter la ventilation intense, rafraîchissante, et les moyens d'amendement de la conduction thermique. Dans la machine et alentour, c'est l'amiante onéreux mais léger et incombustible, qui triomphe. Il tend, même en dehors des machines, à supplanter l'alfol (gaufrage de papier d'étain entre deux cloisons) et il concurrence le coton de verre, nouveau venu. Contre l'échauffement extérieur, dû aux radiations solaires, des progrès sensibles ont été réalisés avec l'alfol sur le pont supérieur, la double coque avec interposition de terre floconneuse ou de coton de verre (avisos coloniaux, au niveau de l'infirmerie en particulier). Ces moyens offrent toutefois quelques inconvénients, à amender.

(1) Publiée par la *Gazette Hebd. des Sc. Médicales de Bordeaux*, 3 septembre 1939.

Le chauffage est depuis longtemps résolu par la vapeur à basse pression. Le système a fait ses preuves ; les radiateurs sont maintenant placés sous les hublots. L'électricité commence en ce domaine à faire son apparition (panneaux chauffants électriques).

La question de l'eau est importante. On peut dire que, depuis la guerre de 1914, la javellisation a résolu de façon définitive et simple, le problème de la purification de l'eau à bord ; mais d'autres progrès ont été faits. D'abord l'eau de boisson ne rouille plus : les caisses-réservoirs sont en acier parkerisé, dont le revêtement est inattaquable, les tuyautages sont en acier au nickel inoxydable. Ensuite, cette eau est automatiquement rafraîchie avec des réfrigérateurs électriques.

Du côté des cuisines, de grands changements ont été réalisés. Toutes les cuisines sont sur le pont et carrelées. D'un côté, se trouvent les cuisines proprement dites avec hache-légumes, presse-purée, moulins à café mûs électriquement. De l'autre côté, est l'office de distribution et de lavage : monte-charge descendant aux ponts inférieurs, distribuant les plats jusqu'aux tables et remontant à l'office assiettes et autres ustensiles du repas, qui sont lavés mécaniquement. La boulangerie, carrelée, luxueusement installée, est en entier équipée électriquement.

Un four à incinérer fonctionne pour la destruction des déchets. L'évacuation des nuisances par poulaines (W. C. de l'équipage) est conforme aux vœux maintes fois exprimés : séparation des usagers au moyen de boxes, sièges à la turque, tuyaux de chute élargis, impossibles à engorger.

On le voit, à bord de nos bâtiments de combats les plus récents, les conditions d'habitat, de confort et d'hygiène ont été l'objet d'importantes améliorations.

Du point de vue plus particulièrement médical et chirurgical, il en a été de même.

Les locaux hospitaliers, situés dans les hauts et en plein milieu du bâtiment sont desservis par un double circuit de ventilation dans les points principaux. Vaste salle de visite (6 m. 50

× 5 mètres), chambre sourde (à l'abri du bruit) pour l'auscultation ; installation radiologique, trois salles d'opération dont deux « protégées » au combat et fort bien ventilées, d'accès facile (échelles larges, portes à double battant). Dix-sept hublots pour l'ensemble des locaux.

Les bateaux de guerre, comme tous les bateaux, n'hébergent pas seulement des hommes ; ils hébergent aussi des rats. Nulle part plus qu'à bord, surtout sur les bâtiments surpeuplés, n'est réalisée la promiscuité intime et continue homme-rat. On connaît le rôle du rat,réservoir de virus, dans la propagation de la peste , du typhus murin (par ecto-parasites), de la spirochétose ictéro-hémorragique (par contact indirect), du sodoku (par contact direct). Ainsi s'explique la fréquence relative des atteintes de typhus bénin, de sodoku, dans la marine de guerre.

Soixante-dix pour cent des rats de bord sont atteints de sodoku (maladie d'ailleurs à forme inapparente à Brest). Un rat sur trois ou quatre, sur certains cuirassés, à Toulon, est réservoir de virus typhique (Mercandier). Il est classiquement admis que c'est la puce et spécialement *xenopsylla cheopis*, fréquemment rencontrée à bord sous le climat méditerranéen, qui par piqûre (?) ou par ses déjections virulentes transmet le typhus murin. Mais alors, pourquoi la peste, qui a le même vecteur d'élection (puce et rat) demeure-t-elle pratiquement inconnue dans la marine de guerre ? Comment se fait-il, encore, que malgré la densité reconnue après la guerre de 1914-1918 des rats porteurs de *spirochœta ictero-hémorragiæ*, les cas de spirochétose demeurent presque ignorés sur nos bâtiments ? Problème qu'éclairera une étude plus avancée de la biologie de la gent mûrine. M. le Professeur agrégé Pirot nous montre, en tout cas, l'intérêt de ce qu'il appelle l' « individualisme murin » et le rôle dans la défense anti-rat de la construction plus hygiénique des récents bâtiments de guerre. Rats de bord, rats de ville, rats d'arsenal, dit-il, constituent trois phalanstères peu enclins aux échanges mutuels. On a, dans ces conditions, surtout à lutter contre les rats de bord. Dans les bateaux de construction nouvelle, le rat d'égout, peu grimpeur, tend à céder la place au grimpeur par excellence, le rat noir, grand ami des échelles, mais physiologiquement moins prolifique, moins résisant. Dans nos unités modernes de combat, l'étanchéité, la suppression des gîtes à poussière, des produits résiduaires, la propreté générale en un mot, sont les éléments essentiels de *rat-proof*. Réduisant leurs gîtes et raréfiant leur nourriture, on éloigne ces rongeurs tout particulièrement indésirables pour l'hygiène et la prophylaxie.

P. Lacroix.

AMBROISE PARÉ OPÈRA LE PRINCE DE LA ROCHE-SUR-YON A BAYONNE (1)

La Vendée a pu lire, il y a quelques mois, un entrefilet de la Presse locale, relatif à une *opération* pratiquée au XVIe siècle à Bayonne, sur le Seigneur Claude de Bourbon, prince de la Roche-sur-Yon, par Ambroise Paré lui-même. Il s'agit d'une saignée par *artériotomie temporale* exécutée pour une *migraine* persistante, très douloureuse, et ayant résisté à toutes les médications.

A. Paré obtint un succès thérapeutique complet. Le fait est indéniable, car nous venons de vérifier que cette remarquable observation est citée par le grand chirurgien dans ses *Œuvres*. Nous avons le texte sous les yeux.

Ce qu'on sait moins, c'est que le dit Prince, pour remercier son opérateur, demanda à la princesse, son épouse, d'être la marraine du premier né, de sexe masculin, de la femme d'Ambroise Paré ! Malheureusement ce fils mourut à un an.

Ce fait a été signalé par Chéreau dans le *Dictionnaire Encyclopédique* ; il avait passé totalement inaperçu ! La Vendée vient de s'en souvenir et son *Préhistorien* vient de demander que l'hôpital de La Roche-sur-Yon s'appelle désormais, Hôpital Ambroise Paré !

Ce ne serait que justice et une bonne action. Honorons les hommes de grand talent, sortis des rangs du peuple, comme Paré.

M. B.

(1) Notre excellent ami, le Docteur Marcel Baudouin, ancien interne des hôpitaux de Paris, retiré en Vendée, nous a adressé la note ci-dessus, dont nous le remercions bien cordialement. J. N.

AU SUJET DE LA RÉCUPÉRATION DES EXEMPTÉS ET DES RÉFORMÉS

Nous avons reçu du Docteur H. Hamant, de Pessac (Gironde), la lettre suivante :

Mon cher Confrère,

Veuillez permettre à un vieux lecteur du *Concours Médical,* que sa santé a mis depuis une quinzaine d'années dans l'inaction, de rompre momentanément son silence, pour vous entretenir d'une question dont — vous vous en souvenez peut-être — il s'est beaucoup occupé, au cours de la précédente guerre, et au sujet de laquelle vous avez bien voulu lui donner une large et bien confraternelle hospitalité dans les colonnes du *Concours Médical* (1916-1920). Il s'agit de la « récupération des exemptés et réformés », qui semble revenir à l'ordre du jour : pour la seconde fois en moins d'une semaine, je trouve, en effet, dans les journaux, une communication émanant de l'autorité militaire et concernant « la révision des exemptés et réformés (classes postérieures à celle de 1909) ».

Après ce qui s'est passé il y a 23 et 25 ans, nous sommes, maintenant, un certain nombre à ne pas comprendre ce à quoi on veut en venir aujourd'hui. Si, il y a 25 ans, une pareille opération pouvait trouver son motif ou du moins *son excuse* dans les pertes considérables que l'armée avait faites, au cours des premières semaines de la guerre, jusqu'à et y compris la première bataille de la Marne, il est infiniment moins facile de comprendre, présentement, le retour à une pareille pratique, alors qu'on nous répéta sur tous les tons, depuis plus de deux mois que durent les hostilités, que nos pertes sont légères, parfois même insignifiantes ; on dirait vraiment que la France est aux abois, alors que tout fait penser qu'il n'en est heureusement rien.

Au surplus, si, dans les conjonctures actuelles, on considère l'importante question du « matériel humain », on constate que les troupes anglaises, infiniment plus importantes aujourd'hui, que ne l'était « la misérable petite armée anglaise » de jadis — comme disait le Hohenzollern — ne cessent de déferler, en rangs serrés, sur le sol français. Nos colonies s'apprêtent à nous envoyer des milliers et des milliers d'hommes, qui s'enrôlent sous le drapeau de la France « au milieu d'un enthousiasme indescriptible ». Le Canada, l'Australie, l'Afrique du Sud, et sans doute d'autres dominions anglais, se préparent à nous envoyer des armées. On lève, en ce moment, en France, une armée polonaise et une armée tchéco-slovaque. J'ai entendu parler d'une légion garibaldienne et de troupes formées avec des Russes blancs résidant en France.

Ne trouvez-vous pas que cela doit former, au total, des contingents considérables, dans le même temps que l'on entend, de tous les côtés, qu'il semble bien que nous avons des hommes à n'en savoir que faire, au point que, depuis leur mobilisation, nombre d'entre eux perdent leur temps à se tourner les pouces, loin de la ligne de feu, alors que, demeurés chez eux, *et rappelés seulement au fur et à mesure des besoins,* ils rendraient service à la collectivité, aideraient à la reprise de la vie économique, dont le gouvernement est le premier à souligner l'importance, *sans coûter un sou à l'Etat,* tout en restant à sa disposition au premier appel.

Devant cette pléthore de contingents, déjà sous les armes ou en perspective rapprochée, pourquoi vouloir aller fouiller dans les poubelles de la santé, pour voir si l'on n'y trouvera pas quelques pauvres bougres dont l'état a été et reste profondément taré et dont la récupération, *sans aucun profit pour personne,* équivaudra, peut-être, pour eux à une condamnation à mort. Faut-il rappeler ici, les lignes que j'ai reproduites à ce sujet, dans le numéro d'avril 1916 du *Concours Médical,* et par lesquelles un médecin-inspecteur — un médecin général dirait-on aujourd'hui — envoyé en mission, au cours de l'été de 1915, à travers les hôpitaux militaires, faisait les constatations suivantes :

« **A la catégorie des valeurs amoindries, il y a lieu d'ajouter celle des valeurs nulles, constituée par les réformés et les auxiliaires des classes anciennes que les derniers conseils de revision ont versés dans le service armé. Ces hommes, pour les quatre cinquièmes profondément tarés, vivant en bonne intelligence avec un ennemi torpide, grâce à une hygiène, spéciale, d'où toute fatigue était bannie, affluent aujourd'hui, dans tous les hôpitaux. Quelques semaines à la caserne, quelques marches ont réveillé des lésions, qui prennent alors une marche aigue, se terminant par la mort ou la réforme** ».

Faut-il reproduire les paroles par lesquelles M. Bouvai, flétrissait le 31 janvier 1917, à la Chambre des Députés, au cours de la « discussion du projet de loi relatif à la visite des exemptés et réformés », nombre de récupérations vraiment scandaleuses « qui déclarent bons pour « le service armé des hommes qui étaient pris « comme les saigneurs de la Villette prennent les « animaux pour le sacrifice ». (*Journal Officiel.* Débats parlementaires du 1er février 1917. Chambre des Députés, page 224, 1re colonne).

Le malheur est que c'est la France qui paie, qui expie une pareille manière de faire.

Nous sommes décidément incapables de savoir profiter des leçons du passé ! Si jamais — ce qu'à Dieu ne plaise — la chose devenait, contre toute attente, *vraiment nécessaire,* ne vous

semble-t-il pas qu'il serait prudent de limiter pareille révision aux jeunes classes *et d'en exclure* AU MOINS *les classes anciennes* — celles qui font partie de la deuxième réserve — et dont les exemptés et réformés, qui ont survécu jusqu'à présent, ne peuvent être que « des hommes pro« fondément tarés, vivant en bonne intelligence « avec un ennemi torpide, *grâce à une hygiène « spéciale, d'où toute fatigue est bannie* » et dont la récupération équivaudrait, pour beaucoup d'entre eux, à une condamnation à mort ?

Je vous serais bien reconnaissant, mon cher confrère, si vous pouviez et vouliez bien reproduire cette lettre dans un des prochains numéros du *Concours Médical,* je vous en remercie bien vivement par avance et vous prie de croire à mon très fidèle souvenir, comme à mes bien sympathiques et tout dévoués sentiments confraternels.

DOCUMENTATION DU TEMPS DE GUERRE

Circulaire de la Direction du Service de santé militaire du 14 octobre 1939 sur l'aptitude des tuberculeux ou des anciens tuberculeux au service militaire

Dans une Circulaire du 14 *octobre* 1939, *M. le Médecin général Maisonnet, directeur du Service de santé militaire, fait connaître aux médecins et aux présidents des Commissions de réforme dans quelles conditions peuvent se faire les réformes pour tuberculose et les incorporations des anciens tuberculeux guéris. Cette Circulaire, dont nous donnons ci-après les extraits essentiels, expose le double but à atteindre : ne pas incorporer les sujets ayant une lésion bacillaire réelle, si faiblement évolutive soit-elle, d'une part ; d'autre part, ne pas réformer des sujets sur des signes stéthoscopiques ou radiologiques vagues, de valeur manifestement insuffisante.*

La tuberculose en activité entraîne la réforme définitive...

Par suite, les malades porteurs de lésions actives, même minimes ou très faiblement évolutives, doivent être éliminés de l'armée, parce qu'ils ne peuvent être considérés comme offrant la résistance physique nécessaire à la vie en campagne. Aucun tuberculeux ne peut non plus être versé ou maintenu dans le service auxiliaire, situation qui implique elle aussi l'aptitude à faire campagne.

Les anciens tuberculeux ne seront considérés comme guéris et susceptibles d'être admis ou réintégrés dans l'armée que si la disparition des signes physiques, fonctionnels et généraux, est corroborée par l'absence de bacilles de Koch dans les crachats, vérifiée par plusieurs examens et confirmée par le résultat négatif de l'inoculation au cobaye. Il est rappelé que le tubage gastrique permet de recueillir dans un grand nombre de cas des sécrétions bronchiques dégluties.

L'aptitude au service militaire en campagne exigeant une capacité fonctionnelle de l'appareil respiratoire suffisante, l'accès ou le retour dans l'armée doit être interdit aux sujets qui présentent une symphyse pleurale étendue ou limitant d'une manière importante la mobilité du diaphragme, une paralysie durable de la moitié du diaphragme consécutive à une phrénicectomie, une rétraction thoracique ou un épaississement pleural notables, une poche gazeuse résiduelle d'un certain volume, des résections costales déformant la cage thoracique.

L'armée ne peut pas davantage admettre ou reprendre les anciens tuberculeux qui, pour s'assurer une garantie supplémentaire contre le retour de la maladie, se soumettent périodiquement, bien que guéris depuis longtemps, à des réinsufflations intrapleurales (pneumothorax de sécurité), les conditions du temps de guerre rendant ces réinsufflations problématiques.

Il est prudent d'ajourner à quelques mois, l'admission dans l'armée des engagés dont la cutiréaction est devenue positive dans les semaines précédentes.

***

S'il est nécessaire de prendre à l'égard des tuberculeux ou des anciens tuberculeux des mesures propres à protéger l'armée contre l'infection bacillaire et à sauvegarder les intérêts de ces malades ou de ces infirmes, il est non moins indispensable d'interdire avec fermeté les éliminations abusives pour des tuberculoses inexistantes.

En conséquence, je vous prie de veiller avec attention à ce que le diagnostic de cette maladie soit étayé, dans le libellé des certificats ou des autres documents établis en vue d'une proposition de réforme, sur un ensemble de signes suffisants. On ne saurait tolérer que des hommes soient écartés du service militaire pour tuberculose, parce qu'ils présentent simplement une anomalie isolée du murmure vésiculaire ou du son de percussion, ou parce qu'on les a déclarés atteints d'une « bronchite suspecte » ou de telle autre affection aussi vague. Il ne doit pas être admis non plus que le certificat d'expertise consiste uniquement en la description d'anomalies de l'aspect radiologique des poumons. J'insiste sur ce point parce qu'il m'a été déjà signalé que des réformes avaient été prononcées sur des présomptions aussi légères.

La notion d'une expectoration bacillifère constituant un renseignement de premier ordre, il ne sera tenu compte, pour éviter les abus, que des certificats établis par les laboratoires de bactériologie militaires ou par des établissements publics qui, comme les dispensaires d'hygiène sociale, offrent toute garantie.

***

Pour donner aux expertises relatives à la tuberculose pulmonaire une valeur qu'exige l'importance des intérêts en cause, vous voudrez bien donner des instructions pour que le Service technique régional de phtisiologie et ses filiales reçoivent tous les suspects de tuberculose pulmonaire et fonctionnent à la fois comme centres de triage et de diagnostic et comme services de tuberculeux.

La surveillance technique du médecin chef du Centre technique sur les filiales devra s'exercer d'une manière effective.

En dehors des cas où la présence de bacilles de Koch dans l'expectoration conférera au diagnostic une certitude, aucune proposition de réforme pour tuberculose pulmonaire ne devra être transmise aux présidents des Commissions de réforme ou être acceptée par eux si elle ne provient pas du Service technique régional de phtisiologie ou d'une de ses filiales ou si elle ne porte pas l'avis du médecin chef du Service technique régional.

Le Gérant : R. THIRON CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

vent être mis temporairement à la disposition des préfets des départements de repliement, par application du décret du 4 octobre 1939, sont fixés provisoirement à quarante pour les médecins et cent pour les infirmières.

Art. 2. — Le ministre de la Santé publique et le ministre des Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

(*J. O.*, 1er décembre 1939).

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 28 novembre 1939, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

13.925 M. le docteur GUILLEMONAT, Saint-Varent (Deux-Sèvres). Parrains : Docteurs Boëlle père et fils.

13.926 Mme le docteur TRIBOULET-CHASSEVANT, Villeparisis (Seine-et-Marne). Parrains : Docteurs Decourt et Magnin.

13.927 M. le docteur WEILL, 3, rue Jean-Goujon, Cannes (Alpes-Maritimes). Syndicat Médical de Cannes et Syndicat des Chirurgiens français.

Ces admissions deviendront définitives si elles n'ont fait l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours qui suivront la présente publication Art. 5 des Statuts).

SERVICE DE SANTÉ

Par décision du 20 novembre 1939 et par application de l'article 23 de la loi du 8 janvier 1925, sont placés dans la position d'officier honoraire, à compter du jour de leur radiation des cadres :

Avec le grade de médecin colonel : de Gaulejac, Theulet-Luzié, Spillmann.

Avec le grade de médecin lieutenant-colonel : Heitz, Lejeune, Humbel, Antoine, Abadie, Pautrier.

Avec le grade de médecin commandant : Barbier, Bourdier, Chazarain, Eck, Foucart, Gentil, Jousset, Laederich, Lemeland, Loze, Laplace, Canuet, Levy, Chapoy, Charpy, Sauvageot, Daviau, Moyrand-Leblanc, Blatin, Maisonneuve, Mouriquand, Boussuge, Dusserre, Schirck, Gimbert, Mollaret, Rosso, Thumin, Gezes, Robert, Picard, Sergent.

Avec le grade de médecin capitaine : Couton, Davesne, Gauthereau, Jean, Landau, Malassez, Prost, Versepuech, Baras, Butruille, Dubly, Fouchet, Phalempin, Villedent, Decourtieux, Bonvoisin, Samson, Boucaut, Houlmann, Ortel, Ravry, Boichut, Guérin, Lorne, Fagart, Lafon, Michiels, Péré, Jourdin, Horeau, Gauducheau, Thomas de La Pintière, Flessac, Penard, Puech, Repellin, Cerutti, Fohanno, Franchin, Revelli, Astruc, Brunel, Grasset, Marquez, Cambornac. Caubet, Tapie, Bonneard, Castay, Jude, Lemosy, Sansuc, Zellmyer.

Avec le grade de médecin lieutenant. — Coyola, Collignon, Nevo, Beugnon, Monjou, Bousquet, Rouanet, Floucaud de Fourcroy, Lévy.

Résiliation d'office de certains engagements volontaires

Instruction du 2 *décembre* 1939 *pour l'application de l'article* 3 *du décret du* 22 *septembre* 1939 *relatif aux engagements volontaires pour la durée de la guerre, modifié par le décret du* 14 *novembre* 1939.

Art. 1er. — Les engagements vcontaires des officiers dégagés d'obligations militaires seront résiliés d'office à la date où les intéressés atteindront l'âge correspondant à la limite d'âge des officiers de réserve de leur arme ou service, majorée d'un an.

Art. 2. — A titre transitoire, les officiers qui auront dépassé ces limites d'âge d'ici le 31 décembre 1939, pourront, si les nécessités du service l'exigent et sur décision des généraux commandant les régions, être maintenus dans les cadres jusqu'au 31 décembre 1939.

Il en sera rendu compte au ministre, sous le timbre de la direction d'arme.

Art. 3. — Pour permettre, dans l'intérêt de la défense nationale, l'utilisation de certaines compétences, le maintien en service au delà de ces limites d'âge pourra être prononcé à titre tout à fait exceptionnel et pour une durée limitée par le ministre (cabinet militaire). La durée du maintien sera, en principe, de six mois. Une nouvelle décision de maintien pourra être prise le 1er janvier et le 1er septembre.

Les propositions motivées concernant les officiers proposés pour le bénéfice de ces maintiens temporaires devront parvenir :

Le **15** décembre, pour ceux ayant déjà dépassé d'ici le 31 décembre 1939 les âges indiqués ci-dessus ;

Quinze jours avant qu'ils soient atteints par ces limites d'âge, pour ceux qui les atteindront après le 31 décembre 1939.

Une erreur facile à réparer

De diverses sources, on signale le cas de médecins, de chirurgiens dentistes mobilisés qui, ayant fait la dernière guerre dans une arme combattante et leurs études médicales *post bellum*, ont dû, pour passer dans le Service de santé, abandonner un galon.

Cette mesure qui, en pratique, peut être par ses effets démoralisants, assimilée à une véritable sanction disciplinaire, met les victimes actuelles de ce règlement, pour les uns titulaires de la croix de guerre, sous les ordres de confrères plus jeunes qui n'ont pas l'expérience de la dernière guerre.

Cet état de choses, qui choque tous ceux qui ont gagné leur galon au feu, constitue une erreur facilement réparable.

Il est, en effet, facile de *restituer* aux titulaires anciens combattants le galon supplémentaire auquel ils ont moralement droit. Il ne s'agirait donc pas de nomination nouvelle comprise dans le travail d'avancement, mais d'une simple restitution, en un mot d'une réparation urgente d'erreur, pour ne pas dire d'injustice.

(*La France Militaire*, 2 décembre 1939.)

Correspondances de Guerre

Lisant dans le *Concours* les doléances des médecins auxiliaires à propos de leur solde insuffisante et, d'autre part, la liste des contribuables exemptés de la contribution nationale de 15 %, un de nos lecteurs nous adresse les réflexions suivantes :

« En face de familles condamnées à presque mourir de faim, dont les chefs, mobilisés comme simples soldats ou sous-officiers, gagnaient autrefois largement leur vie, nous allons donc revoir l'exemple d'hommes jeunes, exemptés de service militaire mais très capables de se livrer à un travail civil rémunérateur et qui ne paieront même pas, pour remplacer l'impôt du sang, un impôt d'argent supplémentaire !

«Ça va recommencer comme en 1914, et l'expression « profiteur de guerre » va encore cette fois-ci avoir un sens !

«La supertaxe de 15 % ne devrait-elle pas frapper, en bonne logique, tous les citoyens non mobilisés capables de gagner normalement leur vie, tous les citoyens en âge normal de travailler, c'est-à-dire au moins jusqu'à 60 ans ?

Dr G.-E. (Bretagne). »

La question irritante, et que d'aucuns appellent « douloureuse », des médecins étrangers continue à faire affluer les lettres sur notre table. Les points de vue, suivant la nationalité des correspondants, s'affrontent et se heurtent.

Une éminente personnalité du syndicalisme médical nous exprimait récemment le souhait, inspiré de nombreuses conversations avec des confrères, que les médecins étrangers mobilisables par l'âge et l'état de leur santé s'engagent dans l'armée ; et que les autres fassent spontanément la demande au Préfet d'être mobilisés à titre civil et déplacés hors de leur secteur de clientèle. Ainsi ils supporteraient tous, comme les Français, les charges résultant de l'état de guerre.

Il se rencontre en cela avec un de nos correspondants :

« La France est le pays de l'égalité et de la justice. Or l'égalité et la justice exigent que les médecins étrangers mobilisables par leur âge et leur état de santé abandonnent eux aussi, comme leurs confrères français, famille et clientèle.

«Qu'on les affecte soit aux armées soit à l'Intérieur, peu importe. Un bon petit décret-loi ferait certainement l'affaire.

Dr M.-R. (Paris). »

Sans doute. Mais ne serait-il pas mieux d'arranger l'affaire non par voie d'autorité, mais par voie de bonne volonté ? Les étrangers y gagneraient certainement dans l'esprit de leurs confrères français.

CORRESPONDANCE

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

6.975. — Promotion au grade de médecin commandant

Classe 1907, j'ai fait deux ans de service 1908-1910, toute la guerre 1914-1918 dans des unités combattantes. J'ai été maintenu dans la réserve en 1936, sur ma demande. Je suis médecin capitaine depuis 1935, chevalier de la Légion d'honneur, croix de guerre. Appelé le 26 août 1939, j'ai été affecté comme médecin chef à un dépôt d'artillerie. Il m'a été dit qu'il n'y avait aucun avancement pour les officiers mobilisés à l'intérieur. Si tel en était, je ne vois pas pourquoi, à 52 ans, étant donnés aussi mes états de service, je resterais dans l'armée avec la perspective d'être maintenu dans mon grade actuel jusqu'à la fin de la guerre.

Quelles sont les conditions exigées actuellement pour obtenir le quatrième galon ? Ne me serait-il pas possible de me faire renvoyer dans mes foyers, au cas où je ne pourrais être nommé au grade supérieur et par quels moyens ?

Dr X.

Réponse

Il n'existe aucune différence pour les conditions d'avancement entre les armées et l'intérieur. Le règlement exige un minimum de six ans de grade afin d'être proposable pour le grade supérieur.

Maintenu dans les cadres sur votre demande, avant d'avoir atteint l'âge de 58 ans (pour un capitaine) vous ne pouvez être rendu à la vie civile que pour raisons de santé, constatées par une Commission de réforme qui ferait en ce sens une proposition au ministre, lequel seul prend une décision.

7.104. — Récupération d'un réformé

Rayé des cadres de l'armée (application de l'article 13, 2e partie, parag. 1, loi du 8 janvier 1925) pour infirmité grave (consécutive à un accident), je désirerais savoir :

1o Si je dois, en temps de guerre, être soumis à une visite de récupération et si je puis être rappelé sous les drapeaux.

2o Si en cas de rappel, je serai mobilisé avec mon ancien grade de médecin lieutenant ;

3o Si étant rappelé comme médecin lieutenant je tarderai à être nommé médecin capitaine, mon grade

de lieutenant datant du 18 mars 1927, étant de la classe 1912, titulaire de la carte de combattant (ayant fait toute la guerre de 1914 à avril 1919), mais n'ayant fait depuis aucune période.

4° Si étant mobilisé, je risque d'être affecté à une formation de l'avant ou déclaré inapte à ces formations.

D[r] R.

Réponse

Vous pouvez être soumis à une visite de récupération, qui sera prescrite par décret pour les hommes de votre classe, qui sont dans votre cas. Mais actuellement il semble que la loi du 28 juin 1933 qui envisage pareille éventualité ne doive s'appliquer prochainement qu'aux classes de la première réserve, alors que vous appartenez à la deuxième réserve.

Récupéré, vous seriez incorporé avec votre ancien grade ; vous réuniriez d'autre part les conditions requises pour être proposé en vue du grade de médecin-capitaine.

En raison de votre classe et de votre infirmité, vous seriez certainement affecté à une formation de l'intérieur.

QUESTIONS DIVERSES

6.954. — Exonération du loyer en faveur des mobilisés

Abonné au *Concours Médical*, je viens vous soumettre la question suivante, concernant mon loyer ; j'ai bien lu le récent décret-loi, mais n'y comprends pas grand chose :

1° J'ai un bail de 1936 jusqu'en 1947, pour 7.000 francs par an. De plus, le « preneur » que je suis est tenu : « de payer le montant de la contribution foncière afférente à l'immeuble ».

2° Je suis mobilisé depuis le 2 septembre 1939 et ne possède plus d'autre ressource que celle de ma solde de médecin capitaine (avec trois enfants mineurs) et quelques revenus personnels très modestes.

Si j'ai compris quelques bribes du récent décret-loi, il me semble que j'ai droit :

a) d'office à une réduction des trois quarts de mon loyer. Mais s'agit-il des trois quarts du loyer plus foncier compris ? ou non ;

b) le quart restant, est-il dû dans tous les cas ?

Y a-t-il des délais et quels sont-ils ? Dans ma situation, n'y a-t-il pas lieu à l'exonération totale ?

D[r] D.

Réponse

Le décret-loi du 26 septembre sur les loyers accorde aux locataires mobilisés une exonération de plein droit égale aux trois quarts de leur loyer. Il n'en est autrement que dans le cas où la guerre leur laisse des ressources équivalentes à celles dont ils disposaient en temps de paix et c'est alors au propriétaire qu'il appartient d'en apporter la preuve.

D'autre part, aucune action judiciaire ne peut être intentée par le propriétaire contre le locataire mobilisé en paiement du quart restant dû. La question du règlement de ce quart se posera seulement au moment de votre libération.

Vous disposerez alors d'un délai de six mois pour vous entendre avec votre propriétaire et, à défaut d'accord, l'affaire devra être portée devant la juridiction compétente, qui pourra vous accorder une nouvelle exonération sur votre dette partielle ou même totale suivant votre situation.

Le paiement aux lieu et place du propriétaire de la Contribution foncière qui lui incombe constitue en réalité un supplément de loyer. L'exonération des trois quarts dont vous bénéficiez doit donc être calculée non seulement sur le loyer en principal, mais aussi sur le montant de la Contribution foncière.

FISCALITÉ

6.649. — La diminution de la clientèle ne motive pas une suppression de la patente

Je suis mobilisé dans la ville où j'exerce, et mes journées sont suffisamment remplies par mes obligations militaires pour que je n'aie nulle envie de continuer ma clientèle (d'ailleurs plus que clairsemée) et à plus forte raison, de donner mes conseils et mes soins aux clients de mes confrères. Mais il me serait agréable de garder le contact avec mes rares clients restés à X..., et il me semble conforme aux lois de l'humanité que je ne me dérobe pas à ce devoir. Dans ces conditions, est-ce que je risque d'avoir à payer patente ? Je puis prouver que, tant en clients gratuits qu'en clients payants, j'avais environ 60 consultations par semaine, avant la crise économique et 50 depuis. Or, ces semaines-ci, j'en ai eu, au maximum, 10 par semaine.

Dr X.

Réponse

La patente n'est pas établie en raison des bénéfices, mais de l'exercice de la profession ; si vous conservez une clientèle même restreinte, vous serez patentable.

A. et S. MARTINOT.
Conseillers Fiscaux

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg .	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro..........	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.



Demandes et Offres

Les petites annonces sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux ne permettant leur insertion que plusieurs jours après leur réception. Lesdites petites annonces ne devront comporter aucun nom de ville, ni aucune abréviation, mais devront contenir nom et adresse de l'annonceur. Le texte d'une annonce présentée au Journal doit être légalisé par le commissaire de police ou le maire de la ville. Le Journal se réserve, par ailleurs, le droit de supprimer toutes les annonces qui lui paraîtraient douteuses.

Nº 402. — Pharmacien, 43 ans, actif, cherche région Oise ou limitrophe, affaire à céder ou remplacement ou collaboration. Dumont, rue de la Gare, 5, Clermont (Oise). Téhpone 48.

Nº 403. — Pour votre thèse, Mme Meyer-Oulif, 27, boulevard Beauséjour, Paris (XVI[e]), tél. Aut. 93-00 effectue rapidement tous travaux de bibliographie, analyses, traduction, rédaction.

Nº 404. — Docteur Gaillault, médecin consultant à Vichy, cherche à remplacer confrère mobilisé ; ville de l'Ouest de préférence. Ecrire Docteur Caillault, chez M. Coulon, Montmorillon (Vienne).

Nº 405. — Médecin mobilisé d'une ville industrielle du Nord demande remplaçant non mobilisable pour la durée des hostilités. Ecrire Mme Bauche, rue Guillain, Hautmont (Nord).

Nº 406. — Côte d'Azur, Bandol-sur-Mer, (Var). La « Soleillette » (Docteurs Charmot et Rozet) assure dans le calme et la sécurité cures hélio-marines, convalescences, repos, régimes.

Renseignements

Changements d'adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement à l'avenir. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter 2 francs en timbres.*

AVIS IMPORTANT

Réduction du prix des Abonnements pendant les hostilités

Dans le but d'aider ses lecteurs, l'Administration du Journal a pris la décision de réduire, *pendant la durée des hostilités*, le prix de l'abonnement à **50 francs** par an (au lieu de 75).

Les abonnés dont l'abonnement est expiré (la date figure sur chaque bande du journal) sont priés de nous en envoyer le montant de la façon qu'il leur plaira ou par versement au compte de Chèques postaux *Paris* 167.95, si cela leur est possible, *afin d'éviter les frais de recouvrement qui sont onéreux* (5 francs).

Toutefois, passé le 10 janvier, le recouvrement sera effectué. Nous prions donc nos abonnés de vouloir bien donner toutes instructions à leur domicile, le recouvrement ne pouvant être opéré aux armées.

L'Administration remercie les abonnés qui se sont déjà libérés à l'ancien tarif et, plus tard, il leur sera tenu compte de la différence.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Clinique chirurgicale infantile** (Hôpital des Enfants-Malades). — Le lundi, à 11 heures, policlinique par le Professeur OMBRÉDANNE. — Le mercredi et le vendredi, à 11 heures, examens cliniques par M. le Professeur agrégé LEVEUF et le Docteur LASCOMBE, assistant.

— **Clinique gynécologique de l'hôpital Saint-Louis.** — M. le Professeur MOCQUOT fait son enseignement à 9 h. 30 à l'hôpital Saint-Louis (salle Nélaton).

— **Chaire d'hygiène et de clinique de la première enfance.** — M. le Professeur LEREBOULLET fait ses leçons cliniques le mercredi à 11 heures. Les mardis, jeudis et vendredis, policlinique de 10 heures à midi.

— **Faculté de médecine de Paris.** *Cours de pathologie médicale.* — M. A. CLERC, professeur honoraire, suppléant M. PASTEUR-VALLERY-RADOT, professeur titulaire, fait son cours au petit amphithéâtre, les mardis, jeudis, samedis, à 17 heures. Sujet du cours : Maladies du cœur, des vaisseaux et du sang.

— *Cours de thérapeutique.* — M. le Professeur AUBERTIN fait son cours au petit amphithéâtre, les lundis, mercredis et vendredis à 18 heures. —

Les conférences de M. MOUQUIN, agrégé, ont lieu les mardis, jeudis, samedis, à 17 heures, à l'amphithéâtre Vulpian.

— *Vacances de Noël et du Jour de l'An* 1939-40. — La Faculté (cours, travaux pratiques et examens) sera fermée du samedi soir 23 décembre 1939 au mardi 2 janvier 1940 inclus. Les cours reprendront le mercredi 3 janvier.

Les bureaux du secrétariat seront fermés seulement les lundi 25 décembre et 1er janvier.

La bibliothèque sera fermée du samedi soir 23 décembre au mardi 2 janvier 1940 inclus.

— **Académie de médecine.** *Election.* — M. GAUTRELET est élu membre titulaire dans la IVe section (*Sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles*).

— **Université de Paris.** — « *L'accueil de Midi* » *pour les étudiants et étudiantes.* — Sous les auspices du « Secours universitaire de l'Académie de Paris » est organisée, à l'intention des étudiants de toutes les Facultés, une œuvre de solidarité destinée à atténuer, pour ceux d'entre eux qu'elles atteignent plus particulièrement, les difficultés résultant de la guerre.

Depuis le 6 décembre, chaque jour de la semaine, sauf le dimanche, les étudiants sont reçus pour le déjeuner, à midi quinze : les jeunes gens au Lycée Louis-le-Grand en face de la Sorbonne, les jeunes filles au Lycée Henri IV, place du Panthéon.

Ils doivent se munir auprès du Doyen de leur Faculté d'un avis qu'ils présenteront, avec leur carte individuelle, à l'Economat du Lycée. Ils obtiendront ainsi des tickets, dont chacun leur donnera droit à un repas sain et confortable pour le prix de six francs, service compris (par carnet de 10 tickets au minimum).

— **Bruxelles.** — Le Docteur VAN DE MEULEBRŒCK vient d'être nommé bourgmestre de Bruxelles, en remplacement du regretté bourgmestre Max.

— **Prix Nobel de chimie,** 1939. — Le prix Nobel de chimie 1939 a été décerné aux Professeurs L. Ruzicka, de Zurich, et Butenandt, directeur de l'Institut de biochimie de Berlin.

On doit aux Professeurs Ruzicka et Butenandt d'importants travaux sur les hormones, les hormones sexuelles principalement.

— **La bibliothèque de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris est réouverte.** — M. Mordagne, délégué permanent de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, nous informe que la bibliothèque de cette Association 8, rue Dante, est réouverte depuis le 1er décembre 1939.

Heures d'ouverture : de 14 h. 30 à 18 heures. Tous

les jours à ces heures, le prêt des livres est fait par le secrétaire administratif, M. Tissier.

— Don à la Caisse de secours du « Concours médical. — A l'occasion de la naissance de son sixième enfant, le Docteur F. Marty, de Pont-du-Château (Puy-de-Dôme) nous a adressé une somme de 300 francs pour contribuer à soulager une infortune médicale touchant un confrère ayant charges de famille.

Nous remercions vivement le Docteur Marty de ce geste généreux et nous avons versé cette somme à la Caisse de secours du *Concours Médical* où elle recevra l'affectation désirée par le donateur.

— Naissances. — Le Docteur Pierre Hecquet (de Reims) médecin lieutenant aux armées, et Madame, sont heureux d'annoncer la naissance de leur fils *Philippe.*

Croix-de-Vie, 9 décembre 1939.

— Mariages. — Le Médecin capitaine Capart, chevalier de la Légion d'honneur, médaille militaire, croix de guerre, et Madame Capart, font part du mariage de Mademoiselle Francine Capart, leur fille, avec le capitaine Jean Portier, ancien élève de l'Ecole Polytechnique, docteur en médecine.

La cérémonie religieuse a été célébrée, en raison des circonstances dans l'intimité, le 9 décembre 1939, en l'église de Pierrefonds.

— Madame et le Docteur A. Door, médecin capitaine, chevalier de la Légion d'honneur, décoré de la Croix du combattant volontaire et de la Croix de guerre, ont l'honneur de faire part du mariage du Docteur Michel Door, aux armées, leur fils, avec Mademoiselle Suzanne Fix.

En raison des événements, la cérémonie a été célébrée dans la plus stricte intimité, le 21 novembre 1939.

— Nécrologie. — Nous apprenons avec un vif regret la mort du Docteur Herbinet, de Pontoise, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le Docteur Herbinet était un ami de longue date du *Concours* et de ses œuvres. Nous adressons à sa famille nos sincères condoléances et l'expression de notre douloureuse sympathie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Séglas, médecin honoraire de la Salpêtrière ; du Docteur Rougier, médecin de l'hôpital Saint-Charles, à Lyon ; du Docteur Fortier-Bernoville, médecin de l'hôpital Léopold-Bellan ; du Docteur Viggo Christiansen, de Copenhague, associé étranger de l'Académie de médecine.

Voir la suite page XXXV-2779

PROPOS DU JOUR

LA PEUR COLLECTIVE

Nous avons fait allusion dans un récent Propos du Jour à la peur collective. Elle existe actuellement en France où nous voyons dans le Sud-Ouest, des bourgades de peu d'importance s'éclairer le soir avec des lampes bleues ou se plonger dans une dangereuse obscurité. Notre confrère, le Docteur A. Bouquet, ne vient-il pas dans une chronique du *Temps*, de faire allusion à la phobie des gaz toxiques de plus en plus fréquente dans certains milieux. Certes l'imagination y tient une grande part, mais elle est déterminée par des causes qui ne sont pas uniquement psychiques et il en résulte parfois des phénomènes sociaux importants. La peur déterminée en France par les invasions de hordes barbares a provoqué la construction des châteaux forts pouvant assurer la sécurité des habitants, d'où l'organisation féodale du pays. Plus tard, les épidémies de peste excessivement meurtrières, la famine fréquente provoquaient la terreur et le peuple dans sa simplicité attribuait aux juifs tous ses maux. N'empoisonnaient-ils pas les fontaines ?

Aux XIV[e] et XV[e] siècles le manque de sécurité et la misère résultant de la guerre de cent ans et du brigandage des grandes compagnies, s'ajoutant aux épidémies et à la famine, terrorisèrent les campagnes, Le peuple attribua ses maux à la vengeance divine et l'on vit à cette époque se manifester dans l'Art Chrétien un sombre symbolisme, inspiré par l'Apocalypse, où la mort, le diable, le jugement dernier servirent de thèmes terrifiants aux vitraux et aux sculptures de nos cathédrales. Ce symbolisme est bien différent de celui des XII[e] et XIII[e] siècles qui n'exprime pas la peur et où la mort est représentée sous un aspect presque aimable.

Les superstitions, l'obsession de la possession du diable régnèrent pendant le XVI[e] siècle, et les épidémies de peur collective qui en résultèrent jouèrent leur rôle dans le développement du Pouvoir royal, assurant la sécurité, et plus tard dans la propagation de la Réforme. Une de ces manifestations fut le procès des Ursulines de Loudun qui se termina par le supplice d'Urbain Grandier qui fut brûlé vif en 1634.

Nous trouvons un curieux exemple de peur collective dans l'histoire de la Bête du Gévaudan au milieu du XVIII[e] siècle. Un loup-cervier monstrueux fit quelques victimes dans le Gévaudan. L'imagination populaire surexcitée, attribua à ce monstre tous les drames et les meurtres de cette région et la terreur de la population cessa tout à coup quand, aux environs de Saint-Flour sur le Plateau de la Planèze, les soldats, envoyés pour faire des battues, eurent tué en 1765 un loup de forte taille.

Mais le plus bel exemple de terreur collective est la *grande peur* qui précéda la Révolution. Un professeur de Strasbourg, M. Georges Lefebvre, a écrit à ce sujet un livre très documenté et des plus intéressants (1). Le chanoine E. Sol lui consacre un chapitre de son ouvrage sur *la Révolution en Quercy* (2). Enfin, M. Jean Robiquet conte dans son livre : *La vie quotidienne au temps de la Révolution* (3) quelques faits à ce sujet, faits que nous allons analyser.

Ce fut au cours de l'été de 1789, à l'époque de la moisson, que le phénomène de terreur collective se déchaîna brusquement. Elle donna lieu à de graves réactions populaires, si bien qu'elle provoqua une ordonnance royale qui fut affichée dans tous les villages et lue aux prônes dans toutes les Eglises. L'ordonnance royale attribua ces troubles à des bandes de brigands et de gens mal intentionnés qui cherchaient en provoquant la peur à susciter une sorte de jacquerie.

M. Robiquet cite deux documents, provenant du Beauvaisis et décrivant les manifestations de la Grande Peur dans cette région. C'est d'abord un rapport du Prévost de la Maréchaussée de Clermont de l'Oise, Duguey, adressé à l'Intendant de Soissons, Blossac, le 28 juillet. Voici les faits relatés dans ce rapport :

A la suite d'une bagarre entre braconniers et garde chasse, le bruit courut, on ne sait comment, que 4.000 brigands venaient envahir la

---

(1) G. Lebrun, professeur à la Faculté des lettres de Strasbourg : La Grande Peur de 1789. Arm. Colin, édit., Paris, 1932.

(2) A. Picard, édit., Paris.

(3) Hachette, édit., 1939.

contrée et piller les bourgs et les villages. Le Prévost Duguey, escorté de quelques cavaliers, parvint d'abord à calmer les paysans et à démontrer l'inanité de pareil bruit. Mais quelques heures après, on signala des bandes armées venant de Beauvais et même de Paris. Ce fut une panique indicible. Quand les bandes se furent approchées, on constata avec surprise qu'elles étaient formées des paysans qui, armés de fourches, de faux et de haches, avaient été alertés et venaient au secours de leurs voisins.

Tout se termina gaiement par d'interminables beuveries.

Le second document que cite M. Robiquet, est le récit d'une jeune paysanne, Marie-Victorine Monnard, du hameau de Vaux, près de Creil, l'aînée d'une famille de quinze enfants. La panique éclata brusquement et sans cause connue. Le tocsin fut sonné à Creil. Les hommes s'armèrent de fourches, les femmes firent bouillir de l'huile, montèrent des pierres et des pavés au faîte de leurs maisons et en barricadèrent les accès pour tenir tête aux envahisseurs. La panique atteint son comble quand arrivèrent des femmes de Pont-Saint-Maxence qui prétendirent avoir vu les brigands tuer sous leurs yeux mêmes leurs maris. Après des heures de transe, on s'aperçut que les brigands résultaient purement de l'imagination de quelques-unes et que les femmes de Pont-Sainte-Maxence avaient été le jouet d'une hallucination (1).

M. Robiquet fait remarquer qu'un peu partout en France, on vit régner la *grande peur* à cette époque.

Vers 3 heures de l'après-midi, le 28 juillet 1789, on aperçut à Angoulême un tourbillon de poussière dans le lointain. A n'en pas douter c'étaient les brigands. Les bruits les plus sinistres coururent : Ruffec, Verneuil, la Rochefoucauld auraient été brûlés. Les pillards se cacheraient en masse dans la forêt de Braconne. On battit la générale. Vingt mille citoyens se groupèrent pour défendre la ville. On procéda à des battues dans la forêt, on ne trouva pas trace de brigands. On ne tarda pas à se rendre compte que le nuage de poussière qui avait provoqué la panique, avait été soulevé par les chevaux du Courrier de Bordeaux (2).

(1) O. Boustauquoi. Les souvenirs d'une femme du peuple. (Senlis, 1928).

(2) *Arch. Nat.* DXXIX. Lettre de M. Briand-Delessart (Angoulême).

Cette alerte eut une conséquence, ce fut la création de la milice urbaine d'Angoulême, origine de la garde nationale.

Pourtant cette *Grande Peur* n'était pas seulement le produit d'un dérèglement de l'imagination populaire. La France à cette époque était réellement infestée de vagabonds, de mendiants, de brigands qui se livraient à toutes sortes de méfaits et même de crimes. Les dîmes qui devaient donner des ressources à l'Assistance remplissaient mal leur rôle et la misère était alors épouvantable. Pour être renseigné sur ce point d'une façon précise, il suffit de lire le chapitre intitulé *Le Peuple*, dans *les Origines de la France contemporaine* de Taine (1) et l'on se rendra compte des raisons véritables de la terreur qui régnait dans les campagnes de notre pays. On chercha à exploiter cet accès de terreur collective qui se répandit avec une vitesse stupéfiante fin juillet et au début d'août dans toute la France du Nord, en Normandie, en Picardie, en Bretagne, en Poitou, en Franche-Comté, dans le Plateau Central, en Provence et même dans les Pyrénées à Lourdes. Les révolutionnaires l'attribuèrent à un complot de l'Aristocratie, dirigé par le Comte d'Artois ; les Aristocrates en firent une manifestation révolutionnaire. La Maréchaussée et ceux qui auraient dû avoir pour mission de rassurer le peuple, convaincus eux-mêmes du danger, contribuèrent souvent à propager la peur en conseillant les habitants à s'armer et à se défendre.

La noblesse qui avait la charge d'assurer la sécurité dans les campagnes, ne remplissait plus ce devoir qui légitimait en partie ses privilèges et peut-être trouverait-on là comme conséquence la manifestation de la nuit du 4 août ?

La Grande Peur amena çà et là des émeutes, la destruction de châteaux, en tous cas précipita la ruine du régime seigneurial et la suppression de la dîme. L'organisation de la Garde nationale eut souvent pour conséquence d'armer le peuple et de soutenir des émeutes.

Ainsi la Féodalité, le développement du Pouvoir royal, la propagation de la Réforme, l'abolition des Privilèges, seraient à diverses époques de notre histoire, pour une part le fruit de la Peur.

J. Noir.

(1) H. Taine. *Les Origines de la France contemporaine.* II. L'Ancien Régime. Livre V. Le Peuple.

PARTIE SCIENTIFIQUE

NEUROLOGIE DE GUERRE

Par le Docteur Henri Schaeffer
Médecin de l'Hôpital Saint-Joseph

COMMOTIONS CÉRÉBRO-SPINALES

Elles résultent de l'explosion à assez courte distance d'une mine, d'une torpille, d'une bombe d'avion, d'un obus de gros calibre, sans que le commotionné ait subi un traumatisme quelconque. Les accidents que nous allons étudier sont exclusivement dus à l'*explosion pure, au « choc gazeux »*.

La gravité des accidents dépend évidemment de l'importance de l'explosion, et de la distance à laquelle se trouve le sujet.

La commotion peut etre foudroyante. Le sujet, au moment de l'explosion tombe sans connaissance, et meurt sur le coup, sans un geste sans un cri. Des cas de cet ordre ont été jusqu'ici considérés comme exceptionnels. Ils ne le resteront peut-être pas avec les bombes d'avions actuelles.

Plus souvent le sujet perd connaissance sur le champ. On le trouve en état de résolution musculaire, le faciès atone, pâle ou violacé. avec un filet de sang sortant du nez ou des oreilles. Les réflexes tendineux sont très diminués ou abolis. Les pupilles sont en mydriase réagissant mal à la lumière. Le pouls est lent et faible, la respiration souvent prolongée et stertoreuse. Le sujet est souvent souillé d'urine et de matières. En un mot, c'est un état de coma complet, qui dans la minorité des cas évolue vers la mort, mais le plus souvent s'atténue progressivement.

Le coma peut-être d'emblée incomplet, et l'intéressé présente uniquement un état d'inhibition cérébrale, de durée assez brève , et laissant après lui un certain état d'obtusion et de dépression physique.

Cet état comateux ou subcomateux, peut laisser après lui des syndromes neurologiques sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir.

Le fait sur lequel nous désirons insister, c'est qu'il existe des commotions sans perte de connaissance, laissant après elles des séquelles nerveuses. Nous en donnerons quelques exemples.

Un soldat est l'objet d'une commotion. Il ne perd pas conscience, mais s'affaisse et ne peut se relever ; il est paraplégique.

Un autre soldat peut continuer à marcher après la commotion. Mais une heure après, il fait une crise d'épilepsie, et les crises se renouvellent par la suite.

Un autre fait sur le champ une hémiplégie sans perte de connaissance.

Un soldat a un obus de gros calibre qui éclate sur sa gauche. Il tombe, mais se relève sans être blessé ni contusionné. Deux heures après il présente une crise d'épilepsie jacksonienne droite qui doit se répérer ultérieurement.

Dans un autre cas du même ordre avec hémiplégie et aphasie motrice, une rachicentèse pratiquée précocement a pu montrer un liquide céphalo-rachidien sanglant. Bien d'autres faits du même ordre pourraient sans doute être rapportés.

Evolution. — Nous l'avons déjà ébauchée rapidement.

a) Le plus souvent le commotionné sort progressivement de sa torpeur, et retrouve son état normal.

b) L'amélioration est parfois plus lente. Il persiste un état de dépression physique et morale de la céphalée et le sujet reste définitivement inférieur à ce qu'il était auparavant.

c) Après une amélioration progressive presque équivalente à une guérison, et après quelques semaines ou plus rarement quelques mois, le sujet retombe dans un état de torpeur qui devient définitif.

Les commotions retardées. — Pour n'être pas fréquent le fait mérite néanmoins qu'on y insiste. Un sujet commotionné présente une perte de connaissance dont il sort, mais il reste déprimé et asthénique. Puis un mois après, il présente brusquement des crises épileptiformes, tombe dans le coma et meurt.

Les lésions en foyer par commotion. — En dehors des phénomènes de sidération du système nerveux, tels que le coma ou la stupeur, les commotions peuvent réaliser des syndromes de lésions en foyer du cerveau ou de la moelle.

1° *Lésions médullaires.* — Elles se traduisent par l'existence d'une paraplégie qui d'abord flasque passe ensuite à l'état spasmodique. La paralysie peut être plus ou moins complète. Elle s'accompagne en général de troubles des sphincters et de troubles de la sen-

sibilité qui dans la majorité des cas présente le type de la dissociation syringomyélique. Parfois cette paralysie se limite à un membre et constitue une monoplégie. Plus rarement elle s'accompagne d'amyotrophie marquée qui témoigne de l'atteinte des cellules des cornes antérieures de la moelle. Quand elle est fruste la paralysie peut régresser plus ou moins complètement. Dans certains cas on n'observera pas de paraplégie véritable, mais une simple parésie, ou même uniquement de l'extension uni ou bilatérale des orteils.

La rachicentèse pratiquée chez ces malades peut suivant les cas montrer : 1° un liquide normal ; 2° de l'hyperalbuminose avec une réaction cytologique discrète ; 3° un liquide sanglant.

2° *Lésions cérébrales.* — Elles se traduisent par l'apparition d'une hémiplégie complète ou incomplète, avec ou sans troubles de la sensibilité, qui peut persister et passer à l'état spasmodique, ou régresser plus ou moins complètement.

Cette hémiplégie peut s'accompagner d'aphasie motrice, ou d'épilepsie jacksonienne ou généralisée sans paralysie se répétant ultérieurement, qui sont la seule manifestation de l'atteinte focale des centres nerveux.

On peut observer également des syndromes mésocéphaliques, des syndromes cérébello-pyramidaux simulant la sclérose en plaques, des syndromes ataxo-cérébelleux. Nous avons nous-même rapporté en 1917 l'histoire d'un malade qui, à la suite de l'éclatement d'un obus de gros calibre, perdit connaissance pendant trois quarts d'heure et présenta ensuite un syndrome de Millard-Gübler (paralysie de la face à droite et des membres à gauche), avec des troubles très intenses de la parole, de la déglutition et de la mastication. Il s'agissait d'une hématobulbie, qui par la suite s'améliora à tel point que six mois après il put rejoindre son corps. Et en effet, un caractère évolutif fréquent de ces lésions focales hémorragiques des centres nerveux, c'est l'amélioration marquée dont elles bénéficient avec le temps. Les réactions du liquide céphalo-rachidien sont du même ordre que dans les lésions médullaires.

Mécanisme des accidents commotionnels. — Ces accidents divers, diffus ou en foyer, sont la conséquence du choc gazeux, de l'ébranlement diffus des centres nerveux. On les a parfois comparés à ceux de la maladie des caissons, et mis sur le compte de la décompression, et de l'échappement des gaz contenus dans le sang.

Dans les cas de mort subite ou rapide, on a également fait intervenir l'hypothèse du choc bulbaire cérébro-spinal de Duret.

Le syndrome subjectif des commotionnés du crane. — A la suite des blessures ouvertes, des contusions ou des commotions des centres nerveux, mais surtout dans ces dernières, on observe souvent un ensemble de troubles qui sont les suivantss dans 50 % et 85 % des cas.

Leur tableau est classique. Il est constitué par des céphalées de siège et de fréquence variable ; des étourdissements ; un état d'hyperémotivité, d'impressionnabilité, avec des troubles du caractère ; de l'insomnie ; une asthénie physique ou psychique plus ou moins marquée ; avec des troubles de l'attention, de la dyskinésie, de l'asthénie rétinienne ; des bourdonnements d'oreilles et des vertiges ; une instabilité cardiaque, vaso-motrice, sécrétoire, et même thermique.

En plus, des examens précis peuvent montrer chez ces malades des modifications du nystagmus calorique, de l'hypertension artérielle rétinienne, des modifications du réflexe photo-moteur. L'injection d'air dans les ventricules cérébraux peut montrer également l'existence de ventriculogrammes et d'encéphalogrammes anormaux. *Il s'agit là de symptômes objectifs* qui prouvent que les troubles présentés par ces sujets ne sont pas aussi subjectifs qu'on a pu le penser. Et de fait, *les recherches histo-pathologiques. chez ces malades, ont mis en lumière l'existence de lésions organiques des centres nerveux*, qui ne peuvent laisser de doute sur l'origine organique des troubles qu'ils présentent.

Traitement. — Dans les *blessures ouvertes* des centres nerveux il faudra nettoyer la plaie, réaliser l'asepsie la plus complète pour éviter les complications infectieuses ultérieures méningées ou cérébrales, faire une radiographie dans le plus bref délai où l'on suppose l'existence d'un projectile inclus, et après repérage par les moyens appropriés l'extraire, si toutefois l'état général du blessé le permet, et si cette extraction n'entraîne pas de trop gros délabrements. Dans les *contusions* et les *commotions* du crâne, la conduite tenue pendant la dernière guerre avait été l'expectative, associée à une thérapeutique générale, et à la rachicentèse si un besoin de décompression des centres nerveux se faisait sentir.

Une thérapeutique aussi modeste semble aujourd'hui insuffisante. Les accidents présentés par ces malades peuvent relever d'hémorragies extradurales, d'hématomes sous-duraux, d'œdème cérébral, de méningite séreuse. Qu'une intervention neuro-chirurgicale, décompressive le plus souvent, soit indiquée, il ne fait pas de doute. Que devra être cette intervention, c'est question d'opportunité. Devra-t-elle être précoce, presque immédiate, ou plus tardive, c'est à discuter.

En tout état de cause, il est désirable que se constituent des centres neuro-chirurgicaux dans la zone des armées et celle de l'intérieur, ou de telles questions en présence des faits devront être discutées et résolues.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES TRANSFUSIONS SANGUINES (*)

Par E. LEMAIRE

Lauréat de l'Académie de médecine

Médecin-expert près les Tribunaux

IV

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE QUELQUES TECHNIQUES DE TRANSFUSION

Les avantages respectifs du sang pur et du sang stabilisé valent à chacun des adeptes fidèles et exclusifs. En réalité, si la transfusion du sang pur paraît le procédé de choix, on aura souvent recours, pour des raisons d'ordre matériel, au sang rendu incoagulable.

La multipilicité des appareils — et il en sort de nouveaux tous les ans — prouve que le transfuseur idéal reste encore à créer.

Procédé au sang pur

On le préférera toutes les fois que se trouveront réunies un certain nombre de conditions permettant de faire la transfusion en un temps inférieur au temps de coagulation, soit cinq minutes par exemple.

Les conditions optima sont :

1° Identité de groupe permettant de faire vite sans risque trop important.

2° Veines faciles à ponctionner pour éviter toute perte de temps.

3° Instrumentation adéquate, en parfait état, pour éliminer les fausses manœuvres et les coagulations intempestives.

4° Personnel bien entraîné.

a) *La seringue de* 250 *ou de* 300 *c. c.*, bien que pas très maniable, réalise le moyen le plus simple. Elle est facile à nettoyer (voilà qui est capital, pour éviter le choc transfusionnel) et, dépourvue de tuyaux de caoutchouc, elle est stérilisable au Poupinel. Avant son emploi, elle sera lubréfiée par aspiration d'une ampoule d'huile de paraffine stérile.

Les précautions d'usage ne sont pas spéciales au procédé de la seringue, mais elles seront observées avec minutie pour éviter toute cause de retard en cours d'opération :

1° Le serrage du garrot du receveur permettra de percevoir encore le pouls.

2° Le sphygmomanomètre appliqué au bras du donneur sera gonflé à sa pression artérielle minima.

3° La peau sera aseptisée à l'éther plutôt qu'à l'alcool, dont la moindre trace non évaporée favorise la formation d'un caillot.

4° L'aiguille destinée au donneur aura le calibre de 20 dixièmes, pour faciliter une aspiration aussi rapide que possible.

5° L'aiguille sera changée, et celle du receveur n'aura qu'un diamètre de 12 dixièmes.

6° Depuis la ponction de la veine du donneur, le temps sera chronométré et lu à haute voix par un assistant : mieux vaut en effet se contenter d'un prélèvement inférieur à celui qui était prévu ou injecter un peu rapidement un sang reconnu antérieurement être du même groupe, que d'injecter du sang en voie de coagulation.

b) *La seringue de Jubé*, de conception aussi simple qu'ingénieuse, a suscité des variantes qui ne changent rien à son principe. Pour éviter de la détériorer, le mieux est de la stériliser à l'éther avant de la paraffiner.

Le distributeur de Tzanck, tout en réalisant le même but, est une sorte de robinet à trois voies dont l'avantage est de pouvoir recevoir une seringue de grandeur variable entre 5 et 20 c. c. facile à remplacer. Il permet en outre de mélanger du sérum au sang, en cours de transfusion.

c) Aux appareils à piston, on peut opposer *les appareils rotatifs* dont l'appareil d'Henry et Jouvelet est le premier en date. Son originalité repose sur la propulsion du sang par compression d'un tuyau de cacoutchouc par un galet.

L'appareil de Bécart , le « cœur électrique de Bécart » est la perfection du genre ; mais outre qu'il ne supprime pas les inconvénients des autres appareils, il présente des causes d'incidents supplémentaires du fait de son équipement électrique.

Tous les appareils à transfusion de sang frais sont bons, pourvu qu'on les ait bien en main et que l'on fasse vite. Le meilleur est encore le plus simple ; et après en avoir utilisé plusieurs, notamment un robinet à trois voies construit sur nos indications, nous sommes revenu à la grande seringue laquelle, à tout prendre, est encore, grâce à l'absence de tuyau, le procédé qui donne le plus de sécurité.

(*) Voir *Concours Médical*, n°s 50 et 51.

Procédé au sang stabilisé

L'adjonction d'un anti-coagulant au sang permet de ne pas être limité par le temps pour le prélèvement d'abord, mais surtout pour l'injection. C'est pourquoi, ce procédé paraît préférable quand on utilise un donneur universel : permettant d'injecter lentement, il laisse le loisir d'interrompre l'injection si un signe d'intolérance se manifeste.

Il est préférable aussi quand on manque d'un appareillage sûr et d'un personnel entraîné.

Les anticoagulants sont nombreux : citrate de soude, sulfarsénol, héparine, transfusol. Le citrate disodique est le plus fidèle : 0 gr. 33 suffisent pour 100 c. c. de sang ; mais on emploie souvent une dose trois fois plus forte, soit une ampoule de 10 c. c. de citrate au dixième pour 100 c. c. de sang.

Pour le prélèvement et la réinjection, tous les moyens sont utilisables s'ils sont aseptiques. L'appareil de Jeanbrau est toutefois délaissé, puisqu'il nécessite une dénudation systématique de la veine.

La transfusion à la seringue

a) La seringue de 300 *c. c.*, stérilisée au Poupinel, à l'autoclave ou à l'ébullition dans l'eau salée à 9 p. mille et chargée d'une ampoule de citrate, est particulièrement commode. De cette façon, pas besoin de se presser ; bien plus, on peut, après injection des 20 premiers centimètres cubes, attendre quelques minutes pour apprécier de quelle façon se comporte le receveur. On a toujours intérêt à transfuser lentement : c'est pourquoi le sang stabilisé recueille la majorité des suffrages.

b) A défaut d'une seringue de 250 ou de 300 c. c., on peut se contenter *d'une seringue de* 100 *c. c.*, et laisser en place l'aiguille du donneur et celle du receveur, munies chacune d'un robinet. Il est facile d'injecter trois seringues à la file, en ayant soin de charger chaque fois la seringue de citrate.

c) Si l'on ne dispose que de seringues de 20 c. c., *le procédé de Béraud* est à la rigueur applicable. Sa réalisation la plus logique est faite en quatre temps avec quatre seringues, par quatre opérateurs. Ayant chacun un rôle fixe, et passant la seringue au suivant, ils effectuent une sorte de travail « à la chaîne » :

1° Citratation de la seringue ;

2° Aspiration du sang au donneur et mélange en retournant la seringue plusieurs fois ;

3° Injection au receveur ;

4° Lavage de la seringue dans du sérum physiologique, et ainsi de suite : 1°.........

Théoriquement, ce procédé est séduisant. Pratiquement, il est assez désagréable, car au bout des quinze ajustages et désajustages de l'embout, le sang sourd par l'aiguille, tant au donneur qu'au receveur, et surtout l'aiguille risque de se déplacer et de sortir de la veine.

La perfusion

La perfusion a été réalisée avant la lettre par le procédé de Guttmann consistant, au cours d'une injection intra-veineuse de sérum physiologique, à injecter dans le tuyau de caoutchouc, ou à verser dans l'ampoule de sérum en vidange, une ou plusieurs seringues de sang citraté. Le procédé Gutmann est extrêmement judicieux : il permet de prendre tout son temps pour trouver la veine, parfois peu visible, du receveur, puis le goutte à goutte du sérum étant en route, on peut, alors seulement, prélever le sang du donneur en toute tranquillité, puisque le plus difficile, l'introduction de l'aiguille dans la veine du receveur, est fait.

Technique de choix de la perfusion

1° Le *prélèvement* se fait dans un flacon de 300 ou 500 grammes stérile ; on y verse autant d'ampoules de 10 c. c. de citrate à 10 % que l'on se propose de prélever de fois 100 c. c.

Sur ce flacon, s'ajuste un bouchon à deux tubulures, le tout également stérile. Un tuyau à vide se termine par l'aiguille destinée à la veine du donneur ; l'autre tuyau, également à vide, se termine par un robinet et un embout destiné à faire le vide avec la bouche.

Le sphygmomanomètre étant gonflé à la T. M., on introduit l'aiguille dans la veine du receveur. On aspire alors, afin de créer un vide suffisant pour activer l'écoulement du sang, mais non exagéré pour ne pas que la paroi de la veine vienne faire clapet sur le biseau de l'aiguille : on se laisse d'ailleurs guider par la rapidité de l'écoulement du sang. Pendant toute la durée du prélèvement , on agite le flacon pour bien mélanger le citrate.

En principe, il est bon d'effectuer ce prélèvement en cinq minutes, sinon on risque d'obtenir, à la fin, du sang visqueux. Il ne faut pas compter d'obtenir en ce temps plus de 300 c. c. de sang.

Le prélèvement terminé, on peut utiliser le sang immédiatement, ou obturer le flacon avec un bouchon stérile avec toutes les précautions d'asepsie et le mettre en réserve en glacière.

2° *La perfusion* se fait de façon très simple, comme une injection de sérum dans la veine, avec l'appareillage suivant, bien entendu rigoureusement stérile :

a) Un entonnoir de 300 c. c. qui contient un filtre de soie de moulin à mailles de 500 microns

(20 fils par centimètre dans la fenêtre du compte fils). Ce filtre est destiné à arrêter les caillots : les gros, source d'obturation du stilligoutte, les petits causant des accidents emboliques.

b) Une pince à vis et un stilligoutte qui permettent de régler et de contrôler le débit : par exemple une goutte par seconde.

c) Le tuyau, avant d'aboutir à l'aiguille, peut passer dans un récipient d'eau à 37°.

Le dispositif de Tzanck prévoit, en outre, l'agitation du sang en même temps que son oxygénation.

Il va sans dire que cet appareillage permet, par le desserrage de la pince à vis, une transfusion semi-rapide. Tous les médicaments utilisables par voie veineuse (notamment camphre soluble et adrénaline) peuvent être ajoutés au sang dans l'entonnoir.

V

LES INCIDENTS DES TRANSFUSIONS

Rarement graves, mais assez fréquents, les incidents survenant au cours d'une transfusion justifient la nécessité de ne faire cette intervention qu'à bon escient.

Ces incidents peuvent être inhérents à l'acte opératoire ou à l'intolérance du receveur.

Incidents d'ordre technique

1° Le premier obstacle que l'on peut rencontrer est en rapport avec *la difficulté de ponction des veines*, non celle du donneur que l'on peut choisir, mais celle du receveur s'il est exsangue, déjà auparavant pourvu de petites veines, et au surplus adipeux. Aussi faudra-t-il toujours prévoir l'instrumentation nécessaire pour dénuder une veine.

2° La grosse pierre d'achoppement de la transfusion, c'est le *danger de la coagulation.* C'est l'inconvénient inévitable de la transfusion de sang pur si l'on vient à perdre du temps (ponction veineuse difficile). Mais c'est un incident qui n'est pas exceptionnel avec la technique au sang stabilisé, quand on omet de mélanger de façon parfaite le citrate au sang : si en pareil cas la coagulation massive entraînant un échec complet n'est pas à redouter, la production de petits caillots de fibrine obstruant le stilligoutte n'est pas exceptionnelle. Sans compromettre la marche de la transfusion, elle constitue un incident désagréable, nécessitant des démontages et des nettoyages dans lesquels l'asepsie n'a rien à gagner.

Tout ceci fait qu'une transfusion, opération apparemment simple, est en réalité délicate.

Incidents d'ordre biologique

Ce sont les moins évitables et aussi les plus imprévus. On admet que la transfusion de groupe à groupe faite au sang pur diminue le nombre et la gravité des incidents : théoriquement il semblerait qu'il doive en être ainsi ; en fait, cela ne paraît pas démontré. Un accident grave tel qu'une hémiplégie est, de temps à autre, rapporté malgré les conditions optima dans lesquelles la transfusion a été conduite.

Le gros danger est de faire une *erreur de groupe.* Aussi l'épreuve directe entre le sérum du receveur et les globules du donneur est-elle toujours souhaitable quand on en a le temps.

En effet, en vérifiant le groupe sanguin de donneurs et de donneuses déjà étiquetés ailleurs, nous avons appris de quelques sujets qu'il avaient été rangés, lors d'examens antérieurs, tantôt dans un groupe, tantôt dans un autre (par exemple une fois A et une fois AB) ce qui indique qu'il y avait au moins un résultat faux sur les deux.

A vrai dire, les erreurs sont absolument exceptionnelles ; elles tiennent habituellement à l'emploi de sérums-tests vieillis, ayant perdu leur pouvoir d'agglutination. Mais le fait qu'elles sont possibles implique l'utilité d'une réaction de contrôle avant la transfusion.

A ce contrôle sur lame, s'ajoutera avec avantage l'injection d'épreuve, véritable épreuve in vivo qui consiste à injecter au début de la transfusion 20 c. c. de sang, puis à surveiller pendant quelques minutes les réactions du receveur (malaise indéfinissable, sensation d'oppression rétro-sternale, de coup de barre lombaire) avant de continuer, pratique qui n'est bien entendu applicable qu'avec du sang stabilisé.

Malgré toutes les précautions possibles, *le choc transfusionnel* est assez fréquent. Dans sa forme typique, il débute une demi-heure après la transfusion, et il se présente avec le tableau d'un choc colloïdoclasique souvent à type pseudo-palustre avec ses trois stades de frisson, de chaleur et de sueur.

Cette forme dure au moins trois quarts d'heure et se termine de façon progressive, sans laisser d'autres traces qu'une fatigue avec impression d'anéantissement.

Une injection de morphine, faite une heure avant la transfusion — si l'état du receveur le permet — diminue souvent l'intensité du choc transfusionnel.

Et puis il existe d'autres accidents imprévisibles, parfois paradoxaux.

Certains sujets, exceptionnels à la vérité, présentent une véritable *intolérance*, même au sang de leur groupe.

◆◆◆

D'autres ne présentent d'intolérance qu'après plusieurs transfusions parfaitement supportées, semblant réaliser le rôle d'injections préparantes dans un processus anaphylactique.

Rapportons, à titre d'exemple, le cas d'un malade atteint d'une septicémie lente à staphylocoques dorés auquel, devant l'échec des thérapeutiques appliquées antérieurement, nous fîmes des immuno-transfusions. Comme chaque fois elles amenaient une amélioration passagère, nous persévérâmes à raison de 125 c. c. par semaine. Or, à la douzième, le malade, dès le passage des vingt premiers centimètres cubes, présenta des signes d'intolérance (coup de barre lombaire atroce, collapsus, etc.) d'une intensité telle que nous avons craint un exitus foudroyant. Ces accidents néanmoins s'amendèrent et la septicémie reprit son cours jusqu'au jour où, quelques semaines plus tard, le médecin nous fit rappeler pour une aggravation subite : son malade avait fait un abcès de fixation sous la forme d'un phlegmon périnéphrétique ; l'intervention fut pratiquée sur le champ et le malade guérit complètement au point de reprendre, quelques mois plus tard, un travail pénible, exposé aux intempéries.

De tout ce qui précède, se dégagent quelques faits saillants :

Il vaut mieux, quand c'est possible, utiliser du sang frais, ce qui constitue une véritable greffe, plutôt que du sang conservé ou surtout du sang de cadavre qui a perdu la plupart de ses qualités biologiques.

Il est toujours préférable de faire une transfusion de groupe à groupe, au lieu de recourir systématiquement à des donneurs universels.

Il n'est pas prouvé de façon irréfragable que le sang pur est toujours mieux toléré que le sang citraté : les statistiques sur ce point sont divergentes.

Des multiples questions que posent les transfusions, beaucoup n'ont été ici qu'effleurées ; mais on a vu qu'une transfusion n'est pas une thérapeutique, bonne à tout, ni une thérapeutique exempte d'incidents.

Ses indications ? Evidentes dans les cas typiques ; affaire de doigté, affaire de sens clinique dans les cas intermédiaires.

Et en cas de doute, on ne devra pas mettre en balance les risques légers et l'immense profit que ce procédé peut donner.

RYTHMICITÉ DES MITOSES DANS L'ÉPIDERME HUMAIN.

En 1913 Karsten démontra qu'il existait un rythme dans l'activité cellulaire des tissus végétaux. En 1916 et 1926 Portuyn Van Leyden observa le même phénomène chez le petit chat, et Carleton, en 1933, chez la souris. Partout la mitose se montrait plus active pendant la nuit. Plus récemment Cooper et Shiff étudièrent des fragments de peau prélevés sur des enfants âgés de 8 jours. Dans 7 fragments prélevés entre 7 h. 30 et 10 h. 30 du matin ils comptèrent de 7 à 16 figures de mitose pour 5.000 cellules épidermiques. Dans 6 fragments prélevés de 8 h. 45 du soir à minuit 45 le taux variait de 23 à 35. La division cellulaire était donc environ deux fois plus active la nuit que le jour.

L'étude de H.-C. Brodus et W.-B. Dublin (1) a porté sur des échantillons obtenus dans la matinée, dans l'après-midi et dans la soirée. Ils furent immédiatement fixés dans une solution à 10 % de formaline. Les coupes, de 10 microns d'épaisseur, furent colorées à l'hématoxyline-éosine. Dans chaque échantillon furent comptées 10.000 cellules épidermiques et le taux de mitose déterminé par 1.000 cellules.

Les constatations des auteurs confirment les travaux antérieurs : les divisions cellulaires chez le nouveau-né sont approximativement deux fois plus nombreuses la nuit que le jour.

Il semble que durant la journée l'effort de l'organisme porte sur le travail, la digestion, la respiration et autres processus de même ordre et que durant la nuit, lorsque les besoins de ces fonctions sont moindres, il se tourne vers la réparation des tissus usés et l'édification de nouveaux. On pense généralement que le cycle vital des nouveau-nés est de quatre heures ; il semble pourtant que de quelque façon les enfants conservent la périodicité diurne à laquelle ils furent accoutumés durant la gestation ; rappelons-nous que beaucoup d'enfants dorment la nuit et ne demandent pas de repas nocturne.

Il est possible que la périodicité diurne des mitoses se retrouve dans tous les tissus humains, et peut-être même dans les tumeurs, bien que celles-ci ne se conforment pas à toutes les lois régissant les tissus normaux et bien différenciés.

En multipliant les biopsies de néoplasmes chez l'animal et chez l'homme on obtiendrait des précisions intéressantes.

Les auteurs américains ne développent pas leur pensée ; mais on peut concevoir que des biopsies étagées ainsi d'heure en heure démontrent qu'il existe une heure plus favorable que les autres, au cours du cycle nycthéméral, pour s'attaquer au cancer soit par le bistouri soit par les radiations.

G. LAVALÉE.

(1) *Staff meetings of the Mayo clinic*, july 5, 1939.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Les traumatismes de la moelle épinière d'après l'expérience de la guerre 1914-1918

L. ROUQUES fait une mise au point de cette question, que beaucoup de médecins n'ont pas l'occasion d'observer dans leur pratique civile.

Sur 100 cas, Guillain et Barré ont noté 61 blessures par éclat d'obus, 23 par balle, 8 par shrapnell et 8 par traumatismes, par fracture rachidienne, chez des soldats pris dans un éboulement.

En raison de leur proximité du bulbe, les lésions des trois premiers segments cervicaux entraînent, immédiatement ou presque, la mort et n'ont pas d'intérêt pratique ; mais, on peut observer des lésions de tous les autres segments médullaires.

Un sujet, dont la moelle est blessée, tombe à terre sans pouvoir se relever ; il ne perd pas connaissance et ne présente, dans les premières heures, qu'un état de choc relativement peu accusé ; il ne souffre pour ainsi dire pas, sauf s'il a une lésion incomplète avec des esquilles comprimant la moelle ou une lésion irritative des racines. Il est capital pour le pronostic de déterminer s'il s'agit d'une section complète, d'une section incomplète, d'une hématomyélie, d'une commotion médullaire, d'une compression.

Nous n'insisterons pas sur la symptomatologie de ces divers cas ; une étude originale en a été faite dans le *Concours Médical* par notre distingué collaborateur, le Docteur Schaefer.

D'une façon générale, le pronostic des lésions médullaires fermées est moins grave que celui des plaies vraies de la moelle. La section anatomique totale comporte presque toujours un pronostic fatal dans les premiers jours ou les premières semaines ; les lésions médullaires sans section totale laissent une plus grande possibilité de survie, mais la plupart de ces blessés restent de grands infirmes, des paralytiques définitifs.

Les hématomyélies par projectiles ayant lésé le rachis sans ouvrir la dure-mère ont un pronostic parfois très grave, équivalent à celui des sections totales, parfois moins redoutables. Les lésions cervicales inférieures sont fonctionnellement plus graves que les autres lésions médullaires, car elles entraînent une quadriplégie ; les lésions de la queue de cheval qui sont, en réalité, des lésions radiculaires, sont moins graves dans l'ensemble que les lésions de la moelle ; parfois cependant, on a pu noter des morts rapides par complications méningées précoces. Enfin, lorsque la lésion n'intéresse qu'une moitié de la moelle, réalisant un syndrome de Brown-Séquard, ce pronostic est relativement favorable, les décès étant rares, et les troubles fonctionnels tendant à s'amender.

Les facteurs qui rendent le pronostic sombre, sont : la méningite purulente, les troubles de l'innervation sympathique, du tube digestif, des viscères abdominaux et des glandes endocrines, la cachexie par défaut d'assimilation , l'anémie des centres cérébraux et du bulbe.

Contrairement à ce qui se passe pour les traumatismes fermés de la moelle, une plaie de la moelle, comme toute plaie de guerre, doit être explorée le plus rapidement possible. Certaines précautions opératoires s'imposent en ce qui concerne les salles d'opérations surchauffées, l'anesthésie générale, etc.

Le traitement dit médical a une importance extrême, car il permet d'éviter nombre de complications.

Il est vraisemblable que, comme en 1914-1918, les plaies de la moelle seront beaucoup plus redoutables que les plaies du cerveau, celles-ci d'ailleurs rendues plus rares et moins graves par le port du casque. (*La Presse Médicale*, 18 octobre 1939).

Que signifie la présence de l'entérocoque dans les eaux de boisson

D'une étude faite par les Docteurs BRAKIER et DE WEVER, il résulte que l'entérocoque est *plus résistant* dans les eaux de boisson que le bacterium coli ; c'est un germe *encore plus ubiquitaire* que le bacterium-coli ;

Compléter la recherche du bactérium-coli par la recherche de l'entérocoque, dans l'étude bactériologique des eaux de boisson, tendrait, dans maintes occasions, à faire conclure avec une *rigueur dont l'expérience pratique est loin de vérifier la nécessité* ;

Par sa plus grande résistance aux agents chimiques, l'entérocoque pourrait être considéré, en ce qui regarde l'*épuration des eaux polluées*, comme un test tel que sa disparition de ces dernières serait plus confirmative encore de l'efficacité d'un traitement très poussé que ne pourrait l'être la destruction du bactérium-coli, test habituellement proposé. (*Liège Médical*, 20 août 1939.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de chirurgie

Séance du 6 décembre 1939

M. Funck-Brentano présente un rapport sur un travail de MM. Meyer May et Ton That Fung concernant *une statistique de chirurgie de la rate.*

M. Binet fait un exposé des travaux qu'il a poursuivis depuis dix ans sur l'*anoxémie et l'oxygénothérapie* — travaux du temps de paix, dit-il, qui peuvent trouver leur application pratique en temps de guerre.

M. Cunéo montre des photographies du *masque à gaz* de M. Nicolaïdi et décrit les différents temps de la mise en place de ce masque.

M. Nicolaïdi avait déjà présenté lui-même, à une séance précédente, son masque à gaz dont la caractéristique est de pouvoir s'appliquer sans enlever le casque de la tête ce qui évite une interruption dans la protection donnée par le port du casque. A cet effet, l'appareil en question comporte deux parties distinctes : l'une, sorte de bandeau fronto-occipital reste en permanence sur la tête, sans gêner d'ailleurs ; l'autre — le masque proprement dit — se fixe au bandeau fronto-occipital au moment seulement où il y a menace d'action des gaz.

Narcoses intra-veineuses au narconumal

M. Mayer, de Bruxelles, fait une communication sur les narcoses intra-veineuses au narconumal.

L'auteur n'est pas partisan de la rachi-anesthésie pour les opérations des régions sus-ombilicales. Il s'est, d'autre part, très bien trouvé des narcoses intra-veineuses au narconumal et il base son opinion sur une expérience déjà grande de ce mode d'anesthésie. En chirurgie de guerre, la narcose intraveineuse offre en outre l'avantage de permettre, si c'est nécessaire, de se passer d'anesthésiste. Elle convient très bien pour les opérations chez les gazés.

M. Pierre Fredet rappelle ses travaux personnels déjà anciens sur la narcose intraveineuse au numal. Le narconumal, moins toxique et plus maniable que le numal, est venu ensuite le remplacer. M. Thalheimer l'a utilisé pour de nombreuses opérations et M. Fredet a pu enregistrer les bons résultats ainsi obtenus.

M. Kuss parle des anesthésies par injections intra-veineuses d'alcool qu'il est allé étudier, en mission, à l'étranger.

M. Lambret, après avoir essayé le numal intraveineux y a renoncé en raison des phénomènes d'excitation quelquefois observés avec ce produit.

M. Mayer répond qu'il n'ignore pas les travaux de M. Fredet sur la narcose intraveineuse au numal, travaux dont il a apprécié toute la valeur. Le narconumal offre une très notable supériorité sur le numal : sa moindre toxicité, sa maniabilité (la zone des doses utilisables étant beaucoup plus grande), l'absence de phénomènes d'excitation.

A son avis, l'anesthésie par alcool intra-veineux n'est en aucun cas à recommander.

Sur une maladie innommée (Cordons cutanés de lymphangite ?)

M. Mondor a observé plusieurs cas d'une affection jusqu'à ce jour innommée, qui s'est traduite par des sortes de cordons cutanés ou sous-cutanés siégeant à la région thoracique inférieure, d'assez grande longueur, offrant en certains points une consistance dure, d'allure légèrement inflammatoire parfois et ayant guéri en six ou sept semaines sans traitement très actif. Des traumatismes modérés ont été plus ou moins notés à leur origine. S'est-il agi de lymphangite, de phlébite oblitérante par trauma, par effort, ou d'un autre processus morbide ? L'examen histologique d'un fragment enlevé n'a pu donner une précision suffisante. Dans le cas en question l'aspect de la lésion avait éveillé l'idée d'une affection néoplasique.

M. Robineau a été consulté il y a quelque temps par une jeune femme qui présentait un cordon cutané de ce genre, sans rougeur, sous le sein gauche, survenu à la suite d'efforts faits au cours d'un déménagement.

Chez une des malades de M. Mondor, fort jolie jeune fille — ceci explique cela —, on pouvait invoquer un mécanisme traumatisant assez particulier, à savoir des « pressions manuelles » répétées de la région mammaire.

M. Chevrier a soigné également un malade offrant sur la peau du thorax au-dessous du sein un cordon presque cartilagineux qui a guéri spontanément en deux mois.

M. Capette a vu un cas analogue : un cordon cutané de 12 à 15 centimètres, qui a disparu au bout d'un mois.

M. MOCQUOT a observé une affection similaire, mais au bras : des « ficelles » cutanées avec nodosités dures, ayant guéri par des moyens simples.

P. LACROIX.

***

Un cas de tétanos d'origine utérine

(MM. E. FERRON et J. TORLET, de Saint-Germain-en-Laye ; Rapport de M. Pierre MOCQUOT ; 20-9-1939).

Une femme, qui perd un peu de sang, arrive à l'hôpital avec un trismus apparu dans la journée. Le lendemain, elle avoue des tentatives abortives : un curetage est pratiqué. Neuf heures après se montrent les crises convulsives qui se répètent en même temps que la température s'élève. La malade meurt quarante-deux heures après le curetage.

MM. Ferron et Torlet se sont demandé si le curetage n'avait pas précipité les événements. Ils notent l'apparition et la répétition des crises après l'intervention et ils remarquent que cette opération qui traumatise l'endomètre, risque de diffuser l'infection. Ils citent quatre cas récents dans lesquels il n'y a pas eu d'intervention chirurgicale et dont trois ont guéri. En somme, disent-ils, le pronostic du tétanos utérin, malgré les ressources actuelles, n'a pas été modifié et ils proposent : de faire une sérothérapie massive, d'administrer les sédatifs nerveux, de vérifier l'ouverture du col, d'enlever sans traumatisme les débris restés dans l'utérus, de laisser un drain dans l'orifice cervical. Dans un cas vu de bonne heure, ils envisageraient favorablement l'hystérectomie, mais rejettent formellement le curetage.

M. Mocquot trouve logique le raisonnement de MM. Ferron et Torlet. Il est d'accord avec eux pour rejeter, en pareil cas, le curetage, agressif et vulnérant, mais il voudrait tout de même laisser une place à l'évacuation de l'utérus faite doucement.

— M. MONDOR remarque à nouveau que les lésions utérines de l'avortement provoqué sont celles qui, par leurs complications, se rapprochent le plus des plaies de guerre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Etude sur les enfants qui marchent tardivement

(MM. L. RIBADEAU-DUMAS, BOURGUIGNON et Mme MARTIROU ; 10-10-1939)

Colin fixe le début normal de la marche entre onze et quatorze mois. Au-delà de cette date, le retard de la marche, s'il n'est pas dû à une action intercurrente d'une durée plus ou moins éphémère, peut être la conséquence de troubles cérébraux, de l'hypothyroïdie, du rachitisme, ou d'une débilité motrice le plus souvent à évolution favorable.

M. Ribadeau-Dumas et ses collaborateurs ont complété l'examen clinique de ces enfants, toujours assez difficile, par la recherche des chronaxies. Du point de vue thérapeutique, on peut améliorer les hypotonies et certains retards de la marche en plaçant l'enfant dans de meilleures conditions d'hygiène. La vitamine C peut guérir les retards liés aux affections osseuses. Les extraits glandulaires sont généralement sans action, sauf dans quelques cas de myxœdème. Le traitement antisyphilitique donne parfois des améliorations, mais rarement. M. Bourguignon a obtenu enfin, dans certaines circonstances, des résultats avec la diélectrolyse transcérébrale de calcium. Les moyens thérapeutiques doivent être, en tout cas, utilisés précocement. Ce qui est particulièrement fâcheux, ici, c'est le retard du développement psychique.

Teinture d'iode ou alcool dans la désinfection du champ opératoire

(M. E. MARQUIS ; 17-10-1939)

A la séance de l'Académie du 30 mai 1939, M. Lecercle a préconisé la désinfection du champ opératoire par l'alcool à 95° aux lieu et place de la teinture d'iode. A la même tribune, le 18 juillet 1939, M. Vanverts a vanté les résultats d'une friction (et non plus d'un simple badigeonnage) du champ opératoire avec de l'alcool à 90°.

Revenant sur ce sujet, M. Marquis rappelle d'abord ses nombreux travaux poursuivis depuis 1911 sur la désinfection — des mains en particulier — par l'alcool, et sur les pouvoirs bactéricides respectifs de l'alcool et de la teinture d'iode. Considérant les résultats obtenus, quant aux germes superficiels et profonds de la peau (le coli-bacille, le staphylocoque, le streptocoque principalement), il conclut que l'iode incorporé à l'alcool à 95° possède un pouvoir bactéricide plus grand que l'alcool à 95° seul (la valeur microbicide de l'alcool augmente avec son degré alcoolique), mais que pour qu'il en soit ainsi il faut utiliser la teinture d'iode de l'ancien Codex (iode métallique, 1 gramme ; alcool à 95°, 20 grammes), et non celle du nouveau Codex (iode, KI, alcool et eau).

Ayant montré la supériorité de la teinture d'iode (ancien Codex) sur l'alcool au même titre dans la désinfection du champ opératoire, l'auteur tient à rappeler aussi la supériorité de l'alcool dans la désinfection des mains très sèches. La friction à l'alcool sur la peau sèche a une efficacité plus grande que l'application de l'alcool sur des mains humides préalablement brossées et savonnées. Ce procédé est d'ailleurs plus simple et il pourra être employé utilement en chirurgie de guerre, depuis le poste de secours jusqu'aux autochirs en passant par les ambulances de première ligne.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

Myotonie atrophique chez un traumatisé du crâne

(MM. H. Mondon, R. Artur et P. Pasquet ; 26-5-1939)

Il s'agit d'un homme qui, après un traumatisme cranio-encéphalique grave, a été atteint d'un syndrome subjectif des blessés du crâne et chez qui, en même temps que se manifestaient quelques signes neurologiques d'atteinte extrapyramidale (bradykinésie, attitude soudée), s'installait progressivement un syndrome myotonique. D'abord localisé, six ans après le traumatisme, aux fléchisseurs de la main gauche, puis aux masticateurs, il s'est étendu aux quatres membres. L'amyotrophie a débuté huit ans après l'apparition de la myotonie : amyotrophie des segments distaux des membres et des sterno-cléido-mastoïdiens avec facies myotonique, réaction myotonique volontaire, mécanique et électrique, et enfin troubles trophiques ; comme chez le malade de Crouzon et Bouttier, il existe au niveau des jambes une véritable fonte des tissus, prédominant sur le système musculaire, mais intéressant aussi les plans sous-cutanés.

On peut incriminer le traumatisme dans la genèse des troubles présentés par ce malade. Chez un sujet indemne de toute affection musculaire avant la guerre de 1914, sans antécédents familiaux myopathiques, le traumatisme a vraisemblablement provoqué une commotion cérébrale discrète sans séquelles corticales, mais atteinte de la région de l'encéphale la plus sensible aux traumatismes, celle des noyaux gris centraux, où les pétéchies sont les plus fréquentes, et où l'action du coup d'hyperpression du liquide céphalo-rachidien se fait le plus sentir.

Peut-être objectera-t-on que l'intervalle entre le traumatisme et les premières manifestations myotoniques a été particulièrement long (six ans). Mais, dans une observation de M. P. Weill et Oumanski, un syndrome parkinsonien n'est-il pas apparu huit ans après le traumatisme ?

Un zona intercostal survenu en 1918 est-il intervenu dans le processus morbide ? Il a été discret et n'a pas extériorisé de signes d'atteinte encéphalique Tout ce que l'on pourrait dire, si l'on admettait sa participation, est que le processus infectieux a été localisé par l'atteinte traumatique antérieure, ce qui est fort douteux. Cette observation paraît corroborer l'hypothèse de Curschmann, de l'origine centrale de la myotonie atrophique. Les troubles vasomoteurs et trophiques, ainsi que les modifications électro-cardiographiques, présentés par le malade, pourraient être invoqués pour confirmer le rôle important joué par les altérations du système nerveux végétatif dans le processus de cette dystrophie.

Obstruction bronchique post-hémoptoique au cours d'un cancer bronchique

(M. J.-M. Lemoine ; 26-5-1939)

Le cancer du poumon se manifeste cliniquement sous les aspects les plus variés. Fréquemment, il est masqué par une complication infectieuse, telle que l'abcès du poumon. Dans l'observation rapportée, un cancer bronchique non diagnostiqué a réalisé le tableau brutal et rapidement mortel d'une gangrène pulmonaire, accompagnée de pleurésie putride. Le développement de cette gangrène pleuro-pulmonaire a été lié étroitement à un phénomène souvent décrit, dont la constatation anatomique a le plus souvent manqué : l'obstruction bronchique par un caillot sanguin, entraînant le collapsus d'un lobe et la gangrène de l'autre.

Tous les faits d'obstruction bronchique post-hémoptoïque signalés dans la littérature médicale comportent une expulsion spontanée ou bronchoscopique des caillots obturateurs, ou bien la guérison s'est produite même en l'absence de cette expulsion. Il s'agissait le plus souvent d'hémoptysies tuberculeuses,

Le caractère intense des symptômes oppose l'obstruction bronchique brusque aux obstructions bronchiques progressives, telles qu'on les observe, par exemple, au cours du cancer bronchique, lorsque le bourgeon charnu vient occuper progressivement tout le calibre de la bronche souche. On voit alors se produire l'opacité complète du poumon sans que le malade accuse la moindre douleur, la moindre gêne respiratoire, et cela peut se faire sans donner lieu à aucun phénomène infectieux notable.

Ce même caractère intense des symptômes rapproche au contraire l'obstruction bronchique d'autres syndromes thoraciques où l'on retrouve les mêmes éléments : douleur, dyspnée et angoisse, tels que l'embolie pulmonaire et l'angine de poitrine.

Il rapproche également l'obstruction bronchique hémoptoïque des obstructions bronchiques par corps étranger ; les mêmes complications infectieuses sont à redouter ; certes, elles ne prennent que rarement l'allure gangréneuse, mais elles n'en commandent pas moins l'intervention bronchoscopique d'urgence en l'absence d'expulsion spontanée. L'examen histologique des pièces a montré, dans le lobe supérieur gauche, du collapsus pulmonaire et non de l'atélectasie.

G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TRAVAUX ORIGINAUX

Bulletin de l'Actualité

● ● ●

DES MÉDECINS POUR L'INTÉRIEUR

Il est hors de doute qu'il y a aujourd'hui sous l'uniforme beaucoup plus de médecins que lors de la dernière guerre, et il y a à cela une double raison.

La première, c'est la pléthore médicale. Tous les étudiants qui depuis vingt ans se sont dirigés vers les études médicales, qu'ils exercent ou qu'ils n'exercent pas, sont mobilisés comme médecins militaires et cette quantité de jeunes docteurs dépasse de beaucoup les exigences du Service de santé militaire. On voitdes médecins à deux galons, dans des postes qu'occupaient jadis des étudiants en médecine ou des médecins auxiliaires ; toutes les formations en sont largement pourvues ; à l'intérieur dans les hôpitaux, dans les réserves de personnel il y a des jeunes à ne savoir qu'en faire.

L'autre raison c'est l'assiduité avec laquelle quantité d'officiers de réserve ont suivi les cours de perfectionnement, ont pris du galon en prévision d'une guerre possible et ont continué à servir alors qu'il leur était possible de quitter l'armée à l'expiration de leur temps légal. Ainsi le Corps des médecins de réserve compte une quantité de colonels, de commandants, de capitaines qui normalement devraient être civils et continuer à s'occuper de leurs clientèles.

Il est bien certain que pour un grand nombre de confrères exerçant dans des villes, la situation que leur offre l'armée est plus agréable qu'une réquisition civile ou une affectation forcée à la défense passive, d'autant que les clientèles ont disparu et qu'ils n'auraient de la profession que les charges et non les profits.. Il ne faut donc pas s'étonner qu'il y ait trop de médecins aux armées et point assez à l'intérieur. Pour obvier à cela il eut été possible de démobiliser par ancienneté de classe, ainsi on supprimait non seulement les plus âgés mais aussi les plus haut gradés ; on réalisait pour l'Etat une économie et on laissait aux armées les plus jeunes.

Cette mesure qui peut paraître rationnelle était en réalité injuste, elle retirait de l'armée des hommes qui depuis des années ont fait leur devoir militaire, ont continué à s'intéresser en temps de paix aux choses de la guerre, et pouvaient être donnés en exemple aux jeunes classes qui auraient pu négliger cette instruction. Surtout elle privait l'armée de réservistes susceptibles de commander, de diriger des formations importantes. capables de seconder utilement les médecins de l'active trop peu nombreux.

Ainsi par cette double raison pour quelques millions d'hommes mobilisés, il y a plus de médecins que pour les trente-cinq à trente-six millions d'habitants non mobilisés.

L'intérieur n'a plus de médecins, l'intérieur en réclame, il veut qu'on lui redonne les soins éclairés de ses médecins français, car tous ceux des trop nombreux étrangers qui s'offrent pour prendre des successions, ne sauraient les satisfaire.

S'il y a aujourd'hui pléthore médicale, c'est pléthore militaire et à cela un seul remède : rendre à la vie civile un nombre important de médecins.

Le décret récent qui permet aux médecins appartenant à des classes déjà anciennes jusqu'à 1914, je crois, de redevenir médecins civils sur leur seule demande, reste encore très limitatif ; il ne concerne que les médecins appartenant aux régions, ceux des armées en sont exclus ; or c'est précisément parmi ceux-là qu'on trouverait un grand nombre de démobilisables. Je connais le cas d'un de mes amis encore médecin lieutenant, âgé de près de 56 ans qui ne peut obtenir sa démobilisation, alors qu'une clientèle importante le réclame et se trouve actuellement privée des soins qu'il voudrait pouvoir lui donner.

S'il faut rendre à l'intérieur 3.000 médecins, il faut les prendre là où ils sont, même s'ils sont aux armées. On comprend mal que des hommes frisant la cinquantaine soient à l'avant, alors que les dépôts, les réserves de personnel regorgent de jeunes qui, au fond, ne demandent qu'à se rapprocher de la ligne de feu, et qui ne peuvent le faire parce que les places sont prises et qu'il n'est pas possible de leur donner d'affectation.

Il paraîtrait logique de décider qu'il n'y aurait point aux armées de réservistes (et ceci quelque soit leur grade) ayant dépassé un âge qu'il suffit de fixer ; il faudrait admettre en outre, qu'à l'intérieur la majorité du Corps médical doit être civile et que la plupart des formations militaires seront supprimées.

Si audacieuse que soit cette conception, elle est la seule qui permette de rendre au pays les médecins compétents qui lui manquent, en leur laissant toute possibilité de reprendre leur clientèle d'une façon normale.

Ce que nous faisons en ce moment, où nous laissons la plupart de nos clients s'habituer à s'adresser aux médecins mobilisés, à ne point les honorer est extrêmement dangereux pour l'exercice futur de la médecine. Je l'ai déjà dit et écrit, il est inadmissible qu'un commerçant, qu'un ouvrier, qu'un fonctionnaire dont les gains n'ont pas subi de diminution n'honore plus son médecin, parce que c'est la guerre.

La conséquence de cet état de choses c'est qu'un grand nombre d'entre nous, et il faut avoir le courage de l'écrire, restent aux armées pour avoir une solde, pour ne pas connaître l'aléa du lendemain, pour avoir une vie de fonctionnaires. Que du jour au lendemain, ils entrevoient la possibilité de vivre, ils n'hésiteront plus à demander une démobilisation qu'on leur offre et dont ils ne veulent pas. J'ai parlé autour de moi avec des médecins de mon âge, susceptibles de rentrer dans leurs foyers. Ceux des villes ne le veulent pas. Ils voient avec terreur les impôts, les patentes, les frais généraux certains, ils voient aussi les clients ne payant point, se retranchant derrière les événements pour ne point régler des honoraires, ils voient au bout de cela la misère et la ruine et ils restent militaires.

Pour qu'il y ait à l'intérieur des médecins qui reviennent, il faut que l'exercice normal de la médecine redevienne possible et que le médecin ait la sensation qu'il pourra vivre.

Dans les régions de France où il y a à la fois, des médecins civils et des médecins militaires on se rend bien compte de l'attrait qu'exerce sur le client le médecin militaire. Il est nouveau, à tort ou à raison il se pare d'une auréole scientifique, il sera discret sur les honoraires, puisqu'il lui est interdit d'en percevoir. Et qu'il le veuille ou non, une consultation, un avis lui sont demandés, au détriment du civil qui n'est point appelé.

La réorganisation de la médecine est d'une nécessité urgente ; nous voudrions que des solutions pratiques raisonnables soient envisagées pour laisser aux armées les hommes actifs, dont le pays a besoin, et pour rendre à l'intérieur tous ceux dont la vraie place est auprès de leurs clients.

Dr RAPHO.

SITUATION JURIDIQUE DES PHARMACIENS ET DES MÉDECINS PROPHARMACIENS MOBILISÉS

A la demande de certains confrères, je crois utile de préciser pourquoi une pharmacie peut rester ouverte, bien que le pharmacien propriétaire soit appelé sous les drapeaux, alors que le médecin propharmacien, également mobilisé, ne peut pas faire débiter des médicaments par sa femme aux clients qui viennent s'adresser à elle.

En principe et selon les termes de la loi du 21 germinal an XI, toujours en vigueur, une officine pharmaceutique ne peut rester ouverte que lorsqu'elle appartient à un titulaire du diplôme de pharmacien, qui la gère lui-même. Certes, de nombreuses tolérances, plus ou moins illégales, se sont introduites dans l'exercice de cette profession. Ce sont des prête-nom, qui bien qu'étant en apparence propriétaires du fonds, laissent celui-ci être géré par un non-diplômé. Ce sont de nombreuses pharmacies, où l'on trouve toutes sortes de choses, en plus des médicaments, et qui utilisent un nombreux personnel, lequel ne possède souvent pas le diplôme requis par la loi, pour préparer et débiter des médicaments simples, composés, officinaux ou magistraux. Mais ceci est une autre question.

Pour en revenir au temps de guerre présent, nous devons faire remarquer que si l'on appliquait *stricto sensu* la loi de Germinal, toute pharmacie devrait être fermée, lorsque le pharmacien propriétaire est appelé aux armées. Cependant, lors de la guerre de 1914-1918, il fut fait application de l'article 25 de la loi de germinal, complété par l'article 41 de l'arrêté du 25 Thermidor an XI. Par cet article, la veuve d'un pharmacien a une année pour vendre l'officine. Pendant cette année, elle doit faire gérer la pharmacie par un étudiant majeur et pourvu au moins de huit inscriptions de pharmacie. Un pharmacien diplômé assure la surveillance, sous sa propre responsabilité. L'agrément doit être sollicité auprès de l'Ecole, ou de la Faculté de pharmacie, dont dépend l'inspection de l'officine.

Ce texte a été modifié par la loi du 9 février 1916, qui accorde le même droit de délai pour vente aux enfants et héritiers dn pharmacien décédé.

Aussi bien en 1914 qu'actuellement, il est fait une application large du sens de cet article : en effet, bien que le législateur n'ait eu en vue que la veuve et les héritiers du *de cujus*, on tolère que la pharmacie puisse rester ouverte, alors que son propriétaire est mobilisé, la raison en est que, dans bien des localités, la fermeture de l'officine serait fort préjudiciable à la santé publique.

Ainsi, le commerce de pharmacie ne peut être exercé que par des personnes donnant toutes garanties de savoir et d'expérience, qu'attestent les études, les examens et le diplôme obtenu en fin de scolarité. Une pharmacie peut donc rester ouverte, si la femme du mobilisé a pris le soin de faire agréer par la Faculté, ou école, un remplaçant, étudiant muni de huit inscriptions au moins et placé sous la surveillance et la responsabilité d'un pharmacien diplômé, résidant dans les proches environs.

Il n'en est plus de même pour le médecin propharmacien appelé aux armées. Le droit d'exercer la propharmacie, qu'il tient des termes de l'article 27 de la loi de germinal, est un droit tout personnel et qu'il ne peut déléguer à personne. *Stricto sensu*, il ne peut débiter des médicaments qu'à ses seuls clients. Lui parti, sa femme ne peut pas le remplacer, ni comme médecin, ni comme pharmacien. En d'autres termes, il ne peut pas tenir pharmacie ouverte et vendre à tout venant.

A un autre point de vue, disons que beaucoup de femmes possèdent actuellement le diplôme de pharmacien. Elles sont donc qualifiées pour tenir une officine, lorsque le mari est aux armées, de même qu'elles peuvent s'engager comme remplaçantes. Mais la femme d'un médecin-propharmacien, bien que diplômée pharmacienne, ne saurait exercer la propharmacie, qui est un accessoire de la profession de médecin. Qu'elle ouvre une officine en son nom : c'est son droit ; mais elle ne saurait débiter des drogues et médicaments au nom de son mari, docteur en médecine appelé aux armées.

Ces précisions d'ordres législatif me semblent utiles à être préconisées pour répondre à de nombreux confrères, qui s'étonnent de voir que le pharmacien de la localité n'a pas fermé boutique, alors qu'il partait dans une formation militaire. Mais hâtons-nous de dire que fréquemment des rivalités d'ordre local sont à la base des réclamations.

Voilà pourquoi j'engage vivement mes confrères à soumettre leurs doléances au Syndicat médical local, lequel pourra discuter avec le Syndicat des pharmaciens, pour faire cesser des situations vraiment irrégulières. Un arbitrage par un Conseil de famille inter syndical vaudra toujours mieux qu'un conflit qui peut s'éterniser et s'envenimer, surtout, si les tribunaux s'en mêlent.

Dr Paul Boudin.

PSYCHOTHÉRAPIE ET PHYTOTHÉRAPIE

Par le Docteur P. BARBIER

Professeur à l'Ecole de Psychologie

Sous le nom de Phytothérapie on désigne, en effet, comme le dit le Docteur Henri Leclerc (1) dans son remarquable « Précis de Phytothérapie » l'emploi de substances végétales sous leur forme intégrale (sucs, teintures, extraits) par opposition aux principes isolés résultant des opérations chimiques que l'on fait subir à ces substances. Ces principes isolés des plantes (alcaloïdes et glucosides) n'exercent qu'une action partielle et totalement différente de celle de la plante entière. C'est ainsi que les alcaloïdes de l'opium même administrés simultanément ne peuvent reproduire les effets de ce suc végétal naturel extrait du pavot.

D'autre part, ces principes isolés ne sont, comme le proclame Gustave Le Bon (2) que des corps morts produits ultimes des réactions vitales et nullement des corps en voie d'évolution comme ceux qui existent au sein des cellules de l'organisme. C'était également l'avis du Professeur Pouchet (3) qui déjà en 1897 dans sa leçon inaugurale du cours de pharmacologie démontrait qu'il y a dans la composition immédiate des drogues simples des éléments actifs dont la connaissance nous échappait jusqu'alors et dont l'importance est attestée par des faits de jour en jour plus nombreux. « Leur séparation plus ou moins parfaite d'avec les alcaloïdes, glucosides et autres principes actifs qui sont réputés conférer à la drogue son énergie médicamenteuse suffit certainement à expliquer les différences d'activité au point de vue de l'action physiologique des principes actifs isolés jusqu'à ce jour : aussi les effets obtenus avec les préparations galéniques qui représentent la plante entière sont-ils différents de ceux obtenus avec ses principes actifs préalablement isolés ».

Cette supériorité de l'action thérapeutique de la plante entière proclamée déjà à cette époque par l'éminent professeur de la Faculté de médecine de Paris est actuellement hors de conteste d'autant plus que nous possédons maintenant les ingénieux procédés de MM. Perrot et Goris (4) qui nous permettent de stabiliser les plantes, c'est-à-dire de leur conserver les caractères biochimiques et les propriétés physiologiques qu'elles possèdent à l'état de fraîcheur. Grâce à ces procédés qui consistent à soumettre les végétaux dès qu'ils viennent d'être cueillis, à l'action de vapeurs chaudes d'alcool, puis à les dessécher dans un courant d'air tiède, il est en effet possible d'anéantir l'action des ferments contenus dans les tissus des plantes et par suite de préserver ces dernières de toute altération ultérieure.

D'autre part, il nous est, à l'heure actuelle, également permis par un choix judicieux du terrain et de l'époque de la cueillette, par une étude scientifique des engrais, etc., de réaliser les conditions idéales de culture des plantes médicinales pour obtenir leur rendement maximum en principes médicamenteux.

C'est ainsi que les données de la science moderne, grâce aux merveilleux progrès de la biologie végétale, de la chimie, de la physiologie expérimentale sont venus compléter heureusement l'empirisme de nos pères qui avaient avec raison le culte des simples, pour constituer ce que notre regretté maître le Professeur Rénon avait appelé du terme si ingénieux « d'Empirisme scientifique ».

Dans la culture scientifique des plantes médicinales, le choix du terrain et du climat constitue une donnée de la plus haute importance : l'atmosphère et le sol sont en effet les réservoirs des principes nutritifs de la plante. C'est dans le sol que les racines puisent les principes minéraux solubles, et c'est la sève qui les distribue dans l'organisme de la plante. « L'atmosphère fournit aux végétaux l'eau sous forme de pluie, de neige, de rosée ; elle fournit de l'oxygène, de l'acide carbonique, de l'ammoniaque, parfois de l'acide nitrique à la suite des pluies d'orage, parfois aussi des poussières salines contenant du sel marin, des sulfates de potasse, de chaux, de magnésie ... Les principes de la plante sont le résultat de cette absorption et des réductions qui la suivent » (1).

L'influence du climat sur la teneur des végétaux en principes actifs est incontestable : ainsi les Labiées du Midi sont bien plus riches en essences que celles du Nord ; en général les plantes des climats chauds sont plus riches en principes actifs que celles des climats froids.

(1) H. LECLERC. Précis de Phytothérapie, Masson et Cie, Paris, 1922.

(2) Gustave LE BON. L'Evolution de la Matière. 1919.

(3) G. POUCHET. Importance des préparations galéniques en thérapeutique. *Bulletin de Thérapeutique*, 1897.

(4) PERROT et GORIS. La stérilisation des plantes médicinales dans ses rapports avec leur activité thérapeutique. C. R. de l'Académie de Médecine, 22 juin 1909.

(1) HÉRAUD. Nouveau dictionnaire des plantes médicinales. Paris, 1920.

L'influence du terrain est également reconnue depuis longtemps ; les terrains marins, marécageux présentent une flore spéciale. Chaque terrain, suivant la nature des éléments qui le constituent, se couvre d'une végétation particulière : c'est ainsi que par exemple le pin maritime, le chêne, les fougères prospèrent dans les terrains silicieux, tandis que les Labiées croissent spontanément dans les sols calcaires.

L'influence de l'état de l'atmosphère n'est pas non plus à négliger ; on sait en effet que les plantes récoltées par un temps sec et chaud se conservent beaucoup mieux que celles recueillies par un temps humide et froid : les plantes ainsi recueillies sèchent, en effet, beaucoup plus promptement, elles sont moins susceptibles de se pourrir pendant la dessication et sont beaucoup plus actives.

La phytothérapie est, en somme, sous une forme plus scientifique et plus perfectionnée, l'ancienne thérapeutique par les simples remise en honneur. Comme le dit le proverbe latin : *Multa renascentur, quæ jam cæcidere.* Beaucoup de choses renaîtront, qui étaient déjà tombées dans l'oubli.

Plutôt que de recourir aux médicaments chimiques, dont l'action est plus ou moins brutale pour des malades dont le système nerveux est déjà ébranlé, le psychothérapeute préférera généralement avoir recours à cette médication phytothérapique plus anodine et dont il lui est plus facile de doser les effets spécifiques sur le système nerveux.

Nous étudierons successivement l'action des produits végétaux, qui peut être soit sédative, soit au contraire excitante, sur le centre nerveux et sur le système vago-sympathique.

Nous laisserons de côté les produits anesthésiques et stupéfiants du système nerveux, tels que le pavot, dont on extrait l'opium et la morphine ; le chanvre indien qui fournit le haschisch et les feuilles de coca qui nous donnent la cocaïne et nous n'envisagerons que les sédatifs et antispasmodiques doux, qui intéressent plus particulièrement le psychothérapeute.

Parmi les sédatifs doux du système nerveux, nous citerons la fleur de la passion (passiflora incarnata), l'aubépine (cratægus oxyacantha), que notre maître le Docteur Huchard fut le premier à préconiser comme sédatif cardiaque, l'anémone, le lotus, la ballote, le gattilier (ou) agnus castus et surtout la valériane, l'antispasmodique par excellence et le meilleur modérateur de l'excitabilité réflexe.

Ce sont tous d'excellents sédatifs, que l'on peut utiliser seuls ou associés dans le traitement de l'insomnie et des troubles nerveux ; avec leur emploi nous n'aurons pas à craindre les troubles, toxiques si fréquents avec l'emploi des produits chimiques du groupe des barbituriques.

A ce groupe des végétaux à action sédative nous pouvons encore ajouter une plante qui nous vient du Mexique, le peyotl qui aurait la propriété de procurer des rêves agréables.

Comme plantes à action excitante du système nerveux et vasculaire, nous avons la kola, la noix vomique, la fève de Saint-Ignace ; la kola est un tonique du cœur et du système neuro-vasculaire par sa caféine, qui s'y trouve à l'état de complexe dédoublable peu à peu dans l'intestin ; son action est ainsi moins brutale que celle du café. Quant à la noix vomique et à la fève de Saint-Ignace, qui renferment les mêmes alcaloïdes (strychnine et brucine) ; ce sont des excitants de la motricité de tous les muscles. A ce groupe nous pouvons ajouter la racine de Tabernanthe Manü, qui détermine l'augmentation de la puissance musculaire.

Deux nerfs principaux commandent à toutes nos fonctions neuro-végétatives. C'est le pneumogastrique, appelé aussi le vague et le grand sympathique. Suivant que l'un d'eux prédomine ou non sur l'autre, on sera soit vagotonique, soit sympathicotonique. Le syndrome vagotonique se traduit du côté des voies digestives par de la salivation exagérée (sialorrhée), de l'hyperacidité gastrique, de la constipation parfois opiniâtre, et du côté circulatoire, par de l'hypotension artérielle, de la bradycardie (lenteur des mouvements du cœur), du refroidissement des extrémités et parfois de la pâleur du visage. Ces troubles vagotoniques seront combattus par la belladone, la jusquiame, le datura stramonium, qui sont de puissants antispasmodiques et antisécrétoires.

Les sympathicotoniques au contraire sont des sujets qui présentent un syndrome clinique tout à fait inverse : ils ont de la sécheresse de la bouche, de l'hypochlorhydrie et de l'hyposthénie gastrique, ils ont tendance à la diarrhée après les repas et présentent ces symptômes si douloureux de pesanteur gastrique et d'angoisse, que l'on désigne sous le nom de névralgie du plexus solaire. Ces sujets seront calmés par les médicaments qui s'adressent au sympathique, comme la fève du Calabar et le jaborandi, dont l'action est inverse de celle de la belladone. Une autre plante, qui nous vient de Chine, et que la pharmacopée chinoise employait depuis une époque très reculée, c'est l'Ephedra, qui jouit de propriétés analogues à celles de l'adrénaline, en relevant le tonus vasculaire et la pression artérielle ; ce qui en fait une médication vraiment remarquable de l'hypotension artérielle et de l'asthme, n'offrant pas les dangers de la médication chimique par l'adrénaline. Comme la belladone, l'Ephedra dilate la pupille et relève la tension artérielle ; c'est donc égale-

ment une médication qui s'adresse aux vago-toniques.

Une plante plus commune de nos pays, l'ail possède une action antagoniste sur la tension artérielle ; l'Allium sativus est en effet un remarquable hypotenseur, qui jouit en outre de propriétés bactéricides à l'égard du bacille de Koch.

Ces quelques exemples suffisent à nous montrer les immenses services que le psychothérapeute pourra retirer de l'usage bien compris de la médication phytothérapique, qui lui fournit une mine inépuisable de remèdes galéniques tout à la fois inoffensifs et d'une efficacité incontestable dans les divers troubles morbides du système nerveux et de la circulation du sang.

La psychothérapie, à elle seule, peut agir sur ces divers troubles morbides. En 1903, dans la *Revue de l'Hypnotisme*, notre maître le Docteur Bérillon (1) nous enseignait l'influence de la suggestion hypnotique sur la circulation. Il nous montrait que la suggestion hypnotique était capable de modifier la tension artérielle, par action sur les nerfs vaso-moteurs.

« Chez les sujets dont la tension artérielle est normale, le sommeil provoqué détermine une élévation de tension, mais cette élévation est moins accentuée et plus longue à se manifester, que chez les malades dont l'hypotension est permanente et dont la dépression sanguine est très accusée. »

L'influence du système nerveux sur le cœur a été très bien exposée par Claude Bernard (2) en 1865. « Le cœur et le cerveau, nous dit-il, se trouvent dans une solidarité d'actions réciproques des plus intimes, qui se multiplient et se resserrent d'autant plus que l'organisme devient plus compliqué et plus délicat... Les sentiments que nous éprouvons sont toujours accompagnés par des actions réflexes du cœur ; c'est du cœur que viennent les conditions de manifestation des sentiments, quoique le cerveau en soit le siège exclusif. Dans les organismes élevés, la vie n'est qu'un échange entre le cœur et le cerveau, les deux rouages les plus parfaits de la nature humaine. Cet échange se réalise par des relations anatomiques très connues, par les nerfs pneumogastriques qui portent les influences nerveuses au cœur et par les artères carotides et vertébrales, qui apportent le sang au cerveau. Tout ce mécanisme merveilleux ne tient donc qu'à un fil et si les nerfs qui unissent le cœur au cerveau venaient à être détruits, cette réciprocité d'action serait interrompue et la manifestation de nos sentiments profondément troublée. »

En résumé donc, dans tous les troubles morbides de la vie végétative, qu'ils dépendent de l'un ou de l'autre des deux grands systèmes régulateurs, le grand sympathique et le pneumogastrique, ou nerf vague, ces deux systèmes régulateurs qui régissent le fonctionnement cardio-vasculaire, comme celui des muscles et des glandes endocrines, le psychothérapeute s'adressera pour compléter utilement ses suggestions aux nombreux agents de l'arsenal phytothérapique, qui seront pour lui d'un secours précieux et qu'il pourra utiliser sans crainte d'intoxiquer son malade, respectant ainsi le vieil adage de l'Ecole de Salerne :

Primum non nocere ; deinde curare.

Et s'il ne peut guérir, le psychothérapeute aura le devoir sacré de maintenir dans l'esprit de son malade le flambeau de l'espérance jusqu'à ses derniers instants ; qu'il puisse le conserver jusqu'à son entrée au royaume des Enfers, où il faut perdre toute espérance, comme il est dit dans le chant immortel du Dante, le grand poète italien :

O voi chi entrante, lasciate ogni speranza !

(1) Bérillon. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1903.

(2) Cl. Bernard. La science expérimentale. Paris 1890. Etude sur la physiologie du cœur.

LA LÈPRE EN PAYS DE RETZ

On se souvient qu'à diverses reprises la Presse technique a annoncé la réapparition de la lèpre, du Moyen-Age et de l'époque phénicienne, dans le pays de Retz, au voisinage de l'ancien grand port du Lac de Grand'Lieu.

Or chose très curieuse, une société scientifique de Paris, de tout premier ordre, la *Médicale des hôpitaux*, vient d'enregistrer pour le fond de la rade de Brest et la région de Landerneau, la réapparition égalemen de cette maladie ! Cela est très curieux, car ce sont les deux points principaux des deux extrémités Nord et Sud de la Bretagne, qui, à l'époque préhistorique, ont été en relations directes avec l'Atlantide et par suite tous les navigateurs préromains.

Cette localisation est donc en rapport avec un fait très ancien. Et cela explique pourquoi on retrouve rarement chez ces malades le bacille classique de la lèpre.

A Paris, on a été très étonné quand, récemment, on a pu faire ces constatations extraordinaires, mais très rassurantes.

Marcel Baudouin.

DOCUMENTATION DU TEMPS DE GUERRE

Décret-loi du 2 décembre 1939 réglementant l'exercice de la profession médicale en Algérie en temps de guerre

Art. 1er. — A la mobilisation ou dans les cas prévus à l'article 1er de la loi du 11 juillet 1938, les médecins non mobilisables et les femmes médecins de nationalité française ou ressortissants français, sont à la disposition du gouverneur général de l'Algérie pour les besoins de la population civile et tenus, sans ordre spécial, de continuer sur place l'exercice de leur profession ou de rejoindre tout autre poste qui pourrait leur être assigné.

Art. 2. — Les médecins chargés des soins de la population civile hospitalisée sont rémunérés dans les mêmes conditions qu'en temps de paix.

Toutefois, s'ils sont appelés à exercer hors de leur domicile, ils ont droit au logement.

L'hôpital où ils exercent pourvoit à ce logement ou en cas d'impossibilité, alloue une indemnité compensatrice.

D'autre part, s'il est établi, après enquête ouverte par le préfet, que la clientèle médicale de leur nouvelle résidence ne peut leur procurer d'honoraires suffisants, les médecins en question peuvent obtenir, à la condition qu'ils ne bénéficient d'aucun traitement quelconque, solde ou retraite, une indemnité supplémentaire, dont le taux, fixé par le gouverneur général, est proposé par le préfet, sur avis du directeur de l'établissement et la commission consultative entendue, ou, le cas échéant, sur avis de la commission administrative. Cette indemnité est prélevée sur le budget hospitalier.

Art. 3. — Les médecins chargés de façon intermittente d'un service public, reçoivent une rémunération calculée sur la base de vacations dont le montant est fixé par arrêté du gouverneur général.

S'ils remplacent des médecins bénéficiant d'une échelle de traitement, ils perçoivent le traitement de début de l'emploi et, éventuellement, les indemnités attachées à ces fonctions.

Art. 4. — Dans les cas prévus à l'article 1er, les médecins ressortissants de pays alliés ou neutres régulièrement autorisés à exercer leur profession en France et qui n'auraient pas souscrit l'engagement prévu à l'article 19 de la loi du 11 juillet 1938, devront, pour continuer l'exercice de leur art, obtenir l'autorisation du préfet du département de leur résidence.

Art. 5. — Les médecins déplacés par ordre dans les conditions de l'article 1er, *in fine*, ne pourront, pendant un délai de cinq ans à compter de la date de cessation des hostilités, exercer leur art dans la localité où ils ont été envoyés et dans un rayon de vingt kilomètres autour de cette localité.

Art. 6. — Les infractions aux dispositions du présent décret sont passibles des sanctions portées à l'article 31 de la loi du 11 juillet 1938.

Art. 7. — Le ministre de l'Intérieur et le ministre de la Santé publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal Officiel* de la République française et inséré au *Journol officiel* de l'Algérie.

(*J. O.*, 5 décembre 1939).

Décret du 18 novembre 1939 relatif à la suspension du contrat de travail des femmes en état de grossesse

Ces dispositions visent exclusivement, à titre temporaire et pendant la durée des hostilités, les femmes employées dans les localités ayant fait l'objet de mesures d'évacuation totale ou partielle de la population civile. Dans tous les autres cas, les dispositions des articles 29 et 29 *a* du livre Ier du code du travail demeureront applicables.

Ce décret étend pour les intéressées ci-dessus désignées la durée de suspension de travail prévue par l'article 29 du code du travail et la porte à une période comprenant la durée de la grossesse et les deux mois qui suivent l'accouchement.

Au cas de maladie attestée par certificat médical comme résultat de la grossesse, cette période peut être allongée de quinze semaines.

(*J. O.*, 7 décembre 1939)

Décret du 29 novembre 1939 relatif à la prophylaxie des maladies vénériennes

Ce décret revêt une importance *capitale*.

Il reprend les dispositions essentielles du projet Sellier de 1936 et est l'un de ceux qui sont en train de bouleverser de fond en comble la profession médicale.

La réglementation du secret professionnel telle qu'elle résultait de l'article 378 du Code pénal s'y trouve modifiée.

Nous ne faisons pour aujourd'hui qu'avertir les médecins français de la parution de ce texte important.

L'abondance des matières nous oblige à en ajourner la publication intégrale au prochain numéro.

Circulaire du 20 octobre 1939 de la Direction du Service de santé militaire sur la prophylaxie de l'alcoolisme

L'ivresse, même légère, étant, surtout lorsqu'elle survient chez certains hommes, la cause d'infractions nombreuses et graves à la discipline, il est du devoir de tous les officiers et gradés de prévenir les causes d'ivresse, de combattre les habitudes d'intempérance et, chacun dans ses attributions, de réprimer l'alcoolisme sous toutes ses formes.

Particulièrement instruits par leur profession des conséquences de l'alcoolisme, les médecins doivent animer et diriger cette lutte. L'énergie, la ténacité et l'habileté avec lesquelles ils agiront témoigneront, non seulement de leur science clinique, mais encore de leur volonté de conserver à notre armée toute la force dont elle a besoin dans le moment présent.

En donnant vos instructions aux médecins de votre région, vous leur rappellerez quelles sont les particularités de l'alcoolisme dans le milieu militaire et quelles mesures mes circulaires antérieures ont prescrites.

Je désirerais toutefois que votre attention se porte sur certains points.

Il est malheureusement trop vrai que la propagande faite jusqu'à présent n'a pas donné les résultats espérés.

La cause en est peut-être, dans une certaine mesure, dans les exagérations et les erreurs génératrices d'incrédulité de certains propagandistes. La tolérance pour les boissons qui contiennent de l'alcool varie notablement d'un individu à l'autre et c'est pour l'avoir méconnu ou pour l'avoir nié que tant de paroles ont été vaines.

D'autres conférenciers n'ont pas su choisir, dans leurs souvenirs professionnels, les faits qui pouvaient le mieux convaincre leur auditoire : le gros cœur, même la cirrhose du foie, sont moins suggestifs que les conséquences judiciaires des violences de l'ivresse ou que le tableau de la descendance des alcooliques. Parce que l'obéissance inconditionnelle est une loi dans l'armée, la partie principale de chaque exposé doit être consacrée aux suites pénales de l'ivresse résultant des infractions à certains articles du Code de justice militaire.

Si, de plus, il prend soin de conformer toujours sa vie personnelle à ses paroles, le conférencier rendra publique sa croyance en la véracité de ses affirmations.

Il est encore un domaine, particulier au médecin, dans lequel il importe qu'une unité de vues soit réalisée : celui de l'expertise judiciaire.

L'ivresse n'excuse jamais une infraction à un ordre ou à une prescription légale, les experts le savent. En revanche, la manière dont ils apprécient les ivresses dites anormales varie souvent de l'un à l'autre. Aussi, conviendrait-il que vous leur rappeliez que le crédit dont ils jouiront auprès des chefs et des magistrats militaires dépendra pour une grande part des preuves qu'ils donneront dans leurs rapports d'expertise, de leur connaissance du caractère et des réactions des sujets frustes. En faisant perdre à l'homme le contrôle qu'à l'état normal il exerce sur ses actes, l'alcool le livre à ses tendances : d'un homme fondamentalement bon, il fait un ivrogne bienveillant, d'un homme disposé à la violence, il fait un criminel, mais celui-ci ne saurait trouver une excuse dans son ivresse. Le rôle de l'expert est seulement de rechercher si l'inculpé présente des tares physiques ou des séquelles de maladie auxquelles sa disposition à la violence doive être rattachée.

Enfin, il est désirable que le dosage de l'alcool dans le sang soit, plus souvent que par le passé, un élément de l'expertise en cas d'accident, de violences ou de meurtre. Par les renseignements précis qu'elle permet d'obtenir, cette recherche fixera dans beaucoup de cas, la part de responsabilité qui incombe respectivement à la victime et à l'auteur de l'accident ou des violences.

Pour le Ministre et par son ordre :

Le Médecin général directeur,

Signé : MAISONNET.

Circulaire ministérielle du 1er décembre 1939 relative à l'exercice de la clientèle civile par les médecins militaires

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA DÉFENSE NATIONALE ET DE LA GUERRE

—

Direction du Service de santé

—

Cabinet du Directeur

—

n° 2845-C/7

Paris, le 1er décembre 1939,

Le Président du Conseil,
Ministre des Affaires étrangères,
de la Défense nationale et de la Guerre,

à Monsieur le Général commandant la Région de Paris,

J'ai l'honneur de vous faire connaître que l'exercice de la clientèle civile par les médecins militaires a fait l'objet des Circulaires du 30 mars 1893 (B.O.E.M., vol. 83) et du 13 août 1931 (B.O.E.M., page 81). Ces prescriptions qui conservent actuellement toute leur valeur interdisent de la façon la plus formelle aux médecins militaires de donner leurs soins à des personnes étrangères à l'armée. Toutefois, si des circonstances exceptionnelles (soin d'urgence, appel de populations isolées, et privées de tout médecin) peuvent entraîner, pour des raisons d'humanité, de rares infractions à cette règle, il reste en tout cas interdit à tout médecin militaire appelé dans ces conditions de percevoir des honoraires des particuliers ou des Administrations civiles, d'utiliser les appareils et le matériel ou les médicaments appartenant à l'Etat.

Cette interdiction s'applique également aux pharmaciens et aux dentistes.

D'autre part, la C. M., n° 1290/7 du 30 septembre 1939 a fixé les conditions dans lesquelles les médecins militaires peuvent être mis à la disposition des Préfets : il est entendu que les médecins dans cette situation, ne pourront recevoir aucune rémunération de la part de la clientèle qu'ils sont appelés à traiter, puisqu'ils continuent à percevoir leur solde.

Par ailleurs, et pour éviter tout abus, la C. M. 2047 C/7 du 1er novembre 1939, a précisé que les officiers de santé ne doivent pas être affectés dans le département où, en temps normal, ils exercent leur profession. Il appartient au Directeur du Service de santé de votre région, d'appliquer ces nouvelles mesures chaque fois qu'il y aura des mutations à prononcer parmi les officiers placés sous vos ordres.

Dans le cas où les prescriptions des Circulaires visées à l'alinéa 1 de la présente dépêche ne seraient pas observées, il vous appartiendrait de prendre toutes mesures ou sanctions nécessaires.

Les officiers du Service de santé, qui vont être renvoyés sur leur demande, en congé sans solde, auront naturellement le droit de faire de la clientèle payante pendant leur congé.

Le Sous-Secrétaire d'Etat de la Défense nationale et de la Guerre,

DUCOS.

Le Gérant : R. THIRON. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

A TRAVERS L'OFFICIEL

Exercice de la médecine en Algérie

Décret-loi du 2 décembre 1939 règlementant en Algérie l'exercice de la profession médicale en temps de guerre

(*J. O.*, 5 décembre 1939.)

Ce décret est publié dans le présent numéro, page 2777.

Lutte antivénérienne

Décret-loi du 29 novembre 1939 relatif à la prophylaxie des maladies vénériennes

(*J. O.*, 7 décembre 1939).

Ce décret sera publié ultérieurement.

Médecine administrative

Décret du 5 décembre 1939 relatif au service médical du ministère des Finances

Art. 1er. — Pendant la durée des hostilités, pour assurer le service médical du ministère des Finances il peut être fait appel à des médecins dits « auxiliaires ».

Le nombre des médecins auxiliaires ne peut, en aucun cas, être supérieur aux deux tiers des médecins titulaires mobilisés.

Les médecins auxiliaires reçoivent une allocation forfaitaire annuelle payable trimestriellement à terme échu.

Le taux individuel de cette allocation est fixé par arrêté ministériel, dans la limite des crédits ouverts par la loi de finances ; il ne peut excéder la somme de 6.000 francs.

Art. 2. — Au cours de la même période, dans la limite des crédits devenus disponibles, l'indemnité forfaitaire des médecins titulaires demeurés en fonctions peut être élevée à un taux supérieur à celui fixé par l'article 9 du décret du 26 mai 1936, mais elle ne peut excéder celle du chef adjoint du service.

(*J. O.*, 9 décembre 1939)

Protection des femmes en état de grossesse

Décret-loi du 18 novembre 1939 relatif à la suspension du contrat de travail des femmes en état de grossesse.

(*J. O.*, 7 décembre 1939).

Ce décret est analysé dans le présent numéro page 2777.

* *

SERVICE DE SANTÉ — RÉSERVE

Par décret du 26 nov. 1939, sont promus dans le cadre des officiers de rés. du serv. de santé, les officiers de rés. ci-après désignés :

Au grade de médecin lieutenant

Les méd. sous-lieut. : (21 sept. 1937) Cornut ; (26 oct. 1938) Prieur ; (24 avril 1939) Jadot ; (3 mai 1939) Cor ; (11 juin 1939) Colonna ; (17 juin 1939) Grimberg ; (18 juin 1939) Barteille ; (21 juin 1939) Blanchon, Charles Casassus, Hubert, Klein ; (22 juin 1939) Hiely ; (26 juin 1939) Deswarte ; (29 juin 1939) Anglade, Borde, Sommer-Houdeville, Thirard, Vannier, Weill ; (30 juin 1939) Gouget, Imbert, Lanel, Maire ; (1er juillet 1939, Nabos ; (2 juillet 1939) Alglave, Barbeau, Blanc, Carrez, Castier, Dupuy, Durin, Eon, Gotteland, Grinfeder Isabel, Legros, Maresselle, Monin, Mortiez, Parmentier, Richard (R.), Richard (E.), Sieurin, Claracq, Elichiry, Jouanolou, Lesca, Pateu, Perrin, Segue-Buxerolle.

(5 juillet 1939) Roux, Marrot, Barrère, Baumevielle, Beilliard, Bergraser-Beraf, Bernard, Bertrand, Cartault, Cathala, Claux, Corman, Coussergues, Cwik, Dousset, Fons, Gazelle, Kreisberger, Laville, de Maulde, Monnerville, Naudy, Pons, Raucoules, Robin, Saint-Beat, Sermet, Sire, Saurat, Theron, Vives ; (6 juillet 1939) Aurenche, Capmas, Donneve, Fretigny, Hochfeld, Jaina, Jais, Jarry, Javelier, Journe, Kaufmann, Khoubesserian, Kouindjy, Lambert, Langeard, Le Bras, Lemaitre, Léon, Lerouge, Lesieur, Lichtenberg, Longuet, Loraux, Marcovici, Martin, Menet, Meyer, Minc, Montarnal, Obadia, Paingault, Pascarel, Pargam, Peycelon, Pinchasowicz, Pouget, Ras, Rosenranch, Rossel, Rousset, Saks, Saune, Soutille, Tellier, Theil, Toutirais, Turbe, Vassikowsky, Vidart, Zajac, Mourin, Pinet, Raymondaud, Franchel.

(10 juillet 1939) Vautier, Orabona ; (13 juillet 1939), Aubanel, Avierinos, Balestier, Beller, Benedetti, Bernard, Berthon, Bus, Chabert, Cheynel, Ciaudo, Compte, Corbeau, Coste (M.), Coste (F.), Crasscus, Dayre, David, Demard, de Fayard, Fustier, Gaber, Gailhard, Gariel, Gaubert, Granier, Grasset, Agnel Aubert, Avezou, Boudou, Guérin, Guinand, Dasbugues, Leproux, Lexa, Martin, Meplan, Mery, Migozzi, Milhavet, Moulin, Negro, Orecchioni, Ricoux, Remary-Rutkowski, Samoni, Serafino, Sicard, Simon, Sivan, Briol, Dubecq, Gourdon, Larthomas, Orgogozo, Voirin ; (27 juillet 1939) Fautrei, Fonteneau, Dufour Guérin Joly, Leroux.

(6 août 1939) Persoz ; (9 août 1939) Fievet ; (13 août, 1939) Brest ; (17 août 1939) Belot, Coujard, Girault, Grimault, Douville, Goullieux, Poissonnier, Eteve, Bott Antoni, Aleugrin, Castaigne, Laygue, Fagart ; (18 août 1930) Cornu, Rousseau, Thomas, Gandouet, Dejarnac ; (22 août 1939) Pommier ; (24 août 1939) Tasseel ; (2 sept. 1939) Broulin, Clotteau ; (3 sept. 1939) Dumont ; (4 sept. 1939) Fauquet, Charton, Dupuis, Feligen ; (5 sept. 1939) March, Baudouin, Cren, Dupuis, Riou, Lardenois ; (6 sept. 1939) Statlender, Crouwy, Hubin, Venserde, Serene, Beaufils, Brochard, Carpentier, Dupond, Fressinaud-Masdefeix, Hirch, Mielot, Ricklin, Robert, Vermenouze.

(8 sept. 1939) Constant ; (21 sept. 1939) Dreyfus dit Lemaitre, Arnould, Huguenin, Maksud, Meyer, Peschard, Roy, Tricaul, Darras, Petit, Rauby, Auguy, Berjonneau, Boucheronde, Brugere, Caillault, Catren, Caussade, Chaudron, Clus, Colonna, Cudier, Debelut, Delaunay, Dive, Dufour, Fargeot, Frerebeau, Gateau, Ginies, Gorse, Lagregere, Lavergne, Marquet, Pouvreau, Roblin, Vassor, Appert, Collin, Salmon, Frappier, Furic Gousset, Le Moual, Mandel, Ménager, Morvan, Nicolas, Auroy, Buisson, Coste, Daste, Depouilly, Dizier, Dufour, Lamartinie, Dumont, Duport, Girard, Lapeure, Leriche

Mestries, Monnet, Nauton, Pichon, Prunet, Roubille Rousseaux, Saulay, de Vaulx, Abry, Allcuard, Baliivet, Barange, Bernard, Boniface, Bousquet, Carle, Causse, Chancerel, Charlet, Chavanne, Courbe-Michollet, Dartiguepeyron, Delbos, Deregnancourt, Deroudille, Deuil, Diebolt, Dirand, Dumond, Duverne, Eyssautier, Ferrand, Feugier, Flori, Gasca, Gaudin, Gaudoin, Gerbier, Gillot, Guien, Jaume, Laroche, Leandri, Malet, Malfroy, Mathon, Marion (H.), Marion (R.), Martin (A.), Martin (P.), Mercier, Micheiland, Morel, Munier, Nadal, Nodet, Olivier-Pallud, Pellarin, Pressat, Quittancon, Ribaud, Riondet, Roche, Ronzier, Rossand, Savet, Trojani, Tronsbert, Tulou, Van Varseveld, Vial, Vincent Vuarnet, Weill, Willigens, Ravel, Boissonnade, Camus, Dayre, Gaillard, Lachet, Rancoule, Borros, Bonnet, Solier, Bourgarel, Fournier, Garnier, Mannoni, Quintard Salom, Toubiana.

(13 sept. 1939) Benoit, Brabant, Gouy, Duine Hardouin, Gorvel, Laurent, de Montigny, Andrieux Chaminade, Raust, Blanchard, Le Gall, Devillechabrolle, Eyraud, Meyniel, Mouries, Mourgues ; (14 sept. 1939) Perrier, Bernard, Breffell, Chaigneau, Esnault, Girard, Massonnaud, Petit, Romanace, Le Seac'h, Courtial, Metaflot, Pouget, Thimonier, Touillon ; (15 sept. 1939), Couturier, Perrossier, Boudou, Crescenci, Le Bris, Secques ; (16 sept. 1939) Bertrand, Salvet, Chevreul, Pietu, Jardiveau, Dumon, Guillaumont, Jamot ; (17 sept. 1939) Combeau, Friant ; (18 sept. 1939) Leroy, Boisrame, Cottenceau, Dagreou, Draunet, Fortin, Thébaud ; (19 sept. 1939) Gimma, Marcheix, Rouesse Sorillet.

(20 sept. 1939) Fournier, Garet, Pesin, Deherbne, Rivoallan ; (21 sept. 1939) Ben Haim, Chappe, Danel, Gimault, Lange, Penit, Pignet, Toulouse, Verstraete Lengrand, Denœux, Louarn, L'Hirondel, Bareau, Buquin, Langevin, Le Bozec, Meunier, Rouxel, Lolmède, Gropper, Marre, Rouault, Boudon, Etienne, Beaune, Raynaud, Crohas, Compagnon, Guerrin, Micaud, Piot, Sénéchal, Bonnefoi, Cambassèdes, Caumes Chauvin, Roux, Avallone, Benech, Blancard, Mlara Blouin, Cazaugade, Saint-Macary, Turettes, Albou, Attia, Bolo, Carrois, Gosserez, Mouton, Gille, Steimle, Ulrich, Polge, Tonellot, Regez.

(23 sept. 1939) Butruille ; (25 sept. 1939) Purgy ; (26 sept. 1939) Armand, Deschamps, Maine ; (27 sept. 1939), Martin ; (4 oct. 1939) Chaigneau.

Chronique des médecins étrangers

« Voici la liste incomplète des médecins roumains partis ou qui attendent pour partir aux armées.

« Ce sont des noms de médecins roumains que je connais et rien qu'au camp de B. il y en a déjà un plus grand nombre que celui que je vous adresse.

« Dès que je serai moi-même parti je vous enverrai de là-bas la liste complète de ceux qui s'y trouvent déjà ».

Dr M. (Paris). »

Suit une liste de 96 noms (que nous regrettons de ne pouvoir publier, par ordre de la censure, mais que nous tenons à la disposition des lecteurs), dont 53 de Paris et 33 de la région parisienne.

Lettres anonymes

Le correspondant qui signe « D. G. abonné » et qui, selon lui-même, a l'habitude de nous adresser des lettres anonymes, est prié de se faire connaître

D'une façon générale, en effet, nous ne répondons pas aux lettres anonymes lorsque ni la demande, ni la réponse ne seraient susceptibles d'intéresser nos lecteurs, autres que l'auteur de la question.

Promotions et tableaux dans la Légion d'honneur

Il y aura, à l'occasion du 25 décembre prochain, une promotion dans la Légion d'honneur (active et réserve) pour épuiser les tableaux de concours de 1939.

Pendant l'année 1940, il ne sera pas établi de tableau, que ce soit pour l'armée active ou que ce soit pour les réserves.

Mais il sera demandé (en dehors des promotions ayant lieu au titre des armées pour fait de guerre) pour les divers personnels, aussi bien au titre des armées qu'au titre de l'intérieur, des propositions, sans doute au cours du premier trimestre 1940 et ensuite au cours du troisième trimestre 1940, en vue des promotions à faire à l'occasion du 14 juillet et du 25 décembre 1940.

CENTRE DE LIAISON DES ŒUVRES D'ENTR'AIDE MÉDICALE

Appel en faveur de la Caisse de secours de guerre

Le Centre de liaison des œuvres d'entr'aide médicale nous adresse l'appel suivant :

« L'Association générale des médecins de France vient de créer, suivant l'exemple de ce qui a été fait en 1914-18, une Caisse d'assistance de guerre pour les médecins et leurs familles qui se trouvent dans une situation malheureuse du fait des événements de guerre.

« Il est à souhaiter que de nombreux dons viennent apporter à cette Caisse indépendante les ressources suffisantes pour soulager ces infortunes.

« Le Centre de liaison pense devoir recommander cette nouvelle organisation bienfaisante aux Sociétés qui y sont adhérentes et leur demander de la faire connaître à leurs sociétaires susceptibles de s'y intéresser.

Le Secrétaire du Centre :
Dr A. TOUCHARD.

N. D. — Les dons peuvent être adressés à l'Association Générale des médecins de France, 60, boulevard de La Tour-Maubourg. (Compte courant postal : Paris 186-07.)

Comme les adhérents de la *Mutualité Familiale du Corps médical français* et ceux du *Sou Médical* sont abonnés au *Concours Médical*, cet appel s'adresse à eux comme à tous les lecteurs du journal.

J. N.

Correspondances de Guerre

« Les médecins militaires ont reçu l'ordre de traiter gratuitement la population civile dans la zone des armées. D'autre part les médecins dégagés des obligations militaires et qui sont restés chez eux, se trouvent mobilisés sur place à titre civil. Il s'en suit que des confrères habitant les départements de l'Est voient leur clientèle passer aux mains des médecins militaires ». Cette situation est donc anormale car le pékin doit vivre avec sa famille, payer des impôts toujours plus lourds et faire face à ses frais généraux. Ne serait-il pas possible que l'autorité militaire révise les ordres qu'elle a donnés, dans le sens suivant : « Les médecins militaires sont tenus de soigner gratuitement la population civile demeurée dans la zone des départements évacués, et situés dans la zone des armées, par contre ils devront s'abstenir de pratiquer la médecine dans les circonscriptions où exercent actuellement des médecins civils mobilisés chez eux. »

Dr C. (Jura).

CORRESPONDANCE

FISCALITÉ

6.220. — Base de la contribution nationale

Médecin de Société de secours mutuels des houillères j'ai 1.800 francs de traitement mensuel de fixe plus une indemnité de voiture de 1.000 francs par mois, doit-on me retenir le 2 % (taxe Paul Reynaud) sur cette somme de 2.800 francs ?

Dr B.

Réponse

La taxe nationale est retenue par l'employeur sur les appointements ou salaires servis ; elle ne doit être calculée que sur le montant net.

(Article 3 du décret du 11 janvier 1939).

Les allocations spéciales destinées à couvrir les frais inhérents à la fonction ou à l'emploi en sont exemptés. Mais, il ne faut pas que cette allocation ait un caractère quelconque de rémunération : sans cela l'Administration réintégrerait une partie de cette somme dans vos salaires.

Par conséquent, l'indemnité pour voiture ne doit pas être imposée et ensuite vous pouvez déduire 10 % de votre salaire annuel avant retenue du 2 % par la compagnie.

Si cette taxe était perçue sur votre avertisse-

ment relatif à l'impôt cédulaire sur le revenu il y aurait double emploi. Il faudrait nous envoyer l'avertissement, nous vous rédigerions une réclamation.

A. et S. M.

QUESTIONS DIVERSES

7.560. — Un étudiant peut-il prendre la place d'un mobilisé et exercer sans autorisation

Installé seul, dans un village, depuis quatre ans environ, j'ai dû, au moment de la mobilisation, quitter ma clientèle pour répondre à mon ordre d'appel. Le médecin d'un village voisin était désigné pour donner les soins médicaux dans la région et dans le village que j'habitais. Après mon départ, un étudiant en médecine, réformé pour obésité, qui terminait ses études et n'avait pas encore soutenu sa thèse, s'installait dans le village où j'exerçais et depuis cette époque continue à faire de la clientèle chez moi.

Que dois-je faire, pour ne pas perdre le bénéfice de mes premières années d'installation et pour qu'à mon retour je puisse reprendre mon travail dans les conditions où je l'ai quitté ? Quel recours ai-je contre ce concurrent déloyal ?

Dr R.

Réponse

Un étudiant en médecine, de nationalité française et postulant le diplôme d'Etat, ne peut faire un remplacement de médecin qu'après en avoir obtenu l'autorisation du préfet pour une durée de trois mois. Cette autorisation est renouvelable.

Il en résulte que si l'étudiant en question n'a pas rempli la formalité de l'autorisation préfectorale, il commet le délit d'exercice illégal de la médecine et est passible des pénalités prévues à l'article 18 de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine.

Il convient donc, pour sauvegarder votre situation future, lors de la cessation des hostilités, que vous puissiez savoir, soit directement, soit par l'entremise de votre syndicat, si le préfet a autorisé cet étudiant à exercer. Si cette autorisation n'a pas été donnée, l'étudiant sera invité à se mettre en règle avec la loi, ou à déguerpir.

S'il est autorisé, il doit être considéré comme ayant été réquisitionné, selon les termes du décret loi du 11 septembre 1939. Dans ces contions, il ne pourra pas s'installer, lors de la cessation des hostilités, dans un rayon de 25 kilomètres de l'endroit où il a exercé et pendant une durée de cinq années.

Bien entendu, le Sou Médical reste à votre disposition pour vous aider à défendre vos droits.

Dr Paul BOUDIN.

Soixante et unième année — N° 53 — 31 Décembre 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie Scientifique

Travaux Originaux

L'Actualité scientifique

Partie Professionnelle

Travaux Originaux

Demi-Colonnes

Propos du Jour

A Travers l'Officiel

Correspondance

Renseignements

Changements d'Adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement à l'avenir. Avoir soin de joindre l'ancienne bande on nous indiquer l'ancien domicile et ajouter 2 francs en timbres.*

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	75 fr.	Belgique et Luxembourg	85 fr.
Etudiants	50 fr.	Première Zone	100 fr.
Le Numéro	2 fr. 50	Deuxième Zone	125 fr.

PROPOS DU JOUR

SOUHAITS DE NOUVEL AN

Ces jours de fête seraient pour nous infiniment tristes si nous n'avions l'intime conviction de voir nos souhaits se réaliser avant la fin de 1940.

Souhaitons que la guerre se termine tôt, convaincus que ce sera à notre complet avantage, et que nous puissions faire régner enfin dans le monde la Justice et la Liberté.

Souhaitons que ce résultat sera obtenu sans nous coûter de trop nombreuses victimes. Souhaitons que la Paix ne soit pas accompagnée de trop de misères et que l'équilibre social et économique se rétablisse peu à peu.

Souhaitons que tous nos lecteurs, tous nos confrères, rentrent sains et saufs dans leurs foyers et y retrouvent heureusement leurs familles en bonne santé.

Souhaitons encore que tous les praticiens récupèrent leur clientèle fidèle et que ceux qui auront été les innocentes victimes des évènements, reçoivent de justes compensations.

Souhaitons enfin que la confraternité la plus étroite règne dans le corps médical français, comme la fraternité devra régner entre les peuples de bonne volonté.

Bannissons de nos cœurs la tristesse déprimante, ayons confiance en nous et en notre avenir.

Suivons les conseils du sage MONTAIGNE qui au début de ses *Essais* parle de la *Tristesse*, en ces termes :

« Je suis des plus exempts de cette passion et ne l'aime, ny l'estime ; quoyque le monde ayt entreprins, comme à prix faict, de l'honorer de faveur particulière : ils en habillent la sagesse, la vertu, la conscience : sot et monstrueux ornement ! Les Italiens ont plus sortablement baptisé de son nom la malignité (1) : car c'est une qualité tousiours nuisible, tousiours folle ; et comme tousiours couarde et basse, les stoïciens en déffendent leur sentiment à leur sage. »

Amis lecteurs, bannissons de ces jours la mélancolie et la tristesse.

(1) Malignité en italien se dit *tristezza*.

Persuadons-nous que le 1er janvier 1940 ouvrira une ère heureuse où le triomphe de nos armes sera suivi pour le monde d'une paix complète, durable et féconde et pour nous des améliorations sociales et professionnelles dont nous poursuivons depuis de longues années la réalisation.

J. NOIR.

AVIS IMPORTANT

Réduction du prix des Abonnements pendant les hostilités

Dans le but d'aider ses lecteurs, l'Administration du Journal a pris la décision de réduire *pendant la durée des hostilités*, le prix de l'abonnement à 50 francs par an (au lieu de 75).

Les abonnés dont l'abonnement est expiré depuis le 1er septembre dernier (la date figure sur chaque bande du journal) sont priés de nous en envoyer le montant de la façon qu'il leur plaira ou par versement au compte de Chèques postaux *Paris* 167.95, si cela leur est possible, *afin d'éviter les frais de recouvrement qui sont onéreux* (5 francs).

Toutefois, passé le 1er décembre, le recouvrement sera effectué. Nous prions donc nos abonnés de vouloir bien donner toutes instructions à leur domicile, le recouvrement ne pouvant être opéré aux armées.

L'Administration remercie les abonnés qui se sont déjà libérés à l'ancien tarif et, plus tard, il leur sera tenu compte de la différence.

Demandes et Offres

Les petites annonces sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux ne permettant leur insertion que plusieurs jours après leur réception. Lesdites petites annonces ne devront comporter aucun nom de ville, ni aucune abréviation, mais devront contenir nom et adresse de l'annonceur. Le texte d'une annonce présentée au Journal doit être visé par le commissaire de police ou le maire de la ville. Le Journal se réserve, par ailleurs, le droit de supprimer toutes les annonces qui lui paraîtraient douteuses.

No 407. — Médecin mobilisé cherche remplaçant durée hostilités. Poste important médecine générale, accouchements, près d'une grande ville Sud-Est. Pour renseignements s'adresser au Dr Katz, 23, rue Docteur-Mazet, Grenoble.

No 408. — Electro-radiologiste demande assistant, homme ou femme, docteur en médecine pour remplacement plusieurs mois. Institut agents physiques, 8, rue Nicolas-Leblanc, Lille.

No 409. — O. R. L., ancien assistant hôpitaux, ferait remplacement confrère mobilisé, préférence centre, ouest, sud-ouest. Docteur Brevet, 1, rue de Casablanca, Paris (15e).

No 410. — Médecin mobilisé demande remplaçant pour importante clientèle médecine générale Bouches-du-Rhône. Dr Béraud, 7, place Patrat, Arles (Bouches-du-Rhône).

N 411. — Côte d'Azur, Bandol-sur-Mer (Var). La « Soleillette » (Docteurs Charmot et Rozet) assure dans ce calme et la sécurité cures hélio-marines, convalescences, repos, régimes.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Institut d'hygiène et d'épidémiologie.** — *Enseignement spécial en vue de l'obtention du diplôme d'hygiène.* (Cours de perfectionnement sous la direction de M. L. Tanon, professeur d'hygiène et de M. P. Joannon, agrégé. Sous-directeur : M. Ph. Navarre. (Chefs des travaux : M. Marcel Clerc. Assistants : MM. N. Lantz et Matruchot. — Ce cours, destiné à former des médecins hygiénistes spécialisés comprend :

1° Une série de travaux pratiques de bactériologie ; 2° une série de travaux pratiques de parasitologie ; 3° une série de conférences d'hygiène et d'épidémiologie ; 4° des séances d'instruction dans divers services hospitaliers et des visites d'installations d'hygiène.

Il commencera le 15 janvier, à 14 h. 1/2 pour la bactériologie, et le 4 mars, à 14 h. 1/2, au laboratoire d'hygiène , pour l'enseignement spécial d'hygiène. Il durera jusqu'à mi-juin, et sera suivi d'un examen sanctionné par un diplôme.

Seront dispensés des travaux pratiques préliminaires de bactériologie, les élèves qui produiront le certificat des cours spéciaux de bactériologie des Facultés et écoles de médecine. Seront dispensés des travaux de bactériologie et de parasitologie les élèves qui produiront le certificat de l'Institut Pasteur de Paris, ou celui du Val-de-Grâce, ou le diplôme d'un Institut de médecine coloniale de France.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

En raison des circonstances, des modifications pourront être apportées aux horaires et à diverses parties du programme.

— **Association de la Presse médicale belge.** — L'Association de la Presse médicale belge a tenu le dimanche 3 décembre son assemblée générale statutaire, sous la présidence du Professeur Maurice De Laet.

Le Bureau pour 1940 a été ainsi constitué : Professeur Isi Gunzburg (Anvers), président ; Professeur Lambin (Louvain), vice-président ; Docteur R. Beckers, secrétaire général ; Docteur G. Anciaux, trésorier ; les Professeurs M. Brouha (Liége) et J. De Smeth (Bruxelles), membres.

En cette assemblée générale, les Docteurs P. Lacroix et G. Lavalée, secrétaires de la rédaction du *Concours Médical*, ont été élus à l'unanimité membres correspondants étrangers de l'Association de la Presse médicale belge.

Nous sommes heureux d'adresser à nos amis Lacroix et Lavalée nos sincères félicitations.

— **Ligue française contre le rhumatisme** (23, rue du Cherche-Midi, Paris , VIe). — Le Conseil de la

Ligue a décidé d'interrompre l'activité scientifique de l'Association pendant la durée des hostilités.

— **Blackout injuries.** — Pour illustrer l'article de notre collaborateur Rapho, paru dans notre numéro du 17 décembre, sur les accidents de l'obscurité, signalons qu'à Londres il a été observé jusqu'à présent 110 cas de blessures dues à des accidents causés par l'obscurité des rues (*blackout injuries*). Ces accidentés, non gravement atteints d'ailleurs, ont été soignés au King's hospital.

— **Les achats d'or pour les appareils dentaires.** — Toutes les demandes d'achat d'or sont actuellement subordonnées à l'autorisation préalable de la Banque de France.

Le Syndicat des médecins de la Seine peut délivrer à son siège social des formules d'achat à ses membres stomatologistes.

Le Syndicat dentaire de la Seine peut délivrer des formules analogues à ses membres chirurgiens-dentistes.

—**Nécrologie.** — Madame Benoit-Chognon, le Docteur Roger Chognon, médecin directeur du sanatorium d'Engayresque (Aveyron), ont la douleur de faire part de la perte cruelle qu'ils viennent d'éprouver en la personne du Docteur BENOIT-CHOGNON, adjoint au maire de Saint-Jean-des-Ollieres (Puy de Dôme), décédé le 25 septembre 1939 dans sa 69e année.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Exercice de la médecine aux Colonies en temps de guerre

Décret du 14 décembre 1939 étendant à diverses colonies le décret du 11 septembre 1939 relatif à l'exercice de la profession médicale en temps de guerre.

Art. 1er. — Les dispositions du décret-loi du 11 septembre 1939, relatif à l'exercice de la profession médicale en temps de guerre, sont déclarées applicables aux territoires relevant du ministère des colonies.

Art. 2. — Les attributions dévolues par le texte susvisé au Préfet seront exercées par le gouverneur ou le chef du territoire.

Les pouvoirs dévolus par l'article 1er au ministre de la Santé publique seront exercés par le ministre des colonies.

Le montant de la rémunération prévue à l'article 3 sera fixé par arrêté local soumis à l'approbation du ministre des Colonies. Les médecins chargés d'un service public permanent, à l'exclusion de tout exercice de la clientèle, auront droit à un traitement égal au traitement de début de médecin de l'Assistance médicale gratuite ou de médecin de l'Assistance

médicale indigène et éventuellement aux indemnités attachées à ces fonctions.

Aux médecins ressortissants de pays alliés ou neutres visés à l'article 4, s'appliqueront les dispositions de l'article 29 du décret du 2 mai 1939.

Pour les questions visées à l'article 6, est applicable le décret du 2 mai 1939.

(*J. O.*, 16 décembre 1939.)

Zona et Varicelle

Faits constatés sur mes petits enfants.

Vers le 20 octobre l'aîné de six, 8 ans 1/2, fait un zona.

Le 6 ou 8 novembre le n° 4, Michel, n'ayant eu aucun contact avec des varicelleux, fait une varicelle.

Vers le 22 novembre les nos 5, Hélène, 19 mois, et 6, Marc, 2 mois, font à leur tour leur varicelle, ainsi d'ailleurs que deux de leurs petits amis (famille de sept).

Dr HAMÉON (Meknès).

Les voitures des médecins mobilisés

Un certain nombre de médecins mobilisés nous ont demandé ce qu'il adviendrait de l'assurance de leur voiture.

Deux cas sont à considérer : si le praticien a gardé sa voiture aux armées, il peut se garantir avec une diminution sensible de tarif, puisque les Compagnies acceptent de considérer le véhicule comme servant exclusivement à la promenade et appliquent même aux médecins parisiens, le tarif « province » ce qui représente une économie de prime très sensible.

Plus complexe est le cas du médecin qui, aux armées, a fait suspendre, ou résilier son contrat et qui, néanmoins, est susceptible d'utiliser sa voiture pendant les permissions de détente.

Signalons que quelque soit le contrat, il pouvait être suspendu. Dans ce cas, la plupart des compagnies acceptent de le remettre en vigueur, moyennant une prime calculée au prorata de la prime annuelle : par exemple, pour dix jours, moyennant le 35e de la prime.

Si le contrat a été résilié, le médecin peut souscrire une police spéciale entraînant une cotisation de 10 % de la prime annuelle par période de 12 jours et pouvant à chaque permission être remise en vigueur dès que l'avis en a été adressé à l'assureur.

Nous sommes à la disposition de nos adhérents pour leur faire établir un contrat de ce type. Ils n'ont qu'à nous donner les caractéristiques de la voiture (marque, puissance et valeur), ainsi que la région dans laquelle ils comptent circuler.

Correspondances de guerre

Brochette de protestations

« Pourquoi cette acrimonie déplacée des médecins mobilisés à l'égard de ceux que leur âge, leurs infirmités ou leurs charges de famille retiennent dans la vie civile ?

« Parmi tous les mobilisés, les médecins sont des favorisés. Tous officiers, s'ils l'ont voulu (1). Et la satisfaction de travailler de son métier même en guerre. Que de mobilisés aussi intelligents que nous, ayant des situations aussi intéressantes que la nôtre (ou même plus) dans le civil, combattent comme simples soldats. Ne leur donnons pas l'exemple de la rouspétance !

Dr L., à V. (Est). »

« On renvoie 3.000 médecins, pharmaciens et dentistes qui, en cas de besoin, devront rejoindre dans les quarante-huit heures.

« Pour les pharmaciens, parfait : ils vont suppléer leurs femmes fatiguées de vendre elles-mêmes depuis trois mois eaux minérales et spécialités.

« Mais nous autres, pauvres médecins ? »

(1) Voire ! (N. D. L. R.).

Et ce correspondant cite le cas de quatre convives de sa popote :

« L'un, médecin de campagne, a fermé son cabinet. Va-t-il essayer de regrouper sa clientèle pour une durée indéterminée ? accepter un accouchement pour mars ou avril sans savoir s'il sera encore là ?

« Un autre, spécialiste dans une grande ville, a loué son appartement pour la durée de la guerre.

« Les deux derniers ont trouvé, en septembre, des remplaçants. Cela marche à peu près. Vont-ils rentrer chez eux, mettre ces remplaçants à la porte et s'exposer à devoir en chercher hâtivement d'autres si l'ordre de rejoindre arrive ?

Dr C., de P.-de-l'O. (Ouest). »

« Quelles monumentales erreurs commises par des gens qui avaient jusqu'alors bien mérité du Corps médical ! Leur action précipitée, peu réfléchie et sans contrôle a eu pour résultat la réquisition « en troupeau » au lieu de la réquisition individuelle plus souple, donc plus juste ; le veto absolu, arbitraire de changer de poste, dût-on crever de faim. Et, pour couronner le tout, cette pyramidale interdiction aux nouveaux diplômés non militarisables de s'installer nulle

Voir la suite page XXXI-2809

PARTIE SCIENTIFIQUE

AFFECTIONS CUTANÉES COURANTES EN TEMPS DE GUERRE

Par R. Barthélemy

Ancien Chef de Clinique à l'hôpital Saint-Louis

Les multiples circonstances de la vie guerrière, en lignes ou « au repos », avec leur alimentation irrégulière et bien spéciale, leur hygiène rudimentaire des locaux, des vêtements, du linge et de la peau elle-même, leurs parasites, leur fréquence d'exposition aux intempéries, aux chocs émotifs, aux traumatismes courants ou brutaux, favorisent les atteintes cutanées, microbiennes surtout.

D'autre part, dans certaines troupes, certains sujets tarés entretiennent ou provoquent des poussées de dermatoses préexistantes, ou bien créent de toutes pièces des dermites simulées, avec l'astucieuse imagination et l'art raffiné du « tireur au flanc », ou du lâche qui va jusqu'à torturer ses téguments pour *sauver sa peau*.

Le problème de la récupération des effectifs est donc doublement posé par les affections cutanées en temps de guerre ; triplement même, pourrait-on dire, car il arrive que ce soit le traitement *imposé* qui prolonge l'indisponibilité. Ainsi ai-je vu, au début de 1918, dans une ambulance de corps d'armée où j'avais été mis au repos quelques semaines comme spécialiste occasionnel, traiter malgré moi les gales infectées (outre la pommade d'Helmerich) par des frottes de vingt minutes à la brosse de chiendent. Le nombre des folliculites, furonculoses, eczématisations traumatico-microbiennes dépassait 50 %, avec une durée de quelques semaines parfois, à la grande joie des intéressés qui « coupaient » ainsi à deux ou trois montées en lignes.

Les affections staphylococciques sont les plus fréquentes, et peuvent être désespérément tenaces : acnés pustuleuses profuses, folliculites innombrables, douloureuses et retentissant sur l'état général, ecthymas croûteux et suppurants des membres inférieurs avec lymphangites et adénites, furonculoses enfin qu'il n'est pas besoin de décrire. Mention spéciale est à faire, surtout chez les fantassins, des bracelets de pustules staphylococciques et de petits furoncles du poignet et de la nuque dus au frottement des manches, des cols rudes et souillés, des doublures crasseuses ou encroûtées de boue. Mention aussi pour les panaris anthracoïdes du dos des phalanges chez les sujets velus.

Enfin l'importance des ampoules et excoriations infectées, si douloureuses et paralysantes malgré les soins et l'endurance de certains soldats ou gradés ne doit pas être sous-estimée. Médecin auxiliaire d'infanterie en 1914, je leur ai dû une précoce évacuation pour lymphangite, malgré deux jours de tentatives de marche en pantoufles, pour une seule étape de 25 kilomètres sur les pavés du nord, avec godillots neufs il est vrai, mes chaussures de chasse ayant été usées en sept semaines de guerre fantassine.

Peu graves en soi, ces infections cutanées staphylococciques diverses, auxquelles s'ajoutent de gros orgelets, des abcès périorificiels, notamment à l'anus, des abcès du cuir chevelu, peuvent contribuer à réduire l'effectif, car, surtout en secteur de tranchées agité ou en guerre de mouvement les médecins des petites unités combattantes (bataillons, etc.) ne peuvent conserver tant de demi-infirmes sans les conduire à l'impotence totale.

Le *streptocoque* peut être bénin en restant l'un des agents de cette affection mineure, l'intertrigo des marcheurs, qu'une petite thérapeutique jugule couramment sans évacuation. Il est déjà plus offensif dans l'impetigo qui, aux poignets, au cou, à la face, au cuir chevelu, encroûte les épidermes lymphatiques, peu entretenus ou excoriés et entraîne souvent des abcès ou des adénites suppurées. La contagiosité de l'impetigo qui, même chez l'adulte, n'est pas négligeable, peut entraîner des baisses d'effectif des petites unités.

Plus sérieux encore sont les panaris et phlegmons que les innombrables traumatismes, les immondices diverses, la graisse d'armes favorisent et qu'il est souvent impossible de traiter à l'avant avec l'attention qu'ils méritent.

Pour l'érysipèle, il est heureusement assez rare, mais le surmenage, l'alcoolisation, la débilitation alimentaire inévitables, les chocs nerveux, sont capables de le préparer, de l'aggraver, de le disséminer.

Si l'intervention d'autres espèces microbiennes est d'une rareté sans intérêt pratique, l'association strepto-staphylococcique en présente un, par sa fréquence et par le caractère habituel de dermo-épidermite qu'elle revêt. Rougeur terne, prurit ou cuisson, desquamation sèche, ou humide sur les bords, extension centrifuge et polycyclique avec des pustules louches, des bulles plates et flasques séro-purulentes, de l'inflammation fissuraire et douloureuse, demi-suppurante, au pourtour ou sous la base des ongles, des placards faisant tache d'huile et inquiétants ou douloureux, tels sont les principaux traits.

Les dermatoses préexistantes compatibles avec le service : eczéma en période de sommeil, psoriasis discret, urticaire à poussées espacées etc., n'ont pas à nous retenir. Mais la grande crise eczémateuse peut survenir et, aux armées plus qu'ailleurs, sa cause effective sera méconnue, sa thérapeutique aléatoire. Même avec évacuation, il arrive qu'elle entraîne des indisponibilités prolongées ; ce n'est heureusement que dans des cas rares et solitaires.

Ces indisponibilités sont plus légitimes que celles du psoriasis, dont les porteurs essaient parfois de tirer parti. J'ai souvenir de l'indignation d'un adjudant d'artillerie déjà cité que je fis sortir de l'ambulance beaucoup trop tôt selon lui, car son psoriasis nummulaire et de moyenne abondance le faisait convaincu du droit absolu aux séjours d'arrière jusqu'au blanchiment complet de tout son corps.

Il faut cependant faire admettre, en dermatologie utilitaire des armées, que toute affection cutanée tolérable, non contagieuse et sans influence sur l'état général, est compatible avec le service.

Par contre l'attention du médecin et l'expérience consultative du spécialiste sont requises dans les cas ambigus, pour éviter ou retarder des désastres au début de ces lésions rares mais malignes, qui commencent avec une apparence si innocente comme le carcinome d'un nævus, l'épithélioma d'une cicatrice, d'une altération tégumentaire préexistante, ou encore les manifestations cutanées d'une leucémie.

Ce sont d'ailleurs là des faits exceptionnels, tandis que le médecin de corps de troupe devra être constamment alerté pour la propreté de la peau et la surveillance des petits traumatismes, innombrables et variés, qui sont à l'origine des dermites microbiennes. Indépendamment des séquelles cutanées des blessures (infectées surtout) ou de leurs pansements trop fréquents, trop antiseptiques ou par contre souillés, traversés et non renouvelés, il suffit de mentionner les coupures, excoriations, piqûres par des tôles, des boîtes de conserve, des échardes de rondins ou de boisages, des fils de fer barbelés ; les « pinçons » par manœuvre d'armes automatiques ou fusils, les martelages d'ongles ou d'extrémités digitales ; les morsures de rats ; celles de parasites divers ; les engelures, les gelures vraies ou fausses (pieds gelés), les brûlures, les atteintes caustiques par gaz, etc.

Une cause fréquente et peu connue de pyodermite est le mauvais rinçage du linge, qui reste alors saturé d'alcalins (carbonate de soude, savon, eau de Javel) irritants et capables à eux seuls de déclancher des poussées de folliculites.

Enfin il n'est pas douteux que chez certains sujets prédisposés, le choc nerveux ou émotif ne puisse produire ou favoriser les pyodermites, l'urticaire, la furonculose, certains prurits, etc. Et puis la nourriture dépourvue de légumes et de fruits frais, mais abondante en conserves, charcuterie, graisses médiocres, poissons marinés, légumes secs, pain défectueux ou altéré, boissons douteuses, cette nourriture irrégulière, mal préparée, mal cuite, hâtivement absorbée entraîne des troubles digestifs plus ou moins évidents, avec retentissement sur la peau des mauvaises fonctions gastro-intestino-hépatiques.

Un traitement rationnel devrait comporter une grosse partie préventive. Il est malheureusement impossible, dans les conditions guerrières courantes de pratiquer celle-ci avec l'hygiène désirable de la peau, de la nourriture, de la boisson, du couchage, du chauffage, du repos et du sommeil.

Force est de s'en tenir aux grandes lignes : lutte contre les parasites (douches. désinfection, désinsectisation), contre les grandes erreurs de régime (alcool, café, pain), contre la constipation ou la diarrhée, etc.

En lignes, et même au repos souvent si précaire des petites unités, la thérapeutique active est restreinte : les pansements humides risquent de diffuser des suppurations cutanées circonscrites et cependant rien ne les vaut pour calmer la douleur des furoncles, des grosses folliculites ou pyodermites. Il faut alors cercler ces lésions d'un anneau gras de vaseline, et faire le pansement humide par-dessus, mais sans imperméable. Les lotions antiseptiques, à l'eau alcoolisée, à l'alcool discrètement iodé, au permanganate peuvent être favorables, mais aussi macérer ou fissurer la peau saine. On n'en abusera pas.

Les pansements aux gelées ou bouillon-vaccins, si répandus dans la clientèle civile actuelle, sont coûteux, peu pratiques à l'avant à cause du transport d'ampoules ou de tubes périssables. Il arrive d'ailleurs que, par un phénomène mal expliqué, sensibilisation supercielle ou irritation par les antiseptiques ajoutés aux bouillons, ces pansements eux-mêmes produisent sous eux ou à leur pourtour une éruption profuse de pustulettes qui envahissent l'épiderme et les follicules sains. Les pommades-vaccins, sans doute à cause de l'excipient gras, sont d'habitude efficaces, mais certaines restent irritantes. Malgré les beaux succès proclamés pour

l'anatoxine, il existe encore de sérieux adversaires de cette médication, qui semble devoir rester exceptionnelle. Par contre, une thérapeutique peu connue, plus couramment efficace que l'anatoxine et aussi que les vaccins injectés dans les staphylococcies cutanées et furonculoses rebelles, est l'injection de cyanure de mercure de Milian (solution à 1 pour *deux* cents, injection quotidienne intraveineuse d'un ou deux centicubes, série de 15 à 30, bien tolérée si la solution est fraîche, en flacon, et sous la réserve habituelle d'intégrité des émonctoires, de la denture, du tube digestif).

Les dérivés sulfamidés également actifs contre le staphylocoque, sont de précieux auxiliaires contre les streptococcies. Souvent quelques grammes suffisent pour juguler abcès, lymphangites et décourager les impetigos envahissants. Les pommades sulfamidées sont efficaces, ainsi que le poudrage, surtout contre les rechutes.

L'alcalinité spontanée de certaines peaux, celle que laisse un linge imprégné de Javel ou de savon de Marseille sera utilement combattue par les lotions vinaigrées, ou par les techniques modernes d'acidification et de rétablissement du pH cutané par les solutions, pains, pommades acides spécialisés (à base d'acides benzoïque, lactique, etc.).

Il paraît superflu d'abuser des thérapeutiques « désensibilisantes » en injection à base d'hyposulfites variés dont les indications, sinon la valeur bien circonscrite, ont été exagérées depuis quelques lustres, en dermatologie tout au moins.

Les vieux traitements topiques auxquels on est souvent obligé de revenir, restent couramment efficaces et Darier les recommandait et les pratiquait. Eau blanche étendue, solution de permanganate, *de nitrate d'argent*, eau ichtyolée pour les liquides antiseptiques et astringents ; pâtes décongestionnantes par leur porosité ; ichtyol, soufre, oxyde jaune de mercure, goudrons végétal (cade) et minéral comme corps actifs ; poudres douces (talc, lycopode, stéarates) corps gras non altérés par l'âge ou par des stabilisants (cérat frais, axonge fraîche, vaseline blonde et dépourvue d'acidité sulfurique) etc., pour les excipients ; ces quelques substances, si elles sont pures, récentes, raisonnablement dosées et combinées réalisent pour la dermatologie, ce qu'avait prôné jadis Ch. Fiessinger pour la médecine générale : la thérapeutique en vingt médicaments.

Il est naturellement sage d'y ajouter, dans les ambulances ou hôpitaux de l'arrière, toutes les ressources modernes chimio-bio-physiothérapiques. Et l'on fera bien de surveiller d'une part l'alimentation et l'état général des malades atteints de dermatoses (ne pas oublier les antinervins non toxiques, les toniques avec arsenic, fer, phosphore, huile de foie de morue et succédanés, etc.) de surveiller d'autre part les malades eux-mêmes si des lésions cutanées banales montrent une résistance inattendue au traitement, résistance dont on trouvera souvent le motif peu glorieux dans le goût qu'éprouve l'être humain pour le repos et pour la vie.

DE L'ABUS DES VERMIFUGES

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt l'article du Dr Blechmann « De l'abus des vermifuges » paru dans le *Concours Médical*. A ce sujet je crois intéressant de relater l'observation ci-après qui est une brillante preuve de l'exactitude des craintes de notre confrère Blechmann.

La petite Alice D., âgée de 4 ans, en vacances chez sa grand'mère, a subitement mal au ventre et vomit. La T. S. F., vantant les mérites du vermifuge, la bonne grand'mère de la petite Alice croit très bien faire d'en acheter à la pharmacie, où on lui confirme l'excellence et l'innocuité de la drogue..

Une première dose provoque de fortes coliques : signe que le produit agit. Le lendemain deuxième dose : très forte douleur et puis accalmie. L'enfant a bien vomi un peu, mais tout le monde sait que c'est là chose commune chez des enfants, qui « nourrissent » des vers.

Huit jours après l'enfant, vomit de nouveau et a de plus en plus mal au ventre.

A ce moment seulement on songe à m'appeler : je constate un petit plastron et une dolorosité de la fosse iliaque droite. Je revois l'enfant avec un chirurgien qui comme moi pense à une appendicite perforée. A l'intervention il s'agissait bien d'un abcès appendiculaire encapsulé.

Il paraît indiscutable que les premières douleurs signalées par cette enfant étaient dues à l'appendicite aiguë, qui a perforé après l'administration de la deuxième dose de vermifuge suivie de très fortes douleurs. Le vermifuge a donc eu dans ce cas une influence cataclysmique.

Les suites opératoires ont heureusement été très bonnes et l'enfant se porte actuellement à merveille. Les parents et la grand'mère de la petite Alice en sont encore à se demander comment la T. S. F. a pu les tromper à ce point et sont tout prêts à recommencer, le cas échéant, je crois.

Dr HINSBERGER (Sarrebourg).

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT DES PNEUMONIES PAR LE PNEUMOTHORAX

Par les Docteurs BECMEUR, LAGET et MASSOTTE

M. J. Cogilan a rapporté il y a quelques années dans le *Lancet*, une étude due aux Américains sur l'action du pneumothorax dans les pneumonies aiguës. Les résultats semblaient satisfaisants malgré les données expérimentales publiées en 1936 par Birnham et Coryllos. En voici le protocole : des cultures de pneumocoques sont insufflées dans les bronches de quarante chiens. Ces auteurs ont constaté que le taux de la mortalité se montrait étroitement en rapport avec la présence d'une pneumococcémie que l'on ait fait usage ou non du pneumothorax. Ce dernier serait incapable de soulager les symptômes cliniques et de faire baisser le taux de la mortalité ; cependant essayant un pneumothorax chez un homme pneumonique ces auteurs reconnaissent que la « crise » survint vingt-quatre heures après l'insufflation.

Les résultats obtenus par le traitement collapsothérapique nous ont paru tellement remarquables, que nous n'hésitons pas à les publier ; et, opposant la clinique à l'expérimentation nous pouvons affirmer avec Berhend et Cowper, que les résultats thérapeutiques, qui ont enthousiasmé ces auteurs sont réels, amélioration et guérison suivent immédiatement l'insufflation ; l'évolution de la pneumonie est transformée.

Voici une série de huit observations que nous avons dépouillées pour plus de clarté, de toute considération clinique ; nous insistons cependant sur le fait que c'étaient toutes des pneumonies types, contrôlées radioscopiquement.

Nous n'avons pas suivi l'ordre chronologique des entrées préférant mettre en tête les observations véritablement démonstratives.

OBSERVATION I. — Malade vu le 8 juin, température à 40°, souffle caractéristique, au niveau de l'épine de l'omoplate gauche, très dyspnéique. A la radioscopie zone triangulaire sombre médiopulmonaire à base externe.

Pneumothorax. Injection de 1.050 c. c. d'air, (—12, — 6).

A la radioscopie, zone de décollement comprenant le cul-de-sac et remontant très légèrement dans l'aisselle comme une courbe de Damoiseau, très gros décollement de l'apex, la zone hépatisée est décollée de la paroi, mais non effondrée.

Le 9, température à 38°2 le matin, à 39°8 le soir.

Dès le lendemain, chute verticale de la température, le malade sort de l'hôpital le 12.

OBSERVATION II. — Malade vu le 4 mai, température à 39°7 le matin, 40° le soir. Malade depuis le 2 mai, très fatigué, très dyspnéique, signe typique de pneumonie à gauche. A la radioscopie, masse triangulaire à gauche, base externe médio-pulmonaire, pneumothorax fait le 4 au soir à 17 h. 30, injection de 750 c. c., la pression initiale à —10 est ramenée à 0, décollement excellent, l'air entoure uniformément le poumon et la zone hépatisée.

Le 5, température 38°8 le matin, 39°6 le soir.

Le 6, température tombe à 37°5 le matin, à 37° le soir.

Le malade qui était très fatigué au début, sort de l'hôpital onze jours après sa guérison, on l'avait gardé pour être sûr de l'action curative du pneumo.

La guérison eut lieu deux jours après le pneumo, et quatre jours après le début de la maladie.

OBSERVATION III. — Malade entrant à l'hôpital le 19 avril, le diagnostic fait ce jour, fut celui de pulmonaire sans précision, car aucun des signes de pneumonie n'est apparu, la température est bien à 39°, la dyspnée importante mais sans souffle. Le lendemain 20, le tableau clinique est complet, la température est montée à 39°8 le matin ; le soir lorsqu'on réalise le pneumothorax, la température est à 40°, injection de 700 c. c. d'air selon la technique habituelle, le 21 avril, le lendemain du pneumo, température 38°6, le matin, 39° le soir.

Le 22, deux jours après l'injection, trois jours après le début de la maladie, la température est complètement tombée pour ne plus remonter.

Noter l'état très déprimé du malade le lendemain du pneumo.

OBSERVATION IV. — Malade vu le 23 décembre, température à 40°8, état très déprimé. Signes caractéristiques de pneumonie droite, injection de 1.200 c. c. d'air, la pression initiale minimum étant —12, la pression terminale du pneumo 0, décollement cortical complet.

Dès le lendemain, la température tombe à 37°6, mais remonte le soir à 39°6, le surlendemain de l'injection, la température tombe à 37°, pour ne plus se relever, le malade complètement rétabli, sort de l'hôpital quatre jours après la chute verticale de température, six jours après son entrée.

OBSERVATION V. — Hospitalisation du malade le 19 janvier, température 40°3, pneumonie de la base droite, le jour même pneumothorax de 500 c. c., le sujet est très fatigué avant et après l'injection, à la radioscopie l'ombre pneumonique occupait toute la base pulmonaire limitée en haut par la scissure.

Le 20, chute verticale de température, à 38° le matin, 37°8 le soir. Le malade est assis dans son lit et demande à manger, une nourriture légère lui est accordée.

Le 21, nouveau pneumothorax de 300 c. c. et nourriture normale, température normale, le 22 toute maladie est terminée.

Ce malade étant le premier que nous ayons traité par cette méthode, nous avons suivi exactement les prescriptions de nos prédécesseurs, deux pneumo ont été pratiqués à quarante-huit heures d'intervalle. Par la suite, nous avons agi différemment. Un seul pneumo dans lequel nous recherchons un décollement maxima nous

paraît très suffisant, la deuxième insufflation, sauf dans un cas, nous a toujours semblé inutile.

Observation VI. — 22 mars. Malade hospitalisé et vu pour la première fois. Température à 40° le matin, 39°2 le soir. Signes pathognomoniques de pneumonie droite, pneumothorax de 1.400 c. c., la pression minimum étant —7, est ramenée à 0.

Dès le lendemain, ébauche de chute de température à 39°, quoique le malade soit encore très dyspnéique et fatigué.

Le 24, la température est à 37° le matin, à 38°2 le soir.

Le 25, trois jours après le premier examen, la température est normale.

Observation VII. — Le 23 mai, Lhassen Ben Brahim rentre à l'hôpital avec le diagnostic de pneumonie droite, sa température est à 39°9 le soir où on lui fait sa première insufflation, 1.000 c. c. d'air, —16, —4

Décollement limite au sommet.

Le 24 : matin, température 36°8, le soir 37°6, les jours suivants, la température remonte et se maintient entre 39° et 40°, jusqu'au 29 où est pratiquée une deuxième insufflation.

Chute immédiate de la température. Le 30 au matin : 37°, le soir 37°2, les jours suivants, la température reste normale, le malade sort le 4.

Observation VIII. — Abdelmaleck Ben Messaoud entre à l'hôpital le 4 mai.

Pneumonie massive occupant tout le poumon droit, sujet très abattu, température 39°5, très dyspnéique.

A la radioscopie, la zone hépatisée occupe tout l'hémithorax droit, diaphragme immobile.

Insufflation très difficile, les plèvres ne se séparent pas, nous arrivons péniblement, sous forte pression à injecter 500 c. c. d'air, la pression intra-pleurale passe avec une aussi faible quantité d'air injectée de —10 à +15, témoignant de l'adhérence pleurale.

La radioscopie après pneumothorax montre une très petite zone de décollement latérale.

Les jours suivants aucun résultat favorable ne se dessine. Il semble que l'insufflation a été absolument inopérante, le malade meurt le 7.

L'état du malade à son entrée, laissait prévoir une issue fatale rapide, le pneumo semble n'avoir été ni favorable, ni défavorable.

Ces observations ont été rendues volontairement schématiques, mais nous ne saurions trop insister sur le fait qu'il ne fut fait usage en plus du traitement par le pneumothorax, que d'huile camphrée, à l'exclusion d'enveloppements ou de toutes autres médications interne ou externe.

Il nous faut également signaler que dès le lendemain de l'insufflation, quelques malades ont paru très dyspnéiques et déprimés.

Doit-on accuser de cet état le pneumothorax ou n'est-ce pas plutôt l'équivalent de la « crise » normale qui existe au déclin de la pneumonie.

Avant de tirer une conclusion de ces observations, examinons comment furent pratiquées, les insufflations, les quantités d'air injectées, les pressions , les décollements réalisés et contrôlés radioscopiquement, les courbes de température.

A. Pressions. — Les pressions minima, dès mise en place du trocard de Kuss, sont malgré l'énorme masse hépatisée, très négatives et vont de — 12 à — 10, contrairement à ce qui pourrait être attendu.

Le plus souvent l'aspiration pleurale est manifeste, la création du pneumo et, l'injection d'air n'offrent aucune difficulté.

Il semble d'ailleurs que ce soit dans ces cas que l'on obtienne les plus beaux résultats.

B. Quantités injectées. — Elles varient entre 500 et 1.400 c. c., la moyenne injectée est de 890 c. c.

Sauf dans le cas n° V, nous nous sommes affranchis des règles générales régissant la mise en œuvre d'un pneumothorax, pas de petites insufflations destinées à être entretenues dans les jours suivants mais une seule injection massive ramenant en une seule fois, la pression intra-pleurale à 0.

Ces injections ne fatiguent pas davantage le malade ; on a pu noter un peu d'oppression, quelques toussottements type pleuraux, mais jamais nous n'avons noté de shock ou de lipothymies, nous n'avons jamais eu recours, sauf dans le cas n° 8, aux pressions positives, il semble d'ailleurs que ce soit inutile, lorsque le décollement n'est pas obtenu en ramenant la pression à 0, les résultats ne sont pas favorables.

C) Décollements pleuraux. — La radioscopie chaque fois qu'elle fut faite nous révéla des décollements effectués avec plus ou moins de bonheur, tantôt la corticalité pulmonaire était uniformément décollée, tantôt seuls l'apex, la base, ou la région médiane avaient leurs feuillets pleuraux séparés, indiquant une difficulté nette d'effondrer, de repousser la masse hépatisée. Cependant elle était la plupart du temps décollée de la paroi, mais d'une façon très légère.

Y a-t-il un rapport de cause à effet entre ces décollements au niveau de la région malade et la chute de température ? C'est possible. Nous n'avons pas la prétention de discuter ici le mode d'action du pneumothorax. Nous rapportons les faits que nous avons constatés sans pouvoir en tirer de conclusion. Cependant il faut noter que dans l'observation n° 8, où le décollement fut impossible, on n'obtint aucun résultat, et que, dans l'observation n° 7 où le décollement fut très incomplet, on constata une chute de température le lendemain de l'insufflation, puis recrudescence de la température les trois jours suivants, recrudescence qui ne cessa que par une nouvelle insufflation.

Dans cette observation, le pneumo n'ayant pas amené le résultat que nous attendions, nous avons pratiqué une deuxième insufflation à l'aiguille quatre jours après la première, nous n'avons rencontré aucune difficulté pratique.

Il faut cependant signaler la grande rapidité de résorption de l'air intrapleural, rapidité beaucoup plus importante qu'elle ne l'est habituellement dans les pneumo pour la tuberculose. Cette considération est d'ailleurs en faveur d'une première insufflation importante.

D. COURBES DE TEMPÉRATURE. — La majorité des températures du jour de l'insufflation sont de 40°, quelquefois au-dessus, jamais au-dessous. La chute de température est amorcée dès le lendemain et terminée quarante-huit heures après dans les observations 1, 2, 3, 4 ; elle est réalisée définitivement en vingt-quatre heures dans les observations 5, 6. Nous notons trois jours et une rechute dans les autres observations.

Il semble donc que la ligne de conduite à adopter soit la suivante. Sitôt le diagnostic de pneumonie bien établi, procéder immédiatement à l'établissement d'un pneumothorax. Pneumothorax qui n'offre avec le trocard de Kuss, aucune difficulté. Quelle que soit la pression négative initiale la ramener à 0. Il est inutile de passer en pression positive ; puis attendre. Si dans les quarante-huit heures qui suivent une amélioration nette ne s'est pas manifestée, on peut tenter une deuxième insufflation à l'aiguille.

Dans notre observation n° 7, cette deuxième insufflation a amené la guérison que la première n'avait pas amenée, mais pratiquée systématiquement la deuxième insufflation nous paraît inutile.

En conclusion, le pneumothorax artificiel semble dans la pneumonie ne présenter aucun danger.

Il donne le plus souvent des résultats remarquables qui doivent le faire pratiquer chaque fois que cela est possible. Une seule réserve peut-être ; la symphyse pleurale qui suit toute insufflation peut-être un obstacle pour l'établissement ultérieur d'un pneumo en cas de lésion tuberculeuse de ce même poumon ; mais pour apprécier exactement ce danger, il faudrait être fixé sur les conséquences pleurales d'une pneumonie et sur la symphyse qu'elle peut entraîner.

Quoi qu'il en soit, ce désir de ménager l'avenir, ne nous paraît pas suffisant pour renoncer à une méthode de traitement qui, si elle semble absolument inoffensive est, à coup sûr, d'une efficacité remarquable, guérissant en 24 ou 48 heures, une maladie grave, qu'aucune autre méthode ne peut se vanter de guérir aussi radicalement.

BILAN DE DEUX ANNÉES DE CHIRURGIE TRANSURÉTHRALE A LA CLINIQUE MAYO

La voie transuréthrale semble jouir en Amérique d'une faveur croissante et être en passe de supplanter définitivement les autres voies d'accès sur la vessie et la prostate.

Suivant G.-J. Thompson (1), au cours des années 1937 et 1938, il a été pratiqué par cette voie 7.656 interventions sur 4.073 malades.

Le principal intérêt de cette innovation est, à n'en pas douter, la technique qu'elle a instituée pour la prostatectomie. 1.697 malades furent opérés de la prostate, dont 1.607 en un temps, 86 en deux temps et 4 en trois temps. Durant le même laps, deux malades seulement furent opérés par voie sus-pubienne.

Alors qu'il y a quelques années, la cystostomie préalable était très fréquemment jugée nécessaire, elle n'a été faite que 5 fois, au cours de ces deux années, comme premier temps d'une résection trans-uréthrale, quatre fois pour enlever de gros calculs ou des diverticules, une fois pour faciliter l'introduction du résectoscope.

Même en cas d'insuffisance rénale ou d'infection urinaire un drainage uréthral méthodique et soigneux suffit, et il n'est pas nécessaire d'attendre pour opérer que le taux d'urée sanguine soit revenu à la normale, si le volume d'urines est suffisant.

L'âge moyen des malades fut de 66 ans ; 71 avaient 80 ans ou plus et parmi ces derniers, on n'eut à déplorer qu'une mort, ce qui montre l'innocuité du procédé.

Dans la majorité des cas, les opérés sont restés à l'hôpital moins de une semaine après l'intervention, 25 seulement y restèrent plus de trois semaines.

La mortalité totale de la prostatectomie transuréthrale fut de 1,6 %.

Les autres interventions consistèrent en ablation de calculs de l'uretère, destruction de tumeurs de la vessie, ablation de calculs prostatiques, fulguration de l'urèthre, etc.

Les modes d'anesthésie les plus employés (et les plus commodes) furent l'anesthésie intraveineuse (pentothal de sodium) et la rachi. L'analgésie par blocage du plexus sacré, employée seulement 37 fois, paraît à Thompson comporter des doses de procaïne trop importantes pour des sujets qui ont l'âge de l'adénome.

G. L.

(1) *Staff meetings*, oct. 18, 1939.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Démence présénile post-traumatique après fracture du crâne

Voici une observation qu'ont communiquée MM. H Claude et J. Cuel : Une femme de 49 ans, de bonne santé mentale, sans antécédents psychopathiques, est renversée par une auto en 1929, et subit une violente commotion cérébrale. Elle ne présente à aucun moment de signes de fracture du crâne, mais seulement une fracture du maxillaire inférieur ; elle n'a pas de lésions internes ni de fractures des membres, elle a eu une perte de connaissance passagère et a subi une choc commotionnel et surtout émotionnel.

Rapidement après l'accident — moins d'un an — apparaissent des troubles mentaux progressifs caractérisés surtout par un effondrement de la mémoire et de la capacité d'action, de l'apathie, de l'indifférence, troubles qui aboutissent à un état démentiel complet, nécessitant l'internement en 1934, cinq ans après l'accident.

La mort survient au début de 1937 par tuberculose pulmonaire, la malade étant âgée de 57 ans. L'examen anatomique du cerveau révèle des lésions typiques de démence sénile.

Les états démentiels préséniles assez précoces — avant la soixantaine — d'étiologie obscure ou mal déterminée, ne sont certes pas exceptionnels. Dans le cas présent, il est impossible de ne pas être frappé par le rôle au moins déclenchant que paraît avoir joué le traumatisme cranien subi en 1929 par cette femme de cinquante ans indemne de tout trouble mental antérieur.

Chez les individus jeunes, qui sont victimes de tels chocs on observe fréquemment des états d'apparence purement infectieuse dont on ne saisit pas bien la cause et qui se traduisent par de la dépression, des modifications du caractère et de l'activité, des vertiges, des troubles de la mémoire et de l'attention, des céphalées rebelles sans signes neurologiques. Les experts ont quelques difficultés à distinguer des manifestations pithiatiques ces états groupés sous le nom de syndromes subjectifs des traumatismes du crâne. Mais ce tableau clinique s'estompe peu à peu et après quelques mois, les symptômes s'atténuent partiellement. Au contraire chez les personnes de plus de 50 ans les symptômes en apparence subjectifs sont plus graves ; sans être aussi sévères que dans l'observation rapportée ici, les troubles laissent diminués physiquement et intellectuellement ces sujets.

Ces faits ne doivent pas être ignorés des cliniciens qui ont à se prononcer sur les incapacités résiduelles des traumatisés ayant dépassé la cinquantaine. Ces malades ne peuvent faire les frais d'une régénération complète, d'une restitution *ad integrum.* Il convient d'ajouter que très souvent cette condition de diminution des processus de défense entraîne des complications secondaires de toutes sortes, surtout chez les artério-scléreux, chez les hépatiques. (*Annales de Médecine légale,* mars 1939.)

Le traumatisme de la gaine des péroniers latéraux et son traitement par les infiltrations anesthésiques.

C'est là une complication rare de l'entorse tibio-tarsienne, sur laquelle insiste le Docteur Brun, à propos d'un cas personnel.

Durant les 48 premières heures, pas d'œdème, peu d'ecchymose, mais seulement une douleur à la pression en avant et au-dessous de la pointe de la malléole péronière. Mais ensuite, l'œdème a considérablement augmenté ; le pied, devenu douloureux, ne peut littéralement être posé à terre. Une infiltration cocaïnique de l'articulation tibio-tarsienne, pratiquée à ce moment, n'apporte qu'une très faible amélioration. Pourtant, la mobilité articulaire, passive ou active, est normale. Le lendemain, la douleur est plus vive encore ; la moindre tentative de marche devient un véritable supplice. La malade insistait sur la localisation de la douleur à la plante du pied, spécialement au bord interne, (alors qu'il s'agissait d'une entorse limitée à la partie externe de l'articulation) et au niveau de la tête du premier métatarsien. Or, quel est l'organe qui, venant du bord externe de l'articulation du cou-de-pied, passe à la plante du pied pour aller se jeter sur la tête du premier métatarsien, sinon le tendon du long péronier latéral. On fut d'ailleurs frappé par l'aspect blafard, blanchâtre de la peau sur toute l'étendue de la loge des péroniers jusqu'au genou.

Deux injections profondes dans la gaine du long péronier latéral furent aussitôt pratiquées en deux points principaux : du côté externe, en arrière de la tête du dernier métatarsien ; du côté interne et plantaire, au niveau de la tête du premier métatarsien. Sitôt l'infiltration terminée, la patiente se déclarait extrêmement soulagée et, posant le pied par terre, elle pouvait marcher sans douleur, sans boîterie. La guérison s'est, par la suite, maintenue définitive. (*La Presse Médicale,* 18 octobre 1939).

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de chirurgie

Séance du 13 décembre 1939

Les vertus hémostatiques du rouge congo

M Lambret (de Lille) parle de l'action hémostatique du rouge congo. La connaissance de cette action n'est pas une nouveauté, de nombreux auteurs à l'étranger et aussi en France l'ayant signalée

Après avoir utilisé ce médicament dès 1938 dans certaines formes hémorragiques du cancer de l'utérus, l'auteur en a repris il y a quelques mois l'étude, au laboratoire et en clinique.

Les recherches de laboratoire ne sauraient apporter qu'un appui relatif à l'établissement de la valeur hémostatique de cet agent médicamenteux, bien que son administration soit suivie d'une diminution du temps de saignement et d'une légère augmentation de la coagulabilité, les relations entre le temps de saignement et l'hémorragie n'étant pas encore bien nettement caractérisées.

M. Lambret a utilisé le rouge congo en premier lieu à titre préventif des hémorragies dans les opérations. Depuis que, avant ses opérations, il fait une injection intra-veineuse de rouge congo, il a été frappé de la modération des écoulements sanguins au cours de l'intervention. Il s'agit donc là d'un préventif à action générale, par voie sanguine, et sans danger. En dehors de l'opération, le rouge congo peut offrir des indications dans certaines affections hémorragiques. M. Lambret signale des cas d'hémorragies gastriques, de polypes hémorragiques, de métrorragies où cette médication a été utile. Sans chercher à expliquer avec précision l'action du rouge congo, il est bon de rappeler l'affinité de ce produit pour le tissu réticulo-endothélial, affinité qui doit exister également sur le vivant. La solution employée est à 1 p. 100 et la dose de 10 cent. cubes de cette solution.

M. Chevassu rappelle l'action hémostatique générale d'une autre substance : le citrate de soude. Anti-coagulant à dose faible, le citrate de soude favorise au contraire à forte dose l'hémostase, comme l'a montré M. Maurice Renaud chez les malades de son service de cancéreux de Brévannes. Suivant les doses employées , les médicaments peuvent avoir des effets opposés. Il en est ainsi pour l'alcool, nombre d'anesthésiques, le bicarbonate de soude sur la sécrétion gastrique, etc. Le citrate de soude, qui empêche la coagulation à faible dose, devient hémostatique en solution à 30 % injectée dans les veines (10 c. c.).

M. Chevassu a eu recours à l'injection intraveineuse de citrate de soude concentré contre les hémorragies de la prostatectomie et il estime que plusieurs de ses opérés ont dû la vie à cette médication. L'injection est quelquefois suivie d'une réaction assez vive, d'ailleurs calmée assez rapidement, inconvénient qui ne saurait être un empêchement car il s'agit d'hémorragies inquiétantes.

Bistouri électrique et chirurgie de guerre

M. Heitz-Boyer expose les principaux services que pourrait rendre le bistouri électrique en chirurgie de guerre. Si, dans les formations du front il semble difficile que l'on puisse bénéficier de cet instrument, en revanche, dans les formations moins avancées, à 30 kilomètres du front et dans les hôpitaux de l'arrière, on aura toute latitude de pouvoir y recourir.

C'est un moyen de grande valeur, assez délicat à manier. Au point de vue pratique on peut synthétiser son action en disant qu'elle est sèche, hémostatique, désinfectante, anti-choquante. La propriété anti-choquante en question paraît être la plus intéressante pour les blessures de guerre : elle découle du calfatage des tissus par le bistouri électrique, calfatage qui empêche les résorptions septiques. Les bienfaits de ce calfatage, de ce vernis protecteur sont très appréciés en chirurgie urinaire et aussi en chirurgie ano-rectale. Une réserve doit être apportée à cette pratique : elle nécessite un drainage rigoureux. Sous cette réserve, on peut étendre la technique aux blessures de guerre infectées, à l'exérèse par tranches des tissus sphacélés. Le bénéfice principal du bistouri électrique n'est pas, comme on pourrait le penser, l'hémostase (non majeure, d'ailleurs) mais le calfatage des vaisseaux, des lymphatiques principalement, la fermeture de ceux-ci arrêtant la résorption septique.

M. Ameline craint que, dans le temps musculaire de l'épluchage des plaies, où le suintement sanguin et les petites contractions sont les éléments qui permettent de distinguer le muscle vivant du muscle mort à enlever, l'action hémostatique du bistouri électrique ne devienne un inconvénient.

M. Heitz-Boyer répond que l'action coagulante, le calfatage est ici la modalité à rechercher, et non l'hémostase.

M. Chevrier donne ce renseignement : aux armées, un certain nombre de formations chirurgicales sont déjà pourvues d'appareils à électro-coagulation.

P. Lacroix.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variété

Bulletin de l'Actualité

• • •

VŒUX POUR L'ANNÉE QUI VIENT

Depuis quatre mois nous vivions en primitifs. Nous, que la civilisation avait, durant des années, enveloppés d'une douillette sécurité, nous connaissions la tension aiguë de l'homme préhistorique conscient que tout en lui est précaire et menacé, la paix du cœur, le repos du corps, la vie.

Là-haut les mitrailleurs des premières lignes, plus loin les marins à leur poste de quart, ici les pères, les mères, les épouses, tous étaient aux aguets. Si le péril se matérialisait pour ceux-là par un bruit étouffé à travers la nuit noire ou, dans un creux de vague, par la traînée d'un périscope, pour ceux-ci c'était paradoxalement le pas débonnaire du facteur.

Depuis quatre mois notre vœu de chaque instant était de dépasser l'instant présent et nous mettions de la hâte à déblayer nos jours, ayant oublié que la terre tourne du même train, que les hommes soient en paix ou en guerre.

Mais voici qu'aujourd'hui, ce soir, tous ces gens fébriles vont, d'un consentement unanime, accorder un répit fugitif à leur obsession : ils vont prêter l'oreille au froissement d'une feuille qui tombe, d'une feuille qui tombe de l'éphéméride. Ensemble ils salueront la seconde solennelle qui leur ouvre à la fois dans le temps un nouveau crédit et leur élargit l'issue vers l'Eternité : une menace enclose dans une promesse !

Qu'elle soit lointaine ou qu'elle soit proche, toute menace ramène l'homme, même le plus déçu, vers ses semblables. Le chétif roseau qu'il confesse d'être affronte l'orage d'un meilleur cœur s'il est en foule que solitaire. Et c'est pourquoi, tous, tant que nous sommes, nous souhaitions ce soir de ne pas être seuls en face de nous-mêmes.

Les uns, les plus chanceux, seront assis à la table de famille ; d'autres, entourés de camarades, mèneront joyeuse vie dans une popote illuminée. Ici ou là il sera juste que nous songions à ceux qui n'auront près d'eux ni la tendresse des leurs, ni la cordialité d'amis et qui seront seuls pour écouter passer dans la nuit cet impitoyable vieillard, le Temps.

Ce n'est pas seulement les liens du sang ou de la vie quotidienne partagée qui attachent entre eux les hommes. La profession établit aussi des uns aux autres une sorte de parenté singulière, même s'ils s'ignorent. Nous, médecins, formons une confrérie qui se flatte de posséder par indivis des disciplines, un idéal et d'être investie d'une mission élue. Il nous revient donc d'évoquer ce soir avec une affection éclairée d'expérience, tous ceux que la servitude professionnelle rive à leur tâche et écarte de la veillée en commun. Et parmi tous ceux-là en est-il qui incarnent mieux la garde vigilante du médecin que ces jeunes enfermés dans leur poste de secours de l'avant ? Ce sont nos missionnaires et nos fondés de pouvoir en la personne de qui le Corps Médical Français prend sa part d'effort et de risques. Ils ont, pour rappeler un mot célèbre, « des droits sur nous », et ce que nous pouvons faire, à l'heure présente, d'effectif pour eux est vraiment bien peu de chose. Aussi, puisque, à l'encontre de nos ennemis, nous comptons encore, en ce pays, avec les impondérables, devons-nous leur offrir, à titre d'étrennes, l'armure spirituelle qu'est pour des jeunes la sympathie des aînés.

Souhaitons-leur que cette année qui débute pour eux, pour nous tous, sous de si fâcheux auspices n'arrive pas à son terme avant qu'ils aient parachevé la besogne commencée il y a vingt-cinq ans. Nous ne nous flattons plus, cette fois, que cette guerre sera la dernière : nous sommes tombés de trop haut pour nous laisser encore

bercer d'aussi vastes espoirs. Notre seule idée c'est de « la finir » pour « en finir ». En finir non pas avec l'instinct de rapine et de domination ancré par les siècles au cœur de l'homme mais avec les dernières incarnations par lesquelles il s'est manifesté pour notre malheur. La finir, nous le souhaitons à ceux qui y sont engagés aujourd'hui afin qu'ils dépassent ce but, collectif et momentané, qu'est une victoire qu'ils poursuivent leur course, qu'ils réalisent leurs propres rêves. Rien n'est plus révoltant, rien n'est, au fond, si dérisoire que la brutale cassure infligée par une guerre au jaillissement d'un jeune destin. Il ne sera plus jamais ce qu'il devait être : nous le savons, nous, d'expérience. Mais du moins qu'il soit ! Vous vous accommoderez du vôtre, mes jeunes amis : il le faudra bien ! d'ailleurs vous avez du ressort, et de la tourmente vous aurez du moins retiré cette salutaire leçon qu'une ambition déçue ne mérite pas d'assombrir toute une vie.

A l'école où vous êtes, vous prendrez encore d'autres préceptes qui vous dépouilleront d'un certain velouté de jeunesse. Certains vous croiront, vous vous croirez vous-mêmes désabusés et votre maturité précoce vous pèsera lourd quelquefois aux épaules. Pendant un temps vous vous sentirez désaccordés d'avec le monde, et vous vous demanderez avec angoisse si vous êtes devenus des étrangers sur cette planète. Non ! ce n'est pas cela. La guerre, à votre âge, a les effets d'une maladie de croissance. Un de vos aînés, au sortir de l'autre, écrivait : « Nous logeons des vieillards en nos corps juvéniles ». Il exagérait : vous resterez jeunes mais un peu dégingandés d'âme. Et cela s'arrangera ensuite.

Abordez donc 1940, jeunes médecins auxiliaires, sans appréhension. Ne croyez pas que vous soyez seuls dans vos baraques, où le feu de bois et la lampe à pétrole mêlent sans parcimonie leurs fumées. Beaucoup de vos confrères pensent à vous ce soir et vous adressent leurs souhaits par une voie plus sûre et plus rapide que le secteur postal.

Quant à nous, médecins de la deuxième ou même troisième réserve, qu'allons nous pouvoir nous souhaiter fraternellement « en Esculape » ? Le retour au logis, sans aucun doute, avec un bon armistice en poche, pour ceux qui sont partis. Pour ceux qui sont restés, le retour à la Paix, à la vie sans alarmes, au travail joyeux. Ce sont des biens que nous avons perdus depuis longtemps, depuis bien plus longtemps que l'histoire ne le dira. Car elle contera, elle, avec une rigueur mathématique et indiscutable, que le 3 septembre dans l'après-midi, la France est entrée en guerre. Mais nous savons bien, nous, que la période d'incubation d'une maladie n'est déjà plus la santé, que l'incertitude est un mal qui ronge et qu'après être resté longtemps sous le coup d'une menace, on se sent presque soulagé de la voir se préciser et de pouvoir porter un diagnostic. Pour ces quatre mois de guerre déclarée, nous avons eu quatre ans et plus d'imminence de guerre. Si nous retrouvions maintenant la vraie Paix, elle nous ferait l'effet d'une amie rentrant d'un long voyage et nous chercherions bien sûr en quoi elle a changé depuis notre dernière entrevue.

Elle aura changé lorsque nous la reverrons : nous aurons tous changé, et la médecine elle-même ne sera plus ce qu'elle a été. Souhaitons nous de lui trouver cependant bonne et affable mine. Mais, pour une personne d'âge et qui a toujours vécu au grand air de la liberté l'atmosphère confinée d'un décret-loi n'est certes pas un gage de bonne santé. Nous aurons peut-être à lui donner nos soins.

Enfin jeunes ou vieux, mobilisés ou non, campagnards ou citadins, premiers rôles de la profession ou comparses, il est encore un autre lien qui nous unit les uns aux autres : c'est, vous l'avez deviné, le *Concours*. Lui aussi, le pauvre, porte le poids de la guerre : il a maigri, et même d'un jour à l'autre, il a maigri de moitié. Ni vous ni moi ne serions capables de supporter un dommage aussi funeste. Lui, ma foi, ne se porte pas trop mal et tout en aspirant à recouvrer sa corpulence première, que de maléfiques ordonnances lui ont fait perdre, il se déclare résolu à tenir. Pour cela il n'a besoin que de la sympathie et de la confiance de ses lecteurs. Souhaitons-lui de la garder, et que sa maison soit toujours la maison du Bon Dieu où l'on accourt dès qu'on se trouve en difficulté.

Et maintenant, confrères amis, avant que nous tirions chacun de notre côté vers les solennité de la Saint-Sylvestre, permettez-moi de vous tendre les mains, de serrer les vôtres cordialement et de vous dire « Bonne année » !

Puisse-t-elle être bonne à la fois pour nous tous : ainsi serait-elle bonne en même temps pour la France.

G. LAVALÉE.

COMMENT UN PRATICIEN MOBILISÉ PEUT-IL FAIRE CONSERVER SA CLIENTÈLE ?

A juste titre, ce problème préoccupe beaucoup de confrères présents aux armées. Il s'agit, pour eux, d'empêcher que leur clientèle ne soit accaparée par un non-mobilisé, soit étranger à la région, soit voisin immédiat et concurrent. N'est-il pas à souhaiter que, de retour dans leurs foyers, les praticiens mobilisés puissent recouvrer tous les éléments qui jadis leur permettaient de vivre ?

Nous allons donc successivement passer en revue différents aspects du problème qui est posé.

Discussion juridique sur la nature du contrat

En temps de paix, lorsqu'un médecin remplace un confrère, le remplaçant est dans une situation qui tient le milieu entre le contrat de louage de services et le contrat d'entreprise. En effet, moyennant un prix forfaitaire journalier, étant défrayé de toutes dépenses (nourriture, logement, auto, personnel domestique, etc.) le remplaçant donne ses soins à la clientèle du remplacé.

Mais, à l'encontre du contrat de louage de services, le remplaçant agit en toute liberté professionnelle, pour les soins qu'il a à donner. Il n'a aucun ordre à recevoir du remplacé, sauf questions de service. Par exemple, faire le service de l'hôpital tels jours à telles heures, faire des consultations dans des dispensaires, dans des communes voisines, etc., etc. Bref, à part ces questions d'ordre de service, le remplaçant agit en toute indépendance scientifique et professionnelle. La meilleure preuve en est que le remplacé n'est nullement responsable des erreurs cliniques ou thérapeutiques du remplaçant (Cour d'appel de Paris, 1re Chambre, 24 novembre 1937.)

Il est indispensable de bien fixer la nature juridique du contrat de remplacement : elle acquiert une grande importance pour préciser les rapports qui doivent être conclus entre un mobilisé et le praticien qui occupera momentanément sa clientèle. Qu'une difficulté surgisse et que les Tribunaux soient appelés à en connaître, les juges devront, avant tout, vérifier si le contrat qui leur est soumis, n'est pas entaché de nullité, ou s'il doit être considéré comme parfaitement valable.

Ainsi que je l'indiquais dans une consultation médico-juridique, parue dans le *Concours Médical*, 1933, 2259, le contrat de remplacement n'est ni un mandat, ni une association, ni un contrat d'entreprise, ni un contrat complet de louage de services, mais plutôt un contrat innommé par lequel le remplaçant gère la clientèle du remplacé, pour que celui-ci la retrouve entière à son retour.

Ce problème juridique a été maintes fois posé, surtout pour déterminer qui doit être rendu responsable d'un accident occasionné par la voiture automobile du remplacé, conduite par le remplaçant (Cour d'appel de Bordeaux, 15 juillet 1935.

Ceci nous conduit à déclarer que le mobilisé, qui se fait remplacer par un confrère non mobilisable, ne peut pas signer avec ce dernier de contrat de remplacement ordinaire : il faudrait que le remplaçant puisse toucher une indemnité forfaitaire de X francs par jour, tous frais payés et qu'il remette au mobilisé, ou à la famille de ce dernier, la totalité des honoraires touchés dans la clientèle.

Pareil accord peut être préjudiciable pour le mobilisé, car la clientèle payante se fait plus rare, soit à cause des évacuations, soit à cause du manque d'argent, qui conduit beaucoup de personnes à recourir aux œuvres charitables pour recevoir des soins gratuits.

On ne peut pas non plus établir un contrat d'association entre les deux praticiens, l'un apportant la clientèle, l'autre son travail. Une clientèle ne peut pas faire l'objet d'une convention : elle est hors commerce, ont fréquemment décidé les Tribunaux. De plus, il faudrait qu'il y eut partage des gains et des pertes entre les deux associés. Enfin, lors du retour des armées, le remplacé devrait considérer que sa clientèle fait partie du fonds commun de l'association et qu'il en doit la moitié à son confrère, ou indemniser celui-ci pour cette moitié : ce qui serait inadmissible.

Je préfère donc donner à mes confrères le conseil de faire plutôt un contrat de bail à loyer, avec majoration.

Cette dernière s'expliquerait du fait que le remplaçant, qui doit vivre de son travail, trouve un cabinet tout prêt et une clientèle y afférente, créée par le remplacé. Ce dernier peut donc demander une indemnisation, qui se traduira par une majoration forfaitaire du prix de la location à bail.

Une autre considération me fait préférer ce mode de contrat ; c'est que les règlements militaires s'opposent à ce qu'un médecin aux armées puisse percevoir de l'argent de l'exercice de la médecine civile. Certes, le mobilisé ne pratique pas lui-même près des civils, mais son intermédiaire, son remplaçant le fait pour lui.

Que doit indiquer le contrat ?

Le mobilisé loue ou sous-loue, suivant qu'il est propriétaire de sa maison, ou qu'il n'en est que le locataire. Dans ce dernier cas, il sera prudent de vérifier les termes du bail, pour relever s'il existe ou non une interdiction formulée par le bailleur de sous-louer sans son autorisation expresse. Certes, le propriétaire ne s'opposerait pas à ce remplacement momentané, mais il est bon d'observer scrupuleusement les termes du bail.

Le mobilisé conviendra des pièces qui sont mises par lui à la disposition de son confrère : logement professionnel et tout ou partie du logis d'habitation, selon que la famille du mobilisé habitera une partie du logement, ou résidera ailleurs.

Cette désignation des pièces louées comportera également un inventaire des meubles meublants et des objets professionnels, instrumentation, etc.

Ce seront ensuite les charges qui feront l'objet d'un chapitre spécial : qui devra payer le chauffage, l'éclairage, l'entretien, les salaires du personnel domestique, etc. ?

Deux alternatives se présentent à nous : ou bien le remplacé louera simplement les pièces de son appartement, à charge pour le remplaçant de régler lui-même les frais d'éclairage, de chauffage, le salaire du personnel domestique, etc. Ou bien — principalement lorsque la famille du remplacé occupera un partie du logis familial — on peut convenir d'un prix journalier, ou mensuel, ne comprenant que la location des pièces, indiquées au contrat — avec éclairage, chauffage, service du personnel domestique, etc. restant à la charge du bailleur. C'est question d'entente entre confrères et surtout d'opportunité selon les circonstances.

Paiement des impôts

Chacune des parties conserve la charge de ses impôts personnels. C'est ainsi que pour 1940, le mobilisé sera déchargé de la patente, puisqu'il sera aux armées ; mais son remplaçant devra acquitter sa patente personnelle, puisqu'il exerce pour son propre compte. Cet impôt comporte un droit fixe et un droit proportionnel, basé sur la valeur locative des pièces à usage de l'exercice de la profession.

L'impôt mobilier pourra être remboursé par le remplaçant au remplacé. Mais ce dernier aura probablement à payer une taxe comme étant loueur de garni.

Dépôt du diplôme

Le remplaçant agira sagement en faisant enregistrer son diplôme à la Préfecture du nouveau département, dans lequel il va exercer pendant la guerre : cela lui évitera des ennuis possibles, au cas où il serait soupçonné d'exercer illégalement, comme aussi pour pouvoir faire légaliser sa signature apposée sur des certificats qu'il sera appelé à rédiger. Enfin le Syndicat médical local saura si le remplaçant remplit toutes les conditions requises pour exercer la médecine selon les lois du 30 novembre 1892 et 26 juillet 1935.

Durée du contrat

En principe, la durée sera indéterminée. Elle dépend de la date future de la cessation des hostilités. Nous devons également ajouter que le mobilisé peut être rendu à la vie civile avant la fin de la guerre, soit par démobilisation de certaines classes, soit par maladie, ou autre motif.

Enfin, une certaine précarité doit être envisagée : le préfet tient des termes du décret du 11 septembre 1939 le droit de réquisition ; il peut déplacer un praticien, au mépris des engagements que celui-ci a pu contracter avec son confrère et l'envoyer dans une autre localité dépourvue de médecin.

Interdiction d'exercer

L'accord interconfraternel doit comporter une clause aux termes de laquelle le remplaçant s'engage à ne pas exercer la médecine, au retour du remplacé, dans un rayon de 50 kilomètres et pendant dix années. On peut, ou non, inscrire une clause pénale à titre de dommages intérêts, en cas de manquements à cette obligation.

Responsabilité professionnelle

Le remplaçant demeure responsable des conséquences dommageables, provenant de ses fautes cliniques et thérapeutiques. Aussi le remplacé agira-t-il sagement en engageant le remplaçant à adhérer au Sou Médical, s'il ne fait pas déjà partie de cette Ligue de défense professionnelle. De la sorte, si un client croyait devoir englober remplaçant et remplacé, dans des poursuites qu'il intenterait pour responsabilité professionnelle, le Sou se chargerait de la défense conjointe des deux confrères.

Forme du contrat

Inutile de faire faire un acte authentique par devant notaire ; inutile également de faire un sous-seings privé, sur feuilles de papier timbré. Ces actes coûtent cher, surtout du fait de l'enregistrement, qui doit être opéré dans les trois mois de la signature de l'acte. Cet enregistrement

ne donne que date certaine, mais n'ajoute aucune valeur juridique à la convention.

Je conseille l'échange de lettres ; ces dernières n'ont pas besoin d'être enregistrées, sauf si elles devaient être produites en justice en cours de procès. Donc économie pour nos confrères.

Je puis proposer le modèle suivant :

« Mon cher confrère, je vous loue (ou sous-loue) mon appartement (ou partie de mon appartement) sis à ..... rue ..... je mets à votre disposition les pièces suivantes.......... Ces pièces comportent un mobilier meublant et une installation à usage de l'exercice de la médecine. D'un commun accord, nous avons fait l'inventaire de ces meubles meublants et professionnels, dont la liste a été acceptée de part et d'autre.

« 1er Variante : Je garde la charge de la fourniture du chauffage, éclairage, le salaire du personnel domestique, etc.

2me variante : Vous paierez les factures de gaz d'électricité, de chauffage , etc., en totalité (ou en partie, si la famille du praticien réside dans l'immeuble). Egalement vous supporterez les salaires de la (ou des) domestique, ainsi que le paiement des Assurances sociales. Vous supporterez également votre patente et me rembourserez les impôts mobiliers, alors que je garde à ma charge l'impôt foncier (si le remplacé est propriétaire de la maison).

« Comme prix de cette location (ou sous-location) vous me verserez chaque mois la somme de...........

« Dès mon retour dans mes foyers, par démobilisation, ou par toute autre cause, vous vous engagez à me restituer les lieux loués. Vous vous engagez en outre à ne plus exercer la profession de médecin, pendant une durée de dix années, du jour de mon retour et dans un rayon de cinquante kilomètres de...... Au cas où vous viendriez à manquer à ces obligations, vous me paieriez une somme de cent mille francs à titre de dommages-intérêts.

« En cas de désaccord, nous nous engageons tous deux à soumettre notre différend au Conseil de famille du Syndicat des médecins de..... »

Conclusion

De la sorte, le confrère mobilisé recevra de son remplaçant un engagement rédigé dans les mêmes termes, *mutatis mutandis*, bien entendu. Les formalités seront ainsi accomplies au minimum, sans aucune dépense de rédaction ni d'enregistrement.

Bien entendu, le Sou Médical et le *Concours* restent à la disposition de leurs adhérents, pour leur donner certaines indications applicables dans tel ou tel cas particulier.

Dr Paul BOUDIN.

HOPITAUX. — ACCIDENTS DU TRAVAIL HONORAIRES MÉDICAUX NON RECOUVRÉS PAR LA COMMISSION ADMINISTRATIVE

Depuis le début de l'année 1939, nous (chirurgiens de l'hôpital civil) remettons à l'Administration des hôpitaux nos notes d'honoraires concernant les accidentés du travail, traités dans nos services.

Or, les Compagnies règlent assez régulièrement à l'Administration ce qui lui est dû pour les journées d'hospitalisation des blessés, mais aucune n'a encore rien versé au titre de nos honoraires.

Nous avons d'abord patienté ; mais devant un retard qui devient un peu exagéré, nous commençons à nous demander s'il ne s'agit pas d'une attitude concertée des Compagnies pour tenter de ne pas nous régler les honoraires qui nous sont dus. Et nous sommes embarrassés puisque nous n'avons pas le droit de réclamer nous-mêmes nos honoraires aux Compagnies d'assurances pour des soins qui ont été donnés à l'hôpital.

Je viens vous demander de quelle façon nous pourrions agir pour sauvegarder nos droits et obtenir le règlement de ce qui nous est dû.

Dr L.

Réponse

Il faut établir les responsabilités.

Ou bien il y a mauvaise volonté des Assurances, pour régler les honoraires dus aux médecins et chirurgiens de l'hôpital et il appartient à la Commission administrative de poursuivre le recouvrement par tous moyens de droit ; ou bien la négligence incombe à la Commission administrative, qui a omis d'adresser les notes de frais médicaux et chirurgicaux aux assurances.

Le Corps médical de l'hôpital doit demander à la Commission administrative pourquoi lesdits honoraires n'ont pas encore été recouvrés et quelles sont les résistances ou les négligences qui empêchent ces recouvrements.

Si la Commission administrative se dérobe, ou ne veut rien faire, il conviendra de faire une démarche auprès du Préfet et, si besoin en est, avertir de cette situation M. le ministre de la Santé publique (3e bureau).

Dr Paul BOUDIN.

DÉCRET-LOI DU 29 NOVEMBRE 1939 SUR LA PROPHYLAXIE DES MALADIES VÉNÉRIENNES

Art. 1er. — Tout médecin donnant des soins à une personne de l'un ou de l'autre sexe atteinte d'accidents vénériens contagieux ou susceptibles de le redevenir doit remettre au malade, avec son ordonnance, un avertissement attirant son attention sur le caractère contagieux de la maladie et sur les dispositions du présent décret.

Art. 2. — Tout médecin s'il constate qu'un malade de l'un ou l'autre sexe atteint d'accidents vénériens contagieux expose un ou plusieurs individus à la communication de la maladie dont il est atteint, est autorisé à prévenir l'autorité sanitaire de l'imprudence nocive commise par ce malade.

Le médecin usant de cette faculté ne peut en aucune manière être mis en cause par l'autorité sanitaire ou contraint de déposer en justice sur le fait de la maladie.

Art. 3. — L'article 378 (alinéa 1er) du code pénal est modifié ainsi qu'il suit :

Art. 378. — Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes, et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, auront révélé ces escrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 100 francs à 500 francs.

Art. 4. — L'autorité sanitaire peut enjoindre à toute personne de l'un ou de l'autre sexe de présenter un certificat médical certifiant qu'elle est ou non atteinte d'accidents vénériens contagieux ou susceptibles de le redevenir. Toutefois, l'inspecteur n'a le droit d'adresser cette injonction qu'aux personnes qu'elle peut en raison de présomptions graves, précises et concordantes considérer comme atteinte d'une maladie vénérienne et propageant celle-ci.

Le règlement d'administration publique prévu à l'article 23 déterminera les mesures à prendre pour assurer le secret des communications de l'autorité sanitaire contenant l'injonction ci-dessus prévue.

Art. 5. — Le certificat à présenter à l'autorité sanitaire devra être délivré par le médecin choisi par l'intéressé sur une liste de médecins agréés par ladite autorité, ou par l'un des services établis en conformité du décret du 30 octobre 1935 et désignés par la même autorité. Dans ce second cas, la délivrance du certificat sera gratuite.

L'envoi du certificat bénéficiera de la franchise postale.

Art. 6. — Sur la demande de l'autorité sanitaire le personnes auxquelles cette autorité est en droit de réclamer la production du certificat prévu à l'article 4, pourront être tenues de présenter à des intervalles fixes de nouveaux certificats. En cas de déplacement, ces personnes devront faire connaître leur adresse aux inspecteurs départementaux d'hygiène de leur ancienne et de leur nouvelle résidence.

Toute personne qui n'aura pas présenté à l'autorité sanitaire, dans le délai imparti par celui-ci ou aux époques que celui-ci aura fixées, le certificat ci-dessus prévu, sera punie d'une amende de 11 à 15 francs.

La poursuite sera exercée à la requête de l'autorité sanitaire.

Art. 7. — Sera punie d'un emprisonnement de quinze jours à trois mois et d'une amende de 100 à 3.000 francs ou d'une de ces peines seulement :

1° Toute femme qui nourrit au sein un enfant autre que le sien, alors qu'elle se sait atteinte de la syphilis ;

2° Toute personne qui, sciemment, laisse nourrir au sein un enfant syphilitique dont elle a la garde par une autre personne que sa mère, sans avoir préalablement fait avertir celle-ci par un médecin de la maladie dont l'enfant est atteint et des mesures de précaution à prendre ;

3° Toute personne qui, sciemment, donne un enfant syphilitique en nourrice sans aviser les nourriciers de la maladie dont l'enfant est atteint.

Art. 8. — Est punie d'une peine d'emprisonnement de huit jours à un mois et d'une amende de 50 à 1.000 francs ou d'une de ces peines seulement :

1° Toute nourrice qui nourrit un enfant autre que le sien sans être en possession d'un certificat médical délivré immédiatement avant le commencement de l'allaitement et attestant qu'elle n'est pas atteinte de syphilis ;

2° Toute personne qui confie un enfant dont elle a la garde à une nourrice sans s'être assurée que la nourrice est en possession dudit certificat ;

3° Toute personne qui, en dehors des cas de force majeure, laisse nourrir par une autre personne que la mère, l'enfant dont elle a la garde, sans s'être assurée au préalable par un certificat médical, qu'il n'existe aucun danger pour la nourrice.

Art. 9. — Le tribunal saisi d'une poursuite par application de l'article 6 du présent décret ou d'une poursuite intentée par application de l'article 334 du code pénal conre une personne de l'un ou de l'autre sexe se livrant à la prostitution peut ordonner, soit par une décision avant faire droit, qui doit intervenir d'extrême urgence si la demande en est faite par l'autorité sanitaire, soit en statuant au fond que la personne poursuivie sera soumise à un examen médical clinique et au besoin microbiologique et sérologique qui aura lieu dans un établissement désigné par l'autorité préfectorale.

Elle ne pourra, toutefois, être retenue dans cet établissement pendant un temps excédant douze heures.

Art. 10. — Toute personne de l'un ou de l'autre sexe qui sera reconnue atteinte d'une maladie vénérienne à la suite de l'examen médical prévu à l'article 9 sera citée, à la requête de l'autorité sanitaire, à comparaître dans les vingt-quatre heures, devant le tribunal civil siégeant en chambre du Conseil.

Si le malade régulièrement convoqué ne comparaît pas au jour fixé, il sera statué par défaut.

Le tribunal, après avoir prononcé le huis clos, après avoir entendu le représentant de l'autorité sanitaire, le malade et, le cas échéant, son conseil, ordonnera que le malade devra suivre un traitement, soit dans un service agréé par l'autorit ésanitaire, soit chez un médecin choisi par le malade, sur une liste de médecins agréés par l'autorité sanitaire dans les conditions prévues par l'article 5.

Le tribunal pourra ordonner en outre que le malade, s'il ne se soumet pas dans le délai qui lui sera imparti à un traitement approprié, sera tenu de se rendre dans un établissement public hospitalier ou dans un établissement agréé par l'autorité sanitaire, si le malade justifie que cet établissement consent à le recevoir pour y recevoir les soins nécessaires.

Le médecin traitant sera seul juge de la durée du séjour et du traitement.

Art. 11. — A la demande de l'autorité sanitaire, le tribunal pourra ordonner que le malade traité dans les conditions définies à l'article 10 devra se présenter, après sa sortie de l'établissement où il a été traité, à des intervalles périodiques qui lui seront fixés dans un service agréé par l'autorité sanitaire pour y être soumis aux examens de contrôle nécessaires microbiologiques et sérologiques et, s'il y a lieu, à un nouveau traitement.

Art. 12. — Le malade qui refuse ou néglige de se soumetre à l'examen médical prévu à l'article 9, ou au traitement, ou à l'hospitalisation prévue par l'article 10, alinéa 4, ou qui quitte l'établissement où il est en traitement en exécution d'une décision de justice avant d'avoir obtenu l'autorisation régulière de sortie, sera puni d'emprisonnement de six jours à trois mois.

Art. 13. — Seront punis des peines prévues aux articles 479 et 480 du code pénal, sauf application, s'il y a lieu, de peines plus fortes prévues par les lois en vigueur, ceux qui, par des gestes ou paroles ou par tous autres moyens, procéderaient publiquement ou tenteraient publiquement de procéder au racolage de personnes de l'un ou l'autre sexe en vue de les provoquer à la débauche.

Art. 14. — Les dispositions de l'article 482 du code pénal seront applicables à toute personne déjà condamnée par application de l'article précédent qui, dans les douze mois à compter du jour où cette condamnation est devenue définitive, se sera rendue coupable d'une nouvelle infraction aux dispositions dudit paragraphe.

Art. 15. — La publication des comptes rendus des débats et des décisions de justice intervenus dans les poursuites pénales exercées par application du présent décret ou dans les instances en dommages-intérêts introduites en raison de faits dommageables pouvant être réprimés pénalement par application du présent décret est interdite sous peine d'une amende de 1.000 à 5.000 francs.

Toutefois, la disposition qui précède n'est pas applicable aux extraits de telles décisions publiées dans les journaux et périodiques spécialement destinés à recueillir la jurisprudence des tribunaux ou publiés sous une forme quelconque par les soins de l'autorité sanitaire, à la conditions que lesdits extraits ne contiennent aucune mention de nature à révéler l'identité des parties en cause.

Art. 16. — Des règlements d'administration publique pris, tant pour l'application du présent décret que pour l'application des lois d'assistance et de solidarité sociale et de la législation sur les Assurances sociales, détermineront à quelles obligations seront soumises les femmes enceintes et les mères bénéficiant desdites dispositions législatives, en ce qui concerne les examens se rattachant à la prophylaxie des maladies vénériennes, ainsi que les sanctions encourues par les bénéficiaires desdites lois en cas d'inexécution de ces obligations.

Art. 17. — L'examen et le traitement prévus aux articles 9 et suivants ci-dessus, sont obligatoires pour les détenus condamnés de l'un ou l'autre sexe lorsque l'autorité sanitaire et l'administration pénitentiaire les considèrent, en raison de présomptions graves, précises et concordantes, comme atteints de maladie vénérienne.

Art. 18. — Nul ne sera inscrit pour le cinquième examen de doctorat en médecine s'il ne présente un certificat de stage dans un service spécial consacré aux maladies vénériennes, désigné par la Faculté de médecine, et un certificat attestant qu'il a subi avec succès un examen de validation de ce stage devant le chef de service.

Art. 19. — Des règlements d'administration publique détermineront les obligations imposées aux exploitants de restaurants, débits de boissons et autres établissements où il est servi au public à manger ou à boire, en ce qui concerne le nettoyage après usage des ustensiles utilisés par lesdits établissements, ainsi que les obligations imposées aux coiffeurs, manucures, pédicures, masseurs et tous autres professionnels donnant des soins personnels, en ce qui concerne le nettoyage des objets utilisés soit dans le lieu où ils exercent leur profession, soit chez leurs clients.

Ces mêmes règlements détermineront les pénalités encourues au cas d'infraction à leurs dispositions.

Art. 20. — Les médicaments spécifiques vendus au public ou utilisés par les services publics pour le traitement des vénériens ne pourront être vendus au public ou utilisés par les services publics que s'ils sont identiques à ceux qui auront été agréés par le ministère de la Santé publique sur présentation par l'Académie de médecine et après avis des services compétents de contrôle.

Toute infraction à la disposition qui précède est punie des peines prévues par la loi du 1er août 1905 contre ceux qui exposent, mettent en vente ou vendent des substances médicamenteuses falsifiées.

Art. 21. — Les seuls laboratoires autorisés à effectuer les examens sérologiques nécessaires pour le diagnostic de la syphilis sont ceux qui sont agréés par le ministre de a Santé publique.

Toute infraction à la disposition qui précède sera punie d'une amende de 500 francs à 3.000 francs. En cas de récidive, le tribunal pourra ordonner la fermeture temporaire du laboratoire pendant une durée n'excédant pas un mois.

Art. 22. — Toute publicité de caractère commercial sous quelque forme que ce soit, concernant ouvertement ou d'une manière déguisée la prophylaxie des maladies vénériennes est interdite sauf en faveur des établissements établis en conformité du décret du 30 octobre 1935 ainsi que dans les publications exclusivement réservées au Corps médical.

(*J. O.*, 7 décembre 1939.)

Commentaires

Il n'est pas exagéré d'affirmer que ce décret-loi est aussi important dans son esprit que dans sa lettre.

C'est un nouvel empiètement de l'Etat dans la pratique médicale, une étape vers l'étatisation. Venant après le décret-loi du 11 septembre sur l'organisation de la profession médicale en temps de guerre, il affirme une tendance qu'il n'est plus permis de méconnaître.

Que de cette tendance nous devions nous plaindre ou nous féliciter c'est un point qui se discute et qu'il serait vain de reprendre ici. Elle *existe* et la seule attitude profitable est de l'envisager et dès maintenant de prendre nos sûretés. Il appartiendrait, à mon sens à nos syndicats dene pas éluder le problème mais au contraire de le creuser sans trêve ni répit. Alléguer que de nombreux médecins sont aux armées et dans l'impossibilité de prendre part aux discussions, ou bien que toutes les préoccupations doivent aujourd'hui céder le pas aux exigences de la Défense nationale serait une pitoyable défaite. Ce n'est pas oublier que nous sommes en guerre que songer dès maintenant à l'après-guerre. Les hommes d'Etat eux-mêmes n'estiment pas perdre leur temps en jetant les bases du traité de paix.

Pour nous une chose primordiale est en jeu : notre statut professionnel. Si la guerre dure quelque peu nous la retrouverons démantelée ; nous nous retrouverons nous, dans la situation de vaincus sans armes, ni défenses, livrés pieds et poings liés au plus fort.

Ce « plus fort » c'est l'Etat, Il use aujourd'hui de son

pouvoir discrétionnaire ; il en usera encore, n'en doutons pas. L'heure n'est pas à la révolte, et mon dessein n'est certes pas de la prêcher. Mieux vaut prévoir jusqu'où ira notre dominateur. S'il en a le temps, il ira jusqu'au bout et voudra avoir son service de santé du temps de paix comme il l'a en temps de guerre. L'importance sociale croissante de notre profession et la prédominance progressive des intérêts collectifs sur les intérêts individuels lui fournissent du reste des arguments indiscutables.

Le moment est donc venu de nous mettre en branle et de le gagner de vitesse, d'établir *nous-mêmes* le plan vaste et cohérent d'une profession médicale étatisée mais *responsable*, véritable partie prenante dans l'organisation de la Nation.

D'aucuns songeront à la forme corporative et préconiseront le retour à ces errements abolis. Or un Etat moderne, qu'il soit démocratique ou autoritaire, ne peut sans arrière-pensée admettre la constitution de corporations. Autoritaire, il visera à les asservir ; démocratique, il n'admettra pas de se laisser asservir, ou du moins déposséder par elles de son droit de direction et de contrôle.

Force est d'admettre un plan où l'Etat garde le commandement général et distribue l'initiative et la responsabilité aux divers rouages subordonnés.

Le grand point sera d'éliminer l'action détraquante des trublions, des mouches du coche démocratique, des principicules habiles à piper les dés.

Si nous devions devenir des fonctionnaires, qu'au moins nous soit épargnée l'humiliation d'aller quémander dans les antichambres politiques. Puissions-nous ne pas devenir de ceux qui « rendent compte » qui « provoquent des ordres », qui « se couvrent ». Puissions-nous ne pas perdre notre sens de la décision ni acquérir la terreur de la responsabilité.

Le jour où la médecine française aurait laissé fausser tous ces ressorts intimes qui lui donnent son allant, elle deviendrait une bien pauvre chose.

***

Dans sa lettre, ce décret-loi nous touche de façon immédiate et dès son article 1er. Un vénérien n'est pas toujours contagieux, mais il est bien souvent, très souvent même, susceptible de le redevenir. Pratiquement, donc nous devrons inviter tous nos vénériens à méditer sur « les dispositions des présents décrets ».

S'ils sont décidément contagieux, nous sommes autorisés à les denoncer à l'autorité sanitaire et, pour ce, l'article 378 ne nous sera pas opposable puisque le voici modifié en conséquence. (Il est curieux de noter que c'est la deuxième altération que subit le secret professionnel dans l'espace de quelques mois. Le décret, pris en exécution de la loi du 29 mars 1939, et qu'on a dénommé, « le Code de la famille » nous invite déjà discrètement en nous promettant l'impunité, à dénoncer les avortements criminels).

Certains médecins seront « agréés » par l'autorité sanitaire pour délivrer les certificats prévus à l'article 4. Donc certains aussi ne le seront pas. Si l'on peut concevoir que dans les villes, l'autorité en question choisisse des syphiligraphes attitrés comment fixera-t-elle son choix dans les campagnes ?

Enfin, les étudiants auront, pour s'inscrire au 5e examen de doctorat, à faire préalablement un stage dans un service de vénériens.

Par ailleurs, le décret contient beaucoup de bonnes choses. Il institue une défense effective des nourrissons et des nourrices en ce qui concerne leur contamination réciproque.

Il traque la prostitution et, en particulier, celle qui procède par racolage sur la voie publique.

Il punit, en son article 20, le charlatanisme pharmaceutique en exigeant des produits vendus comme antivénériens d'être soumis à l'agrément du ministère de la Santé publique.

Enfin, il esquisse une œuvre de moralisation des journaux (art. 15 et 22) tant dans leurs comptes-rendus des débats de justice que dans leurs sages publicitaires.

Il donne ainsi satisfaction, on le voit, à des vœux qui depuis de longues années demeuraient stériles et peut s'il est appliqué avec fermeté, avoir des effets très bienfaisants.

Ce n'est donc pas forcer la vérité que dire qu'il marque une date dans l'armement sanitaire du pays, et cela à plus d'un titre

La législation par décrets-lois a l'efficacité immédiate des autorités indiscutées. C'est ainsi que le projet Sellier de 1936 est repris dans ses grandes lignes et promulgué sans coup férir alors qu'il y a trois ans, il avait été tenu en échec et même avait causé, disait-on, la disgrâce de son auteur.

Tenons-nous donc, encore une fois, pour avertis ; ne nous dissimulons pas que tant que nous serons dans l'ère des pleins pouvoirs nous risquons chaque soir de nous retrouver le lendemain matin un peu plus assujettis. Le coup de main du 11 septembre peut se renouveler. Il conviendrait que nous ne fussions pas de nouveau surpris.

Il faut que chacun médite sur l'avenir possible de la profession et sur les inflexions probables qu'elle aura à subir. Trève de discussions byzantines et d'invocations à la charte. La charte a à peu près autant de valeur pratique qu'une recommandation de la S. D. N.

Puisque nous sommes tous, à l'heure actuelle, des agents d'exécution de l'Etat, examinons la situation *actuelle* et essayons d'y accommoder nos intérêts légitimes.

La partie n'a jamais été aussi urgente à jouer pour nos Syndicats.

G. LAVALÉE.

Si l'on veut que la population civile reprenne son activité économique, il faut lui rendre des hommes.

Si on lui rend des hommes il faut lui rendre aussi des médecins.

Démobilisez les médecins des vieilles classes !

Le Gérant : R. THIRON CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

part ; devront-ils se tourner les pouces trois ou quatre ans en attendant de gagner leur vie.

Toute leur action a donc abouti à ce magnifique résultat : de supprimer les droits fondamentaux attachés au diplôme d'Etat, c'est-à-dire libre exercice de la médecine en France et dans les colonies.

Dr V., de B. (Nord) ».

POURQUOI LES ENGAGEMENTS POUR LES RÉGIONS N'ONT PLUS AUCUN SENS

C'est ce qu'explique fort longuement ce dernier correspondant :

« Je n'ai pas souscrit d'engagement en avril 1939 au moment de mon honorariat...

« Car les cours de perfectionnement m'avaient appris que désormais les blessés seraient soignés dans les H. O. E. de la zone des étapes au lieu d'être envoyés jusqu'à Lourdes comme en 1914. Les engagements volontaires pour les régions n'avaient donc plus aucun sens. En tout cas il était bon d'attendre un S. O. S. de l'armée auquel nous serions prêts à répondre.

« Avec la lenteur de la relève des blessés due aux mortiers de tranchées à tir courbe, l'urgence des soins près du front se fera sentir de plus en plus. Grâce aux progrès de l'hygiène militaire, le malade devient une rareté. »

Dr F., de P. (Sud-Ouest). »

CORRESPONDANCE

QUESTIONS DIVERSES

7370. — Certificats de décès. Qui doit remplir la partie destinée à la mairie ?

Depuis un mois environ, je suis en discussion avec le service d'état-civil pour l'établissement des certificats de décès.

Ces certificats fournis par la mairie, comprennent une partie carte-lettre que l'on cachette après l'avoir dûment remplie, et une face découverte. Cette face est elle-même divisée en deux parties, l'une gauche portant la suscription : « Partie réservée à la mairie », l'autre droite portant la suscription : « Partie réservée aux médecins ».

Depuis l'établissement de ces certificats, je me contentais de remplir la « partie réservée aux médecins » laissant aux scribes de l'état-civil le soin de remplir celle « réservée à la mairie ».

Or, depuis un mois environ, le chef du bureau de l'état-civil émet la prétention de faire remplir par le médecin la partie réservée à la mairie. C'est ainsi que mes trois derniers certificats de décès m'ont été rapportés à plusieurs reprises sous prétexte que je n'avais pas rempli cette carte.

J'ai écrit au chef de bureau qui m'a répondu la lettre que je joins ci-incluse.

J'ai « molli » à cause des familles embêtées par ces tracasseries administratives, mais je désirerais savoir si légalement, nous sommes tenus de remplir la case réservée à la mairie.

Y a-t-il un décret-loi, une modification qui nous enjoigne ce surcroît de paperasserie administrative.

Les certificats de décès sont les mêmes pour toute la France et en bon français « partie réservée à la mairie » signifie, il me semble, partie à remplir par la mairie.

Dr A.

Note

Le chef du bureau de l'Etat-civil a l'honneur de faire connaître à M. le Docteur X..., que la partie réservée à la Mairie doit être remplie par ses soins.

Si cette formalité n'était pas remplie, la déclaration du décès ne pourrait être enregistrée.

T..., le 26 octobre 1939.

Le chef de bureau de l'Etat-civil,
X...

P. S. — L'erreur d'interprétation provient de ce que l'*imprimé* est mal libellé.

Réponse

Légalement, c'est le maire qui est obligé d'aller en personne constater un décès (article 77 du Code civil). Si le maire découvre des indices lui permettant de penser que la mort n'est pas naturelle, il s'adjoint un homme de l'art, pour faire les constatations et déterminer si possible, les causes de la mort (articles 81 du Code civil et 44 du Code d'instruction criminelle).

Contre honoraires, le maire peut se faire remplacer par un médecin, dit médecin de l'Etat civil, lequel est rémunéré de ses fonctions par le budget municipal. Ce praticien doit constater l'état de mort et déclarer la cause probable du décès.

Aucun texte de loi, ni de décret n'oblige le médecin à remplacer gratuitement le maire, ou à se faire honorer par la famille du défunt. A plus forte raison, aucune loi ne décharge le praticien, qui a donné ses soins au *de cujus*, de violer l'article 378 du Code pénal en faisant connaître à la mairie les causes du décès.

Cependant une Circulaire interministérielle du 1er janvier 1937 et dont les syndicats médicaux n'ont pas saisi d'emblée toute la gravité, permet aux mairies de demander gratuitement aux médecins de constater les décès et d'en faire connaître les causes.

Le praticien doit remplir une feuille, dont une partie est destinée à la mairie et l'autre au médecin inspecteur départemental des services d'hygiène.

La partie destinée à la mairie est purement

administrative ; le médecin fait fonction de délégué de l'Etat-civil. Pour l'autre partie, il viole le secret professionnel, s'il a été médecin traitant du défunt.

Or, les mairies trouvent très simple de faire faire ce travail gratuitement par les médecins, ou de mettre ces frais à la charge des familles, lorsque celles-ci veulent bien payer. Cette Circulaire est illégale, parce qu'elle viole des articles de codes. De plus, elle ne comporte aucune sanction contre les praticiens, qui refusent de faire la besogne du maire tout à fait gratis.

Cependant, dans certains départements, les Syndicats ont cru devoir appliquer cette Circulaire et engager les praticiens à s'y conformer. Ont-ils raison ou tort ?

Dr Paul BOUDIN.

7.460. — 1° Médecin assermenté et certificat comportant un diagnostic
2° Utilisation de l'insigne de la Croix-Rouge

1° Puis-je tenir bon dans mon refus de mettre, comme médecin assermenté, un diagnostic sur un certificat délivré à une dame employée des postes ? Le directeur peut-il s'en prendre à l'intéressée.

2° Les médecins de la région non mobilisés avaient jugé opportun pour s'éviter de nombreux ordres de stoper, de mettre sur leur glace avant, une croix de Genève.

Cela nous avait permis en effet de ne jamais être arrêtés bien que les postes de surveillance soient nombreux ici, F. faisant partie de la zone réservée des armées. Or, le Préfet vient de prendre un arrêté interdisant le port de l'insigne de la Croix-Rouge.

Je fais partie moi même de la Croix-Rouge comme membre cotisant et n'ai jamais compté mes conseils à toutes les dames de cette association que j'ai pu approcher ; l'arrêté est-il légal et n'y a-t-il pas un moyen de signaler franchement notre qualité de médecin.

Une Croix-Rouge simplement collée sur la vitre peut-elle être utilisée ?

Réponse

Si l'administration des P. T. T. vous a fait assermenter, c'est pour que vous lui disiez la vérité, sans avoir à invoquer le secret professionnel envers elle. Par votre acceptation d'être assermenté, vous avez renoncé implicitement à élever la barrière du secret professionnel entre vous et l'administration, dont vous êtes devenu le conseiller technique, un homme de confiance.

D'autre part, un malade peut toujours vous demander un certificat précis et exact contenant

le diagnostic de son affection. Certes, vous avez le droit de refuser ce certificat, lorsque des considérations d'humanité dictent votre conduite. Par exemple, vous pouvez ne pas vouloir dévoiler brusquement à un client, la nature et le pronostic exacts de son affection, qu'il apprendrait par la lecture même du certificat que vous lui avez délivré.

Mais, dans l'immense majorité des cas, le patient sait à quoi s'en tenir. Donc, il n'y a aucun motif pour lui refuser le certificat qu'il sollicite, certificat qu'il enverra lui-même à l'administration dont il dépend.

En conclusion, le praticien assermenté agira toujours avec prudence, en délivrant le certificat au malade lui-même, au lieu de l'adresser à l'administration de celui-ci. De la sorte, le client jugera quel est son intérêt ; ou bien d'envoyer ledit certificat, ou bien de ne pas donner suite à sa demande de congé.

En ce qui concerne l'utilisation de l'insigne de la Croix rouge, un décret du 13 août 1939 réglemente le rôle et le fonctionnement des sociétés d'assistance aux blessés et malades de l'armée. Un arrêté du 10 septembre 1939 concerne l'usage et le port des insignes de la Convention de Genève en temps de guerre. Il faut avoir une fonction officielle dans les services sanitaires de l'armée, ou dans les sociétés de Croix rouge. D'ailleurs, incessamment, paraîtra un article dans le *Concours*, concernant les textes officiels, qui règlementent le port de l'insigne de Genève, pendant les hostilités.

Dr Paul Boudin.

7.586. — Le logement d'un médecin réquisitionné

Je me permets de demander au service de documentation du *Concours médical* l'éclaircissement suivant au sujet du nouveau décret-loi sur les médecins réquisitionnés d'office, car il est possible que l'un de ces médecins non mobilisables soit envoyé dans mon pays, chef-lieu de canton dépourvu de médecin depuis la guerre. Si j'ai bien compris, le médecin réquisitionné vient s'installer d'office chez le médecin mobilisé : mais quelle indemnité est prévue pour le médecin mobilisé ou sa famille ? Rien ne semble précisé quant à cela dans le décret-loi, et pourtant il me semble souverainement injuste que le réquisitionné ne verse aucune indemnité compensatrice pour l'usage du cabinet, du matériel professionnel (qui s'use et doit être amorti), du téléphone, du ou des domestiques dont il a besoin pour l'exercice de sa profession, etc... : et je laisse exprès de côté la question du logement et de la nourriture. Il est impossible qu'un remplaçant exerce à son compte, à notre place, perçoive les honoraires d'une clientèle qu'un autre que lui a eu le mal de grouper,

sans qu'il existe une contre-partie pouvant compenser, au moins faiblement, cette perte totale pour le mobilisé, déjà désavantagé du seul fait de sa présence aux armées. Ne pensez-vous pas qu'une juste stipulation serait nécessaire à ce sujet, et que, si rien n'est fait en ce sens, il y aura deni de justice et de vigoureuses protestations ?

Dr T.

Réponse

Le décret-loi du 11 septembre n'a rien prévu en ce qui concerne le logement des médecins réquisitionnés sauf ceci : c'est qu'ils ont droit au logement. Quel logement ? aux frais de qui ? Rien n'a été décidé.

Aussi, personnellement, ai-je écrit en faveur de conventions de bail à loyer (location, ou sous-location) qui devraient intervenir entre requis et mobilisé. Ce dernier louerait, ou sous-louerait la jouissance de son logis professionnel, de son logis familial (s'il y a lieu), de l'utilisation de son matériel professionnel, pour un prix de...

Les frais d'entretien (électricité, chauffage, domestiques, etc.) resteraient à la charge de l'occupant, en tout ou partie, suivant que la famille du mobilisé réside, ou non, avec le médecin requis.

On peut encore convenir que, moyennant un forfait journalier, 100 à 150 francs par jour, par exemple, le remplacé louera son appartement, ou telles ou telles pièces, son installation professionnelle, etc. Mais le bailleur assurera les frais du chauffage, de l'éclairage, du personnel domestique, etc. Somme toute, ce sera une location d'appartement garni.

Cette convention de bail n'irait pas à l'encontre des règlements militaires, qui s'opposent à ce qu'un médecin militaire puisse toucher de l'argent pour soins donnés aux civils ; néanmoins, le prix de location pourrait être assez élevé, motif pris que le médecin requis trouvera un noyau de clientèle, qui lui fera largement gagner sa vie, du moment où il ne touche aucune indemnité pour sa réquisition et doit subsister grâce aux honoraires qu'il perçoit de la clientèle civile.

N'oublions pas que les malades ont l'habitude de se rendre chez un praticien ; ils connaissent le chemin du cabinet de consultations : le mobilisé loue donc ce que je pourrais appeler un pas de porte. Si le médecin requis devait se faire connaître par ses propres moyens et recevoir des clients dans un local nouveau, il perdrait de ce fait pas mal de clients, avant que ces derniers se soient pliés à de nouvelles habitudes.

Enfin, ces locations permettront de venir en aide à des familles de médecins, car souvent le mobilisé ne peut pas déléguer de grosses sommes prises sur sa solde, souvent modeste.

En cas de difficultés confraternelles, le syn-

dicat local peut les aplanir par arbitrage. En tous cas, le Sou Médical reste toujours à la disposition de ses adhérents, pour les guider pour la rédaction de ces accords.

Dr Paul BOUDIN.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) *Accidents du Travail*

6.245. — On ne peut soigner un malade à la fois comme assuré social et comme accidenté

Ma bonne était atteinte depuis plusieurs mois d'une plaie variqueuse de la crête du tibia droit. Pour son traitement je l'ai soignée sur le compte de l'Assurance sociale.

Sa plaie étant guérie ou presque, j'ai signé sa guérison pour les Assurances sociales.

A quelques jours de là, à la suite d'une chute dans un escalier, elle s'est blessée à nouveau au niveau de son ancienne plaie. Cette fois je l'ai mise à l'assurance-accident. Malgré toutes mes précautions et mes divers traitements, cette blessure s'est aggravée et une dermite infectieuse s'est propagée, non seulement à la jambe, mais aussi au cou-de-pied. Un confrère consulté m'a conseillé des applications de microgel.

Mais voilà le hic. Le microgel n'est pas remboursé par l'Assurance-accident, le tube coûte 19 francs environ et il m'en faut deux tubes chaque jour, pour couvrir toute la plaie.

A ce tarif là, la bourse de cette pauvre femme n'y suffirait pas longtemps.

Le pharmacien qui m'a délivré le microgel me soutient que ma bonne peut être soignée pour cette même blessure au titre de l'assurance-accident pour les soins médicaux et pharmaceutiques ordinaires et au titre de l'assurance sociale pour le remboursement des préparations spécialisées, non remboursées par l'assurance-accident.

Quant à moi, je ne le crois pas.

Pourriez-vous me renseigner à ce sujet ?

Dr R.

Réponse

Ne faites jamais ce que vous conseille votre pharmacien de soigner un malade à la fois au titre des Assurances sociales et au titre des accidents du travail. Cette façon de faire a été sanctionnée par un blâme et même une interdiction de soins aux Assurances sociales et plusieurs fois déjà au Conseil de famille national dont je fais partie depuis sa fondation.

Dr F. DECOURT.

6.895. — Lésion déclarée non « accident du travail » par le médecin traitant dès son premier examen

1° Comme oculiste, je facture, pour un accident du travail, douze visites consécutives à 22 fr. 50 chacune. La Compagnie d'assurances me fait savoir que ce tarif n'est applicable qu'à la première visite et que les suivantes ne peuvent être tarifées qu'à 17 francs. Est-ce exact ?

2° Un ouvrier m'est adressé avec un bulletin d'accident du travail. Après un examen approfondi, je conclus qu'il s'agit d'une maladie antérieure (en l'espèce un trachome) n'ayant rien à voir avec un accident de travail, qui doit régler ma visite ? Le chef d'entreprise ou la Compagnie d'assurances ? Celle-ci pourrait prétendre qu'elle n'a pas à intervenir puisque ce n'est pas un accident du travail. (En tout état de cause j'ai adressé au chef d'entreprise la carte postale recommandée en franchise postale).

Dr J.

Réponse

a) Chaque consultation ou visite de spécialiste est tarifée 22 fr. 50 (art. 1er) quel qu'en soit le nombre.

b) Pour établir que ce n'est pas un accident du travail, il est nécessaire que le blessé soit examiné. Ce n'est qu'après et pour les visites consécutives que le patron ou son assureur substitué peuvent refuser de payer, mais évidemment pas la première visite, de laquelle d'ailleurs ils ont tiré profit puisque grâce à elle et à votre certificat ils ont pu savoir qu'il n'y avait pas accident du travail, donc que la responsabilité patronale était éliminée. Ceci fut reconnu officiellement par la Commission du tarif, il y a de longues années, et précisément sur ma propre intervention.

Dr F. Decourt.

6.332. — Le plafond des prestations des assurés sociaux agricoles

Une de mes clientes est assurée sociale agricole Actuellement malade, elle se voit opposer par sa caisse un « plafond » pour le remboursement de ses médicaments, qui sont néanmoins décomptés selon le nouveau barême de 80, 60, 40, etc.

Malgré ses demandes d'explications, sa Caisse n'a pas daigné lui répondre.

Il me semble que depuis les décrets-lois la question du « plafond » était complètement abandonnée. Veuillez donc éclairer ma religion, et me faire savoir si en matière d'assurances agricoles ce fameux plafond est conservé ; et dans l'affirmative comment il doit être calculé. Dans la négative, c'est bien à la commission d'arrondissement que doit s'adresser ma cliente ?

Dr A.

Réponse

Les assurés agricoles doivent s'affilier, pour l'assurance-maladie et maternité, à une Société ou Section de Société de secours mutuels composées exclusivement d'assurés des professions agricoles.

Il appartient à ces Sociétés de fixer dans leurs statuts les prestations en nature et en argent allouées aux assurés obligatoires et aux membres de leur famille en cas de maladie ou de maternité (Art. 14 § 1er du règlement d'Administration publique du 24 mars 1936 pour l'application du décret-loi du 30 octobre 1935 sur les assurances sociales dans l'agriculture).

Il faudrait donc, pour savoir si la Caisse peut appliquer un « plafond » pour le remboursement des médicaments, connaître son règlement.

6.784. — Accouchement avec forceps par médecin (et anesthésie générale par sage-femme)

Les Assurances sociales refusent de verser les 150 francs de supplément à mon accouchée.

Ont-elles le droit de refuser cette majoration ?

Dr J.

Réponse

1° Je ne connais évidemment pas letarif de remboursement de la Caisse intéressée, tarif qui varie avec chaque Caisse. En tous cas, le Tarif général de réassurance des Caisses (qui est un maximum pour toute Caisse primaire) porte, pour les villes au-dessous de 200.000 habitants :

1° accouchement ordinaire = 325 francs + accouchement avec application de forceps 150 francs de supplément. Mais il n'est pas parlé de supplément pour anesthésie.

2° Une sage-femme qui fait une anesthésie générale fait un acte d'exercice illégal de la médecine. Il s'ensuit que la Caisse ne peut s'en faire complice en lui payant cet acte illégal.

3° *Conclusion.* — Le médecin, en suivant le tarif de remboursement, aurait donc à toucher, en cas d'accouchement avec forceps 325 + 150 = 475 francs, s'il s'agit d'une assurée-assistée. S'il s'agit d'une assurée ordinaire, c'est elle qui toucherait cette somme sans les 20 % de diminution puisqu'il est dit à l'art. 9 alinéa 1er du décret-loi du 28 octobre 1935, au sujet de l'Assurance-Maternité : « Les bénéficiaires ne supportent aucune participation dans ces prestations... »

Dr F. Decourt.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Liste des services d'hôpitaux qui fonctionnent actuellement à Paris, et des Maisons de Santé de la région parisienne ouvertes

I

Hôpitaux de l'Assistance publique de Paris (1)

Services de médecine (adultes) :

Hôtel-Dieu. — Saint-Antoine. — Pitié. — Necker. — Cochin. — Tenon. — Laënnec. — Bichat. — Beaujon. — Broussais. — Boucicaut. — Saint-Louis. — Bicêtre. — Ivry. — Maison de Santé. — Ménages.

Services de médecine (enfants) :

Enfants-Malades. — Saint-Louis. — Trousseau. — Bretonneau. — Enfants-Assistés.

(1) Pour certains renseignements complémentaires — recueillis au cours de notre enquête auprès des Directeurs des hôpitaux de l'Assistance publique — voir *Concours Médical*, nos 41, 42 et 43, de 1939 (Documentation du temps de guerre, pages 2402, 2440 et 2477).

Services de chirurgie (adultes) :

Hôtel-Dieu. — Saint-Antoine. — Tenon. — Laënnec. — Bichat. — Beaujon. — Broussais. — Boucicaut. — Vaugirard — Marmottan. — Saint-Louis. — Bicêtre — Salpêtrière

Services de chirurgie (enfants) :

Enfants-Malades et Service nouveau créé en grande banlieue.

Services de contagieux (adultes et enfants) :

Claude-Bernard.

Services des voies urinaires :

Necker. — Beaujon. — Saint-Antoine. — Cochin.

Services de curiethérapie :

Necker. — Tenon. — Saint-Antoine

Services d'accouchements :

Hôtel-Dieu. — Saint-Antoine. — Beaujon. — Boucicaut. — Maternité. — Baudelocque. — Bichat. — Hôpital Raymond-Poincaré, à Garches (service nouveau).

Services d'oto-rhino-laryngologie :

Beaujon. — Laënnec. — Tenon. — Saint-Antoine. — Boucicaut (*provisoire*). — Enfants-Malades (enfants).

Services d'ophtalmologie :

Hôtel-Dieu. — Necker. — Saint-Antoine.— Beaujon.

Obstétrique(consultations) :

Hôtel-Dieu. — Saint-Antoine. — Beaujon. — Boucicaut. — Baudelocque. — Bichat. — Pitié. — Bretonneau.

Oto-rhino-laryngologie (consultations) :

Laënnec. — Lariboisière. — Tenon. — Saint-Antoine. — Pitié. — Cochin. — Beaujon. — Enfants-Malades. — Trousseau. — Bretonneau. — Boucicaut (*provisoire*).

Ophtalmologie (consultations) :

Hôtel-Dieu. — Pitié. — Saint-Antoine. — Necker. — Cochin. — Beaujon. — Lariboisière. — Tenon. — Saint-Louis. — Laënnec.

Stomatologie (consultations) :

Consultations quotidiennes : Hôtel-Dieu. — Cochin — Saint-Louis. — Beaujon.

Consultations tri-hebdomadaires : Tenon. — Bichat. — Saint-Antoine. — Pitié. — Necker. — Vaugirard. — Bicêtre. — Trousseau.

Hôpitaux fermés : Clinique d'accouchements Tarnier. — Hérold. — Ambroise-Paré.

II

Hôpitaux indépendants de l'Assistance publique de Paris

Hôpital Péan, 11, rue de la Santé, Paris. — Chirurgie : MM. Besset et Roche. — Ophtalmologie : M. Chambrette.

Hôpital de l'Institut Pasteur, 213, rue de Vaugirard, Paris (XVe). — Médecine : MM. R. Martin, Darré et Marchoux.

Hôpital Saint-Joseph, 7, rue Pierre-Larrousse, Paris (XIVe). — Médecine : MM. Rendu et Declos. — Voies respiratoires : MM. Genevrier et Thein. — Chirurgie : MM. Laurence, Barbet, Lanos. — Orthopédie : M. Badi. — Voies urinaires : MM. Ertzbisschof, Tchatchat-Willy, Frangol. — Oto-rhino-laryn-

gologie : M. Hubert. — Dermatologie : M. Lefèvre. — Stomatologie : M. Réal. — Curiethérapie : MM. Rubens-Duval et Rabreau.

Hôpital Saint-Michel, 33, rue Olivier-de-Serre, Paris (XVe). — Médecine : MM. Delort (gastro-entérologie) et Clément Simon (dermatologie). — Chirurgie : MM. Jacques Récamier, Bruno, Veau (chirurgie spéciale du bec-de-lièvre et de la division palatine). — Urologie : MM. Heitz-Boyer et Ferrier. — Ophtalmologie : M. Henri Lagrange et Mme Odic. — Oto-rhino-laryngologie : M. Truffert.

Hôpital Notre-Dame-de-Bon-Secours, 66, rue des Plantes, Paris (XIVe). — Médecine : M. Lavedan. — Chirurgie : MM. Quénu et Meuge. — Oto-rhino-laryngologie : M. Truffert. — Obstétrique : M. Desoubry. — Stomatologie : M. Desmier.

Hôpital d'urologie et de chirurgie urinaire, 156 *bis*, avenue de Suffren, Paris (XVe). — Voies urinaires : M. Cathelin. — Chirurgie : MM. de Martel et Denet

Hôpital Notre-Dame-du-Perpétuel-Secours, 2, rue Kléber, Levallois-Perret. — Médecine : M. Laisné. — Chirurgie : MM. Labey, Bailleul. — Oto-rhino-laryngologie : M. Lacan. — Ophtalmologie : Mlle Pillet.

Hôpital Léopold-Bellan, 7, rue du Texel, Paris (XIVe). — Médecine : MM. Mondain, Bossan, Roussel, Parturier, Renard. — Chirurgie : MM. Denet et Cathelin (urologie). — Oto-rhino-laryngologie : M. Ruaud. — Ophtalmologie : M. Lacat.

Hôpital Saint François, 36, boulevard Saint-Marcel, Paris (V^e^) — Médecine : M Duval-Arnould — Chirurgie : M. Arnould. — Oto-rhino-laryngologie : M. Girard.

Hôpital des Dames françaises, 93, rue Michel-Ange, Paris. — Chirurgie : MM. Pochon et Gringoire — Oto-rhino-laryngologie : MM. Malherbe et Thévenard.

Hôpital de l'Union des Femmes de France, 32, rue de la Jonquière, Paris (XVIIe). — Médecine : M. Vitry. — Chirurgie : M. Mondor. — Oto-rhino-laryngologie : M. Rendu.

Hôpital de la Société de secours aux blessés militaires, 8, place des Peupliers, Paris (VIIIe). — Médecine : M. Périsson. — Chirurgie : M. Michon.

Fondation Isaac Péreire, 107, rue G^de^, Levallois-Perret. — Chirurgie : M. Mocquot. — Médecine infantile : M. Lasnier. — Ophtalmologie : M. Offret. — Oto-rhino-laryngologie : Mme Imbeil.

Hôpital Rothschild, 15, rue Santerre, Paris (XIIe). — Médecine : M. Astruc. — Oto-rhino-laryngologie : M. Weil. — Obstétrique : Mlle Béal.

Maison des Diaconesses, 95, rue de Reuilly et 18, rue du Sergent Bauchat, Paris (XIIe). — Chirurgie : MM. Baumgartner, Monod, Bonnel. — Médecine : MM. Conte, Herrenschmidt, Cambessédès, Lichtenberg et Krebs. — Maternité : M. Cleisz.

Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts, 17,

rue Moreau, Paris (XIIe). — Consultations ophtalmologiques.

Institut prophylactique, 36, rue d'Assas, Paris. — Directeur : M. Arthur Vernes.

Institut municipal d'électro-radiologie, 37, boulevard Saint-Marcel.

Laboratoire départemental de radiologie et d'électrothérapie, 88, rue de la Jonquière.

Fondation ophtalmologique A. de Rothschild, 29, rue Manin, Paris (XIVe). Ouverte aux consultations (Docteur Rochon-Duvigneaud).

Œuvre des Centres sociaux de rééducation Gérard de Parrel, 13, rue de l'Ancienne Comédie, Paris (VIe).

Hôpital américain de Paris, 63, boulevard Victor-Hugo, Neuilly-sur-Seine. —Médecin-chef : M. Ed. L. Gros. — Chirurgie : MM. de Martel, Boves, Denet, Madier.

Hertford British hospital (Hôpital britannique), 48, rue de Villiers, Levallois-Perret. — Médecine : MM. Ch. Flandin et Jouve. — Chirurgie : M. Lutaud.

Maternité-Cognacq-Jay, 15, rue Eugène-Millon, Paris (XVe). Médecin : M. A. Greder.

III

Maisons de santé privées de la région parisienne ouvertes

Maison de santé médico-chirurgicale, 4, rue du Sergent-Hoff, Paris (XVIIe). Téléphone Wagram 80-74, ouverte à tous les chirurgiens, spécialistes et médecins.

Maison de santé d'Epinay (Seine), 6, avenue de la République à Epinay (Seine). Maladies mentales et nerveuses.

Maison de santé de Nogent-sur-Marne, 30, avenue de Plaisance, Nogent-sur-Marne (Seine). Médecine générale, convalescence, système nerveux.

Clinique chirurgicale de Vaugirard, 8 *bis,* rue Léon-Delhomme.

***

Le Docteur Bussard, 8, avenue du 11-Novembre, à Bellevue (Seine-et-Oise), secrétaire du Syndicat des Maisons de santé privées et des sanatoriums de la région parisienne, enverra aux médecins qui lui en feront la demande la liste des établissements affiliés à ce Syndicat qui sont actuellement demeurés ouverts.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MÉDICAL »

N. B. — **Les travaux originaux sont indiqués en** *italiques*.

ANNÉE 1939

Cette table contient quatre parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. — III. Auteurs des articles scientifiques et professionnels. — IV. Suppléments mensuels.

I

Partie Scientifique

A

B

C

D

E

F

G

H

M

N

O

P

R

S

T

U

V

X

Y

Z

II

Partie Professionnelle

A

B

C

D

F

H

I

P


RHUMATISME CHRONIQUE _ TABES
EMPHYSÈME
ATHÉRÔME
Tiodine Cognet
L'Antiscléreux
PILULES AMPOULES
Association Iode Soufre
ARMINGEAT & Cie
43, RUE DE SAINTONGE _ PARIS

R

S

T

V

III

NOMS DES AUTEURS

A

B

C

D

E

F

G

H

J

M

N

O

P

R

S

T

V

W

IV

Supplément Documentaire

A

H

I

S

Le Gérant : R. THIRON

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie. — R. C. Clermont 4264.

LE CONCOURS MÉDICAL

DOCUMENTATION PROFESSIONNELLE PERMANENTE

DU MÉDECIN PRATICIEN

LES IMPÔTS DU MÉDECIN

SOMMAIRE

• BULLETIN DU MOIS •

Les Impôts du Médecin

Ce numéro annule et remplace celui que nous avions consacré à ce même sujet en janvier 1938. Depuis lors en effet diverses modifications ont été apportées, à titre définitif ou provisoire, aux obligations fiscales du médecin.

En matière de patente tout d'abord, la jurisprudence du Conseil d'Etat s'est précisée au sujet de la pluralité de droits fixes en cas de cabinets multiples. Rejetant la théorie suivant laquelle, étant donné l'importance primordiale de la personnalité du médecin, l'établissement suit le patentable et est indivisible, le Conseil d'Etat considère comme établissement distinct donnant lieu à un nouveau droit fixe tout cabinet doté d'une clientèle propre et où s'effectue de manière régulière les actes essentiels de la profession.

En second lieu un récent décret-loi est venu spécifier que les omissions en matière de patente pourraient être réparées dorénavant jusqu'au 30 avril de l'année suivant celle qu'elle concerne.

La principale innovation en matière d'impôt sur le revenu est la contribution nationale exceptionnelle instituée, pour l'année 1939, par le décret-loi du 12 novembre dernier et partiellement modifiée par la loi de finances du 31 décembre 1938. Cette contribution est assise sur le même revenu que l'impôt cédulaire, et est calculée au taux de 2 % sans abattement à la base (on sait que l'impôt des professions libérales n'est calculé que sur la part du revenu excédant 10.000 francs). Tous les médecins réalisant un bénéfice professionnel, si réduit soit-il, y sont donc asujettis et doivent opérer une déclaration de revenu avant le 1er mars prochain.

D'autre part le taux de l'impôt cédulaire passe de 14 à 16 %. L'impôt général est lui-même majoré à titre exceptionnel de 33 %.

Devant cet accroissement considérable des charges fiscales, la détermination du revenu imposable prend une particulière importance. Malheureusement, en raison de la jurisprudence actuelle du Conseil d'Etat, les contribuables sont presqu'entièrement livrés à l'arbitraire de l'Administration. Le Conseil d'Etat en effet se refuse à contrôler la procédure et les motifs des Commissions de taxation et à admettre que la preuve du bénéfice soit apportée par la production du livre-journal. L'acte principal de la procédure de rehaussement se passe donc devant la Commission, organe tout puissant dont le fonctionnement n'est pas réglementé, qui statue le plus souvent sans aucun motif précis, et avec un parfait mépris des droits de la défense.

Aussi le Corps médical peut-il reprendre à son compte l'intervention faite par M. Babaud-Lacroze lors de la discussion de la loi de finances devant le Sénat (séance du 30 décembre) en faveur des commerçants, et réclamer avec lui que le contribuable soit au moins aussi bien traité qu'un accusé de droit commun et ne soit pas condamné sur un dossier secret. Voici au reste cette intéressante intervention, et la réponse du Gouvernement :

M. BABAUD-LACROZE. — ....

Si le désaccord persiste, le différend est porté devant une commission consultative qui doit donner un avis sur la question. Mais cet avis, messieurs, est capital, parce que si la commission se prononce en faveur de l'Administration c'est au contribuable à faire la preuve contraire devant le Conseil de préfecture, et je peux dire que sur cent affaires, il y en a à peu près 80 ou 90 qui sont déjà réglées par ce simple avis.

Or, que se passe-t-il lorsque le contribuable arrive devant cette commission ? Il ne connaît que les motifs qui sont invoqués par le contrôleur. Mais ce qu'il ne sait pas, c'est que cette commission est saisie d'un dossier secret, d'origine administrative, qui ne lui est pas communiqué, dont on ne lui parle pas, qu'il ne connaît pas. Il ne sait pas davantage que c'est sur le contenu de ce dossier secret que, neuf fois sur dix, la commission consultative s'appuie pour arrêter sa décision.

Je demande simplement — et je crois que dans le pays des Droits de l'homme, cette demande n'est pas excessive — que le contribuable, lorsqu'il arrive devant la commission, connaisse au moins l'ensemble du dossier et sache quelles sont les raisons qui militent en faveur de son imposition ou de sa non-imposition. Je veux qu'il vienne devant la commission à armes égales avec l'Administration.

....

M. Paul REYNAUD. — *Je demande à l'honorable M. Babaud-Lacroze de bien vouloir retirer son amendement, et voici pourquoi.*

D'abord, il ne s'agit que d'une commission consultative. En second lieu, en fait, lorsque le contribuable vient devant cette commission, il sait parfaitement de quoi il s'agit. Faut-il, par un texte législatif, obliger mon administration à lui communiquer le dossier complet ?

Le dossier d'un contribuable contient souvent des renseignements qui ont trait à d'autres contribuables. (Mouvements.)

Voici ce que je propose au Sénat : en fait, je donnerai des instructions pour que, dans la mesure du possible, on communique les dossiers lorsqu'il n'y aura pas d'inconvénients concernant la violation du secret professionnel ; mais ne m'imposez pas cette communication par un texte législatif.

....

M. BABAUD-LACROZE. — *Je vous demande si la communication sera la règle ou l'exception ? Je me réserve, s'il est besoin, de reposer la question à la tribune, car ce scandale ne peut pas durer.*

M. Paul REYNAUD. — *La règle sera le rapport détaillé qui mettra le contribuable à même de se défendre pleinement.*

Jean MIGNON.

LES IMPÔTS DU MÉDECIN

I. La patente

L'impôt des patentes n'est plus un impôt d'Etat, mais un impôt communal et départemental. Cet impôt consiste en « centimes additionnels » à l'ancien impôt d'Etat, qui continue à être établi de manière fictive (« principal fictif » ou « anciens droits »), pour servir de base de calcul. Il y a donc lieu d'étudier les règles qui régissaient ces « anciens droits ». L'impôt à payer s'en déduit immédiatement en multipliant le principal fictif par les centimes locaux.

1° Qui doit payer patente ?

Décret du 27 décembre 1934
portant codification des impôts directs

ART. 257. — Tout individu, Français ou étranger, qui exerce en France un commerce, une industrie, une profession non compris dans les exceptions déterminées par le présent Code est assujetti à la contribution des patentes.

Exemptions

ART. 264. — Ne sont pas assujettis à la patente :

1° Les fonctionnaires et employés salariés soit par l'Etat, soit par les Administrations départementales et communales, en ce qui concerne seulement l'exercice de leurs fonctions ;

....

14°. — ....

Les commis et toutes les personnes travaillant à gages et à la journée, dans les maisons, ateliers et boutiques des personnes de leur profession.

MÉDECIN-FONCTIONNAIRE. — MÉDECIN D'ASILE DÉPARTEMENTAL D'ALIÉNÉS. — EXONÉRATION

Les médecins des asiles départementaux d'aliénés, ayant la qualité de fonctionnaire, sont exonérés de l'impôt des patentes dès lors qu'ils n'ont pas de clientèle particulière.

(Conseil d'Etat, 9 mai 1913).

MÉDECIN ATTACHÉ A UN ÉTABLISSMENT PRIVÉ. — MÉDECIN D'ASILE PRIVÉ. — MÉDECIN D'UNE COMPAGNIE DE NAVIGATION. — EXONÉRATION

Le médecin au service d'une maison de santé ou d'une compagnie de navigation, qui n'a pas de clientèle particulière, est fondé àdemander l'exonération prévue par l'art. 17 de la loi du 15 juillet 1880 (art. 264 du décret de codification) en faveur des commis à gages, et ne peut être imposé à la contribution des patentes.

(Conseil d'Etat, arrêts des 15 décembre 1916, et 30 janvier 1929).

MÉDECIN ATTACHÉ A PLUSIEURS COMPAGNIES D'ASSURANCES OU DE CHEMINS DE FER. — COMMIS A GAGES. — ABSENCE DE CLIENTELE PARTICULIERE. — EXONÉRATION

Le médecin lié avec plusieurs Compagnies d'assurances et Compagnies de chemins de fer par des contrats déterminant ses attributions et le périmètre dans lequel, elles doivent s'exercer, dès lors qu'il n'a pas de clientèle particulière, et que ses émoluments consistent en des appointements fixes et en des honoraires proportionnels aux consultations et visites, versés par les divers organismes qui ont recours à lui, doit être regardé comme leur commis à gages, sans que la circonstance qu'il soit lié à plusieurs commettants soit de nature à modifier sa situation juridique vis-à-vis de chacun d'eux. Il doit donc être exonéré de la patente.

(Conseil d'Etat, arrêt du 6 janvier 1936.)

EXEMPTION DE PATENTE D'UN MÉDECIN CONTRÔLEUR DE COMPAGNIES D'ASSURANCES

3.759. — M. CABART-DANNEVILLE, sénateur, demande à M. le ministre des Finances si un médecin n'ayant pas de clientèle personnelle, mais ayant un contrat avec une ou plusieurs Compagnies d'assurances pour effectuer exclusivement le contrôle de leurs blessés et les renseigner sur leur état, n'effectuant pas de traitement médical et ne rédigeant pas d'ordonnances, n'ayant pas de traitement fixe, mais étant rémunéré seulement pour chaque visite faite d'après un tarif d'honoraires déterminé, peut être exempté de la patente, rentrant ainsi dans le cas prévu dans la décision du Conseil d'Etat du 6 janvier 1936 (Adam, Seine). (*Question du 20 juillet* 1936.)

Réponse. — Réponse affirmative, dans les circonstances de fait indiquées.

(*J. O.*, 29 septembre 1936).

MÉDECIN ASSISTANT. — MÉDECIN REMPLAÇANT. EXONÉRATION

Le médecin assistant ou remplaçant un confrère n'est pas patentable dès lors qu'il ne reçoit qu'un honoraire fixe, et n'a pas de clientèle à son nom.

(Conseil d'Etat, 28 mars 1928.)

2° Calcul de la patente

La contribution des patentes se compose d'un droit fixe et d'un droit proportionnel. Leur total forme le principal fictif ou « anciens droits » qui multipliés par les centimes additionnels donne l'impôt à payer. Nous étudierons successivement ces deux droits.

a) Le droit fixe

Code des impôts directs

Art. 266 — Le droit fixe est établi :

Eu égard à la population et d'après un tarif général, pour les industries et professions énumérées dans le tableau A ;

Eu égard à la population et d'après un tarif exceptionnel pour les industries et professions portées dans le tableau B ;

Sans avoir égard à la population pour celles qui font l'objet du tableau C.

Art. 267. — Pour les professions dont le droit fixe varie en raison de la population du lieu où elles sont exercées, les tarifs sont appliqués d'après la population qui a été déterminée par le dernier décret du dénombrement.

Néanmoins, lorsque ce dénombrement fait passer une commune dans une catégorie supérieure à celle dont elle faisait précédemment partie l'augmentation du droit fixe n'est appliquée que pour moitié pendant les cinq premières années.

La réduction de droit fixe, prévue à l'alinéa précédent, est étendue, dans les villes dont la population totale est de plus de 5.000 âmes, aux portions de territoire qu'un nouveau dénombrement fait passer de la partie non agglomérée dans la partie agglomérée.

Dans les communes dont la population totale est de plus de 5.000 âmes, les patentables exerçant dans la partie non agglomérée, telle qu'elle résulte des tableaux de dénombrement, des professions imposées eu égard à la population payent le droit fixe d'après le tarif applicable à la population non agglomérée.

Les patentables exerçant lesdites professions dans la partie agglomérée payent le droit fixe d'après le tarif applicable à la population totale.

Art. 268. — Le patentable qui, dans le même établissement, exerce plusieurs commerces, industries ou professions ne peut être soumis qu'à un seul droit fixe. Ce droit est le plus élevé de ceux qu'il aurait à payer s'il était assujetti à autant de droits fixes qu'il exerce de professions.

. . . .

Art. 269. — Le patentable ayant plusieurs établissements, boutiques ou magasins de même espèce ou d'espèces différentes est, quel que soit le tableau auquel il appartient comme patentable, passible d'un droit fixe en raison du commerce, de l'industrie ou de la profession exercée dans chacun de ces établissements, boutiques, magasins.

Les droits fixes sont imposables dans les communes où sont situées les établissements, boutiques, magasins qui y donnent lieu.

Tableaux annexes

(Tableau B)

Professions imposées eu égard à la population et d'après le tarif exceptionnel

CHIRURGIEN, MÉDECIN, DENTISTE	DROIT FIXE (Taxe déterminée)
A Paris	140 »
Dans les communes au-dessus de 100.000 âmes	100 »
Dans les communes de 50.001 à 100.000 âmes	80 »
Dans les communes de 30.001 à 50.000 âmes	60 »
Dans les communes de 20.001 à 30.000 âmes	40 »
Dans les communes de 10,001 à 20.000 âmes	30 »
Dans les communes de 5.001 à 10.000 âmes	25 »
Dans les communes de 2.001 à 5.000 âmes	22 »
Dans les communes au-dessous de 2.000 âmes	18 »

Etablissements distincts. — Médecin exerçant dans plusieurs locaux. — Importance primordiale de la personnalité du médecin. — Etablissement indivisible. — Pluralité de droit fixe (non)

3.207. — M. Georges Dentu, sénateur, demande à M. le Ministre des Finances, s'il y a établissement distinct, au sens de la loi du 15 juillet 1880, et, par suite, s'il y a lieu à l'imposition de plusieurs taxes déterminées : 1° lorsqu'un médecin exerçant seul donne des consultations à son domicile et dans un autre local de la même localité ; 2° lorsque le médecin a un assistant rémunéré par un traitement fixe et que les consultations dans les deux locaux ne sont jamais faites simultanément. (*Question du 18 juin* 1935.)

Réponse. — Etant donné l'importance primordiale que prend, en général, dans la profession de médecin la personnalité du patentable, on doit admettre que, le plus souvent, l'établissement suit en quelque sorte le praticien et est indivisible. Toutefois, lorsqu'on se trouve dans une même commune ou dans des communes différentes, en présence de centres d'affaires différents comportant une clientèle propre et formant vis-à-vis de cette clientèle comme au regard des concurrents, autant d'organismes complets, on peut conclure à l'existence d'établissements distincts, exploités d'une manière régulière quoique intermittente, et motivant chacun l'application d'un droit fixe. C'est conformément à ces principes que doit être appréciée la situation du médecin envisagé, au regard de la contribution des patentes, le fait qu'il aurait un assistant étant d'ailleurs sans influence en la circonstance dès l'instant où cet aide n'exerce pas habituellement seul dans l'un des cabinets de consultation.

(*J. O.*, 29 novembre 1935.)

Etablissements distincts. — Pluralité de droit fixe. — Conditions

Doit être considéré comme un établissement distinct, au sens de l'art. 269 du Code des impôts directs, donnant lieu à un droit fixe spécial, un cabinet médical qu'un médecin, installé à Paris, possède dans une ville de province, qui est signalé par une plaque, où le médecin reçoit périodiquement la clientèle qui lui est adressée par des correspondants régionaux, et où il effectue d'une manière régulière, sinon continue, les actes essentiels de sa profession.

(Conseil d'Etat, arrêt du 18 juillet 1938.)

b) Le droit proportionnel

Code des impôts directs

Art. 273. — **Le droit proportionnel est établi sur la valeur locative des magasins, boutiques, usines, ateliers, hangars, remises, chantiers, et autres locaux servant à l'exercice des professions imposables.**

Il est dû lors même que les locaux occupés sont concédés à titre gratuit.

La valeur locative est déterminée soit au moyen de baux authentiques ou de déclarations de locations verbales dûment enregistrées, soit par comparaison avec d'autres locaux dont le loyer aura été régulièrement constaté ou sera notoirement connu, et à défaut de ces bases, par voie d'appréciations.

. . . .

Art. 276. — Le droit proportionnel est payé dans toutes les communes où sont situés les magasins, boutiques, usines, ateliers, hangars, remises, chantiers et autres locaux servant à l'exercice des professions imposables.

Art. 277. — Le patentable qui exerce, dans un même local ou dans des locaux non distincts, plusieurs industries ou professions passibles d'un droit proportionnel différent, paye ce droit d'après le taux applicable à la profession qui comporte le taux le plus élevé.

Dans le cas où les locaux sont distincts, il paye pour chaque local le droit proportionnel attribué à l'industrie ou à la profession qui y est spécialement exercée.

Tableau des droits proportionnels

(établi par le décret-loi du 30 octobre 1935 et modifié par l'art 13 de la loi du 31 décembre 1937)

COMMUNES où est exercée la profession	FRACTION DE LA VALEUR LOCATIVE de l'ensemble de l'établissement	TAUX
Paris	Comprise entre 0 et 4.000 francs	20e
	Comprise entre 4.000 et 6.000 francs	10e
	Supérieure à 6.000 francs	8e
Communes de plus de 100.000 habitants	Comprise entre 0 et 3.000 francs	20e
	Comprise entre 3.000 et 4.500 francs	10e
	Supérieure à 4.500 francs	8e
Communes de 100.000 habitants et au-dessous	Comprise entre 0 et 2.400 francs	20e
	Comprise entre 2.400 et 3.600 francs	10e
	Supérieure à 3.600 francs	8e

Assiette du droit proportionnel

Loi du 6 *juillet* 1934

Art. 4. — **A partir du 1er janvier 1935, le droit proportionnel de patente cessera d'être établi sur la valeur locative des habitations des patentables.**

Tableau D. — Droit proportionnel

(*Décret du* 27 *décembre* 1934)

Exemptions

Sont exempts du droit proportionnel :

Les chirurgiens, médecins et officiers de santé

pour les dispensaires et cliniques affectés exclusivement au traitement gratuit des malades.

ASSIETTE DE LA PATENTE. — VALEUR LOCATIVE DES LOCAUX DONT LE PATENTABLE A, A UN TITRE QUELCONQUE, LA DISPOSITION

Le médecin qui donne, dans un local loué par l'un de ses confrères, des consultations régulières et qui dispose à cette occasion de la totalité de ce local, est imposable au droit proportionnel de patente d'après la totalité de la valeur locative dudit local, bien qu'il n'en ait la disposition que pendant un temps limité.

(Conseil d'Etat, 1er juillet 1935.)

ASSIETTE DE LA PATENTE. — GARAGE DE LA VOITURE PROFESSIONNELLE

Est soumis au droit proportionnel de patente sur la valeur locative, l'emplacement occupé dans un garage public, par la voiture automobile du patentable, lui servant pour l'exercice de sa profession, même si la place occupée n'est pas fixe, et nonobstant le fait que cette valeur locative ait été retenue pour l'établissement de la patente du garagiste.

(Conseil d'Etat, arrêts des 13 janvier et 11 mai 1936.)

ASSIETTE DE LA PATENTE. — VALEUR LOCATIVE. — LOYER SUPÉRIEUR AU TAUX LÉGAL. — DROIT CALCULÉ SUR LA VALEUR LÉGALE

Un loyer supérieur au maximum légal prévu par la législation réglant les rapports entre bailleurs et locataires ne peut être pris en considération pour déterminer la valeur locative servant de base au droit proportionnel de patente. Celui ci doit être calculé sur le taux légal du loyer.

ASSIETTE DE LA PATENTE. — VALEUR LOCATIVE. CHARGES

Le droit proportionnel de patente doit porter non seulement sur le montant du loyer en principal mais encore sur les charges qu'un propriétaire fait payer en son acquit à son locataire.

En particulier en est il ainsi de l'impôt foncier mis par le propriétaire à la charge de son locataire.

(Conseil d'Etat, arrêt du 10 décembre 1934)

CHARGES ENTRANT DANS L'ASSIETTE DE LA PATENTE. — CHARGES PAYÉES PAR LE LOCATAIRE EN ACQUIT DU PROPRIÉTAIRE

1.936. — M. GRESA demande à M. le ministre des Finances quelles sont, en principe et dans leur détail, les charges locatives qu'il convient d'ajouter au principal d'un loyer commercial pour déterminer la valeur locative sur laquelle doit être assis le droit proportionnel de patente des petits commerçants et des artisans ; et ajoute qu'en l'absence de textes législatifs précis dans cette matière, les indications sollicitées seraient de nature à dissiper les conflits qui s'élèvent journellement à cet égard entre les contribuables et l'Administration des Contributions directes, par suite des différences d'interprétation. (*Question du* 12 *janvier* 1937.)

Réponse. — Les charges à ajouter au montant en principal d'un loyer commercial pour la détermination de la valeur locative servant de base au droit proportionnel de patente sont, en principe celles qui, incombant normalement au propriétaire, sont supportées par le locataire en vertu des conventions et se trouvent ainsi représenter en fait un supplément de loyer. Tels sont notamment, d'après la jurisprudence du Conseil d'Etat : les impôts et, en particulier, l'impôt foncier, les primes d'assurance immobilière, le salaire du concierge, les frais de vidange, les frais de balayage, d'éclairage et de chauffage des escaliers, vestibules et autres locaux à usage commun, les frais d'ascenseur, de tapis et de monte-charge. Mais cette énumération n'est évidemment pas limitative et, dans le cas où une divergence de vues survient à cet égard entre un agent de l'Administration et un contribuable, celui-ci a toujours la faculté si le désaccord exsiste, de la faire trancher par les tribunaux administratifs.

(*J. O.*, 9 juin 2937.)

NOTE. — *Cette réponse vise des locaux commerciaux, mais les principes sont exactement les mêmes en ce qui concerne les locaux professionnels.*

3° Personnalité. — Annualité

a) De la personnalité de la patente

Code des impôts directs

ART. 282. — Les patentes sont personnelles et ne peuvent servir qu'à ceux à qui elles sont délivrées.

ART. 283. — Les mari et femme séparés de biens ne doivent qu'une patente, à moins qu'ils n'aient des établissements distincts, auquel cas chacun d'eux doit avoir sa patente et payer séparément les droits fixe et proportionnel.

ART. 284. — Dans les sociétés en nom collectif, l'associé principal paye seul la totalité du droit fixe afférent à la profession. Le même droit est divisé en autant

de parts égales qu'il y a d'associés en nom collectif, et une de ces parts est imposée à chaque associé secondaire. Néanmoins, pour les associés habituellement employés comme simples ouvriers dans les travaux de l'association, cette part ne doit jamais dépasser le vingtième du droit fixe imposable au nom de l'associé principal.

L'associé principal et les associés secondaires sont imposés au droit fixe dans les communes où sont situés les établissements, boutiques ou magasins qui y donnent lieu.

Le droit proportionnel est établi au nom de l'associé principal sur tous les locaux qui servent à la société pour l'exercice de son industrie.

....

b) De l'annuité de la patente

Code des impôts directs

Art. 287. — **La contribution des patentes est due pour l'année entière par tous les individus exerçant au mois de janvier une profession imposable.**

Art. 288. — **Ceux qui entreprennent dans le cours de l'année un profession sujette à la patente ne doivent la contribution qu'à partir du 1er du mois dans lequel ils ont commencé d'exercer, à moins que par sa nature, la profession ne puisse être exercée pendant toute l'année. Dans ce cas, la contribution est due pour l'année entière quelle que soit l'époque à laquelle la profession aura été entreprise.**

....

Il est également dû un supplément de droit proportionnel par les patentables qui reprennent des locaux d'une valeur locative supérieure à celle des locaux pour lesquels ils ont été primitivement imposés, et par ceux qui entreprennent une profession passible d'un droit proportionnel plus élevé.

Les suppléments sont dus à compter du 1er du mois dans lequel les changements prévus par les deux derniers paragraphes ont été opérés.

(*Décret-loi du* 14 *juin* 1938) : **Les omissions totales ou partielles** constatées dans les rôles de la Contribution des patentes, ainsi que les erreurs commises dans l'application du tarif **peuvent être réparées par voie de rôles supplémentaires** dans le délai prévu par l'art. 355 *bis* ci-après :

(Art. 355 *bis* : Les rôles supplémentaires sont, sauf dispositions contraires, mis en recouvrement **au plus tard le 30 avril** de l'année suivant celle de l'imposition.)

Art. 289. — **En cas de cession d'établissement, la patente est, sur la demande du cédant ou du cessionnaire, transférée à ce dernier. La demande est recevable dans le délai de trois mois à partir, soit de la cession de l'établissement, soit de la mise en recouvrement du rôle supplémentaire dans lequel le cessionnaire a été personnellement imposé pour l'établissement cédé. Elle est présentée, instruite et jugée d'après les règles prévues aux articles 60 et 364 à 377 du présent Code.**

Art. 200. — Le transfert des droits de patente au nom du cessionnaire peut également être proposé par le Contrôleur des Contributions directes sur un état spécial. Le cédant et le cessionnaire sont invités à prendre connaissance de cet état à la mairie et à remettre au Maire leurs observations dans un délai de dix jours. Passé ce délai, le Maire adresse l'état au Directeur des Contributions directes, avec son avis et les observations qui auront pu être produites ; le Directeur statue. Toutefois, il n'y a pas lieu à statuer s'il existe un désaccord entre les conclusions du Directeur et les observations présentées par le cédant ou le cessionnaire.

Art. 291. — En cas de fermeture des établissements, magasins, boutiques et ateliers, par suite de décès, de liquidation judiciaire ou de faillite déclarée, ou pour cause d'expropriation ou d'expulsion, les droits ne sont dus que pour le passé et le mois courant. Sur la réclamation des parties intéressées, il est accordé décharge de surplus de la taxe.

4o Réclamations

La procédure de réclamation est la même qu'en matière d'impôts directs ordinaires : pétition au Directeur des Contributions directes dans les trois mois qui suivent celui de la mise en recouvrement du rôle, recours en Conseil de préfecture dans le mois de la notification de la décision de rejet, et enfin appel devant le Conseil d'Etat.

II. Impots sur les bénéfices non commerciaux

1o Champ d'application

Code des impôts directs

Art. 78. — Il est établi un impôt annuel sur les bénéfices des professions libérales, des charges et offices dont les titulaires n'ont pas la qualité de commerçants, et de toutes occupations, exploitations lucratives et sources de profits non soumises à un impôt spécial sur le revenu.

A ce titre, la présente cédule comprend notamment :

....

Les produits des opérations de bourse effectuées à titre habituel par les particuliers ;

Les produits de droits d'auteurs perçus par les écrivains ou compositeurs et par leurs héritiers ou légataires ;

Les produits perçus par les inventeurs au titre soit de la vente ou de la cession, soit de la concession de licences d'exploitation de leurs brevets, marque de fabrique, procédés ou formules de fabrication ;

....

2° Bénéfice imposable

a) Principe

Code des Impôts directs

ART. 79. — L'impôt est établi à raison du bénéfice net de l'année précédente constitué par l'excédent des recettes totales sur les dépenses nécessitées par l'exercice de la profession.

Ces dépenses comprennent notamment :

1° Le loyer des locaux professionnels ou le revenu net d'après lequel ils sont soumis à l'impôt foncier s'ils appartiennent au contribuable.

2° Les amortissements effectués suivant les règles applicables en matière d'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux.

(*Bénéfices industriels et commerciaux.* ART. 7 : Le bénéfice imposable... est établi sous déduction de toutes charges, notamment :

....

2° Des amortissements réellement effectués par l'entreprise dans la limite de ceux qui sont généralement admis d'après les usages de chaque nature d'industrie, de commerce ou d'exploitation.)

ART. 80. — Si, pour une année déterminée, les dépenses déductibles dépassent les recettes, l'excédent peut être reporté sur les bénéfices des années suivantes jusqu'à la cinquième inclusivement, dans les conditions prévues à l'article 12 ci-dessus pour les entreprises industrielles et commerciales. (*Décret-loi du* 30 *octobre* 1935.)

L'art. 12 *modifié par le décret-loi du* 30 *octobre* 1935 *s'exprime de la manière suivante* :

ART. 12. — En cas de déficit subi pendant un exercice, ce déficit est considéré comme une charge de l'exercice suivant et déduit du bénéfice réalisé pendant ledit exercice. Si ce bénéfice n'est pas suffisant pour que la déduction puisse être intégralement opérée, l'excédent du déficit est reporté successivement sur les exercices suivant jusqu'au cinquième exercice qui suit l'exercice déficitaire.

b) Recettes imposables

IMPÔT SUR LES BÉNÉFICES NON COMMERCIAUX.
BÉNÉFICES ENCAISSÉS SEULS IMPOSABLES

Ne sont passibles de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales que les bénéfices encaissés dans l'année antérieure à celle au titre de laquelle est établi l'impôt, et non les bénéfices simplement acquis.

(Conseil d'Etat, 23 octobre 1931.)

NOTE. — *Les médecins ne doivent donc pas faire figurer dans leurs recettes professionnelles, les honoraires dus, mais non payés.*

c) Dépenses professionnelles déductibles

1° Le loyer. — *Ne compter que le loyer professionnel (même chiffre que pour la patente). Se rappeler qu'il est préférable de déduire une somme faible à titre de loyer professionnel et d'avoir ainsi une patente peu élevée que le cas inverse. La patente est, en effet, un impôt beaucoup plus lourd que l'impôt cédulaire. «Si le contribuable est propriétaire des locaux occupés, il doit déduire à titre de loyer la part du revenu net servant de base à l'impôt foncier correspondant à l'importance de ses locaux professionnels. Il doit, en outre, faire figurer dans ses dépenses déductibles les charges immobilières (entretien et amortissement de l'immeuble), ainsi que l'impôt foncier, dans la même proportion que pour le revenu foncier». (Circulaire de l'Administration des C. D. du* 28 *décembre* 1934.)

VALEUR LOCATIVE DÉDUCTIBLE.
MÉDECIN PROPRIÉTAIRE DE SES LOCAUX.
JUSTIFICATION DES FRAIS PROFESSIONNELS

4.180. — M. A. DE LA GRANGE, sénateur, demande à M. le ministre des Finances s'il est permis à un contribuable exerçant une profession libérale et propriétaire de la maison qu'il occupe de compter dans ses frais généraux la valeur locative des locaux à usage professionnel servant de base au calcul de la patente, et pendant combien d'années ce même contribuable est tenu de donner le détail de ses frais professionnels. (*Question du* 8 *mars* 1937.)

Réponse. — D'après l'article 79 du code général des impôts directs, lorsqu'un contribuable exerçant une profession libérale est propriétaire de ses locaux professionnels, c'est le revenu net d'après lequel lesdits locaux sont soumis à la contribution foncière, et non la valeur locative retenue pour l'établissement de la patente, qu'il y a lieu de déduire du revenu brut pour la détermination des bases de l'impôt sur les bénéfcies des professions non commerciales. D'autre part, conformément à l'article 84 du code précité, les

contribuables passibles de cet impôt sont tenus de produire, dans les deux premiers mois de chaque année, une déclaration indiquant le montant de leurs recettes brutes, celui de leurs dépenses professionnelles et le chiffre de leur bénéfice net de l'année précédente. Mais ils ne sont pas obligés de joindre à leur déclaration un relevé détaillé de leurs dépenses professionnelles ; ce relevé peut seulement leur être demandé par le Contrôleur des Contributions directes lorsque ce dernier juge utile pour le contrôle des déclarations à l'égard desquelles peut s'exercer le droit de répétition (déclarations de l'année en cours et des trois années antérieures).

(*J. O.*, 17 novembre 1937.)

2° **Eclairage, chauffage, entretien,** *à déduire dans la même proportion que les locaux.*

3° **Mobilier et matériel.** — *Sous le régime antérieur à la réforme fiscale de 1934, le prix d'achat de matériel professionnel (mobilier, voitures, etc.), devait être retranché intégralement des revenus de l'année d'acquisition. Dorénavant, les dépenses de cette nature, qui ne sont pas destinées à se renouveler annuellement, devront faire l'objet d'un amortissement échelonné sur plusieurs exercices, d'après le taux en usage dans la profession.*

4° **Personnel.** — *Il y a lieu d'y comprendre les salaires en espèces versés aux employés concourant à l'exercice de la profession, en y ajoutant la valeur des avantages en nature, et les cotisations patronales aux Assurances sociales et aux allocations familiales :*

Code des impôts directs

Art. 67. — **Tous particuliers et toutes sociétés ou associations occupant des employés, commis, ouvriers ou auxiliaires moyennant traitement, salaire ou rétribution, sont tenus de remettre dans le courant du mois de janvier de chaque année, au Contrôleur des Contributions directes, un état indiquant :**

1° Les noms, prénoms, emplois et adresses des personnes qu'ils ont occupées au cours de l'année précédente ;

2° Le montant des traitements, salaires et rétributions payés à chacune d'elles pendant ladite année ;

3° La période à laquelle s'appliquent ces payements lorsqu'elle est inférieure à une année, mais supérieure à trente jours consécutifs.

En ce qui concerne les personnes rétribuées par un seul employeur, la déclaration prévue au présent article n'est exigée que pour celles dont les traitements salaires ou rétributions, ramenés à l'année dépassent le minimum assujetti à l'impôt (10.000 francs).

5° **Honoraires, ristournes, etc.**

Code des impôts directs

Art. 68. — **Les chefs d'entreprise ainsi que les contribuables relevant de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales doivent déclarer dans les mêmes conditions :**

. . . .

2° Les sommes versées par eux à l'occasion de l'exercice de leur profession à titre de commissions courtages, ristournes commerciales ou autres, vacations, honoraires occasionnels ou non, gratifications et autres rémunérations lorsqu'elles dépassent 1.000 francs par an pour un même bénéficiaire. Ces sommes sont assujetties à l'impôt cédulaire correspondant à la nature d'activité au titre de laquelle le bénéficiaire les a perçues, sans préjudice de l'application de l'impôt général sur le revenu. Le contribuable qui ne produit pas la déclaration des sommes visées au présent alinéa pred le droit de les déduire pour l'établissement de ses propres impositions.

. . . .

Art. 71. — Toute infraction aux prescriptions des articles 67 à 70 ci-dessus donne lieu à l'application d'une amende de 100 francs, sans décimes, encourue autant de fois qu'il est relevé d'omissions ou d'inexactitudes dans les renseignements qui doivent être fournis en vertu de ces articles.

L'amende est prononcée par le Conseil de Préfecture statuant comme en matière de contraventions, sur requête présentée sans frais par le directeur des Contributions directes.

La copie de la requête est notifiée aux contrevenants par les soins du Conseil de Préfecture.

La prescription n'est acquise qu'après l'expiration de la quatrième année suivant celle au cours de laquelle l'infraction a été commise.

Note. — *Nous attirons tout particulièrement l'attention de nos lecteurs sur les dispositions de l'art. 68-2° qui les oblige à déclarer, dans le courant du mois de janvier de chaque année, au Contrôleur des Contributions directes, les noms et adresses des confrères auxquels ils ont versé des honoraires occasionnels durant l'année précédente, ainsi que le montant de ces honoraires, lorsque ce montant dépasse 1.000 francs par an et par bénéficiaire. La sanction du défaut de déclaration est l'impossibilité pour le contribuable de comprendre ces dépenses dans sa propre déclaration.*

6° **Frais de transport.** — *Ils comprennent les dépenses annuelles d'automobile (essence, huile, pneus, petites réparations, assurances, garage) augmentées de l'amortissement de la voiture.*

Ces dépenses ne doivent être déduites que dans la mesure où le transport est relatif à la profession.

Dans le cas d'échange de voiture, le prix à amortir n'est pas la valeur de la nouvelle voiture, mais cette valeur augmentée de ce qui restait à

amortir sur l'ancienne et diminuée de la valeur de reprise.

Exemple. — *Un médecin, ayant acheté une voiture de* 20.000 *francs décide de l'amortir en cinq années. Au bout de quatre ans, il l'échange contre une voiture de* 25.000 *francs, l'ancienne voiture étant reprise pour* 9.000 *francs par le vendeur. Au moment de l'échange il restait à amortir sur l'ancienne voiture :* 20.000 — 16.000 = 4.000 *francs. D'autre part, l'acquisition de la nouvelle voiture a couté* 25.000 — 9.000 = 16.000 *francs. Le total à amortir dans l'avenir est donc de :* 16.000 + 4.000 = 20.000, *soit* 4.000 *par an pendant cinq ans.*

7° Assurances. — *Immeubles, accidents du travail, assurance contre les risques de responsabilité professionnelle, contre les maladies et accidents professionnels. Par contre, la réforme fiscale de* 1934 *ayant supprimé les dispositions du régime antérieur concernant la déduction des sommes payées pour la constitution d'une pension ou d'une retraite, l'Administration fiscale estime que les versements effectués à ce titre ne peuvent plus être compris parmi les frais déductibles. (Circulaire de l'Administration des Finances du* 28 *décembre* 1934.)

DÉDUCTION DES VERSEMENTS POUR RETRAITES (NON)

2.353. — M. SOULA demande à M. le ministre des Finances, si, pour le calcul de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales, un vétérinaire est en droit de faire rentrer dans ses dépenses professionnelles les sommes qu'il verse : 1° pour s'assurer une retraite de mutuelle de combattants ; 2° pour s'assurer à une mutuelle-retraite des vétérinaires (versements à capital aliéné). (*Question du* 9 *février* 1937.)

Réponse. — 1° et 2° Réponse négative sur les deux points en ce qui concerne la cédule, les versements dont il s'agit n'ayant pas le caractère de charges professionnelles et aucune disposition du code général des impôts directs n'autorisant, d'autre part, à les porter en déduction pour l'assiette de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales. Mais, conformément à l'article 109, 5°, du code susvisé, l'intéressé peut retrancher de son revenu global, pour l'assiette de l'impôt général, le montant des versement effectués en vue de la constitution de la retraite mutuelle des anciens combattants.

(*J. O.*, 11 avril 1937.)

8° Impôts. — *Ils comprennent les impôts professionnels payés au cours de l'exercice précédent, c'est-à-dire l'impôt cédulaire sur les bénéfices non commerciaux, la patente et ses adjonctions communales, mais non l'impôt général ou l'impôt foncier (celui-ci figure dans les charges immobilières pour la part correspondant aux locaux professionnels).*

9° Divers. — *Ce sont le téléphone, les frais de bureau, de recouvrement d'honoraires, les cotisations syndicales, les livres et revues professionnelles, les dépenses pour assister à un Congrès, les frais d'acte et d'enregistrement d'un bail à usage professionnel* (*Conseil d'Etat,* 19 *octobre* 1936) *les frais occasionnés par une maladie professionnelle, à condition que l'intéressé n'ait pas été assuré contre ce risque* (R. M., *n°* 2.505, J. O., 23 *avril* 1937), *etc... Par contre on ne doit pas comprendre dans les dépenses déductibles le prix d'achat d'une clientèle médicale. Cette dépense a en effet une contre-partie, à savoir la clientèle, qui entre dans l'actif du contribuable et ne constitue donc pas une charge* (*Conseil d'Etat,* 14 *janvier* 1935.)

LE PRIX D'ACHAT OU DE VENTE D'UNE CLIENTELE MÉDICALE N'ENTRE PAS EN COMPTE POUR LE CALCUL DU BÉNÉFICE IMPOSABLE

15029. — M. Gaston THIÉBAUT demande à M. le ministre des Finances si l'imposition de la plus-value des fonds de commerce concerne également les cabinets des professions libérales : agents d'affaires, dentistes, etc..., ainsi que les charges et offices, et ajoute que le Code général des contributions directes ne paraît viser que les professions commerciales. (*Question du* 16 *janvier* 1936.)

Réponse. — Le bénéfice imposable n'est déterminé, conformément à l'art. 7 du Code général des impôts directs, d'après les résultats d'ensemble des opérations de toute nature effectuées par les entreprises, y compris les cessions d'éléments quelconques de l'actif, soit en cours , soit en fin d'exploitation, que pour l'assiette de l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux. La question posée comporte, dès lors, une réponse affirmative en ce qui concerne les agents d'affaires, dont la profession est réputée commerciale par l'art. 632 du Code de commerce, et une réponse néagtive à l'égard des contribuables exerçant effectivement une profession libérale ou titulaires d'une charge ou d'un office dont les revenus relèvent de la cédule des bénéfices commerciaux.

(*J. O.*, 13 mars 1936.)

10° Propharmacie. — *D'après la jurisprudence* (*V. not. Comm. sup. de Cass.,* 7 *janvier* 1932) *le médecin propharmacien qui fournit à ses malades dans les conditions prévues à l'art.* 27 *de la loi du* 21 *germinal an XI, des médicaments sans tenir officine ouverte à tout venant, ne fait pas acte de commerce et exerce simplement une activité professionnelle. Les recettes qu'il tire de la propharmacie, de même que ses dépenses (achats, etc.), doivent être comprises dans sa déclaration, à la cédule des professions non commerciales.*

3° Personnes imposables. Lieu d'imposition

Art. 82. — L'impôt est établi au nom des bénéficiaires des revenus imposables, au lieu de l'exercice de la profession ou, le cas échéant, du principal établissement.

Dans les sociétés en nom collectif, chacun des associés est personnellement imposé pour la part des bénéfices sociaux correspondant à ses droits dans la société.

Dans les sociétés en commandite simple, l'impôt est établi au nom de chacun des commandités pour sa part respective de bénéfice, et, pour le surplus, au nom de la société.

Les impositions ainsi comprises dans les rôles au nom des associés n'en demeurent pas moins des dettes sociales.

4° Obligations des contribuables

Art. 84. — **Toute personne passible de l'impôt à raison des bénéfices réalisés dans l'une des professions visées à l'article 78 est tenue de produire, dans les deux premiers mois de chaque année, une déclaration indiquant le montant de ses recettes brutes, celui de ses dépenses professionnelles et le chiffre de son bénéfice net de l'année précédente.**

Art. 85. — La déclaration est adressée au Contrôleur des Contributions directes du lieu où le contribuable exerce sa profession ou à son principal établissement.

Il en est délivré récipissé.

Art. 91. — **Tout contribuable astreint à la déclaration prévue à l'art. 84 ci-dessus, qui ne souscrit pas cette déclaration dans les deux premiers mois de l'année, est taxé d'office sauf réclamation après l'établissement du rôle et l'impôt dont il est redevable est majoré de 25 %.**

Art. 92. — **Les contribuables soumis à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales sont tenus d'avoir un livre-journal qui présente, jour par jour, le détail de leurs recettes professionnelles. Ce livre est tenu par ordre de dates, sans blancs, lacunes, ni transports en marges.**

Pour les professions assujetties au secret professionnel, le livre-journal ne comporte, en regard de la date, que le détail des sommes encaissées.

Le Contrôleur peut demander communication des livres et de toutes pièces justificatives,

. . . .

Art. 94. — Dans le cas de non-présentation des documents dont la tenue et la production sont exigées par les deux articles précédents, le bénéfice imposable est déterminé d'office par le Contrôleur et l'impôt est majoré de 25 p. 100.

. . . .

Note. — *La loi n'exige donc du contribuable que la comptabilité des recettes professionnelles encaissées, et non celle des dépenses professionnelles. La forme matérielle du livre-journal est des plus simples. N'importe quel registre du commerce peut suffire. Il doit comprendre deux à trois colonnes :*

Date	Nature de l'acte médical	Honoraires touchés
Janvier 15	10 visites à 30 francs.	300 francs
	2 consultations à 20 francs.	40 francs
. . . .	. . . .	. . . .

Le total final du livre-journal doit évidemment coïncider avec le total des recettes professionnelles déclarées.

Livre-journal. — Communication au Contrôleur. — Lieu. — Domicile du contribuable

13.094. — M. Jean Castagnez expose à M. le ministre des Finances : qu'en application de l'article 92 du Code des impôts directs, paragraphe 3, le Contrôleur peut demander aux contribuables soumis à l'impôt sur les B. N. C., communication des livres et toutes pièces justificatives ; qu'en cas de non-présentation, le bénéfice est déterminé d'office par le Contrôleur et l'impôt majoré de 25 p. 100 (art. 94) ; et demande : 1° si le Contrôleur a le droit de considérer que les mots « demander communication » signifient la présentation au Contrôleur, et dans son bureau, du livre-journal dont la tenue aussi bien que la production sont exigées par la loi ; 2° si, au contraire, un contribuable peut exiger que le Contrôleur vienne à son domicile pour se rendre compte de l'existence du livre-journal et de la façon dont il est tenu sous prétexte que la demande de communication » a le sens d'une demande d'audience ou d'un droit de visite

comme s'il s'agissait d'une vérification de comptabilité commerciale ; 3° si le Contrôleur est autorisé à taxer d'office à l'impôt sur les B. N. C. un contribuable qui aurait argué du secret professionnel pour s'opposer à la présentation au bureau du Contrôleur du livre-journal, et qui aurait répondu à une demande de communication de ce dernier que le livre-journal restera dans son cabinet où le Contrôleur devra se rendre s'il veut en constater l'existence. (*Question du* 30 *mai* 1935.)

Réponse. — 1° et 2° Aucune disposition légale n'obligeant les redevables de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales à transporter chez leur contrôleur leur livre-journal, la vérification de celui-ci doit, en principe être effectuée sur place ; 2° Réponse négative. (*J. O.*, 15 septembre 1935.)

LIVRE-JOURNAL. — VALEUR INDICATIVE. — ABSENCE DE VALEUR PROBANTE EN FAVEUR DU CONTRIBUABLE

14.712. — M. Emile CANDA demande à M. le ministre des Finances : 1° si un vétérinaire est dans l'obligation de tenir un livre-journal recettes, conformément à la loi de finances 1933 : 2° dans l'affirmative, si une Commission de taxation après avoir accepté le chiffre déclaré des dépenses, peut refuser, sans examen, les chiffres recettes du livre-journal régulièrement tenu ; 3° dans l'affirmative, quel est le rôle du livre-journal et dans quel but les professions libérales sont dans l'obligation d'avoir cette comptabilité. (*Question du* 26 *décembre* 1935.)

Réponse. — 1° Réponse affirmative (Code général des impôts directs , art. 92) ; 2° et 3° le livre-journal est un document comptable dont le Contrôleur et la Commission de taxation doivent retenir les indications, à moins que des présomptions graves, précises et concordantes ne les autorisent à en suspecter la sincérité. Mais on ne saurait attribuer à ce livre une force probante que la loi elle-même n'y a pas attachée. (*J. O.*, 13 mars 1936.)

LIVRE-JOURNAL. — PRODUCTION. — ABSENCE DE VALEUR PROBANTE EN FAVEUR DU CONTRIBUABLE

La production du livre-journal dont la tenue est obligatoire en vertu de l'art. 92 du code des impôts directs, ne constitue pas par elle-même la preuve des résultats que ce document fait apparaître, et le contribuable doit fournir à l'appui des mentions qui y figurent tous les renseignements de nature à établir le chiffre exact de ses bénéfices.

(Conseil d'Etat, arrêt du 14 mars 1938.)

5° Contrôle des déclarations

ART. 86 (*modifié par l'article* 32 *de la loi du* 31 *décembre* 1936).— **Le Contrôleur peut demander aux intéressés tous les renseignements susceptibles de justifier l'exactitude des chiffres déclarés. S'il juge ces renseignements insuffisants, il établit la base de l'imposition et notifie au contribuable le chiffre qu'il se propose de substituer à celui de la déclaration, en indiquant les motifs qui lui paraissent justifier le redressement ; il invite en même temps l'intéressé à présenter, s'il y a lieu, ses observations par écrit ou verbalement dans un délai de vingt jours.**

Si le désaccord persiste, il est soumis à une Commission de taxation siégeant au chef-lieu du département et dont la composition et le fonctionnement sont réglés par les articles 87 et 88 ci-après.

ART. 87 (*modifié par l'article* 32 *de la loi du* 31 *décembre* 1936). — I. La Commission prévue à l'article 86 comprend les membres ci-dessous :

Le président du Tribunal civil du chef-lieu du département, ou un juge délégué par lui, président ;

Un inspecteur principal ou un inspecteur des Contributions directes ;

Un inspecteur principal ou un inspecteur des Contributions indirectes, un receveur de l'Enregistrement et un percepteur des Contributions directes désignés par leur chef de service parmi les agents en fonction au chef-lieu de département ;

Deux contribuables désignés, l'un par le directeur des Contributions directes parmi les répartiteurs du chef-lieu du département, l'autre par les Chambres de discipline ou Associations professionnelles parmi les représentants de la profession intéressée. Ces deux membres sont, comme les agents de l'Administration, soumis aux obligations du secret professionnel, prévues par l'article 143 ci-après.

II.— La Commission peut se diviser en sections, chacune de ces sections étant présidée par le président de la Commission ou par un juge désigné pour le suppléer. Les sections connaissent des affaires qui leur sont renvoyées par le président de la Commission. Les règles fixées par l'article 88 ci-après leur sont applicables.

ART. 88. — La Commission délibère valablement à condition qu'il y ait au moins trois membres présents, y compris le président. En cas de partage, la voix du président est prépondérante.

La Commission se réunit sur la convocation de son président.

Convoqués dix jours au moins avant la réunion, les contribuables intéressés sont invités à se faire entendre ou à faire parvenir leurs observations écrites. Ils peuvent se faire assister par une personne de leur choix ou déléguer un mandataire dûment habilité.

Après avoir entendu les explications du contribuable ou pris connaissance de ses observations, la Commission fixe, par décision motivée, la base de l'imposition. Elle

statue également sur l'application de la majoration prévue à l'article 90 ci-après.

ART. 89. — **La décision de la Commission est notifiée au contribuable, qui peut la contester par voie de réclamation après l'établissement du rôle, à charge pour lui d'apporter la preuve de son bénéfice réel.**

NOTE. — *En réalité, la procédure de contrôle des déclarations contient un degré de plus, institué, non par la loi, mais par l'Administration elle-même, en accord avec les Syndicats médicaux, la « préconciliation fiscale ». Nous citerons, sur ce point, la Circulaire de l'Administration des finances en date du 28 décembre 1934 :*

On rappelle que pour certaines professions il a été admis, sur la demande des groupements intéressés, qu'avant d'être déférés à la Commission, les **désaccords pourraient être soumis, à titre de préconciliation, au président de l'organisme de discipline dont relèvent les assujettis.**

Toutefois, les Contrôleurs ne sauraient, en raison de l'obligation du secret professionnel, prendre l'initiative de saisir le président de l'organisme de discipline. C'est aux intéressés eux mêmes qu'il appartient de provoquer son intervention s'ils le jugent à propos. Ils sont avisés de cette faculté par une mention spéciale que le Contrôleur porte sur la lettre de notification des redressements auxquels leur déclaration lui paraîtra donner lieu.

Cette mention est libellée comme suit :

« Si vous jugez à propos de soumettre les points contestés de votre déclaration à M... (voir tableau ci dessous), vous voudrez bien le prier de me faire parvenir son appréciation par écrit ou de me l'exposer verbalement dans le délai légal de vingt jours. »

Le tableau ci-après contient la liste des professions représentées par les groupements qui ont été jusqu'alors admis à recourir à la procédure de préconciliation :

. . . .

Dentistes : le président du Conseil de famille départemental ou régional des dentistes.

Médecins : le président du Conseil de famille du Syndicat départemental des médecins.

6° Calcul de l'impôt

Code des impôts directs

ART. 83. — Pour le calcul de l'impôt, toute fraction du revenu n'excédant pas 100 francs est négligée.

L'impôt ne porte que sur la partie du bénéfice net dépassant la somme de 10.000 francs.

Il est fait application du taux général fixé à l'article 137 ci-après.

L'impôt calculé comme il est dit-ci-dessus est réduit, s'il y a lieu, en raison des charges de famille du contribuable dans les conditions prévues à l'article 102 ci-après.

Par dérogation aux dispositions qui précèdent, l'impôt est calculé, pour les charges et offices visés à l'article 78 dans les conditions fixées à l'article 22 pour les professions commerciales.

(*Le taux applicable en* 1939 *est de* 16 %, — *décret-loi du* 12 *novembre* 1938.)

ART. 102. — Les réductions pour charges de famille applicables à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux, à l'impôt sur les bénéfices de l'exploitation agricole et à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales en vertu des articles 22, 56 et 53 ci-dessus sont réglées comme suit :

10 p. 100 pour chacun des deux premiers enfants à la charge du contribuable ;

20 p. 100 pour chaque enfant à sa charge à partir du troisième.

Le montant total des réductions sur chaque impôt ne peut excéder 1.000 francs par enfant à charge. (*décret-loi du* 12 *nov.* 1938.)

. . . .

ART. 103. — Pour s'assurer le bénéfice des réductions pour charges de famille, les contribuables doivent faire parvenir au Contrôleur du lieu de leur domicile une déclaration indiquant les noms, prénoms, date et lieu de naissance de chacun des enfants à leur charge.

Les déclarations indiquent les impôts sur lesquels sont susceptibles de porter les dégrèvements et le lieu où ces impôts doivent être établis.

Les déclarations sont reçues dans le délai prévu à l'article 123 ci-après relatif à l'impôt général ; elles sont valables tant que leurs indications n'ont pas cessé d'être exactes ; dans le cas contraire, elles doivent être renouvelées dans le délai ci-dessus indiqué.

7° Réclamations. — Contentieux

La procédure de réclamation contentieuse ne peut commencer que lorsque les rôles ont été mis en recouvrement et que le contribuable a reçu ses avertissements. Si le calcul de l'impôt est inexact, ou a été établi sur un bénéfice supérieur à celui déclaré, une pétition ou demande en dégrèvement

partiel doit tout d'abord être adressée par le contribuable au Directeur des contributions directes, dont l'adresse est marquée sur l'avertissement. Cette pétition, faite sur papier libre n'est assujettie à aucune règle de forme ; elle doit être adressée en y joignant l'avertissement, par pli recommandé avec accusé de réception.

Lorsque le Directeur a notifié au contribuable une décision de rejet, ou s'il a gardé le silence pendant plus de six mois, un recours peut être intenté dans le mois devant le Conseil de Préfecture, par dépôt au greffe d'une requête sur papier timbré, adressé par pli recommandé, et à laquelle sera jointe la décision attaquée ou l'avis de réception. Dans cette requête le contribuable pourra entre autres moyens de défense recourir à l'expertise pour établir la base d'imposition. Cette expertise, si elle est demandée, est de droit et ne peut être refusée.

Enfin en cas de rejet de la requête par le Conseil de Préfecture, appel peut-être interjeté dans le mois devant le Conseil d'Etat.

Si la différence entre le bénéfice taxé et le bénéfice déclaré provient d'une décision de la Commission de taxation, nous rappellerons qu'en vertu de l'art. 89 du Code des impôts sur les revenus, il appartient non pas à l'Administration de défendre son chiffre, mais au contribuable d'apporter la preuve de son bénéfice réel. **Cette preuve étant très difficile à fournir, nour croyons donc utile d'attirer l'attention de nos lecteurs sur l'intérêt que présente la défense devant la Commission de la taxion.**

IMPÔTS SUR LES REVENUS. — TAXATION. — BÉNÉFICES NON COMMERCIAUX. — PREUVE A LA CHARGE DU CONTRIBUABLE

Lorsque la Commission de taxation a fixé la base de l'impôt sur les bénéfices non commerciaux et que le contrbiuable n'apporte pas la preuve de son bénéfice réel devant la juridiction administrative, celle ci ne peut modifier la base d'imposition en se fondant sur le fait que la Commission de taxation n'aurait pas fait une appréciation exacte des circonstances de l'affaire.

(Conseil d'Etat, arrêt du 20 janvier 1936.)

PREUVE DU BÉNÉFICE. — PRODUCTION DU LIVRE-JOURNAL (NON)

V. plus haut, page 12, arrêt du Conseil d'Etat du 14 mars 1938.

III. Impôts cédulaires autres que l'impôt sur les bénéfices non commerciaux

1° Impôt sur les traitements, salaires, pensions et rentes viagères

a) Revenus soumis à l'impôt

Code des impôts directs

ART. 60. — Les revenus provenant des traitements publics et privés, des indemnités et émoluments, des salaires, des pensions et des rentes viagères sont assujettis à un impôt annuel.

ART. 61. (*loi du 17 juin 1936*). — Sont affranchis de l'impôt :

1° Les pensions servies en vertu de la loi du 31 mars 1919, à l'exclusion de la partie des pensions mixtes visées à l'article 60, paragraphe 2e, de ladite loi, qui correspond à la durée des services ;

2° La retraite du combattant, instituée par les articles 197 à 199 de la loi du 16 avril 1930 ;

3° Les rentes viagères et allocations temporaires accordées aux victimes d'accidents du travail ;

4° Les rentes viagères servies par application de l'article 96 de la loi du 30 décembre 1938 et de l'article 5 de la loi du 17 septembre 1932 ;

3° Les allocations aux familles nombreuses (sursalaire familial, allocations familiales) versées uniquemnet par des employeurs ou groupements d'employeurs à leur personnel.

b) Des personnes imposables et du lieu d'imposition

ART. 62. — L'impôt est établi au nom des bénéficiaires des revenus imposables et dans la commune où ils sont domiciliés.

Les médecins relèvent en principe de cette cédule pour tous les revenus qu'ils touchent en exécution d'un contrat de louage de services, ou d'un contrat analogue, les liant avec une personne physique ou morale, publique ou privée (1). *Ainsi en est-il notamment des médecins assistants, remplaçants, médecins attachés à un établissement de soins à une Compagnie de navigation, à une Caisse d'assurances sociales, médecins d'hôpitaux, de dispensaires, etc.* (Voir page 3).

MÉDECIN D'HÔPITAL. — MÉDECIN D'UNE COMPAGNIE DE CHEMIN DE FER. — RÉMUNÉRATION RELEVANT DE LA CÉDULE DES TRAITEMENTS ET SALAIRES

Les rémunérations reçues par un médecin en qualité de médecin attaché à une Compagnie de chemin de fer, et de médecin d'hôpital, ont le caractère d'un traitement.

(Conseil d'Etat, arrêt du 9 décembre 1932.)

(1) Voir toutefois page 18.

MÉDECIN AU SERVICE DE DIVERSES COLLECTIVITÉS PUBLIQUES. — ASSUJETTISSEMENT A L'IMPÔT SUR LES TRAITEMENTS ET SALAIRES.

Eu égard au service régulier que le Docteur X... assure comme médecin de l'hôpital, du collège et du dispensaire de la ville de M., les rémunérations fixes qui lui sont allouées par les établissements précités ont le caractère de traitements.

(Conseil d'Etat, arrêt du 27 mai 1935.)

NOTE. — *V. également page 3.*

c) De la base d'imposition

Code des impôts directs

ART. 63. — L'impôt est dû, chaque année, à raison des traitements, indemnités et émoluments, salaires, pensions et rentes viagères dont les intéressés ont bénéficié au cours de l'année précédente.

ART. 64. — Pour la détermination des bases d'imposition, il est tenu compte du montant net des traitements, indemnités et émoluments, salaires, pensions et rentes viagères, ainsi que de tous les avantages en argent ou en nature accordés aux intéressés en sus des traitements, indemnités, émoluments, salaires, pensions et rentes viagères proprement dits.

Ce montant est déterminé sous déduction :

1° Des retenues supportées et des versements effectués pour la constitution de pensions ou de retraites à capital aliéné, dans la limite de 6 p. 100 du montant brut des appointements et sans que la déduction puisse excéder 10.000 francs;

2° Des sommes versées au titre des Assurances sociales ;

3° De l'impôt sur les traitements et salaires, pensions ou rentes viagères afférent à l'année précédente ;

4° Des frais inhérents à la fonction ou à l'emploi lorsqu'ils ne sont pas couverts par des allocations spéciales.

La déduction à effectuer du chef des frais professionnels est forfaitairement fixée à 10 p. 100 du revenu brut après défalcation des retenus ou versements visés aux paragraphes 1er et 2e ci-dessus, sans pouvoir excéder 20.000 francs. Pour les catégories de professions qui comportent normalement un pourcentage de frais plus élevés, le taux et le maximum de la déduction forfaitaire sont fixés par arrêté du ministre des Finances.

Toutefois les intéressés sont également admis à justifier du montant de leur frais réels. (*Décret-loi du 30 octobre* 1935.)

ARRÊTÉ DU MINISTRE DES FINANCES DU 9 JUILLET 1935

Fixant les taux et maximum de la déduction forfaitaire à effectuer du chef des frais professionnels pour l'assiette de l'impôt sur les traitements et salaires dû par les médecins exerçant leur profession en qualité de salariés.

ART. 1er. — En ce qui concerne les médecins qui exercent leur profession en qualité de salariés, le taux de la déduction forfaitaire à effectuer du chef des frais professionnels, pour l'assiette de l'impôt sur les traitements et salaires, reste fixé en principe à 10 p. 100 et le maximum de la déduction à 20.000 francs.

Toutefois, ceux de ces médecins qui exercent leur profession dans des conditions entraînant un pourcentage de frais notoirement plus élevé peuvent obtenir la déduction du montant de leurs frais réels à condition d'en justifier.

Pour ceux qui disposent à la fois de revenus provenant de traitements ou salaires et de bénéfices non commerciaux, les dépenses professionnelles communes aux deux branches de leur activité sont évaluées dans les conditions prévues par l'article 79 du Code général des impôts directs, et une quote-part proportionnelle est imputée aux revenus bruts de chaque catégorie.

(*J. O.*, 10 juillet 1935.)

CALCUL DES FRAIS PROFESSIONNELS DÉDUCTIBLES

1420. — M. Raoul BRANDON expose à M. le ministre des Finances, au sujet de l'impôt sur les traitements et salaires :

a) Que, de l'avis de son département, en ce qui concerne l'impôt sur les traitements et salaires, « à défaut de justifications précises, il doit être fait, dans chaque cas particulier, une évaluation raisonnable des frais professionnels, les intéressés conservant la faculté, s'ils estiment insuffisante la déduction admise par le contrôleur de faire trancher le différend par les tribunaux administratifs ». (*Journal Officiel*, Chambre des députés 1928, question n° 197, p. 2456) ;

b) Mais que, selon « la réponse faite à une question postérieure » (*Journal Officiel*, Chambre des députés, 1932, n° 14682, p. 562), « les énonciations des déclarations produites par les contribuables pour l'établissement de l'impôt général sur le revenu bénéficiaient d'une présomption d'exactitude, et si l'impôt est établi sur un chiffre supérieur à celui du revenu déclaré, c'est, en principe, à l'administration qu'incombe, en cas de réclamation, la charge de la preuve ». (Art. 91 lois codifiées, décret du 15 octobre 1926) et lui demande : 1° Si, et dans quelle mesure, la présomption d'exactitude intervient en faveur du contribuable dans l'appréciation de sa déclaration de frais professionnels ; 2° si, avant l'introduction de l'instance devant les tribunaux administratifs, le contrôleur est tenu de fournir au contribuable la justification précise de sa propre évaluation. (*Question du* 24 *novembre* 1936.)

Réponse. — Les règles relatives à la déduction des frais professionnels en matière d'impôt sur les traitements et salaires ont été modifiées par l'article 64 du décret du 20 juillet 1934 portant réforme fiscale et par l'article 2 d'un décret loi du 30 octobre 1935. En vertu des dispositions contenues dans ces articles, la déduction à effectuer du chef des frais professionnels, pour l'assiette de l'impôt sur les traitements et salaires, est forfaitairement fixée à 10 % du revenu brut, après défalcation des retenues supportées ou des versements effectués pour la constitution de pensions ou de retraites, et des sommes versées au titre des assurances sociales. Toutefois, les intéressés sont également admis à justifier du montant de leurs frais réels. Il s'ensuit que les contribuables salariés n'ont pas à justifier de leurs frais professionnels lorsque le montant de la déduction qu'ils ont effectuée de ce chef n'excède pas 10 % de leur revenu brut. Par contre, lorsque le montant de ladite déduction excède ce pourcentage, le contrôleur des contributions directes est fondé à demander des justifications aux intéressés et, s'il estime insuffisantes celles qui lui ont été fournies, il en est droit, à condition d'en informer préalablement le contribuable et de l'inviter à fournir son acceptation ou ses observations dans un délai de vingt jours, si l'intéressé est passible de l'impôt général sur le revenu (Code général, art. 127), de modifier la réduction effectuée, sans, toutefois, pouvoir la ramener à un chiffre inférieur à 10 % du revenu brut professionnel. Dans ce cas, dès lors, la charge de la preuve incombe au contribuable tant vis-à-vis du contrôleur que, le cas échéant, devant les tribunaux administratifs.

(*J. O.*, 23 avril 1937.)

Déductions. — Versement a une Caisse de prévoyance des sommes déposées

Ne sont pas déductibles de la base de l'impôt sur les traitements et salaires, les versements faits à une Caisse de prévoyance et ayant pour objet de capitaliser les sommes déposées.

(Conseil d'Etat, 29 janvier 1936).

d) Calcul de l'impôt

Art. 65. — Pour le calcul de l'impôt toute fraction de revenu n'excédant pas 100 francs est négligée.

L'impôt ne porte que sur la fraction du revenu net annuel qui excède la somme de 10.000 francs.

Les mutilés titulaires d'une pension d'invalidité ont droit à une déduction supplémentaire de 1.000 francs.

La fraction comprise entre le minimum exempté et 20.000 francs n'est comptée que pour moitié.

Il est fait application du taux réduit fixé à l'article 137 ci-après (*soit* 8 % — *décret-loi du* 12 *novembre* 1938).

Art. 66. — Sur l'impôt calculé comme il est dit à l'article précédent, chaque contribuable a droit à une réduction réglée comme suit :

1° Pour tout contribuable dont le revenu net ne dépasse pas 20.000 francs, 20 p. 100 pour chacun des deux premiers enfants à sa charge et 40 p. 100 pour chaque enfant à sa charge à partir du troisième ;

2° Pour tout contribuable dont le revenu net est compris entre 20.000 et 40.000 francs, 15 p. 100 pour chacun des deux premiers enfants à sa charge et 30 p. 100 pour chaque enfant à sa charge à partir du troisième ;

3° Pour tout contribuable dont le revenu net est supérieur à 40.000 francs, 10 p. 100 pour chacun des deux premiers enfants à sa charge et 20 p. 100 pour chaque enfant à sa charge à partir du troisième.

Le montant total de la réduction accordée en exécution du présent article ne peut dépasser 1.000 francs par enfant à la charge du contribuable (*décret-loi du* 12 *novembre* 1938).

2° Impôt sur les bénéfices commerciaux

Cet impôt n'intéresse qu'indirectement les médecins. Il est applicable à des organismes avec lesquels ils collaborent fréquemment, et dont ils sont souvent les propriétaires, à savoir les cliniques et maisons de santé.

Il résulte en effet de la jurisprudence que les établissements de cette nature, où le malade reçoit, avec les soins médicaux, le logement et la nourriture, sont des entreprises commerciales, qu'elle que soit l'importance du traitement médical, eu égard aux autres fournitures.

Le statut fiscal des cliniques et maisons de santé a été fixé par un arrêt du Conseil d'Etat en date du 28 mars 1928, auquel l'instruction suivante a donné une portée générale :

Instruction du Ministre des Finances du 14 février 1930

Suivant un arrêt du Conseil d'Etat le médecin exploitant une maison de santé dans laquelle il se livre à la pratique de l'art médical, exerce en réalité deux professions : une profession libérale, et une profession commerciale, les revenus pro-

venant de l'établissement correspondant, d'une part au service médical, d'autre part au service des fournitures.

Cette haute Assemblée a ainsi jugé qu'un médecin exerçant dans les conditions visées est passible :

a) De l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales, en ce qui concerne la partie des recettes représentant les honoraires médicaux ;

b) De l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux et par suite de la taxe sur le chiffre d'affaires, en ce qui concerne la partie des recettes afférente aux fournitures.

D'accord avec la Direction générale des Contributions directes, l'Administration estime que, pour la discrimination à établir entre ces deux catégories de recettes, il convient de comprendre exclusivement dans la première les recettes résultant des actes médicaux et opérations chirurgicales et de rattacher à la seconde, non seulement les fournitures hôtelières (logement et repas) mais encore celles afférentes à la surveillance exercée par les gardes, aux soins des infirmiers, à la fourniture de médicaments, en un mot toutes les recettes provenant d'opérations qui ne relèvent pas normalement de l'art médical.

Etant donné que le rapport existant entre les deux catégories de produits ainsi définies est susceptible de varier sensiblement d'un établissement à l'autre, pour diverses causes, telles que notamment la nature du traitement et la réputation du praticien, l'Administration ne saurait fixer ce rapport d'une manière forfaitaire.

Le pourcentage des recettes afférent, d'une part au service médical, d'autre part au service des fournitures, devra donc être dégagé dans chaque cas après entente avec le redevable et le Service des Contributions directes.

Mode d'imposition des cliniques et sanatoriums privés

13.268. — M. René Fayssat demande à M. le Ministre des Finances si un sanatorium privé, appartenant à une société à responsabilité limitée, constituée par une vingtaine d'associés, dirigée par quatre gérants dont deux médecins, doit payer la taxe sur le chiffre d'affaires de 2 % sur les recettes totales, ou peut défalquer de ces recettes les sommes représentant les honoraires médicaux des deux médecins gérants, avant d'acquitter cette taxe. (*Question du* 18 *juin* 1935.)

Réponse. — Selon la jurisprudence du Conseil d'Etat, le médecin qui exploite une clinique ou une maison de santé dans laquelle il se livre à la pratique de son art, exerce deux professions : l'une libérale, l'autre commerciale ; il s'ensuit que si les honoraires touchés par ledit médecin, pour soins médicaux, ne peuvent être frappés, ni de l'impôt sur les bénéfices commerciaux, ni de la taxe sur le chiffre d'affaires, par contre, sont passibles de ces impôts les recettes affférentes aux services et fournitures. Mais cette jurisprudence n'est pas applicable aux entreprises purement commerciales, exploitant une clinique ou une maison de santé. Cotisables à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux pour l'ensemble de leurs profits, ces entreprises sont redevables de la taxe du chiffre d'affaires sur le montant intégral de leurs opérations, sans déduction des honoraires qu'elles payent aux médecins dont elles utilisent le concours ou des sommes qu'elles répartissent à ceux de leurs membres ayant la qualité de médecin. Tel est notamment le cas pour une société à responsabilité limitée exploitant un sanatorium.

(*J. O.*, 15 septembre 1935).

Nous n'avons pas l'intention d'étudier ici tout au long l'impôt sur les bénéfices commerciaux, car une telle étude sortirait de notre cadre. Nous nous bornerons simplement à indiquer les grandes lignes de cet impôt.

En principe il est calculé sur le bénéfice réel, c'est-à-dire sur l'excédent du bilan de l'entreprise. Toutefois le bénéfice imposable peut être fixé forfaitairement lorsque le chiffre d'affaires annuel n'excède pas 300.000 *francs, s'il s'agit de redevables dont le commerce principal est de vendre des marchandises, objets, fournitures et denrées à emporter ou à consommer sur place ou de fournir le logement.*

L'évaluation du bénéfice forfaitaire est faite par l'Administration qui la notifie au contribuable. Celui-ci peut dans les vingt jours formuler ses observations. S'il y a désaccord, l'affaire est soumise à une Commission consultative siégeant au chef-lieu du département. Dans les vingt jours de la notification de la décision de la Commission en question, appel peut être interjeté devant une Commission centrale permanente siégeant au ministère des Finances.

Le contribuable peut demander, par voie contentieuse (c'est-à-dire par pétition au Directeur, recours en Conseil de Préfecture et en Conseil d'Etat) une réduction du forfait qui lui a été assigné, après la mise en recouvrement du rôle. Toutefois il lui appartient d'établir que ce forfait est supérieur au bénéfice que son entreprise peut produire normalement.

Le taux de l'impôt est de 16 % *sur l'intégralité du bénéfice taxable. Toutefois il est réduit à* 8 % *si le bénéfice est inférieur à* 10.000 *francs et à* 4 % *s'il est inférieur à* 5.000 *francs.*

3° Imposition des contribuables disposant de revenus professionnels, provenant de sources différentes

a) Bénéfices commerciaux et bénéfices non-commerciaux

Code des impôts sur le revenu

ART. 100. — Lorsqu'une entreprise industrielle ou commerciale étend son activité à des opérations relevant de la cédule agricole ou de la cédule des professions non commerciales, les résultats de ces opérations, déterminés suivant les règles propres à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux, sont compris dans les bases dudit impôt.

NOTE. — *Cet article vise les cliniques et maisons de santé. Toutefois l'imposition à la cédule des bénéfices commerciaux ne peut avoir lieu que si la clinique, établissement commercial, est l'entreprise principale. Au contraire lorsqu'il ne s'agit que d'un accessoire pour l'exercice de la profession principale de médecin, l'imposition séparée a lieu conformément à l'arrêt du Conseil d'Etat précité* (v. page 17).

b) Traitements et bénéfices non-commerciaux

ART. 101. — Lorsqu'un contribuable dispose à la fois de revenus provenant de traitements publics et privés, indemnités et émoluments, salaires, pensions et rentes viagères ou de bénéfices taxables d'après le même tarif conformément à l'article 23 ci-dessus et de bénéfices de professions non commerciales autres que les bénéfices des charges et offices, il est imposé, pour l'ensemble de ces revenus et bénéfices, déterminés suivant le mode propre à chaque catégorie, sous une cote unique établie au titre de celui des impôts cédulaires auquel correspond le chiffre de revenus le plus élevé.

NOTE. — *Cette disposition règle le cas très fréquent des médecins qui exercent principalement en clientèle privée et louent accessoirement leurs services à dirvers organismes moyennant une rémunération annuelle.*

TRAITEMENTS ET BÉNÉFICES. — CALCUL DU REVENU NET LE PLUS ÉLEVÉ. — FRAIS PROFESSIONNELS. — IMPUTATION SUR LES HONORAIRES. — TRAITEMENT. — DÉDUCTION DE 10 %.

Pour l'application de l'art. 101 du Code des impôts sur les revenus, et en vue de déterminer le montant net du traitement imposable à la cédule des traitements et salaires, il y a lieu de s'en référer à l'art. 64 du Code des impôts directs, et de ne retenir comme frais professionnels qu'une somme égale à 10 % du traitement brut, à moins que le contribuable ne justifie que les frais engagés pour ses fonctions aient été supérieurs à cette somme.

(Conseil d'Etat, arrêt du 21 novembre 1938.)

IV. Contribution nationale extraordinaire

Décret-loi du 12 *novembre* 1938
modifiée par la loi du 31 *décembre* 1938

ART 1er. — **Il est institué pour l'année 1939 une contribution nationale, extraordinaire et progressive.**

Cette contribution se compose de deux éléments, à savoir :

1° Un prélèvement sur les revenus professionnels des personnes physiques et des personnes morales ;

2° Un prélèvement sur le revenu global de tout contribuable assujetti à l'impôt général sur le revenu.

ART. 2. — Sont soumis à la contribution nationale à titre de revenus professionnels :

1° Les bénéfices des professions commerciales, industrielles et artisanales ;

. . . .

3° Les revenus provenant des traitements publics et privés, des indemnités et émoluments, des salaires, des pensions et des rentes viagères ;

4° Les bénéfices des professions libérales, des charges et offices et de toutes occupations, exploitations lucratives et source de profits visés à l'article 78 du Code général des impôts directs.

ART. 3. — **Le taux de la contribution nationale est fixé à 2 p. 100.**

ART. 4. — En ce qui concerne les bénéfices industriels et commerciaux et les bénéfices des professions non commerciales, la contribution nationale est établie par voie de rôles d'après les bénéfices servant de base aux impôts cédulaires.

. . . .

Les contribuables exerçant une profession libérale dont les bénéfices sont exempts de l'impôt cédulaire comme n'atteignant pas 10.000 francs devront, pour l'assiette de la contribution nationale, produire la déclaration prévue à l'article 84 du Code général des impôts directs. Ils seront, pour cette déclaration, soumis aux dispositions des articles 86 à 91 du même code.

. . . .

ART. 6. — En ce qui concerne les traitements publics et privés, indemnités, émoluments et salaires, pensions et rentes viagères, la contribution nationale sera perçue, soit par voie de rôles, soit par voie de retenue opérée pour le compte du Trésor par l'employeur ou le débirentier sur le montant des sommes versées au titre de la période d'application de la contribution.

Sont étendues à ladite contribution les exonérations à l'impôt sur les traitements, salaires et

pensions prévues à l'article 61 du Code général des impôts directs. De même, seront exonérées les allocations, y compris celles de chômage, indemnités et prestations servies sous quelque forme que ce soit, par l'Etat, les collectivités et les établissements publics en application de lois et décrets d'assistance et d'assurance.

Sont également exonérés, lorsque, totalisés, s'il y a lieu, ils n'ont pas atteint, au cours de l'année, 6.000 francs pour un même bénéficiaire, les traitements, indemnités, émoluments, salaires, pensions et rentes viagères, ainsi que les bénéfices des professions industrielles, commerciales et ceux des professions artisanales et assimilées, visées par l'article 23 du Code général des impôts directs.

Cette limite est portée à 8.000 francs pour le contribuable qui a deux enfants à la charge ladite somme étant augmentée de 2.000 francs, par enfant à charge supplémentaire.

Indépendamment des exonérations prévues ci-dessus, les revenus annuels des assurés sociaux n'excédant pas 10.000 francs ne sont taxés que sur la fraction dépassant 7.000 francs. D'autre part, n'entrent pas en compte, pour l'assiette de la contribution, les traitements attachés à la Légion d'honneur et à la médaille militaire.

Dans le cas de perception par voie de retenue à la source, les employeurs ou débirentiers qui n'auront pas effectué dans les délais prescrits les versements dont ils seront responsables ou qui n'auront fait que des versements insuffisants seront personnellement redevables des droits non versés, majorés de 25 p. 100. Un décret fixera les modalités d'application des dispositions du présent article, et notamment les conditions dans lesquelles les cotisations inférieures à un minimum déterminé pourront être établies forfaitairement.

ART. 7. — Pour l'année 1939, il sera établi, au titre de la contribution nationale, au nom de tout redevable d'une cote d'impôt général sur le revenu, une imposition distincte et supplémentaire égale au tiers de ladite cote.

V. Divers

1° Certificats médicaux exempts de timbre

Les certificats de maladie délivrés par les médecins sont, en principe assujettis au timbre de dimension, en vertu de l'article 12 de la loi du 13 brumaire an VII qui atteint d'une manière générale, tous les actes ou écritures susceptibles de faire titre ou d'être produit pour justification. *Toutefois*, sont exemptés de cet impôt notamment :

1° Les certificats délivrés aux fonctionnaires par le médecin assermenté de leur Administration (loi du 13 brumaire an VII, art. 16).

2° Les certificats délivrés par les médecins assermentés ou non, quand ces documents concernent des agents accomplissant un service actif de l'Etat (art. 16 de la loi du 29 mars 1897).

3° Les certificats délivrés par les médecins sur la réquisition des agents de l'autorité administrative ou judiciaire ou de la force armée (loi du 13 brumaire an VII, art. 16).

4° Les certificats délivrés sur la demande des particuliers lorsque ces particuliers se munissent au préalable d'une réquisition de l'une des autorités chargées de concourir à la répression des crimes et des délits.

5° Les certificats de maladie, de guérison ou d'infirmités et tous certificats faits en vertu et pour l'exécution de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents de travail (art. 29 de cette loi) ;

6° Les certificats ayant pour objet le service de l'assistance aux familles nombreuses (loi du 14 juillet 1913, art. 6 et 10) :

7° Les certificats relatifs au service de l'assistance médicale gratuite (loi 15 VII, 1893, art. 32)

8° Les certificats ayant exclusivement pour objet le service de l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources (loi 14 VII 1905, art. 36 et 38) ;

9° Les certificats relatifs au service des enfants assistés, des enfants maltraités ou normalement abandonnés (loi des 24 juillet 1889, art. 17, 21, 25, 27 juin 1904, art. 54 et 28 juin 1903, art. 2.)

10° Les certificats ou attestations fournis aux Compagnies d'assurances par leurs médecins délégués à titre de simple renseignement d'ordre intérieur et à la condition qu'ils ne puissent pas, en vertu de la police, constituer un titre opposable à l'assuré (loi du 13 brumaire an VII, art. 16) ;

11° Les certificats relatifs à l'exécution de la loi du 11 juillet 1868, portant création de deux Caisses d'assurances, l'une en cas de décès et l'autre en cas d'accidents résultant de travaux agricoles ou industriels (art. 19 de cette loi) ;

12° Les certificats relatifs à l'exécution des lois des 18 juin 1850 et 20 juillet 1886 sur la Caisse nationale des retraites pour lavieillesse (lois des 18 VI 1850, art. II et 20 VII 1886, art. 24) ;

13° Les certificats relatifs aux procédures visées par les art. 13 et 14, 26 et 27 de la loi du 29 juin 1894, sur les Caisses de secours et de retraite aux ouvriers mineurs ;

14° Les certificats concernant l'exécution de la loi sur les retraites ouvrières et paysannes (loi du 5 avril 1910 et décret du 25 mars 1911) ;

15° Les certificats délivrés par les médecins des hôpitaux aux malades qu'ils ont soignés (décret du 7 octobre 1898) ;

16° Les certificats délivrés à un militaire par un médecin civil pour obtenir une prolongation de congé ou une saison aux eaux thermales (loi du 13 brumaire, an VII, art. 16) ;

17° Les certificats délivrés à des réservistes pour constater leur impossibilité physique de répondre à un ordre d'appel pour une période d'instruction (loi du 13 brumaire an VII.)

18° Les certificats relatifs à l'exécution des lois des 21 avril 1898 et du 29 décembre 1905 ayant pour objet la création d'une Caisse de prévoyance entre les marins français contre les risques et accidents de leur profession (loi des 21 avril 1898 et 29 décembre 1905, art. 26);

19° Les permis d'inhumer prescrits par l'art. 77 du Code civil (art. 16 de la loi du 13 brumaire an VII) ;

20° Les certificats ayant exclusivement pour objet la protection des Pupilles de la Nation (loi du 27 juillet 1917, art. 31) ;

21° Les certificats délivrés en exécution de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires ;

22° Les certificats faits pour l'exécution des art. 6 et 26 de la loi du 1er avril 1923, sur le recrutement de l'armée (art. 26 de cette loi) ;

23° Les certificats délivrés aux membres participants des sociétés de secours mutuels régulièrement approuvées ou reconnues d'utilité publique (loi du 1er avril 1898, art. 19 et 33) ;

24° Les certificats délivrés en temps de guerre aux consommateurs privilégiés (malades ou enfants) pour l'exécution des dispositions réglementaires relatives au ravitaillement de la population (loi du 13 brumaire an VII, art 16) ;

25° Les certificats pour justifier l'absence des enfants de l'école primaire ou pour obtenir leur réintégration (loi du 13 qrumaire an VII.)

26° Les certificats délivrés aux témoins cités dans une instance criminelle (loi du 13 brumaire an VII, art, 16) ;

27° Les certificats d'aptitude des nourrices (loi du 23 décembre 1874) ;

28° Les certificats rédigés en exécution de la loi du 12 juin 1893 sur la sécurité des travailleurs (art. 11 de cette loi) ;

29° Les certificats d'aptitude physique pour le travail des enfants dans les établissements industriels (loi du 2 novembre 1892, art. 2) ;

30° Les certificats de vaccination ou de revaccination prescrits par la loi du 15 février 1902 (loi du 13 brumaire an VII, art. 16, n° 1) ;

31° Les certificats de revaccination prescrits par le ministre de l'Instruction publique ;

32° Les certificats de vaccination antidiphtérique remis d'office par les médecins des hôpitaux, en conformité des instructions du département de la Santé publique, aux parents dont les enfants ont reçu les trois injections complémentaires d'anatoxine (décret du ministre des Finances du 13 août 1931) ;

33° Les certificats médicaux délivrés pour l'exécution de la loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales ;

Tous ces certificats, pour bénéficier de l'exemption, doivent être revêtus d'une mention précisant leur destination.

2° Taux des droits de timbres-quittances

Décret-loi du 12 *novembre* 1938

0 fr. 60 quand les sommes n'excèdent pas 100 francs.

1 fr. 20 quand les sommes sont comprises entre 100 et 1.000 francs.

2 fr. 40 entre 1.000 et 10.000 francs.

4 fr. 80 entre 10.000 et 50.000 francs.

Et au delà 2 fr. 40, en sus par nouvelle fraction de 50.000 francs.

3° Quittances exemptes de timbre

Les quittances des médecins sont, en principe, passibles du droit de timbre gradué ;

Toutefois, elles peuvent en être exemptées lorsqu'elles entrent dans l'une ou l'autre des catégories d'actes suivantes :

1° Actes faits ou rendus en vertu et pour l'exécution de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail (art. 15 et 29 de cette loi) ;

2° Actes ayant exclusivement pour objet le service de l'Assistance aux familles nombreuses (Loi du 14 juillet 1913 art. 10).

3° Actes exclusivement relatifs au service de l'Assistance médicale (Loi du 15 VII 1893 art. 32)

4° Actes faits en vertu de la loi du 14 juillet 1905 et ayant exclusivement pour objet le service de l'assistance aux vieillards, aux infirmes, et aux incurables (art. 36 et 38 de cette loi).

5° Pièces exclusivement relatives à l'exécution de la loi du 11 juillet 1868 portant création de deux caisses d'assurances, l'une en cas de décès et l'autre en cas d'accidents résultant de travaux agricoles et industriels (art. 19).

6° Actes faits en vertu des lois des 24 juillet 1889, du 19 avril 1898 et du 27 juin 1904 et exclusivement relatifs au service des enfants assistés (art. 18 de la loi du 24 juillet 1889 et 54 de la loi du 27 juin 1904).

7° Actes ou reçus établis en vertu du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales.

Pour bénéficier de l'exemption, tous ces reçus doivent être revêtus d'une mention, précisant leur destination et l'objet qui motive l'exemption.

Lorsque les quittances sont soumises au timbre ceux-ci doivent être régulièrement oblitérés par l'inscription à l'encre de la date et de la signature du médecin.

Le Gérant : R. THIRON — CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

SUPPLÉMENT MENSUEL — N° d'ordre : 21 — FÉVRIER 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

DOCUMENTATION PROFESSIONNELLE PERMANENTE

DU MÉDECIN PRATICIEN

ASSURANCES SOCIALES — II. Maternité-Contrôle

(professions non agricoles)

SOMMAIRE

• BULLETIN DU MOIS •

Le régime de l'Assurance-Maternité
Le contrôle dans les Assurances sociales

Continuant l'étude du régime des assurances sociales, que nous avions commencée par le nº 20 sur l'assurance-maladie, nous consacrons le supplément de ce mois à l'assurance-maternité et au contrôle, dont les dispositions sont communes à ces deux branches de l'assurance sociale. Il nous restera encore à examiner dans un prochain supplément deux régimes d'exception que nous avons laissé de côté jusqu'à présent, à savoir le régime de l'assurance agricole, et le régime des assurés-assistés.

L'assurance-maternité comporte au point de vue médical de nombreuses ressemblances avec le régime de l'assurance-maladie. Aussi cette première partie renvoie-t-elle à plusieurs reprises au supplément nº 20. Mais les prestations à la charge de la Caisse, et les conditions pour y avoir droit, présentent des différences sensibles, sur lesquelles nous voulons quelque peu insister, et dont les dispositions ont été profondément modifiées, dans un sens libéral et favorable aux assurés, par le décret-loi du 14 *juin* 1938.

Tout d'abord les conditions requises pour bénéficier des prestations sont plus sévères que celles de l'assurance-maladie. Les périodes de référence à considérer sont les quatre trimestres civils précédant l'accouchement, et une cotisation de 15 *francs doit avoir été versée durant le premier de ces trimestres. Toutefois le décret-loi a quelque peu assoupli cette exigence en ce qui concerne les grossesses successives, et les assurées dont le travail présente un caractère saisonnier. En second lieu, l'assurée doit, sous peine de sanctions, se soumettre aux prescriptions de la loi et du règlement intérieur (déclaration quatre mois avant la date présumée de l'accouchement — repos — visites pré et post-natales — consultation de nourrissons). Là encore le décret-loi du* 14 *juin* 1938 *a supprimé fort heureusement l'ancienne déchéance automatique des prestations en argent, et laisse aux Caisses un pouvoir d'appréciation*

La particularité principale des prestations en nature est leur caractère forfaitaire, indépendant des frais réellement exposés, et englobant toute la période pré et post-natale. Toutefois le forfait n'est pas unique : il y a le forfait normal, le forfait pour accouchement plural ou dystocique, et le forfait hospitalisation (introduit par le décret-loi du 14 *juin* 1938*). Enfin, en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques le forfait disparaît et est remplacé par le régime de l'assurance-maladie. Signalons, d'autre part, qu'aux termes du règlement intérieur type le prix des consultations pré ou post-natales est déduit du forfait au cas où ces consultations sont organisées et mises gratuitement par les Caisses à la disposition des assurées, afin de ne pas porter atteinte au libre-choix du praticien.*

Le contrôle, en matière d'assurances sociales, est triple : contrôle de l'assuré, contrôle du médecin, contrôle de l'assurance. Chaque branche a son organisation et ses juridictions spéciales (médecin contrôleur, commission technique et d'arrondissement, contrôle technique syndical, conseils de famille et commission supérieure, commission régionale et Ministère du travail). A la vérité, cette indépendance que la loi présente comme absolue est loin d'être respectée en pratique. Les syndicats médicaux ne pouvant organiser un corps permanent de médecins-contrôleurs techniques, c'est en réalité les médecins des Caisses qui exercent la première phase de ce contrôle du praticien, à savoir le dépistage des abus, et c'est sur leur rapport que la Caisse déclenche ensuite l'action du syndicat. D'autre part, si le décret d'administration publique prévoit que le médecin contrôleur ne peut s'immiscer dans les rapports entre le malade et le médecin traitant, cette interdiction reste en réalité plutôt platonique, le refus ou l'octroi des prestations, qui dépendent du médecin contrôleur, ne pouvant manquer d'influencer l'assuré, par suite le médecin traitant. Ceci est tellement vrai que, lors du dernier Congrès des Unions régionales d'assurances sociales, l'abrogation de cette disposition du règlement, considérée comme inapplicable, a été formellement demandée.

Le contrôle de l'assurance, c'est-à-dire de l'organisation des rapports entre Caisse, Corps médical et assuré, est confié à une Commission tripartite avec appel devant le Conseil supérieur et recours devant le Conseil d'Etat. A notre avis le rôle de cette Commission est encore trop restreint, et devrait être capital dans le fonctionnement de l'assurance. Nous considérons en effet que les rapports entre Caisse et Corps médical dans son ensemble (y compris les établissements de soins) devraient être régis obligatoirement par une même convention collective. Au cas où cette convention ne pourrait être conclue par accord entre les parties, il devrait appartenir à la commission régionale de jouer le rôle de commission de conciliation et s'il y a lieu d'arbitrage, comme en matière de législation sociale générale.

En outre de ce contrôle juridictionnel, l'assurance est soumise au contrôle du Ministère du Travail qui approuve ses règlements intérieurs, peut dans certains cas substituer sa décision à celle de la Caisse en matière de tarifs de responsabilité, et prendre la défense des assurés contre leur Caisse devant la Commission d'arrondissement dans un intérêt de principe. Cette innovation du décret-loi du 14 *juin* 1938 *montre qu'il existait une lacune dans la loi, lacune qui n'est d'ailleurs pas encore comblée : le contrôle de l'assurance par l'assuré.*

Jean MIGNON.

ASSURANCES SOCIALES

(*maternité - contrôle*)

I. Assurance-maternité

A) Conditions pour avoir droit aux prestations

1° Immatriculation

V. supplément n° 20, pages 3 et 6. V. également ci-dessous cotisations.

2° Cotisations

a) Principe

Décret-loi du 28 *octobre* 1935 *modifié par celui du* 14 *juin* 1938

ART. 9. § 6. — **Pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations visées aux paragraphes 1er, 2, 4 et 5 ci-dessus, l'assurée ou le conjoint de la bénéficiaire doit avoir subi sur son salaire une retenue d'au moins 60 francs au cours des quatre trimestres civils précédant celui de l'accouchement, dont 15 francs au moins durant le premier de ces trimestres.** Est considérée comme ayant subi une retenue de 15 francs durant le premier desdits trimestres l'assurée qui, en raison d'un précédent état de grossesse l'ayant obligée de cesser le travail au cours de cette période, ne peut justifier de la retenue susvisée, mais qui a été immatriculée avant le second des trimestres à considérer.

Toutefois, les assurées ou les assurés qui, en raison du caractère saisonnier de leur profession, ne travaillent pas habituellement d'une façon régulière au cours de chaque trimestre et qui, de ce fait, bien qu'ayant subi une retenue d'au moins 60 francs au cours des quatre trimestres civils précédant celui de l'accouchement n'ont pas subi, pendant le premier de ces quatre trimestres, la retenue minimum de 15 francs ouvrant droit aux prestations de l'assurance-maternité, ne sont pas déchus du droit à ces prestations s'ils font la preuve :

1° Que l'insuffisance de versements au cours du premier des quatre trimestres susvisés est imputable au caractère saisonnier de la profession qu'il exercent ;

2° Qu'ils ont subi sur leur salaire une retenue de 15 francs au moins durant le premier des cinq trimestres civils ou, à défaut, le premier des six trimestres civils précédant celui de l'accouchement.

Pour l'appréciation des droits de l'assurée ou de la femme de l'assuré, les dispositions de l'article 7, paragraphe 6, s'appliquent.

NOTES. — 1° *Voici les motifs et le sens de la réforme opérée par le décret-loi du* 14 *juin* 1938, *d'après les termes de son rapport préliminaire* :

Il arrive qu'une assurée, du fait d'une précédente grossesse, ne peut justifier d'une retenue de 15 francs au cours du premier des trimestres de référence. Ce sera le cas de l'assurée qui, à cette époque, ne remplissait pas les conditions pour bénéficier des prestations maternité et n'a pu, par suite, être l'objet du versement à son compte de la cotisation forfaitaire de 24 francs prévue au paragraphe 9 dudit article 9, cotisation que versent les organismes d'assurance pour les assurées ayant droit à l'indemnité journalière de repos en cas d'accouchement.

En vue de remédier à cet inconvénient, il a paru équitable d'assimiler les assurées dont il s'agit à celles qui ont subi la retenue susvisée de 15 francs lorsque, par suite d'un précédent accouchement, les premières ont été obligées de cesser le travail durant le premier des quatre trimestres de référence et ne peuvent justifier pour cette raison de ladite retenue.

2° *Les dispositions de l'art.* 7, § 6 *consistent en ce que, pour le calcul des cotisations au compte de l'assurée, il est fait état des cotisations forfaitaires prévues en cas de chômage, de maladie indemnisée, d'accidents du travail, ou de grossesse antérieure. Pour les premiers cas, V. supplément n°* 20, *p.* 4. *Pour la dernière hypothèse, v. plus bas : prestations en espèces, p.* 7.

b) Versements rétroactifs des cotisations

Décret-loi du 28 *octobre* 1935 *modifié par celui du* 14 *juin* 1938

ART. 9, § 10. — **Les prestations en nature et en argent de l'assurance maternité ne sont allouées par la Caisse que si les cotisations exigées en vertu du paragraphe 6 du présent article ont été acquittées avant la réalisation du risque, à savoir :**

« 1° Si la double contribution minima afférente au premier des quatre trimestres civils précédant celui de l'accouchement a été versée dans le premier mois du second de ces trimestres ;

« 2° Si la double contribution minima afférente aux deuxième, troisième et quatrième trimestres civils précédant celui de l'accouchement a été acquittée dans le premier mois du trimestre où a lieu cet accouchement ;

« 3° Si le précompte correspondant au salaire perçu pendant les deuxième et troisième trimestres civils précédant celui de l'accouchement a été effectué dans les conditions prévues à l'article 2 du présent décret.

« **Toutefois, le bénéfice de l'article 21 (§ 5) ci-après est accordé, le cas échéant, dans les conditions et sous les réserves prévues par ladite disposition.** »

ART. 21. § 5. — En ce qui concerne les assurés qui ne peuvent bénéficier des dispositions ci-dessus, le versement des cotisations arriérées augmentées des intérêts de retard, n'ouvre pas droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès pour des risques dont la réalisation s'est produite avant ce versement. Toutefois, si l'ouvrier ou l'employé justifie de sa qualité d'assuré et s'il produit les pièces prévues par l'article 44 A du livre 1er du code du travail sur lesquelles doit figurer le montant de la rémunération gagnée par lui et le montant des déductions opérées sur cette rémunération, la Caisse à laquelle il est affilié ne peut lui refuser le bénéfice des prestations corres-

pondant aux retenues constatées sur lesdites pièces si l'intéressé s'est soumis en temps utile à son contrôle.

Les cotisations arriérées augmentées des intérêts de retard ne sont valables pour l'obtention du minimum garanti prévu à l'article 2, que si elles ont été acquittées dans le délai de cinq ans suivant la date de leur exigibilité.

NOTE. — *Voici comment s'explique à ce sujet le rapport préliminaire du décret-loi.*

L'article 21 § 5 du décret-loi du 28 octobre 1935 pose en principe que le versement des cotisations arriérées augmentées des intérêts de retard. n'ouvre pas droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès, pour des risques dont la réalisation s'est produite avant ce versement.

L'application de ce principe ne soulève pas de difficulté en ce qui concerne les assurances maladie et invalidité.

....

Il n'en est pas de même en ce qui concerne les assurances maternité et décès.

Pour l'assurance maternité, les cotisations minima donnant droit aux prestations sont, d'une part, celles du premier des quatre trimestres civils qui précèdent celui de l'accouchement, d'autre part, celles des trois autres trimestres. L'employeur dispose légalement d'un délai de dix jours à l'expiration de chaque trimestre pour verser les cotisations correspondant au trimestre précédent et il n'est astreint au payement des intérêts de retard qu'à compter de la fin du mois où l'acquittement était exigible.

Comment concilier ces dispositions avec les prescriptions de l'article 21 § 5.

Quelle signification convient-il d'attacher à ces termes « réalisation du risque » appliqués à la maternité ?

Doit-on les interpréter comme se rapportant au début de la grossesse, ou au contraire à la survenance de l'accouchement ?

Or, le début de la grossesse pourra être à la fois postérieur au premier des trimestres de versement devant servir de base à la détermination du droit aux prestations, et antérieur à la date à laquelle doivent être acquittées normalement les cotisations afférentes à ce trimestre. Par ailleurs, les cotisations des 2e, 3e et 4e trimestres précédant l'accouchement ne peuvent être versées qu'au cours de la grossesse, et même elles peuvent être acquittées normalement en ce qui concerne celles du 4e trimestre, dans les dix jours suivants, alors que l'accouchement peut survenir dans ces dix jours avant le payement effectif des cotisations dues.

En vue de résoudre ces difficultés, et d'éviter que les assurés ne se trouvent privés du droit aux prestations-maternité lorsque les cotisations minima ont été payées dans les délais légaux, il a paru indispensable de préciser les délais après lesquels le versement tardif de ces cotisations, même avec les intérêts de retard, ne pourrait plus être considéré comme effectué en temps utile, pour l'ouverture du droit aux prestations.

Règlement intérieur-type

(*Arrêté ministériel du* 30 *janvier* 1937)

ART. 58. § 2. — L'assurée ou le conjoint de la bénéficiaire doit présenter, pour obtenir les prestations, les attestations détachées des feuillets trimestriels correspondant aux périodes susvisées.

L'assurée ou le conjoint de la bénéficiaire, qui n'est pas en possession des attestations de versements susvisés, mais qui a cependant été l'objet du précompte sur son salaire doit présenter, à l'appui de sa demande de prestations, outre sa carte d'immatriculation, les pièces prévues à l'art. 44 a) du livre 1er du Code du travail, sur lesquelles doit figurer le montant de la rémunération touchée par elle ou par lui, et le montant des déductions opérées sur cette rémunération.

3° Observations des formalités légales ou réglementaires

Décret-loi du 28 *octobre* 1935 *modifié par celui du* 14 *juin* 1938

ART. 9. § 7.— **Sous peine d'encourir les sanctions** qui seront fixées au règlement d'administration intérieure et qui, pour les assurées, peuvent aller jusqu'à la déchéance du droit aux indemnités journalières et aux primes d'allaitement, l'intéressée doit :

« **1° Justifier, auprès de la Caisse d'assurance, de la première constatation de la grossesse par un médecin ou une sage-femme, quatre mois au plus tard avant la date présumée de l'accouchement ;**

« **2° Se conformer aux prescriptions indiquées par la Caisse d'assurance dans son règlement intérieur,** en ce qui concerne notamment les visites prénatales et post-natales, la fréquentation régulière des consultations maternelles ou des consultations de nourrissons.

NOTE : *Voici comment s'exprime à ce sujet le rapport préliminaire du décret-loi du* 14 *juin* 1938, *qui a atténué les rigueurs primitives du décret-loi de* 1935 :

Le texte légal a prévu, à juste raison, des sanctions sévères pour les assurées ou les femmes d'assurés qui ne se soumettraient pas, au moment de leur grossesse et de leur maternité, aux prescriptions médicales exigées par le règlement intérieur de leur Caisse maladie-maternité.

Toutefois, l'expérience des Caisses dont la Fédération nationale a fait état prouve que ces sanctions gagneraient en certains cas à être assouplies et adaptées aux circonstances. Aussi, il paraît possible de laisser aux Caisses la liberté de fixer ces sanctions dans leur règlement intérieur.

Règlement intérieur-type

(*Arrêté du* 30 *janvier* 1937)

ART. 61. — Dès qu'elle a connaissance certaine de son état, et au plus tard quatre mois avant la date présumée de l'accouchement l'assurée ou la femme de l'assuré justifie de son état par un certificat du médecin ou de la sage-femme. La Caisse lui délivre alors une feuille de maternité et lui remet une notice indiquant les prescriptions auxquelles elle est tenue de se soumettre avant et après l'accouchement pour sauvegarder son droit aux prestations. Ces prescriptions sont les suivantes :

L'intéressée devra justifier qu'elle a subi... visites prénatales et.. visites postnatales, et qu'elle s'est rendue chaque... à une consultation maternelle ou à une consultation de nourrissons.

....

Au plus tard dans les trois jours suivant l'accouchement, l'intéressée fait parvenir à la Caisse un certificat d'accouchement signé de la sage-femme ou du médecin accoucheur.

DROIT AUX PRESTATIONS. — ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

3.994. — M. BONNEVAY demande à M. le ministre du Travail : Si les prestations en argent ne sont dues à l'assurée en matière d'assurance-maternité qu'autant que la première constatation de la grossesse est antérieure d'au moins quatre mois à l'accouchement, ou si elles sont dues, même lorsque l'accouchement est survenu moins de quatre mois après la première constatation de la grossesse, si le médecin atteste que l'accouchement a été prématuré et que la première constatation de la grossesse a été faite quatre mois avant la date présumée de l'accouchement. (*Question du* 20 *juin* 1937.)

RÉPONSE. — Aux termes de l'article 9, paragraphe 7, du décret-loi du 28 octobre 1935, l'assurée doit, sous peine de déchéance aux prestations en argent de l'assurance-maternité, justifier auprès de sa Caisse primaire de la première constatation de sa grossesse par un médecin ou une sage-femme quatre mois au moins avant la date présumée de l'accouchement. Il résulte de ce texte que, si l'accouchement est prématuré, le fait qu'il se produit moins de quatre mois après que l'assurée a justifié de sa grossesse, ne peut entraîner la déchéance de l'intéressée, si la déclaration est intervenue quatre mois au moins avant la date présumée de l'accouchement, telle que cette date résulte de l'attestation du médecin ou de la sage-femme. (*J. O.*, du 22 août 1937).

FORMALITÉS DE DÉCLARATION. — INOBSERVATION. — CAUSE. — FORCE MAJEURE — DÉCHÉANCE (NON).

La Caisse ne peut invoquer la déchéance de l'assuré, résultant de l'inobservation des formalités de déclaration dudit décret et des prescriptions de son propre règlement intérieur, lorsque l'assuré a été par force majeure dans l'impossibilité de faire en temps voulu la déclaration de maladie (qu'il a d'ailleurs effectuée ultérieurement), alors surtout qu'il n'a tenu qu'à la Caisse d'exercer son contrôle médical sur une maladie qu'elle a connue dès l'origine.

(Cass. ch. soc., 20 octobre 1938.)

ABSENCE DE DÉCLARATION. — SANCTION. — DÉCHÉANCE DES PRESTATIONS EN ARGENT. — PAS DE DÉCHÉANCE DES PRESTATIONS EN NATURE

Le droit aux prestations en nature, en cas d'assurance-maternité, n'est pas subordonné à une déclaration faite dans un certain délai et il s'ouvre, si les cotisations requises ont été versées, par la première constatation médicale de la grossesse, laquelle peut être l'accouchement, si celui-ci n'a pas été précédé de troubles nécessitant des soins médicaux et pharmaceutiques.

Il importe peu, en pareil cas, que le règlement intérieur de la Caisse d'assurance impose à l'assuré une déclaration dans un certain délai, un règlement intérieur, même calqué sur un règlement type, ne pouvant prévaloir sur les dispositions de la loi.

(Trib. civ. de La Rochelle, 20 avril 1932.)

4° Affiliation à une Caisse

LES PRESTATIONS SONT A LA CHARGE DE LA CAISSE D'AFFILIATION AU JOUR DE LA DEMANDE.

1.637. — M. REILLE-SOULT expose à M. le ministre du Travail qu'une assurée, immatriculée depuis plusieurs années et qui a toujours régulièrement cotisé, change de Caisse le 1er juillet 1936, accouche pendant le quatrième trimestre 1936, et demande si c'est à la nouvelle ou à l'ancienne Caisse de l'assurée qu'incombera la charge de l'accouchement et des primes d'allaitement, étant donné que l'ancienne Caisse détient, dans le premier des quatres trimestres, 30 francs de versements (double cotisation), et que la nouvelle a, dans le troisième trimestre (juillet, août et septembre), 120 francs de cotisation, et ajoute que si c'était le premier des quatre trimestres qui conditionne les prestations maternité, l'ancienne Caisse aurait à payer ces prestations jusqu'en décembre 1937 (dernière prime d'allaitement) pour une assurée radiée le 1er juillet 1936 et accouchant en juin 1937. (*Question du* 11 *décembre* 1936.)

Réponse. — Les prestations maternité sont toujours servies par la Caisse à laquelle l'assuré ou l'assurée est affilié lors de la demande. Mais, par application de l'article 114 du règlement d'administration publique du 19 mars 1936, cette Caisse n'en supporte la charge que si, vis-à-vis d'elle, les conditions de versements fixées à l'article 9 du décret-loi du 28 octobre 1935 sont remplies, c'est-à-dire si l'intéressé a cotisé chez elle pendant les quatre trimestres civils antérieurs à l'accouchement et s'il a subi pendant ces trimestres les retenues exigées. Lorsque les conditions légales ne sont pas remplies au regard de la nouvelle Caisse, les prestations sont servies pour le compte de la Caisse maladie-maternité à laquelle l'assuré ou l'assurée était inscrit en dernier lieu ; cette Caisse doit en assumer la charge, quelle qu'ait été la durée de la période pendant laquelle elle a bénéficié de l'affiliation.

(*J. O.*, 13 janvier 1937.)

B) Les prestations

1° Les prestations en argent

a) Indemnité journalière

Décret-loi du 28 *octobre* 1935

Art. 9. — ....

§ 2. — Six semaines avant la date présumée de l'accouchement et six semaines après, l'assurée reçoit l'indemnité journalière visée au paragraphe 6 ci-après, à condition de cesser tout travail salarié durant la période indemnisée et au moins pendant six semaines.

Règlement d'administration publique du 19 *mars* 1936

Art. 23. § 1. — L'indemnité prévue à l'art. 9, § 2 du décret-loi est allouée même si l'enfant n'est pas né vivant.

Règlement intérieur-type (*arrêté du* 30 *janvier* 1937)

Art. 59. — La Caisse garantit, en cas de maternité dans les conditions prévues par le décret-loi du 28 octobre 1935 :

....

b) A l'assurée, le payement d'une indemnité journalière de repos, égale à l'indemnité journalière de maladie éventuellement majorée d'un franc par enfant à charge, pendant les six semaines qui précèdent et les six semaines qui suivent l'accouchement. Cette indemnité est déterminée d'après les cotisations afférentes au premier des quatre trimestres de référence visées à l'article 58 ci-dessus.

Indemnités en espèces. — Assuré ayant cessé de travailler avant sa maladie. — Refus des prestations. — Refus non fondé.

Le droit aux indemnités journalières n'est pas subordonné à la condition que l'interruption ou la cessation du travail aient été causés par la maladie même qui donne lieu aux prestations. Les indemnités sont dues, si, du fait de cette maladie, l'assuré est dans l'incapacité, soit de continuer son travail, soit de le reprendre à cause de son état physique.

(Cour de cassation, ch. civ., 21 juillet 1937).

Barème des Indemnités Maternité

(*Arrêté du* 29 *juin* 1938)

NUMÉRO de catégorie	SALAIRE moyen de base	INDEMNITÉ journalière	MONTANT de la cotisation globale versée pendant le premier des trimestres civils compris dans la période de référence
	francs	francs	francs
1	6 »	3 »	De 30 » à moins de 42 »
2	8 »	4 »	42 » — 54 »
3	10 »	5 »	54 » — 66 »
4	12 »	6 »	66 » — 78 »
5	14 »	7 »	78 » — 90 »
6	16 »	8 »	90 » — 102 »
7	18 »	9 »	102 » — 114 »
8	20 »	10 »	114 » — 126 »
9	22 »	11 »	126 » — 138 »
10	24 »	12 »	138 » — 150 »
11	26 »	13 »	150 » — 162 »
12	28 »	14 »	162 » — 174 »
13	30 »	15 »	De 174 » à moins de 186 »
14	32 »	16 »	186 » — 190 »
15	34 »	17 »	198 » — 210 »
16	36 »	18 »	210 » — 222 »
17	38 »	19 »	222 » — 234 »
18	40 »	20 »	234 » — 246 »
19	42 »	21 »	246 » — 258 »
20	44 »	22 »	258 » — 270 »
21	46 »	23 »	270 » — 282 »
22	48 »	24 »	282 » — 294 »
23	50 »	25 »	294 » et plus.

b) Indemnités d'allaitement

Décret-loi du 28 *octobre* 1935

Art. 9. — ....

§ 4. — L'assurée qui allaite son enfant, a droit à des allocations mensuelles fixées par le règlement intérieur de la Caisse. L'ensemble des allocations payées à une même assurée ne doit pas excéder 850 francs pour la période complète d'allaitement. L'allocation prévue pour chacun des quatre premiers mois ne peut être inférieure à 175 francs.

§ 5. — L'assurée qui, par suite d'incapacité physique ou de maladie, est dans l'impossibilité constatée par le médecin d'allaiter son enfant peut, si l'enfant est élevé par elle, à son domicile, recevoir, pour la durée et pour les quantités indiquées par le médecin, des bons de lait, dont la valeur n'excède, dans aucun cas, 60 p. 100 de la prime d'allaitement.

Lorsque l'enfant doit être séparé de sa mère pour des raisons médicales, les Caisses, après avis favorable de leur contrôle médical, peuvent accorder tout ou partie des bons de lait prévus à l'alinéa précédent.

Règlement intérieur-type

(*Arrêté ministériel du* 30 *janvier* 1937)

Art. 59. — La Caisse garantit en cas de maternité :

....

c) A l'assurée qui allaite son enfant, l'attribution d'une allocation mensuelle d'allaitement fixée à..... pour le ..... mois et à ..... pour le..... mois.

....

d) A l'assurée qui, par suite d'incapacité physique ou de maladie, est dans l'impossibilité constatée par le médecin d'allaiter son enfant, mais qui l'élève elle-même à son domicile, l'attribution éventuelle de bons de lait, pour la durée et les quantités indiquées par le médecin, jusqu'à concurrence d'une somme de ..... Cette prestation peut être accordée également pour tout ou partie, sur avis favorable du médecin contrôleur, lorsque l'enfant doit être séparé de sa mère pour des raisons médicales.

En cas de naissances multiples, les allocations d'allaitement et les bons de lait ci-dessus prévus sont accordés pour chacun des enfants.

Les dispositions des articles 15 et 37, deuxième alinéa, sont applicables à l'assurance-maternité.

Art. 62. — Les prestations forfaitaires et l'indemnité journalière de repos sont payées par la Caisse dans les conditions prévues pour le payement des prestations de l'assurance-maladie sur le vu de la feuille de maternité remise à l'intéressée, portant l'attestation du médecin ou de la sage-femme qui a donné les soins.

Les allocations mensuelles d'allaitement sont payées soit sur l'autorisation du médecin contrôleur de la Caisse, soit sur une attestation d'allaitement délivrée et datée par un médecin, une sage-femme , une consultation maternelle, une consultation de nourrissons, ou tout autre établissement qualifié et agréé à cet effet par la Caisse.

Les bons de lait sont payés sur le vu du certificat du médecin constatant l'impossibilité pour l'assurée, par suite d'incapacité physique ou de maladie, d'allaiter son enfant, et la déclaration écrite de l'intéressée qu'elle élève elle-même son enfant à domicile, cette déclaration pouvant être contrôlée par la Caisse.

c) Cotisations de conservation de droit

Décret-loi du 28 *octobre* 1935

Art. 9. § 9. — La Caisse d'assurance verse, en outre, pour le compte de l'assurée, une cotisation forfaitaire de 24 francs.

Cette cotisation est versée dans les conditions prévues à l'article 2.

En cas de grossesse pathologique, les dispositions de l'article 7, paragraphe 5, s'appliquent.

2° Les prestations en nature

§ 1. Les soins à domicile et au cabinet du praticien

a) Rapport entre le médecin et l'assuré

Décret-loi du 28 *octobre* 1935

Art. 9. § 1. — ....

Les bénéficiaires ne supportent aucune participation dans ces prestations et ont **la liberté de choix du praticien.**

Règlement intérieur-type

Art. 59. § 7. — Les dispositions de l'art. 15 sont applicables à l'assurance-maternité :

....

Art. 15. — Pour les soins à domicile et au cabinet du praticien, l'assuré choisit librement son praticien entre tous ceux qui ont adhéré aux clauses des conventions passées entre la Caisse et les groupements professionnels de praticiens, ou qui sont considérés comme ayant adhéré à ces clauses du fait qu'ils se conforment aux prescriptions de la Caisse pour la justification des droits des intéressés.

Note. — *Les autres dispositions relatives à l'assurance-maladie sont également applicables à l'assurance-maternité. Il en est ainsi notamment de la liberté de prescription, et de traitement (d'autant plus qu'en cette matière le remboursement de la Caisse est forfaitaire, donc indépendant des frais réellement exposés), de l'entente directe entre l'assuré et le médecin, et du secret professionnel (dans la mesure où les circonstances de l'accouchement peuvent constituer des faits secrets). V. à ce sujet, supplément n°* 20, *page* 10 *et suivantes.*

b) Rapport entre le médecin et la caisse

Décret-loi du 28 *octobre* 1935

Art. 9, § 8. — Les conditions prévues à l'article 6 pour les conventions entre Caisse et Syndicat et à l'article 8 pour le contrôle technique sont applicables à l'assurance maternité.

Note. — *Voir supplément, n°* 20, *page* 11.

c) Rapports entre l'assuré et la Caisse

Décret-loi du 28 *octobre* 1935
modifié par celui du 14 *juin* 1938

Art. 9. § 1. — En cas de maternité, sauf dans le cas visé au paragraphe 3 ci-après, l'assurée et la femme de l'assuré reçoivent une prestation fixée par le tarif de responsabilité de la Caisse et **représentant l'ensemble des frais médicaux et phar-**

maceutiques relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites.

Les frais de déplacement du médecin ou de la sage-femme ne sont pas compris dans les prestations forfaitaires.

Le tarif des Caisses doit prévoir des majorations en cas d'accouchement dystocique ou plural.

Les bénéficiaires ne supportent aucune participation dans ces prestations et ont le liberté de choix du praticien.

....

§ 3. — En cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques, l'assurance maladie court à partir de la constatation de l'état morbide. Les dispositions de l'article 10 (*assurance-invalidité*), reçoivent application six mois après l'accouchement.

1° Accouchement normal

Caractère forfaitaire des prestations. — Pas de différence suivant que l'accouchement est fait par médecin ou sage-femme.

5.393. — M. André Parmentier expose à M. le ministre du Travail qu'il est constant dans le département du Nord que le tarif d'accouchement des sages-femmes est notablement inférieur au tarif des médecins pour le même acte ; qu'une telle différence de tarif est justifiée par la valeur professionnelle même de l'intervention des praticiens en cause ; qu'il est normal que les Caisses primaires aient envisagé d'établir pour les accouchements pratiqués par les sages- femmes un tarif de responsabilité inférieur à celui qu'elles appliquent quand l'accouchement est pratiqué par un médecin ; que l'Administration paraît, par contre, prétendre que le tarif de responsabilité des Caisses en matière d'accouchement doit être unique quel que soit le praticien qui a opéré l'accouchement ; que, de ce fait, les Caisses seraient amenées à rembourser aux assurées dont l'accouchement est pratiqué par une sage-femme une somme notablement supérieure à celle qu'elles ont payée ; et demande que soient indiquées les raisons qui s'opposent à l'adoption par les Caisses de deux tarifs de responsabilité différents pour la maternité et, au cas où des raisons d'ordre légal existent contre cette pratique, s'il ne lui apparaît pas comme urgent de proposer une modification au texte légal à seule fin de permettre l'adoption d'un tarif inférieur pour les accouchements pratiqués par les sages-femmes, l'application du prix fort devant fatalement entraîner à bref délai une hausse du tarif, habituellement pratiqué par les sages-femmes, résultat auquel n'a certainement pas visé le législateur. (*Question du* 21 *janvier* 1938.)

Réponse. — Le décret-loi du 28 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales ne fait pas de distinction dans son article 9 relatif à l'attribution de prestations forfaitaires pour les frais afférents à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, suivant que l'accouchement est pratiqué par un médecin ou par une sage femme. Par ailleurs, il est apparu qu'il serait contraire au principe du libre choix du praticien d'autoriser les Caisses à avoir un tarif de responsabilité moins élevé pour les soins donnés par une sage-femme que pour ceux donnés par un médecin. L'arrêté du 30 novembre 1937 qui a fixé le tarif limite de responsabilité des Caisses pour les prestations en nature de l'assurance-maternité n'a donc pas prévu de différence suivant que le praticien traitant est un médecin ou une sage-femme. Les Caisses peuvent toutefois adopter un tarif de responsabilité moins élevé pour les assurées résidant dans des communes où il n'existe pas de médecins mais seulement des sages-femmes. Il y a, en outre, lieu de remarquer que la prestation forfaitaire de maternité s'applique à l'ensemble des frais médicaux et pharmaceutiques relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites ; elle constitue également la contre-partie des frais médicaux que l'intéressée peut avoir à supporter (consultations prénatales ou post-natales), et des frais pharmaceutiques. Au surplus, il semble que l'éventualité que paraît redouter l'honorable député, en ce qui concerne le relèvement par les sages-femmes de leurs honoraires, se trouve limitée par l'intérêt qu'ont celles-ci à maintenir une différence très sensible entre leurs tarifs et ceux des médecins.

Règlement intérieur-type

(*Arrêté ministériel du* 30 *janvier* 1937)

Art. 61. § 2. — L'intéressée devra justifier qu'elle a subi... visites prénatales et... visites postnatales, et qu'elle s'est rendue chaque... à une consultation maternelle ou à une consultation de nourrissons.

Les visites prénatales ou postnatales peuvent être effectuées par un médecin ou une sage-femme, ou avoir lieu à leur cabinet.

Le prix de ces visites est compris dans le forfait payé lors de l'accouchement. Néanmoins, si la Caisse a organisé elle-même un service de consultations ou s'est entendue à ce sujet, avec des institutions existantes, ce prix est, dans la mesure fixée par le tarif de responsabilité, déduit du forfait, pour les assurées ou les bénéficiaires qui ont eu recours à ce service ou auxdites institutions.

Note. — *Sur le tarif de réassurance en matière d'assurance-maternité, voir supplément* n° 23, *pages* 7 *et suivantes.*

Arrêté ministériel du 7 *octobre* 1938

(*Tarif de réassurance*)

....

N'est pas considérée comme accouchement dystocique et est indemnisée dans les conditions de l'assurance-maladie, la fausse couche intervenant avant le début du septième mois.

Ne sont pas considérés comme accouchements dystociques et sont assimilés à l'accouchement normal :

L'accouchement simple par le siège ;
L'accouchement avec périnéorraphie superficielle.

Sont considérées comme des interventions chirurgicales donnant lieu à l'attribution de prestations en nature, en sus de la prestation d'accouchement dans les conditions générales applicables au risque-maladie :

Les césariennes ;
La symphyséotomie ;
Le traitement chirurgical de la rupture utérine ;
La réfection chirurgicale du plancher périnéal ;
Le curetage dans les suites de couches ;
Les embryotomies.

. . . .

§ 5. — Une prestation pour la période postnatale destinée à couvrir le prix des consultations maternelles et de nourrissons. Cette prestation est accordée soit à l'œuvre qui a organisé lesdites consultations, soit à l'assurée ou à la femme de l'assuré elle-même, lorsqu'elle s'adresse au praticien de son choix.

. . . .

Elle n'est accordée que dans la limite des dépenses réellement effectuées, conformément au barême défini par le règlement intérieur de la Caisse.

Circulaire ministérielle du 24 *novembre* 1938 *commentant le tarif de réassurance*

. . . .

1° *Prestation pour la période prénatale.*

Le tarif de réassurance comporte une prestation destinée à couvrir, conformément au barême défini par le règlement d'administration intérieure de la Caisse, le prix d'un examen médical général au début de la grossesse et des consultations obstétricales ultérieures. Le tarif limite de réassurance de cette prestation est fixé à 100 francs, pour les villes de plus de 200.000 habitants et les circonscriptions industrielles assimilées, et à 75 francs pour les autres localités.

Le barème dont il est question sera fixé par le règlement d'administration intérieure-type des Caisses d'assurances maladie-maternité. Toutefois, tant que le règlement d'administration intérieur-type n'aura pas été modifié, les Caisses pourront adopter le barème suivant :

	VILLES de plus de 200.000 h. ou assimilées	AUTRES localités
	francs	francs
Un examen médical général au début de la grossesse ...	55 »	45 »
Deux visites prénatales à respectivement 22 fr. 50 et 17 francs chacune	45 »	30 »
	100 »	75 »

Cette prestation n'a pas le caractère d'un forfait et n'est accordée que dans la limite des dépenses réellement engagées par l'assurée ou la femme de l'assuré.

. . . .

3° *Prestation de la période postnatale.*

Cette prestation est destinée à couvrir le prix des consultations maternelles et de nourrissons, suivant un barème fixé par le règlement d'administration intérieure de la Caisse. Tant que le règlement d'administration intérieure type n'aura pas été modifié, il y aura lieu de prévoir au moins cinq consultations maternelles ou de nourrissons s'échelonnant sur une durée de un à deux ans. Le tarif de remboursement de chacune de ces consultations sera, pour les villes de plus de 200.000 habitants ou assimilées et les autres localités, respectivement de 20 francs ou 15 francs.

Lorsque l'intéressée s'adresse à des œuvres qui ont organisé lesdites consultations d'accord avec leur Caisse, la prestation prévue est versée directement à l'œuvre en question. Dans ce dernier cas, il sera possible d'augmenter le nombre de visites, le coût des consultations étant plus faible. La Caisse d'assurances sociales peut également imputer la totalité ou une fraction de la somme attribuée à l'œuvre susvisée organisant les consultations maternelles et de nourrissons, sur son compte « bonis », après avoir obtenu l'autorisation prévue à l'article 34 du décret-loi du 28 octobre 1935.

Le tarif des villes de plus de 200.000 habitants est donc applicable aux départements suivants :

Ain, Allier, Alpes-Maritimes, Ardennes, Bouches-du-Rhône, Cher, Haute-Garonne, Gironde, Hérault, Ille-et-Vilaine, Isère, Jura, Loire, Loire-Inférieure Marne, Nièvre, Nord, Pas-de-Calais, Puy-de-Dôme, Hautes-Pyrénées, Rhône, Seine, Seine-Inférieure, Seine-et-Marne, Seine-et-Oise, Somme, Haute-Vienne.

Dans tous les autres départements, le tarif des villes de moins de 200.000 habitants est applicable.

. . . .

2° ACCOUCHEMENT DYSTOCIQUE OU PLURAL

Arrêté ministériel du 7 octobre 1938

(*Tarif de réassurance*)

(*V. texte intégral* et tarif de réassurance dans le supplément n° 23, pages 7 et suivantes).

Le tarif de réassurance en ce qui concerne l'assurance maternité comporte :

§ 3. — Une majoration en cas d'accouchement gémellaire.

. . . .

§ 4. — Une majoration en cas d'accouchement dystocique.

. . . .

Ces majorations ne sont applicables que lorsque les interventions ont été pratiquées par un médecin.

Dans les cas d'accouchement plural dystocique, les majorations pour dystocies s'ajoutent au forfait prévu pour l'accouchement plural.

Dans le cas d'interventions multiples pour dystocies, l'intervention, pour laquelle est prévu le tarif de remboursement le plus élevé, est décomptée au plein tarif, la seconde à demi-tarif et il ne peut être fait état de plus de deux inter-

ventions pour le calcul des majorations en cas de dystocie.

. . . .

3° Grossesse ou suites de couches pathologiques

(*V. ci-dessus Décret-loi, art.* 9. § 3 *et tarif de réassurance, supplément n°* 23, *p.* 8)

Dans ce cas, les prestations sont les mêmes que celles de l'assurance-maladie, et sont délivrées selon les formes et modalités prévues par l'art. 6 *du décret-loi* (V. supplément n° 20). *En particulier, le forfait est supprimé et le remboursement a lieu à l'acte médical. Sur le mode de calcul de l'indemnité journalière dans ce cas, voir art.* 24 *du règlement d'administration publique du* 19 *mars* 1936.

Opération césarienne. — Remboursement dans les conditions de l'assurance-maladie

4.110. — M. Duboys Fresney demande à M. le ministre du Travail :

Si, dans le cas d'un accouchement anormal, par opération césarienne, cette intervention chirurgicale est de nature à rendre applicables les règles de l'assurance-maladie au lieu de celles de l'assurance-maternité, cette dernière intervenant toutefois pour toutes les dépenses occasionnées à l'assurée en dehors de l'intervention chirurgicale proprement dite. (*Question du* 1er *juillet* 1937.)

Réponse. — Sous réserve de l'avis du Conseil supérieur des Assurances sociales qui sera appelé, au cours de sa prochaine session, à fixer le tarif de responsabilité des Caisses primaires pour les dystocies de l'accouchement, il semble bien que le fait de subir une opération césarienne donne à l'accouchement le caractère pathologique et qu'en conséquence, il y a lieu de se référer aux conditions de l'assurance-maladie, en ce qui concerne le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques occasionnés par cette intervention chirurigcale. (*J. O.*, du 22 août 1937).

Fournitures d'appareils. — Ceinture de grossesse. — Condition. — Grossesse pathologique

4.322. — M. Raymond Lachal demande à M. le ministre du Travail :

1° Si une Caisse d'assurances sociales, se basant sur l'application de l'article 9, paragraphe premier, du décret-loi du 28 octobre 1925, article qui dispose qu'en cas de maternité, l'assuré et la femme de l'assuré reçoivent une prestation fixée par le tarif de responsabilité de la Caisse et représentant l'ensemble des frais médicaux et pharmaceutiques relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, est fondée à refuser à l'assurée le remboursement d'une ceinture ordonnée par le médecin après l'accouchement, l'ordonnance médicale étant ainsi libellée : port d'une ceinture pour maintien de la paroi abdominale ;

2° Dans la négative, si la même ceinture doit être remboursée dans le cas où elle a été prescrite par une sage-femme. (*Question du* 26 *août* 1937.)

Réponse. — Quel que soit le praticien qui l'a ordonnée, la ceinture de grossesse ne peut faire l'objet d'un remboursement distinct du forfait prévu à l'article 9 du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales. Ce forfait comprend, en effet, l'ensemble des dépenses afférentes à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites. Une grossesse normale ne comportant pas l'obligation de porter une ceinture abdominale, le remboursement de celle-ci n'est admis qu'en cas de grossesse pathologique dans les conditions applicables à l'assurance-maladie. Dans ce cas, l'état de grossesse pathologique doit être formellement certifié par un médecin, sous sa responsabilité, la Caisse se réservant son droit de contrôle et l'assurée son droit de saisir la Commission technique visée à l'article 7 du décret-loi précité en cas de contestation entre elle et sa Caisse. (*J. O.* du 12 novembre 1937.)

Grossesse et suites de couches pathologiques. — Conditions pour avoir droit aux prestations. — Application des règles de l'assurance-maladie

1.798. — M. Henri Becquart expose à M. le ministre du Travail qu'aux termes du paragraphe 3 de l'article 9 du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales visant la grossesse pathologique ou les suites de couches pathologiques, l'assurance-maladie court dès la constatation de l'état morbide ; et demande 1° si, pour les conditions à remplir en vue de bénéficier des prestations prévues pour la grossesse pathologique les Caisses d'assurances sociales doivent se reporter au paragraphe 6 de l'article 9 concernant l'assurance-maternité, ou au paragraphe 2 de l'article 7 dudit décret-loi, qui fixe des conditions plus favorables à l'intéressée, puisqu'il n'impose pas le versement de 15 francs pendant le premier trimestre de référence ; 2° si la règle doit être la même lorsqu'il s'agit des suites de couches pathologiques. (*Question du* 22 *décembre* 1936.)

Réponse. — 1° En cas de grossesse pathologique, l'assurance-maladie s'applique à partir de la constatation de l'état morbide. Ce sont par par conséquent, les conditions de versement prévues pour l'assurance-maladie qui sont applicables dans ce cas ; 2° réponse affirmative.

(*J. O.*, 29 janvier 1937.)

§ 2) Hospitalisation

Décret-loi du 28 *octobre* 1935 *modifié par celui du* 14 *juin* 1938

Art. 9, § 1. — En cas de maternité, sauf dans le cas visé au paragraphe 3 ci-après, l'assuré ou la femme de l'assuré reçoivent les prestations fixées par le tarif de responsabilité de la Caisse et représentant l'ensemble des frais médicaux relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites. **Ce tarif peut comprendre des prestations spéciales pour le cas d'hospitalisation.**

Règlement intérieur-type

(Arrêté ministériel du 30 janvier 1937)

ART. 63. — Les femmes en couches peuvent être hospitalisées sur leur demande, lorsque leur situation ou leur état l'exige, et sur le vu de l'attestation de la sage-femme ou d'un médecin, dans les conditions prévues ci-dessus pour les malades hospitalisées. Dans ce cas, la Caisse paye à l'établissement, s'il a passé avec elle une convention à cet effet, le montant des frais d'hospitalisation, jusqu'à concurrence du montant de la prestation forfaitaire (1) pour frais médicaux et pharmaceutiques qu'elle prend à sa charge.

NOTE. — *Sur les tarifs de remboursement en cas d'hospitalisation : voir supplément n° 23, page 8. Voici à ce sujet, le commentaire du tarif de réassurance par la Circulaire ministérielle du 24 novembre* 1938 :

2. — Si l'accouchement a lieu à l'hôpital public, le tarif de réassurance comporte la prise en charge de la totalité des frais exposés, tant en ce qui concerne les frais d'hospitalisation que les frais médicaux et les frais pharmaceutiques, sans participation de l'assuré.

Il convient de remarquer qu'il s'agit ici du tarif de réassurance et non du tarif de responsabilité. Les Caisses ont la possibilité de fixer un tarif de remboursement inférieur. Toutefois, en raison de l'intérêt qu'il convient d'attacher à la protection de la natalité, les Caisses devront adopter, en cas d'accouchement à l'hôpital public, un tarif de responsabilité identique au tarif-limite de réassurance, chaque fois que leur situation financière le leur permet.

Il y a lieu de remarquer également que, pendant douze jours d'hospitalisation, l'indemnité de demi-salaire n'est pas réduite. A partir du treizième jour d'hospitalisation, les prestations de l'assurance-maladie sont accordées et, partant, comportent la réduction du demi-salaire.

3. — Si l'accouchement a lieu dans une clinique privée ayant passé convention avec la Caisse ou ayant reçu son agrément ou, à défaut, celui de la Commission régionale tripartite, le tarif de responsabilité comporte une prestation représentant l'ensemble des frais d'hospitalisation, médicaux et pharmaceutiques relatifs à l'accouchement. Le tarif limite de cette prestation est fixé respectivement à 425 francs et à 325 francs. Le tarif de responsabilité peut être inférieur à ces chiffres. Toutefois, il y a lieu de fixer le tarif de responsabilité de telle manière que l'assurée, se faisant hospitaliser dans une clinique privée ayant passé convention avec la Caisse, ne soit pas désavantagée par rapport à l'assurée accouchant à son domicile.

4. — Si l'accouchement a lieu dans une clinique privée qui n'a pas passé convention avec la Caisse de l'assuré, mais qui se soumet à son contrôle général, le tarif de réassurance est le même que pour les établissements privés ayant passé convention. Toutefois, il convient de fixer le tarif de responsabilité de telle sorte que les cliniques privées ayant passé convention soient avantagées par rapport aux cliniques privées n'ayant pas passé convention sans toutefois désavantager ces dernières par rapport aux accouchements à domicile.

5. — Si l'accouchement a lieu dans une clinique privée qui n'a point passé convention avec la Caisse de l'assuré et qui ne se soumet pas au contrôle général, la Caisse d'assurances sociales peut prendre à sa charge une part forfaitaire de la dépense, conformément aux dispositions de l'article 10 du décret du 19 mars 1936 portant règlement d'administration publique pour l'application du décret-loi du 28 octobre 1935, en raison du fait que le remboursement forfaitaire est autorisé dans tous les cas où le contrôle a été impossible.

Toutefois, en aucun cas, la prestation ainsi accordée ne devra être supérieure à celle prévue en cas d'accouchement à domicile ou dans un autre établissement de soins public ou privé.

(1) Ce texte est antérieur au décret-loi du 14 juin. Il faut donc lire « prestation spéciale en cas d'hospitalisation ».

HONORAIRES MÉDICAUX EN CAS D'ACCOUCHEMENT À L'HÔPITAL PUBLIC

829. — M. RAVANAT expose à M. le ministre du Travail que le décret-loi du 28 octobre 1935 portant modification du régime des Assurances sociales, dispose, à l'article 9, en ce qui concerne les prestations maternité : « En cas de maternité, sauf dans le cas visé au paragraphe 3 ci-après, l'assurée et la femme de l'assuré reçoivent une prestation fixée par le tarif de responsabilité de la Caisse et représentant l'ensemble des frais médicaux et pharmaceutiques relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites » ; et demande : 1° dans l'affirmative, quelle est la répartition du montant de la prestation entre le prix de journée de l'hôpital et les honoraires médicaux. *(Question du 11 août 1936.)*

Réponse. — Le montant de la prestation maternité versée à l'hôpital public doit être réparti entre le service d'hospitalisation et le Corps médical, suivant les ententes intervenues ou à intervenir entre l'hôpital et le Corps médical.

(J. O., 12 novembre 1936).

§ 3) Frais pharmaceutiques

Ils sont en principe inclus dans le forfait et ne donnent lieu à aucun remboursement spécial. Il n'en va autrement qu'en cas de grossesse pathologique. Les règles sont alors celles de l'assurance-maladie. (V. supplément n° 20, page 19).

II. Contrôle — Juridictions — Sanctions

(Dispositions communes à l'assurance-maladie et à l'assurance-maternité)

A) Le contrôle de l'assuré

1° Organisation

Décret-loi du 28 octobre 1935

ART. 8. — ....

§ 2. — Tout bénéficiaire de l'assurance-maladie doit se prêter aux contrôles institués dans les conditions prescrites par le règlement général d'administration publique.

L'intéressé peut toutefois exiger qu'ils s'effectuent en présence du médecin traitant. En cas de refus constaté, les prestations sont suspendues et notification en est faite à l'intéressé.

§ 3. — Si une contestation s'élève en ce qui concerne l'état du malade entre l'assuré et la Caisse, cet état est apprécié par une Commission technique composée du médecin traitant indiqué par l'assuré, d'un médecin désigné par la Caisse et d'un médecin choisi par le président du Tribunal civil.

En cas d'abus, la Caisse poursuit le remboursement des frais inutiles. Un arrêté du ministre du Travail fixe les règles de fonctionnement de la Commission visée au présent paragraphe.

Règlement d'administration publique du 19 mars 1936

ART. 14. § 1er. — Toute Caisse est tenue d'exercer un contrôle général sur les conditions de fonctionnement de l'assurance-maladie. Elle doit avoir à sa disposition un ou plusieurs médecins-contrôleurs. Toutefois, elle peut s'entendre à cet effet avec d'autres Caisses ou avec l'Union régionale à laquelle elle est affiliée, conformément à l'article 30, paragraphe 7, du décret-loi du 28 octobre 1935.

§ 2. — Elle peut faire procéder à toutes enquêtes utiles par ses administrateurs, ses sections locales, ses correspondants locaux, ses médecins contrôleurs, ses visiteurs et dames-visiteuses.

Art. 15. — § 1er. — **Le médecin contrôleur chargé de la surveillance des malades ne peut donner de soins aux assurés qui sont affiliés à la Caisse. Il procède à toutes investigations et constatations concernant l'état et l'incapacité de travail des malades. Il ne peut s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant. Il doit s'abstenir de formuler devant le malade un diagnostic ou une appréciation sur le traitement ordonné.**

En cas de désaccord sur l'état du malade avec le médecin traitant, il se met éventuellement en rapport avec ce praticien. Il en informe la Caisse qui statue sur la demande de l'assuré sous réserve des droits de recours de ce dernier.

§ 3. — Les médecins contrôleurs, ainsi que les visiteurs ou dames visiteuses, signalent, le cas échéant, à la Caisse, dans des rapports adressés au service local, les abus, lacunes ou irrégularités qu'ils ont pu constater.

§ 4. — Les Caisses doivent éviter que l'exercice de leur contrôle n'ait pour conséquence d'occasionner une perte de salaire pour l'assuré. Si la maladie entraîne la cessation du travail le contrôle peut être effectué aux lieux de visite fixés par la Caisse quand l'assuré n'est pas dans l'incapacité physique de se déplacer.

Règlement intérieur-type

(Arrêté ministériel du 30 janvier 1937)

ART. 54. — ....

Les malades ne doivent quitter leur domicile que si le praticien le prescrit dans un but thérapeutique. Les heures de sorties autorisées sont inscrites par le praticien sur la feuille de maladie. Elles doivent être comprises entre... heure et... heure, sauf autorisation spéciale du contrôle médical de la Caisse.

....

Durant la maladie le malade ne doit pas quitter la circonscription de la section ou du correspondant de la Caisse à laquelle il est rattaché, sans autorisation de la Caisse. La Caisse peut autoriser le déplacement du malade pour une durée indéterminée si le médecin traitant l'ordonne dans un but thérapeutique ou par convenance personnelle justifiée du malade et après avis du médecin contrôleur.

Tout changement de résidence doit être signalé par l'assuré au représentant de la Caisse.

Le malade dont l'envoi en convalescence est jugé nécessaire par le praticien traitant, doit en aviser la Caisse avant son départ. Il doit, pendant la durée de sa convalescence, se soumettre au contrôle dans les conditions fixées par la Caisse.

Si l'assuré tombe malade hors de sa résidence, mais à l'intérieur de la circonscription de la Caisse, il doit s'adresser à la section locale ou au correspondant de la Caisse. A défaut de représentant de la Caisse, ou si l'assuré tombe malade hors de la circonscription de celle-ci il doit dans les quarante-huit heures en aviser le siège social qui lui indique la Caisse locale chargée, pour son compte, de lui assurer les prestations et à la surveillance de laquelle il devra se soumettre.

ART. 55. — La Caisse a le droit, à tout moment, de faire contrôler par ses administrateurs, médecins-contrôleurs, visiteurs ou visiteuses, les malades à qui elle sert les prestations maladies.

Les administrateurs, médecins-contrôleurs, visiteurs ou visiteuses doivent communiquer à la Caisse seule, les résultats de leur contrôle, sous les réserves prévues à l'article 15, paragraphe 1er alinéa 2, du décret du 19 mars 1936.

La Caisse se réserve de contrôler tout particulièrement si le malade était fondé à demander une visite à son domicile au lieu d'une consultation chez le praticien une visite de nuit au lieu d'une visite de jour, une visite

le dimanche au lieu d'une visite de semaine et de ne payer la dépense supplémentaire correspondante que si elle a été justement engagée.

Pour tous les actes de contrôle médical, l'intéressé a le droit de se faire assister de son médecin traitant, mais les honoraires de celui-ci sont à la charge exclusive de l'assuré.

....

A l'assuré qui aurait volontairement enfreint le règlement des malades ou les prescriptions du praticien traitant, le Conseil de la Caisse peut retenir, à titre de pénalité, une partie des indemnités journalières dues, pouvant aller jusqu'à 25 % de leur montant total.

Recrutement et statut des médecins contrôleurs

5.752. — M. Guerret expose à M. le ministre du Travail qu'une Union départementale des Caisses d'assurances sociales désirant nommer un médecin contrôleur adjoint avait demandé au Syndicat médical de ce département l'agrément pour six candidats, parmi lesquels elle se proposait d'arrêter définitivement son choix et que le Syndicat n'a donné son agrément qu'à l'un de ces candidats, sans justifier son exclusive à l'égard des autres ; et demande si cette procédure est régulière ou si, au contraire, l'Union des caisses peut exiger du Syndicat médical un avis motivé en ce qui concerne le refus d'agrément pour les cinq candidats éliminés par lui. (*Question du* 18 *février* 1938.)

Réponse. — Les Caisses d'assurances sociales et leurs Unions sont des organismes autonomes qui recrutent en toute indépendance leurs médecins contrôleurs, dont la nomination n'est même pas soumise à l'agrément du ministre du Travail. Aucune formalité particulière n'est exigée de ces organismes pour le recrutement des médecins contrôleurs. Ils sont, en conséquence, sauf conventions contraires intervenues spontanément, libres de ne pas se conformer à l'avis du Syndicat de praticiens, de même que celui-ci n'est nullement tenu de donner son agrément ni même son avis. De toute manière, le ministère du Travail n'a pas qualité pour intervenir en la circonstance. (*J. O.*, 23 mars 1938.)

Interdiction aux médecins-contrôleurs de donner leurs soins aux assurés affiliés

5.020. — M. Georges Portmann, sénateur, demande à M. le ministre du Travail si un médecin adjoint d'une façon permanente à un médecin conseil de Caisse primaire d'assurances sociales, le remplaçant à certains moments intégralement dans l'exercice du contrôle des assurés à cette Caisse, peut donner librement des soins dans la pratique de sa clientèle aux assurés de la Caisse dont il a le contrôle quand ils sont malades ; et, en résumé, si un médecin conseil adjoint permanent de Caisse d'assurances sociales peut être médecin traitant des ressortissants de la Caisse dont il est contrôleur et si un contrat particulier avec la Caisse qui l'honore peut lui donner cette autorisation en dehors du cadre du règlement d'administration publique. (*Question du* 21 *septembre* 1938.)

Réponse. — Conformément aux dispositions de l'article 15, paragraphe 1er, du règlement d'administration publique du 19 mars 1936, le médecin contrôleur chargé de la surveillance des malades ne peut donner de soins aux assurés qui sont affiliés à la Caisse.

Il s'ensuit que la même interdiction doit être étendue au médecin adjoint permanent au médecin contrôleur, puisqu'il peut être appelé à remplacer celui-ci dans l'exercice du contrôle des assurés de la Caisse. (*J. O.*, 9 décembre 1938.)

Rôle du médecin contrôleur. — Avis donné a la Caisse. — Refus de prestations erroné. — Absence de responsabilité

I. — Les médecins contrôleurs de Caisses n'ont aucun avis, aucun conseil à donner aux assujettis ; ce sont en quelque sorte, des médecins administratifs qui, sans lien de droit avec les assurés, ont pour mandants les Caisses qu'ils doivent éclairer sur l'habileté des malades aux prestations ; ils ne doivent même pas faire connaître leur avis à l'assujetti, mais à la Caisse seule ; ils n'ont pas à traiter ni à conseiller techniquement le malade, à qui la loi a réservé expressément le choix du médecin traitant ;

Aucune obligation contractuelle de médecin à client n'existe, en conséquence, entre l'assuré et le contrôleur, qui ne peut être recherché en vertu des principes de la responsabilité médicale.

II. Le refus de payer les indemnités journalières ne sauraient être considéré comme une faute susceptible d'engager la responsabilité de la Caisse primaire en vertu de l'art. 1382, c. civ. aucune relation de cause à effet n'existant entre ce refus et l'aggravation ultérieure de l'état de l'assuré, et celui-ci n'ayant d'ailleurs pas exercé contre la décision de la Caisse le recours auquel la loi lui donnait droit.

(Trib. civ. de la Seine, 21 décembre 1937.)

Rôle du médecin-contrôleur. — Constatation des abus ou irrégularité. — Poursuites exercées contre un médecin. — Erreur. — Bonne foi. — Absence de responsabilité

Lorsqu'un médecin traitant a été poursuivi à tort, par une Caisse, sur les indications de son médecin-contrôleur, celui-ci ne saurait être rendu responsable du dommage subi par l'intéressé, du moment qu'il s'est strictement conformé dans l'exercice de sa mission aux formes prévues par les articles 14 et 15 du décret du 19 mars 1936, qu'il n'a commis aucune erreur grossière ou dolosive, et qu'il n'est pas établi qu'il ait agi de mauvaise foi et dans l'intention de nuire.

(Trib. civ. de Montluçon, 2 décembre 1938).

Médecin-contrôleur. — Critique du médecin traitant devant l'assuré. — Diffamation. — Responsabilité du médecin-contrôleur et de la Caisse

Doivent être condamnés conjointement et solidairement à 1.000 francs de dommages et intérêts, la Caisse d'assurances sociales et son médecin-contrôleur pour réparation du préjudice résultant de propos diffamatoires tenus par ce médecin contrôleur, devant l'assuré, aux dépens du médecin traitant.

(Trib. civ. de la Seine, 19 juillet 1938).

2° Juridictions

a) Commission technique

Arrêté ministériel du 4 juillet 1936

Art. 1er. — § 1er. — Si une contestation s'élève en ce qui concerne l'état du malade entre l'assuré et la Caisse d'assurance-maladie-maternité, la Commission technique prévue à l'art. 8 (§ 3) du décret-loi du 28 octobre 1935 susvisé, est saisie, par lettre recommandée adressée au greffier du juge de paix du domicile de l'assuré. Cette lettre doit être accompagnée d'un certificat du médecin traitant, ou du médecin de la Caisse, selon le cas, indiquant la nature de l'affection ou de l'accident, en vue de permettre au président du Tribunal civil de désigner, pour faire partie de la Commission, à titre de troisième médecin et de président, un praticien qualifié.

§ 2. — Dans les trois jours qui suivent la réception de la demande, le greffier du Juge de paix transmet cette demande et le certificat médical qui l'accompagne au président du Tribunal civil. Il avise en même temps l'autre partie de la contestation et l'invite à lui faire connaître, dans la huitaine, le nom et l'adresse du médecin qu'elle désigne pour la représenter.

Le président du Tribunal civil choisit, dans le même délai, le médecin président sur la liste des médecins experts près les Tribunaux, ou sur une liste établie par les Syndicats ou Associations de médecins du département et, indiquant les praticiens plus particulièrement qualifiés pour les affections des principaux organes. Cette décision est notifiée immédiatement au greffier du Juge de paix.

Art. 2. — Dans les trois jours qui suivent la réception de cette notification, le greffier du juge de paix notifie, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, au médecin président, la désignation dont il est l'objet, en avise le demandeur et le défendeur, et leur indique la date et le lieu de la réunion de la Commission. Les intéressés doivent être avertis dix jours au moins à l'avance.

Art. 3. — § 1er. — La Commission se réunit à la Justice de paix du domicile de l'assuré. Elle ne peut valablement statuer que si ses membres ont été régulièrement convoqués.

§ 2. — La Commission ne peut statuer si le médecin président fait défaut ou s'il n'est pas assisté de l'un au moins des médecins des parties. L'absence du médecin de l'une des parties est considérée comme valant acquiescement de cette partie à la décision de la Commission.

Art. 4. — La Commission est libre de procéder, par les moyens qui lui paraissent les meilleurs, à l'instruction de l'affaire, soit en jugeant sur pièces, soit en examinant le malade ; cet examen peut avoir lieu au domicile du malade ou au lieu désigné par la Commission.

Art. 5. — Chacun des membres de la Commission expose son opinion ; en cas de désaccord, l'avis du président est prépondérant. Il en est ainsi même en l'absence de l'un des membres de la Commission.

Art. 6. — Un procès-verbal est dressé par le président. Il énumère les points litigieux soumis à l'appréciation de la Commission et donne cette appréciation. Il indique si la décision a été prise à l'unanimité ou à la majorité des voix. En cas d'absence de l'un des membres, cette absence est relatée. Le président signe le procès-verbal et le fait signer par les autres médecins. L'original est remis à la partie gagnante, à toutes fins utiles, et la copie à la partie perdante.

Art. 7. — § 1er. — Chaque partie supporte les honoraires de son propre médecin. La partie perdante a, en outre, la charge des honoraires du médecin président, ainsi que des frais de greffe.

§ 2. — Quand l'assuré est privé de ressources et se trouve dans l'impossibilité de faire l'avance des honoraires du médecin président qui peuvent lui être réclamés, la Caisse peut prendre provisoirement cette avance à sa charge, sous réserve d'imputer les sommes qui lui seraient dues en définitive sur le montant des prestations à allouer à l'assuré, ou, à défaut, des cotisations à porter à son compte.

Art. 8. — La Commission technique se prononce exclusivement sur l'état du malade. Elle doit se borner à déterminer cet état, avec toute la précision possible, en indiquant notamment les origines du mal, ses caractéristiques, sa durée probable, sa relation avec des affections antérieures ou concomittantes, l'incapacité de travail qui en résulte, compte tenu, s'il y a lieu, des appareils fournis ou susceptibles d'être fournis à l'intéressé. En aucun cas, elle ne saurait s'immiscer dans le traitement et fixer les modalités selon lesquelles ce traitement doit être appliqué.

Art. 9. — Les décisions de la Commission technique ne sont pas susceptibles d'appel.

Ces décisions ne sont pas exécutoires par elles-mêmes, mais si la partie perdante refuse d'en faire état, l'autre partie est fondée à saisir la Commission d'arrondissement, conformément à l'article 36, paragraphe 1er, du décret-loi du 28 octobre 1935 susvisé, dans un délai de dix jours à compter de la date de la réception de la notification du refus opposé par la partie perdante.

Absence de délai pour saisir la Commission technique

3.444. — M. Henri Becquart expose à M. le ministre du Travail que l'arrêté du 4 juillet 1936 fixant les règles de fonctionnement de la Commission technique instituée par le décret-loi du 28 octobre 1935 précise dans quels délais doivent avoir lieu : *a*) la transmission de la demande au président du Tribunal civil par le greffier du juge de paix ; *b*) la désignation par le président du Tribunal civil du médecin présidant la Commission ; *c*) l'avis par le greffier aux intéressés de la date et du lieu de réunion de la Commission, mais qu'il ne prévoit pas dans quel délai la Commission doit être saisie par l'assuré ; et lui demande s'il ne convient pas d'appliquer pour cette dernière formalité le délai de quinzaine prévu dans le fonctionnement de la Commission régionale d'invalidité ou tout autre délai fixé par M. le ministre

du Travail, en vertu du pouvoir qu'il détient du paragraphe 3 de l'article 8 du décret-loi du 28 octobre 1935 de modifier, par arrêté, le fonctionnement de la Commission technique, car n'imposer, pour la présentation de la demande, aucun délai, sous peine de nullité, serait aller à l'encontre même de l'intérêt de l'assuré en mettant la Commission technique dans l'impossibilité d'apprécier l'état du malade, si plusieurs mois se sont écoulés depuis la contestation à cet égard entre l'assuré et la Caisse d'assurances sociales. (*Question du 7 mai* 1937.)

Réponse. — Le règlement d'administration publique du 19 mars 1936 n'a pas cru devoir impartir un délai aux assurés pour saisir la Commission technique des contestations s'élevant en ce qui concerne l'état de maladie. Il est apparu, en effet, qu'il y avait intérêt pour les assurés à ne pas se trouver forclos par un délai de rigueur. Un tel délai aurait d'ailleurs obligé les Caisses d'assurance-maladie à notifier par lettre recommandée toutes leurs décisions avec demande d'avis de réception, comme il est prévu en matière d'invalidité. Le système adopté, qui offre l'avantage d'être plus souple et plus simple, se justifie du fait que l'état de maladie est ordinairement, à la différence de l'état d'invalidité, de courte durée, et que l'assuré doit nécessairement, en raison de ce caractère temporaire, saisir sans délai la Commission technique en cas de refus des prestations. Mais ce système renferme en lui-même une limite aux abus, puisque les assurés sont intéressés à saisir le plus tôt possible la Commission pour lui permettre d'apprécier l'état du malade. (*J. O.*, 5 juin 1937).

RÔLE ET COMPÉTENCE DE LA COMMISSION TECHNIQUE

3.782. — M. Jean ODIN, sénateur, expose à M. le ministre du Travail qu'un assuré social fait parvenir à sa Caisse une feuille de maladie après cinq mois de soins, indiquant qu'il est guéri ; la Caisse fait visiter le malade et le médecin contrôleur affirme que ce dernier n'est pas guéri ; et demande : 1° si c'est la Caisse ou le malade qui doit se pourvoir devant la Commission technique ; 2° si c'est bien la Caisse qui se trouve obligée d'intenter l'action, et qu'elle obtienne gain de cause devant la Commission, ce qui se passera, la décision de la Commission n'étant pas exécutoire par elle-même, si l'assuré un an après, vient demander de nouvelles prestations pour la même maladie ; 3° si la décision de la Commission technique liera la Commission d'arrondissement. (*Question du* 31 *juillet* 1936.)

Réponse. — 1° Quand un médecin contrôleur d'une Caisse est en désaccord avec le médecin traitant d'un assuré sur l'état de santé de ce dernier, il en informe la Caisse qui statue sur la demande de l'assuré sous réserve des droits de recours de ce dernier.

Si l'assuré n'accepte pas la décision de la Caisse en ce qui concerne son état de santé, il lui appartient de se pourvoir devant la Commission technique ;

2° Si la Commission technique, donnant gain de cause à la Caisse, a reconnu que l'assuré n'était pas guéri et que, un an après la décision de la Commission technique, ledit assuré vient demander de nouvelles prestations pour la même maladie, sur laquelle ladite Commission technique a précédemment statué, la Caisse est en droit de refuser de nouvelles prestations sauf recours de l'assuré devant la Commission d'arrondissement ;

3° La décision de la Commission technique, quand elle concerne l'appréciation de l'état du malade est sans appel. La Commission d'arrondissement ne peut que tirer les conséquences juridiques de cette décision. Au cas, toutefois, où la décision de la Commission technique serait intervenue dans les conditions irrégulières, il appartiendrait éventuellement à la Commission d'arrondissement de se prononcer sur sa validité.

(*J. O.*, 5 novembre 1936).

e) Commission d'arrondissement

Décret-loi du 28 *octobre* 1935 *modifié par celui du* 14 *juin* 1938

ART. 36. § 1. — Les difficultés autres que celles prévues à l'article 8, auxquelles donne lieu l'application des Assurances sociales, sont soumises, par lettre recommandée, à une Commission d'arrondissement présidée par un juge de paix du chef-lieu d'arrondissement ou un suppléant du Juge de paix, désigné par le premier président de la Cour d'appel. Cette Commission comprend, en outre, un employeur et un assuré, assistés du greffier du Tribunal civil.

Dans la Seine, il n'est constitué qu'une Commission pour l'ensemble du département.

Un décret rendu sur la proposition du ministre du Travail et du ministre de la Justice peut, toutefois, décider la création de plusieurs sections de ces Commissions dans tous les cas où cette création est reconnue nécessaire.

La lettre recommandée visée ci-dessus doit être adressée au président de la Commission dans un délai de trois mois à compter de la date de réception de la notification de la décision.

. . . .

§ 3. — La Commission ainsi constituée connaît en premier ressort de tous les litiges visés au paragraphe 1er du présent article. Elle peut ordonner la comparution personnelle des parties ; elle fait tous ses efforts pour les concilier ; en cas de non conciliation, elle statue.

§ 4. — Ses décisions sont toujours susceptibles d'appel devant le Tribunal civil de l'arrondissement.

§ 5. — Le pourvoi en cassation ne peut être formé que pour violation de la loi.

. . . .

ART. 26, § 2. — Les jugements ou arrêts, ainsi que les extraits, copies grosses ou expéditions, qui en sont délivrés et généralement tous les

actes de procédure auxquels donne lieu l'application des Assurances sociales, sont dispensés des formalités de timbre et d'enregistrement. Ils doivent porter une mention expresse se référant au présent article.

Règlement d'administration publique du 19 *mars* 1936

Art. 155, § 1er. — La Commission d'arrondissement compétente est celle du domicile du défendeur, ou du siège statutaire de l'organisme défendeur.

....

Art. 156. § 1er. — Si le Service régional ou l'organisme auquel a été adressée la demande ou la réclamation par lettre recommandée n'a pas fait connaître sa décision dans un délai de deux mois, la partie intéressée peut considérer sa demande comme rejetée et se pourvoir devant la Commission d'arrondissement.

La date du dépôt de la demande ou de la réclamation et, éventuellement, des documents produits ultérieurement, est constatée par le récépissé de l'envoi, sous pli recommandé, de la demande ou desdits documents.

A défaut de décision, ce récépissé doit, à peine de déchéance, être produit par les parties, à l'appui de leurs recours devant la Commission d'arrondissement.

§ 2. — La Commission d'arrondissement est réunie, conformément aux dispositions de l'article 36, paragraphe 2, du décret-loi du 28 octobre 1935, dans un délai de trois mois à compter de la réception de la requête. Elle statue sans forme de procédure et sans autres frais que les émoluments alloués aux greffiers conformément à l'article 162 du présent décret. Le greffier convoque les parties, par lettre recommandée, avec demande d'avis de réception, quinze jours au moins avant l'audience.

....

§ 4. — Le greffier en adresse, dans la huitaine, un extrait à chacune des parties convoquées à l'audience par lettre d'avis de réception.

Art. 157, § 1er. — Dans le mois de la réception de la notification, chacune des parties intéressées peut interjeter appel de la décision de la Commission d'arrondissement, devant le Tribunal civil.

L'appel est formé par déclaration au greffe du Tribunal civil faite par le demandeur ou par un fondé de pouvoirs muni d'une procuration spéciale. Il n'est recevable qu'à la condition d'être accompagné d'un mémoire contenant l'exposé des moyens et les conclusions de l'appelant, et, le cas échéant, de pièces justificatives. Le greffier en informe sans délai les autres parties par lettre recommandée avec demande d'avis de réceptions en leur signalant qu'elles peuvent dans le délai d'un mois faire parvenir, au greffier du Tribunal civil, un mémoire accompagné ou non de pièces justificatives.

§ 2. — L'affaire est jugée sans autre forme de procédure, avec dispense du ministère d'avoué, et sans autres frais que les émoluments alloués au greffier conformément à l'article 162 du présent décret, chacune des parties pouvant prendre connaissance au greffe du Tribunal civil, sans déplacement, des mémoires et pièces justificatives produites par les autres parties.

....

§ 5. — Il n'y a pas de plaidoirie, mais les parties peuvent présenter à l'audience de simples observations. Le Tribunal peut également les inviter à fournir oralement des explications ou justifications complémentaires ; en cas d'empêchement dûment justifié des parties de comparaître à l'audience en personne, elles peuvent se faire représenter soit par un fondé de pouvoirs muni d'une procuration spéciale, soit par un avocat ou un avoué.

Art. 158. — § 1er. — **La décision du Tribunal civil peut être déférée à la Cour de cassation pour violation de la loi dans les dix jours** de la réception de la notification prévue par l'article 157, paragraphe 6, ci-dessus.

Le pourvoi est formé par déclaration au greffe du Tribunal civil faite par le demandeur ou un fondé de pouvoirs muni d'une procuration spéciale ou un avocat de la Cour de cassation. Il n'est recevable qu'à la condition d'être accompagné :

1° D'une expédition du jugement attaqué, avec justification de la date à laquelle la notification en a été reçue par les parties, le tout fourni par le greffier ;

2° De l'indication sommaire des moyens de cassation invoqués.

....

§ 4. — Le pourvoi, dispensé du ministère d'un avocat à la Cour de cassation, est porté directement devant la Chambre civile qui statue, sans frais ni consignation d'amende, dans les trois mois suivant la réception du dossier.

Compétences respectives de la Commission d'arrondissement et de la Commission technique. — Caractère obligatoire des décisions de la Commission technique.

Au cas de contestations pour apprécier l'état du malade, déterminer l'origine et la durée de la maladie, sa relation avec une affection antérieure la Commission technique, établie par l'art. 8, § 3 du décret du 28 octobre 1935 et dont les décisions sont sans appel, est seule compétente à l'exclusion des juridictions instituées par l'art. 36 du décret.

Par suite, lorsqu'un tribunal, statuant sur appel d'une décision de la Commission d'arrondissement, et ayant préalablement ordonné une expertise, décide, par un deuxième jugement qui homologue le rapport de l'expert, que la maladie de l'assuré est non une rechute d'une affection antérieure, mais une maladie nouvelle, et accorde ensuite les prestations réclamées, il statue, en ce qui concerne la contestation médicale, au-delà de sa compétence puisqu'ainsi il apprécie lui-même l'état morbide du malade ; de même, il forme sa conviction sur un mode de preuve illégal et dès lors le pourvoi formé contre ladite décision est recevable.

(Cass., ch. civ., 19 janvier 1938.)

B) Le contrôle du médecin

Décret-loi du 28 *octobre* 1935

Art. 8. § 1. — La Caisse exerce un contrôle général sur l'ensemble des services, les Administrations hospitalières sur leurs établissements. Dans le cas où existe une convention avec la Caisse, les Syndicats professionnels contrôlent eux-mêmes, soit sur la demande de la Caisse, soit sur leur initiative, la façon dont les services techniques sont assurés.

....

§ 5. — Les difficultés auxquelles donne lieu l'exécution du contrôle du service technique, tel qu'il est prévu par le paragraphe 1er ci-dessus, sont soumises à une Commission supérieure de contrôle.

Cette Commission est composée d'un conseiller d'Etat qui exerce de droit la présidence, d'un représentant des Caisses et d'un représentant des groupements de médecins, de chirurgiens-dentistes, de sages-femmes ou de pharmaciens, suivant que le litige met en cause un médecin, un chirurgien-dentiste, une sage-femme ou un pharmacien. Le conseiller d'Etat est désigné chaque année par le Conseil d'Etat. Le représentant des Caisses et les représentants des groupements professionnels de praticiens sont élus chaque année par le Conseil supérieur des Assurances sociales et choisis dans son sein.

La Commission statue en premier et en dernier ressort sur les litiges qui, en raison de l'absence de convention passée dans les conditions de l'article 6, paragraphe 5, n'ont pas été préalablement soumis aux groupements professionnels nationaux de praticiens. Elle connaît en appel et en dernier ressort des décisions prises conformément à leur statuts par les groupements professionnels nationaux de praticiens.

La Commission est saisie, soit par les groupements professionnels de praticiens, soit par le praticien ou les Caisses intéressés. **Le recours est suspensif.**

La procédure est écrite et contradictoire. Lorsque la Commission statue sur des litiges non antérieurement soumis aux groupements professionnels de praticiens, elle doit préalablement provoquer l'avis du Syndicat départemental. La Commission peut ordonner la comparution personnelle des parties et prescrire toutes enquêtes ou expertises jugées par elle nécessaires. Elle liquide et répartit les frais entre les parties. Les décisions rendues par elle ont force exécutoire.

Les sanctions que peut prononcer la Commission sont :

1° L'avertissement avec ou sans communication à la Caisse d'assurances ;

2° Le blâme ;

3° L'exclusion temporaire ou définitive du droit de donner des soins aux affiliés, soit de la Caisse intéressée, soit de toutes les Caisses d'un ou plusieurs départements.

Tout praticien qui contrevient aux décisions de la Commission supérieure de contrôle en donnant ses soins ou en vendant ses produits à un assuré social, alors qu'il est privé ou suspendu du droit de le faire est tenu de rembourser à la Caisse le montant de toutes les prestations médicales, dentaires, pharmaceutiques ou autres que celle-ci a été amenée à payer audit assuré social du fait des soins qu'il a donnés et des ordonnances qu'il a prescrites ou exécutées.

Règlement d'administration publique du 19 *mars* 1936

Art. 16. § 1er. — **Le contrôle technique exercé sur les services médicaux et pharmaceutiques est, en ce qui concerne les malades soignés à domicile ou chez le praticien, confié par les Caisses aux Syndicats professionnels de praticiens avec lesquels elles ont passé une convention et dans les conditions qui y sont fixées,** sous réserve du contrôle général appartenant à la Caisse et qui ne peut être délégué par elle.

Le Syndicat professionnel s'engage, dans la convention, **à exercer ce contrôle technique de sa propre initiative et sous sa propre responsabilité**, de manière à en assurer la pleine efficacité, ainsi qu'**à déférer aux demandes spéciales d'intervention que la Caisse lui adresserait.**

Les Syndicats de praticiens ne peuvent, sous peine de retrait de l'habilitation, se soustraire à l'obligation d'exercer ce contrôle. En cas de carence de leur part, la Commission tripartite prévue à l'article 8 paragraphe 4 du décret-loi du 28 octobre 1935 prend toute mesure nécessaire pour y parer.

(*Décret du* 13 *août* 1938). Lorsque, dans un même département, plusieurs syndicats professionnels sont habilités à passer convention avec les Caisses, le contrôle technique est exercé et les sanctions que comporte ce contrôle sont prises par chaque syndidicat sur ses membres, et en ce qui concerne les praticiens non inscrits à un syndicat professionnel, par le syndicat comptant le plus grand nombre d'adhérents.

§ 2. — **Le contrôle a essentiellement pour objet la recherche et le redressement de tout abus professionnel.**

En ce qui concerne les soins, il porte notamment sur le nombre des visites, l'exactitude des certificats, la régularité des ordonnances, l'économie dans la prescription du traitement, et, d'une manière générale, sur la façon dont les prestations sont dispensées par les praticiens.

En ce qui concerne les fournitures de médicaments ou d'appareils, il porte, indépendamment de l'application éventuelle de la législation sur les fraudes, sur la nature et la quantité des prestations fournies et sur l'exactitude des tarifs appliqués par le praticien.

L'exercice de ce contrôle ne peut, en aucun cas, entraver ou retarder l'administration des soins ou la fourniture des médicaments, ni avoir pour effet de substituer à la responsabilité du médecin traitant celle d'autres praticiens.

§ 3. — Sans préjudice du droit qui appartient aux Syndicats professionnels de poursuivre, dans les conditions prévues par leurs statuts, la répression des abus qu'ils constatent, ils portent à la connaissance de la Caisse ces abus, en vue de la défense, par celle-ci, de ses intérêts propres.

....

Art. 18. § 1er. — Il est pourvu au contrôle de l'ensemble des services des établissements publics hospitaliers, tant par les Administrations hospitalières que par les autorités qualifiées à cet effet, conformément aux lois et règlements qui régissent ces Etablissements et sous réserve du droit de regard de la Caisse tel qu'il résulte des conventions passées avec ces Etablissements.

§ 2. — Le contrôle technique est assuré conformément aux dispositions auxquelles se réfèrent lesdites conventions.

Art. 19, § 1er. — En ce qui concerne les Etablissements privés et les Etablissements appartenant à la Caisse, le contrôle technique s'exerce par l'intermédiaire de l'un des Syndicats professionnels de praticiens avec lesquels la Caisse a passé des conventions. Il ne peut être confié à un Syndicat composé des seuls médecins de l'Etablissement.

Art. 22. — (*Procédure devant la Commission supérieure, V. le décret J. O.*, 22 mars 1936. *Supplément documentaire. C. M.*, avril 1936.)

Contrôle technique. — I. Application aux médecins non syndiqués. — II. Tarifs inférieurs au tarif de responsabilité. Indication a la Caisse du chiffre exact des honoraires

I. Les conseils de famille élus par les Syndicats médicaux sont compétents pour connaître des faits reprochés à un médecin, même non syndiqué, à l'occasion des sois donnés par lui aux assurés ;

II. Un médecin non syndiqué et n'ayant pas adhéré à la convention entre la Caisse et le Syndicat médical peut demander à ses clients assurés sociaux des honoraires inférieurs au tarif de responsabilité des Caisses, à condition d'indiquer sur chaque feuille de maladie le chiffre exact des honoraires qu'il a perçus, et sans préjudice, le cas échéant, des dispositions de l'art. 67 de la loi sur les Assurances sociales.

(Commission supérieure de contrôle, 19 mai 1936.)

Jurisprudence de la Commission supérieure de contrôle. — Abus sanctionnés

Est exclu pendant une période de trois mois du droit de donner des soins aux assurés sociaux dans l'ensemble des départements français, le médecin pro-pharmacien qui a commis les fautes suivantes : 1° délivrance de médicaments sans rédaction d'ordonnances suffisamment explicite pour permettre le contrôle ; 2° vente d'un échantillon non destiné à être vendu ; 3° acquit d'honoraires non motivés ; 4° imputation partielle des visites et médicaments fournis à un assuré, au compte des soins gratuits des mutilés de guerre.

(Commission supérieure de contrôle, 12 avril 1937.)

Est exclu pendant trois mois du droit de soigner les assurés sociaux dans un département le médecin qui, établissant ses diagnostics par les seuls moyens de la radiesthésie, « a négligé systématiquement de contrôler les résultats de cette pratique par les procédés normaux que la science médicale met à la disposition des praticiens et s'est exposé à des erreurs qui sont incompatibles avec la bonne marche du service des Assurances sociales.

(Commission supérieure de contrôle, 10 avril 1937.)

Est frappé de l'interdiction de donner des soins pendant cinq ans aux assurés sociaux, le médecin qui « rétribué à forfait dans un établissement dirigé par un étranger non médecin a signé des feuilles afférentes à des actes médicaux qu'il n'a pas accomplis et a donné acquit d'honoraires non perçus par lui. »

(Commission supérieure de contrôle, 19 mai 1936.)

Le médecin qui reçoit un acompte de son client parce que celui-ci ne peut le régler intégralement, doit indiquer sur la feuille de maladie les chiffre des honoraires convenus et le montant de l'acompte versé par son client. Il ne doit pas indiquer un chiffre-clé inexact et supérieur afin d'obtenir le remboursement immédiat et intégral des honoraires.

(Comm. sup. de contrôle, 16 juin 1936.)

Commet un abus grave, qui doit être réprimé par une suspension dans tous les départements pendant une durée de trois ans, le médecin qui adresse à un malade inconnu un questionnaire imprimé et lui donne des prescriptions par correspondance.

(Comm. sup. de contrôle, 27 octobre 1936.)

La sanction à infliger à un médecin qui a fait une interprétation erronnée de la nomenclature et qui a donné une signature par inadvertance est celle de l'avertissement.

(Comm. sup. de contrôle, 10 juin 1937.)

Non applicabilité des sanctions aux établissements eux-mêmes

Les sanctions prévues par l'art. 8 du décret-loi ne visent que les praticiens agissant individuelle-

ment et ne peuvent être prises contre un établissement de soins.

(Comm. sup. de contrôle, 10 juin 1937.)

PUBLICATIONS DES DÉCISIONS DES JURIDICTIONS PROFESSIONNELLES EN CLAIR. — PEINE NON PRÉVUE PAR LE DÉCRET-LOI. — ILLÉGALITÉ.

La peine ne peut faire l'objet d'aucune publication en clair, ni avec initiales dans aucune publication professionnelle, car elle constituerait une sanction non prévue par l'art. 8. § 5, du décret-loi.

(Comm. sup. de contrôle, 27 octobre 1936.)

LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRÔLE TECHNIQUE CONSTITUE UN DROIT POUR LA CAISSE. — ELLE N'EST RESPONSABLE DU DOMMAGE CAUSÉ AU MÉDECIN QU'EN CAS D'ABUS DE CE DROIT.

La Caisse primaire ne fait qu'user des pouvoirs que lui donne la loi en provoquant l'exercice du contrôle technique et en informant le syndicat médical avec lequel elle a contracté des faits qui semblent justifier une enquête. Elle ne saurait être attaquée, pour dénonciation calomnieuse ou diffamation, par un médecin, sur lequel elle a attiré l'attention du Syndicat médical, même si le Syndicat n'a pas retenu la culpabilité du médecin.

(Trib. civ. de Lille, 12 juillet 1937. Trib. civ. de Bordeaux, 6 juillet 1936.)

...à condition qu'on ne puisse lui faire grief d'avoir agi témérairement, à la légère et sans vérifications suffisantes.

(Trib. civ. de Montluçon, 2 décembre 1938).

CARACTÈRE JURIDICTIONNEL DES CONSEILS DE FAMILLE. — RESPONSABILITÉ DE SES MEMBRES. — PROCÉDURE. — PRISE A PARTIE

Le rapporteur devant le Conseil de famille départemental, et les autres membres de cette juridiction ne peuvent voir leur responsabilité recherchée en cette qualité que par la procédure de prise à partie.

(Trib. civ. de Montluçon, 2 décembre 1938.)

MÉDECIN SUSPENDU. — REMPLACEMENT. — LÉGALITÉ — CONDITIONS

2.276. — M. Maurice VOIRIN expose à M. le ministre du Travail : *a*) que dans sa réponse nº 1.874, du 23 janvier 1937, il admet qu'un médecin frappé de suspension provisoire fasse donner les soins à ses clients assurés sociaux par un remplaçant ; *b*) que la Commission supérieure de contrôle, dans un jugement du 19 mai 1936, a paru d'un avis différent ; et lui demande si ce n'est pas à juste titre que cette Commission a considéré que ce remplaçant avait pour unique fin d'éluder les conséquences de la sanction prononcée contre le médecin frappé de suspension. (*Question du 4 mars* 1937.)

Réponse. — Un praticien condamné pour une durée déterminée à ne plus donner de soins aux assurés sociaux ne commet, en principe, aucune faute en chargeant un de ses confrères de le remplacer auprès de sa clientèle, pendant la durée de l'interdiction. La pénalité prononcée par la juridiction corporative n'a, en effet, d'autre but que de sanctionner des pratiques abusives en privant le praticien des ressources que la clientèle des assurés sociaux lui procurait. Les sanctions ainsi prononcées étant régies par le principe fondamental de la personnalité des peines, rien ne paraît s'opposer, en droit, à ce que le praticien condamné charge un confrère de donner les soins à sa clientèle, comme le font les praticiens pendant les périodes de vacances ou de maladie. Toutefois l'intérimaire doit assumer personnellement la responsabilité des abus professionnels qu'il commettrait, soigner les assurés sociaux dasn son propre cabinet et ne verser au praticien condamné aucune partie des honoraires ou aucune indemnité susceptible d'apparaître comme la contrepartie d'une cession de clientèle. Dans l'espèce dont la Commission supérieure de contrôle avait à connaître, il était avéré que l'intérimaire avait soigné les assurés sociaux au domicile et en présence du praticien condamné. Les conditions ci-dessus indiquées ne se trouvaient donc pas remplies. (*J. O.*, 23 avril 1937.)

MÉDECIN SUSPENDU. — DÉLIVRANCE D'UN REÇU A UN ASSURÉ SOCIAL

6.984. — M. Henri SALENGRO demande à M. le ministre du travail : 1º si un médecin suspendu par décision du Conseil supérieur des Assurances sociales peut être considéré comme ayant donné des soins à un assuré social — contrevenant ainsi aux sanctions prononcées contre lui — du moment qu'il a délivré à son client un reçu d'honoraires indiquant la date, la nature, la quantité et le prix des soins administrés, étant entendu que le fait de délivrer un reçu dans ces conditions paraît faire ressortir chez ce praticien l'intention de faire bénéficier son client du remboursement ; 2º si la Caisse, son tarif de responsabilité ne prévoyant pas le mode de remboursement forfaitaire prévu à l'article 6, paragraphe 11, du décret-loi du 28 octobre 1935, peut dans ce cas rembourser les prestations à son adhérent sur la base de son tarif ordinaire de responsabilité ; 3º si, conformément à l'article 8 paragraphe 5 du décret-loi du 28 octobre 1935, elle est fondée à réclamer au praticien le remboursement des prestations ainsi payées (*Question du* 7 *juillet* 1938.)

Réponse. — 1º Dans le cas visé par l'honorable parlementaire, la délivrance du reçu d'honoraires suivant les conditions définies par l'article 10, paragraphe 2, du règlement d'administration pbulique du 19 mars 1936 présume, de la part du praticien, l'intention de faire bénéficier son client de prestations des Assurances sociales. Toutefois, il ne semble pas que cette présomption — si grave qu'elle puisse paraître — suffise à établir la mauvaise foi du praticien qui a pu

ignorer la qualité d'assuré social de son client. Cette situation est toute différente du cas où le médecin signe une feuille de maladie révélant, *ipso facto*, la qualité d'assuré du malade ; 2e et 3e réponse négative. (*J. O.*, 8 octobre 1938.)

Un médecin suspendu ne doit pas se faire remplacer

Le médecin frappé d'interdiction temporaire, qui se fait remplacer par un confrère afin d'éluder l'effet de cette interdiction commet un abus qui doit être réprimé.

(Comm. sup. de contrôle, 19 mai 1936.)

Suspension du droit de soigner les assurés sociaux. — Extension a tous les services de médecine sociale

1.888. — M. Cado expose à M. le ministre du Travail qu'un décret interministériel en date du 9 juin 1934, pris en exécution des lois concernant l'Assistance médicale gratuite, les accidents du travail, les Assurances sociales, les soins gratuits aux mutilés, précise que les praticiens dont les services sont utilisés à un titre quelconque par deux ou plusieurs Administrations publiques, cesseront d'office d'exercer leurs fonctions dans toutes ces Administrations s'ils sont l'objet d'un licenciement, d'une suspension ou d'une exclusion par l'une d'entre elles pour un motif d'ordre pénal ou disciplinaire, et demande :

1° Si ces dispositions sont applicables aux Administrations, lorsqu'il s'agit d'une sanction disciplinaire prise à la requête d'une Caisse d'assurances sociales ;

2° Dans la négative, de quelle façon on doit interpréter ce décret en ce qui concerne les assurés sociaux indigents dont les prestations sont supportées à la fois par les Caisses d'assurances sociales et les Services de l'Assistance médicale gratuite et les mutilés de guerre, assurés sociaux dont les prestations médicales sont payées par l'Administration et les prestations en argent par les Caisses d'assurances sociales ? (*Question du 30 décembre 1936.*)

Réponse. — 1° et 2°. Le ministre du Travail, en accord avec le ministre de la Santé publique, estime que si les Caisses d'assurances sociales ne constituent pas une administration publique, au sens traditionnellement attaché à cette expression, les Assurances sociales n'en constituent pas moins un service public dont lesdites Caisses ont la gestion, et les praticiens appelés à donner leurs soins et à délivrer des médicaments aux assurés sociaux sont astreints à des obligations d'ordre administratif, qui en font des collaborateurs des services publics des Assurances sociales. En conséquence, il appartient aux administrations publiques qui auraient recours à des praticiens ayant fait l'objet d'une condamnation ou d'une sanction disciplinaire à l'occasion de leurs rapports avec les assurés sociaux, de donner aux sanctions intervenues, la suite prévue par le décret interministériel en date du 9 juin 1934.

(*J. O.* 10 avril 1937.)

Note. — *Nous citons cette réponse à titre documentaire, mais nous estimons que le décret du 9 juin 1934 ne saurait être appliqué dans cette hypothèse, le médecin n'étant pas au service des organismes d'assurances sociales, qui sont, d'autre part, des personnes morales privées et non publiques.*

C) Le contrôle de l'assurance

1° Commission régionale tripartite

Décret-loi du 28 octobre 1935

Art. 8 — ....

§ 4. — Les conventions passées entre la Caisse et les Syndicats professionnels de praticiens et avec les établissements de soins, et les tarifs de responsabilité établis par les Caisses dans les conditions prévues à l'article 6, sont soumis à une Commission fonctionnant au siège de chaque région, composée pour le premier tiers de représentants de la Caisse, pour le second tiers de représentants des groupements professionnels et pour le dernier tiers de représentants des ministres du Travail et de la Santé publique, y compris les Commissions administratives des hôpitaux et hospices publics. Sauf pour le contrôle du service technique elle est chargée de prévenir et de régler les difficultés dans les divers services ou entre eux, et de prendre toutes les sanctions nécessaires avec appel devant la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales. En particulier, elle arbitre, sous réserve d'appel devant la section permanente, les litiges qui naissent entre les parties contractantes, de l'application desdites conventions.

Règlement d'administration publique du 19 mars 1936

Art. 20. — La Commission régionale prévue à l'art. 8, paragraphe 4, du décret-loi du 28 octobre 1935 comprend douze membres, savoir :

Un représentant du ministre du Travail et un représentant du ministre de la Santé publique ;

Quatre représentants des Caisses pratiquant dans la région les assurances maladie, maternité et les soins aux invalides, dont un représentant de l'Union régionale ;

Quatre représentants des Syndicats professionnels ayant passé des conventions avec les Caisses, dont trois représentants des Syndicats de médecins et un représentant des Syndicats de pharmaciens ;

Deux représentants des Commissions administratives des hôpitaux et hospices publics ;

Un représentant des Syndicats professionnels intéressés ayant passé des conventions avec les Caisses remplace un des trois médecins, lorsque la Commission traite

de questions où les intérêts du groupement sont engagés.

Le ministre du Travail désigne le président et le vice-président de la Commission.

Art. 21. — § 1er. — La Commission régionale est saisie par lettre recommandée, avec demande d'avis de réception, des difficultés ou litiges sur lesquels elle est appelée à statuer en vertu de l'article 8, paragraphe 4, du décret-loi du 28 octobre 1935. Les décisions prises par elle doivent être motivées et notifiées aux organismes, services ou administrations intéressés.

§ 2. — L'appel devant la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales doit être déposé ou parvenir par lettre recommandée, avec demande d'avis de réception, au secrétariat de la Commission, dans les dix jours de la notification. Communication en est donnée, dans les dix jours qui suivent, aux autres parties intéressées. Il est statué définitivement par la section permanente dans le délai de deux mois à dater de cette dernière communication.

Contrôle des tarifs de responsabilité des Caisses. — Respect du libre-choix

La tarification des actes de spécialités doit tenir compte des conditions différentes dans lesquelles sont dispensés les soins à l'hôpital et chez le praticien, faute de quoi elle pourrait avoir pour effet de limiter le libre-choix du médecin par l'assuré.

(Section perm. du Cons. sup. des Ass. soc., 3 avril 1936.)

Recours possible devant le Conseil d'Etat

La Section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales, statuant sur les appels contre les décisions des Commissions régionales, est une juridiction dont les décisions sont susceptibles d'être l'objet d'un recours en cassation devant le Conseil d'Etat.

(Conseil d'Etat, 29 juin 1934.)

2° Contrôle du Ministre du Travail

Décret-loi du 28 *octobre* 1935
modifié par celui du 14 *juin* 1938

Art. 31. — ....

§ 4. — Toute Caisse élabore un règlement d'administration intérieure relatif aux formalités que doivent remplir les intéressés pour bénéficier des prestations de l'assurance. Ce règlement comporte des dispositions communes à toutes les Caisses, fixées par le règlement général d'administration publique, et des dispositions spéciales à chaque Caisse. Il doit être approuvé par le ministre du Travail. Il est opposable aux assurés lorsqu'il a été porté à leur connaissance.

Art. 34. — ....

§ 11. — Lorsqu'une Caisse d'assurances sociales ou Union régionale applique un tarif de responsabilité non approuvé dans les conditions prévues à l'art. 8, § 4 ou lorsque la Commission instituée par ladite disposition n'a pas été unanime à l'approuver, le ministre du Travail peut, après avis conforme de la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales, fixer par arrêté le tarif de responsabilité de cette Caisse ou de cette Union pour les assurances maladie-maternité et soins aux invalides.

....

Art. 37. § 6. — Le ministre du Travail est recevable à intervenir devant toutes les juridictions et en tout état de la procédure dans toutes les affaires relatives à l'application des Assurances sociales.

§ 7. — Lorsque la décision d'une Caisse d'assurances sociales apparaît contraire aux dispositions légales ou réglementaires, le ministre du Travail peut, jusqu'à l'expiration du délai de deux ans prévu à l'article 25, paragraphe 1er, du présent décret, aviser, par lettre recommandée avec avis de réception, l'assuré et la Caisse, qu'il entend provoquer la réforme de cette décision, et qu'il se réserve d'intervenir à l'action que l'assuré intenterait.

Ladite lettre recommandée comporte réouverture, à compter de la date d'envoi, du délai de trois mois visé à l'article 36, paragraphe 1er, ci-dessus, sans qu'il soit besoin d'une décision nouvelle de la Caisse.

D) Sanctions pénales

Décret-loi du 28 *octobre* 1935 *modifiée par celui du* 14 *juin* 1938

Art. 27. — § 1er. — **Est passible d'une amende de 15 francs à 500 francs quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration, pour obtenir ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois s'il y échet.**

§ 2. — Sont passibles d'une amende de 100 francs à 2.000 francs et d'un emprisonnement de six jours à deux mois :

1° Les administrateurs, directeurs, agents de toutes sociétés ou institutions recevant, sans avoir été dûment agréés ou autorisés à cet effet, les versements visés au titre 1er ci-dessus ;

2° Les administrateurs, directeurs et agents de tous les organismes d'assurance, en cas de fraude ou de fausse déclaration dans l'encaissement ou dans la gestion, le tout sans préjudice de plus fortes peines s'il y échet.

§ 3. — Sera puni d'une amende de 100 francs à 2.000 francs et d'un emprisonnement de six jours à deux mois, ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque, soit par menaces ou abus d'autorité, **soit par offres, promesses d'argent, ristourne sur les honoraires médicaux ou fournitures pharmaceutiques, faits à des assurés ou à des Caisses**

d'assurances ou à toute autre personne, aura attiré ou tenté d'attirer ou de retenir les assurés notamment dans une Caisse, dans une clinique ou cabinet médical, dentaire ou officine de pharmacie.

§ 4. — Le maximum des deux peines sera toujours appliqué au délinquant lorsqu'il aura déjà subi une condamnation pour la même infraction et le Tribunal pourra ordonner l'insertion du nouveau jugement dans un ou plusieurs journaux de la localité, le tout aux frais du condamné, sans que le coût de l'insertion puisse dépasser 1.000 francs.

§ 5. — Les médecins, chirurgiens, sages-femmes et pharmaciens peuvent être exclus des services de l'assurance en cas de fausse déclaration intentionnelle. S'ils sont coupables de collusion avec les assurés, ils sont passibles, en outre, d'une amende de 100 à 2.000 francs et d'un emprisonnement de six jours à trois mois, ou de l'une de ces deux peines seulement, sans préjudice de plus fortes peines s'il y échet.

§ 6. — Tout intermédiaire convaincu d'avoir, moyennant une rémunération quelconque, offert, accepté de prêter ou prêté ses services à un employeur en vue de lui permettre de contrevenir à la législation sur les Assurances sociales, sera puni d'une amende de 16 à 300 francs et, en cas de récidive dans le délai d'un an, d'une amende de 500 à 2.000 francs.

Sera puni des mêmes peines, tout intermédiaire convaincu d'avoir offert ou fait offrir ses services moyen nant émoluments convenus à l'avance, à un assuré social en vue de lui faire obtenir le bénéfice des prestations qui peuvent lui être dues.

Manœuvres tendant a attirer les assurés. — Offre de se charger des démarches près de l'Administration. — Délit

L'art. 27 § 3 du décret-loi n'a pas visé seulement les offres d'argent, ou de soins. Il faut entendre le mot « offres » dans son sens le plus général, sans aucune précision, et il appartient aux tribunaux de rechercher d'après les circonstances révélées dans chaque cas particulier si l'offre revêt ou non un caractère délictueux.

L'offre faite par un praticien, dans sa publicité, de se charger des démarches auprès des Caisses, étant susceptible de lui attirer des clients, constitue une violation de l'art. 27 précité.

(Trib. corr. de Lorient, 31 mai 1937.)

Médecin. — Ristourne a un assuré. — Manœuvre frauduleuse

I. Se rend coupable de l'infraction prévue par l'art. 27 de la loi ,le médecin qui a consenti une ristourne à un assuré sur ses honoraires, à la suite de manœuvres concertées entre eux, ayant eu pour effet de retenir cet assuré dans son cabinet médical.

II. L'action civile n'est recevable et ne peut donner lieu à l'allocation de dommages-intérêts, qu'autant que la personne qui l'exerce a été directement lésée par l'infraction ;

Une Caisse départementale qui s'est constituée partie civile sur la poursuite intentée par le ministère public pour ristournes indûment consenties par le médecin à un assuré, ne peut obtenir de dommages-intérêts, alors qu'elle n'a subi de ce fait aucun préjudice direct et personnel.

(Cass. ch. crim., 14 mars 1936.)

Acquit apposé en cas de non paiement. — Délit

Est justiciable de l'art. 27 de la loi sur les Assurances sociales, le médecin qui atteste faussement sur les feuilles de maladies avoir reçu des honoraires qui ne lui ont pas été versés.

(Cour de Nîmes, 26 mai 1933.)

Note. *V. également dans ce sens R. M. n°* 488 (*J. O.*, 2 *octobre* 1936). *Supplément n°* 20. *page* 14.

Remise a l'assuré d'une facture acquittée et non payée. — Encaissement des prestations de la Caisse. — Refus de paiement. — Absence de délit.

L'assuré social qui se fait remettre par un pharmacien une facture acquittée, quoique non payée, pour obtenir de la Caisse des assurances sociales le remboursement du pourcentage à la charge de cette Caisse, ne commet pas un abus de confiance en s'abstenant de payer au pharmacien sa facture, après en avoir encaissé le montant à la Caisse des assurances sociales ; en effet, la remise de la facture acquittée par le pharmacien à l'assuré, ne constitue ni un mandat, ni aucun des contrats limitativement énumérés par l'art. 408 C. pén.

(Cour d'Agen, ch. corr., 22 décembre 1932.)

Sens de l'art. 27. — Conditions pour qu'il y ait ristourne délictueuse. — Nature du bénéficiaire.

L'application de l'art. 27 est subordonnée à la constatation d'un moyen illicite mis en œuvre pour peser sur la volonté des bénéficiaires de la loi et les inciter à donner ou conserver leur clientèle à l'un des organismes énumérés (Caisse, cabinet médical, officine de pharmacie).

En ce qui concerne les ristournes, il faut qu'elles aient été consenties aux bénéficiaires de la loi, ou aux intermédiaires dont l'intervention a procuré leur clientèle à une Caisse ou cabinet médical.

On ne saurait donc leur assimiler les rétributions accordées par un médecin à des collaborateurs dont il utilise le concours pour donner des soins à ses clients assurés sociaux.

(Cour de Cass. ch. crim., 2 février 1938.)

Le Gérant : R. THIRON Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

LE CONCOURS MÉDICAL
DOCUMENTATION PROFESSIONNELLE PERMANENTE
DU MÉDECIN PRATICIEN

HONORAIRES ET CONTRATS MÉDICAUX

SOMMAIRE

• BULLETIN DU MOIS •

L'actualité a ses caprices ! Nous aurions voulu pouvoir donner, avec le dernier numéro de ce mois, le nouveau tarif des accidents du travail actuellement en gestation. On sait en effet que la loi du 1er juillet 1938, entrée en vigueur depuis le premier janvier dernier, a apporté à la *responsabilité patronale d'importants changements, en supprimant en matière d'hospitalisation la limitation aux frais d'assistance médicale gratuite majorés de* 30 %. *Dorénavant les médecins d'établissements de soins publics ou privés seront en droit de prétendre à des honoraires en cas de traitement d'un accidenté médical, honoraires qu'il appartient au tarif ministériel de fixer. La Commission prévue par la loi s'est réunie à cet effet et un accord de principe s'est établi, mais il manque encore, pour qu'il prenne force de loi, la sanction du Ministre. Nous sommes donc obligés d'attendre la fin d'avril pour mettre à la disposition de nos lecteurs un nouveau tarif à jour, remplaçant l'ancien fascicule.*

Nous avons décidé de dresser dans ce numéro le tableau des règles juridiques régissant les rapports entre le médecin et sa clientèle, c'est-à-dire le secteur libre et privé de la médecine. Il s'agit là d'un document de base d'une actualité permanente, et qui subit d'ailleurs plus de changements qu'on ne pourrait le croire de prime abord. Certes l'activité législative et réglementaire est à peu près réduite à rien, mais la jurisprudence élabore peu à peu un véritable droit professionnel et corporatif, à la création duquel le Sou Médical *n'est d'ailleurs pas étranger !*

Le premier problème qui se pose en notre matière est évidemment la « présentation » du médecin à la clientèle, qu'on appelle improprement cession de clientèle. Une telle convention entre médecins peut parfaitement être juridiquement valable, si elle est correctement rédigée. Nous donnons à cet effet un modèle dont il sera possible de s'inspirer dans chaque cas particulier. Notons toutefois qu'une des clauses éventuelles d'un tel contrat, à savoir pour le médecin cédant l'interdiction d'exercer dans un certain périmètre et pendant une certaine durée, voit à l'heure actuelle sa validité remise en jeu, certaines Cours estimant qu'une telle interdiction met obstacle au droit absolu qu'a tout malade de choisir son médecin. Si une telle théorie était admise la porte serait ouverte à tous les abus, et les contrats de collaboration entre médecins (tels que présentation à la clientèle, remplacement, assistance, société) ne seraient assortis d'aucune garantie, en cas de rupture, pour le premier occupant. La Cour suprême saisie du problème fixera définitivement la jurisprudence sur ce point. Remarquons cependant que la Cour de Poitiers, bien voisine pourtant de la Cour de Bordeaux, paraît se faire une idée autrement stricte de la protection du libre choix !

Le plus important des contrats médicaux est évidemment celui conclu entre le praticien et le client. La Cour de Cassation a récemment précisé que l'objet de ce contrat n'était pas une obligation de résultat (la guérison ou l'amélioration du malade), mais une obligation de moyens : la délivrance de soins consciencieux et conformes aux données acquises de la science. Le droit du médecin à des honoraires est donc indépendant en principe, sauf faute professionnelle, du résultat obtenu. Quant au débiteur de ces honoraires c'est en principe le bénéficiaire des soins. En outre le médecin est fondé à s'adresser conjointement à tous ceux auxquels il a fait confiance, qui ont intérêt à la guérison, ou qui sont liés à l'égard du malade par une obligation d'aliments. Le Sou Médical *a obtenu en cette matière une jurisprudence extrêmement nuancée que nous avons voulu citer le plus largement qu'il nous a été possible. Notons qu'un récent arrêt de la Cour de Cassation est venu décider de manière fort inattendue que la femme mariée commune en biens n'était jamais débitrice personnelle des frais médicaux la concernant ; ces frais, concernant « uniquement l'entretien du ménage », tombent en communauté.*

A côté du contrat de droit commun entre médecin et clients, il faut faire place aux contrats où le praticien n'est plus seul en face de son malade, soit qu'il remplace un confrère, soit qu'il se trouve au service d'un tiers médecin ou non médecin, soit qu'il s'associe avec un confrère. C'est en effet une marque de l'évolution actuelle de la médecine que le développement pratique de ces formes d'exercice rarement usitées autrefois. Il est intéressant de noter qu'en ces matières le médecin a toujours bénéficié, de par la jurisprudence, d'un statut spécial tenant compte du caractère libéral et réglementé de sa profession.

Jusqu'à un tout récent arrêt de la Cour de Cassation (26 juillet 1938) il en allait ainsi en particulier pour le louage de services médicaux que les tribunaux se refusaient à assimiler au contrat de travail ordinaire. Il semble que l'arrêt précité marque un revirement vers l'assimilation, tenant sans doute à l'extension considérable de la notion de contrat de travail. L'intérêt de ce revirement est qu'il accorderait aux médecins employés le bénéfice des lois sociales.

Jean MIGNON.

HONORAIRES ET CONTRATS MÉDICAUX

I. — Présentation à la clientèle

Il est assez curieux de constater que la pratique des cessions de clientèles médicales n'a lieu de manière courante, en Europe, qu'en France et en Angleterre. Une enquête effectuée à ce sujet par l'A. P. I. M. au cours de 1936 a fait ressortir au contraire que les cessions de clientèles sont rares et contraires aux mœurs en Suisse et en Norvège, inusitées en Belgique, en Hongrie et en Suède, interdites sous peine de sanctions en Allemagne et en Italie.

A) **Validité juridique**

La jurisprudence française avait d'ailleurs pendant longtemps vu d'un œil plutôt défavorable un tel contrat entre médecins. Encore aujourd'hui deux médecins ne peuvent conclure une « cession de clientèle ». Une telle cession, faite à titre pur et simple est en effet considérée comme nulle par les Tribunaux car « la clientèle d'un médecin ne peut faire l'objet d'un contrat ; elle ne repose que sur la confiance qu'inspirent à ses clients la science et la conscience professionnelle d'un médecin. Elle est donc par essence même intransmissible et hors commerce ». (V. not. Trib. civ. de la Seine, 22 *novembre* 1934, *Cour de Riom,* 8 *juillet* 1937.)

Au contraire, le contrat par lequel deux médecins prennent l'un vis-à-vis de l'autre divers engagements tels que pour le cédant l'obligation de présenter son successeur à sa clientèle, et de ne plus exercer en un lieu et pendant un temps déterminé, et pour le cessionnaire de payer en échange une certaine indemnité, est considéré par la jurisprudence comme parfaitement valable, ainsi que prouvent, notamment, les deux décisions suivantes.

CESSION DE CLIENTÈLE MÉDICALE. — INTERDICTION D'EXERCICE. — ENGAGEMENTS RÉCIPROQUES ENTRE DEUX MÉDECINS. — OBLIGATIONS DE FAIRE ET NE DE PAS FAIRE. — VALIDITÉ

S'il est généralement admis en doctrine et en jurisprudence que la clientèle d'un médecin ne peut pas être cédée à prix d'argent, la convention par laquelle il prend l'engagement envers un de ses confrères de le présenter à ses clients, avec promesse de non-concurrence est parfaitement valable, constituant, non une vente, mais une obligation de faire ou de ne pas faire.

(Trib. civ. de Montélimar, 18 décembre 1934.)

CESSION DE CLIENTÈLE MÉDICALE. — CESSION DE BAIL. — VENTE D'OBJETS MOBILIERS. — INTENTION DES PARTIES. — ENGAGEMENTS RÉCIPROQUES. — VALIDITÉ

L'acte par lequel un médecin promet à un confrère de lui céder sa clientèle, en lui cédant en outre son bail, et en lui vendant du matériel, n'est pas nul du moment qu'il résulte des circonstances de l'affaire que par cet acte les parties ont entendu les conventions habituelles qui se passent entre médecin qui s'établit dans un pays et médecin quittant l'exercice de sa profession, conventions que d'usage constant on appelle une cession de clientèle.

L'obligation pour le cédant de présenter son successeur à sa clientèle et de ne plus exercer dans un lieu déterminé est licite et peut avoir pour contre-partie l'obligation de verser une somme d'argent, de la part de celui qui doit en bénéficier.

(Cour d'Orléans, 15 janvier 1934.)

NOTE. — *Voir* *p.* 15*, sur la validité des clauses d'interdiction d'exercice, la jurisprudence contraire de la Cour de Poitiers. La Cour suprême est actuellement saisie de la question.*

CESSION DE MATÉRIEL. — BAIL. — CONVENTION IMPRÉCISE. — INDEMNITÉ IMPORTANTE. — VÉRITABLE NATURE. — CESSION DE CLIENTÈLE. — NULLITÉ.

Lorsque la veuve d'un médecin s'engage, par une convention imprécise et peu claire, à louer un local à un successeur pour un loyer déterminé, et à lui céder du matériel et du mobilier, moyennant le versement d'une importante indemnité, cette convention doit s'interpréter comme une cession de clientèle médicale.

Or, une telle cession étant considérée comme portant atteinte au libre-choix du malade, et étant en conséquence hors du commerce, est frappée d'une nullité d'ordre public. L'ensemble du contrat formant un tout indivisible, doit être annulé pour le tout.

(Cour de Bourges, 2 février 1938.)

NOTE. — *Cet arrêt montre la nécessité qu'il y a de rédiger de manière précise et étudiée les contrats de présentation à la clientèle. En l'espèce cette obligation de présentation, et le droit de se dire le successeur du médecin décédé, pouvaient seuls justifier l'indemnité prévue.*

CESSION DE DROIT AU BAIL ET DE MATÉRIEL PAR LA VEUVE D'UN MÉDECIN. — VALIDITÉ. — — AUTORISATION PAR LE CONSEIL DE FAMILLE

La cession, par la veuve d'un médecin à un autre médecin, d'un droit au bail, due à titre accessoire du matériel et du mobilier, constitue une cession de droit incorporel appartenant à un mineur. Celle-ci pour être valable, doit, conformément à l'art. 1er de la loi du 27 février 1880, avoir été préalablement autorisée par le Conseil de famille, et homologuée par le Tribunal civil.

(Trib. civ. d'Arbois, 6 mars 1933.)

B) Projet d'acte de présentation à la clientèle médicale

Nous donnons ci-dessous le texte d'un projet de de contrat de cession conforme à la jurisprudence et par conséquent présentant actuellement dans la mesure du possible les garanties de validité désirables au point de vue juridique :

Entre : Monsieur le Docteur X... d'une part, demeurant à ...
Et Monsieur le Docteur Y... d'autre part, demeurant à ....
il a été convenu et arrêté ce qui suit :

1° Le Docteur X... cède au Docteur Y... tels et tels objets mobiliers (en faire la description et la désignation) et les instruments de chirurgie dont la liste a été fournie à Y... par X...

2° X... cède en outre à Y... le droit de se dire et présenter comme seul et unique successeur ;

3° X... s'engage à ne pas exercer la médecine dans un rayon de 10 kilomètres ou dans le département ou dans tels quartiers (dans une grande ville) ou dans telles villes, pendant une durée de X années ;

4° X... s'engage à remettre à Y... la liste de tous les clients visités par lui pendant les trois dernières années ;

5° X... s'engage à adresser à tous ses clients actuels, sous enveloppe et à frais communs, deux cartes, l'une portant le nom du Docteur X... suivi des lettres P. P. C. et l'autre le nom du Docteur Y... suivi de la mention « successeur du Docteur X... ».

6° Le Docteur X... promet au Docteur Y... de se tenir à sa disposition pour le présenter dans les principales familles de sa clientèle en se conformant à une liste dressée d'un commun accord.

7° De son côté, le Docteur Y... s'engage à verser au Docteur X... la somme de.... que le Docteur X... déclare avoir reçu comptant... ou qui sera payable d'après les modalités suivantes .....

8° Au cas où des difficultés se produiraient en ce qui concerne l'exécution de ces obligations prises par l'une ou l'autre des parties, celles-ci s'engagent dès à présent à soumettre les litiges à un Tribunal arbitral composé de deux médecins désignés chacun par l'une des parties, avec mandat à ces deux arbitres de statuer comme amiables compositeurs, et en cas de désaccord, de désigner un tiers arbitre chargé de les départager.

Fait en triple à .....

(Le contrat doit être établi en autant d'exemplaires que de parties, plus un pour l'Enregistrement. Chaque signature doit être précédée des mots « lu et approuvé » écrits de la main du signataire. Dans ce projet de contrat, il n'est pas fait mention de la cession du bail, qui constitue pourtant un élément essentiel de la cession, car, ce contrat, qui ne comporte en lui-même aucune difficulté particulière, peut être fait, au gré des parties, soit dans le même acte, soit par un acte séparé).

C) Les présentations à la clientèle au point de vue fiscal

1° *Impôt sur le revenu*

LE PRIX D'ACHAT ON DE VENTE D'UNE CLIENTELE MÉDICALE N'ENTRE PAS EN COMPTE POUR LE CALCUL DU BÉNÉFICE IMPOSABLE

15.029. — M. Gaston THIÉBAUT demande à M. le ministre des Finances si l'imposition de la plus-value des fonds de commerce concerne également les cabinets des professions libérales : agents d'affaires, dentistes, etc., ainsi que les charges et offices, et ajoute que le Code général des contributions directes ne paraît viser que les professions commerciales. (*Question du 16 janvier* 1936.)

Réponse. — Le bénéfice imposable n'est déterminé, conformément à l.art. 7 du Code général des impôts directs, d'après les résultats d'ensemble des opérations de toute nature effectuées par les entreprises, y compris les cessions d'éléments quelconques de l'actif, soit en cours, soit en fin d'exploitation, que pour l'assiette de l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux. La question posée comporte, dès lors, une réponse affirmative en ce qui concerne les agents d'affaires, dont la profession est réputée commerciale par l'art. 632 du Code de commerce, et une réponse négative à l'égard des contribuables exerçant effectivement une

profession libérale ou titulaires d'une charge ou d'un office dont les revenus relèvent de la cédule des bénéfices commerciaux.

(*J. O.*, 13 mars 1936.)

2° Enregistrement

Le contrat de présentation à la clientèle est soumis à la formalité de l'enregistrement dans les trois mois de sa date, et donne lieu au paiement d'un droit proportionnel au montant de l'indemnité figurant dans l'acte. L'accomplissement de la formalité est une obligation à la charge du cessionnaire ; toutefois le cédant a un mois supplémentaire pour s'en acquitter. A l'expiration de ces deux délais chacune des parties est redevable solidairement à l'égard du fisc, en plus des droits simples, d'une amende fiscale égale à un droit en sus.

L'Administration prétend assimiler les contrats de présentation à la clientèle aux contrats de cession de fonds de commerce. Elle perçoit en conséquence le droit de 9,20 %, majoré s'il y a lieu de la taxe de première mutation (3 %). En vertu de cette assimilation, ce qui est assujetti à la formalité n'est pas l'acte lui-même, mais bien la mutation de clientèle, indépendamment de tout écrit. A défaut de déclaration de la mutation, l'Administration est fondée à prouver par tous moyens son existence (écrit mentionnant la cession, bail, cession de bail, annonces, demandes de transfert de patente, etc.) et à percevoir droits et pénalités.

Nous soutenons que cette thèse méconnaît la véritable nature du contrat de présentation à la clientèle, qui ne constitue nullement une mutation (chose impossible) mais un échange d'obligations réciproques, un contrat inommé contenant des dispositions indépendantes. Le fisc ne devrait percevoir que le droit afférent à chacune de ces dispositions. Le droit ne serait dû en outre que si un écrit a été dressé. La jurisprudence ne s'est pas encore prononcée à ce sujet.

Quel que soit le régime adopté, l'enregistrement n'en reste pas moins indispensable si l'on veut pouvoir éventuellement faire usage du contrat en justice. S'il est tardif, il incombe alors à la partie demanderesse de faire l'avance des droits simples et des pénalités.

II. — Le contrat entre le médecin et son client Les honoraires médicaux

A) Nature du contrat médical

MÉDECIN. — CONTRAT. — OBLIGATION DU MÉDECIN. — FOURNITURE DE SOINS CONSCIENCIEUX ET ATTENTIFS

Il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat, comportant pour le praticien l'engagement, sinon évidemment de guérir le malade, du moins de lui donner des soins, non pas quelconques, mais consciencieux, attentifs, et, réserve faite des circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science médicale.

(Cass. civ., 20 mai 1936.)

NATURE DE LA CONVENTION CONCLUE ENTRE LE MÉDECIN ET LE MALADE. — LOUAGE D'OUVRAGE OU D'INDUSTRIE (NON). — CONTRAT « SUI GENERIS »

La convention qui intervient entre le malade et le médecin qui lui apporte son assistance et ses soins constitue un contrat « sui generis ». On ne saurait y voir un louage d'ouvrage ou d'industrie.

(Cass. civ., 13 juillet 1937.)

CONTRAT ENTRE LE MÉDECIN ET LE MALADE. — OBLIGATION POUR LE MÉDECIN DE CONTINUER SES SOINS AUSSI LONGTEMPS QU'IL SERAIT NÉCESSAIRE

Un médecin n'est jamais obligé en principe de se rendre à l'appel d'un malade. Mais, lorsqu'il consent à soigner un client, il s'engage implicitement à continuer ses soins aussi longtemps qu'ils seront nécessaires. Le fait pour lui de rompre le contrat en cours de traitement de manière intempestive et sans motifs sérieux constitue une faute professionnelle.

(Trib. civ. de la Seine, 19 décembre 1910. Trib. civ. de Grasse, 18 mai 1936.)

B) Preuve du contrat

PREUVE DU CONTRAT. — NATURE PARTICULIÈRE DE L'ART MÉDICAL. — PREUVE ÉCRITE IMPOSSIBLE. — PREUVE PAR TÉMOINS OU PRÉSOMPTIONS

Un usage fondé sur la nécessité et sur l'intérêt des malades, en même temps que sur le respect et la dignité du médecin ou du chirurgien s'oppose à ce qu'il exige de ses clients ou des personnes qui requièrent l'exercice de son art, l'engagement écrit de payer ses honoraires. Il résulte de là l'impossibilité pour le médecin de se procurer une preuve écrite, au sens de l'article 1348 du Code civil.

La preuve de l'obligation contractée envers lui peut donc être établie soit par témoignages, soit par présomptions, celles-ci résultant de l'appréciation des circonstances de la cause, quand bien même le chiffre de la créance serait supérieur à 500 francs.

(Cass. req., 27 mars 1907, *C. M.* 1907, 269.)

PREUVE DU CONTRAT. — ABSENCE DE PREUVES ÉCRITES. — PRODUCTION DES DOCUMENTS DE COMPTABITITÉ DU MÉDECIN

La nature particulière de l'exercice de l'art médical dispense les praticiens de l'apport d'une preuve écrite ou d'une justification par témoins du nombre de leurs visites dès lors qu'ils produisent des documents de comptabilité d'un caractère suffisamment probant. Sans doute leurs livres ne sauraient faire foi en justice au même titre que ceux des commerçants, mais les Tribunaux peuvent y puiser les présomptions suffisantes pour fixer leur conviction.

(Trib. civ. de Libourne, 13 janvier 1887, *C. M.*, 1891, 381.)

PREUVE DU CONTRAT. — PRODUCTION DES LIVRES PROFESSIONNELS. — VALEUR PROBANTE. — CONDITIONS. — LIVRES BIEN ET RÉGULIÈREMENT TENUS

Le médecin, ne pouvant se procurer une preuve littérale de l'obligation contractée envers lui par le malade est admis à faire la preuve par tous moyens, même par présomptions en produisant son carnet de visites, comme le négociant produit ses livres de commerce.

Mais la force probante des documents comptables n'est pas suffisante lorsque le système adopté offre les plus grandes chances d'erreur, et qu'en outre, le défaut de tenue d'un livre de Caisse augmente encore ces chances en rendant tout contrôle par pointage impossible.

(Trib. civ. de Périgueux, 13 juin 1933.)

PREUVE LITTÉRALE. — MÉDECIN. — COMPTABILITÉ. — VISITES

AVEU. — RECONNAISSANCE DE DETTE. — PAIEMENT. — INDIVISIBILITÉ

Il appartient au juge du fond de décider par une appréciation souveraine des circonstances de la cause, si la comptabilité professionnelle d'un médecin fait preuve en sa faveur de l'existence d'une créance d'honoraires.

La double déclaration du débiteur, qui en reconnaissant l'existence d'une dette, affirme l'avoir payée, peut être considérée comme un aveu indivisible par le juge de fond, et lui permettre d'écarter la demande du médecin qui n'apporte aucune preuve contraire.

(Cass. civ., 31 mai 1932.)

PRODUCTION EN JUSTICE DE LA COMPTABILITÉ DU MÉDECIN. — RESPECT DÛ AU SECRET PROFESSIONNEL

S'il est interdit au médecin, confident nécessaire de ses clients, de divulguer les secrets soit d'ordre intime, soit d'ordre purement médical, que ceux-ci lui ont révélés ou que l'exercice de son art l'a amené à découvrir, cette interdiction ne s'étend pas au fait même de son intervention, qui est souvent de notoriété publique, et presque toujours connu tant de son entourage, que de celui du malade.

Cette interdiction ne s'étend pas non plus au règlement des honoraires. Un médecin peut donc faire connaître à des tiers y ayant un intérêt légitime ses livres de comptabilité, qui n'ont rien de secret ni de confidentiel.

(Cour de Paris, 3 janvier 1900.)

Le médecin, n'étant pas commerçant est d'autant moins tenu à la communication de sa comptabilité professionnelle, que cette comptabilité pourrait porter atteinte au secret professionnel.

Si donc la partie adverse peut prétendre à la communication des livres, c'est seulement dans les conditions mises par le médecin à cette communication, et dans les limites qui permet le respect dû au secret médical.

(Trib. civ. de la Seine, juillet 1902, *C. M.*, 1903, 367.)

PREUVE DE LA CRÉANCE D'HONORAIRES. — LIENS DE PARENTÉ OU D'AMITIÉ. — INTENTION GRACIEUSE. — PREUVE A LA CHARGE DU DÉFENDEUR.

Lorsque les soins ont donnés par un médecin à une personne à laquelle le rattachaient des liens de parenté ou d'amitié, et que la preuve du service médical est rapportée, c'est au défendeur qui prétend que dans l'intention des parties les visites du médecin ne devaient pas donner lieu à une dette d'honoraires, à en rapporter la preuve.

(Trib. civ. de la Seine, 11 mars 1903, *C. M.*, 1903, 319.)

C) Détermination du chiffre des honoraires

HONORAIRES CONVENUS A L'AVANCE. — CONSENTEMENT NON LIBRE. — CONTESTATIONS POSSIBLES APRÈS L'INTERVENTION

Les conventions ne se forment que par le libre consentement des parties. Le consentement d'un malade sur le chiffre des honoraires convenu avant l'opération n'est pas libre lorsque la gravité de son état, la menace d'un trépas prochain, sont de nature à lui faire violence et l'amener à souscrire à des conditions très onéreuses. Le chiffre des honoraires peut donc ultérieurement

être contesté par le client, et il appartient au Tribunal de trancher le débat.

(Cour de Paris confirmant Trib. civ. de Meaux, 2 décembre 1932.)

POUVOIR D'APPRÉCIATION DES TRIBUNAUX. — ELÉMENTS SERVANT A DÉTERMINER LE CHIFFRE DES HONORAIRES. — IMPORTANCE DU TRAITEMENT. — NOTORIÉTÉ DU MÉDECIN. — SITUATION DE FORTUNE DU CLIENT

En matière d'honoraires médicaux, les Tribunaux qui ont l'obligation de réprimer également l'exagération du médecin qui réclame et l'ingratitude du client qui refuse de se libérer, doivent faire application aux parties des principes du droit commun et fixer les honoraires en tenant compte de l'importance du traitement ou de l'intervention, du nombre des visites, de la situation plus ou moins en vue du médecin traitant, et de la fortune du malade.

(Trib. civ. de Saintes, 25 janvier 1927.)

CHIRURGIEN. — HONORAIRES. — APPRÉCIATION SOUVERAINE PAR LES TRIBUNAUX. — OPÉRATION DÉLICATE ET URGENTE. — NOTORIÉTÉ DU CHIRURGIEN. — SITUATION DE FORTUNE DU MALADE

Pour la fixation des honoraires dus à la suite d'une opération chirurgicale, il faut prendre en considération principalement, avec l'importance du service rendu, les capacités et la notoriété du chirurgien d'une part, et la situation de fortune du malade d'autre part.

(Trib. civ. de la Seine, 10 février 1934.)

APPRÉCIATION DU CHIFFRE DES HONORAIRES. — ELÉMENTS A RETENIR. — RÉSULTAT OBTENU (NON). — CAS D'EXCEPTION

En principe le bon ou le mauvais résultat d'une opération n'est pas à considérer au point de vue du paiement des honoraires ; il n'est pas défendu cependant d'en tenir compte, lorsque les circonstances de la cause démontrent que, en dehors d'une urgence indispensable, un chirurgien a tenté une opération si difficile que le succès pouvait seul la justifier.

(Trib. civ. de Meaux, 2 décembre 1932, confirmé par la Cour de Paris, arrêt du 11 avril 1934.)

APPRÉCIATION DES HONORAIRES. — TARIFS SYNDICAUX LOCAUX. — VALEUR OBLIGATOIRE (NON). — TRAITEMENT DE LONGUE DURÉE. — PRIX RÉDUIT

Les tarifs adoptés par un Syndicat de médecin établi dans une région ne sauraient être obligatoires pour le juge qui doit faire application aux parties des principes du droit commun et tenir compte des services rendus, de la nature de la maladie, de la situation sociale et de fortune du malade, de la notoriété du médecin, et de son éloignement.

Quand une malade reste plusieurs mois dans un état assez grave pour justifier les nombreuses visites qui lui ont été faites et nécessiter de son médecin traitant des soins d'une nature spéciale, il ne peut être question d'appliquer dans toute sa rigueur le tarif en usage pour le prix d'une visite isolée. En pareil cas, les honoraires du médecin doivent être fixés dans leur ensemble.

(Cour de Bordeaux, 14 février 1900. *C. M.*, 1900, 396.)

D) Personnes responsables des honoraires

1° Le bénéficiaire des soins

PERSONNE RESPONSABLE DES HONORAIRES. — PRINCIPAL DÉBITEUR. — MALADE BÉNÉFICIAIRE DES SOINS

En principe, le médecin peut toujours s'adresser à son malade ou à son représentant légal pour se faire régler ses honoraires. Le malade en effet, soit qu'il ait appelé le médecin de sa propre initiative, soit qu'il ait accepté sees soins par la suite, est toujours tenu des honoraires et demeurera toujours le débiteur principal.

(Cour de Chambéry, 20 avril 1932.)

VISITE FAITE PAR UN MÉDECIN A UN MALADE SUR LA DEMANDE DE SA FAMILLE. — MALADE TENU AU PAIEMENT DES HONORAIRES

La visite faite par un médecin à un malade sur la prière de membres de sa famille, visite à laquelle ce malade a consenti et dont il a tiré profit, lui a fait contracter vis-à-vis du médecin une obligation personnelle au paiement de ses honoraires.

(Cour de Paris, 3 mai 1934.)

CAS D'EXCEPTION. — FEMME MARIÉE SOUS LE RÉGIME DE LA COMMUNAUTÉ

Si en principe le malade qui reçoit les soins d'un médecin est personnellement tenu d'en acquitter le prix, il en est autrement de la femme mariée, commune en biens ; les frais médicaux exposés par elle rentrent dans les dépenses engagées dans l'intérêt et pour l'entretien du ménage. Par suite ils tombent dans la communauté.

(Cass. ch. des req., 27 janvier 1939.)

2° Tiers responsable. — Principe général

TIERS AYANT PRIS L'INITIATIVE DE L'APPEL DU MÉDECIN AUPRÈS D'UN MALADE. — APPRÉCIATION DES CIRCONSTANCES DE FAIT. — OBLIGATION TACITE DE PRENDRE A SA CHARGE LE PAIEMENT DES HONORAIRES

L'intermédiaire qui a pris l'initiative de l'appel d'un médecin auprès d'un malade, qui était présent aux visites et aux opérations, et a suivi de près le traitement du malade en demandant au médecin de lui écrire sur l'état et l'évolution de la maladie, peut être considéré, d'après ces circonstances, comme s'étant obligé par là, solidairement avec le mari de la malade, au paiement des honoraires de l'homme de l'art.

(Cass. req., 4 décembre 1872.)

TIERS RESPONSABLE. — TIERS AYANT FAIT APPEL AU MÉDECIN. — TIERS AYANT UN INTÉRÊT PERSONNEL A LA GUÉRISON DU MALADE

L'appel du médecin par un tiers auprès d'un blessé, la visite ou la consultation faite par le médecin en sa présence et sur sa demande feront très souvent présumer que le tiers s'est engagé à prendre à sa charge le paiement des honoraires. Il faut certes se garder d'étendre outre mesure cette présomption et d'en faire un principe absolu : le mobile qui a poussé le tiers à agir doit immédiatement entrer en ligne de compte, ce mobile pouvant n'être qu'un sentiment d'humanité vague et général dont on ne pourra pas déduire que le tiers s'est obligé implicitement. Mais le tiers a pu avoir des raisons spéciales et notamment un intérêt personnel pour s'intéresser au malade qu'il fait soigner. Sa demande auprès du médecin n'affecte plus alors le caractère de l'exécution d'un simple devoir d'humanité et permet à ce médecin d'agir directement contre lui.

(Cour de Chambéry, 20 avril 1932.)

3° Applications. — Tiers auxquels le médecin a fait confiance et qui ont intérêt à la guérison

SOINS A DONNER A UNE FEMME SUR LA DEMANDE DE SON CONCUBIN. — ENGAGEMENT DU CONCUBIN

Le client d'un médecin est tenu au paiement des honoraires pour soins donnés à la femme qui habitait sous son toit, et qu'il traitait comme son épouse légitime, du moment qu'il n'a rien fait pour dissiper l'erreur du docteur et que c'est à lui que ce dernier a fait confiance en donnant ses soins à cette personne que toutes les apparences désignaient comme sa femme.

(Tribunal de la Seine, 24 juillet 1922 . *C. M.*, 1925, 807. Trib de Paix de Poissy, 29 janvier 1935.)

SOINS DONNÉS A UN ENFANT, BLESSÉ A L'ÉCOLE, SUR LA DEMANDE DU DIRECTEUR. — RESPONSABILITÉ DU DIRECTEUR

La responsabilité du tiers ayant fait appel au médecin est engagée dès lors que le médecin a pu légitimement croire que, pour des raisons spéciales, l'intermédiaire s'intéressait au malade et prenait à sa charge les frais médicaux.

Le médecin appe,é par le Directeur d'une école pour donner des soins à un enfant accidenté à l'école, était en droit de croire que le Directeur par sa fonction était tout au moins moralement responsable des conséquences de l'accident. Le fait que le Directeur n'est fait aucune déclaration pour dégager sa responsabilité vis-à-vis du médecin et inviter ce dernier à s'adresser aux parents constitue bien les circonstances voulues par la doctrine et la jurisprudence pour rendre l'intermédiaire responsable.

(Trib. de paix d'Eu, 1er mai 1931.)

SOINS DONNÉS AU MEMBRE D'UNE SOCIÉTÉ SPORTIVE SUR LA DEMANDE DU PRÉSIDENT. — ENGAGEMENT. — RESPONSABILITÉ DE LA SOCIÉTÉ A L'ÉGARD DU MÉDECIN

Une Société sportive est responsable des honoraires pour soins donnés à un membre de cette Société victime d'un accident, dès lors que c'est le président de la Société qui a fait appel du médecin, que d'après les circonstances de la cause, il s'est engagé implicitement à l'égard du médecin et que c'est à lui que le médecin a fait confiance.

(Trib. civ. de Rocroy, 11 juillet 1933.)

SOINS DONNÉS A LA VICTIME D'UN ACCIDENT D'AUTOMOBILE. — RESPONSABILITÉ DE L'AUTEUR DE L'ACCIDENT AU PAIEMENT DES HONORAIRES. — CONDITION. — PREUVE D'UN ENGAGEMENT EXPRESSE OU TACITE DE PAIEMENT

L'auteur d'un accident d'automobile ne peut être tenu au paiement des honoraires du médecin qui a soigné la victime que s'il résulte des circonstances de la cause, de la commune intention des parties, des témoignages ou des présomptions que l'automobiliste s'est engagé à payer les frais de traitement du blessé.

(Cass. req., 4 décembre 1929.)

SOINS DONNÉS A UNE DOMESTIQUE SUR LA DEMANDE ET AU DOMICILE DE SES PATRONS. — RESPONSABILITÉ DES PATRONS

Le maître qui a fait appeler un médecin pour soigner un domestique malade, est personnellement tenu au paiement des honoraires de ce médecin, à moins qu'il ne l'ait préalablement

averti qu'il ne voulait pas assumer les frais de ce traitement médical.

Toutefois le chiffre des honoraires réclamés doit être en rapport avec la condition modeste du malade.

(Trib. civ. de Neufchâtel-en-Bray, 12 juillet 1905, *C. M.*, 1905, 568, Trib. civ. de Bordeaux, 23 décembre 1930, *C. M.*, 1931-1934.)

SOINS DONNÉS A UN NOURRISSON SUR LA DEMANDE DE LA NOURRICE. — RESPONSABILITÉ DE LA NOURRICE

Lorsque des soins médicaux ont été donnés à un nourrisson sur la demande de la nourrice, et que cette dernière n'a jamais fait connaître au médecin ni en l'appelant ni au cours de ses visites qu'elle n'entendait pas répondre du paiement de ses honoraires, le médecin a pu légitimement croire qu'il n'avait affaire qu'à la nourrice pour le règlement de ses visites et est fondé à lui demander le paiement de sa note.

(Trib. de paix de Conlie, 18, juin 1933.)

4° Tiers responsables. — Personnes tenues à l'égard du malade à une obligation d'aliments

SOINS DONNÉS PAR UN MÉDECIN A UN MALADE CRÉANCIER D'ALIMENTS A L'ÉGARD D'UN TIERS. — MÉDECIN AYANT REMPLI L'OBLIGATION DE CE TIERS. — RECOURS CONTRE LUI EN PAIEMENT DE SES HONORAIRES

Il faut entendre par « aliments » tout ce qui est nécessaire à la vie, notamment les soins médicaux.

Si un créancier éventuel d'aliments est dans la nécessité de contracter une dette pour subvenir à un besoin impérieux et urgent avant d'avoir pu faire constater en justice l'exigibilité de sa créance d'aliments, celui envers qui il s'est obligé (*c'est-à-dire le médecin*) a un recours contre le débiteur de la dette alimentaire, appréciée en tenant compte des facultés du débiteur, et de l'injuste appauvrissement dont, à raison de la privation d'honoraires convenables, le créancier (*le médecin*) serait victime.

(Cour de Cassat. ch. civ., 28 février 1938.)

Le chirurgien qui a procédé sur une femme mariée à une intervention nécessaire et urgente s'est substitué au mari dans l'exécution de son obligation de secours et d'entretien. Il peut, en conséquence, exercer contre lui, l'action de gestion d'affaires pour le paiement de ses honoraires.

(Trib. de paix de Toulouse, 26 octobre 1932.)

PÈRE. — ENFANT. — ALIMENTS. — TIERS. — GESTION D'AFFAIRES. — ACTION EN PAIEMENT

Aux termes de l'art. 203 du Code civil, le père a l'obligation de nourrir, élever et entretenir son enfant. Le tiers, qui à son défaut, rempli cette obligation sans même avoir reçu le mandat, a contre le père, comme gérant d'affaire, une action en paiement de ses frais et des services qu'il a rendus.

(Cour d'Aix, 2 juin 1904.)

SOINS DONNÉS A UN ENFANT MAJEUR. — SOINS SOLLICITÉS PAR LE PÈRE. — SOINS DONNÉS AU DOMICILE DU PÈRE. — ENFANT DANS LE LE BESOIN. — OBLIGATION DU PÈRE AU PAIEMENT DES HONORAIRES

Si le débiteur principal du médecin est, en principe, le malade ou son représentant légal, on doit considérer comme responsable du paiement des honoraires, la personne non mandatée qui sollicite pour un tiers le secours du médecin et prend ainsi envers ce dernier un engagement implicite. Il doit en être ainsi surtout lorsqu'il s'agit d'un malade insolvable envers qui la personne faisant appel au médecin est tenue d'une obligation de soins par ses liens de famille ou d'affection.

En conséquence, en sollicitant le secours d'un médecin pour sa fille majeure vivant sous son toit, le chef de famille s'est tacitement engagé à payer les honoraires correspondant à ces soins.

(Trib. civ. de Chartres, 17 février 1937.)

SOINS A UNE FEMME MARIÉE. — OBLIGATION D'ASSISTANCE DU MARI. — RESPONSABILITÉ DU PAIEMENT DES HONORAIRES

Trib. de paix de Toulouse, 26 octobre 1932. V. ci-dessus.

SOINS A UNE FEMME MARIÉE. — MANDAT TACITE. — OPÉRATION NON URGENTE. — CHIRURGIE ESTHÉTIQUE. — FRAIS EXCÉDANT LES RESSOURCES APPARENTES DU MÉNAGE

La femme mariée, en vertu du mandat tacite à elle donnée et qui n'est que l'exécution indirecte par le mari de son obligation alimentaire et d'entretien, engage la communauté et le mari à condition que ses obligations et les dépenses qui en découlent, soient en rapport avec la situation du ménage et s'appliquent aux besoins du ménage ou à l'entretien de la famille.

Lorsqu'une femme a choisi, sans en aviser son mari, pour une opération non urgente, une clinique et un médecin dont les frais et honoraires excèdent les forces pécunaiaires du mari, celui-ci ne peut être condamné au paiement de ces frais.

(Trib. civ. de la Seine, 7 novembre 1934.)

Femme mariée. — Mandat tacite. — Opération chirurgicale. — Opération nécessaire et urgente. — Dette de communauté. — Epoux séparés et en instance de divorce

La femme mariée est libre de s'adresser au médecin de son choix pour se faire soigner. Les frais médicaux ainsi engagés par la femme, au cours d'une instance de divorce, sont à la charge de la communauté tant que le divorce n'est pas prononcé, et le médecin est fondé à réclamer ses honoraires au mari. Il n'en serait autrement que si le traitement suivi était inspiré par un souci autre que celui de la santé ou d'un prix excédant les possibilités du ménage.

(Trib. civ. de Valence, 11 juillet 1933.)

Soins donnés a une femme mariée. — Séparation de fait. — Mari tenu au paiement des honoraires. — Obligation d'assistance

Aux termes de l'art. 214 du Code civil, le mari est tenu de fournir à sa femme tout ce qui lui est nécessaire pour les besoins de la vie, selon ses facultés et son état. Doit être comprise au premier chef dans cette catégorie une intervention chirurgicale exigée par l'état de santé de la femme.

Le médecin est donc en droit de demander au mari le paiement de ses honoraires, sans qu'il y ait lieu de s'arrêter à la séparation de fait existant entre les époux.

(Trib. civ. de Cognac, 31 décembre 1931.)

Femme mariée commune en biens. — Frais médicaux. — Dette a la charge de la communauté. — Absence de responsabilité personnelle de la femme

Si en principe le malade qui reçoit les soins d'un médecin est personnellement tenu d'en acquitter le prix, il en est autrement de la femme mariée, commune en biens ; les frais médicaux exposés par elle rentrent dans les dépenses engagées dans l'intérêt et pour l'entretien du ménage et par suite tombent dans la communauté.

En admettant que la femme ait pris elle-même l'initiative de solliciter les soins, elle doit être réputée avoir agi en vertu d'un mandat tacite à elle donné par son mari. Dès lors le paiement de cette dette ne peut être poursuivi ni contre elle, ni sur ses biens personnels.

(Cour de Cassat. ch. des req., 27 janvier 1939.)

Epoux séparés de biens. — Mari dans le besoin. — Femme tenu a obligation d'assistance

Les époux se doivent mutuellement secours et assistance. La femme même séparée de biens doit contribuer aux frais du ménage et même les supporter entièrement s'il ne reste rien au mari. Elle doit par conséquent payer les honoraires médicaux nécessités par l'état de ce dernier.

(Cour de Paris, 17 juin 1899, *C. M.*, 1900, 467.)

Parents dans le besoin. — Obligation alimentaire a la charge des enfants. — Paiement des soins médicaux

L'art. 205 du Code civil permet aux parents dans le besoin de demander des aliments à leurs enfants, ce qui comprend nécessairement les soins à donner et les dépenses à faire en cas de maladie.

Le médecin qui a soigné une personne à qui sont dus des aliments peut poursuivre en paiement de ses honoraires les débiteurs de cette dette alimentaire.

Il importe peu que ces débiteurs soient héritiers et aient renoncé à la succession.

(Trib. de paix de Vaucouleurs, 27 janvier 1934.)

E) **Prescription**

Code civil

a) *Principe*

Art. 2272. — L'action des médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens pour leurs visites, opérations et médicaments, **se prescrit par deux ans.**

....

Art. 2274. — La prescription, dans les cas ci-dessus, a lieu, quoiqu'il y ait eu continuation de fournitures, livraisons, services et travaux.

Elle ne cesse de courir que lorsqu'il y a eu compte arrêté, cédule ou obligation, ou citation en justice non périmée.

Art. 2275. — Néanmoins ceux auxquels ces prescriptions seront opposées peuvent déférer le serment à ceux qui les opposent, sur la question de savoir si la chose a été réellement payée.

....

b) *Interruption*

Art. 2244. — Une citation en justice, un commandement ou une saisie, signifiés à celui qu'on veut empêcher de prescrire, forment l'interruption civile (*de la prescription*).

Art. 2245. — La citation en conciliation devant le bureau de paix interrompt la prescription, du jour de sa date, lorsqu'elle est suivie d'une assignation en justice donnée dans les délais de droit.

. . . .

ART. 2248. — La prescription est interrompue par la reconnaissance que le débiteur ou le possesseur fait du droit contre lequel il prescrivait.

. . . .

c) *Renonciation*

ART. 2220. — On ne peut d'avance renoncer à la prescription ; on peut renoncer à la prescription acquise.

ART. 2221. — La renonciation à la prescription est expresse ou tacite : la renonciation tacite résulte d'un fait qui suppose l'abandon du droit acquis.

. . . .

ART. 2223. — Les juges ne peuvent pas suppléer d'office le moyen résultant de la prescription.

ART. 2224.— La prescription peut être opposée en tout état de cause, même devant la Cour d'appel, à moins que la partie qui n'aurait pas opposé le moyen tiré de la prescription ne doive, par les circonstances, être présumé y avoir renoncé.

. . . .

d) *Bénéficiaires*

ART. 2227. — L'Etat, les établissements publics et les communes sont soumis aux mêmes prescriptions que les particuliers et peuvent également les opposer.

FONDEMENT DE LA PRESCRIPTION DE DEUX ANS. — PRÉSOMPTION DE PAIEMENT. — PREUVE CONTRAIRE. — AVEU EXPRÈS OU TACITE DE NON PAIEMENT

La présomption de paiement sur laquelle repose la courte prescription de l'art. 2272 du Code civil peut toujours être détruite par un aveu contraire, exprès ou tacite, émané du débiteur poursuivi.

Il appartient au juge du fond d'apprécier si la reconnaissance tacite résulte des faits et circonstances de la cause. Il peut notamment la déduire de la correspondance des parties.

(Cass. req., 28 avril 1936.)

PREUVE CONTRAIRE. — AVEU TACITE DE NON PAIEMENT. — AVEU RÉSULTANT DE LA MANIÈRE DONT LE DÉBITEUR PRÉSENTE SA DÉFENSE

La prescription de deux ans édictée par l'art. 2272 du Code civil, reposant sur une présomption de paiement, ne peut être opposée à l'action du médecin en paiement de ses honoraires pour soins donnés depuis plus de deux ans, lorsque les variations dans le système de défense du légataire universel de la malade démontrent qu'il est lui-même incertain sur le paiement.

(Trib. civ. de la Seine, 6 mars 1901, *C. M.*, 1901, 305.)

PREUVE DU NON-PAIEMENT. — PAIEMENT D'UN ACOMPTE

La prescription de deux ans instituée par l'art. 2272 du Code civil repose sur une présomption de paiement. Elle ne peut donc être invoquée par le débiteur qui, condamné par défaut au paiement d'une somme, a, postérieurement payé un acompte puis déclarer ne pouvoir payer davantage, deux faits qui constituent une reconnaissance de l'existence de la dette.

(Trib. civ., de la Seine, 1er juin 1935.)

PRESCRIPTION DE DEUX ANS. — DÉBITEUR. — ADMINISTRATION PUBLIQUE. — RECONNAISSANCE DU NON-PAIEMENT. — INAPPLICABILITÉ DE LA PRESCRIPTION BIENNALE

Les courtes prescriptions, dans la catégorie desquelles rentre incontestablement celle édictée par l'art. 2272 C. civ. concernant les médecins ne créent pas une fin de non recevoir absolue, mais sont fondées essentiellement sur une présomption de paiement qui pourrait être détruite par la preuve du contraire.

Spécialement, la prescription de deux ans du paragraphe 5 de l'art. 2272 C. civ. modifié par la loi du 30 novembre 1892, n'est pas opposable à la demande en paiement de mémoires d'honoraires présentés par un médecin pour soins donnés à des malades bénéficiant de l'assistance médicale gratuite, alors que le débiteur (en l'espèce le préfet) reconnaît, par un aveu exprès ou tacite, qu'il n'a pas payé.

(Conseil de préfecture de Clermont-Ferrand, 8 novembre 1937 ; Conseil de préfecture de Rouen, 15 octobre 1937.)

POINT DE DÉPART DE LA PRESCRIPTION. — FIN DU TRAITEMENT. — TRAITEMENTS PARTIELS. — FIN DE CHAQUE PÉRIODE DE TRAITEMENT

Si les honoraires dus à un médecin pour une série de consultations données ou de visites faites, d'une façon suivie, au cours d'un seul et même traitement, peuvent, selon les circonstances, être considérés comme faisant l'objet d'une créance unique à la fin du traitement, et s'il est permis, dès lors, de fixer le point de départ de la prescription du moment où le traitement a pris fin, on ne saurait décider de même quand le malade, atteint d'une affection de longue durée mais coupée par des périodes de rémission, n'a eu recours aux services du médecin qu'à des intervalles tels que les soins donnés constituaient en réalité, des traitements distincts ;

Malgré l'identité de nature de l'affection pour laquelle le malade a été soigné, pendant plusieurs années, doit être cassé l'arrêt qui ne renferme aucune indication permettant de savoir si, durant cette longue période, il y a eu traitement

ininterrompu de la maladie ou, au contraire, une série de traitements partiels séparés par des intervalles plus ou moins longs.

(Cass. civ., 20 octobre 1936.)

Interruption de la prescription. — Reconnaissance tacite de la dette par lettre missive. — Paiement d'un acompte

La reconnaissance expresse ou tacite du droit du créancier a pour effet d'interrompre la prescription. Cette reconnaissance tacite peut résulter soit d'une lettre missive du débiteur, soit du paiement d'un acompte.

(Cass. req. 11 mai 1842. Trib. civ. de la Seine, 7 juillet 1893, et 8 juin 1898, *C. M.*, 1898, 431.).

Note. — *Au cas où la reconnaissance serait expresse et énoncerait formellement le chiffre de la créance la prescription courant du jour de cette reconnaissance ne serait plus la prescription biennale, mais la prescription trentenaire.*

F) Privilège

Code civil

Art. 2101. — Les créances privilégiées sur la généralité des meubles sont celles ci-après exprimées et s'exercent dans l'ordre suivant :

1° Les frais de justice ;
2° Les frais funéraires ;
3° **Les frais quelconques de la dernière maladie**, quelle qu'en ait été la terminaison, concurremment entre ceux à qui ils sont dus.

. . . .

Art. 1204. — Les privilèges qui s'étendent sur les meubles et les immeubles sont ceux énoncés en l'article 2101.

Art. 2105. — Lorsque, à défaut de mobilier, les privilèges énoncés en l'article précédent se présentent pour être payés sur le prix d'un immeuble en concurrence avec les créanciers privilégiés sur l'immeuble, les payements se font dans l'ordre qui suit :

1° Les frais de justice et autres énoncés en l'article 2101.

2° Les créances désignées à l'arti. 2103 (*créances privilégiées sur les immeubles*).

Note. — *En dehors des privilèges généraux et des privilèges spéciaux immobiliers, il existe les privilèges spéciaux sur les meubles, tels que celui du bailleur sur le mobilier garnissant les lieux loués. D'après la doctrine et la jurisprudence, ces privilèges spéciaux s'exercent avant les privilèges généraux tels que celui du médecin, exception faite toutefois pour le privilège du vendeur.*

Que faut-il entendre par frais de dernière maladie ?

14.163. — M. Martel expose à M. le ministre des Finances qu'aux termes de l'article 17 de la loi du 16 avril 1930 « les frais de dernière maladie du *de cujus* » sont déduits de l'actif de succession, pour le payement des droits de mutation par décès dans la limite d'un maximum de deux mille francs, et demande : 1° si une distinction doit être faite entre les frais ou si toute dépense nécessitée par le traitement est déductible et si un receveur est fondé à exiger la ventilation dans une facture de clinique, des frais médicaux et pharmaceutiques proprement dits et des frais de pension et à refuser à ces derniers le bénéfice de la déduction ; 2° si la partie de frais excédant deux mille francs peut, en outre, être déduite à l'actif héréditaire sans limitation sur la simple production d'un extrait des livres de l'établissement traitant (clinique ou hôpital), justifiant de l'existence de la dette au décès. (*Question du 4 novembre* 1935.)

Réponse. — 1° Par l'expression « frais de dernière maladie », il faut entendre les frais afférents à la maladie qui a entraîné le décès, notamment, les honoraires des médecins, le prix des médicaments, les salaires des gardes-malades, et les frais de logement ou de nourriture dans un hôpital ou une clinique ; 2° réponse affirmative, si l'hôpital envisagé est un établissement public, dont les registres présentent le caractère de registres publics, et à la condition que l'extrait de ces livres soit certifié par l'autorité administrative.

(*J. O.*, 15 janvier 1936.)

Frais de dernière maladie. — Soins et frais de séjour dans un asile d'aliénés

Lorsque l'internement d'un aliéné paraît avoir été ordonné par mesure de préservation sociale, qu'il n'est pas justifié de soins médicaux spéciaux qui auraient été donnés sans interruption avant l'événement générateur du concours des créanciers, doit être rejetée la demande tendant à l'admission par privilège de la créance pour frais de séjour de l'aliéné.

Au contraire lorsqu'il résulte du genre notoirement curable de la maladie que les frais exposés doivent être présumés beaucoup moins de préservation sociale que d'ordre médical, ceux de la période protégée doivent être privilégiés dans leur intégralité, sans qu'il y ait lieu de s'arrê-

ter à la présentation de la créance sous le titre « frais de séjour », alors que ces frais ont été calculés d'après un forfait quotidien.

(Cour de Paris, 2 janvier 1935.)

FRAIS DE DERNIÈRE MALADIE. — FRAIS CONCERNANT UNIQUEMENT LE DÉBITEUR LUI-MÊME ET NON LES MEMBRES DE SA FAMILLE

L'art. 2101 du Code civil qui déclare privilégiés les frais quelconques de dernière maladie n'a pris en considération que la maladie du débiteur lui-même, sans étendre ce privilège aux frais de maladie de tous les membres de sa famille. Un médecin ne peut donc être admis à produire comme créancier privilégié à une faillite pour la somme représentant les honoraires des soins donnés à l'épouse du failli.

(Trib. comm. de Toulouse, 19 mars 1935.)

FRAIS DE DERNIÈRE MALADIE. — SOINS DENTAIRES. — CARACTERE PRIVILÉGIÉ. — FRAIS NON SOMPTUAIRES

La loi ne faisant aucune distinction entre les diverses sortes de maladies, le privilège de l'art. 2101-3° C. civ. est applicable à la créance d'un chirurgien-dentiste pour soins dentaires.

Toutefois, ce privilège doit être limité aux frais représentant les soins dentaires proprement dits. Spécialement s'il est certain que la fourniture d'appareils de prothèse est indispensable pour remplacer les dents défectueuses, il faut considérer qu'il n'est pas nécessaire que ces appareils soient en or ; et s'il est constaté que cette fourniture avait un caractère de luxe sans rapport avec la fortune du débiteur, il y a lieu de n'accorder le privilège que pour la valeur d'appareils construits en une matière beaucoup moins onéreuse (en vulcanite, dans l'espèce), qui auraient rempli le même effet et auraient eu le même usage.

(Trib. comm. de Rodez, 11 juin 1935.)

DERNIÈRE MALADIE. — MALADIE PRÉCÉDANT IMMÉDIATEMENT L'ÉVÉNEMENT DONNANT LIEU AU CONCOURS DES CRÉANCIERS. — MALADIE CHRONIQUE. — DERNIERE CRISE

Peuvent seuls invoquer l'art. 2101-3° du Code civil ceux qui justifient avoir donné des soins au débiteur pour la maladie qui a précédé sa déconfiture ou sa faillite, qui a occasionné son décès ou, plus généralement, qui est antérieure à l'événement générateur du concours entre les créanciers.

S'il s'agit d'une maladie chronique, le privilège ne garantit que les frais occasionnés par la dernière crise, c'est-à-dire la phase immédiatement antérieure au décès ou à la faillite pendant laquelle les soins ont été donnés sans interruption. Le surplus desdits frais ne peut faire l'objet que d'une collation au marc le franc.

(Trib. civ. de la Seine, 27 décembre 1913. Cour de Paris, 2 janvier 1935.)

III. — Remplacements

A) Conditions

V. Supplément n° 2, pages 3 et suivantes.

B) Rapports entre le remplaçant et le remplacé

La nature des rapports existant entre le remplacé et le remplaçant est assez mal définie au point de vue juridique. Certains ont voulu y voir un contrat de louage de services, le remplaçant ne touchant qu'une indemnité généralement forfaitaire et étant indemnisé de tous frais. Mais ce point de vue ne saurait se soutenir car il y manque un élément essentiel : la subordination. En effet par définition même le remplacé est absent et ne peut exercer aucune direction et aucun contrôle sur son remplaçant.

D'autres ont prétendu qu'il s'agissait d'un contrat de société de nature civile. Certes, il y a bien collaboration sur un certain pied d'égalité, mais qui dit société dit participation des associés aussi bien aux charges sociales qu'aux bénéfices ; or les remplaçants ne supportent aucune part dans les dépenses professionnelles.

La conclusion généralement admise est que le contrat de remplacement est un contrat inommé sui generis, *ne rentrant dans aucun cadre juridique déterminé, et dont les règles doivent se déduire par analogie avec les contrats similaires, en tenant compte des conditions particulières et de l'objet poursuivi.*

Ceci dit, il reste à étudier les solutions admises en pratique.

1° Responsabilité du remplacé à l'égard du remplaçant

Au cas où ce dernier viendrait à être victime d'un accident en service, puisqu'il n'y a pas contrat de travail, la responsabilité du remplacé à l'égard du remplaçant ne peut être engagée que dans les termes du droit commun, à condition

pour la victime d'établir l'existence d'une faute ayant une relation de cause à effet avec le dommage (art. 1382 *du code civil) telle que le serait par exemple un défaut d'entretien ayant entraîné un accident d'automobile.*

2° Responsabilité du remplaçant à l'égard du remplacé

Le remplaçant doit naturellement s'acquitter convenablement de sa mission faute de quoi il pourrait être poursuivi en dommages et intérêts.

REMPLACEMENT. — EXÉCUTION DÉFECTUEUSE DES OBLIGATIONS DU CONTRAT. — RESPONSABILITÉ DU REMPLAÇANT A L'ÉGARD DU REMPLACÉ

Lorsqu'un remplaçant ne remplit pas consciencieusement les obligations qu'il a assumées, fait passer les devoirs de sa charge après « les divertissements de son âge » et refuse de se tenir à la disposition de la clientèle, le remplacé est fondé à rompre sans préavis le contrat, et à retenir à titre de dommages-intérêts la rémunération prévue en faveur du remplaçant.

(Trib. civ. de Pau, 3 février 1939.)

En ce qui concerne la responsabilité du remplaçant en cas de dommages causés à la voiture (et plus généralement au matériel) mis à sa disposition par le remplaçant la jurisprudence est assez contradictoire.

NATURE DU CONTRAT DE REMPLACEMENT. — SOCIÉTÉ CIVILE. — CHOSES DONT LA JOUISSANCE EST MISE EN SOCIÉTÉ. — USAGE DANS L'INTÉRÊT SOCIAL. — RISQUES A LA CHARGE DE L'ASSOCIÉ PROPRIÉTAIRE

La situation juridique créée par le contrat de remplacement paraît être celle des art. 1841 et 1842 du Code civil définissant la société particulière créée en vue de l'exercice licite d'un métier ou d'une profession.

Or l'art. 1851 édicte que si les choses dont la jouissance seulement a été mise en société sont des corps certains, elles demeurent au risque de l'associé propriétaire. Tel est le cas de l'automobile mise par le remplaçant à la disposition du remplacé.

Toutefois, il n'en est ainsi que si l'usage de la chose par l'un des associés a lieu conformément à sa destination et dans l'intérêt de la société.

Le remplaçant est donc personnellement responsable à l'égard du remplacé de l'accident survenu par sa faute, en dehors du service, à la voiture mise à sa disposition par le remplacé.

(Cour de Bourges, arrêt du 14 mars 1933.)

CONTRAT DE REMPLACEMENT. — USAGE D'UNE VOITURE. — DÉTÉRIORATION. — RESPONSABILITÉ DU REMPLAÇANT

La convention par laquelle un médecin remplace un confrère pendant son absence, à charge pour le remplacé de payer un remplaçant 50 francs par jour, tout en lui fournissant le loyer et la nourriture, et en mettant à sa disposition des instruments de travail, l'installation professionnelle et une voiture automobile, tous frais payés, ne constitue pas un louage de services, puisqu'il y manque le lien de subordination, ni une société, le partage des risques n'existant pas.

Sans définir la nature juridique d'une telle convention, il y a lieu de condamner le remplaçant à faire réparer à ses frais la voiture endommagée par sa faute, et dont il était l'usager, dans les termes de l'article 1382 du Code civil.

(Cour de Bordeaux, 16 juillet 1935.)

NOTE. — *En tout cas, ces deux arrêts sont d'accord sur un point : le remplaçant est responsable des dommages causés par sa faute à la voiture utilisée par lui en dehors du service.*

3° Responsabilité à l'égard des tiers du fait du remplaçant

Ainsi que nous l'avons vu le remplaçant ne saurait être considéré comme un préposé du remplacé, puisqu'il n'est pas par définition même sous la direction et la subordination de ce dernier.

En conséquence, le remplaçant n'engage pas par son fait la responsabilité du remplacé à l'égard des tiers dans les termes de l'art. 1384 *du Code civil.*

D'autre part, le remplaçant est seul responsable des fautes professionnelles commises par lui dans le traitement des malades. Il n'en serait autrement, et le remplacé ne pourrait voir sa responsabilité mise en cause dans les termes de l'art. 1382 *du Code civil, qu'au cas où il serait établi que le remplaçant choisi par lui était notoirement incapable de remplir sa mission. Ainsi en a-t-il été décidé notamment par le jugement ci-dessous.*

MÉDECIN. — RESPONSABILITÉ. — REMPLACEMENT

Quelles que soient les suites d'une médication, le médecin traitant ne commet aucune faute, génératrice de responsabilité, en se substituant, même au dernier moment, et pour raison de maladie, pour l'accouchement d'une cliente, un étudiant, ancien interne des hôpitaux de Marseille, dont la compétence est affirmée par ses maîtres, qu'il connaît et en qui il a confiance.

(Trib. corr. des Bouches-du-Rhône, 4 mai 1929.)

Le médecin qui remplace un de ses confrères pendant ses vacances, ne saurait être considéré comme son préposé.

D'autre part aucun lien contractuel ne peut se former entre le malade et le remplacé, qui dès lors ne saurait à aucun titre être considéré comme responsable d'un accident survenu au cours d'une opération chirurgicale effectuée par celui qui le remplace.

(Cour de Paris, 24 novembre 1937.)

4° Interdiction d'exercice

Il est incontestablement contraire à la déontologie médicale qu'un remplaçant à l'expiration de son contrat vienne s'installer et faire concurrence au médecin remplacé. Toutefois, en l'absence de stipulation contraire, et étant donné le principe de la liberté du travail en France, une telle pratique n'est juridiquement pas répréhensible.

Il est donc préférable en principe, pour le remplacé, de faire signer par le remplaçant l'engagement suivant (établi sur papier timbré):

« Je soussigné, déclare m'interdire le droit d'exercer la médecine à X, et dans un rayon de 30 kilomètres autour de X, pendant un délai de 5 (10 ans) à partir du (date d'expiration du remplacement).

« Au cas où je manquerais à cet engagement, je devrais payer au Docteur Y, la somme de (100.000 francs) à titre de dommages-intérêts ou (mieux encore), une somme de 500 francs par jour de retard à quitter la région qui m'est interdite.

Fait à le

La jurisprudence dominante considère comme valable un tel engagement. Il suffit qu'il soit pratiquement limité dans le temps, et dans l'espace. (V. not. Cour de Paris, 16 *août* 1902 *et Cour d'Agen,* 7 *février* 1910).

LIBERTÉ DU TRAVAIL. — RESTRICTIONS. — CONDITIONS DE VALIDITÉ. — LIMITATION

La liberté du commerce et de l'industrie est susceptible d'être valablement restreinte par les conventions des parties pourvu qu'elles n'impliquent pas une interdiction générale et absolue, c'est-à-dire illimitée tout à la fois quant au temps et quant au lieu.

(Cour de Cassat. ch. civ., 2 août 1938.)

Nous signalerons toutefois deux récentes décisions statuant en sens contraire :

CLAUSE D'INTERDICTION D'EXERCICE. — ATTEINTE AU LIBRE CHOIX DES MALADES

Le choix des malades doit demeurer libre. Toute convention conclue au mépris de ce principe est nulle, de nullité absolue.

(Trib. civ. de Cusset, 9 décembre 1936.)

CLAUSE D'INTERDICTION D'EXERCICE. — LIMITATION DANS LE TEMPS ET DANS L'ESPACE. — CLAUSE CONTRAIRE AU LIBRE-CHOIX DES MALADES. — VALIDITÉ (NON)

Une clause d'interdiction d'exercice concernant un médecin est nulle comme contraire à l'ordre public, car elle fait échec au droit qu'a tout malade de choisir librement son médecin. Il importe peu que cette clause soit limitée dans le temps et dans l'espace, aucune assimilation ne pouvant être faite entre une matière s'appliquant à une profession libérale, et les matières purement commerciales.

(Cour de Poitiers, 23 juin 1936.)

NOTE. — *Cette décision très critiquable a fait l'objet d'un recours en Cassation.*

C) Le remplacement au point de vue fiscal

A cet égard, le contrat de remplacement est assimilé à un louage de services, et le remplaçant est considéré comme un salarié. Il est donc exonéré de la patente et relève de l'impôt sur les traitements et salaires.

De son côté, le remplacé, pour pouvoir déduire les frais de remplacements de ses recettes professionnelles, doit se conformer à l'art. 67 *du Code des impôts sur le revenu (V. supplément n°* 6 *page* 9), *c'est-à-dire déclarer au Contrôleur dans le courant du mois de janvier, les nom, prénoms et adresses du remplaçant employé par lui au cours de l'année précédente, ainsi que le montant de son traitement et la période à laquelle il s'applique si elle est inférieure à un an, mais supérieure à trente jours consécutifs.*

IV. — Contrats de louage de services

De plus en plus fréquemment les médecins sont amenés à prêter leurs services non plus directement au malade lui-même, mais à une tierce-personne, physique ou morale, publique ou privée, qui prend en charge le paiement de sa rémunération. On peut distinguer à cet égard deux formes de « tiers-payant » : ou bien, il s'agit de rapports occasionnels laissant au médecin son indépendance totale, et dans ce cas, il suffit d'appliquer les mêmes règles qu'en clientèle ordinaire, ou bien au contraire, il s'agit de rapports continus mettant le praticien dans une certaine dépendance à l'égard de celui qui a ainsi recours à ses services.

Ces rapports présentent une grande similitude avec le contrat de louage de services ou « contrat de travail ». Ils présentent aussi certaines particularités en raison du caractère spécial de la profession médicale (libérale et réglementée).

A) Nature juridique de la promesse de services médicaux

MÉDECIN LOUANT SES SERVICES. — APPOINTEMENTS FIXES. — ABSENCE DE TEXTES SPÉCIAUX. — APPLICATION DES RÈGLES DU CONTRAT DE LOUAGE DE SERVICES ORDINAIRES

Ni la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, ni aucun texte ne défendent à un médecin d'engager ses services moyennant des appointements préalablement fixés. En telle matière rien ne met obstacle à l'application des principes du droit commun édictés par le Code civil pour le louage de services.

(Cour de Paris, 30 mars 1926.)

MÉDECIN ATTACHÉ A UN ASILE PRIVÉ D'ALIÉNÉ. — CONTRAT DE LOUAGE DE SERVICES. — APPLICABILITÉ DE LA LÉGISLATION SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Doit être considéré comme rentrant dans le cadre des employés désignés par la loi du 9 avril 1898 le médecin-chef d'un asile privé d'aliénés, rétribué par des appointements annuels fixes et déterminés, assujetti à la résidence dans l'établissement, ainsi qu'à des heures de présence et qui, s'il jouit d'une entière indépendance dans l'exercice de son art, et dans le discernement du traitement à appliquer aux malades, est soumis à la discipline du règlement et est ainsi placé sous la subordination du directeur.

(Cour de Limoges, 25 octobre 1932.)

MÉDECIN. — PROFESSION LIBÉRALE. — ENGAGEMENT POUR SOINS DONNÉS AUX OUVRIERS D'UN ÉTABLISSEMENT INDUSTRIEL. — OBLIGATION DE FAIRE. — ABSENCE DE LOUAGE DE SERVICES

Les actes dépendant d'une profession libérale sont susceptibles de faire l'objet d'une promesse de rémunération par celui au profit duquel ils doivent être accomplis. Mais l'engagement pris par un médecin envers un chef d'entreprise de donner ses soins aux victimes d'accidents du travail moyennant une rémunération annuelle ne présente pas les caractères d'un contrat de louage de services et le médecin ne saurait être considéré comme rentrant dans la catégorie des ouvriers et employés.

(Cass, civ., 3 mars 1926.)

MÉDECIN ATTACHÉ A UN ASILE PRIVÉ D'ALIÉNÉS. — ABSENCE DE SUBORDINATION. — PAS DE CONTRAT DE LOUAGE DE SERVICES. — INAPPLICABILITÉ DE LA LÉGISLATION SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Quelles que soient les conditions accessoires d'ordre intérieur auxquelles se soumet un médecin en vue d'assurer la régularité des soins qu'il s'est engagé à donner aux pensionnaires d'un établissement de santé, elles ne sauraient au point de vue des conditions mêmes dans lesquelles il donne les soins, c'est-à-dire remplit l'obligation faisant l'objet du contrat passé entre lui et cet établissement, créer, dans les rapports du directeur et de l'homme de l'art, le lien de subordination nécessaire pour l'existence d'un contrat de louage de services et l'application de la loi sur les accidents du travail.

(Cass, civ., 17 mars 1937, cassant l'arrêt de la Cour de Limoges précité.)

MÉDECIN ATTACHÉ A UN SANATORIUM. — INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE. — SUBORDINATION ADMINISTRATIVE. — CONTRAT DE LOUAGE DE SERVICES. — APPLICATION DU CODE DU TRAVAIL

Lorsqu'un médecin s'est engagé, vis-à-vis du propriétaire d'un sanatorium, à donner, moyennant une rétribution proportionnelle, des soins continus et quotidiens aux malades hospitalisés, ce contrat est à bon droit considéré comme un louage de services bien que le médecin conservât une pleine indépendance professionnelle dans l'exercice de son art, s'il avait seul la surveillance médicale des malades et était astreint à des visites déterminées étant tenu de voir chaque matin les malades, de faire une contre-visite l'après-midi, et chaque semaine de pro-

céder à une pesée de chacun d'eux : en effet, de telles obligations font apparaître la dépendance du médecin envers le propriétaire de l'établissement et le pouvoir de contrôle de ce dernier ; dans ces conditions, ledit médecin est fondé, en cas de vente de l'établissement, à se prévaloir du bénéfice de l'art. 23 livre 1er C. trav.

(Cour de Cassat. ch. civ., 26 juillet 1938.)

NOTE. — *Cet arrêt paraît nettement contredire l'arrêt antérieur du 17 mars 1937, et reconnaître que la « promesse des services médicaux » peut, sous certaines conditions, rentrer dans le cadre général du contrat de travail. Si cette jurisprudence se confirme, elle aura l'importante conséquence pratique de rendre applicable aux médecins louant leurs services la législation sociale.*

B) Conditions de validité

La condition essentielle est que subsiste ce qui fait le propre même de la « promesse de services médicaux » à savoir l'indépendance professionnelle du médecin dans le traitement des malades. Toute ingérence d'un tiers non medecin dans ce domaine serait en effet contraire à l'art. 18 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine. Nous citerons, en application de cette règle, les décisions suivantes :

CONTRAT ENTRE UN MÉDECIN ET UNE SOCIÉTÉ THERMALE. — RESTRICTION DES DROITS DU MÉDECIN AU POINT DE VUE THÉRAPEUTIQUE. — NULLITÉ

Le contrat par lequel une société thermale interdit au médecin qu'elle s'est attaché tout traitement des malades par des moyens autres que le seul moyen thérapeutique des eaux thermales est contraire à l'ordre à la santé et à la morale publique.

(Cour de Pau 9 juin 1931.)

MÉDECIN AU SERVICE D'UN DISPENSAIRE ANTITUBERCULEUX. — CONTRAT IMPOSANT L'EMPLOI D'UN SEUL MÉDICAMENT. — NULLITÉ

L'identité de traitement imposé au médecin à l'égard de tous les malades d'un dispensaire, à raison de leur qualification commune de tuberculeux et abstraction faite de toutes particularités individuelles, paraît contraire aux principes les moins contestables de la science. Elle méconnaît les droits et obligations du médecin à qui son diplôme attribue toute liberté dans les prescriptions et dont la fonction est d'instituer un traitement dépendant uniquement de sa conscience professionnelle. Cette liberté est la condition même de sa responsabilité, et sans elle, on ne peut concevoir la pratique de l'art médical.

(Cour de Paris, 14 décembre 1922).

CLINIQUE D'ACCIDENTS DU TRAVAIL. — PROPRIÉTAIRE NON DIPLÔMÉ. — GÉRANCE PAR UN MÉDECIN. — CONDITIONS DE VALIDITÉ

Si l'art. 16, § 3 de la loi du 30 novembre 1896 sur l'exercice de la médecine interdit à tout médecin diplômé de sortir des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes non diplômées qui s'immiscent dans l'exercice de la médecine, un Tribunal ne saurait déclarer nul et non avenu un contrat de gérance passé entre le propriétaire d'une clinique privée et un médecin, sans s'expliquer sur le but poursuivi par les parties, et sans préciser les faits d'où il déduit que le médecin a aliéné son indépendance professionnelle.

(Cass. civ., 15 mai 1928.)

C) Règles régissant la « promesse de services médicaux »

1° Responsabilité professionnelle

Le médecin lié à un tiers par un contrat de louage de services médicaux, n'étant pas un salarié ordinaire agissant sous la subordination d'un employeur, et conservant son indépendance professionnelle, conserve en principe la pleine responsabilité de ses actes médicaux. On ne saurait invoquer contre l'employeur l'art. 1384 du Code civil qui rend responsable un commettant des faits de son préposé. Mais si l'employeur est médecin lui-même, il peut voir sa responsabilité engagée par les fautes de son assistant, dans les termes de l'art. 1382 du Code civil, c'est-à-dire si l'on peut établir à son encontre une faute dans le choix ou la surveillance de cet assistant.

Par contre, l'art. 1384 est applicable, et l'employeur est responsable à l'égard des tiers des faits du médecin à son service, s'il s'agit de faits extra-médicaux. Il importe peu qu'il n'y ait pas à proprement parler contrat de louage de services, car la jurisprudence a donné une très grande extension à la notion de « préposé » et l'applique en dehors de tout contrat de travail.

Ces principes ont été posés par la jurisprudence principalement en ce qui concerne la responsabilité des médecins attachés à des établissements hospitaliers.

MÉDECINS ET CHIRURGIENS D'HÔPITAUX. — RESPONSABILITÉ DE L'ADMINISTRATION HOSPITALIERE (NON)

La responsabilité que l'art 1384 du Code civil fait peser sur le commettant suppose tout à la fois qu'il a choisi ses préposés et qu'il a le droit de leur donner des instructions et des ordres sur la manière de remplir la fonction à laquelle il les emploie. Ce sont là les conditions essentielles qui fondent l'autorité et la subordination sans lesquelles, il n'y a pas de véritables commettants ni de vrais préposés.

Or, les médecins et chirurgiens des hôpitaux sont chacuns dans leur sphère les véritables chefs de leurs services, agissant pour le traitement des malades avec la plus entière indépendance, et n'ont à recevoir à ce point de vue, ni ordres, ni instructions de l'Administration de l'Assistance publique. Ils ne sont point dès lors, les préposés de celle-ci qui ne peut par suite être déclarée responsable de leurs actes à titre de commettant.

(Trib. civ. de la Seine, 27 décembre 1894, 14 décembre 1920.)

NOTE. — *Ces deux décisions conservent toute leur valeur s'il s'agit, non pas comme en l'espèce de l'Administration de l'Assistance publique, mais d'un Hôpital ou d'un établissement de soins purement privé.*

Il faut noter cependant une tendance nouvelle de la jurisprudence à considérer l'employeur du médecin comme également responsable des fautes de technique médicale à l'égard du malade :

MÉDECIN D'UNE COMPAGNIE DE NAVIGATION. — PRÉPOSÉ. — FAUTE. — RESPONSABILITÉ DE LA COMPAGNIE.

Une compagnie de navigation est responsable des fautes commises par ses médecins, ceux-ci étant ses salariés, et par suite, dans un état complet de subordination vis-à-vis d'elle sous les ordres de son représentant direct, le capitaine de navire ;

Cette responsabilité ne saurait être retenue s'il s'agit d'une faute se rattachant à la technique médicale, mais elle doit l'être quand il s'agit d'un refus de soins ;

Les médecins, pour leurs obligations étrangères à la technique de la médecine doivent être surveillés par les administrations qui les emploient ; ils sont, dans ce cas, les préposés de celles-ci, dont ils engagent la responsabilité.

(Trib. civ. de Marseille, 10 février 1938.)

COMPAGNIE DE CHEMIN DE FER. — MÉDECIN ATTACHÉ. — VACCINATION. — CONSÉQUENCES DOMMAGEABLES. — RESPONSABILITÉ DE LA COMPAGNIE

Lorsqu'une compagnie de chemins de fer avant d'engager un employé exige qu'il soit vacciné par un médecin attaché à son service, elle prend à l'égard du postulant l'engagement de faire procéder à cette opération sans conséquence dommageable pour lui.

Dès lors, elle est directement responsable envers lui de l'incapacité de travail qu'il a subie par suite du caractère défectueux de cette vaccination.

(Cour de Cassat. ch. des req., 22 novembre 1937.)

2° Application des lois sociales

Cette application est généralement subordonnée à l'existence d'un contrat de louage de services.

Ainsi en est-il particulièrement en matière de législation sur les accidents du travail, et l'existence d'un tel contrat constitue d'après la jurisprudence une condition essentielle. Aussi ne devons nous pas nous étonner si la Cour de Limoges par son arrêt précité (v. page 16) s'était cru en droit de l'appliquer au médecin en service d'une maison de santé privée (établissement commercial) alors que la Cour de cassation dans son arrêt du 17 mars 1937 (v. page 16) qui a cassé l'arrêt de Limoges, a décidé que le médecin intéressé ne pouvait invoquer la loi du 9 avril 1898, mais seulement les dispositions du droit commun (art. 1382 et suivants du Code civil.)

Toutefois l'arrêt de la Cour suprême en date du 6 juillet 1938 (V. ci-dessus, page 16) semble indiquer un changement de jurisprudence en faveur de l'applicabilité de la législation du travail. Ceci est d'autant plus important que la loi du 1er juillet 1938 vient d'étendre la loi sur le risque professionnel aux professions libérales.

CONGÉ PAYÉ. — MÉDECIN D'UNE COMPAGNIE MINIÈRE. — DROIT. — CONDITIONS

1149. — M. Georges LÉVY, demande à M. le ministre du Travail si les dispositions de la loi du 20 juin 1936, modifiant l'article 54 du Code du travail et accordant à tout employé occupé dans une entreprise industrielle, commerciale ou libérale le droit à un congé annuel payé, peuvent être invoquées par un médecin au service depuis quelques années d'une Compagnie minière et d'une caisse de secours mutuels, nommé par décision du Conseil d'administration de ces organismes et rémunéré par un traitement fixe mensuel, et s il n y a pas lieu d'assimiler ce médecin aux autres employés de ces établissements pour l'application des lois sociales. (*Question du 21 octobre* 1936.)

Réponse. — Le médecin dont il s'agit doit être considéré comme un employé et admis, de ce fait, au bénéfice des congés annuels payés, s'il est

ié à la compagnie minière et à la Caisse de secours mutuels dont il relève par un contrat de louage de services. Un lien d'une telle nature juridique impliquerait, semble-t-il, outre la fixité de la rémunération, une certaine régularité des heures pendant lesquelles le médecin en cause doit consacrer chaque jour son activité tant à la Compagnie minière qu'à la Caisse de secours mutuels qui l'emploient. En tout état de cause, il n'appartient qu'aux Tribunaux d'apprécier la nature du contrat dont il s'agit.

(*J. O.*, 5 février 1937.)

3° Rupture du contrat

La résiliation d'un contrat de travail ordinaire est régie par les dispositions de l'art 23 du Code du travail. Le louage de services fait sans détermination de durée peut toujours cesser par la volonté d'une des parties contractantes. Toutefois la résiliation faite par la volonté d'un seul des contractants peut donner lieu à des dommages-intérêts, soit pour inobservation du délai-congé fixé par les usages, soit en cas de résiliation abusive. Pour apprécier, s'il y a abus, le Tribunal peut faire une enquête sur les motifs de rupture. En tout cas, il appartient à la partie lésée de prouver soit l'inexistence de motifs, soit le caractère abusif des motifs allégués.

Médecin attaché a un établissement industriel. — Soins donnés aux ouvriers de cet établissement. — Brusque rupture. — Dommages-intérêts

L'engagement pris par un médecin envers un chef d'entreprise de donner ses soins aux victimes d'accidents du travail moyennant une rémunération annuelle ne présente pas les caractères d'un louage de services.

Mais les juges du fond ne sont pas pour cette seule raison, dispensés de rechercher en face de brusque rupture de la convention par le chef d'entreprise, si un délai de prévenance devait être observé, ou si la résiliation est intervenue dans des circonstances caractéristiques d'une faute.

(Cass. civ., 3 mars 1926, arrêt précité, v. page 16).

Médecin attaché a une société de secours mutuels de mines. — Brusque rupture. — Absence de motifs. — Dommages-intérêts

Le fait que les rapports existant entre un médecin d'une Société de secours mutuels de mines constituent un contrat *sui generis* n'est pas exclusif, en cas de rupture du principe d'une indemnité, alors surtout qu'il s'agit d'une rupture unilatérale, que ne commandait pas des raisons profondes, et qui est assortie de circonstances de nature, par elles-mêmes, à porter au médecin un réel préjudice.

(Cour de Douai (3e Ch.), 21 juin 1932.)

Médecin-chef d'un sanatorium privé. — Renvoi brusque. — Droit a des dommages-intérêts fixés a six mois de traitement

En cas de brusque renvoi, le médecin-chef d'un sanatorium privé est fondé à réclamer des dommages-intérêts, qu'il y a lieu de fixer à six mois de traitements.

(Cour de Rennes, 30 mai 1933.)

Médecin d'un sanatorium privé. — Contrat a durée déterminée. — Cession de l'établissement. — Congédiement. — Annulation. — Maintien du contrat (Art. 23 du Code du travail)

Le médecin qui s'est engagé vis-à-vis du propriétaire d'un sanatorium à donner des soins continus et quotidiens aux malades hospitalisés, pour une durée de vingt années, est fondé à se prévaloir en cas de vente de l'établissement de l'art. 23, livre I du Code du travail.

(Cour de Cassat. ch. civ., 26 juillet 1938.)

Note. — *Rappelons que l'art. 23 susvisé stipule que : « s'il survient une modification dans la situation juridique de l'employeur, notamment par succession, vente, fusion, transformation du fonds, mise en société, tous les contrats de travail en cours au jour de la modification subsistent entre le nouvel entrepeneur et le personnel de l'entreprise. »*

Médecin de chemin de fer. — Révocation brusque et abusive. — Dommages-intérêts

Si en principe une Compagnie de chemin de fer est en droit de mettre fin aux conventions à durée indéterminée, non assimilable à un contrat de louage de services, conclues avec un médecin pour la délivrance de soins aux agents et à leur famille, encore est-ce à la condition de ne pas rompre à contre-temps et de manière vexatoire ou attentatoire à l'honorabilité du médecin. C'est à bon droit dans ce cas que le Tribunal a sanctionné cette résiliation par l'allocation de 100.000 francs à titre de dommages et intérêts.

(Cour de Montpellier, 2 janvier 1938.)

Très souvent les contrats de louages de services de droit commun contiennent une clause restreingnant la liberté du travail du salarié pendant une certaine durée. Ces clauses sont-elles valables en matière médicale ? La décision suivante a répondu par la négative.

MÉDECIN COLLABORANT AVEC UN AUTRE MÉDECIN. — CLAUSE D'INTERDICTION D'EXERCICE EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT. — NULLITÉ

La clause par laquelle un médecins interdit à l'expiration de son contrat d'exercer sa profession en un lieu déterminé est nulle comme contraire à l'ordre public, car elle fait échec en cas de rupture du contrat au droit qu'à tout malade de choisir librement son médecin.

Il importe peu que cette clause soit limitée dans le temps et dans l'espace, aucune assimilation ne pouvant être faite entre une matière s'appliquant à une profession libérale et les matières purement commerciales.

(Cour de Poitiers, 23 juin 1936).

NOTE.— *Toutefois nous signalerons que cette décision a fait l'objet d'un recours en cassation. De nombreuses décisions antérieures ont, en effet, statué dans le sens contraire et ont validé des clauses de cette nature* (*Voir ci-dessus, page* 15).

4° Point de vue fiscal

Il est un principe que nous devons rappeler en cette matière : l'indépendance du droit fiscal à l'égard des solutions du droit civil. Le droit fiscal considère avant tout, non pas le cadre juridique, mais les faits. Or, il est incontestable que le médecin qui loue ses services à un tiers, à en fait la situation d'un « salarié » et n'exerce pas pour son compte à titre indépendant. Il en découle les conséquences suivantes :

MÉDECIN D'HÔPITAL. — MÉDECIN D'UNE COMPAGNIE DE CHEMIN DE FER. — RÉMUNÉRATION RELEVANT DE LA CÉDULE DES TRAITEMENTS ET SALAIRES

Voir Supplément n° 6, page 14.

MÉDECIN ATTACHÉ A UN ÉTABLISSEMENT INDUSTRIEL OU COMMERCIAL. — EXONÉRATION DE LA PATENTE COMME COMMIS A GAGES

V. Supplément n° 6, page 3.

V. — Les Sociétés médicales

Les sociétés formées entre médecins pour l'exercice de leur profession ont été longtemps considérées par les médecins eux-mêmes et par la jurisprudence, d'un œil défavorable. On leur reprochait en effet d'être contraire au caractère libéral de la profession médicale et de tendre à commercialiser la médecine. Une évolution dans les esprits et dans les décisions des Tribunaux s'est cependant manifestée, et l'on reconnaît maintenant aux sociétés entre médecin les deux avantages suivants :

1° *Elles permettent d'instituer entre médecins une collaboration rendue chaque jour plus nécessaire par la spécialisation des fonctions médicales, cas particulier du phénomène général de division du travail.*

2° *Elles permettent aux médecins de diminuer leurs frais professionnels, en concentrant les moyens matériels nécessaires à l'art de guérir, moyens que le développement de la science et de la technique rendent de plus en plus onéreux.*

Par là les sociétés entre médecin donnent au Corps médical libre les moyens de lutter à armes égales contre les dispensaires et établissements de soins publics ou privés, qui font au médecin praticien isolé une concurrence chaque jour plus âpre et plus dangereuse.

Mais si les sociétés médicales sont à égalité avec les organismes de soins sur le terrain économique, elles leur sont de beaucoup supérieures sur le terrain professionnel. Elles mettent en effet les médecins associés sur un pied d'égalité intégrale en laissant à chacun d'eux sa personnalité, son indépendance et sa responsabilité professionnelle la plus entière à l'égard de ses malades. Elles conservent à la profession son caractère libéral, en donnant au médecin la propriété de son métier.

A) Validité juridique des sociétés entre médecins

SOCIÉTÉ. — OBJET ILLICITE. — CLIENTÈLE MÉDICALE. — EXPLOITATION EN COMMUN PAR DEUX MÉDECINS. — APPORT DE LA CLIENTÈLE PAR L'UN, D'ARGENT PAR L'AUTRE. — PARTAGE DES HONORAIRES. — NULLITÉ DE LA SOCIÉTÉ

La clientèle d'un médecin reposant uniquement sur la confiance des malades est hors commerce et ne peut faire l'objet d'une cession ou d'un contrat. Est nulle en conséquence l'association constituée entre deux médecins, pour la mise en commun de la clientèle de l'un d'eux, étant entendu que l'autre, moyennant le versement d'une somme d'argent, aura droit au partage des honoraires, si, le premier ne s'étant pas engagé à présenter au second sa clientèle qui a été répartie par moitié entre eux sans aucune distinction, les parties ont réglé leur collaboration sans se préoccuper de savoir si un pareil partage pourrait être agréé par ladite clientèle.

(Cour de Paris, 1re Ch., 15 mai 1892.)

NOTE. — *Du texte même de l'arrêt il ressort que la nullité de la Société a été déclarée en ce cas parce qu'elle était formée uniquement par l'apport d'une clientèle médicale, chose hors commerce comme nous l'avons vu plus haut. La forme sociale par elle-même n'est pas considérée par la Cour comme une cause de nullité.*

SOCIÉTÉS ENTRE MÉDECINS. — CONDITIONS DE LICÉITÉ. — INSTALLATION MATÉRIELLE COMMUNE. — INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE

Aucune disposition de la loi du 30 novembre 1892 ni du droit civil ne s'oppose à ce que des médecins forment entre eux une société civile pour louer ou acheter des locaux, installer des laboratoires ou cliniques, acquérir les appareils destinés au traitement des malades, le tout constituant le patrimoine social, à la condition que chacun d'eux conserve son indépendance et sa responsabilité, et que le choix des malades entre eux demeure entièrement libre.

(Cour de Paris, 18 mai 1934.)

SOCIÉTÉS ENTRE MÉDECINS. — VALIDITÉ

Est licite la convention par laquelle un médecin déjà établi, et dont la clientèle se développe chaque jour davantage, recourt à la collaboration d'un autre médecin rémunéré au moyen d'un pourcentage déterminé sur les honoraires, déduction faite des frais généraux, dès lors que les malades qui se présentent conservent la faculté de s'adresser au médecin de leur choix.

Pareille convention, qui respecte le libre-choix des malades, n'a point pour objet l'exploitation d'une clientèle médicale mise en commun, mais tend uniquement, ainsi que le précise le contrat, à instituer une collaboration où chaque médecin, dont l'indépendance demeure entière vis-à-vis de l'autre, apporte son titre de docteur, son travail et son activité, dans le but de permettre à l'un de satisfaire plus aisément aux exigences d'une clientèle importante, à l'autre de s'installer sans frais professionnels pour se constituer éventuellement une clientèle dont il bénéficiera à l'expiration du contrat. Cette convention ne viole ni le droit ni les usages de la profession médicale ; sa validité ne saurait donc être contestée. (Cour de Poitiers, 23 juin 1936.)

B) Sociétés entre médecins et non-médecins

ASSOCIATION EN PARTICIPATION ENTRE UN MÉDECIN ET UN NON-MÉDECIN. — EXPLOITATION D'UNE MAISON DE SANTÉ. — INDÉPENDANCE RESPECTIVE DE LA PARTIE MÉDICALE ET DE LA PARTI COMMERCIALE. — VALIDITÉ

Constitue un contrat d'association en participation valable, la convention entre un médecin et un non-médecin ayant pour objet l'exploitation d'un « home médical », le non-médecin apportant le fond de commerce hôtelier et le matériel y attaché, et le médecin son activité professionnelle, du moment que chacun d'eux doit rester dans ses attributions respectives et professionnelles.

(Cour de Pau, 10 juillet 1930.)

NOTE. — *La nullité de cette association a été en fait reconnue par cet arrêt, mais pour un motif n'ayant rien à voir avec la qualité de médecin de l'un des associés. Le contrat présentait en effet en faveur de l'un d'eux un caractère léonin en entraînant la nullité.*

C) Règles régissant le contrat des sociétés entre médecins

Les sociétés entre médecins, ayant pour objet l'exercice d'une profession libérale ne sont pas constituées sous les formes du droit commercial (société en nom collectif, à responsabilité limitée ou autres) mais selon les règles des sociétés civiles (art. 1832 et suivants du Code civil). Conformément à l'art. 1834 toutes sociétés doivent être rédigées par écrit lorsque leur objet est d'une valeur de plus de 500 francs. Voici donc quelques règles pour la rédaction de cet écrit.

1° OBJET. — *Il doit être licite pour que la société soit valable. En nous conformant à la jurisprudence précitée l'objet social doit donc être libellé de la manière suivante : « les soussignés forment entre eux une Société civile pour louer et acheter tous locaux appareils ou installations et plus généralement pour mettre en commun tout moyen matériel destiné au traitement des malades, chacun des associés conservant son indépendance et sa responsabilité professionnelle la plus entière, et le choix des malades entre eux demeurant entièrement libre ».*

2° APPORTS. — *Pour que la Société ne soit pas nulle il ne faut pas que le contrat de société stipule de la part d'un associé l'apport d'une clientèle médicale, qui est déclaré par la jurisprudence chose hors commerce. Par contre, il est parfaitement possible de stipuler que l'un des associés présentera l'autre à sa clientèle : chaque médecin peut apporter à la Société son titre de docteur et son activité profes-*

sionnelle (apport en industrie). En outre, il peut être fait des apports en argent et en nature (biens matériels, locaux, droit au bail, etc.). Dans le cas des apports en nature, il y a lieu de spécifier s'ils sont faits à titre gratuit ou onéreux, et si, d'autre part, ils sont en pleine propriété ou seulement en jouissance. En vertu de l'art. 1851 *du Code civil, « si les choses dont la jouissance seulement a été mise dans la Société sont des corps certains ou déterminés (immeubles, matériel, mobilier) qui ne se consomment point par l'usage, elles sont aux risques de l'associé propriétaire. Si ces choses se consomment, si elles ont été destinées à être vendues, ou si elles ont été mises dans la Société sur une estimation portée par un inventaire, elles sont aux risques de la Société. »*

En ce qui concerne les « apports en industrie », il résulte de l'art, 1847 *que (sauf clause contraire) les associés qui ont fait un tel apport « doivent compte à la société de tous les gains qu'ils ont faits par l'espèce d'industrie qui est l'objet de la société ».*

3° Partage des bénéfices et des pertes. *Le partage des honoraires dans une société entre médecins est licite (Cour de Paris, arrêt du* 18 *mai* 1934 *précité). Sauf stipulations contraires le partage des gains ou des pertes sociales doit s'opérer suivant le principe de la proportionnalité posée par l'art.* 1853 *du Code civil. A l'égard de l'associé qui n'a apporté que son industrie, sa part est réglée (sauf clause contraire) comme si sa mise eut été égale à celle de l'associé qui a le moins apporté.*

4° Durée de la société. Dissolution. *Elle peut être faite à durée déterminée ou à durée indéterminée. Dans le second cas, la dissolution peut être demandée par l'un des associés, à condition que cette dénonciation soit de bonne foi et non faite à contre temps (art.* 1869 *et* 1870 *du Code civil). En dehors de l'arrivée du terme, ou de la dénonciation par l'un des associés, la société prend fin par le décès de l'un d'eux. Il n'est pas possible en matière de société médicale de prévoir la continuation avec les héritiers, dès lors que ceux-ci ne sont pas médecins diplômés (Cour de Paris, arrêt précité). Par contre il est possible de prévoir la continuation entre les associés survivants, si le nombre des associés est supérieur à deux.*

D) Les sociétés entre médecins au point de vue fiscal

1° Enregistrement

Les sociétés, comme tout acte juridique comportant des obligations réciproques, doivent faire l'objet d'une déclaration à l'Enregistrement, dans le mois de leur constitution, contenant l'objet, le siège et la durée de la société, la date de l'acte constitutif, les noms, prénoms et domicile de chacun des associés, la nature et la valeur des biens constituant les apports, et les droits attribués aux associés dans le partage des bénéfices et de l'actif social. Le défaut de déclaration est sanctionné par de fortes amendes et par l'inopposabilité de l'acte social à l'Administration fiscale. Le taux des droits est de 3 % *de la valeur des apports.*

2° Patente

La question est réglée par l'art. 284 *du Code des impôts sur les revenus (v. Supplément n°* 6, *p.* 6). *Il est établi au nom de l'associé principal un droit proportionnel et un droit fixe dans les conditions ordinaires. Un second droit fixe est divisé en autant de parts que d'associés et imposé à chaque associé secondaire. L'impôt, plus élevé que pour un médecin isolé, est donc moins lourd que les divers patentes que chaque associé aurait à payer individuellement. Mais il faut pour cela qu'il n'y ait pas simple société de fait, mais société régulière par acte enregistré.*

3° Impot sur le revenu

Le régime de l'imposition sur le revenu est celui qui donnait lieu jusqu'à présent à le plus de contestations et était susceptible de nuir au developpement des societés entre médecins. La société, personne morale, paye naturellement l'impôt sur les bénéfices non commerciaux sur son revenu net avant partage. Mais le fisc prétendait en outre faire verser par chaque associé, sur sa part de bénéfices, l'impôt sur le revenu des valeurs mobilières. Cette double imposition eût constitué une charge écrasante ; mais elle était juridiquement fondée, par suite d'une lacune de la loi qui, voulant viser par cet impôt les sociétés de capitaux, n'en avait formellement exempté que les sociétés de personnes commerciales et avait laissé de côté les sociétés civiles. Une loi récente est venue heureusement réparer cette lacune.

Loi du 12 mars 1937
complétant l'art. 148 *du code des valeurs mobilières*

Article unique. — L'art. 148 du Code des valeurs mobilières est complété de la façon suivante :

« Les dispositions de l'art. 53 § 3 (*relatif à l'établissement de l'impôt sur le revenu des valeurs mobilières*) ne sont pas applicable aux parts... ni aux parts d'intérêts dans les sociétés civiles de personnes assujetties à l'impôt sur les bénéfices des professions non-commerciales, dont le capital ne comprend que les biens mobiliers nécessires à l'exercice de la profession des associés ».

Le Gérant : R. THIRON Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

SUPPLÉMENT MENSUEL N° d'ordre : 19 AVRIL 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

DOCUMENTATION PROFESSIONNELLE PERMANENTE

DU MÉDECIN PRATICIEN

SOINS AUX PENSIONNÉS DE GUERRE

SOMMAIRE

• BULLETIN DU MOIS •

Le régime des soins aux pensionnés et victimes de la guerre

La publication du nouveau tarif des accidents du travail se faisant encore attendre, nous avons décidé de donner à nos lecteurs un tarif d'une égale importance pratique, celui des soins aux bénéficiaires de l'art. 64 *de la loi du* 31 *mars* 1919. *Ce tarif établi par le décret du* 25 *octobre* 1922, *a été modifié partiellement à de nombreuses reprises, et tout dernièrement en particulier, par un décret du* 31 *octobre* 1938. *Il était donc indispensable de procéder à une refonte complète de la nomenclature et de mettre à la disposition du praticien un tarif à jour, afin de faciliter ses recherches et d'éviter les erreurs de tarification.*

Nous avions cependant quelque peu attendu, pour opérer cette refonte, comptant que le tarif subirait une réforme plus complète, c'est-à-dire ferait l'objet d'un rehaussement général que justifierait amplement les récentes dépréciations monétaires. Mais les circonstances actuelles ne laissent pas entrevoir à bref délai cette mesure pourtant légitime. Le seul gain dans cette voie est le renoncement, par l'Administration, au prélèvement de 10 % *qui était opéré depuis le* 16 *juillet* 1935. *Il faut avouer que c'était vraiment là un minimum.*

A propos des frais entraînés par les soins aux pensionnés de guerre, nous rappelons que la Cour des Comptes dans un de ses récents rapports, dont nous avons entretenu en son temps nos lecteurs dans les numéros ordinaire, attribue la progression des dépenses à une insuffisance du contrôle des pensionnés et des médecins. La réponse du ministre des Pensions fait justice de ces accusations. Si les dépenses globales ont augmenté, cela tient à une hausse des frais d'hospitalisation et des médicaments, et surtout au nombre croissant de bénéficiaires inscrits qui, par suite des difficultés économiques actuelles, recourent aux soins gratuits. Mais les dépenses moyennes par soignés, de 282 *francs en* 1930 *passe à* 249 *francs en* 1935, *donc se trouvent* en baisse.

L'une des plus grandes sources de difficultés en matière de soins gratuits est incontestablement la question du contrôle des mémoires médicaux, et du contentieux qui y donne lieu. Son statut juridique a d'ailleurs varié. A l'origine le contrôle des mémoires était confié aux Commissions tripartites départementales. D'après la jurisprudence du Conseil d'Etat, obtenue grâce aux nombreux recours du Sou médical, *cette opération était de nature contentieuse, et exigeait en conséquence le respect de règles générales de procédure et des droits de la défense (convocation du médecin, communication à ce dernier des griefs précis articulés contre lui, etc.). En particulier, l'Administration des Pensions ne pouvait contester la décision de la Commission départementale qu'en faisant appel devant la Commission supérieure. Cet appel devait être motivé de manière précise et détaillée et la Commission, juridiction du deuxième degré, ne pouvait connaître que des différends ayant fait l'objet de la première instance. Elle ne pouvait d'autre part statuer au delà de l'appel du ministre.*

Ce respect des formes gênant l'arbitraire administratif, un décret du 22 *décembre* 1935 *vint modifier la procédure à suivre. Aux termes de ce décret, c'est désormais à l'Administration, et non aux Commissions tripartites, d'effectuer le contrôle du mémoire. Si le médecin accepte la décision de l'Administration, le mandatement a lieu. S'il y a désaccord, il appartient alors à la Commission tripartite de statuer. La décisions du Préfet est notifiée aux intéressés par pli recommandé. Bien entendu la phase contentieuse n'en restait pas moins soumise aux règles de procédure définies plus haut.*

La réforme ne parut pas encore suffisante, et un décret-loi du 17 *juin* 1938 *vint étendre les pouvoirs des Commissions tripartites et de la Commission supérieure, en leur permettant, contrairement aux principes les mieux établis, de cumuler les fonctions administratives et juridictionnelles. Aux termes du rapport préliminaire « il ne s'agit plus pour elle de départager les parties dans la limite de leurs prétentions respectives, mais d'exercer dans sa plénitude leur pourvoir de surveillance et de contrôle, afin d'épargner à l'Etat des paiements injustifiés ». Désormais ces Commissions peuvent donc opérer* sur demande ou d'office *tous redressements aux mémoires qui leur sont présentés. En conclusion, si le médecin doit encore être mis à même de présenter sa défense, si l'Administration doit encore respecter les deux degrés de juridiction, si les Commissions ne doivent réduire les mémoires présentés qu'en appuyant leur décision de motifs précis et détaillés, il leur est par contre permis de procéder à des réductions supérieures à celles réclamées par l'Administration, et sans doute aussi d'opérer en appel des redressements sur des points non soumis à la juridiction de première instance.*

Signalons enfin qu'en dehors de la phase contentieuse, le contrôle fait l'objet de projets de réformes présentés par la Cour des Comptes dans son rapport précité (rapport dont nous publions des extraits dans le corps de ce numéro). Ces réformes consisteraient principalement en une meilleure organisation des bureaux départementaux, permettant le contrôle sur place inopiné, en la prescription aux médecins dans de nombreux cas d'une demande d'autorisation aux Commissions départementales, et en une liaison étroite avec les services de contrôle de l'Assistance médicale gratuite et des Assurances Sociales.

Jean MIGNON.

SOINS AUX PENSIONNÉS DE GUERRE

I. Bénéficiaires

LOI DU 31 MARS 1919
sur les pensions des armées de terre et de mer (modifiée par la loi du 21 juillet 1922)

ART. 64. — **L'Etat doit à tous les militaires et marins bénéficiaires de la présente loi, leur vie durant, les soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques nécessités par la blessure ou la maladie contractée ou aggravée en service et qui a motivé la pension.**

Les ayants droits seront, sur leur demande, inscrits de plein droit sur les listes spéciales établies chaque année à leur domicile de secours sous le titre : « Soins médicaux aux victimes de la guerre ».

Cette inscription leur donnera le droit à la gratuité des soins médicaux et pharmaceutiques, mais exclusivement pour les accidents ou complications résultant de la blessure ou de la maladie qui aura donné lieu à pension.

....

(Loi du 1er août 1924. Art. 36). Le bénéfice du présent article est étendu aux infirmières pensionnées de guerre au titre de la loi du 31 mars 1919.

LOI DU 24 JUIN 1919
sur les réparations à accorder aux victimes civiles de la guerre

ART. 4. — Son applicables aux bénéficiaires de la présente loi toutes les dispositions de la législation militaire concernant les majorations pour enfants et **les soins nécessités par la blessure ou la maladie.**

LOI DU 22 JUIN 1927
étendant l'application de la loi du 31 mars 1919 aux anciens militaires et marins invalides et réformés n° 1 d'avant 1914.

ART. 1er. — Les anciens militaires et marins titulaires de pensions concédées pour blessures reçues ou infirmités et maladies contractées en service avant le 2 août 1914, quelle que soit la date de leur mise en réforme, pourront réclamer le bénéfice intégral de la loi du 31 mars 1919 et des lois supplémentaires, même s'ils n'ont pas repris de service depuis le 2 août 1914.

DÉCRET-LOI DU 8 AOUT 1935
relatif à la révision des pensions abusives

ART. 7. — Les malades et invalides dont la pension aura été supprimée perdront le bénéfice des dispositions de l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919 (soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques gratuits).

DÉCRET-LOI DU 28 OCTOBRE 1935
sur les Assurances sociales (Coordination entre le régime des Assurances sociales et celui des pensionnés de guerre)

ART. 18. — V. Supplément n° 20, page 5.

DÉCRET DU 25 OCTOBRE 1922
modifié par le décret du 27 septembre 1928

CHAPITRE 1er. — ETABLISSEMENT DES LISTES SPÉCIALES DE BÉNÉFICIAIRES DE LA LOI DU 31 MARS 1919.

ART. 1er. — Tout bénéficiaire de la loi du 31 mars 1919 qui entend recourir aux soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques gratuits institués par l'article 64 de ladite loi pour les accidents ou complications de la blessure ou de la maladie contractée ou aggravée en service, et qui a motivé sa pension, adresse une demande à la mairie de la commune où il réside, en vue de se faire inscrire sur les listes spéciales prévues par l'article 64 susvisé. La mairie transmet la demande à la préfecture où il est tenu une liste récapitulative départementale, un numéro d'ordre départemental est attribué par la préfecture à chacun des inscrits ; ce numéro est communiqué à la mairie et reproduit sur la liste communale ainsi que sur la couverture de chaque carnet au-dessus du cachet de la préfecture.

....

ART. 2. — L'inscription sur la liste spéciale n'exclut pas l'inscription, s'il y a lieu, sur les listes d assistance médicale, prévues par la loi du 15 juillet 1893, ou par les lois et décrets régissant l'assistance médicale dans les colonies et pays de protectorats.

ART. 3. — Toute notification à un militaire ou marin de l'arrêté lui concédant une pension pour blessure reçue ou maladie contractée ou aggravée en service doit contenir les mentions relatives à la nature et à la description de la blessure ou de la maladie qui a donné lieu à pension.

A cette notification est annexée une copie certifiée conforme des mentions énoncées au paragraphe précédent.

Après avoir pris connaissance de la notification, la mairie la transmet à la préfecture avec la demande d'inscription en vue de la constitution de la liste récapitulative.

ART. 4. — La liste spéciale prévue à l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 est divisée en deux parties : liste permanente, liste provisoire.

....

ART. 7. — Il est délivré à chaque intéressé un récépissé indiquant la section de la liste permanente ou provisoire dans laquelle il demande à être inscrit.

En cas de refus d'inscription par le maire, l'intéressé peut adresser une réclamation au préfet. Il appartient à celui-ci d'ordonner l'inscription s'il juge la réclamation fondée. Sinon, il saisit immédiatement la Commission tripartite départementale de surveillance et de contrôle des soins gratuits, qui statue.

Copie de la liste est adressée au préfet.

ART. 8. — Le préfet contrôle l'inscription et les muta-

tions sur la liste spéciale. Il la communique périodiquement au trésorier-payeur général et fait effectuer, après vérification, les redressements nécessaires.

ART. 9. — Le préfet peut, au cas où une inscription lui semble irrégulière ou injustifiée, saisir la Commission tripartite départementale de surveillance et de contrôle des soins gratuits d'une demande de radiation.

S'il est avisé qu'un ancien militaire ou marin, inscrit sur la liste provisoire, a manqué, sans excuse légitime à deux convocations devant la Commission de réforme, il prescrit au maire d'opérer sa radiation.

ART. 10. — Dès qu'il a procédé à l'inscription, le maire délivre à l'intéressé une attestation indiquant la section de la liste permanente ou provisoire sur laquelle il figure et mentionnant la blessure ou la maladie qui a donné lieu à pension ou à allocation provisoire d'attente.

II. Délivrance des soins médicaux et pharmaceutiques

A. Soins à domicile ou au cabinet du praticien

1° Formalités

Décret du 25 octobre 1922

ART. 14. — Tout bénéficiaire de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 reçoit un carnet à souches, établi à son nom.

Les bénéficiaires exclusivement inscrits sur la liste permanente reçoivent un carnet à feuillets blancs.

Les bénéficiaires exclusivement inscrits sur la liste provisoire reçoivent un carnet à feuillets de couleur.

Les bénéficiaires simultanément inscrits sur la liste permanente et sur la liste provisoire, dans les conditions prévues à l'article 6, dernier paragraphe, reçoivent un carnet à feuillets de couleur pour l'ensemble de leurs infirmités.

Nul bénéficiaire ne peut détenir plus d'un seul carnet.

Les carnets sont utilisables sur toute l'étendue du territoire français, aux colonies et dans les pays de protectorat.

ART. 15. — Ce carnet comprend :

a) Des souches qui restent entre les mains du malades et sur lesquelles sont inscrites les prescriptions médicales ;

b) des feuilles d'ordonnance détachées sur lesquelles sont écrites, par le médecin, les formules des médicaments ou des produits à délivrer et, s'il y a lieu, les indications légales concernant les toxiques ; — ces feuilles d'ordonnance, qui comprennent, en outre, une colonne pour les prix, constituent les notes justificatives envoyées par les pharmaciens, en fin de trimestre, à la Commission de contrôle pour le règlement des frais pharmaceutiques ;

c) des bulletins de visite que le médecin détache et sur lesquels sont notés les actes médicaux accomplis avec les numéros de la nomenclature auxquels ces actes correspondent, et, s'il y a lieu, les frais de déplacement. En cas de consultation entre médecins, chacun d'eux détache une de ces fiches sur laquelle il porte la mention : « Consultation avec le Docteur X. ». —

Ces bulletins sont envoyés par le médecin, en fin de trimestre, à la Commission de contrôle prévue ci-après, épinglés à la note d'honoraires. Lorsqu'un bénéficiaire demande le renouvellement d'un carnet épuisé, il en conserve les souches et remet la couverture à la mairie qui la transmet à la préfecture.

ART. 16. — **Les médecins inscrivent eux-mêmes et de façon lisible, leur nom et leur adresse, sur les souches, feuilles d'ordonnances et bulletins de visite, et, le cas échéant, la mention de leur spécialité.**

ART. 17 (*mod. décret* 27 *septembre* 1928). — **Quand un médecin voit un malade pour la première fois, il envoie immédiatement à la Commission de contrôle une lettre écrite sur son papier à en-tête reproduisant les indications du bulletin de visite, en indiquant très lisiblement le nom et l'adresse du mutilé.** — Les mêmes prescriptions sont applicables chaque fois que le malade change de médecin, c'est-à-dire chaque fois que le médecin constate, en établissant son bulletin de visite, que la souche précédente ne porte pas sa propre signature.

2° Libre-choix

Loi du 31 *mars* 1919
modifiée par la loi du 21 *juillet* 1912

ART. 64, § 4. — **Les bénéficiaires de la présente loi auront droit au libre-choix du médecin, du chirurgien et du pharmacien.**

. . . .

DÉCRET-LOI DU 25 AOUT 1937
modifiant l'art. 64 *de la loi du* 31 *mars* 1919 *en ce qui concerne les soins donnés aux mutilés de guerre par l'intermédiaire des Sociétés de secours mutuels.*

ART. 1er. — A dater du 1er janvier 1938, seront abrogés les trois derniers paragraphes de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, concernant la délivrance de soins par l'intermédiaire des Sociétés de secours mutuels ; le service des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques dus aux bénéficiaires de ladite loi, s'effectuera exclusivement dans les conditions fixées par ledit article 64 ainsi modifié.

3° Liberté de traitement

Décret du 25 octobre 1922 modifié

ART. 18. — **Lorsque, au cours du traitement, le médecin traitant estime nécessaire, soit la consulta-**

tion avec un autre médecin, soit l'intervention d'un spécialiste, soit un examen radiologique de laboratoire, soit une série de plus de cinq interventions à tarif spécial, il doit en donner avis, dans les vingt-quatre heures, à la Commission de contrôle.

ART. 19. — **Aucune opération mutilante ou de grande chirurgie ne peut être faite, sauf en cas d'urgence, qu'après avis donné, six jours à l'avance, à la Commission de contrôle.**

SOINS AUXQUELS ONT DROIT LES BÉNÉFICIAIRES DE L'ART. 64

3.837. — M. Pierre TAITTINGER demande à M. le ministre des Pensions : 1° dans quelle mesure les pensionnés de guerre peuvent utiliser leur carnet de soins gratuits ; 2° si les intéressés n'ont droit qu'à des consultations espacées, ou si le docteur choisi par eux peut, sans formalitésss administratives, tenter d'enrayer par une cure méthodique l'aggravation, ou une complication de l'état décret au carnet ; 3° comment ce médecin peut, s'il est dans l'obligation professionnelle de prescrire des substances du tableau B, éloigner ses visites, tout en se conformant à la loi qui lui interdit d'ordonner ces toxiques pour plus de sept jours. (*Question du 8 juin* 1937.)

Réponse. — 1° Aux termes mêmes de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, les anciens militaires ou marins ont droit à la gratuité des soins pour les accidents ou complications résultant de la blessure ou de la maladie qui a motivé leur pension ; 2° les intéressés ont droit à tous les soins que nécessite leur état, sous réserve du contrôle par les Commissions tripartites départementales qui doivent veiller à ce que les frais médicaux et pharmaceutiques n'excèdent pas les indications d'une saine et loyale pratique de la médecine ; 3° l'article 64 n'a d'autre portée que de mettre au compte de l'Etat, sous certaines conditions de contrôle indiquées par les textes, les soins donnés aux bénéficiaires dudit article. Il ne peut donc modifier en aucune manière les règles de la pratique médicale. Il n'y a rien d'incompatible entre la réglementation des soins gratuits et celle concernant la prescription des toxiques.

(*J. O.*, 30 *juin* 1939).

CURES THERMALES

Les soins thermaux sont attribués, non pas par application de l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919, mais en vertu de la loi du 12 juillet 1873, toujours en vigueur. Aux termes de cette loi, c'est l'Administration de la guerre (Service de santé) qui accorde les soins thermaux.

4° Prescriptions pharmaceutiques

ARRÊTÉ MINISTÉRIEL DU 3 JUIN 1927
modifié par ceux du 22 *août* 1927, 19 *février* 1932 *et* 16 *octobre* 1934

ART. 1er. — Pour la blessure ou la maladie ayant motivé l'inscription sur les listes spéciales de soins gratuits, les bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 ont droit à **tous les produits pharmaceutiques énumérés dans la nomenclature de l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques de France, sous les réserves indiquées ci-après.**

Chapitre 1er. — Produits chimiques et pharmaceutiques. — Ne peuvent être fournies les pastilles et pâtes pectorales.

Chapitre 2. — Ne peuvent être prescrites les eaux minérales hors le cas de nécessité thérapeutique incontestable.

En ce cas, la prise en charge au titre de l'article 64 reste subordonnée à l'autorisation de la Commission tripartite départementale. (*V. ci-dessous* 4° *A.*)

1° Chapitre 3. — *Accessoires de pharmacie et de bandages.* — Sont fournis par les pharmaciens les objets suivants qui figurent au chapitre 3 : petites attelles, leucoplastes, suspensoirs, pinceaux pour teinture d'iode compte-gouttes, seringues en verre (pour urèthre, nez oreilles), œillères.

Les autres objets du chapitre 3 auxquels peuvent prétendre les bénéficiaires de l'article 64 sont fournis par les centres d'appareillage aux mutilés titulaires d'un livret d'appareillage ;

2° Chapitre 5. — *Lunetterie et yeux artificiels.* — Les objets du chapitre 5 sont fournis par les centres d'appareillage aux mutilés titulaires d'un livret d'appareillage ;

3° Chapitre 6. — *Récipients divers.* — Seul le premier récipient sera payé aux pharmaciens :

4° A. — Toute feuille d'ordonnance, portant prescription d'eaux minérales, au titre de l'article 64, doit être transmise à la Commission tripartite départementale avec l'avis du médecin traitant indiquant les raisons d'ordre médical qui motivent cette prescription. Seules les feuilles d'ordonnances de cette nature portant le « Vu bon à délivrer » de la Commission tripartite départementale peuvent être remboursées au titre de l'article 64.

En tout état de cause, les autorisations délivrées par la Commission tripartite départementale seront limitées à douze bouteilles d'eau minérale par trimestre et par bénéficiaire. Les eaux minérales ayant le caractère d'eau de table ne peuvent pas être remboursées au titre dudit article.

Les dispositions précédentes ne s'appliquent pas aux eaux purgatives.

B. — **Ne peuvent être remboursés au titre de l'article 64 les produits suivants qu'il est interdit aux médecins de prescrire et aux pharmaciens de délivrer au titre dudit article :**

a) Les vins en nature ou mélangés, à l'exception du vin de digitale composé (ou vin de Trousseau ou vin de l'Hôtel-Dieu), du vin de scille composé (ou vin de la Charité), du vin aromatique.

b) Les élixirs, à l'exception de l'élixir parégorique (ou teinture d'opium camphrée) de l'élixir de longue vie (ou teinture d'aloès composée), de l'élixir de Peyrilhe (ou teinture de gentiane alcaline).

c) Les alcoolats en nature, à l'exception de l'alcoolat de cochléaria composé et de l'alcoolat de Fioraventi.

Sont considérés comme étant des alcoolats en nature tous les mélanges d'alcoolats insuffisamment dénaturés par l'adjonction de substances médicamenteuses.

d) L'eau de Cologne, l'eau-de-vie de lavande, l'eau dentifrice, les pâtes, savons, et, d'une façon générale, les produits de toilette ;

PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS AUX PENSIONNÉS DE GUERRE

3.726. — M. Georges MAURICE, sénateur, demande à M. le ministre des Pensions : 1° s'il existe un barème spécial de limitation des soins gratuits aux mutilés et si cette limitation oblige à supprimer certains médicaments utiles, notamment pour les tuberculeux ; 2° si un médecin, non averti de ce barème, est tenu lui-même de régler le montant de ces médicaments au pharmacien qui les a délivrés. (*Question du 1er juillet* 1936.)

Réponse. — 1° La nomenclature des produits pharmaceutiques utiles a été fixée par arrêté interministériel en date du 10 janvier 1935, *Journal officiel* du 24 janvier. Elle a été établie par les soins du ministère de la Santé publique avec la collaboration de techniciens avertis ; 2° il n'est pas concevable qu'un médecin soignant au compte de l'article 64 ignore les textes fondamentaux qui règlent le jeu de cet article. En tout cas les pharmaciens connaissent forcément la nomenclature susvisée puisqu'ils sont obligés de la consulter pour apporter à chacun des produits fournis le tarif qui est indiqué. Un médecin ayant prescrit un médicament non compris dans la nomenclature ne peut donc, si le pharmacien est attentif, qu'être prévenu par celui-ci de son erreur. (*J. O.*, 29 septembre 1936.)

5° Modalités de paiement

LOI DU 31 MARS 1919
modifiée par celle du 21 *juillet* 1922

ART. 64, § 5. — **Les frais des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques seront supportés par l'Etat.**

ABSENCE D'ENTENTE DIRECTE ENTRE MÉDECIN ET MALADE — ACTION DIRECTE DU MÉDECIN CONTRE L'ETAT — PAS D'ACTION DU PENSIONNÉ

Si en vertu des dispositions de l'art. 64 alinéa 3 de la loi du 31 mars 1919, l'inscription des pensionnés sur la liste des soins médicaux aux victimes de la guerre, leur donne droit à la gratuité des soins médicaux et des fournitures pharmaceutiques afférentes à leur blessure ou à leur maladie, les dispositions législatives ou réglementaires sur la matière impliquent que les bénéficiaires n'ont pas à faire l'avance des frais de traitement. Les dispositions de l'art. 64 modifié par la loi du 21 juillet 1922 prévoient le remboursement de ces frais uniquement soit aux établissements de soins, soit aux médecins et pharmaciens, lesquels ont seuls une action directe contre l'Etat, mais non point aux pensionnés qui ne peuvent réclamer à l'Etat le remboursement des sommes qu'ils ont directement payées. (Conseil d'Etat, 27 novembre 1925).

PRINCIPE — HONORAIRES MÉDICAUX A LA CHARGE DE L'ETAT — EXCEPTION — ACCORD EXPRÈS ENTRE MALADE ET MÉDECIN

Rien ne s'oppose à ce que, après entente entre le médecin et le malade ou sa famille, il soit stipulé que les honoraires du praticien seront supportés, non par l'Etat en vertu de l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919, mais par le malade ou par ses proches. La preuve d'un tel accord incombe toutefois au médecin.

Cette preuve n'est pas rapportée par le caractère uniquement moral des visites faites par le médecin pour rassurer son malade, sur la demande de la famille. En effet le rôle moral du médecin traditionnellement reconnu suffit à justifier sa présence auprès de l'homme qui lui a donné sa confiance, le secours physique accordé en même temps au patient fût-il faible ou inexistant. (Trib. civ. de la Seine, 31 mai 1935).

DÉCRET-LOI DU 14 AVRIL 1934
sur la production de mémoires médicaux et pharmaceutiques en matière de soins aux pensionnés de guerre

ART. 1er. — Le paragraphe 5 de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 est complété comme suit :

« Sauf dans les localités où il n'existe pas de pharmacien, les praticiens exerçant à la fois la médecine et la pharmacie ne sont admis à présenter que des mémoires pharmaceutiques où des mémoires médicaux. »

CIRCULAIRE MINISTÉRIELLE DU 3 DÉCEMBRE 1937
sur la suppression du prélèvement de 10 %

Le Ministre des Pensions,
à Messieurs les Préfets

J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'après accord avec M. le ministre des Finances, doit être supprimé, à dater du 1er décembre 1937, le prélèvement de 10 % sur les honoraires des médecins donnant leurs soins aux bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919, article 64.

CIRCULAIRE PRÉFECTORALE DU 5 JANVIER 1939
sur la prescription biennale des mémoires médicaux

Préfecture de la Seine

« Monsieur le Président,

« J'ai l'honneur de vous informer qu'à la suite d'un avis du Conseil d'Etat, les Commissions de Contrôle du Service des soins gratuits aux victimes de la guerre du département de la Seine, appliqueront dorénavant aux mémoires médicaux et pharmaceutiques présentés au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, la pres-

cription biennale de l'article 2272 du Code civil.

« En conséquence, les dits mémoires devront, à peine de déchéance, être présentés dans un délai de deux ans, à partir de l'expiration de la quinzaine qui suit le trimestre auquel ils se réfèrent.

« Je vous serais obligé de vouloir bien porter cette disposition à la connaissance de vos adhérents par les moyens en votre possession.

LE PRÉSIDENT DES COMMISSIONS DE CONTRÔLE
(*Signature illisible.*)

NOTE. — *Nous publions cette circulaire à titre documentaire mais nous ne l'estimons pas fondée au point de vue juridique. La prescription de deux ans en matière médicale est en effet essentiellement fondée sur une présomption de paiement qui peut être écartée par la preuve contraire, Or l'Administration ne peut soutenir avoir payé, son mode de défense prouve donc amplement le non-paiement* (*V. supplément n°* 10 *page* 11). *La seule prescription applicable est la déchéance quadriennale.*

B. Hospitalisation

LOI DU 31 MARS 1919
modifiée par les lois du 21 *juillet* 1922
et du 30 *mars* 1923

ART. 64, § 6. — Si l'hospitalisation est reconnue nécessaire, les malades pourront être admis, à leur choix, soit dans les salles militaires ou les salles civiles des hôpitaux de leur ressort, et, s'il y a lieu, dans les sanatoriums publics, soit dans les établissements privés agréés par la Commission tripartite départementale. A l'hôpital public et au sanatorium public, l'Etat payera les frais de séjour au tarif des salles militaires ou des salles civiles de cet hôpital, ou au tarif du sanatorium ; à l'établissement privé, l'Etat payera les frais de séjour au tarif des salles civiles de l'hôpital public ou du sanatorium public le plus voisin dudit établissement.

§ 7. — Les frais de voyage nécessités par l'hospitalisation dans un établissement public ou privé et, en cas de décès, les frais de transport du corps au domicile, seront à la charge de l'Etat, dans les conditions et limites qui fixera le décret ci-après.

DÉCRET DU 25 OCTOBRE 1922
modifié par les décrets des 27 *septembre* 1928
et 6 *janvier* 1929

Chapitre III. — Hospitalisation

ART. 20. — L'hospitalisation est effectuée dans l'hôpital approprié le plus voisin du domicile du malade ou dans l'établissement privé choisi par lui, l'hospitalisation dans un établissement public ou privé devant s'effectuer exclusivement dans l'étendue du ressort de la faculté de médecine de sa région.

Ces dispositions ne s'appliquent ni aux aliénés, qui relèvent de l'article 55 de la loi du 31 mars 1919, ni aux anciens militaires pensionnés, envoyés dans des établissements thermaux, qui relèvent de la loi du 12 juillet 1873.

Si le malade est dans le cas d'être soigné dans un sanatorium antituberculeux, l'hospitalisation est effectuée dans le sanatorium approprié le plus proche de son domicile.

Les sanatoriums sur lesquels les mutilés peuvent être dirigés sont les sanatoriums publics, les sanatoriums privés assimilés à des sanatoriums publics et les sanatoriums privés désignés par la Commission tripartite départementale parmi ceux qui auront été agréés par le ministre de l'hygiène.

ART. 21. — **Si l'hospitalisation est jugée nécessaire, le médecin traitant doit le certifier sur un bulletin de visite extrait du carnet et adressé six jours d'avance à la Commission de contrôle pour autorisation (sauf les cas d'urgence prévus à l'article suivant).**

Le bulletin de visite doit toujours spécifier la nature de l'affection et désigner l'établissement public ou privé choisi par le malade.

Quand un malade demande à être traité, soit dans un établissement privé, soit dans un hôpital public autre que celui de sa résidence, il convient de joindre au bulletin de visite adressé à la Commission de contrôle, une déclaration par laquelle l'établissement en cause accepte de recevoir le malade.

Quand un malade demande à être traité dans un sanatorium, le bulletin est adressé à la Commission de contrôle qui examine si la demande est fondée, tant au point de vue de la loi du 7 septembre 1910 que de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919. Lorsque la demande est reconnue fondée, la Commission saisit le préfet qui, contrairement aux règles fixées par les lois et règlements spéciaux, procède aux formalités d'admission.

Lorsque le malade doit sortir du sanatorium, avis en est donné par le sanatorium quinze jours à l'avance à la Commission tripartite départementale qui prend toutes mesures utiles pour transférer, s'il y a lieu, le malade dans un autre établissement hospitalier. Toutefois, en cas de faute disciplinaire grave, le sanatorium peut inviter le malade à sortir immédiatement.

Lorsqu'il y a lieu de maintenir le malade au sanatorium au delà de six mois, la Commission tripartite départementale est appelée par le sanatorium à donner son assentiment à l'occasion de chaque renouvellement trimestriel.

ART. 22. — En cas d'urgence motivée, il est procédé à l'hospitalisation. L'établissement public ou privé qui reçoit le malade avise immédiatement la Commission de contrôle du département et, si le bénéfice est inscrit dans un autre département, la commission de contrôle du lieu d'inscription. **Le médecin traitant adresse immédiatement sur son papier à en-tête une lettre à la Commission de contrôle reproduisant les indications du bulletin de visite, en indiquant très lisiblement le nom et l'adresse du mutilé et en faisant connaître les motifs de l'hospitalisation d'urgence.**

Ces dispositions ne sont pas applicables au placement dans les sanatoriums.

En fin de trimestre, le médecin signale sur sa note d'honoraires, la date d'envoi des bulletins expédiés dans les conditions prévues au présent article et à l'article précédent.

ART. 23. — Si la Commission de contrôle estime que les dispositions de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 ne sont pas applicables, elle en informe le maire en l'invitant à rechercher si le malade est en situation de bénéficier des lois et décrets sur l'Assistance médicale gratuite ou si les frais de l'hospitalisation doivent être supportés par ce dernier.

Dans tous les cas, la décision intervenue est notifiée tant au malade qu'à l'Administration hospitalière ou à l'établissement intéressé.

Dans le cas où les frais d'hospitalisation ne doivent incomber ni à l'Etat, ni à une collectivité, il appartient aux intéressés de se pourvoir devant la Commission supérieure de surveillance et de contrôle siégeant au ministère des Pensions.

ART. 24. — Tout malade hospitalisé dans un établissement public ou privé cesse d'avoir droit pendant la durée de son hospitalisation à l'usage du carnet spécial, qui doit être déposé entre les mains du gestionnaire ou de l'administrateur.

Art. 24 bis. — Lorsqu'un bénéficiaire de l'article 64 a besoin de soins au cours de déplacement, les soins sont donnés, contrôlés et payés comme si l'intéressé ressortissait au département où il se trouve.

Toutefois, la Commission de contrôle de ce département, dès réception du bulletin de visite que les articles 17 et 21 prescrivent au médecin traitant d'adresser, avise la Commission de contrôle du département où l'intéressé est inscrit. Celle-ci répond en faisant connaître si l'intéressé a droit aux soins au titre de l'article 64 pour l'affection en cause.

C. Frais pharmaceutiques

TARIF

Décret du 25 *octobre* 1922

ART. 65. — Le tarif des produits pharmaceutiques à livrer aux bénéficiaires de l'article 64, de la loi du 31 mars 1919, est établi par arrêté concerté entre le ministre des Pensions et le ministre des Finances, après avis d'une Commission spéciale de neuf membres comprenant : trois représentants de l'administration, trois représentants des associations centrales de bénéficiaires de la loi, trois représentants des syndicats et associations médicaux et pharmaceutiques (soit un médecin et deux pharmaciens). — Ce tarif comporte le prix de examens bactériologiques, analyses et réactions ordinaires par les médecins et pour lesquels on ne pourrait recourir aux laboratoires publics.

Arrêté ministériel du 3 *juin* 1927 *modifié par ceux du* 22 *août* 1927 *et du* 16 *octobre* 1934

NOTE. — *Cet arrêté fixe le taux et la réduction applicables suivant l'importance du mémoire.*

Décret-loi du 25 *juillet* 1935 *relatif à la réquisition des produits pharmaceutiques nécessaires aux anciens militaires et pensionnés*

NOTE. — *Ce décret-loi permet aux préfets, en cas de refus de délivrance de médicaments par les pharmaciens, d'en opérer la réquisition. La délivrance doit avoir lieu alors sous peine d'amende.*

III. Tarifs

Loi du 31 *mars* 1919
modifiée par celle du 21 *juillet* 1922

ART. 64, § 11. — Un décret rendu sur proposition du ministre de la Guerre et des Pensions et du ministre des Finances déterminera les tarifs des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, les conditions et limites de remboursement des frais de voyage et de transport, ainsi que la composition, les attributions et le fonctionnement des commissions de contrôle.

A. Tarif de consultation et de visite

Décret du 25 *octobre* 1922, *modifié*

ART. 60. — Le prix de la consultation ou de la visite pour la France, l'Algérie, la Tunisie et le Maroc :

a) Ne doit pas excéder le prix appliqué habituellement par le médecin à la clientèle ordinaire ;

b) **En tout état de cause, ne doit pas dépasser 15 francs.**

Ce prix comprend les menues interventions

telles que pansements simples, massages, pointes de feu, ventouses simples et scarifiées, injections hypodermiques et intramusculaires, ainsi que les injections intratrachéales, mouchetures, etc., etc.

Pour les colonies et pays de protectorat relevant du ministère des Colonies :

Le tarif de la visite et de la consultation sera fixé par décret pris d'accord entre le ministre des Colonies et les ministres des Finances et des Pensions, sur proposition des gouverneurs intéressés.

Art. 61. — Lorsqu'il est procédé à une visite, le bulletin de visite doit faire connaître les motifs qui ont empêché l'intéressé de se transporter chez le médecin.

Art. 62. — Le prix de la visite est majoré de 50 p. 100 lorsqu'il y a consultation entre deux médecins dans les conditions prévues par l'article 18.

Art. 63. — Le prix de la visite est doublé lorsqu'elle doit avoir lieu entre 20 heures et 6 heures, dans les cas d'urgence justifiés par des circonstances spéciales dont il devra être fait mention explicitement sur le bulletin de visite.

B. Frais de déplacement des médecins

Décret du 25 octobre 1922 *modifié*

Art. 64. — Lorsque son état de santé ne permet pas à un malade de se rendre en consultation au cabinet du médecin, celui-ci peut recevoir une indemnité pour se rendre en visite au domicile du malade :

1° Une indemnité fixe est attribuée pour toute visite effectuée, quelle que soit la distance parcourue.

Cette indemnité est :

a) **De 3 francs** dans les villes de 50.000 à 100.000 habitants et dans leur banlieue ;

b) **De 5 francs** dans les villes de plus de 100.000 habitants et dans leur banlieue, dans le département de la Seine et cantons suivants du département de Seine-et-Oise : Versailles, Argenteuil, Marly-le-Roi, Saint-Germain-en-Laye, Sèvres, Montmorency, Le Raincy, Maison-Laffitte ; dans les communes dont la totalité ou la partie la plus importante de la population se trouve située dans une zone de 2 kilomètres à partir de la limite administrative des villes de 200.000 habitants et au-dessus.

2° Les indemnités de déplacement auxquelles peuvent avoir droit les médecins appelés à donner des soins à domicile dans les agglomérations non prévues au paragraphe précédent sont établies pour la France, les colonies et pays de protectorat, par arrêtés concertés entre le ministre des Pensions et le ministre des Finances.

Les tarifs tiennent compte des régions, parcours et mode de transport.

Le montant total de l'indemnité ne peut, en aucun cas, excéder celle attribuable au médecin ou au spécialiste le plus rapproché.

L'indemnité kilométrique n'est pas allouée lorsque la distance entre le domicile du malade et le domicile du médecin est inférieure à un kilomètre, c'est-à-dire lorsque le parcours ne comporte pas une distance de deux kilomètres aller et retour.

En ce qui concerne les fractions de kilomètre effectuées au delà du parcours minimum de deux kilomètres, celles égales ou inférieures à 500 mètres ne comportent pas d'indemnité kilométrique, celles supérieures à 500 mètres sont tarifées comme un kilomètre.

L'indemnité kilométrique n'est pas allouée dans les limites d'une agglomération, ni dans les communes de 100.000 habitants et au-dessus.

Lorsqu'un médecin visite plusieurs malades échelonnés sur un même parcours l'indemnité kilométrique n'est décomptée qu'une fois, en tenant compte du parcours effectué. Le montant de l'indemnité est décompté sur le bulletin de visite du malade le plus éloigné avec référence réciproque entre les bulletins de visite des différents malades visités.

Arrêté interministériel du 15 janvier 1923
fixant le tarif kilométrique
pour les soins aux bénéficiaires de l'article 64

Art. 1er. — Les indemnités de déplacement auxquelles peuvent avoir droit les médecins appelés à donner des soins à domicile aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, sont fixése comme suit, en France :

Dans les régions de plaine, 1 fr. 24 par kilomètre effectivement parcouru ;

Dans les régions dévastées, 1 fr. 27 par kilomètre effectivement parcouru ;

Dans de montagne, 1 fr. 40 par kilomètre effectivement parcouru.

Art. 2. — A l'occasion de chaque visite, le médecin doit inscrire lisiblement au recto du bulletin de visite, extrait du carnet à souches de bons médicaux et pharmaceutiques, le nombre de kilomètres effectivement parcourus et le prix correspondant, compte étant tenu des dispositions des paragraphes 2 à 6 de l'article 64 du décret du 25 octobre 1922, ci-dessus rappelé.

Art. 3. — Un arrêté préfectoral déterminera, dans chaque département, les communes qui doivent être considérées comme étant en région de plaine, région de montagne, région dévasteé.

C. Nomenclature et tarif des interventions médico-chirurgicales

DÉCRET DU 25 OCTOBRE 1922 *modifié* (8 *juillet* 1924, 5 *mars* 1927, 27 *septembre* 1928, 3 *juin* 1930, 24 *mai* 1933, 25 *janvier* 1935, *et* 31 *octobre* 1938).

ART. 69. — Les petites interventions prévues à l'article 60 sont comprises dans le prix de la visite ou de la consultation.

ART. 70. — Toutes les autres interventions sont tarifées conformément à la nomenclature ci-dessous.

ART. 71. — Pour les interventions de grande chirurgie, la rémunération de tout aide (docteur en médecine ou officier de santé), est fixée à 50 francs pour l'aide (deux aides au maximum).

L'anesthésie locale est comprise dans le prix de l'acte opératoire. Pour toutes les opérations, qui comportent l'anesthésie générale, la rachi-anesthésie ou l'anesthésie régionale, c'est-à-dire celle pratiquée sur les troncs nerveux d'une région, des honoraires seront fixés pour un médecin anesthésiste. La rémunération de l'anesthésiste est fixée à 50 francs, plus l'indemnité kilométrique s'il y a lieu.

ART. 72. — Le tarif de l'opération ne comprend que le tarif de l'acte opératoire, et non les visites ou consultations ou interventions consécutives à cet acte.

ART. 73. — La rétribution des interventions de nuit figurant au tarif chirurgical et de spécialités comporte une majoration de 25 p. 100. Par intervention de nuit, il faut entendre les interventions pratiquées, en cas d'urgence justifiée, entre 20 et 6 heures.

Art. 74. — Petite chirurgie et chirurgie générale.

	Francs
Injection de sérum physiologique	25
Injection intra-veineuse médicamenteuse autre que le novarsénobenzol	30
Injection intra-veineuse de sérum physiologique	40
Injection intra-veineuse de novarsénobenzol :	
La première	50
Les suivantes	40
Injection sous-cutanée de sérum antitoxique	25
Injection modificatrice (Calot)	30
Injection de vaccin microbien	20
Injection neurolytique, par séance	60
Oxygénation, par séance	15
Prise de sang pour Wassermann ou réactions analogues	25
Abcès de fixation comprenant l'injection, l'incision et les pansements consécutifs	75
Ponction lombaire	60
Ponction du genou au trocart ou bistouri	60
Ponction d'ascite	60
Injection sous-cutanée d'oxygène	20
Ponction exploratrice	25
Ponction d'un abcès superficiel avec injection modificatrice	20
Ponction simple d'un abcès froid profond	30
Ponction d'un abcès froid profond avec injection modificatrice, la première	60
Les suivantes, chacune	30
Hémothérapie (auto ou hétéro)	30
Transfusion du sang (quelle que soit la technique et y compris l'épreuve de la comptabilité sanguine quand elle est effectuée)	300
(Par transfusion du sang, on doit entendre le recueil et la transfusion d'au moins 150 centimètres cubes de sang humain.)	
Les injections de petites quantités (sous-cutanées ou intra-veineuses) qui constituent des pratiques d'hémothérapie	20
Rémunération du donneur, lorsque celle-ci est nécessaire :	
1° Pour les 150 premiers centimètres cubes de sang	50
2° Pour chaque prélèvement ultérieur de 100 centimètres cubes	50
Saignée	50
Oléothorax	150
Ponction évacuatrice de la plèvre	80
Ponction de la plèvre évacuatrice et lavage de la plèvre (pleurésie purulente)	150
Pneumothorax :	
a) Ponction de la plèvre avec injection d'azote ou de tout autre gaz, première insufflation	200
b) Insufflation pour entretien du pneumothorax (séparée de la première et de la suivante par un intervalle d'au moins 30 jours), y compris un examen radiologique	80
c) Insufflation plus fréquente ou décompression (désinsufflation)	50
d) Injection intra-pleurale de liquide modificateur, comportant un examen complet, radioscopie, prise de pression, injection	80
e) Injections intrapleurales répétées à intervalles très courts	30
Pleuroscopie :	
a) Examen endo-pleural au pleuroscope, comportant : injection d'air sous écran, insensibilisation locale, incision, introduction du trocart et du pleuroscope	400
b) Examen endo-pleural au pleuroscope (1) suivi de section d'adhérences	1.000
Phrénicectomie (1)	500
Apicolyse sous plombage, c'est-à-dire ablation des 2 ou 3 premières côtes (1)	1.000
Thoracoplastie (1) pour chaque temps	1.000
Sympathectomie péri-artérielle	400
Phrénicotomie	200
Traitement de l'asphyxie (avec tractions rythmées de la langue, respiration artificielle)	60
Tubage de l'estomac à jeun ou après repas d'épreuve	50
Tubo-gavage	50
Lavage de l'estomac	50
Irrigation d'une plaie par la méthode de Carrel : chaque fois	20
Suture simple (1 ou 2 points)	15
Réunion par sutures multiples	25
Régularisation, épluchage et suture d'une plaie contuse étendue et profonde	100
Régularisation, épluchage et suture d'une plaie contuse superficielle ou d'une petite plaie de la main et du pied	40

(1) Sous réserve que ces opérations seront pratiquées par des spécialistes dûment qualifiés.

Pansements multiples sur un même segment de membre ou sur une partie du corps très voisine (autre que doigts et orteils, en cas de plaies très superficielles) 15
Pansements spéciaux, prolongés, très compliqués (à soumettre à l'appréciation de la Commission de contrôle) .... de 10 à 30
Ouverture d'abcès superficiels et d'hygroma suppuré 20
Ouverture d'un panaris de la gaine 35
Abcès profonds non viscéraux 100
Ponction de la vaginale 30
Ponction de la vaginale avec injection modificatrice 60
Petite brûlure (surface de 1 ou 2 doigts) 20
Moyenne brûlure (surface de la main) 30
Grande brûlure ou pansement grand 75
Vaste brûlure ou pansement vaste 100
Extraction de corps étrangers profonds ne nécessitant pas localisation radiologique 50
Extraction de corps étrangers profonds nécessitant localisation 300
Greffe épidermique Reverdin 30
Injections intraveineuses sclérosantes pour le traitement des varices, la séance 40
quel que soit le nombre des injections sclérosantes.
(la rémunération pour la totalité des séances des injections sclérosantes pratiquées ne pourra excéder la somme de 200
qui est celle allouée pour une ligature de la fémorale).

Cicatrices vicieuses :
- Extirpation simple 40
- Extirpation avec autoplastie :
  - Par greffe de Thiersch 80
  - Par méthode française 400
  - Par méthode indienne 400
  - Par méthode italienne 800

Applications d'appareils imprégnés de colle d'Unna pour ulcères variqueux au cours d'une même période de trente jours :
Première application 60
Autres applications l'une 30

INTERVENTIONS SUR LES VAISSEAUX ET LES NERFS

Sympathicectomie chimique 400
Hémostase par ligature ou pince à demeure au fond d'une plaie 40
Ablation de paquets variqueux et excision d'ulcère 350
Ligatures d'artères :
- Radiale, cubitale, humérale, faciale, temporale 75
- Arcades palmaires et plantaires 125
- Tibiale, péronière, poplitée, axillaire 150
- Fémorale, sous-clavière 200
- Carotide et iliaque externe 250

Anévrisme artériel traumatique ;
- Ligature simple 300
- Ligature double 500
- Extirpation avec ligature 800
- Opération de Matas 800

Anévrisme artério-veineux traumatique :
- Ligature simple au-dessus 300
- Quadruple ligature 600
- Extirpation avec ligature 800
- Suture des deux orifices 1.000
- Extirpation avec rétablissement de la continuité par suture ou par greffe 1.200

Suture nerveuse simple 400
Suture nerveuse avec neuroplastie ou greffe 600
Libération d'un tronc nerveux dans une cicatrice 40
Libération d'un tronc nerveux dans un cal 200
Sympathectomie péri-artérielle 400
Alcoolisation d'un nerf :
- *a*) Si le nerf a été préalablement mis à découvert 375
- *b*) Si l'injection est faite à travers la peau sans découverte préalable du tronc nerveux 60

Infiltration anesthésique du ganglion étoilé ou infiltration du sympathique lombaire 60
Ablation du ganglion étoilé ou du sympathique lombaire 600

INTERVENTIONS SUR LES MEMBRES

Fractures :
- Doigt, orteil, métacarpien, métatarsien, côtes, omoplate, sternum 20
- Doigt ou métacarpien avec appareillage d'extension continue 50
- Clavicule 50
- Rotule (sans opération) 60

Fractures du membre supérieur :
- Un seul os de l'avant bras 60
- Extrémité inférieure du radius 80
- Deux os de l'avant-bras 120
- Humérus 120

Fractures du membre inférieur :
- Péroné 25
- Tibia ou deux os de la jambe ; fracture de Dupuytren 150
- Fémur 150

Opérations sanglantes :
Régularisation, débridement, épluchage d'un foyer de fracture ouverte avec réduction de la fracture.
(Prix ci-dessus majoré de 100 % avec max. de 600 francs).
Ostéosynthèse, olécrâne 200
Rotule 300
Os longs des membres 400
Toute répétition d'appareils plâtres ou silicatés des grands segments des membres 50
Réduction de luxations cédant aux méthodes non sanglantes ;
- Phalange, orteil 25
- Pouce, maxillaire 50
- Poignet 75
- Epaule 75
- Coude, rotule 100
- Cou-de-pied, pied 120
- Genou 200
- Hanche 250

Réduction des luxations par la méthode sanglante :
- Doigts 75
- Pouce 100
- Coude, épaule, rotule 200
- Cou-de-pied, pied 400
- Hanche 500

Arthrotomie :
- Doigts 35
- Poignet, coude, cou-de-pied 150
- Hanche, épaule 250
- Genou 300

Désarticulation des phalanges ou amputation partielle d'un doigt ou d'un orteil 50
Désarticulation d'un doigt ou d'un orteil 90
Désarticulation d'un doigt ou d'un orteil avec son métacarpien ou métatarsien 150
Désarticulation de plusieurs doigts ou orteils ... 150
Désarticulation de plusieurs doigts ou orteils avec leurs métacarpiens ou métatarsiens 200

Désarticulation du poignet.................... 300
Amputation de l'avant-bras.................... 300
Désarticulation du coude.................... 300
Amputation du bras.................... 300
Désarticulation de l'épaule.................... 500
Désarticulations partielles du pied : Lisfranc-Chopart, etc.................... 200
Désarticulation tibio-tarsienne.................... 300
Désarticulation tibio-tarsienne avec ostéoplastie (Pirogoff et dérivés).................... 500
Amputation de jambe.................... 300
Amputation de jambe ostéo-plastique.................... 500
Désarticulation du genou.................... 400
Amputation inter ou supra-condylienne de cuisse (Gritti et dérivés).................... 500
Amputation de cuisse.................... 400
Désarticulation de la hanche.................... 500
Extraction d'un séquestre avec ou sans incision des parties molles.................... 100
Extraction d'un séquestre avec trépanation limitée :
Os moyens.................... 200
Os volumineux.................... 400
Evidement osseux étendu :
Os moyens.................... 300
Os volumineux.................... 600
Mobilisation sous anesthésie ou redressement (l'appareil plâtré non compris).................... 100
Appareil plâtré pour coxalgie.................... 150
Appareil plâtré pour tumeur blanche du genou immobilisant la hanche et le cou-de-pied.................... 150
Appareil plâtré pour tumeur blanche du genou immobilisant le genou et le cou-de-pied.................... 100
Appareil plâtré pour tumeur blanche du coude, poignet, cou-de-pied.................... 100
Résections diaphysaires étendues :
Os moyens.................... 400
Os volumineux.................... 800
Redressement avec ténotomie (appareil plâtré non compris).................... 300
Résection sans interposition :
Petites articulations.................... 150
Articulations moyennes.................... 600
Grandes articulations.................... 800
Arthrodèse (même prix que la résection correspondante)....................600 à 800
Résection avec interposition, nécessitant une intervention complémentaire (prise de fascia lata ou de cartilage), majoration de.................... 150
Arthrotomie du genou pour corps étrangers.................... 300
Interventions sur les ménisques ou ligaments croisés.................... 500
Ostéosynthèse pour pseudarthroses d'un os de l'avant-bras.................... 500
De deux os de l'avant-bras.................... 600
De l'humérus.................... 700
De la clavicule.................... 500
Du tibia.................... 700
Du fémur.................... 1.000
Avec greffe osseuse ostéo-périostée, majoration de.................... 100
Avec greffe osseuse segmentaire, majoration de. 300
Articulations ballantes :
1° Capsulorraphie, myorraphie, agrafage simple :
Poignet.................... 300
Coude.................... 500
Epaule.................... 500
Tibio-tarsienne.................... 500
Genou.................... 700
Hanche.................... 800
2° Avec greffe articulaire majoration de.................... 300
Reconstitutions tendineuses :
Par suture simple.................... 200
Par anastomose.................... 300
Par greffe.................... 400
Interventions sur les moignons :
Raccourcissement de l'os.................... 200
Résection des névromes.................... 200
Recoupe totale avec nouveau lambeau.................... 400

INTERVENTIONS SUR LA FACE, LE CRANE ET LA COLONNE VERTÉBRALE

Ectopie et fistule du canal de Sténon.................... 500
Fracture du maxillaire inférieur, non opérée.................... 30
Compliquée avec opération ou prothèse de contention et non définitive, y compris la pose de l'appareil définitif mais non sa fourniture.................... 400
Curetage du trou mentonnier pour destruction du nerf maxillaire inférieur avec injection d'alcool sous anesthésie générale.................... 600
Trépanation simple.................... 200
Trépanation avec ouverture de la dure-mère.................... 600
Fermeture des brèches crâniennes étendues, greffes, ostéoplasties, etc.................... 500
Trépanation pour abcès cérébral.................... 800
Pour projectile intra-crânien.................... 800
Pour épilepsie jacksonienne.................... 800
Réduction et contention avec ou sans appareillage des fractures du bassin ou du rachis 60 à 100
Corset plâtré.................... 150
Laminectomie sans ouverture de la dure-mère.................... 600
— avec ouverture de la dure-mère.................... 800

INTERVENTIONS SUR LE THORAX ET L'ABDOMEN

Empyème.................... 150
— avec résection costale.................... 200
Thoracoplastie (voir plus haut page 10, après « Pneumothorax », etc.).
Thoracectomie :
Estlander.................... 400
Au-dessus de trois côtes.................... 600
Projectiles intra-pulmonaires.................... 600
— intra-médiastinaux.................... 800
Taxis.................... 30
Kélotomie ou cure radicale.................... 350
Laparotomie exploratrice, avec intervention sur organes abdominaux.................... 600
Hernies diaphragmatiques.................... 800
Eventrations.................... 600
Anastomoses ou résections du tube digestif.................... 1.000
Anus contre nature et fistules stercorales (par temps).................... 800
Projectiles intra-abdominaux ou intra-pelviens.................... 800
Rectoscopie.................... 50
Fistule anale.................... 200
Ponction d'abcès du foie.................... 50
Incision et drainage d'abcès du foie.................... 200
Etant entendu que si les deux interventions sont pratiquées à la suite l'une de l'autre au cours d'une même séance, la rémunération est de.................... 200
Thyroïdectomie.................... 500
Cure radicale d'hémorroïdes.................... 350

ART. 75. — **Urologie.**

Consultation comprenant l'emploi des instruments usuels de diagnostic spécial et le toucher rectal s'il y a lieu.................... 20
Cathétérisme répété :
Le premier.................... 20
Les autres.................... 15
Dilatation simple (bougie ou béniqué).................... 20
Dilatation électrolytique (par séance).................... 45
Lavage de la vessie (y compris le cathétérisme) :
Le premier.................... 25
Les autres.................... 20
Massage de la prostate.................... 20

Acte	Coefficient
Instillations uréthrales ou vésicales	20
Enfumage iodé de la vessie	40
Uréthroscopie et traitement uréthroscopique (cautérisations chimiques, galvaniques ou diathermie)	40
Cystoscopie d'exploration	50
Cathétérisme des uretères	150
Uréthrotomie interne	200
Uréthrotomie externe simple (sans taille hypogastrique)	400
Castration	300
Amputation de la verge	300
Ponction de la vessie ou cathétérisme (pour rétention aiguë d'urine)	60
Méatotomie (avec suture de la muqueuse uréthrale)	50
Séparation des urines avec cathétérisme des uretères	200
Lavage ou instillation du bassinet	150
Phimosis cicatriciel	150
Electrolyse des rétrécissements de l'urèthre (en une ou plusieurs séances)	200
Uréthrotomie externe, avec taille hypogastrique	1.000
Uréthrotomie externe, avec taille hypogastrique et restauration de l'urèthre	1.200
Chaque séance ultérieure opératoire	400
Hydrocèle : ponction avec injection modificatrice	100
Cure radicale	200
Epididymectomie	300
Cure radicale de varicocèle	300
Ouverture d'abcès périnéaux (cowpérite)	200
Abcès de la prostate (ouverture périnéale)	300
Prostatectomie	1.200
Spermatocystectomie	1.200
Cystotomie ou cystostomie	800
Traitement endovésical des tumeurs (galvanocautérisation, diathermie), par séance	200
Extirpation des tumeurs de la vessie après taille hypogastrique	1.000
Lithotritie ou extraction des calculs par taille hypogastrique	1.000
Phlegmon périnéphrétique	400
Décapsulation rénale	800
Néphropexie	800
Néphrotomie ou néphrostomie	800
Néphrolithotomie	1.000
Urétérotomie	1.000
Néphrectomie	1.200
Ablation du col vésical	1.000

Art. 76. — Ophtalmologie.

Acte	Coefficient
Consultation comprenant la mise en œuvre des instruments usuels de diagnostic spécial, le pansement, les lavages et instillations de collyre	20

Opérations simples de petite chirurgie telles que :

Acte	Coefficient
Cathétérisme ou irrigation des voies lacrymales	20
Injection sous-conjonctivale	20
Ouverture d'abcès superficiel de la région palpébrale	20
Suture de plaie simple, un ou deux points	20
Chauffage par l'air chaud. Pulvérisation	20

Opérations de petite chirurgie, telles que :

Acte	Coefficient
Pansement de vaste plaie de la région orbito-faciale	30
Saignée dans la région périorbitaire	30
Extraction d'un corps étranger fixé sur la cornée, la conjonctive ou sous-conjonctival	30
Ouverture du sac lacrymal	30

Opérations de petite chirurgie, telles que :

Acte	Coefficient
Scarifications conjonctivales	30
Séance d'électrisation	30

Petites opérations telles que :

Acte	Coefficient
Péritomie	100
Paracentèse, kératotomie	100
Cautérisation de la cornée pour ulcère infectieux (en une ou plusieurs séances)	100
Ponction du globe	100
Tatouage de la cornée	100
Opération de la glande lacrymale accessoire	100
Application diagnostique de l'électro-aimant à la recherche d'un corps étranger intra-oculaire	100

Petite opération, telle que :

Acte	Coefficient
Chalazion	100

Opérations de moyenne importance, telles que :

Acte	Coefficient
Hernie de l'iris	150
Electrolyse lacrymale ou ciliaire	150
Extraction d'un corps étranger des parties molles (œil ou orbite non compris)	150
Tarsorraphie	150
Suture de plaie étendue ou compliquée (paupières et globe)	200
Recouvrement conjonctival	200
Ptérygion	200
Opération sur le sac ou la glande lacrymale	200
Phlegmon de l'orbite	200
Péricautérisation (en une ou plusieurs séances)	200
Cautérisation de granulations (en une ou plusieurs séances)	200

Opérations importantes, telles que :

Acte	Coefficient
Libération de cicatrices palpébrales	300
Protection de la cornée par autoplastie conjonctivale ou occlusion chirurgicale des paupières	300
Brossage ou expression des granulations accompagnées de pannus	200
Iridectomie	300
Cataracte simple ou avec iridectomie	300
Cataracte secondaire	300
Corps étranger intra-oculaire du segment antérieur	300
Enucléation	300
Exentération du globe	300
Eviscération	300
Ectropion ou entropion	300
Ptosis	300
Opération sur les muscles de l'œil	300
Extirpation du sac lacrymal dans un tissu cicatriciel	500
Opération plastique des paupières	500
Cataracte traumatique	500
Capsulotomie ou capsulectomie	500

Opérations très importantes, telles que :

Acte	Coefficient
Opérations antiglaucomateuses (sans trépanation)	600
Résection de nerfs de l'orbite	600
Amputation du segment antérieur, ou opération plastique du globe en vue de la prothèse	600
Corps étranger du vitré	600
Opération intra-orbitaire	600
Trépanation du globe	800
Réfection complète de paupières	800
Libération et réfection du cul-de-sac conjonctival	800

Art. 77. — Oto-rhino-laryngologie.

La consultation comprend :

Cathétérisme de la trompe / Badigeon rétro-pharyngien / Cautérisation, pointes de feu / Transillumination des sinus / Insensibilisation	20

NASO-PHARYNX ET PHARYNX

Ouverture d'abcès ou kyste de l'amygdale	60
Ablation de la luette	60
Ablation des végétations adénoïdes	150
Ablation des amygdales	150
Ablation en une séance des végétations et amygdales	300
Ablation de l'amygdale linguale	150
Ablation de l'épiglotte	300
Urano-staphylorraphie complète	800
Urano-staphylorraphie partielle	400
Libération de brides cicatricielles	200

NEZ ET SINUS

Epistaxis nécessitant un tamponnement spécial	30
Epistaxis grave nécessitant l'intervention d'un spécialiste	60
Corps étranger des fosses nasales par traumatisme	100
Corps étranger des fosses nasales par voie naturelle	30
Cornétomie	125
Crête de la cloison	100
Résection sous-muqueuse et plastique	300
Cure radicale des polypes muqueux	150
Kystes paradentaires	400
Résection des synéchies :	
a) Parties molles	150
b) Ostéo-cartilagineuses	400
Ponction exploratrice du sinus maxillaire	30
Cure radicale de sinusite maxillaire	300
Cure radicale de sinusite frontale	300
Cure radicale de sinusite fronto-maxillaire	400
Cure radicale d'ethmoïdite suppurée	200
Trépanation du sinus maxillaire et esthétique	350
Trépanation du sinus frontal et esthétique	350

OREILLES

Examen de l'audition	50
Examen labyrinthique avec rapport	80
Corps étranger simple	30
Corps étranger compliqué avec anesthésie générale	150
Paracentèse d'un tympan	60
Ablation d'un polype du conduit auditif sans curetage de la caisse	80
Polypes de l'oreille avec curetage de la caisse	150
Ablation des osselets par voie naturelle	200
Trépanation simple de la mastoïde	400
Evidement pétro-mastoïdien	500

COMPLICATION DE LA MASTOÏDITE

Thrombophlébite du sinus latéral, majoration	400
Abcès extra dural, majoration	400
Abcès du cerveau, majoration	600
Ligature de la jugulaire, majoration	200

LARYNX, ŒSOPHAGE, TRACHÉE, BRONCHES

Galvano-cautérisation :	
Première séance	50
Les autres	25
Trachéotomie	300
Laryngotomie	500
Laryngectomie	1.000
Bronchoscopie supérieure	200
Bronchoscopie inférieure (trachéotomie comprise)	500
Polypes du larynx, cure radicale	400
Sténose cicatricielle, dilatation, la séance	50
Sidération du larynge et du trijumeau, par injection modificatrice :	
La première	60
Les autres	40
Corps étranger et rétrécissement de l'œsophage :	
Panier de Graeffe	50
Œsophagoscopie simple avec dilatation	200
Œsophagoscopie avec extraction	800
Œsophagotomie externe	800
Injection d'huiles médicamenteuses par voie critoïdienne :	
Première injection	50
Les suivantes, l'une	25

Art. 78. — Stomatologie.

Consultation comprenant l'emploi des instruments usuels de diagnostic spécial	20
Extraction de dent avec anesthésie	10
Détartrage	10
Obturation simple (carie non perforante)	15
Obturation compliquée (carie perforante)	30
Cassure simple d'un appareil vulcanite	10
Cassure simple d'un appareil en métal non précieux	20
Dents à replacer sur vulcanite, la dent	10
Dents à replacer sur métal non précieux, la dent	20
Remplacer un crochet en métal non précieux	10
Confection d'un appareil en vulcanite :	
Pour la plaque	50
En plus par dent	20
Confection d'un appareil en métal non précieux :	
Pour la plaque	100
En plus par dent	30
Dent contreplaquée sur vulcanite, l'une	20
Dent contreplaquée sur métal non précieux, l'une	30

Art. 79. — Kinésithérapie.

(Séance de massage et de mobilisation, ou de mécanothérapie, ou d'air chaud nécessitant l'intervention d'un spécialiste kinésithérapeute).

Par séance au cabinet du médecin ou au domicile du malade	15
Massages vibro-électriques, par séance	15

Art. 80. — Radiologie.

1° RADIOGRAPHIE

Doigts (un ou plusieurs) :	
de face et de profil	25
Main face ou profil	40
de face et de profil	50
Poignet face ou profil	40
de face et de profil	50
Avant-bras, face ou profil	40
de face et de profil	60
Coude, face ou profil	50
de face et de profil	75
Diaphyse humérale, face ou profil	50
de face et de profil	75
Epaule ou clavicule	75
Epaule de profil	120
Crâne, face ou profil	100
face et profil	150
Une incidence spéciale ou oblique (trou optique, rocher, etc.)	200

Projections verticales (vertex film ou menton film)	200
Sinus antérieurs de la face, une incidence	100
Sinus postérieurs (méthode intra-buccale)	80
Maxillaire inférieur	80
Hémithorax (côtes ou omoplate)	100
Dents (méthode intra-buccale) :	
Première plaque	40
Chaque plaque supplémentaire	20
Orteils (un ou plusieurs) :	
de face et de profil	25
Pied face ou profil	40
de face et de profil	50
Cou-de-pied face ou profil	50
de face et de profil	60
Jambe face ou profil	50
de face et de profil	60
Genou face ou profil	60
de face et de profil	90
Diaphyse fémorale face ou profil	60
de face et de profil	90
Hanche	90
Hanche de profil	120
Rachis cervical face ou profil	80
de face et de profil	120
Rachis dorsal ou lombaire face ou profil	100
face et profil	200
Rachis en entier de face	200
de profil	300
Sacrum	100
Bassin	120

2° Radiographies stéréoscopiques

Le double d'un cliché ordinaire.

3° Examens radioscopiques pour localisation des corps étrangers

Bras ou jambes	50
Tête	60
Thorax	60
Abdomen	60
Extraction de corps étrangers sous écran	150
Repérage radioscopique des projectiles. Scopie	100
Repérage radiographique avec réglage du compas	300

4° Radio-diagnostic des viscères

Poumons, examen à l'écran	60
avec calque	80
avec une radiographie	120
Cœur, aorte, examen à l'écran	60
avec calque	90
avec une téléradiographie	120
avec deux téléradiographies	200
Œsophage ou estomac :	
examen à l'écran	60
avec calque	80
avec une radiographie	120
Etude de la muqueuse à l'aide du thorium :	
Examen radioscopique avec un cliché (produit de contraste non compris)	180
Par cliché supplémentaire	60
Estomac avec étude de l'évacuation quel que soit le nombre des séances examen à l'écran	120
avec calque	150
avec radiographie	200
Duodénum. Etude de la région pyloro-duodénale et du cadre duodénal, sériographie (4 clichés)	160
Intestin (lavement opaque), examen à l'écran	100
avec calque	120
avec une radiographie	150
Intestin (après repas opaque pour l'étude de l'évacuation, quel que soit le nombre des séances), examen à l'écran	120
avec calque	150
avec radiographie	200
Gros intestin. Etude de la muqueuse après imprégnation aux sels de thorium, avec radiographie en trois temps (1° remplissage ; 2° évacuation ; 3° insufflation), produit de contraste non compris	400
Tube digestif complet, examen à l'écran	200
avec calque	240
avec radiographie	300
Pneumo-péritoine, examen à l'écran	600
avec une ou plusieurs radiographies	800
Foie (après préparations spéciales), examen à l'écran	80
avec calque	100
avec une radiographie	120
Vésicule biliaire cholécystographie (plus le colorant iodé)	150
Etude de l'évacuation (par radiographie au-delà de la première et jusqu'à trois)	60
Appareil urinaire :	
Vessie	100
1 rein	100
2 reins	150
1 uretère	100
2 uretères	150
1 rein, 1 uretère, la vessie	200
Urographie intra-veineuse, 2 films plus l'injection	400
Urétrographie (injection non comprise), 1 radiographie	120
Ventriculographie, myélographie, artériographie, 1 incidence	200
Insufflation périnéale, méthode de Carrell :	
1 rein avec un ou plusieurs clichés	400
2 reins avec un ou plusieurs clichés	800
Rectoscopie	40
Radioscopie gastro-duodénale suivie de cinq clichés	200

5° *Observation*

Toute exploration radiologique doit être accompagnée d'un commentaire détaillé.

Si la région à radiographier est entourée d'un appareil plâtré, il sera perçu une somme de 20 francs en rémunération de l'augmentation de la durée de la radiographie et de la difficulté d'obtenir un bon cliché dès la première pose.

Ces prix s'entendent pour un seul cliché de la région et une épreuve. Chaque épreuve en plus sera comptée : 18/24, 6 fr., 24/30, 8 fr., 30/40, 10 francs.

Toutes autres radiographies de la même région prises le même jour dans une autre position seront comptées chacune seulement 75 % du prix d'une seule pose. De même, la radiographie de la même région du côté sain, si elle était nécessaire pour comparaison, serait comptée seulement à 75 %.

Tout examen radiologique ou radioscopique doit faire l'objet d'un versement au dossier de l'inscrit de la radio ou d'un calque, et toute analyse de laboratoire doit faire l'objet d'un compte rendu adressé par le médecin à la Commission tripartite départementale pour être également versé au dossier du bénéficiaire. Ce calque est communiqué au médecin.

6° *Séances de radiothérapie*

Radiothérapie (au domicile du médecin) quel que soit le nombre des séances, chaque	30
Radiothérapie pénétrante avec appareil de 200.000 volts pour le traitement des tumeurs,	

jusqu'à cinq heures d'application en une ou plusieurs séances 1.500
chaque heure supplémentaire 300
Radiothérapie moyennement pénétrante avec appareil de 150.000 volts par séance 100

7° *Radiologie au domicile du malade*

Toute application radiologique, au domicile du malade, sera tarifée :

1° Le prix ordinaire du ou des examens ; 2° une indemnité de déplacement de 50 francs ; 3° le taux du prix de location des appareils au jour de l'examen.

Au 1er septembre 1922 le prix delocation est de 200 francs pour une demi-journée.

Au cas où cette application devrait avoir lieu en dehors de la ville habitée par le médecin, l'autorisation préalable devrait en être demandée à la Commission de contrôle. Dans ce cas, il serait accordé un supplément d indemnité basé sur la distance et la difficulté plus ou moins grande de transport.

8° *Electro-diagnostic*

a) Sans chronaxie.

Examen électro-diagnostic complet avec rapport sur cet examen seul ....de 60 à 120

Ce prix comprend l'examen du membre blessé et la comparaison avec le membre sain ou l'examen des deux membres semblables ou l'examen de la face.

Ce prix sera doublé s'il est nécessaire d'examiner un bras (ou les deux bras) et la face, une jambe (ou les deux jambes), et la face ; un bras (ou les deux bras) et une jambe (ou les deux jambes), Il sera triplé s'il fallait examiner le sujet tout entier.

b) Avec chronaxie...............de 200 à 500

9° *Electrothérapie* (1)

Traitement électrique par un spécialiste, quel que soit le nombre de séances à son cabinet, chaque 12
Ce prix sera augmenté de 6 francs si l'on est obligé de soigner séparément deux régions différentes, de 12 francs pour trois régions, etc.
Traitement électrique par un spécialiste, quel que soit le nombre des séances, les prix ci-dessus, plus une indemnité de déplacement de 8
Ce prix sera augmenté de 6 francs si l'on est obligé de soigner séparément deux régions différentes, de 12 francs pour trois régions, etc...
Traitement comprenant l'électrisation complète du corps comme : électricité statique, courants de Morton, haute fréquence, etc...
Chaque... 15
Traitement électrique plus particulier (acupuncture électrolytique simple), au cabinet du médecin............................... chaque 20
Electrolyse du rectum, de l'œsophage.......... 150
Lavement électrique au domicile du malade... 200
Séance d'ionisation calcique, chaque.......... 12
Ionisation transcérébrale, la séance........... 30

10° *Tarif de radiumthérapie*

Le centigramme journée...................... 40
Application de rayons ultra-violets, par séance. 15

11° *Radiologie*

Cryothérapie. — Traitement cryothérapique par un spécialiste quel que soit le nombre des séances à son cabinet, chaque............... 20
Diathermie. — Application de haute fréquence et de basse tension par le médecin spécialiste lui-même :
A. — Diathermie médicale, chaque séance... 40
B. — Diathermo-coagulation, chaque intervention sera, au point de vue du tarif à appliquer, assimilée à une opération chirurgicale de même importance faite avec le bistouri.
Diathermie localisée (2) : Ondes longues, la séance... 40
Ondes courtes :
a) Avec appareil de 350 watts, la séance 35
b) Avec appareil de 700 à 800 watts environ, la séance... 45
c) Avec appareil de 1.500 watts environ, la séance... 75
Art. 80 *bis* :
Inhalation de vapeurs balsamiques sous pression.. 8

D. Hospitalisation

Décret du 25 octobre 1922 *modifié*

Art. 66. — Si le malade est admis dans un hôpital public, ou dans un sanatorium public ou assimilé, les frais de séjour, de traitement et d'interventions, sont remboursés suivant le tarif adopté dans cet hôpital ou dans ce sanatorium. — Lorsqu'un hôpital ou sanatorium comporte plusieurs tarifs, ou comprend des salles civiles et des salles militaires, le tarif à adopter est : dans les salles civiles, le tarif spécial aux malades traités au compte du département ou des communes ; — dans les salles militaires, le tarif spécial aux militaires traités au compte du ministère de la Geurre.

Art. 67. — Si le malade est admis dans un établissement privé, les frais dus par l'Etat comprennent : 1° Tous les frais de séjour (alimentation, entretien, régimes spéciaux, etc.) et les soins donnés sous la direction du médecin traitant, mais non par lui-même. Ces frais sont réglés suivant le prix de journée des salles civiles de l'hôpital public approprié, ou du sanatorium public ou assimilé, où le malade se trouve en droit d'être admis d'après les dispositions de l'article 20 ci-dessus ; 2° le prix des interventions, au tarif spécial prévu ci-après, pratiquées par les médecins traitants. — Pendant toute la durée de l'hospitalisation, aucune visite ou consultation ne peut donner lieu à rémunération, le

(1) On entendra arbitrairement par régions différentes : 1° la face ; 2° les membres supérieurs ; 3° le tronc ; 4° les membres inférieurs

(2) L'avis donné à la Commission tripartite départementale devra donner motif du traitement et le nombre des séances prévues.

carnet à souches spécial devant d'ailleurs être retiré au malade, conformément aux dispositions de l'article 24.

ART. 68. — Dans le cas exceptionnel où le malade a besoin d'un traitement médical, chirurgical ou de spécialité ne nécessitant pas l'hospitalisation, mais exigeant sa présence dans un centre spécial compris dans le ressort de la Faculté de médecine de sa région, sur proposition du médecin traitant et après décision de la Commission de contrôle, les frais payés par l'Etat comprennent : 1° une indemnité égale au prix de journée des salles civiles de l'hôpital public du centre désigné ; 2° les prix indiqués au tarif ci-après pour l'application du traitement.

IV. Contrôle — Juridictions — Sanctions

A. Contrôle

1° Organisation du contrôle

Décret du 25 octobre 1922 modifié par celui du 22 décembre 1935

a) ROLE ET ATTRIBUTIONS DES COMMISSIONS DÉPARTEMENTALES (1)

ART. 46. — Les Commissions départementales ont une mission générale de contrôle et de surveillance sur le fonctionnement de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, dans l'étendue de leur département. Elles veillent à ce que les bénéficiaires reçoivent en qualité et en quantité toutes les prestations qui leur sont dues, tant au point de vue médical qu'au point de vue pharmaceutique. **Elles s'assurent que ces prestations sont délivrées selon les règles d'un exercice correct et loyal de la médecine et de la pharmacie et s'appliquent exclusivement à la thérapeutique des infirmités ayant donné lieu à pension.**

ART. 47. — Elles établissent chaque année un rapport sur le fonctionnement du service et les améliorations qui peuvent y être apportées et adressent ce rapport au ministre des Pensions qui les communique à la Commission supérieure.

ART. 48. — Elles dressent chaque année la liste des établissements privés qui ont demandé à hospitaliser les bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 et qu'elles ont agréés.

ART. 49. — Elles statuent sur les notes et mémoires qui leur ont été déférées comme il est indiqué à la section ci-dessous, sur les cas dont elles sont saisies par application des articles 7 du présent décret, et, d'une façon générale, sur toutes les contestations auxquelles donne lieu l'application de l'article 64 à la suite des décisions prises soit par le secrétaire de la Commission en application à l'article 32 ci-dessus, soit par le Préfet.

Elles prononcent les sanctions prévues par l'article 102 de la loi de Finances du 19 décembre 1926 et signalent au Préfet les agissements susceptibles d'être déférés aux juridictions pénales.

ART. 50. — **Elles font procéder chaque fois qu'elles le jugent utile au contrôle sur place. Celui-ci est assuré par les contrôleurs choisis parmi les membres des groupements ou administrations représentés près la Commission départementale et désignés annuellement par le Préfet sur une liste établie par la Commission et soumise à l'approbation du ministre des Pensions.**

ART. 51. — Le contrôle sur place est ordonné exclusivement par la Commission ou par son secrétaire, agissant au nom de la Commission.

Le contrôle sur place consiste :

Soit dans l'examen du malade par le médecin contrôleur, **le médecin traitant devant alors être prévenu vingt-quatre heures à l'avance et pouvant assister à l'examen sans avoir droit de ce fait ni à des frais de déplacement, ni au remboursement d'une visite.**

Soit en enquêtes pratiquées ou dans les officines ou au domicile du malade, ou dans l'établissement qui le traite, par un contrôleur qualifié, médecin, pharmacien, mutilé et représentant de l'Administration.

ART. 52. — Le médecin contrôleur reçoit une allocation calculée d'après les dispositions de l'article 62 ci-après, à laquelle pourront s'ajouter une indemnité kilométrique et une indemnité de 25 francs par certificat détaillé, les autres contrôleurs peuvent recevoir une indemnité pour frais de déplacement dans les conditions fixées par décret contresigné par le ministre des Pensions et par le ministre des Finances.

b) ROLE ET ATTRIBUTIONS DE LA COMMISSION SUPÉRIEURE

ART. 53. — La Commission supérieure a une mission générale de surveillance et de contrôle sur le fonctionnement de l'article 64 dans l'ensemble du territoire. Elle examine sur pièces les appels formés contre les décisions des Commissions départementales. Elle donne son avis au ministre sur toutes les questions qu'il lui sou-

(1) Sur la composition des Commissions départementales et de la Commission supérieure, qui sont à la fois Commissions administratives et juridictions : Voir plus bas, page 20.

met et lui adresse toutes suggestions utiles. Elle examine le rapport annuel de toutes les Commissions départementales et établit un rapport d'ensemble qu'elle remet au ministre des pensions.

NOTE. — *La question du contrôle des soins aux victimes de la guerre a été examinée par la Cour des Comptes, dans son rapport sur les exercices* 1937 *et* 1938, *rapport dont nous extrayons les passages les plus importants ayant trait aux réformes projetées :*

Un renforcement du contrôle s'imposant, des mesures paraissant propres à rendre la surveillance plus efficace ont été suggérées par la Cour, dans un référé adressé le 15 décembre 1937 au ministre des Pensions.

. . . .

Les réformes, propres à améliorer le contrôle sur pièces, ne pourront cependant avoir de portée pratique que si le contrôle sur place est organisé de manière à pouvoir s'exercer de façon inopinée.

Si l'on veut arrêter dès le début les tentatives de ceux qui cherchent à tirer de la loi du 31 mars 1919 des avantages sortant du cadre de cette loi, il paraît nécessaire de mettre à la disposition des préfets des contrôleurs qualifiés, en mesure de procéder rapidement à des enquêtes sur les faits qui peuvent sembler suspects.

Il ne semble pas d'ailleurs nécessaire d'instituer à cet effet un nouveau corps de médecins fonctionnaires, car rien ne s'oppose à ce qu'il soit fait appel aux médecins inspecteurs d'hygiène ou aux médecins contrôleurs des Caisses d'assurances sociales.

Il serait indispensable, toutefois, que les préfets fussent avisés en temps utile, par les médecins traitants, de toute circonstance susceptible d'appeler des mesures de contrôle particulières ; et, dès lors, bien que le décret du 25 octobre 1922 énumère déjà un certain nombre de cas dans lesquels les Commissions tripartites doivent être informées des soins donnés ou à donner, la question se pose de savoir s'il ne serait pas expédient de rendre obligatoire, comme en matière d'Assurances sociales, la déclaration de toute poussée aiguë devant nécessiter une série de visites.

Mais les résultats recherchés risqueraient d'être compromis si une interprétation restrictive était donnée à l'article 51 du décret du 25 octobre 1922, modifié par celui du 22 décembre 1935 qui, fixant les modalités du contrôle sur place, dispose que « ce contrôle est ordonné exclusivement par la Commission ou par son secrétaire agissant au nom de la Commission ».

Par une Circulaire du 29 janvier 1937, l'Administration a, sans doute, précisé que cette disposition ne s'oppose pas à ce que les préfets prescrivent eux-mêmes des enquêtes. Mais le contrôle sur place, si l'on s'en tient à la lettre du décret précité, pourrait en pratique se heurter à des difficultés ou à des refus.

Il semble qu'une modification de ce décret, comportant la suppression du mot « exclusivement », permettrait de concilier aisément les nécessités du contrôle avec la mission confiée aux Commissions tripartites qui, en raison même de leur composition, constituent des organes d'arbitrage et non d'administration.

Si, enfin, une liaison étroite, à laquelle les ministères intéressés paraissent acquis, était établie dans chaque département entre le service des soins gratuits et celui de l'assistance médicale gratuite, on pourrait espérer voir les mesures préconisées mettre un terme aux divers abus dont la Commission supérieure de contrôle des soins gratuits a signalé elle-même à maintes reprises l'existence dans nombre de départements.

(*J. O.*, 15 décembre 1938.)

2° Présentation des mémoires

DÉCRET DU 25 OCTOBRE 1935
modifié par celui du 22 décembre 1935

Rapport préliminaire

. . . .

Le décret du 25 octobre 1922, par son article 31, classait au nombre des attributions contentieuses des Commissions départementales la vérification des notes et mémoires produits par les diverses parties prenantes au titre de l'article 64.

Par suite, une simple vérification de mémoires suivie d'une simple décision de payement constituait un acte contentieux.

Il en résultait que si l'administration croyait devoir contester cette décision, elle ne pouvait le faire qu'en la déférant à la juridiction supérieure, laquelle se trouvait ainsi statuer en appel alors qu'il n'y avait eu au premier degré ni contestation, ni procédure contradictoire ni, par conséquent à proprement parler première instance.

Cette situation de fait a abouti à des anomalies de procédure qui tendent à rendre notamment la tâche de la Commission supérieure et celle du Conseil d'Etat, en matière d'article 64, de plus en plus complexe et inextricable.

En réalité la question est simple.

Le décret du 25 octobre 1922 constitue une sorte de cahier des charges réglementant la fourniture des soins ; quiconque reçoit ou fournit des soins ou des produits au compte de l'article 64 souscrit vis-à-vis de l'Etat l'engagement en quelque sorte contractuel de se soumettre à toutes les stipulations dudit cahier des charges.

Si l'administration estime que les sommes réclamées en payement correspondent bien aux services faits, il n'y a pas de contestation et il est inutile de faire intervenir une juridiction puisque tout le monde est d'accord.

Si, au contraire, l'administration ou la partie prenante se trouvent en désaccord sur le montant de la somme à payer, la juridiction qualifiée doit être saisie, c'est-à-dire la Commission départementale en première instance et, s'il y a lieu, la Commission supérieure en appel.

. . . .

ART. 54. — Les mémoires trimestriels des médecins et pharmaciens sont établis sous forme de bordereaux récapitulatifs en deux exemplaires, auxquels sont annexés les bulletins de visite et feuilles d'ordonnance extraits du carnet spécial et classés par malade. **Ils doivent parvenir à la Préfecture dans le délai maximum de quinze jours suivant l'expiration du trimestre ; passé ce délai, le retard pourra entrainer, sur décision de la Commission tripartite départementale, une retenue calculée après tous redressements nécessaires, à raison de 5 p. 100 par mois de retard, sur le montant de la somme arrêtée, sans pouvoir toutefois excéder 25 p. 100 de ladite somme.**

Les mémoires des hôpitaux, sanatoriums et établissements privés sont également établis en deux expéditions et doivent parvenir à la préfecture aux mêmes dates et dans les mêmes délais.

ART. 55. — Les mémoires sont examinés par l'Administration préfectorale dans l'ordre d'arrivée.

Ceux qui ne soulèvent aucune contestation, qu'ils soient acceptés tels quels ou rectifiés d'un commun accord avec l'Administration préfectorale et les parties prenantes, sont mandatés immédiatement. La décision du Préfet est notifiée au ministre des Pensions par l'envoi d'états nominatifs sous pli recommandé avec accusé de réception.

Ceux que l'Administration préfectorale ne croit pas pouvoir mandater, soit qu'elle ne se considère pas comme suffisamment éclairée, soit qu'elle entende contester tout ou partie des mémoires, sont déférés par ses soins à la Commission tripartite départementale. La décision du Préfet est notifiée aux parties intéressées par pli recommandé avec accusé de réception.

DÉCRET DU 28 MAI 1936
sur le contrôle des mémoires pharmaceutiques

NOTE. — *Ce décret exige que les mémoires pharmaceutiques soient désormais estampillés par l'un des groupements pharmaceutiques nationaux, ou les syndicats affiliés.*

B. Juridictions

1° Principe

LOI DU 31 MARS 1919
modifiée par celle du 21 juillet 1922

ART. 64. § 8. — Dans chaque département une commission, composée de représentants de l'Etat, des associations de mutilés et des syndicats et associations médicaux et pharmaceutiques, assurera le contrôle des soins prévus aux paragraphes précédents.

§ 9. Ses décisions sont susceptibles d'appel devant une commission supérieure composée dans les mêmes conditions, et qui siégera au ministère des Pensions.

§ 10. Par dérogation à l'art. 35 de la loi du 31 mars 1919, toutes les contestations auxquelles donnera lieu l'application de l'art. 64 seront jugées en premier ressort par la commission de contrôle du domicile de l'intéressé, et, en appel, par la commission supérieure.

....

DÉCRET DU 5 OCTOBRE 1922
modifié par celui du 22 décembre 1935

ART. 56. — Si une décision prise soit par le Préfet, soit par le secrétaire de la Commission, en application de l'article 32 ci-dessus, n'est pas admise par le ministre des Pensions ou par l'une des parties en cause, elle peut être déférée à la Commission tripartite départementale pendant **un délai de deux mois** à dater de sa notification, la date de l'accusé de réception faisant foi.

ART. 57. — La Commission tripartite départementale ordonne toutes mesures d'instruction et d'enquête qu'elle juge utiles et statue en première instance.

Les parties intéressées doivent toujours être invitées à prendre sur place communication du dossier et à fournir leurs explications, soit devant la Commission si elles désirent être entendues par elle, soit par écrit, dans le délai que la Commission aura fixé.

Les décisions de la Commission tripartite départementale sont exécutoires nonobstant appel, sauf celles prises en application de l'article 162 de la loi de Finances du 19 décembre 1926.

Ces décisions sont notifiées au Préfet, au ministre des Pensions et aux parties intéressées par pli recommandé avec accusé de réception ; elles peuvent être déférées en appel devant la Commission supérieure pendant un **délai de deux mois** à dater de leur notification, la date de l'accusé de réception faisant foi.

ART 58. — La Commission supérieure reçoit des appels, ordonne toutes mesures d'instruction et d'enquête qu'elle juge utiles et arbitre sur pièces souverainement. Elle notifie ses décisions au ministre des Pensions et aux Préfets intéressés, à charge pour ceux-ci de les notifier aux parties en cause par pli recommandé et d'en remettre une ampliation à la Commission tripartite départementale.

NOTE. — *D'autre part les décisions de la Commission supérieure peuvent faire l'objet dans les deux mois d'un recours en cassation devant la Commission spéciale de cassation des Pensions créée par le décret-loi du* 8 *août* 1935 (*siège : Palais-Royal, Paris-1*[er]). *Pour être recevable en la forme les pouvoirs doivent être rédigés sur papier timbré et être enregistrés en débêt au bureau du domicile du requérant, pour la somme de* 187 *fr.* 50. *En cas de rejet, la somme totale à payer pour droits dûs au trésor s'élèvera à* 481 *francs, ladite somme étant exigible sous peine d'amende dans les vingt jours qui suivront la décision.*

DÉCRET-LOI DU 17 JUIN 1938
relatif aux pouvoirs des commissions de contrôle en matière de soins gratuits aux victimes de la guerre

Rapport préliminaire

....

Les Commissions tripartites départementales en première instance, et la Commission supérieure en appel, sont investies d'une fonction juridictionnelle.

Cette fonction juridictionnelle ne doit pas être distincte du pouvoir général de surveillance et de contrôle institué par les textes, et en vertu duquel les Commissions doivent s'assurer que les prestations médicales et pharmaceutiques « sont délivrées selon les règles d'un exercice correct et loyal de la médecine et de la pharmacie et s'appliquent exclusivement à la thérapeutique des infirmités ayant donné lieu à pension » (décret du 22 décembre 1935, art. 46.)

En conséquence, lorsque les Commissions tripartites départementales et la Commission supérieure sont saisies de mémoires prêtant à contestation, il doit s'agir pour elles non pas simplement de départager les parties dans la limite de leurs prétentions respectives, mais d'exercer dans sa plénitude leur pouvoir propre de surveillance et de contrôle afin d'épargner à l'Etat des payements injustifiés ; elles doivent donc étendre leurs investigations au-delà même des faits relevéspar les services, opérer tous redressements nécessaires et prononcer les imputations et suspensions prévues par l'article 102 de la loi de finances du 19 décembre 1926 au-delà même des demandes éventuellement formulées par l'administration, la position prise par celle-ci ne pouvant avoir pour effet de détourner ou de limiter le pouvoir de surveillance et de contrôle des Commissions, lequel doit être absolu et d'ordre public.

. . . .

ART. 1er. — Dans tous les cas qui leur sont soumis, les commissions tripartites départementales et la Commission supérieure de surveillance et de contrôle instituées par la loi du 21 juillet 1922, ont qualité, **sur demande ou d'office**, pour opérer tous redressements aux mémoires présentés au titre de l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919 et pour appliquer les dispositions de l'art. 102 de la loi de finances du 19 décembre 1926.

2° Organisation

DÉCRET DU 25 OCTOBRE 1922
modifié par celui du 22 décembre 1935

a) COMMISSION DÉPARTEMENTALE

ART. 25. — La surveillance et le contrôle des soins médicaux et pharmaceutiques sont assurés dans chaque département par une Commission composée de douze membres désignés pour un an : Quatre représentants de l'Etat, quatre représentants des Associations de bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919, quatre représentants des Syndicats et Associations médicaux et pharmaceutiques (soit deux médecins et deux pharmaciens).

ART. 26. — Les représentants de l'Etat sont : le Préfet un représentant désigné par le ministre des Finances, deux représentants désignés par le ministre des Pensions.

Le Préfet désigne son délégué.

Les ministres des Finances et des Pensions désignent un suppléant pour chacun de leurs représentants.

ART. 27. — Ne peuvent être désignés comme représentants des Associations de bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919, les médecins ou les pharmaciens qui donnent des soins ou délivrent des produits au titre dudit article 64.

ART. 28. — Les représentants des Syndicats et Associations médicaux et pharmaceutiques sont désignés par les délégués des groupements qui existent dans le département. Ces délégués sont réunis à la diligence du Préfet.

ART. 29. — Les représentants des mutilés et des Syndicats et Associations médicaux et pharmaceutiques sont nommés pour un an, par arrêté préfectoral, sur la proposition de leurs groupements respectifs.

Les représentants suppléants sont désignés en nombre égal à celui des représentants titulaires et selon la même procédure.

ART. 30. — La Commission est présidée par le Préfet ou son délégué ; elle se réunit sur convocation de son président au moins une fois par mois ; en cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

ART. 31. — La Commission désigne chaque année un secrétaire choisi parmi les représentants du Corps médical.

ART. 32. — Le secrétaire a pour rôle de mettre en état les affaires soumises à la Commission, de prescrire le contrôle direct et d'expédier les affaires courantes.

Il est notamment chargé de recevoir les avis prévus aux articles 17, 18, 19, 21, 22, 24 *bis*, 68, 81, 82 et de leur donner la suite qu'ils comportent.

ART. 33. — La Commission constitue deux sous-Commissions, l'une de compétence médicale, l'autre de compétence pharmaceutique. Ces sous-commissions examinent les affaires qui leur sont soumises par le président ou le secrétaire et les mettent en état en vue de leur présentation devant la Commission plénière.

ART. 34. — Les deux sous-Commissions sont composées chacune de cinq membres : la première comprend deux représentants de l'Administration. Un mutilé. Deux médecins.

La seconde comprend :

Deux représentants de l'Administration. Un mutilé Un médecin. Un pharmacien.

ART. 35. — Dans les départements où le nombre des bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 est particulièrement élevé, il pourra être créé plusieurs Commissions départementales de contrôle sur proposition du Préfet, soumise à l'approbation du ministre des Pensions.

ART. 36. — Il est alloué aux membres des Commissions et des sous-Commissions, à l'exclusion des membres fonctionnaires, une somme de 9 francs par heure de présence effective aux séances de la Commission et des sous-Commissions.

ART. 37. — Il est alloué au secrétaire une indemnité mensuelle dont le taux est arrêté pour chaque département par le ministre des Pensions, d'après l'importance du service, dans la limite des crédits ouverts par la loi de finances sans pouvoir dépasser la somme de 1,000 francs par mois.

b) COMMISSION SUPÉRIEURE

ART. 38. — Il est institué au ministère des Pensions une Commission supérieure de surveillance et de contrôle.

Art. 39. — Cette Commission est composée de quinze membres désignés de la façon suivante : Cinq représentants de l'Administration dont trois pour le ministère des Pensions et deux pour le ministère des Finances. Cinq représentants des Associations centrales de bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919. Cinq représentants des Syndicats et Associations médicaux et pharmaceutiques, soit trois médecins et deux pharmaciens.

Art. 40. — Ces membres sont nommés pour un an par arrêté du ministre des Pensions, sur la proposition de leurs Associations ou Administrations respectives. Sont nommés selon la même procédure quinze membres suppléants.

Art. 41. — Ne peuvent être désignés comme représentants des Associations de bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919, les médecins ou les pharmaciens qui donnent des soins ou délivrent des produits au titre dudit article 64.

Art. 42. — Les représentants des Syndicats et Associations médicaux sont désignés par l'Union des Syndicats médicaux de France. Les représentants des Syndicats et Associations pharmaceutiques sont désignés par les groupements nationaux de ces Syndicats et Associations.

Art. 43. — La Commission est présidée par l'un des représentants du ministère des Pensions à cet effet désigné par le ministre des Pensions. En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

Art. 44. — La Commission désigne chaque année un secrétaire choisi parmi les membres de la délégation médicale.

Art. 45. — Une allocation est attribuée aux membres non fonctionnaires de la Commission supérieure dans les conditions et suivant le taux prévu pour les membres des Commissions départementales. L'indemnité du secrétaire est fixée par le ministre des Pensions dans la limite d'un maximum de 1.500 francs par mois.

Nature des Commissions tripartites et de la Commission supérieure — Véritables juridictions — Observation des règles générales de procédure sauf texte exprès

La Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins gratuits aux mutilés est une véritable juridiction devant laquelle doivent être observées toutes les règles générales de procédure dont l'application n'a pas été écartée par une disposition législative formelle ou n'est pas inconciliable avec l'organisation même de la Commission supérieure ; au nombre de ces règles générales qui s'imposent même en l'absence d'un texte exprès à toutes les juridictions figure celle d'après laquelle les parties doivent être mises à même de présenter leurs moyens de défense ; aucune disposition de la loi du 31 mars 1919 ou de la loi du 21 juillet 1922 n'a apporté de dérogation à cette règle, dont l'application ne rencontre aucun obstacle dans les conditions établies pour le fonctionnement de la Commission supérieure ;

Lorsque le Ministre des Pensions fait appel devant la Commission supérieure d'une décision de la Commission tripartite départementale, la règle ci-dessus indiquée, qui a pour but de mettre les praticiens en mesure de préparer leur défense en temps utile, comporte l'obligation de porter à leur connaissance l'objet de l'appel ainsi que les conclusions et moyens présentés par le Ministre ;

(Commission spéciale de cassation des pensions, Aff. J., 23 février 1938, Aff. A., 20 juillet 1938).

La Commission supérieure de surveillance et de Contrôle des soins gratuits a le caractère d'une juridiction devant laquelle doivent être observées toutes les règles générales de procédure dont l'application n'a pas été écartée par une disposition législative formelle ou n'est pas inconciliable avec l'organisation même de la Commission supérieure ; qu'au nombre de ces règles générales qui s'imposent, même en l'absence d'un texte exprès, à toutes les juridictions, figure celle d'après laquelle le juge d'appel ne peut être saisi que des faits qui ont déjà été portés devant les premiers juges ;

Aucune disposition de la loi du 31 mars 1919 ou du décret du 25 octobre 1922 n'a apporté de dérogation à cette règle et, d'autre part, son application ne rencontre aucun obstacle dans les conditions établies pour le fonctionnement de la Commission supérieure ;

(Conseil d'Etat, Aff. R, 28 mars 1935, Aff. M., 11 avril 1935. Commission spéciale de cassation des pensions, Aff. B., 26 novembre 1936).

Contrôle d'un mémoire pharmaceutique — Attendus injurieux pour le médecin — Tierce-Opposition — Recevabilité

Lorsqu'au cours d'une instance relative au paiement d'un mémoire pharmaceutique, un médecin se trouve mis en cause au sujet de ses prescriptions, il est fondé à faire tierce-opposition en vue de faire réformer le jugement rendu « inter alios » et qui lui porte préjudice.

(Comm. sup., 26 avril 1934. Aff. L.)

Attribution administrative des Commissions de contrôle — Décision ayant un caractère réglementaire — Excès de pouvoir

Aucune des dispositions du décret du 25 octobre 1922 modifié ne comprend parmi les attributions administratives conférées aux Commissions tripartites de contrôle le droit de subordonner par voie réglementaire la prescription de certains traitements ou médicaments sans autorisation préalable. C'est donc en vio-

lation de la loi que, sans contester l'opportunité d'une prescription, la Commission supérieure a imputé sur les mémoires d'un médecin le prix de cette prescription, par le seul motif qu'il n'avait pas obtenu au préalable l'autorisation exigée par une délibération antérieure de la Commission.

(Commission spéciale de cassation des pensions, Aff. H., 26 mars 1936, Aff. G., 2 avril 1936).

C. Sanctions

LOI DU 31 MARS 1919

ART. 64. § 10 (art. 102, loi de finances du 19 décembre 1926.) **Les Commissions auront qualité pour imputer à l'une des parties en cause, soit isolément soit conjointement, les sommes indûment réclamées à l'Etat et pour prononcer éventuellement, en cas d'abus caractérisé, l'exclusion temporaire ou définitive du droit de recevoir ou délivrer des soins au titre du présent article.**

DÉCRET-LOI DU 9 JUIN 1934
relatif à l'utilisation des médecins, chirurgiens et pharmaciens dans les services administratifs

ART. 1er. — Les médecins, chirurgiens, les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes, ainsi que tous les établissements appelés à donner des soins ou à délivrer des produits et dont les services sont utilisés à un titre quelconque par deux ou plusieurs Administrations publiques **cesseront d'office d'exercer leurs fonctions ou de délivrer des produits de toutes ces Administrations, s'ils sont l'objet d'une suspension ou d'une exclusion** par l'une d'entre elles, pour un motif d'ordre pénal ou disciplinaire.

ART. 2. — Pour assurer l'application des dispositions ci-dessus, le ministre dans le département duquel une mesure de licenciement, de suspension ou d'exclusion aura été prise dans les conditions prévue à l'art. 1er, en informera ses collègues, dans le délai de huitaine.

CONTRÔLE DES MÉMOIRES — RÉDUCTION OPÉRÉE PAR POURCENTAGE — ABSENCE DE MOTIFS PRÉCIS — CASSATION

Doit être cassée la décision de la Commission supérieure qui réduit de façon générale de 5 % un mémoire d'honoraires en invoquant des « excès constatés par elle » sans précision complémentaire. Ainsi elle n'a pas mis la juridiction de cassation à même d'apprécier si cette réduction uniforme pouvait légalement être pratiquée.

(Comm. spéciale de cassat. des pens. Aff. G. 2 avril 1936.)

RÉDUCTION OPÉRÉE — MOTIFS — RAPPORT ANORMAL ENTRE PRIX MOYEN DU MÉMOIRE ET PRIX MOYEN DE L'ENSEMBLE DES FRAIS PAR PENSIONNÉS EN FRANCE — MOTIF INSUFFISANT

Lorsque, pour réduire un mémoire, la Commission des pensions s'est principalement fondée sur le rapport qu'elle estime anormal, existant entre le prix moyen des ordonnances prescrites par le requérant, et le prix moyen auquel s'élèverait en France l'ensemble des ordonnances, on ne doit considérer un tel procédé comme pouvant servir de base à une appréciation sérieuse de l'activité professionnelle du médecin que dans la mesure où l'examen de la Commission et le calcul auquel elle se livre portent sur la totalité des ordonnances prescrites par ledit médecin au cours de la période envisagée.

(Conseil d'Etat, Aff. A., 17 juillet 1935.)

Un appel formé par le Ministre auprès de la Commission supérieure et fondé uniquement sur ce que le nombre et la moyenne des ordonnances et des actes médicaux étaient anormalement élevés, sans indiquer de faute ou d'irrégularité commises, ne se fonde sur aucun motif précis et ne permet pas au médecin de produire utilement ses moyens de défense.

(Comm. spéc. de cass. des pensions, Aff. P., 16 juin 1938.)

Le Gérant : R. THIRON CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

SUPPLÉMENT MENSUEL N° d'ordre : 7 MAI 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

DOCUMENTATION PROFESSIONNELLE PERMANENTE

DU MÉDECIN PRATICIEN

SECRET PROFESSIONNEL ET DÉCLARATIONS LÉGALES

SOMMAIRE

• BULLETIN DU MOIS •

Le Secret médical, ses limites, ses dérogations

Posé en principe par l'article 378 du Code pénal, le secret médical est avant tout une règle professionnelle dont la nécessité a été reconnue depuis l'antiquité et qui, se retrouvant sous des formes diverses dans tous les pays, fait partie en quelque sorte du « droit naturel ». Mais il n'est pas inutile de marquer dès l'abord cette dualité, car le droit naturel et le droit positif sont parfois fort loin de coïncider. C'est qu'en effet si l'ordre public est en principe intéressé à ce que le médecin, confident nécessaire, garde le silence sur ce qu'il a connu dans l'exercice de son art, ce même ordre public peut parfois également tirer bénéfice d'une révélation. De ce conflit le secret ne sort pas toujours vainqueur.

Il n'est donc nullement étonnant qu'il y ait, dans une certaine mesure, divorce entre la conception médicale du secret professionnel, et l'application jurisprudentielle de l'art. 378 *du code pénal. Et ce divorce s'est manifesté principalement à propos du caractère absolu ou relatif du secret. La question se pose dans les termes suivants : le médecin doit-il tenir secret tout ce qu'il a vu, entendu ou appris, à l'occasion du traitement de ses malades, ou au contraire n'est-il obligé de garder le silence que sur les faits secrets par nature, ou par volonté du malade ? Le danger évident de cette deuxième solution est que le seul fait pour un médecin de se refuser à parler fait présumer l'existence d'un secret et constitue en soi une révélation implicite.*

Alors que le Corps médical se rallie généralement à la conception absolutiste, la jurisprudence, pour des raisons d'ordre pratique et parce qu'elle ne connaît que des cas particuliers, ne considère comme prohibée que la révélation des faits secrets. Par là, elle entend : « faits dont la divulgation peut porter atteinte aux intérêts matériels ou moraux du malade ». Deux arrêts récents de la Cour de Cassation ont consacré cette thèse qui semble bien définitive : l'arrêt du 29 *mars* 1927 *sur la délivrance d'un certificat médical négatif, et l'arrêt du* 13 *juillet* 1936 *obligeant un médecin à témoigner sur la cause du décès d'une malade, cette cause n'étant pas susceptible de porter atteinte à la mémoire de cette dernière.*

Quelle conduite tenir pratiquement ? Nous conseillons la plus grande prudence, l'observation de principe du silence, et de manière tout à fait exceptionnelle la révélation d'un fait non secret, lorsque le silence risquerait de porter préjudice aux intérêts même du malade ou de ses ayants-droit.

La médecine sociale et les nécessités du contrôle qu'elle exige, ont également posé le problème des limites du secret médical. Mais, contrairement à l'opinion administrative courante, l'art. 378, *en l'absence de toute dérogation formelle dans les diverses lois d'assistance et d'assurance, conserve en ce domaine sa pleine et entière vigueur. La Cour de Cassation l'a rappelé en* 1913 *pour les accidents du travail, le Conseil d'Etat l'a reconnu tout récemment encore* (27 *janvier* 1939) *en matière d'assistance médicale gratuite, enfin le tribunal civil de la Seine dans un jugement confirmé par la chambre sociale de la Cour supérieure a tranché toute controverse à ce sujet dans le domaine des assurances sociales. Le médecin traitant est donc lié par le secret professionnel à l'égard du médecin contrôleur.*

L'on ne pourrait instituer de collaboration entre eux à ce point de vue qu'à la condition d'inclure la médecine de contrôle dans le cercle du secret, en lui interdisant de révéler à son mandant autre chose que ses conclusions sur les droits du bénéficiaire. Pour cela, il faudrait une loi. En son absence, le médecin traitant peut seulement, sans y être aucunement obligé, (hors le cas où son témoignage est requis) révéler les faits non secrets, ainsi que la Cour suprême l'a reconnu en matière d'accidents du travail, dans son arrêt précité du 13 *juillet* 1936.

A la règle de l'art. 378 *du Code pénal diverses lois ont apporté des dérogations particulières, dans l'intérêt de l'ordre et de la santé publique. Ce sont les textes relatifs à la déclaration obligatoire des naissances, des maladies contagieuses, des maladies professionnelles, et des décès. Quant aux causes de décès, elles ont fait l'objet de deux circulaires ministérielles aussi illégales l'une que l'autre. Les médecins non seulement ne devront, mais même ne pourront déclarer à l'Administration les causes des décès que lorsqu'une loi formelle les y aura autorisés.*

Jean MIGNON.

SECRET PROFESSIONNEL ET DÉCLARATIONS LÉGALES

I. Secret professionnel

A. Principe et nature

Code pénal

ART. 378. (*Modifié par la loi du 16 février 1933*) **Les médecins, chirurgiens** et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, par fonctions temporaires ou permanentes, des secrets qu'on leur confie, **qui, hors les cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois, et d'une amende de cent francs à cinq cents francs.**

NOTE. — *Les mots « par fonctions temporaires ou permanentes » ont été ajoutés par la loi du 16 février 1933. Le but de cette loi a été d'imposer aux jurés, comme aux magistrats de carrière, le respect du secret des délibérations. Mais la Commission du Sénat a préféré ne point limiter la réforme afin qu'elle s'applique, non seulement aux jurés, mais à « d'autres personnes remplissant temporairement ou de façon permanente une fonction ».*

Serment d'Hippocrate

« Je jure d'accomplir, selon mon pouvoir et ma raison, le serment dont ceci est le texte : ..... Ce que dans l'exercice, ou en dehors de l'exercice de mon art, et dans le commerce de la vie, j'aurai vu ou entendu qu'il ne faille répandre je le tiendrai en tout pour un secret. »

Code de déontologie

ART. 15. — Le médecin est tenu au secret professionnel absolu pour tout ce qu'il a vu, entendu ou compris, en raison de sa profession.

ART. 16. — Sous réserve des conseils de prudence, et sans entrer dans l'examen des cas d'espèces, la révélation n'est permise que :

1° Au malade, en ce qui le concerne ;

2° Aux personnes responsables s'il s'agit de mineurs ou d'inconscients ;

3° Aux proches, si la révélation est utile au traitement, quand l'état du malade interdit qu'elle lui soit faite.

Charte Médicale Internationale

1° Le médecin traitant doit à son malade le secret absolu sur ce qu'il a pu apprendre ou constater dans l'exercice de sa profession. Les médecins ne peuvent que s'incliner devant les lois de leur pays (par exemple pour la déclaration des maladies épidémiques) ; mais ils doivent s'efforcer, dans toute la mesure du possible, de préserver le secret professionnel ;

2° Le contrôle doit être rigoureusement distinct du traitement. Un médecin contrôleur ne doit pas donner de soins à la catégorie de ceux qu'il est appelé à contrôler ;

3° Le médecin expert ou contrôleur, non médecin traitant d'un individu, n'est pas tenu envers celui-ci au secret professionnel et il doit pouvoir rendre compte à ses commettants des résultats de l'examen.

(*Revue internationale de médecine professionnelle et sociale*, novembre 1935.)

NOTE. — *Pour indiquer la nature et le fondement du secret médical, nous ne saurions mieux faire que citer les deux textes suivants, provenant le premier d'un vieil auteur du droit français Domat, dans son ouvrage « loi civile », l'autre d'un rapport au Corps législatif lors de l'élaboration du Code pénal :*

« Comme les médecins et les chirurgiens ont souvent des occasions où les secrets des malades ou de leur famille leur sont découverts, soit par la confiance qu'on peut avoir en eux, ou par les conjonctures qui rendent leur présence nécessaire dans le temps où l'on traite d'affaires ou d'autres choses qui demandent le secret, c'est un de leurs devoirs de ne pas abuser de la confiance qu'on leur a faite, et de garder exactement et fidèlement le secret des choses qui sont venues à leur connaissance, et qui doivent demeurer secrètes. »

D'autre part : « On doit considérer comme un délit grave des révélations qui souvent ne tendent à rien moins qu'à compromettre la réputation de la personne dont le secret est trahi, à détruire en elle une confiance devenue plus nuisible qu'utile, à déterminer ceux qui se trouvent dans la même situation à mieux aimer être victime de leur silence que de l'indiscrétion d'autrui, enfin à ne montrer que des traîtres dans ceux dont l'état semble ne devoir offrir que des êtres bienfaisants et des consolateurs ».

En résumé, le fondement du secret médical réside dans la protection conjointe et solidaire des deux intérêts suivants :

1° *L'intérêt du malade à ce que son mal, ou les faits secrets de leur nature, connus par le médecin*

dans l'exercice de son art, ne soient pas révélés aux tiers ;

2° *L'intérêt qu'a la société, pour le maintien de la santé publique, à ce que tout malade puisse s'adresser en toute confiance aux médecins pour se faise soigner.*

Parce qu'en plus de l'intérêt privé du malade, intervient un intérêt social, on dit que le secret médical est d'ordre public, qu'il n'est pas seulement une obligation contractuelle entre le médecin et le malade, mais aussi une obligation légale dont personne, pas même le malade, ne peut le délier.

Nous citerons ci-dessous deux décisions de jurisprudence qui, quoique s'appliquant à des notaires, font clairement ressortir le caractère d'ordre public du secret professionnel.

SECRET PROFESSIONNEL. — CARACTÈRE D'ORDRE PUBLIC

Le secret professionnel est d'ordre public, il n'est pas nécessaire qu'il ait été conventionnellement imposé pour qu'il puisse être invoqué par toute personne dépositaire par état ou profession des confidences qu'elle a reçues.

(Cour de Bordeaux, 1er juin 1936.)

SECRET PROFESSIONNEL. — OBLIGATION. — CARACTÈRE ABSOLU

La disposition de l'art. 378 du Code pénal sur le secret professionnel est générale et absolue. En imposant à certaines personnes, sous une sanction pénale, l'obligation au secret comme un devoir de leur état, la loi a entendu assurer la confiance qui s'impose dans l'exercice de certaines professions ou fonctions.

(Cour de cassation Ch. des requêtes, 17 juin 1927.)

SECRET MÉDICAL. — CARACTÈRE D'ORDRE PUBLIC

L'obligation au secret médical a pour but de sauvegarder le bien public en garantissant la confiance que le malade doit pouvoir placer en son médecin qui est nécessairement son confident.

Ce n'est pas le préjudice subi éventuellement par le malade qui constitue le fondement de l'obligation au secret, mais le bien public en général qui a intérêt à voir ce secret garanti de façon absolue.

(Trib. corr. de Liége, Fédération médicale belge, janvier 1939.)

B. Eléments constituant la révélation interdite

1° Faits secrets de leur nature

Il est certain que l'interdiction posée par l'art. 378 du Code pénal ne vise que les faits secrets de leur nature. Il reste à rechercher ce qu'il faut entendre par « fait secret de sa nature ».

SECRET PROFESSIONNEL. — MÉDECIN. — VICTIME D'ACCIDENT DU TRAVAIL. — CAUSE DU DÉCES. — FAIT NON SECRET DE SA NATURE

Un médecin peut, sans contrevenir aux dispositions de l'art. 378 du Code pénal être entendu comme témoin à une enquête à l'effet de dire si une ouvrière, qu'il a soignée lors de son décès, est morte des suites d'un empoisonnement attribuable aux substances employées dans ses fabrications par son patron.

En effet, ce fait invoqué par le père de la défunte à l'appui d'une demande de dommages-intérêts contre ce patron, ne peut porter aucune atteinte à la mémoire de celle-ci. Il n'est donc pas de ceux, qui, par leur nature et les conséquences qui s'y rattachent, doivent être considérés comme rentrant dans les prévisions de l'art. 378, car il ne présente pas les caractères d'un secret.

(Cour de cassation, Chambre civile, 13 juillet 1936.)

Note. — *Cet arrêt de la Cour de cassation, d'une grande importance au point de vue principe, rejette formellement la thèse du secret asbolu, s'appliquant à tout ce que le médecin perçoit à l'occasion de l'exercice de son art. Ainsi que le dit la formule même du serment hippocratique, le médecin ne doit tenir secrètes que les choses* : quœ non decet enuntiare. *Le critérium du fait secret est recherché par la Cour suprême dans l'intérêt moral ou matériel qu'a ou croit avoir le client à ce qu'il ne soit pas révélé.*

HOSPITALISATION DANS UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC D'INDIGENT. — FAIT NON SECRET DE SA NATURE. — HOSPITALISATION DANS UN ÉTABLISSEMENT SPÉCIALISÉ. — FAIT SECRET

Le fait d'avoir été admis dans un hospice où sont soignés les indigents ne rentre pas dans la catégorie des faits dont l'art. 378 du Code pénal interdit la révélation. En conséquence, le directeur d'un hospice interpellé par un juge d'instruction sur le point de savoir si un individu y a été reçu, à quelle date il y est entré, à quelle date il en est sorti, ne peut refuser de répondre.

(Cass., 16 mars 1893.)

Le Directeur d'un hôpital est tenu d'observer le secret professionnel, dans les cas qui concernent la sécurité des malades et l'honneur des

familles. Spécialement, le directeur d'une maternité est en droit de refuser de communiquer les registres tenus dans cette maternité, au juge d'instruction désireux d'y relever les noms et adresses des femmes qui auraient accouché dans cet établissement. (Cass. crim., 14 mars 1895.)

FAIT NON SECRET. — FAIT DE L'INTERVENTION MÊME DU MÉDECIN. — RÈGLEMENT DES HONORAIRES

S'il est interdit au médecin, confident nécessaire de ses clients de divulguer les secrets soit d'ordre intime, soit d'ordre purement médical, que ceux-ci lui ont révélés ou que l'exercice de son art l'a amené à découvrir, cette interdiction ne s'étend pas au fait même de son intervention, qui est souvent de notoriété publique, et presque toujours connu tant que de son entourage, que de celui du malade.

Cette interdiction ne s'étend pas non plus au règlement des honoraires. Un médecin peut donc faire connaître à des tiers y ayant un intérêt légitime ses livres de comptabilité, qui n'ont rien de secret ni de confidentiel.

(Cour de Paris, 3 janvier 1900.)

Note. — *Toutefois, il n'en va ainsi que s'il s'agit d'un médecin non spécialisé, et à condition que les livres ne comportent aucune indication d'ordre médical.*

MALADE DÉCÉDÉ A L'HÔPITAL. — CAUSE DU DÉCÈS. — FAIT NON SECRET

Les causes de la mort d'une personne décédée à l'hôpital à la suite d'une opération ne sont nullement des faits secrets de leur nature par rapport à la famille de la personne défunte. Elles sont légitimement portées à la connaissance de la famille par l'administration hospitalière et le chirurgien chef de service a le droit et le devoir de s'expliquer, par un certificat sur la relation de cause à effet ayant existé entre la mort et la maladie.

(Cass. req., 30 avril 1907.)

SECRET PROFESSIONNEL. — MÉDECIN. — CERTIFICAT. — MALADIE PRÉCISÉE. — VIOLATION DU SECRET. — CERTIFICAT NÉGATIF. — VALIDITÉ

Des certificats médicaux sont à bon droit écartés des débats, comme délivrés en violation du secret professionnel, lorsqu'ils précisent la maladie (aliénation mentale dont un client était atteint) et révèlent des faits secrets de leur nature que les médecins n'ont pu connaître qu'en raison des soins donnés au malade (C. pénal 378).

Au contraire, des certificats médicaux constatant l'absence chez la même personne de toute affection mentale ne constituent pas une violation du secret professionnel, et, par suite, peuvent être retenus par le juge, alors que la maladie n'y est pas spécifiée et qu'il n'apparaît pas que le fait d'aliénation mentale ait été confié aux médecins sous le sceau du secret professionnel ni, qu'il fut secret de sa nature.

En conséquence, c'est à bon droit qu'une Cour d'appel se fonde sur des certificats, après avoir écarté les premiers, pour valider un testament attaqué pour insanité d'esprit du testateur.

(Cour de cassation, Ch. civ., 29 mars 1927.)

SECRET PROFESSIONNEL. — CERTIFICAT. — FAITS CONNUS PUBLIQUEMENT. — PRÉCISIONS DE NATURE MÉDICALE. — VIOLATION DE L'ART. 378.

Même lorsqu'un fait est plus ou moins connu publiquement, il n'est jamais indifférent qu'un médecin vienne révéler à l'appui de cette connaissance des détails qu'il ne possède que grâce à l'exercice de sa profession.

Même si le fait est connu par le témoignage ou le rapport des experts, le médecin traitant qui a reçu les confidences du malade n'est pas relevé de son secret.

(Trib. corr. de Liége, Fédération médicale belge, janvier 1939.)

2° Personnes tenues au secret médical

L'énumération de l'art. 378 comprend : les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens et les sages-femmes. Mais cette énumération n'est pas limitative : il y a lieu d'y ajouter « toutes autres personnes dépositaires par état ou profession, par fonction temporaire ou permanente, des secrets qu'on leur confie ». Il en est ainsi des dentistes qui ont été omis de l'énumération légale.

En ce qui concerne les auxiliaires médicaux, nous citerons l'arrêt suivant :

AUXILIAIRE MÉDICAL. — COLLABORATEUR OCCASIONNEL DU MÉDECIN. — NON ASSUJETTISSEMENT A L'ART. 378 DU CODE PÉNAL

Les dispositions restrictives de l'art. 378 du Code pénal ne sauraient être étendues à tous ceux qui, sous la responsabilité du médecin, sont appelés à soigner *accidentellement* un malade.

(Cass, crim., 8 décembre 1864.)

Note. — *Il résulte* a contrario *de cet arrêt que les infirmiers et infirmières* professionnels, *qui soignent les malades par état, et de manière habituelle sont assujettis comme les médecins au secret professionnel. On peut d'autre part se demander si la solution donnée par la Cour suprême en* 1864 *serait encore valable actuellement, la loi du* 16 *février* 1933 *ayant ajouté à l'art.* 378 *du code pénal les mots : « par fonction temporaire ou permanente. »* (V. page 3.)

DIRECTEUR D'HÔPITAL. — MATERNITÉ. — APPLICATION DU SECRET PROFESSIONNEL

Voir : Faits secrets de leur nature, page 4.
(Cass. crim., 14 mars 1895.)

HÔPITAL. — ACCIDENTS DU TRAVAIL HOSPITALISÉ. — OBSERVATION DU SECRET PROFESSIONNEL A L'ÉGARD DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCES ET DU CHEF D'ENTREPRISE

Un hôpital est tenu au secret professionnel par rapport au chef d'entreprise dont un ouvrier blessé du travail est hospitalisé. La Compagnie d'assurances ne saurait donc reprocher à l'hôpital soumis au secret à l'égard des malades hospitalisés, de ne pas lui faire connaître l'état du malade à une date déterminée.
(Cour de Chambéry, 13 janvier 1926.)

MÉDECIN ÉTRANGER. — LOI FRANÇAISE. — ORDRE PUBLIC. — APPLICATION

Un certificat remis à un tiers, même à titre confidentiel, constitue une violation du secret professionnel au regard de la loi française, même si les constatations faites sur le malade l'ont été par un médecin étranger, et dans un pays étranger, et même si la loi pénale du pays n'érige pas en infraction une telle violation.

Par suite la violation du secret qui constituerait la production en justice d'une telle pièce, contraire à l'ordre public français, ne saurait être admise.
(*Cour de Paris*, 1re ch., 1er mars 1935.)

3° A l'égard de qui doit-on observer le secret professionnel ?

a) IL N'Y A PAS DE SECRET ENTRE LE MÉDECIN ET LE CLIENT

DÉLIVRANCE D'UN CERTIFICAT MÉDICAL AU MALADE. — USAGE EN JUSTICE. — ABSENCE DE VIOLATION DU SECRET PROFESSIONNEL

Ne viole pas le secret professionnel, le médecin qui remet au malade lui-même et sur sa propre demande un certificat médical constatant l'existence d'une maladie vénérienne, bien que le malade se soit ensuite servi de cette pièce pour appuyer une requête en divorce.
(Trib. civ. de Casablanca, 16 mars 1936, confirmé par la Cour de Rabat, le 10 décembre 1936.)

DISSIMULATION DE SON ÉTAT A UN MALADE. — INTÉRET POUR L'INTÉRESSÉ DE LE CONNAITRE — DÉTERMINATION A PRENDRE. — FAUTE. — RESPONSABILITÉ

Si l'on peut admettre que, dans les cas graves, le médecin peut et doit même dissimuler à son client une épreuve radiographique dont la communication pourrait aggraver son état physique et influencer son état moral, en lui enlevant la confiance et l'espoir de guérir, il n'en va plus de même lorsqu'il s'agit d'une blessure ne paraissant pas mettre en danger la vie de l'intéressé. En pareil cas, la communication de la radiographie commentée avec tact et discrétion ne peut présenter pour le blessé aucun inconvénient grave. En conséquence, la dissimulation de son état réel peut constituer une faute.
(Cour de Bruxelles, 4 juin 1923.)

b) SOINS DONNÉS A UN INCAPABLE

(*art.* 16 *du Code de déontologie voir page* 3).

ENFANT MALADE. — MISE AU COURANT DE LA FAMILLE DANS L'INTÉRET DU MALADE. — PAS DE VIOLATION DU SECRET PROFESSIONNEL

Le médecin peut mettre la famille d'un enfant malade au courant de son affection, afin que les soins nécessaires lui soient donnés. Ce faisant, il ne saurait encourir les sanctions de l'art. 378 du Code pénal.

Trib. Liége, 30 juillet 1890.

SECRET PROFESSIONNEL. — MINEUR. — MALADIE CONTAGIEUSE. — HONORAIRES. — RÉCLAMATION AU PÈRE. — DIVULGATION DE LA MALADIE. — VIOLATION

Si un médecin a le droit, pour obtenir le paiement de ses honoraires de s'adresser au père de son client, celui-ci étant mineur et étant parti habiter à l'étranger, il ne saurait sans violer le secret professionnel, révéler au père la nature de la maladie pour laquelle des soins ont été demandés. Il doit en être ainsi notamment au cas où ledit médecin a été consulté pour une maladie dite secrète, que le mineur désirait évidemment cacher à son père.
(Trib. civ. de Bruxelles, 28 mars 1900.)

MÉDECIN D'ASILE D'ALIÉNÉS. — RENSEIGNEMENTS DONNÉS A LA FEMME D'UN ALIÉNÉ INTERNÉ. — ABSENCE DE VIOLATION DU SECRET PROFESSIONNEL.

Le médecin d'un asile d'aliénés peut, sans se rendre coupable du délit prévu à l'art. 378 du Code pénal, parler en secret avec la femme d'un aliéné interné de l'évolution de son mal. En effet, il ne peut y avoir de secret pour une femme soignant son mari atteint d'aliénation mentale, et le médecin est fondé à lui dire tout ce qu'il pense et à ne rien lui cacher de l'état du malade dans l'intérêt même de celui-ci. Ne constitue pas de même la révélation punissable, le fait pour ce médecin d'avoir décrit ces faits par lettres adressées à la femme du malade, ces lettres ne

concernant que des choses déjà connues d'elle et ayant au surplus aucun caractère secret.

(Trib. civ. de Chalons-sur-Marne, 7 avril 1906 ; *C. M.*, 1906, 366.)

c) LE SECRET A L'ÉGARD DU CONJOINT MALADE

SECRET A L'ÉGARD DU CONJOINT. — MALADIES VÉNÉRIENNES. — COMMUNICATION. — PREUVE. — CERTIFICATS DE MÉDECINS.

Ne peuvent être accueillies en justice, notamment dans une instance en divorce, comme contraires au secret professionnel, les constatations émanant de médecins et qui, rapportées soit dans des certificats, soit dans des dépositions, ont été faites par eux dans l'exercice de leur profession.

Mais l'époux défendeur, accusé d'avoir communiqué à son conjoint une maladie vénérienne est en droit de produire en justice pour sa justification les certificats médicaux qu'il s'est fait personnellement délivrer et qui se rapportent à différents stades de sa vie conjugale et anté conjugale.

L'aveu fait par un mari à son médecin, dans une conversation particulière qu'étant atteint d'une maladie vénérienne il aurait contaminé sa femme, ne peut être retenu à sa charge comme grief de divorce que si cet aveu est par lui-même déterminant, abstraction faite des preuves médicales qui pourraient le justifier et qui ne peuvent être accueillies.

(Cour de Colmar, arrêts des 5 et 19 janvier 1932)

SECRET PROFESSIONNEL. — SOINS DONNÉS A UNE FEMME ANTÉRIEUREMENT AU MARIAGE. — RÉVÉLATION AU MARI AU COURS D'UNE INSTANCE EN DIVORCE. — VIOLATION DE L'ART. 378 DU CODE PÉNAL

Se rend coupable d'une violation du secret professionnel, le médecin qui écrit à l'un de ses amis, en instance de divorce, qu'il avait donné ses soins à sa femme avant son mariage et que son état actuel découlait sans contestation possible d'une affection génitale antérieure au mariage.

(Trib. corr. de la Seine, 4 janvier 1928.)

ALIÉNÉ INTERNÉ. — RENSEIGNEMENTS DONNÉS A LA FEMME DE L'ALIÉNÉ PAR LE MÉDECIN DE L'ASILE. — INTÉRÊT DU MALADE. — ABSENCE DE VIOLATION DU SECRET PROFESSIONNEL

Voir page précédente.

(Trib. civ. de Chalons-sur-Marne, 7 avril 1906. *C. M.*, 1906, 366.)

d) LE SECRET A L'ÉGARD DES HÉRITIERS DU MALADE

SECRET PROFESSIONNEL. — CAUSE DE LA MORT DU MALADE. — CERTIFICAT EXIGÉ DES HÉRITIERS PAR UNE COMPAGNIE D'ASSURANCES SUR LA VIE. — MÉDECIN TRAITANT LIÉ PAR LE SECRET PROFESSIONNEL

La règle du secret médical impose aux médecins l'obligation d'ordre public de se refuser à la délivrance de tout certificat constatant les causes de la mort du client qu'il a traité, alors même que ce certificat serait exigé par une Compagnie d'assurances sur la vie. Le secret étant personnel au client décédé, personne et principalement le tuteur des héritiers mineurs, n'a le droit d'en relever celui qui l'a reçu, en admettant même que ce droit put appartenir au client lui-même, qui peut très bien en ignorer la portée et l'étendue.

(Trib. civ. du Havre, 30 juillet 1886. *C. M.*, 1886-418.)

MALADE DÉCÉDÉ. — MÉDECIN TRAITANT TENU AU SECRET PROFESSIONNEL SUR LES CAUSES DE LA MORT. — IMPOSSIBILITÉ POUR LES HÉRITIERS DE L'EN DÉLIER

Le médecin qui a soigné le *de cujus* a connu les causes de sa mort en raison de l'exercice de sa profession, et ne peut révéler les faits secrets de leur nature se rapportant à ce décès. Lorsque le malade est mort, nul ne peut relever le médecin du secret professionnel puisque c'est là un droit qui ne saurait appartenir qu'à la personne même qui en est propriétaire. Les héritiers même en tant que continuateurs de la personne du défunt, n'ont pas la jouissance d'un droit qui, par sa nature et son essence est exclusivement personnel et individuel.

(Cour de Besançon, 7 juillet 1899. Cour de Montpellier, 7 mars 1928).

MALADE DÉCÉDÉ A L'HÔPITAL. — CAUSE DU DÉCÈS. — CERTIFICAT REMIS AUX HÉRITIERS. — VALIDITÉ. — FAIT NON SECRET

Voir ci-dessus, page 5.

(Cour de cassation, Ch. des req., 30 avril 1907. *C. M.*, 1907-615.)

VICTIME D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL. — DÉCÈS. — CAUSE. — TÉMOIGNAGE DU MÉDECIN. — IMPOSSIBILITÉ DE SE RETRANCHER DERRIÈRE LE SECRET PROFESSIONNEL. — FAIT NON SECRET

Voir ci-dessus, page 4.

(Cour de cassation, Chambre civile, 13 juillet 1936).

Note. — *Ces deux arrêts de la Cour suprême ne contredisent nullement, contrairement à ce qu'il semble au premier abord, les décisions de jurisprudence précitée. Les causes du décès du malade, lorsqu'elles présentent un caractère secret, ne peuvent être dévoilées ni aux tiers, ni aux héritiers. Mais cette révélation est possible si elles n'ont point de caractère confidentiel, c'est-à-dire si leur divulgation n'est pas susceptible de porter atteinte à la mémoire du défunt.*

e) LE SECRET A L'ÉGARD DES TIERS-PAYANTS

Assistance médicale gratuite. — Règlement départemental exigeant la révélation des diagnostics. — Inobservation. — Refus de paiement. — Refus non fondé. — Nullité du règlement invoqué

En l'état actuel de la législation, et en l'absence notamment de toute disposition expresse de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, il ne saurait être dérogé en cette matière à la règle générale posée par l'art. 378 du Code pénal. Par suite, le médecin qui s'est vu refuser le paiement de ses honoraires pour inobservation du règlement départemental prescrivant l'indication des diagnostics sur les bulletins de visites, est fondé à soutenir que ces dispositions sont contraires à l'art. 378 précité, et à demander l'annulation de l'arrêté attaqué.

(Conseil d'Etat, arrêts des 9 novembre 1928, 20 juillet 1932 et 27 janvier 1939.)

Accidents du travail. — Communication par le médecin traitant au médecin contrôleur d'une analyse de sang de l'accidenté. — Violation du secret professionnel.

Le médecin-chef de service d'un hôpital dans lequel est placé un accidenté du travail viole l'art. 378 du code pénal en communiquant au médecin-contrôleur délégué par l'assureur une analyse du sang de l'hospitalisé de laquelle il résultait que celui-ci était atteint de leucémie. Par contre le médecin contrôleur désigné par le chef d'entreprise est en droit de porter ce renseignement à la connaissance de son mandant.

(Cass. ch. crim., 9 mai 1913.)

Accidents du travail. — Observation du secret professionnel a l'égard du chef d'entreprise et de la Compagnie d'assurances.

Une Compagnie d'assurances ne saurait reprocher à un hôpital, soumis au secret à l'égard d'un accidenté du travail qu'il héberge, de ne pas leur faire connaître l'état du malade à une date déterminée.

(Cour de Chambéry, 13 janvier 1926.)

Accidents du travail. — Décès de la victime. — Causes du décès. — Fait non secret.

Voir ci-dessus, page 4.

(Cour de cassation, Chambre civile, arrêt du 13 juillet 1936.)

Accidents du travail. — Faits non secrets — Faits relatifs a l'application de la loi sur le risque professionnel. — Faits secrets. — Faits connus en dehors de la mission légale.

Le médecin qui a adressé un certificat médical en vertu d'un mandat qu'il tient de la loi en matière d'accident du travail peut être entendu comme témoin sur les faits qu'il a constatés. Il ne peut à cet égard se retrancher derrière le secret professionnel, ni être reproché comme ayant déjà délivré un certificat.

Au contraire, il est tenu de ne pas divulguer les faits parvenus à sa connaissancce en sa qualité de médecin privé, en dehors de l'accomplissement de sa mission légale.

(Cour de Pau, 31 juillet 1906).

Note. — *Les deux arrêts de la Cour de cassation, en date respectivement du 9 mai 1913 et du 13 juillet 1936, ne sont nullement contradictoires comme il peut sembler a priori. Le premier rappelle l'existence de principe de l'art. 378 et son applicabilité en matière d'accidents du travail et de médecine sociale. Le second pose les limites du secret médical et définit ce qu'il faut entendre par fait secret dont la révélation est interdite, et par fait non secret. On peut dire qu'en règle générale les faits se rapportant à l'accident et aux lésions qu'il a déclenchées ne présentent point de caractère secret, à l'égard du chef d'entreprise ou de son assurance substituée. Une révélation peut donc, et même dans certains cas, doit être faite. Au contraire les faits connus par le médecin traitant de l'accidenté, à l'occasion de ce traitement, mais n'ayant point de rapport d'effet à cause avec l'accident, présentent un caractère confidentiel. C'est ce qu'a d'ailleurs fort justement décidé la Cour de Pau, dans son arrêt précité.*

Pensionnés de guerre. — Art. 64 de la loi du 31 mars 1919

Note. — *Aucune décision de jurisprudence n'est intervenue à ce sujet. Mais en vertu des principes généraux, si le médecin traitant n'est pas délié du secret professionnel à l'égard de l'Administration, il peut cependant divulguer sans contrevenir à l'art. 378 du Code pénal, les faits per-*

mettant d'établir la relation de cause à effet entre l'état du pensionné et le motif de réforme, car il ne s'agit pas là de faits secrets de leur nature puisque déjà connus de l'Administration et non susceptible de porter atteinte aux intérêts du pensionné.

Société de secours mutuels. — Médecin attaché. — Soins aux mutualistes. — Obligation au secret a l'égard de la Société.

Doit être condamné à l'amende prévue par l'art. 378 du Code pénal, le médecin d'une Société de secours mutuels qui révèle au président de cette Société, la maladie secrète dont était atteint l'un de ses sociétaires.

(Trib. corr. de Lille, avril 1886. *C. M.*, 1886-201.)

Assurances sociales. — Médecin traitant. — Observation du secret professionnel a l'égard de la Caisse.

La feuille de maladie fait foi de son contenu et constitue une preuve nécessaire et suffisante des prestations médicales effectuées. L'assuré n'a pas d'autre preuve à fournir pour obtenir les remboursements prévus par la loi.

Si la Caisse à des doutes sur la matérialité des prestations médicales, elle possède un droit de contrôle sur l'assuré qui lui permet de le faire examiner par son médecin contrôleur et sur le médecin en le déférant au contrôle technique du Syndicat professionnel.

A défaut de texte précis, le droit de la Caisse ne paraît pas pouvoir s'étendre à exiger la remise par l'assuré ou le médecin traitant de pièces autres que celles expressément prévues par la loi. Les films, analyses, etc. ne doivent pas être produit, cette communication étant de nature à heurter les dispositions de la loi pénale relative au secret professionnel.

(Trib. civ. de la Seine, 24 novembre 1938 confirmée par la Cour de cassat., Ch. soc., 28 octobre 1938.)

Médecins contrôleurs

Le médecin contrôleur ou examinateur a, pour fonction même de révéler au tiers qui l'a mandaté les faits qu'il a connu dans l'accomplissement de sa mission. Il ne saurait donc être tenu à l'égard de ce tiers au secret professionnel, et doit au contraire, lui rendre compte de son mandat. Par contre, il ne peut révéler à des tiers autres que son mandant les résultats de son examen.

(Cass. civ., 19 janvier 1914. *D. P.*, 1919-158).

Note. — *Parce que le médecin contrôleur doit révéler à celui qui l'a mandaté, l'état du malade ou de la personne soumise à son examen, cette fonction doit obligatoirement être confiée à un médecin autre que le médecin traitant de ce malade, qui est tenu au secret professionnel.*

La distinction entre les fonctions de soins et de contrôle est d'ailleurs généralement prévu de manière expresse dans les lois sociales (accidents du travail, assurances sociales).

f) LE SECRET PROFESSIONNEL ET LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Nous avons vu que le fondement du secret professionnel doit être recherché dans le respect dû à deux intérêts différents : d'une part, l'intérêt privé du malade, et, d'autre part, un intérêt public, celui qu'a la Société à ce que tout malade se fasse soigner en toute confiance par le médecin de son **choix.**

Mais il peut se faire que la protection de la santé publique gagne plus à la divulgation de la maladie, qu'au secret gardé par le médecin. Dans ce cas, l'intérêt privé du malade passe au second plan et le médecin non seulement peut mais doit déclarer les faits connus par lui au cours de l'exercice de sa profession.

Ainsi en est-il pour certaines maladies contagieuses ou d'origine professionnelle, que nous étudierons plus bas. (Voir Déclarations légales, pages 10 *et suivantes).*

Dans ce cas cette dérogation à l'art. 378 *du Code pénal ne peut naturellement provenir que d'une loi. Une simple circulaire n'y suffirait pas. Aussi doit-on considérer comme illégale, la Circulaire interministérielle du* 1er *janvier* 1937 *prescrivant aux médecins de déclarer à l'Administration, les causes de décès.*

g) LE SECRET PROFESSIONNEL EN JUSTICE

Secret professionnel. — Déposition en justice. — Violation de l'art. 378 du Code pénal

Le témoignage d'un médecin provoqué ou fourni dans une enquête au mépris de la prohibition édictée par l'art. 378 du Code pénal et en violation des règles du secret professionnel ne peut servir de fondement à une décision de justice.

(Cass. civ., 1er mai 1899. *C. M.*, 1899, 381.)

Note. — *Cet arrêt consacre expressément la thèse de l'impossibilité pour les juges de relever un médecin du secret professionnel. Mais l'interdiction pour le médecin de témoigner en justice ne concerne que les faits secrets de leur nature connus par lui dans l'exercice de sa profession. Un médecin ne saurait donc se refuser de révéler au Tribunal des faits non confidentiels, ni par nature ni par recommandation du malade.*

TÉMOIGNAGE. — SECRET PROFESSIONNEL. — DISPENSE DE PRESTATION DE SERMENT (NON)

Le témoin, appelé à fournir son témoignage ne peut connaître par avance les questions qui lui seront adressées, et dont quelques-unes peuvent s'appliquer à des faits n'ayant aucun caractère confidentiel.

Dès lors, la dispense de déposer sur les secrets dont un témoin est dépositaire, ne saurait justifier son refus absolu de prêter serment, basé sur la contrainte morale qui aurait résulté pour lui de révéler le secret.

(Cass. crim., 11 juin 1926.)

Note. — *L'attitude du médecin appelé à témoigner en justice, et qui n'a pu s'en faire dispenser par le juge d'instruction, doit donc être la suivante : tout d'abord comparaître, en second lieu, prêter serment, en réservant les faits secrets, révéler les faits non confidentiels et se retrancher pour les autres derrière l'art. 378 du Code pénal.*

RECOUVREMENT D'HONORAIRES. — PREUVE DES SOINS DONNÉS. — FAIT DE L'INTERVENTION. — FAIT NON SECRET. — PRODUCTION DES LIVRES EN JUSTICE

Voir, page 5.

(Cour de Paris, 3 janvier 1900. *C. M.*, 1900, 68.)

PRODUCTION EN JUSTICE DES LIVRES DU MÉDECIN. — LIMITES. — FORMES. — RESPECT DU SECRET PROFESSIONNEL

Le médecin, n'étant pas commerçant, est d'autant moins tenu à la communication de ses livres que cette communication pourrait porter atteinte au secret professionnel. Celle-ci doit avoir lieu dans les formes et conditions telles qu'elle n'entraîne pas la révélation de faits confidentiels.

(Trib. civ. de la Seine, juillet 1902, *C. M.*, 1902, 568.)

POURSUITES EN RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE. — DROIT POUR LE MÉDECIN DE RÉVÉLER LES FAITS MÊME SECRETS NÉCESSAIRES A SA DÉFENSE

Note. — *Aucune décision de jurisprudence n'est intervenue, à notre connaissance, sur ce point. Mais il ne semble pas douteux que le médecin poursuivi pénalement ou civilement pour faute professionnelle soit en droit de fournir au Tribunal ou aux experts tous les renseignements nécessaires pour sa défense. (Voir dans ce sens : Peytel, « Le Secret Médical », page 139 et suivantes.)*

b) LE SECRET A L'ÉGARD DU FISC
Code des impôts sur le revenu

ART. 92. — Les contribuables soumis à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales sont tenus d'avoir un livre-journal qui présente jour par jour le détail de leurs recettes professionnelles. Ce livre est tenu par ordre de dates, sans blancs, ni lacunes, ni transports en marge.

Pour les professions assujetties au secret professionnel, le livre-journal ne comporte en regard de la date, que le détail des sommes encaissées.

Note. — *Ceci revient donc à reconnaître formellement que les médecins sont liés par le secret professionnel même à l'égard de l'administration fiscale.*

Toutefois, un médecin peut pour justifier ses déclarations produire devant la juridiction administrative ses livres professionnels, de la même façon et dans les mêmes limites que devant la juridiction civile. (Voir ci-dessus.)

II. Les déclarations légales

En principe donc, le médecin doit tenir secrets les faits de nature confidentielle connus par lui dans l'exercice de sa profession. Mais il est un certain nombre de cas où l'ordre public exige, non plus le silence, mais au contraire, une déclaration du médecin. Nous étudierons ci-dessous les différents cas de déclarations obligatoires.

A. Déclarations de naissance

Code civil

ART. 55. — Les déclarations de naissances seront faites, dans les trois jours de l'accouchement, à l'officier de l'état civil du lieu.

ART. 56. — **La naissance de l'enfant sera déclarée par le père, ou, à défaut du père, par les docteurs en médecine ou en chirurgie, sages-femmes, officiers de santé, ou autres personnes qui auront assisté à l'accouchement,** et lorsque la mère sera accouchée hors de son domicile, par la personne chez qui elle sera accouchée.

ART. 57. — L'acte de naissance énoncera le jour, l'heure et le lieu de naissance, le sexe de l'enfant et les prénoms qui lui seront donnés, les prénoms, noms, âges, professions et domiciles

des père et mère, et, s'il y a lieu, ceux du déclarant. Si les père et mère de l'enfant naturel, ou l'un d'eux ne sont pas désignés à l'officier de l'état civil, il ne sera fait sur les registres aucune mention à ce sujet.

Code pénal

ART. 346. — **Toute personne, qui, ayant assisté à un accouchement, n'aura pas fait la déclaration à elle prescrite par l'art. 56 du Code civil, et dans les délais prescrits par l'art. 15 du même Code, sera punie d'un emprisonnement de six jours à six mois et d'une amende de 16 à 100 francs, ou de l'une de ces deux peines seulement.**

DÉCLARATION DE NAISSANCE. — ABSENCE DU PÈRE. — MÉDECIN TENU CONCURREMMENT AVEC LES AUTRES PERSONNES AYANT ASSISTÉ A L'ACCOUCHEMENT

En présence des termes de l'art. 56 du Code civil, du défaut de parents et de connaissance de l'autre témoin, voisin de la mère, qui n'était présent qu'à titre occasionnel et par pure complaisance, le médecin ayant assisté à l'accouchement a commis le délit prévu part l'art. 346 du Code pénal, et il n'est pas possible de prononcer la relaxe demandée, l'ordre public étant directement intéressé à ce que les déclarations de naissance ne soient pas omises.

(Trib. corr. de Chartres, 17 juillet 1936.)

DÉFAUT DE DÉCLARATION. — PERSONNES PRÉSENTES. — GRAND'MÈRE DU NOUVEAU-NÉ. — MÉDECIN

Lorsque la grand'mère du nouveau-né assistait à l'accouchement, et que les autres personnes présentes dont le médecin étaient dans l'impossibilité morale de soupçonner que la déclaration ne serait pas faite, les naissances des autres enfants ayant été régulièrement déclarées, seule la première doit être retenue sous l'inculpation de non déclaration, les secondes devant au contraire être relaxées des poursuites.

(Trib. corr. de Chateaulin, 12 mai 1933.)

PERSONNES TENUES D'OPÉRER LA DÉCLARATION DE NAISSANCE. — MÉDECIN AYANT ASSISTÉ AUX OPÉRATIONS CONCOMITANTES OU SUBSÉQUENTES DONT L'ENSEMBLE CONSTITUE L'ACCOUCHEMENT

L'obligation édictée par les art. 55 et 56 du Code civil de déclarer la naissance d'un enfant, obligation sanctionnée par l'art. 346 du Code pénal et subordonnée à l'assistance à l'accouchement, s'impose aux docteurs en médecine, sages-femmes, et à toutes les personnes qui ont nécessairement connu une naissance à raison de leur assistance aux opérations concomitantes ou subséquentes à cette naissance, et dont l'ensemble constitue l'accouchement.

(Trib. corr. de Vesoul. 22 janvier 1920.)

DÉCLARATION DU NOM DES PARENTS ET DU LIEU DE NAISSANCE. — OBLIGATION. — LIMITE. — SECRET PROFESSIONNEL

L'art. 346 du Code pénal sanctionnant le défaut de déclaration de naissance s'applique en principe à la déclaration du lieu de naissance et du nom des parents. Toutefois il en est autrement lorsque la grossesse et le nom de la mère ont été confiés au médecin sous le sceau du secret. Dans ce cas le silence sur toutes ces choses confié au médecin lui est imposé par l'art. 378 du Code pénal.

(Cour de cassation, 16 septembre 1843, 18 juillet 1846.)

INFANTICIDE. — MÉDECIN OU SAGE-FEMME OBLIGATION DE DÉCLARER LA NAISSANCE —

Une sage-femme qui a reçu de sa cliente, dans l'exercice de sa profession, l'aveu d'un infanticide, ne peut pas exciper du secret professionnel pour s'abstenir de la déclaration. En droit l'obligation pour tous ceux qui ont assisté à un accouchement, de déclarer la naissance de l'enfant, s'impose aux médecins et aux sages-femmes avec la même rigueur qu'aux autres personnes, cette obligation dût-elle avoir pour conséquence d'amener la découverte d'un crime.

(Trib. corr. de Vesoul, 22 janvier 1920).

Note — *Mais bien entendu dans un tel cas le médecin doit se borner à déclarer qu'une naissance a eu lieu, sans ajouter les déclarations prévues à l'art. 57 du Code civil (noms des parents, lieu de naissance) car il est évident que ces faits ont un caractère secret et que leur divulgation est interdite par l'art. 378 du Code pénal (Voir arrêts de Cassation précités).*

ENFANT MORT-NÉ. — OBLIGATION DE DÉCLARATION. — ENFANT VENU AU MONDE APRÈS SIX MOIS DE GESTATION

On ne doit déclarer à l'officier de l'état civil que l'être venu au monde après six mois de gestation, c'est-à-dire réputé légalement viable.

(Cass. Ch. crim., 7 août 1874, Trib. corr. Toulouse, 2 décembre 1896).

Note. — *Toutefois, dans certaines villes comme Paris ou Lyon, la déclaration des fœtus et embryon d'au moins six semaines est exigée par arrêté préfectoral. Mais l'inobservation de ces arrêtés, qui ne sont pas fondés sur l'art. 55 du Code civil, ne saurait entraîner l'application de l'art. 346 du Code pénal.*

B. Déclaration des maladies contagieuses

Cette déclaration, dont le principe avait été prévu par l'art. 15 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, et qui avait fait l'objet des articles 4 et 5 de la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique, est régie actuellement par un décret-loi du 30 octobre 1935, et par ses divers décrets d'application que nous publions ci-dessous :

1° Décret-loi du 30 octobre 1935

rendant obligatoire la déclaration de certaines maladies contagieuses

Rapport préliminaire

L'article 5 de la loi du 15 février 1902 confie le soin de la déclaration des maladies contagieuses à tout docteur en médecine, officier de santé ou sage-femme, qui en constate l'existence.

Comme il arrive que les médecins ne font pas la déclaration ou qu'ils ne sont pas appelés auprès des malades, il semble indispensable d'exiger également la déclaration du principal occupant, chef de famille ou d'établissement des locaux où se trouve le malade et, à son défaut, dans l'ordre ci-après du conjoint, de l'ascendant le plus proche du malade ou de toute autre personne résidant avec lui ou lui donnant des soins.

Grâce à cette nouvelle réglementation, tous les cas de maladies seront décelés rapidement, et les mesures prophylactiques indispensables pourront être prises en temps voulu pour éviter la propagation de la maladie dans l'immeuble ou le quartier.

D'autre part, comme tous les départements vont être pourvus d'une inspection d'hygiène, il est préférable que les déclarations soient adressées à ce fonctionnaire sanitaire, au lieu d'être envoyées, comme le prévoit la loi de 1902, à l'autorité publique.

Par ailleurs, s'il est utile d'être au courant de la statistique des maladies, il est nécessaire aussi de connaître le nombre exact de décès pour une maladie déterminée.

Jusqu'à présent le fonctionnement, au point de vue sanitaire, de la statistique des décès reposait sur la déclaration faite à l'état civil au moment du décès. Bien souvent la cause exacte était inconnue et les statistiques s'en trouvaient faussées.

Le texte qui vous est proposé prévoit pour les décès les mêmes obligations que pour les causes de morbidité.

Cette nouvelle réglementation permettra aux autorités sanitaires d'avoir toute la documentation indispensable pour lutter efficacement contre les risques d'épidémies et de contribuer ainsi à diminuer de façon importante les dépenses d'hygiène et d'assistance qui constituent une lourde charge pour les collectivités.

Ces dispositions correspondent au texte arrêté par la Commission d'hygiène du Sénat.

Art. 1er. — **La déclaration à l'autorité sanitaire de tout cas de l'une des maladies déterminées dans les conditions prévues à l'article 3 ci-après est obligatoire, d'une part, pour tout docteur en médecine qui en a constaté l'existence** ; d'autre part, pour le principal occupant, chef de famille ou d'établissement des locaux où se trouve le malade et, à son défaut, dans l'ordre ci-après, le conjoint, l'ascendant le plus proche du malade ou toute autre personne résidant avec lui ou lui donnant des soins. La même obligation est imposée aux sages-femmes en ce qui concerne la fièvre puerpérale et les conjonctivites des nouveau-nés.

Art. 2. — Les causes de tout décès dû à l'une des maladies figurant sur la liste prévue à l'article 3 du présent décret-loi, doivent être déclarées à l'autorité sanitaire dans les conditions prévues à l'article 1er ci-dessus.

Art. 3. — La liste des maladies auxquelles sont applicables les dispositions du présent décret-loi concernant la déclaration des maladies contagieuses est dressée par décret rendu sur le rapport du ministre de la Santé publique et de l'Education physique, après avis de l'Académie de médecine et du Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Elle peut être révisée dans la même forme.

Art. 4. — **Sera puni des peines portées à l'article 471 du Code pénal quiconque aura commis une contravention aux prescriptions des articles 1er et 2.**

Art. 5. — Un décret fixera les formes et conditions dans lesquelles devront être faites les déclarations prévues aux articles 1er et 2.

2° Décret du 16 mai 1936, modifié par celui du 11 novembre 1936

fixant la liste des maladies soumises à la déclaration

Article premier. — La liste des maladies auxquelles sont applicables les dispositions de la loi du 15 février 1902 et du décret-loi du 30 octobre 1935, est fixée ainsi qu'il suit :

Première partie

Maladies pour lesquelles la déclaration et la désinfection sont obligatoires :

1° La fièvre typhoïde et les fièvres paratyphoïdes ;
2° Le typhus exanthématique ;
3° La variole ;
4° La scarlatine ;
5° La rougeole ;
6° La diphtérie ;
7° La suette militaire ;
8° Le choléra ;
9° La peste ;
10° La fièvre jaune ;
11° Les dysenteries amibienne et bacillaire ;
12° Les infections puerpérales ;
13° La méningite cérébro-spinale ;
14° La poliomyélite antérieure aiguë ;

15° Le trachome ;
16° La fièvre ondulante ;
17° La lèpre ;
18° La spirochétose ictéro-hémorragique.

DEUXIÈME PARTIE

Maladies pour lesquelles la déclaration est facultative :

A. — Tuberculose pulmonaire ;
B. — La coqueluche ;
C. — Grippe ;
D. — Pneumonie et broncho-pneumonie ;
E. — Erysipèle ;
F. — Oreillons ;
G. — Teigne.

ART. 2. — Les maladies à déclaration obligatoire (première partie) doivent donner lieu :

1° A la désinfection, dite continue, pendant leur cours ;

2° A la désinfection dite totale, après transport, guérison ou décès.

Toutefois, à moins que le médecin ne la recommande expressément, la désinfection totale ou terminale n'est pas requise pour la rougeole, la méningite cérébro-spinale, la poliomyélite, le trachome, la lèpre et la spirochétose.

La lettre C ou la lettre T inscrite sur le carnet de déclaration, à la suite du nom de chaque maladie, indique le mode de désinfection exigé (C pour la désinfection en cours, F pour la désinfection terminale).

La désinfection est assurée au choix des familles, soit par leurs soins, soit par une entreprise privée et, dans ces deux cas, sous la direction du médecin et le contrôle de l'Inspecteur départemental d'hygiène, soit enfin par les services publics.

ART. 3. — Pour les maladies à déclaration facultative (deuxième partie), il est procédé à la désinfection après entente avec les intéressés soit sur les déclarations visées à l'article premier du décret-loi du 30 octobre 1935, soit à la demande des familles.

ART. 4. — Les décrets du 10 février 1903, 28 septembre 1916, 13 octobre 1923, 1er janvier 1925 et 21 juillet 1929 sont abrogés à compter du 1er janvier 1937, date à laquelle le présent décret entrera en application.

LA DÉCLARATION DE LA TUBERCULOSE N'EST PAS ENCORE OBLIGATOIRE.

8.664. — M. A. FIÉ demande à M. le ministre de la Santé publique s'il lui sera possible de demander à ses conseillers techniques qualifiés et à l'Académie de médecine s'il ne serait pas opportun de rendre obligatoire la déclaration des cas de tuberculose dans le but d'obtenir simplement une meilleure organisation de la prophylaxie (par application de l'article 3 du décret-loi du 30 octobre 1935, rendant obligatoire la déclaration de certaines maladies contagieuses). *(Questions du 3 mars 1939.)*

Réponse. — La question de la déclaration obligatoire de la tuberculose a été examinée à l'occasion de la préparation du décret du 16 mai 1936 qui a arrêté la liste des maladies contagieuses soumises actuellement à déclaration ; elle a été ajournée, conformément aux avis des conseils techniques qualifiés.

(*J. O.*, 20 mars 1939.)

3° DÉCRET DU 21 DÉCEMBRE 1936

fixant les conditions de la déclaration des maladies contagieuses

Rapport

Le principe de la déclaration obligatoire par les médecins et sages-femmes de certaines maladies contagieuses a été posé par la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine et précisé dans son application par la loi du 15 février 1902.

Or, il est apparu que le fait de laisser aux seuls praticiens la responsabilité de la déclaration était de nature à contrarier les heureux effets que l'on était en droit d'attendre de cette mesure. Redoutant de manquer, par des scrupules peut-être excessifs, au secret professionnel un certain nombre de médecins s'affranchissent de l'obligation qui leur incombe.

C'est pour obvier à cet inconvénient que le décret-loi du 30 octobre 1935 a décidé d'associer la famille à la formalité de la déclaration ou, à défaut de la famille le principal occupant effectif des locaux où se trouve le malade.

D'autre part, sous l'empire de la loi de 1902, les déclarations étaient reçues par l'autorité publique, à charge pour elle d'en saisir les Services sanitaires. De là des retards inévitables dans l'application des mesures prophylactiques, qui, en matière d'épidémie, doivent intervenir dans le minimum de temps. Le décret-loi du 30 octobre 1935 a mis fin à cette situation en décidant que les déclarations seraient désormais adressées directement à l'autorité sanitaire dont les représentants sont énumérés par l'article 2 du projet ci-joint. La déclaration sera donc faite de médecin à médecin — en la personne de l'Inspecteur départemental d'hygiène ou du Directeur du Bureau d'hygiène — et ce n'est pas là un des moindres avantages de la nouvelle réglementation que de concilier le respect du secret professionnel avec la sauvegarde de la santé publique.

ARTICLE 1er. — Les cas de maladies contagieuses énumérées par l'article premier du décret du 18 mai 1936 pris en application de l'article 3 du décret-loi du 30 octobre 1935 sont obligatoirement déclarés à l'autorité sanitaire.

La déclaration est obligatoire :

— D'une part pour tout docteur en médecine qui a constaté l'existence d'une de ces maladies, dès qu'il a établi un diagnostic suffisant. En ce qui concerne les infections puerpérales, la même obligation incombe aux sages-femmes, lorsqu'elles ont présidé à l'accouchement sans l'assistance d'un docteur en médeciên.

— D'autre part pour le principal occupant — chef de famille ou d'établissement — des locaux où se trouve le malade, et à son défaut dans l'ordre ci-après pour le conjoint, pour l'ascendant, pour le plus proche parent du malade, ou pour toute autre personne résidant avec lui ou lui donnant des soins.

Art. 2. — L'autorité sanitaire chargée de recevoir les déclarations est représentée par l'Inspecteur départemental d'hygiène.

Dans les communes non dotées d'un bureau municipal d'hygiène la déclaration est adressée sous le couvert du Préfet à l'Inspecteur départemental d'hygiène.

Dans les communes où fonctionne un Bureau municipal d'hygiène la déclaration est adressée, sous le couvert du Maire au Directeur de ce Bureau ; celui-ci en informe dans les vingt-quatre heures l'Inspecteur départemental d'hygiène.

A Paris, la déclaration est faite à l'Inspecteur général des Services techniques d'hygiène à la Préfecture de police.

Art. 3. — La déclaration se fait à l'aide de cartes-lettres détachées de carnets à souches mis gratuitement à la disposition de tous les docteurs en médecine et sages-femmes.

Chaque carte-lettre comprend : un feuillet A réservé au médecin et un feuillet B réservé à la famille.

Sur chacun de ces feuillets sont inscrits la date de la déclaration, le nom du malade, l'indication du local contaminé, la nature de la maladie désignée par un numéro d'ordre suivant la nomenclature reproduite à la première page du carnet.

En outre, le feuillet B précise la qualité du déclarant, par rapport au malade.

Le médecin remplit le feuillet A et l'adresse à l'autorité qualifiée ; il remet le feuillet B à la famille ou à son représentant qui le remplit, le signe et en assure l'envoi.

Art. 4. — Il est tenu, dans chaque département, par l'Inspecteur départemental d'hygiène, un registre spécial où sont inscrits, pour chaque arrondissement et par ordre chronologique, les cas de maladie, la date de la déclaration, la désignation des localités et des immeubles où ils se sont produits.

A la fin de chaque mois, le registre est récapitulé sur un état qui est immédiatement transmis au ministre de la Santé publique.

Art. 5. — La déclaration de tout cas de décès consécutif à l'une des maladies contagieuses soumises à la déclaration *obligatoire* se fait dans les conditions fixées par les articles 1er, 2 et 3 du présent décret.

Art. 6. — Sera puni des peines portées à l'article 71 du Code pénal, quiconque, en dehors des cas prévus par l'article 21 de la loi du 30 novembre 1892, aura commis une contravention aux articles 1er et 5 du présent décret.

Art. 7. — L'arrêté ministériel du 10 février 1903 est abrogé à compter du 1er janvier 1937, date à partir de laquelle le présent décret entrera en application.

Déclaration des maladies contagieuses. — Autorité publique. — Secrétaire de mairie. — Secret professionnel. — Obligation

Les déclarations de maladies contagieuses faites par les médecins en application de l'art. 15 de la loi du 30 novembre 1892 présentent par leur nature un caractère confidentiel. L'obligation du secret professionnel n'est levée à l'égard de ces maladies que dans la mesure nécessaire aux communications qu'ils doivent adresser à l'autorité chargée de protéger la santé publique.

Ces communications conservent leur caractère secret aux mains des représentants de l'autorité auxquels elles parviennent. Le secrétaire de mairie, confident nécessaire du maire, ne peut donc divulguer ces faits, ni les communiquer à un tiers, fut-ce à un conseiller municipal.

(Cass. crim., 13 mars 1897. *C. M.*, 1897, 156.)

C. Déclaration des maladies professionnelles

La législation sur le risque professionnel ne s'applique qu'aux accidents survenus au lieu et au temps du travail, et non point aux maladies d'origine professionnelle. Il n'en va autrement que pour celles figurant sur une liste limitative dressée par la loi du 25 octobre 1919, celle du 1er janvier 1931, et les décrets des 12 décembre 1932 et 12 juillet 1936.

En dehors de ces maladies protégées, le médecin est obligé, aux termes de l'article 12 de la loi du 25 octobre 1919, de déclarer un certain nombre de maladies d'origine professionnelle, en vue d'une extension ultérieure de la protection légale. Ces maladies sont naturellement indemnisées sous le régime du droit commun, mais elles sont en instance de protection.

Loi du 25 octobre 1919

Art. 12. — En vue de la prévention des maladies professionnelles et de l'extension ultérieure de la présente loi, la déclaration de toute maladie ayant un caractère professionnel et comprise dans une liste établie par décret, après avis de la Commission supérieure, est obligatoire pour tout docteur en médecine ou officier de santé, qui en peut reconnaître l'existence » ;

Cette déclaration est adressée au ministre du Travail par l'intermédiaire de l'Inspecteur du travail et de l'ingénieur ordinaire des mines, et indique la nature de la maladie et de la profession du malade. Elle est faite à l'aide de cartes-lettres détachées d'un carnet à souches, circulant en franchise et gratuitement mises à la disposition des médecins ».

Notons enfin qu'il ne s'agit que d'une obligation purement morale et dépourvue de sanctions.

La liste des maladies pour lesquelles la déclaration doit être faite a été dressée et remaniée par le décret du 16 *octobre* 1935 :

Décret du 16 octobre 1935
relatif à la déclaration obligatoire des maladies d'origine professionnelle

Art. 1er. — Les cas de maladies ayant un caractère professionnel que les docteurs en médecine ou officiers de santé doivent déclarer aux termes de l'article 12 de la loi du 25 octobre 1919, en vue de la prévention des maladies professionnelles et de l'extension ultérieure de ladite loi, sont les suivants :

I. — Toutes les maladies ayant un caractère professionnel causées par

A. — *Agents chimiques*

1° Le plomb, ses alliages et ses combinaisons ;
2° Le mercure, ses amalgames et ses combinaisons ;
3° L'arsenic et ses combinaisons ;
4° Le phosphore, les phosphures, les chlorures de phosphore, l'hydrogène phosphoré et l'anhydride phosphorique ;
5° Le sulfure de carbone ;
6° L'acide chromique et ses combnaisons avec les métaux alcalins ;
7° Les sels de nickel ;
8° Le bioxyde de manganèse et la pyrolusite ;
9° Le zinc dans la fusion de ce métal, dans la fabrication de ses alliages et dans le travail au chalumeau de tôles galvanisées ;
10° Le fluor, l'acide fluorhydrique, les fluorures et les fluosilicates alcalins ;
11° Les dérivés halogénés des hydrocarbures de la série grasse, notamment le chlorure de méthylène, le chloroforme, le tétrachlorure de carbone, le tétrachloréthane, le di et le trichloréthylène, le bromure de méthyle ;
12° Le benzène et ses homologues (toluène, xylène), etc.) et leurs dérivés halogénés, nitrés et aminés, notamment les chloro-benzènes, les nitrobenzènes, le dinitro et le trinitrophénol (acide picrique), le dinitro et le trinitrotoluène, l'aniline et ses dérivés, le paraphénylène diaminé, les chloronaphtalènes ;
13° Les gaz et vapeurs irritants, asphyxiants, caustiques ou toxiques, notamment l'oxyde de carbone et ses combinaisons, le chlore et l'oxychlorure de carbone (phosgène), le brome, l'hydrogène sulfuré, le sulfhydrate d'ammoniaque, l'anhydride sulfureux, les vapeurs nitreuses, les vapeurs ammoniacales, l'acide cyanhydrique et les dérivés du cyanogène, l'aldéhyde formique (formol), l'acide sulfurique, l'acide chorhydrique, l'acide nitrique ;
14° Les peintures et vernis cellulosiques et autres peintures et vernis à séchage rapide dans leur application ;
15° Les alcalis caustiques et substances analogues, notamment la soude, l'ammoniaque, la chaux, les chaux hydrauliques, les ciments ;
16° Les brais, les goudrons, le bitume, l'asphalte, les huiles minérales, les paraffines et autres produits irritants pour la peau ou cancérigènes ;
17° La fabrication ou la manipulation de l'émétine, la quinine, la cocaïne et ses succédanés et les alcaloïdes de l'opium ;

B. — *Agents physiques*

18° Les radiations de courte longueur d'onde par rapport à la lumière, notamment les rayons X et les rayons ultra-violets ;
19° Le radium et les autres substances radio-actives ;
20° Les variations brusques de pression de l'air en dehors des cas considérés comme accidents du travail ;

C. — *Agents végétaux*

21° Les bois exotiques irritants ;

D. — *Agents animés*

22° La bactéridie charbonneuse, le bacille de la morve, le spirochète *ictéro-hémorragique*, *le bacille* du tétanos et les brucellæ, en dehors des cas considérés comme accidents du travail ;
23° L'ankylostome.

II. — Les cas professionnels

1° De dermatoses chroniques ou récidivantes, autres que celles déclarées du chef d'une des causes sus-énumérées ;
2° D'affections pulmonaires déterminées par l'inhalation de poussières d'origine minérale, végétale ou animale, notamment les pneumokonioses causées par les poussières siliceuses, argileuses, calcaires, sidéreuses et charbonneuses et par les poussières de coton, de laine et de crin ;
3° D'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané de la main ou du genou (main battue, genou battu) et d'inflammation de la gaine synoviale et des gaines tendineuses de l'articulation du poignet causées par les attitudes particulières nécessitées par le travail ; d'arthrites chroniques du membre supérieur causées par less ecousses des marteaux pneumatiques ;
4° De surdité causée par les bruits industriels chez les chaudronniers, les riveurs et les batteurs de cuir ;
5° D'affections oculaires causées par les sources industrielles intenses de chaleur et de lumière, les vapeurs irritantes ou caustiques et les poussières ;
6° De nystagmus, notamment chez les mineurs.

NOTE. — *Les maladies visées par ce décret devant faire l'objet d'une extension ultérieure de la protection légale, sont actuellement par définition même exclues de cette protection. Les victimes de ces affections ne peuvent donc être soignées qu'au titre des Assurances sociales ou du droit commun.*

D. Déclarations de décès

Code civil

ART. 77. — Aucune inhumation ne sera faite sans une autorisation sur papier libre et sans frais, de l'officier de l'état-civil qui ne pourra la délivrer qu'après s'être transporté auprès de la personne décédée, pour s'assurer du décès, et que vingt-quatre heures après, hors les cas prévus par les règlements de police.

Note. — *En fait, dans un grand nombre de localités, les maires désignent pour remplir cette fonction un ou plusieurs médecins de l'Etat-civil. Les honoraires de ces médecins devraient d'ailleurs être supportés non par la famille, mais bien par la commune.*

ART. 81. — Lorsqu'il y aura des signes ou indices de mort violente, ou d'autres circonstances qui donneront lieu de le soupçonner, on ne pourra faire l'inhumation qu'après qu'un officier de police, **assisté d'un docteur en médecine ou en chirurgie**, aura dressé procès-verbal de l'état du cadavre, et des circonstances y relatives, ainsi que des renseignements qu'il aura pu recueillir sur les prénoms, nom, âge, profession, lieu de naissance et domicile de la personne décédée.

Code pénal.

ART. 43. — Le Procureur de la République se fera accompagner, au besoin, d'une ou deux personnes présumées, par leur art ou profession, capables d'apprécier la nature et les circonstances du crime ou délit.

ART. 44. — S'il s'agit d'une mort violente ou d'une mort dont la cause soit inconnue et suspecte, le Procureur de la République se fera assister d'un ou de deux officiers de santé, qui feront leur rapport sur les causes de la mort et sur l'état du cadavre.

Les personnes appelées, dans le cas du présent article et de l'article précédent, prêteront devant le Procureur de la République le serment de faire leur rapport et de donner leur avis en leur honneur et conscience.

CIRCULAIRE DU GARDE DES SCEAUX EN DATE DU 20 JUILLET 1937

sur la déclaration des décès

Aux termes de l'art. 77 du Code civil, aucune inhumation ne peut être faite sans l'autorisation de l'officier de l'état-civil, qui doit se transporter près de la personne décédée et constater le décès. Mais, dans la pratique, cette formalité est remplie par le médecin de l'état civil qui a été institué à Paris, et son intervention réglementée par un arrêté du 31 décembre 1821. Pour la province, une Circulaire du ministère de l'Intérieur du 24 décembre 1866 a prescrit aux Maires de toutes les communes de déléguer un ou plusieurs médecins dans le même but. En effet, le médecin est plus particulièrement qualifié par ses connaissances professionnelles pour « relever les signes ou indices de mort violente » et provoquer le refus du permis d'inhumer, en application de l'art. 81 du Code civil.

Ainsi le médecin d'état civil constate les décès. Mais en règle générale, il s'abstient quand la mort est survenue dans un hôpital, bien que cette exception ne soit pas prévue par la loi. On s'explique que cet usage se soit instauré en raison des garanties morales et de savoir que présentent les chefs de service des établissements hospitaliers, qu'on a voulu soustraire au contrôle de confrères souvent moins autorisés qu'eux. Un très grave inconvénient s'ensuit : les chirurgiens et médecins des hôpitaux, dont les clientes sont mortes des suites de manœuvres abortives, ne peuvent, par respect du secret professionnel, dénoncer le délit qu'ils ont constaté et qui reste ainsi impuni. Aussi, pour se mettre à l'abri de toute poursuite, les professionnels de l'avortement ont-ils coutume, lorsqu'ils ont des clientes en danger, de les envoyer mourir à l'hôpital.

Cette situation est le résultat, non d'une mauvaise application des lois existantes, mais d'un usage qu'il appartient aux autorités compétentes de réformer. Il importe donc que dans les localités où il existe un service de l'état civil, un médecin, ayant donné des soins à une avortée décédée, c'est-à-dire lié vis-à-vis d'elle par le secret professionnel, ne puisse, en aucun cas, même dans un hôpital, délivrer le certificat en vue du permis d'inhumer ; qu'en conséquence le médecin de l'état civil ait seul qualité pour délivrer ce certificat pour les femmes décédées dans des services d'accouchement et de gynécologie et dans ceux de chirurgie qui reçoivent des femmes hospitalisées pour fausses-couches.

Dans les communes où il n'existe pas de méde-

cin d'état-civil, c'est le médecin traitant qui provoque la délivrance du permis d'inhumer. Mais son devoir serait de refuser ce permis quand il a acquis la preuve, soit par ses constatations personnelles, soit par l'aveu de la mourante, qu'il s'agit d'un avortement provoqué par un tiers. Or certains praticiens passent outre et empêchent ainsi, par leur silence, la recherche des coupables. Il devra donc être rappelé par les autorités compétentes à tous les médecins, tant à ceux des hôpitaux qu'aux autres, qu'ils n'ont pas le droit, en présence d'un décès survenant après un avortement pratiqué par une tierce personne, de délivrer le certificat en vue du permis d'inhumer, car en le délivrant, ils couvriraient l'infraction.

Décret-loi du 30 octobre 1935

sur la déclaration des maladies contagieuses

Art. 2. — « Les causes de tout décès dû à l'une des maladies figurant sur la liste prévue à l'art. 3 doivent être déclarées à l'autorité sanitaire dans les conditions prévues à l'art. 1er ci-dessus ».

Note. — *Voir ci-dessus*, p. 12.

Circulaire du 1er janvier 1937

relative à la déclaration des causes de décès

Une Circulaire du ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, du 19 juillet 1926 a déchargé les municipalités de l'établissement des tableaux concernant la statistique des causes de décès. Une seconde Circulaire du 17 janvier 1927 a attiré votre attention sur les efforts à accomplir pour obtenir plus d'exactitude dans la désignation des causes de décès figurant sur les bulletins d'état-civil envoyés trimestriellement à la statistique générale de la France.

Après une amélioration passagère, en 1927, le nombre des causes de mort non précisées n'a cessé de s'accroître, s'élevant de 70.000 en 1927, à 113.000 en 1933 ; soit, pour cette dernière année, 17 p. 100 du total des décès enregistrés.

Une bonne statistique des causes de décès est cependant indispensable pour apprécier avec quelque sûreté l'état sanitaire du pays, pour diriger avec efficacité la lutte contre les maladies, pour mesurer avec précision les résultats obtenus. Sa valeur repose essentiellement sur la déclaration de la cause de décès par les médecins traitants, nécessité qui doit être conciliée avec les obligations légales et morales imposées par le secret professionnel.

Depuis le 1er janvier 1929, un essai a été poursuivi dans cinq départements (Aisne, Hérault, Saône-et-Loire, Seine-et-Marne, Tarn-et-Garonne). Grâce à l'action des inspecteurs départementaux d'hygiène et à l'aide bienveillante des médecins traitants, la proportion des causes de mort non désignées s'est abaissée, dans ces cinq départements, au dessous de 5 p. 100. Les résultats ainsi obtenus, qui ne peuvent que s'améliorer dans l'avenir, ont fait décider l'application au territoire tout entier d'une méthode voisine de celle qui est en usage depuis plusieurs années dans les cinq départements ci-dessus désignés.

Voici les principes généraux de la méthode qui devra être appliquée *à partir du* 1er juillet 1937, *dans toutes les communes sans exception* :

1° Le service départemental de l'Etat civil sera placé sous l'autorité du médecin inspecteur départemental d'hygiène ;

2° Les bulletins de décès, bulletins verts, au lieu d'être transmis par les municipalités à la fin de chaque trimestre, seront envoyés, *sans délai*, au médecin inspecteur départemental d'hygiène, au fur et à mesure de l'enregistrement du décès ;

3° Chaque bulletin de décès sera accompagné d'un certificat de décès (dont vous trouverez ci-joint le modèle), *rédigé par le médecin traitant, clos par lui*, et rendu entièrement confidentiel par les deux mesures suivantes : impression en noir du certificat, au verso de l'emplacement où figure la cause de décès déclarée par le médecin ; séparation de l'en-tête du certificat, portant le nom du décédé par l'employé de l'état civil, *qui rend ainsi le certificat anonyme*, après y avoir inscrit le numéro d'ordre du décès (1) ;

4° Le médecin-inspecteur d'hygiène transcrit sur le bulletin vert de décès, la cause de mort qui figure sur le certificat médical correspondant. Lorsque les indications figurant sur le certificat médical lui paraissent insuffisantes, ou lorsqu'il n'est pas joint de certificat médical, il s'efforce par tous les moyens dont il dispose (correspondance avec le médecin traitant, le médecin chargé de la constatation du décès), d'obtenir la désignation aussi exacte et complète que possible de la cause de mort.

Il détache ensuite la partie supérieure du bulletin vert de décès, qui porte le nom du décédé. Il garantit ainsi l'anonymat des bulletins

(1) *Condition essentielle* : le numéro doit figurer à la fois sur le bulletin vert de décès et sur le certificat médical du décès. L'employé de l'Etat civil doit s'assurer de cette concordance.

destinés à la statistique. Il conserve des bulletins de décès classés, en vue de leur envoi *chaque trimestre* à la statistique générale de la France.

5° Rien n'est changé aux prescriptions réglementaires concernant les autres bulletins d'état civil (naissances vivantes, mort-nés, mariages, divorces, etc.). En particulier, leur transmission demeure assurée par les mairies à la fin de chaque trimestre dans les délais réglementaires. Cette transmission actuellement faite par l'intermédiaire des sous-préfctures, sera effectuée directement à l'avenir, par les mairies à la préfecture (inspection départementale d'hygiène). Sur le bordereau communal trimestriel, *le maire inscrira le nombre total des décès du trimestre,* bien que ces bulletins envoyés au jour le jour ne soient pas joints à l'envoi trimestriel. Cette indication est *indispensable* pour que le médecin inspecteur d'hygiène s'assure qu'il a reçu tous les bulletins de décès du trimestre pour toutes les communes du département ;

6° A la fin de chaque trimestre, le médecin inspecteur d'hygiène ayant centralisé tous les bulletins d'état civil, rédigés durant le trimestre dans toutes les communes du département, établit le bordereau récapitulatif départemental, et envoie bulletins et bordereaux à la statistique générale de la France dans le délai prescrit par les circulaires antérieures.

J'espère que le Corps médical tout entier prêtera son concours dévoué à la nouvelle méthode déjà longuement expérimentée, et qui permet de concilier le secret professionnel des médecins traitants avec la nécessité urgente d'une bonne statistique des causes du décès. D'autre part, le médecin inspecteur départemental d'hygiène aura ainsi connaissance, dans le délai le plus court, de tous les décès dus aux maladies transmissibles, pour lesquelles il convient de prendre des mesures destinées à prévenir leur extension.

Je vous remets, avec la présente Circulaire, trois exemplaires des nouveaux bulletins verts de décès et des certificats bleus de décès. Ces derniers doivent être remplis par le médecin traitant. Ils seront fournis par le service départemental d'hygiène aux médecins et aux mairies en quantité suffisante pour que les déclarations se fassent très régulièrement et pour que bulletins et certificats de décès parviennent sans retard au médecin inspecteur.

J'ajoute un exemplaire de la Circulaire du bulletin et du certificat de décès pour chaque sous-préfecture de votre département.

Les municipalités pourront utiliser leur stock de bulletins de décès jusqu'au 30 juin 1937, dernier délai.

A partir du 1er juillet 1937, *toutes les communes sans exception, devront appliquer la nouvelle méthode prescrite par la présente Circulaire et n'utiliser, avec les certificats de décès, fournis par le service départemental d'hygiène, que les bulletins de décès, à l'entête détachable, du nouveau modèle.*

Circulaire modificative du 15 décembre 1937

La Circulaire du 1er janvier 1937 sur la déclaration des causes de décès s'étant heurtée à quelques difficultés d'application, j'ai estimé, après entente avec mes collègues des ministères intéressés, qu'il était nécessaire d'apporter certains aménagements à des modalités d'exécution.

Le système de déclaration qu'elle a réglementé repose sur l'emploi simultané d'un certificat médical de décès (carte bleue), et d'un bulletin d'état civil (vert). Aucun changement n'est apporté à la contexture du certificat médical de décès.

Au contraire, je décide qu'à l'avenir l'en-tête détachable du bulletin de décès sera supprimé. En attendant la réimpression des nouveaux modèles ainsi modifiés, les bulletins actuellement en service pourront être utilisés, sous réserve d'enlever avant usage, la partie détachable qui mentionne les noms et prénoms du décédé.

Vous voudrez bien notifier à l'inspecteur d'hygiène de votre département qu'il a le devoir strict de détruire le certificat médical de décès (carte bleue), dès qu'il aura porté sur le bulletin vert la mention de la cause de décès. D'autre part, il y a lieu de rappeler à ce chef de service qu'il est soumis aux obligations qui résultent de l'article 378 du Code pénal et qu'il doit, en outre, s'interdire d'une manière absolue, de rechercher l'identité des défunts. En particulier, il doit s'abstenir, pour obtenir ces précisions, de demander aux mairies communication des registres de l'Etat civil.

Note. — *Une Circulaire ministérielle n'ayant pas le pouvoir d'abroger fut-ce partiellement une disposition du Code pénal, les médecins n'ont pas à se soumettre à la formalité de la déclaration des causes de décès, même rectifiée conformément à la Circulaire du* 15 *décembre* 1937.

En effet le médecin inspecteur d'hygiène est un tiers au regard du médecin traitant, et il n'est d'autre part pas lié à l'égard de l'Administration par l'art. 378 *du Code pénal. Il doit au contraire se conformer à l'art.* 29 *du Code d'instruction cri-*

minelle d'après lequel « toute autorité constituée, « tout fonctionnaire ou officier public, qui, dans « l'exercice de ses fonctions, acquerrera la connais- « sance d'un crime, ou d'un délit sera tenu d'en « donner avis sur le champ, au Procureur de la « République... et de transmettre à ce magistrat « tous les renseignements, procès-verbaux, et actes « qui y sont relatifs. »

Seule une loi pourrait donc imposer ou même seulement recommander aux médecins de manière valable la déclaration des causes de décès.

Nous donnons ci-dessous le texte de deux avant-projets de loi établis le premier par le Docteur P. Boudin, secrétaire général du Sou Médical, le second par la Confédération des Syndicats médicaux.

1° Projet présenté par M. le Dr Boudin

ARTICLE PREMIER. — *Ajouter* in fine *à l'article 77 du Code civil : « ..... et sur le vu d'un certificat d'un médecin attestant la réalité et la constance de la mort. »*

ART. 2. — *La loi du 30 novembre 1892 est complétée comme suit : Article 15, § 3 : « Tout docteur en médecine, officier de santé, ou sage-femme est également tenu de faire au médecin inspecteur directeur des services départementaux d'hygiène, la déclaration, dans les trois jours, de la cause exacte de chaque décès qu'il a constaté, ainsi que des circonstances ou anamnestiques utiles.*

Cette déclaration, faite dans les formes déterminées par un règlement d'administration publique rendu dans les six mois à dater de la promulgation de la présente loi, ne pourra, en aucun cas, constituer, pour le signataire, une violation de l'article 378 du Code pénal.

Il est formellement interdit à quiconque ne réunissant pas à la fois le grade de docteur en médecine et les fonctions de directeur départemental des services d'hygiène, de faire état, ni usage de la teneur des dites déclarations, sous peine d'une amende de 500 à 2.000 francs et d'un emprisonnement, de quinze jours à six mois ou de l'une de ces deux peines seulement.

ART. 3. — *L'article 21 de la loi du 30 novembre 1892 est modifié comme suit :*

Le docteur en médecine, l'officier de santé, ou la sage-femme, qui n'aurait pas fait la déclaration prescrite par l'article 15 sera puni d'une amende de 50 à 200 francs.

ART. 4. — *Les dispositions de l'article 29 du Code d'instruction criminelle ne sont pas applicables aux médecins directeurs départementaux ou municipaux d'hygiène, en matière de déclarations médicales des causes exactes des décès.*

La teneur de ces déclarations doit rester secrète et ne peut en aucun cas, être communiquée à qui que ce soit, par le médecin destinataire.

Note. — *Le règlement d'administration publique prévu à l'article 2 déterminera d'autre part : la forme et le libellé du certificat, les modalités de l'envoi, la personnalité du destinataire, la destination ultérieure du certificat (destruction après dépouillement, etc.)*

Il spécifiera en outre que la délivrance de ces déclarations donne droit à des honoraires médicaux à la charge des familles, ou en cas d'indigence à la charge du service de l'A. M. G.

2° Avant-projet de loi présenté par la Confédération

ART. 1er. — La déclaration des causes de décès est obligatoire pour le médecin traitant ou pour le médecin ayant constaté le décès.

ART. 2. — La personne qui fait la déclaration du décès prescrite par l'article 78 du Code civil doit, dans un délai de vingt-quatre heures, faire connaître au maire de la commune où le décès a eu lieu le nom et l'adresse du médecin qui a soigné le défunt ou de celui qui a constaté le décès.

Le maire communique immédiatement ces renseignements au médecin-inspecteur départemental d'hygiène qui est, dans chaque département, le seul fonctionnaire qualifié pour recueillir auprès du médecin traitant ou du médecin ayant constaté le décès l'indication des causes du décès.

ART. 3. — La déclaration prévue à l'article 1er n'a d'autre but que de permettre une statistique exacte des causes de décès et d'apprécier leur importance respective.

Le médecin traitant qui satisfait aux obligations que lui impose la présente loi est délié du secret professionnel défini par l'article 378 du Code pénal.

Le médecin-inspecteur départemental d'hygiène et d'une manière générale tout dépositaire de renseignements dont il a eu connaissance à l'occasion de la déclaration des causes de décès sont tenus envers tous au secret professionnel et sont, en outre, soustraits aux obligations résultant de l'article 29 du Code d'instruction criminelle.

ART. 4. — Les correspondances nécessitées par l'application de la présente loi bénéficient de la franchise postale, à condition d'être échangées par le moyen de cartes-lettres conformes aux modèles qui seront arrêtées par le ministre de la Santé publique et par le ministre des Postes.

ART. 5. — Les frais d'imprimés qui résultent de la déclaration des causes de décès sont com-

pris dans les dépenses de fonctionnement de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique.

Art. 6. — Un règlement d'administration publique déterminera les conditions d'application de la présente loi.

Note. — *Dans sa rédaction actuelle ce projet de texte législatif soulève les objections suivantes :*

1° *L'art. 1er est trop général et relève le médecin du secret professionnel, en matière de cause de décès, à l'égard de tous. Il y aurait lieu au contraire de limiter étroitement la dérogation au principe de l'art. 378, et de ne rendre obligatoire la déclaration qu'à l'égard du médecin inspecteur d'hygiène.*

2° *L'art. 2 laisse subsister l'obligation pour le maire de se conformer aux art. 77 et 81 du Code civil, et 44 du Code d'instruction criminelle, c'est-à-dire l'obligation de se transporter auprès de la personne décédée et de constater l'état de mort. Il risque donc d'y avoir conflit d'attribution. D'autre part cet article supprime en fait les médecins d'état civil, et ne prévoit aucune rémunération pour le praticien appelé à constater le décès. Enfin aucune peine n'est prévue pour sanctionner l'obligation légale.*

3° *L'article 3, comme l'article 1er, est trop général, en déliant le médecin traitant purement et simplement du secret professionnel. Il y a lieu de préciser que cette dérogation est purement limitée et n'a d'effet qu'à l'égard des services d'hygiène.*

Le Gérant : R. THIRON — CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

SUPPLÉMENT MENSUEL — N° d'ordre : 18 — JUIN 1939

LE CONCOURS MÉDICAL

DOCUMENTATION PROFESSIONNELLE PERMANENTE

DU MÉDECIN PRATICIEN

TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

SOMMAIRE

• BULLETIN DU MOIS •

Le nouveau Tarif des Accidents du Travail

Bien que faisant l'objet d'un arrêté ministériel du 5 mai dernier, le tarif ministériel des accidents du travail établi en application de la nouvelle loi sur le risque professionnel du 1er juillet 1938 n'a été publié au Journal Officiel *que le 18 mai, donc trop tard pour que nous ayons pu le faire paraître dans notre Supplément de mai. Nous nous excusons de ce léger retard auprès de nos lecteurs.*

Pourquoi tout d'abord un nouvau tarif ? C'est que la récente réforme de la loi de 1898 a apporté en matière de frais médicaux quelques innovations. Rappelons que la principale fut l'attribution d'honoraires au Corps médical hospitalier. Le principe admis, il restait à en fixer le montant. Se conformant à l'esprit même du texte, l'arrêté ministériel a étendu purement et simplement au cas de l'hospitalisation le tarif des soins à domicile ou au cabinet du médecin, sous quelques réserves qui d'ailleurs s'imposaient. Les honoraires reviennent en propre aux médecins et chirurgiens, mais, la loi n'ayant pas dérogé aux principes du droit administratif, il semble bien qu'il appartiendra à la Commission administrative de l'hôpital, et à elle seule, d'en recouvrer le montant contre les collectivités débitrices.

Notons en outre, comme nouveauté, le tarif des soins dispensés par les infirmiers diplômés d'Etat, les modifications apportées en matière d'anesthésie, d'électrologie (recherche de la chronaxie), de kinésithérapie, d'examens biologiques (application du tarif des frais pharmaceutiques), et de frais de déplacement (nouvelle liste des localités donnant lieu à des majorations).

Le nouveau tarif s'applique à tous les actes médicaux accomplis à dater du 1er janvier 1939. Toutefois les honoraires déjà réglés ne donneront pas lieu à rappel.

Nous rappelons que la parution de nos suppléments mensuels est suspendue pendant les mois de vacances. Elle reprendra donc fin octobre, avec la la publication du barème d'invalidité en matière d'accident du travail, établi par un récent décret en date du 24 mai dernier (J. O., 8 juin).

Jean MIGNON

TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Tarif

Arrêté du 5 mai 1939

TITRE Ier

Dispositions générales et tarification des actes fondamentaux

Article 1er. — **Le prix de la visite ou de la consultation est fixé à 17 francs.**

Ce prix comprend les différents procédés d'examens courants : toucher rectal ou vaginal, examen au spéculum et les petits actes techniques tels que : pansements, massages, injections hypodermiques, pointes de feu, ventouses.

Pour les médecins spécialisés en urologie, oculistique, oto-rhino-laryngologie, stomatologie et électro-radiologie, ce prix est de 22 fr. 50.

Article 2. — Les visites faites au domicile du blessé, qui ne peut se présenter à la consultation sans inconvénient pour sa santé donnent lieu aux indemnités de déplacement suivantes :

1° A l'intérieur de la commune, quelle que soit la distance :

a) Dans les villes de 100.000 habitants et au-dessus et leur banlieue (voir annexe n° 1), **4 francs** par visite ;

b) Dans les villes de 50.000 à 100.000 habitants, **2 francs** par visite ;

c) Dans toute commune au-dessous de 50.000 habitants, **1 franc** par visite ;

2° En dehors de la commune, au lieu des indemnités forfaitaires ci-dessus : **1 fr. 50** par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, sauf les cas prévus ci-après :

a) Départements et localités visés à l'annexe (2° *a*) (1), **1 fr. 80** ;

b) Départements et localités visés à l'annexe (2° *b*) (2) **2 fr. 25** ;

c) Déplacements ou, par manque de viabilité ou excès d'intempéries (neige), le médecin est obligé de parcourir plus d'un kilomètre à pied : par kilomètre parcouru à pied : **5 francs** ;

Les fractions inférieures ou égales à 500 mètres ne comporteront pas d'indemnité horo-kilométrique ; les fractions supérieures à 500 mètres seront tarifées comme un kilomètre.

Cette indemnité s'entendra de la mairie du domicile du médecin au domicile du malade.

En principe, elle n'est due qu'autant que le médecin et le blessé habitent deux communes différentes, sauf l'exception ci-après :

Lorsque le blessé et le médecin habitent deux agglomérations ou groupes d'habitations différents situés sur le territoire d'une même commune et que la distance entre le domicile du médecin et celui du blessé est supérieure à un kilomètre, l'indemnité kilométrique est décomptée, par dérogation au paragraphe ci-dessus, d'après la distance qui sépare les deux domiciles considérés.

Cette indemnité ne pourra toutefois excéder l'indemnité attribuable au médecin le plus rapproché.

Lorsque le médecin utilise son passage dans la résidence du blessé, sans se déplacer exclusivement pour lui, il n'a droit qu'à la moitié de l'indemnité horo-kilométrique correspondant à la distance entre le domicile du blessé et le domicile du médecin le plus rapproché.

L'indemnité horo-kilométrique sera applicable au spécialiste appelé en consultation, mais elle ne saurait excéder l'indemnité attribuable au spécialiste de même catégorie le plus rapproché.

Article 3. — **Le prix de la visite est augmenté de 50 pour 100 :**

a) Lorsqu'elle doit avoir lieu à une heure fixe, dans les cas prévus par le douzième alinéa de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifiée par la loi du 1er juillet 1938 ;

b) Lorsqu'elle est nécessitée par un cas urgent, les dimanches et jours fériés.

Lorsque plusieurs des visites susvisées auront lieu au cours d'un même rendez-vous, le prix de la première sera seul majoré de 50 p. 100.

Article 4. — **Le prix de la visite**, non compris l'indemnité de déplacement ou de la consultation **est triplé**, lorsque, dans les cas graves et pressants, elle doit avoir lieu entre vingt et une heure et six heures.

Article 5. — Lorsque, dans des cas graves et pressants, un confrère doit être appelé en consultation, le prix de la consultation équivaudra au prix de trois visites ou consultations, tant pour le médecin traitant que pour le médecin appelé en consultation. Le tarif horo-kilométrique sera appliqué en plus, s'il y a lieu.

Article 6. — Lorsque la visite doit être suivie d'une surveillance prolongée dans l'éventualité

---

(1) (2) Voir annexe, page 17.

de complications menaçant la vie, chaque demi-heure de surveillance exercée par le médecin lui-même équivaut à une consultation de plus, dans la limite d'un maximum de cinq consultations.

Article 7. — Lorsque, au cours du traitement, le médecin traitant estime nécessaire soit la consultation, la visite ou toute intervention d'un spécialiste, soit une série d'interventions à tarif spécial, il doit en **donner avis préalable, par lettre recommandée**, à l'employeur ou à son assureur substitué ; dans les cas d'urgence, la notification devra être faite aussitôt après la consultation, la visite ou l'intervention du spécialiste ou après la première des interventions susvisées (1).

Article 8. — Le prix des actes opératoires faits la nuit, en cas d'urgence, sera majoré de 25 p. 100, tant pour le chirurgien que pour les aides ou l'anesthésiste.

Article 9. — Aucune opération mutilante, ou de grande chirurgie ne pourra être décidée, sauf le cas d'urgence, **après avis, par lettre recommandée du médecin traitant**, à l'employeur ou à son assureur substitué.

En cas de divergence, on recourra à l'avis d'un troisième médecin choisi d'accord avec le blessé, le médecin traitant et le médecin de l'employeur ou de son assureur substitué.

Dans les cas urgents, le médecin traitant décide, puis avise aussitôt l'employeur ou son assureur substitué de l'opération effectuée et des causes de l'urgence.

Article 10. — Le tarif de l'opération ne comprend que le tarif de l'acte opératoire et non les visites, consultations ou interventions consécutives à cet acte.

En cas d'interventions chirurgicales comportant plusieurs opérations concomitantes effectuées dans la même séance, l'opération la plus importante est seule complète au tarif plein, les autres sont comptées à demi-tarif.

Article 11. — Pour les interventions chirurgicales, la rémunération de tout aide docteur en médecine ou officiers de santé est fixée à 80 francs plus l'indemnité horo-kilométrique de déplacement s'il y a lieu.

Au cas où la présence d'un second aide serait nécessaire l'opérateur devra produire une justification technique.

Article 12. — L'anesthésie locale, superficielle ou profonde est comprise dans tous les prix du présent tarif.

*L'anesthésie des plexus d'origine et l'anesthésie rachidienne donnent toujours lieu à un honoraire de 80 francs.

*L'anesthésie générale donne lieu à un honoraire de 80 francs à conditions qu'elle soit pratiquée par un médecin autre que l'opérateur.

Article 13. — **Les opérations de petite, de grande chirurgie et de spécialités sont tarifées aux articles suivants. Les prix qu'elles comportent ne peuvent se cumuler avec le prix de la visite ou de la consultation.**

Article 14. — Dans le cas de blessures ou d'actes médicaux multiples, hors le cas de pansements sur un même membre (1), chaque acte est tarifé à part, sous réserve, en cas d'intervention chirurgicale de l'application du deuxième paragraphe de l'article 10. Exemple :

Une fracture de bras et une fracture de jambe.

Article 15. — Les interventions — mais non pas les visites et consultations — qui font l'objet des tarifs de chirurgie ou de spécialités, même si elles sont effectuées par des médecins de pratique générale, seront rémunérées au tarif où elles sont inscrites dans chacune des catégories techniques.

TITRE II

Petite chirurgie et chirurgie élémentaire des plaies et traumatismes

Article 16

Pansements

Pansements multiples sur des membres différents (2), chacun	17 »
Avec maximum de 50 francs	
Pansements multiples sur le même membre (2)	22 »

Pansements de brûlures (2) :

Petite et moyenne brûlure (un ou deux doigts ou orteils, main, pied ou surfaces comparables)	17 »
Brûlure comprenant deux segments de membre ou un segment de membre, avec partie adja-	

(1) Cet avis préalable s'impose également à tout spécialiste ayant à pratiquer une série d'interventions à tarif spécial ; il n'agit plus alors en effet, comme médecin consultant ou opérateur, mais devient lui-même nu médecin traitant.

(2) Chaque membre, comprend trois segments, bras, avant-bras, main ; cuisse, jambe, pied. Les articulations ne constituent pas un segment de membre, mais n'en sont que les extrémités.

(1) Chaque membre comprend trois segments, bras, avant-bras, main ; cuisse, jambe, pied. Les articulations ne constituent pas un segment de membre, mais n'en sont que les extrémités.

(2) Le pansement de brûlure étant une intervention à tarif spécial, avis préalable doit être donné à l'employeur ou à son assureur substitué de toute série de pansements de brûlures à prévoir, ainsi qu'il est prescrit à l'article 7 ci-dessus.

cente du tronc ou surface équivalente .... 30 »

Brûlure moyenne de la face (étendue comparable à la paume de la main... .... 30 »

Grande brûlure :

a) Comprenant les trois segments d'un membre ou surface comparable........ .... 50 »

b) Brûlure de la majeure partie de la face ou du tronc........... 50 »

c) Deux membres............ 75 »

Vaste brûlure (1) au premier degré. 50 »

Vaste et profonde brûlure au deuxième degré et au-dessus......... 100 »

Pansements rares d'ulcères variqueux à la colle de Unna ou appareillage, silicaté, etc........... 30 »

Lorsque les brûlures, quelle que soit leur étendue, sont du premier degré (flambée), le prix est diminué de 50 p. 100.

Injections sous-cutanées

De sérum physiologique............. 25 »

De sérum antitétanique :

En une seule fois............... 22 »

En plusieurs fois (Besredka)...... 28 »

Traitement par infiltrations anesthésiques (méthode de Leriche)

a) Périarticulaires pour entorse ou séquelles de traumatisme.......... 50 »

b) Périartérielles pour œdèmes ou troubles sympathiques........... 100 »

c) Périganglionnaire nerveux (ganglion lombaire, stellaire)......... 120 »

Injections intraveineuses

De sérum ou de médicaments :

Isolées... .... 30 »

En séries.................... 25 »

Pratiques hématiques

Prise de sang pour analyses......... 22 »

Saignée .... 40 »

Transfusion de sang :

De moins de 100 centimètres cubes 120 »

Massive.... .... 600 »

(non compris l'indemnité au donneur).

Ponction d'abcès froids de la fosse iliaque et ponction lombaire...... 60 »

Ponction de la plèvre avec évacuation 80 »

Ponctions

Ponction exploratrice.. .... 22 »

Ponction d'abcès froids, avec ou sans injection modificatrice :

En série........................ 25 »

Isolée......................... 30 »

Ponction du genou (au trocart ou au bistouri)..................... 70 »

Ponction d'ascite.................. 50 »

Ponction de la vessie.............. 90 »

Ponction de la vaginale............ 40 »

Ponction de la vaginale avec injection modificatrice.............. 80 »

Pneumothorax

Sous contrôle de la radioscopie et y compris ce contrôle :

Le premier.................... 200 »

Les suivants.................. 100 »

Petites interventions courantes

Cathétérisme évacuateur de la vessie....................... ... 28 »

Lavage de la vessie :

Le premier................... 30 »

Les suivants.. .... 25 »

Taxis.......................... 35 »

Epistaxis, tamponnement postérieur des fosses nasales............... 35 »

Traitement de l'asphyxie (avec traction rythmée de la langue, respiration artificielle, etc., sans cumul avec les dispositions de l'article 6 ci-dessus)..... .... 55 »

Article 17

Suture simple de la peau........... 27 »

Sutures multiples sur un même membre ou parties voisines du corps... 40 »

Régularisation, épluchage et suture (1) d'une plaie contuse superficielle ou d'une petite plaie de la main ou du pied...................... 40 »

Régularisation, épluchage et suture d'une plaie contuse étendue et profonde, mais n'intéressant ni les tendons, ni les troncs nerveux....... 100 »

---

(1) Au fur et à mesure des progrès de la cicatrisation, la plaie diminuant d'étendue, il va de soi que les catégories de pansements suivent la même diminution. On doit entendre par vaste brûlure toute brûlure dont la surface ou les surfaces additionnées forment une superficie totale supérieure à celle de deux membres. Toute plaie survenant après la cicatrisation d'une ancienne brûlure ne peut plus être considérée comme une brûlure et son pansement est tarifé comme pansement simple.

(1) Par ces expressions, il faut entendre une opération nécessitant habituellement une anesthésie générale ou régionale (article 12 du tarif) et qui comporte le nettoyage de la plaie, la régularisation au bistouri ou aux ciseaux, l'excision de tous les tissus morts ou voués à la mortification, l'hémostase et la suture. Pareille opération a pour but de transformer une plaie contuse en une plaie bordée de tissus vivants et de chercher, par la suture primitive, une réunion par première intention.

Régularisation, épluchage et suture d'une plaie des doigts ou des orteils, avec suture des tendons extenseurs ou lésions ostéo-articulaires....... 110 »
Suture du tendon d'Achille......... 200 »
Ligature dans la plaie des deux bouts des artères : radiale, cubitale, humérale, faciale, temporale, arcades palmaires et plantaires superficielles, tibiale, péronière, poplitée, axillaire, fémorale............... 170 »
Extraction de corps étrangers superficiels, visibles ou palpables....... 20 »
Extraction de corps étrangers superficiels mais non visibles et palpables......................... 35 »
Extraction de corps étrangers profonds ne nécessitant pas la localisation radiologique.............. 55 »
Extraction de corps étrangers profonds nécessitant un repérage radiologique.................... 120 »
Extraction de corps étrangers profonds effectuée sous écran........ 300 »
Amputation ou désarticulation d'un doigt ou d'un orteil :
Partielle........................ 75 »
Totale........................ 150 »
(avec ou sans une partie du métacarpien ou du métatarsien).
Amputation ou désarticulation simultanée de plusieurs doigts ou orteils :
Partielle........................ 200 »
Totale........................ 250 »
(Avec ou sans une partie des métacarpiens ou des métatarsiens).
Incision d'un abcès ou hématome d'un panaris superficiel.......... 25 »
Incision d'un panaris de la gaine ou d'un abcès sous-aponévrotique.... 50 »
Incision d'abcès profonds non viscéraux ou évacuation d'un gros hématome..................... 110 »
Débridement d'un phlegmon diffus.. 170 »
Débridement d'un phlegmon de la main (phlegmon des gaines)...... 400 »

Article 18

Fractures fermées

A. — Réduction et contention d'une fracture simple sans appareils plâtrés ou silicatés ni extension :
Doigt, orteil, métacarpien, métatarsien, côtes, omoplate, sternum 40 »
Maxillaire inférieur sans appareillage...................... 40 »
Rotule.................... 35 »
Péroné.................... 35 »
Clavicule.................... 55 »
Fracture partielle du bassin n'interrompant pas la continuité de la ceinture pelvienne.......... 55 »

B. — Réduction et contention d'une fracture par appareil plâtré ou silicaté ou par extension continue :
Doigt, orteil, métacarpien, métatarsien...................... 55 »
Un seul os de l'avant-bras........ 65 »
Extrémité inférieure du radius ou des deux os de l'avant-bras..... 110 »
Deux os de l'avant-bras...... 165 »
Humérus (1)................ 220 »
Fracture de jambe (1).......... 220 »
Fracture de cuisse (1)........... 275 »
Fracture du rachis................ 275 »
Fracture du bassin................ 275 »
Appareillage provisoire d'un membre effectué d'urgence et sur le lieu du sinistre, en vue d'une réduction ultérieure par un autre médecin... 100 »
*Réfection plâtre ordinaire (moitié du prix indiqué pour le plâtre primitif avec maximum de 100 francs)
Réfection plâtre (type coxalgie ou corset)...................... 150 »

Article 19

Luxations

Réduction et contention des luxations récentes par la méthode non sanglante :
Doigt ou orteil.................. 45 »
Maxillaire inférieur.............. 65 »
Clavicule.................... 65 »
Pouce.......................... 80 »
Coude.......................... 110 »
Epaule radio-carpienne.......... 170 »
Genou (y compris luxation de la rotule)...................... 220 »
Hanche..................... 350 »
Colonne vertébrale.............. 350 »

(1) En cas d'extension par broche, majoration de 100 francs.

TITRE III

Chirurgie générale

Article 20

Chirurgie des tissus

A. — Chirurgie de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané :

Suture secondaire de vastes plaies superficielles, après avivement....	210	»
Régularisation de cicatrices vicieuses importantes....................	210	»
Autoplasties à lambeaux..........	415	»
Greffes épidermiques..............	210	»
*Traitement spécial de brûlures étendues ou multiples, sous anesthésie générale, par brossage et tannage ou procédé analogue............	415	»

B — Chirurgie du système lymphatique :

Incision des adénophlegmons profonds nécessitant l'anesthésie générale......................	210	»

C. — Chirurgie des muscles, tendons et synoviales :

Régularisation, épluchage et suture d'une plaie des membres nécessitant des ligatures de gros vaisseaux des sutures tendineuses ou nerveuses, ou d'une plaie profonde et étendue des parois thoraco-abdominales, avec ou sans lésion osseuse concomitante et nécessitant les mêmes interventions..	415	»
Suture des tendons fléchisseurs des doigts ou des orteils...........	220	»
Débridement des phlegmons des gaines synoviales palmaires....	415	»
Intervention sur les muscles (rupture sous-cutanée, hernie).....	415	»
Intervention sur les tendons (suture après cicatrisation de la plaie, anastomose et greffe).....	400	»
Ablation d'hygroma (genou ou olécrâne)........................	210	»

D. — Chirurgie des vaisseaux :

Ligatures faites isolément comme opérations spéciales :

Des troncs principaux artériels des membres.........	415	»
Des arcades palmaires ou plan taires profondes)..........	600	»
De carotides, sous-clavière, hypogastrique............	825	»
Cure des anévrysmes (sauf par ligature simple, v. ci-dessus)	825	»
Résection veineuse..........	415	»
Suture ou anastomose vasculaire....................	825	»

E. — Chirurgie des nerfs :

Suture primitive d'un tronc nerveux, y compris le traitement de la plaie.....................	415	»
Sympathectomie périartérielle....	415	»
Suture nerveuse secondaire faite isolément, libération d'un nerf comprimé.................	825	»
Résection des ganglions sympathiques, cervicale, dorsale ou lombaire........................	1.000	»

F. — Chirurgie des os :

Débridement esquillectomie d'une fracture ouverte (à l'exclusion des doigts et orteils) avec réduction par gouttière ou appareil à extension avec ou sans broche, nécessitant l'anesthésie générale ou régionale................	415	»
Avec réduction par appareil plâtré........................	620	»
Avec ostéosynthèse (appareil compris)..................	825	»
Curetage et évidement (avec anesthésie générale ou régionale)...	415	»
Ostéosynthèse (y compris les appareils de contention)...........	825	»
Grandes résections (y compris les appareils de contention).......	1.240	»
Greffes osseuses (y compris les appareils de contention)..........	1.240	»

G. — Chirurgie articulaire :

Traitement d'une plaie avec ouverture de l'articulation (régularisation, épluchage, suture) :

Les petites articulations.......	200	»
Les grandes articulations......	415	»
Arthrotomies de drainage des petites articulations..............	200	»
Arthrotomies de drainage des grandes articulations.............	415	»
Arthrotomies avec interventions aseptiques intra-articulaires....	825	»
Réduction par voie sanglante d'une luxation irréductible du pouce.....................	415	»

Résections et arthrodèses faites à froid :

Petites articulations (doigts et orteils)................. 415 »
Les autres articulations..... 1.240 »
Arthroplasties................. 1.320 »

Article 21

Chirurgie des régions

A. — Membres amputations et désarticulations :

Traitement des pieds bots acquis :
Par ténotomie et plâtre......... 415 »
Par résection osseuse........... 825 »
Résection ou énucléation des os du carpe...................... 825 »
Astragalectomie.............. 1.240 »
Désarticulation ou résection de la totalité d'un ou de plusieurs métacarpiens ou métatarsiens avec ou sans leur doigt....... 415 »
Amputations ou désarticulations (du poignet à l'épaule incluse) 825 »
Amputations ou désarticulations (du tarse à la hanche incluse). 825 »
Désarticulation inter-scapulo-thoracique ou de la hanche..... 1.240 »
Désarticulation inter-ilio-abdominale..................... 1.240 »
Réfection des moignons :
Doigts et orteils............. 120 »
Autres moignons.............. 415 »

B. — Tête :

Régularisation, esquillectomie, épluchage et suture en cas de fracture ouverte de la voûte intéressant la table interne....... 415 »
Avec intervention intra-crânienne, telle qu'ablation de corps étranger....................... 825 »
Trépanation exécutée sans plaies préalables (par exemple embarrure)...................... 825 »
Avec intervention intra-crânienne. 1.240 »
Résection des maxillaires........ 1.240 »

C. — Cou :

Traitement opératoire des plaies du cou avec intervention sur les gros vaisseaux ou les viscères... 825 »
Œsophagotomie externe......... 825 »
Trachéotomie................ 415 »

D. — Thorax :

Traitement opératoire des plaies de poitrine :
Avec fractures ouvertes de côtes.................. 415 »
Avec lésions viscérales du poumon................... 1.240 »
Avec plaies du cœur........ 1.400 »
Avec lésions du médiastin, œsophage compris........ 1.400 »
Pleurotomie simple............ 210 »
Pleurotomie avec résection costale, péricardotomie........... 415 »
Thoracoplastie................ 1.240 »
Phrénicotomie................ 415 »

E. — Rachis :

Intervention sanglante pour luxation ou fracture de la colonne vertébrale................ 1.240 »
Laminectomie avec intervention sur la moelle................ 1.240 »

F. — Paroi abdominale, hernies :

Laparotomie seule (exploratrice ou évacuatrice)................ 550 »
Incision des phlegmons de la paroi. 210 »
Cure radicale des hernies et éventrations étranglées ou non...... 825 »
Avec résection intestinale........ 1.240 »
Hernie double................. 1.100 »

Article 22

Chirurgie des viscères abdomino-pelviens

A. — Appareil digestif :

Traitement des plaies et contusions de l'abdomen par laparotomie seule....................... 500 »
Avec intervention sur les viscères :
Ne comportant que des sutures. 800 »
Comportant des résections.... 1.240 »
Traitement des plaies de la région anale :
Avec lésions de l'anus....... 400 »
Avec lésions du rectum...... 800 »

B. — Appareil urinaire (voir infra : urologie, art. 23).

C. — Appareil génital mâle (voir infra : urologie, art. 23).

D. — Appareil génital femelle :

Accouchement d'origine traumatique sans complication......... 375 »
Avortement thérapeutique..... . 375 »
Fausse-couche non compliquée.... 200 »
Traitement de la rétention placentaire (curetage).............. 200 »
Accouchement provoqué......... 800 »
Césarienne abdominale.......... 1.200 »
Périnéorraphie immédiate, mais étendue (1)................. 200 »
Périnéorraphie après cicatrisation. 400 »

(1) Les déchirures superficielles du périnée ne comportant que quelques points de suture sont comprises dans le prix de l'accouchement.

TITRE IV

Spécialités

Article 23

Urologie

Cathétérisme de l'urèthre pour traumatisme ou dilatation simple (bougie ou béniqué) :	
La première sénace	40 »
Chacune des suivantes	35 »
Dilatation avec lavage vésical, par séance	40 »
Dilatation électrolytique	45 »
Traitement diathermique ou électrolytique des lésions de l'urèthre, la séance	85 »
Instillations, par séance	75 »
Urétroscopie antérieure	75 »
Cystoscopie et urétro-cystoscopie	165 »
Cathétérisme des uretères et séparation des urines	400 »
Urétrotomie interne	400 »
Urétrotomie externe	800 »
Castration	400 »
Double (un tiers en plus).	
Amputation de la verge	800 »
Méatotomie simple	80 »
Lavage et instillation du bassinet	300 »
Circoncision	200 »
Electrolyse linéaire ou circulaire en un temps	375 »
Urétrotomie externe avec taille hypogastrique	1.200 »
Cure radicale des épanchements traumatiques de la vaginale	400 »
Ouverture d'abcès périnéaux	200 »
Infiltration d'urine (traitement par débridements)	800 »
Incision des abcès de la prostate	400 »
Cystostomie et cystotomie	400 »
Débridement du phlegmon périnéphrétique	400 »
Néphropexie	800 »
Néphrectomie	1.200 »
Néphrotomie ou urétérotomie	800 »
Urétérostomie	1.200 »
Extraction de corps étrangers urétraux ou vésicaux par les voies naturelles	400 »
Réfection de l'urèthre avec taille hypogastrique	1.200 »
Traitement des fistules vésico-vaginales par avivement et suture	400 »
Par procédé complexe	1.200 »

Article 24

Oto-rhino-laryngologie

Prix de la consultation qui comprend le cathétérisme de la trompe, le badigeonnage rétro-pharyngien, les cautérisations et pointes de feu (sauf sur le larynx), massage, air chaud, instillation intra-pharyngée	22 50
Naso-pharynx et pharynx :	
Ablation de la luette	75 »
Suture du voile du palais	250 »
Réparation d'une lésion traumatique du palais osseux	600 »
Hémostase nécessitant l'intervention du spécialiste	100 »
Nez et sinus :	
Hémostase nécessitant l'intervention du spécialiste	100 »
Corps étrangers des fosses nasales :	
Sans intervention sanglante	40 »
Avec intervention sanglante	200 »
Cornétomie	150 »
Résection d'une crête de la cloison.	150 »
Incision d'un hématome suppuré traumatique de la cloison	150 »
Résection sous-muqueuse de la cloison	400 »
Réduction d'une fracture récente du nez	100 »
Réduction d'une fracture du nez vicieusement coaptée	800 »
Réfection de la pyramide nasale partiellement détruite	1.000 »
Ponction du sinus maxillaire	50 »
Trépanation du sinus :	
Maxillaire	800 »
Frontal	800 »
Sphénoïdal	1.200 »
Fronto-ethmoïdal	1.200 »
Oreilles :	
Extraction de corps étranger simple	40 »
Extraction de corps étranger nécessitant une opération sanglante avec décollement du pavillon	250 »
Abcès profond du conduit auditif externe	40 »
Paracentèse du tympan	100 »

Ablation des osselets par voie naturelle	300	»
Trépanation de la mastoïde	800	»
Evidement pétro-mastoïdien	1.000	»
Evidement pétro-mastoïdien avec ouverture de la cavité crânienne.	1.200	»
Examen de l'audition (rapport compris)	50	»
Examen labyrinthique (rapport compris)	100	»
Larynx, œophage, trachée, bronches :		
Galvano-cautérisation du larynx :		
La première séance	75	»
Les suivantes	50	»
Tubage du larynx :		
La première séance	200	»
Les suivantes	100	»
Trachéotomie	400	»
Laryngotomie	800	»
Œsophagoscopie	150	»
Extraction des corps étrangers de l'œsophage :		
Par œsophagoscopie	400	»
Par œsophagotomie externe	800	»
Extraction des corps étrangers du larynx et des bronches :		
Par bronchoscopie supérieure	350	»
Par bronchoscopie inférieure (trachéotomie comprise)	800	»
Dilatation des sténoses laryngées, la séance	60	»
Dilatation des sténoses œsophagiennes, la séance	50	»

Article 25

Ophtalmologie

Prix de la consultation qui comprend la mise en œuvre des instruments usuels de diagnostic spécial, le pansement, les lavages, les instillations de collyre et l'extraction de corps étrangers superficiels	22	50
A. — Opérations à 35 francs	35	»

Cathétérisme ou irrigation des voies lacrymales ;
Injection sous-conjonctivale ;
Extraction, sous anesthésie locale, d'un corps étranger profond, ou de corps étrangers multiples superficiels, fixés sur la cornée, la conjonctive ou sous-conjonctivale ;
Ouverture d'abcès superficiel de la région palpébrale ;
Pansement de vaste plaie de la région orbite faciale ;
Saignée de la région périorbitaire (ventouse de Heurteloup) ;
Ouverture du sac lacrymal ;
Scarification conjonctivale.

B. — Opération à 40 francs	40	»

Extraction, sous anesthésie locale de corps étrangers profonds fixés sur la cornée, la conjonctive ou sous-conjonctivale.

C. — Opérations (1) à 140 francs	140	»

Extraction d'un corps étranger des parties molles (œil ou orbite non compris) ;
Extraction d'un corps étranger profond de la sclérotique ;
Application diagnostique de l'électro-aimant à la recherche d'un corps étranger intra-oculaire ;
Cautérisation de la cornée pour ulcère infectieux en une ou plusieurs séances ;
Péritomie ;
Péricautérisation en une ou plusieurs séances ;
Paracentèse kératotomie ;
Ponction du globe ;
Tatouage de la cornée ;
Ectropion ou entropion partiel.

D. — Opérations (1) à 250 francs	250	»

Hernie de l'iris ;
Electrolyse lacrymale ou ciliaire en une ou plusieurs séances ;
Suture de plaies étendues ou compliquées (paupière et globe) ;
Recouvrement conjonctival ou occlusion chirurgicale des paupières :
Opération sur le sac ou la glande lacrymale ;
Phlegmon de l'orbite ;
Brossage, expression ou cautérisation de granulations susceptibles de compliquer un traumatisme atteignant la cornée ou les milieux intra-oculaires, en une ou plusieurs séances.

E. — Opérations (1) à 400 francs	400	»

Libération de cicatrices palpébrales, en une ou plusieurs séances :
Iridectomie ;
Décollement traumatique de la rétine (thermo, diathermo-coagulation), en une ou plusieurs séances.

F. — Opérations (1) à 700 francs	700	»

Cataracte ;
Cataracte secondaire, capsulectomie ;
Corps étranger intra-oculaire avec

(1) Dans le prix de toutes ces opérations est comprise l'anesthésie sauf l'anesthésie générale.

ou sans iridectomie et recouvrement conjonctival ;
Enucléation, éviscération ;
Exentération du globe ;
Ectropion ou entropion total ;
Ptosis ;
Opération sur les muscles de l'œil ;
Opération plastique des paupières.

G. — Opérations (1) à 800 francs.... 800 »

Opération antiglaucomateuse (Elliott-Lagrange) ;
Résection des nerfs de l'orbite ;
Amputation du segment antérieur ou opération plastique du globe en vue de la prothèse ;
Opération intra-orbitaire ;
Réfection complète des paupières ;
Libération et réfection du cul-de-sac conjonctival, en une ou plusieurs séances ;
Dacryocystorhinostomie.

Article 26

Stomatologie

Extraction d'une dent sous anesthésie locale	27 »
Pansement pulpaire ou radiculaire :	
Le premier	27 »
Les suivants	22 »
Obturation simple (ciment ou amalgame d'argent)	35 »
Incision d'un abcès sous-muqueux d'origine dentaire	22 »
Esquillectomie alvéolaire	30 »
Tamponnement alvéolaire pour hémorragie secondaire post-opératoire	22 50
Tamponnement pour hémorragie incoercible, par exemple chez un hémophile (2)	100 »
Extraction d'une racine de dent fracturée traumatiquement	50 »
Extraction chirurgicale d'une racine par alvéolectomie vestibulaire	70 »
Extraction d'une dent au cours de complications aiguës nécessitant une anesthésie régionale des troncs nerveux	100 »
Trépanation et lavage du sinus maxillaire par la voie alvéolaire, après extraction de la dent causale d'une sinusite maxillaire aiguë	250 »
Réduction et contention d'une fracture des maxillaires n'intéressant que la région alvéolaire par attelle métallique ligaturée	300 »
Réduction et contention d'une fracture complète des maxillaires supérieurs ou inférieurs, par attelles métalliques ligaturées (ficelage, blocage intermaxillaires, etc. (1)	400 »

Article 27

Radiologie et électroradiologie

1° Radiodiagnostic

Squelette

A. — Membre supérieur :	
Doigt (un ou plusieurs), face et profil	50 »
Main, poignet :	
Face ou profil	80 »
Face et profil	100 »
Avant-bras :	
Face ou profil	80 »
Face et profil	125 »
Coude, diaphyse humérale :	
Face ou profil	100 »
Face et profil	160 »
Epaule ou clavicule (de face)	160 »
Epaule (de profil)	250 »
Epaule (de face et de profil)	320 »
B. — Membre inférieur :	
Orteil (un ou plusieurs) face et profil	50 »
Pied :	
Face ou profil	80 »
Face et profil	100 »
Face et profil, avec projection verticale du calcanéum	180 »
Cou-de-pied, jambe :	
Face ou profil	100 »
Face et profil	125 »
Genou :	
Face ou profil	125 »
Face et profil	190 »
Diaphyse fémorale :	
Face ou profil	150 »
Face et profil	200 »
Hanche :	
De face	175 »
De profil	250 »
De face et de profil	375 »
Bassin de face	250 »
C. — Tête :	
Crâne :	
Face ou profil	200 »
Face et profil	300 »
Une incidence spéciale ou obli-	

(1) Dans le prix de toutes ces opérations est comprise l'anesthésie, sauf l'anesthésie générale.

(2) Les dispositions de l'article 6 ne jouent pas dans ce cas.

(1) Si la réduction et la contention imposent un appareillage mécanoprothétique (gouttières coulées, guides, bielles, etc.), les appareils construits feront l'objet d'un devis particulier.

que ou projection verticale de bas en haut ou de haut en bas. ... 300 »
Orbite (face et profil)... 220 »
Dents méthode intra-buccale, une plaque... 65 »
Chaque plaque supplémentaire... 30 »
Maxillaire inférieur (par dédoublement côté droit ou gauche)... 170 »

D. — Colonne vertébrale :

Rachis cervical :
De face ou de profil... 160 »
De face et de profil... 250 »

Rachis dorsal :
De face ou de profil... 200 »
De face et de profil... 400 »

Rachis lombaire :
De face ou de profil... 200 »
De face et de profil... 400 »

Sacrum :
De face ou de profil... 210 »
De face et de profil... 370 »

Hémi-thorax (côte ou omoplate)... 200 »
Thorax osseux (de face ou de profil) avec radioscopie si nécessaire 250 »

Examens radioscopiques divers
(à l'exclusion du centrage ou de la radiographie)

a) Pour repérage de corps étrangers, injection de substance opaque ou gazeuse... 200 »
b) Réglage radiographique d'un compas pour la localisation des corps étrangers en vue d'une intervention chirurgicale... 300 »

Viscères (1)

E. — Poumons :

Radioscopie seule... 125 »
Examen radioscopique avec une téléradiographie de face au delà de 1 m. 50... 240 »
Examen radioscopique avec deux téléradiographies, face, profil ou oblique au delà de 1 m. 50... 350 »

F. — Cœur et aorte :

Radioscopie seule... 125 »
Radioscopie avec orthodiagramme 170 »
Examen radioscopique avec une téléradiographie de face au delà de 1 m. 50... 240 »
Examen radioscopique avec deux téléradiographies, face, profil ou oblique au delà de 1 m. 50... 350 »

G. — Tube digestif :

Œsophage :
Radioscopie seule (avec ou sans calque)... 120 »
Radioscopie avec un cliché... 240 »
Radioscopies en série, pour quatre petits clichés supplémentaires en sus... 150 »
Estomac : examen statique (radioscopie seule avec ou sans calque)... 120 »

Estomac et duodénum :
Examen radioscopique avec un cliché... 240 »
Examen radioscopique avec vérification du passage duodénal et de l'évacuation du bas-fond (quel que soit le nombre de séances) avec un cliché... 350 »
Radiographies en série, pour quatre petits clichés supplémentaires en sus... 150 »

Gros intestin :
Repas opaque, examen radioscopique en une seule séance avec un cliché... 250 »
Examen radioscopique en plusieurs séances (transit), quel que soit le nombre de séances :
Avec un cliché... 350 »
Avec deux clichés... 400 »
Lavement opaque ou gazeux :
Examen radioscopique avec un cliché... 350 »
Examen radioscopique avec deux clichés... 400 »

Vésicule biliaire (avec ou sans préparation tétraiodée) :
Un cliché précédé ou non de radioscopie... 200 »
Deux clichés... 300 »

H. — Système urinaire :

Système urinaire complet avec un film... 300 »
Pyélographie ascendante ou descendante, urétrographie (injection non comprise) :
Avec un cliché... 300 »
Avec deux clichés... 400 »

I. — Examens divers :

Fistulographie (injection non comprise :
Examen radioscopique avec un cliché... 250 »
Examen radioscopique avec deux clichés... 300 »
Radiographie stéréoscopique (le double d'un cliché ordinaire).
Examen par les procédés dits « en coupe » (tomographiques, strati-

(1) Ces prix ne comportent pas la fourniture des produits pharmaceutiques nécessaires, sels de barium ou de thorium, huile iodée, tétraiode, etc.

graphiques ou sériographiques), par cliché.................... 120 »

Au delà de quatre clichés, par cliché supplémentaire....... 75 »

2° Radiothérapie

J. — Rœntgenthérapie (prix pour une séance de 250 *r* internationaux mesurés à la peau).

a) Superficielle (sans ou avec filtration inférieure à 2 mm. d'aluminium — 80 à 100 KV. — Les 250 *r* en surface, chaque séance..... 80 »

b) Moyennement pénétrante (100 à 180 KV).................... 125 »

c) Pénétrante (avec appareil de 200 KV), filtration minima de 0,8 de cuivre et distance focale de 30 centimètres.................. 175 »

K. — Curiethérapie :

Application interne, ou appareil externe comptant l'emploi d'une quantité de radium évalué en milligrammes de radium élément. Les prix indiqués sont à comprendre par journée d'application (1) :

De 1 mgr. de radium élément à 9,9 mgr. (par vingt-quatre heures d'application)................ 120 »

De 10 mgr. de radium élément à 19,9 mgr. (par vingt-quatre heures d'application).......... 140 »

De 20 mgr. de radium élément à 29,9 mgr. (par vingt-quatre heures d'appication).......... 160 »

De 30 mgr. de radium élément à 39,9 mgr. (par vingt-quatre heures d'application).......... 180 »

De 40 mgr. de radium élément à 49,9 mgr. (par vingt-quatre heures d'application).......... 220 »

De 50 mgr. de radium élément à 59,9 mgr. (par vingt-quatre heures d'application).......... 240 »

De 60 mgr. de radium élément à 69,9 mgr. (par vingt-quatre heures d'application).......... 260 »

De 70 mgr. de radium élément à 79,9 mgr. (par vingt-quatre heures d'application).......... 280 »

De 80 mgr. de radium élément à 89,9 mgr. (par vingt-quatre heures d'application).......... 300 »

De 90 mgr. de radium élément à 99,9 mgr. (par vingt-quatre heures d'application).......... 320 »

De 100 mgr. de radium élément à 149,9 mgr. (par vingt-quatre heures d'application).......... 340 »

De 150 mgr. de radium élément à 199,9 mgr. (par vingt-quatre heures d'application).......... 400 »

De 200 mgr. de radium élément à 299,9 mgr. (par vingt-quatre heures d'application).......... 500 »

De 300 mgr. de radium élément à 399,9 mgr. (par vingt-quatre heures d'application).......... 600 »

Au-dessus de 400 mgr. augmentation de 100 francs par 100 mgr. de radium élément jusqu'à 1.000 milligrammes.

3° Electrologie

L. — Electro-diagnostic :

Examen électro-diagnostic avec rapport sur cet examen seul.... 150 »

Ce prix comprend l'examen du membre blessé et la comparaison avec le membre sain ou l'examen des deux membres semblables ou l'examen de face.

Ce prix sera doublé s'il est nécessaire d'examiner un bras (ou les deux bras) et la face ; une jambe (ou les deux jambes) et la fa ce ; un bras (ou les deux bras) et une jambe (ou les deux jambes). Il sera triplé s'il faut examiner le sujet tout entier.

*Recherche de la chronaxie........ 500 »

M. — Electrothérapie :

Traitement galvanique ou faradique simple ; par séance (quel que soit le nombre de séances)...... 30 »

Ce prix sera augmenté de :

Si l'on est obligé de soigner deux régions successivement dans la même séance...... 12 »

Si l'on est obligé de soigner plus de deux régions....... 20 »

Séance de rayons ultra-violets ou infra-rouges.............. 40 »

Darsonvalisation (application de haute fréquence par le médecin spécialiste lui-même) :

Diathermie ordinaire (ondes amorties ou entretenues), par séance............... 40 »

Diathermie à ondes courtes, application localisée....... 50 »

Lavement électrique au domicile du malade.................. 350 »

---

(1) Non compris les accessoires nécessaires, tels que sondes, pessaires, plaques de cire, etc., etc.

Observations

1º Les prix s'entendent pour un seul cliché et deux épreuves.

Chaque épreuve en plus sera comptée :

18/24	12 50
24/30	15 »
30/40	20 »

2º Toutes les autres radiographies de la même région, prises le même jour, dans une autre position, seront comptées chacune 75 p. 100 du prix d'une seule pose. De même, la radiographie de la même région du côté sain, si elle était nécessaire pour comparaison, serait comptée 75 p. 100 du prix d'une seule pose (1) ;

3º Sauf les cas d'extrême urgence (2), l'exploration radiologique, l'électro-diagnostic, la diathermie, les rayons ultra-violets et infrarouges, la recherche de la chronaxie, la rœntgenthérapie et la curiethérapie doivent être **prescrits par le médecin traitant, d'accord avec le médecin de l'employeur ou de son assureur substitué sur demande techniquement motivée du médecin traitant par lettre recommandée.** Le médecin de l'employeur ou de son assureur substitué devra, en cas de refus, donner également un avis techniquement motivé dans le huit jours à compter de la date de la réception de la lettre recommandée dudit médecin traitant. De plus, l'accord devra spécifier le nombre de séances à effectuer :

4º **Dans les cas d'extrême urgence**, l'employeur ou son assureur substitué sera prévenu sans délai par le médecin traitant. Il en sera de même si la radiographie du côté sain devenait nécessaire ;

5º En cas de divergence. Il sera procédé conformément à l'article 9 ci-dessus ;

6º Le médecin radiologiste devra fournir deux exemplaires de chaque cliché, les épreuves datées et signées par lui porteront le nom du blessé, seront accompagnées d'un commentaire détaillé en deux exemplaires : un exemplaire des radiographies et un exemplaire du commentaire seront remis au patron ou à l'assureur, l'autre au blessé ;

7º Les radiographies : épaule de profil, crâne, position verticale ; thorax ou poumons en deux positions ; pied, en projection verticale ; hanche ou sacrum de profil, ne pourront être faites que **sur demande expressément formulée par le médecin traitant, d'accord avec le médecin de l'employeur ou de son assureur substitué** ;

8º Au cas où l'épreuve radiographique serait reconnue insuffisante par le médecin de l'employeur ou de son assureur substitué, celui-ci pourra, par lettre recommandée, dans les quinze jours qui suivront la réception de l'épreuve, demander en communication le film lui-même. Au cas où ce médecin jugerait notoirement insuffisante l'épreuve et le film, le payement sera obligatoirement soumis à la Commission d'arbitrage, où le radiologiste pourra donner les raisons de cette insuffisance ;

9º Toute application radiologique au domicile du malade sera tarifée :

1º Le prix ordinaire du ou des examens ;

2º Le prix de la ou des visites au prix ordinaire des spécialistes ;

3º Le prix de location des appareils demandé par le constructeur à l'époque de l'examen ;

4º Lorsque le malade habite en dehors de la ville où demeure le médecin, un supplément d'indemnité basé sur la distance kilométrique.

Article 28

Kinésithérapie

Séance de massage, de mobilisation ou d'air chaud	17 »
*Mobilisation par appareil de mécanothérapie, la séance, avec ou sans massage :	
1º Mécanothérapie active	17 »
2º Mécanothérapie passive par moteurs inanimés	30 »

**Observations*

1º Au cas où deux de ces interventions auront été pratiquées dans la même séance sur deux membres différents, le prix de l'une des deux sera diminué de moitié. Cependant, si plusieurs de ces interventions ont été pratiquées sur le même membre dans une même séance, elles ne compteront que pour une seule séance ;

2º Tout traitement par séances de kinésithérapie et de mécanothérapie devra être prescrit par le médecin traitant, d'accord avec le médecin de l'employeur ou de son assureur substitué, sur demande techniquement motivée du médecin traitant, par lettre recommandée.

Article 29

*Examens biologiques

Le tarif applicable pour les examens biologiques est celui prévu pour ces examens par le tarif des frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail.

(1) Cette diminution n'est pas appliquée au cas où il s'agit de deux régions nettement séparées et concernant deux lésions distinctes.

(2) Il y a « extrême urgence » lorsque la nécessité d'une intervention urgente ou la façon de pratiquer cette intervention ne peuvent être révélées que par l'explorations radiologique ou l'électro-diagnostic.

Observation

Sauf les cas d'extrême urgence (1), l'examen biologique doit être prescrit par le médecin traitant, d'accord avec le médecin de l'employeur ou de son assureur substitué. Ce dernier médecin devra, en cas de refus, donner un avis technique ment motivé, dans les trois jours à compter de la date de la réception de la lettre recommandée dudit médecin traitant, lettre qui devra contenir également un avis techniquement motivé.

Dans les cas d'extrême urgence, l'employeur ou son assureur substitué sera prévenu sans délai par le médecin traitant.

En cas de divergence, il sera procédé conformément à l'article 9 ci-dessus.

TITRE V

*Soins aux hospitalisés

Article 30. — Les honoraires à l'hôpital public et en clinique privée incombant aux employeurs sont soumis aux dispositions générales suivantes :

Les honoraires de l'acte opératoire ou de l'intervention sont les mêmes que ceux prévus au présent arrêté pour les soins au domicile et au cabinet, sous les réserves suivantes :

a) Les pansements qui figurent au paragraphe 1er de l'article 16 du titre II, les actes inscrits aux autres paragraphes du titre II et au titre IV avec un prix inférieur à 40 francs, les séances de massage et de mobilisation ne donnent pas lieu à un honoraires au profit du médecin de l'hôpital dans le service duquel se trouve le blessé, ou du médecin de la clinique ;

b) **Toute journée d'hospitalisation** donne lieu à **un** honoraire forfaitaire journalier de **6 francs** au profit du médecin de l'hôpital dans le service duquel se trouve le blessé, ou du médecin de la clinique.

Toutefois, la journée d'hospitalisation, qui donne lieu à un honoraire à l'acte, au profit du chef de service d'hôpital ou du médecin de la clinique, ne comporte pas d'honoraire forfaitaire journalier pour le même praticien ;

c) Si, au cours de l'hospitalisation, un acte de spécialité est pratiqué, à la demande du chef de service ou du médecin de la clinique, par un spécialiste autre que le chef de service ou le médecin de la clinique, cet acte, quel qu'en soit le prix, sauf s'il s'agit de séance de massage ou de mobilisation, donne lieu à un honoraire au profit du spécialiste qui l'a exécuté, au tarif prévu pour les soins au domicile et au cabinet.

En ce cas, **avis préalable**, doit être donné par lettre recommandée à l'employeur ou à son assureur substitué ; en cas d'urgence, **la notification** doit être faite aussitôt après la première des interventions susvisées.

Article 31. — Sont applicables aux soins donnés à l'hôpital ou à la clinique, les dispositions des articles suivants des titres Ier à IV :

Article 3, paragraphe *b*) (*dimanches et jours fériés*) ;

Article 4 (*visites entre* 21 *heures et* 6 *heures*) ;

Article 6 (*surveillance prolongée*) ;

Article 8 (*actes opératoires faits la nuit*) ;

Article 9 (*avis en cas d'opération mutilante ou de grande chirurgie*) ;

Article 10, deuxième alinéa (*actes médicaux consécutifs à l'intervention*).

Article 11, dont le premier alinéa est ainsi modifié en ce qui concerne les soins à l'hôpital ou en clinique : « Quand un aide-opératoire qualifié est nécessaire, ses honoraires sont limités à la moitié des honoraires du chirurgien, avec maximum de 80 francs » (1) ;

Article 12 (*tarif de l'anesthésie*) ;

Article 14 (abstraction faite des actes dont le prix est inclus dans l'honoraire forfaitaire journalier) (*actes médicaux multiples*).

TITRE VI

*Soins dispensés par les infirmiers diplômés d'Etat

(*visés au décret du* 27 *juin* 1922 *et au décret du* 8 *février* 1938)

Article 32. — Ces infirmiers diplômés d'Etat ne peuvent réclamer d'honoraires que **pour des soins donnés par eux sur ordonnance qualitative et quantitative du médecin du blessé et sous surveillance générale.**

(1) Il y a « extrême urgence » lorsque la nécessité d'une intervention urgente ou la façon de pratiquer cette intervention ne peuvent être révélées que par l'examen biologique.

(1) Un aide ne peut être considéré comme qualifié que s'il est docteur en médecine ou interne nommé au concours dans un hôpital public.

Article 33

Pansements simples :		
Unique	10	»
Multiples sur le même membre	12	»
Multiples sur des membres différents	15	»
Séance de massage :		
Sur un seul membre	12	»
Sur plusieurs membres	18	»
Injection sous-cutanée ou intra-musculaire	8	»
Pose de ventouses sèches	10	»
Pose de ventouses scarifiées	12	»

Article 34. — Lorsque ces mêmes actes doivent être dispensés au domicile du blessé, l'infirmier diplômé d'Etat a droit, en outre, à une indemnité de déplacement fixée à :

3 francs dans les communes de 100.000 habitants et au-dessus ;

1 fr. 50 dans les communes de 50.000 à 100.000 habitants.

1 franc par kilomètre parcouru si l'infirmier et le blessé habitent des communes différentes (1).

Article 35. — En cas d'assistance du médecin traitant à une séance de soins dispensés par un infirmier diplômé d'Etat, **le cumul des honoraires du médecin et de l'infirmier est interdit.**

(1) Cette indemnité ne pourra toutefois excéder l'indemnité attribuable à l'infirmier le plus rapproché.

TITRE VII

Certificats. — Arbitrage. — Exécution de l'arrêté

Article 36. — *Certificat médical initial constatant de façon précise le siège, la nature de la blessure et le pronostic probable, y compris la copie,* **10 francs.**

Donneront droit à une indemnité spéciale de **15 francs :**

1° En cas de blessures graves, le certificat initial descriptif en l'état du blessé (1) ;

2° Le certificat descriptif délivré lorsque, par la suite, une blessure présumée légère s'aggrave.

Donnera droit à une indemnité spéciale de **20 francs**, le certificat final descriptif et détaillé constatant l'état du blessé après consolidation d'une blessure grave.

L'avis par lequel le médecin indique dans sa dernière consultation, la possibilité de reprise du travail, la guérison ou la consolidation du blessé ne donne pas lieu à indemnité spéciale.

Tout certificat fourni au cours du traitement à la demande de l'employeur ou de son assureur pour énoncer la nature du traitement suivi, la marche de la guérison, l'époque à laquelle celle-ci sera vraisemblablement acquise ou la cause qui l'a retardée, sera tarifé **15 francs.** Ne sont pas considérées comme certificats de cette catégorie les attestations affirmant simplement que le blessé n'est pas guéri.

Les prix ci-dessus comprennent les frais de correspondance.

Article 37. — Les allocations dues en vertu du présent arrêté feront l'objet d'une note d'honoraires par blessé, signée du praticien et contenant :

1° Les nom et adresse du praticien ;

2° Les nom et adresse du blessé ;

3° Les nom et adresse de l'employeur ;

4° La date de l'accident ;

5° L'endroit où le blessé a été soigné ;

6° L'indication de la distance, s'il y a lieu, à tarif kilométrique ;

7° L'indication dans leur ordre chronologique et avec leurs dates, des certificats, consultations, visites, interventions, ainsi que les circonstances (visites de nuit, à heure fixe, indemnité de déplacement, etc.) qui peuvent en modifier le prix ;

8° La dénomination exacte des opérations d'après le tarif et les décisions prises d'accord ;

9° L'indication des fréquences de visites ou de consultations et de tout ce qui, dans le traitement, a pu présenter un caractère anormal ;

10° Le coût des honoraires.

Le praticien ne peut réclamer d'honoraires que pour les soins qu'il a donnés lui-même.

Article 38. — En vue de prévenir et de régler amiablement les différends relatifs à l'application du présent tarif, les parties intéressées pourront les déférer aux commissions d'arbitrage.

Article 39. — Le présent arrêté prendra effet **le 1er janvier 1939** et aura une durée d'un an au moins à compter de cette date.

Toutefois, les honoraires déjà réglés ne donneront pas lieu à un rappel.

(1) Le certificat initial n'est pas un certificat descriptif détaillé comme le certificat d'incapacité permanente ; il n'en doit pas moins être précis et complet en indiquant toutes les manifestations objectives. (Exemple : ne pas mettre simplement « entorse, etc. », mais « entorse avec ou sans ecchymose ».)

*Annexe à l'article 2

Art. 2. — Les visites faites au domicile du blessé, qui ne peut se présenter à la consultation sans inconvénient pour sa santé donnent lieu aux indemnités de déplacement suivantes :

1° Dans les villes de 100.000 habitants et au-dessus et de leur banlieue : **4 francs** par visite, quelle que soit la distance.

La banlieue de Paris comprend le département de la Seine et les cantons suivants du département de Seine-et-Oise :

Arrondissement de Versailles : les cantons de Versailles, Argenteuil, Maisons-Laffitte, Marly-le-Roi, Saint-Germain-en-Laye, Sèvres.

Arrondissement de Pontoise : les cantons d'Aulnay-sous-Bois, Montmorency, Taverny, le Raincy.

La banlieue des villes de 100.000 habitants et au-dessus comprend les communes situées en totalité ou pour la partie la plus importante de l'agglomération dans un périmètre de 2 kilomètres à partir de la limite administrative desdites villes ;

2° En dehors de la commune : **1 fr. 50** par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, sauf les cas prévus ci-après :

***

a) Le chiffre ci-dessus est porté à **1 fr. 80** par kilomètre parcouru pour les déplacements effectués dans les zones suivantes :

Alpes (Basses-), Ardèche, Corrèze, Creuse, Loire (Haute-), Lozère, Pyrénées-Orientales, Vienne (Haute-), Vosges.

ALLIER. — Communes d'Arfeuilles, Châtel-Montagne, Châtelus, Ferrières, la Chabanne, la Guillermie, Laprugne, Lavoine, Mayet-de-Montagne, Nizerolles, Saint-Clément, Saint-Nicolas-des-Biefs.

ALPES (HAUTES-). — Cantons autres que ceux énumérés au paragraphe *b*.

ALPES-MARITIMES. — Tous les cantons autres que ceux de Cagnes, Cannes, Antibes (tarifés à 1 fr. 50) et ceux énumérés au paragraphe *b*)

ARIÈGE. — Le canton d'Ax-les-Thermes.

Le canton de la Bastide-de-Sérou, les sections d'Aron et d'Unjat de la commune de la Bastide-de-Sérou, la section de Serre-de-Cor de la commune de Cadarcet et les autres communes du canton, à l'exception de Durban et de Montels.

Le canton de Cabannes.

Le canton de Foix, excepté Saint-Jean-de-Verges.

Le canton de Quérigut.

Le canton de Tarascon.

Le canton de Vicdessos.

Les communes de Camarade, Gabre, Montfa du canton du Mas-d'Azil.

Le canton de Castillon.

Le canton de Massat.

Les communes d'Alos, Clermont, Encourtiech, Erp, Esplas, Lacourt, Montégut, Moulis, Riverenerf, du canton de Saint-Girons.

Les communes de Betchat, Cazavet, Mauvezin-de-Prat, Montesquieu-Avantès, Montgauch, Montjoie, du canton de Saint-Lizier.

Le canton d'Oust.

Les communes de Bagert, Barjac, Bédeille, Lasserre et Mauvezin-de-Sainte-Croix, du canton de Sainte-Croix

AVEYRON. — *Arrondissement de Millau* : Cantons de Belmont-sur-Rance, Camarès, Campagnac, Cornus, Millau.

Canton de Nant : communes de Nant, Cantobre, Saint-Jean-du-Breuil, Laroujerie, Sauclières.

Cantons de Peyreleau, Saint-Beauzely, Saint-Cernin-sur-Rance, Saint-Rome-de-Tarn, Vezins-de Levezou.

Arrondissement de Rodez : Cantons de Cassagnes-Begonhes, Conques, Entraygues, Estaing, Laguiole, la Salvetat, Mur-de-Barrez.

Cantons de Rodez : communes de la Monastère et Sainte-Radégonde.

Cantons de Saint-Amans, Saint-Chély, Sainte-Geneviève-sur-Argence, Saint-Geniez, Sauveterre.

Arrondissement de Villefranche : Cantons de Najac, Rieupeyroux.

CANTAL. — Cantons de Champs-sur-Tarentaise, Saigues, Mauriac, Montsalvy, Aurillac-Sud, Saint-Cernin, Pléaux, Laroque-brou, Saint-Mamet, Maurs.

CORSE. — Arrondissements de Bastia, d'Ajaccio, de Sartène : tous les cantons, sauf ceux énumérés au paragraphe *b*).

Arrondissement de Corte, cantons de Venaco, Omessa, Moïta (commune d'Aléria), Ghisoni (commune de Ghisonaccia), Corte.

DOUBS. — Cantons de Baumes-les-Dames, Clerval, l'Isle-sur-le Doubs, Roulans, Quingey, Besançon-Sud, Ornans, Levier, Mouthe, Amencey, Morteau, Montbenoît.

DROME. — Arrondissement de Die.

GARONNE (HAUTE). — Cantons d'Aspet, Saint-Béat, Bagnères-de-Luchon.

ISÈRE. — Cantons de Bourg-d'Oisans, Clelles, Corps, la Mure, Mens, Valbonnais, Villard-de-Lans. La partie du canton de Pont-en-Royans, située à l'Est de la route nationale n° 518.

Communes de Château-Bernard, Combe-de-Lancey, Gresse, Hurtières, la Ferrière-d'Allevard, Laffrey, Laval, les Adrets, Pinsot, Revel, Saint-Andeol, Sainte-Agnès, Saint-Mury, Saint-Nizier-du-Moucherotte, Sappey, Sarcenas, Sinard, Theys, Venon.

LOIRE. — Arrondissement de Saint-Etienne.

Arrondissement de Montbrison : cantons de Noirétable, Saint-Bonnet-le-Château, Saint-Georges-en-Couzan.

Arrondissement de Roanne : cantons de Belmont, Saint-Haon-le-Châtel, Saint-Just-en-Chevalet.

NIÈVRE. — Région du Morvan. *Arrondissement de Château-Chinon* : Le canton de Château-Chinon.

Le canton de Luzy.

Le canton de Montsauche.

Le canton de Moulins-Engilbert.

Les communes de Chougny, de Dun-sur-Grandry, de Limanton (du canton de Châtillon).

Arrondissement de Clamecy : Le canton de Lormes.

PUY-DE-DÔME. — Cantons autres que ceux énumérés au paragraphe *b*.

PYRÉNÉES (BASSES-). — Canton des Accous : communes de Aydius, Borce, Cette-Eygun, Etsant, Lescun, Lourdios, Urdos.

Canton de Laruns : communes de Aste-Béon, Beost-Bilhères, Eaux-Bonnes, Gère-Bélesten, Laruns, Louvie, Soubiron,

Cantons de Saint-Etienne-de-Bigorry et de Saint-Jean-Pied-de-Port.

RHÔNE. — Les cantons d'Amplepuis, l'Arbresle, Beaujeu, le Bois-d'Oingt, Lamure, Limonest, Mornant, Saint-Genis, Saint-Laurent, Saint-Symphorien, Tarare, Thizy.

SAÔNE-ET-LOIRE. — *Canton de Mesvres* : Dans la commune de Broye, les hameaux de Montjeu et de Chapey.

Dans la commune de la Chapelle-sur-Uchon, le bourg et les hameaux de Valle et Corcelle.

Dans la commune de Mesvres, les hameaux de la Cortenne, la Porolle, le Bois-Montbeuf.

Dans la commune de Saint-Symphorien-de-Marmagne : les hameaux des Colins et du bois de la crête.

Canton du Mont-Saint-Vincent : Communes de Mary, Mont-Saint-Vincent.

Canton de Matour : communes de Matour, Meulin, Trivy.

Canton de Tramayes : Commune de Tramayes.

SAVOIE. — *Canton d'Aiguebelle* : Communes de Aiton, Argentine, Montgilbert, Randans, Saint-Alban-d'Hurtières, Saint-Georges-d'Hurtières, Saint-Léger, Saint-Pierre-de-Belle-ville.

SAVOIE (HAUTE-). — Cantons et communes autres que ceux énumérés au paragraphe *b*)

TARN. — Cantons de Abbans, Angles, Brassac.

Canton de Dourgne : communes de Arfons, Cammazes Dourgne, Durfort, Massaguet, Saint-Amancel, Sorrèze, Verdalle.

Cantons de Mazamet, Montredon, Labessonié, Murat sur-Vebre, Saint-Amans-Soult, Vabre, Vaour.

VAR. — Cantons de Aups, Camps, Salernes, Tavernes.

***

b) L'indemnité est porté à **2 fr. 25** par kilomètre parcouru pour les déplacements effectués dans les zones suivantes :

ALPES (HAUTES-). — *Arrondissement de Briançon.* Canton d'Aiguilles : communes d'Abriès, Château-Ville-Vieille, Arvieux Molines, Ristolas, Saint-Véran.

Canton de l'Argentière : communes de Pelvoux, Puy-Saint-Vincent, La Roche-de-Rame, Saint-Martin-de-Queyrières, Vallouise, les Vigneaux.

Canton de Briançon : communes de Cervières, Montgenèvre, Névache, Puy-Saint-André, Puy-Saint-Pierre, Val-des-Prés, Villard-Saint-Pancrace.

Canton de la Grave : commune de Villar-d'Arène.

Canton de Guillestre : communes de Ceillac, Champcella, Eygliers, Fressinières, Mont-Dauphin, Réotier, Risoul, Saint-Clément, Saint-Crépin, Vars.

Canton de Monétier-les-Bains : communes de Saint-Chaffrey, la Salle.

Arrondissement de Gap : Communes de Baratier, Châteauroux, Crevoux, les Crottes, les Orres, Saint-André-d'Embrun, Saint-Sauveur.

Vallée du Drac : Canton de Saint-Bonnet : communes d'Ancelle, Benevent-en-Charbillac, Buissard, Chabottes, Chabottonnes, Les Costes, La Fare, Forest-Saint-Julien, les Infournas, Laye, Molines-en-Champsaur, la Motte-en Champsaur, le Noyer, Poligny, Saint-Eusèbe, Saint-Julien-en-Champsaur, Saint-Laurent-du-Cros, Saint-Léger, Saint-Michel-de-Chaillol.

Canton d'Orcières : communes de Champoléon, Saint-Jean, Saint-Nicolas.

Vallée de la Séveraisse. Canton de Saint-Firmin : communes d'Aspres-les-Corps, Chauffayer, Clémence-d'Ambel, le Glaizil, Guillaume-Peyrouse, Saint-Jacques, Saint-Maurice, Villar-Loubière.

Vallée du Dévoluy. Canton de Saint-Etienne-en-Dévoluy : communes d'Agnières, la Cluse, Saint-Disdier.

ALPES-MARITIMES. — Cantons de Breil, Guillaumes, Roquebillière, Saint-Etienne-de-Tinée, Saint-Martin-Vésubie, Sospel, Saint-Sauveur, Utelle.

AIN. — Arrondissement de Gex.

Arrondissement de Nantua.

Arrondissement de Belley, sauf le canton de Lagnieu.

Arrondissement de Bourg : Cantons de Ceyzeriat, de Treffort, sauf Saint-Etienne-du-Bois.

Canton de Coligny, sauf les communes de Beaupont, Beny, Domsure, Marboz, Pirajoux et Villemontier.

CORSE. — *Arrondissement de Bastia.* : Cantons de la Porta, Campile, Campitello, Olmi-Capella, Calenzana (communes de Galeria et Manso).

Arrondissement d'Ajaccio : Cantons d'Evisa, Soccia, Vico, Salice, Zicavo.

Arrondissement de Sartène : Cantons de Levie, Serra.

Arrondissement de Corte : tout l'arrondissement sauf les cantons et communes énumérés au paragraphe *a.*

DOUBS. — Cantons de Pierrefontaine, Vercel, Hérimoncourt, Maiche, Pont-de-Roide, Russey, Saint-Hippolyte.

JURA. — Tous les cantons de l'arrondissement de Saint-Claude.

Dans l'arrondissement de Lons-le-Saunier, les cantons de Champagnole, de Nozeroy, des Planches, de Salins.

PUY-DE-DÔME. — *Arrondissement de Clermont-Ferrand* : Cantons d'Herment, de Bourg-Lastic, de Rochefort-Montagne, de Saint-Amant-Tallende.

Arrondissement d'Issoire : Cantons de Besse, d'Ardes-sur-Couze, de la Tour-d'Auvergne, de Sauxillanges.

Arrondissement de Thiers : Cantons de Saint-Germain-l'Herm, d'Arlanc, de Viverols, de Saint-Anthème, d'Ambert, d'Olliergues, de Saint-Amant-Roche-Savine, de Cunlhat.

Cantons de Thiers, de Saint-Rémy-sur-Durolle, de Chateldon, de Courpière.

Arrondissement de Riom : Cantons de Saint-Gervais-d'Auvergne, de Manzat, de Pontaumur, de Pontgibaud.

PYRÉNÉES (HAUTES-). — Canton d'Argelès-Gazost : communes d'Artalens, Uz, Vier-Bordes.

Canton d'Arreau : communes d'Ardengost, Aspin, Aulon, Barrancouen, Beyrede, Camors, Fréchet, Gouaux, Lançon, les hameaux des communes d'Ilhet et de Sarrancolin.

Canton d'Aucun : communes d'Arcizans-Dessus, Estaing, Gaillagos, Sireix.

Canton de Borderez-Louron : communes d'Aneran-Camors, Bareilles, Cazaux-Debat, Cazaux-Fréchet, Estarvielle, Germe, Ilhan, Lourdevielle, Mont, Pouchergnes, Ris, Vieille-Louron.

Canton de Luz, communes de Betpouey, Chèze, Grust, Sazost, Sers, Vielie, Viey, Viscos, Vizos.

Canton de Vielie-Aure : communes de Aragnouet, Azet, Cadeilhan-Trachère, Camparan, Ens, Estensan, Grailhen, Sailhan, Soulan, Tramezaygues.

SAVOIE. — *Arrondissement de Chambéry* : Aillon-le-Jeune, Aillon-le-Vieux, Ansigny, Arith, Arvillard, Avressieux, Ayn, Bellecombe-en-Bauges, Billième, Bissy, Bourget-en-Huile, Bridoire (la), Cessens, Chambéry-le-Vieux, Champ-Laurent, Chanaz, Chapelle-Blanche (la), Chapelle-Mont-du-Chat (la), Chatelard (le), Chindrieux, Conjux, Corbel, Croix-de-La-Rochette (la), Curienne, Déserts (les), Doucy-en-Bauges, Drumettaz-Clarafond, Dullin, Entremont-le-Vieux, Epersy, Etable, Gerbaix, Grésin, Hauteville, Jacob-Bellecombette, Lescheraines, Loisieux, Marcieux, Méry-Montagnole, Montcel, Montendry, Motz, Mouxy, Novalaise, Noyer (le), Ontex, Pontet (le), Presle, Pugny-Chatenod, Puygros, Rochefort, Rochette (la), Ruffieux, Serrières-en-Chautagne, Saint-Cassin, Saint-Franc, Saint-François-de-Sales,

Saint-Germain, Saint-Genix sur-Guiers, Saint-Jean-d'Arvey, Sainte-Marie-d'Alvey, Saint-Maurice-de-Rotherens, Saint-Offenge-Dessous, Saint-Offenge-Dessus, Saint-Ours, Saint-Paul-sur-Yenne, Saint-Pierre-d'Alvey, Saint-Pierre-de-Curtille Saint-Pierre-d'Entremont, Saint-Pierre-de-Soucy, Saint-Sulpice, Table (la), Thoiry, Thuile (la), Traize, Tresserve, Trevignin, Verel-Pragondran, Verel-de-Montbel, Verneil (le), Villard-d'Héry, Villaroux, Vimines, Vions.

Arrondissement de Saint-Jean-de-Maurienne : Albanne, Albiez-le-Jeune, Albiez-le-Vieux, Aussois, Avrieux. Beaune, Bessans, Bonneval-sur-Arc, Bonvillaret, Châtel (le), Fontcouverte, Hermillon, Jarrier, Lanslebourg, Lanslevillard, Modane, Montaimont, Mont-Denis, Montgellafray, Montpascal, Montricher, Montrond, Montsapey, Montvernier, Notre-Dame-du-Cruet, Saint-Alban-des-Villards, Sant-André, Saint-Colomban-des-Villards, Saint-Etienne-de-Cuines, Saint-François-sur-Bugeon, Saint-Jean-d'Arves, Saint-Jean-de-Maurienne, Sainte-Marie-de-Cuines, Saint-Martin-d'Arc, Saint-Martin-sur-la-Chambre, Saint-Michel-de-Maurienne, Saint-Pancrace, Saint-Sorlin-d'Arves, Thyl, Valloire, Valmeinier, Villarambert, Villarodin.

Arrondissement d'Albertville : Aigueblanche, Aime, Albertville, Allondaz, Allues (les), Arèches, Avanchers (les), Beaufort-sur-Doron, Bellecombe (Tarentaise), Bellentre, Bois (le), Bonneval, Bonvillard, Bourg-Saint-Maurice, Bozel, Brides-les-Bains, Celliers, Césarches, Champagny, Chapelles (les), Cléry, Cohennoz, Côte-d'Aime (la), Doucy-Tarentaise, Feissons-sur-Isère, Feissons-sur-Salins, Flumet, Fontaine-le-Puits, Giettaz (la), Grand-Cœur (le), Granier, Hautecour, Hauteluce, Hauteville-Gondon, Héry-sur-Ugine, Landry, Longefoy, Macot, Marthod, Mercury-Gemilly, Montagny, Montgirod, Montvalezan, Moutiers, Naves, Notre-Dame-de-Bellecombe, Notre-Dame-de-Briançon, Notre-Dame-du-Pré, Pallud, Peisey, Perrière (la), Petit-Cœur (le), Planay, Planchérine, Pralognan, Pussy, Queige, Salins, Séez, Saint-Bon, Sainte-Foy, Saint-Jean-de-Belleville, Saint-Laurent-de-la-Côte, Saint-Marcel, Sain-Martin-de-Belleville, Saint-Nicolas-la-Chapelle, Saint-Oyen, Saint-Paul-sur-Isère, Tessens, Thénésol, Tignes, Ugine, Val-d'Isère, Valeszan, Venthon, Verrens-d'Arvey, Villard-sur-Doron, Villargerel, Villarlurin, Villaroger, Villette.

HAUTE-SAVOIE,. — *Arrondissement d'Annecy* : Alby-sur-Chéran, Alex, Archamps, Arcine, Balme-de-Sillingy (la), Balme-de-Thuy, Balmont, Beaumont, Bonneguête, Bouchet-de-Serraval (le), Cercier, Cernex, Chainaz-les-Frasses, Challonges, Chapery, Charvonnex, Chaumont, Chavannaz, Chavanod, Chêne-en-Semine, Chénex, Chessenaz, Chevrier, Chilly, Choisy, Clarafond, Clefs (les), Clermont, Clusaz (la), Collonges-sous-Salève, Crempigny, Cruseilles, Cusy, Cuvat, Desingy, Dingy-en-Vuache, Dingy-Saint-Clair, Droisy, Entrevernes, Epangy, Etercy, Evires, Faverges, Ferrières, Frangy.

Grand-Bornand, Croisy, Héry-sur-Alby.

Jonzier-Epagny, Lathuille-Lornay.

Manigod, Marcellaz-sur-Albanais, Marlens, Massingy, Menthon, Menthonnex-en-Bornes, Minzier, Montmin, Moye, Naves, Ollières (les), Présilly. Saint-André-Val-de-Fier, Saint-Blaise, Saint-Eusèbe, Saint-Eustache, Saint-Félix, Saint-Ferréol, Saint-Germain-sur-Rhône, Saint-Jean-de-Sixt, Saint-Sylvestre-Sallenoves, Sappey (le), Savigny, Serravai, Seyssel, Seythenex, Talloires, Thones, Thorens, Thusy.

Usinens, Vallières, Vaulx, Versonnex, Veyrier, Vieugy Villard-sur-Thones, Villaz, Villy-le-Bouveret, Viuz-la-Chiesaz, Vovray, Vulbens.

Arrondissement de Bonneville : Araches, Arbusigny, Ayse, Brison, Chamonix, Chapelle-Rambaud (la), Châtillon-sur-Cluses, Combloux, Contamine, Cordon, Côte-d'Arbroz (la), Côte-d'Hyot (la), Demi-Quartier, Domancy, Entremont, Esery, Esserts-Salève, Eteaux, Fillinges, Frasse (la).

Gets (les), Houches (les), Mangland, Marignier, Megève, Mégevette, Mieussy, Monnetier, Mont-Saxonnex, Morillon, Muraz (la), Nancy-sur-Cluses, Onion, Passy, Pers-Jussy, Petit-Bornand (le), Pontchy, Praz-sur-Arly, Reignier, Reposoir (le), Rivière-en-Verse, Roche (la). Saint-Gervais, Saint-Jean-de-Tholome, Saint-Laurent, Saint-Martin, Saint-Nicolas-de-Veroce, Saint-Roch, Saint-Sigismond, Saint-Sixt, Sallanches, Samoens, Servoz, Sixt, Taninges, Thyez, Vallorcine, Verchaix, Ville-en-Sallaz, Viuz-en-Sallaz.

Arrondissement de Thonon : Abondance, Baume (la), Bellevaux, Bernex, Biot (le), Bogève-Bonne-sur-Menoge, Bonnevaux, Brenthonne, Burdignin, Chapelle-d'Abondance (la), Chevenoz, Granves-Sales, Draillant, Feternes, Forclaz (la), Habère-Lullin, Larringes, Lucinges, Lugrin, Lullin, Lyaud, Montriond, Morzine, Novel, Orcier, Perrignier, Reyvroz, Saint-André-sur-Boëge, Saint-Cuergues, Saint-Jean-d'Aulph, Saint-Paul, Vacheresse, Vailly, Vernaz (la), Villard-sur-Boëge, Vinzier.

***

3° Déplacements où, par manque de viabilité ou excès d'intempéries (neige), le médecin est obligé de parcourir plus d'un kilomètre à pied, **5 francs** par kilomètre parcouru à pied.

II

Convention d'arbitrage

conclue entre la Confédération des Syndicats médicaux et la Réunion des Assureurs

a) Texte

ART. 1. — Les différends et affaires litigieuses, dont il sera ci-après parlé, seront portés devant les Commissions arbitrales à deux degrés.

Commission arbitrale du premier degré

ART. 2. — La Commission arbitrale du premier degré, ou primaire, siégera en une chambre unique, ou en plusieurs chambres, suivant les besoins. Elle rendra des décisions qui, si elles sont prises à l'unanimité de ses membres, seront en dernier ressort.

. . . .

ART. 4. — Chaque Commission primaire est composée de six membres titulaires et de six suppléants savoir : trois médecins titulaires et trois suppléants élus pour un an par la Confédération des Syndicats médicaux français et trois représentants titulaires et trois suppléants nommés par la Réunion des assureurs contre les accidents du travail.

Elle pourra valablement délibérer si quatre de ses membres (titulaires ou suppléants) sont présents. En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Art. 5. — **Chaque chambre sera présidée par un de ses membres qui sera, tantôt un médecin nommé par la Confédération susnommée, tantôt un représentant choisi par la Réunion des assureurs. A chaque séance de la Commission, les deux présidents exerceront la présidence à tour de rôle, mais chacun d'eux ne pourra participer qu'aux délibérations de la partie de séance qu'il présidera.**

. . . .

Art. 7. — Les séances des Commissions primaires auront lieu aussi souvent qu'il sera nécessaire et, en principe, dans une salle mise à la disposition de la Commission par le ministère du Travail et de la Prévoyance sociale, aux dates qui seront déterminées de concert entre les présidents.

. . . .

Compétence des Commissions

Art. 12 (modifié le 17 février 1935). — Seront obligatoirement soumis aux Commissions arbitrales tous les différends survenant entre un membre d'un Syndicat médical ayant adhéré à ladite convention, et l'une des Compagnies contractantes, **en tant qu'ils porteront soit sur le quantum des notes d'honoraires, soit sur la quantité des produits pharmaceutiques et objets de pansements prescrits par le médecin, concernant les accidents régis par la législation spéciale aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.**

Toutefois le coût des produits pharmaceutiques et objets de pansement, mis par la Commission à la charge du médecin, ne pourra être récupéré par la Compagnie demanderesse que sur le montant des notes d'honoraires passées ou à venir, à payer par elle à ce médecin.

Art. 13. — Néanmoins, pour un litige d'ordre médical, survenu à l'occasion de l'application des lois précitées, les parties peuvent convenir de prendre les Commissions ci-dessus désignées comme amiables compositeurs, et les décisions seront rendues comme il est précédemment spécifié.

Art. 14. — Tout médecin non membre d'un Syndicat adhérent à la présente convention, et tout assureur ne faisant pas partie de la Réunion des assureurs, a le droit de soumettre un litige, de la nature prévue aux articles 12 et 13 ci-dessus, à l'arbitrage des Commissions primaires ou supérieures, en donnant, d'avance et par écrit, son adhésion aux stipulations de la présente Convention.

Les Commissions n'examineront en cette matière que les litiges pour lesquels chacune des parties aura donné cette adhésion.

Art. 15. — Ne pourront connaître comme arbitres des litiges intéressant l'une des Compagnies d'assurances contractantes, toutes personnes faisant partie de l'Administration ou du personnel de cette Compagnie, non plus que les médecins personnellement intéressés à ces litiges.

Art. 16. — Lorsqu'il y aura, entre les intéressés, un différend donnant lieu à l'arbitrage, la partie la plus diligente avisera, par lettre recommandée, le secrétaire de la Commission qui préviendra la partie adverse dans les trois jours.

Art. 17. — Les parties seront invitées à produire, soit personnellement, soit par écrit, toutes défenses et pièces qu'elles jugeront utiles. Les assureurs devront fournir une copie de la déclaration d'accident faite par le chef d'entreprise.

Procédure de la Commission

Art. 18. — Les Commissions jugeront sur pièces. Elles ont pleins pouvoirs pour recourir à tous moyens d'instruction qu'elles jugeront apportuns et, spécialement, pour entendre toutes personnes susceptibles de les éclairer sur le litige (assureurs, blessés, médecins spécialistes, chirurgiens ou autres).

Art. 19. — Les Commissions sont dispensées de toutes formalités judiciaires. Il sera seulement tenu par le secrétaire de chaque Commission, dont la désignation, les fonctions et la rémunération, s'il y a lieu, seront ultérieurement réglées d'un commun accord entre la Confédération des Syndicats susnommée et la Réunion des assureurs, un registre des décisions prises, dûment signées par le président qui les aura rendues, avec indication de la somme demandée, de la somme offerte et de la somme arbitrée, et, en cas de non unanimité, le résumé des débats, prévu à l'article 10.

Art. 20. — Dans les cinq jours de leur date, les décisions seront notifiées par les soins du secrétaire, par lettre recommandée, tant au médecin qu'à la Compagnie.

Art. 21. — Dans les huits jours qui suivront cet avis, le débiteur fera payer contre sa quittance, au domicile du créancier, le montant mis à sa charge par la Commission.

Toutefois, lorsqu'une décision de Commission primaire est susceptible d'appel devant la Commission supérieure, ce délai de huitaine ne commencera à courir qu'à l'expiration du délai d'appel prévu à l'article 3.

. . . .

Trésorerie et frais

Art. 23. — Pour faire face aux frais de correspondance, de secrétariat, d'enquêtes, expertises, ou autres s'il y a lieu, ainsi qu'aux indemnités des membres de la Commissions, et en outre, pour éviter les recours abusifs à l'arbitrage de la Commission, il sera perçu, en première instance, **par litige, un droit unique d'arbitrage de 20 % sur les sommes litigieuses, c'est-à-dire sur la différence existant entre la somme demandée et la somme offerte.**

En outre de ce droit, il sera perçu un droit fixe de 20 francs pour chaque affaire.

Art. 24. — **Les droits ainsi fixés seront supportés par les parties proportionnellement aux chiffres représentant l'exagération de la demande de l'insuffisance de l'offre.**

Art. 25. — Ils seront recouvrés par un prélèvement sur la somme due, aussi bien pour la part incombant au débiteur, que pour celle incombant au créancier.

. . . .

b) Fonctionnement des Commissions d'arbitrage

Le médecin qui désire soumettre un litige à l'une des Commissions d'ar itrage doit envoyer le dossier de l'affaire au secrétaire de la Commission, M. Marcel Daniel, chef de service à la Nationale, 15, rue Laffite Paris. Ce dossier, doit comprendre toutes les pièces jugées utiles parle plaignant, et notamment un exposé clair et précis du litige et de ses causes. Il est évident qu'on ne peut s'adresser à la Commission supérieure qu'après jugement rendu par la Commission du premier degré.

Le médecin qui s'adresse à une des Commissions d'arbitrage doit indiquer qu'il est membre du Syndicat de médecins de..... et que ce Syndicat a adhéré à la Convention.

Toutefois, un médecin non syndiqué, ou un médecin appartenant à un Syndicat qui n'a pas adhéré à la Convention, peut aussi s'adresser à ces Commissions, en vertu de l'article 14 du contrat. En ce cas, il joindra à sa demande d'arbitrage un engagement écrit d'accepter les stipulations de la Convention.

Dans tous les cas, le médecin devra s'assurer que la Compagnie, qu'il appelle en arbitrage, figure sur la liste de celles qui ont adhéré à la Convention.

Il est rappelé que les litiges relevant de ces Commissions sont uniquement ceux qui :

1º Concernent les accidents du travail ou les maladies professionnelles ;

2º Et sont relatifs au quantum des honoraires médicaux.

Il ne saurait par conséquent être question de porter devant ces Commissions des litiges non médicaux, portant par exemple sur la réalité même de l'accident ou sa qualification d'accident du travail.

c) Liste des Compagnies d'assurances adhérentes à la Convention d'arbitrage

1. Abeille (L.), 57, rue Taitbout.
2. Aigle (L'), 23, rue Mogador.
3. Assurance des Eaux et Accidents, 3, rue de la Barre, Lyon, et 11, rue de Londres, Paris.
4. Assurance Mutuelle Abattoirs, 28, avenue du Pont-de-Flandre, à Paris.
5. Assurance Mutuelle Seine et Seine-et-Oise (A.-M.), 9, rue Royale, et 8, rue Boissy-d'Anglas.
6. Auxiliaire, 41, rue Mercière, Lyon.
7. Bourgogne (La), 26, rue Carnot, Montceau-les-Mines.
8. Caisse des Entrepreneurs, 11, rue de Savoie, Reims
9. Caisse générale accidents, 12, rue de Strasbourg, Nantes.
10. Compagnie d'Assurance Mutuelle des Agriculteurs, 56, rue de Londres.
11. Compagnie d'Assurance Mutuelle des Forges, 7, rue de Madrid.
12. Compagnie d'Assurance mutuelle des Industries sucrières, 15, rue du Louvre.
13. Caisse d'Assurance Mutuelle des Industries textiles, 11, rue de Liége.
14. Compagnie d'Assurances générales contre Accidents, 87, rue de Richelieu.
15. Compagnie générale d'Assurances contre Accidents, 69, rue de la Victoire.
16. Concorde, 72, rue Saint-Lazare.
17. Europe (L'), 32, rue d'Amsterdam.
18. Flandre (La), 94, rue de la Gare, Roubaix, et 45, rue Laffitte.
19. Foncière transports (La), 48, rue Notre-Dame-des Victoires.
20. Franco-Asiatiques, 85, rue Saint-Lazare.
21. Helvétia, 46, rue de Londres.
22. Industrielle du Nord, 50, boulevard de la Liberté, Lille.
23. Lloyd Continental Français, 8, rue Dammartin, Roubaix — 27, rue de Châteaudun, Paris.
24. Lloyd de France, 19, rue du Général-Foy.
25. Métropole-Accidents, 37, avenue de l'Opéra.
26. Motor-Union, 20 *bis*, rue Lafayette.
27. Mutuelle générale française, 19-21, rue de Chanzy, Le Mans.
28. Mutuelle Richelieu, 24, rue de Richelieu.
29. Nationale Risques divers (La), 15 *bis*, rue Laffitte.
30. Nord-Accidents (Le), 22, rue Le Pelletier.
31. Norwich Union Fire, Ins., 83, rue Taitbout.
32. Paix (La), 58, rue Taitbout.
33. Paternelle Accidents (La), 103, boul. Haussmann.
34. Participation, 10, rue de Londres.
35. Patrimoine (Le), 32, rue Mogador.
36. Phénix Accidents, 33, rue La Fayette.
37. Préservatrice (La), 18, rue de Londres.
38. Prévoyance (La), 23, rue de Londres.
39. Protectrice (La), 47, rue de Châteaudun.
40. Responsabilité agricole, 8, boulevard Magenta.
41. Rhin et Moselle, 50, rue Taitbout.
42. Exchange Royal, 22, rue Le-Peletier.
43. Secours, 11, rue de l'Echelle.
44. Séquanaise Accidents, 4, rue Jules-Lefebvre.
45. Soleil Sécurité générale, 23, rue de Mogador.
46. Société des Anciennes Mutuelles Accidents, 27, rue Guilbert, Caen, et, 6, place de la Cathédrale, Rouen.
47. Société suisse d'Assurances contre les accidents de Winterthur, 57, boulevard Malesherbes.
48. Syndicat du Nord, 94, rue de la Gare, Roubaix.
49. Syndicat général de Garantie du Bâtiment, 9, avenue Victoria.
50. Syndicat de Garantie de la Boulangerie, 49, rue Berger.
51. Syndicat de garantie des Charcutiers de la Seine, 10, rue Bachaumont.
52. Syndicat des Exploitations Forestières, 163, rue Saint-Honoré.
53. Syndicat régional de Garantie du Nord de la France, 2, rue du Priez, Lille.
54. Travailleurs Français, rue Régnier, Chartres.
55. Union, 9, place Vendôme.
56. Union industrielle, 4, rue Lanterne, Lyon.
57. Union et Phénix Espagnol, 59, rue de l'Arcade.
58. Urbaine et Seine, 59, rue Le-Peletier.
59. Zurich, 14, boulevard Poissonnière.

d) Liste des Syndicats adhérents à la Convention

AIN : Bourg-Trévoux, Bugey-et-Gex ; AISNE : Château-Thierry, Saint-Quentin ; ALLIER ; ALPES (BASSES-) ALPES (HAUTES) ; ALPES-MARITIMES ; Grasse et ses environs, Nice ; AUBE, ARDÈCHE ; AUDE : Lauraguais, Narbonne ; AVEYRON : Bassin houillier de l'Aveyron, Millau ; BELFORT ; BOUCHES-DU-RHÔNE : Aix, Marseille ; CALVADOS : Bayeux, Caen, Lisieux ; CANTAL : Saint-Flour, Murat ; CHARENTE-INFÉRIEURE : Charente-Inférieure (départemental), Rochefort-sur-Mer (section) ; CHER ; CORRÈZE : Brive ; CORSE : Ajaccio et Sartène, Bastia, Calvi et Corte ; CÔTE-D'OR ; CÔTES-DU-NORD : Lannion ; CREUSE ; DORDOGNE ; DRÔME ; DOUBS ; EURE : Evreux et Neubourg, Les Andelys ; EURE-ET-LOIR : Chartres, Châteaudun, Dreux ; FINISTÈRE : Brest, Sud-Finistère ; GARD : Alès et environs, Nîmes ; GARONNE, (HAUTE-) : Saint-Gaudens, Toulouse ; GIRONDE : Bazas, Blaye et Cubzacais, La Réole, Libourne ; HÉRAULT : Béziers, Saint-Pons, Montpellier, Lodève ; ILLE-ET-VILAINE : Fougères, Saint-Malo, Rennes et sud Ille-et Vilaine ; INDRE ; ISÈRE : Grenoble, La Tour-du-Pin JURA : Bas-Jura ; LANDES ; LOIRE ; LOIRE-INFÉRIEURE : Ancenis ; LOIRE (HAUTE) : Brioude ; LOIR-ET-CHER ; LOIRET : Gien, Orléans, Pithiviers, Montargis ; LOT-ET-GARONNE ; MAINE-ET-LOIRE : Angers-campagne ; MANCHE : Cherbourg, Valognes, Mortain ; MARNE : Reims, Vitry-le-François ; MARNE (HAUTE-) ; MAYENNE ; MEUSE ; MORBIHAN : Lorient, Vannes ; MOSELLE : Château-Salins ; NIÈVRE ; NORD : Armentières, vallée de La Lys, Cambrai, Dunkerque, Hazebrouck, Lille et région , Valenciennes ; OISE ; ORNE : Aleçon, Argentan, Mortagne ; PAS-DE-CALAIS : Boulogne-sur-Mer, Calais, Saint-Omer, Saint-Pol-sur-Ternoise ; PUY-DE-DÔME : Thiers ; PYRÉNÉES (BASSES-) : Bayonne et pays basque, Béarn, Salies-de-Béarn ; PYRÉNÉES-ORIENTALES) ; RHÔNE ; RHIN (HAUT-) : Colmar ; SAÔNE (HAUTE-) ; SAÔNE-ET-LOIRE : Autunois et Morvan, Chalon-sur Saône, région Louhannaise, Charolles ; SAVOIE : Albertville, Chambéry et la Savoie ; SEINE : Banlieue ouest et nord, banlieue est et sud, Paris, Seine ; SEINE-INFÉRIEURE : Dieppe, Neufchâtel-en-Bray, Le Havre et arr. SEINE-ET-MARNE ; SEINE-ET-OISE ; SEVRES (DEUX-) ; SOMME : Amiens, Abbeville, Péronne ; VAR (arrondissement de Draguignan et Brignoles) ; VENDÉE ; VIENNE (HAUTE-) ; VIENNE ; YONNE : Joigny, Sens, Auxerrois ; SPÉCIALISTES : Electro-radiologistes ; O. R. L. ; Oculistes.

LISTE DE LA COLLECTION COMPLÈTE DES SUPPLÉMENTS MENSUELS

(Les numéros parus sont marqués d'un astérisque)

- Nº 1 Les études médicales.
- * Nº 2 L'exercice de la médecine. Son statut.
- Nº 3 La médecine et les professions connexes.
- * Nº 4 Le loyer, le matériel et le personnel du médecin.
- Nº 5 Les assurances du médecin.
- * Nº 6 Les impôts du médecin.
- * Nº 7 Secret professionnel et déclarations légales.
- Nº 8 Les prescriptions médicamenteuses. Certificats. Incapacités.
- Nº 9 Obligations militaires et réquisitions légales.
- * Nº 10 Honoraires et contrats médicaux.
- Nº 11 L'hospitalisation privée.
- Nº 12 Syndicats. Conventions collectives. Déontologie.
- * Nº 13 Les tarifs syndicaux de spécialités.
- Nº 14 L'Assistance médicale.
- Nº 15 L'hospitalisation publique.
- * Nº 16 Accidents du travail (incapacité temporaire).
- Nº 17 Accidents du travail (incapacité permanente).
- * Nº 18 Tarif des accidents du travail.
- * Nº 19 Soins aux pensionnés de guerre.
- * Nº 20 Assurances sociales (risque maladie).
- * Nº 21 Assurances sociales (risque maternité. Contrôle).
- Nº 22 Assurances sociales (invalidité, indigents, agriculture).
- * Nº 23 Tarif des assurances sociales.
- Nº 24 Mutualité.
- Nº 25 Hygiène générale.
- Nº 26 Hygiène et assistance.
- Nº 27 Médecine préventive.
- Nº 28 Médecins experts. Médecins contrôleurs.
- Nº 29 Responsabilité professionnelle.
- Nº 30 Retraite du médecin.

Le Gérant : R. THIRON   CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.